

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Asuransi Kesehatan**

Menurut Thabrany dan Mayanda dalam buku system kesehatan nasional (2010), asuransi kesehatan adalah suatu instrument sosial untuk menjamin seseorang dapat memenuhi kebutuhan pemeliharaan kesehatan tanpa mempertimbangkan keadaan ekonomi orang tersebut saat kebutuhan pelayanan kesehatan muncul. Sementara menurut Basuki (1993), asuransi kesehatan adalah salah satu bentuk asuransi yang dirancang untuk meringankan beban keuangan karena perubahan dari kesehatan. Jadi dapat disimpulkan bahwa asuransi kesehatan merupakan suatu alat yang dapat membantu masyarakat agar tetap dapat melakukan pemeliharaan kesehatan tanpa harus terbebani dengan masalah ekonomi dan keuangan.

##### **2.1.1 Bentuk Pokok Asuransi Kesehatan**

Menurut Hastuti dan Fitri dalam buku Asuransi Konvensional, Syariah & BPJS (2016) asuransi kesehatan secara klasik dapat terbagi menjadi tiga pihak yang saling mempengaruhi dan berhubungan. Ketiga pihak yang dimaksud adalah sebagai berikut :

##### **a. Peserta**

Peserta ialah mereka yang terdaftar sebagai anggota, membayar iuran sejumlah premi dan dapatkan dengan mekanisme atau aturan-aturan tertentu dikarenakan tanggung biaya kesehatan.

b. Badan Asuransi

Badan asuransi ialah yang bertanggung jawab mengumpulkan dan mengelola iuran serta pembayaran biaya kesehatan yang dibutuhkan peserta.

c. Penyedia Pelayanan

Penyedia pelayanan ialah yang bertanggung jawab menyediakan pelayanan kesehatan bagi peserta dan untuk mendapatkan imbal jasa dari badan asuransi.

### **2.1.2 Jenis Asuransi Kesehatan**

Menurut Wika Adisasmito yang dikutip oleh Hastuti dan Fitri dalam Auransi Konvensional, Syari'ah & BPJS (2016), asuransi kesehatan dibagi menjadi dua kategori yaitu :

a. Asuransi Santunan Cacat

Asuransi ini bertujuan untuk menggantikan sebagian dari kerugian keuangan ketika orang yang diasuransikan tidak dapat bekerja karena sakit atau cacat.

b. Asuransi Biaya Keperawatan

Asuransi ini bertujuan untuk membayar biaya perawatan medis akibat karena sakit atau kecelakaan.

Menurut Azrul yang dikutip oleh Hastuti dan Fitri dalam Auransi Konvensional, Syari'ah & BPJS (2016), asuransi kesehatan banyak

jenisnya dan tergantung pada ciri-ciri khusus yang dimilikinya, maka asuransi kesehatan dapat dibedakan atas beberapa macam sebagai berikut:

a. Ditinjau dari Pengelolaan Dana

Berdasarkan tinjauan dari pengelolaan dana, asuransi kesehatan dapat dibedakan menjadi :

1) Asuransi Kesehatan Pemerintah

Pemerintah ikut serta dalam pembiayaan kesehatan akan didapat keuntungan. Misalnya biaya kesehatan dapat diawasi, pelayanan kesehatan dapat distandarisasi. Disamping itu, kekurangan dari asuransi kesehatan pemerintah yaitu berkaitan dengan mutu pelayanan kesehatan kurang sempurna.

2) Asuransi Kesehatan Swasta

Swasta diberikan kepercayaan untuk pengelolaan dana pembiayaan kesehatan. Keuntungan dari asuransi yang diselenggarakan oleh swasta yaitu mutu pelayanan relative lebih baik, sedangkan kekurangannya adalah sulit mengawasi biaya kesehatan yang akhirnya dapat memberatkan pemakai jasa layanan kesehatan.

b. Ditinjau dari Keikutsertaan Anggota, terbagi atas :

1) Asuransi Kesehatan Wajib

Dikatakan sebagai asuransi kesehatan wajib yaitu apabila keikutsertaan peserta wajib. Pada umumnya asuransi kesehatan

wajib berlaku jika asuransi kesehatan tersebut dikelola oleh pemerintah.

2) Asuransi Kesehatan Sukarela

Asuransi kesehatan sukarela ialah keikutsertaan peserta tidak wajib. Bentuk ini jika asuransi dikelola oleh swasta.

c. Ditinjau dari Jenis Pelayanan yang Ditanggung terbagi atas :

1) Menanggung Seluruh Jenis Pelayanan Kesehatan

Pada sistem asuransi kesehatan jenis pelayanan yang ditanggung, pengelola dana juga bertindak sebagai penyedia pelayanan.

2) Menanggung Sebagian Pelayanan Kesehatan

Pada sistem ini, yang ditanggung hanya sebagian pelayanan kesehatan saja. Contohnya pelayanan kesehatan yang membutuhkan biaya besar.

d. Ditinjau dari Jumlah Dana yang Ditanggung terbagi atas :

1) Menanggung Seluruh Biaya Kesehatan yang Diperlukan

Pada sistem ini biaya kesehatan ditanggung oleh asuransi kesehatan.

2) Menanggung Pelayanan Kesehatan dengan Biaya yang Tinggi

Untuk mengatasi penggunaan yang berlebihan, asuransi kesehatan hanya menanggung pelayanan kesehatan yang membutuhkan biaya besar.

e. Ditinjau dari Jumlah Peserta yang Ditanggung terbagi atas :

1) Peserta adalah Perorangan

- 2) Peserta adalah Suatu Keluarga
  - 3) Peserta adalah Suatu Kelompok
- f. Ditinjau dari Peranan Badan Asuransi terdiri dari :
- 1) Bertindak sebagai Pengelola Dana  
Bentuk dari asuransi ini adalah bentuk klasik dari pembiayaan kesehatan yang apabila dikombinasikan dengan sistem pembiayaan kesehatan ke sarana kesehatan secara *reimbursement*, dapat mendorong tingginya pembiayaan kesehatan.
  - 2) Bertindak sebagai Penyelenggara Pelayanan Kesehatan  
Pada bentuk ini akan diperoleh beberapa keuntungan, yaitu dapat diawasinya biaya kesehatan tetapi juga dapat mendatangkan kerugian yaitu kurang sesuainya pelayanan kesehatan dengan kebutuhan masyarakat.
- g. Ditinjau dari Cara Pembayaran kepada Penyelenggara Pelayanan Kesehatan, terbagi atas :
- 1) Pembayaran berdasarkan Jumlah Kunjungan Peserta  
Pembayaran dilakukan berdasarkan kunjungan peserta yang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Semakin banyak jumlah kunjungan maka semakin besar uang yang diterima oleh penyedia pelayanan kesehatan.
  - 2) Pembayaran Dilakukan Dimuka  
Pembayaran dilakukan dimuka apabila pelayanan kesehatan selesai diselenggarakan.

### 2.1.3 Manfaat Asuransi Kesehatan

Dalam administrasi kesehatan (Azrul, 1996) dapat disimpulkan bahwa manfaat dari asuransi kesehatan adalah sebagai berikut :

a. Membebaskan peserta dari kesulitan menyediakan dana tunai

Karena pada asuransi kesehatan telah ada yang menjamin biaya kesehatan, maka para peserta tidak perlu harus menyediakan dana tunai pada setiap kali berobat.

b. Biaya kesehatan dapat diawasi

Dengan asuransi kesehatan, apalagi jika dikelola oleh pemerintah akan dapat diawasi biaya pelayanan kesehatan. Pengawasan yang dimaksud berupa diberlakukannya sebagai peraturan yang membatasi jenis pelayanan kesehatan yang dapat diberikan oleh penyedia pelayanan dan atau yang dapat dimanfaatkan oleh peserta. Dengan adanya pembatasan ini penggunaan yang berlebihan akan dapat dicegah yang apabila berhasil dilaksanakan, pada gilirannya akan mampu mengawasi biaya kesehatan.

c. Mutu pelayanan dapat diawasi

Keuntungan lain dari asuransi kesehatan adalah dapat diawasinya mutu pelayanan. Pengawasan yang dimaksud ialah melalui penilaian berkala terhadap terpenuhi atau tidaknya standar pelayanan minimal pelayanan.

d. Tersedianya data kesehatan

Asuransi kesehatan membutuhkan tersedianya data kesehatan yang lengkap yang diperlukan untuk merencanakan dan ataupun menilai kegiatan yang dilakukan. Data ini dapat pula dimanfaatkan untuk pekerjaan perencanaan dan ataupun penilaian berbagai program kesehatan lainnya.

## **2.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)**

### **2.2.1 Pengertian Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disebut BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (UU No 24 Tahun 2011). BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

### **2.2.2 Fungsi, Tugas, Wewenang, Hak Dan Kewajiban**

Menurut Undang-Undang No 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) pasal 9, BPJS berfungsi

menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Untuk melaksanakan fungsinya BPJS bertugas untuk :

- a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta
- b. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja
- c. Menerima bantuan iuran dari pemerintah
- d. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta
- e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial
- f. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial ; dan
- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

Dalam melaksanakan tugasnya BPJS berwenang untuk :

- a. Menagih pembayaran iuran
- b. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai.
- c. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional
- d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerinta
- e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan.



- f. Mengenaikan sanksi administrative kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya
- g. Melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidak patuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan ; dan
- h. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

Dalam melaksanakan kewenangan BPJS berhak untuk :

- a. Memperoleh dana operasional untuk penyelenggara program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan / atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undnagan; dan
- b. Memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan.

Dalam melaksanakan tugasnya BPJS berkewajiban untuk :

- a. Memberikan nomor identitas tunggal kepada Peserta
- b. Mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta
- c. Memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya.

- d. Memberikan manfaat kepada seluruh peserta sesuai dengan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- e. Memberikan informasi kepada Peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku
- f. Memberikan informasi kepada Peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya
- g. Memberikan informasi kepada Peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun
- h. Memberikan informasi kepada Peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- i. Membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuarial yang lazim dan berlaku umum
- j. Melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial ; dan
- k. Melaporkan pelaksanaan setiap program termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

### **2.2.3 Hak dan Kewajiban Peserta BPJS**

Menurut Hastuti dan Fitri (2016), hak dan kewajiban peserta BPJS

Kesehatan yaitu :

- a. Hak Peserta :

- 1) Mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan
- 2) Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- 3) Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
- 4) Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke Kantor BPJS Kesehatan

b. Kewajiban Peserta

- 1) Mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- 2) Melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat I
- 3) Menjaga Kartu Peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak
- 4) Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan

#### **2.2.4 Cara pembayaran Fasilitas Kesehatan**

Menurut Peraturan BPJS Nomor 3 Tahun 2017 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional pada pasal 2, BPJS Kesehatan membayarkan klaim pembayaran manfaat fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS

Kesehatan meliputi pembayaran manfaat pelayanan kesehatan di FKTP dan pembayaran manfaat pelayanan kesehatan di FKRTL. BPJS kesehatan melakukan pembayaran pelayanan kesehatan berdasarkan tarif kapitasi dan tarif non kapitasi kepada FKTP. Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Sedangkan tarif non kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

Pada pasal 4 dalam peraturan BPJS Nomor 3 Tahun 2017, BPJS Kesehatan melakukan pembayaran pelayanan kesehatan berdasarkan INA CBG dan tarif non INA CBG kepada FKRTL. Tarif *Indonesian Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur, sedangkan tarif non INA-CBG adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas layanan diluar paket INA-CBG yang ditetapkan oleh menteri.

Semua fasilitas kesehatan meskipun tidak menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan wajib melayani pasien dalam keadaan gawat darurat, setelah keadaan gawat darurnya teratasi dan pasien dapat dipindahkan

maka fasilitas kesehatan tersebut wajib merujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan akan membayar kepada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama setelah memberikan pelayanan gawat darurat setara dengan tarif yang berlaku diwilayah tersebut.

### **2.3 Prosedur Pelayanan Kesehatan**

Menurut Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan pasal 55, prosedur pelayanan kesehatan bagi peserta adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan kesehatan bagi peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dan kompetensi Fasilitas Kesehatan dimulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Peserta terdaftar, kecuali dalam keadaan kegawat daruratan medis.
2. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama bagi peserta dilaksanakan di FKTP tempat Peserta terdaftar, kecuali bagi peserta yang :
  - a. Berada diluar wilayah FKTP tempat Peserta terdaftar atau
  - b. Dalam keadaan kegawat daruratan medis
3. Peserta yang berada diluar wilayah FKTP tempat peserta terdaftar dapat mengakses pelayanan rawat jalan tingkat pertama pada FKTP lain untuk paling banyak 3 kali kunjungan dalam waktu paling lama 1 bulan di FKTP yang sama.
4. Dalam hal peserta memerlukan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas indikasi medis, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama harus

merujuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan sesuai dengan kasus dan kompetensi fasilitas kesehatan serta sistem rujukan

5. Pelayanan yang diberikan kepada peserta yang dirujuk ke FKRTL dilakukan paling lama 3 bulan
6. FKRTL yang melakukan pelayanan wajib melakukan rujukan balik ke FKTP dimana Peserta terdaftar.
7. Ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan kesehatan tingkat pertama, pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan dan pelayanan rujukan balik diatur dengan Peraturan Menteri

## **2.4 Pelayanan Kesehatan**

### **2.4.1 Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan**

Menurut Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan pasal 47 ayat (1) pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas :

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama meliputi pelayanan kesehatan nonspesialistik yang mencakup :
  1. Administrasi pelayanan
  2. Pelayanan promotif dan preventif
  3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis,
  4. Tindakan medis nonspesialistik, baik operatif maupun non operatif
  5. Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai
  6. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama
  7. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.

- b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup :
  - 1. Administrasi pelayanan
  - 2. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar
  - 3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik
  - 4. Tindakan medis spesialisik baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis
  - 5. Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai
  - 6. Pelayanan penunjang diagnostic lanjutan sesuai dengan indikasi medis
  - 7. Rehabilitasi medis
  - 8. Pelayanan darah
  - 9. Pemulasaran jenazah peseta yang meninggal di Fasilitas Kesehatan
  - 10. Pelayanan keluarga berencana
  - 11. Perawatan inap nonintensif dan
  - 12. Perawatan inap diruang intensif
- c. Pelayanan ambulans darat atau air

#### **2.4.2 Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan**

Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

- b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan kecuali dalam keadaan darurat
- c. Pelayanan kesehatan terhadap penyakit atau cedera akibat Kecelakaan Kerja atau hubungan kerja yang telah dijamin oleh program jaminan Kecelakaan Kerja atau menjadi tanggungan Pemberi Kerja
- d. Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas sesuai hak kelas rawat peserta
- e. Pelayanan kesehatan yang dilakukan diluar negeri
- f. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik
- g. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas
- h. Pelayanan meratakan gigi atau ortodonsi
- i. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol
- j. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti dari sendiri atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri
- k. Pengobatan komplementer, alternatif, dan tradisional, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan
- l. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan atau eksperimen
- m. Alat dan obat kontrasepsi, kosmetik



- n. Perbekalan kesehatan rumah tangga
- o. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah
- p. Pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah
- q. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dalam rangka bakti sosial
- r. Pelayanan kesehatan akibat tindak pidana penganiayaan, kekerasan seksual, korban terorisme, dan tindak pidana perdagangan orang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- s. Pelayanan kesehatan tertentu yang berkaitan dengan Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia
- t. Pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan atau
- u. Pelayanan yang sudah ditanggung dalam program lain.

Menurut Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 pasal 2 peserta jaminan kesehatan meliputi PBI Jaminan Kesehatan dan Bukan PBI Jaminan Kesehatan. Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan terdiri atas :

- a. PPU dan anggota keluarganya yang terdiri atas :
  - a) Pejabat Negara
  - b) Pimpinan dan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
  - c) PNS

- d) Prajurit
  - e) Anggota Polri
  - f) Kepala desa dan perangkat desa
  - g) Pegawai swasta
  - h) Pekerja/pegawai yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf g yang menerima Gaji atau Upah
- b. PBPU dan anggota keluarganya terdiri atas :
- a) Pekerja diluar hubungan kerja atau pekerja mandiri
  - b) Pekerja yang tidak termasuk pekerja mandiri yang bukan penerima Gaji atau Upah
- c. BP dan anggota keluarganya terdiri atas :
- a) Investor
  - b) Pemberi kerja
  - c) Penerima pensiun
  - d) Veteran
  - e) Perintis kemerdekaan
  - f) Janda, duda atau anak yatim dan/atau piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan
  - g) BP yang mampu membayar iuran

Pada Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 pasal 28 besaran iuran antara lain :

- 1) Iuran bagi peserta PBI Jaminan Kesehatan dibayar oleh Pemerintah Pusat
  - 2) Iuran bagi penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah dibayar oleh Pemerintah Daerah
  - 3) Iuran bagi peserta PPU dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja
  - 4) Iuran bagi peserta PBPU dan Peserta BP dibayar oleh peserta atau pihak lain atas nama peserta
  - 5) Iuran bagi bayi baru lahir dibayarkan oleh peserta atau pihak lain atas nama peserta pada saat mendaftar paling lama 28 hari sejak dilahirkan
- Iuran bagi peserta PBI Jaminan kesehatan dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah yaitu sebesar Rp. 23.000 (dua puluh tiga ribu rupiah) per orang per bulan.

Iuran bagi peserta PPU dibayar dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. 3% (tiga persen) dibayar oleh pemberi kerja
- b. 2% (dua persen) dibayar oleh peserta

Iuran dibayarkan secara langsung oleh Pemberi Kerja kepada BPJS Kesehatan melalui kas negara kecuali bagi kepala desa dan perangkat desa.

Iuran bagi peserta PBPU dan Peserta BP yaitu sebesar :

- a. Rp. 25.500,00 (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III
- b. Rp. 51.000,00 (lima puluh satu ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II

- c. Rp. 80.000,00 (delapan puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I

## 2.5 Verifikasi dan Pengajuan Klaim

Klaim adalah pengajuan biaya pelayanan kesehatan pasien peserta BPJS Kesehatan oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017, Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya

1. Kelengkapan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan
  - 1) Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga)
  - 2) *Softcopy* luaran aplikasi BPJS
  - 3) Kuitansi asli bermaterai cukup
  - 4) Bukti pelayanan yang sudah ditanda tangani oleh peserta atau anggota keluarga
  - 5) Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing – masing tagihan klaim. Syarat kelengkapan lain administrasi sesuai diatas yaitu :
    - a. Rawat Jalan
      1. *Soft copy* iuaran aplikasi pengajuan klaim rumah sakit
      2. *Print out* iluaran aplikasi pengajuan klaim rumah sakit
      3. Bukti pelayanan
      4. Rincian biaya tagihan

5. Hasil pemeriksaan penunjang

6. Laporan tindakan

b. Rawat Inap

1. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)

2. Surat perintah rawat inap

3. *Print out* iuran aplikasi pengajuan klaim

4. *Resume medis* yang ditanda tangani oleh DPJP

5. Rincian biaya tagihan

6. Bukti pelayanan lain yang di tanda tangani oleh DPJD (bila diperlukan) misal :

- Laporan operasi
- *Protocol* terapi dan regimen (jadwal pemberian obat pemberian obat khusus
- Perincian tagihan rumah sakit (manual atau *automatic billing*)
- Berkas pendukung lain yang diperlukan

## 2.6 Indonesian Case Base Groups (INA-CBG)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, bahwa terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Metode pembayaran retrospektif adalah

metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Contoh pola pembayaran retrospektif adalah *Fee For Service* (FFS). Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan yang diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah *global budget*, perdiem, kapitasi dan *case based payment*.

Sistem casemix pertama kali dikembangkan di Indonesia pada Tahun 2006 dengan nama INA-DRG (*Indonesia- Diagnosis Related Group*). Implementasi pembayaran dengan INA-DRG dimulai pada 1 September 2008 di 15 rumah sakit milik Kementerian Kesehatan RI, dan pada 1 Januari 2009 diperluas untuk seluruh rumah sakit yang bekerja sama menjadi penyedia pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas. Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG menjadi INA-CBG (*Indonesian Case Base Groups*) seiring dengan perubahan grouper dari 3M Grouper ke UNU (*United Nation University*) Grouper. Kemudian, dengan implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mulai 1 Januari 2014, sistem INA-CBG kembali digunakan sebagai metode pembayaran pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL).

Di Indonesia, metode pembayaran prospektif dikenal dengan *case based payment* (casemix), dan sudah diterapkan sejak tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem

casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama. pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*. Sistem casemix saat ini banyak digunakan sebagai dasar sistem pembayaran kesehatan di Negara-negara maju dan sedang dikembangkan di negara-negara berkembang.

### **2.6.1 Penyelenggaraan Pembayaran INA-CBG**

Dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, sistem INA-CBG merupakan salah satu instrument penting dalam pengajuan dan pembayaran klaim pembayaran pelayanan kesehatan yang telah dilaksanakan oleh FKTL yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, maka pihak manajemen maupun fungsional di setiap FKRTL tersebut perlu memahami konsep implementasi INA-CBG dalam program JKN.

Sistem INA-CBG terdiri dari beberapa komponen yang saling terkait satu sama lain. Komponen yang berhubungan langsung dengan *output* pelayanan adalah *clinical pathway*, koding dan teknologi informasi, sedangkan secara terpisah terdapat komponen costing yang secara tidak langsung mempengaruhi proses penyusunan tarif INA-CBG untuk setiap kelompok kasus.

### **2.6.2 Tarif INA-CBG**

Tarif INA-CBG merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan

baik medis maupun non medis. Perhitungan tarif INA-CBG berbasis pada data costing dan data koding rumah sakit. Data costing merupakan data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit baik operasional maupun investasi, yang didapatkan dari rumah sakit terpilih yang menjadi representasi rumah sakit. Sedangkan data koding diperoleh dari data klaim JKN. Tarif INA-CBG yang digunakan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional diberlakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan dengan beberapa prinsip : pengelompokan tarif INA-CBG, rumah sakit khusus, pembayaran tambahan (*Top Up*).

### **2.6.3 Koding INA-CBG**

Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) yang diterbitkan oleh WHO serta memberikan kode tindakan/prosedur sesuai dengan ICD-9-CM (*International Classification of Diseases Revision Clinical Modification*).

Koding sangat penting dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke FKRTL. Aturan dan pedoman koding yang digunakan dalam INA-CBG adalah aturan koding morbiditas. Koding dalam INA-CBG menggunakan ICD-10 revisi Tahun 2010 untuk mengkode diagnosis utama dan diagnosis sekunder serta menggunakan ICD 9CM revisi Tahun 2010 untuk mengkode tindakan/prosedur. Sumber data untuk mengkode INA-CBG berasal dari



resume medis yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur, apabila diperlukan dapat dilihat dalam berkas rekam medis. Ketepatan coding diagnosis dan tindakan atau prosedur sangat berpengaruh terhadap hasil grouper dalam aplikasi INA-CBG.

Diagnosis utama adalah diagnosis yang ditegakkan oleh dokter pada akhir episode perawatan yang menyebabkan pasien mendapatkan perawatan atau pemeriksaan lebih lanjut. Jika terdapat lebih dari satu diagnosis, maka dipilih yang menggunakan sumber daya paling banyak. Jika tidak terdapat diagnosis yang dapat ditegakkan pada akhir episode perawatan, maka gejala utama, hasil pemeriksaan penunjang yang tidak normal atau masalah lainnya dipilih menjadi diagnosis utama. Diagnosis Sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode perawatan. Diagnosis sekunder merupakan komorbiditas dan/atau komplikasi.

Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi yang sudah ada sebelum pasien masuk rawat dan membutuhkan pelayanan kesehatan setelah masuk maupun selama rawat. Komplikasi adalah penyakit yang timbul dalam masa perawatan dan memerlukan pelayanan tambahan sewaktu episode pelayanan, baik yang disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul akibat dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

#### 2.6.4 Episode

Menurut Permenkes Nomor 76 Tahun 2016, Episode adalah jangka waktu perawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar rumah sakit baik rawat jalan maupun rawat inap, termasuk konsultasi/pemeriksaan dokter dan atau pemeriksaan penunjang maupun pemeriksaan lainnya. Untuk setiap episode hanya dapat dilakukan satu kali klaim.

Pada sistem INA-CBG ada 2 episode yaitu episode rawat jalan dan rawat inap, dengan beberapa kriteria sebagai berikut :

##### 1. Episode Rawat Jalan

Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter dan atau pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan atau tatalaksana yang diberikan pada hari pelayanan yang sama. Ketentuan tambahan terkait dengan episode rawat jalan yaitu :

- a) Pada pemeriksaan penunjang yang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama yaitu pemeriksaan penunjang yang sesuai indikasi medis memerlukan persiapan khusus dan atau kendala kapasitas pelayanan penunjang maka tidak dihitung sebagai episode baru.
- b) Pasien yang mendapatkan pemeriksaan penunjang dan hasil pemeriksaan tersebut tidak dapat diselesaikan pada hari yang

sama akan mendapatkan pelayanan konsultasi dokter lanjutan dan merupakan episode baru.

- c) Dalam hal pelayanan berupa prosedur atau terapi yang berkelanjutan di pelayanan rawat jalan seperti radioterapi, kemoterapi, rehabilitasi medik, rehabilitasi psikososial, transfusi darah, dan pelayanan gigi, episode yang berlaku adalah per satu kali kunjungan.
- d) Pasien yang datang ke rumah sakit mendapatkan pelayanan rawat jalan pada satu atau lebih klinik spesialis pada hari yang sama, terdiri dari satu atau lebih diagnosis, dimana diagnosis satu dengan yang lain saling berhubungan atau tidak berhubungan, dihitung sebagai satu episode.
- e) Pelayanan IGD yang kurang dari 6 jam dan/atau belum mendapatkan pelayanan rawat inap, termasuk dalam satu episode rawat jalan.
- f) Pasien datang kembali ke rumah sakit dalam keadaan darurat pada hari pelayanan yang sama, maka keadaan darurat tersebut dianggap sebagai episode baru walaupun dengan diagnosis yang sama.
- g) Pasien yang datang ke IGD dan pada hari yang sama datang kembali ke rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan, maka tidak dihitung sebagai episode baru.

h) Untuk pasien mendapatkan pelayanan rawat inap kurang dari 6 jam yang selanjutnya dirujuk, maka ditetapkan sebagai episode rawat jalan.

## 2. Episode Rawat Inap

Satu episode rawat inap adalah satu rangkaian perawatan mulai tanggal masuk sampai keluar rumah sakit termasuk perawatan di ruang rawat inap, ruang intensif, dan ruang operasi. Ketentuan tambahan terkait dengan episode rawat inap yaitu :

- a. Pelayanan rawat inap yang menjadi kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat, maka pelayanan tersebut sudah termasuk dalam satu episode rawat inap.
- b. Pelayanan IGD lebih dari 6 jam, telah mendapatkan pelayanan rawat inap dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap termasuk satu episode rawat inap.
- c. Dalam hal pasien telah mendapatkan pelayanan rawat inap yang lama perawatan kurang dari 6 jam dan pasien meninggal termasuk satu episode rawat inap.
- d. Dalam hal pasien dirawat inap dan mendapat rencana operasi :
  - 1) Pasien batal operasi atas alasan medis dan harus dilakukan rawat inap atas kondisi tersebut maka ditagihkan sebagai rawat inap dengan diagnosis yang menyebabkan batal operasi

- 2) Pasien batal operasi atas alasan medis namun dapat dilakukan terapi rawat jalan atau pulang maka dapat ditagihkan sebagai rawat inap dengan kode diagnosis Z53.0
- 3) Pasien batal operasi atas alasan kurangnya persiapan operasi oleh FKRTL maka tidak dapat ditagihkan.

## **2.7 Pengenaan Urunan Biaya Dan Selisih Biaya Program Jaminan Kesehatan**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2018 Tentang Pengenaan Urunan Biaya dan Selisih Biaya Dalam Program Jaminan Kesehatan, urunan biaya adalah tambahan biaya yang dibayar peserta pada saat memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan yang bertujuan untuk kendali mutu dan kendali biaya serta pencegahan penyalahgunaan pelayanan di fasilitas kesehatan dalam program jaminan kesehatan.

### **2.7.1 Pelaksanaan Urunan Biaya di Fasilitas Kesehatan**

- 1) Fasilitas Kesehatan wajib menginformasikan jenis pelayanan yang dikenai Urun Biaya dan estimasi besaran Urun Biaya kepada Peserta atau keluarga Peserta sebelum dilaksanakan pemberian pelayanan kesehatan.
- 2) Pemberian informasi dilakukan:
  - a. secara langsung kepada Peserta atau keluarga Peserta yaitu pada saat pendaftaran; dan

- b. secara tidak langsung melalui media informasi yang dimiliki oleh Fasilitas Kesehatan.

Peserta atau keluarga Peserta yang telah mendapatkan informasi terkait urunan biaya tersebut harus memberikan persetujuan kesediaan membayar Urun Biaya sebelum mendapatkan pelayanan dan urunan biaya dapat dibayarkan oleh peserta kepada fasilitas kesehatan setelah pelayanan kesehatan diberikan.

### **2.7.2 Besaran Urun Biaya**

Urunan biaya terhadap jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan yaitu sebesar :

- a. Nilai nominal tertentu setiap kali melakukan kunjungan untuk rawat jalan atau nilai nominal maksimal atas biaya pelayanan kesehatan untuk kurun waktu tertentu, dengan besaran urun biaya :
  - a) sebesar Rp 20.000,00 (duapuluh ribu rupiah) untuk setiap kali melakukan kunjungan rawat jalan pada rumah sakit kelas A dan rumah sakit kelas B
  - b) sebesar Rp 10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) untuk setiap kali melakukan kunjungan rawat jalan pada rumah sakit kelas C, rumah sakit kelas D, dan klinik utama ; atau
  - c) paling tinggi sebesar Rp 350.000,00 (tiga ratus lima puluh ribu rupiah) untuk paling banyak 20 (dua puluh) kali kunjungan dalam jangka waktu 3 (tiga) bulan.

- b. 10% (sepuluh persen) atau paling tinggi dengan nominal tertentu untuk rawat inap dari biaya pelayanan, dengan besaran urun biaya :
  - a) sebesar 10% (sepuluh persen) dari biaya pelayanan dihitung dari total Tarif INA-CBG setiap kali melakukan rawat inap; atau
  - b) paling tinggi sebesar Rp 30.000.000,00 (tiga puluh juta rupiah).

BPJS kesehatan membayarkan besaran klaim pelayanan kepada rumah sakit sebesar biaya pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit dikurangi besaran Urun Biaya.

### **2.7.3 Selisih Biaya**

Peserta dapat meningkatkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya termasuk rawat jalan eksekutif, peserta yang ingin meningkatkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya dikenakan selisih biaya antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan pelayanan. Pembayaran selisih biaya dapat dilakukan secara mandiri oleh peserta, pemberi kerja, atau melalui asuransi kesehatan tambahan. Peningkatan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya hanya dapat dilakukan satu tingkat lebih tinggi dari kelas yang menjadi hak peserta. Pelayanan rawat jalan eksekutif merupakan pelayanan kesehatan rawat jalan non reguler di rumah sakit melalui pelayanan dokter spesialis-subspesialis dalam satu fasilitas ruangan terpadu secara khusus tanpa menginap di rumah sakit dengan sarana dan prasarana di atas standar. Ketentuan peserta yang dapat

meningkatkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya dikecualikan bagi :

- a. Peserta PBI Jaminan Kesehatan
- b. Peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud dalam peraturan perundang undangan; dan
- c. Peserta pekerja penerima upah yang mengalami pemutusan hubungan kerja dan anggota keluarganya

#### **2.7.4 Pembayaran**

Pembayaran Selisih Biaya dilakukan dengan ketentuan:

- a. Untuk peningkatan kelas pelayanan rawat inap dari kelas 3 ke kelas 2, dan dari kelas 2 ke kelas 1, harus membayar Selisih Biaya antara Tarif INA-CBG pada kelas rawat inap lebih tinggi yang dipilih dengan Tarif INA-CBG pada kelas rawat inap yang sesuai dengan hak Peserta
- b. Untuk peningkatan kelas pelayanan rawat inap di atas kelas 1, harus membayar Selisih Biaya paling banyak sebesar 75% (tujuh puluh lima perseratus) dari Tarif INA-CBG Kelas 1.

Pembayaran Selisih Biaya pelayanan rawat jalan eksekutif dilakukan dengan ketentuan membayar biaya paket pelayanan rawat jalan eksekutif paling banyak sebesar Rp 400.000,00 (empat ratus ribu rupiah) untuk setiap episode rawat jalan



### **2.7.5 Pelaksanaan Selisih Biaya di Fasilitas Kesehatan**

- 1) Fasilitas Kesehatan wajib menginformasikan ketentuan mengenai Selisih Biaya kepada Peserta atau keluarga Peserta sebelum Peserta menerima pelayanan kesehatan
- 2) Pemberian informasi dilakukan:
  - a. Secara langsung pada saat pendaftaran dan
  - b. Secara tidak langsung melalui media informasi yang dimiliki oleh Fasilitas Kesehatan.
- 3) Informasi paling sedikit berisi penjelasan mengenai biaya pelayanan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan dan besaran Selisih Biaya yang harus ditanggung oleh Peserta
- 4) Ketentuan mengenai Selisih Biaya dalam pemberian pelayanan rawat jalan eksekutif dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Dalam hal Peserta dikenakan Urun biaya dan ingin meningkatkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya, maka Peserta harus membayar Urun Biaya ditambah dengan Selisih Biaya akibat peningkatan kelas perawatan kepada rumah sakit

## **2.8 Pemberdayaan Organisasi**

Pemberdayaan organisasi merupakan suatu sistem yang memiliki berbagai komponen yang saling berkaitan dan mempengaruhi antara komponen satu dengan komponen yang lainnya untuk menciptakan suatu output. Sistem dapat

dianalisis sehubungan dengan input-output. Input dianggap sebagai sebab berinteraksi guna menghasilkan output. Pemberdayaan organisasi erat kaitannya dengan pemberdayaan masyarakat yang merupakan sebuah konsep pembangunan ekonomi yang merangkum nilai-nilai sosial.

Komponen input terhadap suatu sistem pemberdayaan organisasi tidaklah berdiri sendiri, tetapi merupakan suatu kesatuan yang saling berkaitan satu dengan yang lainnya. Komponen input ini terdiri atas (1) *instrumental* yang meliputi perangkat peraturan, perangkat budaya, perangkat kebijaksanaan, norma-norma kehidupan dan sebagainya (2) *environmental*, baik untuk lingkungan internal maupun lingkungan eksternal yang dapat mempengaruhi sistem pemberdayaan organisasi (3) *material*, yaitu berbagai input yang bersifat bahan baku antara lain data, informasi, dan bahan-bahan lainnya yang dapat diproses untuk menciptakan pemberdayaan organisasi, baik kepentingan organisasi maupun untuk kekuatan dirinya sendiri.

Komponen proses terhadap suatu sistem pemberdayaan organisasi meliputi: (1) kegiatan proses yang membutuhkan perangkat lunak (*software*), terutama kemampuan analisis dengan menggunakan pengetahuan, keilmuan, dan keterampilan. (2) Kegiatan proses yang membutuhkan perangkat keras (*hardware*), terutama yang berkaitan dengan tenaga fisik. Komponen proses ini diolah dari komponen input sebagai materialnya, sedangkan *instrumental* dan *environmental* hanya berfungsi sebagai alat kontrol dan alat pelengkap dalam kegiatan proses pemberdayaan anggota organisasi.

Komponen *output* terhadap suatu sistem pemberdayaan anggota organisasi merupakan hasil dari kegiatan proses yang meliputi : (1) *outputmind*, antara lain pengetahuan, keilmuan maupun keterampilan yang dasarnya bersifat tidak nyata dan (2) *output material*, antara lain barang, bangunan, konsep kebijakan dan lain sebagainya yang bersifat nyata.

Komponen *outcome*, dalam sistem pemberdayaan anggota organisasi adalah komponen hasil *output* yang melepaskan diri dari keterkaitan dengan komponen lain dari sistem pemberdayaan anggota organisasi. Wujud *outcome* ini lebih cenderung bersifat *output* yang nyata.

Komponen *feedback* dalam sistem pemberdayaan anggota organisasi adalah komponen hasil *output* yang terkait dengan komponen lainnya, sehingga keberadaannya dalam suatu sistem kembali kepada input. Komponen *feedback* ini lebih cenderung bersifat *ouput* yang tidak nyata.

Pemberdayaan kerja adalah sebuah proses memungkinkan pegawai dan pendelegasian kekuasaan dalam suatu lingkungan kerja sehingga memudahkan para pekerja untuk berkarya dan memiliki tindakan pribadi serta perilaku yang menghasilkan sumbangsih positif bagi misi organisasi. Dimensi pemberdayaan kerja berdasarkan konsep Kanter (1977, 1993) meliputi akses informasi (*information*), akses sumberdaya (*resources*), akses dukungan (*support*) dan akses peluang (*opportunity*).

Kanter menyatakan bahwa jika suatu organisasi disusun untuk memberikan pemberdayaan dan akses ke pekerjaan yang berhubungan dengan peluang pemberdayaan, struktur akan memiliki dampak positif bagi karyawan dan

efektivitas pekerjaan karyawan. Disisi lain, jika struktur tidak memberikan pemberdayaan structural akan memiliki dampak negatif pada karyawan dan efektivitas pekerjaan karyawan.

Menurut Kanter (1997, 1993), perilaku dan sikap karyawan dibentuk oleh struktur sosial organisasi yang berbeda. Kanter mengemukakan ada 2 faktor penentu structural antara lain kesempatan (*Opportunity*) dan kekuasaan (*Structure of power*).

1. Kesempatan (*Opportunity*)

Kanter (1993) menemukan bahwa kunci keberhasilan organisasi ada dalam struktur yang menyediakan individu kesempatan untuk sukses. Jika seorang individu dalam suatu organisasi merasakan kesempatan untuk sukses datang, sikap individu, kepuasan kerja, komitmen, dan efektivitas kerja secara keseluruhan akan meningkat. Struktur kesempatan ini terkait dengan kondisi kerja yang memberikan individu terhadap kesempatan untuk mendapatkan promosi dalam organisasi dan memungkinkan mereka untuk mengembangkan pengetahuan dan keterampilan.

Kanter menyatakan bahwa kesempatan untuk maju adalah pengaruh utama dalam kepuasan kerja karyawan dan produktivitas. Ketika karyawan memiliki akses ke struktur kesempatan yang memungkinkan untuk peningkatan profesionalisme serta tingkat motivasi yang lebih tinggi untuk berhasil dan meningkatkan karir mereka. Mereka mengambil pendekatan proaktif dalam memecahkan masalah yang timbul pada pekerjaan dan mereka sangat aktif berpartisipasi dalam perubahan dan inovasi.

## 2. *Structure of power* (kekuasaan)

Kanter (1997,1993) mendefinisikan kekuasaan sebagai kemampuan untuk menyelesaikan sesuatu, memobilisasi sumber daya, mendapatkan dan menggunakan apa pun yang dibutuhkan seseorang untuk mencapai tujuannya. Kanter (1997) menyatakan terdapat tiga hal penting dari kekuasaan yaitu akses terhadap informasi, dukungan, dan sumber daya. Menurut Kanter, informasi merupakan hal penting bagi pemberdayaan, sehingga organisasi harus menyediakan lebih banyak informasi yang terbuka untuk setiap tingkatan karyawan melalui berbagai macam media.

Menurut Lawler (1992) terdapat dua jenis informasi sebagai bagian penting dari pemberdayaan karyawan yaitu informasi mengenai misi organisasi dan informasi mengenai kinerja organisasi. Informasi mengenai misi organisasi merupakan hal penting karena memberi arah organisasi secara keseluruhan, sehingga memudahkan individu dalam mengambil inisiatif (Kanter, 1993). Informasi mengenai misi dalam pemberdayaan membantu menciptakan arti dan tujuan individu dan meningkatkan kemampuan untuk membuat dan mempengaruhi keputusan yang sesuai dengan tujuan dan misi organisasi. Informasi mengenai kinerja dibutuhkan agar karyawan dapat memahami seberapa baik pekerjaan yang telah dilakukan dan bagaimana pekerjaan itu dapat dipertahankan atau ditingkatkan untuk kinerja selanjutnya.

Dukungan terkait dengan sumber daya yang akan memungkinkan karyawan tersebut berfungsi sedemikian rupa sehingga memaksimalkan

efektivitas seseorang ditempat kerja. Sumber dukungan dapat berasal dari umpan balik dan bimbingan yang bersumber dari atasan, rekan kerja dan bawahan. Aspek sumber daya dapat berupa kebebasan karyawan untuk menentukan hal-hal yang terkait dengan pekerjaan, seperti pengaturan waktu, pemakaian atau persetujuan biaya, dan lain-lain. Akses sumber daya akan memudahkan karyawan dalam memecahkan persoalan sendiri tanpa harus bergantung pada pihak lain.

Dalam penelitian ini dimensi *opportunity* diukur dengan cara mengukur kepuasan karyawan yang berkaitan dengan bagaimana rumah sakit memberikan kesempatan yang seluas luasnya dan seadil adilnya kepada karyawan khususnya petugas pengelola klaim pasien rawat inap. Dimensi *opportunity* yang pertama dapat diukur dengan cara mengukur petugas pengelola klaim tentang kesempatan meningkatkan pengetahuan, yang dimaksud meningkatkan pengetahuan disini yaitu melihat kepuasan petugas pengelola klaim pasien rawat inap terhadap kesempatan mengikuti pelatihan yang selama ini diberikan oleh rumah sakit terkait pelatihan yang sesuai dengan tugas atau jabatannya. Jika petugas pengelola klaim tersebut tidak pernah mengikuti pelatihan sesuai dengan tugas pokok atau jabatannya maka akan berdampak pada kinerja petugas pengelola klaim salah satunya yaitu petugas tersebut sering berbuat kesalahan dalam melakukan pekerjaannya yang berdampak pada klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan mengalami keterlambatan dalam pengajuan klaim yang mengakibatkan klaim tidak terbayar oleh BPJS Kesehatan. Dimensi *opportunity* yang kedua

dapat diukur dengan kesempatan pengembangan karir, yang dimaksud kesempatan mengembangkan karir yaitu kepuasan petugas pengelola klaim terhadap kelancaran dalam kenaikan pangkat atau jabatan yang sesuai dengan persyaratan dan kemampuannya. Dimensi *opportunity* yang ketiga dapat diukur dengan hubungan kerja pimpinan dan staf yaitu dengan melihat kepuasan petugas pengelola klaim terhadap komunikasi antara pimpinan dan staf dalam menyelesaikan suatu masalah terkait kendala pekerjaan yang dihadapi oleh petugas pengelola klaim dalam proses pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan, agar tidak terjadi keterlambatan dalam pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan.

Dimensi *structure of power* yang pertama diukur dengan cara mengukur persepsi petugas pengelola klaim pasien rawat inap terhadap kemudahan akses, yang dimaksud kemudahan akses yaitu kemudahan akses petugas pengelola klaim dalam menghubungi atasan atau Kepala Instalasi PAT terkait proses ataupun kendala dalam pengajuan klaim salah satunya yaitu terkait keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang perlu segera di tindak lanjuti. Dimensi *structure of power* yang kedua diukur dengan cara mengukur persepsi petugas pengelola klaim terhadap ketersediaan sumber daya yaitu dilihat pada ketersediaan peralatan kantor/ komputer untuk menunjang penyelesaian pekerjaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Jika sumber daya ataupun peralatan kantor yang tersedia masih kurang ataupun tidak lengkap maka akan mempengaruhi terhadap penyelesaian pekerjaan klaim tersebut yang akan berdampak pada pengajuan

berkas klaim ke BPJS Kesehatan mengalami keterlambatan. Dimensi *structure of power* ke tiga diukur dengan adanya dukungan pedoman/SPO, dimana dukungan pedoman/SPO telah dijalankan atau dilaksanakan dengan baik oleh petugas pengelola klaim atau tidak, sehingga apabila dukungan pedoman/SPO tidak ada akan menciptakan organisasi yang tidak efektif dan kegiatan dalam proses pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan juga tidak beraturan. Dimensi *structure of power* ke empat diukur dilihat dari supervisi yang diberikan oleh atasan, apakah atasan selalu melakukan supervisi secara berkala kepada bawahannya atau tidak. Jika atasan tidak pernah melakukan supervisi terhadap petugas pengelola klaim maka tidak pernah ada arahan atau masukan terhadap petugas pengelola klaim yang tidak bekerja sesuai dengan tugasnya, yang dampaknya kan berpengaruh terhadap proses penyelesaian pengajuan berkas klaim. Dimensi *structure of power* ke lima dilihat dari kemudahan akses informasi yang dapat diukur dari kepuasan karyawan terhadap kemudahan informasi ketika ada kebijakan baru dari atasan ke bawahan terkait kebijakan tentang regulasi klaim BPJS Kesehatan yang baru. Dimensi *structure of power* ke enam yaitu diukur dari kepuasan petugas pengelola klaim terkait kenyamanan ruang kerja dalam menyelesaikan suatu pekerjaan. Dimensi *structure of power* ke tujuh yaitu diukur dari kepuasan petugas pengelola klaim terkait ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri) diruang pekerjaan untuk mencegah penularan penyakit dan kecelakaan kerja.



Pemberdayaan merupakan suatu teknik manajemen yang digunakan oleh perusahaan untuk meningkatkan efektifitas organisasi (Conger dan Kanungo, 1998; Kanter,1989 dalam Laschinger et al., 2001;Speitzer,1995), Menurut Kanter, bekerja dalam kondisi terberdayakan memiliki suatu dampak yang positif bagi karyawan yaitu meningkatnya perasaan keyakinan diri dan kepuasan kerja, motivasi yang lebih tinggi, dan kelelahan fisik/mental yang rendah. Situasi kerja dalam pemberdayaan secara structural akan lebih besar kemungkinannya untuk memiliki praktek manajemen yang bisa meningkatkan perasaan pegawai tentang kepercayaan pada organisasi kepuasan kerja.

## **2.9 Beban Kerja**

Menurut Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor: KEP/75/M.PAN/7/2004, bahwa beban kerja adalah sejumlah target pekerjaan atau target hasil yang harus dicapai dalam satuan waktu tertentu. Dalam menghitung formasi pegawai terdapat 3 (tiga) aspek pokok yang diperhatikan. Ketiga aspek tersebut adalah :

### **1. Beban Kerja**

Beban kerja merupakan aspek pokok yang menjadi dasar untuk perhitungan. Beban kerja perlu ditetapkan melalui program-program unit kerja yang selanjutnya dijabarkan menjadi target pekerjaan untuk setiap jabatan.

### **2. Standar Kemampuan Rata-rata**

Standar kemampuan rata-rata dapat berupa standar kemampuan yang diukur dari satuan waktu yang digunakan atau satuan hasil. Standar kemampuan dari satuan waktu disebut dengan Norma Waktu. Sedangkan standar kemampuan dari satuan hasil disebut dengan Norma Hasil.

Norma Waktu adalah satu satuan waktu yang dipergunakan untuk mengukur berapa hasil yang dapat diperoleh. Rumusnya adalah :

$$\text{Norma waktu} = \frac{\text{orang} \times \text{waktu}}{\text{Hasil}}$$

Norma Hasil adalah satu satuan hasil dapat diperoleh dalam waktu berapa lama. Rumusnya adalah :

$$\text{Norma Hasil} = \frac{\text{Hasil}}{\text{orang} \times \text{waktu}}$$

### 3. Waktu Kerja

Waktu kerja yang dimaksud disini adalah waktu kerja efektif, artinya waktu kerja yang secara efektif digunakan untuk bekerja. Waktu kerja efektif terdiri atas Hari kerja efektif dan jam kerja efektif.

Hari kerja efektif adalah jumlah hari dalam kalender dikurangi hari libur dan cuti. Menurut UU No.13 Tahun 2003 Tentang Ketenagakerjaan, bahwa Perhitungannya hari kerja efektif dalam 6 hari kerja adalah :

- 1 tahun = 365 hari
- Hari minggu = 52 hari
- Hari libur resmi = 14 hari

- Cuti tahunan = 12 hari
- Hari kerja efektif = 365 hari – 78 hari  
= 287 hari

Jam kerja efektif adalah jumlah jam kerja formal dikurangi dengan waktu kerja yang hilang karena tidak berkerja (*allowance*) seperti makan, sholat, dan sebagainya. *Allowance* diperkirakan rata-rata sekitar 30% dari jumlah jamkerja formal. Dalam menghitung jam kerja efektif sebaiknya digunakan ukuran dalam 1 minggu. Perhitungan jam efektif dalam 6 hari kerja :

- Jumlah kerja formal 1 minggu = 39 jam
- Jumlah jam kerja formal 1 hari =  $\frac{39 \text{ jam}}{6 \text{ hari}} = 6 \text{ jam/hari}$

$$\textit{Allowance} 30\% \times 39 \text{ jam} = 11,7 \text{ jam}$$

- Jam kerja efektif 1 minggu  
= 39 jam – 11,7 jam = 27,3 jam
- Jam kerja efektif 1 hari  
=  $\frac{27,3 \text{ jam}}{6 \text{ hari}} = 5 \text{ jam/hari}$

- Jam kerja efektif = 1 hari x 5 jam = 300 menit
- Jam kerja per minggu = 6 hari x 5 jam = 30 jam = 1800menit
- Jam kerja efektif per bulan = 24 hari x 5 jam = 120 jam = 7200 menit

- d. Jam kerja efektif per tahun = 287 hari x 5 jam = 1435 jam = 86100 menit

## 2.9.1 Perhitungan Kebutuhan Pegawai

### 2.9.1.1 Pendekatan Tugas Pertugas Jabatan

Metoda ini adalah metoda menghitung kebutuhan pegawai pada jabatan yang hasil kerjanya abstrak atau beragam, artinya hasil kerja dalam jabatan banyak jenisnya.

Informasi yang diperlukan untuk dapat menghitung kebutuhan pegawai dengan metode ini adalah :

- Uraian tugas beserta jumlah beban untuk setiap tugas
- Waktu penyelesaian tugas
- Jumlah waktu kerja efektif perhari rata-rata

Rumus menghitung dengan pendekatan metoda ini adalah

$$\frac{\text{waktu penyelesaian tugas} \times \text{beban kerja}}{\text{waktu kerja efektif}}$$

## 2.10 Konsep Case Manager

### 2.10.1 Pengertian *Case Manager* (Manajer Kasus)/ Manajer Pelayanan Pasien (MPP)

*Case Manager* (manajer kasus/ Manajer Pelayanan Pasien (MPP) adalah professional di rumah sakit yang melaksanakan manajemen pelayanan pasien, berkoordinasi, dan kolaborasi dengan DPJP serta PPA lainnya, manajemen rumah sakit, pasien dan keluarganya, pembayarannya, mengenai asesmen, perencanaan, fasilitas, koordinasi asuhan, evaluasi, dan advokasi untuk opsi dan pelayanan bagi

memenuhi kebutuhan pasien dan keluarganya yang komprehensif, melalui komunikasi dan sumber daya yang tersedia sehingga memberi hasil (*outcome*) yang bermutu dengan biaya efektif selama dan pasca rawat inap (KARS, 2015).

*Case Manager* adalah seseorang yang membantu pasien sebagai perhubung antara pasien, keluarga dan para dokter. Seorang case manager harus mengerti kondisi pasien dan pengobatannya agar dapat membantu pasien memahaminya pula (CMSA, 2010)

### **2.10.2 Peran Case Manager**

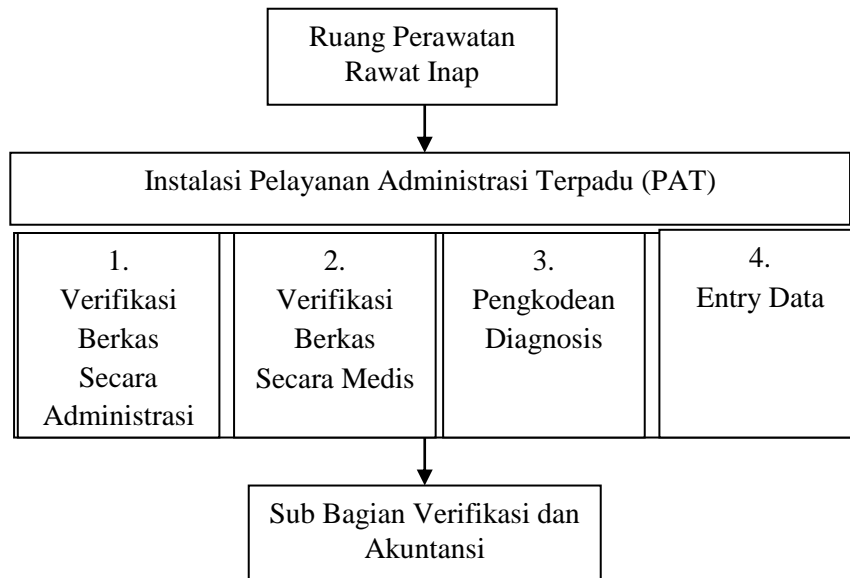
Peran *case manager* sangat penting untuk memastikan pelayanan yang berkualitas, sesuai dengan kebutuhan klien dan berkesinambungan sejak pasien masuk rumah sakit sampai pasien keluar dari rumah sakit. CMSA (2010) menyebutkan beberapa peran *case manager* yaitu :

1. Melakukan asesmen yang komprehensif dari kesehatan pasien dan kebutuhan psikososial, meliputi mengenal status kesehatan dan defisit kesehatan, serta mengembangkan rencana *case management* secara kolaborasi dengan klien dan keluarga atau pemberi asuhan.
2. Perencanaan bersama klien, keluarga dan pemberi asuhan, dokter penanggung jawab, pemberi pelayanan lainnya, penjamin biaya, dan masyarakat untuk memaksimalkan respon pelayanan kesehatan, kualitas dan *cost effective outcomes*.

3. Memfasilitasi komunikasi dan koordinasi antara anggota tim perawatan kesehatan yang melibatkan klien dalam proses pengambilan keputusan untuk meminimalkan fragmentasi dalam pelayanan
4. Edukasi klien, keluarga atau pengasuh, dan anggota tim pelayanan kesehatan tentang pilihan pengobatan, sumber daya masyarakat, manfaat asuransi, kekhawatiran psikososial, *case management*, dan lain-lain sehingga keputusan yang tepat waktu dan informasi dapat dibuat.
5. Pemberdayaan klien untuk memecahkan masalah dengan menjelaskan pilihan perawatan, bila tersedia dan rencana alternatif, bila perlu untuk mencapai hasil yang diinginkan.
6. Mendorong penggunaan yang tepat dari layanan kesehatan dan berusaha untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan menjaga efektifitas biaya berdasarkan kasus perkasus.
7. Membantu klien dalam transisi perawatan yang aman ke tingkat yang paling tepat berikutnya. Berusaha meningkatkan advokasi dan pemantauan nasib klien sendiri
8. Advokasi antara klien dan penjamin biaya untuk memfasilitasi hasil positif untuk klien, tim kesehatan, dan penjamin biaya. Namun, jika konflik muncul, kebutuhan klien harus menjadi prioritas.

### 2.11 Alur Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan

Alur pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yaitu dimulai dari Instalasi PAT menerima berkas pengajuan klaim berupa data status pasien yang dikirim secara bertahap setelah 3 hari dihitung dari tanggal pulang. Setelah berkas berada di Instalasi PAT, berkas akan diverifikasi baik secara administrasi dan diagnosis, kemudian berkas resume medis dikoding menggunakan ICD-10 dan ICD 9CM sesuai aturan yang berlaku dan regulasi yang ditetapkan pemerintah. Setelah selesai dikoding lalu memasukan kode-kode penyakit dan tindakan tertentu ke aplikasi E-klaim, dari aplikasi tersebut akan dibaca dan diproses di *grouped* INA-CBG's dari kode tertentu menjadi tarif. Kemudian setelah diproses di Instalasi PAT berkas diserahkan ke Sub Bagian Verifikasi dan Akuntansi untuk diverifikasi kembali berkas pengajuan klaim yang telah dinyatakan benar dan lengkap untuk dibuatkan dan melengkapi kwitansi dan berita acara verifikasi berkas dan klaim serta pendukung lainnya. Berkas data klaim yang sudah terverifikasi ditanda tangani oleh Kepala Bagian Keuangan selanjutnya di tanda tangani oleh Direktur. Berkas data klaim yang sudah ditanda tangani oleh Direktur dikirim ke kantor BPJS Kesehatan. Adapun alur proses pelayanan pengajuan klaim BPJS kesehatan pasien rawat inap sebagai berikut :



Gambar 2. 1 Skema Alur Proses Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan

## 2.12 Antrian

### 2.12.1 Pengertian dan Tujuan Analisis Teori Antrian

Menurut Heizer dan Render (2008), teori antrian merupakan ilmu pengetahuan tentang antrian. Antrian adalah orang-orang atau barang dalam barisan yang sedang menunggu untuk dilayani. Menurut Ariani (2009), garis tunggu terjadi karena adanya ketidak seimbangan sementara antara permintaan pelayanan dan kapasitas sistem yang menyediakan pelayanan. Dalam kehidupan sehari-hari, tingkat permintaan bervariasi dan pelanggan datang pada waktu dan interval yang tidak dapat diprediksi. Tingkat pelayanan juga bervariasi tergantung kebutuhan pelanggan. Garis tunggu dapat berkembang jika waktu memproses pelanggan konstan.



Beberapa cara dalam mengelola antrian dengan model antrian kuantitatif, antara lain:

1. Menentukan waktu antri/menunggu yang dapat diterima oleh pelanggan.
2. Mencoba mengalihkan perhatian pelanggan bila harus antri/menunggu.
3. Memberi informasi kepada pelanggan mengenai apa yang diharapkan
4. Menjauhkan karyawan yang tidak melayani pelanggan sehingga tidak terlihat oleh pelanggan.
5. Menyusun segmentasi pelanggan.
6. Melatih keramahan kepada karyawan.
7. Mendorong pelanggan untuk datang selama periode longgar.
8. Menggunakan pandangan jangka panjang untuk menyelesaikan permasalahan antrian.

### **2.12.2 Komponen Sistem Antrian**

Menurut Heizer dan Render (2008) terdapat tiga komponen dalam sebuah sistem antrian, yaitu :

1. Kedatangan atau masukan sistem

Kedatangan memiliki karakteristik seperti ukuran populasi, perilaku, dan sebuah distribusi statistik

2. Disiplin antrian atau antrian itu sendiri

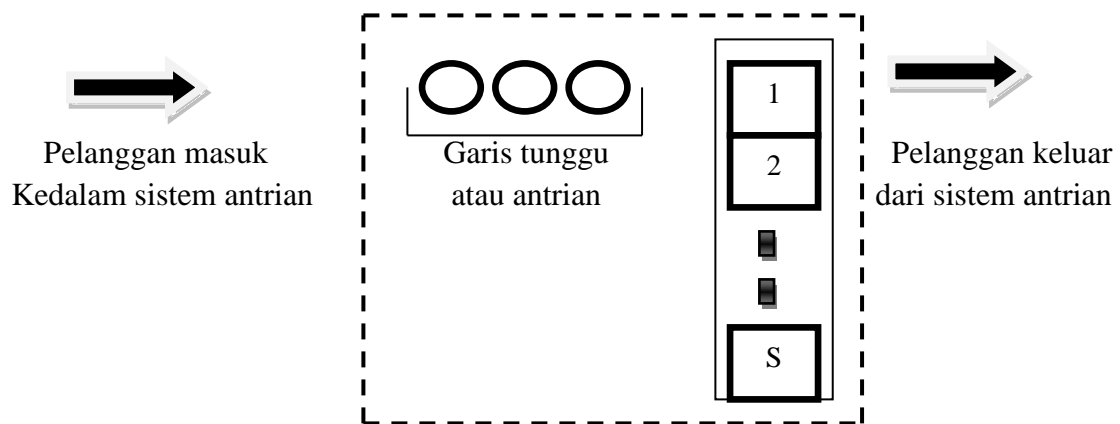
Karakteristik antrian mencakup apakah jumlah antrian terbatas atau

tidak terbatas panjangnya dan materi atau orang-orang yang ada didalamnya

### 3. Fasilitas pelayanan

Karakteristik fasilitas pelayanan meliputi desain dan distribusi waktu pelayanan.

Komponen dari sebuah sistem antrian dijelaskan dalam Gambar berikut



Gambar 2. 2 Komponen Sistem Antrian (Heizer dan Render, 2008)

#### 2.12.3 Karakteristik Antrian

Menurut Heizer dan Render (2008), karakteristik dari setiap komponen penyusun sebuah antrian dijabarkan sebagai berikut:

##### A. Karakteristik Kedatangan

Tiga karakteristik utama yang harus dimiliki oleh sumber input yang menghadirkan kedatangan pelanggan bagi sebuah sistem pelayanan adalah sebagai berikut:

1. Ukuran populasi (sumber) kedatangan

Merupakan sumber kedatangan dalam sistem antrian yang meliputi:

a. Populasi tidak terbatas

Sebuah antrian ketika terdapat materi atau orang-orang yang jumlahnya tidak terbatas dapat datang dan meminta pelayanan, atau ketika kedatangan atau pelanggan dalam suatu waktu tertentu merupakan proporsi yang sangat kecil dari jumlah kedatangan potensial. Contoh dari populasi yang tidak terbatas adalah mobil yang datang di sebuah tempat pencucian mobil, para pengunjung yang tiba di sebuah supermarket, dan para mahasiswa yang datang untuk mendaftarkan diri pada sebuah universitas besar.

b. Populasi terbatas

Sebuah antrian ketika hanya ada pengguna pelayanan yang potensial dengan jumlah terbatas. Sebagai contoh, 1 pasien datang setiap 15 menit atau 1 mahasiswa datang setiap setengah jam.

2. Perilaku kedatangan

Perilaku pelanggan untuk memperoleh pelayanan berbeda-beda.

Terdapat 3 (tiga) karakteristik kedatangan, yaitu:

- a. Pelanggan yang sabar adalah mesin atau orang-orang yang menunggu dalam antrian hingga mereka dilayani atau tidak berpindah antrian.

- b. Pelanggan yang menolak tidak akan mau untuk bergabung dalam antrian karena merasa terlalu lama waktu yang dibutuhkan untuk dapat memenuhi keperluan mereka.
- c. Pelanggan yang membelot adalah mereka yang masuk antrian akan tetapi menjadi tidak sabar dan meninggalkan antrian tanpa melengkapi transaksi mereka.

### 3. Pola kedatangan

Menggambarkan bagaimana distribusi pelanggan memasuki sistem. Distribusi kedatangan terdiri dari:

#### a. Constant Arrival Distribution

Pelanggan yang datang setiap periode tertentu.

#### b. Arrival Pattern Random

Pelanggan yang datang secara acak.

### B. Karakteristik Antrian

Garis antrian merupakan komponen kedua pada sistem antrian yang memiliki dua karakteristik utama, yaitu:

#### 1. Antrian terbatas atau antrian tak terbatas

Sebuah antrian disebut terbatas jika antrian tersebut tidak dapat meningkat lagi baik oleh adanya peraturan maupun keterbatasan fisik. Sedangkan, antrian tak terbatas terjadi pada sebuah antrian ketika ukuran antrian tersebut tidak dibatasi.

#### 2. Aturan antrian

Aturan antrian mengacu pada peraturan pelanggan yang ada dalam barisan yang akan menerima pelayanan. Empat disiplin antrian, yaitu:

a. First Come First Serve (FCFS)

FCFS merupakan disiplin antrian yang sering dipakai pada beberapa tempat dimana pelanggan yang datang pertama akan dilayani terlebih dahulu. Antrian seperti ini banyak digunakan antara lain pada antrian klinik dokter, bank, dan layanan tiket bioskop.

b. Last Come First Serve (LCFS)

LCFS merupakan disiplin antrian dimana pelanggan terakhir justru dilayani terlebih dahulu.

c. Shortest Operation Times (SOT)

SOT merupakan sistem pelayanan dimana pelanggan yang membutuhkan waktu pelayanan tersingkat mendapat pelayanan pertama.

d. Service In Random Order (SIRO)

SIRO merupakan sistem pelayanan dimana pelanggan mungkin akan dilayani secara acak (random), tidak peduli siapa yang lebih dulu tiba untuk dilayani..

#### 2.12.4 Ragam Model Antrian

Menurut Heizer dan Render (2008), sistem pelayanan bekerja secara optimal, sebuah perusahaan jasa dapat menentukan waktu pelayanan, jumlah saluran antrian, jumlah pelayan yang tepat dengan menggunakan model-model antrian. Empat model antrian yang sering digunakan :

1. Model A : (M/M/1) (Single Channel Queuing System atau Model Antrian Jalur Tunggal)

Pada model ini dengan kedatangan berdistribusi Poisson dan waktu pelayanan eksponensial. Dalam situasi ini, kedatangan membentuk satu jalur tunggal untuk dilayani oleh stasiun tunggal. Diasumsikan sistem berada pada kondisi berikut :

- a. Kedatangan dilayani atas dasar first-in, first-out (FIFO) dan setiap kedatangan menunggu untuk dilayani terlepas dari panjang antrian.
- b. Kedatangan tidak terikat pada kedatangan yang sebelumnya, hanya saja jumlah kedatangan rata-rata tidak berubah menurut waktu.
- c. Kedatangan digambarkan dengan distribusi probabilitas Poisson dan datang dari sebuah populasi yang tidak terbatas (atau sangat besar)

- d. Waktu pelayanan bervariasi dari satu pelanggan dengan pelanggan yang berikutnya dan tidak terikat satu sama lain, tetapi tingkat rata-rata waktu pelayanan diketahui.
- e. Waktu pelayanan sesuai dengan distribusi probabilitas eksponensial negatif.
- f. Tingkat pelayanan lebih cepat daripada tingkat kedatangan.

## 2. Model B : (M/M/S) (Multiple Channel Queuing System atau Model Antrian Jalur Berganda)

Pada sistem antrian Model B, terdapat dua atau lebih jalur atau stasiun pelayanan yang tersedia untuk menangani para pelanggan yang datang. Asumsi bahwa pelanggan yang menunggu pelayanan membentuk satu jalur dan akan dilayani pada stasiun pelayanan yang tersediaper tama kali pada saat itu. Sistem jalur berganda mengasumsikan bahwa pola kedatangan mengikuti distribusi Poisson dan waktu pelayanan mengikuti distribusi eksponensial negatif. Pelayanan dilakukan secara first-in, first-out (FIFO) dan semua stasiun pelayanan diasumsikan memiliki tingkat pelayanan yang sama. Asumsi lain yang terdapat dalam model jalur tunggal juga berlaku pada Model B.

## 3. Model antrian jalur tunggal dengan kedatangan berdistribusi poisson dan waktu pelayanan konstan (M/D/1).

Beberapa sistem pelayanan memiliki waktu pelayanan yang tetap, dan bukanlah berdistribusi eksponensial seperti biasanya. Di saat

pelanggan diproses menurut sebuah siklus tertentu seperti pada kasus wahana di taman hiburan, waktu pelayanan yang terjadi pada umumnya konstan. Oleh karena itu tingkat waktu yang konstan ini tetap, maka nilai-nilai  $L_q$ ,  $W_q$ ,  $L_s$ , dan  $W_s$ , selalu lebih kecil daripada nilai-nilai tersebut dalam model A, yang memiliki tingkat pelayanan bervariasi.

#### 4. Model antrian jalur tunggal dengan populasi terbatas

Model ini berbeda dengan keiga model antrian sebelumnya, karena saat ini terdapat hubungan saling ketergantungan antara panjang antrian dan tingkat kedatangan.