

Bab II

Tinjauan Pustaka

2.1 Sistem

2.1.1 Pengertian Sistem

Sistem memiliki beberapa pengertian. Pengertian sistem adalah :

1. Gabungan dari elemen–elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang telah ditetapkan (Ryans)
2. Suatu struktur konseptual yang terdiri dari fungsi–fungsi yang saling berhubungan yang bekerja sebagai satu unit organik untuk mencapai keluaran yang diinginkan secara efektif dan efisien (John McManama)
3. Kumpulan dari bagian–bagian yang berhubungan dan membentuk satu kesatuan yang majemuk, dimana masing–masing bagian bekerja sama secara bebas dan terkait dalam mencapai sasaran kesatuan dalam suatu situasi yang majemuk pula
4. Suatu kesatuan yang utuh dan terpadu dari pelbagai elemen yang berhubungan serta saling mempengaruhi yang dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

2.1.2 Ciri – ciri Sistem

Sesuatu disebut sebagai sistem, apabila memiliki beberapa ciri pokok sistem. Ciri – ciri pokok yang dimaksud secara umum dapat dibedakan atas 4 macam yakni (Azwar, 1988) :

1. Terdapat elemen atau bagian yang satu sama lain saling berhubungan dan mempengaruhi yang kesemuanya membentuk satu kesatuan, dalam arti semuanya berfungsi untuk mencapai tujuan yang sama yang telah ditetapkan.
2. Fungsi yang diperankan oleh masing–masing elemen atau bagian yang membentuk satu kesatuan tersebut adalah dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.

3. Dalam melaksanakan fungsi ini, semuanya bekerja sama secara bebas namun terkait, dalam arti terdapat mekanisme pengendalian yang mengarahkannya agar tetap berfungsi sebagaimana yang telah direncanakan
4. Sekalipun sistem merupakan satu kesatuan yang terpadu, bukan berarti ia tertutup terhadap lingkungan.

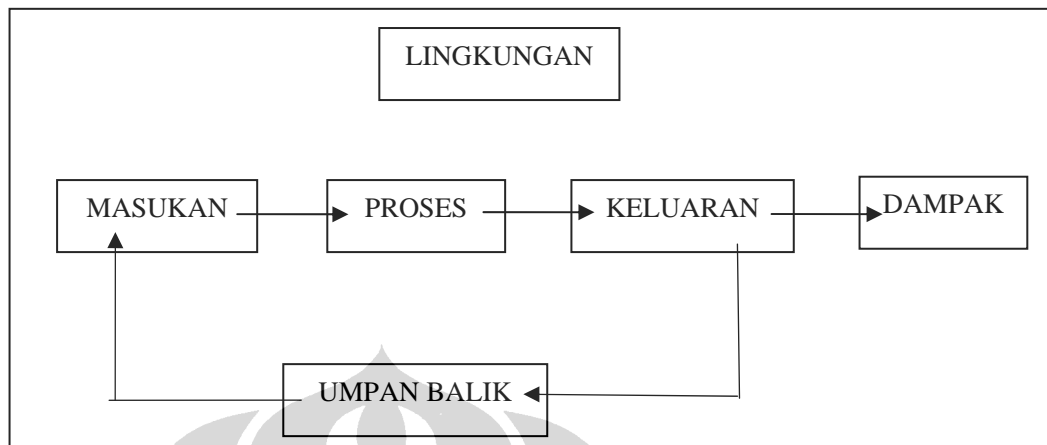
2.1.3 Unsur – unsur Sistem

Sesuatu bisa disebut sebagai sistem apabila memiliki elemen atau bagian yang apabila disederhanakan menjadi enam unsur, yaitu :

1. Masukan (*input*)
Kumpulan elemen atau bagian yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut.
2. Proses (*process*)
Kumpulan elemen atau bagian yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.
3. Keluaran (*output*)
Kumpulan elemen atau bagian yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem
4. Umpan balik (*feedback*)
Kumpulan elemen atau bagian yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.
5. Dampak (*impact*)
Akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem.
6. Lingkungan (*environment*)
Dunia di luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem.

Keenam unsur sistem ini saling berhubungan dan mempengaruhi yang secara sederhana dapat digambarkan bagan sebagai berikut :

Gambar 2.1
Desain Sistem



Sumber : Azrul Azwar. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Kedua*. Jakarta : PT Binarupa Aksara, 1988.

2.1.4 Pendekatan Sistem

Pendekatan sistem terdiri dari 2 jenis, yaitu (Jogiyanto, 1995) :

1. Penekanan pada prosedurnya

Suatu sistem adalah jaringan kerja dari prosedur-prosedur yang saling berhubungan, berkumpul bersama-sama untuk melakukan suatu kegiatan atau untuk menyelesaikan suatu sasaran tertentu (FitzGerald dan Stalings Jr, 1981)

2. Penekanan pada komponen atau elemennya

Sistem adalah kumpulan dari elemen-elemen yang berinteraksi untuk mencapai suatu tujuan tertentu

2.1.5 Analisa Sistem

Analisa sistem dilakukan setelah tahap perencanaan sistem (*system planning*) dan sebelum tahap desain sistem (*system design*). Tahap analisa merupakan tahap yang kritis dan sangat penting karena kesalahan dalam tahap ini akan menyebabkan kesalahan di tahap selanjutnya (Jogiyanto, 1995).

Pada tahap analisa sistem terdapat langkah-langkah dasar yang harus dilakukan oleh analis sistem, yaitu :

1. *Identify*, yaitu mengidentifikasi masalah

2. *Understand*, yaitu memahami kerja dari sistem yang ada
3. *Analyze*, yaitu menganalisa sistem
4. *Report*, yaitu membuat laporan hasil analisis

2.2 Kebijakan

2.2.1 Pengertian Kebijakan Publik

Definisi tentang kebijakan publik antara lain (Sjaaf, 2001) :

1. Derbyshire

Batasan terhadap *policy* sebagai sekumpulan rencana kegiatan yang dimaksudkan untuk memberikan efek perbaikan terhadap kondisi-kondisi sosial dan ekonomi.

2. Penulis lain membatasi *policy* sebagai hasil-hasil keputusan yang diambil oleh pelaku-pelaku tertentu untuk tujuan-tujuan publik (Hofferbert, 1974; Sjaaf, 2001)

3. Hofferbert

Pernyataan – pernyataan yang dikeluarkan legislatif, penataan/pengaturan yang dilakukan oleh eksekutif, pengguna anggaran negara, dan juga kegiatan apapun yang dilakukan oleh siapapun yang menjadikan masyarakat sebagai sasarannya

Menurut Sjaaf (2001), Hofferbert memberikan dua cara untuk memahami suatu kebijakan, yaitu mendekati suatu *policy* melalui substansinya (rumusan – rumusan redaksi suatu kebijakan yang berisi tujuan-tujuan/”goals” yang hendak dicapai) dan memahami suatu *policy* dari proses pelaksanaannya.

2.2.2 Pendekatan Proses Pembuatan Kebijakan

Proses pembuatan kebijakan berlangsung berbeda-beda, baik antara sistem politik yang sama maupun dengan sistem politik yang berbeda. Pada suatu sistem politik, suatu kebijakan mungkin dibuat melalui proses yang berbeda dengan kebijakan yang lain, walaupun aturan mainnya yang legal-konstitusional sebenarnya sama. Oleh karena itu, sebagian orang lebih suka menjelaskan proses pembuatan kebijakan tidak dari sudut formalnya melainkan dari sudut proses riilnya. Selain itu, kebijakan publik sering dibuat oleh suatu kelompok elit tanpa mengikutsertakan masyarakat. Sebaliknya, ada pula kebijakan yang dirumuskan

tidak hanya oleh sekelompok elit penguasa, melainkan oleh beberapa kelompok yang saling mempengaruhi.

Lebih lanjut, isi suatu kebijakan yang dihasilkan baik secara elitis maupun partisipatif tersebut dapat bersifat pengulangan terhadap kebijaksanaan yang pernah dibuat, dapat pula bersifat radikal. Kebijakan dengan sifat kedua ini berarti bahwa kebijakan tersebut dibuat secara mendasar dengan pertimbangan yang rasional (Sjaaf, 2001).

Menurut Sjaaf (2001), proses pembuatan kebijakan dari segi pendekatan antara lain :

1. Pendekatan Kelembagaan

Pendekatan kelembagaan terhadap proses pembuatan kebijakan sebenarnya merupakan derivasi dari ilmu politik tradisional yang lebih menekankan struktur daripada proses atau perilaku politik. Pendekatan yang kedua mengukur keberadaan demokrasi tidak hanya melalui ada - tidaknya institusi perwakilan dan pemilu, misalnya, tapi lebih dari itu, menekankan seberapa jauh fungsi dari lembaga perwakilan, seberapa jauh masyarakat bisa mengartikulasikan dan mengagregasikan kepentingannya, seberapa jauh masyarakat dapat memilih tanpa paksaan.

Salah satu kelemahan yang muncul dari pendekatan ini adalah terabaikannya masalah-masalah lingkungan dimana kebijakan itu diterapkan. Kegagalan program yang berasal dari lingkungan di luar institusi pembuat kebijakan tidak dapat terdeteksi dengan baik oleh pendekatan ini.

2. Pendekatan Sistem

Pada pendekatan sistem, terdapat tiga komponen, yaitu *input*, *process*, dan *output*. Tuntutan-tuntutan individu maupun kelompok masyarakat, dukungan-dukungan, dan juga sumber daya merupakan *input* yang nantinya akan mempengaruhi proses pengalokasian nilai-nilai oleh pihak penguasa. Pada tingkat selanjutnya, sistem politik akan menyerap berbagai macam tuntutan dari masyarakat tersebut untuk dikonversikan menjadi keluaran-keluaran yang berupa keputusan-keputusan atau kebijakan-kebijakan. Proses tidak berakhir di sini karena setiap hasil keputusan yang merupakan keluaran sistem politik

akan mempengaruhi lingkungan. Perubahan lingkungan inilah yang nantinya akan mempengaruhi tuntutan–tuntutan yang muncul dari masyarakat.

Salah satu kelemahan dari pendekatan ini adalah terpusatnya perhatian pada tindakan–tindakan yang dilakukan oleh pemerintah. Seringkali terjadi bahwa apa yang diputuskan oleh pemerintah memberikan kesan telah dilakukannya suatu tindakan yang sebenarnya hanya untuk memelihara ketenangan sistem yang ada daripada sebagai alat pemecahan masalah masyarakat. Pada akhirnya kita kehilangan perhatian terhadap apa yang tidak pernah dilakukan oleh pemerintah.

Menurut Dunn (2000), tahap–tahap dalam proses pembuatan kebijakan divisualisasikan sebagai serangkaian tahap yang saling bergantung dan diatur menurut urutan waktu, yaitu :

1. Penyusunan agenda

Karakteristik pada fase ini adalah para pejabat yang dipilih dan diangkat menempatkan masalah pada agenda publik. Banyak masalah tidak disentuh sama sekali, sementara lainnya ditunda untuk waktu lama.

2. Formulasi kebijakan

Karakteristik pada fase ini adalah para pejabat merumuskan alternatif kebijakan untuk mengatasi masalah. Alternatif kebijakan melihat perlunya membuat perintah eksekutif, keputusan pengadilan, dan tindakan legislatif

3. Adopsi kebijakan

Karakteristik pada fase ini adalah alternatif kebijakan yang diadopsi dengan dukungan dari mayoritas legislatif, konsensus diantara direktur lembaga, atau keputusan pengadilan

4. Implementasi kebijakan

Karakteristik pada fase ini adalah kebijakan yang telah diambil dilaksanakan oleh unit–unit administrasi yang memobilisasikan sumber daya finansial dan manusia

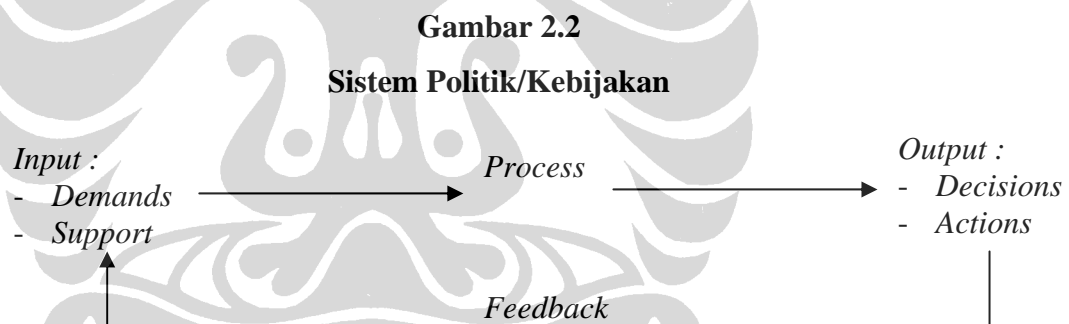
5. Penilaian kebijakan

Karakteristik pada fase ini adalah unit–unit pemeriksaan dan akuntansi dalam pemerintahan menentukan apakah badan–badan eksekutif, legislatif, dan

peradilan memenuhi persyaratan undang–undang dalam pembuatan kebijakan dan pencapaian tujuan

2.2.3 Sistem Kebijakan Publik

Pembuatan kebijakan (*policy making*) adalah proses yang pasti dijumpai dalam setiap sistem politik. Bahkan dapat dikatakan bahwa produk dari sistem politik adalah kebijakan. Setiap sistem, termasuk sistem politik, hanya ada jika di dalamnya berlangsung antar - hubungan yang saling bergantung dan mempengaruhi dari beberapa komponen atau unsurnya. Adapun komponen–komponen dari sistem politik atau sistem kebijakan adalah : tindakan (*actions*), pelaku (*actors*), dan orientasi nilai (*value orientation*). Sementara itu, antar - hubungan dari keseluruhan komponen tersebut berproses secara resiprokal sehingga membentuk pola sistemik sebagai berikut : *input-process-output-feedback* (Sjaaf, 2001).



Sumber : Amal C Sjaaf. *Bahan Kuliah Politik dan Kebijakan Kesehatan*. Depok : Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2001

Bagan tersebut memperlihatkan bahwa kebijakan (*policy*) atau keputusan (*decisions*) merupakan *output* atau keluaran dari sistem politik. Kebijakan dibuat oleh sistem politik untuk : pada tahap pertama menanggapi tuntutan dan dukungan dari semua aktor yang terlibat di dalam sistem, yang meminta agar kebutuhan atau kepentingannya dipenuhi oleh sistem; dan pada tahap kedua mengelola atau me-

respons umpan balik (*feedback*) yang berasal dari atau diakibatkan oleh keluaran sistem politik itu sendiri (Sjaaf, 2001).

Pendekatan terhadap suatu kebijakan, berdasarkan batasan yang diberikan oleh Hofferbert dan Derbyshire, akan selalu menggunakan pendekatan sistem. Setiap gejala sosial terjadi dan berlangsung di dalam suatu lingkungan tertentu. Jika dipahami secara sistem, kebijakan sebagai suatu sistem memiliki tiga buah komponen yang berinteraksi secara timbal-balik. Menurut Sjaaf (2001), komponen-komponen itu adalah sebagai berikut:

1. Pelaku kebijakan

Pelaku kebijakan adalah badan pemerintah maupun orang atau lembaga non-pemerintah yang terlibat dalam pembuatan kebijakan. Mereka dapat mempengaruhi dan sekaligus terkena pengaruh dari suatu kebijakan.

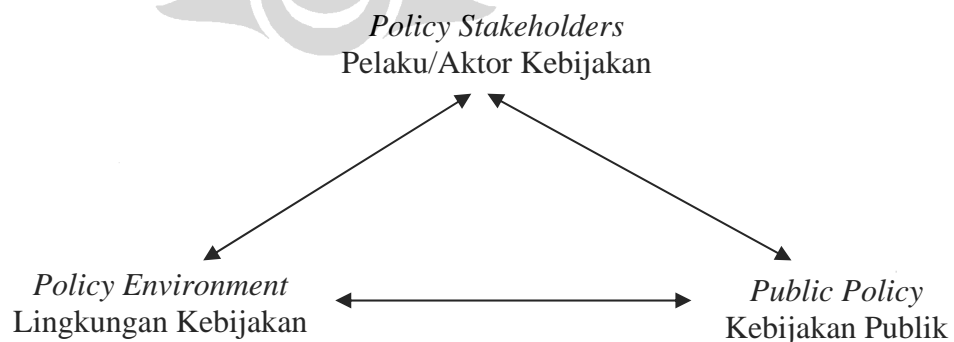
2. Lingkungan kebijakan

Lingkungan kebijakan yang dimaksud adalah bukan orang-orang atau lembaga yang berada di sekitar dan mempengaruhi pemerintah selaku penentu akhir suatu kebijakan, melainkan lebih menunjuk pada bidang-bidang kehidupan masyarakat yang dapat atau perlu dipengaruhi oleh pelaku kebijakan.

3. Kebijakan publik

Kebijakan publik adalah serangkaian pilihan tindakan pemerintah untuk menjawab tantangan (atau memecahkan masalah) kehidupan masyarakat.

Gambar 2.3
Hubungan antar Komponen Sistem Kebijakan



Sumber : Amal C Sjaaf. *Bahan Kuliah Politik dan Kebijakan Kesehatan*. Depok : Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2001

Setiap tindakan kebijakan adalah tindakan yang disengaja karena merupakan kesengajaan, maka tindakan kebijakan selalu dilakukan secara terorganisasi. Tindakan yang terorganisasi ini jika dilakukan secara berulang akan membentuk pola-pola tindakan tertentu, dan pada gilirannya akan menciptakan norma-norma bertindak bagi sistem politik.

Selanjutnya, aktor kebijakan bermain di dalam sistem, dalam arti memberikan dukungan maupun tuntutan dan menjadi sasaran dari kebijakan yang dihasilkan oleh sistem dengan kerangka aturan main yang ditentukan oleh sistem kebijakan. Aktor kebijakan yang dimaksud adalah setiap orang atau pelaku yang terlibat dalam suatu kebijakan, baik pada tahap perumusan, pelaksanaan, maupun pengawasan. Aktor yang paling dominan dalam tahap perumusan kebijakan, dalam arti mempunyai kekuasaan atau wewenang untuk menentukan isi dan memberikan legitimasi terhadap rumusan kebijakan tersebut, disebut pembuat kebijakan (*policy maker*). Sementara itu, aktor yang mempunyai kualifikasi atau karakteristik lain dikenal sebagai kelompok-kelompok kepentingan, partai politik, pimpinan elite profesi, dan lain-lain. Jika aktor-aktor yang tersebut terakhir ini hanya terlibat dalam pelaksanaan kebijakan sebagai kelompok yang menjadi sasaran dari kebijakan yang bersangkutan, maka kelompok ini disebut kelompok sasaran atau *target group* (Sjaaf, 2001).

Tuntutan yang didesakkan kepada sistem kebijaksanaan berasal dari dua sumber, yaitu aktor-aktor yang bermain di dalam sistem itu sendiri (terutama aktor yang paling menentukan wujud kebijakan), disebut tuntutan *intern* dan aktor-aktor di luar sistem (aktor yang kurang menentukan dalam pembuatan kebijakan), disebut sumber *ekstern*.

Rancangan kebijakan yang diajukan oleh seorang aktor merupakan fungsi dari sikap dan perilakunya, sementara sikap dan perilaku merupakan fungsi dari kepentingan dan nilai yang dipegangnya. Menurut Sjaaf (2001), nilai-nilai yang mempengaruhi perilaku atau sikap seorang aktor kebijakan adalah sebagai berikut:

1. Nilai-nilai politik

Nilai politik terdiri dari kepentingan kelompok, golongan, atau partai tempat sang aktor berafiliasi. Nilai-nilai politik sangat mempengaruhi sikap dan perilaku seorang aktor yang berkarakter sebagai politikus.

2. Nilai-nilai organisasi

Nilai organisasi yakni nilai untuk mempertahankan organisasi, memperluas program, dan aktivitas organisasi. Nilai ini biasanya sangat dominan pada aktor yang berkarakter atau berposisi sebagai birokrat.

3. Nilai-nilai pribadi (*personal values*)

Nilai pribadi yakni nilai pada seseorang yang terbentuk karena sejarah kehidupan pribadinya.

4. Nilai kebijakan (*policy values*)

Nilai kebijakan terdiri dari nilai moral, keadilan, kemerdekaan, kebebasan, kebersamaan, dan lain-lain

5. Nilai-nilai ideologis

2.2.4 Analisis Kebijakan

Pengertian dari analisis kebijakan, antara lain :

1. Aktivitas analisis kebijakan merupakan usaha yang bersifat multi - disipliner untuk memperoleh data atau informasi guna memberikan alternatif cara pemecahan suatu masalah ataupun alternatif cara pencapaian tujuan (Sjaaf, 2001)
2. Analisis kebijakan adalah aktivitas menciptakan pengetahuan tentang dan dalam proses pembuatan kebijakan (Lasswell, 1977; Dunn, 2000)
3. Menurut Quade, analisis kebijakan adalah suatu bentuk analisis yang menghasilkan dan menyajikan informasi sedemikian rupa sehingga dapat memberi landasan dari para pembuat kebijakan dalam membuat keputusan (Dunn, 2000)

Menurut Ham dan Hill (1984; Barker, 1996; Adisasmito, 2006), kebijakan dapat dianalisa pada berbagai tingkat sistem politik, yaitu :

1. Tingkat mikro, yaitu pada proses pengambilan keputusan dalam suatu organisasi
2. Tingkat makro, yaitu yang menganalisa sistem politik, termasuk peranan pemerintah
3. Tingkat diantara keduanya

Dalam menciptakan pengetahuan tentang proses pembuatan kebijakan, analisis kebijakan meneliti sebab, akibat, dan kinerja kebijakan dan program publik. Pengetahuan tersebut betapa pun tetap tidak lengkap kecuali jika hal tersebut disediakan kepada pengambil kebijakan dan publik terhadap siapa para analis berkewajiban melayaninya. Hanya jika pengetahuan tentang kebijakan dikaitkan dengan pengetahuan dalam proses kebijakan, anggota-anggota badan eksekutif, legislatif, dan yudikatif, bersama dengan warga negara yang memiliki peranan dalam keputusan publik, dapat menggunakan hasil-hasil analisis kebijakan untuk memperbaiki proses pembuatan kebijakan dan kinerjanya karena efektivitas pembuatan kebijakan tergantung pada akses terhadap stok pengetahuan yang tersedia, komunikasi dan penggunaan analisis kebijakan menjadi penting sekali dalam praktek dan teori pembuatan kebijakan publik (Sjaaf, 2001).

Menurut Adisasmito (2006), studi tentang kebijakan dapat diklasifikasikan berdasarkan :

1. Tahapan proses pembuatan kebijakan

Berdasarkan pada tahapan proses pembuatan kebijakan, studi dapat menelaah pada tahapan ketika daftar isu-isu dibuat, tahapan *objective setting*, tahapan penentuan prioritas, tahapan mencari dan memilih opsi-opsi, tahapan pelaksanaan, dan tahapan evaluasi.

2. Tujuan studi

Berdasarkan pada tujuannya, studi tentang kebijakan dapat dibagi atas empat kategori :

- a. Bertujuan mencatat pendekatan kebijakan atau pelaksanaannya atau dampaknya. Menurut MacPherson dan Midgley (1987; Barker, 1996; Adisasmito, 2006) studi jenis ini kurang bermanfaat karena tidak menganalisa apa yang terjadi
- b. Bertujuan mengevaluasi apakah kebijakan berjalan atau tidak. Bila berjalan, apakah berjalan dengan baik sesuai kriteria tertentu. Fokus studi ini bisa pada *output* dan *outcome* dari proses kebijakan dan bisa pula pada proses itu sendiri. Apakah pembuatan kebijakan itu efektif?

- c. Bertujuan menganalisa. Mereka menggunakan konsep dan model tertentu untuk menjelaskan kebijakan kesehatan yang abstrak dan penuh istilah teoritis serta untuk menginterpretasikan hasil pengamatan peneliti.
- d. Sifatnya konsultatif. Studi ini tidak menganalisa kebijakan yang ada atau mencari pendapat umum tentang kebijakan tertentu. Studi konsultatif hanya mencatat pendapat umum, atau berusaha memahami pendapat umum dan mengembangkan proses konsultasi dengan publik.

3. Cara pendekatan

Berdasarkan pada berbagai pendekatan yang digunakan, studi kebijakan dibedakan :

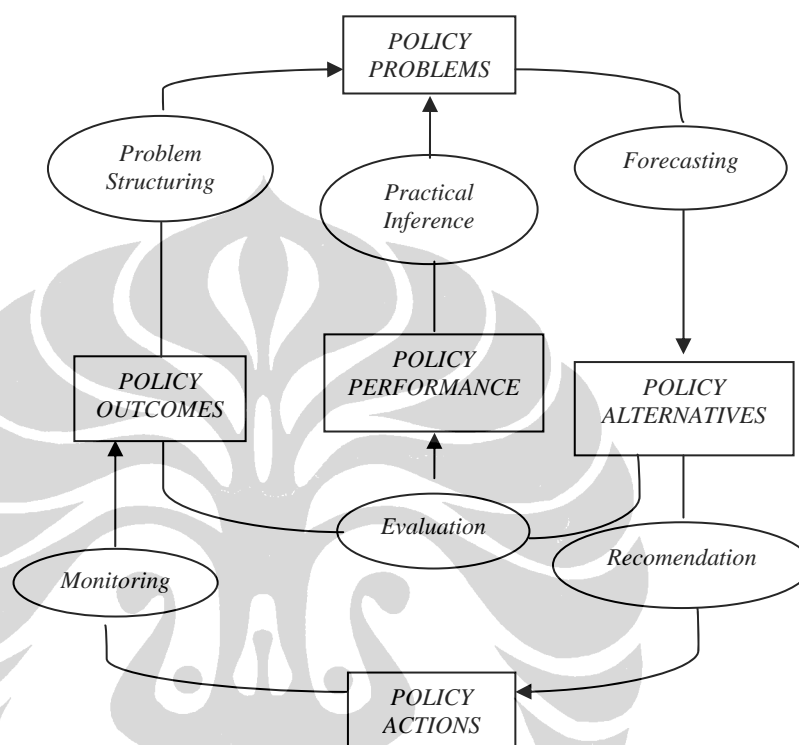
- a. Menelaah proses pembuatan kebijakan atau isi kebijakan itu sendiri
- b. Mengadopsi pendekatan '*prescriptive*' atau '*explanatory*'. Pada pendekatan preskriptif, rekomendasi berisi apa yang sebaiknya terjadi. Pendekatan *eksplanatory* menitikberatkan pada penjelasan apa yang terjadi, tanpa perlu mengeluarkan rekomendasi
- c. Melakukan studi kasus tentang satu kebijakan atau studi komparatif dengan membandingkan kebijakan yang sama (bagaimana kebijakan itu dibuat dan diimplementasikan) pada berbagai negara
- d. Apakah aktor politik, seseorang yang terlibat dalam proses pembuatan kebijakan, yang menganalisa studi ini atau orang luar yang tidak terlibat dalam proses pembuatan.

Tahap-tahap dalam analisa kebijakan mencerminkan aktivitas yang terus berlangsung dan terjadi sepanjang waktu. Setiap tahap berhubungan dengan dengan tahap berikutnya, dan tahap terakhir (penilaian kebijakan) dikaitkan dengan tahap pertama (penyusunan agenda), atau tahap di tengah, dalam lingkaran aktivitas yang tidak linear. Aplikasi prosedur dapat membuahkan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan yang secara langsung mempengaruhi asumsi, keputusan, dan aksi dalam satu tahap, kemudian secara tidak langsung kinerja tahap – tahap berikutnya

Sedangkan menurut Dunn (2000), menganalisis suatu kebijakan merupakan usaha untuk dapat merekomendasikan kebijakan. Usaha ini bermula dari penyajian secara cermat informasi yang menunjukkan adanya masalah

kebijakan. Informasi ini oleh analisis kemudian digunakan untuk membuat informasi tentang alternatif-alternatif kebijakan. Begitu seterusnya, sehingga aktivitas ini merupakan suatu siklus.

Gambar 2.4
Siklus Kebijakan menurut Dunn



Sumber : Dunn, William N., *Public Policy Analysis : An Introduction*, London : Prentice – Hall International, Inc., hal. 48

Dalam gambar Dunn, informasi kebijakan termuat di dalam kotak, sedang metode yang digunakan untuk mengubah informasi itu menjadi informasi jenis lain termuat di dalam bentuk lonjong. Aktivitas menganalisis kebijakan pada pokoknya menerapkan metode – metode perubahan informasi kebijakan tersebut untuk menyediakan informasi kebijakan yang dikehendaki oleh pengguna kebijakan (*stakeholders* atau aktor), baik pengambil keputusan puncak maupun kekuatan – kekuatan yang berkepentingan dengannya (Sjaaf, 2001).

Apabila diuraikan, maka metode yang digunakan untuk mengubah informasi itu menjadi informasi lainnya, yaitu (Dunn,2000) :

1. Perumusan Masalah (*Problem Structuring*)

Perumusan masalah dapat memberikan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan yang mempersoalkan asumsi–asumsi yang mendasari definisi masalah dan memasuki proses pembuatan kebijakan melalui penyusunan agenda (*agenda setting*). Perumusan masalah dapat membantu menemukan asumsi–asumsi yang tersembunyi, mendiagnosis penyebab–penyebabnya, memetakan tujuan–tujuan yang memungkinkan, memadukan pandangan–pandangan yang bertentangan, dan merancang peluang–peluang kebijakan yang baru.

2. Peramalan (*Forecasting*)

Peramalan dapat menyediakan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan tentang masalah yang akan terjadi di masa mendatang sebagai akibat dari diambilnya alternatif, termasuk tidak melakukan sesuatu. Ini dilakukan dalam tahap formulasi kebijakan. Peramalan dapat menguji masa depan yang plausibel, potensial, dan secara normatif bernilai, mengestimasi akibat dari kebijakan yang ada atau yang diusulkan mengenai kendala–kendala yang mungkin akan terjadi dalam pencapaian tujuan, dan mengestimasi kelayakan politik (dukungan dan oposisi) dari berbagai pilihan.

3. Rekomendasi (*Recommendation*)

Rekomendasi membuahakan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan tentang manfaat atau biaya dari berbagai alternatif yang akibatnya di masa mendatang telah diestimasi melalui peramalan. Ini membantu pengambil kebijakan pada tahap adopsi kebijakan. Rekomendasi membantu mengestimasi tingkat resiko dan ketidakpastian, mengenali eksternalitas dan akibat ganda, menentukan kriteria dalam pembuatan pilihan, dan menentukan pertanggungjawaban administratif bagi implementasi kebijakan.

4. Pemantauan (*Monitoring*)

Pemantauan (*monitoring*) menyediakan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan tentang akibat dari kebijakan yang diambil sebelumnya. Ini membantu pengambil kebijakan pada tahap implementasi kebijakan. Pemantauan membantu menilai tingkat kepatuhan, menemukan akibat –akibat yang tidak diinginkan dari kebijakan dan program, mengidentifikasi hambatan

dan rintangan implementasi, dan menemukan letak pihak-pihak yang bertanggung jawab pada setiap tahap kebijakan.

5. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi membuahakan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan tentang ketidaksesuaian antara kinerja kebijakan yang diharapkan dengan yang benar-benar dihasilkan. Jadi, ini membantu pengambilan kebijakan pada tahap penilaian kebijakan terhadap proses pembuatan kebijakan. Evaluasi tidak hanya menghasilkan kesimpulan mengenai seberapa jauh masalah telah terselesaikan, tetapi juga menyumbang pada klarifikasi dan kritik terhadap nilai-nilai yang mendasari kebijakan, membantu dalam penyesuaian dan perumusan kembali masalah.

Analisis kebijakan menggunakan berbagai metode pengkajian untuk menghasilkan informasi mengenai masalah-masalah kebijakan, masa depan kebijakan, tindakan kebijakan, hasil kebijakan, dan pelaksanaan kebijakan. Masalah kebijakan (*policy problem*) adalah nilai, kebutuhan, atau kesempatan yang belum terpenuhi, yang dapat diidentifikasi untuk kemudian diperbaiki atau dicapai melalui tindakan publik. Pengetahuan mengenai masalah apa yang memerlukan pemecahan membutuhkan informasi mengenai kondisi yang mendahului permasalahan, maupun mengenai informasi tentang nilai yang pencapaiannya dapat mendorong pada penyelesaian permasalahan (Dunn, 2000).

Menurut Sjaaf (2001), ada lima faktor atau kriteria yang sering mempengaruhi aktor kebijakan menentukan apakah suatu keadaan dianggap sebagai masalah, yaitu kerangka teori, kepentingan pribadi, kepentingan kelompok, perbendaharaan pengetahuan, dan ideologi.

Masa depan kebijakan (*policy future*) adalah konsekuensi dari serangkaian tindakan untuk pencapaian nilai-nilai dan karena itu merupakan penyelesaian terhadap suatu masalah kebijakan. Informasi mengenai kondisi yang menimbulkan masalah adalah sangat penting untuk mengidentifikasi masa depan kebijakan (Dunn, 2000).

Aksi kebijakan (*policy action*) adalah suatu gerakan atau serangkaian gerakan yang dituntun oleh alternatif kebijakan yang dirancang untuk mencapai hasil di masa depan yang bernilai. Untuk merekomendasikan suatu aksi kebijakan,

penting untuk mempunyai informasi tentang konsekuensi positif maupun negatif dari tindakan pada berbagai alternatif yang berbeda, termasuk informasi mengenai hambatan–hambatan politis, legal, dan ekonomis dari suatu tindakan. Juga merupakan suatu hal yang esensial untuk mengetahui alternatif tindakan/aksi mana yang sesuai dengan dasar evaluasi yang memerlukan informasi mengenai alternatif kebijakan yang mana yang bernilai dan mengapa. Oleh karena itu, informasi tentang tindakan kebijakan dihasilkan dengan meramalkan dan mengevaluasi konsekuensi dari tindakan yang diharapkan (Dunn, 2000).

Hasil kebijakan (*policy outcome*) merupakan konsekuensi yang teramati dari aksi kebijakan. Konsekuensi dari aksi kebijakan tidak dapat secara penuh dinyatakan atau diketahui ketika tindakan–tindakan sedang berjalan, juga tidak semua konsekuensi tindakan yang teramati diinginkan atau terantisipasi. Dengan begitu, analisis kebijakan menghasilkan informasi tentang tindakan–tindakan, baik sebelum maupun sesudah terjadi (Dunn, 2000).

Kinerja kebijakan (*policy performance*) merupakan derajat di mana hasil kebijakan yang ada memberi kontribusi terhadap pencapaian nilai–nilai. Informasi mengenai kinerja kebijakan dapat digunakan untuk meramalkan masa depan kebijakan atau menyusun ulang masalah–masalah kebijakan (Dunn, 2000).

Menurut Dunn (2000), hubungan antara komponen–komponen informasi - kebijakan dan metode–metode analisis kebijakan memberi landasan untuk membedakan tiga bentuk utama analisis kebijakan, yaitu :

1. Analisis kebijakan prospektif

Analisis tersebut berupa produksi dan transformasi informasi sebelum aksi kebijakan dimulai dan diimplementasikan dan cenderung mencari cara beroperasinya para ekonom, analis sistem, dan peneliti operasi. Analisis prospektif terkadang menimbulkan jurang pemisah yang besar antara pemecahan masalah yang diunggulkan dan upaya–upaya Pemerintah untuk memecahkannya. Analisis ini cenderung lemah dalam hal keterbatasannya dan ketidakcukupan informasi yang dihasilkannya menyangkut perubahan nilai tujuan dan sasaran yang terjadi setelah suatu kebijakan diimplementasikan.

2. Analisis kebijakan retrospektif

Analisis retrospektif sebagai penciptaan dan transformasi informasi sesudah aksi kebijakan dilakukan, mencakup berbagai tipe kegiatan yang dikembangkan oleh tiga kelompok analis, yaitu :

a. Analis yang berorientasi pada disiplin (*discipline-oriented analysts*)

Kelompok ini sebagian besar terdiri dari para ilmuwan politik dan sosiologi, terutama berusaha untuk mengembangkan dan menguji teori yang didasarkan pada teori dan menerangkan sebab–sebab dan konsekuensi–konsekuensi kebijakan. Kelompok ini jarang berusaha untuk mengidentifikasi tujuan–tujuan dan sasaran spesifik dari para pembuat kebijakan dan tidak melakukan usaha apapun untuk membedakan ”variabel–variabel kebijakan yang merupakan hal yang dapat diubah melalui manipulasi kebijakan dan variabel situasional yang tidak dapat dimanipulasi”(Coleman, 1975). Dengan kata lain, analis yang berorientasi pada disiplin jarang menghasilkan informasi yang secara langsung bermanfaat untuk merumuskan pemecahan atas masalah–masalah kebijakan karena variabel–variabel yang paling relevan bagi pengujian teori–teori ilmiah umum juga jarang dapat digunakan oleh pembuat kebijakan untuk melakukan manipulasi kebijakan.

b. Analis yang berorientasi pada masalah (*problem-oriented analysts*)

Kelompok ini sebagian besar juga terdiri dari para ilmuwan politik dan sosiologi berusaha untuk menerangkan sebab–sebab dan konsekuensi dari kebijakan. Meskipun begitu, para analis yang berorientasi pada masalah kurang perhatian pada pengembangan dan pengujian teori–teori yang dianggap penting di dalam disiplin ilmu sosial, tetapi lebih perhatian pada identifikasi variabel–variabel yang dapat dimanipulasi oleh para pembuat kebijakan untuk mengatasi masalah. Walaupun begitu, analis yang berorientasi pada masalah jarang menyajikan informasi mengenai tujuan dan sasaran kebijakan yang spesifik dari para pembuat kebijakan karena masalah–masalah yang dianalisis biasanya bersifat umum.

c. Analis yang berorientasi pada aplikasi (*applicatons-oriented analysts*)

Kelompok analis ini mencakup ilmuwan politik, sosiolog, orang–orang yang datang dari pekerjaan sosial (*social work*), administrasi publik, dan bidang

studi yang sejenis, seperti penelitian evaluasi. Kelompok ini juga berusaha untuk menerangkan sebab dan konsekuensi kebijakan–kebijakan dan program publik, tetapi tidak menaruh perhatian terhadap pengembangan dan pengujian teori–teori dasar. Lebih jauh, kelompok ini tidak hanya menaruh perhatian pada variabel–variabel kebijakan, tetapi juga melakukan identifikasi tujuan dan sasaran kebijakan dari para pembuat kebijakan dan pelaku kebijakan. Informasi mengenai tujuan–tujuan dan sasaran kebijakan memberi landasan bagi pemantauan dan evaluasi hasil kebijakan yang spesifik yang dapat digunakan oleh para praktisi untuk merumuskan masalah–masalah kebijakan, mengembangkan alternatif–alternatif kebijakan baru, dan merekomendasikan arah tindakan untuk memecahkan masalah.

Kelemahan dari analisis kebijakan retrospektif adalah ketidakmampuannya untuk mengarahkan aksi–aksi kebijakan karena sebagian besar terikat pada informasi yang pasif mengenai konsekuensi kebijakan setelah diimplementasikan.

3. Analisis kebijakan yang terintegrasi

Analisis kebijakan yang terintegrasi merupakan bentuk analisis yang mengkombinasikan gaya operasi para praktisi yang menaruh perhatian pada penciptaan dan transformasi informasi sebelum dan sesudah tindakan kebijakan diambil. Analisis kebijakan yang terintegrasi tidak hanya mengharuskan para analis untuk meningkatkan tahap penyelidikan retrospektif dan prospektif, tetapi juga menuntut para analis untuk secara terus–menerus menghasilkan dan mentransformasikan informasi setiap saat. Analisis tersebut melakukan pemantauan dan evaluasi kebijakan secara terus–menerus sepanjang waktu

2.2.5 Argumentasi Kebijakan

Analisis kebijakan tidak berhenti pada penggunaan berbagai metode pengkajian untuk menghasilkan dan mentransformasikan informasi. Meskipun produksi dan transformasi informasi merupakan suatu hal yang esensial dalam analisis kebijakan dan yang terpenting juga adalah penciptaan dan penilaian secara kritis klaim pengetahuan yang didasarkan atas informasi tersebut. Klaim

pengetahuan yang dibutuhkan sebagai kesimpulan dari argumen – argumen kebijakan, mencerminkan alasan – alasan mengapa berbagai macam pelaku kebijakan tidak sepakat terhadap suatu alternatif kebijakan (Dunn,2000).

Menurut Dunn (2000), enam elemen/unsur pada argumen kebijakan adalah:

1. Informasi yang relevan dengan kebijakan (*policy-relevant information*)

Informasi yang relevan dengan kebijakan (I) yang dihasilkan melalui penerapan berbagai metode merupakan bukti dari kerja analisis. Informasi tentang masalah-masalah kebijakan, masa depan kebijakan, aksi-aksi kebijakan, hasil kebijakan, dan kinerja kebijakan dapat disajikan dalam berbagai bentuk.

2. Klaim kebijakan (*policy claim*)

Klaim kebijakan (C) merupakan kesimpulan dari suatu argumen kebijakan. Klaim kebijakan merupakan konsekuensi logis dari informasi yang relevan bagi kebijakan.

3. Pembeneran (*warrant*)

Pembeneran (W) merupakan suatu asumsi di dalam argumen kebijakan yang memungkinkan analisis untuk berpindah dari informasi yang relevan dengan kebijakan ke klaim kebijakan.

4. Dukungan (*backing*)

Dukungan (B) bagi pembeneran (W) terdiri dari asumsi-asumsi tambahan atau argumen-argumen yang dapat digunakan untuk mendukung pembeneran yang tidak diterima pada nilai yang tampak.

5. Bantahan (*rebuttal*)

Bantahan (R) merupakan kesimpulan yang kedua, asumsi, atau argumen yang menyatakan kondisi di mana klaim asli tidak diterima, atau klaim asli hanya dapat diterima pada derajat penerimaan tertentu. Pertimbangan terhadap bantahan-bantahan membantu analisis mengantisipasi tujuan-tujuan dan menyediakan perangkat sistematis untuk mengkritik salah satu klaim, asumsi, dan argumennya.

6. Kesimpulan (*qualifier*)

Kesimpulan (Q) mengekspresikan derajat di mana analisis yakin terhadap suatu klaim kebijakan.

2.3 Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin dan Kurang Mampu

Sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin (JPK Gakin) dan kurang mampu merupakan sebuah sistem jaminan kesehatan yang menggunakan pendekatan konsep Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Pada penerapannya, sistem JPK-Gakin melibatkan interaksi tiga pihak (Tri Partit), yaitu Badan Penyelenggara (Bapel), Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) atau provider, dan peserta (keluarga miskin).

2.3.1 Pengertian

Pengertian JPKM menurut pasal 66 UU No. 23/1992 adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra - upaya. JPK Gakin dan kurang mampu adalah jaminan pemeliharaan kesehatan yang diberikan kepada keluarga miskin dan kurang mampu yang membutuhkan pelayanan kesehatan meliputi rawat jalan dan rawat inap sebagaimana yang telah ditetapkan dalam petunjuk pelaksanaan, baik di puskesmas maupun rumah sakit yang ditunjuk di wilayah DKI Jakarta (Dinas Kesehatan DKI Jakarta, 2007).

Sistem JPK Gakin dan Kurang Mampu adalah sistem jaminan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga miskin dan kurang mampu di wilayah DKI Jakarta yang diselenggarakan dengan menggunakan prinsip-prinsip asuransi atau JPKM, yakni menerapkan sistem kendali biaya dan pelayanan yang efektif. Keluarga miskin adalah penduduk DKI Jakarta yang legal dan termasuk dalam data kemiskinan Badan Pusat Statistik (BPS) DKI Jakarta dan telah diverifikasi ke lapangan yang terdiri dari bapak, ibu, anak, kakek, dan nenek. Sedangkan keluarga kurang mampu adalah penduduk DKI Jakarta yang legal dan keluarga yang belum terdata

sebagai keluarga miskin serta mengalami kendala dalam pembiayaan kesehatan (Dinas Kesehatan DKI Jakarta, 2007).

2.3.2 Dasar Hukum

Dasar hukum dari pelaksanaan JPK Gakin dan kurang mampu adalah sebagai berikut :

1. UUD 1945 hasil amandemen pasal 34 ayat 2, tentang jaminan sosial bagi masyarakat miskin menjadi tanggung jawab pemerintah
2. Undang – undang no.32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah
3. Undang – undang no.40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
4. Undang – undang no. 34 tahun 1999 tentang Pemerintah Propinsi Daerah Khusus Ibukota Negara Republik Indonesia Jakarta
5. Undang – undang no. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan (Pasal 65 dan 66) yang mengatur tentang JPKM
6. Keputusan Menteri Kesehatan No. 1330/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas, Rujukan Rawat Jalan dan Rawat Inap Kelas III di rumah sakit yang dijamin Pemerintah
7. Peraturan Daerah Provinsi DKI Jakarta No. 3/2001 tentang Struktur Organisasi Dinas Kesehatan DKI Jakarta
8. Peraturan Daerah Provinsi DKI Jakarta No. 1/2006 tentang Penetapan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah tahun 2006
9. Keputusan Gubernur DKI No. 34 tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Program JPKM di DKI Jakarta
10. Keputusan Gubernur Provinsi DKI Jakarta No. 58 tahun 2002 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
11. Keputusan Gubernur DKI Jakarta No. 1372/2002 tentang Badan Pembina JPKM DKI Jakarta
12. Instruksi Gubernur No. 271 tahun 2002 tentang Penggunaan Data Kemiskinan di Lingkungan Pemerintah Provinsi DKI Jakarta
13. Keputusan Gubernur DKI Jakarta No. 108 tahun 2003 tentang Tata Cara Pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi DKI Jakarta tahun 2006

14. Keputusan Gubernur DKI Jakarta No. 85 tahun 2004 tentang Uji Coba JPK Gakin
15. Kebijakan Umum Anggaran APBD DKI Jakarta tahun 2007
16. Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta No : 55 tahun 2007 tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin, Kurang Mampu, dan Bencana di Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta
17. Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta No : 470 tahun 2007 tentang Pembayaran Tagihan Biaya Jaminan Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin dan Bencana oleh Rumah Sakit di Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta tahun 2007

2.3.3 Kebijakan - Kebijakan

Menurut Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis (Juklak - Juknis) dari Dinas Kesehatan DKI Jakarta mengenai JPK Gakin dan kurang mampu, kebijakan yang dikeluarkan oleh pihak Dinas Kesehatan DKI Jakarta adalah :

A. Kebijakan Kepesertaan

Peserta dalam program ini adalah keluarga miskin dan kurang mampu di seluruh wilayah Provinsi DKI Jakarta yang meliputi lima wilayah kotamadya dan kabupaten administrasi/Kepulauan Seribu dengan kriteria antara lain :

1. Keluarga miskin yang terdaftar dalam data kemiskinan Badan Pusat Statistik yang telah dilakukan verifikasi ke lapangan dan mendapat kartu JPK Gakin
2. Pemegang kartu Kompensasi BBM (KKB, BLT, Raskin, Program Keluarga Harapan) dan Program Pemerintah lainnya
3. Penghuni panti sosial/rumah singgah (bukan karyawan) yang diusulkan Dinas Bintal dan Kesos Provinsi DKI Jakarta, memiliki sertifikat panti dan kepesertaan bersifat kolektif
4. Orang terlantar yang diusulkan Dinas Bintal dan Kesos Provinsi DKI Jakarta atau yang ditemukan di Provinsi DKI Jakarta
5. Pasien miskin penderita Thalasemia yang diusulkan Yayasan Thalaasemia Provinsi DKI Jakarta (RSCM) kepada Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
6. Pasien miskin penderita jantung anak yang diusulkan Yayasan Jantung Anak Indonesia Provinsi DKI Jakarta kepada Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta

7. Kader posyandu aktif yang telah mengabdikan dirinya selama 5 tahun dan para pendonor darah yang telah mendonorkan darahnya lebih dari 75 kali (Anggota Fokuswanda)
8. Keluarga yang mempunyai Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) baik dengan verifikasi miskin atau verifikasi kurang mampu

B. Kebijakan Pelayanan Kesehatan

1. Sistem JPK Gakin menggunakan pendekatan JPKM yang menerapkan sistem kendali biaya dan pelayanan efektif yang diberikan secara berjenjang dan bersifat komprehensif yang meliputi :
 - a. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) : dokter umum, dokter gigi, bidan
 - b. Rawat Inap di Puskesmas : persalinan
 - c. Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) : dokter spesialis
 - d. Rawat Inap Kelas III di RSUD/RS Pemerintah/RS TNI/Polri/RS Swasta di Provinsi DKI Jakarta dan RS di luar DKI Jakarta
 - e. Pelayanan ambulans Dinas Kesehatan
2. Persyaratan yang wajib dibawa oleh pasien :
 - a. Pasien kartu Gakin : kartu gakin/raskin/Bantuan Langsung Tunai/Program Keluarga Harapan/Bantuan Program Pemerintah Lainnya dan rujukan (tanpa rujukan jika di IGD/*Emergency*)
 - b. Pasien SKTM : SKTM yang ditandatangani oleh kelurahan tempat tinggal pasien dan rujukan (tanpa rujukan jika di IGD/*Emergency*)
 - c. Pasien panti / rumah singgah : surat keterangan kepala panti/rumah singgah, *foto copy* sertifikat panti, dan rujukan (tanpa rujukan jika di IGD/*Emergency*)
 - d. Orang terlantar : surat keterangan dari direktur RS/kepolisian/Dinas Bintal dan Kesos dan rujukan (tanpa rujukan jika di IGD/*Emergency*)
 - e. Pasien Yayasan Thalasemia/Yayasan Jantung Anak : kartu anggota Yayasan Thalasemia/Yayasan Jantung Anak, KTP, dan rujukan (tanpa rujukan jika di IGD/*Emergency*)
 - f. Kader/Anggota Fokuswanda : kartu identitas kader/surat keterangan/sertifikat, surat pengantar dari puskesmas kelurahan setempat, dan rujukan (tanpa rujukan jika di IGD/*Emergency*)

3. Pasien *emergency* wajib dilayani oleh puskesmas kecamatan/kelurahan dan rumah sakit. Rumah sakit yang belum melakukan Ikatan Kerja Sama (IKS) hanya melayani kasus-kasus *emergency* dan bila perlu perawatan maka dirujuk ke rumah sakit lain yang melayani Gakin melalui PUSDALDUKES
4. Pasien melalui IGD dilayani tanpa membawa persyaratan yang telah ditentukan. Jika pasien langsung pulang, persyaratan klaimnya cukup dilengkapi dengan surat keterangan dari Direktur RS/dokter jaga IGD. Jika pasien perlu dirawat, maka pasien diberi kesempatan untuk melengkapi persyaratan selama 3 x 24 jam hari kerja. Jika melebihi waktu yang telah ditentukan, pembebasan max 50% (masuk sebagai pasien umum, pulang dengan menggunakan SKTM)
5. Rumah sakit tidak perlu lagi meminta surat rujukan dari puskesmas jika pasien langsung ke IGD, poliklinik atau langsung dirawat di RS dan untuk kelancaran verifikasi mohon dituliskan pada berkas klaim bahwa pasien langsung ke rumah sakit tanpa rujukan
6. Rujukan puskesmas berlaku 1 bulan untuk penyakit *non kronis*, untuk penyakit *kronis* 3 bulan
7. Pasien pasca rawat inap penyakit kronis diberi kesempatan untuk kontrol 3 kali di rumah sakit selanjutnya di puskesmas. Untuk penyakit *non kronis*, kontrol di puskesmas. Rumah sakit wajib mengembalikan pasien pasca rawat inap kepada puskesmas untuk dilakukan pemantauan
8. Jaminan rawat diberikan sejak pasien/rumah sakit mengajukan surat jaminan. Pengurusan surat jaminan dilakukan oleh keluarga pasien dengan membawa surat pengantar dari rumah sakit. Keterlambatan permintaan jaminan oleh rumah sakit disertai dengan surat keterangan direktur rumah sakit yang menjelaskan tentang alasan keterlambatan. Lama jaminan rawat disesuaikan dengan kondisi pasien. Khusus jaminan rawat bagi pasien di RS Jiwa dan Hemodialisa lamanya 30 hari (1 bulan).
9. Dalam keadaan darurat apabila kelas III penuh maka pasien dapat ditempatkan di kelas II maksimal 2 x 24 jam, bila lebih dari waktu yang ditentukan maka pasien segera dirujuk ke rumah sakit lainnya atau karena alasan kondisi pasien

yang tidak memungkinkan untuk dipindahkan, maka harus dengan persetujuan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta

10. Bila diperlukan pemeriksaan penunjang dan pemakaian ambulan ke rumah sakit lain maka rumah sakit wajib membuat surat rujukan ke rumah sakit yang dituju, dilengkapi dengan persyaratan administrasi. Penggunaan ambulan Dinas Kesehatan harus sesuai dengan indikasi medis, stempel dari rumah sakit, dan stempel dari rumah sakit penerima pasien rujukan. Rumah sakit wajib melayani pasien rujukan dari rumah sakit lain
11. Pasien dengan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dikenakan iur biaya. SKTM dengan pembebasan biaya dikenakan iur biaya max 25% atau semampunya. SKTM dengan keringanan biaya dikenakan iur biaya max 50%. Untuk hal – hal di luar tersebut ditentukan oleh Dinas Kesehatan
12. Bila pasien SKTM dengan pembebasan biaya tidak bisa memenuhi kontribusi 25% maka pasien disarankan ke Dinas Kesehatan dengan disertai surat pengantar untuk dilakukan wawancara
13. Verifikasi dilakukan atas permintaan Dinas Kesehatan bila diperlukan untuk memperkuat SKTM yang diterbitkan oleh lurah. Verifikasi dilakukan oleh tim desa yang terdiri dari RT/RW atau tim PKK RW dan petugas puskesmas atau oleh petugas rumah sakit. Caranya dengan meninjau langsung ke tempat tinggal pasien bukan hanya dengan wawancara. Untuk mempercepat proses, tidak perlu lagi ke Sudin Yankes, tetapi puskesmas tetap harus melaporkan data keluarga miskin yang ada di wilayahnya ke Sudin Yankes. Hasil verifikasi tempat tinggal berlaku 1 tahun
14. Kriteria miskin mengacu pada variabel BPS yang disesuaikan dengan kondisi Jakarta :
 - a. Luas lantai per orang kurang dari 4 m²
 - b. Tidak mampu membiayai pengobatan ke sarana kesehatan/bukan puskesmas
 - c. Tidak mampu ber-KB secara mandiri
 - d. Penghasilan kurang dari UMP DKI Jakarta per rumah tangga/bulan
 - e. Terdapat anggota keluarga yang berusia 15 tahun ke atas yang buta huruf
 - f. Terdapat anggota keluarga dengan usia 7 – 18 tahun yang tidak sekolah/putus

15. Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) berlaku 1 tahun dan dapat diperbaharui kembali bila masih diperlukan. SKTM yang asli dipegang oleh pasien, sedangkan rumah sakit cukup *foto copy* (yang asli tetap diperlihatkan ke rumah sakit)
16. Bila tempat tinggal pasien tidak sesuai KTP, maka cukup dengan surat keterangan domisili yang diterbitkan oleh RT/RW setempat sehingga puskesmas memverifikasi sesuai dengan tempat dimana dia tinggal saat ini
17. Bagi pasien berasal dari luar DKI yang kemudian baru membuat KTP DKI atau mempunyai 2 kartu identitas perlu dipertanyakan alasan kepindahannya dari RT/RW setempat
18. Surat pernyataan pembebasan biaya diperuntukkan bagi SKTM keterangan keringanan biaya apabila dalam perjalanannya terjadi kendala biaya. Surat pembebasan ini hanya berlaku untuk satu kasus penyakit dan berlaku di semua rumah sakit yang IKS. Surat pernyataan pembebasan biaya dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
19. Sudin Yankes melakukan BINWASDAL ke rumah sakit dan puskesmas di wilayahnya serta menindaklanjuti pengaduan–pengaduan dari masyarakat
20. Pasien tunawisma dan anak terlantar yang tidak mempunyai identitas harus dilengkapi dengan surat keterangan dari direktur rumah sakit atau pejabat yang berwenang, yang berguna sebagai pengganti SKTM yang dikeluarkan oleh RT/RW dan lurah. Pada kasus tertentu seperti kecelakaan, ada keterangan dari polisi
21. Hal–hal yang tidak dijamin di luar program tidak diganti dan harus ditetapkan dengan keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
22. Rumah sakit/puskesmas/ambulan wajib membuat informasi prosedur pelayanan bagi keluarga miskin, kurang mampu dan membuat Unit Pengaduan Masyarakat
23. Dengan terbitnya kartu JPK Gakin yang baru maka rumah sakit wajib membeli alat pendeteksi kartu. Peserta kartu JPK Gakin yang lama masih tetap berlaku dan diusulkan untuk diganti dengan kartu JPK Gakin yang baru
24. Ambulan Dinas Kesehatan hanya diperuntukkan untuk membawa pasien yang menderita sakit bukan untuk membawa jenazah

25. Pelayanan kesehatan keluarga miskin tidak diperuntukkan bagi pasien yang ditanggung oleh perusahaan asuransi lain
26. Rumah sakit diwajibkan untuk memberantas bisnis per caloan pasien keluarga miskin di wilayahnya

C. Kebijakan Pembiayaan Kesehatan

1. Pembiayaan untuk pelaksanaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin dan Kurang Mampu bersumber dari dana APBD.
2. Penggunaan dana pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin dan kurang mampu meliputi :
 - a. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
 - b. Rawat Inap di Puskesmas
 - c. Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL)
 - d. Rawat Inap kelas III di RSUD/RS Pemerintah/RS Swasta yang ber-IKS (Ikatan Kerja Sama) dengan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.
 - e. Ambulan Dinas Kesehatan
3. Pasien dengan Kartu Gakin, Raskin, Bantuan Langsung Tunai, Proram Keluarga Harapan, atau bantuan program Pemerintah lainnya, panti yang bersertifikat, orang terlantar, KDRT (Kekerasan Dalam Rumah Tangga), dan kader dibebaskan dari biaya jika berobat ke puskesmas, rumah sakit, dan pemakaian ambulans.
4. Uang muka yang telah dibayarkan pada saa pasien SKTM masuk rumah sakit tidak dapat dikembalikan walaupun mendapat jaminan bebas biaya, kecuali pasien dengan kartu gakin.
5. Biaya penggantian jasa ambulan Dinas Kesehatan harus disertai dengan surat pengantar dan stempel dari rumah sakit asal serta stempel dari rumah sakit penerima pasien rujukan. Biaya penggantian jasa ambulan Dinas Kesehatan hanya diperuntukkan untuk pasien dan bukan untuk membawa jenazah (tugas dari Dinas Pemakaman).
6. Dalam keadaan darurat apabila kelas III penuh, maka pasien dapat ditempatkan di kelas II maksimal 2 x 24 jam, bila lebih dari waktu yang ditentukan, maka pasien segera dirujuk ke rumah sakit lainnya atau karena

alasan kondisi pasien yang tidak memungkinkan untuk dipindahkan, maka akan dibayar sesuai tarif kelas II dengan persetujuan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta

7. Pembiayaan kesehatan gakin di rumah sakit secara *fee for service* mengacu Paket Pelayanan Esensial (PPE). Diagnosa penyakit dan tindakan pelayanan kesehatan yang tidak tercantum dalam PPE, akan dibayarkan sesuai dengan tagihan, khusus untuk obat mengacu kepada ketentuan yang telah ditetapkan (menggunakan obat generik, DPHO, formularium atau penggantinya sesuai dengan indikasi medis jika tidak ada generik maka dapat meresapkan obat non generik dengan harga terendah di kelasnya dengan efek farmakologi yang sama dengan seizin dokter yang merawatnya). Persetujuan obat dan tindakan di atas lima ratus ribu rupiah (Rp 500.000) harus melalui Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.
8. Rumah sakit diwajibkan memberikan kontribusi sebesar 5% jika biaya melebihi Rp 30.000.000
9. Katastropik diajukan jika biaya melebihi dari Paket Pelayanan Esensial (PPE) minimal Rp 5.000.000. Pengajuan selambat-lambatnya 1 minggu setelah pasien pulang. Lama pembuatan katastropik selambat-lambatnya 7 hari kerja.
10. Batas maksimal biaya perawatan pasien SKTM sebesar Rp 30.000.000. Pasien dengan kartu gakin sebesar Rp 75.000.000. Pasien dengan kasus khusus sebesar Rp 100.000.000
11. Tagihan rumah sakit, puskesmas, ambulan diajukan ke Dinas Kesehatan selambat-lambatnya 2 bulan sejak bulan pelayanan. Pekerjaan verifikasi selambat-lambatnya 2 bulan dari diterimanya berkas tagihan.
12. Tagihan rumah sakit yang tertunda karena ketidak lengkapan berkas akan dikembalikan. Pengembalian berkas setelah dilengkapi paling lambat 3 minggu.
13. Apabila pengajuan tagihan dan tagihan tertunda, melebihi batas waktu yang telah ditentukan maka tagihan atau tagihan tertunda tersebut dianggap kadaluarsa dan tidak dapat diproses, kecuali ada hal-hal khusus dengan permohonan tertulis dari Direktur Rumah Sakit dan disetujui oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta

14. Pemegang kartu Gakin atau SKTM jika dirawat di kelas III pada Rumah Sakit di luar Provinsi DKI Jakarta maka dapat ditagihkan sesuai tarif
15. Alat habis pakai untuk jenazah kasus Flu Burung dan HIV/AIDS ditanggung oleh Dinas Kesehatan. Kasus Flu Burung ditanggung sampai dengan peti jenazah.
16. Pembayaran tagihan Rumah Sakit dibayarkan setiap bulan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta setelah ada berita acara hasil verifikasi (BAP)
17. Pelayanan diatas tanggal 15 Desember 2007, tagihan dan pembayarannya akan dibayarkan pada anggaran tahun 2008
18. Pembayaran tagihan pada anggaran tahun 2007 adalah tagihan pada bulan Oktober, November, Desember 2006, tagihan tertunda tahun 2006, dan tagihan-tagihan khusus. Tagihan Oktober merupakan tagihan pelayanan bulan Agustus dan September tahun 2006
19. Persyaratan tagihan yang harus dilengkapi oleh Rumah Sakit/Puskesmas dan Ambulan untuk pelayanan Gakin/SKTM :
 - a. Rekap pasien dengan format yang telah ditentukan
 - b. Rekap rincian biaya pelayanan (asli) yang ditandatangani oleh Ka Bag Keuangan
 - c. Surat Jaminan Pelayanan (SJP) dari Dinas Kesehatan
 - d. Bukti tindakan, resep, laboratorium
 - e. Rujukan ke Rumah Sakit dari Puskesmas, Rumah Sakit ke Rumah Sakit, kecuali jika *Emergency*/IGD tanpa rujukan
 - f. Resume (*foto copy*)
 - g. Katastropik jika melebihi PPE

Pemberi pelayanan kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit, dan Ambulan) bertanggung jawab terhadap setiap tagihan yang diajukan. Pemeriksaan dan Pengawasan dilakukan oleh BAWASDA, BPKP, dan BPK.

2.3.4 Sistem JPK Gakin

1. Pelayanan kesehatan yang dijamin

Paket dasar yang bersifat paripurna (meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) meliputi :

A. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), jenis pelayanan meliputi :

- a. Promosi kesehatan / penyuluhan
- b. Imunisasi dasar program (BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B)
- c. Pelayanan KIA termasuk ANC, ibu nifas, ibu menyusui, bayi, dan balita
- d. KB dengan alat kontrasepsi standar
- e. Pengobatan penyakit umum / gigi
- f. Pelayanan rujukan
- g. Pelayanan obat – obatan
- h. Pelayanan laboratorium dasar, meliputi pemeriksaan darah rutin dan urine lengkap
- i. Tindakan medis
- j. Pelayanan penunjang diagnostik
- k. Pelayanan partus
- l. Pelayanan spesialisik
- m. Pelayanan gawat darurat

B. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan / Spesialis (RJTL), jenis pelayanan meliputi :

- a. Konsultasi dan pemeriksaan dokter spesialis
- b. Obat–obatan sesuai kebutuhan medis
- c. Pemeriksaan penunjang berdasarkan indikasi medis
- d. Tindakan di poliklinik

C. Rawat Inap kelas III rumah sakit, jenis pelayanan meliputi :

- a. Perawatan kelas III di rumah sakit yang telah ber-IKS dengan Dinas Kesehatan

- b. Visit dokter spesialis / dokter yang merawat
- c. Obat-obatan yang diperlukan (DPHO, generik, formularium atau sesuai indikasi medis dengan surat keterangan komite medik / konsulen bagian atau departemen)
- d. Penunjang diagnostik dan tindakan yang sesuai dengan indikasi medis
- e. Alat kesehatan dan bahan habis pakai yang diperlukan

D. Perawatan khusus di rumah sakit, jenis pelayanan meliputi :

- a. Perawatan ICU/ICCU/HCU
 - b. Unit perinatalogi (NICU)
 - c. Dan lain-lain
2. Pelayanan kesehatan yang dijamin dengan pembatasan
Pelayanan dan alat bantu yang sesuai indikasi medis (gigi palsu, alat bantu dengar, kacamata, dan lain-lain)
3. Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin
- a. Pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur
 - b. Pelayanan atau perawatan yang berkaitan dengan tujuan kosmetik (bedah plastik, ortodontis, dan lain-lain)
 - c. *Medical Check-Up*
 - d. Vitamin atau pemberian suplemen tanpa indikasi medis
 - e. Pengobatan alternatif (tradisional, terapi alternatif lain)
 - f. Pengguguran kandungan tanpa indikasi medis (permintaan sendiri)
 - g. Pemegang kartu asuransi lain

2.4 Manajemen Keuangan

2.4.1 Manajemen Keuangan

Pengertian dari manajemen keuangan adalah :

1. Suatu kegiatan perencanaan, penganggaran, pemeriksaan, pengelolaan, pengendalian, pencarian, dan penyimpanan dana yang dimiliki organisasi atau perusahaan

2. Manajemen terhadap fungsi – fungsi keuangan. Fungsi – fungsi keuangan tersebut meliputi bagaimana memperoleh dana (*raising of fund*) dan bagaimana menggunakan dana tersebut (*allocation of fund*)
3. Aktivitas perusahaan yang berhubungan dengan bagaimana memperoleh dana, menggunakan dana, dan mengelola aset sesuai dengan tujuan perusahaan secara menyeluruh
4. Segala aktivitas yang berhubungan dengan perolehan, pendanaan, dan pengelolaan aktiva yang berhubungan dengan beberapa tujuan menyeluruh (Horne, 1995)

2.4.2 Fungsi dan Tugas Pokok Manajemen Keuangan

Neumann (1988) menyatakan bahwa fungsi manajemen keuangan dapat dipandang dari berbagai perspektif, yaitu :

a. *Planning* (perencanaan)

Manajemen keuangan berhubungan dengan pengujian jangka pendek dan jangka panjang implikasi dari alternatif–alternatif tindakan tertentu. Analisa hasil dipresentasikan dalam antisipasi anggaran pendapatan, aliran kas, dan posisi keuangan. Perencanaan terdiri dari perencanaan program jangka pendek dan jangka panjang dan penganggaran.

b. *Implementing* (pelaksanaan)

Manajemen keuangan pelayanan kesehatan berhubungan dengan mendapatkan dan pemanfaatan kas dan sumber lainnya untuk memenuhi secara efektif guna mencapai tujuan keuangan dan tujuan pelayanan dari organisasi. Pelaksanaan terdiri dari pengadaan dana, pemenuhan tujuan dan sasaran, pemanfaatan sumber daya, dan ketetapan sumber daya.

c. *Controlling* (pengawasan)

Pengawasan adalah syarat–syarat yang digunakan untuk menjelaskan usaha–usaha manajemen untuk memastikan prosedur dan hasil dilaksanakan sesuai dengan pelayanan dan tujuan keuangan dan sasaran yang telah ditetapkan. Mekanisme pengawasan akunting termasuk kebijakan–kebijakan dan prosedur yang berhubungan dengan keamanan kekayaan organisasi dan catatan akunting. Kegiatan pengawasan terdiri dari pengawasan intern, monitoring

dan pencatatan transaksi, persiapan laporan, dan mengambil tindakan korektif.

2.4.3 Manajemen Keuangan Rumah Sakit

Manajemen keuangan rumah sakit berbeda dengan manajemen keuangan di perusahaan bisnis karena rumah sakit bukan hanya berorientasi pada keuntungan materiil, tetapi juga memiliki tanggung jawab sosial kemanusiaan. Selain itu, manajemen rumah sakit sangat kompleks dan dinamis karena bersifat padat modal, padat karya, serta harus mengikuti perkembangan teknologi kesehatan yang sangat cepat sehingga perlu dikelola dengan profesional.

Neumann (1988) menyatakan bahwa ruang lingkup manajemen keuangan di rumah sakit sebagai suatu subjek, terdiri dari tiga disiplin ilmu, yaitu :

1. Akuntansi Keuangan (*financial accounting*)

Fokus utama dari akuntansi keuangan adalah monitoring dan pencatatan transaksi, menjaga aset, dan mengatur pemenuhan kebutuhan serta efisiensi. *Output* dari akuntansi keuangan berupa laporan keuangan seperti laba/rugi, analisa laporan keuangan, tagihan, pengupahan, persediaan, dan laporan hutang yang digunakan untuk dipertanggungjawabkan kepada dewan penyantun, manajer, pihak pemberi dana, kreditor, dan investor.

2. Akuntansi Manajer (*managerial accounting*)

Fokus utama dari akuntansi manajer adalah perencanaan, penganggaran, pengendalian, analisa biaya dan tarif, dan lain-lain, dengan orientasi masa lalu, sekarang, dan masa yang akan datang. *Output*-nya adalah laporan standar, seperti anggaran dan analisis varian anggaran, serta laporan khusus seperti laporan biaya, penentuan harga, *reimbursement*, dan penambahan sumber dana.

3. Manajemen Keuangan (*managerial finance*)

Fokus utama dari manajemen keuangan adalah pendanaan, pembiayaan kegiatan, pemanfaatan dana, pertumbuhan modal, arus sumber daya, efektivitas dan efisiensi, dengan orientasi waktu yang akan datang. *Output*-nya berupa laporan standar, berupa neraca, laba rugi, laporan posisi keuangan, dan laporan khusus berupa analisa arus kas, manajemen modal/kerja, dan

keputusan investasi keuangan. Manajemen keuangan bertanggung jawab kepada semua tingkat manajemen, pemberi dana, dan investor.

2.5 Manajemen Piutang Rumah Sakit

2.5.1 Piutang

2.5.1.1 Pengetian Piutang

Piutang (*account receivable*) terjadi akibat adanya pelayanan yang diberikan secara kredit. Penjualan secara kredit ini dilakukan untuk menarik pelanggan. Jumlah pelanggan yang bertambah akan bertambah pula keuntungan. Namun, penjualan kredit tersebut di sisi lain dapat menimbulkan piutang sehingga piutang adalah salah satu informasi penting bagi perusahaan. Beberapa pengertian piutang antara lain :

1. Menurut Lusk & Lusk, piutang atau *account receivable* disebut juga sebagai "*future cash inflow*" atau *cash flows "waiting to happen"*. Piutang ini terbentuk karena perbedaan antara "*actual incoming cash flow*" (kas yang benar – benar diterima) dan "*revenue generated*" (peningkatan pendapatan) sebagai akibat dari pelayanan yang diberikan
2. Menurut Mas`ud Machfoedz (1999), piutang adalah klaim terhadap pihak lain agar pihak lain tersebut membayar sejumlah uang atau jasa dalam waktu paling lama satu tahun atau satu periode akuntansi, jika periode akuntansi tersebut lebih lama dari satu tahun.
3. Dalam konteks manajemen rumah sakit, menurut Berman (1982), piutang adalah nilai rupiah yang harus dibayar oleh pasien/keluarganya atau yang menanggungnya atas pelayanan yang diberikan rumah sakit kepadanya
4. Menurut Budihardja (1989), piutang adalah tenggat waktu dalam pelunasan pembiayaan kepada pihak rumah sakit. Piutang tersebut terdiri dari piutang tertagih dan piutang tak tertagih (*bad debt*)

Piutang di rumah sakit menjadi perhatian utama bagi para pengelola keuangan rumah sakit. Piutang di rumah sakit merupakan bagian terbesar dari aktiva lancar (*current assets*).

2.5.1.2 Klasifikasi Piutang

Pada pengertian Standar Akuntansi Keuangan Rumah Sakit, piutang digolongkan dalam dua kategori berdasarkan menurut terjadinya antara lain :

1. Piutang pelayanan, yaitu piutang yang timbul karena penyerahan jasa tindakan medik dalam rangka kegiatan rumah sakit pemerintah, seperti piutang kepada pasien rawat inap dan rawat jalan
2. Piutang yang timbul dari transaksi di luar kegiatan tersebut di atas digolongkan sebagai piutang lain – lain

2.5.1.3 Informasi dan Perilaku Piutang

Menurut Sabarguna (2007) ada enam hal yang termasuk dalam informasi piutang, yaitu jumlah, usia, pelanggan, piutang tak tertagih, rasio, dan *forecasting*. Sedangkan perilaku piutang terdiri dari tujuh kegiatan, yaitu kebijakan piutang, perencanaan piutang, siklus piutang, pengumpulan piutang, penagihan piutang, penjualan piutang, dan penilaian piutang (Newman, 1976; Sabarguna, 2007).

Tabel 2.1
Perilaku Piutang

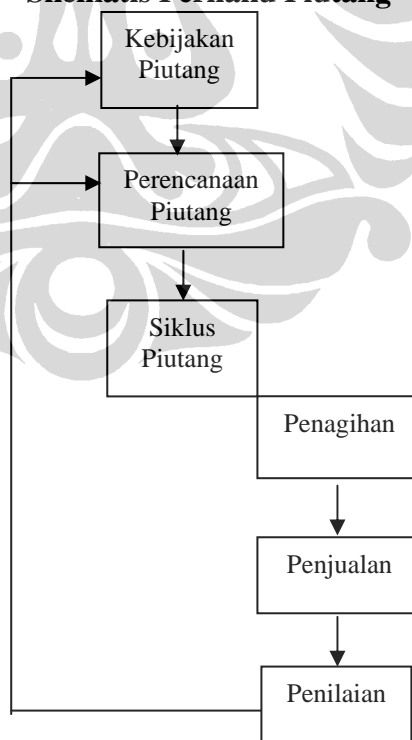
No	Kelompok	Uraian
1	Kebijakan Piutang	<ol style="list-style-type: none"> a. Uang muka b. Kualitas pelanggan c. Potongan d. Sistem pembayaran (paket, bayar selisih, dan sebagainya) e. Patokan piutang tertagih
2	Perencanaan Piutang	<ol style="list-style-type: none"> a. Besarnya b. Waktu menjadi uang tunai c. Negosiasi khusus dengan pelanggan
3	Siklus Piutang	<ol style="list-style-type: none"> a. Pendaftaran b. Pembebasan c. Penagihan d. Proses pembayaran e. Menerima pembayaran f. Menutup piutang
4	Pengumpulan Piutang	<ol style="list-style-type: none"> a. Oleh siapa b. Berapa lama c. Sampai jumlah berapa d. Kapan dikumpulkan

No	Kelompok	Uraian
5	Penagihan Piutang	a. Masih dirawat b. Setelah pulang c. Petugasnya siapa d. Cara penagihan
6	Penjualan Piutang	a. Apakah mungkin b. Apa untungnya rugi c. Bagaimana hubungannya dengan <i>cash flow</i>
7	Penilaian Piutang	a. Piutang tak tertagih b. Penghapusan piutang c. Varian dari perencanaan

Sumber : Boy S Sabarguna. *Manajemen Keuangan Rumah Sakit*. Yogyakarta : Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng – DIY, 2007

Perilaku piutang menggambarkan kegiatan-kegiatan yang ada hubungannya dengan terjadinya piutang. Dimulai dengan kebijakan piutang yang memuat pedoman bagi pelaksanaan. Perencanaan piutang merupakan proses lanjutan dari kebijakan yang menetapkan tentang jumlah, waktu pengumpulan, dan hubungannya dengan *cash flow* (Sabarguna, 2007).

Gambar 2.5
Skematis Perilaku Piutang



Sumber : Boy S Sabarguna. *Manajemen Keuangan Rumah Sakit*. Yogyakarta : Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng – DIY, 2007

2.5.1.4 Piutang tak Tertagih

Pengelolaan piutang yang kurang baik akan meningkatkan resiko terjadinya piutang tak tertagih (*bad debt*). Menurut Neumann (1988), piutang tak tertagih adalah piutang yang ditagih dan tidak dapat diterima dalam jumlah seutuhnya setelah lewat tenggang waktu satu tahun.

Piutang tak tertagih tersebut akan diperlakukan sebagai kerugian piutang dan masuk sebagai elemen biaya operasi dalam laporan laba rugi. Pada analisis kebijakan kredit, taksiran piutang tak tertagih harus diperhitungkan sebagai pengorbanan (Syaaf, 1988; Sutrisno, 2008).

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat piutang tak tertagih :

1. Besar piutang dan jangka waktu. Semakin besar jumlah piutang dan semakin lama jangka waktu terjadinya, semakin besar resiko untuk menjadi piutang tak tertagih.
2. Efisiensi penagihan. Setiap kasus yang telah jatuh tempo harus segera ditagih dengan pemberitahuan atau peringatan dan setelah beberapa kali dilakukan penagihan tanpa hasil, harus dilakukan upaya khusus. Jika upaya penagihan tidak efektif, maka akan semakin besar kemungkinan akan menjadi piutang tak tertagih.
3. Mutu persetujuan piutang yang dinyatakan dengan penyelidikan seksama sebelumnya tentang kesanggupan membayar oleh calon debitur. Jika persetujuan (perjanjian) tidak jelas, maka akan meningkatkan resiko piutang tak tertagih.

2.5.2 Manajemen Piutang Rumah Sakit

Menurut Mehta (1977), untuk menimbulkan piutang dan memaksimalkan arus kas masuk, maka prosedur yang berhubungan dengan piutang harus dilakukan secara sistematis dan dikendalikan secara efektif sebagai berikut :

1. Dilakukan penilaian prosedur pemberian kredit
2. Mengidentifikasi dan memastikan pembebanan atas pelayanan yang diberikan
3. Mempersiapkan tagihan pasien yang baik dan tepat waktu

4. Melakukan beberapa prosedur penagihan yang bervariasi

2.5.2.1 Tujuan Manajemen Piutang

Menurut Mehta (1977) dan Neumann (1988), tujuan dari manajemen piutang pasien adalah (Hallatu, 2000):

1. Meminimalkan jasa pelayanan yang tidak tertagih
2. Meminimalkan waktu yang diperlukan untuk melengkapi siklus piutang
3. Meminimalkan biaya penagihan yang harus dikeluarkan untuk pelunasan piutang pasien

2.5.2.2 Tahapan Manajemen Piutang

1. Tahap pra-penerimaan (*pre-admission*)

Tahap ini menjadi penting karena para pengelola rumah sakit menyadari bahwa tahap yang diandalkan sebelumnya yaitu penerimaan administrasi, seringkali mengalami kesulitan dan tidak dimulai secepat mungkin memerankan perannya dalam manajemen piutang. Dalam hal ini dirasakan pentingnya rumah sakit memiliki kebijaksanaan mengenai kredit (*credit policy*) yang meliputi bilamana dan berapa besar suatu kredit dapat disetujui, jangka waktu kredit, dan kebijaksanaan mengenai potongan. Semua hal ini dapat meminimalkan biaya manajemen piutang (Neumann, 1988).

Suatu prosedur yang efisien perlu dibuat untuk mendapatkan informasi selengkap-lengkapya mengenai kemampuan keuangan calon pasien. Tujuannya adalah untuk mengetahui sedini mungkin calon pasien yang tidak mampu membayar (*free service account*), cara pembayaran yang akan digunakan oleh pasien, penanggung jawab atas rekening calon pasien dan memberikan saran kepada calon pasien dalam merencanakan pembayaran dikemudian hari. Beberapa langkah yang dianjurkan oleh Mehta dan Maher (1977) adalah :

- a. Prosedur awal untuk mendapatkan info yang dibutuhkan

Prosedur ini dimulai saat rumah sakit menerima info dari dokter bahwa pasien perlu dirawat. Biasanya untuk pasien yang tidak memerlukan pertolongan gawat darurat, maka dokter 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 info baik medis maupun keuangan harus sudah diatur. Hal ini dapat dicapai dengan menggunakan formulir pra-penerimaan (*pre-admission form*). *Form* ini harus dirancang sesederhana 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 *form* ini adalah kontak pertama dengan calon pasien yang dapat mempengaruhi citra rumah sakit.

b. Mempelajari info yang diterima

Info kredit yang diterima kemudian dipelajari untuk mengetahui apakah pembayaran biaya rumah sakit ditanggung oleh pihak ketiga. Jika pembayaran ditanggung oleh pihak ketiga, perlu diketahui apakah :

- 1) Pembayaran tersebut secara penuh atas dasar perjanjian antara pihak ketiga dengan rumah sakit
- 2) Pembayaran tersebut secara penuh atas dasar perjanjian pihak ketiga dengan pasien
- 3) Pihak ketiga hanya menanggung sebagian biaya pasien atau tidak menanggung biaya pasien (sistem kapitasi)

c. Memperkirakan jumlah tagihan pasien

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

- 1) Diagnosa pasien
- 2) Dokter yang merawat
- 3) Pemeriksaan penunjang yang akan diinstruksikan oleh dokter
- 4) Pengobatan dan tindakan yang akan diberikan oleh dokter
- 5) Kemungkinan komplikasi dan harapan sembuh dari penyakit yang diderita pasien
- 6) Kelas perawatan yang diinginkan pasien

d. Membicarakan situasi kredit dengan pasien

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

- 1) Memberikan info pada pasien mengenai jumlah tagihan yang diperkirakan akan dibebankan
 - 2) Mengetahui rencana pembayaran yang akan dilakukan oleh pasien apakah berupa pembayaran di muka, angsuran, pinjaman ke bank dengan kartu kredit, dan lain-lain
 - 3) Memberikan saran pilihan pembayaran yang dapat dilakukan oleh pasien
 - 4) Mendapat gambaran seberapa besar pembayaran yang mungkin akan diterima rumah sakit
 - 5) Mengetahui apakah calon pasien adalah pasien yang tidak mampu membayar (*free service account*)
- e. Membuat keputusan mengenai kredit

Setelah mempelajari dan berbicara dengan calon pasien dan keluarganya mengenai hal-hal di atas, 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 direncanakan semula. Catatan perbaikan akan diberikan jika diperlukan dan hal ini sangat berguna untuk keperluan di masa datang.

2. Tahap penerimaan (*admission*)

Tahap ini dapat merupakan tahap kedua bagi pasien yang telah melalui tahap pra-penerimaan. Tetapi, dapat juga menjadi tahap atau kontrak pertama bagi pasien gawat atau tidak gawat yang tidak tercakup oleh tahap pra-penerimaan. Tujuan utamanya adalah untuk mendapatkan data keuangan pasien yang selengkap-lengkapnyanya dan setepat-tepatnya dalam waktu yang singkat (Vause dan Woodward, 1975; Mehta dan Maher, 1977)

3. Tahap perawatan (Mehta dan Maher, 1977)

Pengelolaan piutang pasien selain membutuhkan pembayaran yang cepat juga harus dipastikan bahwa tagihan itu akurat. Pada tahap ini terjadi pembebanan biaya (*charging process*) atas pelayanan yang telah diberikan pada pasien. Langkah-langkahnya adalah :

a. Menentukan struktur biaya

Merupakan kebijaksanaan rumah sakit tentang biaya.

b. Kerja sama dengan bagian keuangan

Stasiun perawatan (*nurse station*) berperan penting dalam memberikan semua info dengan cepat dan tepat pada bagian keuangan, baik secara manual maupun elektronik.

c. Memasukkan biaya dalam perkiraan pasien

Perkiraan tersebut dibuat saat pasien masuk ruang perawatan. Semua biaya pelayanan yang diberikan dipindahbukukan kepada penanggung jawab pembayaran.

d. Pengawasan dan pengendalian prosedur

Upaya motivatif yang dapat dilakukan dalam tahap perawatan ini adalah dengan menawarkan cara pembayaran berkala, baik untuk pasien perorangan maupun yang ditanggung 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 perkembangan yang dapat dilakukan setiap 3-7 hari (Beck, 1988).

4. Tahap penataan rekening (*billing process*)

Billing process diartikan sebagai suatu proses yang menghasilkan rekening pasien mulai dari saat penerimaan sampai penagihan. Pada saat bagian keuangan mendapatkan informasi bahwa pasien akan lepas rawat atau meninggal, maka pembuatan rekening segera dimulai. Lebih cepat pasien mengetahui jumlah yang harus dibayar, lebih besar kemungkinan penerimaan kas yang didapat.

5. Tahap penagihan

Beberapa langkah dalam proses penagihan (Clarkson, 1974; Edward dan Herbert, 1980) :

- a. Identifikasi sumber pembayaran
Yaitu mengidentifikasi status pembayaran yang dilakukan pasien (bayar sendiri atau ditanggung oleh pihak ketiga)
- b. Mengirim tagihan awal
Yaitu untuk pemberitahuan pertama yang berisi jumlah tagihan yang harus dibayar pasien dan dikirim segera setelah pelayanan diberikan atau setelah pasien lepas rawat.
- c. Merancang prosedur penagihan lanjutan
Yaitu prosedur yang dilakukan jika penagihan pertama tidak berhasil atau berhasil sebagian (pasien hanya membayar separuhnya). Bentuk penagihan ini dapat berupa lisan (melalui telepon), surat, atau berupa kunjungan langsung
- d. Penutupan perkiraan
Penutupan perkiraan dilakukan jika sudah terjadi pelunasan (*zero balance*) atau upaya penagihan lanjutan dihentikan. Tujuannya adalah untuk menghindari akumulasi piutang pada aktiva rumah sakit dan untuk mengurangi biaya penagihan lanjutan.

Bab III

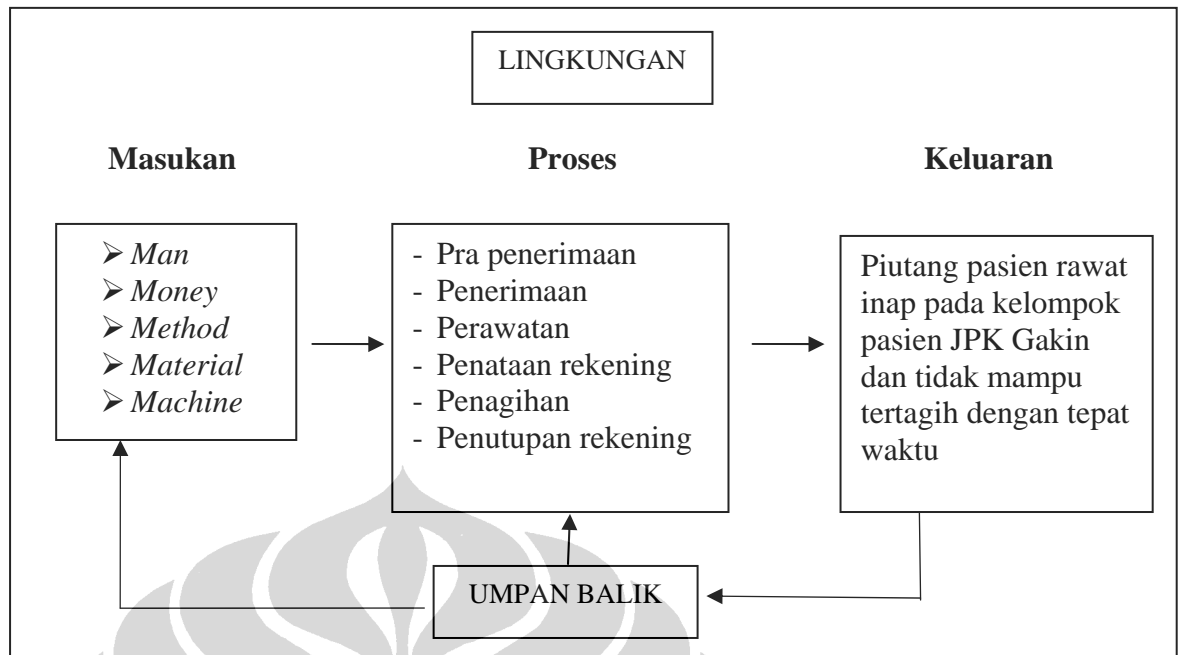
Kerangka Konsep dan Definisi Operasional

3.1 Kerangka Konsep

Pada dasarnya, masalah pengendalian piutang terletak pada masalah waktu dan siklus piutang tersebut (*Berman, Howard J., Weeks, Lewis E., Kukla, Steven F., 1986; Ambari, 2001*). Memperkecil piutang tak tertagih membutuhkan kerja sama yang baik pada seluruh staf perawat, dokter, dan administrasi. Setiap orang harus memahami pentingnya catatan yang lengkap dan cepat dari setiap pasien yang berkunjung (*Neumann, Bruce R., Suver, James D., Zelman, William N., 1988*).

Sebagai sebuah sistem, pengelolaan piutang pasien rawat inap sebuah rumah sakit dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal terhadap keluaran (*output*) yang akan diperolehnya. Efektifnya sistem pengelolaan piutang tentu akan memberikan keluaran (*output*) yang baik. Dari sudut pandang rumah sakit, faktor yang lebih dapat dikendalikan adalah faktor – faktor internalnya. Pada tahap internal tersebut akan meliputi sistem manajemen yang terdiri atas masukan (*input*), proses (*process*), dan keluaran (*output*). Sedangkan faktor eksternalnya adalah lingkungan, dimana lingkungan tersebut akan mempengaruhi proses kebijakan tersebut.

Berdasarkan kerangka konsep tersebut, maka dapat disusun variabel-variabel penelitian sebagai berikut :



Gambar 3.1 Variabel Kerangka Konsep Penelitian

3.2 Definisi Operasional

- Man* adalah kualifikasi tenaga kerja yang ditunjuk oleh rumah sakit untuk melaksanakan kegiatan pembuatan kebijakan rumah sakit dan pelaksanaannya terkait dengan proses piutang berdasarkan latar belakang pendidikan, pengalaman dan pemahaman terhadap tugas.
- Money* adalah anggaran dana yang disediakan oleh rumah sakit dalam membuat dan melaksanakan kebijakan rumah sakit terkait manajemen piutang pada kelompok pasien JPK Gakin dan SKTM yang menggunakan rawat inap.
- Method* adalah kebijakan yang dibuat oleh pihak rumah sakit terkait manajemen piutang pada kelompok pasien JPK Gakin dan SKTM yang menggunakan rawat inap
- Material* adalah fasilitas yang dimiliki oleh pihak rumah sakit untuk mendukung pelaksanaan kebijakan terkait manajemen piutang bagi kelompok pasien JPK Gakin dan SKTM yang menggunakan rawat inap
- Pra-penerimaan adalah proses dimana pasien dan rumah sakit memperoleh informasi yang dibutuhkan sehubungan dengan perawatan

- f. Penerimaan adalah proses untuk memeriksa informasi penerimaan pasien secara singkat sebelum masuk ruang perawatan
- g. Perawatan adalah proses pembebanan biaya atas seluruh pelayanan yang telah diberikan sejak masuk sampai lepas rawat
- h. Penataan rekening adalah proses pencatatan rekening tagihan pasien rawat jalan sejak masuk hingga lepas rawat dari seluruh pelayanan yang diberikan
- i. Penagihan adalah proses penagihan terhadap pasien yang masih dirawat maupun lepas rawat terhadap jasa pelayanan yang telah diberikan rumah sakit
- j. Penutupan rekening adalah proses rekening pasien ditutup pada saat lepas rawat dan telah melunasi tagihan serta upaya penagihan dihentikan
- k. Piutang pasien rawat jalan pada kelompok pasien JPK Gakin dan tidak mampu tertagih dengan tepat waktu adalah jumlah tagihan atas jasa pelayanan yang telah diberikan rumah sakit yang belum dilunasi oleh pasien rawat jalan setelah mendapatkan pelayanan rawat inap
- l. Umpan balik adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut
- m. Lingkungan adalah lingkungan di luar rumah sakit (pasien dan pihak keluarga pasien) yang terkena dampak dari pelaksanaan kebijakan terkait manajemen piutang bagi kelompok pasien JPK Gakin dan SKTM yang menggunakan Rawat Inap

Tabel 3.1 Definisi Operasional dari Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Pengukuran		
			Cara	Alat	Hasil
1	<i>Man</i>	Kualifikasi tenaga kerja yang ditunjuk oleh rumah sakit untuk melaksanakan kegiatan pembuatan kebijakan rumah sakit dan pelaksanaannya terkait dengan proses piutang berdasarkan latar belakang pendidikan, pengalaman dan pemahaman terhadap tugas.	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara mendalam • Data pegawai yang membuat dan melaksanakan proses kebijakan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman wawancara • Pedoman observasi 	Informasi tentang tenaga kerja yang berperan dalam proses pembuatan dan pelaksanaan dari kebijakan tersebut.
2	<i>Money</i>	Anggaran dana yang disediakan oleh rumah sakit dalam membuat dan melaksanakan kebijakan rumah sakit terkait manajemen piutang pada kelompok pasien JPK Gakin dan SKTM yang menggunakan Rawat Inap.	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara mendalam • Data anggaran yang disediakan untuk pembuatan dan pelaksanaan kebijakan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman wawancara • Pedoman observasi 	Informasi mengenai dana yang tersedia untuk pembuatan dan pelaksanaan kebijakan tersebut.
3	<i>Method</i>	Kebijakan manajemen piutang pasien JPK Gakin dan SKTM yang dibuat oleh pihak rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara mendalam • Data jumlah kebijakan yang sudah dibuat 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman wawancara • Pedoman observasi 	Informasi tentang kebijakan yang ada di rumah sakit tersebut.

No	Variabel	Definisi Operasional	Pengukuran		
			Cara	Alat	Hasil
4	<i>Material dan Machine</i>	Fasilitas yang dimiliki oleh pihak rumah sakit untuk mendukung pelaksanaan kebijakan terkait manajemen piutang bagi kelompok pasien JPK Gakin dan SKTM yang menggunakan rawat inap	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara mendalam • Data tentang fasilitas yang dapat digunakan dalam pembuatan dan pelaksanaan kebijakan rumah sakit tersebut 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman wawancara • Pedoman observasi 	Informasi mengenai fasilitas yang disediakan oleh pihak rumah sakit dalam membuat dan melaksanakan kebijakan tersebut.
5	Tahap Pra - penerimaan	Proses dimana pasien dan rumah sakit memperoleh informasi yang dibutuhkan sehubungan dengan perawatan	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara mendalam • Data tentang informasi di tahap pra penerimaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman wawancara • Pedoman observasi 	Informasi tentang pelayanan tahap pra penerimaan
6	Tahap Penerimaan	Proses untuk memeriksa informasi penerimaan pasien secara singkat sebelum masuk ruang perawatan	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara mendalam • Data tentang informasi di tahap penerimaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman wawancara • Pedoman observasi 	Informasi tentang pelayanan di tahap penerimaan
7	Perawatan	Proses pembebanan biaya atas seluruh pelayanan yang telah diberikan sejak masuk sampai lepas rawat yang dilakukan	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara mendalam • Data tentang pembebanan biaya di tahap perawatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman wawancara • Pedoman observasi 	Informasi tentang pembebanan biaya di tahap perawatan
8	Penataan Rekening	Proses pencatatan rekening tagihan pasien rawat inap sejak masuk sampai lepas rawat dari seluruh pelayanan yang diberikan rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara mendalam • Data tentang rekening pasien dari bagian keuangan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman wawancara • Pedoman observasi 	Informasi tentang rekening pasien

No	Variabel	Definisi Operasional	Pengukuran		
			Cara	Alat	Hasil
9	Penagihan	Proses penagihan terhadap pasien yang masih dirawat maupun lepas rawat terhadap jasa pelayanan yang telah diberikan rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara mendalam • Data tentang penagihan dari bagian keuangan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman wawancara • Pedoman observasi 	Informasi tentang penagihan pasien
10	Penutupan Rekening	Proses rekening pasien ditutup pada saat lepas rawat dan telah melunasi tagihan serta upaya penagihan dihentikan	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara mendalam • Data penutupan rekening pasien dari bagian keuangan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman wawancara • Pedoman observasi 	Informasi tentang penutupan rekening pasien
11	Piutang pasien rawat inap pada kelompok pasien JPK Gakin dan tidak mampu	Jumlah tagihan atas jasa pelayanan yang telah diberikan rumah sakit yang belum dilunasi oleh pasien rawat jalan setelah mendapatkan pelayanan rawat inap yang tertagih tepat waktu.	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara mendalam • Data jumlah piutang pasien rawat jalan pada kelompok pasien JPK Gakin dan tidak mampu dari bagian keuangan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman wawancara • Data sekunder 	Informasi tentang jumlah piutang pasien
12	Umpan balik	Kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.	Wawancara mendalam	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman wawancara • Pedoman observasi 	Informasi dari keluaran mengenai kebijakan tersebut

No	Variabel	Definisi Operasional	Pengukuran		
			Cara	Alat	Hasil
13	Lingkungan	Lingkungan di luar rumah sakit (pasien dan pihak keluarga pasien) yang terkena dampak dari pelaksanaan kebijakan terkait manajemen piutang bagi kelompok pasien JPK Gakin dan SKTM yang menggunakan rawat inap	Wawancara mendalam	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman wawancara • Pedoman observasi 	Informasi mengenai pasien dan pihak keluarga terhadap kebijakan tersebut.