

## BAB V

### GAMBARAN UMUM PERUSAHAAN

#### 5.1 Sejarah Mitra Kesehatan Jaya

Mitra Kesehatan Jaya lahir dari embrio organisasi yang bergerak di bidang Dana Upaya Kesehatan Masyarakat (DUKM) pada tahun 1985-1990. Organisasi DUKM, kemudian dikembangkan menjadi Badan Penyelenggara (Bapel) Dana Sehat yang bergerak dalam bidang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) secara sukarela di daerah Jakarta dan sekitarnya pada tahun 1992-1999. Baik organisasi DUKM maupun Bapel Dana Sehat merupakan pilot proyek Pemda DKI Jakarta tentang sistem pembiayaan kesehatan. Dengan kebijaksanaan *Reinventing Government* (REGOM) serta menghadapi era globalisasi di bidang pelayanan kesehatan, maka dilakukan swastanisasi Bapel Dana Sehat dan dialihkan kepada Koperasi Kesehatan Jaya (Kopkesja). Kopkesja didirikan sejak tahun 1994, oleh 12 koperasi primer pegawai pada jajaran Kesehatan di DKI Jakarta, yakni: Koperasi Pegawai Kanwil Depkes DKI Jakarta, Dinas Kesehatan, RSUD Tarakan RSUD Koja, RSUD Budi Asih, RSUD Pasar Rebo, RS Haji DKI Jakarta dan Suku Dinas Kesehatan di lima wilayah Kotamadya. Pada tanggal 5 Oktober 1999 Program JPKM yang dikelola oleh Bapel Dana Sehat diserahkan kepada Kopkesja oleh Pemda DKI Jakarta dengan maksud untuk terus dikembangkan secara profesional dan mandiri. Sejak itu Mitra Kesehatan Jaya sebagai unit usaha Kopkesja dibentuk guna meningkatkan program JPKM.

## **5.2 Visi, Misi dan Moto Mitra Kesehatan Jaya**

Mitra Kesehatan Jaya merupakan salah satu unit usaha Kopkesja yang telah memiliki izin operasional dari Departemen Kesehatan dengan No: 942/BM/DJ/BPSM/VI/1999 sebagai Bapel Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang memiliki visi, misi dan moto sebagai berikut :

### **5.2.1 Visi**

Menjadi Bapel JPKM yang terpercaya

### **5.2.2 Misi**

Menyelenggarakan usaha Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat yang berorientasi kepada kepuasan pelanggan, profesionalitas serta mengoptimalkan hubungan kemitraan dengan mitra kerja

### **5.2.3 Moto**

Kami mitra kesehatan anda

## **5.3 Struktur Organisasi dan Uraian Tugas**

### **5.3.1 Struktur Organisasi**

Mitra Kesehatan Jaya mempunyai tugas pokok dan berperan sebagai Bapel JPKM, yang bertanggung jawab kepada Pengurus Koperasi Kesehatan Jaya, Mitra Kesehatan Jaya dipimpin oleh seorang Direktur dan Wakil Direktur, dibantu oleh tiga orang manajer yang membawahi 3 divisi yakni : Divisi Operasional, Divisi Pelayanan Kesehatan, serta Divisi Administrasi. Setiap divisi terdiri dari bagian-bagian yang menunjang kegiatan masing-masing divisi. Bagan struktur organisasi Mitra Kesehatan Jaya terdapat pada lampiran.

### 5.3.2 Uraian Tugas

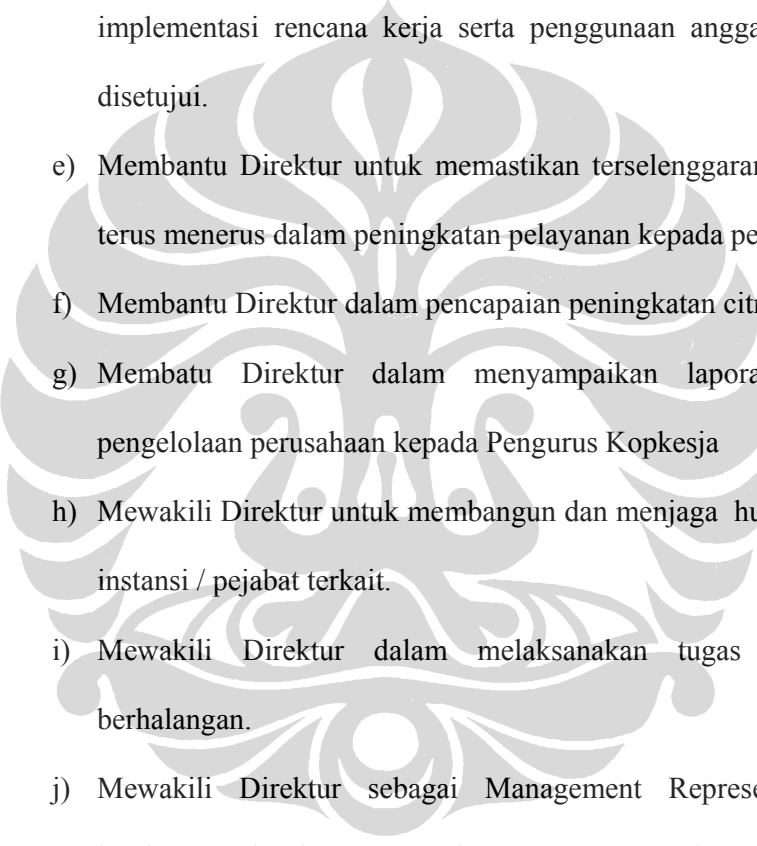
#### 1. Direktur

- 1) Bertanggung jawab : Pengurus Kopkesja
- 2) Ikhtisar jabatan : Menetapkan kebijakan umum dan arah pengembangan perusahaan
- 3) Membawahi langsung : Wakil Direktur  
Kepala Divisi Operasional  
Kepala Divisi Pelayanan Kesehatan  
Kepala Divisi Administrasi
- 4) Uraian tugas :
  - a) Menetapkan Visi dan Misi perusahaan
  - b) Menentukan dan menetapkan Kebijakan Umum Perusahaan.
  - c) Menetapkan sasaran perusahaan dan diajukan ke Pengurus Kopkesja
  - d) Memberikan arahan umum dalam pencapaian sasaran tahunan perusahaan.
  - e) Melaksanakan evaluasi dan menetapkan pengajuan rencana kerja dan anggaran perusahaan.
  - f) Mengendalikan pelaksanaan program kerja yang telah disetujui.
  - g) Memastikan terselenggaranya usaha yang terus menerus untuk meningkatkan pelayanan
  - h) Mengendalikan usaha-usaha untuk meningkatkan citra perusahaan
  - i) Membentuk budaya perusahaan
  - j) Menentukan kebijakan kesejahteraan karyawan.

- k) Menyampaikan laporan rutin hasil pengelolaan perusahaan kepada  
Pengurus Kopkesja
- l) Mengadakan hubungan dengan instansi / pejabat terkait.
- m) Mewakili perusahaan didalam dan diluar pengadilan
- n) Mengendalikan program implementasi ISO untuk memperoleh  
sertifikasi ISO 9001:2000

2. Wakil Direktur

- 1) Bertanggung jawab : Direktur
- 2) Ikhtisar jabatan : Membantu Direktur dalam merumuskan arah  
pengembangan dan sasaran tahunan perusahaan  
dan pengawasan dalam implementasi pencapaian  
sasaran perusahaan serta mewakili Direktur  
dalam membangun dan membina hubungan  
dengan pihak-pihak eksternal.
- 3) Membawahi langsung : Kepala Divisi Operasional  
Kepala Divisi Pelayanan Kesehatan  
Kepala Divisi Administrasi
- 4) Uraian tugas
  - a) Memberikan masukan kepada Direktur untuk menentukan sasaran  
tahunan perusahaan dengan melakukan evaluasi atas kondisi eksternal  
dan dibandingkan dengan kondisi internal perusahaan sehingga  
mengetahui *opportunity* dan *threat* yang ada serta *strenght* dan  
*weakness* yang dimiliki perusahaan.

- 
- b) Membantu Direktur dalam menyampaikan usulan sasaran kepada Pengurus Kopkesja.
  - c) Membantu Direktur dalam mengevaluasi pengajuan rencana kerja Divisi dan Bagian serta anggaran yang diajukan.
  - d) Melaksanakan pengawasan dan memberikan konsultasi dalam implementasi rencana kerja serta penggunaan anggaran yang telah disetujui.
  - e) Membantu Direktur untuk memastikan terselenggaranya usaha yang terus menerus dalam peningkatan pelayanan kepada pelanggan.
  - f) Membantu Direktur dalam pencapaian peningkatan citra perusahaan
  - g) Membantu Direktur dalam menyampaikan laporan rutin hasil pengelolaan perusahaan kepada Pengurus Kopkesja
  - h) Mewakili Direktur untuk membangun dan menjaga hubungan dengan instansi / pejabat terkait.
  - i) Mewakili Direktur dalam melaksanakan tugas bila Direktur berhalangan.
  - j) Mewakili Direktur sebagai Management Representative dalam implementasi Sistem Manajemen Mutu untuk memperoleh dan mempertahankan Sertifikasi ISO 9001:2000.

### 3. Kepala Divisi Operasional

- 1) Bertanggung jawab : Direktur, Wakil Direktur
- 2) Ikhtisar jabatan : Menetapkan kebijakan, sasaran dan strategi umum divisi dan bertanggungjawabkan realisasi pencapaian rencana kerja

3) Membawahi langsung :

4) Uraian tugas

- a) Memberikan masukan kepada Direktur dalam penentuan arah dan kebijakan perusahaan.
- b) Menetapkan kebijakan, sasaran, strategi, dan rencana tahunan divisi.
- c) Memberikan acuan dasar untuk penetapan sasaran, perencanaan operasional, dan rencana kerja dibidang Pemasaran dan Hubungan Pelanggan.
- d) Membina, memotivasi dan memberi masukan kepada Bagian Pemasaran dan Hubungan Pelanggan dalam pelaksanaan rencana kerja tahunan.
- e) Mengkoordinir dan monitor bagian Pemasaran dan Hubungan Pelanggan dalam pelaksanaan rencana kerja tahunan.
- f) Melakukan kerjasama dengan mitra kerja untuk mendukung tercapainya target kepesertaan dan premi.
- g) Memberikan laporan pertanggungjawaban realisasi rencana kerja tahunan kepada Direktur dan Komisaris.
- h) Melakukan pembinaan terhadap bawahannya untuk meningkatkan kualitas pelayanan.
- i) Menyusun dan menilai kinerja ( SKI ) bawahannya.
- j) Melaksanakan implementasi ISOP 9001: 2000

4. Kepala Divisi Pelayanan Kesehatan

1) Bertanggung jawab : Direktur, Wakil Direktur

- 2) Ikhtisar jabatan : Menetapkan kebijakan, sasaran dan strategi umum divisi dan bertanggungjawabkan realisasi pencapaian rencana kerja
- 3) Membawahi langsung : Kepala Bagian Hubungan Pemberi Pelayanan Kesehatan  
Kepala Bagian Administrasi Klaim
- 4) Uraian tugas
- a) Membuat perencanaan dan kebijakan operasional Divisi Pelayanan Kesehatan.
  - b) Menyiapkan standar pelayanan untuk PPK.
  - c) Menyiapkan standar Ikatan Kerjasama dengan PPK.
  - d) Menyusun dan mengkoordinir instrumen ukur untuk dijadikan acuan menganalisa PPK.
  - e) Mengkoordinir analisa dan evaluasi profil seluruh jaringan PPK yang telah bekerja sama dan akan bekerja sama.
  - f) Mengkoordinir fungsi Hubungan PPK, Administrasi Klaim, UR&QA untuk mencapai kepuasan pelayanan pelanggan.
  - g) Mengendalikan pelayanan melalui *preadmission – concurent review – retrospective review*.
  - h) Memonitor kegiatan manajemen utilisasi dan program jaga mutu pelayanan kesehatan.
  - i) Mengendalikan penyelesaian kasus klaim yang belum/ tidak ditindaklanjuti oleh bagian Administrasi Klaim, untuk penyelesaian klaim pending.

- j) Merancang bahan materi yang akan dinegosiasikan dengan PPK serta kontrak kerjasama sesuai standar yang berlaku.
- k) Melakukan pembinaan terhadap bawahannya untuk meningkatkan kualitas pelayanan.
- l) Menyusun dan menilai kinerja ( SKI ) bawahannya.
- m) Melaksanakan implementasi ISO 9001: 2000

5. Kepala Divisi Administrasi

- 1) Bertanggung jawab : Direktur, Wakil Direktur
- 2) Ikhtisar jabatan : Menentukan kebijakan, perencanaan, mengoordinasikan dan mengendalikan fungsi bagian keuangan dan sumber daya manusia & Umum dalam rangka meningkatkan kinerja karyawan dan perusahaan serta membantu Direksi dalam operasional perusahaan
- 3) Membawahi langsung : Kepala Bagian Sumber Daya Manusia dan Umum
- 4) Uraian tugas
  - a) Mengkoordinir penyusunan dan pelaporan tahunan Rencana Kerja dan Anggaran Perusahaan.
  - b) Menetapkan arah dan kebijakan pengelolaan bagian SDM & Umum dan bagian Keuangan.
  - c) Membuat perencanaan tahunan dan penetapan budget anggaran bidang SDM & umum serta bagian Keuangan.
  - d) Monitoring pembuatan dan pelaksanaan rencana kerja.

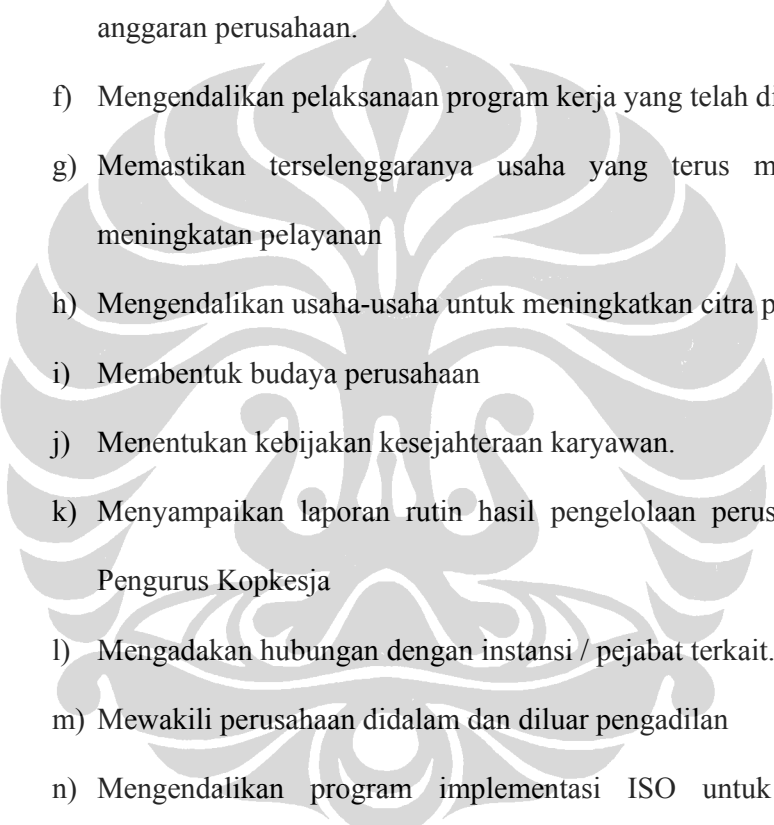


- e) Melakukan fungsi kontrol dan penilaian atas pengelolaan keuangan, investasi, dan pelaporan keuangan perusahaan.
- f) Melaksanakan pengawasan dan kontrol atas pengelolaan dan pemanfaatan aset perusahaan.
- g) Menentukan kebijakan-kebijakan mengenai kesejahteraan karyawan.
- h) Menentukan kebijakan dan pengawasan atas kebutuhan, rekrutmen dan pelatihan karyawan.
- i) Pengawasan terhadap fungsi pendukung lainnya.
- j) Melakukan pembinaan terhadap bawahannya untuk meningkatkan kualitas pelayanan.
- k) Menganalisa dan evaluasi hasil laporan rutin divisi Administrasi.
- l) Menyusun dan menilai kinerja ( SKI ) bawahannya.
- m) Melaksanakan implementasi ISO 9001: 2000

### 2.3.2 Uraian Tugas

#### 3. Direktur

- 1) Bertanggung jawab : Pengurus Kopkesja
- 2) Ikhtisar jabatan : Menetapkan kebijakan umum dan arah pengembangan perusahaan
- 3) Membawahi langsung : Wakil Direktur  
Kepala Divisi Operasional  
Kepala Divisi Pelayanan Kesehatan  
Kepala Divisi Administrasi
- 4) Uraian tugas :
  - a) Menetapkan Visi dan Misi perusahaan

- 
- b) Menentukan dan menetapkan Kebijakan Umum Perusahaan.
  - c) Menetapkan sasaran perusahaan dan diajukan ke Pengurus Kopkesja
  - d) Memberikan arahan umum dalam pencapaian sasaran tahunan perusahaan.
  - e) Melaksanakan evaluasi dan menetapkan pengajuan rencana kerja dan anggaran perusahaan.
  - f) Mengendalikan pelaksanaan program kerja yang telah disetujui.
  - g) Memastikan terselenggaranya usaha yang terus menerus untuk meningkatkan pelayanan
  - h) Mengendalikan usaha-usaha untuk meningkatkan citra perusahaan
  - i) Membentuk budaya perusahaan
  - j) Menentukan kebijakan kesejahteraan karyawan.
  - k) Menyampaikan laporan rutin hasil pengelolaan perusahaan kepada Pengurus Kopkesja
  - l) Mengadakan hubungan dengan instansi / pejabat terkait.
  - m) Mewakili perusahaan didalam dan diluar pengadilan
  - n) Mengendalikan program implementasi ISO untuk memperoleh sertifikasi ISO 9001:2000

#### 4. Wakil Direktur

- 1) Bertanggung jawab : Direktur
- 2) Ikhtisar jabatan : Membantu Direktur dalam merumuskan arah pengembangan dan sasaran tahunan perusahaan dan pengawasan dalam implementasi pencapaian sasaran perusahaan serta mewakili Direktur

dalam membangun dan membina hubungan dengan pihak-pihak eksternal.

3) Membawahi langsung : Kepala Divisi Operasional

Kepala Divisi Pelayanan Kesehatan

Kepala Divisi Administrasi

4) Uraian tugas

- a) Memberikan masukan kepada Direktur untuk menentukan sasaran tahunan perusahaan dengan melakukan evaluasi atas kondisi eksternal dan dibandingkan dengan kondisi internal perusahaan sehingga mengetahui *opportunity* dan *threat* yang ada serta *strenght* dan *weakness* yang dimiliki perusahaan.
- b) Membantu Direktur dalam menyampaikan usulan sasaran kepada Pengurus Kopkesja.
- c) Membantu Direktur dalam mengevaluasi pengajuan rencana kerja Divisi dan Bagian serta anggaran yang diajukan.
- d) Melaksanakan pengawasan dan memberikan konsultasi dalam implementasi rencana kerja serta penggunaan anggaran yang telah disetujui.
- e) Membantu Direktur untuk memastikan terselenggaranya usaha yang terus menerus dalam peningkatan pelayanan kepada pelanggan.
- f) Membantu Direktur dalam pencapaian peningkatan citra perusahaan
- g) Membantu Direktur dalam menyampaikan laporan rutin hasil pengelolaan perusahaan kepada Pengurus Kopkesja

- h) Mewakili Direktur untuk membangun dan menjaga hubungan dengan instansi / pejabat terkait.
- i) Mewakili Direktur dalam melaksanakan tugas bila Direktur berhalangan.
- j) Mewakili Direktur sebagai Management Representative dalam implementasi Sistem Manajemen Mutu untuk memperoleh dan mempertahankan Sertifikasi ISO 9001:2000.

### 3. Kepala Divisi Operasional

- 1) Bertanggung jawab : Direktur, Wakil Direktur
- 2) Ikhtisar jabatan : Menetapkan kebijakan, sasaran dan strategi umum divisi dan mempertanggungjawabkan realisasi pencapaian rencana kerja
- 3) Membawahi langsung :
- 4) Uraian tugas
  - a) Memberikan masukan kepada Direktur dalam penentuan arah dan kebijakan perusahaan.
  - b) Menetapkan kebijakan, sasaran, strategi, dan rencana tahunan divisi.
  - c) Memberikan acuan dasar untuk penetapan sasaran, perencanaan operasional, dan rencana kerja dibidang Pemasaran dan Hubungan Pelanggan.
  - d) Membina, memotivasi dan memberi masukan kepada Bagian Pemasaran dan Hubungan Pelanggan dalam pelaksanaan rencana kerja tahunan.

- e) Mengkoordinir dan monitor bagian Pemasaran dan Hubungan Pelanggan dalam pelaksanaan rencana kerja tahunan.
- f) Melakukan kerjasama dengan mitra kerja untuk mendukung tercapainya target kepesertaan dan premi.
- g) Memberikan laporan pertanggungjawaban realisasi rencana kerja tahunan kepada Direktur dan Komisaris.
- h) Melakukan pembinaan terhadap bawahannya untuk meningkatkan kualitas pelayanan.
- i) Menyusun dan menilai kinerja ( SKI ) bawahannya.
- j) Melaksanakan implementasi ISOP 9001: 2000

#### 4. Kepala Divisi Pelayanan Kesehatan

- 1) Bertanggung jawab : Direktur, Wakil Direktur
- 2) Ikhtisar jabatan : Menetapkan kebijakan, sasaran dan strategi umum divisi dan mempertanggungjawabkan realisasi pencapaian rencana kerja
- 3) Membawahi langsung : Kepala Bagian Hubungan Pemberi Pelayanan Kesehatan

Kepala Bagian Administrasi Klaim

- 4) Uraian tugas
  - a) Membuat perencanaan dan kebijakan operasional Divisi Pelayanan Kesehatan.
  - b) Menyiapkan standar pelayanan untuk PPK.
  - c) Menyiapkan standar Ikatan Kerjasama dengan PPK.

- d) Menyusun dan mengkoordinir instrumen ukur untuk dijadikan acuan menganalisa PPK.
- e) Mengkoordinir analisa dan evaluasi profil seluruh jaringan PPK yang telah bekerja sama dan akan bekerja sama.
- f) Mengkoordinir fungsi Hubungan PPK, Administrasi Klaim, UR&QA untuk mencapai kepuasan pelayanan pelanggan.
- g) Mengendalikan pelayanan melalui *preadmission – concurent review – retrospective review*.
- h) Memonitor kegiatan manajemen utilisasi dan program jaga mutu pelayanan kesehatan.
- i) Mengendalikan penyelesaian kasus klaim yang belum/ tidak ditindaklanjuti oleh bagian Administrasi Klaim, untuk penyelesaian klaim pending.
- j) Merancang bahan materi yang akan dinegosiasikan dengan PPK serta kontrak kerjasama sesuai standar yang berlaku.
- k) Melakukan pembinaan terhadap bawahannya untuk meningkatkan kualitas pelayanan.
- l) Menyusun dan menilai kinerja ( SKI ) bawahannya.
- m) Melaksanakan implementasi ISO 9001: 2000

#### 5. Kepala Divisi Administrasi

- 1) Bertanggung jawab : Direktur, Wakil Direktur
- 2) Ikhtisar jabatan : Menentukan kebijakan, perencanaan, mengoordinasikan dan mengendalikan fungsi bagian keuangan dan sumber daya manusia &

Umum dalam rangka meningkatkan kinerja karyawan dan perusahaan serta membantu Direksi dalam operasional perusahaan

3) Membawahi langsung : Kepala Bagian Sumber Daya Manusia dan Umum

4) Uraian tugas

- a) Mengkoordinir penyusunan dan pelaporan tahunan Rencana Kerja dan Anggaran Perusahaan.
- b) Menetapkan arah dan kebijakan pengelolaan bagian SDM & Umum dan bagian Keuangan.
- c) Membuat perencanaan tahunan dan penetapan budget anggaran bidang SDM & umum serta bagian Keuangan.
- d) Monitoring pembuatan dan pelaksanaan rencana kerja.
- e) Melakukan fungsi kontrol dan penilaian atas pengelolaan keuangan, investasi, dan pelaporan keuangan perusahaan.
- f) Melaksanakan pengawasan dan kontrol atas pengelolaan dan pemanfaatan aset perusahaan.
- g) Menentukan kebijakan-kebijakan mengenai kesejahteraan karyawan.
- h) Menentukan kebijakan dan pengawasan atas kebutuhan, rekrutmen dan pelatihan karyawan.
- i) Pengawasan terhadap fungsi pendukung lainnya.
- j) Melakukan pembinaan terhadap bawahannya untuk meningkatkan kualitas pelayanan.
- k) Menganalisa dan evaluasi hasil laporan rutin divisi Administrasi.
- l) Menyusun dan menilai kinerja ( SKI ) bawahannya.

m) Melaksanakan implementasi ISO 9001: 2000

#### 5.4 Sumber Daya Manusia

Jumlah pegawai di Mitra Kesehatan Jaya sampai dengan akhir Desember 2007 adalah 48 orang, yang terdiri dari 24 orang pegawai tetap dan 24 orang lainnya pegawai kontrak. Berikut ini adalah komposisi pegawai di Mitra Kesehatan Jaya berdasarkan tingkat pendidikannya.

**Tabel 5.1 Daftar Komposisi Pegawai Berdasarkan Jenjang Pendidikan**

<b>Pendidikan</b>	<b>Jumlah</b>
S2	6
S1	14
D3	16
SMU	11
SD	1
<b>Total</b>	<b>48</b>

Latar belakang pendidikan pegawai Mitra Kesehatan Jaya, diantaranya adalah dokter, perawat, apoteker, ahli asuransi kesehatan, ekonom, ahli hukum, akuntan, programmer, dan tenaga terampil lainnya. Dan demi meningkatkan kemampuan yang telah ada Mitra Kesehatan Jaya mengadakan beberapa program pelatihan diantaranya adalah pelatihan kepuasan pelanggan, pelatihan cara menangani keluhan, pelatihan verifikasi klaim dan sebagainya. Selain itu pula pegawai Mitra Kesehatan



Jaya diwajibkan untuk ikut serta dalam ujian profesi ahli asuransi kesehatan, yaitu PAMJAKI.

### **5.5 Sumber Daya Sarana**

Dalam melaksanakan kegiatan operasionalnya Mitra Kesehatan Jaya ditunjang oleh sarana pendukungnya, yaitu :

1. Gedung

Mitra Kesehatan Jaya sejak tanggal 23 Maret 2003 beroperasi di Komplek Golden Plaza D'best Fatmawati Blok G17-18 Jl. RS Fatmawati No 15, Jakarta Selatan. Status gedung yang saat ini digunakan adalah kontrak, terdiri dari 5 lantai yang berupa rumah kantor.

2. Transportasi

Dalam menunjang kegiatan operasionalnya Mitra Kesehatan Jaya memiliki 4 buah kendaraan beroda empat dan 3 buah kendaraan beroda dua.

3. Komunikasi

Untuk memenuhi sarana kebutuhan komunikasi Mitra Kesehatan Jaya memiliki 6 jalur telepon dan 2 jalur faksimili.

### **5.6 Sistem Informasi Manajemen**

Sarana penunjang yang dimiliki Mitra Kesehatan Jaya dalam menunjang berjalannya sistem informasi manajemen adalah 44 *personal computer* (PC), 4 *server* dengan sistem *Windows 2000 pro Microsoft Office 2003* dan 15 *printer*. Untuk saat ini sistem yang dimiliki baru sebatas sistem untuk kepesertaan saja. Mitra Kesehatan Jaya saat ini juga sedang membangun sistem yang terintegrasi, sehingga semua

bagian yang ada dapat mengakses sistem tersebut sesuai dengan uraian tugas masing-masing.

### 5.7 Cakupan Peserta Mitra Kesehatan Jaya

Selain sebagai pemberi jaminan pelayanan kesehatan bagi pesertanya, Mitra Kesehatan Jaya juga berperan sebagai pihak ketiga atau *Third Party Administration* (TPA) bagi penggunaan rawat jalan tingkat pertama peserta Jamsostek wilayah DKI Jakarta. Berikut perkembangan kepesertaan Mitra Kesehatan Jaya mulai dari tahun 2006 hingga akhir 2007 dalam tabel berikut :

**Tabel 5.2 Kepesertaan Mitra Kesehatan Jaya Periode 2006-2007**

Jenis Kepesertaan	Tahun 2006	Tahun 2007
JPK Sukarela	830.857	105.386
Jamsostek	2.060.638	2.815.964

Di tahun 2007 total premi yang didapat dari JPK Sukarela sebesar Rp. 1.498.994.877 dari 14 perusahaan yang menjadi peserta.

### 5.8 Jaringan Pemberi Pelayanan Kesehatan

Dalam memenuhi kepuasan pelanggan Mitra Kesehatan Jaya bekerja sama dengan sejumlah Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) di daerah Jabodetabek, Karawang, Sukabumi, Pekanbaru, Medan, dan Padang. Berikut ini adalah jaringan PPK Mitra Kesehatan Jaya berdasarkan jenis dan wilayahnya dalam tabel :

**Tabel 5.3 Jaringan PPK Mitra Kesehatan Jaya Berdasarkan Wilayah**

<b>Jenis Pemberi Pelayanan Kesehatan</b>	<b>Jabodetabek</b>	<b>Luar Jabodetabek</b>
Rumah Sakit	39	6
Klinik Spesialis		2
Klinik Umum	45	12
Puskesmas	16	6
Dokter gigi	9	
Apotek	13	1
Laboratorium		1
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>28</b>

## **5.9 Produk**

Ada beberapa jenis produk yang ditawarkan oleh Mitra Kesehatan Jaya, diantaranya adalah *Administration Service Only (ASO)*, *Third Party Administration (TPA)*, dan Jaminan Kesehatan. Dibawah ini akan dijelaskan mengenai produk-produk tersebut dan apa saja yang ditawarkan.

### **5.9.1 Administration Service Only (ASO)**

Sebagaimana namanya, program ASO adalah program yang memberikan jasa pengelolaan administrasi pelayanan kesehatan/ pemberian manfaat kesehatan bagi karyawan/ti beserta keluarganya tanpa terjadi transfer risiko. Lingkup program ini adalah:

1. Penyediaan *provider* (fasilitas pelayanan kesehatan)
2. Penerbitan kartu identitas peserta program

3. Penerbitan buku pedoman pelayanan sesuai program
4. Penerbitan surat jaminan untuk perawatan di rumah sakit
5. Pengelolaan klaim dari *provider* dan karyawan/ti termasuk deteksi dan penanggulangan jika terjadi fraud
6. Pemberian edukasi kesehatan untuk pencegahan penyakit
7. Pemberian umpan balik (laporan) kepada perusahaan yang memiliki karyawan/ti tersebut, sehingga dapat segera diambil sikap dan langkah untuk melindungi perusahaan dari risiko yang lebih buruk:
  - 1) profil pengguna manfaat:
    - i. berdasarkan status kepesertaan (K/I/S/A)
    - ii. berdasarkan tingkat (M/AsM/S)
    - iii. Berdasarkan jenis kelamin
    - iv. Berdasarkan umur
    - v. dll
  - 2) profil jenis manfaat yang digunakan:
    - i. jumlah pengguna dan jumlah biaya rawat jalan umum
    - ii. jumlah pengguna dan jumlah biaya rawat jalan gigi
    - iii. jumlah pengguna dan jumlah biaya rawat inap non pembedahan
    - iv. jumlah pengguna dan jumlah biaya rawat inap pembedahan
    - v. jumlah pengguna dan jumlah biaya pelayanan maternity
  - 3) Sepuluh (10) penyakit rawat jalan terbanyak
  - 4) Lima belas (15) penyakit rawat inap terbanyak
  - 5) Biaya tertinggi yang dikeluarkan
  - 6) Biaya rerata per peserta

- 7) Biaya rerata per pelayanan
  - 8) Tren penggunaan biaya
8. dan lain-lain

### **5.9.2 *Third Party Administration (TPA)***

Mitra Kesehatan Jaya bukan lembaga khusus yang menjual jasa sebagai TPA. Mitra Kesehatan Jaya yang telah memiliki jejaring *provider* luas dan berpengalaman mengelola administrasi pelayanan kesehatan termasuk klaim dan layanan lainnya. Berikut cakupan layanan yang ditawarkan :

#### **I. Jasa Administrasi Kepesertaan:**

1. *Entry* data peserta
2. Pembuatan kartu sementara
3. Pembuatan kartu permanen
4. Penyusunan dan penerbitan buku panduan
5. Pelaksanaan sosialisai prosedur pelayanan

#### **II. Jasa Pengelolaan *Provider***

1. *Credentialing provider*
2. Membangun jejaring *provider* (kontrak *provider*)
3. Pembinaan *provider*

#### **III. Jasa Pengelolaan Klaim**

1. Preotorisasi pelayanan RS
2. *Case Management*
3. Administrasi klaim
4. Registrasi
5. Verifikasi

6. Audit Medis
7. Penetapan klaim yang layak dibayarkan

#### **IV. Jasa *Customer Service***

1. *Call Centre* ( Informasi dan edukasi peserta dan *provider*)
2. *Complain Handling*

#### **V. Laporan Pemanfaatan / Kegiatan.**

1. Profil pengguna manfaat:
  - 1) Berdasarkan status kepesertaan (K/I/S/A)
  - 2) Berdasarkan tingkat (M/AsM/S)
  - 3) Berdasarkan jenis kelamin
  - 4) Berdasarkan umur
2. Profil jenis manfaat yang digunakan:
  - 1) Jumlah pengguna dan jumlah biaya rawat jalan umum
  - 2) Jumlah pengguna dan jumlah biaya rawat jalan gigi
  - 3) Jumlah pengguna dan jumlah biaya rawat inap non pembedahan
  - 4) Jumlah pengguna dan jumlah biaya rawat inap pembedahan
  - 5) Jumlah pengguna dan jumlah biaya pelayanan *maternity*
3. Sepuluh (10) penyakit rawat jalan terbanyak
4. Lima belas (15) penyakit rawat inap terbanyak
5. Biaya tertinggi yang dikeluarkan
6. Biaya rerata per peserta
7. Biaya rerata per pelayanan
8. Tren penggunaan biaya

### 5.9.3 Jaminan Kesehatan

Kesehatan bagi tenaga kerja disuatu perusahaan sangat penting, karena keberhasilan suatu perusahaan dapat terwujud apabila kreativitas dan produktivitas tenaga kerjanya tinggi. Oleh karena itu tenaga kerja merupakan aset yang strategis bagi perusahaan agar tetap kompetitif dalam menghadapi persaingan bisnis.

Untuk menjaga serta meningkatkan kualitas dan produktifitas para tenaga kerja, suatu perusahaan perlu suatu perencanaan program jaminan kesehatan yang baik. Dengan program ini, perusahaan dapat merencanakan anggaran biaya kesehatan yang diinginkan, dan setiap karyawan akan mendapatkan jaminan kesehatannya secara pasti.

Manfaat yang diberikan oleh program ini adalah :

#### I. Rawat Inap

Memberi manfaat untuk biaya pengobatan dan perawatan baik yang disebabkan oleh penyakit maupun kecelakaan dengan waktu perawatan lebih dari 12 (dua belas) jam di rumah sakit, dengan cakupan manfaat:

##### 1. Kamar perawatan

- 1) Lama perawatan maksimal 90 hari per tahun (akumulasi)
- 2) Termasuk biaya kamar menginap dan makan
- 3) Batasan per hari
- 4) Maksimum biaya sesuai dengan limit

##### 2. Kamar ICU/CCU/HCU

- 1) Lama perawatan 20 hari per tahun (akumulasi)
- 2) Batasan per hari
- 3) Maksimum biaya sesuai dengan limit

3. Visite Dokter

- 1) Kunjungan harian dokter umum atau spesialis yang merawat selama dalam masa perawatan dengan batasan maksimum 1 X kunjungan per hari
- 2) Jumlah maksimal 90 hari per tahun
- 3) Batasan per hari
- 4) Maksimum biaya sesuai dengan limit

4. Konsul spesialis

- 1) Konsultasi dokter spesialis selama rawat inap, konsultasi dokter spesialis harus dengan rujukan dokter yang merawat. Dalam satu periode rawat inap
- 2) Batasan per kasus
- 3) Maksimum biaya sesuai dengan limit

5. Aneka perawatan di rumah sakit

- 1) Penggantian biaya untuk pemeriksaan penunjang diagnostik (Lab, Radiologi, EKG, EEG, CT-Scan), obat-obatan yang diresepkan atau dikonsumsi, fisioterapi, penyewaan alat kesehatan selama di rumah sakit, asuhan keperawatan di rumah sakit dan alat kesehatan habis pakai selama dirawat inap serta administrasi dalam satu periode rawat inap
- 2) Batasan per kasus
- 3) Maksimum biaya sesuai dengan limit

6. Operasi

- 1) Tindakan bedah yang diikuti dengan rawat inap
- 2) Operasi diberikan untuk jenis operasi kecil, sedang, besar dan khusus.
- 3) Penggantian biaya untuk dokter operator, asisten operator, biaya anestesi,



biaya kamar operasi, dan obat-obatan yang terjadi selama dalam kamar operasi dalam satu periode rawat inap

- 4) Batasan per kasus
- 5) Maksimum biaya sesuai dengan limit

7. Perawatan sebelum dan sesudah rawat inap

- 1) Biaya perawatan yang terjadi selama di UGD atau 1 hari sebelum masuk kamar perawatan
- 2) Biaya yang diganti terdiri dari konsultasi dokter, obat-obatan, pemeriksaan diagnostik
- 3) Biaya yang terjadi sesudah rawat inap untuk kontrol dengan penyakit yang sama, sebanyak 2 x atau maksimal 30 hari lepas rawat
- 4) Biaya yang diganti terdiri dari konsultasi dokter dan obat-obatan serta pemeriksaan penunjang
- 5) Batasan per kasus
- 6) Maksimum biaya sesuai dengan limit

8. Rawat jalan darurat tanpa opname dan gigi karena kecelakaan

- 1) Jaminan perawatan darurat dari cedera yang diakibatkan karena kecelakaan yang tidak disertai dengan rawat inap dengan batasan waktu maksimum 24 (dua puluh empat) jam dari terjadinya kecelakaan, kecuali kecelakaan kerja
- 2) Batasan per tahun
- 3) Maksimum biaya sesuai dengan limit

9. Ambulan (dari rumah sakit ke rumah sakit)

- 1) Biaya jasa mobil ambulan resmi yang digunakan untuk mengantar pasien

hanya dari rumah sakit ke rumah sakit apabila diperlukan untuk pemeriksaan atau alih rawat.

- 2) Manfaat didapat selama peserta menjalani rawat inap
- 3) Batasan per kasus
- 4) Maksimum biaya sesuai dengan limit

10. Santunan Kematian diberikan apabila dari peserta atau tertanggung ada yang meninggal dunia.

## II. Rawat Jalan

Memberi manfaat untuk biaya berobat jalan yang disebabkan oleh penyakit tanpa perlu dilakukan rawat inap, dengan cakupan manfaat :

### 1. Konsultasi dokter umum

- 1) Penggantian biaya untuk konsultasi dan tindakan oleh dokter umum
- 2) Maksimal 1 x kunjungan per hari
- 3) Batasan per kunjungan
- 4) Maksimum biaya sesuai dengan limit

### 2. Konsultasi oleh dokter spesialis

- 1) Penggantian biaya untuk konsultasi dan tindakan oleh dokter spesialis
- 2) Batasan per kunjungan
- 3) Maksimum biaya sesuai dengan limit

### 3. Obat-obatan

- 1) Penggantian biaya untuk obat-obatan yang diresepkan, dispensing, vaksinasi, IUD dan suntik untuk KB serta administrasi
- 2) Batasan per tahun
- 3) Maksimum biaya sesuai dengan limit

#### 4. Penunjang diagnostik

- 1) Penggantian biaya untuk pemeriksaan diagnostik dalam rangka menegakkan diagnosis
- 2) Batasan per tahun
- 3) Maksimum biaya sesuai dengan limit

#### 5. Fisioterapi

- 1) Penggantian biaya untuk obat, alat, tindakan serta dokter dan perawat fisioterapi.
- 2) Batasan per kunjungan
- 3) Maksimum biaya sesuai dengan limit

### **III. Rawat Jalan Gigi**

Memberi manfaat untuk biaya berobat rawat jalan gigi yang disebabkan oleh penyakit tanpa perlu dilakukan rawat inap, dengan cakupan manfaat :

#### 1. Konsultasi perawatan

- 1) Pemeriksaan gigi tanpa bahan untuk perawatan gigi (hanya jasa konsultasi dokter)
- 2) Batasan per kunjungan
- 3) Maksimum biaya sesuai dengan limit

#### 2. Perawatan gigi meliputi

- 1) Penambalan gigi
- 2) Pencabutan gigi tanpa pembedahan
- 3) Perawatan akar gigi
- 4) Foto gigi
- 5) Odontektomi

- 6) Batasan per tahun
  - 7) Maksimum biaya sesuai dengan limit
3. Obat-obatan meliputi
- 1) Penggantian biaya untuk obat-obatan baik yang diresepkan atau tidak
  - 2) Batasan per tahun
  - 3) Maksimum biaya sesuai dengan limit
4. Gigi palsu meliputi
- 1) Pemasangan gigi tiruan
  - 2) *Crown*
  - 3) Pegangan untuk gigi palsu
  - 4) Batasan per tahun
  - 5) Maksimum biaya sesuai dengan limit

#### **IV. Kehamilan dan Persalinan**

Memberi manfaat untuk biaya di masa kehamilan, persalinan dan komplikasi persalinan.

##### 1. Kehamilan

- 1) Komplikasi kehamilan
  - i. Keadaan penyakit yang berhubungan dengan kehamilan dan keguguran perlu dilakukan rawat inap untuk observasi lebih lanjut
  - ii. Penggantian biaya untuk kamar perawatan, kamar operasi, dokter operasi, anastesi, obat, kunjungan dokter, alat kesehatan habis pakai
  - iii. Batasan per tahun
  - iv. Maksimum biaya sesuai dengan limit

2) Sebelum dan sesudah persalinan

- i. Penggantian biaya untuk pemeriksaan kehamilan dan setelah persalinan
- ii. Penggantian meliputi jasa dokter, pemeriksaan penunjang, obat-obatan, dan alat kesehatan habis pakai
- iii. Batasan per tahun
- iv. Maksimum biaya per hari sesuai dengan limit

2. Persalinan

1) Normal

- i. Proses persalinan tanpa disertai dengan tindakan khusus atau pembedahan untuk mengeluarkan bayi
- ii. Penggantian biaya untuk semua tindakan yang berhubungan langsung dengan persalinan, kamar ibu dan anak, dokter ahli, perawatan, bidan, obat-obatan, alat kesehatan habis pakai, surat tanda lahir, peralatan penunjang untuk ibu dan bayi seperti pembalut, perlak, tempat plasenta, susu bayi selama di rumah sakit
- iii. Biaya tidak termasuk untuk akte kelahiran, souvenir, susu yang dibawa pulang dan suplemen
- iv. Batasan per tahun
- v. Maksimum biaya sesuai dengan plafon

2) Normal dengan Penyulit

- i. Proses persalinan yang disertai dengan tindakan khusus untuk mengeluarkan bayi tanpa pembedahan
- ii. Penggantian biaya untuk semua tindakan yang berhubungan langsung

dengan persalinan, kamar ibu dan anak, dokter ahli, perawat, bidan, obat-obatan, alat kesehatan habis pakai, surat tanda lahir, peralatan penunjang untuk ibu dan bayi seperti pembalut, perlak, tempat plasenta, susu bayi selama di rumah sakit

- iii. Biaya tidak termasuk untuk akte kelahiran, souvenir, susu yang dibawa pulang dan suplemen
  - iv. Batasan per tahun
  - v. Maksimum biaya sesuai dengan plafon
- 3) Pembedahan
- i. Proses persalinan yang dilakukan pembedahan untuk mengeluarkan bayi
  - ii. Penggantian biaya untuk semua tindakan yang berhubungan langsung dengan persalinan, kamar ibu dan anak, kamar operasi, dokter operator, jasa anestesi, dan obat-obatan, alat kesehatan habis pakai, surat tanda lahir, peralatan penunjang untuk ibu dan bayi seperti pembalut, perlak, tempat plasenta, susu bayi selama di rumah sakit.
  - iii. Biaya tidak termasuk untuk akte kelahiran, souvenir, susu yang dibawa pulang dan suplemen.
  - iv. Batasan per tahun
  - v. Maksimum biaya sesuai dengan plafon

### **5. 10 Bagian *Utilization Review* dan Kepesertaan**

Bagian ini berada di bawah Divisi Operasional bersama-sama dengan bagian *Marketing* dan *Customer Service*. Secara umum lingkup tugas divisi ini

berhubungan dengan peserta, baik dalam mencari peserta baru (*Marketing*), maupun menjaga kepuasan peserta (*Customer Service*), serta mengatur administrasinya.

Di bagian *Utilization Review* (UR) dan Kepesertaan terdapat 2 jenis tugas yang berbeda, yaitu telaah utilisasi atau UR dan administrasi kepesertaan. Penulis mengkhususkan diri di sub bagian UR. Sub bagian ini banyak berhubungan dengan pengolahan data, dimana hasil akhirnya adalah suatu analisis yang dapat dikonsumsi bagian lain ataupun manajemen Mitra Kesehatan Jaya sebagai dasar dalam pengambilan keputusan. Data yang digunakan oleh bagian ini berasal dari tagihan klaim *provider* dan klaim *reimbursement*, tarif layanan *provider*, data perusahaan, benefit peserta, serta data peserta / calon peserta.

### **5.11 Jumlah Personil dan Pembagian Tugas**

Sumber daya manusia di bagian ini berjumlah 3 orang, yang menjalankan tugas telaah utilisasi 1 orang dibantu dengan kepala bagian, dan sisanya adalah staf administrasi kepesertaan. Latar belakang pendidikan kepala bagian adalah Strata 1 (S1), staf telaah utilisasi Diploma 3 (D3)

Tugas pokok staf sub bagian *Utilization Review* adalah :

1. Mengolah data peserta dan data pemanfaatan sebagai bahan pembuatan laporan utilisasi, perhitungan premi dan perhitungan kapitasi
2. Membuat profil perusahaan peserta yang didistribusikan ke bagian *Marketing* dan *Customer Service* dan profil *provider* didistribusikan ke bagian Hubungan PPK
3. Menganalisa UR per pelanggan
4. Melakukan analisa atas besaran premi untuk menentukan *renewal* premi

5. Melakukan koordinasi dengan bagian Pemasaran untuk informasi profil lengkap perusahaan, meliputi; histori pelayanan, data kepesertaan, analisa UR, paket benefit, biaya premi
6. Melakukan koordinasi dengan Bagian Hub PPK untuk informasi profil lengkap *provider*, meliputi; histori pelayanan, data kepesertaan, analisa UR, tinjauan biaya kapitasi / layanan

### 5.12 Sumber Daya Sarana

Dalam menunjang kegiatan operasionalnya bagian *Utilization Review* dan Kepesertaan memerlukan sarana yang memadai. Berikut adalah sumber daya sarana berupa mesin yang dimiliki oleh bagian tersebut dalam menunjang kegiatan operasionalnya :

**Tabel 5.4 Sumber Daya Sarana Bagian UR & Kepesertaan**

No	Sumber Daya Sarana	Jumlah
1	<i>Personal computer</i>	3
2	<i>Printer</i>	1
3	<i>Scanner</i>	1
4	Mesin cetak kartu	1
5	Line telepon	1
6	<i>Application software</i>	

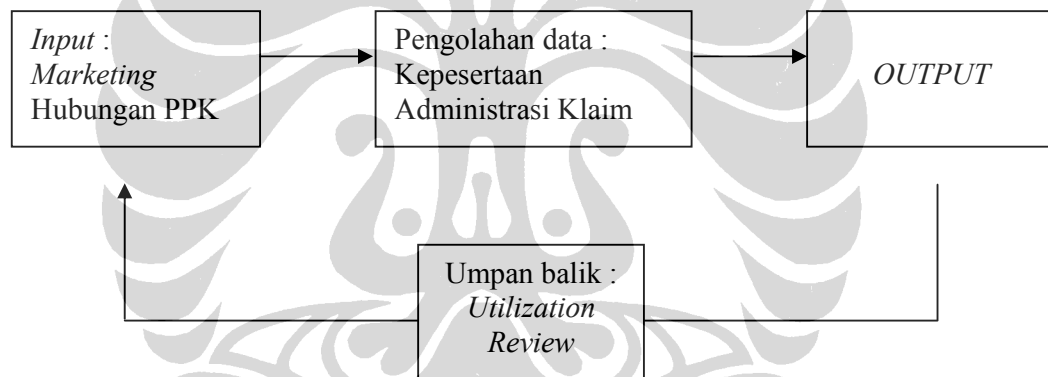
Material yang dibutuhkan oleh bagian ini berupa data yang berasal dari bagian-bagian lain di Mitra Kesehatan Jaya seperti bagian Administrasi Klaim, bagian Hubungan PPK, dan bagian *Marketing* dan *CS*. Data tersebut dapat berupa



tagihan klaim dari *provider*, tagihan klaim peserta, tarif layanan *provider*, data peserta, data benefit peserta, dan data-data calon klien. Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, hasil dari sub bagian UR adalah analisis data yang dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan dimana hasil dari analisa data tersebut berupa profil resiko perusahaan peserta, profil *provider*, pemanfaatan *provider*, dan premi.

### 5.13 Sistem Informasi Manajemen

Sistem Informasi Manajemen sub bagian UR dapat digambarkan sebagai berikut :



*Input* data berasal dari bagian *Marketing* dan Hubungan PPK. Data yang didapat dari bagian *Marketing* adalah :

1. Data klien :
  - a) Nama perusahaan
  - b) Alamat
  - c) Nomor akte pendirian
  - d) Jenis usaha
  - e) *Contact person*

- f) Program jaminan
2. Data produk :
- a) Nama produk
  - b) Benefit rawat inap
  - c) Benefit rawat jalan
  - d) Benefit obat
  - e) Benefit melahirkan
  - f) Benefit tambahan ( lensa dan frame kaca mata, alat bantu dengar, gigi palsu, protesa tangan, kaki dan mata)
3. Data premi :
- a) Cara pembayaran
  - b) No rekening
  - c) Tanggal berlaku pertanggungan
  - d) Periode pertanggungan

Sedangkan data yang didapat dari bagian Hubungan PPK adalah :

1. Data *provider* :
- a) Nama *provider*
  - b) Alamat
  - c) *Contact person*
  - d) Sistem pembayaran
  - e) Tarif layanan
  - f) Fasilitas *provider*

Data yang berasal dari *Marketing* dan Hubungan PPK tersebut diolah oleh bagian Kepesertaan dan Administrasi Klaim. Bagian Kepesertaan mengolah data yang

didapat dari bagian *Marketing* yang kemudian dikombinasikan dengan data yang diperoleh dari bagian Hubungan PPK sehingga akhirnya bagian Kepesertaan mengeluarkan data sebagai berikut :

1. Data peserta

- a) Nama peserta
- b) Tanggal anggota
- c) Tanggal berlaku
- d) Tanggal keluar
- e) Alamat
- f) Jenis kelamin
- g) Status perkawinan
- h) Tempat / tanggal lahir
- i) Nama pilihan klinik umum
- j) Nama pilihan klinik gigi
- k) Jenis paket

Data yang dikeluarkan oleh bagian Kepesertaan digunakan oleh bagian Administrasi klaim dalam verifikasi tagihan klaim untuk menilai kelayakan tagihan tersebut baik dari segi masa berlaku kepesertaan, *provider* yang dipilih maupun jenis paket yang dimiliki. Selain itu pula bagian Administrasi Klaim membutuhkan data tarif layanan *provider* dari bagian Hubungan PPK untuk menyesuaikan tarif yang ditagihkan dengan tarif yang berlaku di *provider*. Bagian Administrasi Klaim sendiri mengeluarkan data sebagai berikut :

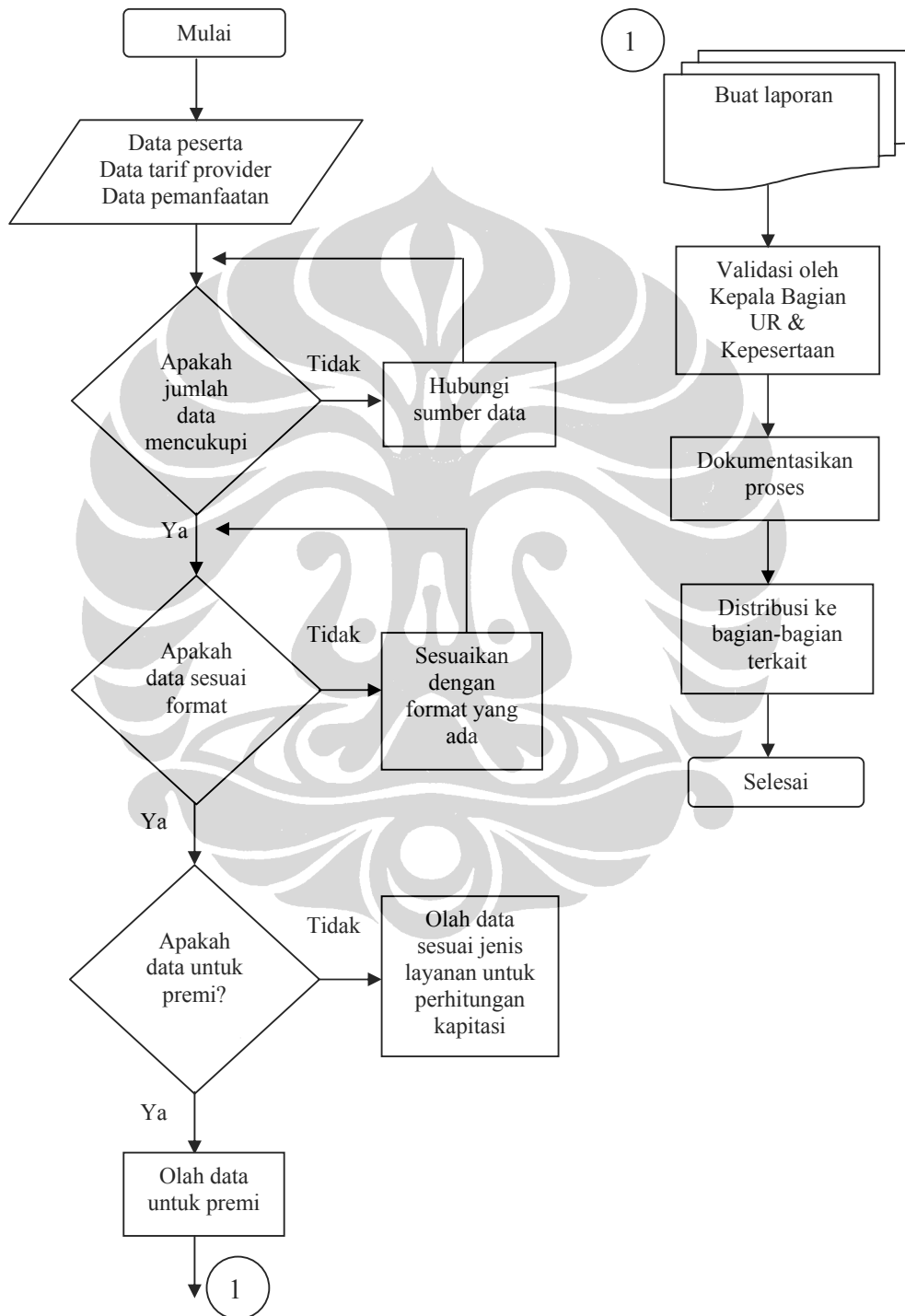
1. Data fasilitas-fasilitas yang digunakan
2. Data penyakit

3. Data biaya-biaya perawatan
4. Data tindakan-tindakan yang dilakukan
5. Data obat yang diberikan

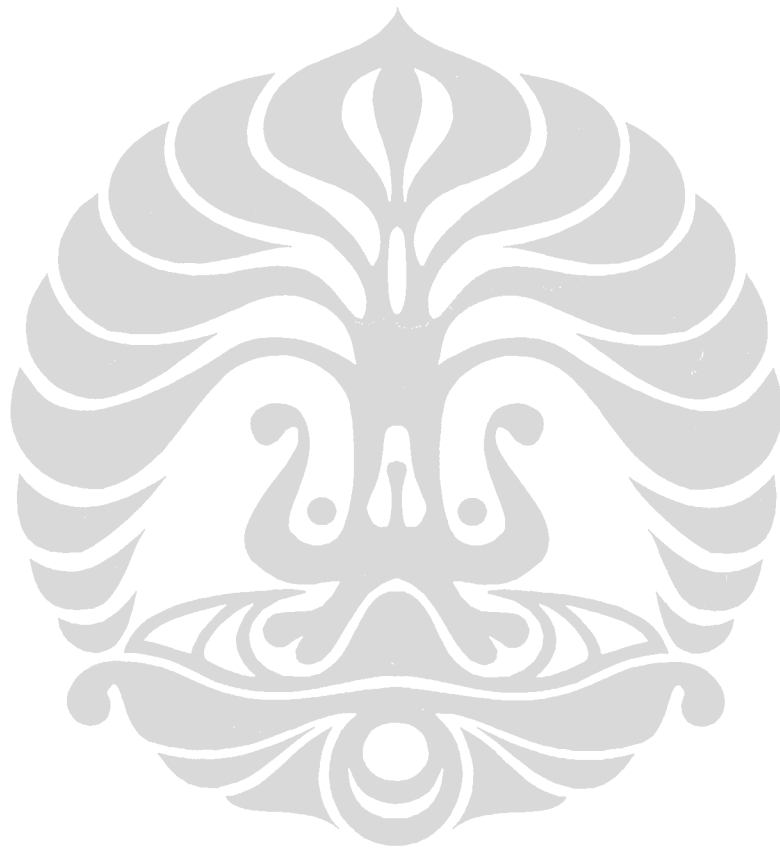
Hasil dari pengolahan data dari bagian Kepesertaan dan bagian Administrasi klaim ditindaklanjuti oleh sub bagian UR sebagai umpan balik ke bagian *Marketing* dan Hubungan PPK. Kegiatan umpan balik yang dilakukan oleh sub bagian UR berupa pengolahan data yang merupakan *output* bagian Kepesertaan dan bagian Administrasi Klaim. Laporan yang dihasilkan oleh sub bagian UR tersebut berupa pemanfaatan *provider*, profil resiko peserta, profil *provider* dan premi. Laporan-laporan ini akan dikirimkan kembali ke bagian *Marketing* dan Hubungan PPK yang dapat digunakan sebagai evaluasi kerja serta pengambilan keputusan.

### 5.14 Alur Kerja *Utilization Review*

Berikut bagan alur kerja staf UR dalam proses pengolahan data :



Seperti yang kita lihat di atas proses pengolahan data dimulai dengan diterimanya data yang diterima oleh bagian-bagian lain di Mitra Kesehatan Jaya. Sebelum melakukan pengolahan data staf akan memeriksa jumlah data yang diterima, apakah memang sesuai dengan yang seharusnya diterima. Bila tidak sesuai staf menghubungi sumber data itu berasal. Bila sudah sesuai berlanjut ke langkah berikutnya, yaitu staf harus memeriksa kembali format data yang diterima, apakah sesuai dengan format data yang seharusnya. Bila tidak sesuai staf menyesuaikan data dengan format yang berlaku. Bila sudah sesuai staf memilah apakah data tersebut diolah untuk perhitungan premi atau tidak. Bila tidak untuk premi data tersebut diolah untuk perhitungan kapitasi. Bila data tersebut diolah untuk perhitungan premi lanjut ke pengolahan data hingga pembuatan laporan. Setelah pembuatan laporan selesai, laporan divalidasi terlebih dahulu oleh Kepala Bagian UR dan Kepesertaan sebelum akhirnya didokumentasi dan didistribusikan ke bagian-bagian terkait.



## **BAB VI**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **6.1 Kerangka Penyajian Hasil Penelitian**

Penyajian hasil penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel yang diterangkan secara tekstular. Penyajian akan diawali dengan deskripsi dari masing-masing variabel, yaitu perusahaan peserta, status kepesertaan, jenis kelamin, pemberi pelayanan kesehatan, diagnosa dan biaya rata-rata. Dilanjutkan dengan hasil penelitian yang akan memaparkan gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama berdasarkan perusahaan peserta, status kepesertaan, jenis kelamin, pemberi pelayanan kesehatan dan diagnosa.

#### **1.2 Deskripsi Variabel**

##### **6.2.1 Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan**

Biaya rata-rata pelayanan kesehatan merupakan salah satu parameter dalam melakukan telaah utilisasi. Biaya rata-rata diperoleh dari hasil bagi antara total tagihan klaim dengan jumlah kasus tagihan klaim.

##### **6.2.2 Perusahaan Peserta**

Ada 6 perusahaan peserta Mitra Kesehatan Jaya yang terdaftar pada klinik dengan sistem bayar *fee for service* yang melakukan kontrak kerjasama dengan Mitra Kesehatan Jaya di wilayah Jakarta Pusat, yaitu Mitra Kesehatan Jaya, PT. Benindo Motor, PT Bumibuana Sempurna I, PT. Bumibuana Sempurna II, PT. Gamyta Taksi dan PT Oiltracorindo dengan total peserta sebanyak 44 orang. Total kasus tagihan



klaim untuk rawat jalan tingkat pertama klinik *fee for service* wilayah Jakarta Pusat adalah 157 kasus. Dilihat dari persentase kasus tagihan klaim, PT. Gamyta Taksi memiliki persentase tertinggi sebesar 55% atau separuh lebih dari total kasus tagihan klaim, begitupun dengan jumlah peserta PT. Gamyta Taksi merupakan perusahaan yang paling banyak pesertanya di wilayah Jakarta Pusat, yaitu sebesar 45% dari total peserta yang ada di wilayah Jakarta Pusat. Bila dilihat dari perbandingan antara jumlah kasus dengan jumlah peserta, perusahaan yang memiliki rasio tertinggi adalah PT. Oiltracorindo, yaitu sebesar 4.67 atau dengan jumlah kasus tagihan klaim 28 dan jumlah peserta 6 orang. Posisi kedua tertinggi untuk rasio jumlah kasus terhadap jumlah peserta adalah PT. Gamyta Taksi, yaitu 4.30 atau 86 kasus dari 20 orang peserta. Deskripsi tersebut dapat dilihat pada tabel 6.1 dibawah ini :

**Tabel 6.1 Deskripsi Perusahaan Peserta Berdasarkan Jumlah Kasus Tagihan Klaim, Jumlah Peserta, dan Rasio Jumlah Kasus Terhadap Jumlah Peserta Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

No	Nama Perusahaan	Kasus		Peserta		Rasio Jumlah Kasus Terhadap Jumlah Peserta
		n	%	n	%	
1	Mitra Kesehatan Jaya	10	6%	4	9%	2.50
2	PT. Benindo Motor	16	10%	5	11%	3.20
3	PT. Bumibuana Sempurna I	15	10%	5	11%	3.00
4	PT. Bumibuana Sempurna II	2	1%	4	9%	0.50
5	PT. Gamyta Taksi	86	55%	20	45%	4.30
6	PT. Oiltracorindo	28	18%	6	14%	4.67
<b>Total</b>		<b>157</b>	<b>100%</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>	<b>3.57</b>

### 6.2.3 Status Kepesertaan

Status kepesertaan yang ada di Mitra Kesehatan Jaya terdiri dari tenaga kerja, istri/suami, anak pertama, anak kedua, dan anak ketiga. Dilihat dari segi kasus tagihan klaim tenaga kerja menempati peringkat tertinggi dengan 40% dari 157 kasus

tagihan klaim hal ini sebanding dengan jumlah peserta tenaga kerja yang paling banyak diantara status kepesertaan lainnya yaitu sebesar 39%. Bila dilihat dari jumlah kasus terhadap peserta yang memiliki rasio tertinggi adalah tenaga kerja, yaitu sebesar sebesar 4.12 atau 70 kasus dari 17 orang peserta dan yang tertinggi kedua adalah anak pertama dengan rasio sebesar 3.86 atau 27 kasus dari 7 orang peserta. Deskripsi status kepesertaan dilihat dari kasus tagihan klaim dan jumlah peserta dapat dilihat pada tabel 6.2 dibawah ini :

**Tabel 6.2 Deskripsi Status Kepesertaan Berdasarkan Jumlah Kasus Tagihan Klaim, Jumlah Peserta, dan Rasio Jumlah Kasus Terhadap Jumlah Peserta Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

No	Status Kepesertan	Kasus		Peserta		Rasio Jumlah Kasus Terhadap Jumlah Peserta
		n	%	n	%	
1	Tenaga Kerja	70	45%	17	39%	4.12
2	Istri	35	22%	10	23%	3.50
3	Anak Pertama	27	17%	7	16%	3.86
4	Anak Kedua	20	13%	7	16%	2.86
5	Anak Ketiga	5	3%	3	7%	1.67
<b>Total</b>		<b>157</b>	<b>100%</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>	<b>3.57</b>

#### 6.2.4 Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki bila dilihat dari jumlah peserta lebih tinggi dibandingkan perempuan, yaitu 66% atau 29 dari 44 orang begitupun dengan total kasus tagihan klaim laki-laki lebih tinggi daripada perempuan, yaitu 57% atau 89 dari 157 kasus tagihan klaim. Dilihat dari jumlah kasus terhadap jumlah peserta laki-laki juga memiliki rasio yang paling tinggi, yaitu 3.07 atau 89 kasus dari 29 peserta.

Deskripsi jenis kelamin dilihat dari kasus tagihan klaim dan jumlah peserta dapat dilihat pada tabel 6.3 dibawah ini :

**Tabel 6.3 Deskripsi Jenis Kelamin  
Berdasarkan Jumlah Kasus Tagihan Klaim, Jumlah Peserta,  
dan Rasio Jumlah Kasus Terhadap Jumlah Peserta  
Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

No	Jenis Kelamin	Kasus		Peserta		Rasio Jumlah Kasus Terhadap Jumlah Peserta
		n	%	n	%	
1	Laki-Laki	89	57%	29	66%	3.07
2	Perempuan	68	43%	15	34%	2.34
<b>Total</b>		<b>157</b>	<b>100%</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>	5.41

#### 6.2.5 Umur

Variabel umur disajikan dalam bentuk pembagian kelompok umur, yaitu kelompok umur muda, kelompok umur produktif dan kelompok umur tua. Peserta Mitra Kesehatan Jaya memiliki jumlah terbanyak pada kelompok umur produktif, selanjutnya kedua terbanyak pada kelompok umur muda, dan peserta Mitra Kesehatan Jaya tidak ada yang berada pada kelompok umur tua. Jumlah kasus terbanyak juga berada pada kelompok umur produktif, begitupun dengan rasio jumlah kasus terhadap peserta. Kelompok umur produktif dalam periode 2007 menggunakan pemanfaatan pelayanan kesehatan sebanyak kurang lebih empat kali untuk setiap orangnya atau dalam rasio sebesar 4.07, sedangkan kelompok umur muda melakukan pemanfaatan pelayanan kesehatan kurang lebih tiga kali untuk setiap orangnya atau dalam rasio 2.76. Deskripsi umur dari kasus tagihan klaim dan jumlah peserta dapat dilihat pada tabel 6.5 dibawah ini

**Tabel 6.4 Deskripsi Umur**  
**Berdasarkan Jumlah Kasus Tagihan Klaim, Jumlah Peserta,**  
**dan Rasio Jumlah Kasus Terhadap Jumlah Peserta**  
**Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

No	Kelompok Umur (Tahun)	Kasus		Peserta		Rasio Jumlah Kasus Terhadap Jumlah Peserta
		n	%	n	%	
1	0-14	47	30%	17	39%	2.76
2	15-64	110	70%	27	61%	4.07
3	65+	0	0%	0	0%	0.00
<b>Total</b>		<b>157</b>	<b>100%</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>	<b>3.57</b>

#### 6.2.6 Pemberi Pelayanan Kesehatan

Jumlah klinik dengan sistem bayar *fee for service* di wilayah Jakarta Pusat adalah 5 dimana klinik yang memiliki kasus tagihan klaim tertinggi adalah Klinik Galur, yaitu 39% atau 62 dari 157 kasus. Untuk klinik yang memiliki jumlah peserta tertinggi adalah Klinik Dharma Bakti, yaitu 41% atau 18 dari 44 orang. Rasio tertinggi untuk jumlah kasus terhadap peserta adalah Klinik Galur, yaitu 4.77 atau 62 kasus dari 13 orang peserta. Rasio tertinggi kedua untuk jumlah kasus terhadap peserta adalah Klinik Cempaka, yaitu 3.88 atau 31 kasus dari 8 orang peserta. Deskripsi pemberi pelayanan kesehatan dilihat dari kasus tagihan klaim dan jumlah peserta dapat dilihat pada tabel 6.5 dibawah ini :

**Tabel 6.5 Deskripsi Pemberi Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Jumlah Kasus Tagihan Klaim, Jumlah Peserta, dan Rasio Jumlah Kasus Terhadap Jumlah Peserta Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

No	Nama Pemberi Pelayanan Kesehatan	Kasus		Peserta		Rasio Jumlah Kasus Terhadap Jumlah Peserta
		n	%	n	%	
1	Klinik Cempaka	31	20%	8	18%	3.88
2	Klinik Damri Medika	5	3%	2	5%	2.50
3	Klinik Dharma Bakti	48	31%	18	41%	2.67
4	Klinik Galur	62	39%	13	30%	4.77
5	Klinik Sari Karya	11	7%	3	7%	3.67
<b>Total</b>		<b>157</b>	<b>100%</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>	<b>3.57</b>

### 6.2.7 Diagnosa

Diagnosa yang digunakan dalam penelitian ini adalah diagnosa yang sudah sesuai dengan *International Classification Diseases X (ICD X)* dan diambil 10 terbanyak dari segi jumlah kasus tagihan klaim. Dari total 157 kasus tagihan klaim 10 diagnosa yang memiliki jumlah tertinggi berjumlah 144 kasus, sehingga 13 kasus sisanya dimasukkan ke dalam lain-lain ISPA menempati peringkat pertama dalam 10 diagnosa terbanyak dari klaim yang ditagihkan klinik dengan sistem bayar *fee for service* di wilayah Jakarta Pusat, yaitu sebesar 34% atau 53 dari 157 kasus. Disusul oleh Diare dan Gastroenteritis pada peringkat kedua dengan 22% atau 34 dari 157 kasus dan pada peringkat ketiga tertinggi adalah Nasofaringitis Akut (*Common Cold*) dengan persentase 12% atau 19 kasus dari 157 kasus tagihan klaim yang ada. Deskripsi diagnosa dilihat dari kasus tagihan klaim dapat dilihat pada tabel 6.6 dibawah ini :

**Tabel 6.6 Deskripsi Diagnosa  
Berdasarkan Jumlah Kasus Tagihan Klaim  
Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

No	Diagnosa	Kasus	
		n	%
1	Infeksi saluran nafas atas akut (ISPA)	53	34%
2	Diare & Gastroenteritis	34	22%
3	Nasofaringitis akut (common cold)	19	12%
4	Faringitis akut	13	8%
5	Hipertensi Essensial ( primer )	8	5%
6	Dyspepsia	6	4%
7	Fever of unknown origin / observasi febris	4	3%
8	Demam tifoid dan paratifoid	3	2%
9	Tuberculosis paru klinis (suspek )	2	1%
10	Atopic dermatitis	2	1%
	Lain-lain	13	8%
<b>Total</b>		<b>157</b>	<b>100%</b>

**6.3 Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama Dilihat Dari Segi Perusahaan Peserta, Status Kepesertaan, Jenis Kelamin, Umur, Pemberi Pelayanan Kesehatan, dan Diagnosa**

**6.3.1 Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama Klinik *Fee For Service* Wilayah Jakarta Pusat Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

Total tagihan klaim rawat jalan tingkat pertama klinik *fee for service* wilayah Jakarta Pusat periode 2007 adalah Rp. 4,999,112 dengan 157 kasus. Untuk mendapatkan biaya rata-rata pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama klinik *fee for service* wilayah Jakarta Pusat adalah dengan membagi total tagihan klaim rawat jalan tingkat pertama klinik *fee for service* wilayah Jakarta Pusat periode 2007 dengan jumlah kasus klaim rawat jalan tingkat pertama klinik *fee for service* wilayah Jakarta Pusat periode 2007. Hasil dari pembagian tersebut didapatkan nominal sebesar Rp. 31,841 Biaya rata-rata pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama

klินิก *fee for service* wilayah Jakarta Pusat Mitra Kesehatan Jaya periode 2007 dapat dilihat pada perhitungan dibawah ini :

### 6.3.2 Gambaran Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Menurut Perusahaan Peserta Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007

Hasil penelitian memperlihatkan perusahaan dengan total tagihan klaim yang paling tinggi adalah PT. Gamy Taksi, yaitu sebesar Rp. 2,670,173 dengan 86 kasus dan yang terendah adalah PT. Bumibuana Sempurna II, yaitu sebesar Rp. 84,000 dengan 2 kasus. Sedangkan biaya rata-rata yang paling tinggi adalah PT Bumibuana Sempurna II, yaitu sebesar Rp. 42,000 dan yang paling rendah adalah PT. Bumibuana Sempurna I, yaitu sebesar Rp. 28,741. PT. Oiltracorindo yang memiliki rasio jumlah kasus terhadap jumlah peserta tertinggi menempati posisi kedua tertinggi pada biaya rata-rata, yaitu sebesar Rp. 35,673. Gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan menurut perusahaan peserta Mitra Kesehatan Jaya periode 2007 dapat dilihat pada tabel 6.7 dibawah ini :

**Tabel 6.7 Gambaran Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Menurut Perusahaan Peserta Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

No	Nama Perusahaan	Kasus	Total Biaya (Rp)	Biaya Rata-rata (Rp)
1	Mitra Kesehatan Jaya	10	322,620	32,262
2	PT. Benindo Motor	16	492,381	30,774
3	PT. Bumibuana Sempurna I	15	431,108	28,741
4	PT. Bumibuana Sempurna II	2	84,000	42,000
5	PT. Gamy Taksi	86	2,670,173	31,049
6	PT. Oiltracorindo	28	998,830	35,673
<b>Total</b>		<b>157</b>	<b>4,999,112</b>	<b>31,841</b>

### 6.3.3 Gambaran Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Menurut Status Kepesertaan Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007

Dari hasil penelitian biaya rata-rata menurut status kepesertaan, anak ketiga memiliki biaya rata-rata tertinggi, yaitu sebesar Rp. 37,120 disusul peringkat kedua tertinggi adalah anak pertama dengan biaya rata-rata sebesar Rp. 34,504 dan yang terendah adalah istri, yaitu sebesar Rp. 24,885. Bila dilihat dari total tagihan klaim tenaga kerja memiliki total tagihan tertinggi, yaitu sebesar Rp. 2,386,630 dengan 70 kasus dan yang terendah adalah anak ketiga, yaitu sebesar Rp. 185,600 dengan 5 kasus. Gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan menurut status kepesertaan Mitra Kesehatan Jaya periode 2007 dapat dilihat pada tabel 6.8 dibawah ini :

**Tabel 6.8 Gambaran Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Menurut Status Kepesertaan Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

No	Status Kepesertaan	Kasus	Total Biaya (Rp)	Biaya Rata-rata (Rp)
1	Tenaga Kerja	70	2,386,630	34,095
2	Istri	35	870,982	24,885
3	Anak Pertama	27	931,600	34,504
4	Anak Kedua	20	624,300	31,215
5	Anak Ketiga	5	185,600	37,120
<b>Total</b>		<b>157</b>	<b>4,999,112</b>	<b>31,841</b>

### 6.3.4 Gambaran Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Menurut Jenis Kelamin Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007

Hasil penelitian memperlihatkan laki-laki memiliki biaya rata-rata pelayanan kesehatan yang lebih tinggi dibandingkan perempuan, yaitu sebesar Rp. 39,214, begitupun dengan total tagihan klaim laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan, yaitu sebesar Rp. 3,490,030 dengan 89 kasus. Gambaran biaya rata-rata pelayanan



kesehatan menurut jenis kelamin Mitra Kesehatan Jaya periode 2007 dapat dilihat pada tabel 6.9 dibawah ini .

**Tabel 6.9 Gambaran Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Menurut Jenis Kelamin Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

No	Jenis Kelamin	Kasus	Total Biaya (Rp)	Biaya Rata-rata (Rp)
1	Laki-Laki	89	3,490,030	39,214
2	Perempuan	68	1,509,082	22,192
<b>Total</b>		<b>157</b>	<b>4,999,112</b>	<b>31,841</b>

### 6.3.5 Gambaran Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Menurut Umur Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007

Kelompok umur yang memiliki biaya rata-rata paling tinggi adalah kelompok umur 0-14 tahun, yaitu sebesar Rp. 33,136, selanjutnya kelompok umur 15-64 tahun, yaitu sebesar Rp. 31,288, sedangkan kelompok umur 65+ tahun tidak memiliki peserta. Total tagihan terbanyak berada pada kelompok umur 15-64 tahun, yaitu sebesar Rp. 3,441,712 dengan 110 kasus. Gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan menurut umur Mitra Kesehatan Jaya periode 2007 dapat dilihat pada tabel 6.10 dibawah in

**Tabel 6.10 Gambaran Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Menurut Umur Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

No	Kelompok Umur (Tahun)	Kasus	Total Biaya (Rp)	Biaya Rata-rata (Rp)
1	0-14	47	1,557,400	33,136
2	15-64	110	3,441,712	31,288
3	65+	0	-	-
<b>Total</b>		<b>157</b>	<b>4,999,112</b>	<b>31,841</b>

### 6.3.6 Gambaran Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Menurut Pemberi Pelayanan Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007

Klinik dengan biaya rata-rata tertinggi berdasarkan penelitian adalah Klinik Dharma Bakti, yaitu sebesar Rp. 38,750 dan yang terendah adalah Klinik Cempaka, yaitu sebesar Rp. 22,997. Bila dilihat dari total tagihan Klinik Galur menempati posisi pertama dengan 62 kasus sebesar Rp. 1,888,200 dan yang terendah adalah Klinik Damri Medika, yaitu Rp. 175,000 dengan 5 kasus. Gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan menurut pemberi pelayanan kesehatan Mitra Kesehatan Jaya periode 2007 dapat dilihat pada tabel 6.11 dibawah ini :

**Tabel 6.11 Gambaran Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Menurut Pemberi Pelayanan Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

No	Nama Pemberi Pelayanan Kesehatan	Kasus	Total Biaya (Rp)	Biaya Rata-rata (Rp)
1	Klinik Cempaka	31	712,912	22,997
2	Klinik Damri Medika	5	175,000	35,000
3	Klinik Dharma Bakti	48	1,860,000	38,750
4	Klinik Galur	62	1,888,200	30,455
5	Klinik Sari Karya	11	363,000	33,000
<b>Total</b>		<b>157</b>	<b>4,999,112</b>	<b>31,841</b>

### 6.3.7 Gambaran Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Menurut 10 Diagnosa Terbanyak Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007

Hasil penelitian memperlihatkan Atopic Dermatitis memiliki biaya rata-rata pelayanan kesehatan yang paling tinggi, yaitu sebesar Rp. 40,000 dan yang terendah adalah Demam Tifoid dan Paratifoid, yaitu sebesar Rp. 23,533. Dari total tagihan ISPA menempati peringkat atas, yaitu sebesar Rp. 1,771,514 dengan 53 kasus dan yang terendah adalah Tuberculosis Paru Klinis (Suspek), yaitu sebesar Rp. 50,000

dengan 2 kasus. Gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan menurut diagnosa Mitra Kesehatan Jaya periode 2007 dapat dilihat pada tabel 6.12 dibawah ini :

**Tabel 6.12 Gambaran Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Menurut 10 Diagnosa Terbanyak Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

No	Diagnosa	Kasus	Total Biaya (Rp)	Biaya Rata-rata (Rp)
1	Infeksi saluran nafas atas akut (ISPA)	53	1,771,514	33,425
2	Diare & Gastroenteritis	34	1,066,335	31,363
3	Nasofaringitis akut (common cold)	19	652,363	34,335
4	Faringitis akut	13	442,900	34,069
5	Hipertensi Essensial ( primer )	8	270,400	33,800
6	Dyspepsia	6	171,200	28,533
7	Fever of unknown origin / observasi febris	4	112,700	28,175
8	Demam tifoid dan paratifoid	3	70,600	23,533
9	Tuberculosis paru klinis (suspek )	2	50,000	25,000
10	Atopic dermatitis	2	80,000	40,000
	Lain-lain	13	311,100	23,931
	<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>4,999,112</b>	<b>31,841</b>

## **BAB VII**

### **PEMBAHASAN**

#### **7.1 Kerangka Penyajian Pembahasan Hasil Penelitian**

Pembahasan hasil penelitian ini dimulai dengan keterbatasan penelitian dan diakhiri dengan tinjauan umum terhadap hasil penelitian yang dilakukan. Hasil penelitian yang dibahas adalah biaya rata-rata pelayanan kesehatan yang dilihat dari segi perusahaan peserta, status kepesertaan, jenis kelamin, pemberi pelayanan kesehatan dan diagnosa.

#### **7.2 Keterbatasan Penelitian**

##### **7.2.1 Terhadap Waktu dan Tenaga**

Karena keterbatasan waktu dan tenaga dari penulis, penulis hanya melakukan penelitian dengan menggunakan data sekunder, yaitu data tagihan klaim rawat jalan tingkat pertama, data kepesertaan, dan data daftar pemberi pelayanan kesehatan Mitra Kesehatan Jaya periode 2007 yang dibatasi pada klinik *fee for service* di wilayah Jakarta Pusat.

#### **7.3 Tinjauan Umum Hasil Penelitian**

##### **7.3.1 Gambaran Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Menurut Perusahaan Peserta Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

Pada buku Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan yang diterbitkan oleh Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan Ahli Asuransi Kesehatan (PAMJAKI) tahun 2005, menyatakan bahwa jenis industri tertentu dapat mempengaruhi pola kesakitan.

Kelompok karyawan yang sering keluar masuk atau yang sering terpapar dengan substansi berbahaya cenderung memiliki risiko yang tinggi untuk mengalami kesakitan. Pada tabel 6.1 persentase jumlah kasus terhadap jumlah peserta dan biaya rata-rata tertinggi adalah PT. Bumibuana Sempurna II, dimana perusahaan ini adalah perusahaan yang melakukan kegiatan administrasi dari beberapa restoran yang ada di Jakarta, yang pekerjaannya lebih banyak berada di belakang meja. Jenis industri perusahaan ini termasuk ke dalam yang memiliki risiko yang rendah dalam mengalami kesakitan. Biaya rata-rata PT. Bumibuana Sempurna II lebih tinggi dibandingkan perusahaan lainnya disebabkan jumlah kasus tagihan klaim dari perusahaan ini hanya berjumlah 2 kasus dan keduanya memiliki nominal tagihan yang cukup besar. Nominal tagihan yang besar ini disebabkan peserta dari perusahaan tersebut melakukan pelayanan kesehatan di klinik dengan tarif layanan yang cukup tinggi. Peserta dari perusahaan lain juga melakukan pelayanan kesehatan di klinik yang memiliki tarif layanan yang tinggi tersebut, namun diimbangi dengan peserta lain yang melakukan pelayanan kesehatan di klinik dengan tarif layanan yang tidak terlalu mahal, sehingga biaya rata-ratanya tidak terlalu tinggi dibandingkan dengan PT. Bumibuana Sempurna II.

PT. Oiltracorindo memiliki rasio jumlah kasus terhadap jumlah peserta paling tinggi. Perusahaan ini merupakan agen penyalur gas elpiji di Jakarta, bila dilihat dari teori yang disebutkan di atas hasil penelitian ini memiliki kesesuaian dengan teori tersebut bahwa kelompok karyawan yang sering terpapar dengan substansi berbahaya memiliki risiko yang tinggi mengalami kesakitan. Walaupun tidak semua dari karyawan yang ada di perusahaan ini dapat terpapar substansi berbahaya, teori tersebut sudah cukup terbukti dari hasil penelitian ini. Selain PT. Oiltracorindo ada

peserta perusahaan lainnya yang memiliki risiko tinggi bila dilihat dari jenis pekerjaannya, yaitu PT. Gama Taksi dan PT. Benindo Motor. Hal tersebut terbukti dari rasio jumlah kasus terhadap pesertanya menempati posisi kedua dan ketiga tertinggi setelah PT. Oiltracorindo

### **7.3.2 Gambaran Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Menurut Status Kepesertaan Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

Biaya rata-rata untuk anak ketiga tinggi dikarenakan jumlah peserta anak ketiga paling sedikit dibandingkan dengan status kepesertaan lainnya, sedangkan bila dilihat dari jumlah kasus klaim yang ditagihkan hampir setiap peserta anak ketiga memanfaatkan pelayanan kesehatan dua kali dalam setahun, terlebih lagi tarif layanan klinik tempat anak ketiga berobat cukup tinggi, yang mengakibatkan sebaran biaya rata-rata anak ketiga menjadi tinggi dibandingkan dengan status kepesertaan lainnya. Diantara status kepesertaan lainnya juga ada yang memiliki tagihan klaim dengan nominal yang tinggi akibat tarif layanan kliniknya yang mahal, namun diimbangi dengan peserta lainnya yang memiliki tagihan klaim yang tidak terlalu tinggi, sehingga biaya rata-ratanya lebih rendah dari anak ketiga.

Rasio jumlah kasus terhadap jumlah peserta yang tertinggi ada pada status kepesertaan tenaga kerja. Tenaga kerja dapat dikaitkan dengan jenis industri tempat peserta tersebut bekerja. Di Mitra Kesehatan Jaya terdapat 3 perusahaan yang memiliki risiko tinggi untuk mengalami kesakitan. Rasio jumlah kasus terhadap jumlah peserta yang tinggi pada status kepesertaan yang tinggi merupakan kontribusi dari peserta yang bekerja pada 3 perusahaan yang memiliki risiko kesakitan yang

cukup tinggi tersebut. Penelitian ini berkaitan dengan penelitian gambaran biaya rata-rata bila dilihat dari segi perusahaan peserta.

### **7.3.3 Gambaran Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Menurut Jenis Kelamin Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

Thabrany dkk menyatakan bahwa untuk melaksanakan telaah utilisasi yang baik diperlukan data dasar yang baik pula, data dasar tersebut adalah data demografi termasuk didalamnya jenis kelamin peserta, hal ini sangat perlu karena adanya perbedaan risiko sakit antara perempuan dan laki-laki (Pedoman Manajemen Utilisasi Pelayanan Kesehatan, Thabrany,dkk, 1998)

Menurut *Mac Stavic* (1978) yang dikutip oleh Sehabudin Aceh (2001) bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan berkaitan dengan jenis kelamin, dimana perempuan memiliki kemungkinan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang lebih tinggi dibanding pria. Bila merujuk pada hasil penelitian yang terlihat pada tabel 6.3 dimana persentase jumlah kasus terhadap jumlah peserta bila dilihat dari jenis kelamin, justru laki-laki memiliki persentase yang paling tinggi.

*Health Insurance Association of America (HIAA)* dalam bukunya menyatakan bahwa angka kesakitan perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki (Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan Bagian A, 2005) juga menyatakan bahwa biaya klaim perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki, dalam beberapa studi menyatakan bahwa perempuan lebih sering terkena sakit (*Group Life and Health Insurance, HIAA, 1999*). Bila dilihat dari biaya rata-rata pada tabel 6.8 laki-laki lebih besar dibandingkan perempuan.

Laki-laki memiliki rasio jumlah peserta terhadap jumlah kasus dan biaya rata-rata yang tinggi selain dikarenakan sebagian besar peserta Mitra Kesehatan Jaya yang

menggunakan klinik *fee for service* di wilayah Jakarta pusat berjenis kelamin laki-laki juga dikarenakan laki-laki lebih leluasa dalam menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan Mitra Kesehatan Jaya dikarenakan mobilitasnya yang lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan.

#### **7.3.4 Gambaran Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Menurut Umur Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

Umur merupakan faktor yang penting dalam pengembangan biaya klaim, karena hampir seluruh statistik klaim medis bervariasi berdasarkan umur menurut PAMJAKI (2000). Dari hasil penelitian biaya rata-rata tertinggi berada pada kelompok umur 0-14 tahun yang disebabkan biaya layanan kesehatan kelompok umur ini cukup tinggi, sedangkan rasio jumlah kasus terhadap jumlah peserta yang tinggi pada kelompok umur 15-64 tahun disebabkan kelompok umur ini aksesnya dalam menggunakan pelayanan kesehatan lebih luas sehingga pemanfaatan terhadap layanan kesehatan

#### **7.3.5 Gambaran Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Menurut Pemberi Pelayanan Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

Dalam buku Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan oleh Dr. H. Azrul Azwar, MPH pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta yang penyelenggaranya sesuai dengan standar kode etik profesi yang telah ditetapkan. Secara umum dimensi kepuasan tersebut dapat dibedakan dua macam, yaitu kepuasan yang mengacu hanya pada penerapan standar kode etik profesi dan kepuasan yang mengacu pada penerapan semua



persyaratan pelayanan kesehatan. Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan tercakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai :

- Ketersediaan pelayanan kesehatan (*Available*)
- Kewajaran Pelayanan Kesehatan (*Appropriate*)
- Kesenambungan Pelayanan Kesehatan (*Continue*)
- Penerimaan Pelayanan Kesehatan (*Acceptable*)
- Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan (*Affordable*)
- Ketercapaian Pelayanan Kesehatan (*Accesible*)
- Efisiensi Pelayanan Kesehatan (*Effecient*)
- Mutu Pelayanan Kesehatan (*Quality*)

Mitra Kesehatan Jaya memberlakukan tarif yang berbeda diantara pemberi pelayanan kesehatan yang melakukan kerjasama dengannya khususnya dalam hal ini dengan pemberi pelayanan kesehatannya di wilayah Jakarta Pusat. Perbedaan tarif ini dapat diakibatkan oleh fasilitas yang dimiliki oleh pemberi pelayanan kesehatan, lokasi pemberi pelayanan kesehatan

Dari penelitian ini Klinik Dharma Bakti memiliki total biaya dan biaya rata-rata paling tinggi dibandingkan klinik-klinik lainnya yang ada di wilayah Jakarta Pusat. Hal ini disebabkan tarif layanan klinik ini paling tinggi dibandingkan klinik lainnya di wilayah Jakarta Pusat dan peserta banyak yang memanfaatkan pelayanan kesehatan klinik ini. Dalam kacamata peserta, tingginya tarif berdampak pada kepuasan peserta dalam hal mutu pelayanan kesehatan klinik tersebut. Tarif yang tinggi diasumsikan peserta dengan pelayanan kesehatan yang bagus, padahal belum tentu pelayanan tersebut telah memenuhi prinsip kewajaran pelayanan kesehatan

(*Appropriateness*). Prinsip dari mutu pelayanan kesehatan menjadi berbenturan dengan kewajaran pelayanan kesehatan bila dilihat dari sudut pandang peserta dengan pihak asuransi. Peserta menganggap pelayanan kesehatan yang bermutu identik dengan biaya yang tinggi, sedangkan pihak asuransi menganggap pelayanan kesehatan yang bermutu juga harus menerapkan kewajaran dalam pelayanan kesehatan.

Klinik Galur merupakan klinik yang memiliki rasio jumlah kasus terhadap jumlah peserta yang tinggi, bila dikaitkan kembali dengan hasil penelitian gambaran biaya rata-rata dilihat dari segi perusahaan peserta, yang paling banyak menggunakan Klinik Galur sebagai pelayanan kesehatan adalah peserta dari 3 perusahaan yang memiliki resiko yang tinggi. Hal tersebutlah yang menyebabkan rasio jumlah kasus terhadap jumlah peserta klinik tinggi.

### **7.3.6 Gambaran Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Menurut 10 Diagnosa Terbanyak Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

Dari hasil peneliti ISPA merupakan diagnosa yang memiliki total biaya tertinggi, kasus ISPA di wilayah Jakarta Pusat cukup tinggi dan perbedaan antara ISPA dengan diagnosa yang terbanyak kedua, yaitu Diare dan Gastroenteritis cukup jauh. *Atopic Dermatitis* menjadi diagnosa yang memiliki biaya rata-rata tertinggi dikarenakan biasanya pengobatan untuk penyakit kulit cenderung lebih mahal dibandingkan dengan penyakit lainnya.

Tingginya persentase kasus diagnosa ISPA merupakan kontribusi dari peserta dari perusahaan yang memiliki risiko tinggi untuk mengalami kesakitan. Sebagian besar dari diagnosa ISPA berasal dari peserta perusahaan yang memiliki risiko tinggi.

### **7.3.7 Gambaran Biaya Rata-Rata Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama Klinik *Fee For Service* Wilayah Jakarta Pusat Mitra Kesehatan Jaya Periode 2007**

Menurut Depkes (2003) telaah utilisasi dapat dilakukan dengan beberapa parameter, salah satu diantaranya adalah menggunakan parameter biaya rata-rata. Biaya rata-rata dapat melihat kenaikan yang tersembunyi yang tidak bisa hanya dilihat dari total tagihan. Biaya rata-rata juga berfungsi untuk menetapkan tarif layanan kepada pemberi pelayanan kesehatan sesuai dengan pengalaman yang terjadi dilapangan. Bila dibandingkan dengan data tarif layanan klinik *fee for service* wilayah Jakarta Pusat yang melakukan kontrak dengan Mitra Kesehatan Jaya, beberapa klinik memiliki tarif layanan yang lebih tinggi dari biaya rata-rata pelayanan kesehatan dari hasil penelitian. Data dari hasil penelitian dapat digunakan sebagai perhitungan kembali tarif layanan yang sesuai dengan gambaran biaya rata-rata pelayanan kesehatan klinik *fee for service* wilayah Jakarta Pusat.