



UNIVERSITAS INDONESIA

**Analisis Karakteristik Pasien Terhadap Saldo Piutang Murni Pasien
Rawat Inap di RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2010**

SKRIPSI

EKA MAESAROH

NPM : 0706272931

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JUNI 2011



UNIVERSITAS INDONESIA

**Analisis Karakteristik Pasien Terhadap Saldo Piutang Murni Pasien
Rawat Inap di RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2010**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat

EKA MAESAROH

NPM : 0706272931

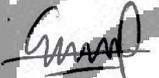
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JUNI 2011

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Eka Maesaroh

Npm : 0706272931

Tanda Tangan: 

Tanggal : 11 Juni 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Eka Maesaroh
NPM : 0706272931
Program Studi : S1 Reguler
Judul Skripsi : Analisis Karakteristik Pasien Terhadap Piutang Murni Pasien Rawat Inap di RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2010

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi S1-4 Reguler, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prastuti Soewondo S.E., MPH., Ph.D ()

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

Penguji : Agus Rahmanto, SKM, MARS ()

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 11 Juni 2011

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Eka Maesaroh

NPM : 0706272931

Program Studi : S1 Reguler

Peminatan : Manajemen Rumah Sakit

Angkatan : 2007

Jenjang : Sarjana

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

**ANALISIS KARAKTERISTIK PASIEN TERHADAP SALDO PIUTANG
MURNI PASIEN RAWAT INAP DI RSIA BUDI KEMULIAAN TAHUN
2010**

apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Juni 2011



(Eka Maesaroh)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Eka Maesaroh

Alamat : Jalan MPR III Dalam No. 2 RT: 004 RW: 013

Kel. Cilandak Barat, Kec. Cilandak, Jakarta Selatan

Tempat Tanggal Lahir: Jakarta, 18 Mei 1989

Agama : Islam

Jenis Kelamin : Perempuan

Pendidikan

1. SDN 03 Pagi Jakarta Tahun 1995-2001
2. SMPN 68 Jakarta Tahun 2001-2004
3. SMAN 34 Jakarta Tahun 2004-2007
4. FKM UI Peminatan MRS Tahun 2007-2011

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT karena atas berkah dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Skripsi ini juga sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Manajemen Rumah Sakit Universitas Indonesia.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis mengalami berbagai hambatan dan kesulitan. Namun, dari hambatan dan kesulitan tersebut penulis mendapatkan pengalaman yang berharga, yaitu semakin bertambahnya pengetahuan penulis. Hal itu tidak terlepas oleh bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak Drs. Bambang Wispriyono, Apt, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
2. Bapak Dr. H. Adang Bachtiar, MPH, DSc, selaku Ketua Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM UI.
3. Ibu Dr. Mieke Savitri, M.Kes, selaku Ketua Program Manajemen Rumah Sakit FKM UI.
4. Ibu Prastuti Soewondo S.E., MPH., Ph.D selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan, dorongan, bantuan, dan saran kepada penulis selama proses bimbingan dan penyusunan skripsi ini.
5. Bapak Dr. Pujiyanto, SKM, M.Kes selaku dosen penguji dalam sidang skripsi peneliti.
6. Bapak Agus Rahmanto, SKM, MARS selaku penguji luar dalam sidang skripsi peneliti.
7. Bapak dr. Moh. Baharuddin, SpOG, MARS selaku direktur utama RSIA Budi Kemuliaan atas kesempatan yang telah diberikan kepada penulis untuk dapat melakukan penelitian di RSIA Budi Kemuliaan.
8. Ibu dr. Eka Nursiaty, MARS yang telah memberikan bimbingan, saran, dan informasi kepada penulis selama penyusunan skripsi.
9. Para dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan bimbingan dan disiplin ilmu kepada penulis.

10. Keluarga tercinta yaitu Mama, Bapak, dan Adik yang selalu memberikan semangat dan dorongan kepada penulis, baik moril maupun materil.
11. Ibu Trismiati selaku Wakil Kepala Bidang Administrasi Keuangan yang telah membantu dalam pemberian data untuk kepentingan penyusunan skripsi.
12. Bapak Ahmad Firdaus, SE, selaku Kepala Bagian Keuangan RSIA Budi Kemuliaan yang telah memberikan bimbingan, pemberian data, informasi, dan saran kepada penulis selama penyusunan skripsi.
13. Kara, Pandan, dan Indah yang selalu memberi saran, membantu serta bersama-sama dalam suka dan duka.
14. Kara, Dede, Tetya, Lia, dan Neisyah yang selalu memberikan semangat dan dukungan dan menjadi tempat penulis bercerita.
15. Teman-teman MRS angkatan 2007 yang telah memberikan dukungan dan doa kepada penulis.
16. Seluruh teman-teman mahasiswa FKM UI yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, besar harapan penulis atas kritik dan saran membangun dari pembaca. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya. Apabila terdapat kata-kata yang tidak sesuai di hati pembaca, penulis mohon maaf.

Depok, Juni 2011

Penulis

Eka Maesaroh

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

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

Nama : Eka Maesaroh
NPM : 0706272931
Program Studi : S1 Reguler
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

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

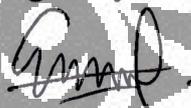
Analisis Karakteristik Pasien Terhadap Saldo Piutang Murni Pasien Rawat Inap di RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2010

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 11 Juni 2011

Yang menyatakan



(Eka Maesaroh)

ABSTRAK

Nama : Eka Maesaroh
Program Studi : S1 Reguler
Judul : Analisis Karakteristik Pasien Terhadap Saldo Piutang Murni Pasien Rawat Inap di RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2010

Skripsi ini membahas mengenai gambaran karakteristik pasien terhadap saldo piutang murni pasien rawat inap di RSIA Budi Kemuliaan tahun 2010. Piutang murni pasien rawat inap merupakan piutang pasien rawat inap yang tidak memiliki jaminan. Tujuan penelitian ini adalah untuk memperoleh gambaran karakteristik pasien yang memiliki piutang murni pada tahun 2010.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan kuantitatif. Masalah yang terjadi adalah adanya kebijakan tanpa uang muka serta terjadinya peningkatan saldo atau jumlah piutang murni pasien rawat inap yang signifikan dari tahun 2009 ke tahun 2010.

Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh bahwa dari kedelapan variabel karakteristik pasien, terdapat 6 variabel yang tidak memiliki hubungan dengan piutang yaitu variabel pekerjaan penanggung jawab pasien, umur pasien, pendidikan, lokasi tempat tinggal, kelas perawatan dan umur piutang. Sedangkan 2 variabel lagi yaitu variabel lama hari rawat dan besar biaya perawatan memiliki hubungan dengan piutang. Hasil penelitian menyarankan bahwa perlu dilakukan upaya dalam pencarian donatur, dilakukan kajian mengenai sosial ekonomi pasien piutang murni, melakukan upaya penagihan yang lebih intensif, memberikan pelayanan yang efektif dan efisien, serta dilakukan pencatatan piutang yang lebih baik.

Kata kunci :
Piutang, karakteristik pasien

ABSTRACT

Name : Eka Maesaroh
Study Program : S1 Reguler
Title : Analysis of Patient Characteristic to Pure Account Receivable Inpatient in RSIA Budi Kemuliaan 2010

The objective of this study is to obtain description on uninsured patient characteristics that has remaining balance of account receivables in the RSIA Budi Kemuliaan during year of 2010. Uninsured patients are those without health coverage and has been hospitalized in this hospital.

This study is a descriptive analytic study using quantitative approach. There are strong value from the owners of RSIA Budi Kemuliaan that the hospital will not charge any down payment for any inpatient care, with or without health coverage. As a result, substantial increase in the balance of account receivable are shown in 2010, as compared to the previous years.

The analysis of 8 variables on patient characteristics indicated that 6 variables do not have significant relationship with the balance of account receivables, that are including occupation, age, education, location, class of service care, and number of days of account receivables. The other 2 variables, that are length of stay and cost of care do have significant relationship with the balance of account receivables. The result of this study suggest that if the owner prefer to maintain their value of not applying down payment to any inpatient care, then there should be further study to explore condition of social economy of existing patients and find other alternative sources of funds. Intensify collection of account receivables and provide efective and efficient care should also be done in the future to improve the balance of account receivables..

Keywords :
Account receivables, patient characteristics

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT.....	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	viii
ABSTRAK.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	4
1.4 Tujuan Penelitian	
1.4.1 Tujuan Umum.....	4
1.4.2 Tujuan Khusus.....	4
1.5 Manfaat Penelitian	
1.5.1 Bagi RSIA Budi Kemuliaan.....	5
1.5.2 Bagi Peneliti.....	5
1.5.3 Bagi Program Studi.....	5
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Rumah Sakit.....	7
2.2 Manajemen Keuangan.....	8
2.3 Manajemen Piutang.....	10
2.4 Umur Piutang.....	23
2.5 Penelitian-penelitian Yang Berhubungan Dengan Piutang Pasien Rawat Inap.....	24
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep.....	27
3.2 Definisi Operasional.....	28
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Jenis Penelitian.....	30
4.2 Tempat Dan Waktu Penelitian.....	30
4.3 Populasi Dan Sampel Penelitian	
4.3.1 Populasi Penelitian.....	30

4.3.2	Sampel Penelitian.....	30
4.3.2.1	Kriteria Inklusi Sampel.....	30
4.3.2.2	Kriteria Eksklusi Sampel.....	30
4.4	Teknik Pengumpulan Data.....	31
4.5	Pengolahan Data.....	31
4.6	Analisis Data.....	31
BAB 5	GAMBARAN SITUASI UMUM RSIA BUDI KEMULIAAN	
5.1	Sejarah Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan.....	32
5.2	Moto, Visi, Misi, dan Tujuan Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan	
5.2.1	Moto Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan.....	34
5.2.2	Visi Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan.....	34
5.2.3	Misi Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan.....	35
5.2.4	Tujuan Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan.....	35
5.3	Profil Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan.....	35
5.4	Struktur Organisasi Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan.....	36
5.5	Jumlah dan Komposisi Pegawai RSIA Budi Kemuliaan.....	36
5.6	Fasilitas Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan.....	38
5.7	Kebijakan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan.....	41
5.8	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i> RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2007-2010.....	43
5.9	<i>Average Length of Stay (AVLOS)</i> RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2007-2010.....	44
5.10	<i>Turn Over Internal (TOI)</i> RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2007-2010.....	45
5.11	<i>Bed Turn Over (BTO)</i> RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2007-2010.....	46
5.12	Bagian Keuangan RSIA Budi Kemuliaan	
5.12.1	Struktur Organisasi.....	47
5.12.2	Uraian Tugas.....	48
5.12.2.1	Uraian Tugas Kepala Bagian Keuangan.....	48
5.12.2.2	Uraian Tugas Bendahara (Kasir Utama).....	49
5.12.2.3	Uraian Tugas <i>Billing</i> Utama (Penata Rekening).....	49
5.12.2.4	Uraian Tugas Kasir Rawat Inap.....	50

5.12.2.5	Uraian Tugas Kasir Rawat Jalan Lantai 2 (Poli Berjenjang)..	50
5.12.2.6	Uraian Tugas Kasir Rawat Jalan Lantai 3 (Poli Pribadi).....	50
5.12.2.7	Uraian Tugas <i>Billing</i> II dan Jaminan.....	50
5.12.2.8	Uraian Tugas Pembukuan.....	51
5.12.2.9	Uraian Tugas Bendahara Gaji...	51
5.12.2.10	Uraian Tugas Jaminan Askes....	52
5.12.2.11	Uraian Tugas Jaminan JPK GAKIN.....	52

BAB 6 HASIL PENELITIAN

6.1	Gambaran Karakteristik Pasien	
6.1.1	Pekerjaan Penanggung Jawab Pasien.....	53
6.1.2	Umur Pasien.....	53
6.1.3	Pendidikan.....	54
6.1.4	Lokasi Tempat Tinggal.....	54
6.1.5	Kelas Perawatan.....	55
6.1.6	Lama Hari Rawat.....	55
6.1.7	Besar Biaya Perawatan.....	56
6.1.8	Umur Piutang.....	56
6.2	Analisa Hubungan Karakteristik Pasien dengan Saldo Piutang Murni Pasien Rawat Inap	
6.2.1	Hubungan Pekerjaan Penanggung Jawab Pasien dengan Saldo Piutang.....	57
6.2.2	Hubungan Umur Pasien dengan Saldo Piutang.....	58
6.2.3	Hubungan Pendidikan dengan Saldo Piutang.....	59
6.2.4	Hubungan Lokasi Tempat Tinggal dengan Saldo Piutang.....	61
6.2.5	Hubungan Kelas Perawatan dengan Saldo Piutang.....	62
6.2.6	Hubungan Lama Hari Rawat dengan Saldo Piutang.....	63
6.2.7	Hubungan Besar Biaya Perawatan dengan Saldo Piutang.....	64
6.2.8	Hubungan Umur Piutang dengan Saldo Piutang.....	65

BAB 7 PEMBAHASAN

7.1	Keterbatasan Penelitian.....	67
7.2	Karakteristik Pasien	67

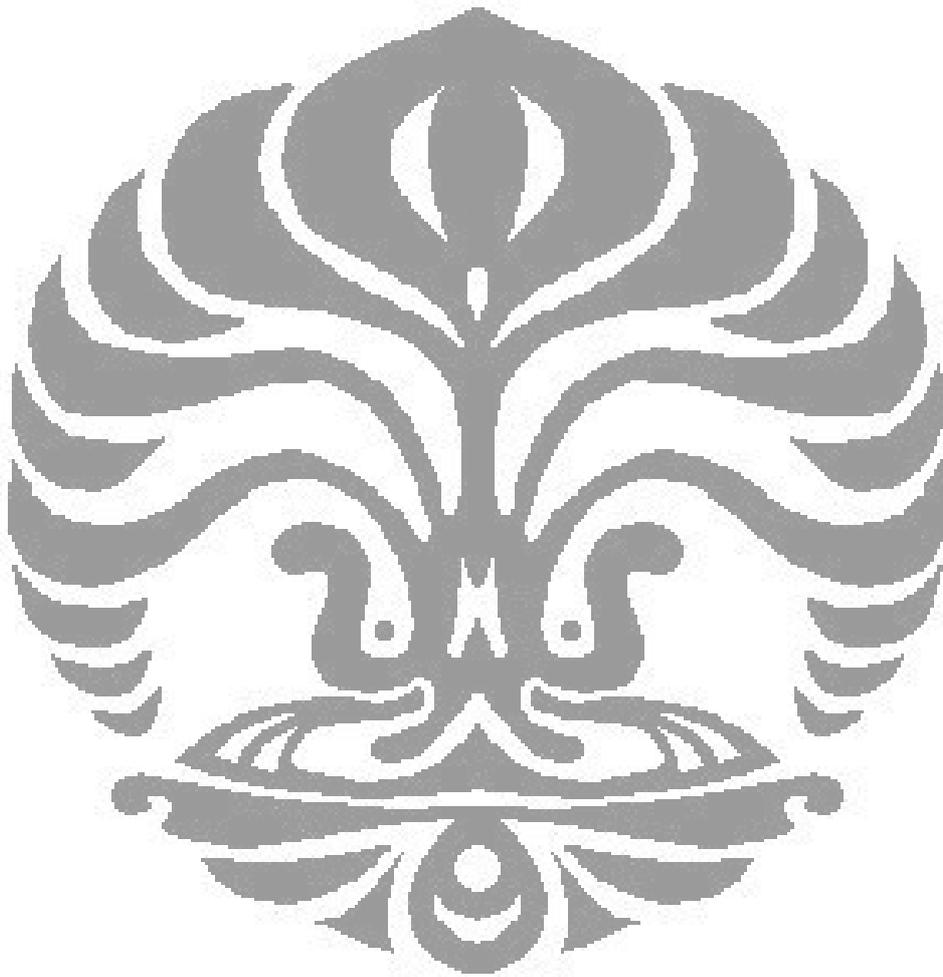
7.3	Hubungan Karakteristik Pasien dengan Saldo Piutang	
7.3.1	Hubungan Pekerjaan Penanggung Jawab Pasien dengan Saldo Piutang.....	68
7.3.2	Hubungan Umur Pasien dengan Saldo Piutang.....	69
7.3.3	Hubungan Pendidikan dengan Saldo Piutang.....	69
7.3.4	Hubungan Lokasi Tempat Tinggal dengan Saldo Piutang.....	70
7.3.5	Hubungan Kelas Perawatan dengan Saldo Piutang.....	70
7.3.6	Hubungan Lama Hari Rawat dengan Saldo Piutang.....	71
7.3.7	Hubungan Besar Biaya Perawatan dengan Saldo Piutang.....	71
7.3.8	Hubungan Umur Piutang dengan Saldo Piutang.....	72
BAB 8	KESIMPULAN DAN SARAN	
8.1	Kesimpulan.....	74
8.2	Saran.....	74
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Piutang Murni Pasien Rawat Inap di RSIA Budi Kemuliaan Periode Tahun 2009-2010.....	3
Tabel 2.1	Besar Penyisihan Kerugian Berdasarkan Umur Piutang.....	12
Tabel 5.1	Jumlah dan Komposisi Pegawai RSIA Budi Kemuliaan.....	37
Tabel 5.2	Sistem Manajemen Pelayanan RSIA Budi Kemuliaan.....	43
Tabel 5.3	BOR RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2007-2010.....	44
Tabel 5.4	AVLOS RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2007-2010.....	45
Tabel 5.5	TOI RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2007-2010.....	46
Tabel 5.6	BTO RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2007-2010.....	47
Tabel 6.1	Distribusi Pasien Piutang Murni Menurut Pekerjaan Penanggung Jawab Pasien.....	53
Tabel 6.2	Distribusi Pasien Piutang Murni Menurut Umur Pasien.....	53
Tabel 6.3	Distribusi Pasien Piutang Murni Menurut Pendidikan.....	54
Tabel 6.4	Distribusi Pasien Piutang Murni Menurut Lokasi Tempat Tinggal.....	54
Tabel 6.5	Distribusi Pasien Piutang Murni Menurut Kelas Perawatan.....	55
Tabel 6.6	Distribusi Pasien Piutang Murni Menurut Lama Hari Rawat.....	55
Tabel 6.7	Distribusi Pasien Piutang Murni Menurut Besar Biaya Perawatan.....	56
Tabel 6.8	Distribusi Pasien Piutang Murni Menurut Umur Piutang.....	56
Tabel 6.9	Distribusi Saldo Piutang Murni Menurut Pekerjaan Penanggung Jawab Pasien.....	57
Tabel 6.10	Distribusi Saldo Piutang Murni Menurut Umur Pasien.....	59
Tabel 6.11	Distribusi Saldo Piutang Murni Menurut Pendidikan.....	60
Tabel 6.12	Distribusi Saldo Piutang Murni Menurut Lokasi Tempat Tinggal.....	61
Tabel 6.13	Distribusi Saldo Piutang Murni Menurut Kelas Perawatan.....	63
Tabel 6.14	Distribusi Saldo Piutang Murni Menurut Lama Hari Rawat.....	64
Tabel 6.15	Distribusi Saldo Piutang Murni Menurut Besar Biaya Perawatan.....	65
Tabel 6.16	Distribusi Saldo Piutang Murni Menurut Umur Piutang.....	66

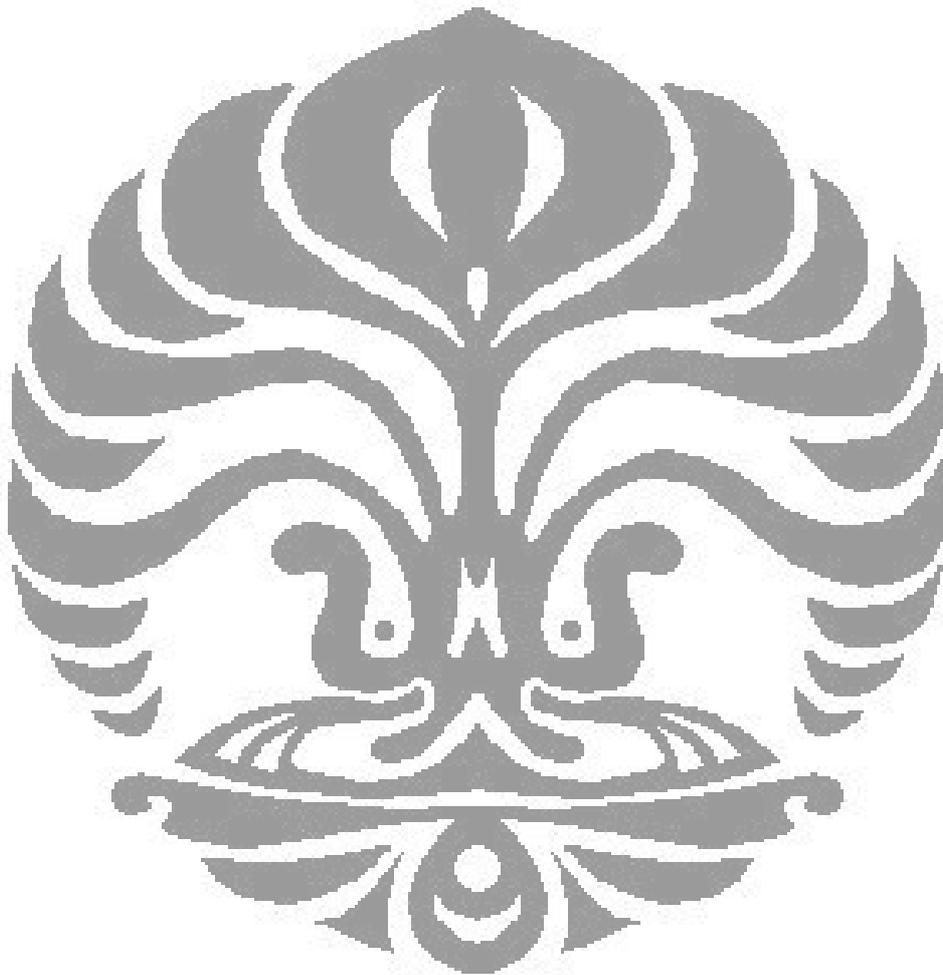
DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	27
Gambar 5.1 Rumus <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR).....	43
Gambar 5.2 Rumus <i>Average Length of Stay</i> (AVLOS).....	44
Gambar 5.3 Rumus <i>Turn Over Internal</i> (TOI).....	45
Gambar 5.4 Rumus <i>Bed Turn Over</i> (BTO).....	46
Gambar 5.5 Struktur Organisasi Bagian Keuangan RSIA Budi Kemuliaan.....	48



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Struktur Organisasi RSIA Budi Kemuliaan
- Lampiran 2: Pedoman Telaah Dokumen
- Lampiran 3 : Surat Pernyataan Hutang
- Lampiran 4 : Lembar Telaah Dokumen



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam era globalisasi saat ini, persaingan dunia usaha semakin ketat. Pada wilayah ASEAN, munculnya kesepakatan AFTA (*Asean Free Trade Area*) yang berlaku pada tahun 2010, melatarbelakangi adanya perdagangan bebas di wilayah ASEAN, tak terkecuali dalam bidang jasa perumahan sakitan (Taurany, 2008). Berubahnya nilai-nilai secara global dan masuknya Indonesia ke dalam persaingan pasar bebas, mengharuskan kita mengubah paradigma tentang rumah sakit. Kini, rumah sakit tidak bisa lagi dipandang hanya sebagai institusi sosial belaka, melainkan sudah menjadi institusi yang bersifat sosio-ekonomis (Sutedja, 2007).

Dalam rangka mengantisipasi persaingan ini rumah sakit dituntut untuk dapat mengelola segala sumber daya yang dimilikinya dengan sebaik-baiknya, termasuk sumber daya keuangannya. Adanya suatu keseimbangan antara jumlah penerimaan dengan pengeluaran keuangan harus dapat dikontrol. Oleh karena itu para manajer rumah sakit harus memahami betul apa saja yang menjadi sumber-sumber penerimaan dan pengeluaran rumah sakit. (Trisdiantono, 1997).

Penerimaan rumah sakit sendiri dapat diperoleh dari berbagai sumber seperti pasien pribadi (pasien umum), perusahaan umum, perusahaan asuransi, bantuan pemerintah pusat dan daerah, bantuan asing serta dana-dana masyarakat lainnya.

Saat ini pendapatan rumah sakit bukan lagi mengandalkan penerimaan pembayaran dalam bentuk tunai saja (*hard cash*) oleh pasien yang membayar sendiri secara lunas (*out of pocket*) melainkan juga melakukan penerimaan pembayaran dalam bentuk kredit/piutang bagi pasien yang menjadi jaminan pihak ketiga maupun bagi pasien yang membayar sendiri namun masih belum melunasi semua pembayarannya tersebut dengan berbagai alasan yang ada. Namun demikian pengelolaan pembayaran dalam bentuk kredit/piutang haruslah dilakukan dengan sebaik-baiknya mengingat dalam pengelolaannya ini pun juga menimbulkan biaya-biaya seperti biaya pembelanjaan piutang, biaya administrasi,

biaya penagihan (*collection*) serta kemungkinannya untuk menjadi piutang yang tidak dapat tertagih (*bad debt*) (Sarwoko, 1995 dalam Basuki, 2004).

Piutang merupakan komponen satuan paling besar dari modal kerja (*working capital*) dan investasi kekayaan/aset (Hy, 1989 dalam Krisnawati, 2007). Piutang pasien merupakan sebagian harta lancar (*current asset*) dari suatu rumah sakit. Sifat dari piutang ini adalah cukup likuid, artinya bila pasien membayar kewajiban tepat waktu tanpa tertunda, maka pihak manajemen rumah sakit dinilai sukses bila dapat menjaga kesinambungan modal kerja yang dapat digunakan untuk kelangsungan hidup (*sustainability*) rumah sakit tersebut. Artinya bila proporsi piutang pasien yang tertagih tepat waktu jumlahnya besar, maka kelangsungan operasional rumah sakit tidak akan terhambat, dan perputaran modal kerja tidak terganggu. Tetapi sebaliknya bila proporsi piutang pasien yang tertagih kecil dimana banyak pasien yang tidak membayar tepat waktu, hal ini akan mempengaruhi ketersediaan modal kerja yang akhirnya mempengaruhi kelancaran operasional rumah sakit (Hallatu, 2000).

Menurut Gaffar (1994), pemakai jasa rumah sakit dapat dibagi dalam dua kategori yaitu penderita rawat jalan dan penderita rawat inap, yang dari masing-masing dihasilkan *patient accounts receivable* atau pendapatan dari pelayanan pasien. Neumann (1988) dalam Basuki (2004) menyatakan bahwa 45% pendapatan rawat inap rumah sakit adalah berupa piutang sedangkan Sabarguna (2003) menyatakan bahwa 21% piutang umumnya merupakan piutang tidak tertagih sehingga sangat dibutuhkan sebuah sistem penatalaksanaan piutang yang baik di suatu rumah sakit.

Piutang dapat berasal dari pasien yang membayar sendiri (tidak memiliki jaminan) maupun jaminan pihak ketiga. Menurut Syaaf (1991) dalam Gaffar (1994), penderita yang membayar sendiri atau *out of pocket* mempunyai resiko paling tinggi untuk menyebabkan piutang tak tertagih (*bad debts*), karena sering ditandai dengan ketidakpastian dalam pembayaran. Sedangkan pasien yang ditanggung oleh "third-party", piutangnya sudah merupakan perjanjian tersendiri antara pihak rumah sakit dengan pihak yang menanggung.

Piutang pasien yang membayar sendiri (pasien yang tidak memiliki jaminan) dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Diantaranya yaitu karakteristik

pasien rawat inap. Selain itu piutang pasien yang membayar sendiri juga ikut dipengaruhi oleh adanya kebijakan terkait piutang yang diterapkan dalam rumah sakit yang bersangkutan.

Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan merupakan rumah sakit swasta yang terletak di wilayah Tanah Abang, Jakarta Pusat. Rumah sakit ini memiliki kebijakan terkait uang muka, yaitu dengan tidak diterapkannya pembayaran uang muka dalam melayani pasien dari semua golongan masyarakat. Tentunya hal ini berpengaruh pada kondisi keuangan rumah sakit, terutama menyangkut piutang rumah sakit.

Berdasarkan data keuangan RSIA Budi Kemuliaan tahun 2009-2010, pendapatan terbesar yang diperoleh rumah sakit berasal dari penerimaan rawat inap yang mencapai 70% dari total pendapatan. Dari penerimaan rawat inap pada tahun 2009 sendiri menunjukkan bahwa sekitar 70% merupakan penerimaan tunai dari pasien yang membayar sendiri. Pasien yang membayar sendiri (tidak memiliki jaminan) juga berpotensi mendatangkan piutang bagi rumah sakit. Pada periode tahun 2009-2010 diketahui bahwa telah terjadi peningkatan piutang pasien yang tidak memiliki jaminan apapun, atau diklasifikasikan sebagai piutang murni. Pada tahun 2009, piutang murni pasien rawat inap yang ada sebesar Rp.303.361.756, lalu pada tahun 2010 piutang murni meningkat menjadi Rp.527.939.939. Terlihat bahwa terjadi peningkatan sebesar Rp.224.578.183 atau dengan kata lain terjadi peningkatan sebesar 74,03%.

Tabel 1.1
Piutang Murni Pasien Rawat Inap di RSIA Budi Kemuliaan Periode Tahun 2009-2010

Tahun	Piutang Murni
2009	Rp303.361.756
2010	Rp527.939.939

Mengingat besarnya kenaikan piutang murni pasien rawat inap RSIA Budi Kemuliaan yaitu sebesar 74,03%, maka hal ini perlu menjadi perhatian untuk menganalisis karakteristik pasien terhadap saldo piutang murni pasien rawat inap di RSIA Budi Kemuliaan tahun 2010.

1.2 Rumusan Masalah

Dengan adanya kebijakan tidak dikenakannya pembayaran uang muka di RSIA Budi Kemuliaan untuk mendapat pelayanan bagi semua golongan masyarakat, tentunya akan memberikan dampak bagi keuangan rumah sakit. Berdasarkan data yang disajikan di atas, terlihat bahwa terjadi peningkatan saldo piutang pasien yang tidak memiliki jaminan apapun, dalam hal ini disebut piutang murni, yang terjadi pada tahun 2009 ke tahun 2010. Piutang dapat merugikan pihak rumah sakit jika saldo piutang tersebut tidak terbayarkan sehingga nantinya dapat mengganggu kegiatan operasional rumah sakit itu sendiri. Untuk itu, perlu dilakukan penelitian tentang "Analisis Karakteristik Pasien Terhadap Saldo Piutang Murni Pasien Rawat Inap di RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2010".

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran karakteristik pasien rawat inap piutang murni di RSIA Budi Kemuliaan tahun 2010?
2. Bagaimana gambaran hubungan karakteristik pasien rawat inap piutang murni terhadap saldo piutang murni pasien rawat inap di RSIA Budi Kemuliaan tahun 2010?
3. Upaya perbaikan apa yang dapat dilakukan untuk mengendalikan meningkatnya saldo piutang murni pasien rawat inap di RSIA Budi Kemuliaan tahun 2010?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mendapat gambaran karakteristik pasien piutang murni serta mengetahui variabel yang berhubungan dengan saldo piutang.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan analisis karakteristik pasien rawat inap piutang murni di RSIA Budi Kemuliaan tahun 2010.

2. Melakukan analisis ada tidaknya hubungan karakteristik pasien rawat inap piutang murni terhadap saldo piutang murni pasien rawat inap di RSIA Budi Kemuliaan tahun 2010.
3. Menyarankan upaya perbaikan untuk mengendalikan meningkatnya saldo piutang murni pasien rawat inap di RSIA Budi Kemuliaan tahun 2010.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi RSIA Budi Kemuliaan

1. Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam upaya menekan piutang murni pasien rawat inap di RSIA Budi Kemuliaan.
2. Diketuinya gambaran karakteristik pasien rawat inap piutang murni di RSIA Budi Kemuliaan.

1.5.2 Bagi Peneliti

1. Untuk memenuhi persyaratan dalam menempuh pendidikan Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Manajemen Rumah Sakit FKM UI.
2. Untuk mendapatkan pengetahuan, pengalaman, serta dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan manajemen rumah sakit yang telah didapat.

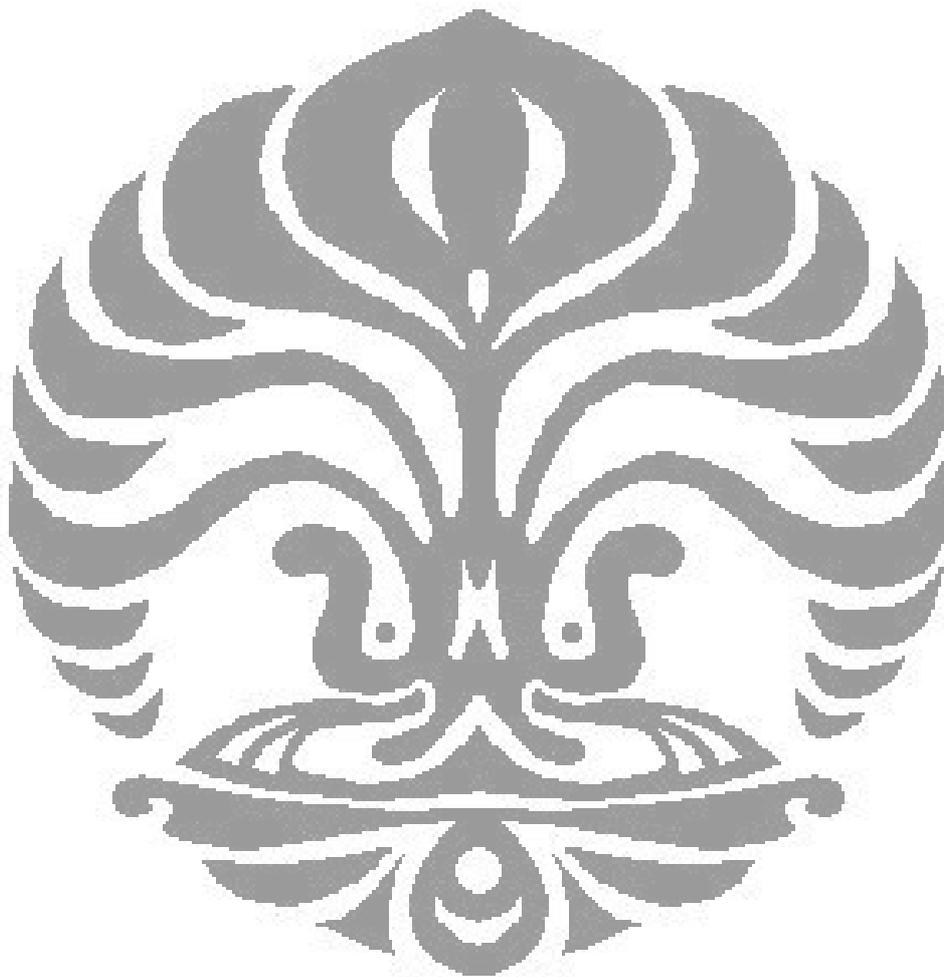
1.5.3 Bagi Program Studi

1. Menambah wawasan dan pengembangan ilmu dalam manajemen rumah sakit khususnya manajemen piutang.
2. Sebagai evaluasi hasil proses belajar mengajar.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini meneliti tentang analisis karakteristik pasien terhadap saldo piutang murni pasien rawat inap di RSIA Budi Kemuliaan tahun 2010. Kegiatan penelitian ini dilakukan pada bulan April sampai bulan Mei tahun 2011. Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis karakteristik pasien terhadap saldo piutang

murni pasien rawat inap di RSIA Budi Kemuliaan tahun 2010. Penelitian dilakukan karena adanya kebijakan tanpa uang muka serta terjadinya peningkatan saldo piutang murni pasien rawat inap yang signifikan di RSIA Budi Kemuliaan dari tahun 2009 ke tahun 2010.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

Rumah sakit adalah suatu organisasi melalui tenaga medis profesional yang berorganisasi serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kesehatan asuhan keperawatan yang berkemampuan diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien (American Hospital Association, 1974 dalam Azwar, 1996). Wolper Pene (1987) dalam Azwar (1996), mengidentifikasi rumah sakit sebagai tempat dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, keperawatan, dan berbagai kerja profesi kesehatan lainnya.

Definisi rumah sakit, menurut UU-No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Berdasarkan UU No. 44 Tahun 2009, tugas rumah sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas tersebut, rumah sakit memiliki fungsi yaitu :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan SDM dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.2 Manajemen Keuangan

Untuk menunjang pengembangan manajemen rumah sakit dalam upaya peningkatan mutu dan kinerja rumah sakit diperlukan dana yang memadai. Pengelolaan dana rumah sakit menjadi salah satu hal terpenting dan menentukan (*key succes factor*) dalam keberhasilan pengelolaan rumah sakit. Untuk itu diperlukan kemampuan manajemen keuangan yang baik (Senowatty, 2000).

Menurut Griffith (1987), tujuan dari sistem pengelolaan keuangan, yaitu:

1. Fungsi Pengendalian
 - a. Pencatatan dan pelaporan (akuntansi)
 - b. Menjaga *assets* (kekayaan) dari pencurian, pemborosan dan kehilangan
 - c. Tercapainya ekspektasi biaya dan pendapatan
2. Manajemen Keuangan
 - a. Perencanaan keuangan
 - b. Mengatur pembiayaan

Menurut Michael Nowicki (2004) dalam Parastuti (2010), tujuan dari manajemen keuangan di pelayanan kesehatan, selain sebagai fungsi pelaporan, juga berguna untuk:

1. Untuk menghasilkan pendapatan
2. Untuk menanggapi peraturan
3. Untuk memfasilitasi hubungan dengan pihak ketiga wajib
4. Untuk pengaruh metode dan jumlah pembayaran
5. Untuk memantau dokter
6. Untuk melindungi status pajak organisasi

Manajemen keuangan rumah sakit sebagai suatu subyek berasal dari tiga disiplin akademis yang terpisah, tetapi secara bersama-sama ketiganya membentuk suatu pengetahuan yang berguna untuk perencanaan dan pengambilan keputusan (Neumann, 1988). Secara umum ketiganya dibedakan atas:

1. Akuntansi keuangan

Pada kegiatan ini fokus utamanya berupa pencatatan dan pengawasan setiap transaksi, perlindungan pada setiap kekayaan dan

efisien kegiatan. Bentuk laporan yang dihasilkan berupa neraca, laba rugi, analisis laporan keuangan, tagihan, pengupahan dan pengelolaan persediaan. Hasil dari kegiatan ini selain bermanfaat bagi Direksi dan Manajer Madya di dalam rumah sakit, dapat pula dimanfaatkan oleh berbagai pihak seperti Dewan Penyantun, Pemilik Modal, Pemasok Alat maupun Kreditor (Neumann, 1988). Karena hasil dari kegiatan ini sebagian besarnya bermanfaat bagi pihak yang berada diluar rumah sakit maka akuntansi keuangan ini sering disebut sebagai "*eksternal accounting*".

2. Akuntansi manajemen

Kegiatan ini berfokus pada perencanaan dan penganggaran, pengendalian keuangan, penentuan biaya dan tarif, pengambilan keputusan serta efektifitas dan produktifitas. Laporan yang dihasilkan berupa anggaran dan analisis varians anggaran, analisis biaya total dan biaya satuan, perhitungan penetapan tarif, pembayaran, serta pengadaan barang. (Neumann, 1988). Manfaat terbesar dari kegiatan ini adalah untuk manajemen rumah sakit sehingga disebut juga sebagai "*internal accounting*". Pihak lain yang memanfaatkan hasil kegiatan ini adalah dewan penyantun, pemerintah, organisasi/usaha sejenis dan pihak ketiga sebagai penanggung biaya pengobatan.

3. Manajemen pendanaan

Fokus dari manajemen pendanaan adalah pendanaan kegiatan, pemanfaatan dana, pertumbuhan kegiatan, investasi serta efektifitas dan efisiensi. Bentuk laporan yang dihasilkan dari kegiatan ini berupa neraca, laba rugi analisis arus kas, pengambilan keputusan dan penentuan sumber pendanaan. Orientasi dari kegiatan ini adalah untuk masa datang. Laporan dari kegiatan ini dimanfaatkan oleh pihak manajemen, penyandang dana, pemilik modal, bank, maupun pemasok alat (Neumann, 1988)

Dalam penyelesaian tugas, manajemen keuangan dapat dilakukan melalui tiga tahap, yaitu (Neumann, 1988):

1. Perencanaan

- a. Penerimaan pelayanan kesehatan
- b. Pelayanan kesehatan yang diberikan

- c. Cara memberikan pelayanan kesehatan tersebut
 - d. Cara memperoleh sumber daya yang diperlukan
2. Pelaksanaan
 - a. Mendapatkan sumber-sumber daya
 - b. Mengelola pemberian pelayanan kesehatan
 3. Pengawasan
 - a. Pemantauan penggunaan sumber, pelayanan, dan hasil pelayanan
 - b. Melakukan kegiatan perbaikan bila dibutuhkan

2.3 Manajemen Piutang

Piutang adalah suatu fungsi dari pelayanan yang diberikan kepada pasien yang tidak membayar biaya pelayanan secara langsung (*cash*) atas pelayanan yang telah diberikan tersebut. Piutang atau *account receivable* disebut juga sebagai *future cash inflows* atau *cash flows waiting to happen* (Lusk & Lusk, 1979).

Menurut Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI (2002), piutang merupakan hak yang muncul dari penyerahan pelayanan jasa atau penyerahan uang, berdasarkan persetujuan atau kesepakatan antara rumah sakit dan pihak lain, yang mewajibkan pihak lain tersebut untuk melunasi pembayaran atau jasa yang telah diterimanya atau hutangnya setelah jangka waktu tertentu sesuai dengan kesepakatan.

Piutang terjadi karena adanya perbedaan kas yang benar-benar diterima (*actual incoming cash flow*) dengan peningkatan pendapatan (*revenue generated*) sebagai akibat pelayanan yang diberikan atau karena jumlah pembayaran yang sebenarnya (*actual peyment*) tidak mempunyai nilai yang sama dengan total pembebanan (*charges*). Penundaan dari pembayaran ini dapat penuh atau sebagian ini menyebabkan pendapatan berubah menjadi piutang (Mehta, 1977).

Menurut Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI (2002), berdasarkan sumber terjadinya piutang dikelompokkan menjadi dua jenis, yaitu:

1. Piutang pelayanan adalah piutang yang timbul karena penyerahan pelayanan (jasa) dalam rangka kegiatan rumah sakit, seperti piutang kepada pasien rawat inap dan rawat jalan. Piutang

pelayanan diakui pada saat pelayanan medis telah diberikan tetapi belum menerima pembayaran dari pengguna jasa yang bersangkutan. Yang termasuk piutang pelayanan antara lain:

- a. Piutang asuransi
 - b. Piutang jaminan perusahaan
 - c. Piutang jamian perorangan
 - d. Piutang pelayanan lainnya
2. Piutang lain-lain adalah piutang yang timbul di luar kegiatan pelayanan medis, seperti piutang karyawan. Piutang lain-lain diakui pada saat sewa telah diberikan kepada penyewa atau uang pinjaman telah diberikan pada karyawan. Yang termasuk piutang lain-lain, antara lain:
- a. Piutang pegawai/karyawan
 - b. Piutang sewa

Transaksi piutang memiliki empat karakteristik, sebagai berikut:

1. Adanya pemberian pelayanan atau penyerahan uang
2. Persetujuan atau kesepakatan berhutang
3. Jangka waktu tertentu, dan
4. Jaminan

Piutang yang dikelola dengan baik merupakan sumber pemasukan bagi rumah sakit (Miler, 1971 ; Kitzig, 1981). Dengan demikian rumah sakit tidak mengabaikan begitu saja piutangnya oleh karena fungsi sosialnya. Piutang akan sangat mempengaruhi arus kas rumah sakit, karena rumah sakit mempunyai kewajiban jangka pendek yang harus dibayar kepada pihak lain. Oleh karenanya pengelolaan piutang menjadi bagian yang penting dari pengelolaan keuangan secara umum. Piutang yang tidak dikelola dengan baik akan menjadi piutang yang tidak tertagih, yaitu sejumlah tagihan atas pelayanan yang tidak/belum dibayar dalam jangka waktu satu tahun atau lebih.

Dengan pengelolaan piutang yang baik diharapkan terjadi pembayaran yang penuh terhadap semua pelayanan yang telah diberikan oleh rumah sakit. Pos

piutang dalam neraca biasanya merupakan bagian yang cukup besar dari aktiva lancar, oleh karena itu perlu mendapat perhatian yang cukup serius agar diperkirakan piutang ini dapat dikelola dengan cara yang seefisien mungkin (Syamsuddin, 1995).

Bagi masyarakat yang menanggung beban dana pembiayaan kesehatannya sendiri (*self pay patient*) hutang terhadap rumah sakit dapat menjadi *bad debt* yang sering tak terhindarkan. Namun seharusnya kecenderungan itu ditekan serendah mungkin, karena upaya penagihannya pun sudah memerlukan biaya tersendiri (Berman et al, 1986 dalam Senowatty, 2000). Biaya yang dimaksud diatas bukan saja berupa pengeluaran dana bagi kolektor namun dapat berupa reputasi rumah sakit yang menjadi kurang baik, bila pengumpulannya dilakukan secara tidak profesional. Keprofesionalan kolektor sering diimbangi dengan tingginya biaya koleksi piutang. Untuk itu pihak rumah sakit harus mencari keseimbangan antar kedua hal itu (profesionalisme dan tingkat biaya) (Mehta dan Maher, 1977).

Perlakuan Akuntansi Terhadap Piutang (Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI, 2002):

1. Penyisihan kerugian piutang dibentuk sebesar nilai piutang yang diperkirakan tidak dapat ditagih berdasarkan daftar umur piutang sebagai berikut:

Tabel 2.1
Besar Penyisihan Kerugian Berdasarkan Umur Piutang

Umur Piutang	Besar Penyisihan Kerugian
• Piutang dengan umur 1-2 tahun	25%
• Piutang dengan umur diatas 2-3 tahun	35%
• Piutang dengan umur diatas 3-4 tahun	50%
• Piutang dengan umur diatas 4-5 tahun	75%
• Piutang dengan umur diatas 5 tahun	100%

2. Piutang berkurang pada saat pembayaran diterima atau dihapuskan
3. Piutang tidak tertagih dihapusbukukan berdasarkan ketentuan yang berlaku

4. Apabila piutang yang dihapuskan lebih besar dari penyisihan kerugian piutang yang dicadangkan maka selisihnya diakui sebagai beban penyisihan kerugian pada periode yang bersangkutan
5. Apabila terjadi pembayaran setelah piutang dihapuskan maka diakui sebagai pendapatan lain-lain

Pengorganisasian administrasi piutang secara lebih baik merupakan suatu tindakan yang bijaksana dari pihak manajemen rumah sakit. Paling tidak sistem administrasi yang baik membantu manajemen dalam mengetahui posisi piutang lebih dini, sehingga mempercepat pimpinan rumah sakit dalam pengambilan keputusan. Ada tiga hal yang menjadi tujuan mendasar dalam proses manajemen piutang yaitu: (Neumann, 1988)

1. Meminimalkan pelayanan-pelayanan yang tidak terbayar oleh pasien
2. Meminimalkan waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan perhitungan piutang setiap pasien
3. Meminimalkan biaya-biaya yang harus dikeluarkan untuk pelunasan piutang pasien

Upaya yang dapat dilakukan dalam manajemen piutang untuk mencapai tujuan manajemen piutang dapat mengikuti langkah-langkah sebagai berikut (Mehta, 1977):

1. Membuat suatu prosedur pemberian kredit untuk mengetahui kemampuan keuangan pasien dalam membayar tagihan dari rumah sakit.
2. Memastikan bahwa seluruh pelayanan yang telah diberikan sudah dibebankan pada tagihan pasien.
3. Mempersiapkan rekening tagihan pasien dengan baik.
4. Melakukan berbagai macam prosedur penagihan untuk menagih piutang pasien.
5. Segera mengkreditkan rekening pasien bila pembayaran telah diterima dan menutupnya.
6. Membuat laporan manajemen untuk mengetahui dan memperlihatkan efektivitas sistem yang ada.

Aktivitas piutang digambarkan sebagai suatu siklus yang dimulai dengan keputusan untuk memberikan jasa pelayanan kredit (*creation of account receivable*) dan berakhir dengan saat penerimaan uang tunai (*collection of account receivable*) (Lusk & Lusk, 1979; Neumann, 1988).

Siklus tersebut terdiri dari enam tahap yang sangat sistematis (Mehta, 1977; Rowland, 1984; Neumann, 1988), yaitu:

1. Tahapan Pra Penerimaan (*Pre Admission*)
2. Tahap Penerimaan (*Admission*)
3. Tahap Perawatan (*In House*)
4. Tahap Penataan Rekening (*Billing*)
5. Tahap Penagihan (*Collection*)
6. Tahap Penutupan Rekening (*Write off*)

1. Tahap Pra Penerimaan (*Pre Admission*)

Tahap ini sangat penting untuk menyaring pasien, karena bila dilakukan pada saat penerimaan (*admission*) tidak dapat diandalkan dan sering mengalami kesulitan (Cleverly, 1986).

Pada tahap ini kebijakan rumah sakit mengenai pemberian kredit (*credit policies*) juga sangat diperlukan. Kebijakan ini meliputi bilamana dan berapa kredit yang disetujui serta jangka waktu pemberian kredit tersebut. Tujuan dari kebijakan pemberian kredit adalah untuk mengidentifikasi dan menghindari resiko yang tidak diinginkan sebelum kita memberikan pelayanan kepada pasien sehingga dapat meminimalkan biaya manajemen piutang (Neumann, 1988).

Suatu prosedur yang efisien perlu sekali dibuat untuk mendapatkan informasi yang selengkap-lengkapnyanya, mengenai kemampuan keuangan calon pasien. Tujuannya adalah untuk mengetahui cara-cara yang akan digunakan calon pasien dalam membayar jasa pelayanan rumah sakit, mendapatkan informasi mengenai orang atau instansi yang bertanggung

jawab atas rekening calon pasien, dan memberikan saran pada calon pasien dalam merencanakan pembayaran nantinya (Mehta, 1977).

Beberapa langkah yang dapat disarankan (Mehta dan Maher, 1977):

a. Prosedur awal untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan

Prosedur ini dimulai saat rumah sakit menerima informasi dari dokter, bahwa pasien perlu dirawat. Biasanya pasien yang tidak memerlukan pertolongan gawat darurat, maka dokter yang mengirim pasien akan membuat rencana dengan pihak rumah sakit kapan pasien dapat masuk untuk dirawat. Jika rumah sakit mempunyai waktu sedikitnya 3 hari sebelum pasien dirawat, seluruh informasi baik medis maupun keuangan/kredit sudah harus didapatkan. Hal ini dapat dicapai dengan menggunakan formulir pra-penerimaan (*preadmission form*). Pengisian formulir ini dapat dilakukan dengan cara:

- Mengirimkan para dokter formulir agar calon pasien dapat mengisinya untuk kemudian dikembalikan ke rumah sakit.
- Mengirimkan langsung kepada calon pasien.

Formulir ini berfungsi sebagai:

- Informasi kepada calon pasien rawat inap mengenai hal-hal yang perlu diketahui, seperti jam masuk rawat (*check in*), apa yang sebaiknya dibawa dan apa yang tidak diperkenankan untuk dibawa dan peraturan mengenai waktu kunjungan.
- Informasi kepada rumah sakit mengenai data pribadi dan keuangan calon penderita.

Formulir ini harus dirancang sederhana mungkin dan sedemikian rupa sehingga dapat mewakili dan dapat digunakan juga oleh bagian lain di rumah sakit bila diperlukan serta tidak menyinggung perasaan calon pasien karena formulir ini adalah kontak pertama dengan calon pasien yang dapat mempengaruhi citra rumah sakit.

b. Mempelajari informasi yang diterima

Informasi yang diterima kemudian dipelajari untuk mengetahui apakah pembayaran biaya rumah sakit ditanggung oleh pihak ketiga. Jika pembayarannya ditanggung oleh pihak ketiga, perlu diteliti apakah:

- Pembayaran tersebut secara penuh atas dasar perjanjian pihak ketiga dengan rumah sakit.
- Pembayaran tersebut secara penuh atas dasar perjanjian pihak ketiga dengan pasien.
- Pihak ketiga hanya menanggung sebagian biaya pasien (*deductible*) atau tidak menanggung lagi biaya pasien (sistem kapitasi).

c. Memperkirakan jumlah tagihan pasien

Perkiraan akan jumlah tagihan pasien yang akan ditanggung pasien dapat dilakukan dengan memperhatikan beberapa faktor:

- Diagnosis penyakit pasien
- Dokter yang merawat
- Pemeriksaan penunjang yang akan diinstruksikan oleh dokter
- Pengobatan dan tindakan yang akan diberikan oleh dokter
- Kemungkinan komplikasi dan harapan kesembuhan dari penyakit yang diderita pasien
- Kelas perawatan yang diinginkan pasien

Dari pengalaman yang ada, rumah sakit dapat membuat semacam pedoman mengenai diagnosis penyakit, lamanya hari rawat dan perkiraan tagihan. Hal ini penting baik dalam hal penentuan uang muka pasien ataupun untuk menawarkan *discount*.

d. Membicarakan situasi kredit dengan pasien

Keadaan yang telah diketahui pada langkah-langkah sebelumnya dibicarakan dengan calon pasien atau keluarganya dengan tujuan:

- Memberikan informasi kepada calon pasien mengenai jumlah tagihan yang diperkirakan akan dibebankan.
- Mengetahui rencana pembayaran yang akan dilakukan oleh calon pasien apakah berupa pembayaran dimuka, angsuran, pinjaman ke bank dengan kartu kredit dan lain sebagainya.
- Memberikan saran pilihan pembayaran yang dapat dilakukan calon pasien.
- Mendapat gambaran beberapa besar pembayaran yang mungkin diterima.
- Mengetahui apakah calon pasien merupakan pasien yang tidak mampu membayar (*free service account*).

e. **Membuat keputusan mengenai kredit**

Setelah langkah-langkah tersebut diatas, kemudian dibuat pengaturan pembayaran (*credit arrangement*), berupa keputusan mengenai kredit (*credit decision*) oleh pihak rumah sakit. Hal ini akan dievaluasi kembali pada saat pasien dalam perawatan dan setelah keluar dari rumah sakit untuk melihat apakah ada perbedaan dengan apa yang telah direncanakan semula. Catatan perbaikan akan diberikan jika diperlukan dan hal ini sangat berguna untuk keperluan di masa mendatang.

2. **Tahap Penerimaan (*admission*)**

Tahap ini dapat merupakan tahap kedua bagi pasien yang telah melalui tahap pra-penerimaan. Tetapi dapat juga merupakan tahap atau kontrak pertama bagi pasien gawat ataupun tidak gawat yang tidak tercakup oleh tahap pra-penerimaan. Jumlah pasien tidak gawat yang langsung pada tahap penerimaan dapat merupakan ukuran keberhasilan atau pun kegagalan tahap pra-penerimaan.

Tujuan utama tahap ini adalah untuk mendapatkan data keuangan pasien yang selengkap-lengkapnyanya dan setepat-tepatnya dalam waktu yang singkat. Yang diperlukan adalah tenaga yang terdidik baik, menguasai seluk beluk kebijaksanaan rumah sakit, mengerti peraturan perasuransian

dan terampil mengoperasikan computer. Semua informasi yang diperlukan harus ditulis dengan tepat dan pada tempat yang tepat. Semua dicatat dalam formulir penerimaan.

3. Tahap Perawatan (*in house*)

Pengelolaan piutang pasien selalu membutuhkan pembayaran yang cepat juga harus dapat dipastikan bahwa tagihan tersebut akurat. Pada tahap ini terjadi proses pembebanan biaya (*charging process*) atas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien. Langkah-langkah agar pembebanan biaya dapat dilakukan secara akurat, cukup dan konsisten (Mehta dan Maher, 1977).

a. Menentukan struktur biaya

Ini merupakan kebijaksanaan rumah sakit tentang biaya. Apa saja yang akan dikenakan biaya dan berapa besar biayanya. Hal-hal yang perlu dipertimbangkan dalam menentukan pelayanan:

- Wajar dan kompetitif
- Harus meliputi semua pengeluaran yang berkaitan dengan pelayanan yang diberikan
- Jenis pelayanan yang dikenakan biaya sebaiknya dapat diidentifikasi dengan mudah
- Ruang lingkup pelayanan yang dikenakan biaya sebaiknya tidak terlalu sempit atau terlalu luas

Umumnya ada 2 jenis biaya, yaitu:

- Biaya rutin, yang meliputi biaya ruangan
- Biaya khusus, yang meliputi penunjang medis

b. Kerjasama dengan bagian keuangan

Saat pasien dalam perawatan, bagian keuangan harus mengetahui nama, nomor registrasi, nomor rekam medis, nomor tempat tidur ruangan dan jenis serta besarnya biaya dari pelayanan yang diberikan. Terhadap pasien dengan informasi kredit yang lengkap, bagian keuangan dapat membuat perkiraan biaya pelayanan rutin yang dapat dibebankan setiap hari sampai pasien

lepas rawat. Jika ada perpindahan kelas, tempat tidur atau meninggal, bagian keuangan harus segera diberitahu. *Nurse station* berperan dalam memberikan semua informasi dengan cepat dan tepat pada bagian keuangan baik secara manual atau elektronik. Pada perhitungan biaya secara otomatis, pemasukan data dilakukan dengan bagan perkiraan dan biaya keluar secara otomatis.

c. Memasukkan biaya dalam prakiraan pasien

Perkiraan dibuat saat pasien masuk ruang perawatan. Semua biaya pelayanan yang diberikan dipindahbukukan (*posting*) kedalamnya. Berdasarkan perkiraan ini dibuat rekening dan diberikan kepada penanggung jawab pembayaran. Semua biaya rutin atau pun penunjang dimasukkan secara otomatis sehingga beban biaya pasien dapat diketahui setiap saat. Apapun metode pemindahbukuan dan format buku besar (*ledger*) yang digunakan, hal-hal yang harus diperhatikan adalah:

- Semua biaya yang dibebankan sudah diterima dan diposkan
- Biaya tersebut diposkan pada perkiraan yang benar
- Biaya tersebut diuraikan sesuai tanggal dan jenis pelayanan yang benar
- Harus ada catatan yang melengkapi biaya yang diposkan

d. Pengawasan dan pengendalian terhadap prosedur

Saat-saat diantara dokter menginstruksikan pelayanan dan pemindahbukuan oleh bagian keuangan untuk pelayanan tersebut terdapat beberapa tahapan yang memungkinkan bahwa pelayanan yang diberikan tidak tercatat (tidak terjadi pemindahbukuan dari biaya). Ini akan menyebabkan hilangnya pendapatan rumah sakit (*lost of revenue*). Untuk mencegah dan mengendalikan hal ini, cara pengendalian yang dianjurkan, yaitu:

- Pastikan bahwa semua informasi yang dibutuhkan bagian keuangan yang berkaitan dengan pemindahbukuan biaya pelayanan diberikan tepat pada saat yang sama dan dengan cara yang sama sebagaimana informasi ini diberikan kepada

bagian yang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan.

- Melakukan pemeriksaan berkala misal dengan mencocokkan secara acak terhadap pelayanan yang diberikan oleh beberapa bagian dengan biaya yang dipindahbukukan pada buku besar penderita.
- Bagian keuangan sendiri perlu melakukan pengawasan terhadap prosedur pemindahbukuan untuk memastikan bahwa pembebanan biaya yang diterima seluruhnya telah diposkan. Hal ini dapat dilakukan secara menyeluruh (*complete control*) terhadap semua pembebanan biaya dari setiap pasien. Atau pengawasan sebagian (*partial control*) secara acak yang dapat dilakukan periodik atau terus menerus.

Upaya inovatif yang dapat dilakukan dalam tahap perawatan ini adalah dengan menawarkan cara pembayaran berkala, baik untuk pasien perorangan maupun yang ditanggung oleh pihak ketiga. Cara ini akan memperbaiki arus kas rumah sakit. Bagi pasien yang rekeningnya sudah negatif, pihak rumah sakit berinisiatif menawarkan tagihan selama perawatan yang oleh beberapa rumah sakit lebih disukai disebut sebagai laporan yang dapat dilakukan setiap 3-7 hari (Beck, 1988).

4. Tahap Penataan Rekening (*billing*)

Secara luas proses penataan rekening dapat diartikan sebagai proses yang meliputi fungsi-fungsi di seluruh rumah sakit, mulai dari penerimaan sampai dengan penagihan, dari aktivitas pasien dan non pasien sampai dengan piutang dan manajemen kas. Pada prakteknya sering diartikan sebagai suatu proses yang menghasilkan rekening pasien mulai saat penerimaan sampai penagihan (Clarkin, 1986 ; Mehta dan Maher, 1977 ; Neumann et al, 1988).

a. Pengecekan pada saat perawatan dan keluar rumah sakit

Sebelum pasien meninggalkan rumah sakit, petugas pengantar pasien sebaiknya mengantar pasien ke bagian keuangan lebih dahulu, dengan maksud:

- Memberikan kesempatan pada bagian kredit untuk mengumpulkan informasi yang masih dibutuhkan.
- Memberikan kesempatan pada bagian kredit untuk meneliti rencana pembayaran yang dibuat pada saat penerimaan.
- Memberikan kesempatan pada pasien untuk melakukan pembayaran.

b. Penelitian status perkiraan pasien

Pada saat pasien siap meninggalkan rumah sakit, perkiraan tagihan pasien sering belum siap untuk ditutup. Beberapa pembebanan biaya mungkin sedang dalam proses seperti perhitungan sebagian obat atau bahan-bahan yang tidak terpakai sehingga memerlukan tenggang waktu untuk menutup perkiraan dan menyiapkan rekening pasien (Mehta, 1977).

5. Tahap Penagihan (*collection*)

Menurut Neumann (1988), *collection* merupakan proses untuk merubah pelayanan yang diberikan menjadi pembayaran. Tujuan dari proses ini untuk mendapatkan pembayaran penuh dari layanan yang diperlukan dalam waktu secepatnya. Beberapa langkah dalam proses ini adalah:

a. Identifikasi sumber pembayaran

Terdapat beberapa jenis pembayar, yaitu:

- Pembayar pribadi yang membayar langsung (*direct payment out of pocket*)
- Pihak ketiga yang membayar sesuai perjanjian dengan pihak rumah sakit

- Pihak ketiga yang membayar sesuai perjanjian dengan pasien

b. Mengirimkan tagihan awal

Banyak pihak ketiga menginginkan pemberitahuan tagihan dikirim dalam bentuk formulir yang dirancang oleh mereka sendiri.

Dalam mengirim tagihan perlu diperhatikan:

- Pemberitahuan ini berisi daftar yang rinci dari semua biaya yang dibebankan dan tanggal pemberian pelayanan.
- Pemberitahuan ini merupakan permintaan pembayaran, jadi harus dicantumkan jumlah yang harus dibayar.
- Rancangan dari surat tagihan ini harus segera bisa dikenal sebagai surat permintaan pembayaran dari rumah sakit.
- Surat tagihan ini juga harus menunjukkan perjanjian pembayaran yang telah dibuat terdahulu oleh pasien.
- Pastikan surat ini dikirim segera setelah diberikan atau setelah pasien meninggalkan rumah sakit.

c. Merancang prosedur penagihan lanjutan (*follow up collection procedure*)

Upaya-upaya yang dilakukan pada penagihan awal sering berakhir dengan pembayaran sebagian atau tanpa pembayaran sama sekali, untuk itu perlu dirancang prosedur penagihan lanjutan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah:

- Jangka waktu tagihan lanjutan dari penagihan awal
- Isi tagihan
- Batas waktu penagihan
- Batas umur dari perkiraan
- Proses penagihan piutang

Kebijakan Penagihan

Aktivitas penagihan adalah salah satu aktivitas yang penting karena merupakan sumber penghasil uang tunai yang bermakna bagi rumah sakit.

Universitas Indonesia

Namun seberapa cepat dan seberapa mudah piutang tersebut dicairkan menjadi uang tunai tergantung dari kebijakan kredit dan aktivitas penagihan (Lusk, 1979).

6. Tahap Penutupan Rekening (*Write off*)

Suatu rekening siap untuk ditutup bila terjadi pelunasan pembayaran sehingga terjadi pengurangan jumlah piutang menjadi nol (*zero balance*) atau upaya penagihan lanjutan dihentikan.

Tujuan penghapusan suatu perkiraan adalah untuk menghindari akumulasi piutang (*over statement*) pada kekayaan rumah sakit, juga dimaksudkan untuk mengurangi biaya tagihan lanjutan.

Upaya-upaya lain dalam manajemen piutang: (Bollandies, 1982)

- a. Bekerja sama dengan kantor pengacara/*lawyer* (*eksternal collection*)
- b. Bekerja sama dengan bank (*in house*) yang menerima semua pembayaran
- c. Membentuk agen penagihan dalam rumah sakit (*internal collecting agency*)
- d. Memberlakukan sistem gaji per jam dan uang perangsang bagi penagih
- e. Khusus untuk pasien perusahaan, pemberian *discount* sampai 10% bila dapat melunasi lebih cepat akan lebih meningkatkan pendapatan rumah sakit.
- f. *Selling and factoring account receivable* (penjualan tagihan sebagai agunan pada bank)

2.4 Umur Piutang

Menurut Soemarsono (2004) dalam Parastuti (2010), umur piutang merupakan jangka waktu sejak dicatatnya transaksi penjualan sampai dengan saat dibuatnya daftar piutang. Sedangkan menurut Achun dalam Parastuti (2010), umur piutang adalah suatu bentuk laporan guna mengetahui posisi piutang dengan melakukan pengelompokkan piutang pada periode tertentu, dengan

pengelompokan tersebut manajemen perusahaan dapat mengetahui posisi piutang sehingga dapat mengambil kebijakan keuangan yang tepat.

Piutang dan umur piutang dapat digolongkan ke dalam 4 jenis, yaitu: (Hasyim, 2009 dalam Parastuti, 2010)

1. Piutang lancar adalah piutang yang diharapkan tertagihnya dalam 1 tahun atau siklus usaha normal
2. Piutang tidak lancar adalah tagihan/piutang yang tidak dapat ditagih dalam jangka waktu 1 tahun
3. Piutang yang dihapuskan adalah suatu tagihan yang tidak dapat ditagih lagi dikarenakan pelanggan mengalami kerugian/bangkrut (tidak tertagih)
4. Piutang dicadangkan adalah tagihan yang disisihkan sebelumnya untuk menghindari piutang tidak tertagih

2.5 Penelitian-penelitian Yang Berhubungan Dengan Piutang Pasien

Rawat Inap

Menurut Dharma (1992), piutang pasien rawat inap mempunyai hubungan dengan faktor: pengguna dan pemberi jasa. Faktor pengguna jasa yang berhubungan dengan terjadinya piutang adalah karakteristik dan kemampuan pasien, yang terdiri dari: (1) pekerjaan, (2) pemilihan kelas perawatan, (3) pelunasan uang muka. Sedangkan faktor pemberi jasa yang berhubungan dengan terjadinya piutang adalah: (1) lama hari rawat, (2) biaya obat, (3) biaya penunjang medik, (4) jumlah dokter yang merawat, (5) biaya jasa dokter.

Gaffar (1994), mendapatkan bahwa pada periode 1 April 1992 sampai dengan 31 Maret 1993 piutang tidak tertagih pasien rawat inap RSJHK dari faktor pengguna jasa diantaranya yaitu: pendidikan, pekerjaan, lokasi tempat tinggal, kelas perawatan dan pembayaran angsuran, ternyata pembayaran uang muka yang menunjukkan mempunyai hubungan bermakna. Sedangkan dari faktor pemberi jasa diantaranya yaitu: prosedur masuk rawat, prosedur lepas rawat, lama hari rawat, biaya perawatan terlihat mempunyai hubungan bermakna dengan terjadinya piutang tidak tertagih dan hanya tindakan bedah yang tidak menunjukkan adanya hubungan.

Nitimihardjo (1995), dalam penelitiannya di RS Mekar Sari Bekasi dalam tahun 1988 sampai dengan tahun 1994 mendapatkan bahwa: (1) persentase jumlah pasien jaminan perorangan masih lebih besar dibandingkan dengan jaminan pihak ketiga, (2) kurangnya kuantitas dan kualitas sumber daya manusia di bagian keuangan serta masih belum adanya sistem dan prosedur penanganan piutang pasien rawat inap jaminan perorangan merupakan penyebab kecenderungan meningkatnya piutang pasien rawat inap jaminan perorangan, (3) piutang terbanyak pasien rawat inap jaminan perorangan berasal dari kelas IIIB dan disusul oleh kelas II, (4) kurang berhasilnya intervensi pada tahap pra penerimaan disebabkan karena seringnya pasien *emergency*, (5) penerapan sistem persepsan obat-obat *non life saving* dapat menurunkan piutang pasien, (6) penagihan berkala selama perawatan dapat menekan piutang pasien rawat inap dan merupakan fase dan proses penentu, (7) melakukan penekanan piutang sebelum pasien pulang lebih baik dari pada setelah pulang.

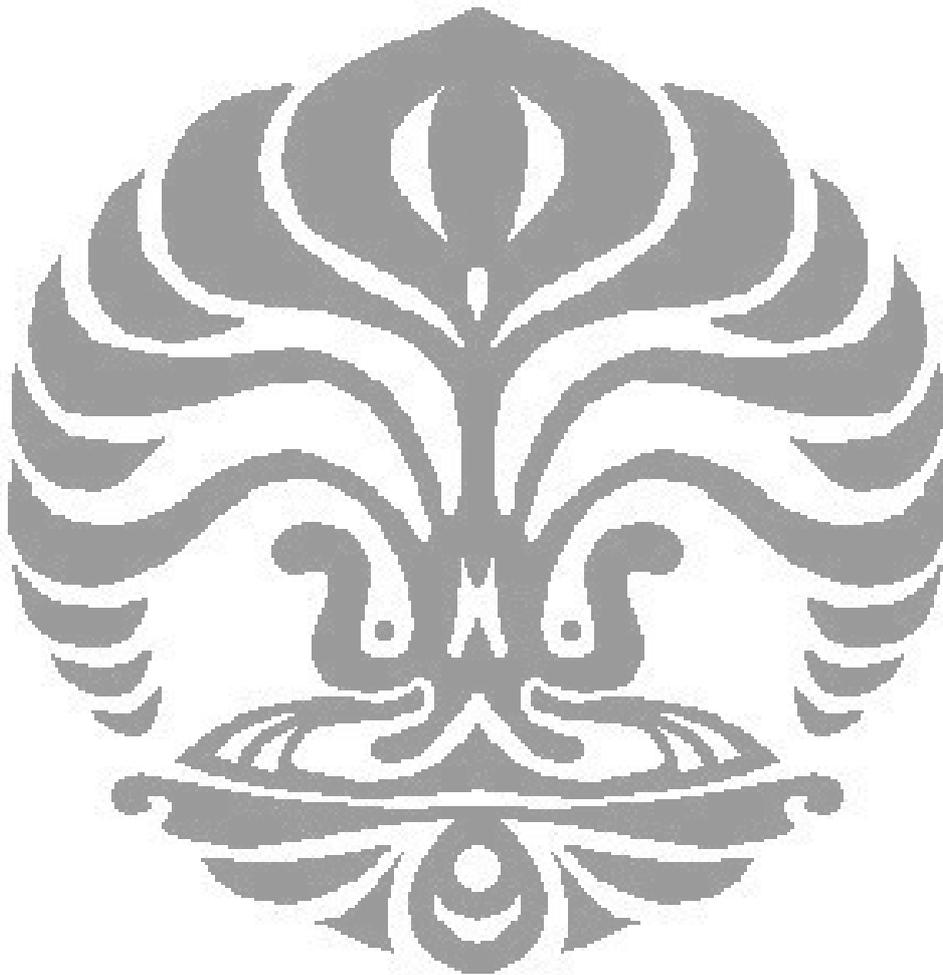
Atmodjo (1996), dari hasil penelitiannya di RSUP Dr. Karyadi mendapatkan antara lain: (1) 71,92% pasien rawat inap merupakan pasien jaminan perorangan, 24,21% meninggalkan piutang pada saat keluar dari perawatan, piutang tersebut sejumlah 16,20% dari pendapatan asal pasien rawat inap bayar sendiri, (2) kelas perawatan, cara pulang dan lama rawat merupakan faktor yang mempunyai hubungan signifikan terhadap terjadinya piutang.

Dalam penelitian yang dilakukan Santoso (1997) tentang "Faktor-faktor Penyebab Terjadinya Piutang Pasien Rawat Inap Bayar Sendiri Rumah Sakit Jiwa Pusat Jakarta Januari-Desember 1996", faktor-faktor yang tercakup dalam aspek pengguna jasa yaitu pasien/penanggung jawab pasien antara lain adalah domisili tempat tinggal, pemilihan kelas perawatan, lama hari rawat, serta kemampuan keuangan mempunyai hubungan dengan terjadinya piutang penderita rawat inap membayar sendiri sedangkan dari aspek pemberi jasa adalah manajemen piutang.

Menurut Senowatty (2000), piutang pasien rawat inap mempunyai hubungan dengan faktor internal dan eksternal, dalam hal ini karakteristik pasien rawat inap. Faktor internal terdiri dari: (1) SDM, (2) SDU, (3) sarana, (4) metoda. Sedangkan faktor eksternal, dalam hal ini karakteristik pasien rawat inap meliputi:

(1) kelas perawatan, (2) pekerjaan, (3) lama rawat, (4) bagian perawatan, (5) cara pulang.

Menurut Indriyani (1996), karakteristik pasien rawat inap bayar sendiri seperti pemilihan kelas perawatan, lama hari rawat, domisili, dan pekerjaan pasien merupakan faktor-faktor yang memungkinkan terjadinya piutang.

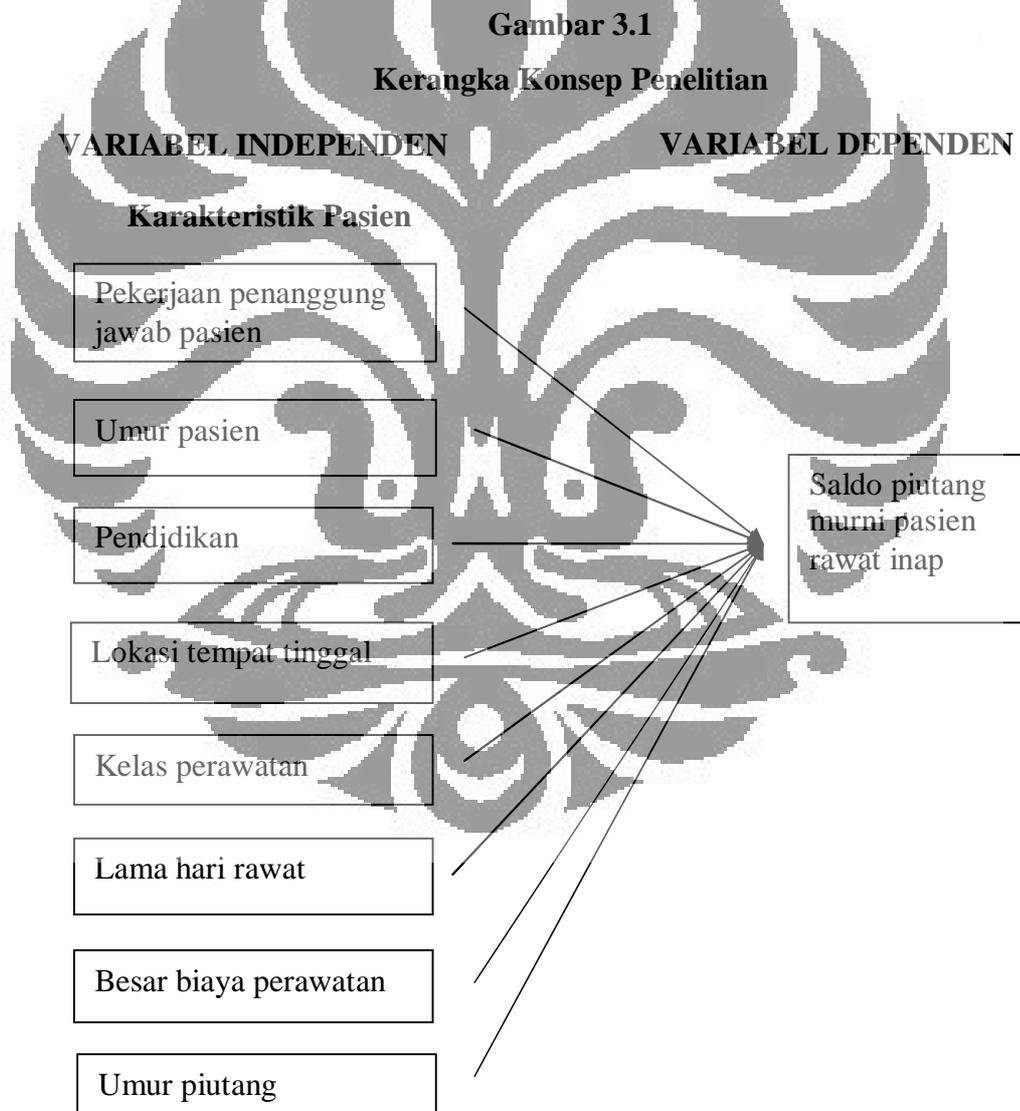


BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dikutip dari Iskandar (2004) dan Gaffar (1994), yang disesuaikan kembali dengan permasalahan yang ada di RSIA Budi Kemuliaan. Kerangka konsep dibuat untuk menentukan langkah-langkah yang digunakan dalam menganalisa karakteristik pasien terhadap saldo piutang murni pasien rawat inap di RSIA Budi Kemuliaan tahun 2010.



3.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur	Sumber Data
1.	Pekerjaan penanggung jawab pasien	Keadaan pekerjaan penanggung jawab pasien pada saat pasien masuk rawat.	Telaah dokumen	Lembar telaah dokumen	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bekerja <ul style="list-style-type: none"> • Buruh • Karyawan • Pedagang • Lain-lain 2. Tidak bekerja 	Rekam Medis
2.	Umur pasien	Usia pasien saat masuk rawat.	Telaah dokumen	Lembar telaah dokumen	Interval	<ol style="list-style-type: none"> 1. 11-20 tahun 2. 21-30 tahun 3. 31-40 tahun 4. 41-50 tahun 	Rekam Medis
3.	Pendidikan	Jenjang pendidikan pasien rawat inap.	Telaah dokumen	Lembar telaah dokumen	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak sekolah 2. SD 3. SMP/ sederajat 4. SMA/ sederajat 5. Perguruan Tinggi 	Rekam Medis
4.	Lokasi tempat tinggal	Alamat kediaman pasien berdasarkan wilayah kota.	Telaah dokumen	Lembar telaah dokumen	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jakarta Utara 2. Jakarta Selatan 3. Jakarta Barat 4. Jakarta Timur 5. Jakarta Pusat 6. Luar Jakarta 	Rekam Medis

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur	Sumber Data
5.	Kelas perawatan	Ruangan tempat merawat pasien.	Telaah dokumen	Lembar telaah dokumen	Ordinal	1. Kelas VVIP 2. Kelas VIP 3. Kelas I 4. Kelas II 5. Kelas III 6. Kamar bersalin khusus (KB khusus)	Keuangan
6.	Lama hari rawat	Jumlah hari rawat dari sejak pasien masuk rawat sampai dengan lepas rawat	Telaah dokumen	Lembar telaah dokumen	Interval	1. ≤ 4 hari 2. > 4 hari	Rekam Medis
7.	Besar biaya perawatan	Kumulatif biaya yang harus dibayar oleh pasien atas jasa pelayanan rumah sakit yang telah diberikan	Telaah dokumen	Lembar telaah dokumen	Interval	1. $< \text{Rp}3.000.000$ 2. $\text{Rp}3.000.000 - \text{Rp}6.000.000$ 3. $> \text{Rp}6.000.000$	Keuangan
8.	Umur piutang	Periode waktu dimana piutang terjadi sejak pasien pulang rawat hingga saat pengambilan data penelitian dilakukan.	Telaah dokumen	Lembar telaah dokumen	Interval	1. > 180 hari 2. 180-360 hari 3. < 360 hari	Keuangan
9.	Saldo piutang murni pasien rawat inap	Jumlah tagihan yang belum dilunasi pasien yang tidak memiliki jaminan pada saat lepas rawat.	Telaah dokumen	Lembar telaah dokumen	Interval	1. $\text{Rp}60.700 - \text{Rp}577.500$ 2. $\text{Rp}577.501 - \text{Rp}1.163.500$ 3. $\text{Rp}1.163.501 - \text{Rp}2.297.500$ 4. $\text{Rp}2.297.501 - \text{Rp}18.039.000$	Keuangan dan Rekam Medis

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian kuantitatif yang bersifat deskriptif analitik. Deskriptif dimaksudkan untuk mendapat gambaran karakteristik pasien yang memiliki piutang murni, sedangkan dengan analitik dimaksudkan untuk menganalisa karakteristik pasien yang berhubungan dengan saldo piutang. Penelitian dilakukan dengan cara telaah dokumen.

4.2 Tempat Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di bagian keuangan RSIA Budi Kemuliaan. Waktu penelitian dilakukan selama 1 bulan yaitu pada bulan April sampai bulan Mei 2011.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah pasien rawat inap tanpa jaminan yang memiliki piutang atau dinamakan sebagai pasien piutang murni yang sudah lepas rawat mulai tanggal 1 Januari sampai 31 Desember 2010 sebanyak 194 pasien.

4.3.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah seluruh populasi pasien ibu yang memiliki piutang murni, yang tersedia datanya di bagian rekam medis yaitu sebanyak 144 pasien ibu.

4.3.2.1 Kriteria Inklusi Sampel

Kriteria inklusi sampel adalah pasien ibu yang memiliki piutang murni tahun 2010, yang tersedianya datanya di bagian rekam medis.

4.3.2.2 Kriteria Eksklusi Sampel

Kriteria eksklusi sampel adalah pasien ibu yang data rekam medisnya tidak ditemukan atau tidak lengkap dan juga seluruh pasien bayi yang memiliki piutang murni di tahun 2010.

4.4 Teknik Pengumpulan Data

Data-data mengenai karakteristik pasien piutang murni didapat dari data rekam medis dan laporan piutang murni tahun 2010 di keuangan. Variabel pekerjaan penanggung jawab pasien, umur pasien, pendidikan, lokasi tempat tinggal, kelas perawatan, dan lama hari rawat diperoleh dari data rekam medis pasien sedangkan variabel besar biaya perawatan dan umur piutang diperoleh dari laporan piutang murni pasien rawat inap tahun 2010 yang ada di keuangan.

4.5 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan memasukkan data ke dalam komputer untuk kemudian dilakukan editing dan validasi data sampai siap dipakai. Pengolahan data dilakukan dengan program SPSS.

4.6 Analisa Data

Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah analisa univariat dan bivariat. Analisa univariat dilakukan untuk melihat gambaran masing-masing variabel. Analisa bivariat dilakukan dengan uji Chi-Square untuk melihat hubungan antara masing-masing variabel dalam karakteristik pasien dengan saldo piutang.

BAB 5

GAMBARAN SITUASI UMUM RSIA BUDI KEMULIAAN

5.1 Sejarah Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan

Perkumpulan Budi Kemuliaan berdiri pada tahun 1912 dan didirikan oleh orang-orang Indonesia serta Belanda. Pendirian Perkumpulan Budi Kemuliaan ini terinspirasi dari tulisan Ibu Kartini yaitu “Habis Gelap Terbitlah Terang”. Visi dari Perkumpulan Budi Kemuliaan sendiri yaitu **“Diakui sebagai komunitas dengan semangat pengabdian dan kepeloporan serta sumber inspirasi dalam membangun usaha untuk tumbuh dan berkembangnya kehidupan keluarga yang lebih berkualitas”**. Perkumpulan Budi Kemuliaan juga memiliki beberapa misi, diantaranya:

- Merintis dan mengembangkan usaha baru dalam rangka meningkatkan kesehatan, kecerdasan, dan peran serta perempuan dan keluarga
- Berperan aktif membantu usaha yang sudah ada agar tumbuh dan berkembang lebih baik
- Mengembangkan kebijakan yang menjamin rasa aman bagi setiap orang yang bekerja dalam badan usaha yang berada di bawah naungan perkumpulan

Semua orang dapat menjadi anggota Perkumpulan Budi Kemuliaan asalkan ia tercatat sebagai warga negara Indonesia dan tentunya menyetujui Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga (AD dan ART) Perkumpulan Budi Kemuliaan. Setelah menjadi anggota perkumpulan, terdapat beberapa kewajiban yang harus dipenuhi yaitu:

- Mengawasi jalannya badan pengelola usaha
- Membayar iuran
- Tidak menerima pembagian sisa hasil usaha. Sisa hasil usaha ini nantinya akan dipergunakan untuk:
 - Meningkatkan sarana dan prasarana
 - Meningkatkan mutu pelayanan, pendidikan, pelatihan dan penelitian

➤ Meningkatkan kesejahteraan karyawan

Perkumpulan Budi Kemuliaan mendirikan usaha terpadu yaitu pelayanan, pendidikan, serta pelatihan dan penelitian di bidang Kesehatan Reproduksi yang diberi nama Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan. Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan memiliki tiga unit kegiatan, yaitu:

- Pelayanan kesehatan reproduksi yang direalisasikan menjadi Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan (RSIA Budi Kemuliaan) serta Rumah Bersalin yang merupakan cabang RSIA Budi Kemuliaan
- Pendidikan kesehatan reproduksi yang diwujudkan dengan membangun Akademi Kebidanan Budi Kemuliaan
- Lembaga pelatihan dan penelitian

Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan didirikan pada 1 September 1917 dengan tanah seluas 10.809 m² dan terletak di Jalan Pejambon, Jakarta Pusat. Kemudian di tahun 1935, Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan pindah ke Jalan Budi Kemuliaan No. 25 Jakarta Pusat hingga sekarang.

Pada awalnya, Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan bernama Rumah Sakit Bersalin Budi Kemuliaan, barulah di tahun 2007 perubahan nama dilakukan menjadi Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan. Perubahan nama ini dilakukan atas pertimbangan bahwa pelayanan yang diberikan tidak hanya pada persalinan ibu, tetapi juga memberikan pelayanan kesehatan untuk bayi dan anak. Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan dipimpin oleh seorang direktur tanpa pemilik, karena seluruh keluarga besar Perkumpulan Budi Kemuliaan adalah pemiliknya.

Dalam upaya peningkatan kualitas, Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan melakukan renovasi dengan membangun gedung baru yang terletak di bagian belakang gedung lama. Pembangunan gedung baru ini selesai pada tahun 2007 dan diresmikan pada tanggal 28 Februari 2007 oleh Gubernur DKI Jakarta Sutiyoso serta dihadiri oleh Presiden Megawati Soekarno Putri.

Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan (RSIA Budi Kemuliaan) memiliki enam cabang rumah bersalin di wilayah DKI Jakarta. Adanya keenam cabang rumah bersalin tersebut merupakan kepanjangan tangan dari Rumah Sakit

Ibu dan Anak Budi Kemuliaan (RSIA Budi Kemuliaan) untuk mendekati masyarakat. Keenam cabang rumah bersalin tersebut yaitu:

- a. Rumah Bersalin Budi Kemuliaan cabang Dempo
 Alamat : Jl. Dempo V/I blok E, Jakarta Selatan
 Telepon : (021) 7220255
- b. Rumah Bersalin Budi Kemuliaan cabang Guntur
 Alamat : Jl. Guntur No. 60, Jakarta Selatan
 Telepon : (021) 8303495
- c. Rumah Bersalin Budi Kemuliaan cabang Petasan
 Alamat : Jl. Kejayaan No. 69, Jakarta Pusat
 Telepon : (021) 6337853
- d. Rumah Bersalin Budi Kemuliaan cabang Petojo
 Alamat : Jl. Cideng Barat No. 11, Jakarta Pusat
 Telepon : (021) 6331970
- e. Rumah Bersalin Budi Kemuliaan cabang Grogol
 Alamat : Jl. Makaliwe 1/3, Jakarta Barat
 Telepon : (021) 5671237
- f. Rumah Bersalin Budi Kemuliaan cabang Pekojan
 Alamat : Jl. Mesjid Pekojan No. 46, Jakarta Barat
 Telepon : (021) 6913517/ (021) 6911981

5.2 Moto, Visi, Misi, dan Tujuan Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan

5.2.1 Moto Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan

Moto Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan (RSIA Budi Kemuliaan) adalah **"Kami, melayani insan bermartabat secara bermartabat"**.

5.2.2 Visi Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan

Menjadi lembaga kesehatan yang diakui mampu menyediakan upaya pelayanan terbaik yang terjangkau oleh semua lapisan masyarakat, dengan semangat pengabdian dan kekeluargaan, untuk mewujudkan generasi penerus yang lebih berkualitas.

5.2.3 Misi Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan

Menjamin tumbuh dan berkembangnya generasi penerus yang lebih berkualitas melalui penyelenggaraan serta pengembangan upaya terbaik dan terjangkau yang berbasis komunitas secara berkesinambungan di bidang pelayanan kesehatan, pendidikan, pelatihan dan penelitian.

5.2.4 Tujuan Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan

Berikut adalah tujuan Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan sampai tahun 2013:

- a. Lembaga Kesehatan dengan struktur organisasi dan sistem manajemen yang mampu merespon pelayanan-pendidikan-pelatihan-penelitian secara integral.
- b. Lembaga Kesehatan yang telah dapat melaksanakan secara optimal Kesehatan Reproduksi esensial dan menyiapkan strategi pengembangan menuju Kesehatan Reproduksi Komprehensif dan Spesial.
- c. Lembaga Kesehatan yang mampu mengidentifikasi dan membuat strategi serta menghasilkan riset-riset yang dapat menimbulkan perubahan bermakna dalam masyarakat serta memulai riset kolaboratif.
- d. Lembaga Kesehatan yang telah mampu melaksanakan pendidikan-pelatihan yang menghasilkan sumber daya manusia yang menjadi "*agent of Change*" (mata rantai perubahan).

5.3 Profil Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan

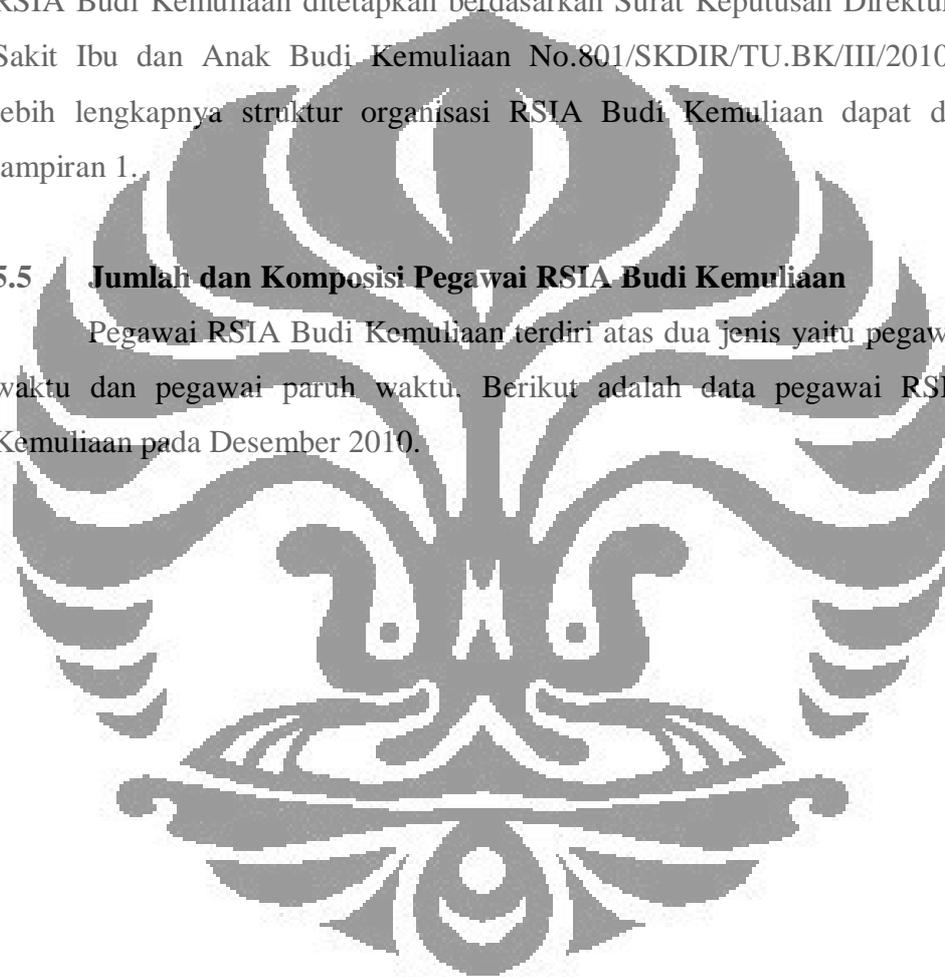
Nama Rumah Sakit	: Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan
Kepemilikan	: Keluarga Besar Perkumpulan Budi Kemuliaan
Direktur	: dr. Moh. Baharuddin, SpOG, MARS
Alamat	: Jl. Budi Kemuliaan No.25 Jakarta Pusat 10110
Telepon	: (021) 3842828
Fax	: (021) 3501012

5.4 Struktur Organisasi Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan

Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan dipimpin oleh seorang direktur yang saat ini diduduki oleh dr. Moh. Baharuddin, SpOG, MARS. Direktur dibawahi oleh Perkumpulan Budi Kemuliaan, dimana direktur sendiri membawahi langsung staf direktur dan beberapa kepala bidang yang terdiri dari Bidang Pelayanan Medik, Sumber Daya Manusia, Administrasi Keuangan, Humas, Penunjang RS I, Penunjang RS II, dan Pendidikan. Struktur organisasi RSIA Budi Kemuliaan ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan No.801/SKDIR/TU.BK/III/2010. Untuk lebih lengkapnya struktur organisasi RSIA Budi Kemuliaan dapat dilihat di lampiran 1.

5.5 Jumlah dan Komposisi Pegawai RSIA Budi Kemuliaan

Pegawai RSIA Budi Kemuliaan terdiri atas dua jenis yaitu pegawai purna waktu dan pegawai paruh waktu. Berikut adalah data pegawai RSIA Budi Kemuliaan pada Desember 2010.



Tabel 5.1
Jumlah dan Komposisi Pegawai RSIA Budi Kemuliaan

Staf/Karyawan	Uraian	Purna Waktu	Paruh Waktu
Dokter	Dokter Kandungan	8	5
	Dokter Anak	9	3
	Dokter Umum	11	4
	Dokter Gigi	2	
	Dokter Bedah		1
	Dokter Patologi Klinik		1
	Dokter Anestesi		5
	Dokter Penyakit Dalam		1
	Paramedik	Akbid DIII	122
Bidan DI		26	
Akper DIII		47	
Perawat SPK		19	
Penata Anestesi		1	7
Bidan Cabang DIII		6	
Perawat Honor			
Penunjang Medis		POS	47
	Laboratorium	10	
	Farmasi	10	
	Rekam Medik	9	
	Instalasi Gizi	35	
	ADM Perawatan	11	
Non Medis	Akuntansi	5	
	Sekum	2	
	Keuangan	15	
	Olah Data	2	
	SDM	5	
	Humas	17	
	Tim Pembelian	4	
	Pelatihan & Penelitian	1	
	Penunjang RS	Satpam	17
Logistik		4	
Sarana		5	
Teknik		7	
Transportasi		8	
Rumah Tangga		36	
Kebersihan		12	
Kesehatan Lingkungan		2	
Pendidikan Akbid		Staf Pendidikan Akbid	10
	TU Pendidikan Akbid	5	
	Rumah Tangga Akbid	4	
Total		534	27

Sumber: Laporan RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2010

Jumlah keseluruhan pegawai RSIA Budi Kemuliaan sebanyak 561 orang pegawai, yang terdiri dari pegawai purna waktu sebanyak 534 orang dan pegawai paruh waktu sebanyak 27 orang.

5.6 Fasilitas Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan

Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan memiliki fasilitas sebagai berikut:

a) Rawat Jalan

Fasilitas pelayanan kesehatan Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan pada unit rawat jalan, yaitu:

- Unit Gawat Darurat (UGD)
- Pemeriksaan Kebidanan: pemeriksaan antenatal dan pemeriksaan nifas
- Konsultasi Ibu
- Bayi Sehat dan Imunisasi
- Keluarga Berencana
- Poliklinik Umum
- Poliklinik Spesialis Obstetri dan Ginekologi
- Poliklinik Bayi dan Anak
- Poliklinik Gigi
- Penyakit Dalam

b) Rawat Inap

Fasilitas pelayanan rawat inap terdapat di gedung lantai 1, lantai 5, dan lantai 6.

- Lantai 1
Terdiri dari 6 buah kamar Dewi Srikandi dengan kapasitas per kamarnya 6 orang dan 7 buah kamar Dewi Larasati dengan kapasitas per kamarnya 4 orang.
- Lantai 5
Terdiri dari ruang Dewi Shinta untuk perawatan bayi dan ruang Dewi Trijata untuk perawatan anak.

- Lantai 6

Terdiri dari 11 buah kamar Subadra dengan kapasitas per kamarnya 2 orang: 8 buah kamar Mahendradata dengan kapasitas per kamarnya 1 orang, dan 6 buah kamar Tribhuana Tungga Dewi dengan kapasitas per kamarnya 1 orang.

Untuk lebih lengkapnya terkait fasilitas yang tersedia pada tiap jenis unit rawat inap RSIA Budi Kemuliaan, yaitu:

- Tribuana Tunggadewi

Fasilitas yang tersedia adalah sebagai berikut: 1 tempat tidur elektrik + *side table*, 1 *baby box*, *sofa bed*, TV 29 inch, saluran parabola, ruangan full AC, kamar mandi, *baby table*, lemari pakaian, lemari es, *complimentary kit*, dan surat kabar.

- Mahendradata

Fasilitas yang tersedia adalah sebagai berikut: 1 tempat tidur + *overbed table*, sofa, TV 21 inch, saluran parabola, ruangan full AC, kamar mandi, lemari pakaian, lemari es, *complimentary kit*, meja kursi tamu, dan surat kabar.

- Subadra

Fasilitas yang tersedia adalah sebagai berikut: 2 tempat tidur + *side table*, TV 17 inch, saluran parabola, ruangan full AC, kamar mandi, dan lemari pakaian.

- Larasati

Fasilitas yang tersedia adalah sebagai berikut: 4 tempat tidur + *side table*, TV 14 inch, saluran parabola, ruangan full AC, kamar mandi, dan lemari pakaian.

- Srikandi

Fasilitas yang tersedia adalah sebagai berikut: 6 tempat tidur + *side table*, ruangan full AC, kamar mandi, dan lemari pakaian.

- Dewi Trijata (khusus balita dan anak)

- Dewi Shinta (khusus neonatal)

Fasilitas yang tersedia adalah sebagai berikut: inkubator, resusitasi bayi, dan lain-lain.

c) Penunjang Medik

Fasilitas penunjang medik yang tersedia di RSIA Budi Kemuliaan adalah

- Instalasi Farmasi
- Laboratorium

Fasilitas pemeriksaan yang tersedia yaitu hematologi, pemeriksaan kimia darah, golongan darah, kolesterol, bilirubin, serologi widal, pemeriksaan tinja lengkap, urinalisa, dan tes kehamilan.

- Radiologi

Jenis pemeriksaan yang tersedia yaitu kepala, sinus, thorax, ekstremitas atas dan bawah, vertebrae cervical 2 posisi, vertebrae cervical 4 posisi, vertebrae lumbal, vertebrae thoracal, pelvis, abdomen, abdomen 3 posisi, survei tulang, survei jaringan lunak, gigi, babygram, BNO-IVP, hysteron salpingografi (HSG), analisa jantung, dan cholestografi.

- Ultrasonografi (USG), UKG, NST
- Kardiotokografi
- Bank Darah
- Nebulizer

d) Ruang *One Day Care*

Fasilitas *One Day Care* (ODC) adalah pelayanan yang dilakukan kepada pasien selama satu hari atau 24 jam. Fasilitas *One Day Care* (ODC) ini terdiri atas *One Day Care* (ODC) Anak dan *One Day Care* (ODC) Ibu.

e) Kamar Bersalin

Kamar bersalin terdiri dari dua jenis yaitu kamar bersalin khusus dan kamar bersalin biasa. Kamar bersalin khusus diperuntukkan untuk perawatan pasien *high risk* (pasien dengan resiko tinggi), misalnya PEB (Pre Eklamsi Berat). Kapasitas kamar bersalin adalah 1 kamar untuk 1 orang sehingga persalinan pasien dapat didampingi oleh suami atau

keluarga terdekat pasien. Tersedia juga ruang isolasi untuk pasien yang menderita penyakit menular.

f) Kamar Operasi

Kamar operasi merupakan kamar khusus yang digunakan untuk persalinan dengan operasi (*sectio sesario*), operasi ginekologi besar (laparotomi, histerektomi, vaginoplasti, dan lain-lain), operasi ginekologi sedang (sterilisasi/tubektomi, laparoskopi diagnostic), operasi bedah (apendektomi, sirkumsisi, dan lain-lain), dan operasi khusus (reparasi tuba/*tuboplasty*, histerektomi vaginalis, histerektomi radikal, dan reparasi fistula, dan lain-lain). Kamar operasi terdiri dari 3 ruangan.

g) Fasilitas Lain

Fasilitas lain yang tersedia di RSIA Budi Kemuliaan yaitu ambulans, kendaraan transportasi RSIA Budi Kemuliaan, tempat bermain anak, mushola, kantin, lift pengunjung, lift karyawan, ruang makan karyawan, dan ATM.

5.7 Kebijakan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan

Sesuai dengan visinya yaitu menjadi lembaga kesehatan yang diakui mampu menyediakan upaya pelayanan terbaik yang terjangkau oleh semua lapisan masyarakat, maka RSIA Budi Kemuliaan memberikan kemudahan bagi masyarakat sosial ekonomi ke bawah, yaitu:

- Tidak mengharuskan pembayaran uang muka kepada pasien untuk proses persalinan atau rawat inap.
- Adanya pilihan pelayanan berjenjang untuk pemeriksaan kandungan di poliklinik dan untuk persalinan
- Menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin (GAKIN) atau Surat Verifikasi Miskin, Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), dan Asuransi Kesehatan (ASKES)

RSIA Budi Kemuliaan memiliki dua pelayanan unggulan bagi masyarakat, yaitu:

- Pasien Pelayanan Berjenjang

Pasien pelayanan berjenjang yaitu pelayanan persalinan dan perawatan pasca persalinan yang dilakukan secara bertahap oleh tim bidan atau perawat. Jumlah bidan di RSIA Budi Kemuliaan merupakan yang paling banyak karena dalam pelayanan ini bidan lah yang menjadi orang pertama dalam menolong persalinan. Jika ada masalah serius dan tidak bisa ditangani oleh bidan maka akan dikonsultasikan dan ditolong oleh dokter umum. Jika tidak dapat ditangani juga oleh dokter umum maka akan ditangani oleh dokter spesialis. Pasien tidak dapat memilih dokter yang diinginkan. Pelayanan berjenjang ini sudah dilaksanakan sejak tahun 1917 dan terus berlangsung sampai saat ini.

- Pasien Pribadi Dokter

Pasien pelayanan pribadi dokter yaitu pelayanan persalinan dan perawatan pasca persalinan yang diberikan oleh dokter yang dipilih oleh pasien sendiri. Pada saat pasien memeriksakan kandungan pertama kali hingga persalinan dan perawatan pasca persalinan akan ditangani oleh satu dokter yang dipilih oleh pasien. Lebih lengkapnya dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.2
Sistem Manajemen Pelayanan RSIA Budi Kemuliaan

Uraian	Pelayanan berjenjang	Pelayanan dokter pribadi
Definisi	Jenis pelayanan yang diberikan oleh satu tim yang terdiri dari bidan, dokter umum, dan dokter spesialis.	Pelayanan yang diberikan oleh dokter yang dipilih oleh pasien.
Petugas pertolongan persalinan	- Persalinan normal: bidan dan dokter umum - Persalinan dengan masalah: dokter umum - Persalinan perlu tindakan: dokter spesialis SPOG	Seluruh proses persalinan (normal, dengan penyulit, bedah) ditolong oleh dokter yang dipilih pasien.
Tarif karcis rawat jalan	Sesuai dengan peraturan RS	Sesuai peraturan RS ditambah dengan honorarium dokter
Poliklinik	Poliklinik pelayanan berjenjang	Poliklinik spesialis dan poliklinik umum
Ruang rawat	Semua kelas sesuai kemampuan dan keinginan	Kelas utama, I, II
Biaya rawat inap	Sesuai tarif yang ditentukan RS	Tarif RS ditambah dengan honorarium dokter yang dipilih oleh pasien.

Sumber: RSIA Budi Kemuliaan

5.8 *Bed Occupancy Rate* (BOR) RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2007-2010

BOR menurut Huffman (1994) adalah *“the ratio of patient service days to inpatient bed count days in a period under consideration”*. Sedangkan menurut Depkes RI (2005), BOR adalah presentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal menurut Depkes RI adalah antara 60-85%. Berikut adalah rumus untuk menghitung BOR.

Gambar 5.1
Rumus *Bed Occupancy Rate* (BOR)

$$\text{BOR} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan rumah sakit}}{\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari dalam satu periode}} \times 100\%$$

Tabel 5.3
BOR RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2007-2010

Tahun	Tingkat Hunian (BOR)						
	Ruang Rawat Ibu					Bayi	Anak
	TTD	MHD	SBD	LRS	SKD		
2007	9%	35%	28%	44%	87%	55%	62%
2008	16.58%	40%	30.5%	30.75%	106.25%	57.3%	76.75%
2009	10%	35%	26%	27%	89%	56%	81%
2010	6%	38%	32%	39%	85%	60%	76%

TTD= Tribhuana Tungga Dewi, MHD= Mahendradata, SBD= Subadra, LRS= Dewi Larasati, SKD= Dewi Srikandi
Sumber: Humas RSIA Budi Kemuliaan

Berdasarkan tabel diatas, untuk nilai BOR di ruang rawat ibu sendiri belum semuanya memenuhi kriteria Depkes RI yaitu 60-85%. Ruang Tribhuana Tungga Dewi, Mahendradata, Subadra, dan Dewi Larasati masih berada di bawah nilai ideal sedangkan ruang Dewi Srikandi sudah memenuhi nilai ideal bahkan ada yang melampaui nilai ideal. Untuk ruang bayi, nilai BOR hampir mendekati nilai ideal dan tahun 2010 sudah memenuhi nilai ideal. Ruang anak juga telah memenuhi nilai ideal Depkes RI.

5.9 *Average Length of Stay (AVLOS) RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2007-2010*

AVLOS menurut Huffman (1994) adalah "*The average hospitalization stay of inpatient discharged during the period under consideration*". AVLOS menurut Depkes RI (2005) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Secara umum nilai AVLOS yang ideal menurut Depkes antara 6-9 hari. Berikut adalah rumus untuk menghitung AVLOS.

Gambar 5.2
Rumus *Average Length of Stay (AVLOS)*

$$\text{AVLOS} = \frac{\text{Jumlah lama dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

Tabel 5.4
AVLOS RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2007-2010

Tahun	Lama Hari Perawatan (AVLOS)						
	Ruang Rawat Ibu					Bayi	Anak
	TTD	MHD	SBD	LRS	SKD		
2007	2.25	3.25	3	2	2	2	3.5
2008	4.25	3	3	2	2	2	3.4
2009	3.5	2.75	3	2	2	1.9	3.1
2010	2.4	3.2	3	2	2	2.2	3.2

TTD= Tribhuana Tungga Dewi, MHD= Mahendradata, SBD= Subadra, LRS= Dewi Larasati, SKD= Dewi Srikandi

Sumber: Humas RSIA Budi Kemuliaan

Berdasarkan tabel diatas, untuk nilai AVLOS di ruang rawat ibu, bayi, dan anak, masih berada di bawah kriteria atau nilai ideal yang ditetapkan oleh Depkes yaitu 6-9 hari.

5.10 Turn Over Internal (TOI) RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2007-2010

TOI menurut Depkes RI (2005) adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari. Berikut adalah rumus untuk menghitung TOI.

Gambar 5.3
Rumus Turn Over Internal (TOI)

$$TOI = \frac{\text{(Jumlah tempat tidur X Periode)} - \text{Hari perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

Tabel 5.5
TOI RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2007-2010

Tahun	Jumlah Tempat Tidur Kosong (TOI)						
	Ruang Rawat Ibu					Bayi	Anak
	TTD	MHD	SBD	LRS	SKD		
2007	16	5	7	7	0.3	2	2
2008	29.2	3.8	5.3	3.9	-0.05	0.9	0.825
2009	28.33	4.9	6.08	5.9	0	1.5	0.75
2010	43.2	4.41	5	3.25	0.17	0.92	2.41

TTD= Tribhuana Tungga Dewi, MHD= Mahendradata, SBD= Subadra, LRS= Dewi Larasati, SKD= Dewi Srikandi
Sumber: Humas RSIA Budi Kemuliaan

Berdasarkan tabel diatas, untuk nilai TOI di ruang rawat ibu belum ada yang mencapai nilai ideal Depkes yaitu 1-3 hari, hanya ruang Dewi Larasati di tahun 2010 saja yang mencapai nilai ideal. Untuk ruang rawat bayi dan anak juga telah memenuhi nilai ideal yang ditetapkan Depkes.

5.11 *Bed Turn Over* (BTO) RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2007-2010

BTO menurut Huffman (1994) adalah “...*the net effect of changed in occupancy rate and length of stay*”. BTO menurut Depkes RI (2005) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu. Idealnya dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali. Berikut adalah rumus untuk menghitung BTO.

Gambar 5.4
Rumus *Bed Turn Over* (BTO)

$$\text{BTO} = \frac{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}{\text{Jumlah tempat tidur}}$$

Tabel 5.6
BTO RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2007-2010

Tahun	Jumlah Pemakaian Tempat Tidur (BTO)						
	Ruang Rawat Ibu					Bayi	Anak
	TTD	MHD	SBD	LRS	SKD		
2007	3.3x	4.3x	3.3x	3.3x	6.3x	14.4x	8.4x
2008	1.5x	4.6x	3.6x	4.8x	18.4x	9x	8.25x
2009	1.3x	4.9x	3.3x	4.1x	15.2x	9.1x	9.25x
2010	0.58x	4.25x	3.92x	5.5x	12.25x	8.25x	6.25x

TTD= Tribhuana Tungga Dewi, MHD= Mahendradata, SBD= Subadra, LRS= Dewi Larasati, SKD= Dewi Srikandi
Sumber: Humas RSIA Budi Kemuliaan

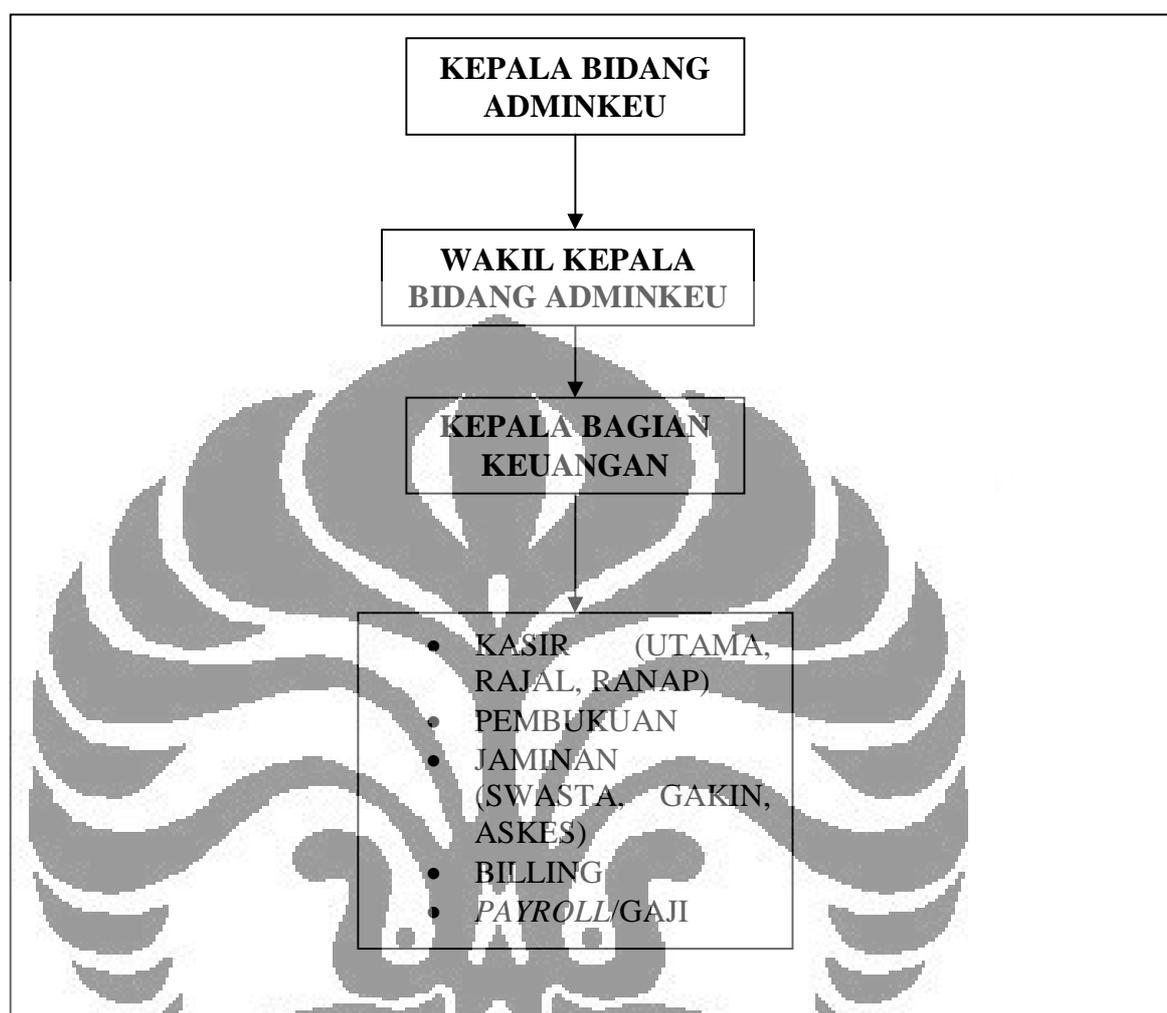
Berdasarkan tabel diatas, untuk nilai BTO di ruang rawat ibu, bayi, dan anak masih berada di bawah nilai ideal Depkes yaitu 40-50 kali.

5.12 Bagian Keuangan RSIA Budi Kemuliaan

5.12.1 Struktur Organisasi

Berdasarkan struktur organisasi, Bagian Keuangan berada di bawah Kepala Bidang Administrasi Keuangan dan Wakil Kepala Bidang Administrasi Keuangan. Bagian Keuangan dipimpin oleh seorang Kepala Bagian Keuangan dan memiliki beberapa aktivitas, yaitu urusan kasir (kasir utama, kasir rawat inap, dan kasir rawat jalan), urusan pembukuan, urusan jaminan (swasta, gakin, dan askes), urusan billing, serta urusan *payroll* atau gaji.

Gambar 5.5
Struktur Organisasi Bagian Keuangan RSIA Budi Kemuliaan



5.12.2 Uraian Tugas

5.12.2.1 Uraian Tugas Kepala Bagian Keuangan

- Mengkoordinasi seluruh kegiatan bagian keuangan.
- Berkoordinasi dengan seluruh bagian terkait.
- Merekap jumlah penerimaan honor, premi, dan pajak dokter.
- Merekap jumlah pajak konsultan dan kontraktor.
- Membuat laporan pajak dan menyetorkan pajak.
- Membuat laporan rapat keuangan mingguan, bulanan, dan tahunan.
- Membuat cek dan giro untuk pembayaran.

- Menangani pasien bermasalah yang tidak bisa menggunakan fasilitas SKTM.
- Merekap realisasi pengeluaran (belanja) rumah sakit.
- Mengurus keperluan gaji karyawan (internal – eksternal).
- Mengatur lalu lintas pembayaran.

5.12.2.2 Uraian Tugas Bendahara (Kasir Utama)

- Menerima, menghitung, meneliti dan mencatat uang setoran (R. inap, R. Jalan dll.) yang sesuai dengan jumlah kwitansi.
- Mengeluarkan uang sesuai tagihan setelah di ketahui oleh Ka.Bag. Keuangan.
- Merapikan dan menyusun seluruh kwitansi pengeluaran
- Merapikan dan menyusun seluruh kwitansi penerimaan dan menyerahkan ke bagian pembukuan setelah di pisahkan antara rekap ke-2 (merah) dan rekap ke-3 (kuning) sesuai urutan.
- Menghitung penerimaan dan pengeluaran harian dan mencari saldo untuk pencocokan dengan bagian pembukuan.
- Melaporkan jumlah uang yang beredar kepada Ka.Bag. Keuangan setiap pagi dan siang untuk disetor ke Bank.
- Menyediakan uang recehan/pecahan untuk kembalian pasien (rawat inap, rawat jalan, dan gaji/jaspel).
- Membantu *billing* dan kasir rawat inap.

5.12.2.3 Uraian Tugas *Billing* Utama (Penata Rekening)

- Merekap dan membuat perincian biaya perawatan serta mencetak kwitansi dan surat lahir.
- Koordinasi dengan administrasi ruangan dan bagian terkait (farmasi, laboratorium) dalam merekap bon penghasilan pasien dan surat keterangan kelahiran.
- Menerima faktur tagihan dan membuat cek/Bilyet Giro (BG) kepada rekanan (*supplier*).
- Merekap tagihan perawatan karyawan dan membukukan.

5.12.2.4 Uraian Tugas Kasir Rawat Inap

- Menerima pembayaran rawat inap, UGD, dll. Dibukukan kemudian disetorkan langsung ke kasir utama dan ditanda tangan.
- Merekap dan membukukan honor dokter rawat inap.
- Memberikan honor dokter rawat inap yang sesuai dan diketahui oleh Ka.Bag. Keuangan.

5.12.2.5 Uraian Tugas Kasir Rawat Jalan Lantai 2 (Poli Berjenjang)

- Menerima pembayaran karcis berjenjang, farmasi, laboratorium, diagnostik, radiologi.
- Merekap penerimaan dan dicatat dan dibukukan kemudian disetorkan ke kasir utama dan ditandatangani.

5.12.2.6 Uraian Tugas Kasir Rawat Jalan Lantai 3 (Poli Pribadi)

- Menerima pembayaran karcis poli pribadi, diagnostik.
- Mencatat dan membukukan honor dokter poli pribadi pagi
- Memberikan honor dokter poli pribadi yang sesuai setelah diketahui Ka.Bag. Keuangan.
- Merekap Ppenerimaan dan dicatat dan dibukukan kemudian disetorkan ke kasir utama dan ditandatangani.
- Membuat laporan pajak premi honor dokter poli pribadi sebelum tanggal 5 pada bulan berikutnya.

5.12.2.7 Uraian Tugas *Billing* II dan Jaminan

- Menerima dan menyelesaikan proses jaminan rawat inap dan rawat jalan (Asuransi, Perusahaan dll).
- Membukukan piutang jaminan, merekap dan membuat tagihan pembayaran paling lambat 1 (satu) minggu setelah pasien pulang.
- Membuat *voucher* penerimaan jaminan paling lambat tanggal 10 pada bulan berikutnya.
- Menerima pembayaran uang sekolah.

- Input penerimaan rawat inap.
- Membantu tugas *billing* utama dan kasir rawat inap.
- Membuat laporan pajak premi honor dokter poli sore sebelum tanggal 5 pada bulan berikutnya.

5.12.2.8 Uraian Tugas Pembukuan

- Mencatat pembukuan dan menutup saldo setiap hari setelah dicocokkan dengan bendahara (kasir utama)
- Membukukan setoran bank, cicilan bank, pembayaran dimuka, kartu kredit.
- Membuat *voucher* penerimaan kartu kredit sebelum tanggal 10 pada bulan berikutnya.
- Membantu tugas-tugas kasir rawat inap dan *billing*
- Merapikan arsip kwitansi (penerimaan dan pengeluaran)
- Membukukan dan menginput data pasein dengan perjanjian (piutang pasien).

5.12.2.9 Uraian Tugas Bendahara Gaji

- Koordinasi dengan SDM untuk persiapan Gaji/Jaspel/THR/Bonus (uang bantuan sekolah).
- Koordinasi dengan koordinator poli sore untuk persiapan honor pelaksana praktek sore (bidan, perawat, POS, kasir, laboratorium, farmasi, pekarya)
- Mempersiapkan uang (bulat/pecahan) untuk Gaji/Jaspel/THR/Bonus (uang bantuan sekolah) /honor pelaksana praktek sore.
- Membuat laporan penyelesaian Gaji/Jaspel/THR/Bonus (uang bantuan sekolah) /honor pelaksana praktek sore.
- Menerima setoran cabang dan membukukan dengan baik dan rapi.
- Mencatat dan membukukan pinjaman/potongan karyawan.
- Menerima dan membukukan pembayaran dari *Admission*.
- Membantu kasir rawat inap dan petugas *billing*.

5.12.2.10 Uraian Tugas Jaminan Askes

- Menerima berkas pasien Askes yang terdiri dari fotokopi kartu Askes, fotokopi KTP, fotokopi surat nikah, dan fotokopi SK golongan
- Menerima kwitansi baik rawat jalan maupun rawat inap pasien Askes
- Menginput data pasien Askes ke dalam komputer
- Membuat laporan tagihan pasien Askes untuk dikirimkan kepada Askes

5.12.2.11 Uraian Tugas Jaminan JPK GAKIN

- Memberikan informasi tepat dan jelas sesuai wewenang
- Menerima berkas-berkas persyaratan SKTM/ Gakin
- Menerima berkas perincian biaya dan resume medis masing-masing pasien SKTM dalam satu bundel dari petugas billing
- Memisahkan berkas yang asli dan transparansi masing-masing pasien SKTM/ Gakin
- Menyatukan antara berkas SKTM dan Gakin dengan perincian biaya masing-masing pasien
- Menginput berkas pasien meliputi SKTM/ Gakin beserta perincian biayanya ke dalam komputer
- Membuat uraian biaya masing-masing pasien yang lebih rinci sesuai dengan bon-bon atau kwitansi pasien yang ada
- Uraian biaya yang lebih rinci tersebut dilampirkan pada berkas masing-masing pasien
- Memberi nomor pada berkas pasien jika sudah diinput
- Mengantar klaim tagihan per bulan ke Dinkes
- Menerima BAP dari Dinkes
- Membuat kwitansi lalu menyerahkan kepada Dinkes

BAB 6 HASIL PENELITIAN

6.1 Gambaran Karakteristik Pasien

6.1.1 Pekerjaan Penanggung Jawab Pasien

Tabel 6.1
Distribusi Pasien Piutang Murni Menurut Pekerjaan Penanggung Jawab Pasien

Pekerjaan Penanggung Jawab Pasien	F	%
Bekerja	140	97,2
• Buruh	47	32,6
• Karyawan	40	27,8
• Pedagang	24	16,7
• Lain-lain	29	20,1
Tidak bekerja	4	2,8
Total	144	100

Dari 144 pasien ibu yang memiliki piutang murni pada tahun 2010, terlihat bahwa sebagian besar penanggung jawab pasien bekerja. Lebih jelasnya terdapat 140 orang atau 97,2% yang bekerja dan hanya 4 orang atau 2,8% yang tidak bekerja. Pekerjaan penanggung jawab pasien yang bekerja sebagian besar adalah buruh (buruh pabrik, buruh serabutan, kuli bangunan, dan kuli panggul) yaitu sebanyak 47 orang (32,6%). Lalu di tempat selanjutnya adalah karyawan sebanyak 40 orang (27,8%), pedagang sebanyak 24 orang (16,7%), dan lain-lain (wiraswasta, kurir, kondektur, pengamen, supir, tukang ojek, tukang parkir, nelayan, dan loper koran) sebanyak 29 orang (20,1%).

6.1.2 Umur Pasien

Tabel 6.2
Distribusi Pasien Piutang Murni Menurut Umur Pasien

Umur	F	%
11-20 tahun	32	22,2
21-30 tahun	56	38,9
31-40 tahun	46	31,9
41-50 tahun	10	6,9
Total	144	100

Pada tabel variabel umur terlihat bahwa kelompok umur 21-30 tahun merupakan yang paling banyak yaitu 56 orang (38,9%). Kemudian disusul dengan kelompok umur 31-40 tahun sebanyak 46 orang (31,9%). Kelompok umur 11-20 tahun berada di posisi ketiga terbanyak dengan 32 orang (22,2%) dan di posisi terakhir kelompok umur 41-50 tahun sebanyak 10 orang (6,9%).

6.1.3 Pendidikan

Tabel 6.3
Distribusi Pasien Piutang Murni Menurut Pendidikan

Pendidikan	F	%
Tidak Sekolah	2	1,4
SD	50	34,7
SMP/ sederajat	38	26,4
SMA/ sederajat	52	36,1
Perguruan Tinggi	2	1,4
Total	144	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa pasien yang memiliki piutang murni tahun 2010 paling banyak berpendidikan SMA/ sederajat yaitu 52 orang (36,1%). Selanjutnya terdapat 50 orang yang berpendidikan SD (34,7%) dan 38 orang (26,4%) berpendidikan SMP/ sederajat. Untuk pasien yang tidak sekolah dan berpendidikan perguruan tinggi masing-masing berjumlah 2 orang (1,4%).

6.1.4 Lokasi Tempat Tinggal

Tabel 6.4
Distribusi Pasien Piutang Murni Menurut Lokasi Tempat Tinggal

Lokasi Tempat Tinggal	F	%
Jakarta Utara	16	11,1
Jakarta Selatan	12	8,3
Jakarta Barat	71	49,3
Jakarta Timur	0	0
Jakarta Pusat	37	25,7
Luar Jakarta	8	5,6
Total	144	100

Pada tabel variabel lokasi tempat tinggal di atas, terlihat bahwa sebagian besar pasien rawat inap piutang murni bertempat tinggal di wilayah Jakarta Barat yaitu sebanyak 71 orang (49,3%) sedangkan sebanyak 37 orang lagi (25,7%)

berada di wilayah Jakarta Pusat. Untuk pasien yang bertempat tinggal di wilayah Jakarta Utara ada 16 orang (11,1%), di Jakarta Selatan ada 12 orang (8,3%), dan di wilayah luar Jakarta ada 8 orang (5,6%). Tidak ada pasien yang bertempat tinggal di wilayah Jakarta Timur.

6.1.5 Kelas Perawatan

Tabel 6.5
Distribusi Pasien Piutang Murni Menurut Kelas Perawatan

Kelas Perawatan	F	%
Kelas VVIP	1	0,7
Kelas VIP	0	0
Kelas I	1	0,7
Kelas II	8	5,6
Kelas III	133	92,3
Kamar Bersalin Khusus	1	0,7
Total	144	100

Dari tabel variabel kelas perawatan, terlihat bahwa pasien yang memiliki piutang murni terbesar berasal dari pasien kelas III (srikandi) sebanyak 133 orang (92,3%), selanjutnya berasal dari pasien kelas II (larasati) sebanyak 8 orang (5,6%). Untuk pasien kelas VVIP (tribhuana tungga dewi), kelas I (subadra), dan kamar bersalin khusus masing-masing hanya 1 orang (0,7%) dan tidak ada pasien yang berasal dari kelas VIP (mahendradata).

6.1.6 Lama Hari Rawat

Tabel 6.6
Distribusi Pasien Piutang Murni Menurut Lama Hari Rawat

Lama Hari Rawat	F	%
≤ 4 hari	90	62,5
> 4 hari	54	37,5
Total	144	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa terdapat 90 orang pasien piutang murni (62,5%) yang memiliki lama hari rawat ≤ 4 hari sedangkan 54 orang lainnya (37,5%) memiliki lama hari rawat > 4 hari.

6.1.7 Besar Biaya Perawatan

Tabel 6.7
Distribusi Pasien Piutang Murni Menurut Besar Biaya Perawatan

Besar Biaya Perawatan	F	%
< Rp3.000.000	51	35,4
Rp3.000.000 – Rp6.000.000	57	39,6
> Rp6.000.000	36	25
Total	144	100

Dari 144 pasien piutang murni, terdapat 57 pasien (39,6%) yang memiliki biaya perawatan antara Rp3.000.000 - Rp6.000.000. Sedangkan 51 orang lainnya (35,4%) memiliki biaya perawatan < Rp3.000.000 dan 36 orang (25%) sisanya > Rp6.000.000.

6.1.8 Umur Piutang

Tabel 6.8
Distribusi Pasien Piutang Murni Menurut Umur Piutang

Umur Piutang	F	%
< 180 hari	20	13,9
180-360 hari	87	60,4
>360 hari	37	25,7
Total	144	100

Tabel diatas menunjukkan bahwa paling banyak adalah pasien yang memiliki umur piutang 180-360 hari sebanyak 87 orang (60,4%). Lalu pasien yang memiliki umur piutang > 360 hari sebanyak 37 orang (25,7%) dan tempat terakhir adalah pasien yang memiliki umur piutang < 180 hari sebanyak 20 orang (13,9%).

6.2 Analisa Hubungan Karakteristik Pasien dengan Saldo Piutang Murni Pasien Rawat Inap

6.2.1 Hubungan Pekerjaan Penanggung Jawab Pasien dengan Saldo Piutang

Dari tabel 6.9, penanggung jawab pasien piutang murni yang bekerja dan memiliki piutang Rp60.700 - Rp577.500 ada 34 orang (24,3%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 36 orang (25,7%). Untuk yang piutangnya Rp1.163.501-Rp2.297.500 sebanyak 35 orang (25%) dan yang piutangnya Rp2.297.501-Rp18.390.000 ada 35 orang (25%) juga.

Tabel 6.9
Distribusi Saldo Piutang Murni Menurut Pekerjaan Penanggung Jawab Pasien

Pekerjaan	Piutang								Total	
	Rp60.700- Rp577.500		Rp577.501- Rp1.163.500		Rp1.163.501- Rp2.297.500		Rp2.297.501- Rp18.390.000			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Bekerja	34	24,3	36	25,7	35	25	35	25	140	100
• Buruh	15	31,9	12	25,5	13	27,7	7	14,9	47	100
• Karyawan	7	17,5	9	22,5	10	25	14	35	40	100
• Pedagang	5	20,8	7	29,2	5	20,8	7	29,2	24	100
• Lain-lain	7	24,1	8	27,6	7	24,1	7	24,1	29	100
Tidak bekerja	2	50	0	0	1	25	1	25	4	100

p value = 0,759

Jika penanggung jawab pasien yang bekerja dirinci lagi, maka sebagai berikut. Penanggung jawab pasien yang bekerja sebagai buruh dan memiliki piutang Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 15 orang (31,9%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 12 orang (25,5%). Lalu yang piutangnya Rp1.163.501-Rp2.297.500 sebanyak 13 orang (27,7%) dan yang piutangnya Rp2.297.501- Rp18.390.000 ada 7 orang (14,9%).

Untuk penanggung jawab pasien yang bekerja sebagai karyawan dan memiliki piutang Rp60.700 - Rp577.500 ada 7 orang (17,5%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 9 orang (22,5%). Kemudian yang piutangnya Rp1.163.501-Rp2.297.500 sebanyak 10 orang (25%) dan yang piutangnya Rp2.297.501- Rp18.390.000 sebanyak 14 orang (35%).

Penanggung jawab pasien yang bekerja sebagai pedagang dan memiliki piutang Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 5 orang (20,8%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 7 orang (29,2%). Untuk yang piutangnya Rp1.163.501-Rp2.297.500 sebanyak 5 orang (20,8%) dan yang piutangnya Rp2.297.501- Rp18.390.000 sebanyak 7 orang (29,2%).

Penanggung jawab pasien yang pekerjaannya lain-lain dalam hal ini sebagai wiraswasta, kurir, kondektur, pengamen, supir, tukang ojek, tukang parkir, nelayan, dan looper koran serta memiliki piutang Rp60.700 - Rp577.500 ada 7 orang (24,1%). Lalu yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 8 orang (27,6%), yang piutangnya Rp1.163.501-Rp2.297.500 sebanyak 7 orang (24,1%) dan yang piutangnya Rp2.297.501- Rp18.390.000 sebanyak 7 orang (24,1%).

Untuk penanggung jawab pasien yang tidak bekerja dan memiliki piutang Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 2 orang (50%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 tidak ada (0%). Lalu yang piutangnya Rp1.163.501-Rp2.297.500 sebanyak 1 orang (25%) dan yang piutangnya Rp2.297.501- Rp18.390.000 sebanyak 1 orang (25%) juga.

Variabel pekerjaan penanggung jawab pasien memiliki p value = 0,759. Ini menunjukkan bahwa variabel pekerjaan penanggung jawab pasien tidak memiliki hubungan bermakna dengan saldo piutang pasien sebab p value > 0,05.

6.2.2 Hubungan Umur Pasien dengan Saldo Piutang

Sesuai tabel 6.10, pasien yang berumur 11-20 tahun dan memiliki piutang Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 8 orang (25%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 9 orang (28,1%). Lalu yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 sebanyak 8 orang (25%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 7 orang (21,9%).

Pasien piutang murni yang berumur 21-30 tahun dan memiliki piutang Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 12 orang (21,4%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 12 orang (21,4%). Untuk yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 16 orang (28,6%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 16 orang (28,6%) juga.

Tabel 6.10
Distribusi Saldo Piutang Murni Menurut Umur Pasien

Umur	Piutang									
	Rp60.700- Rp577.500		Rp577.501- Rp1.163.500		Rp1.163.501- Rp2.297.500		Rp2.297.501- Rp18.390.000		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
11-20 tahun	8	25	9	28,1	8	25	7	21,9	32	100
21-30 tahun	12	21,4	12	21,4	16	28,6	16	28,6	56	100
31-40 tahun	13	28,3	13	28,3	9	19,6	11	23,9	46	100
41-50 tahun	3	30	2	20	3	30	2	20	10	100

p value = 0,973

Pasien yang berumur 31-40 tahun dan memiliki piutang Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 13 orang (28,3%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 13 orang (28,3%). Sedangkan yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 9 orang (19,6%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 11 orang (23,9%).

Pasien piutang murni yang berumur 41-50 tahun dan memiliki piutang Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 3 orang (30%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 2 orang (20%). Untuk yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 3 orang (30%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 2 orang (20%).

Untuk variabel umur pasien memiliki p value = 0,973. Hal ini menandakan bahwa variabel umur pasien tidak memiliki hubungan bermakna dengan saldo piutang pasien sebab p value > 0,05.

6.2.3 Hubungan Pendidikan dengan Saldo Piutang

Tabel 6.11 menunjukkan bahwa pasien piutang murni yang tidak sekolah dan memiliki piutang sebesar Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 1 orang (50%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 juga 1 orang (50%). Untuk pasien yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 dan Rp1.163.501 - Rp2.297.500 tidak ada.

Untuk pasien yang berpendidikan sekolah dasar (SD) dan memiliki piutang Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 12 orang (24%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 13 orang (26%). Untuk yang memiliki

piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 13 orang (26%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 12 orang (24%).

Tabel 6.11
Distribusi Saldo Piutang Murni Menurut Pendidikan

Pendidikan	Piutang									
	Rp60.700- Rp577.500		Rp577.501- Rp1.163.500		Rp1.163.501- Rp2.297.500		Rp2.297.501- Rp18.390.000		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Tidak sekolah	1	50	0	0	0	0	1	50	2	100
SD	12	24	13	26	13	26	12	24	50	100
SMP/ sederajat	8	21,1	12	31,6	10	26,3	8	21,1	38	100
SMA/ sederajat	14	26,9	11	21,2	13	25	14	26,9	52	100
Perguruan Tinggi	1	50	0	0	0	0	1	50	2	100

p value = 0,930

Pasien piutang murni yang berpendidikan sekolah menengah pertama (SMP/ sederajat) dan memiliki piutang Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 8 orang (21,1%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 12 orang (31,6%). Sedangkan yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 10 orang (26,3%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 8 orang (21,1%).

Untuk pasien yang berpendidikan sekolah menengah atas (SMA/ sederajat) dan piutangnya Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 14 orang (26,9%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 11 orang (21,2%). Kemudian yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 13 orang (25%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 14 orang (26,9%).

Pasien yang berpendidikan tinggi (Perguruan Tinggi) dan piutangnya Rp60.700 - Rp577.500 dan Rp2.297.501 - Rp18.390.000 masing-masing sebanyak 1 orang (50%). Lalu tidak ada pasien yang memiliki piutang sebesar Rp577.501 - Rp1.163.500 dan Rp1.163.501 - Rp2.297.500.

Variabel pendidikan memiliki p value = 0,930. Variabel ini tidak memiliki hubungan dengan saldo piutang pasien sebab p value > 0,05.

6.2.4 Hubungan Lokasi Tempat Tinggal dengan Saldo Piutang

Dari tabel 6.12, pasien yang tinggal di Jakarta Utara dan memiliki piutang Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 1 orang (6,2%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 7 orang (43,8%). Kemudian yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 6 orang (37,5%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 2 orang (12,5%).

Untuk pasien yang tinggal di wilayah Jakarta Selatan dan memiliki piutang Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 5 orang (41,7%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 1 orang (8,3%). Lalu yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 1 orang (8,3%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 5 orang (41,7%).

Pasien piutang murni yang tinggal di Jakarta Barat dan piutangnya Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 19 orang (26,8%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 16 orang (22,5%). Untuk pasien yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 17 orang (23,9%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 19 orang (26,8%). Tidak ada pasien yang tinggal di Jakarta Timur sehingga tidak ada saldo piutang juga pada kelompok ini.

Tabel 6.12
Distribusi Saldo Piutang Murni Menurut Lokasi Tempat Tinggal

Lokasi Tempat Tinggal	Piutang									
	Rp60.700- Rp577.500		Rp577.501- Rp1.163.500		Rp1.163.501- Rp2.297.500		Rp2.297.501- Rp18.390.000		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Jakarta Utara	1	6,2	7	43,8	6	37,5	2	12,5	16	100
Jakarta Selatan	5	41,7	1	8,3	1	8,3	5	41,7	12	100
Jakarta Barat	19	26,8	16	22,5	17	23,9	19	26,8	71	100
Jakarta Timur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jakarta Pusat	10	27	10	27	10	27	7	18,9	37	100
Luar Jakarta	1	12,5	2	25	2	25	3	37,5	8	100

p value = 0, 304

Untuk pasien piutang murni yang tinggal di wilayah Jakarta Pusat dan memiliki piutang Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 10 orang (27%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 10 orang (27%). Lalu pasien yang

memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 10 orang (27%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 7 orang (18,9%).

Ada juga pasien yang tinggal di wilayah luar jakarta dan memiliki piutang Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 1 orang (12,5%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 2 orang (25%). Untuk pasien yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 2 orang (25%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 3 orang (37,5%).

Variabel lokasi tempat tinggal memiliki p value = 0,304. Ini menunjukkan bahwa variabel lokasi tempat tinggal tidak memiliki hubungan dengan saldo piutang pasien sebab p value > 0,05

6.2.5 Hubungan Kelas Perawatan dengan Saldo Piutang

Dari tabel 6.13, pasien piutang murni yang berasal dari kelas VVIP (tribhuana tungga dewi) dan memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 1 orang (12,5%). Kemudian yang piutangnya Rp60.700 - Rp577.500, Rp577.501 - Rp1.163.500, dan Rp1.163.501 - Rp2.297.500 tidak ada. Untuk kelas VIP tidak terdapat piutang sehingga tidak ada juga pasien yang berasal dari kelas tersebut.

Terdapat piutang dari pasien kelas I (subadra) yang piutangnya Rp2.297.501 - Rp18.390,000 sebanyak 1 orang (100%). Tidak ada pasien yang memiliki piutang Rp60.700 - Rp577.500, Rp577.501 - Rp1.163.500, dan Rp1.163.501 - Rp2.297.500.

Pasien piutang murni yang berasal dari kelas II (larasati) dan memiliki piutang Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 1 orang (12,5%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 2 orang (25%). Untuk pasien yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 2 orang (25%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 3 orang (37,5%).

Tabel 6.13
Distribusi Saldo Piutang Murni Menurut Kelas Perawatan

Kelas Perawatan	Piutang									
	Rp60.700- Rp577.500		Rp577.501- Rp1.163.500		Rp1.163.501- Rp2.297.500		Rp2.297.501- Rp18.390.000		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Kelas VVIP	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
Kelas VIP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kelas I	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100
Kelas II	1	12,5	2	25	2	25	3	37,5	8	100
Kelas III	35	26,3	34	25,6	33	24,8	31	23,3	133	100
Kamar bersalin khusus	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100

p value = 0,593

Untuk pasien dari kelas III (srikandi) yang piutangnya Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 35 orang (26,3%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 34 orang (25,6%). Kemudian pasien yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 33 orang (24,8%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 31 orang (23,3%).

Pasien yang berasal dari kamar bersalin (KB) khusus dan memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 sebanyak 1 orang (100%). Tidak ada pasien yang piutangnya Rp60.700 - Rp577.500, Rp577.501 - Rp1.163.500, dan Rp2.297.501 - Rp18.390.000.

Variabel kelas perawatan memiliki p value 0,593. Hal ini menandakan bahwa variabel kelas perawatan tidak memiliki hubungan dengan saldo piutang pasien sebab p value > 0,05.

6.2.6 Hubungan Lama Hari Rawat dengan Saldo Piutang

Dari tabel 6.14 terlihat bahwa pasien piutang murni yang memiliki lama hari rawat ≤ 4 hari dan piutangnya Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 27 orang (30%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 29 orang (32,2%). Untuk pasien yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 23 orang (25,6%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 11 orang (12,2%).

Tabel 6.14
Distribusi Saldo Piutang Murni Menurut Lama Hari Rawat

Lama Hari Rawat	Piutang									
	Rp60.700- Rp577.500		Rp577.501- Rp1.163.500		Rp1.163.501- Rp2.297.500		Rp2.297.501- Rp18.390.000		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
≤ 4 hari	27	30	29	32,2	23	25,6	11	12,2	90	100
> 4 hari	9	16,7	7	13	13	24,1	25	46,3	54	100

p value = 0,000

Untuk pasien yang memiliki lama hari rawat > 4 hari dan umur piutangnya Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 9 orang (16,7%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 7 orang (13%). Lalu pasien yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 13 orang (24,1%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 25 orang (46,3%).

Variabel lama hari rawat memiliki p value = 0,000. Hal ini menunjukkan bahwa variabel lama hari rawat memiliki hubungan dengan saldo piutang pasien sebab p value < 0,05.

6.2.7 Hubungan Besar Biaya Perawatan dengan Saldo Piutang

Tabel 6.15 menunjukkan bahwa pasien piutang murni yang memiliki besar biaya perawatan < Rp3.000.000 dan piutangnya Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 25 orang (49%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 18 orang (35,3%). Untuk pasien yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 8 orang (15,7%), dan tidak ada yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000.

Untuk pasien yang memiliki besar biaya perawatan Rp3.000.000- Rp6.000.000 dan piutangnya Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 9 orang (15,8%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 15 orang (26,3%). Lalu pasien yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 20 orang (35,1%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 13 orang (22,8%).

Tabel 6.15
Distribusi Saldo Piutang Murni Menurut Besar Biaya Perawatan

Besar Biaya Perawatan	Piutang									
	Rp60.700- Rp577.500		Rp577.501- Rp1.163.500		Rp1.163.501- Rp2.297.500		Rp2.297.501- Rp18.390.000		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
< Rp3.000.000	25	49	18	35,3	8	15,7	0	0	51	100
Rp3.000.000 Rp6.000.000	9	15,8	15	26,3	20	35,1	13	22,8	57	100
> Rp6.000.000	2	5,6	3	8,3	8	22,2	23	63,9	36	100

p value = 0,000

Pasien yang memiliki besar biaya perawatan > Rp6.000.000 dan piutangnya Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 2 orang (5,6%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 3 orang (8,3%). Kemudian pasien yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 8 orang (22,2%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 23 orang (63,9%).

Variabel besar biaya perawatan memiliki p value = 0,000. Ini menandakan bahwa variabel besar biaya perawatan memiliki hubungan dengan saldo piutang pasien.

6.2.8 Hubungan Umur Piutang dengan Saldo Piutang

Pada tabel 6.16 menunjukkan bahwa pasien piutang murni yang memiliki umur piutang < 180 hari dan piutangnya Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 6 orang (30%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 8 orang (40%). Untuk pasien yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 5 orang (25%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 ada 1 orang (5%).

Untuk pasien yang memiliki umur piutang 180-360 hari dan piutangnya Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 24 orang (27,6%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 21 orang (24,1%). Lalu pasien yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 20 orang (23%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 22 orang (25,3%).

Tabel 6.16
Distribusi Saldo Piutang Murni Menurut Umur Piutang

Umur Piutang	Piutang									
	Rp60.700- Rp577.500		Rp577.501- Rp1.163.500		Rp1.163.501- Rp2.297.500		Rp2.297.501- Rp18.390.000		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
< 180 hari	6	30	8	40	5	25	1	5	20	100
180-360 hari	24	27,6	21	24,1	20	23	22	25,3	87	100
> 360 hari	6	16,2	7	18,9	11	29,7	13	35,1	37	100

p value = 0,166

Pasien yang memiliki umur piutang > 360 hari dan piutangnya Rp60.700 - Rp577.500 sebanyak 6 orang (16,2%), yang memiliki piutang Rp577.501 - Rp1.163.500 sebanyak 7 orang (18,9%). Kemudian pasien yang memiliki piutang Rp1.163.501 - Rp2.297.500 terdapat 11 orang (29,7%), dan yang memiliki piutang Rp2.297.501 - Rp18.390.000 sebanyak 13 orang (35,1%).

Variabel umur piutang memiliki p value = 0,166. Ini juga menandakan bahwa variabel umur piutang tidak memiliki hubungan dengan saldo piutang pasien.

BAB 7

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis karakteristik pasien terhadap saldo piutang murni pasien rawat inap pada tahun 2010. Penelitian ini dilaksanakan dengan metode telaah dokumen. Keterbatasan dalam penelitian ini yaitu tidak dilakukannya wawancara dengan pasien untuk mendapatkan informasi secara lebih menyeluruh.

Keterbatasan selanjutnya yaitu dari segi populasi penelitian atau subjek penelitian. Pasien rawat inap yang memiliki saldo piutang murni tahun 2010 di RSIA Budi Kemuliaan terdiri dari pasien ibu dan bayi, namun dalam penelitian ini yang diteliti hanya pasien ibu saja. Hal ini dikarenakan jumlah pasien ibu lebih banyak atau lebih mendominasi dibandingkan pasien bayi yaitu berjumlah 166 dari 194 pasien. Selain itu pasien bayi juga tidak diteliti karena tidak sesuai dengan variabel penelitian yang ada seperti variabel pendidikan. Pasien ibu yang diteliti pun tidak dapat diteliti seluruhnya hanya 144 pasien ibu saja dari 166 pasien ibu, karena tidak ditemukan data rekam medisnya atau data rekam medis yang ada tidak lengkap.

7.2 Karakteristik Pasien

Variabel pekerjaan penanggung jawab pasien menunjukkan bahwa sebagian besar penanggung jawab pasien bekerja yaitu sebesar 97,22% sedangkan penanggung jawab pasien yang tidak bekerja hanya sebanyak 2,78%. Dari penanggung jawab pasien yang bekerja ini diketahui bahwa paling banyak pekerjaannya adalah sebagai buruh, karyawan, pedagang dan sisanya adalah lain-lain (wiraswasta, kurir, kondektur, pengamen, supir, tukang ojek, tukang parkir, nelayan, dan looper koran).

Pasien piutang murni dominan berumur 21-30 tahun dan berpendidikan SMA/ sederajat. Jika dilihat dari lokasi tempat tinggal, pasien yang memiliki piutang murni tahun 2010 dominan tinggal di wilayah Jakarta Barat. Pasien

piutang murni ini juga kebanyakan berasal dari kelas III, memiliki lama hari rawat ≤ 4 hari, dan memiliki biaya perawatan Rp3.000.000-Rp6.000.000. Umur piutang pasien piutang murni dominan berumur 180-360 hari.

7.3 Hubungan Karakteristik Pasien dengan Saldo Piutang

7.3.1 Hubungan Pekerjaan Penanggung Jawab Pasien dengan Saldo Piutang

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa variabel pekerjaan penanggung jawab pasien tidak memiliki hubungan dengan saldo piutang. Seharusnya yang memiliki saldo piutang adalah penanggung jawab pasien yang tidak bekerja, namun dalam hasil penelitian ini sebagian besar penanggung jawab pasien bekerja. Walaupun penanggung jawab pasien sebagian besar bekerja namun penghasilan yang didapatnya tidak terlalu besar sehingga tetap tidak dapat melunasi tagihan yang ada. Hal ini didasarkan pada hasil penelitian yang menunjukkan bahwa dominan pekerjaan penanggung jawab pasien adalah sebagai buruh. Untuk itu diperlukan kajian mengenai sosial ekonomi pasien yang bekerja namun ternyata juga memiliki saldo piutang murni.

Selain itu penyebab lainnya adalah ketidakjujuran pasien dalam memberikan informasi mengenai bekerja atau tidaknya penanggung jawab pasien pada saat tahap pra penerimaan dan penerimaan. Dengan mengaku tidak bekerja, pasien khawatir tidak akan dilayani dengan baik oleh rumah sakit. Oleh karena itu data yang terkumpul menjadi tidak akurat. Padahal menurut Zelman (2003) dalam Parastuti (2010), dalam *skrining pre admission*, informasi dikumpulkan dan diverifikasi sebelum pasien mendapatkan pelayanan. Jadi informasi pasien yang didapat sebelum pasien dirawat atau mendapatkan pelayanan harus melewati proses verifikasi sehingga data yang diperoleh benar-benar akurat. Untuk mendapatkan data yang akurat tersebut juga diperlukan penggalan informasi yang cukup dalam. Menurut Tjakradidjaja (2004), pengembangan informasi dibutuhkan agar dapat diketahui informasi tentang pasien dan penanggung biayanya. Seperti diketahui bahwa penanggung biaya atau penanggung jawab pasien lah yang nantinya membayar keseluruhan biaya perawatan yang ada. Untuk itu sangat penting dalam mendapatkan data tersebut.

7.3.2 Hubungan Umur Pasien dengan Saldo Piutang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel umur pasien tidak memiliki hubungan dengan saldo piutang pasien. Pasien yang memiliki piutang, paling banyak berumur 21-30 tahun. Setelah itu disusul dengan *range* umur 31-40 tahun, umur 11-20 tahun dan terakhir umur 41-50 tahun. Menurut Data Statistik Indonesia (2011), penduduk dengan usia 15-64 tahun merupakan usia produktif. Ini berarti pasien yang memiliki piutang murni di RSIA Budi Kemuliaan masih tergolong usia produktif. Penduduk usia produktif juga disebut sebagai 'penduduk usia pekerja' (Asosiasi Keuangan Masyarakat Korea KAPF, 2008). Menurut Mitrasari (2010), faktor usia juga berpengaruh terhadap tingkat penghasilan. Pasien yang memiliki piutang murni berarti merupakan penduduk usia pekerja yang semestinya dapat bekerja dan memiliki penghasilan. Dengan adanya penghasilan ini maka pasien dapat membayar biaya perawatan yang ada sehingga memperkecil peluang terjadinya piutang.

7.3.3 Hubungan Pendidikan dengan Saldo Piutang

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa variabel pendidikan tidak memiliki hubungan dengan saldo piutang pasien. Hal ini diduga karena variabel pendidikan berkaitan dengan variabel penghasilan. Jadi jika kedua variabel dipisahkan hubungannya menjadi lemah.

Pasien yang berpendidikan rendah akan berpengaruh pada jenis pekerjaan serta penghasilannya yang tidak besar. Namun jika pasien berpendidikan tinggi maka jenis pekerjaan serta penghasilannya akan lebih besar. Menurut Anggriani (2010), tingkat pendidikan berpengaruh signifikan positif terhadap penghasilan keluarga. Hal ini juga sesuai dengan Mitrasari (2010) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan berpengaruh signifikan terhadap tingkat penghasilan individu, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan, tingkat penghasilan juga akan meningkat. Jika penghasilan yang didapat pasien lebih besar maka tentunya pasien dapat membayar biaya perawatan yang ada, tetapi sebaliknya jika penghasilan pasien yang didapat tidak terlalu besar maka besar kemungkinan pasien tidak dapat membayar keseluruhan tagihan sehingga timbul piutang.

Pada penelitian ini pasien yang memiliki piutang murni dominan berpendidikan SMA/ sederajat dan di tempat kedua adalah pasien yang berpendidikan SD. Hal ini mengindikasikan penghasilan yang didapat pasien tidak terlalu besar sehingga peluang terjadinya piutang juga cukup tinggi.

7.3.4 Hubungan Lokasi Tempat Tinggal dengan Saldo Piutang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel lokasi tempat tinggal tidak memiliki hubungan dengan saldo piutang pasien. Seharusnya pasien yang tinggal di wilayah Jakarta Pusat merupakan pasien yang lebih dominan karena pasien di wilayah tersebut memiliki jarak terdekat dengan lokasi rumah sakit. Namun kenyataannya pasien yang tinggal di wilayah Jakarta Barat lah yang paling dominan. Hal ini diduga karena pasien yang tinggal di Jakarta Barat memiliki akses transportasi yang juga mudah untuk menuju rumah sakit walaupun akan jauh lebih mudah lagi bila dibandingkan dengan pasien yang tinggal di wilayah Jakarta Pusat, tempat rumah sakit juga berada.

7.3.5 Hubungan Kelas Perawatan dengan Saldo Piutang

Berdasarkan hasil penelitian, dominan pasien berasal dari kelas III, lalu berasal dari kelas II, dan sisanya berasal dari kelas VVIP, kelas I, dan kamar bersalin khusus. Menurut Iskandar (2004), peningkatan piutang dan piutang tak tertagih tertinggi terjadi pada pasien yang memilih kelas III (dalam jumlah pasien). Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian yaitu pasien yang memiliki piutang murni merupakan pasien yang berasal dari kelas III.

Kelas III di rumah sakit merupakan kelas perawatan yang relatif murah dibandingkan dengan kelas perawatan lain. Oleh karena itu, seharusnya pasien yang berasal dari kelas III dapat membayar seluruh tagihan yang ada. Namun kenyataannya pasien yang berasal dari kelas III lah yang paling banyak memiliki saldo piutang. Hal ini diduga karena pasien yang berasal dari kelas III merupakan pasien yang status ekonominya menengah ke bawah sehingga pasien tidak dapat membayar seluruh tagihan yang ada dan timbullah piutang.

7.3.6 Hubungan Lama Hari Rawat dengan Saldo Piutang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lama hari rawat ternyata memiliki hubungan dengan saldo piutang pasien. Didapatkan bahwa paling banyak pasien memiliki lama hari rawat ≤ 4 hari dan sisanya pasien yang memiliki lama hari rawat > 4 hari. Sebaliknya untuk saldo piutang paling besar adalah pasien yang memiliki lama hari rawat > 4 hari dan sisanya pasien yang memiliki lama hari rawat ≤ 4 hari.

Begitu juga dalam penelitian Iskandar (2004), didapatkan bahwa piutang tidak tertagih lebih dominan ditimbulkan oleh pasien dengan lama hari rawat > 6 hari dari pada yang ≤ 6 hari dilihat dari saldo piutangnya. Namun sebaliknya jika dilihat dari jumlah pasien, pasien dengan lama hari rawat ≤ 6 hari merupakan yang dominan.

Walaupun *cut off point* kedua penelitian ini berbeda namun dapat ditarik kesimpulan bahwa semakin besar lama hari rawat pasien maka peluang untuk menimbulkan saldo piutang juga akan semakin besar. Pasien dengan lama hari rawat yang tinggi otomatis memiliki biaya perawatan yang besar sehingga pasien tidak mampu membayar seluruh tagihan dan akhirnya saldo piutang pun tinggi.

Panjangnya lama hari rawat pasien di RSIA Budi Kemuliaan juga disebabkan keputusan piutang yang dibuat oleh manajemen kurang cepat. Terkadang pasien sudah dibolehkan pulang namun tidak pulang karena masih menunggu uang untuk melunasi tagihan, padahal biasanya akhirnya pasien juga tetap tidak dapat melunasi semua tagihan sehingga menjadi piutang. Untuk itu, pemberian pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif diperlukan guna menekan lama hari rawat pasien.

7.3.7 Hubungan Besar Biaya Perawatan dengan Saldo Piutang

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa variabel biaya perawatan memiliki hubungan dengan saldo piutang pasien. Hal ini sesuai dengan Iskandar (2004) yang menyatakan bahwa beban biaya sangat berpengaruh terhadap timbulnya piutang. Semakin tinggi biaya perawatan pasien maka semakin tinggi juga saldo piutang pasien. Alternatif yang dapat dilakukan oleh rumah sakit adalah dengan memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien kepada

pasien sehingga dapat memperkecil biaya perawatan yang ada dan nantinya akan memperkecil peluang terjadinya piutang.

7.3.8 Hubungan Umur Piutang dengan Saldo Piutang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa umur piutang tidak memiliki hubungan dengan saldo piutang pasien. Umur piutang pasien dominan 180-360 hari, lalu disusul dengan piutang yang berumur > 360 hari dan terakhir piutang yang berumur < 180 hari.

Umur piutang yang ada tergolong cukup tinggi padahal semakin tinggi umur piutang maka akan berdampak tidak baik bagi keuangan rumah sakit. Umur piutang yang tinggi di RSIA Budi Kemuliaan ini disebabkan oleh beberapa hal. Salah satunya, upaya penagihan yang dilakukan rumah sakit belum maksimal. Menurut Mayanda (2002), penyebab terjadinya piutang tak tertagih antara lain kurangnya upaya pada tahap penagihan. Upaya penagihan dapat dilakukan dengan beberapa cara. Menurut Kasmir (2003) dalam Parastuti (2010), upaya penagihan dapat dilakukan dengan kunjungan personal. Melakukan kunjungan secara personal atau pribadi ke tempat pelanggan seringkali digunakan karena dirasakan sangat penting dalam usaha-usaha pengumpulan piutang (Kasmir, 2003 dalam Parastuti, 2010). Selain itu upaya penagihan juga dapat dilakukan melalui telepon, surat, dan sebagainya. Namun hal ini perlu dilakukan secara terus menerus hingga tidak terdapat saldo piutang lagi.

Umur piutang dan penyisihan piutang tak tertagih merupakan beberapa indikasi untuk mengetahui keadaan piutang di masa lampau, saat ini, dan di masa akan datang (Parastuti, 2010). Untuk itu, pembuatan atau pencatatan umur piutang serta saldo piutang terkini juga diperlukan untuk pengambilan keputusan keuangan yang cepat dan tepat.

Untuk mengetahui informasi piutang secara menyeluruh maka perlu diketahui juga proporsi piutang yang ada. Proporsi piutang dapat diketahui dengan membagi saldo piutang dengan biaya perawatan dan mengalikannya dengan 100%. Keseluruhan saldo piutang dari pasien rawat inap tahun 2010 sebesar Rp273.771.993 sedangkan biaya perawatannya sebesar Rp679.646.541 sehingga didapatkan bahwa proporsi piutang sebesar 40%. Hasil ini menunjukkan bahwa

proporsi piutang murni pasien rawat inap tahun 2010 cukup besar sehingga diperlukan kebijakan atau aturan mengenai piutang yang lebih tegas.

Salah satu kebijakan di rumah sakit yang dapat mempengaruhi piutang adalah kebijakan tanpa uang muka. Kebijakan ini merupakan implementasi dari visi dan misi rumah sakit yaitu memberikan pelayanan kesehatan kepada semua golongan tanpa membedakan status ekonominya. Walaupun kebijakan ini dapat mempengaruhi saldo piutang yang ada, kenyataannya kebijakan ini tidak dapat diubah karena sudah menjadi harga mati bagi rumah sakit. Untuk itu perlu dilakukan pencarian dana dari luar rumah sakit untuk membiayai saldo piutang yang ada.

Selain itu, adanya jaminan persalinan dapat menjadi angin segar untuk menekan saldo piutang di RSIA Budi Kemuliaan nantinya. Jaminan persalinan merupakan jaminan pembiayaan pelayanan persalinan yang meliputi pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk pelayanan KB pasca persalinan dan pelayanan bayi baru lahir (Juknis Jaminan Persalinan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011). Diharapkan dengan adanya jaminan persalinan, maka akan semakin banyak pasien tidak mampu yang biaya persalinannya ditanggung oleh pemerintah.

Jaminan persalinan sebenarnya memang dilakukan untuk mengatasi hambatan biaya persalinan yang sering menjadi masalah pada kelompok masyarakat dengan tingkat ekonomi menengah ke bawah (Juknis Jaminan Persalinan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011). Seperti yang kita ketahui bersama bahwa hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien yang memiliki piutang murni memang merupakan masyarakat dengan sosio ekonomi menengah ke bawah. Hal ini terbukti dengan banyaknya pasien yang berasal dari kelas III dan paling banyak pasien berpendidikan SMA/ sederajat. Tapi perlu diingat juga bahwa pasien yang memiliki piutang murni kebanyakan tidak memiliki kartu identitas atau kelengkapan identitas lainnya sehingga jaminan persalinan juga kurang ampuh untuk dijadikan sebagai jalan keluar dalam menekan saldo piutang.

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

Dalam penelitian ini terdapat beberapa kesimpulan yang dapat diambil yaitu :

1. Gambaran karakteristik pasien yang memiliki piutang murni adalah penanggung jawab pasien dominan bekerja, dengan jenis pekerjaan sebagai buruh (buruh pabrik, buruh serabutan, kuli bangunan, dan kuli panggul).
2. Pasien piutang murni dominan berumur 21-30 tahun, berpendidikan SMA/ sederajat, bertempat tinggal di Jakarta Barat, dirawat di kelas III, paling banyak pasien memiliki lama hari rawat ≤ 4 hari, memiliki besar biaya perawatan Rp3.000.000-Rp6.000.000 dan umur piutangnya 180-360 hari.
3. Dari kedelapan variabel karakteristik pasien, terdapat 6 variabel yang tidak memiliki hubungan dengan saldo piutang yaitu variabel pekerjaan penanggung jawab pasien, umur pasien, pendidikan, lokasi tempat tinggal, kelas perawatan dan umur piutang. Sedangkan 2 variabel lagi yaitu variabel lama hari rawat dan besar biaya perawatan memiliki hubungan dengan saldo piutang.

8.2 Saran

1. Jika ingin tetap mempertahankan nilai mulia sesuai dengan visi dan misi RSIA Budi Kemuliaan yaitu memberikan pelayanan kesehatan kepada semua lapisan masyarakat termasuk orang tidak mampu, maka rumah sakit perlu mengupayakan pencarian dana dari luar rumah sakit yaitu donatur. Pencarian dana ini dilakukan dengan cara:
 - Membuat program kerja yang terencana dan tersusun, yang melibatkan Kepala Bidang Administrasi dan Keuangan, Kepala Bidang Humas, dan tentunya Direktur rumah sakit agar

mendapatkan perusahaan yang mau ikut membantu menyalurkan dana sebagai *Corporate Social Responsibility* (CSR).

- Agar program kerja berjalan lancar, diperlukan komunikasi serta koordinasi yang baik dari pihak-pihak yang terlibat yaitu Kepala Bidang Administrasi dan Keuangan, Kepala Bidang Humas, dan tentunya Direktur rumah sakit.
2. Perlu adanya kajian tentang sosial ekonomi dari pasien yang bekerja namun ternyata juga memiliki piutang murni. Berdasarkan hasil penelitian, penanggung jawab pasien yang bekerja dominan bekerja sebagai buruh. Hal ini mengindikasikan bahwa kebanyakan pasien berasal dari kelas ekonomi menengah ke bawah.
 3. Melakukan upaya penagihan yang lebih intensif kepada pasien yang memiliki piutang murni pasien rawat inap. Hal ini dapat dilakukan dengan melakukan *follow-up* secara terus menerus atau kontinu sampai diputuskan bahwa piutang tersebut dihapuskan. Ini dimaksudkan agar saldo piutang yang ada dapat berkurang atau diminimalkan.
 4. Memberikan pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif sehingga dapat memperkecil atau menekan lama hari rawat pasien. Jika lama hari rawat pasien semakin kecil maka biaya perawatan pun akan semakin berkurang sehingga dapat memperkecil peluang terjadinya piutang.
 5. Pencatatan piutang murni pasien perlu dilakukan dengan lebih baik. Saat ini pencatatan dibuat per bulan di setiap tahunnya, namun juga perlu dibuat jumlah piutang keseluruhan dari tahun-tahun sebelumnya yang masih dapat tertagih sehingga langsung dapat diketahui berapa saldo piutang yang ada saat ini. Informasi ini dapat dijadikan sebagai bahan untuk keputusan keuangan yang akan dibuat.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggriani, Wheni Diah. 2010. "Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pendapatan Keluarga Buruh Koperasi Agrobisnis Tarutama Nusantara Jember", dalam <http://www.digilib.unej.ac.id/gdl42/gdl.php>.
- Atmodjo, Djoti. 1996. "Kajian Masalah Piutang Pasien Rawat Inap Bayar Sendiri di Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Kariadi Tahun 1995/1996". Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Azwar, Azrul. 1994. *Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan (Aplikasi Prinsip Lingkaran Pemecahan Masalah)*. Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia.
- Azwar, Azrul. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Basuki, Elli Yuddho. 2004. "Gambaran Penatalaksanaan Piutang Pasien Perorangan Rawat Inap Di Rumah Sakit Bhakti Yudha Depok Periode Tahun 2000-2002". Skripsi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Beck, Donald F.. 1988. *Basic Hospital Finance Management*. An Aspen Publishing.
- Berman, Howard J., Weeks Lewis E., dan Kukla Steven F. 1986. *The Financial Management of Hospital, 6 ED*. Health Adm. Press, An Aspen Publ.
- Bollandies, Jerry L.. 1982. *Hospital Finance: A Comprehensive Approach*. An Aspen Publishing.
- Clarkin, J.F.. 1984. *Billing System in Hand Book of Health Care Accounting and Finance*.
- Cleverly, William O.. 1982. *Hand Book of Health Care Accounting and Finance*. An Aspen Publishing.
- Data Statistik Indonesia. 2011.
- Dharma, Imelda Emilia. 1992. "Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Piutang Pada Penderita Rawat Inap di Rumah Sakit Husada

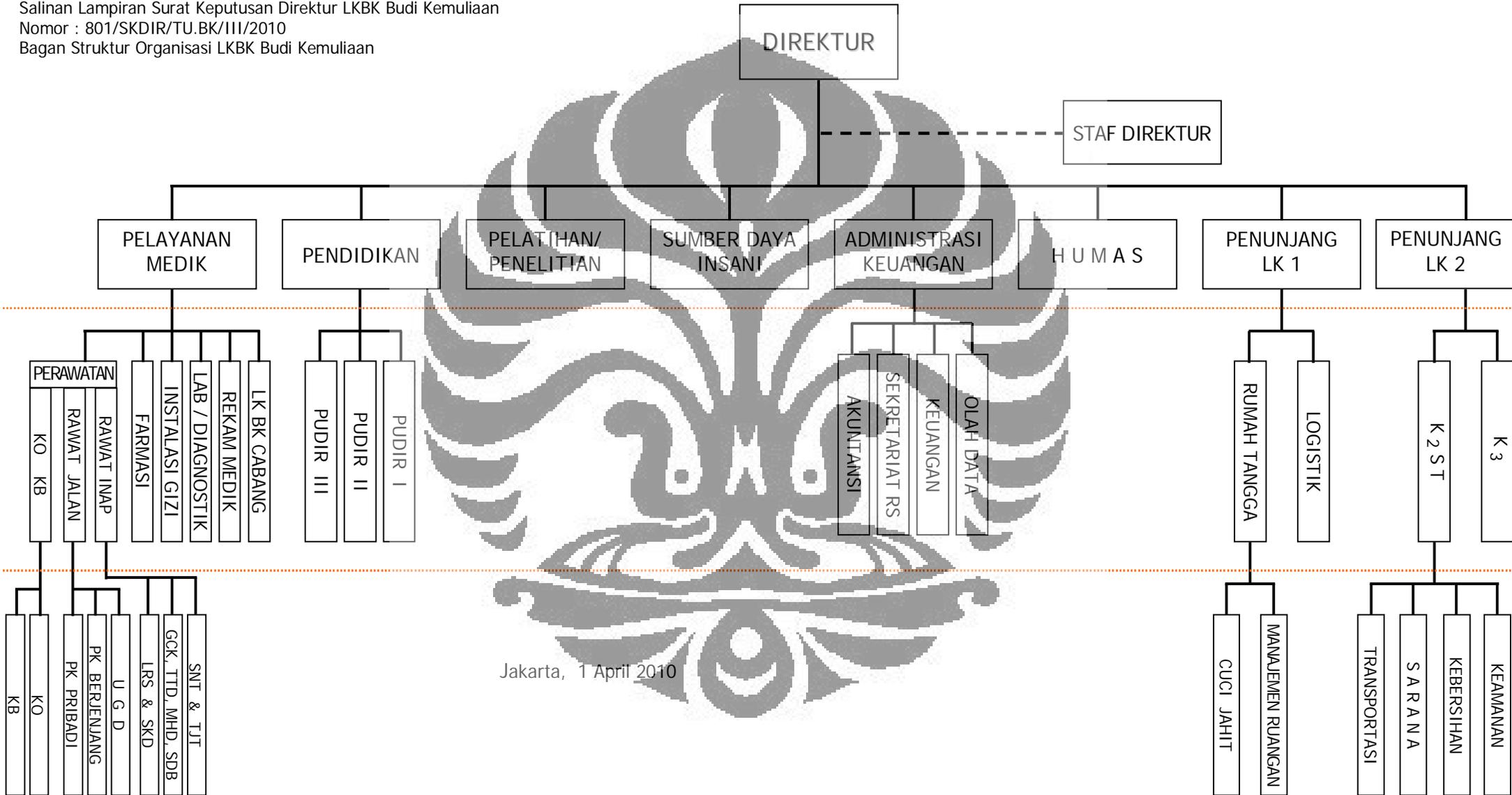
- Jakarta". Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI. 2002. *Pedoman Akuntansi Rumah Sakit Nirlaba*. Jakarta.
- Fabozzi, Frank J., Konishi, dan Atsui. 1991. *Asset/Liability Management*. Chicago-Illionis: Probus Publishing Company.
- Gaffar, Hafiz. 1994. "Hubungan Faktor Pengguna Jasa Dan Pemberi Jasa Dengan Piutang Tak Tertagih Pasien Jaminan Pribadi di Unit Rawat Inap RS. Jantung Harapan Kita". Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Griffith. 1987. *Managed Community Hospital*. Michigan: Health Administration Press Ann Arbor.
- Hale, Roger H.. 1989. *Credit Analysis: A Complete Guide*. Singapore: John Wiley & Sona.
- Hallatu, Margie Anakotta. 2000. "Analisa Penatalaksanaan Piutang Pasien Rawat Inap Jaminan Pribadi di Rumah Sakit Tebet Tahun 2000". Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Indriyani, Dince Erwina. 1996. "Karakteristik Piutang Pasien Rawat Inap Bayar Sendiri Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta April 1994 - September 1995". Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Iskandar, Serafin Trijanti. 2004. "Analisis Piutang Tidak Tertagih Pasien Rawat Inap Jaminan Perorangan di Rumah Sakit Pluit Tahun 2002-2003". Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Juknis Jaminan Persalinan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011.
- Kitzing, Donald R. 1981. *Credit and Collection for Small Business an Easy to Read Guide to Effective Collection*. New York: Mc Grow-hill Book Co.
- Krisnawati, Fika. 2007. "Gambaran Manajemen Piutang Pasien Rawat Inap Jaminan Asuransi Di Rumah Sakit Anak Dan Bunda Harapan Kita Jakarta Tahun 2007". Skripsi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.

- Laporan Asosiasi Keuangan Masyarakat Korea (KAPF). 2008. "Penduduk Usia Produktif", dalam <http://www.world.kbs.co.kr/arabic/news>.
- Lusk, Edward J., dan Lusk Janice Cr. 1979. *Financial and Managerial Control: A Health Care Perspective*. Maryland: Aspen Systems Corporation.
- Mayanda, Laura. 2002. "Analisa Sistem Manajemen Piutang Pasien Rawat Inap di RSUD Pasar Rebo". Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Mehta, Nitin H. dan Donald J. Maher. 1977. *Hospital Accounting Systems And Controls*. Prentice-Hall Inc.
- Miler, Donald E., dan Donald B. Relkin. 1971. *Improving Credit Practice*. New York: An American Management Association Inc.
- Mitrasari, Silka. 2010. "Pengaruh Investasi Pendidikan Terhadap Pendapatan Individu di Indonesia", dalam <http://www.repository.unand.ac.id/id/eprint/6970>.
- Neumann, Bruce R, James D. Suver, dan William N. Zelman. 1988. *Financial Management Concepts and Applications for Health Care Providers Second Edition*. United States of America: National Health Publishing.
- Nitimihardjo, Sri Juliati. 1995. "Upaya Penanggulangan Piutang Pasien Rawat Inap Perorangan Rumah Sakit Mekar Sari Bekasi". Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Parastuti, Dita. 2010. "Analisis Pengelolaan Piutang Pasien Rawat Inap Jaminan Pihak Ketiga Di RS XYZ Tahun 2010". Skripsi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Rowland, Howard S. dan Beatrice. 1984. *Hospital Administration Handbook*. Maryland: Aspen Publishing Inc.
- Santoso, Slamet Iman. 1997. "Faktor-faktor Penyebab Terjadinya Piutang Pasien Rawat Inap Bayar Sendiri Rumah Sakit Jiwa Pusat Jakarta Januari-Desember 1996". Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Senowatty, Mekar Yanis. 2000. "Evaluasi Penyebab Piutang Tidak Tertagih Pasien Rawat Inap Bayar Sendiri Di RSUD Ciamis Pada Periode April

- 1996 s/d September 1998”. Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Sutedja, Robert Imam. 2007. “Rambu-rambu Promosi Rumah Sakit”, dalam <http://www.idijakbar.com/?show=detailnews&kode=15&tbl=artikel>.
- Syamsuddin, Lukman. 1995. *Manajemen Keuangan Perusahaan: Konsep Aplikasi Dalam Perencanaan, Pengawasan dan Pengendalian Keputusan Edisi I*. Jakarta.
- Taurany, Hendrik. 2008. “Globalisasi dan Dampaknya Terhadap Manajemen Rumah Sakit”, dalam Modul Mata Kuliah Seminar Rumah Sakit. Depok: FKM UI.
- Tjakradidjaja, Darwin D.. 2004. “Analisis Manajemen Piutang Jaminan Pihak Ketiga di Rumah Sakit Bhakti Mulia Tahun 2004”. Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Trisdiantono, Herman. 1997. “Analisa Pembayaran Piutang Pasien Rawat Inap Dengan Jaminan di Rumah Sakit X Jakarta April 1996-Maret 1997”. Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Undang-undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.



Salinan Lampiran Surat Keputusan Direktur LKBK Budi Kemuliaan
 Nomor : 801/SKDIR/TU.BK/III/2010
 Bagan Struktur Organisasi LKBK Budi Kemuliaan



Jakarta, 1 April 2010

dr. Mohamad Baharuddin, SpOG, MARS
 Direktur

Pedoman Telaah Dokumen

No.	Dokumen	Ada	Tidak ada	Keterangan
1.	Laporan piutang murni pasien rawat inap tahun 2009 dan tahun 2010	√		Laporan piutang murni pasien per bulan.
2.	Surat pernyataan atau perjanjian hutang	√		Diisi saat pasien rawat inap memiliki saldo piutang dan menggunakan piutang murni.
3.	Data rekam medis pasien rawat inap yang memiliki piutang murni	√		Terdapat beberapa pasien piutang murni yang data rekam medisnya tidak ditemukan dan datanya tidak lengkap.

Jakarta, 24 Februari 2011

Kepada Yth.
Direktur RSIA. Budi Kemuliaan.
Di Jakarta.

SURAT PERNYATAAN HUTANG
(BERITA ACARA PEMULANGAN)

Yang bertanda tangan di bawah ini.

Nama Penanggung Jawab	:	
Nama Suami / OT	:	
Alamat	:	
Ruang / RM	:	
Telp.	:	
Nama Pasien	:	

Menyatakan bahwa **sudah mendapatkan penjelasan** mengenai **jumlah biaya** untuk perawatan (**Isteri/Anak/Kakak/Adik/OT/Keluarga/dll**). Dengan rincian sbb:

Biaya	Rp.	
Bayar	Rp.	
Kurang Bayar	Rp.	

Terbilang :

CATATAN:

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Yang membuat pernyataan (Penanggung jawab)	Mengetahui Saksi (Pendamping Pasien)	Petugas Rumah Sakit
Meterai 6.000		

Catatan: Tidak ada sesuatu yang dijamin

LEMBAR TELAAH DOKUMEN													
No	Nama Suami/PJ	Nama Pasien	Pekerjaan Penanggung Jawab Pasien 1. Bekerja 2. Tidak bekerja	Jenis pekerjaan 1. buruh 2. karyawan 3. pedagang 4. lain-lain	Umur (dalam tahun) 11-20 tahun 21-30 tahun 31-40 tahun 41-50 tahun	Pendidikan 1. Tidak sekolah 2. SD 3. SMP/ sederajat 4. SMA/ sederajat 5. Perguruan Tinggi	Lokasi Tempat Tinggal 1. Jakarta Utara 2. Jakarta Selatan 3. Jakarta Barat 4. Jakarta Timur 5. Jakarta Pusat 6. Luar Jakarta	Kelas Perawatan 1. Kelas VVIP 2. Kelas VIP 3. Kelas I 4. Kelas II 5. Kelas III 6. KB khusus	Lama Hari Rawat (dalam hari) ≤ 4 hari > 4 hari	Besar Biaya Perawatan (dalam rupiah) ≤ 3 juta 3 juta - 6 juta > 6 juta	Bayar	Piutang	Umur piutang (dalam hari) < 180 hari 180-360 hari > 360 hari
ja				karyawan (karyawan konveksi)	23	3	3	5 (SKD)	4	5,772,182	2,890,000	2,882,182	478
				dagang (dagang pakaian)	17	4	5	5 (SKD)	2	2,617,643	1,500,000	1,117,643	478
				lain-lain (supir)	20	2	3	5 (SKD)	3	1,803,242	1,500,000	303,242	466
				buruh (kuli bangunan)	41	2	3	5 (SKD)	2	2,710,533	1,500,000	1,210,533	463
				dagang	23	4	1	5 (SKD)	5	4,540,230	3,000,000	1,540,230	462
				karyawan	24	4	5	5 (SKD)	5	6,304,444	4,500,000	1,804,444	460
				buruh (buruh pabrik)	31	3	1	5 (SKD)	3	1,670,521	850,000	820,521	460
				karyawan (cleaning service)	19	3	5	5 (SKD)	3	1,865,938	700,000	1,165,938	454
				karyawan	19	4	5	5 (SKD)	5	5,257,786	2,500,000	2,757,786	453
				buruh (buruh pabrik)	18	2	3	5 (SKD)	2	1,920,878	1,000,000	920,878	451
fe				lain-lain (wiraswasta)	40	4	1	4 (LRS)	2	21,347,942	19,000,000	2,347,942	447
				dagang	37	2	5	5 (SKD)	3	3,634,698	3,400,000	234,698	444
				dagang	31	4	3	5 (SKD)	5			2,386,501	444

(lanjutan)

										4,886,501	2,500,000			
				1	karyawan (karyawan restoran)	26	3	3	5 (SKD)	5	10,459,892	500,000	9,959,892	439
				1	karyawan (satpam)	30	2	3	5 (SKD)	6	8,634,933	5,000,000	3,634,933	437
				1	buruh (buruh pabrik)	28	3	3	5 (SKD)	3	7,593,329	6,000,000	1,593,329	427
				1	lain-lain (supir pribadi)	17	2	3	5 (SKD)	3	4,031,416	3,600,000	431,416	427
m				1	dagang	38	4	3	5 (SKD)	3	4,926,880	2,150,000	2,776,880	416
ar				1	lain-lain (supir mikrolet)	26	3	1	5 (SKD)	4	2,480,710	1,800,000	680,710	412
				1	lain-lain (supir taksi)	30	3	6	4 (LRS)	5	7,719,443	2,000,000	5,719,443	408
				1	buruh	21	2	3	5 (SKD)	5	3,800,953	1,900,000	1,900,953	395
				1	dagang (dagang bubun ayam)	19	2	5	5 (SKD)	5	5,840,548	4,500,000	1,340,548	391
				1	dagang (pedagang ayam)	39	4	2	5 (SKD)	6	5,668,769	2,834,385	2,834,384	391
				1	karyawan (karyawan toko)	30	4	3	5 (SKD)	4	6,870,879	5,000,000	1,870,879	390
ap				1	buruh (buruh bangunan)	38	2	1	5 (SKD)	3	2,371,067	600,000	1,771,067	388
r				1	buruh	20	4	3	5 (SKD)	5	3,631,703	3,400,000	231,703	384
				1	buruh (buruh konveksi)	26	2	3	5 (SKD)	5	3,481,664	600,000	2,881,664	384
				1	karyawan (karyawan konveksi)	24	3	3	5 (SKD)	3	2,026,727	1,500,000	526,727	383
				1	lain-lain (kurir)	18	3	5	5 (SKD)	5	3,771,829	1,500,000	2,271,829	380
				1	karyawan (karyawan swasta)	23	2	5	5 (SKD)	7	8,240,432	2,400,000	5,840,432	377
				1	buruh (buruh serabutan)	40	2	1	neo	3	1,234,275	-	1,234,275	376

(lanjutan)

				dagang (dagang makanan)	25	2	5	5 (SKD)	3	1,596,423	1,000,000	596,423	376
				lain-lain (konduktur)	24	2	3	5 (SKD)	5	6,782,440	3,500,000	3,282,440	373
				buruh (buruh serabutan)	26	4	3	5 (SKD)	3	4,066,709	3,000,000	1,066,709	371
				buruh	31	3	3	5 (SKD)	3	3,450,330	3,000,000	450,330	367
				buruh (buruh bengkel)	31	4	3	5 (SKD)	9	17,376,348	3,200,000	14,176,348	366
				dagang (dagang buah)	19	2	3	5 (SKD)	1	2,757,395	2,000,000	757,395	364
m				dagang (dagang nasi)	22	3	3	5 (SKD)	1	3,637,423	1,969,000	1,668,423	357
ei				buruh	29	2	3	5 (SKD)	2	1,808,699	1,500,000	308,699	354
				buruh (buruh bangunan)	30	4	3	5 (SKD)	3	4,836,597	3,000,000	1,836,597	354
				buruh (buruh serabutan)	39	2	2	5 (SKD)	2	2,628,581	2,300,000	328,581	352
				buruh (buruh)	30	4	3	5 (SKD)	3	3,663,393	3,300,000	363,393	350
				karyawan (office boy)	17	3	5	5 (SKD)	4	2,156,329	1,900,000	256,329	346
				buruh	26	2	3	5 (SKD)	3	5,155,047	3,000,000	2,155,047	346
		2			44	3	3	5 (SKD)	3	5,313,372	2,500,000	2,813,372	336
				buruh	19	2	3	5 (SKD)	3	2,440,862	800,000	1,640,862	336
				buruh (buruh bangunan)	29	2	3	5 (SKD)	5	9,632,599	5,000,000	4,632,599	333
				karyawan (karyawan swasta)	34	4	3	4 (LRS)	7	10,188,839	9,500,000	688,839	330
ju				buruh	14	3	3	5 (SKD)	4	2,545,949	2,000,000	545,949	329
ni				dagang	34	3	3	5 (SKD)	4	5,076,446	2,000,000	3,076,446	328
				dagang (dagang pakaian)	37	4	3	5 (SKD)	3	2,532,473	2,000,000	532,473	326

(lanjutan)

			1	buruh (buruh pelabuhan)	42	2	1	5 (SKD)	2	2,930,366	2,500,000	430,366	323
			1	buruh (buruh bangunan)	31	3	3	5 (SKD)	4	1,627,098	1,000,000	627,098	323
			1	lain-lain (tukang ojek)	31	3	3	5 (SKD)	3	2,360,210	1,200,000	1,160,210	322
			1	lain-lain (ojek)	32	3	5	5 (SKD)	4	3,460,300	2,600,000	860,300	322
			1	karyawan (karyawan toko)	20	3	3	5 (SKD)	5	5,742,571	3,000,000	2,742,571	319
			1	karyawan (karyawan toko)	19	4	5	5 (SKD)	2	2,659,884	2,000,000	659,884	318
			1	karyawan (karyawan swasta)	32	4	1	5 (SKD)	10	7,472,927	6,000,000	1,472,927	318
			1	dagang	41	2	1	5 (SKD)	2	2,772,746	1,800,000	972,746	311
			1	karyawan (karyawan percetakan)	24	4	3	5 (SKD)	6	4,559,731	4,000,000	559,731	310
			1	buruh	30	1	5	5 (SKD)	7	6,343,276	3,200,000	3,143,276	307
			1	buruh (kuli panggul)	23	2	3	5 (SKD)	3	7,579,921	3,000,000	4,579,921	307
			1	karyawan	32	4	3	4 (LRS)	3	1,333,673	900,000	433,673	307
			1	buruh (buruh serabutan)	17	3	3	5 (SKD)	6	6,157,120	4,500,000	1,657,120	305
			1	dagang (dagang sate)	20	2	3	5 (SKD)	5	6,850,400	3,000,000	3,850,400	304
		2			39	1	3	5 (SKD)	6	3,122,059	2,800,000	322,059	303
ju			1	dagang (dagang rokok)	16	2	2	5 (SKD)	7	7,891,156	2,000,000	5,891,156	297
li			1	lain-lain (wiraswasta)	45	4	5	1 (VVIP)	2	6,994,443	-	6,994,443	294
			1	lain-lain (tukang parkir)	21	2	5	5 (SKD)	6	322,300	-	322,300	293
			1	karyawan (security)	35	4	2	5 (SKD)	6	5,895,886	3,000,000	2,895,886	292
			1	buruh	21	2	3	5 (SKD)	4	5,490,396	5,000,000	490,396	291

(lanjutan)

				karyawan (karyawan swasta)	17	3	3	5 (SKD)	3	3,213,498	2,300,000	913,498	288
				lain-lain (pengamen)	16	3	5	5 (SKD)	5	2,208,657	-	2,208,657	286
				lain-lain (berlayar)	18	2	1	5 (SKD)	4	4,805,877	2,500,000	2,305,877	285
				lain-lain (tukang ojek)	25	2	3	5 (SKD)	7	2,271,972	1,500,000	771,972	281
				buruh	24	2	3	5 (SKD)	8	8,628,931	1,100,000	7,528,931	273
ag				karyawan (karyawan konveksi)	34	2	3	5 (SKD)	4	3,001,725	550,000	2,451,725	263
st			2		37	4	1	5 (SKD)	3	3,782,892	2,000,000	1,782,892	263
				karyawan (karyawan PT)	16	3	3	5 (SKD)	5	4,117,831	3,000,000	1,117,831	260
				karyawan (security)	36	3	5	5 (SKD)	4	3,292,569	2,500,000	792,569	257
				buruh (buruh serabutan)	27	4	3	5 (SKD)	5	2,291,594	300,000	1,991,594	255
				lain-lain (kurir)	30	2	3	5 (SKD)	5	336,150	-	336,150	251
				buruh (buruh serabutan)	27	4	5	5 (SKD)	2	2,060,679	1,500,000	560,679	250
				buruh (kuli panggul)	36	4	1	5 (SKD)	5	9,067,114	8,000,000	1,067,114	248
				dagang	24	2	2	5 (SKD)	6	3,704,283	1,900,000	1,804,283	246
				buruh	40	2	3	5 (SKD)	2	1,925,009	1,500,000	425,009	244
				dagang (dagang asongan)	19	4	3	5 (SKD)	3	2,514,131	2,300,000	214,131	244
				lain-lain (tukang parkir)	37	2	5	5 (SKD)	3	4,582,480	2,650,000	1,932,480	244
				dagang (dagang hp)	31	4	6	5 (SKD)	5	8,052,164	5,000,000	3,052,164	244
				karyawan (karyawan swasta)	41	3	6	5 (SKD)	3	2,342,557	2,000,000	342,557	240
se				dagang	45	3	3	4 (LRS)	3	7,661,933	6,000,000	1,661,933	234
pt													

(lanjutan)

			1	karyawan (security)	32	4	6	5 (SKD)	5	5,657,321	4,300,000	1,357,321	233
			1	karyawan	24	4	3	4 (LRS)	6	3,847,543	2,000,000	1,847,543	231
			1	buruh	37	4	5	5 (SKD)	3	2,854,401	2,500,000	354,401	227
			1	buruh (buruh toko)	46	2	1	5 (SKD)	3	2,276,557	1,500,000	776,557	226
			1	karyawan (karyawan swasta)	39	4	3	4 (LRS)	7	7,705,543	7,000,000	705,543	225
			1	lain-lain (wiraswasta)	30	4	6	5 (SKD)	5	8,033,921	5,250,000	2,783,921	223
			1	buruh (buruh serabutan)	26	3	5	5 (SKD)	7	322,300	-	322,300	215
			1	buruh (buruh bangunan)	25	2	3	5 (SKD)	3	2,435,514	500,000	1,935,514	215
			1	dagang	33	4	3	5 (SKD)	4	1,014,370	800,000	214,370	214
			1	lain-lain (loper koran)	21	4	3	5 (SKD)	3	2,967,453	2,250,000	717,453	213
			1	karyawan (karyawan restoran)	28	4	5	5 (SKD)	5	7,538,599	4,800,000	2,738,599	212
			1	buruh (buruh bangunan)	16	2	5	5 (SKD)	3	4,536,260	3,500,000	1,036,260	212
			1	karyawan (karyawan busway)	29	2	5	5 (SKD)	2	4,377,792	3,200,000	1,177,792	212
			1	karyawan (karyawan swasta)	28	5	5	5 (SKD)	5	5,210,261	5,100,000	110,261	211
			1	karyawan (freelance/karyawan)	18	3	2	5 (SKD)	6	9,059,199	4,000,000	5,059,199	210
ok			1	karyawan (karyawan restoran)	19	3	2	5 (SKD)	1	2,775,340	2,700,000	75,340	209
			1	buruh	22	2	5	5 (SKD)	3	2,128,798	1,064,399	1,064,399	208
			1	lain-lain (supir bajaj)	26	2	5	5 (SKD)	3	4,343,167	3,000,000	1,343,167	208
			1	buruh (buruh cuci mobil)	17	3	3	5 (SKD)	6	3,965,218	3,000,000	965,218	206
			1	dagang (dagang)	38	4	2	5 (SKD)	1	790,332	600,000	190,332	203

(lanjutan)

				pakaian)									
			1	dagang (dagang teh botol)	38	2	5	5 (SKD)	2	3,049,088	2,000,000	1,049,088	203
			1	lain-lain (tukang ojek)	18	4	3	5 (SKD)	4	4,580,181	2,520,091	2,060,090	202
			1	karyawan (karyawan swasta)	37	3	3	5 (SKD)	2	2,128,869	1,000,000	1,128,869	201
			1	lain-lain (wiraswasta)	30	4	5	5 (SKD)	6	6,235,962	5,750,000	485,962	200
			1	karyawan (security)	33	3	3	5 (SKD)	8	10,120,206	5,000,000	5,120,206	197
			1	lain-lain (supir pribadi)	28	2	6	5 (SKD)	1	3,893,548	3,000,000	893,548	196
			1	lain-lain (wiraswasta)	25	4	2	3 (SBD)	6	23,038,558	5,000,000	18,038,558	192
			1	karyawan (karyawan swasta)	20	5	5	5 (SKD)	8	12,964,798	9,000,000	3,964,798	190
			1	karyawan (karyawan swasta)	23	4	3	5 (SKD)	1	10,112,885	6,200,000	3,912,885	185
			1	lain-lain (wiraswasta)	18	3	5	5 (SKD)	4	6,205,316	5,000,000	1,205,316	184
			1	buruh (buruh bongkar muat/pelabu han)	37	2	1	5 (SKD)	3	3,864,379	3,000,000	864,379	184
			1	buruh	41	4	3	5 (SKD)	2	5,360,466	4,000,000	1,360,466	183
			1	buruh	31	2	3	5 (SKD)	4	4,661,953	2,000,000	2,661,953	181
no v			1	dagang (dagang asongan)	38	4	3	5 (SKD)	4	3,090,951	2,000,000	1,090,951	179
			1	lain-lain (supir taksi)	38	4	5	5 (SKD)	4	4,189,780	2,000,000	2,189,780	178
			1	karyawan (security)	30	2	5	5 (SKD)	4	3,208,914	2,250,000	958,914	175
			1	lain-lain (supir)	41	2	5	5 (SKD)	1	2,108,980	2,000,000	108,980	173
		2			37	4	2	5 (SKD)	2	200,000	50,000	150,000	172

(lanjutan)

				1	dagang (dagang kaki lima)	25	4	3	5 (SKD)	2	3,173,467	2,400,000	773,467	170
				1	lain-lain (nelayan)	33	2	1	5 (SKD)	3	2,707,206	2,000,000	707,206	167
				1	karyawan (security)	38	2	3	5 (SKD)	7	6,542,988	5,000,000	1,542,988	158
				1	buruh	18	3	3	5 (SKD)	3	2,570,829	2,000,000	570,829	155
				1	buruh (buruh serabutan)	27	4	2	5 (SKD)	3	1,918,916	1,286,673	632,243	154
				1	buruh	26	4	3	5 (SKD)	3	1,279,698	1,200,000	79,698	154
de				1	karyawan (karyawan swasta)	24	4	5	4 (LRS)	12	10,960,048	2,100,000	8,860,048	143
s				1	lain-lain (tukang parkir)	35	4	5	5 (SKD)	6	120,700	60,000	60,700	135
				1	karyawan (security)	32	4	6	5 (SKD)	4	5,642,209	4,000,000	1,642,209	133
				1	lain-lain (supir)	23	4	5	5 (SKD)	3	2,749,298	1,900,000	849,298	130
				1	buruh	19	3	3	5 (SKD)	2	3,107,127	2,400,000	707,127	128
				1	buruh (kuli bangunan)	28	3	3	5 (SKD)	3	3,212,924	2,000,000	1,212,924	125
				1	buruh	35	2	2	5 (SKD)	4	9,063,613	8,500,000	563,613	123
				1	karyawan (karyawan swasta)	23	3	6	5 (SKD)	5	3,817,870	3,000,000	817,870	121
				1	karyawan (karyawan bengkel)	25	3	1	5 (SKD)	4	5,732,175	4,500,000	1,232,175	120