



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISA KLAIM YANG DITUNDA
PADA PASIEN JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN
BAGI KELUARGA KURANG MAMPU
YANG DIRAWAT DI RSUD PASAR REBO JAKARTA**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Administrasi Rumah Sakit**

**ESTI BUDI UTAMI
0906591253**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCA SARJANA
KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
DEPOK
DESEMBER 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISA KLAIM YANG DITUNDA
PADA PASIEN JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN
BAGI KELUARGA KURANG MAMPU
YANG DIRAWAT DI RSUD PASAR REBO JAKARTA**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Administrasi Rumah Sakit**

**ESTI BUDI UTAMI
0906591253**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCA SARJANA
KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
DEPOK
DESEMBER 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Esti Budi Utami
NPM : 0906591253
Tanda Tangan :
Tanggal : Desember 2010

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Esti Budi Utami
NPM : 0906591253
Mahasiswa Program : PROGRAM KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
Tahun Akademik : 2009

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

**ANALISA KLAIM YANG DITUNDA PASIEN JAMINAN
PEMELIHARAAN KESEHATAN BAGI KELUARGA KURANG
MAMPU YANG DIRAWAT DI RSUD PASAR REBO JAKARTA**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang akan di tetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 4 Januari 2011

METERAI
TEMPEL

CC3E6AAF300838153

6000 DJP

Esti Budi Utami

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Esti Budi Utami
NPM : 0906591253
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul Tesis : Analisa klaim yang ditunda pada pasien Jaminan
Pemeliharaan Kesehatan bagi keluarga kurang mampu
yang dirawat di RSUD Pasar Rebo

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Amal C. Sjaaf, dr,SKM,Dr.PH

()

Penguji : Ede Surya Darmawan, SKM, MDM

()

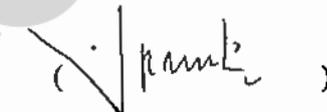
Penguji : drg. Wahyu Sulistiadi, MARS

()

Penguji : dr John Marbun, Mkes

()

Penguji : Ennie Rochaeni, SKM, MARS

()

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 3 Januari 2011

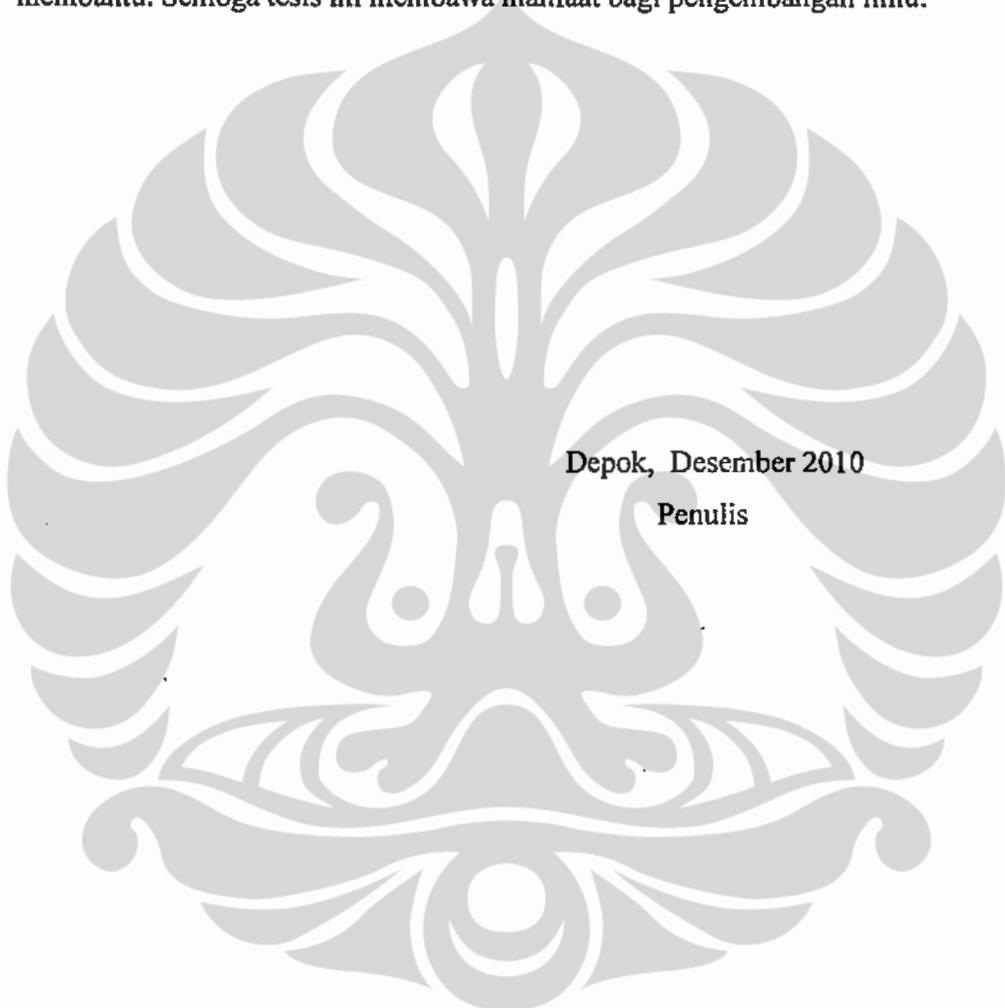
KATA PENGANTAR

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

1. Prof. Amal C. Sjaaf, dr, SKM, Dr.PH selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini sehingga tesis ini dapat diselesaikan
2. dr Achmad Harjadi MSc, yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini sehingga tesis ini dapat diselesaikan
3. drg Yuditha Endah P, MKes, Kasubag Program dan Anggaran Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta beserta staf, yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data dan informasi yang saya perlukan
4. Direktur RSUD Pasar Rebo beserta staf yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data dan informasi yang saya perlukan;
5. Orang tua yang selalu mendoakan saya agar memperoleh yang terbaik, diberi kesehatan dan Lindungan Nya
6. Bob Sidharta, Aryya Pradipta Sidharta dan Agra Prasiddha Sidharta, suami dan anak-anak yang sangat saya cintai, yang telah memberi waktu, semangat dan pengertian sehingga tesis ini dapat diselesaikan
7. Karyawan RSUD Pasar Rebo, Sahabat, rekan kerja di AGD DinKes DKI Jakarta
8. Teman-teman KARS angkatan 2009 yang memberikan semangat, bantuan dan rasa suka cita ...

9. Semua pihak yang telah membantu hingga selesainya tesis ini

Sebagai manusia, penulis menyadari akan segala keterbatasan dan kekuranga, untuk itu penulis mohon maaf. Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.



Depok, Desember 2010

Penulis

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

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

Nama : Esti Budi Utami
NPM : 0906591253
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Tesis

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

Analisa klaim yang ditunda pada pasien Jaminan Pemeliharaan Kesehatan
bagi keluarga kurang mampu yang dirawat di RSUD Pasar Rebo

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 3 Januari 2011

Yang menyatakan



(Esti Budi Utami)

PROGRAM KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Januari 2011

Esti Budi Utami

Analisa klaim yang ditunda pada pasien Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi keluarga kurang mampu yang dirawat di RSUD Pasar Rebo
84 hal, 15 table,

ABSTRAK

Penelitian ini dilatar belakangi oleh biaya pelayanan kesehatan cenderung meningkat dari tahun ke tahun, melihat data jumlah penduduk DKI Jakarta yang masih banyak (40,20%) belum mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan serta jumlah kunjungan pasien JPK Gakin yang meningkat terutama pada pasien kurang mampu serta data klaim yang ditunda pada tiga tahun terakhir di RSUD Pasar Rebo.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui berapa banyak jumlah dokumen pasien JPK SKTM yang ditunda klaimnya, dokumen apa yang diperlukan pada pasien JPK-SKTM yang akan dirawat, bagaimana hubungan antara dokumen pasien JPK SKTM dengan klaim yang ditunda

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan menggunakan telaah data sekunder yang dilengkapi dengan wawancara kepada petugas yang berhubungan dengan dokumen klaim. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa dokumen yang diperlukan untuk pengajuan klaim ke Dinas Kesehatan Jakarta adalah dokumen Surat Jaminan, dokter, laboratorium, radiologi, obat, tindakan medik dan PMI/ transfusi. Setelah dilakukan analisa ternyata dokumen Surat jaminan (19,86%) merupakan faktor utama yang menyebabkan klaim ditunda. Proses pengajuan klaim dilakukan dengan rekapitulasi data setiap bulannya.

Saran yang diberikan kepada pihak rumah sakit evaluasi yang berkesinambungan, dibuatkan cek list sebelum dokumen dilakukan rekapitulasi agar dokumen klaim yang ditunda menjadi lebih sedikit, sedangkan untuk pihak Dinas Kesehatan adalah evaluasi kepesertaan sehingga program jaminan kesehatan dapat tepat sasaran.

Kata kunci : Jaminan Pemeliharaan Kesehatan

UNIVERSITY OF INDONESIA
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
HOSPITAL ADMINISTRATION PROGRAM

Thesis, January 2011

Esti Budi Utami

Analysis of Suspended Claim on Patient's Health Care Assurance to disadvantaged families treated in Pasar Rebo Hospital

84pages+15tables

ABSTRACT

This study is based on the actuality cost of health services, which tends to increase from year to year, according to the data that the vast majority of population in DKI Jakarta (40.20%) is lack of health care assurance (JPK) as well as the number of patients owners of (JPK Gakin) increase, particularly in patients less able, as well as exposed through suspended claim in the last three years in Pasar Rebo Hospital.

The objective of this study is to determine its documents, the JPK SKTM own by patients, which have been suspended the claim, what factors led to suspend, what document is required at the JPK-SKTM patients to be treated, the relationship between patient's documents to suspended claim.

This study applies quantitative methods with cross sectional study of secondary data that comes with an interview to the official documents relating to the claim. End result, the document letter of guarantee is the core factor causing suspended claim, in addition to laboratory documents, medicine, radiology, medical resumes and medical action.

Suggestion is given to the hospital, continued evaluation of the hospital, making a check list before the recapitulation of the document, which is aim for suspended claim becomes less, at the same time for the Health Department, is implementing a Jamkesda program.

Key word : Health Care Assurance

DAFTAR ISI

ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	5
1.3. Pertanyaan Penelitian	6
1.4. Tujuan Penelitian	6
1.5. Manfaat Penelitian	6
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	7
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Rumah Sakit	8
2.2. Sistem Jaminan Kesehatan	9
2.3. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan	10
2.4. Jaminan Kesehatan Masyarakat	13
2.5. JPK Gakin-SKTM di DKI Jakarta	19
2.6. Pendekatan Sistem	34
2.7. Manajemen Klaim	37
BAB III. GAMBARAN UMUM RSUD PASAR REBO JAKARTA	
3.1. Sejarah berdirinya RSUD Pasar Rebo	46
3.2. Visi, Misi dan Kebijakan Mutu	46
3.3. Sasaran Mutu	47
3.4. Tugas dan Fungsi	47
3.5. Sarana dan Prasarana	47
3.6. Ketenagaan	50
3.7. Struktur Organisasi	50
3.8. Pelayanan	51
BAB IV. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	
4.1. Kerangka Konsep	57
4.2. Definisi Operasional	58
BAB V. METODOLOGI PENELITIAN	
5.1. Desain Penelitian	61
5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	61
5.3. Sampel Penelitian	61
5.4. Informan Penelitian	61
5.5. Pengolahan Data	62
5.6. Analisa Data	62

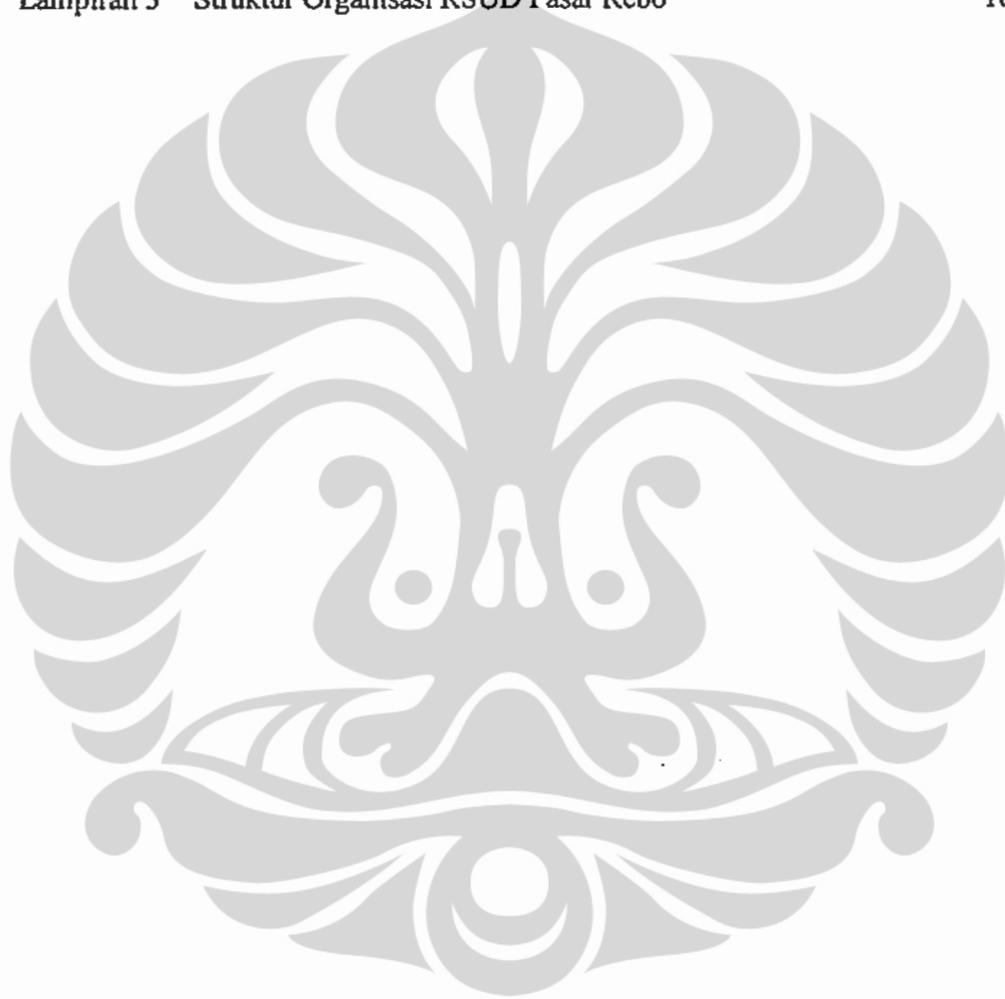
BAB VI. HASIL PENELITIAN	
6.1. Analisis Univariate	66
6.2. Seleksi Bivariate	68
6.3. Pemodelan Multivariate	70
6.4 Uji Interaksi	73
BAB VII. PEMBAHASAN PENELITIAN	
7.1. Keterbatasan Penelitian	75
7.2. Pembahasan Hasil Penelitian	75
BAB VIII. KESIMPULAN DAN SARAN	
8.1. Kesimpulan	80
8.2. Saran	82
DAFTAR PUSTAKA	84
LAMPIRAN	86

DAFTAR TABEL

Tabel I.1	Jumlah kunjungan pasien JPK Gakin-SKTM di 6 RSUD Provinsi DKI Jakarta	3
Tabel I.2	Jumlah kunjungan pasien JPK Gakin-SKTM Di RSUD Pasar Rebo Jakarta	4
Tabel I.3	Klaim JPK Gakin-SKTM Di Instalasi Rawat Inap RSUD Pasar Rebo	4
Tabel I.4	Klaim JPK Gakin-SKTM Di Instalasi Rawat Jalan RSUD Pasar Rebo	5
Tabel III.1	Sasaran mutu RSUD Pasar Rebo	47
Tabel III.2	Kunjungan Pasien Rawat Jalan Tahun 2005-2009 di RSUD Pasar Rebo	52
Tabel III.3	Tarif Ruangan Instalasi Rawat Inap	53
Tabel III.4	Kinerja Rumah Sakit Tahun 2005-2010	54
Tabel III.5	Data Kunjungan Pasien Rawat Inap Tahun 2006-2009	54
Tabel III.6	Jumlah Kunjungan di Bagian Radiologi	55
Tabel III.7	Jumlah Kunjungan di Bagian Farmasi	56
Tabel VI.1	Populasi Penelitian	63
Tabel VI.2	Sampel Penelitian	64
Tabel VI.3	Distribusi klaim	64
Tabel VI.4	Dokumen JPK-SKTM	65

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Alur pelayanan pasien JPK-SKTM	86
Lampiran 2	Bagian Pemasaran RSUD Pasar Rebo	90
Lampiran 3	Struktur Organisasi RSUD Pasar Rebo	101



BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan sangat dibutuhkan oleh masyarakat terutama bagi masyarakat miskin dan kurang mampu. Salah satunya disebabkan karena biaya jaminan pelayanan kesehatan yang meningkat karena bergesernya pola hidup bangsa Indonesia sehingga menyebabkan bergesernya pola penyakit dari penyakit infeksi menjadi penyakit degeneratif seperti penyakit tekanan darah tinggi, penyakit jantung, stroke dan lain-lain. Penyakit ini bersifat khronis sehingga membutuhkan biaya yang lebih besar dan berkesinambungan dibanding penyakit infeksi.

Salah satu upaya Pemerintah dalam mensejahterakan masyarakat melalui suatu program yang dirasakan banyak manfaatnya oleh masyarakat miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan yaitu Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin (JPK-Gakin) karena program ini memberikan berbagai pelayanan kesehatan baik rawat jalan maupun rawat inap yang dilaksanakan di Puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah maupun Rumah Sakit Swasta serta sesuai dengan salah satu tujuan Undang-Undang tentang Pelayanan Publik No 25 tahun 2009 yaitu terpenuhinya penyelenggaraan pelayanan publik sesuai dengan peraturan perundang-undangan serta penyediaan jasa publik oleh instansi pemerintah yang sebagian atau seluruh dananya bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara dan/ atau anggaran pendapatan dan belanja daerah.

Menurut Dinas Kesehatan DKI Jakarta, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin dan korban bencana di Provinsi DKI Jakarta sudah menjadi program Pemerintah Provinsi DKI Jakarta sebagai wujud dari komitmen pemerintah daerah terhadap pelayanan publik serta memberikan gambaran bermanfaat bagi pengembangan sistem pembiayaan kesehatan pada masa yang akan datang dan sistem kepesertaan yang tepat sasaran.

Maksud dikembangkan sistem JPK-Gakin yaitu untuk mengembangkan sistem jaminan kesehatan yang lebih transparan dan dipercaya oleh masyarakat untuk berkontribusi dalam rangka ikut membantu masyarakat miskin di Provinsi

DKI Jakarta. Tujuan umum JPK Gakin-SKTM adalah terselenggaranya jaminan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga miskin dan kurang mampu di Provinsi DKI Jakarta yang bermutu dengan biaya terkendali agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Sedangkan tujuan khususnya adalah terselenggaranya standard pelayanan kesehatan yang rasional, bermutu dengan biaya terkendali di Puskesmas dan Rumah Sakit, terselenggaranya pengelolaan administrasi kepesertaan, administrasi keuangan dan administrasi pelayanan kesehatan yang lebih transparan dan terkendali; terselenggaranya jaminan social bagi masyarakat DKI Jakarta khususnya keluarga miskin dan kurang mampu.

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan merupakan suatu cara pelayanan kesehatan terkendali, yang mengandung kendali biaya (efisien), kendali mutu (efektifitas) serta pemerataan dalam pemenuhan kebutuhan masyarakat terhadap kesehatan. Dimana dalam penerapannya sistem JPK-Gakin melibatkan interaksi tiga pihak (Tri Partit) yakni Badan Penyelenggara (Bapel), Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) atau provider dan Peserta (dalam hal ini keluarga miskin).

Menurut Dinas Kesehatan DKI Jakarta, dari jumlah penduduk DKI Jakarta sebanyak 9,294,949 jiwa, yang sudah mempunyai JPK Gakin sebanyak 722,640 jiwa atau 7,77%. Sedangkan sisanya terdiri dari pegawai formal yang menggunakan asuransi swasta sebesar 15,05%, Askes PNS sebesar 1,64%, jamsostek 35,43% dan yang terbanyak adalah pegawai informal sebesar 40,20%. Yang termasuk pegawai informal adalah buruh, pedagang kaki lima, tukang ojek, mahasiswa, pegawai swasta yang belum mendapat jaminan kesehatan.

Pemegang kartu gakin akan mendapat pelayanan kesehatan di 267 Puskesmas Kelurahan, 44 Puskesmas Kecamatan, 6 Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) milik Pemerintah Provinsi DKI Jakarta dan 85 Rumah Sakit Swasta serta Rumah Sakit Pemerintah Pusat. Agar layanan tetap baik dan prima, seluruh Rumah Sakit tersebut menandatangani Ikatan Kerja Sama (IKS) dengan Dinas Kesehatan DKI Jakarta dengan anggaran JPK Gakin-SKTM, dan bencana dalam APBD DKI tahun 2010 sebesar Rp 413 miliar untuk pelayanan rawat jalan, rawat inap, Instalansi Gawat Darurat (IGD), cuci darah, hingga operasi jantung. Jumlah pasien tertinggi yang dilayani dari Jakarta-Timur dan Jakarta-Utara. (Suara Karya Nasional, 2010)

Jumlah pasien dari keluarga miskin dan kurang mampu yang berkunjung ke Rumah Sakit setiap tahunnya meningkat. Menurut data yang didapat dari Dinas Kesehatan DKI Jakarta, terdapat peningkatan jumlah kunjungan pasien JPK Gakin-SKTM yang berobat di 6 (enam) RSUD di DKI Provinsi Jakarta baik kunjungan rawat inap maupun rawat jalan yang dapat dilihat pada tabel berikut. (Dinkes DKI, 2010)

Tabel I.1
Jumlah kunjungan pasien JPK Gakin-SKTM
Di 6 RSUD Provinsi DKI Jakarta

NAMA RUMAH SAKIT	2007		2008		2009	
	JPK Gakin	SKTM	JPK Gakin	SKTM	JPK Gakin	SKTM
RSUD Tarakan	8,196	2,918	8,874	6,076	11,073	9,893
RSUD Pasar Rebo	2,790	2,389	3,919	4,775	7,223	9,747
RSUD Koja	12,242	9,021	16,166	11,352	34,134	21,768
RSUD Duren Sawit	16,361	437	14,977	1,130	9,265	1,417
RSUD Cengkareng	4,556	2,971	6,384	5,451	12,091	17,613
RSUD Budi Asih	21,346	7,412	22,973	9,057	37,815	15,509

Sumber data dari Dinkes Jakarta

Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo merupakan salah satu dari Rumah Sakit Umum Daerah di DKI Jakarta, terletak diwilayah Jakarta-Timur yang melayani peserta JPK Gakin-SKTM dengan memberikan pelayanan Gawat Darurat, Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) dan Rawat Inap dimana pembebanan biaya pelayanan kesehatan bagi JPK-Gakin DKI Jakarta ditanggung sepenuhnya oleh Pemda DKI Jakarta (untuk Rawat Inap kelas III) serta bagi pemegang Surat keterangan tidak mampu (SKTM) ditanggung sebagian, sesuai verifikasi dari Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. (RSUD Pasar Rebo, 2010)

Jumlah kunjungan pasien JPK Gakin-SKTM di RSUD Pasar Rebo setiap tahunnya meningkat terutama pasien SKTM. Ini menunjukkan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin sangat diperlukan terutama bagi warga yang kurang mampu yaitu penduduk DKI Jakarta yang legal, belum terdata sebagai keluarga miskin serta mengalami kendala dalam pembiayaan kesehatan

dan memerlukan jaminan pelayanan kesehatan. Bila dilihat dari data diatas, jumlah pegawai informal lebih banyak yang belum mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan bila dibandingkan dengan JPK Gakin sehingga masih banyak penduduk yang kurang mampu yang membutuhkan jaminan kesehatan.

Tabel I.2
Jumlah kunjungan pasien JPK Gakin-SKTM
Di RSUD Pasar Rebo Jakarta

Keterangan	2,007		2,008		2009 (sd agt)	
	Gakin	SKTM	Gakin	SKTM	Gakin	SKTM
Rawat Inap	227	1,097	254	1,405	191	970
Rawat Jalan	3,619	2,476	4,481	4,764	3,828	4,122
Jumlah	3,846	3,573	4,735	6,169	4,019	5,092

Sumber data dari Profile RSUD Pasar Rebo 2010

Bila ditinjau dari segi biaya yang dikeluarkan untuk pelayanan pasien Gakin-SKTM, pelayanan rawat inap merupakan pelayanan dengan penyerapan dana lebih besar daripada pelayanan rawat jalan. Ini dikarenakan, pelayanan rawat inap memerlukan biaya yang lebih kompleks antara lain biaya kamar, obat, pemeriksaan dokter, pemeriksaan penunjang dan atau tindakan medis. Sehingga biaya klaim yang ditagihkan ke DinKes lebih besar seperti tabel dibawah ini.

Tabel I.3
Klaim JPK Gakin-SKTM
Di Instalasi Rawat Inap RSUD Pasar Rebo

Rawat Inap	2,007		2,008		2009 (sd agt)	
	Gakin	SKTM	Gakin	SKTM	Gakin	SKTM
Klaim	630,912,367	3,912,434,261	692,013,863	3,581,424,885	466,959,471	2,110,151,857
Dibayar	619,993,342	3,872,659,572	687,477,400	3,526,873,337	190,846,794	1,095,245,654
Selisih	10,919,025	39,774,689	4,536,463	54,551,548	276,112,677	1,014,906,203

Sumber data dari Profile RSUD Pasar Rebo 2010

Tabel I.4
Klaim JPK Gakin-SKTM
Di Instalasi Rawat Jalan RSUD Pasar Rebo

Rawat Jalan	2,007		2,008		2009 (sd agt)	
	Gakin	SKTM	Gakin	SKTM	Gakin	SKTM
Klaim	334,112,600	225,347,740	496,071,100	518,514,270	418,144,900	449,861,200
Dibayar	333,599,300	224,554,840	492,852,700	515,844,970	207,577,000	217,061,300
Selisih	513,300	792,900	3,218,400	2,669,300	210,567,900	232,799,900

Sumber data dari profile RSUD Pasar Rebo 2010

Dari tabel diatas, dapat dilihat bahwa terdapat klaim yang ditunda pembayarannya pada tiga tahun terakhir terutama pada pasien keluarga miskin yang menggunakan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM). Karena berlangsung terus menerus, ini dapat menunjukkan adanya masalah dalam klaim yang ditagihkan dari RSUD Pasar Rebo kepada Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

1.2 Rumusan Masalah

Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin (JPK-Gakin) merupakan program Pemerintah Provinsi DKI Jakarta sebagai wujud dari komitmen pemerintah daerah terhadap pelayanan publik. Dengan semakin dimengertinya masalah pelayanan kesehatan dengan baik, biaya pelayanan kesehatan cenderung meningkat dari tahun ke tahun, melihat data jumlah penduduk DKI Jakarta yang masih banyak (40,20%) belum mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan serta jumlah kunjungan pasien JPK Gakin yang meningkat terutama pada pasien kurang mampu serta data klaim yang ditunda pada tiga tahun terakhir di RSUD Pasar Rebo. Maka penelitian ini akan membahas tentang **Analisa klaim yang ditunda pada pasien Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi keluarga kurang mampu yang dirawat di RSUD Pasar Rebo** sehingga administrasi pelayanan kesehatan menjadi lebih transparan dan terkendali sesuai dengan tujuan pelayanan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga miskin dan kurang mampu.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Untuk mengetahui analisa klaim yang ditunda pada pasien Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi keluarga kurang mampu yang dirawat di RSUD Pasar Rebo dilakukan pertanyaan sebagai berikut :

- 1.3.1. Berapa banyak jumlah dokumen pasien JPK SKTM yang ditunda klaimnya
- 1.3.2. Dokumen apa yang diperlukan pada pasien JPK-SKTM yang akan dirawat
- 1.3.3. Bagaimana hubungan antara dokumen pasien JPK SKTM dengan klaim yang ditunda

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor yang menyebabkan ditundanya pembayaran klaim pada pasien JPK bagi keluarga kurang mampu yang dirawat di RSUD Pasar Rebo

1.4.2. Tujuan Khusus

Untuk mengetahui berapa banyak jumlah pasien JPK SKTM yang ditunda klaimnya, dokumen apa yang diperlukan pada pasien JPK-SKTM yang akan dirawat, bagaimana hubungan antara dokumen pasien JPK SKTM dengan klaim yang ditunda

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat memberikan manfaat bagi Rumah Sakit terutama dalam pengelolaan klaim Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi keluarga kurang mampu agar kedepannya prosedur klaim dapat lebih baik lagi.

1.5.2. Bagi Peneliti

Dapat mendalami pemahaman tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi keluarga kurang mampu serta menerapkan ilmu yang telah diterima selama mengikuti perkuliahan di Program Pasca Sarjana KARS Universitas Indonesia

1.5.3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai bahan masukan penelitian lain pada institusi pendidikan KARS

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian dilakukan di RSUD Pasar Rebo dengan ruang lingkup data klaim pasien jaminan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga kurang mampu yang dirawat dengan melakukan telaah data sekunder serta sumber daya manusia yang bertugas dibagian klaim di RSUD Pasar Rebo

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Pemerintah RI, 2010), merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuannya masing-masing berinteraksi satu sama lain. Pada hakekatnya Rumah Sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dan fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat. Rumah Sakit mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab untuk menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit bagi fakir miskin, atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang undangan. (Pemerintah RI, 2010)

Rumah sakit harus melaksanakan fungsi sosial tanpa mempengaruhi mutu pelayanan yang disediakan antara lain menyediakan fasilitas untuk merawat penderita yang tidak/ kurang mampu sesuai peraturan yang berlaku. Agar dapat memberi pelayanan dengan baik, maka dibutuhkan berbagai sumber daya yang harus diatur dengan proses manajemen secara baik yang meliputi perencanaan

(*planning*), pengorganisasian (*organizing*), penggerakan (*actuating*) dan pengawasan (*controlling*).

2.2. Sistem Jaminan Kesehatan

Kesehatan merupakan salah satu komponen penting yang paling mendapat perhatian di dalam sistem jaminan sosial. Dalam Undang-Undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan bahwa pemerintah mengembangkan, membina dan mendorong penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan dimana pembiayaannya dilakukan secara praupaya. Yang dimaksud praupaya adalah pembiayaan berupa iuran yang dibayar dimuka untuk jangka waktu tertentu. Pemeliharaan kesehatan yang dimaksud adalah suatu rangkaian upaya untuk memberikan perlindungan kesehatan terhadap peserta dan terdiri dari berbagai jenis dan kegiatan pelayanan kesehatan yang bersifat peningkatan kesehatan, pencegahan dan penyembuhan penyakit.

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Indonesia berpedoman pada Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Subsistem SKN meliputi; pertama, upaya kesehatan dimana upaya kesehatan ini sangat terpengaruh oleh faktor pembiayaan. Subsistem kedua adalah pembiayaan kesehatan dibiayai oleh pemerintah, dilayani oleh petugas pemerintah dengan fasilitas pemerintah tetapi karena keterbatasan dana dan penerapan berbagai inovasi kebijakan menyebabkan semuanya menjadi bercampur aduk. Persoalannya adalah inovasi dan intervensi yang dilakukan pemerintah cenderung bersifat parsial sehingga belum mampu menjawab tuntutan mutu, efisiensi dan transparansi penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Paling tidak terdapat empat masalah utama dalam pengembangan jaminan kesehatan di Indonesia, pertama, pengembangan teknologi kesehatan yang berkolerasi dengan mahalnya biaya kesehatan. Kedua, penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang ada tidak mampu lagi menjawab kompleksitas penyelenggaraan dan pembiayaan kesehatan. Ketiga, meningkatnya jumlah penduduk usia lanjut di atas 60 tahun. Keempat, berkembangnya perhatian terhadap kesetaraan gender dan reproduksi perempuan. Empat masalah ini menuntut dikembangkannya satu sistem jaminan kesehatan yang tidak hanya mampu menanggulangi beban biaya

yang harus dipikul masyarakat tapi juga mampu berintegrasi dalam sistem jaminan sosial lainnya.

Sistem jaminan kesehatan yang berintegrasi dalam sistem jaminan sosial lainnya ini dimaksudkan untuk mengatasi ketidakadilan dalam akses sekaligus membenahi kerumitan dalam penyelenggaraan dan pembiayaan pelayanan kesehatan. Keadilan dibangun dengan cara membangun satu sistem jaminan kesehatan dan sosial yang dapat memenuhi kriteria kepesertaan wajib dengan manfaat yang mampu memenuhi asas, tujuan dan prinsip-prinsip sistem jaminan sosial seperti yang ditetapkan oleh UU SJSN. Ukuran sistem pembiayaan yang adil salah satunya adalah dimana setiap orang mampu mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medisnya; dan membayar pelayanan tersebut sesuai dengan kemampuannya membayar. Pembangunan sistem jaminan kesehatan haruslah dikaitkan dengan pembangunan kesehatan secara menyeluruh. Artinya pembangunan sistem jaminan kesehatan tersebut haruslah terintegrasi dengan program pembangunan ekonomi dan program penanggulangan kemiskinan secara berkelanjutan.

2.3. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) adalah suatu sistem pengelolaan dan pemeliharaan fasilitas kesehatan kelompok, yang mengintegrasikan antara sistem pembiayaan kesehatan dengan sistem mutu layanan kesehatan yang bersifat paripurna (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) dengan pola pembiayaan yang dilaksanakan secara pra upaya (pra-bayar).

Sering dikemukakan bahwa pelayanan kesehatan akan dapat lebih bermutu dan lebih merata kalau tersedia cukup dana untuk meningkatkannya. Namun yang acapkali terjadi adalah bahwa penambahan dana malah menaikkan biaya kesehatan bila sistem kesehatannya tidak dikelola untuk mencegah terjadinya inefisiensi penggunaan dana. Lagi pula sistem pelayanan kesehatan yang inefisienitu, akan selalu menghabiskan dana yang ada, berapapun penambahannya.

Pengalaman itu mengajarkan bahwa perbaikan dalam sistem pemeliharaan kesehatan kepada masyarakat, memerlukan perubahan dan peningkatan sekaligus serta serentak atas tiga hal, sebagai berikut:

- a. Perbaikan sistem pelayanan kesehatan, sehingga pelaksanaannya menjadi lebih efisien, lebih efektif dan lebih bermutu.
- b. Perbaikan sistem pembiayaan kesehatan berdasarkan dana pra-upaya sedemikian rupa, sehingga pengelolaannya lebih rasional.
- c. Peningkatan peran serta masyarakat, sehingga pemeliharaan kesehatan dirasakan sebagai tanggung jawab dan usaha bersama.

Upaya pemeliharaan kesehatan dapat membawa hasil yang diharapkan, bila diberikan penekanan yang sama kepada ketiga hal tersebut secara serentak dan sekaligus. Dengan demikian, harus dikembangkan suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang merangkum ke tiga hal tersebut dan diarahkan pada:

- a. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan agar dapat secara efektif dan efisien meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- b. Pengendalian biaya, agar pelayanan kesehatan dapat lebih terjangkau oleh setiap orang.
- c. Pemerataan upaya kesehatan dengan peran serta masyarakat, agar setiap orang dapat menikmati hidup sehat.

Juga dilaksanakan secara selaras, terpadu dan saling memperkuat. Pengendalian biaya umpamanya jangan menyebabkan mutu dan pemerataan menurun. Usaha meningkatkan mutu tidak perlu berarti biaya menjadi tidak terjangkau. Begitu pula, peningkatan pemerataan jangan mengakibatkan mutu menurun. Cara pengendalian terpadu terhadap ke tiga hal inilah yang kemudian dirumuskan sebagai Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)

Untuk menjamin meningkatkannya derajat kesehatan masyarakat melalui pemerataan dan peningkatan mutu serta pengendalian pembiayaan kesehatan di masa yang penuh tantangan ini telah menggariskan JPKM sebagai suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang terpadu dengan pembiayaannya.

Jadi, pengembangan JPKM sejalan dengan kebijakan untuk meningkatkan peran serta masyarakat dalam upaya penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan dengan lebih memusatkan peran pemerintah untuk mengatur, membina dan menciptakan iklim yang semakin mendorong peningkatan peran serta masyarakat itu.

Pegertian JPKM adalah sebagai :

a. Azas Usaha Bersama dan Kekeluargaan

Berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan yang tercantum dalam pengertian JPKM menunjukkan bahwa JPKM merupakan usaha bersama, yang menghendaki peran aktif badan penyelenggara, peserta dan pemberi pelayanan kesehatan untuk bersama-sama secara kekeluargaan mengendalikan mutu dan biaya pemeliharaan kesehatan. Dengan demikian, dapat dijaga keseimbangan dan keserasian dalam membela kepentingan masing-masing.

b. Pemeliharaan Kesehatan yang Paripurna

Dengan pemeliharaan kesehatan masyarakat yang paripurna diartikan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan dilaksanakan secara menyeluruh meliputi kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative terpadu dan berkesinambungan. Upaya kesehatan dalam JPKM tidak dapat dilaksanakan sepotong-sepotong, umpamanya pengobatan rawat jalan saja atau hanya pengobatan di Rumah Sakit tanpa dukungan upaya preventif atau promotif, karena hal ini cenderung menurunkan efektifitas dan efisiensi dalam pelaksanaannya.

c. Pembiayaan secara Pra-upaya

Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK.) dibayar di muka/ pra-upaya (*pre-paid*) oleh badan penyelenggara untuk memelihara kesehatan sejumlah peserta JPKM berdasarkan paket pemeliharaan kesehatan yang telah disepakati bersama. Pra-upaya juga berarti bahwa peserta JPKM membayar di muka sejumlah iuran secara teratur kepada badan penyelenggara agar kebutuhan pemeliharaan kesehatannya terjamin.

Mengingat hal-hal yang tercantum di atas, jelas bahwa JPKM tidak hanya merupakan suatu cara pembiayaan kesehatan. JPKM juga merupakan suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan, yang terarah dan terencana dengan pengelolaan yang efektif dan efisien, dan didukung oleh pembiayaan pra-upaya, yang memungkinkan peningkatan derajat kesehatan dari segenap pesertanya.

Harus senantiasa diingat bahwa fokus utama dari JPKM adalah peningkatan derajat kesehatan, utamanya melalui upaya promotif dan preventif agar seseorang tidak jatuh sakit, dan bukan semata-mata menghimpun atau mengumpulkan dana.

2.4. Jaminan Kesehatan Masyarakat

Saat ini pemerintah sedang memantapkan penjaminan kesehatan melalui Jamkesmas sebagai awal dari pencapaian jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk. Berdasarkan pengalaman masa lalu dan belajar dari pengalaman berbagai negara lain, sistem jaminan kesehatan sosial merupakan suatu pilihan yang tepat untuk menata subsistem pelayanan kesehatan yang searah dengan subsistem pembiayaan kesehatan. Jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) akan menjadi pendorong perubahan-perubahan mendasar seperti penataan standarisasi pelayanan, standarisasi tarif, penataan penggunaan obat yang rasional dan meningkatkan kemampuan serta mendorong manajemen Rumah Sakit dan fasilitas kesehatan lainnya untuk lebih efisien yang berdampak pada kendali mutu dan kendali biaya. Melalui Jamkesmas diharapkan dapat memberikan kontribusi meningkatkan umur harapan hidup bangsa Indonesia, menurunkan angka kematian ibu melahirkan, menurunkan angka kematian bayi dan balita serta penurunan angka kelahiran, disamping itu dapat terlayannya kasus-kasus kesehatan peserta pada umumnya.

Tujuan umum penyelenggaraan Jamkesmas adalah meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien bagi seluruh peserta Jamkesmas.

Tujuan khusus:

- a. Memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada peserta di seluruh jaringan PPK Jamkesmas.
- b. Mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar bagi peserta, tidak berlebihan sehingga terkendali mutu dan biayanya.
- c. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

Program jaminan kesehatan telah memberikan banyak manfaat bagi peningkatan akses pelayanan kesehatan masyarakat peserta. Namun demikian Pemda tetap harus berkontribusi terhadap masyarakat miskin di luar kuota. Dalam rangka kendali biaya dan kendali mutu pelayanan, pembayaran dan pertanggung jawaban Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK)

Program Jamkesmas Tahun 2010 dilaksanakan dengan beberapa perbaikan pada aspek kepesertaan, pelayanan, pendanaan dan pengorganisasian. Pada aspek pendanaan, Kementerian Kesehatan melalui Tim Pengelola Jamkesmas terus melakukan upaya perbaikan mekanisme pertanggungjawaban dana Jamkesmas, agar dana yang diluncurkan sebagai uang muka kepada PPK dapat segera dipertanggungjawabkan secara tepat waktu, tepat jumlah, tepat sasaran, akuntabel, efisien dan efektif.

Kebijakan Jamkesmas Tahun 2010 pada prinsipnya sama dan merupakan kelanjutan pelaksanaan program Jamkesmas Tahun 2009 dengan tetap melakukan perbaikan yang meliputi :

1. Tata Laksana Kepesertaan

- a. Sasaran Tahun 2010 adalah sama dengan Tahun 2009 yakni 76,4 juta sedangkan masih ada yang miskin di luar kuota yang ada (bagi peserta luar kuota yang menggunakan SKTM) tetap menjadi tanggungan Pemerintah Daerah. Perhatian khusus kepada peserta Jamkesmas yang belum masuk database seperti bayi baru lahir dari keluarga miskin, anak terlantar/gelandangan/ pengemis (rekomendasi Dinas Sosial), peserta Program Keluarga Harapan (PKH).

- b. Dalam rangka memperluas cakupan kepesertaan pada Tahun 2010, terdapat kelompok peserta baru menjadi sasaran peserta Jamkesmas, yaitu:
- Masyarakat miskin penghuni Lapas/ Rutan dengan melampirkan surat keterangan dari Kepala Rutan/ Kepala Lapas setempat
 - Masyarakat miskin penghuni panti-panti sosial, melalui Surat Keputusan Kepala Dinas/ Institusi Sosial Kabupaten/Kota setempat, selanjutnya Kementerian Kesehatan akan segera membuatkan kartu Jamkesmas.
 - Masyarakat miskin akibat bencana pasca tanggap darurat sebagaimana yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah setempat.
 - Untuk semua kepesertaan diatas, SKP diterbitkan petugas PT. Askes (Persero).

2. Tata Laksana Pelayanan Kesehatan

Tata laksana pelayanan kesehatan pada Jamkesmas adalah :

2.1. Ketentuan Umum

1. Setiap peserta mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan dasar meliputi: pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat.
2. Manfaat jaminan yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik.
3. Pelayanan kesehatan dalam program ini menerapkan pelayanan terstruktur dan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan.
4. Pelayanan kesehatan dasar (RJTP dan RITP) diberikan di Puskesmas dan jaringannya. Khusus untuk persalinan normal dapat juga dilayani oleh tenaga kesehatan yang berkompeten (praktek dokter dan bidan swasta) dan

biayanya diklaimkan ke Puskesmas setempat sebagaimana diatur dalam juknis pelayanan dasar.

5. Pelayanan tingkat lanjut (RJTL dan RITL) diberikan di PPK lanjutan jaringan Jamkesmas (Balkesmas, Rumah Sakit Pemerintah termasuk RS Khusus, RS TNI/Polri dan RS Swasta) berdasarkan rujukan. Pelayanan Balkesmas merupakan PPK untuk layanan RJTL dengan pemberian layanan dalam gedung.
6. PPK lanjutan harus mempunyai kode PPK lanjutan
7. Pelayanan RITL diberikan di ruang rawat inap kelas III (tiga). Apabila karena sesuatu hal seperti misalnya tidak tersedianya tempat tidur, peserta terpaksa dirawat di kelas yang lebih tinggi dari kelas III, biaya pelayanannya tetap diklaimkan menurut biaya kelas III.
8. Pada RS khusus (RS Jiwa, RS Kusta, RS Paru, dll) yang juga melayani pasien umum, klaim pelayanan kesehatan dilaksanakan secara terpisah antara pasien khusus sesuai dengan kekhususannya dan pasien umum
9. Pada keadaan gawat darurat (emergency) seluruh PPK wajib memberikan pelayanan penanganan pertama keadaan gawat darurat kepada peserta Jamkesmas walaupun tidak sebagai PPK jaringan Jamkesmas sebagai bagian dari fungsi sosial PPK. Setelah kegawatdaruratannya selesai ditangani, selanjutnya PPK tersebut segera merujuk ke PPK jaringan PPK Jamkesmas untuk penanganan lebih lanjut.
10. Status kepesertaan harus ditetapkan sejak awal untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Peserta Jamkesmas tidak boleh dikenakan iuran dengan alasan apapun.

11. Pemberian pelayanan kepada peserta oleh PPK lanjutan harus dilakukan secara efisien dan efektif, dengan menerapkan prinsip kendali biaya dan kendali mutu.

2.2. Prosedur Pelayanan

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut:

1. Pelayanan Kesehatan Dasar

- a. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya, peserta harus menunjukkan kartu Jamkesmas. Untuk peserta gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar, menggunakan surat keterangan/rekomendasi Dinas/Instansi Sosial setempat. Bagi peserta PKH yang belum memiliki kartu Jamkesmas, cukup menggunakan kartu PKH.
- b. Pelayanan kesehatan dapat dilakukan di Puskesmas dan jaringannya.
- c. Bila menurut indikasi medis peserta memerlukan pelayanan pada tingkat lanjut maka Puskesmas dapat merujuk peserta ke PPK lanjutan.
- d. PPK lanjutan penerima rujukan wajib merujuk kembali peserta Jamkesmas disertai jawaban dan tindak lanjut yang harus dilakukan jika secara medis peserta sudah dapat dilayani di PPK yang merujuk.

2. Pelayanan Tingkat Lanjut

- a. Peserta Jamkesmas yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjut (RJTL dan RITL), dirujuk dari Puskesmas dan jaringannya ke PPK tingkat lanjut secara berjenjang dengan membawa kartu peserta Jamkesmas/identitas kepesertaan lainnya dan surat rujukan yang ditunjukkan sejak awal. Pada kasus emergency tidak memerlukan surat rujukan.
- b. Kartu peserta Jamkesmas/ identitas kepesertaan lainnya dan surat rujukan dari Puskesmas dibawa ke loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS) untuk diverifikasi kebenaran dan kelengkapannya, selanjutnya dikeluarkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) oleh petugas PT. Askes (Persero), dan peserta selanjutnya memperoleh pelayanan kesehatan.

- c. Bayi dan anak yang lahir dari pasangan peserta Jamkesmas secara otomatis menjadi peserta dengan merujuk pada kartu orang tuanya. Bila bayi dan anak memerlukan pelayanan dapat langsung diberikan dengan menggunakan identitas kepesertaan orang tuanya dan dilampirkan surat keterangan lahir dan Kartu Keluarga orang tuanya.
- d. Pelayanan tingkat lanjut sebagaimana diatas meliputi :
 - 1. Pelayanan rawat jalan lanjutan (spesialistik) di Rumah Sakit dan Balkesmas.
 - 2. Pelayanan rawat jalan lanjutan yang dilakukan pada Balkesmas bersifat pasif (dalam gedung) sebagai PPK penerima rujukan. Pelayanan Balkesmas yang ditanggung oleh program Jamkesmas adalah Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dalam gedung.
 - 3. Pelayanan rawat inap bagi peserta diberikan di kelas III (tiga) di Rumah Sakit.
 - 4. Pelayanan obat-obatan dan alat/bahan medis habis pakai.
 - 5. Pelayanan rujukan spesimen dan penunjang diagnostik lainnya.
- e. Untuk kasus kronis yang memerlukan perawatan berkelanjutan dalam waktu lama, surat rujukan dapat berlaku selama 1-3 bulan
- f. Terhadap peserta yang berobat lintas daerah, verifikasi kepesertaan tetap dilakukan oleh PT. Askes (Persero) dengan melihat pada kartu Jamkesmas.
- g. Rujukan pasien antar RS termasuk rujukan RS antar daerah dilengkapi surat rujukan dari rumah sakit asal pasien dengan membawa identitas kepesertaannya
- h. Peserta Jamkesmas dalam keadaan gawat darurat wajib ditangani langsung tanpa diperlukan surat rujukan. Apabila setelah penanganan kegawat-daruratannya peserta belum melengkapi identitasnya, maka yang bersangkutan

diberi waktu 2 x 24 jam hari kerja untuk melengkapi identitasnya yakni kartu peserta disertai KK dan KTP.

- i. Untuk memenuhi kebutuhan obat dan bahan habis pakai di Rumah Sakit, Instalasi Farmasi/Apotik Rumah Sakit bertanggungjawab menyediakan semua obat sesuai dengan formularium dan bahan habis pakai yang diperlukan.
- j. Penggunaan INA-DRG versi 1.6 bagi seluruh PPK lanjutan sebagai dasar pertanggung-jawaban/klaim diberlakukan sejak 1 Maret 2010

2.4. JPK Gakin-SKTM di Provinsi DKI Jakarta

2.4.1 Pengertian

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi keluarga miskin dan kurang mampu (JPK Gakin-SKTM) adalah jaminan pemeliharaan kesehatan yang diberikan kepada keluarga miskin dan kurang mampu yang membutuhkan pelayanan kesehatan meliputi rawat jalan dan rawat inap sebagaimana yang ditetapkan dalam petunjuk pelaksanaannya baik di Puskesmas maupun di Rumah Sakit yang ditunjuk di wilayah DKI Jakarta. (DinKes DKI Jakarta, 2007)

Dikatakan keluarga miskin adalah penduduk DKI Jakarta yang legal (KTP DKI Jakarta) dan termasuk dalam data kemiskinan Badan Pusat Statistik (BPS) DKI Jakarta dan telah diverifikasi ke lapangan atau yang telah diteliti ulang oleh Tim Desa (Lurah, Kepala Puskesmas Kelurahan beserta kader kesehatan) yang terdiri dari bapak, ibu, anak dan kakek nenek.

Kriteria miskin mengacu pada variabel Badan Pusat Statistik yang disesuaikan dengan kondisi Jakarta adalah :

- o Luas lantai per orang kurang dari 4 m²
- o Tidak mampu membiayai pengobatan ke sarana kesehatan/ bukan puskesmas
- o Tidak mampu ber KB secara mandiri

- o Penghasilan kurang dari Upah Minimal Provinsi DKI Jakarta per rumah tangga/ bulan
- o Terdapat anggota keluarga yang berusia 15 tahun keatas yang buta huruf
- o Terdapat anggota keluarga dengan usia 7-18 tahun yang tidak sekolah/ putus

Sedangkan yang dikatakan keluarga kurang mampu adalah penduduk DKI Jakarta yang legal dan keluarga yang belum terdata sebagai keluarga miskin serta mengalami kendala dalam pembiayaan kesehatan.

2.4.2. Kebijakan Kepesertaan

1. Peserta dalam program JPK Gakin-SKTM adalah keluarga miskin dan kurang mampu diseluruh wilayah Provinsi DKI Jakarta, yang meliputi lima wilayah kotamadya dan kabupaten administratif Kepulauan Seribu dengan kriteria antara lain :

- o Keluarga miskin yang terdaftar dalam data kemiskinan Badan Pusat Statistik yang telah dilakukan verifikasi ke lapangan dan mendapat kartu JPK-Gakin.
- o Pemegang kartu (Gakin, BLT, Raskin, Program Keluarga Harapan) dan Program Pemerintah lainnya yang berdomisili di DKI Jakarta dan dapat dibuktikan dengan KTP DKI Jakarta
- o Pemegang kartu kader yang dilayani di 17 Rumah Sakit (RSUD, RS Vertikal dan RS TNI/ POLRI)
- o Surat keterangan dari Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta untuk diberlakukan seperti Kartu Gakin sambil menunggu Kartu Gakin yang sesungguhnya ditertibkan.
- o Pasien penghuni Panti Sosial/ Rumah Singgah (bukan karyawan) yang diusulkan Dinas Sosial Provinsi DKI Jakarta, memiliki sertifikat panti dan kepesertaan bersifat kolektif.
- o Pasien orang terlantar yang diusulkan Dinas Sosial Provinsi DKI Jakarta atau yang ditemukan di Provinsi DKI Jakarta.

- Pasien korban tindak kekerasan terhadap perempuan dan anak (KDRT) dan korban perdagangan orang (*trafficking*) yang dilayani di 17 Rumah Sakit.
 - Kriteria tertentu sebagai penghargaan atas jasanya kepada masyarakat seperti pendonor darah yang telah mendonorkan darahnya lebih dari 75 kali (anggota Fokuswanda)
 - Kartu Gakin Yayasan Thalasemia RSCM
 - Veteran Pejuang Kemerdekaan
 - Lansia dan penyandang cacat
 - Pasien dengan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) verifikasi miskin atau verifikasi kurang mampu
 - Pasien korban bencana/ Pasien KLB (DBD, Diare, gizi buruk, Flu burung, leptospirosis dll)
2. Apabila Puskesmas mengusulkan penduduk miskin yang belum termasuk dalam data BPS terbaru, maka dapat diusulkan melalui Dinas Kesehatan yang kemudian data tersebut diserahkan ke Bapeda dan selanjutnya akan disurvei oleh BPS.
 3. Sebelum dilakukan pencetakan kartu Gakin, data BPS tersebut akan diverifikasi ulang untuk memastikan keberadaannya dan memastikan kartu tidak dicetak lebih dari 1 (satu) kali. Setelah kartu terbit diserahkan ke Suku Dinas kesehatan yang kemudian diteruskan ke Puskesmas Kelurahan untuk dibagikan kepada yang bersangkutan, apabila terjadi ketidak sesuaian sasaran kepesertaan, maka kartu wajib dicabut
 4. Apabila terjadi kesalahan atau kekurangan nama maupun anggota keluarga pada kartu peserta, maka dapat dilakukan revisi kartu dengan membawa surat pengantar dari Puskesmas Kelurahan masing-masing untuk direvisi ke Dinas Kesehatan

5. Puskesmas kelurahan diharuskan membuat laporan ke Sudin Kesehatan yang kemudian direkap dan dilaporkan ke Dinas Kesehatan tentang jumlah kartu yang telah didistribusikan, kartu yang rusak, kartu dengan salah alamat maupun nama peserta
6. Bagi masyarakat miskin yang belum terdata tetapi membutuhkan pembebasan pembiayaan maka dapat dibuatkan surat keterangan diberlakukan seperti kartu Gakin oleh Dinas Kesehatan dengan menyertakan persyaratan-persyaratan yang telah ditentukan beserta foto rumah.

2.4.3. Kebijakan Pelayanan Kesehatan

1. Sistem JPK Gakin menggunakan pendekatan JPKM yang menerapkan sistem kendali biaya dan pelayanan yang efektif yang diberikan secara berjenjang dan bersifat komprehensif yang meliputi :
 - Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) di Puskesmas : dr umum, drg, bidan
 - Rawat inap di Puskesmas : Persalinan
 - Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) : dokter spesialis
 - Rawat inap kelas III di RSUD/ RS Pemerintah / RS TNI/POLRI/ RS Swasta di Provinsi DKI Jakarta dan RS di luar DKI Jakarta.
 - Pelayanan Ambulans Dinas Kesehatan
2. Persyaratan yang wajib dibawa oleh pasien :
 - Pasien Gakin :
 - Kartu Gakin, BLT, Program Keluarga Harapan, Raskin, Kader, yang terdaftar dikantor lurah
 - KTP/ kartu keluarga
 - Rujukan Puskesmas (untuk kasus emergency tidak memerlukan rujukan Puskesmas, pasien langsung ke UGD Rumah Sakit)
 - Surat keterangan diperlakukan sama seperti Kartu Gakin yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

- Pasien SKTM :
 - KTP/ Kartu Keluarga
 - SKTM yang ditanda tangani oleh kelurahan sesuai domisili pasien
 - Hasil verifikasi lapangan
 - Rujukan Puskesmas (untuk kasus *emergency* tidak memerlukan rujukan Puskesmas, pasien langsung ke IGD Rumah Sakit)
- 3. Pasien *emergency* wajib dilayani oleh Puskesmas Kecamatan / Kelurahan dan Rumah Sakit.
- 4. Bagi Rumah Sakit yang belum melakukan Ikatan Kerjasama (IKS) hanya melayani kasus – kasus *emergency* dan bila perlu perawatan, maka dirujuk ke rumah sakit lain yang melayani Gakin
- 5. Pasien rawat jalan harus melalui Puskesmas,apabila diperlukan dapat dirujuk ke Rumah Sakit. Pasien *Emergency* dapat langsung melalui IGD dilayani tanpa rujukan Puskesmas cukup dengan KTP. Jika pasien langsung pulang kelengkapan tagihannya cukup dengan surat keterangan Direktur Yanmed RS/ Dokter Jaga IGD. Jika pasien perlu dirawat maka diberi kesempatan untuk melengkapi persyaratan selama 3 x 24 jam hari kerja . Pasien yang langsung ke Poliklinik dianggap pasien umum.
- 6. Rujukan Puskesmas berlaku 1 bulan untuk penyakit non kronis, untuk penyakit kronis 3 bulan.
- 7. Pasien pasca rawat inap penyakit Kronis diberi kesempatan untuk kontrol 2 kali di Rumah Sakit tanpa rujukan cukup dengan rencana kontrol dari dokternya selanjutnya dapat dilakukan di Puskesmas.Untuk penyakit non kronis, kontrol di Puskesmas. Rumah Sakit wajib mengembalikan pasien pasca rawat inap ke pada Puskesmas untuk dilakukan pemantauan.

8. Pembuatan Jaminan rawat dilaksanakan di Suku Dinas Kesehatan 5 wilayah Kota Administratif sesuai domisili pasien, kecuali Pembuatan Jaminan untuk Orang Terlantar / Panti dibuat di Dinkes.
9. Jaminan rawat diberikan sejak pasien / rumah sakit mengajukan surat jaminan. Pengurusan surat jaminan dilakukan oleh keluarga pasien dengan membawa surat pengantar dari rumah sakit. Keterlambatan permintaan jaminan oleh rumah sakit disertai dengan surat keterangan direktur rumah sakit yang menjelaskan tentang alasan keterlambatan. Lama jaminan rawat disesuaikan dengan kondisi pasien. Khusus jaminan rawat bagi pasien di RS Jiwa dan Hemodialisa lamanya 30 hari (1 bulan).
10. Dalam keadaan darurat apabila kelas III penuh, pasien dapat ditempatkan di kelas II maksimal 2 x 24 jam, bila lebih dari waktu yang ditentukan maka pasien segera dirujuk ke Rumah Sakit lainnya atau karena alasan kondisi pasien yang tidak memungkinkan untuk dipindahkan, maka harus dengan persetujuan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.
11. Bila diperlukan pemeriksaan penunjang dengan Ambulan ke Rumah Sakit lain maka diwajibkan Rumah Sakit membuat surat rujukan ke Rumah Sakit yang dituju, dilengkapi dengan persyaratan administrasi. Penggunaan Ambulan Dinas Kesehatan harus sesuai dengan indikasi medis, sebagai bukti harus disertai stempel dari Rumah Sakit asal dan stempel dari Rumah Sakit penerima pasien rujukan .Rumah Sakit wajib melayani pasien rujukan dari Rumah Sakit lain.
12. Verifikasi dilakukan untuk memperkuat SKTM yang diterbitkan oleh Lurah. Verifikasi dilakukan oleh Tim Desa yang terdiri dari RT/RW atau TIM PKK RW dan Petugas Puskesmas dengan meninjau langsung ke tempat tinggal pasien bukan hanya dengan wawancara.

13. Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dan hasil verifikasi tempat tinggal berlaku 1 tahun dapat diperbaharui kembali bila masih diperlukan. Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) yang asli dipegang oleh pasien sedangkan Rumah Sakit cukup foto copy .(yang asli tetap diperlihatkan ke rumah sakit).
14. Bila tempat tinggal pasien tidak sesuai KTP maka cukup dengan surat keterangan domisili yang diterbitkan oleh RT/RW setempat. Verifikasi dilakukan oleh Puskesmas dimana pasien tinggal saat ini.
15. Sehubungan kasus melahirkan lama hari rawatnya tidak lebih dari 2 hari maka persyaratan administrasi kasus melahirkan cukup dengan surat pernyataan RT/RW /SKTM tanpa verifikasi lapangan.
16. Melahirkan tanpa pernikahan bukan karena tindak pemerkosaan tidak ditanggung. Melahirkan tanpa surat nikah(NIKAH SIRI) hanya dijamin 50 %. Kelahiran melebihi 4 anak maka pada kelahiran terakhir disarankan untuk dilakukan Tubektomi.
17. Bayi yang dilahirkan kemudian ditinggal ibunya dianggap sebagai bayi terlantar, oleh karenanya Rumah Sakit harus melaporkan ke Polisi dan kemudian diserahkan ke Panti.
18. Sudin Kesehatan sesuai dengan tupoksinya harus melakukan BINWASDAL ke Rumah Sakit dan Puskesmas di wilayahnya, melakukan Monitoring dan Evaluasi serta menindaklanjuti keluhan masyarakat dan melaporkan semua kegiatan tersebut ke Dinas Kesehatan.
19. Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta sebagai regulator membantu wilayah dalam pembuatan kebijakan tentang pelaksanaan Pogram JPK Gakin serta membantu menyelesaikan permasalahan- permasalahan yang ada.

20. Pasien Tunawisma dan Pasin Terlantar yang tidak mempunyai identitas, harus dilengkapi dengan surat keterangan dari Direktur Rumah Sakit atau pejabat yang berwenang, yang berguna sebagai pengganti SKTM yang dikeluarkan oleh RT/RW dan Lurah. Pada kasus tertentu seperti kecelakaan ada keterangan dari polisi.
21. Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin / tidak ditanggung :
1. Pelayanan yang tidak sesuai prosedur
 2. Pelayanan atau perawatan yang berkaitan dengan kosmetik (bedah plastik, orthodontie dll)
 3. Medical Check Up (MCU)
 4. Vitamin atau Suplemen tanpa indikasi medis
 5. Pengobatan Alternatif / Tradisional
 6. Pengguguran Kandungan tanpa indikasi medis
 7. Hamil diluar pernikahan
 8. Pelayanan yang berkaitan infertilitas dan kesuburan
 9. Bunuh diri
 10. Pelaku tindak kriminal
22. Rumah Sakit / Puskesmas / Ambulan, wajib membuat informasi prosedur pelayanan bagi keluarga miskin dan kurang mampu, menyiapkan kotak Pengaduan Masyarakat serta catatan pengaduannya dan tidaklanjutnya.
23. Ambulan Dinas Kesehatan hanya diperuntukkan untuk membawa pasien yang menderita sakit bukan untuk membawa jenazah.

2.3.4 Kebijakan Pembiayaan Kesehatan

1. Pembiayaan untuk pelaksanaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi keluarga miskin dan kurang mampu bersumber dari dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD)

2. Pasien dengan kartu Gakin dibebaskan dari biaya jika berobat ke Puskesmas, Rumah Sakit dan Pemakaian Ambulans
3. Pasien dengan SKTM mendapat keringanan 50%. Bila pasien SKTM tidak dapat membayar 50% dapat diringankan sampai dengan pembebasan.
4. Surat pernyataan Pembebasan Biaya diperuntukan bagi SKTM yang mengalami kendala biaya. Surat ini hanya berlaku untuk satu kasus penyakit dan berlaku disemua Rumah Sakit yang telah melakukan Ikatan Kerja Sama. Surat Pernyataan pembebasan biaya dikeluarkan oleh Suku Dinas Kesehatan sesuai dengan domisili pasien dan Dinas Kesehatan berdasarkan pengantar dari Sudin Kesehatan
5. Uang muka yang telah dibayarkan pada saat pasien SKTM masuk Rumah Sakit, tidak dapat dikembalikan walaupun mendapat jaminan bebas biaya kecuali pasien dengan kartu Gakin.
6. Pembiayaan kesehatan Program JPK Gakin di Rumah Sakit mengacu kepada Paket Pelayanan Esensial (PPE). Selisih PPE dibebankan kepada Rumah Sakit. *Katastropik* diajukan jika diagnosis tidak terdapat dalam PPE atau biayanya melebihi PPE untuk kasus tertentu (kasus khusus). Pengajuan katastropik selambat-lambatnya 10 hari. Selisih PPE/ selisih katastropik tidak dapat dibayarkan dan menjadi tanggungan Rumah Sakit.
7. Pemakaian obat mengacu kepada ketentuan yang telah ditetapkan (menggunakan obat generik, DPHO, Formularium atau penggantinya sesuai dengan indikasi medis, jika tidak ada generiknya maka dapat digantikan dengan obat non generik dengan harga terendah dikelasnya yang mempunyai efek farmakologi yang sama). Harga obat generik mengacu kepada harga obat generik yang dikeluarkan oleh Menkes RI.

8. Dalam hal pemakaian obat, maka komite medik Rumah Sakit dituntut untuk lebih selektif dalam memberikan persetujuan obat. Setiap obat non generik harus ditanda tangani oleh komite mediknya. Jika tidak ada tanda tangan tersebut maka obat tidak dapat dibayarkan. Persetujuan obat dan tindakan tidak lagi melalui Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta tetapi menjadi tanggung jawab Rumah Sakit. Dinas Kesehatan/ Sudin Kesehatan akan melakukan supervisi dan evaluasi terhadap penggunaan obat generik di Rumah Sakit.
9. Pasien/ keluarga pasien yang telah menerima pemberian obat dan tindakan pada saat dirawat harus menanda tangani bukti penerimaan obat dan tindakan.
10. Tagihan Rumah Sakit, Puskesmas dan Ambulans diajukan ke Dinas Kesehatan selambat-lambatnya 1 (satu) bulan sejak pelayanan. Pekerjaan verifikasi klaim selambat-lambatnya 2 (dua) bulan sejak diterimanya berkas tagihan. Tagihan Rumah Sakit yang tertunda karena ketidak lengkapan berkas, akan dikembalikan. Pengembalian berkas setelah dilengkapi, paling lambat 14 (empat belas) hari sejak BAP diterima oleh Rumah Sakit. Bila tagihan pending diajukan melebihi batas waktu yang telah ditentukan, maka klaim dianggap kadaluwarsa dan menjadi tanggungan Rumah Sakit.
11. Pengajuan tagihan yang melebihi batas waktu yang telah ditentukan harus dengan permohonan tertulis dari Direktur Rumah Sakit disertai alasan keterlambatannya. Dinas Kesehatan mempunyai wewenang menentukan layak/ tidaknya klaim untuk dibayarkan.
12. Tagihan Rumah Sakit akan dibayarkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta setelah ada berita acara hasil verifikasi (BAP). Bila terjadi kelebihan pembayaran tagihan, maka pembayaran tagihan berikutnya akan dipotong sebesar kelebihan pembayaran lalu

13. Batas akhir pembayaran pada tanggal 15 Desember tahun berjalan. Pelayanan diatas tanggal 15 Desember tahun berjalan, tagihan dan pembayarannya akan dibayarkan pada anggaran tahun berikutnya. Pembayaran tagihan pada anggaran tahun berikutnya adalah tagihan pada bulan November, Desember dan tagihan tertunda.
14. Dinas Kesehatan setiap 3 (tiga) atau 6 (enam) bulan sekali akan melakukan rekonsiliasi dengan Rumah Sakit, untuk menghindari ketidak cocokan dalam pembukuan tagihan pembayaran Program JPK Gakin.

2.3.5. Pengorganisasian

Pengelolaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin dan Kurang Mampu perlu melibatkan berbagai tingkatan administrasi instituis terkait serta mempunyai tugas dan fungsi masing-masing sebagai berikut :

1. Tim Asistensi
 - Melaksanakan bimbingan teknis
 - Menyiapkan dasar hukum
 - Memantau pelaksanaan uji coba secara periodik
 - Melaksanakan pengawasan penggunaan dana yankes bagi peserta JPK bagi keluarga miskin dan kurang mampu
 - Melakukan koordinasi dengan tim teknis
2. Badan Pusat Statistik
 - Menyediakan data kemiskinan yang telah divalidasi/ *updating* setiap tahunnya
 - Mendistribusikan data kemiskinan ke wilayah
3. Dinas Kesehatan
 - Advokasi ke Pemda tentang JPK Gakin
 - Memfasilitasi terbitnya SK pendukung
 - Mempercepat proses pencairan dana APBD

- Menyusun petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis JPK gakin dan kurang mampu
 - Menentukan biaya PPE
 - Melakukan sosialisasi ke PPK dan lintas Program/ Lintas Sektor/ masyarakat
 - Menanda tangani Surat Keterangan Jaminan Pelayanan Kesehatan bagi penghuni panti sosial/ panti asuhan/ rumah singgah yang ditetapkan
 - Mencairkan dana JPK bagi keluarga miskin dan kurang mampu
 - Memverifikasi kelengkapan persyaratan tagihan
 - Membayar tagihan ke Pelaksana Pelayanan Kesehatan
 - Menyiapkan Ikatan Kerja Sama dengan Rumah Sakit dan Badan Pelaksana JPKM
 - Menangani pengaduan keluhan pelanggan
4. Tim Bapim
- Memantau pelaksanaan Program JPK keluarga miskin dan kurang mampu
5. Sudin Yankes
- Melaksanakan sosialisasi JPK bagi keluarga miskin dan kurang mampu
 - Binwasdal ke Rumah Sakit dan Puskesmas
 - Menangani pengaduan peserta dan Penyelenggara Pelayanan Kesehatan
6. Sudin Kesmas
- Koordinasi
7. Puskesmas
- Bersama Lurah melakukan verifikasi dan validasi data-data bagi keluarga miskin dan kurang mampu yang ada di kelurahan
 - Memberikan pelayanan kesehatan termasuk *promotif, preventif* kepada peserta JPK keluarga miskin dan kurang mampu untuk rawat jalan tingkat pertama (RJTP) sesuai standar pelayanan yang berlaku

- Menyampaikan laporan pemanfaatan pelayanan kesehatan ke Dinas Kesehatan dan Sudin Yankes
- Menangani keluhan bersama-sama Sudin Yankes
- Mengajukan klaim ke Dinas Kesehatan

8. Rumah Sakit

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

9. Lurah

- Membuat Surat Keterangan Tidak Mampu di wilayah kerjanya

2.3.6. Petunjuk Teknis

Prosedur Rawat Inap di Rumah Sakit

1. Prosedur Administrasi

Peserta yang akan memperoleh pelayanan kesehatan harus selalu membawa :

- Rujukan dari Puskesmas kecuali Gawat Darurat
- Kartu JPK Gakin
- Surat Keterangan Tidak Mampu
- Kartu Tanda Penduduk/ Kartu keluarga
- Hasil verifikasi ke rumah pasien

2. Prosedur Pelayanan

- a. Keluarga pasien harus menunjukkan surat perintah rawat dari dokter yang memeriksa ke petugas Rumah Sakit. Selanjutnya petugas Rumah Sakit akan menempatkan pasien di ruang perawatan kelas III dan memeriksa kelengkapan dokumen sebagai persyaratan permintaan jaminan ke Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta

- b. Setiap peserta yang secara medis perlu dirawat inap (dibuktikan dengan surat perintah rawat dari dokter), harus dilaporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta untuk dibuatkan surat jaminan rawat inap dalam waktu 3 X 24 jam dari tanggal pasien masuk Rumah Sakit. Rumah Sakit harus mengisi formulir permohonan jaminan rawat inap, dimintakan langsung oleh keluarga pasien ke Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta dengan membawa persyaratan pembuatan surat jaminan dibawah ini.

Persyaratan pembuatan surat jaminan adalah sebagai berikut :

- Surat pengantar rawat dari dokter yang memeriksa
 - Surat rujukan dari Puskesmas, kecuali untuk kasus gawat darurat
 - Formulir permintaan jaminan dari ruangan/ Rumah Sakit
 - Foto copy identitas diri dan identitas kepesertaan sebagai ;
 - Pasien Kartu Gakin
 - Kartu Gakin
 - Kartu Keluarga
 - Pasien SKTM
 - SKTM yang ditanda tangani oleh RT/RW dan Kelurahan tempat tinggal pasien (sesuai dengan alamat di KTP)
 - Apabila pindah kontrak dan tidak sesuai dengan KTP maka lengkapi dengan surat keterangan domisili oleh RT setempat.
 - Hasil verifikasi ke rumah pasien
 - Kartu Keluarga
- c. Lama surat jaminan disesuaikan dengan diagnosis penyakit dan atau perkiraan lama rawat dari dokter yang merawat, yang tertulis di formulir permohonan jaminan. Rumah Sakit wajib melaporkan ke Badan Penyelenggara jika sampai batas akhir jaminan pasien masih perlu perawatan, dengan menginformasikan kondisi pasien terakhir

- d. Pasien pemegang SKTM yang pengurusan perintaan surat jaminannya lebih dari 3 X 24 jam, maka jaminan diberikan sejak tanggal kasus dilaporkan atau tanggal keluarnya SKTM
- e. Permintaan surat jaminan yang dilakukan setelah pasien pulang, pihak Rumah sakit harus membuat kronologis keterlambatan serta total biaya yang terjadi dan meminta persetujuan ke Dinas Kesehatan terlebih dahulu. Kecuali pada kasus tertentu dimana dari kronologis kasus diketahui bahwa keterlambatan permintaan jaminan dikarenakan kondisi medis dan lama perawatan kurang dari 3 hari
- f. Tindakan/ kasus yang memerlukan observasi tetapi kurang dari 1 hari (*one day care*) harus dimintakan jaminan dengan persyaratan sama dengan persyaratan permintaan jaminan rawat inap.

Prosedur Rawat Jalan di Rumah Sakit

1. Prosedur Administrasi

Peserta harus membawa salah satu dibawah ini :

- a. Rujukan dari Puskesmas
- b. Kartu JPK Gakin
- c. Surat Keterangan Tidak Mampu

2. Prosedur Pelayanan

Prosedur Rawat jalan Tingkat Lanjut di Rumah Sakit

- a. Peserta mambawa dan menunjukan dokumen seperti diatas dan menyerahkan foto copy dokumen ke petugas Rumah Sakit
- b. Petugas memeriksa kelengkapan dokumen
- c. Pasien diarahkan ke poliklinik sesuai dengan rujukan
- d. Dilakukan pemeriksaan oleh dokter dan diberi obat. Bila diperlukan pemeriksaan penunjang maka dokter menulis surat pengantar penunjang diagnostik

2.6. Pendekatan Sistem

Menyadari bahwa suatu organisasi pada dasarnya dibentuk oleh sekelompok manusia yang berinteraksi satu sama lain, maka munculah teori hubungan manusia serta teori perilaku yang merupakan dasar dari teori sistem. Teori ini makin banyak dipergunakan, termasuk ke dalamnya penggunaan dalam bidang administrasi kesehatan. Dibentuknya suatu sistem pada dasarnya adalah untuk mencapai suatu tujuan tertentu yang telah ditetapkan. Jika berbagai fungsi dan perangkat yang diperlukan untuk mencapai tujuan disusun sedemikian rupa sehingga secara keseluruhan membentuk suatu sistem tertentu, maka cara kegiatan ini dikenal dengan nama pendekatan sistem.

Suksesnya suatu organisasi dalam mengemban misinya sangat tergantung kepada seorang pemimpin yang lebih efektif, dalam arti kata dapat dan lebih mampu mengambil keputusan dengan cepat dan tepat, untuk itu diperlukan suatu informasi. Model Dasar Sistem : masukan, pengolahan dan keluaran adalah cocok bagi kasus sistem informasi yang paling sederhana. Oleh karena itu pengetahuan sistem dan pendekatan sistem dasar untuk mempelajari sistem informasi kesehatan adalah mutlak perlu.

a. Pengertian Sistem

Ada beberapa pengertian tentang sistem antara lain :

1. Sistem ialah satu kesatuan yang utuh diperkirakan berhubungan, serta satu sama lain saling mempengaruhi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
2. Suatu sistem adalah merupakan suatu penggabungan, penyatuan dari dua atau lebih bagian-bagian, komponen-komponen atau subsistem-subsistem yang interdependen dan ditandai oleh batas-batas yang jelas dari lingkungan supra sistemnya.
3. Suatu sistem adalah suatu tatanan yang terdiri dari beberapa bagian (subsistem) yang berkaitan dan tergantung satu sama lain dalam upaya mencapai tujuan bersama.

Dari ketiga pengertian sistem di atas dapat kita ambil suatu kesimpulan ada beberapa kata kunci yang perlu kita perhatikan dalam pengertian suatu system yaitu :

1. Kesatuan yang utuh/ penggabungan/ tatanan.
2. Terdiri dari sebagai faktor/ bagian-bagian (subsistem).
3. Saling tergantung satu sama lain.
4. Dalam upaya mencapai tujuan.

Unsur-unsur atau komponen dasar sistem adalah :

1. *Input* ialah kumpulan elemen/ bagian yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut.
2. Proses ialah kumpulan elemen/ bagian yang berfungsi mengubah masalah menjadi keluaran yang direncanakan.
3. *Output* ialah kumpulan elemen/bagian yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.
4. *Feed back* (balikan) ialah kumpulan elemen/bagian yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.

b. Langkah Pokok Pendekatan Sistem

Pendekatan Sistem adalah upaya untuk melakukan pemecahan masalah yang dilakukan dengan melihat masalah yang ada secara menyeluruh dan melakukan analisis secara sistem. Pendekatan sistem diperlukan apabila kita menghadapi suatu masalah yang kompleks sehingga diperlukan analisa terhadap permasalahan tadi, untuk memahami hubungan bagian dengan bagian lain dalam masalah tersebut, serta kaitan antara masalah tersebut dengan masalah lainnya.

Keuntungan yang diperoleh apabila pendekatan sistem ini dilaksanakan antara lain :

1. Jenis dan jumlah masukan dapat diatur dan disesuaikan dengan kebutuhan sehingga penghamburan sumber, tata cara dan kesanggupan yang sifatnya terbatas akan dapat dihindari.

2. Proses yang dilaksanakan dapat diarahkan untuk mencapai keluaran sehingga dapat dihindari pelaksanaan kegiatan yang tidak diperlukan.
3. Keluaran yang dihasilkan dapat lebih optimal serta dapat diukur secara lebih cepat dan objektif.
4. Umpan balik dapat diperoleh pada setiap tahap pelaksanaan program.

Jadi pelbagai kemungkinan yang tersedia dapat diperhitungkan, sehingga tidak ada yang luput dari perhatian. Sekalipun demikian bukan berarti pendekatan sistem tidak mempunyai kelemahan, salah satu kelemahan yang penting adalah dapat terjebak dalam perhitungan yang terlalu rinci, sehingga menyulitkan pengambilan keputusan dan dengan demikian masalah yang dihadapi tidak akan dapat diselesaikan.

Dalam pendekatan sistem upaya pemecahan masalah secara menyeluruh dilakukan dengan analisa sistem. Ada banyak batasan tentang analisa sistem, beberapa di antaranya:

1. Analisa sistem adalah proses untuk menentukan hubungan yang ada dan relevansi antara beberapa komponen (subsistem) dari suatu sistem yang ada.
2. Analisa sistem adalah suatu cara kerja yang dengan mempergunakan fasilitas yang ada, dilakukan pengumpulan pelbagai masalah yang dihadapi untuk kemudian dicarikan pelbagai jalan keluarnya, lengkap dengan uraian, sehingga membantu administrator dalam mengambil keputusan yang tepat untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Manajemen operasi Rumah Sakit yaitu ilmu yang mendesain dan mengoperasikan sistem produksi dengan merubah *input* menjadi *output* melalui proses transformasi. Pada usaha jasa, titik berat *input* adalah sumber daya manusia yang memberikan *output* berupa jasa dengan memanfaatkan masukan. Dengan menggunakan pendekatan manajemen operasi yang sebagian besar berupa model kuantitatif. Penggunaan model kuantitatif menjadikan fungsi manajemen yang dijalankan di Rumah Sakit tidak lagi hanya berdasarkan intuisi atau asumsi

manajer tetapi menggunakan data sebagai dasar pengambil keputusan. Dalam prosedur pengelolaan klaim JPK Gakin-SKTM di Rumah Sakit, diperlukan unsur-unsur input seperti :

- Sumber daya : Jumlah, pendidikan, lama bekerja,
- Peralatan : komputer, telepon, fax, kalkulator dan ATK
- Bahan : berupa dokumen-dokumen yang harus dilengkapi sebagai persyaratan klaim
- Metode : petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis JPK Gakin-SKTM

2.7. Manajemen Klaim

Klaim adalah suatu permintaan salah satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan agar haknya dipenuhi. Satu dari dua pihak yang melakukan ikatan tersebut akan mengajukan klaimnya kepada pihak lainnya sesuai dengan perjanjian yang disepakati bersama oleh kedua pihak. (Ilyas, 2006)

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

1. Adanya dua pihak yang jelas melakukan ikatan perjanjian.

Hal ini menggambarkan secara jelas siapa yang melakukan ikatan dengan siapa dan kejelasan pihak-pihak yang memiliki hak serta kewajiban.

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

Bentuk ikatan ini akan mempengaruhi kepatuhan kedua pihak terhadap ikatan perjanjian yang mereka sepakati bersama. Ikatan tersebut dapat berbentuk saling percaya, saling mengikat secara etis, secara adat dan secara hukum.

3. Adanya *informed consent*

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

4. Didokumentasikan

Dokumentasi dari pernyataan ikatan antara kedua pihak ini diperlukan untuk mencegah pengingkaran oleh salah satu pihak yang bisa disengaja atau tidak disengaja. Biasanya bentuk perjanjian ini berupa sertifikat polis yang berisi

tentang segala hal yang berkaitan dengan kewajiban dan tanggung jawab kedua belah pihak secara tertulis. Sertifikat polis ini biasanya ditandatangani oleh kedua pihak diatas materai dengan nilai yang berlaku pada saat itu.

Prosedur pada program JPK Gakin-SKTM yang dilakukan oleh DinKes DKI Jakarta adalah melalui tahapan-tahapan sebagai berikut :

1. Prosedur Penagihan Klaim

- b. Buat rekapitulasi tagihan Rumah Sakit berdasarkan jenis kepesertaan pasien Gakin/ SKTM dan jenis layanannya
- c. Berkas tagihan disusun sesuai dengan urutan pada rekapitulasi tagihan
- d. PPK (Rumah Sakit) harus segera mengirimkan tagihan lengkap dengan rekapitulasi dan bukti pelayanan serta persyaratan lainnya ke Dinas Kesehatan paling lambat 2 (dua) bulan setelah bulan pelayanan
- e. Dinas Kesehatan akan melakukan pemeriksaan persyaratan tagihan (verifikasi klaim), mulai dari kelengkapan dokumen tagihan sampai dengan kelayakan medisnya, sesuai dengan aturan yang berlaku
- f. Jika ada dokumen yang kurang lengkap, Dinas Kesehatan akan segera menginformasikan kepada PPK melalui fax/ telephone, dan PPK harus segera melengkapi dokumen tersebut agar tagihan bisa diproses. Jika dalam kurun waktu 14 hari kerja kelengkapan dokumen belum diserahkan, maka berkas tagihan akan dikembalikan
- g. Lama proses verifikasi selambat-lambatnya 35 hari kerja dimulai dari klaim diterima dan 21 hari setelah kekurangan berkas pendingan dilengkapi.
- h. Untuk tagihan pasien yang pulang selama bulan November 2007, tagihan klaim sudah harus dikirimkan ke Dinas Kesehatan paling lambat 15 Desember 2007 dan Dinas Kesehatan harus segera menyelesaikan verifikasi klaim dan menyerahkan BAP hasil verifikasi sebelum tanggal 20 Desember 2007
- i. Tagihan pelayanan diatas tanggal 5 Desember 2007 atau tagihan pasien yang pulang selama bulan Desember dan pendingan tagihan akan dibayarkan pada anggaran tahun 2008

2. Prosedur Pembayaran Klaim

- a. Pembayaran kepada Rumah Sakit dilakukan oleh Dinas Kesehatan berdasarkan berita acara hasil verifikasi klaim (BAP)
- b. Tangihan yang telah diverifikasi jika layak bayar maka akan dibuatkan Berita Acara Pembayaran (BAP) oleh Dinas Kesehatan. BAP akan di fax ke Rumah sakit, selanjutnya Rumah sakit akan membuat kwitansi senilai BAP dan ditukar dengan cek
- c. Pembayaran pelayanan kesehatan ke Rumah Sakit dibayarkan setiap bulan oleh Dinas Kesehatan setelah ada hasil verifikasi
- d. Jika dalam perawatan, biaya pasien mencapai melebihi paket Paket Pelayanan Esensial maka Rumah Sakit harus meminta surat *katastropik* ke Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta sebagai persyaratan penagihan klaim.

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

- a. Kepesertaan (kartu peserta)
- b. Pelayanan pembayaran ganti rugi
- c. Pelayanan kesehatan

Adapun pihak asuransi biasa mengajukan klaim dalam bentuk :

- Pembayaran premi
- Peserta mematuhi kesepakatan dalam menggunakan hak-haknya

Manajemen klaim asuransi kesehatan pada hakekatnya adalah pengaturan atau pengelolaan proses klaim peserta asuransi (*insured*) dan klaim pemberi pelayanan kesehatan (*provider*) kepada perusahaan asuransi (*asuradur*)

Manajemen klaim pada dasarnya melaksanakan dua fungsi, yaitu fungsi administrasi klaim (*claim administration*) dan prosesi klaim (*claim processing*).

A. Administrasi Klaim

Administrasi klaim menurut HIAA (*Health Insurance Association of America*) adalah proses pengumpulan bukti atau fakta yang berhubungan dengan

kejadian sakit dan cedera, melakukan perbandingan dengan ketentuan polis dan menentukan manfaat yang dapat dibayarkan kepada tertanggung atau penagih klaim.

Dalam administrasi klaim melibatkan unsur-unsur sebagai berikut :

a. Tertanggung

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

b. Pemegang polis

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

c. Perusahaan asuransi kesehatan

Dalam hal ini perusahaan asuransi harus dapat dan bersedia mengembangkan prinsip-prinsip manajemen klaim yang baik dan benar dan tidak merugikan tertanggung. Prosedur klaim yang ditetapkan juga harus efektif dan efisien, disamping harus mampu melakukan penekanan

biaya. Perusahaan asuransi harus menyediakan pedoman dan petunjuk yang jelas mengenai prosedur dan proses klaim kepada setiap tertanggung terutama kepada pemegang polis untuk group health insurance.

d. Pemberi (*Provider*) pelayanan kesehatan

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

Cara Pengajuan Klaim

Pengajuan klaim dapat dibedakan atas tiga cara, yaitu :

1. Pengajuan klaim langsung oleh tertanggung (*direct submission*)

Dengan metode ini, pemegang polis atau tertanggung mengajukan langsung klaimnya ke perusahaan asuransi. Perusahaan melakukan verifikasi atas klaim yang diajukan dan melakukan pembayaran langsung kepada tertanggung. Direct submission dapat dilakukan dengan pendekatan claim kit, dimana masing-masing tertanggung dilengkapi dengan claim kit yang mencakup formulir klaim dan instruksi bagaimana mengisi formulir tersebut dan bagaimana cara melakukan pengajuan klaim. Pendekatan claim kit dikembangkan khusus untuk digunakan oleh perusahaan besar. Karena pendekatan ini

sukses digunakan, beberapa perusahaan asuransi memperluas beberapa pendekatan ini pada kelompok yang lebih kecil, yaitu kurang dari 100 jiwa dan pada peserta perorangan. Selain itu dapat diajukan dengan pendekatan card only, dimana masing-masing tertanggung dilengkapi dengan kartu yang menjelaskan atau mengidentifikasi benefit-benefit yang diperoleh. Pendekatan kartu, baik untuk perusahaan yang besar, dengan lokasi yang terpusat dan populasi pekerja yang stabil serta menyediakan rencana pengeluaran medis dengan beberapa batasan dan pengecualian.

Manfaat pengajuan klaim dengan direct submission antara lain :

- Meringankan beban administrasi pemegang polis
- Mempermudah proses penagihan
- Melindungi informasi

2. Pengajuan klaim oleh pemegang polis untuk *group health insurance (policyholder submission)*

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

Langkah-langkah pengajuan klaim oleh pemegang polis adalah sebagai berikut :

- Tertanggung atau pegawai yang mengajukan klaim adalah peserta atau tertanggung yang menjadi anggota pembayar premi asuransi

kesehatan yang dikelola oleh pemegang polis kelompok perusahaan.

- Pemegang polis menyatakan bahwa tertanggung tersebut adalah benar anggotanya dan biaya yang dikeluarkan merupakan pelayanan yang mendapat jaminan dari polis kelompok perusahaan
- Pemegang polis memberikan formulir klaim kepada tertanggung beserta instruksi pengisiannya
- Formulir yang telah diisi lengkap dan telah diterima dari tertanggung tersebut kemudian diperiksa kembali kelengkapannya dan dinyatakan oleh pemegang polis bahwa tertanggung tersebut berhak atas tanggungan dan dikirimkan kepada perusahaan asuransi kesehatan.
- Perusahaan asuransi kesehatan memproses klaim dan mengirimkan pembayaran ke pemegang polis untuk diberikan kepada peserta atau tertanggung. kecuali pembayaran harus dibayarkan kepada provider. Pembayaran klaim dapat juga dilakukan langsung ke peserta asuransi.

3. Pengajuan klaim oleh perusahaan pengelola administrasi (*third party submission*)

Perusahaan asuransi kesehatan bekerja sama dengan perusahaan TPA (Third Party Administration) dengan memberikan kewenangan untuk melakukan prosesi klaim dan melakukan pembayaran klaim dalam batasan jumlah tertentu sesuai dengan kesepakatan dengan perusahaan asuransi

Namun ada beberapa kerugian bila menggunakan jasa TPA, yaitu :

- Third party administrator cenderung menggunakan sistem yang mereka kembangkan sendiri
- Mereka melakukan interpretasi sendiri terhadap polis dan praktek administrasi
- Menambah biaya

Diawal tahun 1980, beberapa perusahaan asuransi telah memulai melakukan administrasi pengajuan klaim yang disebut dengan electronic claim submission. Sistem pembayaran klaim ini merupakan suatu sistem yang memungkinkan pemberi pelayanan kesehatan (PPK) mengajukan pengajuan klaim kepada perusahaan asuransi secara elektronik, sehingga menghilangkan fungsi berkas klaim. Sistem ini membutuhkan keseragaman formulir penagihan klaim sehingga dapat diproses dengan baik oleh sistem komputer.

Tujuan Administrasi Klaim

Secara garis besar, administrasi klaim mempunyai tiga tujuan yaitu :

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

Secara singkat, administrasi klaim merupakan proses yang terdiri dari :

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

Pemeriksaan Klaim

Pemeriksaan klaim merupakan simpul yang sangat penting dari administrasi klaim, karena simpul ini sangat menentukan kinerja dari departemen klaim. Peran dari pemeriksa klaim sangat kritis dalam melakukan penilaian klaim, apakah suatu berkas sah untuk dibayar.

Pemeriksa klaim juga disebut verifikator klaim atau spesialis klaim, kaitannya dengan atasan mereka, bertanggung jawab untuk menentukan kewajiban perusahaan untuk membayar setiap tagihan klaim. Setiap pemeriksa klaim meneliti setiap klaim untuk meyakinkan bahwa klaim itu sah dan menolak klaim yang cacat atau klaim yang curang (*fraudulent*). Umumnya perusahaan membayar segera proporsi terbesar klaim, hanya sebagian kecil proporsi klaim yang ditunda karena dibutuhkan informasi lebih lanjut. Akhirnya hanya sebagian kecil proporsi klaim yang ditolak karena tidak sesuai dengan perjanjian polis atau curang.

Perusahaan asuransi mempunyai tanggung jawab untuk membayar segera dan adil setiap klaim kepada tertanggung. Di Amerika, kewajiban ini dituntut undang-undang bahwa setiap perusahaan harus membayar klaim pada periode waktu tertentu (15 hari). Tentu saja kecepatan membayar klaim harus disertai dengan kehati-hatian dalam menentukan apakah klaim sudah sah dan layak segera dibayar, karena ada sejumlah kecil klaim yang tidak harus dibayar akibat sinterpretasi dari provisi polis atau kemungkinan klaim yang curang.

BAB III

GAMBARAN UMUM RSUD PASAR REBO JAKARTA

3.1. Sejarah berdirinya RSUD Pasar Rebo

RSUD Pasar Rebo dimulai sebagai RS Rakyat, hanya berupa Pos P3K PMI di Jl. Bidara Cina (sekarang Jl. Otto Iskandardinata) pada tahun 1945. Pada tahun 1957 pindah dari cawing ke lokasi sekarang : kecamatan Pasar Rebo dan mulai dikenal sebagai rumah sakit yang merawat berbagai penyakit. Tahun 1964 dikhususkan untuk merawat pasien TBC paru. Pada tahun 1987 berubah menjadi RSU kelas C, peningkatan kelas ditetapkan dengan SK Menkes No 303 tahun 1987 kemudian dikenal sebagai RSUD Pasar Rebo. Pada tahun 1989 ditetapkan kedudukan RSUD Pasar Rebo sebagai UPT Dinkes DKI Jakarta dengan SK Gub. DKI. Tahun 1996-1998 ditetapkan sebagai unit swadana daerah dengan Perda DKI Jakarta Nomor 2 tahun 1996. Pada tahun 2004 RSUD Pasar Rebo berubah badan hukum menjadi PT Rumah Sakit Pasar Rebo berdasarkan Perda No 15 tahun 2004 tanggal 10 Agustus 2004 Tahun 2006, Ketetapan MA No. 05P/HUM/2006 tanggal 21 Februari 2006 tentang hak uji materi Perda DKI mengenai perubahan Badan Hukum 3 RSUD batal, maka perda ini dicabut tanggal 16 Agustus 2006 kemudian pada tanggal 8 Februari 2007 ditetapkan SK Gub.No.249/2007 tentang penetapan RSUD Pasar Rebo sebagai unit kerja Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum daerah secara penuh, maka Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo resmi menjadi BLUD Rumah Sakit Pasar Rebo. Berikut ini adalah bentuk secara ringkas transformasi yang dialami oleh RSUD Pasar Rebo dari cikal bakal rumah sakit sejak tahun 1945 sampai dengan tahun 2008

3.2. Visi, Misi dan Kebijakan Mutu

Visi : Rumah sakit yang terbaik dalam memberikan pelayanan prima kepada semua lapisan masyarakat

Misi: Melayani semua lapisan masyarakat yang membutuhkan layanan kesehatan individu yang bermutu dan terjangkau

Kebijakan Mutu : memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu oleh sdm professional dan meningkatkan pelayanan secara bertahap yang didukung oleh Sistem Manajemen Mutu bagiseluruh lapisan masyarakat

3.3. Sasaran Mutu

Tabel III.1
Sasaran mutu RSUD Pasar Rebo

No	Sasaran Mutu	Target
1	Meningkatkan jumlah kunjungan	5% dari tahun 2008
2	Meningkatkan kepuasan pelanggan	3 (dari skala 4)
3	Meningkatkan pendapatan RS	20% dari tahun 2008

3.4. Tugas dan Fungsi (Pergub DKI Jakarta No.77 Tahun 2006)

RSUD Pasar Rebo mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), peningkatan promosi kesehatan (promotif) serta upaya rujukan (pasar '4 ayat 1)

Tujuan RSUD Pasar Rebo :

- o Mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan bermutu dan terjangkau serta dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah pada masyarakat yang membutuhkan.
- o Mampu menghasilkan SDM yang memiliki kemampuan professional dan atau akademik serta menjunjung tinggi etika profesi yang mampu menerapkan, mengembangkan iptek kedokteran dan kesehatan.

3.5. Sarana dan Prasarana

Sarana dan Prasarana yang dimiliki oleh RSUD Pasar Rebo adalah :

Luas tanah	: 13.000 M2
Luas lantai	: 18.000 M2
Luas lahan parkir	: 10.125 M2
Daya listrik	: 1,200 kva
Generator	: 750 kva
Mesin boiler (<i>steam</i>)	: 2 tungku (@1000 liter)
Pengelolaan limbah	: IPAL & Insenerator
Sumber air	: PAM dan Sumur dalam
Sarana komunikasi	: Telp sentral dengan + 100 pswt, 20 line telp <i>sistem hunting</i>
UPS	: 60 kva

RSUD Pasar Rebo memiliki 2 gedung yaitu Gedung A dan gedung B dengan rincian ruangan pada masing masing gedung tersebut sebagai berikut :

- **GEDUNG A**

Gedung A terdiri dari 6 lantai dengan kondisi sebagai berikut :

1. Lantai 1 terdiri atas Ruangan Unit Gawat Darurat, OK UGD, Gudang Farmasi, Gudang Apotik, Apotik Poli Paru, Poli Paru, Poli Psikiatri, Rekam Medik, Kasir Poli Paru, Laboratorium Poli Paru, Pos Keamanan UGD, Kantor Keamanan, Ambulance, Sekretariat Koperasi dan kantin It1
2. Lantai 2 terdiri dari Ruangan Informasi, Front Office, Customer Service, Poli Syaraf, Poli Gigi dan Mulut, Poli Rehab Medik, Poli Urologi, Poli Bedah, Poli Orthopedi, Poli Kulit. Medical Check Up, Kasir Askes/ Jamper, Kasir It.2, Apotik 24 jam, Pendaftaran PKS, Instalasi Ranap/ Rajal/ PKS, P2BJU dan Pengembangan Usaha.
3. Lantai 3 terdiri dari ruangan untuk Poli Kebidanan, Poli Laktasi, Poli Anak, Poli Penyakit Dalam, Poli Karyawan, Poli Gizi, Poli THT, Poli Jantung, Poli Mata, Optik, Rekam Medik It.3, Kasir, Apotik.

4. Lantai 4 terdiri dari ruangan untuk aula dokter, Sekretaris, Keuangan, Wadir Pelayanan, Sub. Komite Akreditasi dan ISO, Komite Medik, Kabid Keperawatan, SDM, Pantry Lt. 4, Satuan Pengawas Internal, dan SIM
5. Lantai 5 terdiri dari Ruangan Rawat Inap Dahlia, Apotik dahlia dan Aula lantai 5
6. Lantai 6 terdiri dari Ruangan Rawat inap Teratai Apotik Teratai dan Pantry

• **GEDUNG B**

Gedung B terdiri dari 8 lantai dengan pembagian ruangan per lantainya adalah sebagai berikut :

1. Lantai 1 terdiri dari ruangan untuk Posko Banjir/ KLB, Kantin, Kamar Jenazah, Gizi, Laundry, CSSD dan IPS
2. Lantai 2 terdiri dari ruangan untuk Laboratorium Kimia dan Patologi Anatomi, Bank Darah, Radiologi, Apotik dan Pos keamanan
3. Lantai 3 terdiri dari Ruangan Perawatan Perinatologi, Rawat Inap Delima dan Kamar Bersalin
4. Lantai 4 terdiri dari Ruangan CVCU, ICU, Aptek dan Kamar Operasi
5. Lantai 5 terdapat Ruangan Rawat Inap Cempaka
6. Lantai 6 merupakan Ruangan Rawat Inap Mawar
7. Lantai 7 merupakan ruangan Rawat Inap Melati
8. Lantai 8 merupakan ruangan Rawat Inap Angrek, Pantry dan Apotik

Disamping 2 gedung di atas juga terdapat gedung bekas asrama yang digunakan untuk Pengelola Anggaran, Rumah Tangga, ruang Hemodialisa dan Kantor Akper. Selain itu RSUD Pasar Rebo juga dilengkapi tempat parkir, mini market dan pos Keamanan.

3.6. Ketenagaan

1. Status Kepegawaian

- PNS	: 216 orang
- Non PNS	: 571 orang
Jumlah	787 orang

2. Diferensiasi Tenaga

- Medis	: 107 orang
* Dokter spesialis	: 57 orang
* Dokter umum	: 19 orang
* Dokter gigi	: 5 orang
* Apoteker	: 4 orang
* MARS/ S2	: 2 orang
* MM	: 2 orang
- Perawat	: 337 orang
- Paramedis non keperawatan	: 78 orang
- Non medis	: 262 orang
* MARS/ S2	: 2 orang
* Mkes	: 1 orang
* SD s/d S1	: 259 orang

3.7. Struktur Organisasi

Struktur organisasi RSUD Pasar Rebo Jakarta berdasarkan Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 72 Tahun 2009 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo.

Pada Bab III (Pasal 3) tentang Kedudukan, Tugas , Dan Fungsi :

- (1). RSUD Pasar Rebo merupakan unsur pendukung tugas Pemerintah Daerah dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan perseorangan.
- (2). RSUD Pasar Rebo dipimpin oleh seorang Direktur yang berkedudukan dibawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.

- (3). RSUD Pasar Rebo dalam melaksanakan tugas dan fungsinya dikoordinasikan oleh Asisten Kesejahteraan Masyarakat

Pada Bab IV (Pasal 6), Susunan Organisasi :

(1). Susunan Organisasi RSUD Pasar Rebo adalah sebagai berikut :

- a. Direktur ;
- b. Wakil Direktur Keuangan dan Umum, terdiri dari ;
 1. Bagian Umum dan Pemasaran
 2. Bagian Sumber Daya Manusia; dan
 3. Bagian Keuangan dan Perencanaan
- c. Wakil Direktur pelayanan, terdiri dari :
 1. Bidang Pelayanan Medis ;
 2. Bidang Pelayanan Penunjang Medis; dan
 3. Bidang Pelayanan Keperawatan
- d. Komite Rumah Sakit
- e. SPI; dan
- f. Kelompok Staf Medik

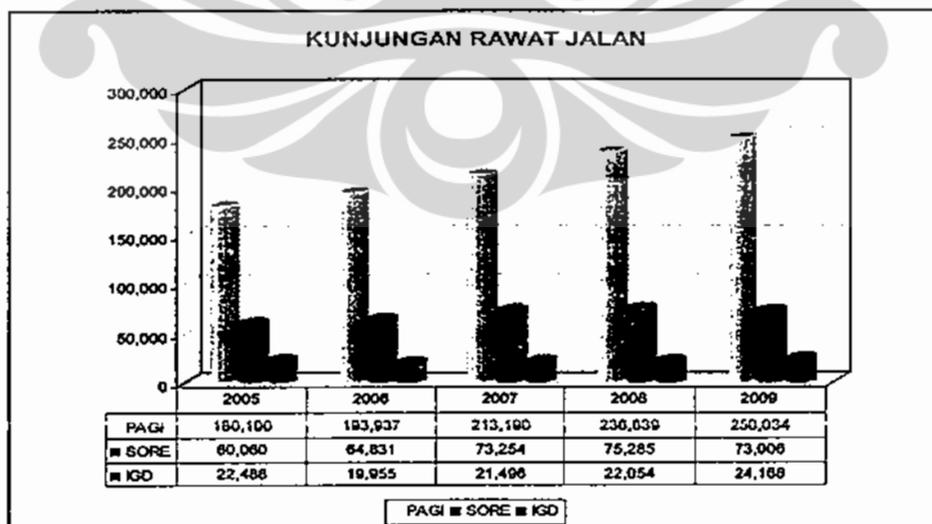
3.8. Pelayanan

1. Instalasi Rawat Jalan dan Instalasi Gawat Darurat

- o Pelayanan Rawat Jalan merupakan bagian dari pelayanan medik yang banyak dikunjungi pasien dan merupakan pelayanan terdepan. Merupakan pelayanan medik kepada seorang pasien untuk tujuan observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa mengharuskan pasien tersebut untuk dirawat inap. Seiring dengan perkembangan jaman, instalasi rawat jalan bukan hanya sekedar berobat untuk orang sakit saja tetapi orang sehatpun bisa mendapatkan pelayanan rawat jalan. Salah satu contohnya pada poliklinik gizi. Ada beberapa pasien yang datang ke poliklinik gizi untuk berkonsultasi masalah pola makan atau pengaturan diet.

- o Fasilitas : Ruang Tunggu AC Central, Centralisasi Pembayaran (Tunai atau Credit Card), Billing System (Komputerisasi) Jumlah Kunjungan perhari \pm 700 Pasien (pagi+sore)
- o Tujuan pelayanan Gawat Darurat sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 983/Menkes/SK/XI/1992 sebagai berikut:
 1. Mencegah kematian dan cacat pada penderita darurat sehingga dapat hidup dan berfungsi kembali di dalam masyarakat sebagaimana mestinya.
 2. Merujuk penderita gawat melalui sistem rujukan untuk memperoleh penanganan lebih memadai.
 3. Menanggulangi korban bencana
- o Terdiri dari 20 klinik spesialis pagi, 16 klinik spesialis sore dan Unit gawat darurat 17 TT
- o Tarif pendaftaran sebesar Rp 5.000,- serta biaya pemeriksaan dokter sebesar Rp 10.000,-

Tabel III.2
Kunjungan Pasien Rawat Jalan Tahun 2005-2009
RSUD Pasar Rebo



2. Instalasi rawat Inap

o Instalasi Rawat Inap adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik dan pelayanan medik lainnya. Klasifikasi Perawatan ditetapkan berdasarkan fasilitas pelayanan yang disediakan Rumah Sakit, yaitu : VVIP, VIP, kelas I, kelas II, kelas III - A dan kelas III .

o Komposisi ruang rawat :

• VVIP	: 1 tempat tidur
• VIP	: 2 tempat tidur
• KELAS I (R Anggrek + Teratai)	: 44 tempat tidur
• KELAS II	: 58 tempat tidur
• KELAS III	: 97 tempat tidur
• KELAS IIIA	: 40 tempat tidur
• Isolasi	: 6 tempat tidur
• ICU	: 3 tempat tidur
• CVCU	: 4 tempat tidur
• High Care (Mawar)	: 2 tempat tidur
• Luka bakar (Teratai)	: 1 tempat tidur
• Perinatologi	: 18 tempat tidur
Total :	: 275 tempat tidur

o Tarif kamar perawatan :

Tabel III.3
Tarif Ruangan Instalasi Rawat Inap

VVIP	VIP	Kelas I	Kelas II	Kelas III A	Kelas III
Rp. 450.000	Rp. 350.000	Rp. 250.000	Rp. 160.000	Rp. 90.000	Rp. 20.000

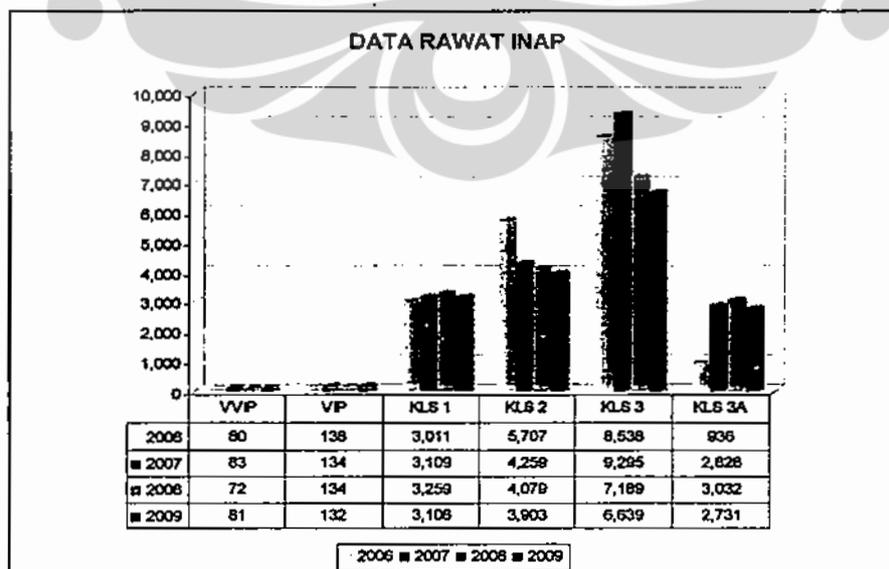
o Kinerja Rumah Sakit

Tabel III.4
Kinerja Rumah Sakit Tahun 2005-2010

INDIKATOR	2005	2006	2007	2008	2009	2010
BOR	70 %	70 %	76 %	76 %	75 %	75 %
LOS	4 hari	4	4,5	4	4	4
TOI	2 hari	2	1	1,5	1	1
BTO	61 kali	61	62	61	63	71
NDR	1 %	2	2	1	1	1
GDR	3 %	3	3	3	3	3
HARI RAWAT	67,868	70,388	75,352	76,014	76,734	25,205
TEMPAT TIDUR	264	272	272	272	275	275

o Kunjungan Rawat Inap:

Tabel III. 5
Data Kunjungan Pasien Rawat Inap Tahun 2006-2009



4. Kamar Operasi dan Kamar Bersalin

Pelayanan kamar operasi merupakan salah satu fungsi pelayanan medis di Rumah Sakit. Instalasi Bedah Sentral (IBS) di khususkan untuk melaksanakan tindakan operasi elektif (terencana) dan tindakan operasi cito (tidak terencana) yang juga memberikan pelayanan rawat sehari untuk kasus-kasus bedah ringan. pelayanan ini diberikan dalam bentuk ODC (*One Day Care*)

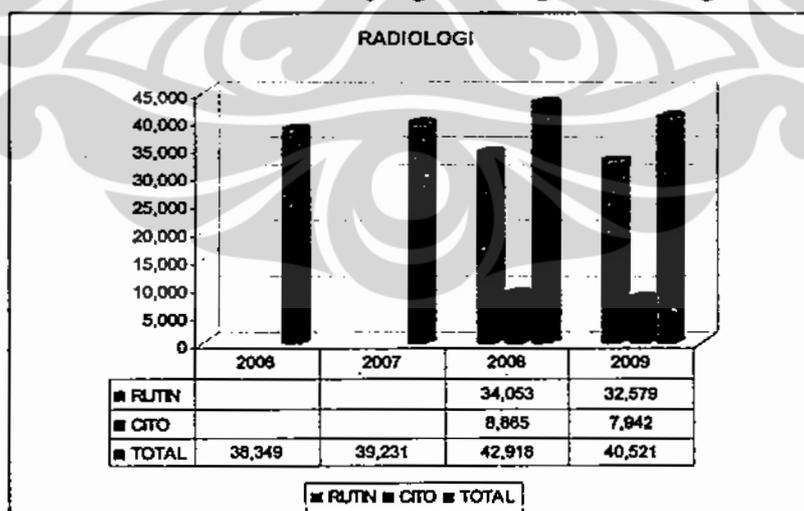
5. Penunjang Medis

➤ Radiologi

Memberikan Pelayanan 24 Jam pemeriksaan foto Rontgen dengan fasilitas antara lain :

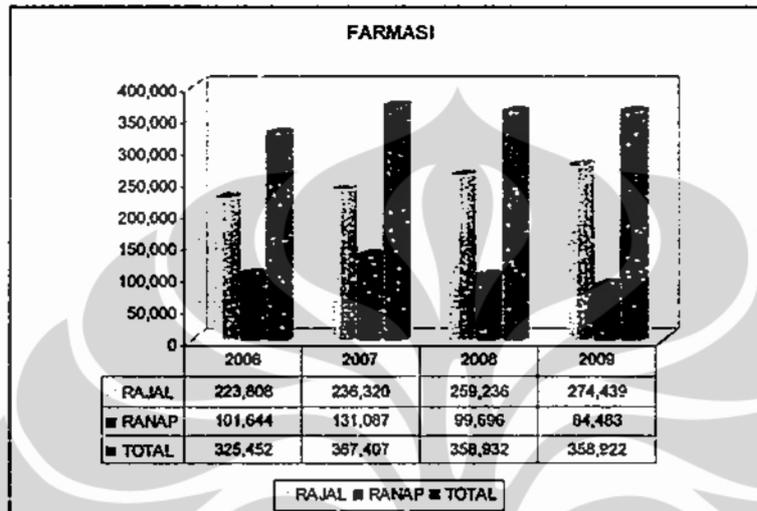
- Foto Thoraks
- Konvensional Radiologi
- Pemeriksaan Photo Rontgen Non Kontras
- Pemeriksaan Photo Rontgen Kontras
- USG Doppler & CT Scan

Tabel III. 6
Jumlah Kunjungan di Bagian Radiologi



➤ Farmasi

Tabel III. 7
Jumlah Resep di Bagian Farmasi



➤ Laboratorium Patologi Klinik

Melayani pemeriksaan Laboratorium 24 Jam dan melakukan berbagai macam pemeriksaan spesimen (darah, urine, tinja dan cairan tubuh) Sebagai penunjang diagnosis menggunakan alat-alat otomatis dan modern

➤ Laboratorium Patologi Anatomi

Laboratorium Patologi Anatomi melayani pemeriksaan jaringan/sel untuk diagnosis penyakit Non Neoplasma dan Neoplasma, melalui :

1. Pemeriksaan Hispatologi
2. Sitologi
3. Biopsi Aspirasi Jarum Halus
4. Histokimia (Deteksi jaringan tubuh)

➤ Bank darah

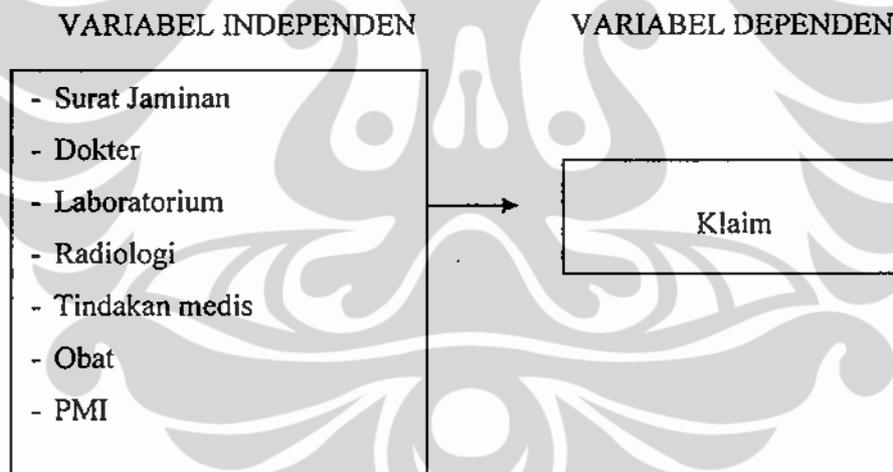
Pelayanan Kebutuhan darah 24 Jam serta melayani kebutuhan darah pasien rawat inap

BAB IV KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1. Kerangka Konsep

Dokumen pasien JPK-SKTM yang akan dirawat tergantung dari diagnosis. Berdasarkan tinjauan kepustakaan didapatkan bahwa dokumen tersebut adalah KTP, Kartu Keluarga, surat pendaftaran pasien rawat, surat keterangan rawat inap, surat rujukan dari puskesmas sesuai domisili atau surat keterangan dari IGD, surat SKTM dari kelurahan serta surat verifikasi dari puskesmas yang digunakan untuk membuat surat jaminan.

Sehingga terdapat beberapa variabel yang berhubungan dengan klaim Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi keluarga kurang mampu yang ditunda pembayarannya yaitu,



Untuk melengkapi hasil penelitian, juga dilakukan wawancara dengan petugas di bagian pemasaran, ruang rawat inap kelas III serta petugas dibagian rekapitulasi sehingga dapat menunjang hipotesa penelitian yaitu ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.

4.2. Definisi Operasional

1. Surat Jaminan

- Definisi operasional : Surat yang diterbitkan oleh Sudinkes sesuai domisili pasien sebagai bukti bahwa biaya perawatan/ pengobatan ditanggung oleh instansi yang menerbitkan
- Alat ukur : dokumen
- Hasil ukur : 0 : ya, jika ada surat jaminan dari Sudinkes sesuai domisili pasien
1 : tidak, jika tidak ada surat jaminan dari Sudinkes sesuai domisili
- Skala pengukuran : ordinal

2. Dokter

- Definisi operasional : Hasil pemeriksaan yang dituliskan oleh dokter secara singkat terhadap pasien yang dirawat
- Alat ukur : dokumen
- Hasil ukur : 0 : ya, jika ada resume medis
1 : tidak, jika tidak ada resume medis
- Skala pengukuran : ordinal

3. Laboratorium

- Definisi operasional : Pemeriksaan penunjang kepada pasien yang meliputi pemeriksaan darah, urine dan kulture untuk kepentingan diagnosis
- Alat ukur : dokumen
- Hasil ukur : 0 : ya, jika ada formulir permintaan lab, hasil lab dan biaya pemeriksaan lab
1 : tidak, jika tidak ada formulir permintaan lab, hasil lab dan biaya pemeriksaan lab
- Skala pengukuran : ordinal

4. Radiologi

- Definisi operasional : Pemeriksaan penunjang kepada pasien yang meliputi pemeriksaan rontgen untuk kepentingan diagnosis
- Alat ukur : dokumen
- Hasil ukur : 0 : ya, jika ada formulir permintaan, hasil dan atau biaya pemeriksaan radiologi
1 : tidak, jika tidak ada formulir permintaan, hasil dan atau biaya pemeriksaan radiologi
- Skala pengukuran : ordinal

5. Tindakan medis

- Definisi operasional : Tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan di ruang rawat inap dengan tujuan untuk pengobatan kepada pasien, misal : infus cairan, transfusi darah dan pemberian obat suntik
- Alat ukur : dokumen
- Hasil ukur : 0 : ya, jika ada bukti tindakan medis
1 : tidak, jika tidak ada bukti tindakan medis
- Skala pengukuran : ordinal

6. Obat

- Definisi operasional : Semua zat dalam bentuk kimiawi yang dalam takaran (dosis) yang tepat atau layak dapat menyembuhkan, meringankan atau mencegah penyakit atau gejala-gejalanya
- Alat ukur : dokumen
- Hasil ukur : 0 : ya, jika ada resep yang ditanda tangani petugas
1 : tidak, jika tidak ada resep yang ditanda tangani petugas
- Skala pengukuran : ordinal

7. PMI

- Definisi operasional : Transfusi darah yang diberikan untuk keperluan pengobatan kepada pasien
- Alat ukur : dokumen

- Hasil ukur : 0 : ya, jika ada bukti pemakaian transfusi darah
1 : tidak, jika tidak ada bukti pemakaian transfusi darah
- Skala pengukuran : ordinal

8. Klaim

- Definisi operasional : Tagihan yang diajukan oleh provider/ PPK yaitu pihar rumah sakit kepada Dinas Kesehatan DKI Jakarta sebagai pengelola atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada keluarga miskin dan kurang mampu dengan dilengkapi bukti-bukti biaya pelayanan kesehatan.
- Alat ukur : dokumen
- Hasil ukur : 0 : ya, jika klaim dibayar seluruhnya oleh DinKes DKI Jakarta
1 : tidak, jika jika klaim ditunda pembayarannya oleh DinKes
DKI Jakarta
- Skala pengukuran : ordinal

BAB V METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* menggunakan telaah data sekunder. Guna melengkapi hasil penelitian, dilakukan wawancara kepada petugas dibagian verifikasi dan rekapitulasi serta Kepala Bagian Pemasaran

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Desember 2010 pada unit-unit yang terkait dalam pengelolaan klaim jaminan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga kurang mampu di RSUD Pasar Rebo Jakarta

3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah dokumen klaim seluruh peserta jaminan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga kurang mampu selama satu tahun yang telah dilakukan pembayaran oleh Dinas Kesehatan DKI Jakarta

Sampel yang dipakai dalam penelitian dilakukan dengan melihat dokumen yang paling lengkap pada populasi.

3.4. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian dengan menggunakan angket pada data sekunder serta pedoman wawancara yang dibuat oleh peneliti berdasarkan teori yang relevan dan berhubungan dengan masalah klaim jaminan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga kurang mampu

3.5. Informan Penelitian

Informan dalam penelitian adalah karyawan yang terlibat dan dapat memberikan informasi dalam pengelolaan prosedur klaim jaminan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga kurang mampu yaitu di bagian pemasaran, ruang rawat nap kelas III serta bagian rekapitulasi klaim

5.6 Pengolahan Data

Data yang telah terkumpul diolah dan diproses melalui tahapan sebagai berikut:

1. Editing Data

Meneliti seluruh data yang ada apakah sudah benar, jelas dan lengkap sesuai yang dikehendaki.

2. Koding data

Pemberian kode penelitian dari setiap data yang terkumpul sesuai dengan pertanyaan, kelompok serta kategorinya.

3. Meringkas Data

Setelah data diatur, diringkas dan dipadatkan kedalam bentuk matriks, diagram atau tabel.

5.7. Analisa Data

Proses analisa ini dilakukan secara bertahap meliputi :

1. Melakukan pemeriksaan dan penalaahan seluruh data yang berasal dari sumber informasi yaitu dari telaah data sekunder untuk kemudian memilih data yang berhubungan dengan variabel yang diteliti.
2. Membuat interpretasi data sesuai dengan variable yang diteliti
3. Membuat kategori pada data yang memiliki karakteristik sama
4. Membuat narasi hasil wawancara
5. Reduksi data dengan abstraksi yaitu membuat rangkuman yang sesuai dengan data yang diteliti dan menyajikan data yang diperlukan dalam bentuk matrix, table atau diagram

BAB VI
HASIL PENELITIAN

Pada penelitian ini didapat populasi jumlah kunjungan pasien JPK-SKTM serta jumlah tagihan yang ditunda dalam satu tahun yaitu dari bulan Oktober 2008 sampai dengan September 2009 yang didapat dari data sekunder adalah :

Tabel VI.1
Populasi penelitian

No.	Bulan Pelayanan	Jumlah Pasien	Jumlah Tagihan (Rp)	Jumlah Dibayar (Rp)	Terpending/ Sisa (Rp)
1	Oct-2008	77	157,477,537	154,589,220	2,888,317
2	Nov-2008	151	388,573,148	387,692,148	881,000
3	Dec-2008	152	352,132,197	351,032,197	1,100,000
4	Jan-2009	125	304,214,944	300,995,920	3,219,024
5	Feb-2009	115	239,126,480	239,049,179	77,301
6	Mar-2009	120	303,080,724	299,521,482	3,559,242
7	Apr-2009	123	269,116,798	255,848,373	13,268,425
8	May-2009	120	213,423,974	168,685,652	44,738,322
9	Jun-2009	120	235,261,974	198,862,771	36,399,203
10	Jul-2009	129	299,524,641	259,277,775	40,246,866
11	Aug-2009	118	246,402,322	220,298,807	26,103,515
12	Sep-2009	111	184,152,252	153,734,624	30,417,628
	Jumlah	1,461	3,192,486,991	2,989,588,148	202,898,843

Sampel pada penelitian ini diambil dari data sekunder selama 4 (empat) bulan yaitu pada bulan Juni, Juli, Agustus dan September 2009 dengan melihat dokumen yang paling lengkap dalam satu tahun terakhir yaitu berjumlah 478 (32,72 % dari populasi)

Tabel VI.2
Sampel penelitian

No.	Bulan Pelayanan	Jumlah Pasien	Jumlah Tagihan (Rp)	Jumlah Dibayar (Rp)	Terpending/ Sisa (Rp)
1	Juni	120	235,261,974	198,862,771	36,399,203
2	Juli	129	299,524,641	259,277,775	40,246,866
3	Agustus	118	246,402,322	220,298,807	26,103,515
4	September	111	184,152,252	153,734,624	30,417,628
	Jumlah	478	965,341,189	832,173,977	133,167,212

Hasil analisa yang didapatkan dari penelitian klaim yang ditunda pada pasien Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi keluarga kurang mampu yang dirawat di RSUD Pasar Rebo Jakarta pada bulan Juni sampai dengan September 2009 :

Analisa distribusi klaim

Data dari bulan Juni hingga September 2009 terdapat 19,87 % pasien JPK- SKTM yang klaimnya di tunda

Tabel VI.3
Distribusi klaim

No	Klaim	Jumlah	%
1	Tidak ditunda	383	80.13%
2	Ditunda	95	19.87%
	Jumlah	478	100.00%

Dokumen penyebab ditundanya klaim dapat dilihat pada table dibawah ini :

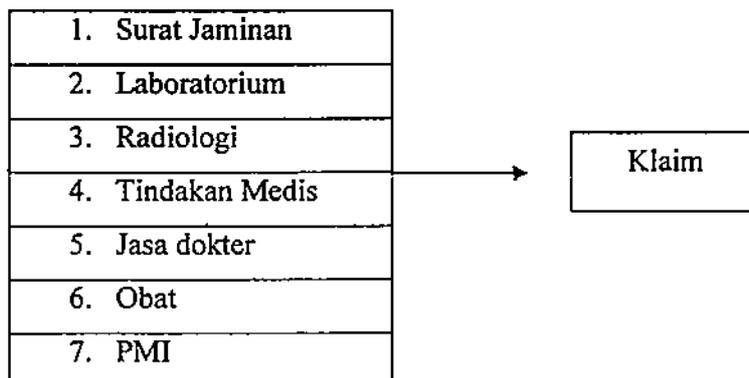
Tabel VI.4
Dokumen JPK-SKTM

No	Dokumen	Jumlah	%
1	Surat Jaminan	45	47.37%
2	Dokter	5	5.26%
3	Laboratorium	20	21.05%
4	Radiologi	6	6.32%
5	Tindakan Medis	3	3.16%
6	Obat	14	14.74%
7	PMI	2	2.11%
Jumlah		95	100.00%

Dari 19.87 % penyebab klaim yang ditunda disebabkan karena dokumen Surat jaminan 47,37 %, Dokter 5,26 %, laboratorium 21,05 %, radiologi 6,32 %, tindakan medis 3,16 %, obat 14,74 % serta PMI 2,11%

ANALISIS REGRESI LOGISTIK GANDA

Kerangka konsep Analisis Multivariate



6.1 ANALISIS UNIVARIATE

Surat Jaminan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ada	433	90,6	90,6	90,6
Tidak Ada	45	9,4	9,4	100,0
Total	478	100,0	100,0	

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dokumen surat jaminan yang ada sebesar 433 (90,6) dan tidak ada 45 (9,4%).

Labofaturium

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ada	458	95,8	95,8	95,8
Tidak Ada	20	4,2	4,2	100,0
Total	478	100,0	100,0	

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dokumen Laboratorium yang ada sebesar 458 (95,8%) dan tidak ada 20 (4,2%).

Radiologi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ada	472	98,7	98,7	98,7
Tidak Ada	6	1,3	1,3	100,0
Total	478	100,0	100,0	

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dokumen Radiologi yang ada sebesar 472 (98,7%) dan tidak ada 6 (1,3%).

Tindakan Medis

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ada	476	99,6	99,6	99,6
Tidak Ada	2	,4	,4	100,0
Total	478	100,0	100,0	

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dokumen Tindakan medis yang ada sebesar 476 (99,6%) dan tidak ada 2 (0,4%)

Jasa Dokter

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	473	99,0	99,0	99,0
	Tidak Ada	5	1,0	1,0	100,0
	Total	478	100,0	100,0	

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dokumen Jasa dokter yang ada sebesar 473 (99%) dan tidak ada 5 (1%).

Obat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	464	97,1	97,1	97,1
	Tidak Ada	14	2,9	2,9	100,0
	Total	478	100,0	100,0	

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dokumen obat yang ada sebesar 464 (97,1%) dan tidak ada 14 (2,9%)

PMI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	477	99,8	99,8	99,8
	Tidak ada	1	,2	,2	100,0
	Total	478	100,0	100,0	

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dokumen PMI yang ada sebesar 477 (99,8%) dan tidak ada 1 (0,2%)

Katagori Klaim

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Ditunda	383	80,1	80,1	80,1
	Ditunda	95	19,9	19,9	100,0
	Total	478	100,0	100,0	

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Kategori klaim yang tidak ditunda sebesar 383 (80,1) dan ditunda 95 (19,9%).

6.2 SELEKSI BIVARIATE

1. Variabel surat jaminan dengan klaim

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	153.214	1	.000
	Block	153.214	1	.000
	Model	153.214	1	.000

Pada tabel omnibus, nilai p-nya 0,000 (p-nya $<0,25$) sehingga variabel surat jaminan dapat dilanjutkan ke analisis multivariat

2. Variabel laboratorium dengan klaim

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	68.322	1	.000
	Block	68.322	1	.000
	Model	68.322	1	.000

Pada tabel omnibus, nilai p-nya 0,000 (p-nya $<0,25$) sehingga variabel laboratorium dapat dilanjutkan ke analisis multivariate

3. Variabel radiologi dengan klaim

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	19.700	1	.000
	Block	19.700	1	.000
	Model	19.700	1	.000

Pada tabel omnibus, nilai p-nya 0,000 (p-nya $<0,25$) sehingga variabel radiologi dapat dilanjutkan ke analisis multivariat.

4. Variabel tindakan medis dengan klaim

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	6.497	1	.011
	Block	6.497	1	.011
	Model	6.497	1	.011

Pada table omnibus, nilai p-nya 0,011 (p-nya <0,25) sehingga variabel tindakan medis dapat dilanjutkan ke analisis multivariat.

5. Variabel jasa dokter dengan klaim

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	16.373	1	.000
	Block	16.373	1	.000
	Model	16.373	1	.000

Pada tabel omnibus, nilai p-nya 0,000 (p-nya <0,25) sehingga variabel jasa dokter dapat dilanjutkan ke analisis multivariat.

6. Variabel obat dengan klaim

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	46.999	1	.000
	Block	46.999	1	.000
	Model	46.999	1	.000

Dari tabel omnibus, nilai p-nya 0,000 (p-nya <0,25) sehingga variabel obat dapat dilanjutkan ke analisis multivariat.

7. Variabel PMI dengan klaim

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	3.240	1	.072
	Block	3.240	1	.072
	Model	3.240	1	.072

Dari tabel omnibus, nilai p -nya 0,072 (p -nya $< 0,25$) sehingga variabel PMI dapat dilanjutkan ke analisis multivariat.

6.3 PEMODELAN MULTIVARIATE

Pada tahap pemodelan ini, semua variabel kandidat diuji cobakan secara bersama-sama dengan menggunakan uji regresi logistik ganda, kemudian satu persatu dikeluarkan dari model berdasarkan nilai p value $> 0,05$, artinya jika perhitungan statistik ditemukan variabel kandidat yang memiliki p value $> 0,05$ maka dikeluarkan dari model.

Logistic Regression

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	398,653	7	,000
	Block	398,653	7	,000
	Model	398,653	7	,000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	78,063 ^a	,566	,896

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1	Lab	24,861	8528,116	,000	1	,998	6E+010
	Radiologi	23,897	12900,722	,000	1	,999	2E+010
	Tindakan	,000	40657,644	,000	1	1,000	1,000
	Dokter	25,071	17974,843	,000	1	,999	8E+010
	Obat	24,922	10343,479	,000	1	,998	7E+010
	PMI	,000	56841,444	,000	1	1,000	1,000
	Surat	25,071	6129,371	,000	1	,997	8E+010
	Constant	-3,869	,357	117,278	1	,000	,021

a. Variable(s) entered on step 1: Lab, Radiologi, Tindakan, Dokter, Obat, PMI, Surat

Dari hasil analisis terlihat bahwa semua variabel p valuenya $> 0,05$. Variabel dengan p value terbesar sampai terkecil yaitu *tindakan*, *pmi*, *radiologi*, *dokter*, *lab*, *obat*, *surat*. Variabel yang p value nya terbesar adalah *tindakan* dan *pmi*, sehingga permodelan selanjutnya variabel *tindakan* dikeluarkan dari model. Setelah variable *tindakan* dikeluarkan, hasilnya adalah sbb:

Logistic Regression

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step-	398,653	6	,000
	Block	398,653	6	,000
	Model	398,653	6	,000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	78,063 ^a	,566	,896

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1	Lab	24,861	8528,116	,000	1	,998	6E+010
	Radiologi	23,897	12900,722	,000	1	,999	2E+010
	Dokter	25,071	17974,843	,000	1	,999	8E+010
	Obat	24,922	10343,479	,000	1	,998	7E+010
	PMI	,000	40647,143	,000	1	1,000	1,000
	Surat	25,071	6059,318	,000	1	,997	8E+010
	Constant	-3,869	,357	117,278	1	,000	,021

a. Variable(s) entered on step 1: Lab, Radiologi, Dokter, Obat, PMI, Surat.

Semua variabel telah dikeluarkan satu per satu, sehingga didapatkan hasil akhir :

Logistic Regression

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	398,653	5	,000
	Block	398,653	5	,000
	Model	398,653	5	,000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	78,063 ^a	,566	,896

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1	Radiologi	23,897	12900,722	,000	1	,999	2E+010
	Dokter	25,071	17974,843	,000	1	,999	8E+010
	Lab	24,861	8528,116	,000	1	,998	6E+010
	Obat	24,922	10343,479	,000	1	,998	7E+010
	Surat	25,071	5991,614	,000	1	,997	8E+010
	Constant	-3,869	,357	117,278	1	,000	,021

a. Variable(s) entered on step 1: Radiologi, Dokter, Lab, Obat, Surat.

Jadi dapat disimpulkan variabel yang masuk dalam model multivariate adalah radiologi ($p = 0,999$), dokter ($p = 0,999$), lab ($p = 0,998$), obat ($p = 0,998$) dan surat ($p = 0,997$)

Sementara angka R sebesar 0.566 menunjukkan bahwa korelasi atau hubungan antara klaim dengan surat jaminan, radiologi, dokter, lab dan obat sebesar 56,6% sedangkan sisanya yaitu 43,4% disebabkan oleh faktor-faktor lainnya.

Sedangkan untuk mengetahui variable apa yang paling berpengaruh terhadap klaim yang ditunda dilakukan Backward Stepwise dan didapatkan hasil bahwa ternyata hanya variable Surat Jaminan yang mempunyai nilai, sedangkan variable lainnya dropped sehingga dapat disimpulkan bahwa variable Surat Jaminan merupakan variable utama yang menyebabkan ditundanya klaim

6.4. UJI INTERAKSI

Analisis multivariate dimaksudkan untuk melihat apakah ada hubungan antar tiap variable independen.

Misalkan kita duga surat jaminan berinteraksi dengan pmi.

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
1	Radiologi	23,897	12900,722	,000	1	,999	2E+010
	Lab	24,861	8528,116	,000	1	,998	6E+010
	Obat	24,922	10343,479	,000	1	,998	7E+010
	Dokter	25,071	17974,843	,000	1	,999	8E+010
	Surat	25,071	6059,318	,000	1	,997	8E+010
	PMI by Surat	,000	40647,143	,000	1	1,000	1,000
	Constant	-3,869	,357	117,278	1	,000	,021

a. Variable(s) entered on step 1: Radiologi, Lab, Obat, Dokter, Surat, PMI * Surat .

Pada table uji interaksi antara surat*pmi di atas, terlihat bahwa sig=1 berarti lebih besar dari 0,05, artinya : tidak ada interaksi antara surat dengan pmi.

Sekarang, misalkan diduga lab berinteraksi dengan radiologi.

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
1	Radiologi	24,388	16491,711	,000	1	,999	4E+010
	Lab	25,071	9473,574	,000	1	,998	8E+010
	Obat	24,891	10185,567	,000	1	,998	6E+010
	Dokter	25,071	17974,843	,000	1	,999	8E+010
	Surat	25,071	5991,614	,000	1	,997	8E+010
	Lab by Radiologi	-24,388	34197,406	,000	1	,999	,000
	Constant	-3,869	,357	117,278	1	,000	,021

a. Variable(s) entered on step 1: Radiologi, Lab, Obat, Dokter, Surat, Lab * Radiologi .

Pada table uji interaksi antara Lab*Radiologi di atas, terlihat bahwa sig=0,999 berarti lebih besar dari 0,05, artinya : tidak ada interaksi antara lab dengan radiologi.

Model yang valid adalah model tanpa ada interaksi artinya tidak ada hubungan antara variable independen.

BAB VII

PEMBAHASAN PENELITIAN

7.1. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang diambil selama satu tahun yaitu bulan Oktober 2008 sampai dengan September 2009 dengan pengambilan sampel selama 4 bulan yaitu bulan Juni sampai dengan September 2009.

Sebagaimana umumnya penggunaan data sekunder sebagai bahan analisa data, dalam penelitian ini juga dijumpai beberapa keterbatasan yang menyangkut pengembangan kerangka konsep, juga mengingat keterbatasan waktu, penulis tidak dapat meneliti lebih detail seperti apa yang diharapkan

7.2. Pembahasan Hasil Penelitian

Setelah dilakukan analisis Regresi Logistis ganda maka didapatkan bahwa korelasi atau hubungan antara klaim dengan surat jaminan, radiologi, dokter, lab dan obat sebesar 56,6% sedangkan sisanya yaitu 43,4% disebabkan oleh faktor-faktor lainnya. Sedangkan dengan metode Backward stepwise, diketahui variabel utama penyebab klaim ditunda adalah variabel surat jaminan

Dokumen penyebab klaim ditunda adalah :

1. Surat Jaminan

Surat Jaminan merupakan dokumen utama yang diperlukan untuk pasien JPK-SKTM dengan tujuan agar pasien mendapatkan keringanan biaya perawatan. Untuk pembuatan surat jaminan dilakukan dibagian pemasaran. Keluarga pasien akan diberikan informasi oleh petugas mengenai pengurusan surat jaminan.

Dokumen yang harus dilengkapi untuk membuat surat jaminan adalah :

- Foto copy KTP

Bila pasien belum mempunyai KTP karena usia belum cukup, maka diperlukan KTP kedua orang tua

- Foto copy kartu keluarga

Pasien yang dirawat di rumah sakit, harus tercantum dalam kartu keluarga, baik pasien dewasa maupun anak, serta hubungannya dengan kepala keluarga.

- Surat keterangan rawat inap di kelas III beserta diagnosis
- Surat rujukan dari Puskesmas sesuai domisili atau surat pengantar dari IGD
- Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dari Lurah sesuai domisili
- Surat Verifikasi dari Puskesmas

Dokumen tersebut dikirimkan ke Sudinkes sesuai domisili sehingga pasien mendapatkan surat jaminan. Dari hasil observasi dan wawancara dengan petugas bagian pemasaran, setiap pasien selalu diinformasikan bagaimana cara mengurus surat jaminan bahkan untuk mempermudah pencapaian ke Sudinkes yang dituju, diamplop surat sudah tertera transportasi yang diperlukan.

Pada penelitian ini, penyebab utama ditundanya klaim adalah dokumen Surat Jaminan sebanyak 47,37 % yang disebabkan karena karena tidak ada surat jaminan awal, tidak ada tanggal di surat jaminan dan tidak ada perpanjangan surat jaminan. Dari observasi dan wawancara dengan petugas di ruang rawat inap kelas III, dikatakan bahwa setiap pagi petugas keliling ruangan untuk mengingatkan kepada keluarga pasien bagi yang belum mengurus surat jaminan atau yang akan memperpanjang surat jaminan, tetapi mungkin karena pagi hari tidak ada keluarga yang menunggu sehingga surat jaminan menjadi masalah.

Saat pasien akan pulang, dibagian verifikasi akan mambantu dengan memberikan informasi bahwa surat jaminan harus ada sebelum pasien pulang dengan cara menginformasikan dimana surat jaminan itu dibuat, bahkan pada amplop surat dari rumah sakit tertera transportasi apa yang dapat digunakan untuk sampai pada Sudinkes yang dituju

Pembuatan Surat Jaminan rawat dilaksanakan di Suku Dinas Kesehatan 5 wilayah Kota Administratif sesuai domisili pasien setelah dilakukan verifikasi dan ada surat keterangan dari kelurahan yang menerangkan bahwa pasien tersebut benar merupakan keluarga yang kuang mampu

Surat jaminan rawat berlaku setelah surat tersebut diterima oleh rumah sakit. Apabila dari awal pasien/ keluarga pasien sudah menyatakan tidak mampu, maka surat jaminan akan cepat selesai dan meringankan biaya pasien. Pada surat jaminan tertera besaran prosentase yang diberikan oleh Sudinkes untuk biaya keringanan pasien. Pasien dengan SKTM mendapat keringanan 50 %. Bila pasien SKTM tidak dapat membayar 50 % dapat diringankan sampai dengan pembebasan. Surat Pernyataan Pembebasan Biaya dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, diperuntukkan bagi SKTM yang mengalami kendala biaya, hanya berlaku untuk satu kasus penyakit dan berlaku disemua rumah sakit yang IKS.

Dari hasil observasi dan wawancara dengan petugas dibagian Pemasaran dan petugas diruang rawat inap kelas III, banyak pasien tidak dari awal masuk menyatakan bahwa pasien tidak mampu membayar biaya perawatan sehingga keluarga pasien tetap harus memberikan uang muka perawatan, biaya pemeriksa dokter, pemeriksaan penunjang serta obat. Sementara biaya yang sudah dibayarkan ke pihak Rumah Sakit tidak dapat dikembalikan.

2. Laboratorium

Yang termasuk dokumen dalam pemeriksaan laboratorium meliputi formulir permintaan pemeriksaan lab, hasil pemeriksaan lab serta biaya pemeriksaan lab sesuai dengan diagnosis pasien.

Pada penelitian ini terdapat dokumen lab yang tidak lengkap sebanyak 20 buah (21.51%) dokumen tersebut adalah tidak ada bukti lab dan selisih lab. Dari hasil wawancara dengan petugas diruangan, tidak lengkapnya dokumen lab terjadi bila pasien pulang pada hari libur sehingga ada beberapa dokumen yang belum lengkap. Sementara semua berkas harus diberikan bila pasien akan pulang

3. Radiologi

Pemeriksaan radiologi yang dilakukan sesuai dengan diagnosis pasien. Yang dimaksud dokumen radiologi adalah formulir permintaan pemeriksaan radiologi, hasil pemeriksaan radiologi serta biaya pemeriksaan radiologi.

Pada penelitian ini terdapat dokumen radiologi yang belum lengkap sebanyak 6 buah (6.45%) dokumen tersebut adalah tidak ada bukti rontgen. Dari

hasil wawancara dengan petugas diruangan, ketidaklengkapan dokumen radiologi terjadi bila pasien pulang pada hari libur sehingga ada beberapa dokumen yang belum lengkap. Sementara semua berkas harus diberikan bila pasien akan pulang

2. Tindakan medis

Tindakan medis yang dimaksud adalah tindakan diruangan guna perawatan dan pengobatan pasien, misalnya pemberian infus cairan, pemberian obat suntik atau melakukan tranfusi darah. Semua tindakan tersebut diperlukan obat-obatan dan alat habis pakai.

Pada penelitian ini terdapat dokumen tindakan medis yang belum lengkap sebanyak 3 buah (3.23 %), dokumen tersebut adalah tidak ada bukti tindakan diruangan. Dari hasil wawancara dengan petugas diruangan, ketidaklengkapan dokumen tindakan medis terjadi bila pasien pulang pada hari libur sehingga ada beberapa dokumen yang belum lengkap. Sementara semua berkas harus diberikan bila pasien akan pulang

3. Resume Medis

Yang dimaksud dengan resume medis adalah resume hasil pemeriksaan yang dituliskan oleh dokter yang melakukan pengobatan terhadap pasien tersebut.

Pada penelitian ini terdapat dokumen jasa dokter yang belum lengkap sebanyak 5 buah (5.38 %), dokumen tersebut adalah tidak adanya resume medis. Dari hasil wawancara dengan petugas diruangan, ketidaklengkapan dokumen jasa dokter terjadi bila pasien pulang pada hari libur sehingga ada beberapa dokumen yang belum lengkap. Sementara semua berkas harus diberikan bila pasien akan pulang

Semua dokumen dari ruang rawat inap diberikan ke bagian pemasaran untuk dilakukan penghitungan jumlah biaya yang harus dibayarkan oleh pasien. Setelah itu seluruh dokumen diberikan ke bagian rekapitulasi berupa input data dikomputer seluruh pasien JPK-SKTM yang dirangkum setiap bulannya untuk diserahkan ke Dinas Kesehatan DKI Jakarta paling lambat tanggal 10. Dari hasil observasi dan wawancara dengan petugas di bagian rekapitulasi, semua data

pasien akan direkapitulasi sesuai dengan biaya yang tertera, tetapi masalah dokumen yang tidak lengkap dikarenakan kurang telitinya petugas dalam memeriksa dokumen tersebut.



BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan

Penelitian tentang Analisa klaim yang ditunda pada pasien JPK-SKTM yang dirawat di RS Pasar Rebo dilaksanakan atas dasar :

- Pengetahuan kebutuhan dan kesadaran masyarakat terhadap pelayanan kesehatan sudah menjadi semakin mendalam, semakin baik dan semakin besar
- Biaya jaminan pelayanan kesehatan meningkat
- Menurut Dinas Kesehatan DKI Jakarta, penduduk DKI Jakarta sebanyak 9,294,949 jiwa, yang sudah mempunyai JPK Gakin sebanyak 7,77%. Sedangkan pegawai informal sebesar 40,20%. Yang termasuk pegawai informal adalah buruh, pedagang kaki lima, tukang ojek, mahasiswa, pegawai swasta yang belum mendapat jaminan kesehatan.
- Jumlah pasien dari keluarga kurang mampu yang berkunjung ke rumah sakit naik setiap tahunnya
- Kunjungan pasien JPK Gakin-SKTM terbanyak di Jakarta-Utara dan Jakarta-Timur, oleh karena itu dipilih RSUD Pasar Rebo karena di rumah sakit tersebut selama tiga tahun terakhir terdapat klaim yang ditunda terutama pasien JPK-SKTM

Penelitian dilaksanakan dengan metode kuantitatif dengan melakukan telaah data sekunder yang dilengkapi dengan wawancara. Jumlah populasi dari data sekunder sebanyak 1.461 pasien yang diambil selama satu tahun yaitu dari bulan Oktober 2008 sampai dengan September 2009. Sedangkan sampel penelitian adalah data sekunder selama empat bulan yaitu bulan Juni sampai dengan September 2009 yang berjumlah 478 pasien (32,72% dari populasi). Jumlah pasien/ dokumen yang ditunda pembayarannya sebanyak 95. Setelah data didapatkan, maka data diolah dengan cara melakukan editing, koding dan meringkas data yang dilanjutkan dengan analisa data. Analisa data dilakukan

untuk mengetahui apakah ada hubungan antara dokumen JPK-Gakin dengan klaim yang ditunda serta dokumen apa yang menyebabkan klaim ditunda.

Dari hasil analisa univariate didapatkan bahwa dari bulan Juni hingga September 2009 terdapat 19,87 % pasien JPK- SKTM yang klaimnya di tunda yang disebabkan karena dokumen surat jaminan, resume medis, laboratorium, radiologi, tindakan medis dan obat. Analisis menggunakan metode Regresi Logistik model Ganda, korelasi atau hubungan antara klaim dengan surat jaminan, radiologi, dokter, lab dan obat sebesar 56,6% sedangkan sisanya yaitu 43,4% disebabkan oleh faktor-faktor lainnya. Juga setelah dilakukan analisa multivariate dengan menggunakan metode Backward, maka didapatkan bahwa dokumen utama penyebab klaim ditunda adalah Surat Jaminan.

Dari hasil wawancara dengan petugas dibagian Pemasaran, sudah diinformasikan cara pembuatan surat jaminan yang dimulai dengan pemberian surat pengantar dari rumah sakit yang terdiri dari surat keterangan rawat di kelas III beserta diagnosis, foto copy KTP dan KK, surat rujukan dari puskesmas atau surat pengantar dari IGD dan SKTM. Pembuatan Surat Jaminan rawat dilaksanakan di Suku Dinas Kesehatan 5 wilayah Kota Administratif sesuai domisili pasien setelah dilakukan verifikasi dan ada surat keterangan dari kelurahan yang menerangkan bahwa pasien tersebut benar merupakan keluarga yang kuang mampu. Pada surat jaminan tertera besaran prosentase yang diberikan oleh Sudinkes untuk biaya keringanan pasien. Pasien dengan SKTM mendapat keringanan 50 %.

Prosedur penagihan klaim dilakukan setelah dilakukan penataan dokumen di ruang perawatan kemudian dokumen dikembalikan ke bagian pemasaran untuk dilakukan verifikasi kelengkapan dokumen serta perhitungan biaya yang harus dibayarkan oleh pasie. Setelah perhitungan biaya selesai, keluarga pasien membayar tagihan di kasir. Dokumen diserahkan kebagian piutang untuk dilakukan rekapitulasi berupa input data dikomputer yang dirangkum setiap bulannya untuk diserahkan ke Dinas Kesehatan DKI Jakarta, yang dilakukan setiap awal bulan, paling lambat tanggal 10. Tagihan akan dibayarkan oleh Dinas Kesehatan setelah dilakukan pemeriksaan persyaratan tagihan (verifikasi klaim).

Pembayaran kepada Rumah Sakit dilakukan oleh Dinas Kesehatan berdasarkan berita acara hasil verifikasi klaim

8.2. Saran

JPK-SKTM merupakan program Pemerintah Provinsi DKI Jakarta sebagai wujud dari komitmen pemerintah daerah terhadap pelayanan publik dimana diharapkan akan banyak memberikan manfaat kepada masyarakat miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan karena program ini sudah memberikan berbagai pelayanan kesehatan baik rawat jalan maupun rawat inap yang dilaksanakan di Puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah maupun Rumah Sakit Swasta.

1. Saran untuk Rumah Sakit

Program JPK-SKTM di RSUD Pasar Rebo sudah berjalan dengan baik tetapi setiap proses memang ada kekurangannya walaupun bila dihitung dengan rupiah tidak akan mengganggu kondisi keuangan rumah sakit. Jadi dari hasil penelitian ini adalah memperbaiki yang sudah baik menjadi lebih baik lagi. Oleh karena itu saran yang diberikan adalah :

- Evaluasi yang berkesinambungan paling tidak setiap triwulan agar klaim yang ditunda menjadi lebih sedikit lagi bahkan akan lebih baik bila tidak ada klaim yang ditunda.
- Dibuatkan dokumen cek list pada setiap pasien JPK-SKTM yang akan pulang sehingga dokumen yang belum lengkap segera terditeksi
- Penyuluhan tentang jaminan pemeliharaan yang dapat dilakukan oleh pihak rumah sakit ataupun bekerja sama dengan fasilitas kesehatan satu wilayah
- Koordinasi dengan Sudinkes perihal kepesertaan bagi keluarga kurang mampu

2. Saran untuk Dinas Kesehatan

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan sudah banyak memberikan manfaat kepada masyarakat miskin dan kurang mampu. Saran yang diberikan adalah :

evaluasi kepesertaan untuk masyarakat kurang mampu agar sesuai dengan sasaran sehingga dibutuhkan kerjasama yang baik dengan pihak kelurahan agar surat jaminan tersebut benar diberikan kepada masyarakat yang membutuhkan.



DAFTAR PUSTAKA

- ADIKOESOEMO, S. (2003) *Manajemen Rumah Sakit*, Jakarta.
- ALI GHUFRON MUKU, M. (2007) *Sistem Jaminan Kesehatan: Konsep Desentralisasi Terintegrasi*, Yogyakarta
- ARIKUNTO (2002) *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Jakarta
- AZWAR, A. (1996) *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Jakarta.
- DEPKES (2008) *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit*, Jakarta.
- DINKES DKI Jakarta. (2007) *SK Kepala Dinas Kesehatan Nomor 3366/2007, Tentang Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin dan Korban Bencana di Prov DKI Jakarta Tahun 2007.*
- DINKES DKI Jakarta. (2010) *Rekapitulasi BAP Program JPK Gakin Tahun 2007 s/d 2009.* Jakarta.
- DINKES DKI JAKARTA (2007) *Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis JPK Gakin, Kurang Mampu dan Bencana Di Provinsi DKI Jakarta.*
- DUWI PRIYATNO (2009) *SPSS untuk Analisis Korelasi, regresi dan multivariate*, Yogyakarta
- DUWI PRIYANTO (2010) *Paham analisa statistik data dengan spss*, Yogyakarta
- GUBERNUR PROVINSI DKI JAKARTA (2009) *Perda Provinsi DKI Jakarta Nomor 4 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Daerah.*
- ILYAS, Y. (2006) *Mengenal Asuransi Kesehatan, Review Utilisasi Manajemen Klaim dan Fraud*
- IQBAL HASAN (2004) *Analisis data penelitian dengan statistik*, Jakarta
- KOESTERMAN USRI, E. F. M. (2007) *Manajemen Rumah Sakit, Teori dan Aplikasi*, Bandung.
- MOLEONG, L. (2005) *Metode Penelitian Kualitatif*, Bandung

NOTOATMODJO, S. (2003) *Ilmu Kesehatan Masyarakat, Prinsip-Prinsip Dasar*, Jakarta.

SARYONO, M. D. A. (2010) *Metodolotif Penelitian Kualitatif dalam bidang kesehatan*.

SOELASTOMO (2007) *Manajemen Kesehatan*, Jakarta.

SUGIYONO (2010) *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&d*, Bandung

PEMERINTAH RI (2009) UU Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik.

PEMERINTAH RI (2010) UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

RSUD PASAR REBO, J. (2010) Profil Rumah Sakit.

SARYONO, M. D. A. (2010) *Metodolotif Penelitian Kualitatif dalam bidang kesehatan*.

SUARA KARYA NASIONAL (2010) Pekerja informal di DKI dilindungi Jamkesda tahun 2011.

Lampiran 1

Alur pelayanan pasien JPK-SKTM

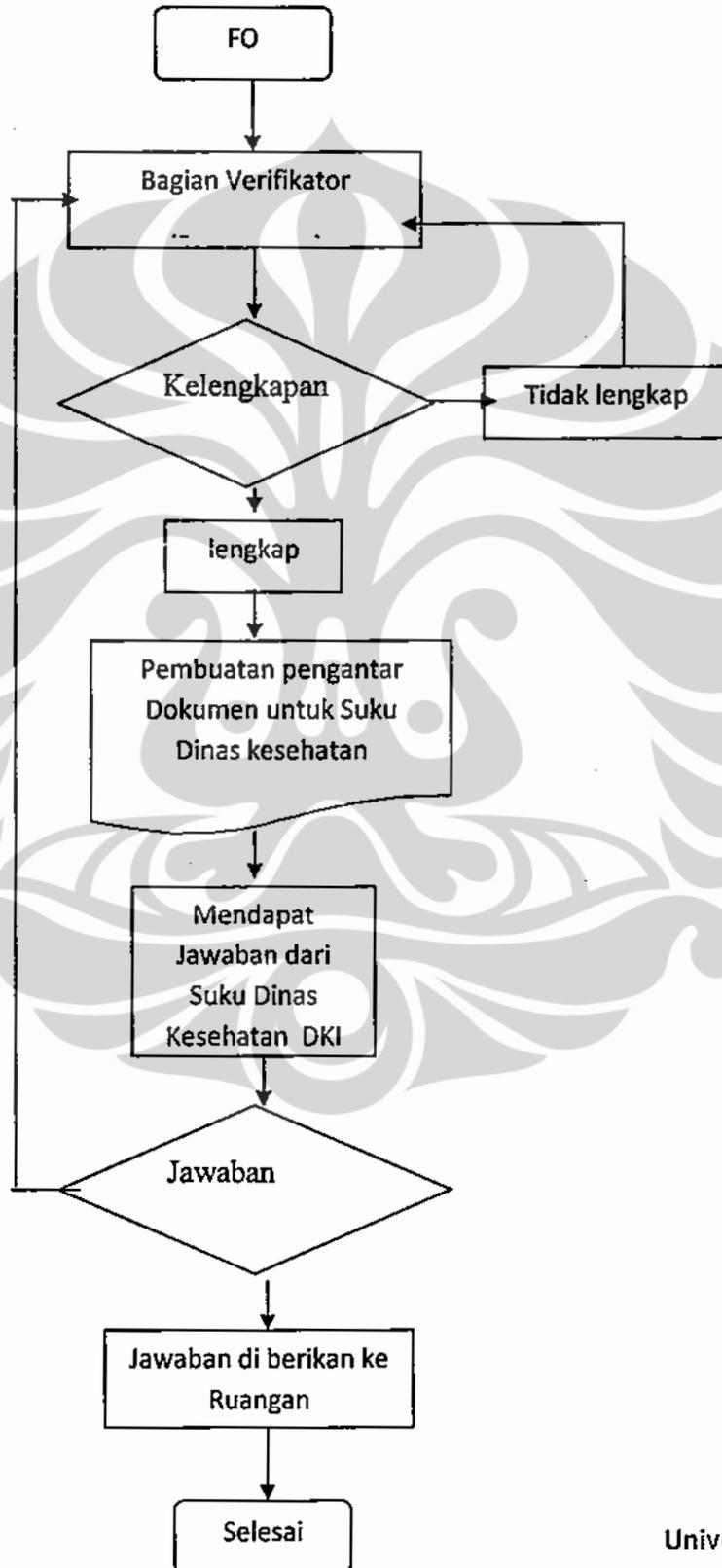
1. Protap Penerimaan Pasien JPK-SKTM DKI Unit Rawat Inap

Tujuan : Sebagai panduan petugas yang bekerja dibagian Sub Bag Pengembangan Usaha untuk melakukan proses penerimaan pasien SKTM DKI rawat inap

A. Uraian Proses

1. Keluarga Pasien datang kebagian pemasaran membawa seluruh dokumen yang dibutuhkan
2. Petugas pemasaran memeriksa kelengkapan dokumen antara lain
 - a. Surat keterangan rawat inap dan diagnosa dari ruangan
 - b. Fotokopi Kartu keluarga
 - c. Fotokopi KTP pasien (khusus pasien anak, KTP yang dipakai adalah KTP ibu / bapak)
 - d. Fotokopi surat keterangan tidak mampu dari RT/RW/Lurah
 - e. Surat rujukan dari puskesmas/surat pengantar dari Unit Gawat darurat
 - f. Fotokopi verifikasi puskesmas
3. Jika
 - a. Tidak lengkap, Keluarga pasien diminta melengkapi seluruh berkas, jika tidak memiliki surat rujukan puskesmas dan verifikasi puskesmas akan dibuatkan surat pengantar ke Puskesmas setempat
 - b. Bila lengkap akan dibuatkan surat pengantar dokumen ke Suku Dinas Kesehatan DKI dan surat pengantar untuk ruangan
4. Setelah mendapat surat jawaban dari Suku Dinas kesehatan, keluarga pasien diminta untuk mengkopi 4 kali (1 untuk ruangan, 1 untuk klaim, 1 untuk perpanjang dan 1 untuk arsip pasien)

B. Alur Proses

Alur proses Penerimaan Pasien JPK-SKTM DKI Unit Rawat Inap

2. Protap Pemulangan Pasien JPK-SKTM DKI Jakarta Unit Rawat Inap

Tujuan : Sebagai panduan petugas Pemasaran untuk melakukan pemulangan pasien dengan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) DKI Jakarta di bagian pelayanan rawat inap.

A. Uraian Proses

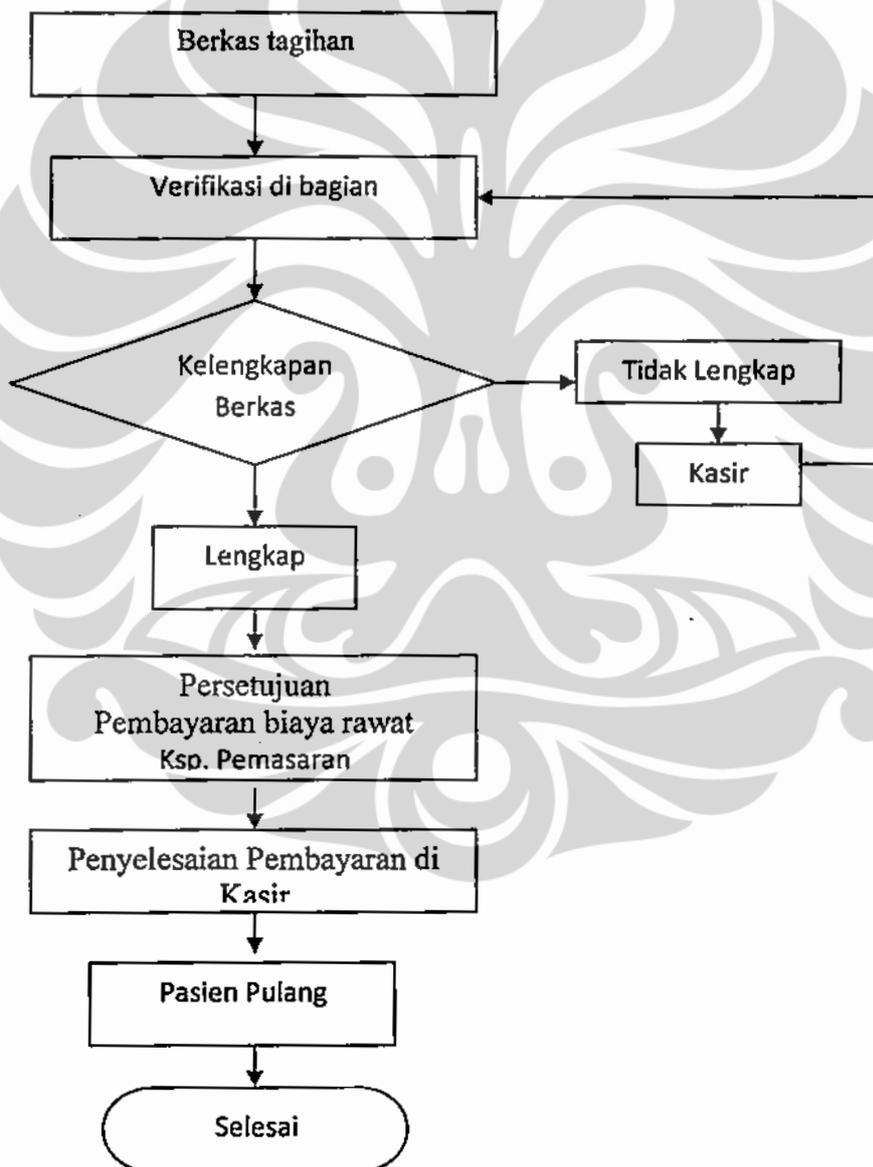
1. Pihak penata rekening memberikan berkas total akhir biaya perawatan pasien yang sudah dinyatakan pulang oleh dokter kepada pihak keluarga/ penanggung jawab pasien
2. Pihak keluarga menuju bagian Pemasaran dengan membawa seluruh berkas rincian biaya rawat dan surat keringanan biaya ke bagian Pemasaran
3. Bagian Pemasaran melakukan verifikasi/memeriksa kelengkapan dokumen antara lain:
 - a. rincian akhir biaya rawat inap
 - b. fotokopi ktp pasien dan penanggungjawab
 - c. fotokopi kartu keluarga
 - d. surat keterangan di rawat
 - e. nota dinas igd / surat rujukan puskesmas
 - f. fotokopi sktm
 - g. fotokopi verifikasi puskesmas
 - h. surat jaminan dari Suku Dinas Kesehatan DKI Jakarta
 - i. surat pengambilan katastropik (bagi pasien yg mengurus katastropik)
4. Jika:
 - a. Tidak lengkap, maka keluarga/ penanggung jawab pasien wajib melengkapinya terlebih dahulu
 - b. Jika lengkap, petugas akan melihat total biaya rawat inap. Bila biaya akhir
 - Dibawah Paket Pelayanan Esensial (PPE) maka pasien diperkenankan pulang dengan pembayaran 25 % bagi verifikasi miskin dan 50% bagi verifikasi kurang mampu
 - Diatas PPE maka pasien terlebih dahulu wajib mengurus katastropik dengan tetap mengharuskan iur biaya sesuai dengan ketentuan di point atas
 - Jika pasien tidak sanggup dalam kewajiban iur biaya maka pihak keluarga/penanggungjawab harus menyelesaikannya dengan Ka. Pemasaran.

Universitas Indonesia

5. Setelah berkas pasien selesai diverifikasi dan layak pulang maka petugas memberikan seluruh berkas tersebut kepada Kepala Pemasaran untuk meminta persetujuan pembayaran biaya rawat inap

6. Pasien Pulang

B. Alur Proses



Lampiran 2

Bagian Pemasaran RSUD Pasar Rebo

Agar pelaksanaan tugas dapat berjalan dengan baik sesuai dengan yang diharapkan, maka dibuat prosedur mutu tiap-tiap bagian dari rumah sakit

Prosedur Mutu bagian Pemasaran

1. Tujuan

Sebagai panduan kerja Pemasaran untuk mengendalikan proses operasional yang menyangkut kelengkapan dokumen pasien selain pasien umum (gakin, Jamkesda, SKTM, Perusahaan dan Asuransi) dan mengetahui apakah pasien atau pelanggan di RSUD Pasar Rebo telah mendapat informasi yang mereka butuhkan secara cepat, tepat dan akurat.

2. Sasaran Mutu Pemasaran dan Humas

No	Sasaran	Target	Rencana Tindakan Pencapaian
1	Meningkatkan jumlah kunjungan pasien Jamper	10% pertahun	Kerjasama dengan 4 perusahaan asuransi
2	Meningkatkan jumlah kunjungan pasien Gakin/ Jamkesmas/ SKTM	10% pertahun	Melayani pasien Gakin, SKTM, Jamkesmas
3	Ketepatan waktu pengurusan kelengkapan Gakin/ Jamkesmas/ SKTM	80%	Mencatat penerimaan setiap pelayanan pasien Gakin/ Jamkesmas/ SKTM
4	Meningkatkan kepuasan pelanggan	4 dari skala 5	Survey rutin 6 bulan sekali
5	Menurunkan jumlah komplain pelanggan di Humas	25% dari tahun	Melakukan survey kepuasan pelanggan untuk Humas

3. Ruang Lingkup

Petugas Satuan Pelaksana Pemasaran

Universitas Indonesia

4. Definisi

4.1. Satuan Pelaksana Pemasaran

Salah satu unit yang terdapat dalam struktur organisasi rumah sakit dibawah koordinasi wadir umum dan keuangan yang memberikan pelayanan administrasi yang menyangkut dokumen pasien selain pasien umum (Gakin, Jamkesmas, SKTM, Perusahaan dan Asuransi) dan informasi pelanggan RSUD Pasar Rebo

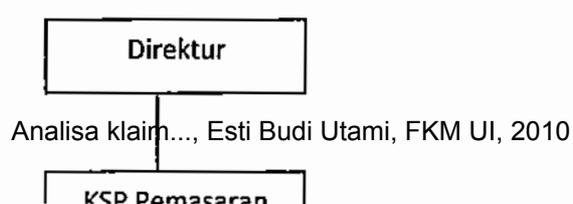
4.2. Kepala Satuan Pelaksana Pemasaran

Seorang yang diberikan tanggung jawab dan wewenang untuk melakukan perencanaan, mengorganisir, melaksanakan dan mengevaluasi dan pengambilan keputusan terhadap seluruh kegiatan administrasi yang diberikan dapat berjalan sesuai dengan mutu yang telah disepakati bersama meliputi seluruh sumber daya yang terdapat didalam unit tersebut.

4.3. Penanggung Jawab

Beberapa orang yang bertanggung jawab terhadap kelengkapan administrasi sesuai dengan uraian tugasnya.

5. Struktur Organisasi Satuan Pelaksana Pemasaran



8. Menghimpun, menganalisa dan menyajikan umpan balik dari pelanggan kepada manajemen sesuai dengan data
9. Mensosialisasikan kerja sama baru kepada unit-unit terkait dalam rumah sakit (Harus direktur yang menyampaikan)
10. Menyelesaikan masalah intern profesi satuan pelaksana pemasaran dan antara profesi satuan pelaksana pemasaran dan profesi atau pegawai lainnya
11. Penetapan sasaran kerja kelompok, menjadi sasaran kerja individu/ kinerja dan penilaian pencapaian sasaran kerja individu/ kinerja yang menjadi tanggung jawabnya.

Wewenang

1. Mengadakan koordinasi dengan pihak eksternal dan atau internal Rumah Sakit
2. Melakukan pemantauan secara rutin terhadap perkembangan tugas masing-masing staff
3. Mengambil keputusan mengenai kebijakan pembayaran pasien Gakin, SKTM dan Jamkesmas
4. Menanda tangani hasil dari MCU pasien perusahaan
5. Menanda tangani pencatatan dan pelaporan pasien Askes

Kualifikasi

Pendidikan : Minimal S-1

Pengalaman

1. Dokter umum yang telah bekerja di Rumah Sakit selama 10 tahun
2. Merupakan karyawan tetap Rumah Sakit Pasar Rebo baik yang berstatus PNS atau karyawan tetap Rumah Sakit
3. Mempunyai pengalaman memegang jabatan manajerial
4. Mengetahui dengan baik ruang lingkup dan sistem pekerjaannya yang berlaku di organisasi

Pelatihan

1. Pelatihan Pemasaran
2. Pelatihan Quality Manajemen

Universitas Indonesia

3. Pelatihan Handling Complain
4. Pelatihan Service Excellence

Keahlian

1. Memiliki kemampuan yang baik dalam bekerja sama dengan pimpinan, rekan sejawat dan rekan kerja yang lain
2. Memiliki wawasan yang luas dan berani bertanggung jawab
3. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik
4. Memiliki pandangan yang jelas dan berkeinginan untuk mengembangkan diri dan organisasi

Jabatan : Pelaksana Jamper

Uraian Tugas

1. Memberikan penjelasan prosedur pasien dengan jaminan perusahaan atau asuransi yang dirawat inap
2. Memantau dan memenuhi kelengkapan dokumen pasien dengan jaminan perusahaan atau asuransi yang dirawat inap
3. Memperkenalkan produk pelayanan kesehatan yang ada di RSUD Pasar Rebo
4. Menindak lanjuti hasil pemasaran dan permintaan kerjasama dari perusahaan dalam bentuk informasi pelayanan dan tarif pelayanan, mengunjungi perusahaan, pengiriman Draft MOU, negosiasi isi draft MOU, mendata profil perusahaan
5. Mengirim dokumen tagihan ke pihak ketiga
6. Mengecek masa berlaku MOU dan Perubahan tarif pelayanan
7. Evaluasi kerjasama yang sedang dan telah berlangsung
8. Membuat laporan rekapitulasi penagihan perusahaan perbulan dari data penagihan jaminan perusahaan dan jumlah pasien perusahaan dan asuransi dalam bentuk grafik dan data tahunan
9. Penetapan sasaran kerja kelompok, menjadi sasaran kerja individu/ kinerja, dan penilaian pencapaian sasaran kerja individu/ kinerja yang menjadi tanggung jawabnya

Wewenang

1. Melakukan verifikasi informasi kepada perusahaan-perusahaan yang menanggung biaya pengobatan pasien jaminan perusahaan dan asuransi
2. Membuat laporan keterangan rawat kepada Perusahaan asuransi untuk mendapatkan jaminan rawat dari perusahaan asuransi yang menanggung biaya perawatan
3. Memberikan informasi prosedur pengurusan jaminan perusahaan dan asuransi kepada keluarga pasien jaminan perusahaan
4. Melakukan verifikasi kelengkapan dokumen dalam penagihan
 - Rekening perawatan
 - Rekening pemakaian obat
 - Dokumen tindakan-tindakan yang dilakukan pada masa perawatan
 - Dokumen resume medis
 - Kelengkapan dokumen standar penjamin asuransi dan perusahaan

Kualifikasi

Pendidikan : minimal D-III

Pengalaman

1. D3 marketing yang telah bekerja di Rumah Sakit selama 2 tahun
2. SMA yang telah bekerja di Rumah sakit selama 10 tahun
3. Merupakan karyawan tetap RSUD Pasar Rebo baik yang berstatus PNS atau karyawan tetap rumah sakit
4. Mengetahui dengan baik ruang lingkup dan sistem pekerjaannya yang berlaku di organisasi

Pelatihan

1. Pelatihan pemasaran
2. Pelatihan komputer (Microsoft Office)

Keahlian

1. memiliki kemampuan yang baik dalam bekerjasama dengan pimpinan, rekan sejawat dan rekan kerja yang lain
2. Memiliki wawasan yang luas dan berani bertanggung jawab
3. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik

Universitas Indonesia

Jabatan : Pelaksana Jamkesmas SKTM Rawat Inap/ Luar DKI Jakarta

Uraian tugas

1. Melakukan pendataan, mengajukan permohonan dan mengirim lembar permohonan seluruh pasien Gakin/ SKTM dalam dan luar DKI Jakarta
2. Memberikan informasi pasien/ keluarga pasien tentang pengurusan atau penggantian biaya perawatan bagi pemegang Kartu Gakin/ SKTM
3. Memantau perkembangan biaya perawatan pasien dengan Kartu Gakin/ SKTM, apabila mendekati atau melampaui Rp 5.000.000,- sampai dengan Rp 10.000.000,- , maka membuat surat pengajuan kasus katastrofik bertanda tangan Direktur RSUD Pasar Rebo ke Dinas Kesehatan DKI Jakarta
4. Membuat laporan rekapitulasi jumlah pasien Kartu Gakin/ SKTM DKI Jakarta yang diberikan pelayanan di RSUD Pasar Rebo secara berkala
5. Mengirim lembar permohonan syarat jaminan ke petugas Askes Rumah Sakit
6. Membuat surat jaminan pelayanan khusus pasien-pasien Jamkesmas dan SKTM luar DKI Jakarta
7. Melengkapi dokumen dan mengajukan klaim pembiayaan pasien Jamkesmas dan SKTM luar DKI Jakarta ke Dinas Kesehatan Depok
8. Penetapan sasaran kerja kelompok, menjadi sasaran kerja individu/ kinerja, dan penilaian pencapaian sasaran kerja individu/ kinerja yang menjadi tanggung jawabnya

Wewenang

1. Melakukan verifikasi atas kelengkapan berkas pasie-pasien yang mengajukan Kartu Gakin/ SKTM
2. Melakukan verifikasi ulang pada saat pasien Kartu Gakin/ SKTM sudah dinyatakan pulang dengan melihat keberadaan surat jaminan dan biaya perawatan yang masih harus diselesaikan oleh pihak pasien/ keluarga pasien
3. Melakukan koordinasi dengan pihak keuangan/ pelayanan/ perawatan khusus pasien bermasalah dalam biaya perawatan

Kualifikasi

Universitas Indonesia

Pendidikan : minimal D-III

Pengalaman

1. D-III Asuransi yang telah bekerja di Rumah Sakit yang telah bekerja selama 2 tahun
2. SMA yang telah bekerja di Rumah Sakit selama 10 tahun
3. Merupakan karyawan tetap RSUD Pasar Rebo baik yang berstatus PNS atau karyawan tetap Rumah Sakit
4. Mengetahui dengan baik ruang lingkup dan sistem pekerjaannya yang berlaku di organisasi

Pelatihan

1. Pelatihan Pemasaran
2. Pelatihan komputer (Microsoft Office)

Keahlian

1. Memiliki kemampuan yang baik dalam bekerjasama dengan pimpinan, rekan sejawat dan rekan kerja yang lain
2. Memiliki wawasan yang luas dan berani bertanggung jawab
3. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik

Jabatan : Pelaksana Loker Verifikasi Rawat Jalan

Uraian Tugas

1. Membuatkan surat jaminan pelayanan (SPJ) bagi pasien-pasien rawat jalan yang menggunakan kartu Gakin, SKTM, perusahaan dan asuransi
2. Memberikan informasi kelengkapan berkas yang harus dipenuhi dalam penggunaan SKTM, Kartu gakin, Jaminan Perusahaan atau Asuransi
3. Menyiapkan, membuat dan memeriksa kelengkapan berkas, SPJ (Surat jaminan Pelayanan), SKTM, Jaminan perusahaan dan Asuransi
4. Menghitung biaya pelayanan jaminan Perusahaan, gakin/ SKTM, Asuransi atau pasien karyawan RSUD Pasar Rebo
5. Melakukan pencatatan dan pelaporan harian jumlah pasien

Universitas Indonesia

6. Membuat laporan rekapitulasi jumlah pasien Askes-Sosial (Khusus karyawan) dengan menggunakan formulir yang berlaku dan dikirim ke Puskesmas Kelurahan Pasar Rebo
7. Penetapan sasaran kerja kelompok, menjadi sasaran kerja individu/ kinerja, dan penilaian pencapaian sasaran kerja individu/ kinerja yang menjadi tanggung jawabnya

Wewenang

1. Melakukan verifikasi terhadap pasien-pasien rawat jalan yang menggunakan Kartu Gakin, SKTM, Perusahaan dan Asuransi
2. Melakukan verifikasi ulang terhadap permintaan obat bagi pasien-pasien rawat jalan yang menggunakan Kartu Gakin/ SKTM
3. Menetapkan jumlah biaya yang ditanggung oleh pihak terkait terhadap biaya pengobatan pasien

Kualifikasi

Pendidikan : Minimal D-III

Pengalaman

1. D-III Marketing yang telah bekerja di Rumah Sakit selama 2 tahun
2. SMA yang telah bekerja di Rumah Sakit selama 10 tahun
3. Merupakan karyawan tetap RSUD Pasar Rebo baik yang berstatus PNS atau karyawan tetap rumah sakit
4. Mengetahui dengan baik ruang lingkup dan sistem pekerjaannya yang berlaku di organisasi

Pelatihan

1. Pelatihan Pemasaran
2. Pelatihan komputer (Microsoft Office)

Keahlian

1. Memiliki kemampuan yang baik dalam bekerjasama dengan pimpinan, rekan sejawat dan rekan kerja yang lain
2. Memiliki wawasan yang luas dan berani bertanggung jawab

3. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik

Jabatan : Pelaksana Admission

Uraian Tugas

1. Memberikan informasi, penjelasan tentang jenis, sarana, biaya dan pelayanan di RSUD Pasar Rebo kepada pasien/ keluarga pasien
2. Melaksanakan kegiatan registrasi rawat inap dan pasien terencana operasi
3. Membuat status rawat untuk pasien rawat inap yang berasal dari poliklinik atau dari IGD ke ruangan yang dituju
4. Membuat rencana pesanan kamar operasi dibuku pesanan operasi ke masing-masing ruangan yang dituju, baik itu operasi terencana (elective) maupun operasi mendadak (cito)
5. Membuat surat pernyataan perjanjian uang muka, bagi pasien yang masih kurang uang muka atau untuk rencana operasi
6. Menyiapkan informasi tempat/ ruangan yang kosong
7. Serah terima informasi tentang seluruh kegiatan pelaksanaan admission antar shift
8. Melakukan kegiatan administrasi surat menyurat yang masuk ataupun keluar

Wewenang : Sebagai pelaksana langsung di Sub Bag Humas serta berhak bertanya kepada koordinator apabila mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan sesuai kapasitasnya sebagai staf pelaksana

Lampiran 3
STRUKTUR ORGANISASI RSUD PASAR REBO

