

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Pembangunan dibidang kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional, sebagai institusi tertinggi pemerintah bertanggungjawab atas pemeliharaan kesehatan dan penyedia sarana pelayanan kesehatan. Kesehatan merupakan salah satu hak dan kebutuhan dasar tiap orang guna meningkatkan standar kesejahteraan kehidupannya, baik secara sosial, ekonomi, politik, maupun spritual. Pelaksanaan pembangunan kesehatan melibatkan seluruh warga masyarakat Indonesia. Hal tersebut dapat dimengerti karena pembangunan kesehatan mempunyai hubungan yang dinamis dengan sektor lainnya.

Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, dinyatakan bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab untuk mengatur terpenuhinya hak hidup sehat bagi penduduk termasuk masyarakat miskin dan tidak mampu. Masalah kesehatan senantiasa berubah dari waktu ke waktu. Tinggi dan rendahnya derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu lingkungan, perilaku dan pelayanan kesehatan yang ke semuanya saling berkaitan. Derajat kesehatan yang tinggi akan berpengaruh positif terhadap produktifitas masyarakat yang pada akhirnya akan memiliki nilai ekonomi bagi masyarakat itu sendiri.

Pengesahan Undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) memberikan landasan hukum terhadap kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, khususnya mengenai jaminan sosial. Jaminan Sosial yang dimaksud dalam Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah

perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak dan meningkatkan martabat hidupnya. Berdasarkan Undang-Undang tersebut Negara berkewajiban memberikan jaminan kesehatan kepada setiap penduduk agar mendapatkan akses pelayanan kesehatan dengan mutu yang terjamin dan memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Selanjutnya, sebagai penyempurna dari Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) 2004 ditetapkan Undang-Undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang resmi beroperasi pada tanggal 1 Januari 2014.

Dengan telah diundangkannya Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) maka, seluruh jaminan kesehatan di Indonesia secara berturut-turut akan bertransformasi ke dalam BPJS Kesehatan. Transformasi tersebut mengakibatkan perubahan sifat, organ dan prinsip pengelolaan, atau dengan kata lain berkaitan dengan perubahan struktur dan budaya organisasi, selanjutnya bagi semua peserta jaminan kesehatan PT Askesin (Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin) secara otomatis dialihkan menjadi peserta jaminan kesehatan BPJS Kesehatan, bagi pihak yang belum beralih ke dalam BPJS kesehatan maka dibebaskan untuk memilih pindah atau tidak. Pindah dalam hal ini dimaksudkan untuk mengganti kartu Askesin yang dimilikinya menjadi kartu BPJS.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan Badan Hukum Publik yang di tugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk masyarakat miskin sehingga dengan adanya BPJS kesehatan diharapkan adanya pemerataan kesejahteraan khususnya dalam bidang kesehatan, agar semua lapisan masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan secara mudah dan tidak terbatas karena biaya. Lembaga ini bertanggungjawab langsung terhadap Pemerintah.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) 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. Sedangkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan tersebut. Pelaksanaan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan bukan tanpa kendala, terlebih dalam menjangkau seluruh wilayah Indonesia yang sangat luas. Hal ini tentu berpengaruh pada pendistribusian sarana dan prasarana demi menunjang terlaksananya program. Selanjutnya proses sosialisasi dianggap sangat penting, sebab tidak semua masyarakat mengetahui akan kebijakan baru dari pemerintah tersebut. Sebelum diterbitkannya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan, Jaminan Kesehatan yang berlaku ialah Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) dan Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah (JAMKESDA). Jaminan Sosial Masyarakat (JAMKESMAS) adalah bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi fakir miskin dan yang tidak mampu iurannya dibayar oleh Pemerintah yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan sejak tahun 2008, dan merupakan perubahan dari Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM).

Tata cara pengajuan dan pembayaran klaim BPJS Pelayanan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut kepada BPJS Kesehatan adalah Kantor Cabang/Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota dilakukan oleh setiap Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) secara kolektif setiap bulannya atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta Program JKN. Tarif yang digunakan oleh FKRTL sesuai dengan kelas Rumah Sakit yang berlaku dan Regionalisasi Tarif sesuai dengan kesepakatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan dan

pengajuan klaim oleh FKRTL ke Kantor Cabang/Kantor layanan Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan setiap bulannya dengan minimal pengajuan adalah 75% dari rata-rata pengajuan klaim penuh bulan sebelumnya. Tarif pelayanan kesehatan di FKRTL ditetapkan berdasarkan hasil kesepakatan regionalisasi tingkat provinsi antara pihak pertama dengan perwakilan Asosiasi Fasilitas Kesehatan disetiap provinsi dengan mengacu pada standar tarif INA-CBG yang telah ditetapkan. Pihak kedua bersama-sama dengan pihak pertama wajib memastikan bahwa tarif INA-CBG yang akan digunakan untuk memasukkan tagihan klaim biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan kelas rumah sakit yang berlaku.

Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat. Rumah Sakit Imelda menggunakan jaminan kesehatan berupa BPJS 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. Rumah Sakit Imelda menggunakan tarif INA-CBG (*Indonesian-case Based Group*) untuk besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKRTL atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur. Rumah Sakit Imelda juga hanya melakukan penagihan biaya pasien BPJS Kesehatan yang menerima pelayanan kesehatan dari Rumah Sakit sesuai dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Dalam mengadakan kerjasama BPJS Kesehatan, Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan harus mengadakan suatu perjanjian yang mengatur hak dan kewajiban masing-masing pihak, misalnya mengenai sistem tagihan pasien BPJS kepada perusahaan BPJS

Kesehatan. Penagihan merupakan suatu proses untuk menagih atau meminta sejumlah uang atas penyerahan jasa kepada pihak tertagih. Sistem penagihan merupakan hal yang sangat penting bagi rumah sakit, terkait dengan kelancaran dalam penerimaan piutang BPJS. Perkembangan masyarakat menuntut setiap penyedia jasa memberikan layanannya yang cepat, praktis, dan berkualitas. Karena itu perlu adanya pengelolaan yang baik dari manajemen berupa sistem informasi yang mendukung dan mengembangkan kegiatan utama Rumah Sakit. Sistem informasi manajemen mempunyai bagian sistem yaitu sistem informasi. Sistem informasi digunakan untuk mendukung kegiatan utama rumah sakit, salah satunya adalah sistem penagihan.

Program BPJS Kesehatan yang ada di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan masih memiliki kendala dalam pelaksanaan penggunaan BPJS Kesehatan. faktor-faktor yang menjadi kendala tersebut disebabkan antara lain:

1. Pelayanan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang belum baik, Misalnya dalam pelayanan obat bahan medis habis pakai yang tidak dikelola dengan baik pegadaannya sehingga mengakibatkan peserta harus membeli sendiri obat yang diperlukan.
2. Kendala sistem informasi yang dimiliki oleh RS. Imelda dalam BPJS Kesehatan yang mengakibatkan data peserta dapat berubah sewaktu-waktu, kendala ini mengakibatkan data keuangan dan data kepesertaan para peserta dapat berubah pada saat mengajukan klaim BPJS Kesehatan pada kantor BPJS Kesehatan.
3. Kesadaran serta kurang pemahannya peserta mengenai aturan BPJS Kesehatan. Kepesertaan BPJS Kesehatan yang bersifat wajib harus dipahami sepenuhnya oleh setiap pekerja sehingga pekerja dengan kesadaran tinggi harus mendaftarkan diri dan keluarganya ke dalam BPJS Kesehatan agar mendapatkan perlindungan jaminan kesehatan.

Selama peneliti melakukan penelitian di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan terhadap tagihan BPJS Kesehatan masalah yang sering ditemui RSU Imelda Pekerja Indonesia dalam melakukan penagihan adalah adanya perbedaan data klaim tagihan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia dengan data yang ada pada Kantor BPJS Kesehatan kemungkinan ini adanya masalah pada sistem informasi tagihan BPJS Kesehatan Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan. Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk membahas lebih lanjut bagaimana sistem informasi yang ada di Rumah Sakit Imelda, maka penulis mengambil judul: **“SISTEM INFORMASI TAGIHAN BPJS KESEHATAN PADA RUMAH SAKIT UMUM IMELDA PEKERJA INDONESIA MEDAN”**.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Menurut Moh. Nazir:

**”Masalah timbul karena adanya tantangan, adanya kesaingan ataupun kebingungan kita terhadap suatu hal atau fenomena, adanya kemenduaan arti (ambiguity), adanya halangan dan rintangan, adanya celah (gap) baik antara kegiatan atau antar fenomena, baik yang telah ada ataupun yang akan ada.”<sup>1</sup>**

Berdasarkan latar belakang masalah, penulis merumuskan masalah yang menjadi dasar penyusunan skripsi ini adalah **“Bagaimana Sistem Informasi Tagihan BPJS Kesehatan pada Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan” ?**

## **1.3 Tujuan Penelitian**

---

<sup>1</sup>Moh. Nazir, 2014, **Metode Penelitian**, Edisi Revisi, Cetakan Kesepuluh: Ghalia Indonesia, Bogor, hal. 96.

Adapun tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui sistem informasi tagihan BPJS kesehatan pada RSUD. Imelda Pekerja Indonesia Medan berdasarkan dengan prosedur Tagihan BPJS Kesehatan yang telah ditetapkan pada perusahaan.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

Dengan dilakukannya penelitian ini, penulis berharap agar hasil yang diperoleh dapat memberikan manfaat antara lain :

1. Bagi peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi tentang BPJS Kesehatan, memperluas pengetahuan serta wawasan tentang kajian ilmiah dan sebagai referensi atau acuan untuk peneliti selanjutnya khususnya dalam penelitian tentang tagihan BPJS Kesehatan.

2. Bagi RSUD. Imelda Pekerja Indonesia Medan

Bagi RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dalam Sistem Informasi Tagihan BPJS Kesehatan pada Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan.

3. Bagi peneliti selanjutnya

sebagai referensi dibidang ilmu akuntansi pada umumnya dan ilmu akuntansi sektor publik pada khususnya yang berkaitan dengan sistem informasi tagihan BPJS Kesehatan.

## **BAB II**

### **LANDASAN TEORI**

#### **2.1 Konsep Dasar Sistem**

Menurut Tata Sutabri:

**“Konsep dasar sistem adalah suatu kumpulan atau himpunan dari unsur, komponen, atau variabel yang terorganisasi, saling berinteraksi, saling tergantung satu sama lain, dan terpadu”.**<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup>Tata Sutabri, 2012, *Analisis Sistem Informasi*, Edisi Kesatu, CV Andi Offset, Yogyakarta, hal. 3



Konsep dasar sistem merupakan suatu kumpulan dari suatu elemen-elemen yang saling berinteraksi (berhubungan) satu dengan yang lainnya untuk mencapai tujuan tertentu.

### 2.1.1 Pengertian Sistem

Menurut Mulyadi:

**“Sistem adalah sekelompok unsur yang erat hubungan satu dengan yang lainnya, yang berfungsi bersama-sama untuk mencapai tujuan tertentu”.**<sup>3</sup>

Menurut Mei Hotma Mariati Munte:

**“Sistem merupakan sekumpulan unsur atau komponen dan prosedur yang harus berhubungan erat satu sama lain dengan berfungsi secara bersama-sama agar tujuan yang sama dapat dicapai.”**<sup>4</sup>

Sistem merupakan suatu kesatuan komponen atau elemen yang saling berhubungan, saling terkait dan saling ketergantungan satu dengan yang lainnya sehingga membentuk satu kesatuan yang kompleks.

### 2.1.2 Jenis-Jenis Sistem

Sistem dapat digolongkan ke dalam beberapa kelompok antara lain:

a. Sistem terbuka vs tertutup

sistem terbuka adalah sistem yang berhubungan dengan lingkungan. sedangkan, sistem tertutup adalah sistem yang tidak berhubungan dengan lingkungan.

b. Sistem manual vs otomatis

---

<sup>3</sup> Mulyadi, 2013, *Sistem Akuntansi*, Edisi Keenam, Cetakan Keenam, Salemba Empat, Jakarta, hal. 2

<sup>4</sup> Munte, Mei Hotman Mariati, 2017, *Sistem Informasi akuntansi*, Buku 1, EDI, Medan: Fakultas Ekonomi UHN, hal. 1

sistem manual adalah sistem yang bekerja berdasarkan campur tangan orang. Sedangkan, sistem otomatis adalah sistem yang dapat bekerja sendiri secara otomatis, sehingga tidak memerlukan campur tangan manusia.

c. Sistem alamiah vs buatan manusia

sistem alamiah adalah sistem yang sudah disediakan oleh alam, sehingga manusia tidak dapat berbuat banyak untuk mempengaruhi sistem tersebut. contohnya adalah sistem hujan, sistem tata surya dan ekosistem. sedangkan, sistem buatan manusia adalah sistem yang diciptakan oleh manusia.

d. sistem statis vs dinamis

sistem statis adalah sistem yang relatif tetap atau tidak berubah. Sedangkan sistem dinamis adalah sistem yang selalu berubah menyesuaikan dengan lingkungannya.

### 2.1.3 Karakteristik Sistem

Menurut I Cenik Ardana dan Hendro Lukman:

**“Setiap sistem mempunyai karakteristik atau ciri-ciri pokok sebagai berikut:**

- 1. dalam satuan unit/entitas (*a unit, an entity*)**
- 2. ada komponen-komponen (*components, elements, parts*)**
- 3. ada batasan sistem (*system boundary*)**
- 4. ada lingkungan luar sistem (*environment*)**
- 5. model aktivitas sistem: masukan (*input*), proses (*process*), keluaran (*output*).**
- 6. ada tujuan sistem (*goal objective*)**
- 7. suatu kegiatan yang berulang secara natural (*natural repeating*).”<sup>5</sup>**

Sebuah sistem juga memiliki karakteristik atau sifat-sifat tertentu, yang mencerminkan hal tersebut bisa dikatakan sebagai suatu sistem. adapun karakteristik yang dimaksud adalah :

a. Komponen sistem (*Components*)

---

<sup>5</sup>I Cenik Ardana dan Hendro Lukman, 2016, *Sistem Informasi Akuntansi*, Edisi Pertama, Jakarta: Mitra Wacana Media, hal. 8

Suatu sistem terdiri dari sejumlah komponen yang saling berinteraksi, yang bekerja sama membentuk satu kesatuan.

b. Batasan sistem (*Boundary*)

Ruang lingkup sistem merupakan daerah yang membatasi antara sistem dengan sistem lainnya atau sistem dengan yang lainnya.

c. Lingkungan luar sistem (*Environment*)

Lingkungan luar sistem dapat menguntungkan dan dapat juga merugikan sistem tersebut.

d. Penghubung sistem (*Interface*)

Media yang menghubungkan sistem dengan subsistem yang lain disebut dengan penghubung sistem atau *interface*.

e. Masukan sistem (*Input*)

Energi yang dimasukkan ke dalam sistem disebut masukan sistem, yang dapat berupa pemeliharaan (*maintenance input*) dan sinyal (*signal input*).

f. Keluaran sistem (*Output*)

Hasil dari energi yang diolah dan diklasifikasikan menjadi keluaran yang berguna. Keluaran ini merupakan masukan bagi subsistem yang lain.

g. Pengolahan sistem (*Procces*)

Suatu sistem dapat mempunyai suatu proses yang akan mengubah masukan menjadi keluaran.

h. Sasaran sistem (*Objective*)

Suatu sistem memiliki tujuan dan sasaran yang pasti dan bersifat deterministik.

#### 2.1.4 Klasifikasi Sistem

Sistem dapat diklasifikasikan dari beberapa sudut pandang, diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Sistem abstrak

Sistem abstrak ialah yang berupa pemikiran atau ide-ide yang tidak tampak secara fisik.

2. Sistem alamiah dan sistem buatan manusia

Sistem alamiah adalah sistem yang terjadi melalui proses alam dan tidak dibuat oleh manusia. Sedangkan sistem buatan manusia ialah sistem yang melibatkan hubungan manusia dengan mesin, yang disebut dengan *human machine system*.

3. Sistem deterministik dan sistem probabilistik

Sistem yang beroperasi dengan tingkah laku yang dapat diprediksi disebut sistem deterministik. Sedangkan sistem yang bersifat probabilistik ialah sistem yang kondisi masa depannya tidak dapat diprediksi, karena mengandung unsur probabilitas.

4. Sistem terbuka dan sistem tertutup

Sistem tertutup merupakan sistem yang tidak berhubungan dan tidak terpengaruh oleh lingkungan luarnya. Sedangkan sistem terbuka adalah sistem yang berhubungan dan dipengaruhi oleh lingkungan luarnya, yang menerima masukan dan menghasilkan keluaran untuk sistem lainnya.

## 2.2 Konsep Dasar Informasi

Menurut Wing Wahyu Winarno: **“Informasi adalah data yang sudah diolah sehingga berguna untuk pembuatan keputusan”**.<sup>6</sup>

Menurut Tata Sutabri:

**“Informasi adalah data yang telah diklasifikasikan atau diolah dan diinterpretasikan untuk digunakan dalam proses pengambilan keputusan”**.<sup>7</sup>

Sistem informasi adalah suatu sistem di dalam suatu organisasi yang mempertemukan kebutuhan-kebutuhan pengolahan transaksi harian, mendukung operasi, bersifat managerial dan kegiatan strategi dari suatu organisasi dan menyediakan pihak luar tertentu dengan laporan-laporan yang ditentukan. Defenisi yang umum, sistem informasi diartikan sebagai suatu sistem dalam suatu organisasi yang mengolah data menjadi bentuk yang lebih berguna untuk mencapai suatu tujuan.

### 2.2.1 karakteristik Informasi

---

<sup>6</sup> Wing Wahyu Winarno, 2006, *Sistem Informasi Akuntansi*, Cetakan Kesatu, Jakarta: UPP (Unit Penerbitan dan Percetakan) STIM, hal 1.6

<sup>7</sup> Tata Sutabri, *Op,Cit*, hal. 22

karakteristik informasi yang baik yaitu akurat, tepat waktu, lengkap, relevan, terpercaya, terverifikasi, mudah dipahami, dan mudah diperoleh.

**Tabel 2.1 Karakteristik Informasi**

Karakteristik	Keterangan
Akurat	Mengambarkan kondisi objek yang sesungguhnya.
Tepat waktu	Informasi harus tersedia sebelum keputusan dibuat. Sering kali informasi tidak diperlukan lagi setelah keputusan dibuat.
Lengkap	Mencakup semua yang diperlukan oleh pembuat keputusan. Lengkap tidak berarti memberikan semua informasi.
Relevan	Berhubungan dengan keputusan yang akan diambil. Keputusan mengenai penagihan utang. Hanya memerlukan informasi tentang transaksi yang menimbulkan utang (tanggal, jumlah transaksi). Kualitas informasi ini sangat berhubungan dengan "lengkap".
Terpercaya	Isi informasi dapat dipercaya (istilah lainnya <i>reliable</i> ). Hal ini tergantung kepada pemberi informasi. Misal, program komputer di suatu perusahaan mengandung kesalahan, sehingga informasi yang disajikan sering keliru. Lama kelamaan, pemakai informasi akan tahu bahwa output program tidak dapat dipercaya.
Terverifikasi	Dapat dilacak ke sumber aslinya ( <i>verifiable</i> ). Apabila pemakai laporan tidak yakin dengan informasi yang diterimanya, dia ingin mendapatkan sumber informasi yang

	diperolehnya. Untuk memeriksa apakah benar informasi yang telah diterimanya itu.
Mudah dipahami	Informasi harus siap dipahami oleh pembacanya. Pamakai laporan tidak ingin berfikir lagi dalam menerima informasi, dia hanya ingin tahu kesimpulannya saja, apakah informasi yang diperlukannya benar (apakah perusahaan laba, kalau ya berapa, dia tidak ingin tahu penjualan tunai berapa, piutang berapa, barang terjual dan seterusnya)
Mudah diperoleh.	Informasi yang sulit diperoleh bisa tidak jadi. Pemakai tidak ingin bersusah payah mencari informasi. Bahkan, bila perlu dia tidak perlu membaca informasi agar tahu isinya, misalnya saja dalam bentuk grafik atau suara atau warna.

**Sumber** : Wing Wahyu Winarno, 2006, *Sistem Informasi Akuntansi*, Cetakan kesatu, UPP, Yogyakarta, hal 1,7

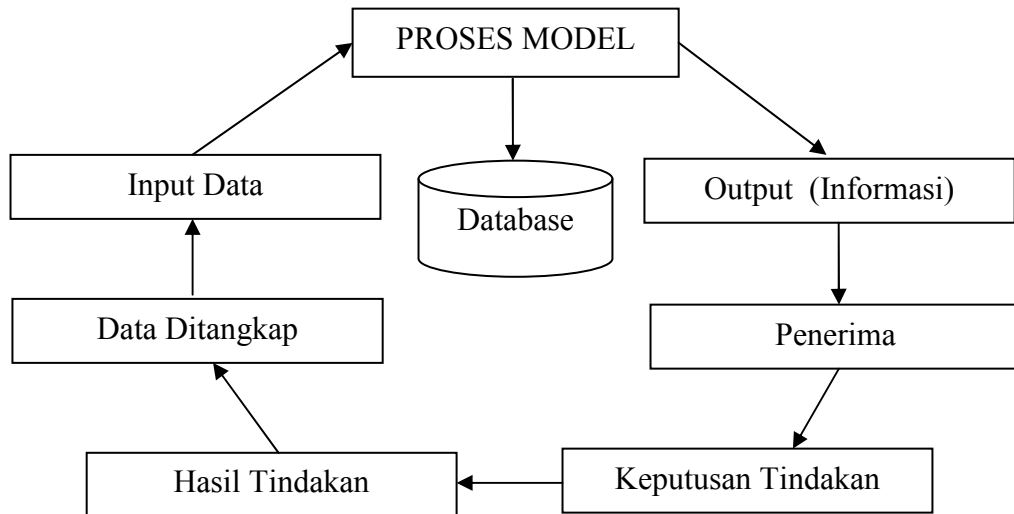
### 2.2.2 Fungsi dan Siklus Informasi

Fungsi informasi adalah menambah pengetahuan atau mengurangi ke tidak pastian pemakai informasi. Informasi yang disampaikan kepada pemakai mungkin merupakan hasil dari data yang dimasukkan ke dalam pengolahan. Informasi yang disediakan bagi pengambilan keputusan memberikan suatu kemungkinan faktor resiko pada tingkat-tingkat pendapatan yang berbeda.

Siklus informasi adalah gambaran secara umum mengenai proses terhadap data sehingga menjadi informasi yang bermanfaat bagi pengguna, informasi yang menghasilkan informasi berikutnya. Proses penghasilan informasi harus dilakukan melalui tahap-tahapn yang dilakukan

komputer sebagai teknologi informasi. Tahapa-tahap tersebut terdiri atas Input – Proses – Output yang disebut sebagai siklus proses informasi. Artinya, bila tahapan telah sampai pada output maka output tersebut dapat dijadikan input kembali.

**Gambar 2.1 Siklus Informasi**



**Sumber** : Tata Sutabri, 2012, *Analisis Sistem Informasi*, Edisi Kesatu, CV Andi Offset, Yogyakarta, hal. 26

Penjelasan dari gambar di atas Data diolah melalui suatu model menjadi sebuah informasi, penerima kemudian menerima informasi tersebut, membuat suatu keputusan dan melakukan tindakan, yang berarti menghasilkan tindakan lain yang akan membuat sejumlah data kembali, data yang ditangkap dianggap sebagai input di proses kembali melalui model, dan begitu seterusnya membentuk sebuah siklus.

### 2.2.3 Nilai dan Kualitas Informasi

Suatu informasi dikatakan bernilai apabila manfaat yang diperoleh lebih berharga dibandingkan dengan biaya untuk mendapatkannya. Akan tetapi perlu diperhatikan bahwa informasi yang digunakan di dalam suatu sistem informasi umumnya digunakan untuk beberapa kegunaan, sehingga tidak mungkin atau sulit untuk menghubungkan antar informasi tentang



suatu masalah dengan biaya untuk memperolehnya, karena sebagian besar informasi digunakan tidak hanya oleh satu pihak saja di dalam perusahaan.

Kualitas dari suatu informasi tergantung dari tiga hal yaitu :

a. Informasi harus akurat (*accurate*)

Informasi harus bebas dari kesalahan-kesalahan dan tidak menyesatkan, akurat juga berarti informasi harus jelas mencerminkan maksudnya, informasi harus akurat karena dari sumber informasi sampai ke penerima informasi kemungkinan banyak terjadi gangguan yang dapat merubah atau merusak informasi tersebut.

b. Tepat waktu (*timelines*)

Informasi yang datang pada penerima tidak boleh terlambat, informasi yang sudah usang tidak akan mempunyai nilai lagi, karena informasi merupakan landasan di dalam pengambilan keputusan, bila pengambilan keputusan terlambat maka dapat berakibat fatal untuk organisasi.

c. Relevan (*relevance*)

Informasi tersebut mempunyai manfaat untuk pemakainnya. Relevansi informasi untuk setiap orang berbeda.

#### 2.2.4 Transformasi Informasi

Menurut Tata Sutabri :

**“Transformasi informasi adalah komponen proses dalam pengelolaan sistem informasi yang berfungsi untuk memproses data menjadi informasi, sehingga dapat di peroleh produk informasi yang diperlukan”.**<sup>8</sup>

Berdasarkan kedudukan dan fungsi tersebut maka komponen transformasi informasi sangatlah penting. Kelancaran dan efisiensi proses ini pada gilirannya akan menentukan jumlah dan mutu produk informasi. Kelancaran itu tampak pada jalannya mekanisme pelaksanaan, mulai

---

<sup>8</sup> Tata Sutabri, *Op.Cit*, hal 34

dari pengumpulan data, pengolahan dan analisis, penyajian dan penyebarluasan, hingga dokumentasi.

### **2.2.5 Pemakaian Informasi**

Pemakaian informasi merupakan suatu komponen yang tak dapat dipisahkan dari pengelolaan sistem informasi karena disinilah sesungguhnya produk informasi didayagunakan sesuai dengan kebutuhannya. Produk informasi dapat dinyatakan bermanfaat bila informasi itu memenuhi kebutuhan pemakinya. Sebaliknya jika produk informasi itu tidak dapat memenuhi kebutuhan pemakainya, maka penyediaan informasi tersebut dapat dikatakan sia-sia. Dengan kata lain, pengelolaan informasi tidak menghasilkan perangkat informasi yang bedaya guna dan berhasil guna.

## **2.3 Konsep Dasar Sistem Informasi**

Menurut Tata Sutabri:

**“Sistem informasi adalah suatu sistem di dalam suatu organisasi yang mempertemukan kebutuhan pengelola transaksi harian yang mendukung fungsi operasi organisasi yang bersifat manajerial dengan kegiatan strategi dari suatu organisasi untuk dapat menyediakan laporan-laporan yang diperlukan oleh pihak luar tertentu.”<sup>9</sup>**

Konsep dasar sistem informasi merupakan suatu kumpulan komponen perangkat keras dan lunak yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan pendukung suatu fungsi operasi organisasi yang bersifat manajerial.

---

<sup>9</sup> Tata Sutabri, *Loc.Cit*, hal. 38

### 2.3.1 Komponen Utama Sistem Informasi

komponen utama sistem informasi adalah pemakai akhir, sumber data, kumpulan data, pemrosesan data, manajemen data base, penghasilan informasi dan umpan balik

1. Pemakai akhir (*End User*)

Pemakai akhir dibagi dalam dua kelompok umum yaitu eksternal dan internal, sehingga para desainer sistem termasuk para akuntan harus menyeimbangkan keinginan para pemakai internal dengan kebutuhan hukum, ekonomi dan biaya.

2. Sumber data (Dokumen/bukti-bukti transaksi)

Sumber data adalah transaksi keuangan yang memakai sistem informasi dari sumber internal dan eksternal.

3. Pengumpulan data (Input)

Pengumpulan data merupakan tahap operasional pertama dalam sistem informasi yang bertujuan untuk memastikan bahwa data-data peristiwa yang memasuki sistem itu sah (valid), lengkap dan bebas dari kesalahan material. Relevan dan efisien adalah dua aturan pengumpulan data.

4. Pemrosesan data (Model)

Setelah dikumpulkan data biasanya diproses untuk menghasilkan informasi yang bervariasi dari yang mulai sederhana sampai kompleks.

5. Manajemen database (Database)

Database organisasi merupakan tempat penyimpanan fisik data keuangan dan non keuangan. Manajemen database memiliki tiga tugas yaitu penyimpanan, perbaikan dan penghapusan.

#### 6. Penghasil Informasi (Teknologi)

Penghasilan informasi merupakan proses pengumpulan, mengatur, memformat dan menyajikan informasi untuk para pemakai.

#### 7. Umpan Balik (Output)

Umpan balik adalah suatu bentuk output yang dikirim kembali ke sistem sebagai suatu sumber data dan digunakan untuk memulai atau mengubah suatu proses.

### **2.3.2 Pengelolaan Sistem Informasi**

Pengolahan sistem informasi merupakan bagian yang tak terpisahkan dari studi manajemen, sebagaimana halnya pengelolaan ketenagaan, keuangan, organisasi, tata laksana, dan sebagainya. Pengelolaan sistem informasi merupakan faktor kunci bagi keberhasilan dan terlaksananya manajemen. Hal ini dapat di mengerti bahwa mengingat semua subsistem manajemen bertopang pada unsur manusia, baik sebagai manajer maupun sebagai bawahan, yang ditentukan dengan cara bertingkah laku atau melakukan perbuatan tertentu yang terarah untuk mencapai tujuan manajemen.

### **2.3.3 Pengendalian Sistem Informasi**

Pengendalian sistem informasi merupakan bagian yang tak dapat dipisahkan dari pengelolaan sistem informasi, bahkan memegang fungsi yang sangat penting karena mengamati setiap tahapan dalam proses pengelolaan informasi. Pengelolaan sistem informasi perlu memahami dan memiliki keterampilan manajerial dalam melaksanakan kegiatan pengendalian sistem informasi, yaitu :

1. kemampuan pengendalian kegiatan perencanaan informasi
2. kemampuan pengendalian proses transformasi informasi

3. kemampuan pengendalian organisasi pelaksana sistem informasi
4. kemampuan melaksanakan kegiatan koordinasi.

#### **2.3.4 Penilaian Sistem Informasi**

Untuk mengetahui komponen-komponen telah beroperasi dengan baik sebagaimana yang diharapkan, maka komponen penilaian pada gilirannya menempati kedudukan dan fungsi yang sangat strategis, sangat menentukan keberhasilan keseluruhan pengelolaan sistem informasi itu. Fungsi utama dari penilaian informasi adalah penyediaan informasi sebagai bahan pertimbangan untuk membuat keputusan. Keputusan ini menyangkut berbagai kemungkinan, misalnya tentang program atau perencanaan, tentang pelaksanaan atau operasional, tentang diagnosis untuk pembinaan atau bimbingan, tentang administratif dan sebagainya.

#### **2.4 Tagihan BPJS Kesehatan**

Tagihan adalah sebuah formulir berisi perincian jasa dan harga, yang harus dibayar oleh orang yang berhutang. Utang dalam hal-hal lain yang biasanya terkait dengan pembayaran. setiap rumah sakit mempunyai tagihan yang berbeda.

Berdasarkan peraturan Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan No. 16 Tahun 2016 tentang petunjuk teknis penagihan dan pembayaran iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yaitu :

1. Peserta pekerja penerima upah
  - a. Tagihan iuran peserta pekerja penerima upah dilakukan dengan pengiriman surat dan/atau metode lain yang telah ditetapkan

- b. Pembayaran iuran peserta pekerja penerima upah ditetapkan sebesar minimum tagihan iuran dan/atau lebih besar sesuai dengan data hasil rekonsiliasi
2. Peserta bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja
    - a. Tagihan iuran peserta bukan penerima Upah (PBPU) dan bukan pekerja (BP) adalah bersifat kolektif untuk seluruh anggota keluarga sebagaimana yang terdaftar pada kartu keluarga dan/atau yang sudah didaftarkan sebagai anggota keluarga.
    - b. metode penggabungan tagihan peserta PBPU dan BP adalah dengan menggabungkan masing-masing total tagihan peserta yang terdaftar dalam pada kartu keluarga dan/atau yang sudah didaftarkan sebagai anggota keluarga.
    - c. saldo iuran yang terdapat pada salah satu anggota keluarga tidak dapat dibagikan kepada anggota keluarga lainnya.
    - d. dikecualikan kepada anggota keluarga yang sudah bekerja dan/atau menikah namun masih tercatat dalam satu kartu keluarga yang sama, dapat mengajukan pemisahan tagihan iuran berdasarkan ketentuan sebagai berikut:
      - a) mengajukan permohonan tertulis dengan melampirkan; copy kartu keluarga; copy KTP/identitas diri lainnya; surat keterangan sudah bekerja
      - b) bagi anggota keluarga yang sudah bekerja, dapat menyampaikan informasi bahwa yang bersangkutan berdomisili ditempat yang terpisah meskipun masih terdaftar dalam kartu keluarga induk.
      - c) bagi anggota keluarga yang sudah menikah, dapat menyampaikan informasi nama-nama anggota keluarga yang akan disatukan ke dalam *virtual account* keluarga yang terpisah dari *virtual account* keluarga induk.
3. Status aktivitas pekerja

- a. Status aktivitas pekerja PBPU baru menyesuaikan dengan ketentuan aktivitas peserta yang telah ada.
- b. Status aktivitas pekerja PBPU yang telah menjadi peserta disesuaikan dengan status awal sebelum digabungkan.

Dalam melakukan klaim tagihan BPJS Kesehatan akan menggunakan beberapa dokumen klaim yang diterima lengkap adalah diterimanya berkas pengajuan klaim termasuk berkas pendukung pelayanan secara lengkap sesuai yang dipersyaratkan. Adapun dokumen yang digunakan dalam pengajuan klaim yaitu:

1. Berkas pendukung lengkap dan bukti pelayanan
2. Lembar formulir pengajuan klaim (FPK) yang disetujui dan di tanda tangani oleh manajemen FKRTL dan
3. Kuitansi asli bermaterai cukup.

#### **2.4.1 Pengiriman Informasi Tagihan**

Pengiriman informasi tagihan BPJS Kesehatan dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1. FKRTL mengirimkan secara resmi tagihan klaim dalam bentuk *sofcopy* dan *hardcopy*
2. pengiriman tagihan BPJS kesehatan kepada pada kantor BPJS dilakukan setiap bulan
3. pengiriman informasi tagihan bagi pekerja penerima upah atau badan usaha adalah pada bulan menunggak ke 1 (satu) bulan
4. pengiriman informasi tagihan bagi peserta pekerja bukan penerima upah atau individu adalah pada bulan menunggak ke 1 (satu) bulan.
5. mekanisme pengiriman surat tagihan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 (satu) No.16 Tahun 2016 yaitu Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya di

singkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

#### **2.4.2 Mekanisme Pengiriman Informasi Tagihan BPJS Kesehatan**

Mekanisme pengiriman informasi tagihan dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1. kantor pusat menentukan modal penagihan iuran yang paling efektif dan efisien dalam pengiriman informasi tagihan kepada peserta (termasuk di dalamnya tunggakaan, besaran iuran bulanan maupun besaran denda, bila ada)
2. kantor Divisi Regional dan Kantor Cabang melakukan monitoring serta evaluasi terhadap efektivitas modal penagihan iuran yang dipilih untuk mengirimkan informasi tagihan kepada peserta.
3. mekanisme pemeriksaan dan pencatatan sebagaimana dimaksud pada ayat 2 No. 16 Tahun 2016 yaitu peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia yang telah membayar iuran.

Seluruh biaya yang timbul atas pengiriman tagihan di kantor cabang dibebankan pada anggaran kantor pusat, dan seluruh biaya yang timbul atas pengiriman tagihan iuran di kantor pusat dibebankan pada anggaran sistem dan kolektif iuran. kantor cabang membuat laporan biaya pengiriman informasi tagihan setiap bulan dan mengirimkan ke Divisi Regional. Divisi Regional melakukan rekapitulasi biaya pengiriman surat tagihan kantor cabang dan membuat analisis efektivitas pengiriman surat tagihan berupa perbandingan jumlah penerimaan tunggakan iuran dibandingkan dengan biaya pengiriman surat tagihan.

Pengiriman informasi tagihan kepada peserta BPJS Kesehatan dapat dilakukan melalui :

1. Surat (secara tercatat)



2. Email
3. SMS
4. Telepon (dilengkapi dengan berita acara), dan
5. Kunjungan (dilengkapi dengan berita acara).

Pemilihan perusahaan ekspedisi/kurir untuk pengiriman dalam bentuk surat tercatat, dilakukan dengan pertimbangan :

1. Efisiensi biaya
2. kecepatan waktu pengiriman, dan
3. Reputasi perusahaan ekspedisi/kurir.

#### **2.4.3 Penerimaan Tagihan BPJS Kesehatan**

Pihak rumah sakit akan mengirimkan tagihan BPJS Kesehatan pada kantor BPJS sebagaimana klaim tagihan dari peserta pengguna BPJS Kesehatan. Setelah pihak rumah sakit mengirimkan tagihan BPJS Kesehatan maka petugas penerima tagihan dari kantor BPJS Kesehatan mengecek kelengkapan dokumen tagihan yang dikirimkan oleh pihak rumah sakit seperti data pasien yang dikirim dan besarnya tagihan BPJS Kesehatan. Apabila dokumen yang dikirimkan ke kantor BPJS Kesehatan lengkap maka kantor BPJS akan membuat tanda terima dengan di isi tanggal dan tanda tangan serta nama jelas penerima tagihan dan diberi stempel. Dokumen yang diterima dari rumah sakit sebagai tagihan BPJS Kesehatan akan dikirimkan kembali pada pihak rumah sakit sebagai penerimaan tagihan BPJS Kesehatan sebagai dasar perhitungan pembayaran tagihan BPJS Kesehatan pada rumah sakit yang bersangkutan. Kantor BPJS Kesehatan akan mengirimkan dokumen tagihan lengkap ke bagian penerima tagihan BPJS Kesehatan dengan meliputi:

- a. Kuitansi bermaterai cukup,
- b. Faktur asli atau Surat jalan asli setelah tagihan diterima oleh pihak penerima tagihan BPJS Kesehatan.

## 2.5 BPJS Kesehatan

Menurut UU No. 24 Tahun 2011 BPJS Kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.

Menurut Hadi Setia Tunggal:

**“Badan pengelola/Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan yang dibentuk oleh pemerintah dibawah pengawasan pihak pemerintah selaku penyelenggara negara, baik pemerintah daerah maupun pusat.”<sup>10</sup>**

Peraturan pemerintah tentang pelaksanaan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS Kesehatan ini mengatur tentang :

1. Tata cara pengenaan sanksi administratif bagi pemberi kerja yang terlambat atau tidak membayar iuran (pasal 17). pengaturan ini harus disinkron dengan pengaturan iuran jaminan kesehatan yang diatur dalam peraturan Presiden tentang jaminan kesehatan.
2. Besaran dan tatacara pembayaran iuran untuk empat program selain program jaminan kesehatan (pasal 19 ayat (5) huruf (b))
3. Sumber dan penggunaan aset BPJS (pasal 41)
4. Sumber dan penggunaan aset Dana Jaminan Sosial (pasal 43)
5. Persentase dana operasional (pasal 45) untuk jaminan kesehatan yang harus ditetapkan oleh DJSN. Mempehatikan rasio biaya operasional terhadap total iuran diterima

---

<sup>10</sup> Hadi Setia Tunggal, 2015, *Memahami Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Indonesia*, Jakarta: Harvarindo, hal.58

diberbagai negara, maka BPJS dapat menggunakan dana operasional maksimum 4 persen dari iuran ditahun-tahun pertama, dan dapat lebih kecil dari 3 persen dimasa stabil.

6. Tata cara hubungan antar lembaga (pasal 51)
7. Tata cara pengenaan sanksi administratif bagi dewan pengawas dan Direksi BPJS (pasal 53).

BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan adalah badan publik yang menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan sedangkan BPJS Ketenagakerjaan adalah badan publik yang menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

BPJS Kesehatan mulai beroperasi pada tanggal 01 Januari 2014. Peserta BPJS adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta BPJS Kesehatan ada dua kelompok, yaitu:

- a. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
- b. Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan

Iuran adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan/atau pemerintah. Bantuan iuran adalah iuran yang dibayar oleh Pemerintah bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program Jaminan Sosial, Iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh pemerintah. Pemberi kerja wajib membayar lunas iuran jaminan keehatan seluruh peserta yang menjadi tanggung jawabnya pada

setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya. Jika terjadi keterlambatan dalam membayar iuran maka, :

- a. Keterlambatan pembayaran lunas iuran jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud, dikenakan denda administratif 2% (dua persen) per bulan dari total iuran yang tertunggak dan ditanggung pemberi kerja
- b. Dalam hal keterlambatan pembayaran lunas iuran jaminan kesehatan disebabkan karena kesalahan pemberi kerja, maka pemberi kerja wajib membayar pelayanan kesehatan pekerjaannya sebelum dilakukan pelunasan pembayaran iuran oleh pemberi kerja.

Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja wajib membayar Iuran Jaminan Kesehatan pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Besaran iuran jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud ditinjau paling lama 2 (dua) tahun sekali yang ditetapkan dengan Peraturan Presiden. Jika terjadi kelebihan atau kekurangan iuran jaminan kesehatan sesuai dengan gaji atau upah peserta maka:

- a. BPJS Kesehatan menghitung kelebihan atau kekurangan iuran jaminan kesehatan sesuai dengan gaji atau upah peserta.
- b. Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran sebagaimana dimaksud, BPJS Kesehatan memberitahukan secara tertulis kepada pemberi kerja dan/atau peserta selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari sejak diterimanya iuran.
- c. Kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diperhitungkan dengan pembayaran iuran bulan berikutnya.

Setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Manfaat jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud terdiri atas manfaat medis dan non medis. Manfaat medis tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Manfaat non medis meliputi manfaat akomodasi dan ambulans. Manfaat akomodasi dibedakan berdasarkan skala besaran iuran yang dibayarkan dan manfaat ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan :

- a. Penyuluhan kesehatan perseorangan
- b. Imunisasi dasar
- c. Keluarga berencana dan skrining kesehatan

### **2.5.1 Tata Cara Pendaftaran Peserta BPJS Kesehatan**

Tata cara Pendaftaran bagi peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja adalah sebagai berikut :

1. Pendaftaran peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja dilakukan dengan mengisi Formulir Daftar Isian Peserta (Formulir DIP) yang memuat :
  - a. nomor KK;
  - b. NIK masing-masing anggota keluarga
  - c. nama lengkap;
  - d. tempat tanggal lahir;
  - e. jenis kelamin;

- f. status perkawinan;
  - g. alamat sesuai KTP;
  - h. alamat penagihan
  - i. nomor telepon;
  - j. kewarganegaraan;
  - k. iuran yang dibayar;
  - l. alamat e-mail; dan
  - m. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
2. Nomor KK, NIK masing-masing anggota keluarga, nama lengkap, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, status perkawinan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a,b,c,d,e,f,g merupakan identitas yang tercantum dalam identitas keluarga dan/atau KTP.
  3. alamat penagihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf h merupakan alamat yang digunakan untuk mengirim tagihan yang dapat berupa alamat KTP atau alamat domisili peserta
  4. nomor telepon sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf i merupakan nomor telepon aktif/telepon genggam yang dapat dihubungi setiap saat
  5. iuran yang dibayar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf k merupakan besaran iuran perorang per bulan sesuai manfaat pelayanan ruang perawatan di kelas yang dipilih
  6. ruang kelas di perawatan yang dipilih sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dapat diubah setelah 1 (satu) tahun
  7. alamat e-mail yang dibayar sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf m merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Pendaftaran peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja dapat dilakukan melalui :

1. Kantor cabang atau Kantor layanan operasional Kabupaten/Kota atau unit pelayanan lain yang ditentukan oleh BPJS Kesehatan
2. Website BPJS Kesehatan, dan
3. Bank atau pihak lain yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

### **2.5.2 Pelayanan Kesehatan Yang Dijamin BPJS Kesehatan**

a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialisik mencakup :

1. Administrasi pelayanan
2. Pelayanan promotif dan preventif
3. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis
4. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif
5. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
6. Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis
7. Pemeriksaan penunjang diagnosis laboratorium tingkat pertama
8. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi.

b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan mencakup :

1. Rawat jalan yang meliputi :
  - a) Administrasi pelayanan

- b) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan sub-spesialis
- c) Tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis
- d) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
- e) Pelayanan alat kesehatan implant
- f) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis
- g) Rehabilitasi medis
- h) Pelayanan darah
- i) Pelayanan kedokteran forensic
- j) Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan.

2. Rawat inap yang meliputi :

- a) Perawatan inap non intensif
- b) Perawatan inap di ruang intensif.
- c) Pelayanan kesehatan lain ditetapkan oleh Menteri

### **2.5.3 Kelas Perawatan Yang Ditanggung BPJS Kesehatan**

1. Di ruang perawatan kelas III bagi :

- a) Peserta PBI Jaminan Kesehatan serta penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah, dan



- b) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja dengan iuran untuk manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.
2. Di ruang perawatan kelas II bagi :
- a) Pegawai negeri sipil dan penerima pensiun pegawai negeri sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya.
  - b) Anggota TNI dan penerima pensiunan anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya
  - c) Anggota POLRI dan penerima pensiun anggota POLRI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya.
  - d) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya
  - e) Peserta Pekerja Penerima Upah bulanan sampai dengan 2 (dua) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya
  - f) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja dengan iuran untuk manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II
3. Di ruang perawatan kelas I bagi :
- a) Pejabat Negara dan anggota keluarganya
  - b) Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan III dan golongan IV beserta anggota keluarganya
  - c) Anggota TNI dan penerima pensiun anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan III dan golongan IV beserta anggota keluarganya

- d) Anggota POLRI dan penerima pensiun anggota POLRI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan III dan golongan IV beserta anggota keluarganya
- e) Pegawai pemerintah non pegawai negeri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan III dan golongan IV beserta anggota keluarganya
- f) Veteran dan perintis kemerdekaan beserta anggota keluarganya
- g) Peserta pekerja penerima upah bulanan lebih dari 2 (dua) kali PTKP dengan status kawin dengan 2 (dua) anak dan anggota keluarganya
- h) Peserta pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja dengan iuran untuk manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.

#### **2.5.4 Pelayanan Kesehatan Yang Tidak Dijamin BPJS Kesehatan**

1. Pelayanan atau hal-hal lain yang tidak termasuk jaminan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut:
  - a. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku.
  - b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan difasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat.
  - c. Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja.
  - d. Pelayanan yang dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas.

- e. Pelayanan kesehatan yang dilakukan diluar negeri.
- f. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik .
- g. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas.
- h. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi).
- i. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alcohol.
- j. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri.
- k. Pengobatan komplementer, alternative dan tradisional, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*).
- l. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen).
- m. Alat dan obat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu.
- n. Perbedaan kesehatan rumah tangga berupa alat, bahan, atau campuran bahan untuk pemeliharaan dan perawatan kesehatan untuk manusia, pengendali kutu hewan peliharaan, rumah tangga dan tempat-tempat umum.
- o. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah.
- p. Pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (Preventable adverse events) dan
- q. Pelayanan kesehatan tertentu dan dukungan kesehatan untuk kegiatan operasional Kemhan, TNI, dan Polri sebagaimana dimaksud pada peraturan presiden Nomor 107 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Tertentu Berkaitan Dengan

Kegiatan Operasional Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Negara Republik Indonesia:

- 1) Pelayanan kesehatan promotif dan preventif
  - 2) Pelayanan pemeriksaan kesehatan berkala anggota TNI dan PNS Kementerian Kesehatan
  - 3) Pelayanan pemeriksaan kesehatan calon peserta rehabilitas terpadu penyandang cacat personel Kementerian Pertahanan dan TNI.
  - 4) Pelayanan kesehatan rehabilitas kecacatan personel kemenrian pertahanan dan TNI
  - 5) Pelayanan pemeriksaan kesehatan calon PNS Kementerian Pertahanan dan
  - 6) Pelayan pemeriksaan kesehatan pendidikan pengembangan PNS Kementerian Pertahanan
  - 7) Pemberian dukungan kesehatan latihan TNI
  - 8) Pemberian pendukung kesehatan Operasi TNI
  - 9) Pemberian kesehatan anggota TNI
  - 10) Pelayanan kesehatan akibat kegiatan latihan dan operasi TNI, dan
  - 11) Kegiatan promotif, preventif dan rehabilitas kesehatan.
- r. Pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang berwenang.

### **2.5.5 Pelayanan Yang Diberikan BPJS Kesehatan**

Dalam pelayanan BPJS Kesehatan jika tidak mendapatkan pelayanan yang baik dari BPJS Kesehatan dapat menyampaikan pengaduan kepada Menteri. Penyampaian pengaduan

harus memperoleh penanganan dan penyelesaian secara memadai dan dalam waktu yang singkat serta diberikan umpan balik ke pihak yang menyampaikan. Penyampaian pengaduan dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pola pemberian pelayanan kesehatan yang akan dikelola oleh BPJS Kesehatan adalah pola rujukan berjenjang. Pola rujukan berjenjang adalah pola pemberian layanan kesehatan dimana pelayanan primer diberikan oleh PPK tingkat I, namun apabila diperlukan rujukan spesialistik akan dirujuk ke PPK lanjutan.

#### **2.5.6 Pembangunan Sistem dan Prosedur Operasional BPJS Kesehatan**

Pembenahan sistem dan prosedur operasional yang dipersiapkan oleh PT Askes (Persero) bersifat adaptif terhadap perubahan tata peraturan, pemangku kepentingan BPJS Kesehatan, dan risiko finansial.

Sistem dan prosedur operasional yang akan dibangun bertujuan untuk mendukung operasional BPJS Kesehatan yang *cost effective*, berkelanjutan, berorientasi hasil layanan. Hal ini disesuaikan dengan tujuan penyelenggaraan jaminan kesehatan dan sesuai dengan prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

BPJS menyelenggarakan Sistem Jaminan Sosial Nasional berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

1. Asas kemanusiaan yaitu Asas yang terkait dengan penghargaan terhadap martabat manusia.
2. Asas manfaat yaitu Asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif.

3. Asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia yaitu Asas yang bersifat adil.

## 2.6 Rumah Sakit

Menurut Wolper dan Pena; 1987 dalam buku Azrul Azwar bahwa:

**“Rumah sakit adalah tempat dimana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan.”<sup>11</sup>**

Menurut UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara pripturna dan menyediakan pelayanan rawat inap dan rawat jalan dan rawat darurat. Rumah sakit merupakan salah satu sarana kesehatan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan dengan memberdayakan berbagai kesatuan personel terlatih dan terdidik dalam menghadapi dan menangani masalah medik untuk pemulihan dan pemeliharaan kesehatan yang baik. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat dan tempat yang digunakan untuk menyelenggarakannya disebut sarana kesehatan. Sarana kesehatan berfungsi melakukan upaya kesehatan dasar, kesehatan rujukan dan atau upaya kesehatan penunjang.

### 2.6.1 Tugas dan Fungsi Rumah sakit

Menurut Indra Bastian:

**“Fungsi Rumah Sakit adalah sebagai sarana pelayanan kesehatan maupun bagian mata rantai rujukan pelayanan kesehatan.”<sup>12</sup>**

---

<sup>11</sup> Azwar. Azrul, 2012, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga, Jakarta: Binarupa Aksara, hal. 88

<sup>12</sup> Indra Bastian, 2008, *Akuntansi Kesehatan*, Yogyakarta: Erlangga, hal 27

Tujuan rumah sakit adalah melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan. Sedangkan fungsi utama rumah sakit adalah sebagai sarana pelayanan kesehatan maupun bagian mata rantai rujukan pelayanan kesehatan.

Dalam menyelenggarakan fungsi rumah sakit, maka rumah sakit menyelenggarakan kegiatan sebagai berikut:

1. Pelayanan medis
2. Pelayanan dan asuhan keperawatan
3. Pelayanan penunjang medis dan nonmedis
4. Pelayanan kesehatan masyarakat dan rujukan
5. Pendidikan, penelitian dan pengembangan
6. Administrasi umum dan keuangan

### **2.6.2 Pelayanan Rumah Sakit**

Pelayanan rumah sakit saat ini merupakan salah satu isu penting dalam meningkatkan kunjungan pasien rawat jalan dan rawat inap di suatu rumah sakit. Dengan dibangunnya rumah sakit baru dengan peralatan yang lebih canggih serta tenaga lebih terampil, rumah sakit swasta dan rumah sakit pemerintah yang ada harus meningkatkan kepuasan pasiennya. Selain peningkatan mutu pelayanan teknis medis, peningkatan mutu pelayanan yang berhubungan

dengan emosi pasien. pelayan yang dimaksud adalah pelayanan yang ramah, sopan dan santun, gesit, terampil, serta peduli dengan keluhan pasien.

Pelayanan tersebut merupakan pelayanan yang berkarakter, hal tersebut harus menjadi fokus perhatian pihak manajemen rumah sakit sehingga mampu menarik pasien baru dan mempertahankan pasien lama. Untuk menghasilkan suatu pelayan yang berkarakter, pihak manajemen harus melaksanakan hal-hal sebagai berikut:

1. Terhadap karyawan, melaksanakan pendidikan dan pelatihan yang berhubungan dengan pembentukan karakter yang baik, terutama dibidang pelayanan pasien.
2. Terhadap pasien, pasien mengetahui hak dan kewajibannya, sehingga ia tahu mana yang merupakan haknya dan apa yang menjadi kewajibannya. Pihak manajemen harus mencantumkan atau memasang peraturan-peraturan tersebut, sehingga pasien mudah membacanya.
3. Terhadap pihak manajemen sendiri, pihak manajemen harus membuka diri untuk menerima saran dan kritikan dari karyawan serta dari pihak pasien. Pihak manajemen harus memenuhi hak dan kewajibannya untuk mensejahterakan karyawannya. Sehingga kualitas pelayanan dapat ditingkatkan.

### **2.6.3 Siklus Aktivitas Rumah Sakit**

Dalam sebuah rumah sakit mempunyai siklus aktivitas sebagai berikut: melakukan tindakan-tindakan medis seperti pemeriksaan, pengobatan dan perawatan kesehatan masyarakat. Secara lebih luas, tergantung pada sumber daya yang dimiliki sebuah rumah sakit dalam mempunyai siklus aktivitas sebagai berikut:

1. Menyelenggarakan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan kepada umum (masyarakat)



2. Menyelenggarakan pendidikan dan latihan tenaga medis, ahli dan para medis, baik yang diselenggarakan sendiri maupun bersama dengan instansi lainnya.
3. Mengadakan dan melakukan penelitian.

#### **2.6.4 Klasifikasi Rumah Sakit**

Rumah sakit dapat diklasifikasikan berdasarkan berbagai kriteria sebagai berikut:

1. Berdasarkan Kepemilikan

Klasifikasi berdasarkan kepemilikan terdiri atas Rumah Sakit pemerintah; terdiri dari: Rumah Sakit yang langsung dikelola oleh Departemen Kesehatan, Rumah Sakit pemerintah daerah, Rumah Sakit militer, Rumah Sakit BUMN, dan Rumah Sakit swasta yang dikelola oleh masyarakat.

2. Berdasarkan Jenis pelayanan

Klasifikasi berdasarkan jenis pelayanannya, rumah sakit terdiri atas: Rumah Sakit Umum, memberi pelayanan kepada pasien dengan beragam jenis penyakit dan Rumah Sakit Khusus, memberi pelayanan pengobatan khusus untuk pasien dengan kondisi medik tertentu baik bedah maupun non bedah. Contoh: rumah sakit kanker, rumah sakit bersalin.

3. Lama tinggal Berdasarkan lama tinggal

rumah sakit terdiri atas rumah sakit perawatan jangka pendek yang merawat penderita kurang dari 30 hari dan rumah sakit perawatan jangka panjang yang merawat penderita dalam waktu rata-rata 30 hari atau lebih.

#### 4. Kapasitas tempat tidur Rumah sakit

pada umumnya diklasifikasikan berdasarkan kapasitas tempat tidurnya sesuai pola berikut ; di bawah 50 tempat tidur, 50-99 tempat tidur, 100-199 tempat tidur, 200-299 tempat tidur, 300-399 tempat tidur, 400-499 tempat tidur, 500 tempat tidur atau lebih.

#### 5. Afiliasi pendidikan Rumah sakit

berdasarkan afiliasi pendidikan terdiri atas 2 jenis, yaitu: Rumah Sakit pendidikan, yaitu rumah sakit yang menyelenggarakan program latihan untuk berbagai profesi dan Rumah Sakit non pendidikan, yaitu rumah sakit yang tidak memiliki hubungan kerjasama dengan universitas.

#### 6. Status akreditasi

Berdasarkan status akreditasi terdiri atas rumah sakit yang telah diakreditasi dan rumah sakit yang belum diakreditasi. Rumah sakit telah diakreditasi adalah rumah sakit yang telah diakui secara formal oleh suatu badan sertifikasi yang diakui, yang menyatakan bahwa suatu rumah sakit telah memenuhi persyaratan untuk melakukan kegiatan tertentu.

### **2.7 Sistem Informasi Rumah Sakit**

Sistem informasi ini meliputi Sistem rekam medis elektronik, sistem informasi laboratorium, sistem informasi radiologi, sistem informasi farmasi, sistem informasi keperawatan. Sistem Informasi Rumah Sakit memiliki dua fungsi utama yaitu : untuk keperluan manajemen dan pengolahan data pasien. Dari sisi manajemen, sistem informasi rumah sakit

memiliki peranan dalam mengatur data keuangan, material dan teknis, sistem kepegawaian, pembayaran (tagihan) ke pasien, dan perencanaan strategi. Dari sisi lain, sistem informasi rumah sakit berfungsi untuk mengelola data inpatient dan outpatient serta mengelola data medis pasien yang meliputi perawatan, diagnosis, dan terapi.

### **2.7.1 Tujuan Sistem Informasi Rumah Sakit**

Secara umum, tujuan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) adalah sebagai berikut :

- a. Meningkatkan efisiensi staf
- b. Menghilangkan duplikasi dan prosedur yang tidak perlu
- c. Menggunakan komputer sebagai alat kerja
- d. Statistik dan teknik pencarian data lebih cepat dan lebih akurat
- e. Meningkatkan kualitas dari status kesehatan
- f. Menciptakan metode kerja yang modern sistem dan metode kerjastandar rumah sakit yang terstandarisa
- g. Sistem komunikasi data antara rumah sakit dan medis
- h. Negara mencapai basis data terdistribusi di negara dan menciptakan hubungannya dengan Jaringan Kesehatan Dunia
- i. Mempromosikan kesehatan masyarakat

### **2.7.2 Jenis Sistem Informasi Rumah Sakit**

Secara umum sistem informasi rumah sakit terbagi atas :

1. Sistem Informasi Klinik

Merupakan sistem informasi yang secara langsung untuk membantu pasien dalam hal pelayanan medis, seperti

- a. Sistem Informasi di ICU
- b. Sistem Informasi pada alat seperti CT Scan, USG tertentu.

## 2. Sistem Informasi Administratif

Merupakan sistem informasi yang membantu pelaksanaan administratif di rumah sakit, seperti :

- a. Sistem Informasi Administratif
- b. Sistem Informasi Billing System
- c. Sistem Informasi Farmasi
- d. Sistem Informasi Penggajian
- e. Sistem Informasi Manajemen

## 3. Sistem Informasi Manajemen

Merupakan sistem Informasi yang membantu manajemen rumah sakit dalam pengambilan keputusan. seperti :

- a. Sistem Informasi manajemen pelayanan
- b. Sistem Informasi Keuangan

Jenis sistem informasi rumah sakit diatas merupakan pembagian jenis sistem informasi rumah sakit berdasarkan pemakaiannya dan apabila dikelompokkan akan membentuk beberapa kelompok lagi, yaitu :

### 1. Individual

Sistem hanya berjalan sendiri tanpa terkait dengan sistem yang lain, seperti:

- a. Sistem Informasi Billing System

b. Sistem Penggajian

2. Modular

Beberapa sistem dikaitkan dalam satu kelompok, sehingga tidak berjalan secara individu, seperti :

a. Sistem informasi keuangan

b. sistem informasi administrasi terkait dengan *Billing system*

3. Terpadu

Semua sistem terkait dan berjalan secara bersamaan serta menjadi satu kesatuan

### **2.7.3 Fungsi Sitem Informasi Rumah Sakit**

Ada beberapa fungsi dari sistem informasi rumah sakit (SIRS) di bagian-bagian sub sistem yang ada dalam sistem rumah sakit, yaitu :

a. Subsistem Layanan Kesehatan, yang mengelola kegiatan layanan kesehatan.

b. Subsistem Rekam Medis, yang mengelola data pasien.

c. Subsistem Personalia, yang mengelola data maupun aktivitas tenaga medis maupun tenaga administrative Rumah sakit.

d. Subsistem Keuangan, yang mengelola data-data dan transaksi keuangan.

e. Subsistem Sarana/Prasarana, yang mengelola sarana dan prasarana yang ada di dalam rumah sakit tersebut, termasuk peralatan medis, persediaan obat-obatan dan bahan habis pakai lainnya.

f. Subsistem Manajemen Rumah Sakit, yang mengelola aktivitas yang ada didalam rumah sakit tersebut, termasuk pengelolaan data untuk plan jangka panjang, menengah, pendek, pengambilan keputusan dan untuk layanan pihak luar.

#### **2.7.4 Manfaat Sistem Informasi Rumah Sakit**

Sistem informasi rumah sakit memiliki beberapa manfaat yang didapatkan apabila dalam rumah sakit menerapkan sistem informasi dengan baik yaitu:

1. Pengendalian mutu pelayanan medis,
2. Pengendalian mutu dan penilaian produktivitas,
3. Analisa pemanfaatan dan perkiraan kebutuhan,
4. Perencanaan dan evaluasi program,
5. Menyederhanakan pelayanan,
6. Mengembangkan dan memperbaiki sistem yang telah ada sehingga memberikan suatu nilai tambah bagi manajemen,
7. Meningkatkan efisiensi dan efektifitas dalam rangka pengelolaan rumah sakit.

#### **2.7.5 Subsistem Dari Sistem Informasi Rumah Sakit**

##### **2.7.5.1 Subsistem Layanan kesehatan**

Subsistem layanan kesehatan ini terdiri dari :

- a) Modul rawat inap berfungsi mengelola data-data dan aktivitas layanan medis rawat inap. Di dalam modul rawat inap berfungsi untuk mencatat tindakan rawat inap, diagnose rawat inap, informasi rincian biaya pasien secara realtime, rincian informasi selisih biaya pasien antara tunai dan jaminan, informasi status ruangan rawat inap, arsip data pasien rawat inap dan Laporan.

- b) Modul rawat jalan berfungsi mengelola data-data dan aktivitas layanan medis rawat jalan. Dalam modul rawat jalan berfungsi untuk mencatat pembayaran transaksi rawat jalan pasien, pembayaran pasien luar, dan Laporan.
- c) Modul layanan penunjang medis yang termasuk di dalamnya tindakan medis, pemeriksaan laboratorium, dsb.

### **2.7.5.2 Subsistem Rekam Medis**

Informasi rekam medis dapat dikelompokkan ke dalam tiga kelompok data yaitu : data master pasien, data akuntansi pasien serta data akuntansi Rumah Sakit. Dari kelompok data tersebut dapat di perinci lagi menjadi kelompok-kelompok kecil data yaitu:

- a) Data mengenai identitas pasien, berisi informasi mengenai biografi pasien, demografi, penanggung jawab medis dan keuangan pasien.
- b) Data mengenai status pelayanan, berisi informasi mengenai tanggal kunjungan, dokter yang menangani, status diagnosa terakhir.
- c) Data mengenai catatan kesehatan (rekam medik), berisi informasi mengenai riwayat penyakit dan kesehatan pasien, hasil pemeriksaan (konsultasi, fisik, penunjang medis dll), diagnosa, tindakan-tindakan dan instruksi yang diberikan oleh dokter, perjalanan penyakit dan perawatan serta obat-obatan yang diberikan.
- d) Data mengenai biaya layanan, berisi informasi mengenai tabel-tabel biaya pendaftaran, konsultasi, tindakan dokter dan keperawatan, pemeriksaan penunjang medis, pemakaian obat dan pemakaian peralatan.

### **2.7.5.3 Subsistem Personalialia**

Subsistem Personalia, yang mengelola data maupun aktivitas tenaga medis maupun tenaga administratif rumah sakit. Berikut adalah modul-modul yang terdapat dalam personalia:

- a) Modul data pribadi dokter
- b) Modul data gaji, fee, tunjangan dll
- c) Modul data kepegawaian dokter (bagian, jabatan, poli, dll)
- d) Modul history pendidikan dan kesehatan dokter
- e) Modul data pribadi karyawan
- f) Modul data kepegawaian karyawan (bagian, jabatan, poli, dll)
- g) Modul pendapatan / fee dokter perbulan
- h) Modul pencetakan pendapatan / fee dokter perbulan

#### **2.7.5.4 Subsistem Keuangan**

Sistem Keuangan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) dimulai dari Billing Pasien, Penagihan dan Akuntansi. Sistem ini digunakan untuk menghitung segala Aktifitas Pasien di rumah sakit yang berhubungan dengan keuangan, sistem ini bersifat on-line disemua lini sehingga perhitungan biaya dapat dilakukan dengan cepat dan terpusat. Menu billing dapat di monitor setiap saat oleh petugas yang berwenang, dan modul ini berakhir di penagihan akhir pasien.

Sistem ini juga on-line ke sistem Akuntansi khususnya di AR (Account Receivable) sehingga untuk keperluan administrasi keuangan tidak perlu ada entry ulang, petugas keuangan tinggal melakukan posting data. Yang termasuk dalam sistem ini adalah :

- a. Perhitungan beban biaya
- b. Pembayaran di Kasir



c. Pengembalian Deposit /Uang Muka oleh Bendahara.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Objek Penelitian**

Dalam penelitian ini yang menjadi objek penelitian adalah Sistem Informasi Tagihan BPJS Kesehatan yang diteliti di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan, Rumah Sakit ini bergerak dalam pelayanan jasa di bidang kesehatan, yang beralamat Jl. Bilal No. 24 Pulo Brayan Darat Medan.

### 3.2 Metode Penelitian

Metode penelitian ini merupakan cara atau bagaimana sipenulis dapat mengumpulkan data informasi yang diperlukan dalam melakukan suatu penelitian. Oleh karena itu metode penelitian yang digunakan oleh penulis dalam pembuatan skripsi ini adalah :

1. Metode Penelitian Kepustakaan (*library research*) yaitu penelitian dilakukan dengan membaca buku-buku, tulisan-tulisan ilmiah dan catatan-catatan selama mengikuti perkuliahan yang berhubungan dengan judul skripsi. Dengan demikian dikumpulkan data sekunder sebagai kerangka kerja teoritis.
2. Metode penelitian lapangan (*field research*) penelitian yang dilakukan langsung pada perusahaan yang bersangkutan dengan maksud untuk memperoleh data informasi yang diperlukan dengan cara:

- a. Wawancara (Interview)

Menurut Sugiyono:

**Wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data apabila peneliti ingin melakukan studi pendahuluan untuk menemukan permasalahan yang harus diteliti, tetapi apabila peneliti juga ingin mengetahui hal-hal dari responden yang lebih mendalam dan jumlah respondenya sedikit/kecil.<sup>13</sup>**

Maka, Wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data yang dilakukan untuk memperoleh data dengan memberikan pertanyaan langsung kepada para pegawai yang berkompeten untuk memberikan informasi dengan yang dibutuhkan peneliti yaitu pegawai administrasi BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia.

- b. Dokumentasi

---

<sup>13</sup>Sugiyono, 2010, *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R&D*, Cetakan Kesepuluh, Bandung: Alfabeta, hal 137

Menurut Suharsimi Arikunto:

**Dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, lengger, agenda, dan sebagainya.**<sup>14</sup>

Maka, Dokumentasi digunakan sebagai teknik pengambilan data-data laporan-laporan yang sudah diolah sebelumnya oleh perusahaan seperti dokumen pengajuan klaim tagihan BPJS Kesehatan dan daftar rekapitulasi klaim tagihan BPJS Kesehatan untuk tahun 2016.

### **3.3 Sumber Data**

Sumber data yang dibutuhkan penulis dalam melakukan penelitian ini adalah data sekunder. **Data sekunder adalah “merupakan sumber data penelitian yang diperoleh melalui media perantara (diperoleh dan dicatat oleh pihak lain)”**.<sup>15</sup> Data sekunder umumnya berupa bukti, catatan atau laporan historis yang telah tersusun dalam arsip (data documenter) yang dipublikasikan dan yang tidak dipublikasi. Adapun data sekunder tersebut yaitu Sejarah singkat, dan struktur organisasi perusahaan dan dokumen yang digunakan untuk pengajuan klaim serta daftar rekapitulasi klaim tagihan BPJS Kesehatan tahun 2016.

### **3.4 Metode Analisis Data**

---

<sup>14</sup>Suharsimi Arikunto, 2010, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Edisi Revisi, Cetakan Keempatbelas, Jakarta: Rineka Cipta, hal 274

<sup>15</sup>Jadongan Sijabat, 2014, *Metodologi Penelitian*, Medan: Fakultas Ekonomi UHN, hal 82

Setelah diperoleh, maka selanjutnya data tersebut dianalisis secara deskriptif dan komparatif :

1. **“Metode deskriptif adalah suatu metode dalam meneliti status kelompok manusia, suatu objek suatu set kondisi, suatu sistem pemikiran, atau pun suatu kelas peristiwa pada masa sekarang”.**<sup>16</sup> Metode ini dilakukan dengan cara menentukan, mengumpulkan, mengklasifikasikan, menganalisis serta menginterpretasikan data pasien dan tagihan BPJS yang dibutuhkan sehingga menghasilkan suatu gambaran yang jelas tentang sistem informasi tagihan BPJS Kesehatan pada perusahaan.
2. **“Metode komparatif adalah ingin membandingkan dua atau tiga kejadian dengan melihat penyebab-penyebabnya”.**<sup>17</sup> Maka metode ini membuat perbandingan berdasarkan teori yang dipelajari dan yang diterapkan agar dapat diketahui kelemahan-kelemahan yang terjadi pada perusahaan mengenai sistem informasi, selanjutnya membuat kesimpulan dan memberikan saran-saran mengenai masalah tersebut.

---

<sup>16</sup>Moh. Naz., *Op.Cit.* hal. 43

<sup>17</sup> Suharsimi Arikunto, *Op.Cit.*, hal 311