



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN MANAJEMEN PELAYANAN ADMINISTRASI
PASIEN RAWAT INAP DI INSTALASI ADMINISTRASI PASIEN
RUMAH SAKIT KETERGANTUNGAN OBAT JAKARTA TAHUN 2011**

SKRIPSI

NYDIA ANDRIANI

NPM : 0906616861

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN MANAJEMEN PELAYANAN ADMINISTRASI
PASIEN RAWAT INAP DI INSTALASI ADMINISTRASI PASIEN
RUMAH SAKIT KETERGANTUNGAN OBAT JAKARTA TAHUN 2011**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

NYDIA ANDRIANI

NPM : 0906616861

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Nydia Andriani

NPM : 0906616861

Tanda Tangan : 

Tanggal : 20 Januari 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Nydia Andriani
NPM : 0906616861
Program Studi : Manajemen Rumah Sakit
Judul Skripsi : Gambaran Manajemen Pelayanan Administrasi Pasien Rawat Inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011

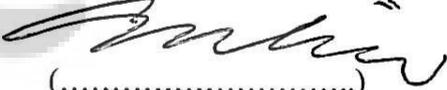
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Ekstensi, Peminatan Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Budi Hidayat S.KM., MPPM., Ph.D


(.....)

Penguji : Prof. dr. Anhari Achadi DSc


(.....)

Penguji : dr. Cut Minora


(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 20 Januari 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Nydia Andriani
NPM : 0906616861
Program Studi : S1 Ekstensi
Peminatan : Manajemen Rumah Sakit
Angkatan : 2009

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

Gambaran Manajemen Pelayanan Administrasi Pasien Rawat Inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta Tahun 2011

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, 20 januari 2012



(Nydia Andriani)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Nydia Andriani
Tempat Tanggal Lahir : Jakarta, 13 April 1988
Alamat : Jl. Usman No. 70 Rt. 0010/04
Kelapa Dua Wetan Ciracas Jakarta Timur 13730
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan

Pendidikan

1. TK Hubaya 1992-1993
2. SD Negeri Ciracas 12 Petang 1993-1999
3. SMP Negeri 9 Jakarta 1999-2002
4. SMA Negeri 58 Jakarta 2002-2005
5. DIII Politeknik Kesehatan Jakarta I Jurusan Keperawatan 2005-2008
6. FKM UI Peminatan Manajemen Rumah Sakit 2009-2012

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr. wb.

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga kegiatan penelitian dan penyusunan skripsi ini dapat diselesaikan sesuai harapan. Skripsi ini merupakan persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan sarjana kesehatan masyarakat, dengan peminatan manajemen rumah sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Dalam menyelesaikan penelitian ini, berbagai macam hambatan Alhamdulillah dapat diatasi berkat adanya bantuan serta dorongan dari berbagai pihak sehingga penelitian ini dapat terselesaikan. Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada pihak-pihak yang telah membimbing dan membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini, terutama kepada :

1. Bapak Budi Hidayat S.KM., MPPM., Ph.D selaku Pembimbing Akademik yang telah bersedia meluangkan waktu, memberikan arahan, bimbingan dan masukan kepada penulis.
2. Bapak Prof. dr. Anhari Achadi DSc selaku dosen penguji dari Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM UI.
3. Ibu dr. Cut Minora selaku pembimbing dan penguji dari Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta.

4. dr. Mieke Savitri, M.Kes, selaku dosen monitoring dan evaluasi dalam kegiatan Praktikum Kesehatan Masyarakat.
5. Kedua orang tua tercinta (Drs. H. M. Khafid, MM dan Kun Yuli Suharti), dan adik-adikku (Fajar dan Zizah) atas dukungan doa, moril, materil, kasih sayang dan perhatiannya kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Seluruh staf Departemen AKK Fakultas Kesehatan Masyarakat (Mba' Nevy, Mas Pri, Mba Dian, dll yang telah membantu dalam kelancaran bimbingan skripsi ini.
7. Seluruh staf Instalasi Administrasi pasien RSKO (Bu Ninik, Mba Toety, Mba Esti, Mas Robbi, Mas Karim, Mas Arif, Mas Didik, Mas Dody). Terimakasih atas dukungan, bantuan, arahan dan kerjasamanya selama penulis melaksanakan Praktikum Kesehatan Masyarakat sehingga penulis mendapatkan suatu pengalaman yang berharga selama di RS.
8. Teman selama magang dan skripsi di RSKO (Zana, Ine, Tanti) makasih buat kebersamaan, keceriaan, masukan dan perjuangan kita selama sama-sama dari mulai magang sampai penulis menyelesaikan skripsi yang amat berkesan.
9. Untuk Chipmunkz (Zana, Ine, Tanti, Reni, Ayu, Nurul, Mba Yusi) + de' Inggar. Makasih banget buat kebersamaannya selama kuliah, ngerjain tugas, masukan dan dukungan dalam hal apapun, sampai kekompakan suara merdu kalian di seberang FKM...semoga kita sukses bareng yaa...*Luv u girls...*
10. Rekan-rekan Mahasiswa Program S1 Ekstensi FKM UI 2009 (Dinda, Lola, Taufik, Nova, Dona, Mba' Ida, Mba' Dina, Mba' Puji, Rina, Yunita, Hurin, K' Upi, Mba' Rini, Mba' Kiki, Mas Adi, Hakim, Mba' Putu, Mba Lastri, dll yang

tidak bisa penulis sebutkan satu persatu), terimakasih atas kerja samanya, saran, dukungan serta doa yang diberikan.

11. Untuk semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, terima kasih untuk dukungan dalam bentuk apapun.

Pada akhirnya penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan karenanya penulis menerima kritik dan saran dari berbagai pihak yang sifatnya membangun demi perbaikan dan penyempurnaan. Atas segala kekurangannya penulis menghaturkan kata maaf yang sebesar-besarnya.

Wassalamu'alaikum wr. wb

Jakarta, Januari 2012

Penulis

HALAMAN PERNYATAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Nydia Andriani
NPM : 0906616861
Program Studi : Manajemen Rumah Sakit
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 Royalti-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Gambaran Manajemen Pelayanan Administrasi Pasien Rawat Inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011

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 mempublikasikan tugas akhir saya selama mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 20 Januari 2012

Yang menyatakan



(Nydia Andriani)

ABSTRAK

Nama : Nydia Andriani
Program Studi : Kesehatan Masyarakat-Ekstensi
Judul Skripsi : Gambaran Manajemen Pelayanan Administrasi Pasien Rawat Inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011

Penelitian ini membahas tentang pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta dengan ruang lingkup penelitian menyesuaikan dengan alur pasien masuk mulai dari IGD, ruang rawat inap, instalasi administrasi pasien dan bagian pembayaran. Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan metode deskriptif melalui pendekatan sistem yang meliputi input, proses dan output.

Berdasarkan hasil wawancara, observasi dan telaah dokumen didapatkan bahwa pelaksanaan pelayanan administrasi pasien rawat inap sudah cukup baik, namun masih ada beberapa kekurangan baik dalam komponen input, proses dan output. peneliti memberikan saran bahwa perlu meningkatkan pelayanan administrasi pasien rawat inap dan lebih teliti dalam melengkapi berkas pasien rawat inap sebagai arsip administrasi yang berguna untuk berbagai pihak di luar rumah sakit.

Kata kunci :

Administrasi pasien, pelayanan pasien rawat inap

ABSTRACT

Name : Nydia Andriani
Study Program : Public Health-Extention class
Title : Description of Inpatient Administrative Services Management at Drugs Dependence Hospital Patient Administration Installation on 2011

This research discusses the inpatient administrative services at Drugs Dependence Hospital Patient Administration Installation with the research scope adjust the flow of incoming patient from the emergency room, inpatient room, patient administration installation and cashier. The type of research is a qualitative descriptive study through a systems approach that includes input, process and output.

Based on interviews, observation and document review found that the implementation of inpatient administrative services is good enough, but there are still some shortcomings in both the component inputs, processes, and outputs. Researchers gave advice to increase inpatient administrative services and more thoroughly in completing the inpatient files as archive administration that used for various parties outside of hospital.

Keywords :

Patient administration, inpatient services

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	ix
ABSTRAK	x
ABSTRACT	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	6
1.5 Manfaat Penelitian.....	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Manajemen.....	10
2.2 Rumah Sakit.....	13
2.3 Rawat Inap.....	15
2.4 Administrasi Rawat Inap.....	17
2.5 Cara pembayaran.....	22
2.6 SDM (Sumber Daya Manusia).....	22
2.7 SOP (<i>Standar Operational Procedure</i>).....	26

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep.....	28
3.2 Definisi Operasional.....	30

BAB IV METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian.....	34
4.2 Waktu dan Tempat Penelitian.....	34
4.3 Informan Penelitian.....	34
4.4 Instrumen Penelitian.....	35
4.5 Metode Pengumpulan Data.....	36
4.6 Upaya Menjaga Validitas Data.....	36
4.7 Analisis Data.....	37

BAB V GAMBARAN UMUM RSKO JAKARTA

5.1 Gambaran Umum RSKO Jakarta.....	38
5.1.1 Sejarah RSKO Jakarta.....	38
5.1.2 Profil RSKO Jakarta.....	40
5.1.3 Falsafah, Motto, Visi dan Misi RSKO Jakarta.....	41
5.1.4 Struktur Organisasi dan Uraian Tugas RSKO Jakarta.....	41
5.1.5 Komposisi dan Jumlah Pegawai RSKO Jakarta.....	46
5.1.6 Fasilitas Pelayanan di RSKO Jakarta.....	47
5.1.7 Kinerja RSKO Jakarta.....	48
5.2 Gambaran Umum Instalasi Administrasi Pasien RSKO Jakarta.....	51
5.2.1 Profil Instalasi Administrasi Pasien.....	51
5.2.2 Struktur Organisasi Instalasi Administrasi Pasien RSKO Jakarta.....	51
5.2.3 Ketenagaan.....	52
5.2.4 Uraian Tugas.....	52

BAB VI HASIL PENELITIAN

6.1 Karakteristik Informan.....	55
6.2 Hasil Penelitian.....	57

6.2.1	Komponen Input.....	57
6.2.2	Komponen Proses.....	66
6.2.3	Komponen Output.....	77

BAB VII PEMBAHASAN

7.1	Keterbatasan Penelitian.....	82
7.2	Pembahasan Hasil Penelitian.....	82
7.2.1	Komponen Input.....	82
7.2.2	Komponen Proses.....	89
7.2.3	Komponen Output.....	95

BAB VIII KESIMPULAN DAN SARAN

8.1	Kesimpulan.....	96
8.2	Saran.....	99

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1 Komposisi Ketenagaan RSKO Jakarta Berdasarkan Status Pegawai Per Desember 2010.....	47
Tabel 5.2 Kapasitas Tempat Tidur Berdasarkan Jenis Ruang Perawatan RSKO Jakarta Tahun 2011.....	48
Tabel 5.3 Data Kinerja RSKO Jakarta tahun 2008-2011.....	50
Tabel 5.4 Diferensiasi Pegawai Instalasi Administrasi Pasien RSKO Jakarta Berdasarkan Pendidikan.....	52
Tabel 6.2 Sarana untuk Pelayanan Pasien Rawat Inap.....	62
Tabel 6.3 Kelengkapan Berkas Pasien Pulang Bulan November 2011 dengan Pembayaran Umum.....	78
Tabel 6.4 Kelengkapan berkas Pasien Pulang Bulan November 2011 dengan SKTM/Gakin.....	79
Tabel 6.5 Kelengkapan Berkas Pasien Pulang Bulan November 2011 dengan Jamkesmas.....	80

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1	Kerangka Konsep.....	29
Gambar 5.1	Struktur Organisasi Instalasi Administrasi pasien RSKO Jakarta.....	51
Gambar 6.1	Alur Pasien Masuk Rawat Inap.....	67
Gambar 6.2	Utilisasi Pasien Rawat Inap RSKO Jakarta Berdasarkan Cara Pembayaran tahun 2011.....	71



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Struktur Organisasi RSKO Jakarta
- Lampiran 2 Persetujuan Wawancara
- Lampiran 3 Pedoman Wawancara Mendalam
- Lampiran 4 Matriks Hasil Wawancara Mendalam
- Lampiran 5 Pedoman Observasi
- Lampiran 6 Pedoman Telaah Dokumen



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan mempunyai peranan besar dalam meningkatkan derajat hidup masyarakat, maka semua negara berupaya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya. Pelayanan kesehatan ini berarti setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit, serta memulihkan kesehatan perseorangan, kelompok ataupun masyarakat (Adisasmito, 2007).

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Peran strategis ini didapat karena rumah sakit adalah fasilitas kesehatan yang padat teknologi dan padat pakar. Peran tersebut pada dewasa ini makin menonjol mengingat timbulnya perubahan-perubahan dalam struktur sosial ekonomi masyarakat dan pelayanan lebih bermutu, ramah dan sanggup memenuhi kebutuhan mereka yang menuntut perubahan pola pelayanan kesehatan di Indonesia (Aditama, 2004).

Rumah sakit merupakan salah satu bentuk perusahaan yang sangat kompleks, baik ditinjau dari aspek organisasi, teknologi maupun sumber daya manusianya. Sebagaimana di bidang usaha lain, rumah sakit pun dari waktu ke waktu selalu dihadapkan pada lingkungan usaha yang berubah. Banyak tuntutan sekarang ini

terhadap kualitas dan kuantitas pelayanan yang bersatu dengan berbagai macam kebijakan dan program dalam pemberian jasa pelayanan kesehatan.

Organisasi pelayanan kesehatan tersebut mengadopsi suatu strategi yang tidak hanya menghasilkan pendapatan yang kuat tetapi juga peningkatan kepuasan pasien sehingga pasien tersebut loyal. Untuk mencapainya, rumah sakit harus meningkatkan kinerja pelayanan, salah satunya dengan cara optimalisasi pemanfaatan sumber daya pelayanan pasien rawat inap.

Baik buruknya pelayanan rumah sakit seringkali ditentukan dari baik buruknya pelayanan rawat inap yang terdiri dari pelayanan medis dan non medis/administrasi. Untuk menilai tingkat keberhasilan atau memberikan gambaran tentang keadaan pelayanan di rumah sakit biasanya dilihat dari berbagai segi, yaitu : tingkat pemanfaatan sarana pelayanan, mutu pelayanan dan tingkat efisiensi pelayanan (Rahayu, 2005).

Menurut Sondang dalam Rahayu (2005), administrasi merupakan penyelenggaraan serangkaian kegiatan oleh sekelompok orang yang bekerja bersama untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya dengan pemanfaatan sarana dan prasarana. Jika definisi sederhana tersebut didalami, akan terlihat bahwa administrasi mengandung paling sedikit lima unsur, yaitu proses, serangkaian kegiatan, sekelompok orang, sarana serta tujuan.

Penelitian yang dilakukan oleh Anggraini (2008) mengenai kualitas pelayanan di bagian Admisi rawat inap pada salah satu rumah sakit di Jakarta diketahui bahwa persentase pasien yang mengatakan pelayanan pasien di admisi rawat inap baik sebesar 44 %, sedangkan persentase pasien yang mengatakan pelayanan pasien di admisi rawat inap kurang baik sebesar 56 %. Penelitian

selanjutnya di rumah sakit yang sama pada tahun berikutnya mengenai pelayanan pasien rawat inap di unit admisi menyatakan bahwa pelayanan pasien di admisi rawat inap masih belum optimal yang dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya yaitu SDM, SOP, cara pembayaran pasien, tahap pra admisi dan tahap admisi (Pahlevi, 2009).

Berdasarkan data rekam medik RSKO Jakarta dalam empat tahun ke belakang mulai tahun 2008 memiliki presentase pemanfaatan pemakaian tempat tidur (BOR) yang menunjukkan tingkat efisiensi rumah sakit sebesar 44,6%, tahun 2009 sebesar 46,7 %, tahun 2010 sebesar 47,5% dan tahun 2011 meningkat menjadi 49,3%. Namun hasil ini masih dibawah parameter BOR yang ideal yaitu 75-85% (Muninjaya, 2004).

RSKO Jakarta merupakan salah satu rumah sakit yang mencoba meningkatkan pelayanannya. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 245/MENKES/PER/III/2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta, Bab II Susunan Organisasi, Pasal 29 bahwa di Lingkungan Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum dibentuk instalasi sebagai unit pelayanan non struktural, salah satunya adalah Instalasi Administrasi Pasien sebagai unit pelayanan yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan administrasi pasien.

Instalasi ini dianggap yang paling mengetahui tentang informasi pasien. Adanya kesalahan atau kurang lengkapnya informasi tentang pasien, perhitungan perincian tagihan biaya layanan pasien rawat inap yang kurang akurat, koordinasi dalam pelaksanaan pelayanan pasien rawat inap yang kurang efektif dengan unit lain yang terkait akan mempengaruhi jalannya proses administrasi pasien, yang pada

akhirnya dapat memberikan dampak yang merugikan bagi pasien maupun rumah sakit sendiri. Untuk itu instalasi administrasi pasien memerlukan petugas yang terampil, sarana yang memadai untuk pelayanan administrasi pasien serta prosedur dalam melaksanakan proses pelayanan bagi pasien rawat inap.

Berdasarkan hasil wawancara tidak terstruktur bahwa jumlah pegawai yang ada di Instalasi Administrasi Pasien berjumlah 8 orang, terdiri atas 7 orang staf dan 1 orang Kepala Instalasi dengan latar belakang pendidikan berbeda-beda. Pelaksanaan tugas dilakukan 24 jam setiap harinya dengan pengaturan jam kerja secara *shift*.

Pelaksanaan pelayanan bagi pasien rawat inap tidak dapat terlepas dari alur proses pelayanan pasien rawat inap. Proses pelayanan pasien unit rawat inap akan mengikuti alur yaitu melalui bagian penerimaan pasien, ruang perawatan dan bagian administrasi dan keuangan (Pahlevi, 2009). Sesuai dengan alur proses tersebut, di RSKO Jakarta juga memiliki proses alur pasien masuk rawat inap yaitu mulai bagian IGD atau rawat jalan, administrasi, unit rawat inap dan pembayaran yang akan pasien lalui dalam proses pelayanan rawat inap yang diterimanya.

Instalasi administrasi pasien di RSKO Jakarta merupakan unit pelayanan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan administrasi bagi pasien rawat inap. Keberadaannya tidak terlepas dari unit lain yang terkait di rumah sakit sesuai dengan alur penerimaan pasien rawat inap. Tidak tertibnya pelayanan administrasi pasien rawat inap pada salah satu bagian akan menghambat proses pelayanan pasien rawat inap. Penyelenggaraan masa perawatan pasien yang efektif pada semua unit mulai dari pasien diterima hingga keluar dari rumah sakit sangat diperlukan sehingga perlu diteliti mengenai gambaran manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien tahun 2011.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, mengingat pentingnya Instalasi Administrasi Pasien di RSKO Jakarta, maka dengan sumber daya yang tersedia apakah pelayanan administrasi pasien rawat inap telah dilaksanakan secara tertib. Demikian pula unit lain sebagai bagian dari alur proses pelayanan pasien rawat inap dalam hal ini ruangan IGD, ruang rawat inap dan bagian pembayaran.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran mengenai jumlah dan jam kerja, latar belakang pendidikan dan keterampilan, serta lama kerja dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011?
2. Bagaimana gambaran mengenai sarana dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011?
3. Bagaimana gambaran mengenai SOP (*Standard Operasional Procedure*) dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011?
4. Bagaimana gambaran mengenai kebijakan dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011?
5. Bagaimana gambaran penerimaan dan pelayanan pasien rawat inap di IGD dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011?

6. Bagaimana gambaran penerimaan dan pelayanan pasien rawat inap di ruang rawat dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011?
7. Bagaimana gambaran kegiatan pencatatan kegiatan harian dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011?
8. Bagaimana gambaran proses penagihan dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011?
9. Bagaimana gambaran mengenai cara pembayaran pasien dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011?
10. Bagaimana gambaran mengenai output dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien RSKO Jakarta.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran mengenai jumlah dan jam kerja, latar belakang pendidikan dan keterampilan serta lama kerja dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011.
2. Mengetahui gambaran mengenai sarana dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011.
3. Mengetahui gambaran mengenai SOP (*Standard Operasional Procedure*) dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011.
4. Mengetahui gambaran mengenai kebijakan dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011.
5. Mengetahui gambaran penerimaan dan pelayanan pasien rawat inap di IGD dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011.
6. Mengetahui gambaran penerimaan dan pelayanan pasien rawat inap di ruang rawat dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011.

7. Mengetahui gambaran pencatatan kegiatan harian dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011.
8. Mengetahui gambaran proses penagihan dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011.
9. Mengetahui gambaran mengenai cara pembayaran pasien dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011.
10. Mengetahui gambaran mengenai output dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2011.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan serta pengalaman bagi peneliti dalam menerapkan ilmu yang diperoleh selama pendidikan secara langsung di lapangan.

1.5.2 Bagi RSKO Jakarta

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada pihak manajemen di RSKO Jakarta serta para pelaksana kegiatan sebagai upaya perbaikan proses pelaksanaan pelayanan administrasi pasien rawat inap di instalasi administrasi pasien.

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Rawat Inap Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta. Ruang lingkup penelitian meliputi penerimaan pasien di IGD, pelayanan pasien di ruang rawat inap, dan penyelenggaraan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien. Penelitian dilakukan pada bulan Desember 2011 – Januari 2012 dan pengumpulan data menggunakan metode observasi, wawancara mendalam serta telaah data sekunder.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Manajemen

Pada dasarnya kemampuan manusia terbatas (fisik, pengetahuan, waktu, perhatian) sedangkan kebutuhannya tidak terbatas. Usaha untuk memenuhi kebutuhan dan terbatasnya kemampuan dalam melakukan pekerjaan mendorong manusia membagi pekerjaan, tugas dan tanggung jawab. Dengan adanya pembagian kerja, tugas dan tanggung jawab ini maka terbentuklah kerjasama dan keterikatan formal dalam suatu organisasi.

2.1.1 Pengertian Manajemen

Manajemen adalah ilmu dan seni mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber-sumber lainnya secara efektif dan efisien untuk mencapai suatu tujuan tertentu (Hasibuan, 2007).

Menurut Manullang (2006) manajemen merupakan seni dan ilmu perencanaan, pengorganisasian, penyusunan, pengarahan, dan pengawasan sumber daya untuk mencapai tujuan yang sudah ditetapkan.

2.1.2 Fungsi Manajemen

Menurut Hasibuan (2007), fungsi manajemen terdiri dari :

1. Perencanaan

Perencanaan adalah proses penentuan tujuan dan pedoman pelaksanaan dengan memilih yang terbaik dari alternatif yang ada. Melalui perencanaan, pelaksanaan atau manajer melaksanakan hal-hal

yang telah digariskan untuk mewujudkan tujuan yang telah ditentukan oleh organisasi.

2. Pengorganisasian

Pengorganisasian merupakan proses penentuan, pengelompokan, dan pengaturan bermacam-macam aktivitas yang diperlukan untuk mencapai tujuan, menempatkan orang-orang pada setiap aktivitas, menyediakan alat-alat yang diperlukan dan mendelegasikan tugas kepada setiap individu yang akan melakukan aktivitas tersebut.

3. Pelaksanaan

Pengarahan atau mengarahkan adalah membuat semua anggota kelompok agar mau bekerjasama untuk mencapai tujuan sesuai dengan perencanaan. Pelaksanaan pekerjaan dan pemanfaatan alat dan teknologi canggih baru dapat dilakukan jika karyawan ikut berperan aktif melaksanakannya.

Pekerjaan pelaksanaan bukanlah pekerjaan yang mudah, karena dalam melaksanakan suatu rencana terkandung berbagai aktivitas yang bukan saja satu sama lain saling berpengaruh, tetapi juga bersifat kompleks. Keseluruhan aktivitas ini harus dipadukan sedemikian rupa sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat dicapai dengan memuaskan.

4. Pengawasan

Pengawasan merupakan kegiatan untuk melihat dan memperhatikan sebuah proses yang sedang berjalan. Bisa dikatakan juga dengan kegiatan untuk menjaga agar proses yang sedang diamati senantiasa berada pada jalur yang telah ditentukan atau direncanakan.

Pengendalian adalah pengukuran dan perbaikan terhadap pelaksanaan kerja bawahan, agar rencana-rencana yang telah dibuat untuk mencapai tujuan-tujuan dapat terselenggara. Pengawasan dapat dilakukan untuk memastikan bahwa semua fungsi manajemen dilaksanakan dengan baik.

2.1.3 Sistem

Dalam manajemen dikenal suatu yang dinamakan dengan sistem. Menurut Ryans dalam Sulaeman (2009), sistem adalah gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan fungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang ditetapkan.

Elemen sistem :

1. Masukan (*input*) yakni elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut. Masukan manajemen berupa sumber daya manajemen yang terdiri atas (a) *man* (ketenagaan) berupa pegawai, (b) *money* (dana/biaya) berupa dana operasional/pogram, (c) *material* (bahan, sarana, dan prasarana) berupa alat administrasi perkantoran dan fasilitas, (d) *machine* (mesin, peralatan/teknologi untuk mengubah masukan menjadi keluaran) berupa SOP pelayanan, (e) *method* (metode) berupa metode komunikasi, cara pelaksanaan tugas, (f) *market* (pasar dan pemasaran)
2. Proses (*process*) yakni elemen dari sistem yang berfungsi mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.
3. Hasil antara (*output*) yakni elemen dari sistem yang dihasilkan dari berlangsungnya proses transformasi dalam sistem.

4. Hasil akhir (*outcome*) yakni hasil yang dicapai dari suatu program berupa indikator keberhasilan suatu program.
5. Manfaat dan dampak (*impact*) yakni konsekuensi yang diakibatkan dari pencapaian tujuan suatu program berupa manfaat dan dampak dari program tersebut.
6. Lingkungan (*environment*) yaitu bagian diluar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh terhadap sistem.
7. Umpan balik (*feed back*) yakni bagian dari sistem yang merupakan hasil antara dan hasil akhir dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut serta informasi yang diterima dari lingkungan organisasi.

2.2 Rumah Sakit

2.2.1 Pengertian

Menurut *American Hospital Association* tahun 1978 dalam Aditama (2004) menyatakan bahwa rumah sakit adalah suatu institusi yang fungsi utamanya adalah memberikan pelayanan kepada pasien (diagnostik dan terapeutik) untuk berbagai penyakit dan masalah kesehatan, baik yang bersifat bedah maupun non bedah.

Rumah sakit merupakan suatu tempat yang menyelenggarakan dua jenis pelayanan untuk masyarakat yaitu pelayanan kesehatan dan pelayanan administrasi (Muninjaya, 2004).

Dalam UU Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan,

kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

2.2.2 Fungsi Rumah Sakit

Milton Roemer dan Friedman pada buku *Doctors in Hospital* (1971) pada Aditama (2004) menyatakan bahwa rumah sakit setidaknya mempunyai lima fungsi, sebagai berikut :

1. Harus ada pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnostik dan terapuetiknya. Berbagai jenis spesialisasi baik bedah maupun non bedah, harus tersedia. Pelayanan rawat inap ini juga meliputi pelayanan keperawatan, gizi, farmasi, laboratorium, radiologi dan berbagai pelayanan diagnostik serta terapeutik lainnya.
2. Rumah sakit harus memiliki pelayanan rawat jalan.
3. Rumah sakit mempunyai tugas untuk melakukan pendidikan dan pelatihan.
4. Rumah sakit perlu melakukan penelitian di bidang kedokteran dan kesehatan, karena keberadaan pasien di rumah sakit merupakan modal dasar untuk penelitian ini.
5. Rumah sakit juga mempunyai tanggung jawab untuk program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi di sekitarnya.

Menurut UU Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit untuk menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, maka rumah sakit mempunyai fungsi :

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 sumber daya manusia 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.

2.3 Rawat Inap

Menurut Posma (2001) dalam Anggraini (2008) bahwa rawat inap merupakan suatu bentuk perawatan, dimana pasien dirawat dan tinggal di rumah sakit untuk jangka waktu tertentu. Selama pasien dirawat, rumah sakit harus memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien.

Menurut Sabarguna (2004), ada tiga proses penting yang dilakukan oleh petugas di ruang perawatan yaitu proses yang berhubungan dengan perawatan, proses yang berhubungan dengan alat dan proses yang berhubungan dengan lingkungan.

2.3.1 Alur Proses Pelayanan Pasien di Unit Rawat Inap

Alur proses pelayanan pasien unit rawat inap akan mengikuti alur sebagai berikut :

- a. Bagian Penerimaan Pasien (*Admission Department*)
- b. Ruang Perawatan
- c. Bagian Administrasi dan Keuangan

2.3.2 Kualitas Pelayanan Rawat Inap

Kualitas pelayanan kesehatan di ruang rawat inap rumah sakit dapat diuraikan dari beberapa aspek, yaitu :

a. Penampilan keprofesian atau aspek klinis

Aspek ini menyangkut pengetahuan, sikap dan perilaku dokter, perawat dan tenaga profesional lainnya.

b. Efisiensi dan efektifitas

Aspek ini menyangkut pemanfaatan semua sumber daya di rumah sakit agar dapat berdaya guna dan berhasil guna.

c. Keselamatan pasien

Aspek ini menyangkut keselamatan dan keamanan pasien.

d. Kepuasan pasien

Aspek ini menyangkut kepuasan fisik, mental dan sosial pasien terhadap lingkungan rumah sakit, kebersihan, kenyamanan, kecepatan pelayanan, keramahan, perhatian, biaya yang diperlukan dan sebagainya.

Pelayanan kesehatan di ruang rawat inap rumah sakit erat kaitannya dengan dokter, perawat atau petugas lain di rumah sakit, aspek hubungan antar manusia, kemanusiaan, kenyamanan atau kemudahan fasilitas dan lingkungan, peralatan dan perlengkapan, serta biaya pengobatan.

Menurut Muslihuddin (1996) dalam Pahlevi (2009), mutu asuhan pelayanan rawat inap dikatakan baik apabila :

a. Dapat memberikan rasa tenteram kepada pasiennya.

b. Memberikan pelayanan yang benar-benar profesional sejak masuknya pasien ke rumah sakit sampai pulang pasien.

Dari kedua aspek tersebut mengandung arti sebagai berikut :

- a. Petugas penerimaan pasien dalam melakukan pelayanan terhadap pasien harus mampu melayani dengan cepat karena mungkin pasien memerlukan penanganan segera.
- b. Penanganan pertama dari perawat harus mampu membuat pasien menaruh kepercayaan bahwa pengobatan yang diterima dimulai secara benar.
- c. Penanganan oleh para dokter yang profesional akan menimbulkan kepercayaan pasien bahwa mereka tidak salah memilih rumah sakit.
- d. Ruangan yang bersih dan nyaman, memberikan nilai tambah pada rumah sakit.
- e. Peralatan yang memadai dengan operator yang profesional.
- f. Lingkungan rumah sakit yang nyaman.
- g. Biaya pengobatan dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat sehingga pelayanan di rumah sakit tidak hanya dapat dinikmati oleh masyarakat yang mampu saja, masyarakat tidak mampu pun dapat menikmatinya.

2.4 Administrasi Rawat Inap

Menurut WHO (2009), admisi merupakan suatu proses formal ketika seseorang diterima oleh rumah sakit sebagai pasien rawat inap untuk mendapatkan pengobatan serta perawatan yang telah disediakan oleh staf rumah sakit.

Peranan instalasi administrasi pasien yang tidak kalah penting ialah sebagai pembentuk citra rumah sakit yang baik, karena sebelum masuk ke ruang

perawatan pasien maupun keluarganya berkomunikasi mengenai berbagai hal dengan bagian administrasi pasien. Setiap orang yang merupakan bagian dari instalasi administrasi pasien diharapkan mampu memberikan keterangan yang jelas tentang fasilitas dan produk rumah sakit serta harus mampu menjaga dan menjaga hubungan baik dengan pasien dan pihak lain yang berhubungan dengan rumah sakitnya.

Menurut Tarmoezi (2000) dalam Suryanti (2002), seorang kepala instalasi administrasi pasien bertanggung jawab mengawasi semua kegiatan operasional dan administrasi instalasinya, member motivasi kerja dan pelatihan (*upgrading*) kepada bawahannya, sehingga mereka merasa diperhatikan dan memiliki potensi untuk memberikan pelayanan yang terbaik kepada para klien dan yang terpenting menjalin hubungan kerjasama yang baik antar unit terkait dengan instalasinya.

2.4.1 Tujuan Kegiatan Admisi

Tujuan kegiatan admisi di Rumah Sakit (Modul Kuliah Administrasi Rumah Sakit, 2002) dalam (Pahlevi, 2009) adalah :

- a. Menentukan persyaratan pasien bisa masuk ke rumah sakit.
- b. Menerima pasien yang akan masuk bangsal rawat inap.
- c. Memproses perpindahan pasien antar bangsal perawatan di dalam rumah sakit tersebut, antar rumah sakit dan tempat pelayanan kesehatan yang lainnya.
- d. Memproses pemulangan pasien dan kematian pasien.
- e. Memberikan konsultasi keuangan kepada pasien sebelum atau pada awal pendaftaran.

Pelaksanaan pelayanan pasien yang dilakukan dengan baik akan menjamin kelancaran dan kelengkapan berkas pasien serta menghemat waktu dan tenaga.

Hal yang perlu diperhatikan agar proses penerimaan pasien berjalan lancar adalah sebagai berikut :

- a. Petugas yang kompeten
- b. Cara penerimaan pasien
- c. Ruang kerja yang menyenangkan
- d. Lokasi yang tepat dari bagian penerimaan pasien

2.4.2 Ruang Lingkup Layanan Admisi

Ruang lingkup layanan admisi menurut (Wolper, 2001) yang dikutip dalam (Suryanti, 2002) mencakup :

- a. Informasi kepada pasien
- b. Memproses formulir ijin perawatan, ijin memberikan informasi, perawatan
- c. Pembuatan sensus harian dan laporan khusus lainnya
- d. Memelihara sistem identifikasi pasien
- e. Hubungan dengan klien/pasien
- f. Evaluasi kemampuan keuangan
- g. Telekomunikasi.
- h. Uji diagnostik
- i. Bidang lain, seperti rencana pemulangan pasien

2.4.3 Sistem Operasional di Instalasi Administrasi Pasien

Dengan semakin canggihnya teknologi membuat sistem operasional rumah sakit mempunyai sejumlah pilihan yang bisa diterapkan, sesuai dengan kebutuhan rumah sakit tersebut. Ada tiga macam teknologi yang digunakan untuk kegiatan tersebut, yaitu :

- a. Secara manual, yaitu semua data dan sistem pelaporan masih menggunakan tulisan tangan dalam pengisian formulir-formulir.
- b. Secara semi otomatis, yaitu penggabungan cara manual dengan komputerisasi/menggunakan peralatan elektronik lainnya.
- c. Secara otomatis penuh/komputerisasi, yaitu semua pendataan pasien sudah dikerjakan secara otomatis oleh program computer yang diset-up khusus untuk keperluan untuk saling menghubungkan satu unit dengan unit lainnya.

Dukungan sarana bagi staf bertujuan untuk meningkatkan kinerja mereka dalam melakukan kegiatan (Muninjaya, 2004). Peralatan dalam operasionalnya merupakan unsur penting untuk menunjang pelayanan, mempercepat pekerjaan, dan meningkatkan efisiensi staf serta menentukan persepsi pasien terhadap rumah sakit.

2.4.4 Penataan Rekening (Billing)

Pada saat bagian administrasi pasien mendapatkan informasi bahwa pasien rawat inap akan keluar dari rumah sakit atau meninggal, maka pembuatan rekening pasien segera dimulai. Lebih cepat pihak yang bertanggung jawab atas biaya pasien mengetahui jumlah yang harus dibayar, lebih besar kemungkinan pembayaran yang akan diterima. Jadi penting sekali penataan rekening pasien secara tepat dan akurat (Hendrayani, 2000).

Selama pasien masih menerima pelayanan, rekeningnya harus selalu diperbaharui dengan pembebanan biayanya. Apabila pasien tersebut sudah diizinkan untuk pulang, maka rekening pasien tersebut harus sudah disiapkan untuk ditagihkan.

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pembuatan tagihan pada saat pasien akan meninggalkan rumah sakit adalah sebagai berikut :

a. Pengecekan pada saat perawatan dan keluar rumah sakit

Informasikan mengenai adanya pasien yang akan pulang oleh petugas perawatan ke bagian keuangan. Sebelum pasien benar-benar meninggalkan rumah sakit, petugas pengantar pasien sebaiknya mengantar pasien ke bagian keuangan terlebih dahulu untuk memberikan kesempatan kepada pasien untuk melakukan pembayaran.

b. Meneliti status perkiraan pasien

Rekening yang baik harus dapat menampilkan semua tagihan dari semua pelayanan dan bahan yang dipakai secara terinci. Selain itu harus dapat pula menunjukkan lamanya pasien dirawat.

Dalam *Standar Operational Procedur RSKO* Jakarta tahun 2010 pada Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Administrasi Pasien bagian VII (penyelenggaraan masa perawatan administrasi pasien) poin 2 disebutkan bahwa :

- a. Pembuatan rincian dijumlahkan dalam masa perawatan sesuai dengan jumlah kegiatan dan pola tarif yang ada.
- b. Rincian tagihan ditanda tangani oleh petugas pembuat dan tanggal pembuatannya akan diserahkan kepada pasien.
- c. Untuk pasien dengan jaminan, hasil cetak tagihan digandakan untuk proses klaim dan pengarsipan di administrasi pasien.

2.5 Cara Pembayaran

Menurut Sjaaf (1995) dalam Suryanti (2002) pembayaran jasa pelayanan rumah sakit biasanya dilakukan dengan cara :

- a. *Out of pocket* : pasien membayar langsung
- b. Asuransi : pembayaran oleh pihak asuransi dimana biasanya periode tertentu sesuai perjanjian pihak asuransi dengan rumah sakit.
- c. Kerjasama perusahaan : adanya kerjasama/perjanjian antar rumah sakit dengan suatu perusahaan.

Pada pasien dengan metode pembayaran out of pocket, harus ada mekanisme yang jelas untuk memastikan bahwa pasien pasti akan membayar, agar tidak terjadi kehilangan pendapatan. Untuk pembayaran dengan asuransi dan jaminan perusahaan kita harus mempelajari lebih dahulu cara pembayaran, lama menunggu tempo pembayaran dan juga analisa laporan keuangan perusahaan.

2.6 SDM (Sumber Daya Manusia)

Manusia merupakan potensi yang besar dan berperan dalam memajukan rumah sakit. Pelayanan rumah sakit yang baik akan memerlukan peran sumber daya manusia yang handal karena mutu pelayanan akan ada di pundak mereka, keberhasilan tergantung pula faktor manusia walaupun dengan bantuan alat serta pada saat kritis yang dapat berpikir dan mengambil keputusan adalah manusia yang mempunyai kemampuan.

Dalam melaksanakan tugas keprofesian di RS mempunyai ciri yang penting dalam mewujudkan kekhususan dan kompleksitas RS yaitu berlangsungnya kegiatan di rumah sakit selama 24 jam penuh sepanjang tahun, sifat pelayanan

yang berbeda pada masing-masing orang dan perlunya kerjasama antar profesi seperti dokter, perawat, apoteker, psikolog, humas, administrasi dan profesi lainnya (Sabarguna, 2007).

Demikian pula staf di instalasi administrasi yang merupakan bagian dari sumber daya manusia yang ada di rumah sakit dan memiliki peran dalam peningkatan mutu pelayanan rumah sakit antara lain dengan cara memberikan saran dan perbaikan kepada pimpinan, meningkatkan cara kerja yang lebih baik, serta berpartisipasi aktif dalam menjalankan tugas.

Menurut Sabarguna (2007), faktor yang mempengaruhi kebutuhan sumberdaya manusia untuk satu unit di rumah sakit diantaranya yaitu : jumlah petugas, kemampuan yang sesuai, pengalaman/lama kerja dan pelatihan.

Menurut Ilyas (2011) bahwa salah satu indikator keberhasilan rumah sakit yang efektif dan efisien adalah tersedianya SDM yang cukup dengan kualitas yang tinggi, professional yang sesuai fungsi dan tugas personel.

Menurut Kirom (2010), kemampuan dan keterampilan staf dalam berkomunikasi dengan konsumen merupakan salah satu faktor penting dalam unsur pelayanan pasien. Keterampilan tiap staf administrasi dalam berkomunikasi dengan pasien harus senantiasa dipelihara, dilatih dan ditingkatkan.

Ilyas (2011) bila personel melayani pasien secara terus menerus dengan masalah yang relatif sama dapat menimbulkan kejenuhan yang berakibat menurunnya kualitas pelayanan pada pasien.

Pelatihan merupakan usaha untuk memperbaiki performansi pekerja pada suatu pekerjaan tertentu yang sedang menjadi tanggung jawabnya. Pelatihan juga digunakan sebagai sarana untuk mengaktifkan kerja para anggota, mengurangi

dampak negatif yang dikarenakan kurangnya pendidikan dan pengalaman yang terbatas (Gomes, 2003).

Menurut Sutrisno (2011), pelatihan terkait dengan keterampilan dan kemampuan yang diperlukan untuk masa pekerjaan yang sekarang dilakukan. Hal ini menyangkut usaha yang berencana dan diselenggarakan agar dicapai penguasaan akan keterampilan, pengetahuan dan sikap yang relevan terhadap pekerjaan.

Menurut Sabarguna (2007) hari kerja dan jam kerja di rumah sakit ditetapkan untuk dua kategori yaitu :

1. Tenaga Medis

Dibagi dalam 3 *shift*, dengan jam kerja : (a) *shift* I jam 07.00-14.00, (b) *shift* II jam 14.00-21.00 dan (c) *shift* III jam 21.00-07.00. Istirahat harian dilakukan secara bergilir selama 1 jam, istirahat mingguan setiap menjalankan tugas selama 6 hari diberikan istirahat 1 hari, setiap menjalankan tugas malam selama 3 hari berturut-turut diberikan istirahat 2 hari.

2. Tenaga Administrasi

Dibagi dalam 2 *shift* dengan jam kerja :

a. *Shift* I : hari Senin s.d Jumat jam 08.00-15.00

hari Sabtu jam 08.00-13.00

b. *Shift* II : hari Senin s.d Jumat jam 15.00-21.00

hari Sabtu jam 13.00-18.00

Menurut Widodo (2008), lama *shift* kerja sebaiknya tidak lebih dari 8 jam, jika lebih dari jam tersebut akan meningkatkan beban kerja.

Menurut Stoner (1995) dalam Darsono (2011) menjelaskan bahwa SDM efisien ialah SDM yang mampu menciptakan output dengan input serendah mungkin. Untuk bisa melaksanakannya SDM harus bekerja dalam lingkungan yang kondusif di dalam organisasi.

Menurut Hendrayani (2000) dalam Pahlevi (2009), SDM bagian admisi yaitu

:

1. Kepala unit/instalasi

Kunci keberhasilan adalah kepemimpinan. Sebagai pimpinan, kepala instalasi harus mempunyai kemampuan untuk memotivasi bawahannya agar dapat bekerjasama dalam menyelesaikan pekerjaannya dan bertanggung jawab. Selain itu kepala instalasi harus mempunyai pandangan ke depan, karena dengan kemampuannya kepala instalasi harus dapat menghadapi persaingan. Seperti rumah sakit lainnya, bagian admisi harus mempunyai *team work*, dimana para petugas dan pimpinan harus bekerjasama menyelesaikan suatu perusahaan.

2. Staf

Bagian admisi adalah tempat yang paling tepat dalam memberikan informasi dan juga sebaga tempat pemasaran rumah sakit. Sehingga di bagian admisi harus mempunyai *team work* untuk mempersiapkan dan menjalankan tugas dan fungsinya. Staf di bagian admisi harus mengerti mengenai konsep *team* yaitu bekerja dan bertanggung jawab.

3. Pengawas

Bagian admisi harus mempunyai pengawas untuk mengkoordinasi para petugas dalam pembagian jadwal, ini sangat penting karena berhubungan dengan kemampuan para staf admisi.

Faktor sumber daya manusia merupakan faktor yang menentukan dalam mencapai pelayanan yang efektif bagi pasien rawat inap karena manusia yang menjalankan prosedur pelayanan itu sendiri.

2.7 SOP (*Standar Operational Procedure*)

Prosedur kerja adalah tata kerja yang merupakan suatu rangkaian, sehingga menunjukkan suatu urutan tahap demi tahap yang harus dilalui dalam rangka penyelesaian suatu pekerjaan atau tugas (Hasibuan, 2007).

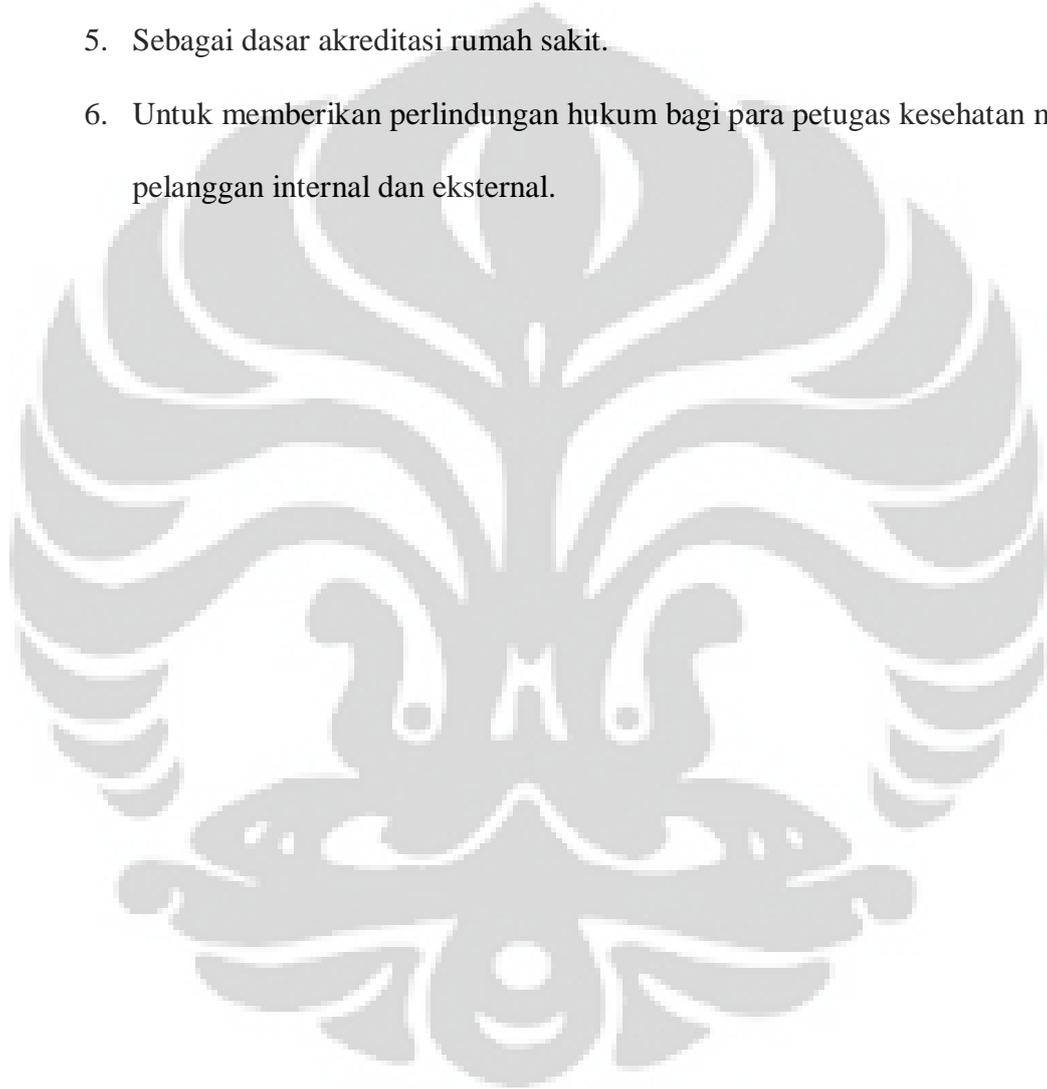
SOP adalah salah satu prosedur tertulis dimana seseorang harus menyelesaikan pekerjaan dengan aman, tanpa efek buruk pada kesehatan individu atau lingkungan dan dengan cara yang memaksimalkan efisiensi suatu pekerjaan (Bedi, 2006).

Dalam Pahlevi (2009), standarisasi pelayanan kesehatan di rumah sakit dimaksudkan untuk memberikan kejelasan arti dan strategi bagi rumah sakit dalam rangka pemerataan dan peningkatan pelayanan rumah sakit secara keseluruhan sehingga rumah sakit benar-benar dimanfaatkan secara berdaya guna dan berhasil guna.

Secara khusus tujuan standarisasi rumah sakit adalah :

1. Agar supaya pengembangan rumah sakit dapat terarah dan terkendali dengan memperhatikan kebutuhan pelanggan atau masyarakat yang dilayani.

2. Adanya kesamaan standar ketenagaan, peralatan, bangunan fisik, kegiatan pelayanan dan sebagainya.
3. Sebagai pedoman petugas rumah sakit dalam menjalankan tugasnya.
4. Sebagai dasar penilaian kinerja rumah sakit.
5. Sebagai dasar akreditasi rumah sakit.
6. Untuk memberikan perlindungan hukum bagi para petugas kesehatan maupun pelanggan internal dan eksternal.



BAB 3

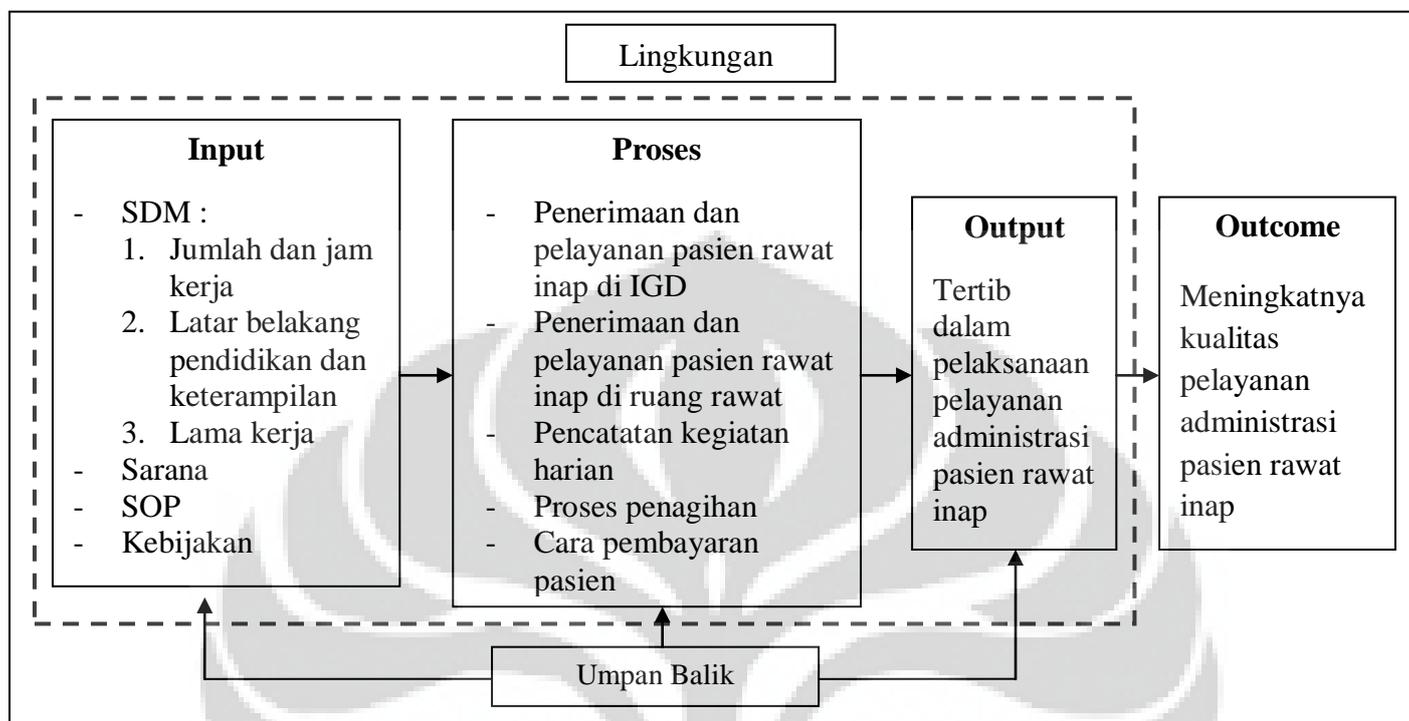
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Menurut Sulaeman (2009), sistem merupakan gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan fungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang ditetapkan.

Peneliti menggunakan kerangka konsep dengan pendekatan sistem dalam bentuk *input*, *proses* dan *output* untuk menggambarkan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien RSKO. Penelitian dibatasi pada elemen *input* (SDM/ketenagaan, sarana dan prasarana, peralatan/teknologi, metode), *proses* dan *output*.

Gambar 3.1 Kerangka Konsep



Keterangan : - - - - : area penelitian

Berdasarkan kerangka konsep di atas pelaksanaan pelayanan administrasi pasien rawat inap dipengaruhi oleh elemen *input* yang terdiri dari SDM, sarana, SOP dan kebijakan. Elemen *input* berpengaruh terhadap proses meliputi penerimaan dan pelayanan pasien rawat inap di IGD, penerimaan dan pelayanan pasien rawat inap di ruang rawat, pencatatan kegiatan harian, proses penagihan dan cara pembayaran pasien. Dari proses tersebut akan diketahui tertib tidaknya pelaksanaan pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien RSKO Jakarta.

3.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
1	SDM	Petugas yang terlibat langsung dalam kegiatan pelayanan administrasi pasien rawat inap.	Observasi, wawancara dan telaah dokumen	Pedoman observasi, pedoman wawancara, pedoman telaah dokumen	Informasi mengenai sumberdaya manusia yang terlibat langsung dalam kegiatan pelayanan administrasi pasien rawat inap.
2	Sarana	Alat penunjang kegiatan dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan administrasi pasien rawat inap.	Observasi dan wawancara	Pedoman observasi dan pedoman wawancara	Informasi mengenai alat penunjang kegiatan dalam pelaksanaan pelayanan administrasi pasien rawat inap.

3	SOP	Prosedur tertulis yang digunakan semua staf sebagai pedoman dalam melaksanakan kegiatan yang berkaitan dengan pelayanan administrasi pasien rawat inap.	Wawancara dan telaah dokumen	Pedoman wawancara, pedoman telaah dokumen	Informasi mengenai prosedur tertulis yang digunakan semua staf sebagai pedoman dalam melaksanakan kegiatan yang berkaitan dengan pelayanan administrasi pasien rawat inap.
4	Kebijakan	Penerapan rangkaian konsep dalam menangani pelaksanaan pelayanan administrasi pasien rawat inap	Wawancara dan telaah dokumen.	Pedoman wawancara, pedoman telaah dokumen	Informasi mengenai penerapan rangkaian konsep dalam menangani pelaksanaan pelayanan administrasi pasien rawat inap.
5	Penerimaan dan pelayanan pasien rawat inap di IGD	Proses pelayanan yang diberikan kepada pasien di	Wawancara	Pedoman wawancara	Informasi mengenai proses pelayanan yang diberikan

		salah satu bagian rumah sakit yang menyediakan penanganan awal bagi pasien.			kepada pasien di salah satu bagian rumah sakit yang menyediakan penanganan awal bagi pasien.
6	Penerimaan dan pelayanan pasien rawat inap di ruang rawat	Proses pelayanan yang diberikan kepada pasien yang mendapatkan perawatan di rumah sakit.	Wawancara	Pedoman wawancara	Informasi mengenai proses pelayanan yang diberikan kepada pasien yang mendapatkan perawatan di rumah sakit.
7	Pencatatan kegiatan harian	Pelaksanaan kegiatan rutin harian yang berkaitan dengan administrasi pasien rawat inap	Observasi dan wawancara	Pedoman wawancara dan pedoman observasi	Informasi mengenai pelaksanaan kegiatan rutin harian yang berkaitan dengan administrasi pasien rawat inap
8	Proses penagihan	Rangkaian kegiatan penagihan	Observasi dan	Pedoman	Informasi mengenai proses

		yang dilakukan oleh petugas administrasi kepada pasien rawat inap terhadap jasa pelayanan yang telah diberikan rumah sakit	wawancara	wawancara dan pedoman observasi	penagihan pasien
9	Cara pembayaran pasien	Pengaruh cara pembayaran yang dilakukan pasien terhadap pelaksanaan pelayanan administrasi pasien rawat inap	Observasi dan wawancara	Pedoman wawancara	Informasi mengenai pengaruh cara pembayaran yang dilakukan pasien terhadap pelaksanaan pelayanan administrasi pasien rawat inap
10	Tertib pelaksanaan pelayanan administrasi pasien rawat inap	Kelengkapan berkas pasien yang menjadi arsip administrasi.	Telaah dokumen	Pedoman telaah dokumen	Informasi mengenai kelengkapan berkas pasien yang menjadi arsip administrasi.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Penelitian kualitatif adalah penelitian yang memberikan jawaban atau informasi mendalam tentang pendapat dan perasaan seseorang mengenai sikap, kepercayaan, motivasi dan perilaku masyarakat (FKM UI, 2009). Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain deskriptif melalui pengamatan langsung pada sistem yang sedang berjalan disertai wawancara mendalam dengan informan yang terlibat dalam pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien RSKO Jakarta.

4.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan bulan Desember 2011 – Januari 2012 di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta Jl. Lapangan Tembak No.75 Cibubur Jakarta Timur.

4.3 Informan Penelitian

Informan penelitian ditetapkan secara langsung sesuai kriteria pemilihan informan, (FKM UI, 2009) yaitu :

1. Kesesuaian (*appropriateness*)

Informan dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki yang berkaitan dengan topik penelitian.

2. Kecukupan (*adequacy*)

Data yang diperoleh dari informan harus dapat menggambarkan seluruh fenomena yang berkaitan dengan topik penelitian. Dalam penelitian kualitatif, jumlah informan tidak menjadi faktor penentu utama, akan tetapi lebih mementingkan kelengkapan data.

Informasi yang terkait dengan pelaksanaan pelayanan pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien diperoleh melalui :

1. Salah satu kepala instalasi di RSKO
2. Staf administrasi pasien rawat inap (1 orang)
3. Petugas IGD (1 orang)
4. Petugas ruang rawat inap (1 orang)
5. Petugas bagian pembayaran (1 orang)
6. Petugas instalasi gizi (1 orang)
7. Petugas instalasi farmasi (1 orang)

4.4 Instrumen Penelitian

Pada penelitian ini sebagai instrumen digunakan yaitu pedoman wawancara mendalam dan melakukan observasi dengan pedoman observasi serta menggunakan pedoman telaah dokumen dan dokumen asli yang terkait dengan penelitian untuk telaah dokumen. Dalam melakukan wawancara mendalam, penulis menggunakan alat perekam, kertas dan alat tulis untuk membantu proses wawancara.

4.5 Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer diperoleh dari observasi langsung terhadap kegiatan pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta, serta wawancara mendalam dengan para pelaksana kegiatan yang terkait pada setiap tahapan dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam.

2. Data Sekunder

Data sekunder pada penelitian ini diperoleh dari telaah dokumen yang berkaitan dengan topik penelitian seperti alur pasien masuk rawat inap, SOP, arsip berkas pasien pulang serta data sekunder lainnya yang berhubungan dengan pelaksanaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien RSKO.

4.6 Upaya Menjaga Validitas Data

Uji validitas yang dilakukan pada penelitian ini adalah dengan metode triangulasi, dimana triangulasi yang digunakan adalah :

1. Triangulasi sumber

Membandingkan data dengan fakta dari informan yang satu dengan sumber informan lain yang berkaitan dengan topik penelitian. Selain melakukan wawancara dengan petugas yang terlibat langsung dalam pelayanan administrasi pasien rawat inap mulai dari petugas IGD, ruang rawat inap, serta administrasi pasien, peneliti juga melakukan wawancara dengan petugas bagian pembayaran,

petugas instalasi gizi dan farmasi untuk memperkuat jawaban dari informan lainnya.

2. Triangulasi metode

Triangulasi ini menggunakan beberapa metode dalam pengumpulan data. Pada penelitian ini, metode yang digunakan selain wawancara mendalam, metode observasi, juga dilakukan dengan telaah dokumen.

4.7 Analisis Data

Dari data-data yang sudah dikumpulkan baik data primer maupun sekunder akan diolah secara manual dan dilakukan analisis terhadap data tersebut. Hasil data yang telah diringkas dalam bentuk matriks akan diuraikan dalam bentuk narasi kemudian dilakukan penyusunan hasil dari penelitian dan pembahasan sesuai dengan teori.

BAB 5

GAMBARAN UMUM RSKO JAKARTA

5.1 Gambaran Umum RSKO Jakarta

5.1.1 Sejarah RSKO Jakarta

Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta semula bernama Drug Dependence Unit (DDU), diresmikan oleh Bapak H. Ali Sadikin selaku Gubernur DKI Jakarta pada tahun 1972 dan juga merupakan salah satu unit RSUP Fatmawati Jakarta. Kemudian pada tahun 1974, DDU berubah nama menjadi Lembaga Ketergantungan Obat (LKO) yang menggabungkan secara sistematis usaha-usaha penatalaksanaan (manajemen) yang dijalankan pada saat itu di wilayah Jakarta. Ikhtiar penatalaksanaan ketergantungan obat meliputi usaha preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Pada tahun 1978, LKO dirubah statusnya menjadi Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta dibawah Departemen Kesehatan RI, dengan keputusan Menkes RI Nomor 138/Menkes/SK/IV/78, sebagai unit pelaksana fungsional dari Ditjen Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI dengan dr. Erwin Widjono, Sp.KJ sebagai Direktur Pertama.

Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta mendapat status terakreditasi tahap pertama melalui SK Dirjen Pelayanan Medik Depkes RI, tertanggal 23 Mei 2000 yang meliputi bidang Administrasi Manajemen, Pelayanan Medik, Pelayanan Gawat Darurat, Keperawatan, dan Rekam Medik. Pada Agustus 2001, dengan adanya bantuan dari Japan Bank for International Cooperation (JIBC), dibangun

gedung baru di Cibubur, Jakarta Timur yang dilaksanakan dalam 2 tahap pembangunan.

Pada tahun 2002 dilakukan *Soft Opening* gedung baru di Cibubur dan dimulainya transisi pemindahan seluruh aktivitas Rumah Sakit Ketergantungan Obat Fatmawati, serta peningkatan peran dan fungsi Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta di Cibubur berupa peningkatan organisasi dan manajemen yang dilaksanakan mulai tahun 2002 sampai tahun 2004.

Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta dipimpin oleh seorang Direktur dengan dua orang Wakil Direktur, yaitu Wakil Direktur Medik Keperawatan dan Direktur Keuangan dengan masing-masing dibantu oleh dua orang Kepala Bidang atau Kepala Bagian serta Kepala Instalasi.

Berdasarkan Surat Direktur Bina pelayanan Medik tanggal 6 April 2006 dan tanggal 3 November 2006, dilaksanakan penandatanganan berita acara serah terima aset tanah dan bangunan Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta di Jl. RS Fatmawati kepada RSUP Fatmawati paling lambat tanggal 31 Januari 2007. Terhitung mulai tanggal 1 Februari 2007 Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta hanya berada pada satu lokasi yaitu di Jl. Lapangan Tembak No. 75, Cibubur, Jakarta Timur. Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta ditetapkan sebagai Instansi Pemerintah yang menerapkan pola pengembangan keuangan Badan Layanan Umum berdasarkan Surat Keputusan Menteri Keuangan tanggal 21 Juni 2007.

5.1.2 Profil RSKO Jakarta

Nama Rumah Sakit	: Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta
Kelas Rumah Sakit	: Tipe B Rumah Sakit Khusus
Status Kepemilikan	: Departemen Kesehatan RI
Luas Lahan	: 15,000,00 m ²
Luas Bangunan	: 12,060,14 m ²
Alamat	: Jl. Lapangan Tembak No. 75 Cibubur Jakarta Timur
Telepon	: (021) 87711968-87711969
Fax/Web	: (021) 87711970 / http://rsko-jakarta.com

5.1.3 Falsafah, Motto, Visi dan Misi RSKO Jakarta

5.1.3.1 Falsafah RSKO Jakarta

Profesionalisme modal utama pelayanan kami yang dilaksanakan dengan ramah, sigap dan kasih yang berorientasi pada pelanggan.

5.1.3.2 Motto RSKO Jakarta

a. Ramah

Selalu memberikan senyum, salam dan sapa setiap memberikan pelayanan maupun sesama karyawan.

b. Sigap

Selalu berusaha cepat, tepat dan cekatan dalam melakukan pekerjaan maupun pelayanan sesuai dengan sistem dan prosedur berlaku.

c. **Kasih**

Selalu memberikan kepedulian dan tanggap serta saling menghargai dan menghormati pendapat orang lain.

d. **Orientasi pada pelanggan**

Senantiasa menjunjung tinggi kepuasan pelanggan melalui kerjasama dan kebersamaan dalam bekerja dan mengutamakan kepentingan bersama daripada kepentingan pribadi.

5.1.3.3 Visi

“Sebagai pusat layanan dan kajian nasional maupun regional dalam bidang gangguan yang berhubungan dengan zat (GBZ).”

5.1.3.4 Misi

- a. Melaksanakan upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitative bagi masyarakat umum dalam bidang GBZ dan penyakit terkait.
- b. Melaksanakan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga profesi serta masyarakat umum dalam bidang GBZ.
- c. Melaksanakan penelitian dan pengembangan dalam bidang GBZ.

5.1.4 Struktur Organisasi dan Uraian Tugas RSKO Jakarta

5.1.4.1 Struktur Organisasi

Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta dirancang berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 245/MENKES/PER/III/2008 tanggal 11 Maret 2008 yang ditetapkan sebagai Instansi Pemerintah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum

(BLU), yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI. (lampiran)

5.1.4.2 Uraian Tugas

1. Direktur

Mempunyai tugas menetapkan strategi dan kebijakan, merancang, mengkoordinasi kegiatan manajemen pelayanan pemeliharaan kesehatan meliputi medis, keperawatan dan kefarmasian serta keuangan dan layanan umum.

2. Wakil Direktur Medik dan Keperawatan

Mengkoordinasi, mengendalikan, mengawasi dan mengevaluasi strategi dan kebijakan manajemen pelayanan pemeliharaan kesehatan meliputi pengelolaan pelayanan medis, penunjang medis, keperawatan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan untuk menunjang pencapaian visi, misi, dan tujuan Rumah Sakit Ketergantungan Obat.

Dalam pelaksanaan tugasnya, wakil Direktur Medik dan Keperawatan dibantu oleh berbagai bidang dan instalasi - instalasi. Berikut penjelasan dan pelaksanaan tugasnya :

1. Bidang Medik yang terdiri dari :

a. Seksi Pelayanan Medik

Melakukan penyiapan kebutuhan para medis dan non medis, alat, obat-obatan dan atau bahan pada instalasi rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, rawat siang serta rawat intensif.

b. Seksi Penunjang Medik

Melakukan penyiapan kebutuhan tenaga paramedik, dan non medis, alat dan obat- obatan, dan atau bahan pada instalasi Laboratorium, Radiology, Elektromedik, dan Farmasi.

c. Seksi pelayanan pendidikan dan pelatihan

Melakukan pelayanan pendidikan dan pelatihan, serta penelitian dan pengembangan.

d. Bidang Keperawatan

Bidang Keperawatan mempunyai fungsi :

- 1) Penyusunan rencana dan bimbingan asuhan pelayanan keperawatan, etika dan profesi keperawatan, peralatan keperawatan serta meningkatkan ketrampilan keperawatan.
- 2) Penyusunan petunjuk teknis asuhan dan pelayanan kepeperawatan, etika dan profesi keperawatan, serta peningkatan keterampilan keperawatan.
- 3) Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan serta etika dan profesi keperawatan.

Bidang keperawatan terdiri dari :

- a) Seksi Asuhan Keperawatan, yang melakukan penyiapan bahan penyusunan rencana, petunjuk teknis dan bimbingan pelayanan keperawatan.
- b) Seksi etika dan profensi keperawatan, yang melakukan penyimpanan dan bahan penyusunan rencana, petunjuk teknis dan bimbingan

pelaksanaan etika dan propensi serta peningkatan mutu tenaga keperawatan.

- e. Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Darurat, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Intensif, Instalasi Laboratorium, Instalasi Radiologi, Instalasi Elektromedik, Instalasi Farmasi, Instalasi Pendidikan dan Pelatihan, Instalasi Penelitian dan Pengembangan.

3. Wakil Direktur Umum dan Keuangan

Mengkoordinasikan, melaksanakan, mengevaluasi dan kebijakan fungsi keuangan dan layanan umum untuk mewujudkan pencapaian, visi, misi, dari RSKO. Pekerjaan yang dilakukan adalah :

- a. Mengkoordinasi dan penyusunan rencana program Rumah Sakit.
- b. Penyiapan kegiatan evaluasi dan pelaporan rumah sakit.
- c. Pengolahan rekam medik dan informasi rumah sakit.

Bagian yang ada di bawah wakil Direktur Umum dan Keuangan yaitu :

- 1) Bagian perencanaan dan rekam medik yang terdiri dari :
 - a. Sub. Bagian penyusunan program dan evaluasi mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan penyusunan rencana program. Evaluasi dan keuangan.
 - b. Sub. Bagian Rekam Medik dan informasi mempunyai tugas pengelolaan rekam medik, dan informasi rumah sakit.

2) Bagian administrasi keuangan

Bagian administrasi keuangan mempunyai fungsi melaksanakan urusan ketata usahaan dan perlengkapan, melaksanakan urusan kepegawaian, melaksanakan urusan keuangan.

Bagian administrasi keuangan terdiri dari:

- a. Sub bagian tata usaha dan perlengkapan melakukan urusan surat menyurat, arsip, espedisi, penggandaan hukum dan hubungan masyarakat, urusan dalam, pengelolaan asrama serta analisis kebutuhan, distribusi, inventaris, dan pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit.
- b. Sub bagian kepegawaian melakukan penyiapan penyusunan formasi, mutasi, tata usaha kepegawaian, dan kesejahteraan pegawai.
- c. Sub bagian keuangan melakukan penyiapan penyusunan anggaran rutin, anggaran pembangunan, verifikasi, pembendaharaan, serta akuntansi.

3) Instalasi Rekam Medis dan Informasi

Tempat untuk melakukan kegiatan rekam medis, pengumpulan dan pengolahan data, serta penyajian informasi rumah sakit.

4) Instalasi Dokumentasi, Publikasi, dan Perpustakaan

Tempat untuk melakukan pelayanan sarana, publikasi dan perpustakaan.

5) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Tempat untuk melakukan kegiatan pemeliharaan peralatan listrik, elektromedik, radiology, air minum, air panas, listrik, gas medik, gas teknik, pembuangan sampah dan cairan buangan, alat angkut serta sarana sandang.

6) Instalasi Administrasi Pasien

Fasilitas untuk melakukan kegiatan pelayanan ketatausahaan pasien masuk, pindah dan pulang yang terdiri dari akuntansi, keuangan, dan pelayanan informasi pasien.

4. Komite Medik

Komite medik adalah wadah nonstruktural yang keanggotaannya dipilih dari wakil- wakil Staff Medis Fungsional yang mempunyai tugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal standar pelayanan medis, hak klinis khusus staf Medis Fungsional, program pelayanan, pendidikan dan penelitian dan pengembangan. Komite Medik berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

5. Staf Medis Fungsional (SMF)

Staf Medis Fungsional adalah kelompok dokter yang bekerja dibidang medis dalam jabatan fungsional yang mempunyai tugas melaksanakan diagnosa, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian, pengembangan. Dalam melaksanakan tugasnya staf Medis Fungsional menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

5.1.5 Komposisi dan Jumlah Pegawai RSKO Jakarta

Tenaga kerja di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta yang tercatat pada data Bagian Kepegawaian RSKO Jakarta (periode Desember 2010) adalah 325 orang yang terdiri dari 270 orang berstatus sebagai PNS, 7 orang berstatus sebagai CPNS dan 48 orang berstatus sebagai tenaga honorer.

Di bawah ini merupakan komposisi ketenagaan Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta Per Desember 2010 berdasarkan status pegawai :

Tabel 5.1
Komposisi Ketenagaan RSKO Jakarta Berdasarkan Status Pegawai
Per Desember 2010

Jenis Tenaga	PNS dan CPNS	Honorer
Medis	38	1
Perawat	82	3
Paramedis Non Perawatan	43	4
Non Medis Non Perawatan	114	40
Jumlah	277	48
Total	325	

Sumber : Data Kepegawaian RSKO Jakarta tahun 2010

5.1.6 Fasilitas Pelayanan di RSKO Jakarta

Pelayanan di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta terdiri dari pelayanan rawat jalan, pelayanan gawat darurat dan pelayanan rawat inap.

1. Pelayanan Rawat Jalan, terdiri dari Poli Umum, Poli Napza (melayani pasien penyalahgunaan Napza yang meliputi ketergantungan opiate, ganja, heroin, kokain, leksotan atau obat psikostimulan. Rumatan adalah Pasien Napza yang tiap hari datang ke RSKO Jakarta untuk meminum obat substitusi/pengganti. Non Rumatan adalah Pasien Napza yang datang sewaktu-waktu atau terjadwal untuk melakukan konsultasi dan pengobatan), Poli Spesialis yang terdiri dari Poli Spesialis Jiwa, Poli penyakit Dalam, Poli Penyakit Syaraf, Poli Anak, Poli Kebidanan, Poli Kulit dan Kelamin, Poli Psikologi, Poli Gigi, Medical Check Up (MCU), Layanan Rumatan Methadon, Layanan ARV.

2. Pelayanan Gawat Darurat terdiri dari Gawat Darurat Napza, Gawat Darurat Psikiatri, dan Gawat Darurat Umum. Sedangkan Pelayanan Rawat Inap terdiri dari rawat inap untuk penyakit umum, detoksifikasi dan rehabilitasi penderita ketergantungan napza serta komplikasi.
3. Pelayanan rawat inap terdiri dari : Ruang HCU, Nusa Dua, Komplikasi/Bidadari, Detox dan Rehabilitasi. Berdasarkan kapasitas tempat tidur, Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta memiliki sebanyak 100 Tempat Tidur. Rincian berada pada tabel 5.2 :

Tabel 5.2
Kapasitas Tempat Tidur Berdasarkan Jenis Ruang Perawatan
RSKO Jakarta Tahun 2011

RUANG PERAWATAN	TEMPAT TIDUR
HCU	4
Nusa Dua	13
Komplikasi/Bidadari	20
Detox	15
Rehabilitasi	48
Jumlah TT	100

Sumber : Instalasi Rekam Medik dan Informasi RSKO Jakarta Tahun 2011

5.1.7 Kinerja RSKO Jakarta

Indikator yang digunakan di dalam rumah sakit dalam (Muninjaya, 2004) adalah :

1. Bed Occupancy Rate (BOR)

BOR adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tentang tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur RS. Nilai normal BOR adalah 75-85%, bila angka > 85% menunjukkan angka pemakaian tempat tidur sangat tinggi sehingga memerlukan penambahan tempat tidur.

Rumus :

$$\text{BOR} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan RS}}{\text{Jumlah TT x jumlah hari}} \times 100 \%$$

2. Average Length of Stay (ALOS)

ALOS adalah rata-rata lamanya perawatan seorang pasien. Indikator ini digunakan untuk menentukan tingkat efisiensi, sehingga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan. Nilai normal yaitu 7-10 hari.

Rumus :

$$\text{ALOS} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan pasien keluar rumah sakit}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

3. Bed Turn Over (BTO)

BTO adalah frekuensi pemakaian tempat tidur dalam satu satuan waktu (biasanya satu tahun). Indikator ini akan memberikan gambaran tingkat pemakaian tempat tidur rumah sakit. Nilai normal yaitu 5-45 kali.

Rumus :

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

4. Turn Over Interval (TOI)

TOI adalah rata-rata tempat tidur yang tidak ditempati dari saat terisi sampai terisi berikutnya atau waktu menganggur tempat tidur. Nilai normalnya adalah 1-3 hari.

Rumus :

$$\text{TOI} = \frac{\text{Jumlah TT x hari} - \text{hari perawatan RS}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

5. Net Death Rate (NDR)

NDR adalah angka kematian dia atas 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 100 penderita keluar RS.

Rumus :

$$\text{NDR} = \frac{\text{Jumlah pasien mati diatas 48 jam dirawat}}{\text{Jumlah pasien RS – kematian dibawah 48 jam}} \times 100 \%$$

Jumlah pasien RS – kematian dibawah 48 jam

6. Gross Date Rate (GDR)

GDR adalah angka kematian umum penderita keluar RS.

Rumus :

$$\text{GDR} = \frac{\text{Jumlah pasien mati seluruhnya dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar RS (hidup + mati)}} \times 100 \%$$

Jumlah pasien keluar RS (hidup + mati)

Tabel 5.3
Data Kinerja Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta
Tahun 2008-2011

INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN			
		2008	2009	2010	2011
<i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	%	44.6	46.7	47.5	49,3
<i>Average Length of Stay</i> (ALOS)	Hari	26	27	24	24
<i>Turn Over Interval</i> (TOI)	Hari	41	37	33	33
<i>Bed Turn Over</i> (BTO)	Kali	5	5	6	6
<i>Gross Death Rate</i> (GDR)	Per mil	19	23	13	9
<i>Net Death Rate</i> (NDR)	Per mil	14	18	9	5

Sumber : Instalasi Rekam Medis dan Informasi RSKO Jakarta tahun 2011

5.2 Gambaran Umum Instalasi Administrasi Pasien RSKO Jakarta

5.2.1 Profil Instalasi Administrasi Pasien

Instalasi Administrasi Pasien mempunyai tugas untuk menyelenggarakan kegiatan administrasi pasien dari masa penerimaan pasien, saat pasien dirawat sampai pasien pulang. Instalasi ini dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang dibantu dengan 7 orang staf. Hari kerja karyawan di Instalasi Administrasi pasien adalah 7 hari kerja dengan pergantian *shift* pagi dan sore/malam.

5.2.2 Struktur Organisasi Instalasi Administrasi Pasien RSKO Jakarta

Gambar 5.1

Struktur Organisasi Instalasi Administrasi Pasien RSKO Jakarta



5.2.3 Ketenagaan

Secara keseluruhan Instalasi Administrasi Pasien RSKO Jakarta memiliki 8 orang pegawai termasuk kepala instalasi, dengan status pegawai seluruhnya PNS (8 orang). Berikut rincian ketenagaan pegawai di Instalasi Administrasi Pasien pada tahun 2011 adalah sebagai berikut :

Tabel 5.4
Diferensiasi Pegawai Instalasi Administrasi Pasien RSKO Jakarta
Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Jumlah	Keterangan
Strata 2	1 orang	Dokter Umum
Strata 1	1 orang	S.Kom
Diploma III	2 orang	D III Kesehatan Masyarakat D III Administrasi Kesekretariatan
SLTA	3 orang	-
SMK Kejuruan	1 orang	-
Total	8 orang	

Sumber : Data Kepegawaian RSKO Jakarta tahun 2010

5.2.4 Uraian Tugas

5.2.4.1 Kepala Instalasi Administrasi Pasien

Kepala Instalasi Administrasi Pasien bertugas untuk melaksanakan penyimpanan, pembuatan kearsipan administrasi pasien yang diperlukan dan dilakukan oleh tenaga/pegawai dalam lingkungan jabatan non fungsional dengan uraian tugas sebagai berikut :

- a. Merumuskan kebijakan program dan kegiatan di Instalasi Administrasi Pasien.
- b. Memberikan pengarahan dan membimbing teknis kepada petugas di Instalasi Administrasi Pasien.

- c. Menggerakkan dan mengkoordinasikan pelaksanaan tugas di Instalasi Administrasi Pasien.
- d. Pengaturan pelaksanaan tugas tenaga di Instalasi Administrasi Pasien.
- e. Merencanakan dan mengajukan semua kebutuhan untuk pelaksanaan kegiatan Instalasi Administrasi Pasien.
- f. Pencatatan dan pelaporan administrasi pasien.
- g. Menjalankan hubungan kerja dengan semua bidang.
- h. Memantau dan melaksanakan bimbingan teknis atas pelaksanaan tugas-tugas tenaga/pegawai di Instalasi Administrasi Pasien yang berada didalam koordinasinya.
- i. Menindaklanjuti hasil pengawasan.
- j. Menilai pelaksanaan tugas bawahannya.
- k. Memberikan pertimbangan kepada atasan yang berkaitan dengan mutasi, sanksi, penempatan, cuti, promosi, penghargaan pegawai di Instalasi.
- l. Mengambil langkah-langkah korektif atas pelaksanaan teknis pelayanan administrasi pasien kepada pegawai di Instalasi Administrasi Pasien.
- m. Melakukan langkah-langkah koordinatif kegiatan tenaga Administrasi Pasien dengan kepala instalasi lain.
- n. Kelancaran pelaksanaan tugas Instalasi Administrasi.
- o. Penyimpanan dan keamanan alat-alat, arsip/dokumen yang berada di Instalasi Administrasi Pasien.
- p. Kelancaran penagihan klaim dan verifikasi, informasi dengan kwitansi yang berkaitan.

5.2.4.2 Staf Instalasi Administrasi Pasien

Kepala Instalasi Administrasi Pasien membagi tanggung jawab pada setiap petugas yang terdiri dari pertanggungjawaban pasien dengan JPS Rawat Jalan, pasien rehabilitasi rawat inap non jaminan, pasien dengan JPS rawat inap untuk semua ruang perawatan, pasien Jamkesmas rawat inap dan rawat jalan, pasien umum/tunai selain ruang rehabilitasi.

Misi jabatan petugas adalah dihasilkannya tertib layanan administrasi dan keuangan dengan mengagendakan, mengonsep dan menetik surat pertanggung jawaban atau berkas secara lancar tepat waktu serta mengarsipkan berkas keuangan.

Uraian tugas staf di Instalasi Administrasi Pasien yaitu :

- a. Menerima berkas tagihan dan surat penting lainnya.
- b. Mencatat/membukukan kedalam buku besar data untuk pelaksanaan monitoring keuangan.
- c. Membuat konsep laporan bulanan, triwulan, semester dan tahunan berdasarkan sumber keuangan dana interen maupun dana subsidi untuk disampaikan kepada pimpinan.
- d. Membuat konsep surat dan konsep lainnya untuk disampaikan kepada pimpinan.
- e. Mengarsipkan bukti-bukti penerimaan.
- f. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Petugas dalam melaksanakan pekerjaan bertanggung jawab dalam ketelitian dan kebenaran dalam mengaudit berkas tagihan, kebenaran dan ketepatan dalam membukukan berkas tagihan dan kebenaran dan ketepatan dalam membuat konsep laporan. Wewenang petugas dalam kegiatan pelaksanaan tugas yaitu meminta petunjuk/pengarahan atasan dan kelengkapan berkas tagihan.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1 Karakteristik Informan

Pada penelitian ini, penulis melakukan wawancara mendalam dengan tujuh orang informan yang mewakili kompetensi masing-masing. Informan penelitian dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 6.1
Karakteristik Informan

Kode Informan	Jabatan	Lama Kerja	Usia	Pendididikan
Informan I (P1)	Salah satu Kepala Instalasi	22 tahun 4 bulan	49 tahun	S2 Kedokteran
Informan II (P2)	Staf Administrasi Pasien	8 tahun	27 tahun	SMA
Informan III (P3)	Perawat IGD	10 tahun	31 tahun	DIII Keperawatan
Informan IV (P4)	Perawat Ruang Rawat Inap	3 tahun	24 tahun	DIII Keperawatan
Informan V (P5)	Petugas Bagian Pembayaran	20 tahun	44 tahun	SLTA
Informan VI (P6)	Salah satu Koordinator Gizi Rawat Inap	6 tahun 8 bulan	31 tahun	D-IV Ilmu Gizi
Informan VII (P7)	Asisten Apoteker	5 tahun	31 tahun	SMF

Berdasarkan tabel 6.1, yang menjadi informan penelitian berjumlah tujuh orang dan semua informan terlibat dalam kegiatan pelayanan administrasi pasien rawat inap. Informan I berusia 49 tahun dengan pendidikan terakhir S2 Kedokteran dan saat ini menjabat sebagai salah satu Kepala Instalasi di RSKO dengan lama kerja 22 tahun 4 bulan. Informan II berusia 27 tahun dengan pendidikan terakhir SMA dan saat ini menjabat sebagai staf administrasi pasien dengan lama kerja 8 tahun. Informan III berusia 31 tahun dengan pendidikan terakhir DIII Keperawatan dan saat ini menjabat sebagai perawat IGD dengan lama kerja 10 tahun. Informan IV berusia 24 tahun dengan pendidikan terakhir DIII Keperawatan dan saat ini menjabat sebagai perawat ruang rawat inap dengan lama kerja 3 tahun. Informan V berusia 20 tahun dengan pendidikan terakhir SLTA dan saat ini menjabat sebagai petugas bagian pembayaran dengan lama kerja 20 tahun. Informan VI berusia 31 tahun dengan pendidikan terakhir DIV Ilmu Gizi dan saat ini menjabat sebagai salah satu koordinator gizi rawat inap dengan lama kerja 6 tahun 8 bulan. Informan VII berusia 31 tahun dengan pendidikan terakhir SMF dan saat ini menjabat sebagai asisten apoteker dengan lama kerja 5 tahun.

6.2 Hasil Penelitian

6.2.1 Komponen Input

6.2.1.1 SDM (Sumber Daya Manusia)

a. Jumlah dan Jam Kerja

Jumlah petugas di ruang IGD yaitu 11 orang perawat termasuk kepala ruangan, jumlah dokter 6 orang dan tidak ada petugas administrasi khusus yang menangani administrasi pasien rawat inap di IGD. Menurut informan jumlah petugas yang ada sudah mencukupi dalam hal menangani pelaksanaan tugas sehari-hari. Namun karena tidak adanya petugas administrasi khusus di IGD membuat perawat tidak hanya melakukan tindakan keperawatan kepada pasien tetapi juga menangani administrasi kelengkapan data pasien. Berikut petikan hasil wawancara :

“Kalau untuk semuanya perawatnya itu ada 11, dokternya 6. Petugas administrasi kita tidak ada jadi untuk data-data pasien itu kebanyakan dikerjakan perawat. Kalau untuk pelaksanaan hari-hari cukup. ” (P3)

Pengaturan *shift* di ruang IGD yaitu pagi pukul 08.00-15.00 dengan jumlah 2 sampai 3 orang perawat, sore pukul 15.00-21.00 berjumlah 2 orang perawat dan malam pukul 21.00-08.00 juga 2 orang perawat.

Dari hasil wawancara mendalam bahwa petugas di Instalasi Administrasi Pasien berjumlah 7 orang belum termasuk Kepala Instalasi Administrasi Pasien 1 orang dan didapatkan informasi bahwa jumlah petugas yang ada mencukupi dalam pelaksanaan tugas sehari-hari jika semua petugas hadir sesuai dengan jadwal dinas yang ada. Ada saat tertentu apabila banyak pasien yang memerlukan informasi mengenai persyaratan masuk rumah sakit

ataupun kegiatan yang berhubungan dengan cara pembayaran pasien serta ada petugas yang berhalangan hadir dirasakan terjadi peningkatan volume kerja.

Berikut petikan hasil wawancara :

“...mestinya sih cukup cuma karena ada pelaksanaan shift jadi otomatis itu yang masuk pagi 4, kalau misalnya pasien ngga terlalu banyak mungkin ngga masalah, tapi kalau pasiennya banyak itu baru bermasalah karena masing-masing yang masuk itu kan dengan pekerjaan yang harus mereka selesaikan. Dalam melayani pasien untuk menjelaskan pertanyaan atau persyaratan tergantung pasien masuk dengan jaminan atau non jaminan. Jika seperti itu tetap diselesaikan cuma memerlukan waktu yang lebih lama.” (P1)

“...dibilang cukup, cukup, dibilang kurang, kurang. Ya kadang-kadang kalo kerjanya banyak ya mungkin bisa kurang. Sebernarnya sih cukup kalau maksimal kinerjanya, sih cukup. Karena kan kita ngga tau teman kita lagi ada halangan apa ngga...” (P2)

Dari hasil wawancara mengenai pelaksanaan *shift* di Instalasi Administrasi Pasien yaitu *shift* pagi pukul 08.00-16.00 berjumlah 4 orang staf dan 1 kepala instalasi dan *shift* sore hingga malam pukul 16.00-08.00 dengan 1 orang staf. Berdasarkan hasil wawancara bahwa adanya *shift* maka petugas akan lebih mengetahui tentang keluar masuknya pasien selama 24 jam tetapi jumlah petugas pada jam pagi hari akan berkurang padahal intensitas pekerjaan di pagi hari tetap tinggi. Berikut kutipan hasil wawancara :

“Pengaturan shift ngga ada masalah cuma di tempat saya ini kan perempuannya 3 sedangkan laki-lakinya kan 4. Nah, yang perempuan mungkin kesulitan untuk shift sore sama shift malam.” (P1)

“...sebenarnya lebih baik karena kita bisa tau pasien itu rolling 24 jam bisa tau ada yang masuk apa ngga, cuma ada kekurangannya, yang pagi berkurang karena kan intensitas pagi lebih banyak kerjanya daripada sore malam.” (P2)

Ruang rawat inap yang menjadi sumber informasi yaitu ruang komplikasi/Bidadari. Di ruang rawat inap ini, tindakan yang diterima pasien lebih kompleks sehingga pencatatan tindakan tidak boleh terlewat setiap

harinya dan di ruangan ini tidak memiliki petugas administrasi khusus yang menangani pelayanan administrasi pasien. Jumlah perawat di ruangan ini berdasarkan hasil wawancara dan telaah dokumen adalah 17 orang termasuk kepala ruangan dan ketua tim, dokter ruangan berjumlah 1 orang dan beberapa dokter spesialis yaitu dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis jiwa, dokter spesialis syaraf dan dokter spesialis kulit dan kelamin. Selain itu, ada petugas *cleaning service* 2 orang. Dengan jumlah perawat dan dokter tersebut telah mencukupi dalam pelaksanaan tugas saat melayani pasien rawat inap. Di bawah ini kutipan hasil wawancara :

“Bermacam-macam profesi, pastinya ada perawat dan dokter. Ada juga petugas cleaning service tapi kalau petugas administrasi sendiri nggak ada yang khusus ditugaskan di ruangan ini. Disini jumlah perawat 17 orang, dokter ruangan 1 orang, dokter spesialisnya itu ada penyakit dalam, syaraf sama kulit dan kelamin. Untuk sementara ini kalau dihitung dari jumlah BOR ya sejauh ini mencukupi, namun bila ada pasien yang ADLnya harus dibantu total jatuhnya kurang. Tapi karena bed yang terisi tidak penuh, sejauh ini masih mencukupi.” (P4)

Pengaturan *shift* di ruang rawat inap untuk petugas/perawat di ruangan yaitu *shift* pagi pukul 08.00-15.00 dengan kepala ruangan, ketua tim 3 orang, perawat pelaksana 2 orang, *shift* sore pukul 15.00-21.00 berjumlah 2-3 orang perawat dan *shift* malam pukul 21.00-08.00 juga 2-3 orang perawat. Dokter ruangan hanya ada pada *shift* pagi, untuk *shift* sore dan malam berhubungan dengan dokter jaga di IGD.

Bagian pembayaran atau kasir yang bertugas dalam melayani pembayaran pasien rawat inap berjumlah 9 orang petugas dan 1 orang kepala instalasi. Dari hasil wawancara mendalam jumlah petugas tersebut mencukupi dalam pelaksanaan tugas. Berikut petikan hasil wawancara :

“Ada 9 orang, tambah 1 kepala instalasinya. Untuk saat ini jumlah petugas sudah cukup.” (P5)

Di bagian pembayaran, pengaturan *shift* juga hampir sama yaitu *shift* pagi pukul 08.00-16.00 dengan jumlah petugas 3 orang, *shift* sore pukul 16.00-21.00 dengan jumlah petugas 1 orang dan *shift* malam pukul 21.00-08.00 dengan jumlah petugas 1 orang.

b. Latar Belakang Pendidikan dan Keterampilan

Berdasarkan hasil wawancara dan telaah dokumen bahwa latar belakang pendidikan petugas di Instalasi Administrasi Pasien beragam, seperti DIII Kesekretariatan 1 orang, DIII Kesehatan Masyarakat 1 orang, S1 Komputer 1 orang dan 4 orang lainnya lulusan SMA/SMK. Menurut informan, dengan latar belakang pendidikan petugas yang ada sekarang masih bisa menunjang dalam melaksanakan pekerjaan di administrasi pasien tetapi menurut salah satu informan bahwa di Instalasi Administrasi Pasien membutuhkan juga petugas yang memiliki kualifikasi latar belakang pendidikan sarjana ekonomi untuk menunjang pekerjaan seperti pemberkasan yang berhubungan dengan biaya pasien rawat inap.

Keterampilan dalam pengoperasian komputer serta kemampuan komunikasi petugas harus dilatih dalam memberikan informasi kepada pasien. Berikut kutipan hasil wawancara :

“Kalau di tempat saya rata-rata pegawainya tamatan SMA, tapi ada juga yang DIII, mungkin yang tamat SMA masih bisa untuk disini, cuma alangkah lebih baik kalau ada satu yang dari sarjana ekonomi untuk pemberkasan biaya pasien.” (P1)

“Latar belakang pendidikan disini SMA masih bisa yang penting bisa menguasai komputer. Disini juga petugas harus berani menghadapi pasien, komunikasi sama pasien, bisa bekerja di bawah tekanan. ” (P2)

Berdasarkan hasil wawancara pada beberapa informan dan telaah dokumen bahwa latar belakang pendidikan petugas di IGD dan ruang rawat inap terutama perawat paling rendah adalah D3. Menurut informan, latar belakang pendidikan yang tinggi akan lebih menguasai secara teoritis namun terkadang teori di tempat pendidikan berbeda dengan kenyataan di lapangan.

Berikut petikan hasil wawancaranya :

“Kalo latar belakang pendidikan lebih menguasai teori secara umum ya tapi ngga terlalu pengaruh sama yang ada di lapangan karena kan apa yang didapat di pendidikan kadang berbeda sama yang ada di sini” (P3)

“Secara teoritis lebih menguasai juga untuk pengetahuan mengenai pendidikan kesehatan kepada pasien lebih baik tentunya.” (P4)

c. Lama kerja

Lama kerja petugas administrasi pasien rawat inap, menurut salah satu informan berpengaruh terhadap pelayanan yang diberikan di Instalasi Administrasi Pasien mengenai tingkat kejenuhan dalam melaksanakan pekerjaan. Berikut hasil petikan wawancara :

“Kalau lama kerja di administrasi pasien mestinya berpengaruh tapi ngga terlalu, karena masalah lama kerja itu juga memberikan kejenuhan pada seseorang sehingga kerjanya ngga terlalu maksimal. Untuk kemampuan dalam melayani pasien, lama kerja bukan menjadi hal yang berpengaruh pada petugas untuk memberikan pelayanan kepada pasien.” (P1)

“lama kerja ngga terlalu berpengaruh, ya sebenarnya tergantung orangnya sih, kalau mau belajar ngga ada masalah.” (P2)

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara mendalam yang dilakukan penulis bahwa lama kerja tidak berpengaruh pada kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan. Jika ada permasalahan yang terjadi pada pasien seperti pasien meminta informasi mengenai persyaratan

pembayaran atau banyaknya pasien yang berkunjung belum tentu petugas administrasi pasien rawat inap dengan lama kerja lebih tinggi akan dapat menanganinya dengan mudah.

Di ruang IGD, lama kerja petugas memiliki pengaruh dengan kemampuan menangani pasien dengan tingkat kegawatan yang berbeda. Pengalaman sangat diperlukan terutama untuk menangani pasien dengan kegawatdaruratan NAPZA. Mengenai lama kerja tenaga kesehatan yang ada di ruang rawat inap juga memiliki pengaruh dalam memberikan pelayanan kepada pasien karena tingkat kemahiran tenaga kesehatan dalam memberikan tindakan kepada pasien lebih tinggi. Berikut hasil petikan wawancara :

“Lama kerja berpengaruh karena berkaitan sama pengalaman dalam menangani pasien dengan kegawatdaruratan NAPZAnya.”(P3)

“...biasanya yang sudah lebih senior itu lebih mahir dalam melakukan tindakan ke pasien...” (P4)

6.2.1.2 Sarana

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi mengenai jenis dan ketersediaan sarana di ruangan yang terkait dengan pelayanan administrasi pasien rawat inap dapat dilihat pada tabel 6.2 :

Tabel 6.2
Sarana untuk Pelayanan Pasien Rawat Inap

JENIS	IGD	Ruang Rawat Inap	Instalasi Administrasi Pasien	Unit Pembayaran
ATK	√	√	√	√
Komputer	√	√	√	√
Telepon	√	√	√	√
Mesin Fax	x	x	x	x
Alat Kesehatan	√	√	x	x

Keterangan : √ = Ada, x = Tidak Ada

Dari tabel 6.2 bahwa sarana dalam menunjang kegiatan pelayanan administrasi pasien rawat inap pada setiap ruangan mencukupi seperti di ruang IGD, ruang rawat inap dan bagian pembayaran. Dari hasil wawancara kepada informan bahwa ketersediaan mesin fax administrasi pasien dapat dikatakan perlu untuk keluarga pasien yang berada di luar kota yang ingin mengirimkan bukti transfer pelunasan biaya rawat inap maupun berkas-berkas penunjang lainnya namun sifatnya tidak mendesak. Di bawah ini petikan wawancaranya :

“...kalau bisa disediakan mesin fax di ruangan karena ada pasien yang mau mengirim rincian/bukti pembayaran mereka. Sebenarnya ada mesin fax tapi bukan di ruangan administrasi pasien, tapi lebih baik jika ada di ruangan...” (P1)

“...di administrasi pasien sebenarnya yang lebih butuh mesin fax...” (P5)

Adapun hambatan yang dirasakan dalam hal sarana yang tersedia adalah pengajuan barang yang habis dan masalah perawatan sarana terutama alat kesehatan di IGD dan ruang rawat inap. Berdasarkan hasil observasi akan hal sarana tidak terlalu mempengaruhi pelayanan administrasi pasien rawat inap. Masalah perawatan alat kesehatan yang tidak rutin dan pemanfaatan yang kurang maksimal dikemukakan oleh informan di ruang rawat inap dan IGD. Berikut kutipan hasil wawancaranya :

“Paling tinta printer bermasalah, soalnya susah mintanya kalau habis. Kalau ada barangnya bisa langsung diambil, tapi kalau ngga ada ya pakai printer lain yang pakai pita...” (P2)

“...yang sering ditemukan itu maintenance alatnya. Memang ada, tapi tidak rutin. Jika sudah rusak, baru kita hubungi untuk diganti yang baru. Padahal seharusnya kan ada maintenance rutin supaya alat itu awet...” (P4)

“...terkait sarana cukup, cuma pemanfaatannya yang kurang maksimal...” (P3)

6.2.1.3 SOP (*Standar Operational Procedure*)

Menurut informan, SOP sebagai prosedur tertulis dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan pasien rawat inap sudah ada di setiap ruangan yang dilalui pasien rawat inap mulai dari IGD, ruang rawat, administrasi pasien dan bagian pembayaran. Namun untuk pelayanan administrasi rawat inap hanya ada di Instalasi Administrasi Pasien. Hasil telaah dokumen juga mendapatkan informasi mengenai adanya SOP pada setiap ruangan tersebut. SOP yang ada di Instalasi Administrasi Pasien seperti penerimaan administrasi pasien rawat inap, pemulangan pasien, penyelenggaraan administrasi pasien rawat inap. Di bawah ini petikan hasil wawancara :

"SOP ada, semuanya sudah tau dan dijalankan. SOP itu isinya standar kita kerja di administrasi pasien seperti menerima pasien, pasien pulang." (P2)

"Sebenarnya SOP itu memang sudah ada ya dari RS sendiri untuk administrasi pasien." (P1)

Dari hasil wawancara kepada informan di Instalasi Administrasi Pasien bahwa SOP dilaksanakan seperti kebiasaan petugas yang nantinya akan disesuaikan lagi dengan SOP yang ada tetapi ada kalanya pelaksanaan tugas tidak sesuai dengan tiap tahap yang tertulis di SOP. Informan lain mengatakan bahwa dalam melaksanakan SOP di ruangan juga perlu dukungan dari pasien yang bersangkutan membawa kelengkapan berkas yang dibutuhkan untuk persyaratan rawat inap. Berikut kutipan hasil wawancara :

"kita kadang-kadang menjalankannya ngga sesuai urutan, yang sudah kebiasaan kita nanti disesuaikan saja"(P2)

"prosedurnya kita jalani semua, ada memang yang terlewat, misalnya fotokopy KTP pasien untuk berkas harusnya ada tetapi misalnya terlewat. Solusinya ya menghubungi pasien atau keluarga untuk menyerahkan kembali. Karena kan di sini hanya mengurus administrasi pasiennya saja." (P1)

Berdasarkan hasil wawancara kepada informan di IGD mengenai SOP dalam pelaksanaan kegiatan juga sudah ada seperti prosedur penerimaan pasien atau pemindahan pasien ke ruang rawat inap namun jarang disosialisasikan dan dibaca oleh petugas yang ada di ruangan. Pelaksanaan kegiatan sehari-hari dalam menangani pasien mengikuti kebiasaan yang sudah dilakukan sebelumnya. Berikut petikan hasil wawancara :

"Kalau SOPnya sih sebenarnya ada tapi jarang disosialisasikan dan dibaca. Pelaksanaan kegiatan kebanyakan mengikuti kebiasaan, tapi ngga jauh-jauh beda hanya kurang tertib dan tidak sesuai urutan saja." (P3)

Berdasarkan hasil wawancara kepada informan di ruang rawat inap bahwa SOP di ruangan telah dibukukan di ruangan. Dari hasil telaah data sekunder bahwa SOP yang ada misalnya seperti prosedur penerimaan pasien, prosedur pemulangan pasien, pelaksanaan tugas jaga, prosedur yang berkaitan dengan unit penunjang, prosedur tindakan. Pada unit pembayaran berdasarkan hasil wawancara juga sudah tersedia SOP seperti penerimaan pasien, pembuatan laporan, pencatatan transaksi. Untuk pelaksanaan kegiatan di ruang rawat inap dan pembayaran, kedua informan mengatakan bahwa pelaksanaan pelayanan pasien telah dilakukan sesuai SOP oleh petugas yang ada di ruangan. Berikut petikan hasil wawancara :

"iya, untuk SOP sendiri memang kita sudah ada ya pembukuannya dari rumah sakit. Isinya cukup kompleks, seperti prosedur tindakan, prosedur pemulangan pasien. Secara keseluruhan pelaksanaan kegiatan sudah dilakukan sesuai prosedur yang ada di SOP." (P4)

"...SOP ada. Kalau di unit pembayaran SOPnya menerima, membukukan, memasukkan data ke komputer, membuat laporan per bulan mengenai pendapatan dokter, laboratorium dll. Kalau di sini Insya Allah sudah menjalankan sesuai prosedur karena kepala instalasi juga mengawasi setiap hari." (P5)

6.2.1.4 Kebijakan

Berdasarkan hasil wawancara untuk pasien rawat inap dengan SKTM dan Gakin mengacu pada petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis (Juklak-Juknis) dari Dinas Kesehatan DKI Jakarta. Berikut hasil petikan wawancara :

”Kalau kebijakan standarnya sudah ada, misalkan pasien jaminan dengan SKTM, Gakin mengenai Juklak Juknisnya sudah ada secara tertulis. Karena memang ada petunjuknya yang harus kita ikuti.”(P1)
”...kebijakan seperti uang muka misalnya ada pasien mau dirawat lalu mengalami kurang uang muka yang sudah distandarkan, pasien tersebut tetap masuk ruangan, uang yang pasien bawa tetap diterima selanjutnya pasien mencicil atau seperti apa itu sambil berjalan...”
(P2)

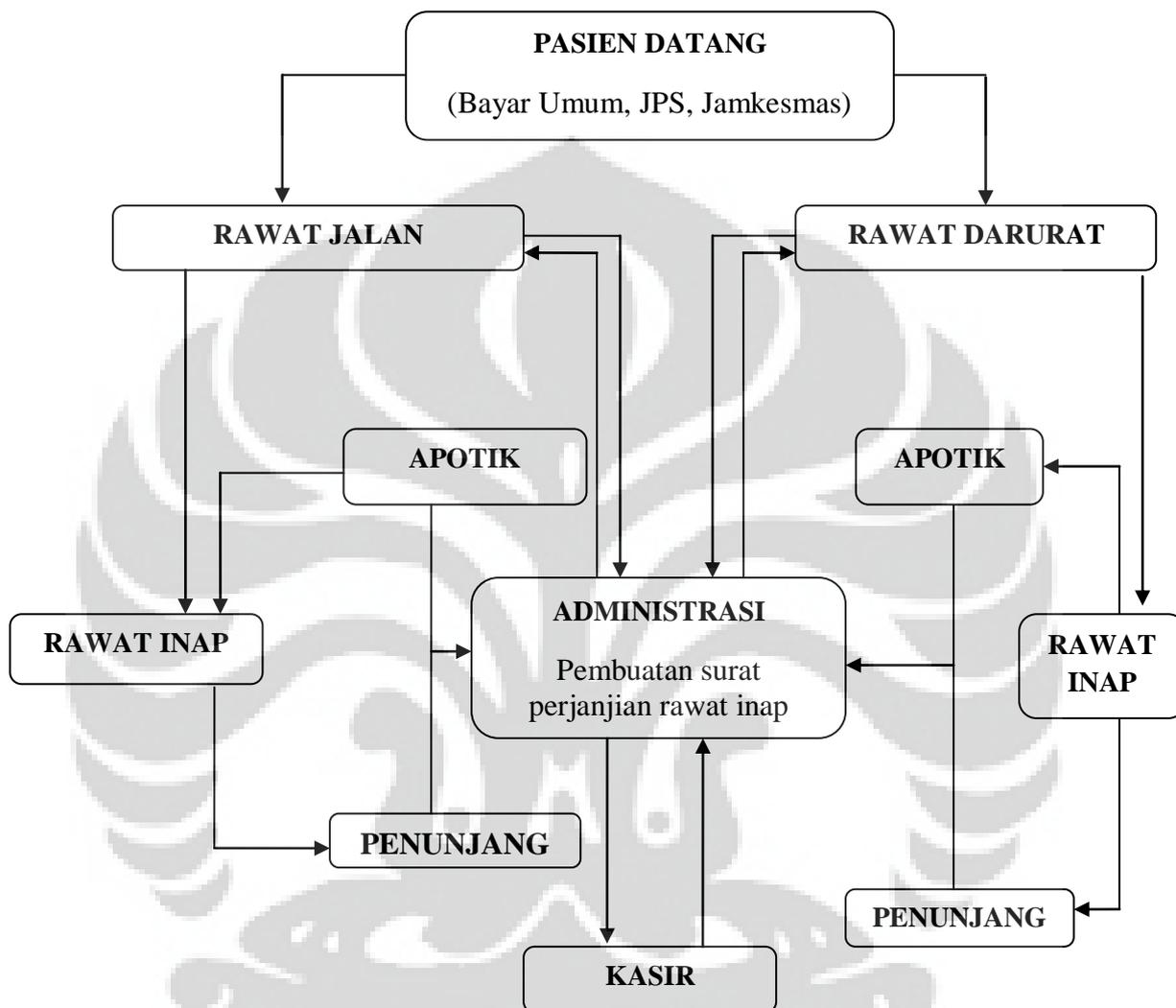
Hasil telaah dokumen mengenai kebijakan lain yang ada yaitu dalam penetapan tarif pelayanan RSKO Jakarta tahun anggaran 2011 ditetapkan dalam Keputusan Direktur RSKO No : HK. 03. 05/1/2826/2011. Tarif pelayanan yang diberlakukan adalah tarif pelayanan kelas III dan tarif pelayanan di atas kelas III RSKO Jakarta tahun anggaran 2011.

6.2.2 Komponen Proses

Proses pelaksanaan pelayanan pasien rawat inap di RSKO Jakarta dapat terlihat pada alur pasien masuk rawat inap pada gambar 6.1 :

Gambar 6.1

Alur Pasien Masuk Rawat Inap



Sumber : Instalasi Administrasi Pasien RSKO Jakarta tahun 2011

Berdasarkan gambar 6.1 mengenai alur pasien masuk rawat inap di RSKO Jakarta, pasien yang datang meliputi pasien dengan cara pembayaran umum/tunai, JPS (SKTM dan Gakin) serta pasien Jamkesmas. Setiap pasien yang akan masuk rawat inap harus melalui instalasi administrasi pasien untuk mengurus kelengkapan berkas terutama untuk pembuatan surat perjanjian rawat inap.

6.2.2.1 Penerimaan dan Pelayanan Pasien Rawat Inap di IGD

Salah satu pintu masuk pasien yang akan masuk rawat inap adalah IGD. Berdasarkan hasil wawancara petugas bahwa dalam penerimaan dan pelayanan pasien di IGD tidak ada perbedaan pelayanan antara pasien jaminan dan non jaminan. Pasien yang memerlukan tindakan segera akan ditangani terlebih dahulu kemudian keluarga pasien mengurus kelengkapan administrasinya. Petugas IGD juga mengarahkan keluarga pasien untuk menyelesaikan pembayaran ke kasir. Berikut kutipan hasil wawancara :

“...kalau pasien yang memerlukan tindakan segera, kita langsung apa yang ditolong dulu baru kemudian keluarganya mengisi data. Kalau keadaan pasien ngga gawat darurat biasanya kita administrasinya dulu.”(P3)

Serah terima pasien ke ruang rawat dilakukan setelah semua pemeriksaan penunjang telah dilalui pasien. Pasien diantar ke ruang rawat oleh petugas IGD kemudian melakukan serah terima dengan perawat ruangan mengenai tindakan, obat-obatan, pemeriksaan penunjang serta cara pembayaran pasien.

Menurut salah seorang informan, salah satu masalah yang ditemui adalah tidak ada petugas administrasi khusus yang menangani administrasi pasien IGD terutama untuk pasien baru jadi kegiatan pencatatan dikerjakan oleh perawat. Berikut petikan hasil wawancara :

“karena kita yang agak kurang ya karena petugas administrasinya, terutama dari rekam medik. Kalau ada pasien baru kita menghubungi dulu petugasnya baru mereka datang. Jadi data-data pasien kebanyakan dikerjakan oleh perawat. “ (P3)

6.2.2.2 Penerimaan dan Pelayanan Pasien di Ruang Rawat Inap

Penerimaan pasien di ruang rawat inap mengikuti alur mulai pasien datang dari IGD dengan pemberitahuan dari petugas IGD. Perawat ruang rawat inap menyiapkan kamar pasien yang telah dipesan sebelumnya. Pasien diantar oleh petugas IGD dan perawat ruang rawat inap ke kamar serta diberikan penjelasan mengenai fasilitas kamar. Petugas IGD dan perawat ruang rawat inap melakukan serah terima mengenai kondisi pasien, obat-obatan, pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan serta memeriksa adanya surat pengantar rawat inap dari IGD. Selanjutnya adalah menghubungi instalasi gizi untuk kebutuhan makan pasien. Berikut kutipan hasil wawancara :

“pasien diantar ke ruang rawat, operan antara perawat IGD dan perawat ruangan tentang tindakan yang sudah dilakukan, obat-obat yang sudah diberikan, pemeriksaan apa yang sudah dilakukan, sama administrasinya juga dioperkan.” (P3)

“biasanya pasien itu mulai dari IGD, biasanya mereka itu booking tempat dulu untuk permintaan kelas perawatan dengan menelepon ke ruangan, setelah itu kita biasanya siapkan kamarnya, kemudian dari pihak IGD mengantar pasien langsung ke kamar kemudian setelah pasien nyaman kita beri penjelasan dulu tentang menggunakan fasilitas ruangan. Setelah itu biasanya perawat ruangan dengan perawat IGD operan obat-obatan, kondisi pasiennya, pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan, askep, catat dan susun di status. Setelah itu biasanya kita telepon bagian gizi untuk pemberitahuan permintan makanan.” (P4).

Pasien baru akan mendapatkan makanan dari instalasi gizi secara langsung apabila jam masuk pasien tersebut ke ruangan tidak melewati batas jam perdistribusian makanan ke ruang rawat inap. Untuk pemenuhan kebutuhan makan pasien rawat inap, permintaan makanan pasien dalam sehari dicatat dalam formulir permintaan makan oleh perawat yang bertugas

pada malam hari dan akan diambil oleh petugas pengantar makanan pada pagi harinya.

Berdasarkan telaah data sekunder, formulir permintaan makan pasien berisi tentang ruang rawat, hari/tanggal, nama pasien, kelas, serta jenis diet untuk makan pagi, siang dan malam. Mekanisme pendistribusian makanan ke ruang rawat inap menggunakan sistem sentralisasi dimana makanan akan dibagikan kepada masing-masing pasien sesuai porsinya. Petugas gizi juga mencatat pada buku komunikasi mengenai kegiatan pendistribusian makanan yang akan ditandatangani oleh perawat ruangan. Berikut petikan hasil wawancara :

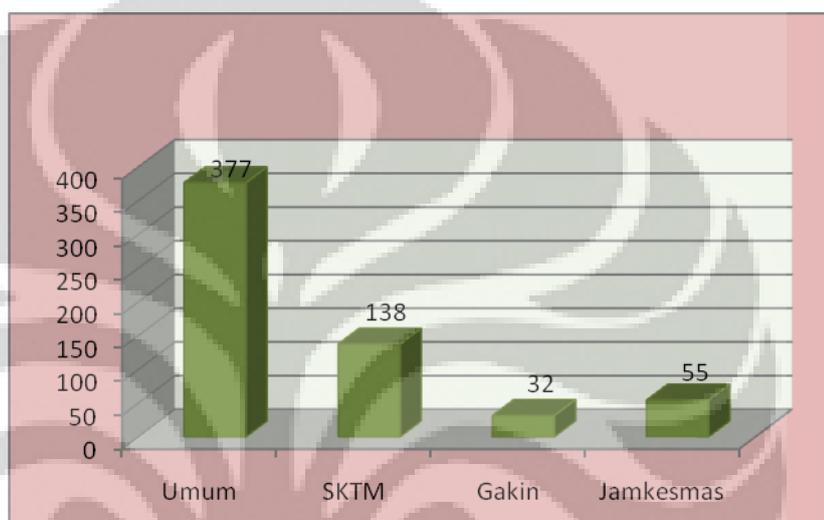
“ada form permintaan makan pasien biasanya dibuat sama perawat yang dinas malam, besok pagi diambil sama petugas pengantar makanan dari gizi. Pasien yang baru masuk, permintaan makanannya via telepon dari ruangan. Kalau pasien masuk jam 1 siang berarti dia ngga dapet makan siang. Sistem penyaluran makanan sentralisasi dan ada buku komunikasi yang dilihat sama ditandatangani perawat.”
(P6)

“biasanya kita dikasih lembaran permintaan makanan pasien yang diisi sama perawat yang dinas malam terus paginya diambil sama petugas gizi.” (P4)

Pasien yang telah selesai masa rawat dan dibolehkan pulang harus mendapatkan persetujuan dari dokter untuk pulang, kemudian perawat ruangan menghubungi keluarga pasien untuk melunasi biaya perawatan dengan mengetahui total rincian biaya di administrasi pasien serta melakukan pembayaran di kasir. Jika proses pembayaran telah selesai maka perawat akan melengkapi berkas seperti surat pulang, obat-obatan serta pendidikan kesehatan dan selanjutnya menghubungi instalasi gizi untuk pemberitahuan keputungan pasien. Dalam masa perawatan pasien, berdasarkan hasil

wawancara dengan informan hambatan dalam pelayanan pasien di ruang rawat yaitu petugas di unit terkait yang tidak di tempat saat ada tindakan pasien yang harus dengan sepengetahuan petugas tersebut.

Gambar 6.2
Utilisasi Pasien Rawat Inap RSKO Jakarta
Berdasarkan Cara Pembayaran tahun 2011



Sumber : Instalasi Rekam Medis dan Informasi RSKO Jakarta tahun 2011

Berdasarkan gambar 6.2 di atas, jumlah pasien rawat inap di RSKO Jakarta pada tahun 2011 adalah sebesar 602 orang yang terdiri dari 377 pasien dengan cara pembayaran tunai, 138 pasien dengan SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu), 32 pasien dengan Gakin dan 55 orang dengan Jamkesmas.

6.2.2.3 Pencatatan Kegiatan Harian

Penerimaan pasien rawat inap juga terjadi di Instalasi Administrasi Pasien dalam hal kelengkapan berkas pasien untuk dapat masuk ke ruang rawat inap. Pasien rawat inap dapat masuk melalui IGD/IRJ kemudian

perawat akan mengarahkan keluarga pasien untuk membayar uang muka perawatan ke bagian pembayaran/kasir. Bukti hasil pembayaran uang muka perawatan diberikan ke Instalasi Administrasi Pasien. Keluarga pasien mengisi surat perjanjian rawat inap yang berisikan biodata lengkap keluarga pasien beserta nomor telepon yang dapat dihubungi guna kemudahan tagihan biaya pasien saat perawatan di atas materai. Pasien dengan jaminan Gakin/SKTM/Jamkesmas akan diperiksa dahulu berkasnya. Perbedaan hanya terjadi pada persyaratan berkas yang harus dilengkapi oleh pasien dengan cara pembayaran yang berbeda tetapi tidak ada perbedaan dalam hal pelayanan yang diberikan petugas. Berikut petikan hasil wawancara :

“Untuk pasien mau dirawat dia biasanya berobat dari IGD atau rawat jalan dulu, terus menyelesaikan pembayaran uang muka baru kemari untuk pengisian blanko administrasi pasien, isinya identitas keluarga yang bertanggung jawab, identitas pasien, masuk mau kelas berapa disini, cara bayarnya gimana, mau pake jaminan apa ngga. Untuk pelayanan semua sama, kita ngga membeda-bedakan pasien bayar sama pasien dengan jaminan. ” (P2)

“Kalau untuk penerimaan awal itu ngga ada yang berbeda, semuanya sama harus mengisi formulir perjanjian rawat inap yang ditandatangani di atas materai. Semuanya sama hanya nanti pembayarannya saja yang berbeda.” (P1)

Instalasi Administrasi Pasien melakukan kegiatan pencatatan dalam penyelenggaraan masa perawatan pasien. Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, pencatatan tindakan pasien di setiap ruang perawatan atau sensus harian dilakukan setiap hari oleh petugas administrasi namun dalam pelaksanaannya terkadang sensus harian tidak berjalan sebagaimana mestinya. Menurut informan, hal ini dikarenakan tidak adanya petugas khusus yang bertanggung jawab untuk sensus harian ke ruang rawat inap serta informasi data tindakan yang masih manual/belum memiliki sistem

online ke unit terkait. Dampaknya apabila ada keluarga pasien yang ingin mengetahui rincian biaya perawatan harus menunggu terlebih dahulu sampai petugas selesai mengkonfirmasi ke ruang rawat inap yang bersangkutan hingga selesainya perhitungan biaya perawatan. Pendokumentasian sensus harian dibuat pada buku khusus sensus tindakan harian yang kemudian akan dimasukkan ke komputer untuk mengetahui total tagihan biaya rawat inap.

Berikut hasil petikan wawancara :

“Setiap hari kita sensus ke ruangan. Berhubung disini masih manual, masing-masing ruangan kita datengin terus mencatat tindakan pasien di buku pencatatan, baru kita input ke komputer. Disini ngga ada petugas khusus yang tanggung jawab untuk sensus harian, petugas yang sensus ya yang bertanggung jawab. Pernah juga kelewat, ada keluarga pasien yang mau minta perincian tapi belum terupdate. Biasanya kita ke catet ke belakang lagi, pasien nunggu sebentar sampai selesai perincian dibuat.” (P2)

“Mengenai pencatatan dan input data semuanya memang ada di administrasi pasien. Berapa biaya yang harus dibayar oleh pasiennya dari mulai masuk sampai keluar. Pencatatan mulai dari pasien masuk, datanya langsung diinput sesuai sama ruang perawatan. Sensus juga seharusnya dilakukan setiap hari, paling lama dua hari lah.” (P1)

Selain pencatatan tindakan harian bagi pasien rawat inap yang tidak kalah penting adalah pencatatan jumlah resep atau obat yang digunakan pasien rawat inap setiap harinya. Khususnya untuk pasien dengan jaminan dalam penebusan obat harus dengan sepengetahuan dan persetujuan dari Instalasi Administrasi Pasien. Mekanisme pengelolaan resep obat dibedakan atas cara pembayaran pasien yaitu :

- a. Pasien tunai : resep dari dokter diberi harga di apotik kemudian apoteker mengarahkan keluarga pasien untuk membayar di kasir, selanjutnya

keluarga pasien kembali ke apotik untuk mengambil obat yang telah dibayar.

- b. Pasien jaminan : resep dari dokter diberi harga di apotik kemudian keluarga pasien meminta acc resep (bukti stempel sesuai dengan jaminan yang digunakan yaitu JPS atau Jamkesmas) ke administrasi pasien. Petugas administrasi pasien mengarahkan keluarga pasien ke apotik untuk memproses resep.

Apabila ada harga obat yang melebihi jumlah rincian biaya pasien rawat inap yang belum dilunasi, pihak administrasi pasien akan menghubungi keluarga pasien untuk persetujuan penebusan obat tersebut. Jika ada pasien rawat inap yang ingin pulang akan ada *cross check* dari Instalasi Administrasi Pasien ke apotik untuk total harga pemakaian obat pasien.

“...khususnya untuk pasien yang dengan jaminan, harus ke administrasi pasien dulu untuk dapat acc dan masuk ke billing tagihan. Kalau harga obatnya lebih, kita hubungi keluarga pasien buat minta persetujuan mau ditebus apa ngga obatnya...” (P2)

“Pasien rawat inap diresepkan obat sama dokter dari ruangan, langsung ke apotik. Kalau pasiennya bayar, obat dihargain disini terus mereka bayar di kasir, baru setelah bayar kita siapkan obatnya dan kita kasih ke keluarga pasien. Pasien jaminan sama dihargain disini obatnya terus mereka acc dulu ke administrasi pasien, kalau sudah ada acc dari administrasi pasien, resepnya baru kita layanin.” (P7)

6.2.2.4 Proses Penagihan

Mekanisme pembuatan rincian tagihan berdasarkan hasil pencatatan tindakan yang dilakukan di ruang rawat kemudian akan dimasukkan ke komputer sesuai dengan nama dan ruangan pasien. Pembuatan rincian tagihan disesuaikan dengan jumlah tindakan dan pola tarif yang ada. Setelah rincian

selesai dibuat kemudian diberi tanggal dan ditandatangani oleh petugas yang membuat selanjutnya diberikan ke keluarga pasien. berdasarkan hasil wawancara dan observasi pemeriksaan ulang perhitungan biaya selalu dilakukan untuk menghindari kesalahan hasil akhir total biaya dan juga dilakukan cross check dengan unit lain seperti ruang rawat inap. Informasi mengenai tagihan biaya perawatan serta mengingatkan untuk menambah uang muka/deposit dengan memanggil keluarga pasien ke Instalasi Administrasi Pasien atau menghubungi keluarga lewat telepon bagi pasien yang tidak didampingi oleh keluarga. Berikut petikan hasil wawancara :

“Kita rinci tindakan di ruang perawatan, input ke komputer lalu kasih ke keluarga. Di rincian tagihan ditandatangani petugas yang memulangkan pasien itu. Pemeriksaan ulang pasti dilakukan lagi biar kita ngga ada kesalahan juga Untuk pemberitahuan jumlah biaya perawatan kita panggil keluarga ke administrasi pasien, lalu kita kasih tau rincian biayanya. Kalau pasien tidak ditunggu keluarga kita telepon suruh tambah uang muka lagi.” (P2)

“Pemeriksaan ulang saat buat rincian biaya perawatan juga ada dari buku sensus atau kalau pasien mau pulang cross check ke ruang rawat atau apotik”. (P1)

Pasien yang telah selesai masa rawat akan diarahkan oleh perawat ruangan ke Instalasi Administrasi Pasien untuk mengetahui total biaya perawatan. Petugas administrasi pasien memberikan form rincian tagihan biaya perawatan dan mengarahkan keluarga untuk melunasi di bagian pembayaran. Setelah selesai membayar, keluarga pasien kembali ke Instalasi Administrasi Pasien dan menyerahkan kwitansi serta rincian total tagihan untuk distempel lunas oleh petugas sebagai bukti ke ruang perawatan. Apabila ada pasien yang rawat inap yang tidak mampu melunasi biaya perawatan maka petugas akan membuat surat perjanjian piutang di atas

materai untuk mengangsur pembayaran. Hal ini berlaku bagi semua pasien baik jaminan maupun non jaminan.

“...pasien tunai sama jaminan sama ya. Pasien menyelesaikan administrasinya, ada stempel lunas di perincian lalu pulang. Pasien yang pakai SKTM yang dibayar adalah kontribusinya, sudah tertulis di rincian biaya yang kita kasih...” (P2)

“pasien yang pulang menyelesaikan pembayaran di kasir. Kalau dia tidak mampu melunasi, buat surat perjanjian bermaterai di administrasi pasien...” (P5)

6.2.2.5 Cara Pembayaran Pasien

Berdasarkan hasil wawancara, cara pembayaran pasien rawat inap terdiri dari pasien dengan pasien umum dan jaminan (Gakin/SKTM dan Jamkesmas). Berikut petikan hasil wawancaranya :

“...pasien non jaminan dan jaminan itu ada Gakin, SKTM dan Jamkesmas”. (P1)

“cara bayarnya tergantung pasien, bisa tunai, pakai Gakin, Jamkesmas sama SKTM”.

Pasien dengan pembayaran tunai merupakan pasien umum yang melakukan pembayaran secara langsung ke kasir. Sebelum masuk ruang perawatan, keluarga pasien terlebih dahulu membayar deposit atau uang muka ke kasir sesuai dengan tarif kamar perawatan. Jika keluarga pasien tinggal di luar daerah, untuk mempermudah pembayaran dapat melakukan transfer ke rekening rumah sakit. Pasien jaminan dibedakan atas pasien Gakin, pasien SKTM dan pasien Jamkesmas. Pasien Gakin tidak dikenakan biaya kontribusi biaya perawatan sedangkan pasien SKTM dikenakan biaya kontribusi biaya perawatan sesuai kriteria yang diberikan dari Puskesmas.

Berdasarkan wawancara dan observasi, pasien yang mengalami kesulitan dalam pembayaran uang muka perawatan tetap diterima untuk

masuk ke ruang rawat karena di rumah sakit tidak dipekenankan untuk menolak pasien. Berikut petikan hasil wawancara :

“kalau ada pasien yang bawa uang mukanya kurang, jumlah yang dia bawa tetap kita terima dengan perjanjian keesokan harinya atau pada saat dia nanti penyelesaian akan dibayar.” (P5)

Dalam proses rawat inap pasien dengan jaminan, kegiatan pemeriksaan penunjang dan yang berkaitan dengan obat-obatan harus melalui persetujuan dari Instalasi Administrasi Pasien untuk mengontrol berapa jumlah pelayanan yang telah digunakan oleh pasien.

6.2.3 Komponen Output

Output dari pelayanan administrasi pasien rawat inap adalah tertib dalam pelaksanaan pelayanan kepada pasien rawat inap di setiap tahapan yang dilalui pasien. Hal ini didapatkan dari hasil observasi mengenai kelengkapan berkas administrasi pasien tunai dan jaminan yang telah pulang pada bulan November tahun 2011.

Kelengkapan berkas pasien pulang bulan November 2011 dengan pembayaran tunai terdiri dari adanya :

1. Kwitansi pembayaran uang muka perawatan
2. Kwitansi pelunasan biaya perawatan
3. Surat perjanjian rawat inap
4. Perincian biaya perawatan
5. Surat pengantar masuk RSKO

Hasil telaah dokumen pada 20 berkas pasien dengan pembayaran tunai yang telah pulang pada bulan Noveember 2011 dapat dilihat pada Tabel 6.3 :

Tabel 6.3
Kelengkapan Berkas Pasien Pulang Bulan November 2011
dengan Pembayaran Umum

	Kwitansi uang muka perawatan	Kwitansi pelunasan biaya rawat	Surat perjanjian rawat inap	Perincian biaya perawatan	Surat pengantar masuk RSKO
Ps 1	√	√	√	√	-
Ps 2	√	√	√	√	-
Ps 3	√	√	√	√	√
Ps 4	√	√	√	√	-
Ps 5	√	√	√	√	-
Ps 6	√	√	√	√	√
Ps 7	√	√	√	√	-
Ps 8	√	√	√	√	√
Ps 9	√	√	√	√	√
Ps 10	√	√	√	√	√
Ps 11	√	-	√	√	-
Ps 12	√	-	√	√	-
Ps 13	√	√	√	√	-
Ps 14	√	√	√	√	-
Ps 15	√	√	-	√	-
Ps 16	√	√	√	√	-
Ps 17	√	√	√	√	-
Ps 18	√	√	√	√	-
Ps 19	-	-	√	√	√
Ps 20	√	√	√	√	-

Keterangan : Ps 1, dst (pasien 1, dst), (√) Ada, (-) Tidak Ada

Berdasarkan telaah dokumen mengenai kelengkapan berkas pasien pulang bulan November 2011 dengan pembayaran tunai yang terlihat dari Tabel 6.3 di atas, bahwa berkas pasien yang dikatakan lengkap berjumlah 5 berkas pasien dari 20 berkas pasien yang diteliti oleh penulis.

Kelengkapan berkas pasien SKTM/Gakin rawat inap yang pulang pada bulan November tahun 2011 terdiri dari adanya :

1. Kwitansi asli
2. Perincian biaya perawatan
3. Bukti tindakan/penunjang diagnostik
4. Fotokopi SKTM, KTP, KK
5. Resume medis
6. Surat perjanjian rawat inap
7. Surat pengantar masuk RSKO
8. Formulir permintaan surat jaminan

Telaah dokumen dilakukan pada 16 berkas pasien SKTM/Gakin yang pulang pada bulan November 2011. Dari 16 berkas pasien tersebut seluruhnya tidak lengkap. Hasil telaah dokumen terhadap 8 berkas dari 16 berkas pasien tersebut terdapat pada Tabel 6.4 sebagai berikut :

Tabel 6.4
Kelengkapan berkas Pasien Pulang Bulan November 2011
dengan SKTM/Gakin

No	Jenis Berkas	Ps 1	Ps 2	Ps 3	Ps 4	Ps 5	Ps 6	Ps 7	Ps 8
1.	Kwitansi asli	√	√	√	√	√	√	√	√
2.	Perincian biaya perawatan	√	√	√	√	√	√	√	√
3.	Bukti tindakan/penunjang diagnostik	√	√	√	√	√	√	√	√
4.	Fotokopi SKTM, KTP, KK	√	√	√	√	√	√	√	√
5.	Resume medis	√	√	√	-	√	√	√	√
6.	Surat perjanjian rawat inap	-	-	√	√	-	-	-	-
7.	Surat pengantar masuk RSKO	-	√	-	-	-	-	-	-

8.	Formulir permintaan surat jaminan	√	√	√	√	√	√	√	√
----	-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

Keterangan : Keterangan : Ps 1, dst (pasien 1, dst), (√) Ada, (-) Tidak Ada

Berdasarkan hasil telaah dokumen yang terlihat pada Tabel 6.4 mengenai kelengkapan berkas pasien SKTM/Gakin yang pulang pada bulan November 2011, didapatkan data bahwa dari 8 berkas pasien yang diteliti penulis belum ada berkas pasien yang menunjukkan adanya kelengkapan berkas.

Penulis juga melakukan telaah dokumen mengenai kelengkapan berkas pasien Jamkesmas yang telah pulang pada bulan November 2011 yaitu adanya :

1. Perincian biaya perawatan
2. Fotokopi kartu peserta Jamkesmas, KTP dan KK
3. Salinan resep
4. Bukti tindakan/penunjang diagnostik
5. Surat pengantar masuk RSKO
6. Surat perjanjian rawat inap

Tabel 6.5
Kelengkapan berkas Pasien Pulang Bulan November 2011 dengan Jamkesmas

No	Jenis Berkas	Ps 1	Ps 2	Ps 3	Ps4
1.	Perincian biaya perawatan	√	√	√	√
2.	Fotokopy kartu peserta Jamkesmas, KTP, KK	√	√	√	-
3.	Salinan resep	√	√	√	√
4.	Bukti tindakan/penunjang diagnostik	√	√	√	√

5.	Surat pengantar masuk RSKO	-	√	√	√
6.	Surat perjanjian rawat inap	-	√	√	√

Keterangan : Ps 1, dst (pasien 1, dst), (√) Ada, (-) Tidak Ada

Berdasarkan hasil telaah dokumen yang terlihat pada Tabel 6.5 mengenai kelengkapan berkas pasien Jamkesmas yang pulang pada bulan November 2011, didapatkan data bahwa dari 4 berkas pasien yang diobservasi terdapat 2 berkas pasien yang lengkap terdiri dari adanya perincian biaya perawatan, fotokopi kartu peserta Jamkesmas, KTP dan KK, salinan resep, bukti tindakan/penunjang diagnostik, surat pengantar masuk RSKO dan surat perjanjian rawat inap.

BAB 7

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian kualitatif yang dilakukan, penulis memiliki keterbatasan dalam menginterpretasi tentang makna yang tersirat dari informasi dan data yang ada tidak dapat dihindarkan. Subyektivitas peneliti tidak dapat dihindarkan karena adanya keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki. Keterbatasan lainnya yaitu informan yang penulis wawancarai merupakan pegawai RSKO Jakarta, sehingga sehingga secara psikologis ada beban pada diri mereka masing-masing untuk mengungkapkan pendapat secara lebih terbuka meskipun penulis telah berusaha meyakinkan untuk merahasiakan data informan yang diwawancarai.

7.2 Pembahasan Hasil Penelitian

7.2.1 Komponen Input

7.2.1.1 Sumber Daya Manusia

a. Jumlah

Sumber daya manusia yang terlibat dalam pelayanan administrasi pasien rawat inap terdapat pada setiap tahapan mulai dari IGD, ruang rawat inap, bagian administrasi pasien dan bagian pembayaran.

Berdasarkan hasil telaah dokumen berupa data kepegawaian RSKO Jakarta tahun 2011 serta hasil wawancara bahwa jumlah petugas di Instalasi Administrasi Pasien sebanyak 7 orang mencukupi jika semua petugas hadir

sesuai jadwal dinas yang telah dibuat terlebih apabila banyak pasien yang memerlukan informasi dan mengurus persyaratan pasien. Menurut Ilyas (2011) bahwa salah satu indikator keberhasilan rumah sakit yang efektif dan efisien adalah tersedianya SDM yang cukup dengan kualitas yang tinggi, professional yang sesuai fungsi dan tugas personel. Jumlah SDM yang cukup diiringi dengan komitmen yang professional dalam kehadiran dan pelaksanaan tugas sehari-hari sangat diperlukan pada unit yang memberikan pelayanan kepada pasien di rumah sakit.

Ruangan lainnya seperti IGD dan ruang rawat inap, belum ada petugas yang menangani administrasi pasien secara khusus. Pelaksanaan pengisian data-data pasien ataupun keperluan administrasi pasien dikerjakan oleh perawat bersamaan dengan penanganan tindakan penanganan pasien yang masuk IGD. Dalam Aditama (2004) kurangnya tenaga dapat membuat beban kerja menjadi bertambah, sehingga akhirnya mutu kerja menjadi menurun. Dalam hal pekerjaan administratif yang juga dilakukan perawat IGD kepada pasien selain tindakan keperawatannya, jumlah pasien yang datang maupun tingkat kegawatdaruratan pasien dapat menjadi pertimbangan sehingga tidak menjadi masalah jika pasien yang datang tidak melebihi jumlah perawat yang ada di tempat pada saat itu.

Dalam pengaturan jam kerja, semua informan mengatakan waktu kerja yaitu *shift* pagi, siang dan malam. Dalam pengaturan waktu kerja untuk petugas ruang IGD, ruang rawat inap dan bagian pembayaran tidak ada hambatan. Di Instalasi Administrasi Pasien, pengaturan *shift* juga diberlakukan sama namun dalam pelaksanaannya berdasarkan observasi

penulis bahwa *shift* sore dan malam di Instalasi Administrasi Pasien hanya dilakukan oleh satu orang staf. Menurut Widodo (2008), lama shift kerja sebaiknya tidak lebih dari 8 jam, jika lebih dari jam tersebut beban kerja sebaiknya dikurangi. Menurut informan karena intensitas pekerjaan pagi lebih tinggi maka *shift* sore kemudian dilanjutkan malam hanya dilakukan oleh satu orang petugas. Menurut penulis, hal ini dapat menyebabkan ketidakefektifan dalam melakukan pekerjaan walaupun pasien yang datang untuk mendapatkan informasi mengenai pelayanan rumah sakit tidak seperti jam kerja pagi hari.

b. Latar Belakang Pendidikan dan Keterampilan

Latar belakang pendidikan petugas di Instalasi Administrasi Pasien adalah DIII Kesekretariatan 1 orang, DIII Kesehatan Masyarakat 1 orang, S1 Komputer 1 orang dan 4 orang lainnya lulusan SMA/SMK. Petugas di IGD dan rawat inap memiliki pendidikan terendah DIII. Menurut Ilyas (2011), kinerja organisasi berhubungan dengan proporsi profesional, makin besar proporsi kelompok profesional, makin tinggi kinerja organisasi. Yang dimaksud profesional adalah personal dengan tingkat pendidikan minimal diploma 3. Jika dibandingkan dengan teori yang ada maka latar belakang pendidikan petugas administrasi pasien belum sesuai dengan teori. Untuk petugas IGD dan rawat inap telah memiliki latar belakang pendidikan yang dikatakan profesional yaitu DIII.

Menurut informan, keterampilan yang dimiliki petugas di Instalasi Administrasi Pasien juga penting seperti dalam pengoperasian komputer dan komunikasi terhadap pasien. Dari hasil observasi penulis, di Instalasi

Administrasi Pasien tidak semua petugas mempunyai kemampuan komunikasi yang baik dalam menangani pasien. Hal ini disebabkan karena petugas kurang menguasai permasalahan yang ada dan kurang percaya diri saat menghadapi pasien. Menurut Kirom (2010), kemampuan dan keterampilan staf dalam berkomunikasi dengan konsumen merupakan salah satu faktor penting dalam unsur pelayanan pasien. Keterampilan tiap staf administrasi dalam berkomunikasi dengan pasien harus senantiasa dipelihara, dilatih dan ditingkatkan.

c. Lama Kerja

Menurut salah satu informan, pengaruh lama kerja petugas yang memberikan pelayanan kepada pasien di Instalasi Administrasi Pasien mempengaruhi tingkat kejenuhan dalam melaksanakan tugasnya sehingga pekerjaan menjadi tidak maksimal. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan Ilyas (2011) bila personel melayani pasien secara terus menerus dengan masalah yang relatif sama dapat menimbulkan kejenuhan yang berakibat menurunnya kualitas pelayanan pada pasien.

Adakalanya lama kerja tidak berpengaruh terhadap kemampuan dalam pelaksanaan pekerjaan di Instalasi Administrasi Pasien. Menurut informan, dari hasil wawancara bahwa petugas dengan masa kerja yang lebih lama tidak menjamin kemampuan dalam melakukan pelayanan dan menangani masalah pasien.

7.2.1.2 Sarana

Dukungan sarana bagi staf bertujuan untuk meningkatkan kinerja mereka dalam melakukan kegiatan (Muninjaya, 2004). Berdasarkan hasil observasi dan wawancara mengenai jenis dan ketersediaan sarana di Instalasi Administrasi Pasien, IGD, ruang rawat inap dan bagian pembayaran sudah tersedia seperti komputer, ATK, telepon dan alat kesehatan di ruang rawat inap dan IGD.

Dari hasil observasi penulis bahwa belum adanya mesin fax di ruangan administrasi pasien tidak membuat pelaksanaan pelayanan administrasi pasien rawat inap menjadi terganggu, hanya petugas di ruangan harus lebih aktif untuk melakukan konfirmasi ke bagian keuangan mengenai berkas atau bukti rincian biaya yang telah keluarga pasien kirim.

Di IGD dan ruang rawat inap masalah yang terkait dengan sarana mengenai pemeliharaan alat kesehatan yang tidak dilakukan dengan rutin sehingga menghambat petugas dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

7.2.1.3 SOP (*Standar Operational Procedure*)

Dari hasil wawancara kepada informan, SOP atau prosedur mengenai seluruh kegiatan yang menjadi acuan dalam pelaksanaan pelayanan administrasi pasien rawat inap telah tersedia dan diketahui oleh semua petugas pada setiap ruangan. SOP yang ada menjelaskan setiap tahap dalam pemberian pelayanan kepada pasien khususnya rawat inap. Menurut Bedi (2006), SOP adalah salah satu prosedur tertulis dimana seseorang harus menyelesaikan pekerjaan dengan aman, tanpa efek buruk pada kesehatan

individu atau lingkungan dan dengan cara yang memaksimalkan efisiensi suatu pekerjaan.

Berdasarkan hasil telaah dokumen juga telah ditemukan adanya SOP yang diterbitkan tanggal 1 Desember 2010 di masing-masing ruangan yang dilalui pasien rawat inap. SOP yang ada di Instalasi Administrasi Pasien meliputi prosedur penerimaan administrasi rawat inap, penerimaan berkas pasien rawat inap dengan Gakin, SKTM dan Jamkesmas, penyelenggaraan administrasi pasien rawat inap, administrasi pasien alih rawat, administrasi pasien pulang dan penyelesaian administrasi pasien keluar dari ruang perawatan. SOP di IGD diantaranya mengenai prosedur pelayanan pasien di instalasi gawat darurat, prosedur tindakan pasien, prosedur penerimaan pasien, prosedur pemindahan pasien IGD ke ruang rawat inap.

Di ruang rawat inap juga memiliki SOP diantaranya prosedur pasien masuk rawat inap, prosedur tindakan, pemeriksaan penunjang, prosedur permintaan makan pasien serta prosedur pasien pulang.

Prosedur kerja adalah tata kerja yang merupakan suatu rangkaian, sehingga menunjukkan suatu urutan tahap demi tahap yang harus dilalui dalam rangka penyelesaian suatu pekerjaan atau tugas (Hasibuan, 2007). Berdasarkan hasil wawancara yang telah dikemukakan pada bab sebelumnya bahwa pelayanan administrasi pasien rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien sudah cukup baik karena telah memiliki *Standar Operasional Precedure (SOP)* namun menurut beberapa informan dalam pelaksanaan penyelenggaraan masa perawatan administrasi pasien mengikuti kebiasaan

yang telah dilakukan sebelumnya kemudian disesuaikan dengan SOP yang telah dibuat oleh rumah sakit.

7.2.1.4 Kebijakan

Di RSKO Jakarta apabila pasien memiliki kesulitan membayar uang muka perawatan tetap diterima untuk dirawat inap. Berapa pun kemampuan pasien untuk membayar uang muka perawatan tetap diterima oleh petugas dan pasien dilayani sebagaimana mestinya. Penentuan tarif perawatan pasien kelas III dan di atas kelas III mengacu pada Keputusan Direktur RSKO No : HK. 03. 05/1/2826/2011. Dari hasil telaah dokumen yang dilakukan penulis, kebijakan tersebut tertuang dalam buku tarif pelayanan RSKO tahun 2011 yang menjadi acuan petugas di Instalasi Administrasi Pasien dalam pembuatan perincian biaya perawatan.

Pelaksanaan pelayanan pasien dengan jaminan SKTM dan Gakin mengacu pada Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Nomor : 6450/2010 tentang Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin dan Korban Bencana di provinsi DKI Jakarta tahun 2010. Bagi pasien Jamkesmas mengacu pada Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dari Kementrian Kesehatan RI.

7.2.2 Komponen Proses

7.2.2.1 Penerimaan dan Pelayanan Pasien Rawat Inap di IGD

Seluruh pasien dengan keadaan gawat darurat dan pasien yang datang kerumah sakit di luar jam kerja (sore atau malam hari) akan diterima di IGD. Di IGD tidak ada perbedaan pelayanan antara pasien jaminan dan non jaminan begitu juga dengan dokter dan perawat yang menangani pasien, ruangan tempat pelayanan serta jenis pelayanan yang diberikan sama sesuai dengan jenis penyakitnya. Apabila pasien memerlukan perawatan lebih lanjut yaitu rawat inap maka pasien akan di kirim ke ruang perawatan setelah keluarga pasien terlebih dahulu membayar uang muka perawatan dan membuat surat perjanjian rawat inap di Instalasi Administrasi Pasien.

Permasalahan yang ditemui dalam pelayanan pasien di Instalasi Gawat Darurat adalah tidak adanya petugas yang menangani administrasi untuk pasien di IGD. Jika ada pasien baru, perawat menghubungi petugas rekam medik untuk memberikan status pasien. Selama ini kelengkapan data-data pasien dikerjakan oleh perawat.

Masalah lainnya adalah tidak adanya fasilitas seperti seringnya lift rusak untuk mengantar pasien yang akan melakukan pemeriksaan penunjang awal ke laboratorium dan radiologi menyebabkan petugas IGD harus memutar dengan jarak yang lebih jauh untuk sampai ke ruangan periksa.

7.2.2.2 Penerimaan dan Pelayanan Pasien di Ruang Rawat Inap

Menurut Sabarguna (2004), ada tiga proses penting yang dilakukan oleh petugas di ruang perawatan yaitu proses yang berhubungan dengan

perawatan, proses yang berhubungan dengan alat dan proses yang berhubungan dengan lingkungan.

Proses perawatan pasien di RSKO Jakarta dimulai sejak serah terima pasien dilakukan dari IGD ke ruang perawatan. Setelah pasien menempati kamar perawatan, perawat IGD akan memberikan kelengkapan status medik dan obat-obatan pasien. Perawat ruangan akan menghubungi petugas gizi untuk melaporkan pasien baru dan permintaan makan pasien. berdasarkan hasil triangulasi lapangan dengan petugas gizi juga didapatkan hasil yang sama.

Dalam penerimaan dan pelayanan pasien di ruang rawat inap tidak ada perbedaan bagi pasien dengan pembayaran tunai maupun jaminan. Perbedaan hanya pada kelas perawatan yang ditempati pasien. Dalam Juklak-Juknis Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin dan Korban Bencana di provinsi DKI Jakarta tahun 2010, menyebutkan bahwa pasien dengan Gakin dan SKTM mendapatkan kamar perawatan kelas III.

Masalah dalam pelayanan pasien di ruang rawat inap mengenai kerjasama dengan unit lain yang berhubungan langsung dengan ruang rawat seperti petugas yang tidak ada di tempat padahal ada tindakan atau kegiatan pelayanan yang harus dengan sepengetahuan petugas tersebut.

7.2.2.3 Pencatatan Kegiatan Harian

Dalam prosedur pelaksanaan pelayanan administrasi rawat inap RSKO Jakarta, kegiatan pencatatan sudah dilakukan saat menerima pasien rawat inap dan memeriksa kelengkapan berkas persyaratan pasien yang akan

dirawat. Pasien dengan status non jaminan akan diterima di ruang rawat dengan sebelumnya keluarga pasien terlebih dahulu ke Instalasi Administrasi Pasien untuk mengisi surat perjanjian rawat inap.

Jika pasien dengan jaminan Gakin maka yang harus diperiksa oleh petugas yaitu adanya kartu Gakin, Kartu Keluarga, KTP serta surat rujukan petugas kecuali dari IGD. Pasien dengan jaminan SKTM akan dilakukan pemeriksaan persyaratan pasien SKTM yaitu adanya KTP, KK, Surat Keterangan Tidak Mampu dari RT, RW, Kelurahan dan Kecamatan, surat rujukan Puskesmas kecuali dari IGD, surat verifikasi Puskesmas dan kontribusi yang dibayar selama masa perawatan (Juklak-Juknis Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin dan Korban Bencana di provinsi DKI Jakarta, 2010). Persyaratan pasien Jamkesmas yaitu kertu jamkesmas, KTP, KK, Surat Keabsahan Peserta (SKP), surat rujukan Puskesmas kecuali dari IGD. Setelah pemeriksaan berkas selesai maka keluarga pasien juga harus mengisi surat perjanjian rawat inap.

Sesuai dengan Standar Operasional Prosedur Instalasi Administrasi Pasien RSKO yang diterbitkan tanggal 1 Desember 2010 dan Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Administrasi Pasien bahwa pencatatan kegiatan harian untuk pasien rawat inap yang biasa disebut sensus harian dilakukan setiap hari ke ruang perawatan meliputi sensus jumlah pasien (informasi tempat tidur) dan sensus pemeriksaan tindakan pasien untuk informasi biaya perawatan.

Dari hasil observasi penulis dan wawancara, sensus ke ruang rawat inap tidak selalu dilakukan setiap hari sehingga tidak semua perincian biaya

pasien rawat inap *terupdate* setiap harinya. Jadi apabila ada keluarga pasien yang ingin mengetahui rincian biaya perawatan harus menunggu terlebih dahulu sampai petugas selesai mengkonfirmasi ke ruang rawat inap yang bersangkutan hingga selesainya perhitungan biaya perawatan. Menurut informan, hal ini tidak hanya karena petugas administrasi pasien yang tidak melakukan sensus harian karena terkadang di ruang rawat juga belum ada pencatatan tindakan pasien. Menurut penulis, pencatatan tindakan harian yang harus selalu *diupdate* adalah ruang komplikasi dan HCU karena tindakan yang diberikan kepada pasien lebih kompleks dan lebih banyak dari ruang perawatan lain.

7.2.2.4 Proses Penagihan

Proses penagihan biaya perawatan dimulai sejak pembuatan rincian tagihan yang dari hasil pencatatan tindakan di ruang rawat. Dalam Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Administrasi Pasien pada bagian VII (penyelenggaraan masa perawatan administrasi pasien) poin 2 disebutkan bahwa :

- a. Pembuatan rincian dijumlahkan dalam masa perawatan sesuai dengan jumlah kegiatan dan pola tarif yang ada.
- b. Rincian tagihan ditanda tangani oleh petugas pembuat dan tanggal pembuatannya akan diserahkan kepada pasien.
- c. Untuk pasien dengan jaminan, hasil cetak tagihan digandakan untuk proses klaim dan pengarsipan di administrasi pasien.

Berdasarkan hasil observasi bahwa ketiga proses di atas sudah berjalan dengan baik di Instalasi Administrasi Pasien. Begitu juga dengan adanya pemeriksaan ulang dalam perhitungan biaya untuk menghindari kesalahan dalam jumlah biaya rawat yang harus dibayar pasien. Penyampaian informasi kepada keluarga mengenai penambahan uang muka untuk meringankan biaya perawatan juga dilakukan oleh petugas administrasi pasien.

Pelaksanaan administrasi pasien rawat inap yang akan pulang mengacu pada Standar Operasional Prosedur Instalasi Administrasi Pasien RSKO Jakarta. Pasien yang tidak bermasalah dalam pembayaran akan diberikan rincian biaya perawatannya dan akan diarahkan ke bagian pembayaran untuk pelunasan biaya perawatan. Berdasarkan hasil wawancara, kesulitan pasien dalam hal pelunasan biaya perawatan diselesaikan dengan pembuatan surat perjanjian piutang di atas materai yang berisi tentang perjanjian masa pelunasan biaya perawatan sementara pasien diperbolehkan pulang.

7.2.2.5 Cara Pembayaran Pasien

Menurut Sjaaf (1995) dalam Suryanti (2002) pembayaran jasa pelayanan rumah sakit biasanya dilakukan dengan cara pembayaran langsung, asuransi maupun kerjasama perusahaan. Menurut informan, pasien rawat inap di RSKO Jakarta merupakan pasien umum/non jaminan dan jaminan. Pembayaran pasien non jaminan/umum berasal dari pasien langsung dalam bentuk tunai dan dibayarkan ke kasir. Sebelum masuk ruang perawatan, harus terlebih dahulu membayar deposit/uang muka yang jumlahnya sesuai dengan

tarif kamar perawatan pilihan dan bukti pembayaran diserahkan ke administrasi pasien.

Pasien dengan jaminan Gakin/SKTM yang baru ingin mengurus persyaratan sebagai jaminan akan diarahkan ke Instalasi Administrasi Pasien. Dalam Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Administrasi Pasien pada bagian VII (penyelenggaraan masa perawatan administrasi pasien) poin 11 disebutkan bahwa pembuatan surat pernyataan ketidakmampuan pasien dalam biaya perawatan dibuat oleh petugas pelaksana JPK/Gakin rawat inap yang akan ditujukan ke Suku Dinas Kesehatan. Di dalam surat pernyataan tercantum identitas pasien, penanggung jawab pasien, tanda tangan kepala Instalasi Administrasi Pasien/petugas administrasi pasien dan tanda tangan penanggung jawab pasien di atas materai. Berdasarkan hasil observasi, setelah pasien telah berstatus sebagai pasien jaminan kembali ke Instalasi Administrasi Pasien untuk mengurus potongan biaya perawatan bagi pasien SKTM dan ACC pembebasan bagi pasien Gakin.

Berdasarkan hasil observasi penulis mengenai pasien yang mempunyai kesulitan dalam pembayaran uang muka tidak akan ditolak untuk masuk ruang perawatan. Jika pasien merasa tidak sanggup dalam pembayaran biaya perawatan petugas akan memberikan pilihan untuk menggunakan jaminan.

Menurut informan, masalah yang pembayaran terkait dengan keluarga pasien yang melakukan pembayaran biaya perawatan dengan cara transfer. Keluarga yang sudah melakukan transfer pelunasan biaya rawat atau penambahan uang muka sering tidak melakukan konfirmasi ke Instalasi

Administrasi Pasien dan informasi mengenai bukti transfer yang dikirim keluarga belum disampaikan oleh bagian keuangan sehingga keterlambatan informasi ini menghambat untuk pendapatan rumah sakit.

7.2.3 Komponen Output

Menurut (Sulaeman, 2009), output merupakan elemen dari sistem yang dihasilkan dari berlangsungnya proses transformasi dalam sistem. Output dari pelayanan administrasi pasien rawat inap adalah tertib dalam pelaksanaan pelayanan administrasi pasien rawat inap yang dapat dilihat dari kelengkapan berkas pasien telah selesai masa rawat yang menjadi arsip di Instalasi Administrasi Pasien.

Penulis melakukan telaah dokumen pada berkas pasien rawat inap umum, SKTM/Gakin dan Jamkesmas yang selesai masa rawat bulan November tahun 2011. Berdasarkan hasil telaah dokumen penulis dalam hasil penelitian pada bab sebelumnya menunjukkan bahwa berkas pasien rawat inap yang telah pulang pada bulan November 2011 pada setiap cara pembayaran belum lengkap.

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

1. Sumber daya manusia :
 - a. Jumlah petugas di Instalasi Administrasi Pasien mencukupi dalam pelaksanaan tugas sehari-hari saat semua petugas hadir sesuai dengan jadwal dinas yang ada. Adanya *shift* kerja membuat petugas akan lebih mengetahui tentang keluar masuknya pasien selama 24 jam. Dalam pelaksanaan *shift* pagi oleh empat orang petugas dan *shift* sore dan malam di Instalasi Administrasi Pasien dilakukan oleh satu orang petugas.
 - b. Latar belakang pendidikan bagi petugas di Instalasi Administrasi Pasien belum sesuai namun dapat didukung oleh keterampilan dalam pengoperasian komputer. Tidak semua petugas memiliki kemampuan komunikasi yang baik dalam menghadapi pasien. Sedang di ruang IGD dan rawat inap, latar belakang pendidikan petugas sudah memadai dengan minimal lulusan D3.
 - c. Masa kerja petugas yang lebih lama di Instalasi Administrasi Pasien tidak berhubungan dengan kemampuan dalam memberikan pelayanan kepada pasien menjadi lebih baik. Di ruang IGD dan rawat inap, lama kerja petugas mempengaruhi dalam memberikan pelayanan kepada pasien karena tingkat kemahiran dalam melakukan tindakan medis serta pengalaman yang lebih banyak.

2. Sarana yang tersedia untuk proses pelayanan administrasi pasien rawat inap cukup tersedia dan dapat digunakan dengan baik. Ketersediaan mesin fax dapat dikatakan perlu walau sifatnya tidak mendesak di Instalasi Administrasi pasien. Alat kesehatan di IGD dan ruang rawat inap pemeliharaannya tidak rutin serta pemanfaatannya yang kurang maksimal.
3. SOP (*Standar Operational Procedure*) dalam pelayanan administrasi pasien rawat inap telah tersedia dan diketahui oleh semua petugas di setiap ruanga. Dalam pelaksanaannya di ruang rawat inap dan bagian pembayaran telah mengikuti prosedur yang ada, sedangkan di Instalasi Administrasi Pasien dan IGD mengikuti kebiasaan yang telah dilakukan sebelumnya yang nantinya akan disesuaikan lagi dengan SOP yang ada.
4. Pada dasarnya RSKO Jakarta mendukung dengan baik kebijakan yang telah ditetapkan seperti dalam penanganan pasien dengan jaminan SKTM dan Gakin yang ditetapkan dalam Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Nomor : 6450/2010 tentang Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin dan Korban Bencana di provinsi DKI Jakarta tahun 2010. Dalam penentuan tarif perawatan bagi pasien rawat inap mengacu pada buku tarif pelayanan RSKO tahun 2011.
5. Dalam penerimaan dan pelayanan pasien di IGD tidak ada perbedaan antara pasien umum maupun jaminan. Pasien memerlukan tindakan segera akan ditangani terlebih dahulu hingga kondisinya stabil kemudian keluarga pasien akan mengurus kelengkapan berkas dan pembayaran.

Belum adanya petugas administrasi khusus di ruang IGD untuk melakukan kegiatan administrasi sehingga selama ini kelengkapan data pasien dilakukan oleh perawat.

6. Pemberian pelayanan di ruang rawat inap tidak ada perbedaan bagi pasien dengan pembayaran tunai maupun jaminan. Masalah koordinasi dengan unit lain yang terkait dalam pelayanan rawat inap belum efektif.
7. Pencatatan kegiatan harian mengacu pada Standar Operasional Prosedur Instalasi Administrasi Pasien RSKO yang diterbitkan tanggal 1 Desember 2010 dan Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Administrasi Pasien namun dalam pelaksanaannya, kegiatan pencatatan tindakan pasien ke ruang rawat inap tidak selalu dilakukan setiap hari sehingga tidak semua perincian biaya pasien rawat inap *terupdate* setiap harinya.
8. Kegiatan proses penagihan di Instalasi Administrasi Pasien sudah dilakukan dengan cukup baik mulai dari perhitungan biaya perawatan dengan cara *cross-check* hasil pencatatan tindakan, menginformasikan keluarga untuk menambah uang muka serta pelayanan administrasi pasien yang akan pulang.
9. RSKO Jakarta tidak mempersulit pasien dalam masalah pembayaran. Pasien yang memiliki masalah kekurangan uang muka akan tetap diterima dan masuk ruang perawatan. Jika ada pasien rawat inap yang tidak mampu melunasi biaya perawatan maka petugas akan membuat surat perjanjian piutang di atas materai untuk mengangsur pembayaran.
10. Berkas arsip administrasi pasien selesai masa rawat inap pada umumnya tidak lengkap.

8.2 Saran

1. Pihak administrasi pasien membuat laporan secara terperinci mengenai kualifikasi seperti latar belakang pendidikan maupun keterampilan yang diperlukan di ruangan sehingga dapat memberikan informasi kepada pihak manajemen.
2. Mengingat keterbatasan sarana yang ada di ruangan administrasi pasien, maka pihak administrasi pasien lebih aktif menghubungi bagian keuangan untuk memperoleh informasi pasien yang telah memberikan bukti transfer melalui fax.
3. Pihak administrasi pasien dalam melakukan pencatatan tindakan ke ruang rawat harus lebih rutin khususnya untuk ruang perawatan komplikasi dan HCU yang jumlah tindakan ke pasiennya lebih kompleks dan banyak dibandingkan ruang perawatan lain agar tidak terjadi kesulitan saat keluarga pasien meminta rincian biaya perawatan.
4. Kemampuan dan keterampilan komunikasi merupakan salah satu faktor penting dalam unsur pelayanan pasien, maka pihak Diklat perlu menindaklanjuti pengajuan program pelatihan mengenai komunikasi pelayanan bagi petugas di Instalasi Administrasi Pasien dan studi banding ke rumah sakit lain.
5. Pihak manajemen segera menerapkan sistem informasi manajemen RS khususnya yang berkaitan dengan proses administrasi pasien untuk penataan rekening (*billing*) pasien rawat inap menjadi semakin baik dan teratur .

6. Petugas Administrasi Pasien yang telah diberikan tanggung jawab masing-masing dalam pelaksanaan tugas lebih teliti dalam kelengkapan berkas pasien rawat inap mulai saat dirawat hingga pulang yang menjadi arsip administrasi agar dapat tercapainya misi jabatan yaitu dihasilkannya tertib layanan administrasi.



DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, Wiku. 2007. *Sistem Kesehatan*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.
- Aditama, Tjandra Yoga. 2004. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta : UI-Press.
- Anggraini, Dian. 2008. *Perbandingan Kepuasan Pasien Gakin dan Pasien Umum di Unit Rawat Inap RSUD Budhi Asih Tahun 2008*. Skripsi. Program Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Indonesia, Depok.
- Bedi, S. 2006. *Journal of The Academy of Hospital Administration - Standard Operating Procedures in Hospitals*.
<http://www.indmedica.com/journals.php?journalid=6&issueid=104&articleid=1432&action=article>. (17 Oktober 2011)
- Darsono P. 2011. *Manajemen Sumber Daya Manusia Abad 21*. Jakarta : Nusantara Consulting.
- FKM UI. 2009. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Gomes, Faustino Cardoso. 2003. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta : ANDI Yogyakarta.
- Hasibuan, Malayu S. 2007. *Manajemen (Dasar, Pengertian dan Masalah)*. Jakarta : Bumi Aksara.
- Ilyas, Yaslis. 2011. *Perencanaan SDM Rumah Sakit*. cetakan ketiga. Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Kirom, Bahrul. 2010. *Mengukur Kinerja Pelayanan dan Kepuasan Konsumen*. Bandung : Pustaka Reka Cipta.
- Manullang, M. 2006. *Dasar-Dasar Manajemen*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.

- Muninjaya, Gde. 2004. *Manajemen Kesehatan Edisi 2*. Jakarta : EGC.
- Pahlevi, Wildan. 2009. *Analisis Pelayanan Pasien Administrasi Rawat Inap Di Unit Admisi RSUD Budhi Asih Jakarta Timur*. Skripsi. Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Rahayu, Sri. 2005. *Jurnal Manajemen Administrasi Rumah Sakit. Analisis Kinerja Petugas Dalam Pelayanan Administrasi Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Tugu Ibu Cimanggis Depok*. Program KARS UI.
- Sabarguna, Boy S. 2004. *Sumber Daya Manusia Rumah Sakit*. Yogyakarta : Konsorsium RS Islam Jateng-DIY.
- Sulaeman, Endang Sutisna. 2009. *Manajemen Kesehatan Teori dan Praktik di Puskesmas*. Yogyakarta : Gajah Mada University Press.
- Sutrisno, Edy. 2011. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta : Kencana Group.
- RSKO Jakarta. 2011. *Data Kepegawaian Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta*. Jakarta : RSKO Jakarta.
- RSKO Jakarta. 2011. *Standar Oprasional Prosedur Administrasi Pasien*. Jakarta : RSKO Jakarta.
- Suryanti, Netty. 2002. *Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Lamanya Waktu Proses Pendaftaran Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Pondok Indah*. Tesis. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Republik Indonesia. Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. 2010. *Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis (JUKLAK-JUKNIS) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin dan Korban Bencana di Provinsi DKI Jakarta*. Jakarta : Dinas Kesehatan.
- Republik Indonesia. UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. <http://www.perdhaki.org/content/uu-no-44-tahun-2009-ttg-rumah-sakit>. (15 September 2011)
- WHO. 2009. *Medical Records Manual*. http://www.wpro.who.int/publications/pub_9290610050.htm. (25 September 2011)

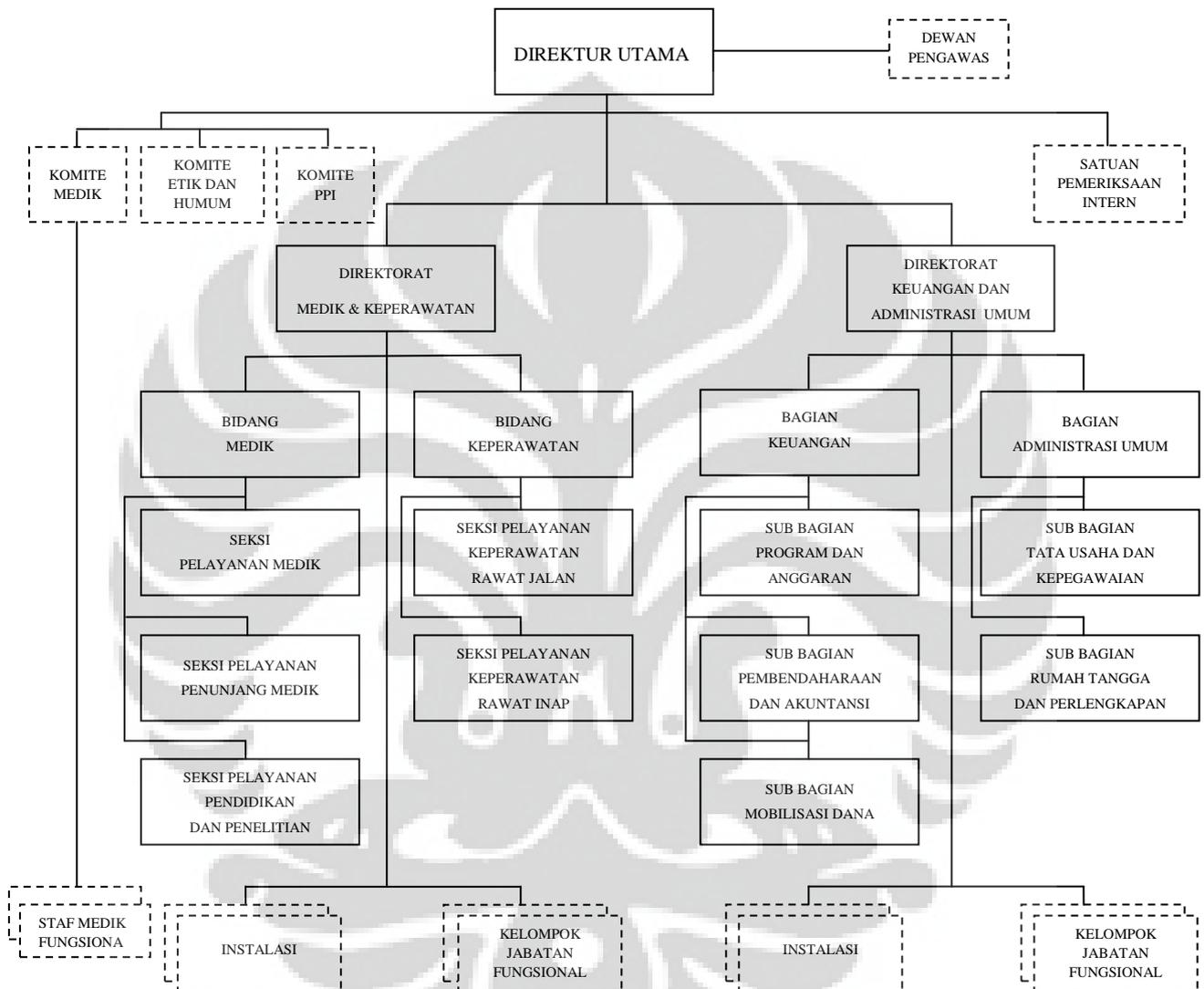
Widodo, Imam Djati. 2008. *Faktor dan Penjadualan Shift Kerja*.

<http://journal.uii.ac.id/index.php/jurnal-teknoin/article/viewFile/792>. (28
Desember 2011)





STRUKTUR ORGANISASI RSKO JAKARTA



Persetujuan Wawancara

Judul Penelitian : Gambaran Manajemen Pelayanan Administrasi Pasien Rawat Inap di Instalasi Administrasi Pasien RSKO Jakarta

Dengan hormat,

Dengan ini, penulis memohon ketersediaan Bapak/Ibu untuk menjadi informan dan memberikan keterangan secara luas, bebas, mendalam, benar dan jujur. Hasil informasi dan keterangan ini akan digunakan sebagai masukan untuk pengelolaan manajemen pelayanan administrasi pasien rawat inap di RSKO Jakarta serta untuk melengkapi data penelitian. Penulis memohon izin untuk merekam pembicaraan selama proses wawancara berlangsung dan penulis menjamin untuk menjaga kerahasiaannya. Hal tersebut digunakan hanya untuk kepentingan penelitian. Atas ketersediaan Bapak/Ibu berpartisipasi dalam penelitian ini, penulis mengucapkan banyak terima kasih.

Hari/Tanggal :

Identitas Informan

Nama :

Pendidikan :

Lama kerja :

PEDOMAN WAWANCARA
UNTUK SALAH SATU KEPALA INSTALASI
RSKO JAKARTA TAHUN 2011

Nama :

Jenis Kelamin :

Pendidikan :

Lama Kerja :

Jabatan :

Tanggal Wawancara :

SDM

1. Berapa jumlah petugas di ruangan yang ada sekarang? Apakah jumlah tersebut telah mencukupi dalam pelaksanaan tugas?
2. Bagaimana mengenai pengaturan shift di ruangan? Apakah ada permasalahan berkaitan dengan hal tersebut? Bagaimana solusinya?
3. Bagaimana dengan lama kerja staf administrasi pasien apakah berpengaruh terhadap pelayanan?
4. Kualifikasi seperti apa yang dibutuhkan untuk staf di instalasi administrasi pasien (latar belakang pendidikan dan keterampilan)? Bagaimana dengan kualifikasi staf yang ada sekarang apakah sudah sesuai dengan pelaksanaan tugas?
5. Apakah sudah ada pelatihan khusus untuk staf di instalasi administrasi pasien untuk menunjang pelaksanaan pelayanan?
6. Hambatan apa saja dalam segi ketenagaan sehubungan dengan pelayanan administrasi pasien?

Sarana

- 1 Sarana apa saja yang telah tersedia di dalam ruangan? Apakah sarana yang tersedia telah sesuai dengan kebutuhan? Jika belum apa solusinya?
- 2 Menurut Bapak/Ibu, apakah ada permasalahan yang dirasakan dalam hal sarana yang dapat menghambat untuk pelaksanaan pelayanan pasien ranap?

SOP

- 1 Apakah dalam pelaksanaan tugas terdapat SOP?
- 2 Apa saja prosedur yang terdapat dalam SOP?
- 3 Apakah seluruh petugas telah mengetahui dan menjalankan SOP tersebut?
- 4 Hambatan apa saja yang ada dalam segi menjalankan SOP sehubungan dengan pelayanan administrasi pasien ranap?

Kebijakan

1. Apa saja kebijakan RSKO Jakarta dalam pelaksanaan pelayanan administrasi pasien rawat inap? Bagaimana kebijakan tersebut diterapkan?
2. Apa saja hambatan yang ditemukan dalam penerapan kebijakan tersebut di rumah sakit?

Pencatatan Kegiatan Harian

1. Bagaimana mekanisme penerimaan pasien rawat inap di ruangan? Apakah sama untuk setiap pasien dengan cara pembayaran yang berbeda?
2. Apa saja berkas yang harus dilengkapi untuk pasien yang akan rawat inap?
3. Apakah pencatatan/input data tindakan dan biaya perawatan dilakukan setiap hari? Bagaimana mekanismenya? Adakah petugas khusus yang bertanggung jawab terhadap kegiatan pencatatan ini?
4. Apa saja hambatan atau kesulitan dalam melakukan pencatatan kegiatan harian pasien rawat inap setiap harinya? Bagaimana solusinya?
5. Apakah penerimaan informasi mengenai kedatangan, pemulangan dan pemindahan pasien terlaksana dengan baik?
6. Apa saja kegiatan yang terjadi berkaitan dengan pengelolaan resep obat bagi pasien rawat inap?

Proses Penagihan

1. Bagaimana mekanisme pembuatan rincian tagihan biaya pasien rawat inap?
2. Apakah setiap petugas bertanggung jawab dalam pembuatan rincian tagihan biaya pasien rawat inap?
3. Apakah selalu dilakukan pemeriksaan ulang hasil perhitungan biaya dengan dokumen biayanya? (antara billing dengan pencatatan biaya/tindakan)
4. Bagaimana cara pemberian informasi kepada keluarga mengenai biaya perawatan pasien rawat inap?
5. Apakah petugas pernah mengalami kesulitan dalam proses penagihan biaya perawatan? Jelaskan?
6. Apa saja persyaratan yang dibutuhkan apabila pasien rawat inap ingin pulang/selesai masa perawatan? Unit apa saja yang terkait?
7. Bagaimana mekanisme kerjasama dengan unit terkait sehubungan dengan proses penagihan biaya perawatan? Apa saja unit yang terkait?

Cara Pembayaran Pasien

1. Bagaimana cara pembayaran biaya perawatan untuk pasien rawat inap di RSKO Jakarta? Bagaimana mekanisme masing-masing cara pembayaran tersebut?
2. Bagaimana proses dalam menangani pasien rawat inap dalam hal pembayaran? Apakah terdapat perbedaan pelayanan pada tiap pasien dengan cara pembayaran yang berbeda?
3. Bagaimana dengan pasien yang mengalami kesulitan dalam hal pembayaran uang muka perawatan?
4. Hambatan apa saja yang ada dalam segi cara pembayaran sehubungan dengan pelayanan administrasi pasien rawat inap? Bagaimana solusinya?

PEDOMAN WAWANCARA
UNTUK PETUGAS INSTALASI ADMINISTRASI PASIEN
RSKO JAKARTA TAHUN 2011

Nama :

Jenis Kelamin :

Pendidikan :

Lama Kerja :

Jabatan :

Tanggal Wawancara :

SDM

1. Berapa jumlah petugas di ruangan yang ada sekarang? Apakah jumlah tersebut telah mencukupi dalam pelaksanaan tugas?
2. Bagaimana mengenai pengaturan shift di ruangan? Apakah ada permasalahan berkaitan dengan hal tersebut? Bagaimana solusinya?
3. Bagaimana dengan lama kerja staf administrasi pasien apakah berpengaruh terhadap pelayanan?
4. Kualifikasi seperti apa yang dibutuhkan untuk staf di instalasi administrasi pasien (latar belakang pendidikan dan keterampilan)? Bagaimana dengan kualifikasi staf yang ada sekarang apakah sudah sesuai dengan pelaksanaan tugas?
5. Apakah sudah ada pelatihan khusus untuk staf di instalasi administrasi pasien untuk menunjang pelaksanaan pelayanan?
6. Hambatan apa saja dalam segi ketenagaan sehubungan dengan pelayanan administrasi pasien?

Sarana

1. Sarana apa saja yang telah tersedia di dalam ruangan? Apakah sarana yang tersedia telah sesuai dengan kebutuhan? Jika belum apa solusinya?
2. Menurut Bapak/Ibu, apakah ada permasalahan yang dirasakan dalam hal sarana yang dapat menghambat untuk pelaksanaan pelayanan pasien rawat inap?

SOP

1. Apakah dalam pelaksanaan tugas terdapat SOP?
2. Apa saja prosedur yang terdapat dalam SOP?
3. Apakah seluruh petugas telah mengetahui dan menjalankan SOP tersebut?
4. Hambatan apa saja yang ada dalam segi menjalankan SOP sehubungan dengan pelayanan administrasi pasien rawat inap?

Kebijakan

1. Apa saja kebijakan RSKO Jakarta dalam pelaksanaan pelayanan administrasi pasien rawat inap? Bagaimana kebijakan tersebut diterapkan?
2. Apa saja hambatan yang ditemukan dalam penerapan kebijakan tersebut di rumah sakit?

Pencatatan Kegiatan Harian

1. Bagaimana mekanisme penerimaan pasien rawat inap di ruangan? Apakah sama untuk setiap pasien dengan cara pembayaran yang berbeda?
2. Apa saja berkas yang harus dilengkapi untuk pasien yang akan rawat inap?
3. Apakah pencatatan/input data tindakan dan biaya perawatan dilakukan setiap hari? Bagaimana mekanismenya? Adakah petugas khusus yang bertanggung jawab terhadap kegiatan pencatatan ini?
4. Apa saja hambatan atau kesulitan dalam melakukan pencatatan kegiatan harian pasien rawat inap setiap harinya? Bagaimana solusinya?
5. Apakah penerimaan informasi mengenai kedatangan, pemulangan dan pemindahan pasien terlaksana dengan baik?
6. Apa saja kegiatan yang terjadi berkaitan dengan pengelolaan resep obat bagi pasien rawat inap?

Proses Penagihan

1. Bagaimana mekanisme pembuatan rincian tagihan biaya pasien rawat inap?
2. Apakah setiap petugas bertanggung jawab dalam pembuatan rincian tagihan biaya pasien rawat inap?
3. Apakah selalu dilakukan pemeriksaan ulang hasil perhitungan biaya dengan dokumen biayanya? (antara billing dengan pencatatan biaya/tindakan)
4. Bagaimana cara pemberian informasi kepada keluarga mengenai biaya perawatan pasien rawat inap?
5. Apakah petugas pernah mengalami kesulitan dalam proses penagihan biaya perawatan? Jelaskan?
6. Apa saja persyaratan yang dibutuhkan apabila pasien rawat inap ingin pulang/selesai masa perawatan? Unit apa saja yang terkait?
7. Bagaimana mekanisme kerjasama dengan unit terkait sehubungan dengan proses penagihan biaya perawatan? Apa saja unit yang terkait?

Cara Pembayaran Pasien

1. Bagaimana cara pembayaran biaya perawatan untuk pasien rawat inap di RSKO Jakarta? Bagaimana mekanisme masing-masing cara pembayaran tersebut?
2. Bagaimana proses dalam menangani pasien rawat inap dalam hal pembayaran? Apakah terdapat perbedaan pelayanan pada tiap pasien dengan cara pembayaran yang berbeda?
3. Bagaimana dengan pasien yang mengalami kesulitan dalam hal pembayaran uang muka perawatan?
4. Hambatan apa saja yang ada dalam segi cara pembayaran sehubungan dengan pelayanan administrasi pasien rawat inap? Bagaimana solusinya?

PEDOMAN WAWANCARA
UNTUK PETUGAS IGD
RSKO JAKARTA TAHUN 2011

Nama :

Jenis Kelamin :

Pendidikan :

Lama Kerja :

Jabatan :

Tanggal Wawancara :

Penerimaan dan Pelayanan Pasien di IGD

1. Berapa jumlah petugas yang ada di ruangan? Apakah jumlah tersebut mencukupi dalam pelaksanaan tugas?
2. Bagaimana mengenai pengaturan shift di ruangan? Apakah ada permasalahan berkaitan dengan hal tersebut? Bagaimana solusinya?
3. Bagaimana dengan lama kerja dan latar belakang pendidikan petugas, apakah berpengaruh terhadap pelayanan untuk pasien?
4. Bagaimana pandangan Bapak/Bapak/Ibu tentang ketersediaan sarana, apakah sudah sesuai dengan kebutuhan? Jika belum apa solusinya?
5. Menurut Bapak/Ibu, apakah ada permasalahan yang dirasakan dalam hal sarana yang dapat menghambat untuk pelaksanaan pelayanan pasien rawat inap?
6. Apakah ada SOP sebagai dasar dalam melaksanakan tugas terkait dengan pasien rawat inap yang ditangani di ruangan? Apakah SOP tersebut telah dilaksanakan oleh seluruh petugas?
7. Bagaimana mekanisme penerimaan dan pelayanan pasien di ruangan? Apakah sama untuk setiap pasien dengan cara pembayaran yang berbeda? (Dokter, perawat)

8. Bagaimana dalam melakukan serah terima/pemindahan pasien yang akan dirawat ke ruang rawat inap? Berkas yang harus diberikan dari ruang IGD ke ruang rawat?
9. Bagaimana mekanisme kerjasama antara unit yang terlibat dalam pelayanan pasien rawat inap, apakah dapat saling bekerja dengan baik?
10. Hambatan apa saja yang terjadi dalam proses penerimaan dan pelayanan pasien rawat inap di ruangan? Bagaimana solusinya?



PEDOMAN WAWANCARA
UNTUK PETUGAS RUANG RAWAT INAP
RSKO JAKARTA TAHUN 2011

Nama :

Jenis Kelamin :

Pendidikan :

Lama Kerja :

Jabatan :

Tanggal Wawancara :

Penerimaan dan Pelayanan Pasien di Ruang Rawat Inap

1. Berapa jumlah petugas yang ada di ruangan? Apakah jumlah tersebut mencukupi dalam pelaksanaan tugas?
2. Bagaimana mengenai pengaturan shift di ruangan? Apakah ada permasalahan berkaitan dengan hal tersebut? Bagaimana solusinya?
3. Bagaimana dengan lama kerja dan latar belakang pendidikan petugas ruang ranap apakah berpengaruh terhadap pelayanan untuk pasien?
4. Bagaimana pandangan Bapak/Ibu tentang ketersediaan sarana yang ada di ruangan, apakah sudah sesuai dengan kebutuhan? Jika belum apa solusinya?
5. Menurut Bapak/Ibu, apakah ada permasalahan yang dirasakan dalam hal sarana yang dapat menghambat untuk pelaksanaan pelayanan pasien ranap?
6. Apakah ada SOP sebagai dasar dalam melaksanakan tugas terkait dengan pasien rawat inap di ruangan?
7. Apakah SOP tersebut telah dilaksanakan selama ini oleh seluruh petugas?
8. Bagaimana mekanisme penerimaan dan pelayanan pasien di ruangan? Apakah sama untuk setiap pasien dengan cara pembayaran yang berbeda?
9. Bagaimana dalam melakukan serah terima pasien yang akan dirawat?

10. Bagaimana mekanisme kerjasama antara unit yang terlibat dalam pelayanan pasien rawat inap baik mengenai pelayanan maupun pembayaran pasien rawat inap, apakah dapat saling bekerja dengan baik?
11. Bagaimana cara menyampaikan informasi tentang kedatangan, pemulangan dan pemindahan pasien dengan unit lain? Kepada siapa saja informasi tersebut diberikan?
12. Apa saja kegiatan dalam pemenuhan kebutuhan makanan bagi pasien di ruang rawat inap? Bagaimana mekanisme permintaan makanan dari ruang rawat inap ke bagian gizi?
13. Bagaimana mekanisme pengelolaan obat pasien? Bagaimana prosedur penyediaan obat di ruangan jika persediaan pasien habis?
14. Bagaimana mengenai kebutuhan obat untuk pasien yang mempunyai kesulitan pembayaran? Apakah obat yang diresepkan dokter tetap harus tersedia?
15. Bagaimanakah prosedur bagi pasien yang telah selesai masa rawat/pulang? Persiapan apa saja yang harus dilakukan oleh petugas di ruangan? Unit apa saja yang terkait?
16. Hambatan apa saja yang terjadi dalam proses penerimaan dan pelayanan pasien rawat inap di ruangan? Bagaimana solusinya?

PEDOMAN WAWANCARA
UNTUK PETUGAS BAGIAN PEMBAYARAN
RSKO JAKARTA TAHUN 2011

Nama :

Jenis Kelamin :

Pendidikan :

Lama Kerja :

Jabatan :

Tanggal Wawancara :

Pelayanan Pasien di Bagian Pembayaran

1. Berapa jumlah petugas yang bertugas ruangan? Apakah jumlah tersebut mencukupi dalam pelaksanaan tugas? Bagaimana dengan pengaturan shiftnya?
2. Bagaimana dengan lama kerja petugas dan latar belakang pendidikan petugas? Apakah berpengaruh terhadap pelayanan untuk pasien?
3. Bagaimana pandangan Bapak/Bapak/Ibu tentang ketersediaan sarana, apakah sudah sesuai dengan kebutuhan? Jika belum apa solusinya?
4. Menurut Bapak/Ibu, apakah ada permasalahan yang dirasakan dalam hal sarana yang dapat menghambat untuk pelaksanaan pelayanan pasien rawat inap?
5. Apakah ada SOP sebagai dasar dalam melaksanakan tugas terkait pasien rawat inap dengan cara pembayaran yang berbeda? Apakah dalam pelaksanaan kegiatan telah sesuai dengan SOP yang ada?
6. Kebijakan apa saja yang ada dalam pelaksanaan cara pembayaran yang ada di RSKO Jakarta?
7. Bagaimana cara pembayaran biaya perawatan untuk pasien rawat inap di RSKO Jakarta? Bagaimana mekanisme masing-masing cara pembayaran tersebut?

8. Bagaimana proses dalam menangani pasien rawat inap dalam hal pembayaran? Apakah terdapat perbedaan pelayanan pada tiap pasien dengan cara pembayaran yang berbeda?
9. Bagaimana solusinya jika pasien mengalami kesulitan dalam hal pembayaran uang muka perawatan?
10. Hambatan apa saja yang ada dalam segi cara pembayaran sehubungan dengan pelayanan administrasi pasien ranap? Bagaimana solusinya?



PEDOMAN WAWANCARA
PETUGAS INSTALASI GIZI
RSKO JAKARTA TAHUN 2011

Nama :

Jenis Kelamin :

Pendidikan :

Lama Kerja :

Jabatan :

Tanggal Wawancara :

1. Bagaimana permintaan makanan dari ruang rawat inap ke bagian gizi untuk pasien yang baru masuk dan yang sedang dirawat?
2. Apa saja kegiatan dalam pemenuhan kebutuhan makanan bagi pasien di ruang rawat inap? Bagaimana mekanisme pendistribusian makanan untuk pasien rawat inap di RSKO?
3. Bagaimana hubungan kerjasama antara instalasi gizi dengan instalasi rawat inap mengenai pelayanan gizi?

PEDOMAN WAWANCARA
PETUGAS INSTALASI FARMASI
RSKO JAKARTA TAHUN 2011

Nama :

Jenis Kelamin :

Pendidikan :

Lama Kerja :

Jabatan :

Tanggal Wawancara :

1. Apa saja kegiatan yang terjadi berkaitan dengan pengelolaan resep obat bagi pasien rawat inap?
2. Bagaimana mengenai kebutuhan obat yang melebihi pada jumlah rincian biaya rawat inap? Solusi apakah yang diberikan petugas mengenai hal tersebut?
3. Bagaimana kerjasama instalasi farmasi dengan unit lain dalam pemenuhan kebutuhan obat bagi pasien?

MATRIKS HASIL WAWANCARA MENDALAM
GAMBARAN MANAJEMEN PELAYANAN ADMINISTRASI PASIEN RAWAT INAP
DI INSTALASI ADMINISTRASI PASIEN RSKO JAKARTA TAHUN 2011

Variabel	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
SDM							
Jumlah dan kecukupan petugas	Ka. Instalasi 1 orang dan 7 orang petugas. Totalnya 8 orang. Dengan jumlah tersebut mestinya cukup, tapi karena ada pelaksanaan shift dan terjadi penumpukan pekerjaan apabila pasien banyak.	Jumlah 8 orang, Ka. Instalasi 1 orang dan staf 7 orang. Kecukupan petugas relatif, jika pekerjaan banyak dan ada petugas yang tidak hadir merasa kurang tetapi masih bisa diatasi.	Jumlah perawat 11 orang dan dokter 6 orang. Tidak ada petugas administrasi. Jumlah petugas cukup untuk pelaksanaan tugas sehari-hari.	Perawat 17 orang, dokter ruangan 1 orang, dokter penyakit dalam, jiwa, syaraf, kulit dan kelamin. Tidak ada petugas administrasi. Jumlah petugas relatif cukup.	Jumlah petugas 9 orang dan 1 orang kepala instalasi. Jumlah petugas sudah cukup.		
Pengaturan shift/jam kerja	Pengaturan shift tidak ada masalah, hanya semua 3 orang petugas wanita diberikan shift	Shift pagi pukul 08.00-16.00 (4 orang), shift sore pukul 16.00-23.00, shift malam : 23.00-08.00 (1	Shift pagi pukul 08.00-15.00 (2-3 orang), shift sore pukul 15.00-21.00 (2 orang) dan shift malam	Shift pagi pukul 08.00-15.00 (kepala ruangan ketua tim 3 orang, perawat pelaksana 2 orang), shift sore	Shift pagi pukul 08.00-16.00 (3 orang), shift sore pukul 16.00-21.00 (1		

	pagi.	orang). Kelebihannya jadi lebih tau tentang pasien, kekurangannya petugas shift pagi lebih sedikit padahal intensitas pekerjaan pagi hari lebih tinggi dibandingkan sore dan malam	pukul 21.00-08.00 (2 orang). Tidak ada masalah dalam pengaturan shift hanya pengaturan hari libur yang agak sulit karena persinil sedikit.	pukul 15.00-21.00 (2-3 orang) dan shift malam pukul 21.00-08.00 (2-3 orang). Dokter ruangan hanya ada pada shift pagi, untuk shift sore dan malam berhubungan dengan dokter jaga di IGD.	orang) dan shift malam pukul 21.00-08.00 (1 orang).		
Lama kerja	Masa kerja yang lebih lama dapat menimbulkan kejenuhan. Petugas administrasi pasien tidak membutuhkan masa kerja yang lama untuk dapat memberikan pelayanan kepada pasien, kembali kepada individunya.	Tidak berpengaruh, tergantung individu masing-masing	Lama kerja bermacam-macam. Pengalamam sangat diperlukan untuk mengatasi pasien yang beragam.	Lama kerja berpengaruh misalnya untuk dokter/perawat yang senior lebih mahir dalam melakukan pelayanan kepada pasien.	Lama kerja relatif, ada juga petugas yang sudah lama kerja tetapi dalam memberikan informasi kepada pasien masih kurang.		

<p>Latar belakang pendidikan dan keterampilan</p>	<p>Rata-rata petugas lulusan SMA, alangkah lebih baik jika ada satu petugas yang berlatar belakang pendidikan sarjana ekonomi atau memiliki latar belakang administrasi. Belum pernah ada pelatihan mengenai administrasi. Pengajuan proposal untuk studi banding ke RS lain tetapi belum ada realisasi.</p>	<p>Tidak ada spesifikasi khusus, lulusan SMA juga bisa asal menguasai komputer dan berani menghadapi pasien. Belum pernah ada pelatihan mengenai administrasi, pengajuan sudah dilakukan tapi belum ada tindak lanjut.</p>	<p>D3 dan S1. Latar belakang pendidikan lebih tinggi maka lebih mengerti secara teori namun terkadang teori di tempat pendidikan berbeda dengan kenyataan di lapangan.</p>	<p>D3 dan S1. Latar belakang pendidikan khususnya untuk perawat berpengaruh karena perawat dengan jenjang pendidikan lebih tinggi akan lebih menguasai teori terbaru untuk menunjang dalam melakukan tugas.</p>	<p>Kebanyakan SMA, tapi ada juga yang D3 dan S1. Iya, berpengaruh. Petugas dengan pendidikan lebih tinggi bisa lebih berkomunikasi baik kepada pasien, cara menanggulangi permasalahan</p>		
<p>Hambatan</p>	<p>Konfirmasi ketidakhadiran petugas terkadang kurang.</p>	<p>Misalnya petugas tidak masuk tanpa konfirmasi dengan petugas lainnya</p>					

Sarana							
Jenis dan ketersediaan sarana	Komputer, ATK, printer tersedia. Mesin fax tidak ada. Sarana sudah tersedia, hanya pengaturannya saja yang kurang maksimal.	Komputer, printer, ATK tersedia. Sejauh ini sarana yang ada sudah cukup, sejauh ada komputer khusus untuk membuat perincian biaya pasien.	Komputer, ATK, alat kesehatan. Untuk sarana sudah mencukupi hanya belum ada pemanfaatan secara maksimal.	Alat kesehatan, komputer baru ada rencana untuk SIM RS tetapi belum dijalankan, ATK tersedia. Alat kesehatan sementara cukup.	Komputer 3 buah untuk rawat jalan, rawat inap dan pelaporan. Sarana yang ada di ruangan sudah cukup dan sesuai kebutuhan.		
Hambatan	Tidak ada mesin fax untuk pasien mengirim bukti pembayaran biaya perawatan namun masih bisa teratasi.	Prosedur permohonan barang kadang sulit seperti tinta printer. Jika barang ada bisa langsung diambil, jika tidak ada harus menunggu.	Perawatan alat kesehatan yang kurang.	Pemeliharaan alat kesehatan tidak rutin sehingga cepat rusak			
SOP							
Ketersediaan	SOP sudah ada untuk instalasi administrasi pasien. Pembuatan SOP berdasarkan pekerjaan yang	Sudah ada dan semua petugas tahu.	SOP sudah ada.	SOP yang mengatur kegiatan di ruangan sudah ada mengenai penerimaan dan pemulangan pasien, tindakan.	Ada SOP.		

	berjalan.						
Isi SOP	Penerimaan pasien, pemulangan pasien, penyelenggaraan administrasi	Penerimaan pasien, pemulangan pasien, penyelenggaraan administrasi	Penerimaan pasien, pemindahan pasien ke ruang rawat	Prosedur tindakan, penerimaan pasien, prosedur laboratorium, pemulangan pasien.	Penerimaan, pembukuan, pembuatan laporan bulanan pendapatan RS.		
Pelaksanaan SOP	Prosedurnya dijalani semua tapi memang masih ada yang terlewat.	Pelaksanaan pekerjaan dilakukan sesuai kebiasaan, tidak mengikuti urutan SOP.	Pelaksanaan kegiatan mengikuti kebiasaan.	SOP dilaksanakan oleh petugas di ruangan.	Melaksanakan kegiatan sudah sesuai SOP.		
Hambatan	Terkadang ada poin yang terlewat dalam menjalankan SOP.	Ada SOP tertentu yang bertolak belakang misalnya mengenai penerimaan pasien atau pemulangan pasien itu seperti apa, tapi tidak terlalu bermasalah.	SOP jarang disosialisasikan dan dibaca.	Koordinasi antar profesi misalnya pemeriksaan darah ke lab. yang seharusnya segera sehingga pasien terbengkalai.			
Kebijakan							
Jenis kebijakan	Kebijakan sudah ada seperti kebijakan	Ada seperti kebijakan tarif pelayanan.			Misalnya kebijakan mengenai		

	<p>pelayanan untuk pasien rawat inap umum dan jaminan yang terdapat dalam Juklak-Juknis secara tertulis di ruangan.</p>				<p>uang muka ada di tarif pelayanan.</p>		
Hambatan	<p>Hambatan berhubungan dengan pasien seperti tidak membawa kelengkapan berkas untuk rawat inap.</p>	<p>Hambatan hampir tidak ada.</p>			<p>Tidak ada</p>		
Pelayanan IGD							
Penerimaan pasien			<p>Pasien datang yang memerlukan tindakan segera langsung ditangani kemudian keluarga mengisi data. Jika pasien tidak</p>				

			<p>darurat, keluarga mengisi data dulu baru dilakukan tindakan. Kemudian keluarga diarahkan ke kasir untuk pembayaran. Tidak ada perbedaan pelayanan bagi pasien umum atau jaminan.</p>			
Serah terima pasien ke ruang rawat inap			<p>Melengkapi pemeriksaan pasien di IGD, pasien diantar ke ruang rawat, petugas IGD operan dengan petugas ruang rawat (tindakan, obat, pemeriksaan, administrasi).</p>			
Kerjasama dengan unit			<p>Rekam medik, administrasi</p>			

lain			pasien, kasir, ruang rawat, unit penunjang.				
Hambatan			<ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada petugas administrasi khusus untuk mengerjakan kegiatan administrasi di IGD - Petugas yang bersangkutan tidak ada di tempat - Fasilitas lift untuk mengantar pasien sering rusak. 				
Penerimaan dan Pelayanan di Ruang Rawat Inap							
Penerimaan pasien di ruang rawat				Pasien datang dari IGD → pesan tempat di ruang rawat → perawat ruang menyiapkan kamar → perawat IGD mengantar pasien ke kamar			

				<p>perawatan → perawat ruangan memberikan penjelasan mengenai fasilitas kamar → operan antara perawat IGD dan ruangan mengenai obat- obatan, kondisi pasien, pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan, tindakan yang akan dilakukan ke pasien → mencatat di status pasien → membuat askep → menghubu- ngi instalasi gizi untuk makan pasien.</p>			
<p>Kelengkapan berkas pasien yang akan rawat inap</p>			<p>Status pasien, berkas tindakan yang telah dilakukan di IGD, surat pengantar rawat.</p>	<p>Surat pengantar dari IGD harus dilampirkan, form obat-obatan dan cairan, surat konsultasi dokter,</p>			

				dokumen asuhan keperawatan, rincian tindakan perawatan.		
Mekanisme kerjasama dengan unit lain				Kerjasama dengan unit penunjang serta bagian administrasi pasien.		
Penyampaian informasi tentang kedatangan, pemulangan, pemindahan pasien				Jika ada pasien yang ingin pindah ruang rawat, yang pertama dihubungi yaitu bagian administrasi pasien untuk pelunasan biaya ruangan sebelumnya. Setelah itu menghubungi instalasi gizi untuk menginformasikan hal tersebut.		
Kegiatan pemenuhan kebutuhan makanan di ruangan				Ada lembaran permintaan makanan pasien. Pengisian oleh perawat dinas	Permintaan makanan pasien di ruang rawat menggunakan	

				<p>malam setelah itu diambil oleh petugas gizi pada pagi hari. Jika ada perubahan diit pasien akan dikonfirmasi melalui telepon.</p>		<p>daftar permintaan makanan pasien yang telah dibuat oleh perawat dinas malam. Untuk pasien yang baru ruang rawat, makanan diberikan pada jam tertentu. Pendistribusian makanan pasien dengan sisten sentralisasi dengan sepengetahuan perawat, dicatat dibuku komunikasi. Petugas gizi melakukan kunjungan setiap hari ke ruang rawat.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

Mekanisme pengelolaan obat				Ada kotak obat untuk setiap pasien (obat oral, alkes yang kecil), cairan infus terpisah. Dinas pagi mencatat obat-obatan pasien yang akan habis, menghubungi dokter ruangan untuk membuat resep. Keluarga pasien sendiri yang menebus obat ke bagian apotik. Copian resep berwarna biru diberikan ke perawat.			
Pasien yang telah selesai masa rawat				Kolaborasi dengan dokter, acc dokter untuk pulang, hubungi pasien untuk melunasi biaya perawatan, lengkapi berkas, hubungi gizi untuk memberitahu			

				pasien telah pulang.			
Hambatan				Pihak administrasi pasien yang tidak rutin datang ke ruangan untuk mencatat tindakan pasien atau tidak ada di tempat jika pasien yang ingin pulang atau mengetahui perincian biaya.			
Pencatatan Kegiatan Harian							
Mekanisme penerimaan pasien rawat inap	Cara masuk pasien yaitu pasien umum dan jaminan. Harus mengisi formulir perjanjian rawat inap dan ditandatangani di atas materai. Tidak ada perbedaan pelayanan untuk pasien dengan	Pasien rawat inap dari IGD → bayar uang muka → pengisian form perjanjian rawat di Instalasi Administrasi Pasien → penetapan kelas perawatan oleh keluarga → bagian administrasi pasien konfirmasi ke ruang rawat.					

	cara pembayaran yang berbeda	Pelayanan pasien bayar dengan jaminan sama, tidak ada perbedaan.					
Berkas yang harus dilengkapi pasien yang akan rawat inap	Surat perjanjian rawat inap bermaterai yang sudah ditandatangani.	Surat pengantar masuk rawat inap, bukti pembayaran uang muka dari kasir, form perjanjian rawat inap yang dibuat di instalasi administrasi pasien.					
Pencatatan	Pencatatan dari mulai pasien masuk, datanya langsung diinput berdasarkan ruang perawatan.	Pencatatan tindakan pasien ke ruang rawat atau sensus seharusnya dilakukan setiap hari namun dalam pelaksanaannya terkadang tidak seperti itu. Tidak ada petugas khusus yang bertanggung jawab untuk sensus harian.					

Hambatan	Data rincian biaya pasien tidak <i>terupdate</i> , pasien menunggu sebentar.	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak mengisi form perjanjian rawat inap karena petugas administrasi tidak ada di tempat. - Terkadang ada pasien yang ingin mengetahui rincian biaya/pulang, tapi data tindakan belum <i>terupdate</i>, biasanya petugas akan mencatat ke ruang rawat sehingga menyebabkan pasien tersebut dan pasien harus menunggu kembali. 					
----------	--	---	--	--	--	--	--

Unit terkait kedatangan, pemulangan dan pemindahan pasien	Sudah ada kesepakatan untuk mengkonfirmasi ke semua unit ketika pasien ingin pindah ruangan/pulang ke administrasi pasien. kecuali pasien dari ruang komikasi ke HCU tidak perlu konfirmasi dahulu sebelum memindahkan pasien.	Sudah baik, sudah ada kofirmasi dari ruang rawat					
Pengelolaan resep obat	Semua pasien rawat inap dilakukan acc resep di administrasi karena berkaitan dengan biaya perawatan. Obat dengan harga di atas 500 ribu harus konfirmasi kepada keluarga.	Untuk pasien jaminan harus acc resep ke instalasi administrasi pasien terlebih dahulu agar dapat dimasukkan ke rincian tagihan. Petugas administrasi pasien akan menghubungi					Mekanisme pengelolaan resep obat untuk : (a) pasien tunai : obat dihargai di apotik selanjutnya pasien membayar di kasir, mengambil

		keluarga untuk menyetujui pembelian obat jika total harga obat melampaui jumlah biaya yang telah dibayar oleh pasien rawat inap.				obat yang telah dibayar di apotik. (b) pasien jaminan : resep dihargai di apotik, acc resep ke administrasi pasien (distempel), Petugas administrasi pasien mengarahkan keluarga pasien ke apotik untuk memproses resep. Apabila ada harga obat yang melebihi jumlah rincian biaya pasien rawat inap yang
--	--	--	--	--	--	---

							belum dilunasi, pihak administrasi pasien akan menghubungi keluarga pasien untuk persetujuan penebusan obat tersebut. Jika ada pasien rawat inap yang ingin pulang akan ada cross check dari instalasi administrasi pasien ke apotik untuk total harga pemakaian obat pasien.
Proses Penagihan							
Mekanisme pembuatan rincian tagihan biaya	Pembuatan rincian tagihan sama untuk setiap pasien.	Dari hasil pencatatan/sensus di ruang rawat, kemudian					

rawat inap		dimasukkan ke komputer setelah itu diberikan ke keluarga. Form tagihan sama untuk setiap pasien, yang membedakan adalah cara perhitungan (ada persentase tagihan yang harus dibayar) untuk pasien jaminan, sedangkan pasien umum harus membayar penuh.					
Petugas yang bertanggung jawab	Penyelesaian tagihan oleh petugas yang ada pada shift tersebut.	Petugas yang terakhir membuat rincian tagihan biaya perawatan.					
Pemeriksaan ulang perhitungan biaya	Dilakukan pemeriksaan ulang perhitungan biaya. Tidak hanya dari buku sensus, tetapi	Pasti dilakukan pemeriksaan ulang perhitungan biaya untuk menghindari kesalahan.					

	juga cross check dengan unit lain seperti ruang perawatan atau apotik.						
Informasi ke keluarga mengenai tagihan biaya rawat	Sebelum pasien dirawat diberikan informasi terlebih dahulu mengenai biaya perawatan.	Panggil keluarga pasien ke instalasi administrasi pasien, untuk pasien yang tidak ditunggu keluarga akan ditelepon.					
Kesulitan penagihan	Pasien yang sudah boleh pulang seringkali tidak sanggup untuk membayar biaya perawatan. Solusinya dibuat surat piutang pasien diatas materai.	Jika keluarga tinggal di luar kota. Batas waktu jika keluarga tidak ada komunikasi untuk pembayaran biaya perawatan sekitar 1-2 minggu. Jika tidak ada konfirmasi, pasien dilakukan pulang paksa, administrasi membuat rincian tagihan kemudian pasien diantar ke					

		rumah oleh petugas yang terkait kemudian membuat surat perjanjian piutang di atas materai.				
Persyaratan pasien selesai masa rawat		Menyelesaikan administrasi pasien, stempel lunas pada perincian biaya, pulang. Apabila pasien rawat inap umum dan jaminan yang sudah selesai masa rawat tetapi belum mampu melunasi biaya perawatan harus membuat surat perjanjian piutang untuk angsuran pembayaran.			Jika ada pasien yang selesai masa rawat, tetapi belum bisa melunasi biaya perawatan maka pasien membuat surat perjanjian bermaterai di instalasi administrasi pasien.	
Mekanisme kerjasama dengan unit terkait	Mobilisasi dana	Mobilisasi dana, apotik, ruang rawat.			Apotik mengenai pencocokan obat, administrasi	

					pasien, ruang perawatan mengenai uang muka pasien atau cara pembayaran pasien.		
Cara Pembayaran Pasien							
Jenis dan mekanisme cara pembayaran pasien rawat inap	Pasien non jaminan dan jaminan (SKTM, Gakin, Jamkesmas).	Tunai dan non tunai (transfer) baik pada pasien umum maupun pasien dengan jaminan. Pembayaran tunai dilakukan langsung ke bagian kasir sedangkan transfer langsung ke rekening rumah sakit setelah petugas administrasi menginformasikan tagihan biaya perawatan			Cara pembayaran pasien umum dan Jaminan (Gakin dan SKTM). Pasien Gakin tidak dikenakan biaya kontribusi perawatan, sedangkan pasien SKTM dikenakan biaya kontribusi perawatan sesuai kriteria		

		kemudian keluarga menghubungi petugas administrasi pasien dan petugas mengkonfirmasi ke bendahara penerimaan.			dari Puskesmas. Jika tidak mampu, akan dibuatkan surat pembebasan biaya oleh bagian administrasi pasien.		
Pelayanan	Tidak ada perbedaan pelayanan	Tidak ada perbedaan pelayanan bagi pasien yang membayar tunai maupun jaminan.		Tidak ada perbedaan pelayanan di ruang rawat bagi pasien umum atau jaminan. Yang membedakan dari obat-obatan. Pasien jaminan akan mendapatkan obat yang berbeda harganya dengan pasien umum.	Tidak ada perbedaan pelayanan untuk pasien umum maupun jaminan.		
Kesulitan pembayaran uang muka	Pasien tetap diterima untuk dirawat.	Diberikan pilihan apakah mau menggunakan surat jaminan dengan memenuhi			Nominal yang pasien bawa tetap diterima tetapi dengan ada perjanjian		

		berkas persyaratan pasien jaminan atau mencicil biaya perawatan.			misalnya keesokan hari atau selesai masa rawat untuk pelunasan biayanya. Surat perjanjian dibuat di bagian administrasi pasien.		
Hambatan		Terkadang terjadi kesalahpahaman antara keluarga pasien yang melakukan transfer dengan petugas jika keluarga tidak melakukan konfirmasi ke petugas setelah transfer.			Pasien yang telah melakukan transfer hanya menunggu pemberitahuan dari bagian keuangan karenanya menghambat untuk pendapatan RS.		

PEDOMAN OBSERVASI (CHECKLIST)

No.	Variabel	Ya	Tidak	Keterangan
1.	Pengaturan jam kerja	√		
2.	Lama kerja berpengaruh terhadap pelaksanaan pekerjaan		√	Di Instalasi Administrasi Pasien
3.	Sarana dalam menunjang kegiatan tersedia	√		
4.	Pelaksanaan sensus untuk pencatatan tindakan ke ruang rawat dilakukan setiap hari		√	
5.	Pembuatan rincian biaya perawatan terlaksana dengan baik	√		
6.	Pasien kurang uang muka diterima untuk mendapatkan perawatan	√		
7.	Pasien tidak mampu melunasi biaya rawat ditangani dengan baik	√		

PEDOMAN TELAAH DOKUMEN (CHECKLIST)

No.	Jenis Dokumen	Ada	Tidak Ada	Tidak Lengkap	Keterangan
1.	Data komposisi pegawai	√			
2.	Jadwal dinas setiap ruangan	√			
3.	SOP kegiatan harian	√			
4.	Buku tarif pelayanan rawat inap	√			
5.	Pedoman pelaksanaan pasien JPK-Gakin dan Jamkesmas	√			
6.	Alur pasien masuk rawat inap	√			Instalasi Administrasi Pasien dan IGD
7.	Formulir permintaan makan pasien rawat inap	√			Instalasi Gizi dan Rawat Inap
8.	Berkas pasien pulang (jaminan dan non Jaminan)			√	