



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN PROSES PENCATATAN DAN
PENAGIHAN PIUTANG PASIEN JAMKESDA SKTM
& GAKIN DKI DI RSUP FATMAWATI
TAHUN 2011**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat

RINA KHAIRUNNISA FADLI

NPM : 0806336892

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

PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rina Khairunnisa Fadli

NPM : 0806336892

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Peminatan : Manajemen Rumah sakit

Tahun : 2008

Jenjang : Sarjana

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat pada penulisan skripsi saya yang berjudul:

“Gambaran Proses Pencatatan Dan Penagihan Piutang Pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI Di RSUP Fatmawati Tahun 2011”

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Depok, Juli 2012



(Rina Khairunnisa Fadli)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Rina Khairunnisa Fadli

NPM : 0806336892

Tanda Tangan : 

Tanggal : 7 Juli 2012

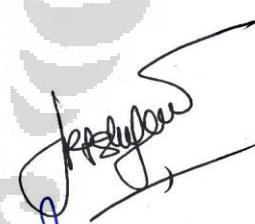
HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh;

Nama : Rina Khairunnisa Fadli
NPM : 0806336892
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
**Judul Skripsi : Gambaran Proses Pencatatan dan Penagihan Piutang
Pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI di RSUP
Fatmawati Tahun 2011**

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prastuti Soewondo Chusnun SE, MPH, PhD ()

Penguji : Atik Nurwahyuni SKM, M.Kes ()

Penguji : Dr. Triana Puspita Dewi, M.Kes ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 7 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat yang begitu besar sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penyusunan skripsi yang berjudul “Gambaran Proses Pencatatan dan Penagihan Piutang Pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI di RSUP Fatmawati Tahun 2011” ini bertujuan untuk memenuhi persyaratan dalam rangka menyelesaikan studi pada program S1 Reguler Peminatan Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Tahun 2012.

Penyusunan skripsi ini dilaksanakan pada bulan Juni-Juli tahun 2012 di Instalasi Penagihan Pasien Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati. Pada dasarnya, penyusunan skripsi ini tidak akan berjalan dengan baik dan lancar tanpa adanya dukungan dari berbagai pihak yang telah membantu dan mendukung penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu penulis ingin menyampaikan ungkapan terima kasih kepada pihak terkait. Ungkapan terima kasih yang tidak terhingga ini penulis sampaikan kepada:

1. Bapak Aswana S.Pd dan Ibu Dra. Turiyah Spd.Ing beserta kakak saya Ari Khairurrijal Fahmi S.Pd dan keluarga besar tercinta yang tidak hentinya mendoakan dan mendukung penulis dalam penyelesaian skripsi ini.
2. Prastuti Soewondo Chusnun SE.,MPH.,PhD selaku pembimbing akademis yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan, kritik, dan saran yang membangun dalam proses penyusunan skripsi ini.
3. Atik Nurwahyuni SKM M.Kes selaku penguji sidang skripsi, terima kasih atas waktunya Bu.
4. Dr. Triana Puspita Dewi M.Kes selaku penguji sidang skripsi yang juga telah memberikan banyak masukan kepada penulis.
5. Dr.Triana Puspita Dewi M.Kes, Bu Rita, Pak Jamal, Bu Hera, Mas Fajar dan Pak Ayatulloh yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk berpartisipasi menjadi informan dalam penelitian saya ini.
6. Pak Asep, Pak Hafis, Pak Nahrawi, Pak Ahmad, Pak Dedi, Bu Asih, Mba Tina, Mba Laksmi, Bu Komyati, Pak Amin, Mba Dewi, Mba Epi, dan

segenap pegawai di IPP RSUP Fatmawati yang telah banyak membantu saya selama penelitian ini berlangsung, terima kasih untuk kekeluargaannya selama ini.

7. Bagian Diklit, Ibu Erna, Mba Sri, Pak Asep dan segenap pegawai Bag. Diklit yang juga sangat membantu penulis, terima kasih semuanya.
8. Sahabat- sahabat tersayang Rr, Wirda, Naila, Aya, Naned, Risky, Ridho, Iput, Dije, Kades, Ratih, yang terus memberikan motivasi kepada penulis untuk terus berusaha dalam penyelesaian skripsi ini.
9. Sahabat satu bimbingan, Septi, Kak Fretta dan Kak Silvi yang juga memotivasi penulis untuk dapat menyelesaikan skripsi ini tepat waktu.
10. Teman- teman AKK 2008 dan FKMUI 2008 yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.
11. Addina Ayuningtyas, sahabat sejati yang selalu memberikan semangatnya kepada penulis, semangat Din buat skripsinya ☺

Akhir kata penulis hanya bisa mendoakan semoga kebaikan semua pihak dibalas oleh Allah SWT dengan berkali-kali lipat. Amin.

Depok, Juli 2012

Penulis

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

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

Nama : Rina Khairunnisa Fadli

NPM : 0806336892

Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Jenis Karya : Skripsi

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

“Gambaran Proses Pencatatan dan Penagihan Piutang Pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI di RSUP Fatmawati Tahun 2011”

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 7 Juli 2012

Yang menyatakan



(Rina Khairunnisa Fadli)

ABSTRAK

Nama : Rina Khairunnisa Fadli
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul : Gambaran Proses Pencatatan dan Penagihan Piutang
Pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI di RSUP
Fatmawati Tahun 2011

Penelitian ini membahas mengenai gambaran proses pencatatan dan penagihan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI di RSUP Fatmawati Tahun 2011. Penelitian ini berdasarkan teori kendala dimana penulis ingin mengidentifikasi kendala yang terjadi dalam proses pencatatan dan pengaihan piutang mulai dari persiapan berkas, pengiriman berkas, pelaporan penutupan rekening sampai dengan evaluasi. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen.

Penelitian menunjukkan bahwa terjadi kendala dalam proses pencatatan dan penagihan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI pada variabel sarana dan pembayaran dari Dinas Kesehatan. Pada sarana ditemukan masih kurangnya program jaringan atau aplikasi pada komputer petugas klaim rawat jalan sehingga input masih manual. Sedangkan dari segi pembayaran Dinas Kesehatan masih belum sesuai dengan jumlah yang ditagih oleh pihak rumah sakit dan masih belum tepat waktu, hal ini terjadi karena adanya selisih, kurang lengkapnya prasyarat administrasi terutama untuk kasus katastrofik.

Kata Kunci:

Penagihan, Piutang, JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI.

ABSTRACT

Name : Rina Khairunnisa Fadli
Study Program : Bachelor of Public Health
Judul : Description of Collecting Account Receivable Process for JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI at Fatmawati Hospital 2011

This research discusses on description of collecting process of account receivable for JAMKESDA SKTM and GAKIN DKI at Fatmawati Hospital in 2011. Analysis of this research based on theory of constraint, which specifically aims to identify on constraints occurred in the collecting process including preparing document, delivering document, reporting and evaluating. This research is a qualitative method with indepth interview, observation, and review document.

This study shows several important constraints in collecting process of account receivable for JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI which are facilities and payment from Dinas Kesehatan. In the facility aspect, it is identified that the information system is still under developed, so almost all input data is done manually. With respect to payment unit from Dinas Kesehatan, many cases is still foend with discrepancy balance between hospital and Dinas Kesehatan. This may be the cause of delay in payment. Other constraint is also noted in fulfilling all the administrative document especially for catastrophic cases.

Key Word:

Collecting, Account receivable, JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	5
1.4 Tujuan penelitian	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	5
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Teori Kendala.....	7
2.2 Manajemen Keuangan.....	12
2.3 Manajemen Keuangan Rumah Sakit	13
2.4 Manajemen Piutang	15
2.5 Program JPK Gakin	24
BAB III KERANGKA PIKIR , KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	26
3.1 Kerangka Pikir	26
3.2 Kerangka konsep.....	28
3.3 Definisi Operasional	29
BAB IV METODE PENELITIAN	32
4.1 Desain Penelitian	32
4.2 lokasi dan Waktu Penelitian.....	32
4.3 Informan Penelitian	32
4.4 Pengumpulan Data.....	33
4.5 Validitas Data.....	33
4.6 Manajemen Data	34
4.7 Analisis Data	35
BAB V GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT	36

5.1 Gambaran Umum RSUP Fatmawati.....	36
5.1.1 Sejarah Singkat RSUP Fatmawati	36
5.1.2 Profil RSUP Fatmawati.....	37
5.1.3 Tugas dan Fungsi RSUP Fatmawati	38
5.1.4 Visi, Misi dan Logo RSUP Fatmawati.....	38
5.1.5 Struktur Organisasi RSUP Fatmawati.....	39
5.1.6 Ketenagaan RSUP Fatmawati	42
5.1.7 Fasilitas dan Pelayanan RSUP Fatmawati	42
5.1.8 Kinerja RSUP Fatmawati.....	47
5.2 Gambaran Instalasi Penagihan Pasien (IPP)	50
5.2.1 Profil IPP.....	50
5.2.2 Visi dan Misi IPP	51
5.2.3 Tujuan serta Tugas Pokok dan Fungsi IPP	51
5.2.4 Ketenagaan IPP	51
5.2.5 Struktur Organisasi IPP.....	51
BAB VI HASIL PENELITIAN.....	53
6.1 Pelaksanaan Penelitian	53
6.2 Karakteristik Informan	53
6.3 Hasil Penelitian	54
6.3.1 SDM	54
6.3.2 Sarana	60
6.3.3 Prosedur Tetap.....	63
6.3.4 Pembayaran dari Dinkes	72
6.3.5 Tingginya Saldo Piutang.....	74
6.3.6 Lamanya Hari Piutang	76
BAB VII PEMBAHASAN.....	78
7.1 Keterbatasan penelitian	78
7.2 Pembahasan.....	78
7.2.1 SDM	80
7.2.2 Sarana	81
7.2.3 Prosedur Tetap.....	82
7.2.4 Pembayaran dari Dinkes	84
BAB VIII KESIMPULAN DAN SARAN	88
8.1 Kesimpulan	88
8.2 Saran	89
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

- Tabel 1.1** Laporan Data Klaim Piutang RSUP Fatmawati Per Maret 2012
- Tabel 1.2** Laporan piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI RSUP Fatmawati Tahun 2010 & 2011
- Tabel 3.1** Definisi Operasional
- Tabel 5.1** Komposisi Ketenagaan RSUP Fatmawati Berdasarkan Jenis Tenaga dan Pendidikan September 2011
- Tabel 5.2** Indikator Kinerja RSUP Fatmawati Tahun 2006 – September 2011
- Tabel 6.1** Karakteristik Informan
- Tabel 6.2** Jumlah SDM Penagihan JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI
- Tabel 6.3** Hasil Observasi Sarana di Persiapan Berkas
- Tabel 6.4** Hasil Observasi Proses persiapan berkas klaim rawat jalan
- Tabel 6.5** Hasil Observasi Proses persiapan berkas klaim rawat inap
- Tabel 6.6** Laporan Rekapitulasi Klaim Pasien SKTM & GAKIN DKI Tahun 2011
- Tabel 6.7** Daftar Penyebab tidak terbayarnya klaim berdasarkan BAP 2011
- Tabel 6.8** Rata-rata lama hari piutang pasien SKTM & GAKIN DKI Tahun 2011

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Siklus Piutang

Gambar 3.1 Fokus Teori Kendala

Gambar 3.2 Jenis Kendala

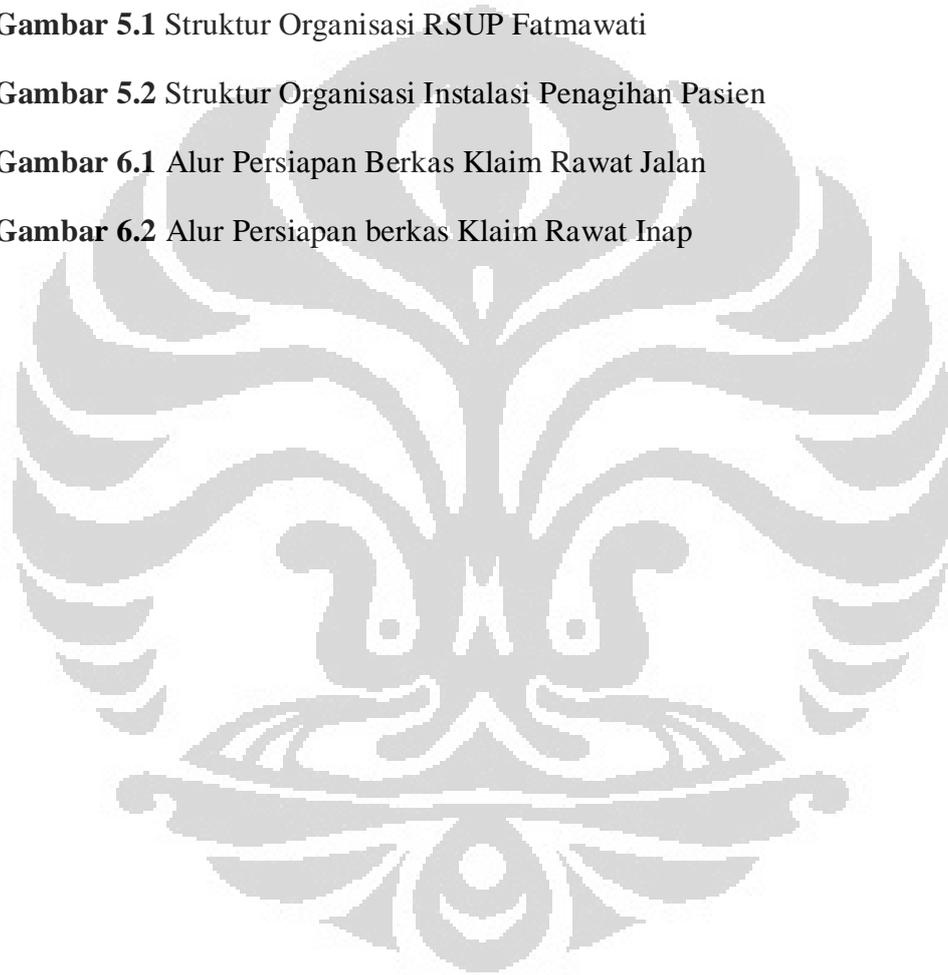
Gambar 3.3 Kerangka Konsep

Gambar 5.1 Struktur Organisasi RSUP Fatmawati

Gambar 5.2 Struktur Organisasi Instalasi Penagihan Pasien

Gambar 6.1 Alur Persiapan Berkas Klaim Rawat Jalan

Gambar 6.2 Alur Persiapan berkas Klaim Rawat Inap



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pedoman Wawancara

Lampiran 2 Pedoman Observasi & Lembar *Checklist*

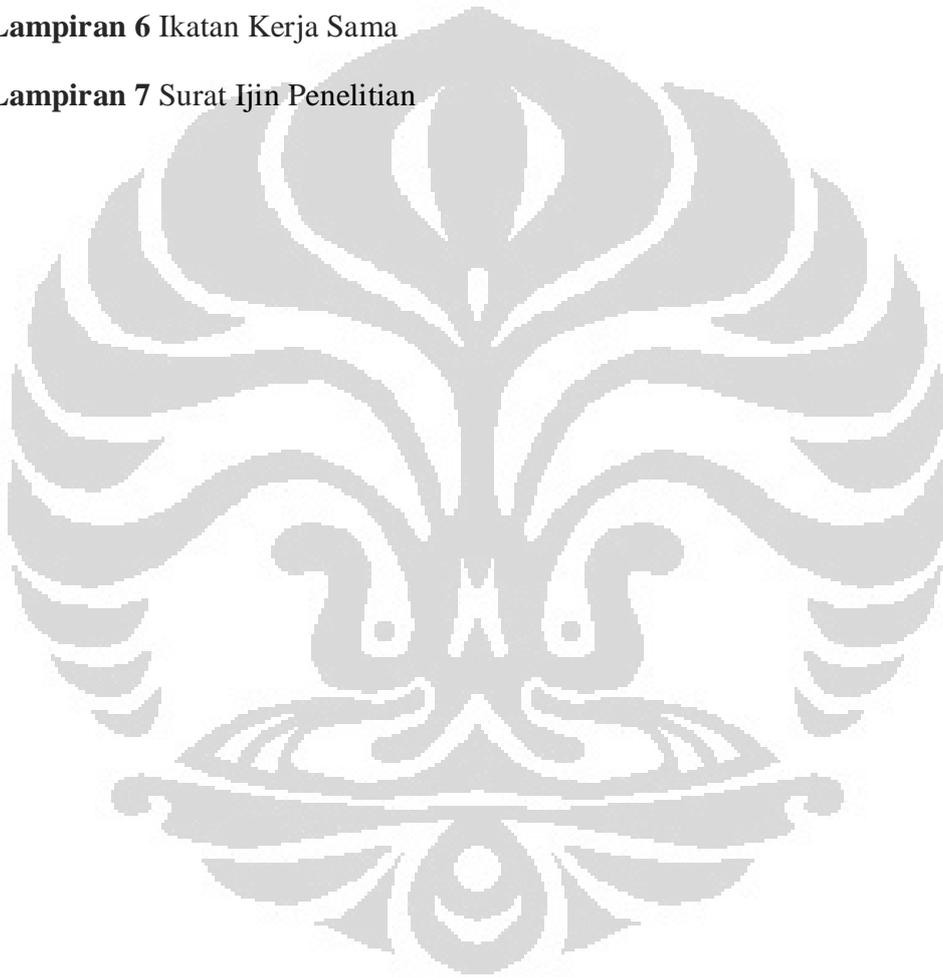
Lampiran 3 Matriks Wawancara

Lampiran 4 Rekapitulasi Piutang

Lampiran 5 Prosedur Tetap

Lampiran 6 Ikatan Kerja Sama

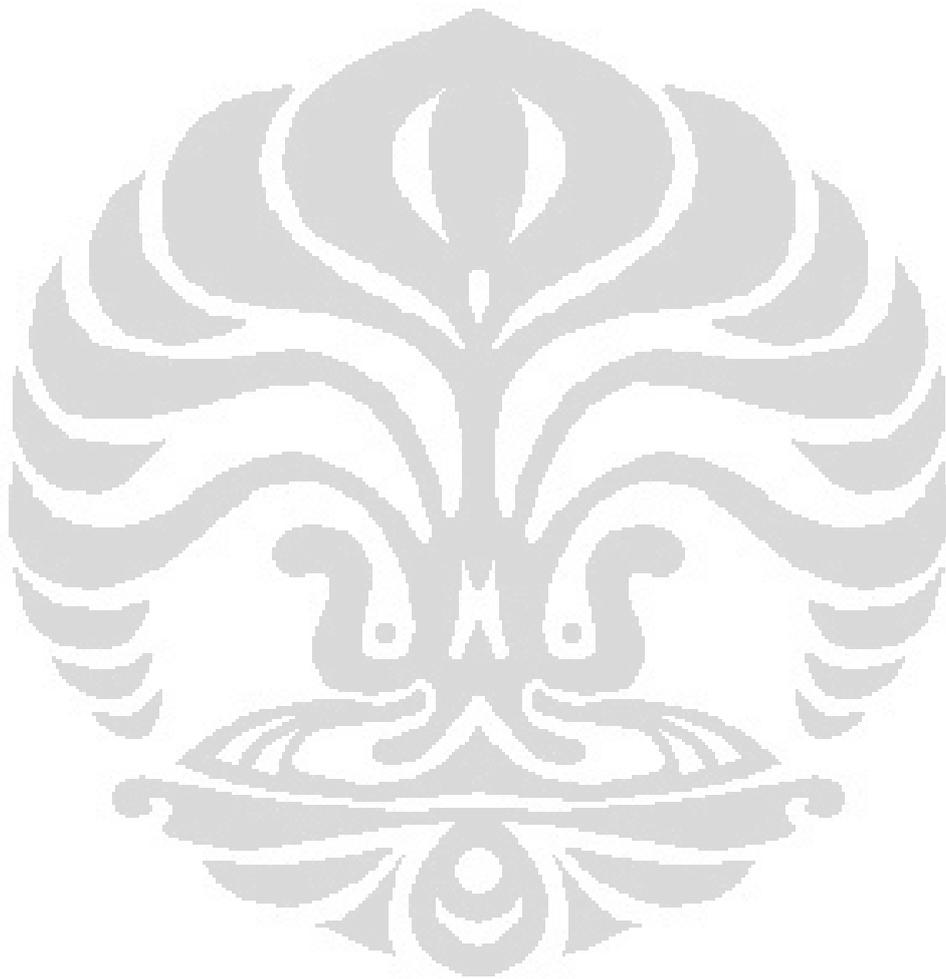
Lampiran 7 Surat Ijin Penelitian



DAFTAR SINGKATAN



SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
Dinkes	: Dinas Kesehatan
JPK-Gakin	: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin
REPETADA	: Rencana Pembangunan Tahunan Daerah
JPKM	: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat
PPK	: Pelaksana Pelayanan Kesehatan
RSUP	: Rumah Sakit Umum Pusat
JUKLAK	: Petunjuk Pelaksanaan
JUKNIS	: Petunjuk Teknis
JAMKESDA	: Jaminan Kesehatan Daerah
SKTM	: Surat Keterangan Tidak Mampu
IPP	: Instalasi Penagihan Pasien
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
TOC	: Theory of Constraint
RJTP	: Rawat Jalan Tingkat Pertama
RJTL	: Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
IKS	: Ikatan Kerja Sama
BAP	: Berita Acara Pemeriksaan



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Berdasarkan Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 yang menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap warga. Oleh karena itu, setiap individu, keluarga, dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan Negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Upaya mewujudkan hak fundamental tersebut adalah kewajiban dari pemerintah untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang adil dan merata dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat.

Hasil amandemen Undang-Undang dasar 1945 tahun 2002 pasal 33 dan 34 ayat (1), (2), dan (3) mengamanatkan penyelenggaraan suatu jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia terutama bagi keluarga miskin. Serta Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pasal 17 butir 4 menyatakan bahwa iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang tidak mampu dibayar oleh Pemerintah.(Dinkes, 2010)

Dalam upaya untuk mewujudkan hal ini, maka pemerintah Provinsi DKI Jakarta mengembangkan suatu sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin yang kemudian disingkat menjadi sistem JPK-Gakin yang dibiayai oleh pemda DKI Jakarta. Program JPK-Gakin merupakan Program Prioritas dan masuk ke dalam *Dedicated Program* atau program unggulan dari pemda DKI Jakarta, yang dijabarkan secara operasional dalam Rencana Pembangunan Tahunan Daerah (REPETADA). (www.jamkesda.com, 12 April 2012)

Sistem JPK-Gakin merupakan suatu sistem jaminan kesehatan yang menggunakan pendekatan konsep “Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat” (JPKM) atau dikenal dengan “Asuransi kesehatan dengan kendali biaya dan kendali mutu” (*Managed Health Care*) dengan pelayanan yang efektif melalui pelayanan kesehatan yang berjenjang dan melalui tinjauan pemanfaatan (*Utilization Review*). (Dinkes, 2010)

Peserta dalam program JPK-Gakin adalah pasien keluarga miskin, pasien kurang mampu di seluruh wilayah Provinsi DKI Jakarta, meliputi lima wilayah administratif kotamadya dan kabupaten administratif Kepulauan Seribu. (Dinkes, 2010)

Dana Jaminan Pelayanan Kesehatan bagi Keluarga Miskin (JPK-Gakin) bersumber dari dana APBD Pemda. Dalam menjalankan program tersebut, Dinas Kesehatan DKI Jakarta bekerja sama dengan beberapa pihak yang saling terkait, yakni Tim Asistensi, Badan Pusat Statistik (BPS), Tim Badan Pembimbing, Suku Dinas Kesehatan, Puskesmas, Rumah Sakit, serta Lurah tempat Gakin berdomisili. (Dinkes, 2009 dalam Rosiana, 2011)

RSUP Fatmawati sebagai rumah sakit umum pusat rujukan termasuk dalam daftar 85 Pelaksana Pelayanan Kesehatan (PPK) JPK-Gakin. Di RSUP Fatmawati, JPK-Gakin digolongkan sebagai Jaminan Kesehatan Daerah Surat Keterangan Tidak Mampu dan Keluarga Miskin Daerah Khusus Ibukota (JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI). Berdasarkan penjelasan dalam Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis (JUKLAK – JUKNIS) JPK-Gakin atau JAMKESDA SKTM & GAKIN, pasien SKTM memberikan kontribusi sesuai hasil verifikasi. Bila hasil verifikasi miskin maka pasien memberikan kontribusi sebesar 25% dan kurang mampu sebesar 50%. Bila pasien SKTM tidak mampu kontribusi sesuai ketentuan, maka dapat diringankan sampai dengan pembebasan.

JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI di RSUP Fatmawati tergolong kedalam 3 penyumbang piutang JAMKESDA terbesar dari 12 jenis JAMKESDA yang ada. Informasi ini terlihat dari laporan data klaim piutang sampai dengan Maret 2012, bahwa tiga JAMKESDA penyumbang piutang terbesar adalah JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI, JAMKESMAS, dan JAMKESDA Depok. Berikut adalah tabel laporan data klaim piutang tersebut.

Tabel 1.1 Laporan Klaim JAMKESDA Per 27 Maret 2012 RSUP Fatmawati

No	Jenis JAMKESDA	Jumlah Saldo Piutang Tertagih	Jumlah yang Sudah Dibayar	Jumlah yang Belum Dibayar	Selisih
1	SKTM & GAKIN DKI	36,548,698,066	18,590,754,030	16,088,996,640	1,268,946,196

No	Jenis JAMKESDA	Jumlah Saldo Piutang Tertagih	Jumlah yang Sudah Dibayar	Jumlah yang Belum Dibayar	Selisih
2	JAMKESMAS	29,808,789,828	29,808,789,828		
3	Depok	9,607,665,217	3,849,403,863	5,416,701,406	941,558,946
4	Tangerang Selatan	5,720,304,727		5,720,304,727	
5	Kab Bogor	2,968,228,740	2,876,596,740	87,776,000	3,856,000
6	DBD & Bencana Lain	700,642,186	521,874,871	178,323,715	443,800
7	Obat JAMKESDA Bogor	459,069,481	450,221,826	8,847,655	
8	Tangerang Kab	96,658,635	28,418,200	68,240,435	
9	Kota Bogor	85,054,042	18,768,171	66,285,871	
10	Tangerang Kota	50,550,215		50,550,215	
11	Manado	12,268,500		12,268,500	
12	Bangka Belitung	236,000		236,000	
TOTAL		86,058,165,637	56,144,829,531	27,698,531,164	2,214,804,942

Sumber: IPP RSUP Fatmawati

Menurut bagian IPP (Instalasi Penagihan Pasien) JAMKESDA SKTM &GAKIN DKI memang menjadi penyumbang piutang terbesar bagi RSUP Fatmawati .

Mengutip dari buku 50 tahun RSUP Fatmawati, menurut dr. Andi Wahyuningsih Attas, Sp.An selaku Direktur Utama RSUP Fatmawati, dijelaskan bahwa sebagai rumah sakit milik pemerintah, RSUP Fatmawati berusaha mengikuti kebijakan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) yang berusaha untuk memperbaiki akses pelayanan kesehatan bagi semua komponen masyarakat, khususnya dari kalangan kurang mampu. Sehingga pada momentum 50 tahun, tepatnya April tahun 2011, rumah sakit meningkatkan persentase kapasitas pelayanan bagi masyarakat kurang mampu (*public wing*) dari 50 % menjadi hampir 65 %.

Kebijakan *public wing* yang diberlakukan oleh RSUP Fatmawati sejak April 2011 kemarin memberikan dampak yang cukup serius terkait dengan piutang rumah sakit. Karena dengan diberlakukannya *public wing* ini, memungkinkan untuk menampung lebih banyak pasien jaminan di kelas III, diantaranya jaminan pemerintah DKI Jakarta. Banyaknya pasien jaminan akan

Universitas Indonesia

mempengaruhi jumlah piutang. Berdasarkan hasil wawancara awal dengan petugas penagihan, pada kenyataan di lapangan seringkali terjadi jumlah klaim piutang yang dibayar oleh Dinas Kesehatan tidak sesuai dengan yang diajukan. Hal ini dapat terjadi terkait dengan kelengkapan berkas dan mungkin juga penyebab lain. Piutang yang belum dibayar tersebut bisa diusahakan dilengkapi kembali berkas-berkas tagihannya sedangkan yang sudah tidak bisa dilengkapi lagi tidak akan dibayar oleh Dinas Kesehatan, yang kemudian dibayar dari subsidi rumah sakit.

Jumlah piutang belum dibayar pada JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI meningkat dari tahun 2010 ke 2011. Hal ini dapat dilihat pada tabel berikut;

Tabel 1.2 Laporan piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI RSUP Fatmawati Tahun 2010 & 2011

Keterangan	2010	2011
Jumlah Klaim	24.350.096.992	33.627.926.692
Jumlah dibayar	22.196.011.626	18.590.756.030
Jumlah Belum Dibayar	2.154.085.366	13.168.225.266*

*Data IPP sampai dengan Maret 2012

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa peningkatan jumlah piutang yang belum dibayar meningkat dari Tahun 2010 ke 2011 sebesar 11.014.139.900 atau sekitar 6 kali lipat. Peningkatan jumlah pasien yang menyebabkan peningkatan piutang tidak seimbang dengan jumlah pembayaran dari Dinkes. Waktu pembayaran dari Dinkes yaitu sekitar 6-9 bulan merupakan waktu yang cukup lama untuk pemenuhan kegiatan operasional rumah sakit. Piutang belum dibayar oleh Dinkes biasanya terjadi karena berkas tagihan yang dikirim kurang lengkap, dan juga mungkin penyebab lain yang akan diamati secara lebih mendalam oleh peneliti.

1.2 Rumusan Masalah

Terjadi peningkatan piutang pada JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI baik dari nilai nominal klaim tertagih maupun saldo piutang yang belum dibayar oleh Dinas Kesehatan pada tahun 2011. Mengamati peningkatan saldo piutang yang belum dibayar tersebut, maka dibutuhkan gambaran detil proses

pencatatan dan penagihan piutang dan penyebab tingginya saldo piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI di RSUP Fatmawati Tahun 2011.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimanakah gambaran proses pencatatan dan penagihan piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI Tahun 2011?
2. Apa penyebab tingginya saldo piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI Tahun 2011?
3. Apa kendala utama yang dihadapi dalam proses pencatatan dan penagihan piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI Tahun 2011?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Mendapat gambaran proses pencatatan dan penagihan piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI RSUP Fatmawati Tahun 2011

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui pelaksanaan proses pencatatan dan penagihan piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI RSUP Fatmawati Tahun 2011.
2. Identifikasi penyebab tingginya saldo piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI Tahun 2011.
3. Identifikasi kendala utama yang dihadapi dalam proses pencatatan dan penagihan piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI RSUP Fatmawati Tahun 2011.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1. Bagi Rumah Sakit

1. Memperoleh gambaran mengenai kendala utama serta penyebab dari kendala utama yang terjadi di lapangan dalam proses pencatatan dan penagihan piutang.

Universitas Indonesia

2. Sebagai bahan masukan untuk melakukan perbaikan di masa mendatang dalam proses pencatatan dan penagihan di RSUP Fatmawati

1.5.2. Bagi Peneliti

1. Dapat mengaplikasikan teori yang didapat selama perkuliahan secara langsung di lapangan.
2. Memperluas wawasan peneliti mengenai keuangan rumah sakit, khususnya proses pencatatan dan penagihan piutang rumah sakit.
3. Sebagai syarat kelulusan untuk program Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Manajemen Rumah Sakit Universitas Indonesia.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Penagihan Pasien (IPP) RSUP Fatmawati pada bagian JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI pada bulan Juni sampai dengan minggu pertama Juli 2012, dengan tujuan mendapat gambaran mengenai proses pencatatan dan penagihan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI di RSUP Fatmawati. Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah dengan wawancara mendalam kepada informan yang terkait dengan proses pencatatan dan penagihan, selain itu juga dilakukan observasi secara langsung, serta menggunakan data sekunder. Metode penelitian ini adalah kualitatif deskriptif dengan berpedoman pada teori kendala, dimana peneliti ingin mengidentifikasi kendala yang terjadi dalam proses pencatatan dan penagihan piutang serta mengidentifikasi penyebab tingginya saldo piutang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Teori Kendala

Teori kendala atau *Theory of Constraints (TOC)* adalah filsafat manajemen yang dikembangkan oleh Dr Eliyahu Moshe Goldratt. Menurut Goldratt kekuatan rantai, proses, atau sistem bergantung pada bagian yang paling lemah. *TOC* bersifat sistemik dan berusaha untuk mengidentifikasi kendala untuk mencapai kesuksesan sistem dan untuk mempengaruhi perubahan yang diperlukan untuk menghapus kendala tersebut. Dr Goldratt dan *TOC* dikenal luas dengan penerbitan 1984 Goldratt's novel *The Goal*.

Menurut *TOC* jika hendak meningkatkan profitabilitas perusahaan secara keseluruhan, maka manajer perlu mengidentifikasi kendala-kendala yang ada, mengeksploitasinya dalam jangka pendek dan dalam jangka panjang menemukan cara bagaimana mengatasi kendala tersebut.

2.1.1 Jenis Kendala

Menurut Hansen dan Mowen (dalam Wiranata, dkk.2011), jenis kendala dapat dikelompokkan sebagai berikut:

- Berdasarkan asalnya
 1. Kendala internal (*internal constraint*) adalah faktor-faktor yang membatasi perusahaan yang berasal dari dalam perusahaan, misalnya keterbatasan jam mesin. Kendala internal harus dimanfaatkan secara optimal untuk meningkatkan throughput semaksimal mungkin tanpa meningkatkan persediaan dan biaya operasional.
 2. Kendala eksternal (*external constraint*) adalah faktor-faktor yang membatasi perusahaan yang berasal dari luar perusahaan, misalnya permintaan pasar atau kuantitas bahan baku yang tersedia dari pemasok. Kendala eksternal yang berupa volume produk yang dapat dijual, dapat

diatasi dengan menemukan pasar, meningkatkan permintaan pasar ataupun dengan mengembangkan produk baru.

- Berdasar sifatnya
 1. Kendala mengikat (*binding constraint*) adalah kendala yang terdapat pada sumber daya yang telah dimanfaatkan sepenuhnya.
 2. Kendala tidak mengikat atau kendur (*loose constraint*) adalah kendala yang terdapat pada sumber daya yang terbatas yang tidak dimanfaatkan sepenuhnya.

2.1.2 Komponen – komponen TOC

Teori kendala terdiri dari komponen yang terpisah, tetapi prosesnya berhubungan dan konsep-konsep saling terkait, antara lain: ukuran kinerja, lima langkah fokus, proses berpikir logis, dan logistik.

- a. Ukuran Kinerja
- b. Lima Langkah dalam *TOC*

Dalam mengimplementasikan ide-ide sebagai solusi dari suatu permasalahan, Goldratt mengembangkan 5 (lima) langkah yang berurutan supaya proses perbaikan lebih fokus dan berakibat lebih baik bagi sistem. Langkah-langkah tersebut adalah:

1. Identifikasi kendala sistem (*identifying the constraint*). Mengidentifikasi bagian sistem manakah yang paling lemah kemudian melihat kelemahannya apakah kelemahan fisik atau kebijakan.
2. Eksploitasi kendala (*exploiting the constraint*). Menentukan cara menghilangkan atau mengelola kendala dengan biaya yang paling rendah.
3. Subordinasi sumber lainnya (*subordinating the remaining resources*). Setelah menemukan konstrain dan telah diputuskan bagaimana mengelola konstrain tersebut maka harus mengevaluasi apakah kostrain tersebut masih menjadi kostrain pada performansi sistem atau tidak. Jika tidak

maka akan menuju ke langkah kelima, tetapi jika yam aka akan menuju ke langkah keempat.

4. Meningkatkan sistem kendala (*Elevating the system constraint*). Jika langkah ini dilakukan, maka langkah kedua dan ketiga tidak berhasil menangani konstrain. Maka harus ada perubahan besar dalam sistem, seperti reorganisasi, perbaikan modal, atau modifikasi substansi sistem.
5. Mengulangi proses keseluruhan (*repeating the process*). Jika langkah ketiga dan keempat telah berhasil dilakukan maka akan mengulangi lagi dari langkah pertama. Proses ini akan berputar sebagai siklus. Tetap waspada bahwa suatu solusi dapat menimbulkan konstrain baru perlu dilakukan.

Langkah-langkah perbaikan sistem yang dilakukan dalam *TOC* menunjukkan penekanan atau konsentrasi pendekatan *TOC* pada stasiun konstrain, dan stasiun non konstrain mengikuti hasil yang diperoleh dari stasiun konstrain. Penekanan ini mempermudah proses penjadwalan yang dilakukan, karena cukup hanya mencari jadwal yang sesuai untuk stasiun konstrain dan tidak mencari jadwal yang sesuai untuk semua elemen yang terlibat.

Meskipun *TOC* mempunyai fokus pada stasiun konstrain, stasiun-stasiun lainnya yang non-konstrain pasti akan mempengaruhi penjadwalan yang dilakukan di stasiun konstrain. Penjadwalan di stasiun konstrain memerlukan tingkat penyimpangan antara rencana dan aktual yang sangat kecil, selain itu umumnya stasiun konstrain dipasang untuk beroperasi 100 % kapasitas. Akibatnya dibutuhkan suatu penyangga yang dapat meredam setiap fluktuasi yang mungkin terjadi di stasiun non-konstrain sehingga jadwal di stasiun konstrain tidak terganggu. Oleh karena itu, *TOC* mengusulkan penggunaan *buffer* untuk stasiun konstrain yang dikenal dengan istilah *constraint buffer*.

c. Proses Berpikir Logis

Goldratt mengenalkan tahap proses berpikir logis untuk digunakan bersama dengan lima langkah fokus. Proses berpikir membantu pekerjaan melalui proses perubahan dengan mengidentifikasi hal berikut ini yaitu : apa yang akan diubah, untuk apa, dan bagaimana dampak dari perubahan tersebut. Proses berpikir terdiri dari peralatan logis yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah, kemudian mengembangkan dan mengimplementasikan solusi. Peralatan ini termasuk diagram *Effect-Cause - Effect (ECE)* dan komponennya, antara lain :

- a. *negative branch reservations,*
- b. *the current reality tree,*
- c. *the future reality tree,*
- d. *the prerequisite tree,*
- e. *the transition tree,*
- f. *the evaporating cloud,*
- g. *the negative branch reservation,*
- h. *and the ECE audit process.*

Peralatan ini memungkinkan organisasi untuk menganalisis dan mengungkapkan penyebab dan dampaknya.

Berikut ini adalah sebuah gambaran singkat dari proses berpikir. *A current reality tree* atau diagram sebab akibat, digambarkan untuk mengetahui masalah – masalah. Masalah ini diketahui sebagai akibat yang tidak diinginkan. Penyebab dari akibat yang tidak diinginkan dikenal sebagai akar masalah. Tujuan pertama adalah untuk menemukan penyebab dari akibat yang tidak diinginkan. Setiap pernyataan di dalam *a current reality tree* itu bukan sebuah jiplakan dari hal lain yang dipastikan sebagai akar penyebab. Jika membangun sebuah pohon dimana cukup menyeluruh, paling tidak satu akar penyebab akan mengarah kepada akibat utama yang tidak diinginkan. Keterangan mengenai akar penyebab ini dinamakan masalah inti atau target pengembangan utama. Akar penyebab yang lebih kecil bertanggungjawab terhadap akibat yang tidak diinginkan, yang lebih baik. Solusi untuk masalah inti ini sepertinya tidak tersedia dengan mudah. Jika tersedia, maka masalah

Universitas Indonesia

berarti sudah akan terselesaikan. Beberapa konflik muncul dalam mencegah sebuah solusi yang terburu-buru. Konflik ini menjadi keterangan dari konstruksi *the evaporating cloud*.

The evaporating cloud adalah sebuah alat pemecah konflik. Prosesnya dimulai dengan sebuah pernyataan dari tujuan yang diinginkan, yaitu adalah kebalikan dari masalah inti. Kemudian, persyaratan yang dibutuhkan untuk mencapai syarat-syarat disusun. Beberapa konflik dan asumsi yang muncul antara prasyarat diungkapkan. Sebagai contoh, jika satu tujuan untuk meningkatkan keuntungan, maka syaratnya mungkin adalah mengembangkan produksi dan mengurangi biaya. Prasyarat untuk setiap syaratnya berturut-turut adalah: mungkin untuk meningkatkan pengeluaran dalam perlengkapan modal dan untuk mengurangi pengeluaran, kedua hal ini jelas menjadi elemen yang mengakibatkan konflik. Solusi terbaik untuk menghilangkan konflik adalah dengan sebuah kompromi. Selanjutnya bergerak terlibat untuk menemukan sebuah suntikan, sebuah ide pemecahan yang akan menguapkan awan. Penguapan merujuk kepada kemampuan alat untuk menghilangkan konflik dan untuk menghasilkan *win-win solution*. Biasanya, suntikan yang asli yang tidak cukup memenuhi untuk memecahkan masalah, namun dibutuhkan tambahan suntikan agar memperjelas saat membangun *the future reality tree*.

A future reality tree adalah diagram sebab akibat yang lain. Pohon dimulai dengan mengusulkan solusi untuk masalah inti dan menggambarkan suntikan berikut akibat yang tidak diinginkannya. *The future reality tree* adalah sebuah “*what if*”. Itu Menyediakan kesempatan untuk mengevaluasi dan untuk mengembangkan solusi sebelum diimplementasikan. Hal ini dicatat bahwa harus berhati-hati tidak membolehkan solusi tersebut untuk menyebabkan akibat yang tidak diinginkan yang lain.

A prerequisite tree menggambarkan pelaksanaan suntikan dan terdiri dari sebuah rintangan dan objektif menengah. Diagram ini menjelaskan pelaksanaan tugas menjadi tahapan yang lebih kecil, mencatat hambatan yang akan diperkirakan terjadi dan tujuan menengah yang akan mengatasi rintangan dan hambatan tersebut. Tujuan menengah ini menampilkan urutan

yang diperlukan untuk pencapaian dan menentukan mana yang dapat dicapai secara paralel. Alat ini kuat dan tidak mengabaikan rintangan. Menggunakan mereka, sebaliknya, sebagai kendaraan utama untuk fase ini.

Pada tahap akhir, *a transition tree* atau pelaksanaan rencana dibangun. Elemen ini menyajikan penjelasan rinci tentang perubahan secara bertahap berkembang yang dibayangkan. Tugas ini memaksa seseorang untuk hati-hati memeriksa tindakan yang benar-benar diperlukan dan jika mereka cukup untuk menjamin perubahan yang diperlukan

d. Logistik

Logistik yang ada dalam *TOC* antara lain:

1. Penjadwalan *Drum-Buffer-Rope*
2. Manajemen *Buffer*
3. Analisis *VAT*

2.2 Manajemen Keuangan

Manajemen keuangan terdiri dari dua kata yaitu manajemen dan keuangan. Manajemen adalah teknik atau cara mengelola suatu kegiatan agar mencapai tujuan secara efektif dan efisien. Proses kegiatan manajemen terdiri dari perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan/pengendalian. Sedangkan keuangan adalah alat transaksi yang digunakan individu atau perusahaan dalam memenuhi kebutuhan dan kelangsungan aktivitasnya. (Mariun, 2000)

Manajemen keuangan menyangkut kegiatan perencanaan, analisis, dan pengendalian kegiatan keuangan. Orang yang melakukan manajemen keuangan disebut Manajer Keuangan. Pengertian manajemen keuangan dapat dirumuskan dari tugas dan tanggungjawab para manajer keuangan. Kegiatan di bidang keuangan tidak hanya terbatas pada bidang keuangan saja tetapi terkait dengan bidang lainnya seperti bidang pemasaran, produksi, administrasi, dsb. (Mariun, 2000)

Fungsi atau tugas pokok manajer keuangan menurut (Mariun, 2000) adalah merencanakan untuk memperoleh dana dan menggunakan dana tersebut

untuk memaksimalkan nilai perusahaan. Adapun kegiatan penting yang harus dilakukan oleh manajer keuangan menyangkut 4 aspek, yaitu:

4. Dalam perencanaan dan peramalan, manajer keuangan harus bekerjasama dengan para manajer yang terkait dengan perencanaan umum perusahaan
5. Manajer keuangan harus memusatkan perhatian pada berbagai keputusan investasi dan pembiayaannya.
6. Manajer keuangan harus bekerjasama dengan manajer lain agar perusahaan dapat beroperasi seefisien mungkin
7. Menyangkut penggunaan pasar uang dan modal.

Dalam poin mengenai tujuan dari manajemen keuangan dijelaskan bahwa untuk mengambil keputusan keuangan yang benar manajer keuangan perlu menentukan tujuan yang harus dicapai. Secara normatif tujuan keputusan keuangan adalah untuk memaksimalkan nilai perusahaan. Nilai perusahaan merupakan harga yang bersedia dibayar oleh calon pembeli apabila perusahaan tersebut dijual. (Mariun, 2000)

2.3 Manajemen Keuangan Rumah Sakit

Manajemen keuangan selalu berkaitan erat dengan berbagai disiplin ilmu yang lain seperti manajemen pemasaran, manajemen sumber daya manusia,. Dengan semakin cepatnya perkembangan teknologi dan meningkatnya harga peralatan medis, non medis, obat-obatan dan biaya tenaga kerja mengakibatkan besarnya dana yang diperlukan oleh rumah sakit untuk investasi maupun biaya operasional, sehingga diperlukan cara yang baik dalam mengelola (*me-manage*) keuangan agar terjadi keseimbangan antara penerimaan dan pengeluaran dana. (Febriawati 2009).

Pedoman pengelolaan keuangan rumah sakit yang memiliki lingkungan eksternal dimana mengharuskan rumah sakit melayani semua konsumen yang datang, dapat dirinci yaitu (Setiawan, 1996 dalam Tomo, 2000)

1. Pengelolaan keuangan rumah sakit yang mendorong keterbukaan keuangan kepada konsumen eksternal dan internal

Universitas Indonesia

Dari perspektif intern organisasi rumah sakit, informasi keuangan di rumah sakit tidak hanya monopoli direksi bagian keuangan, karena hal ini akan mendorong timbulnya kecurigaan oleh anggota lain dan pada akhirnya mendorong apatisme atas upaya-upaya yang bersifat keuangan.

2. Pengelolaan keuangan rumah sakit yang mendorong peningkatan efisiensi. Peningkatan efisiensi pengelolaan rumah sakit secara terus menerus merupakan pedoman pengelolaan keuangan yang mutlak harus diadopsi oleh rumah sakit manapun.

Efisiensi yang tinggi akan meningkatkan keunggulan kompetisi dan peningkatan pendapatan (*revenue*) dan akhirnya meningkatkan kemampuan keuangan rumah sakit untuk mensejahterakan anggotanya.

3. Pengelolaan keuangan rumah sakit yang mendorong efektivitas subsidi silang.

Pengelolaan keuangan rumah sakit yang memperhatikan aspek keadilan dan pemerataan pelayanan kesehatan merupakan syarat dicapainya program pembangunan kesehatan nasional.

Subsidi silang hanya dapat dicapai jika dapat dipicu oleh pengelolaan secara efisien yang akan mengakibatkan peningkatan kemampuan keuangan rumah sakit dan akhirnya mampu melayani pasien tiddak mampu.

4. Pengelolaan keuangan rumah sakit mendorong pengamanan kekayaan. Pengamanan kekayaan yang telah dimiliki dan penggunaannya akan mendorong peningkatan efisiensi rumah sakit, peningkatan pendapatan dan pada akhirnya akan meningkatkan kemampuan keuangan rumah sakit.

5. Pengelolaan keuangan rumah sakit yang mendorong pertumbuhan

Pertumbuhan merupakan wujud dari organisasi yang mampu menjaga kelangsungan hidupnya. Pertumbuhan rumah sakit diperlukan untuk menjadikan rumah sakit dapat mengikuti perkembangan IPTEK Kedokteran atau menaikkan peringkat dan kelas pelayanan.

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang padat modal, padat karya dan padat teknologi dimana pengelolaannya jauh berbeda dengan pengelolaan usaha di bidang lain.

Menurut Sabarguna (2007), lingkup manajemen keuangan rumah sakit terdiri dari tiga bagian yaitu :

1. Akuntansi keuangan
2. Akuntansi Manajemen
3. Manajemen Keuangan

2.4 Manajemen Piutang

Sebuah penundaan pembayaran baik itu secara penuh ataupun hanya sebagian dapat menjadi piutang dalam pendapatan. Karena adanya piutang, terdapat perbedaan antara arus kas yang benar-benar diterima (*Actual Incoming Cash Flow*) dengan pendapatan yang dihasilkan (*Revenue Generated*) dari beban biaya yang telah diberikan pada waktu tertentu. Piutang akan mempengaruhi *Actual Incoming Cash Flow* secara langsung. (Mehta, 1977).

Piutang menurut sumber terjadinya dikelompokkan menjadi dua jenis, yaitu piutang pelayanan dan piutang lain-lain (Dirjen Yanmed, 2002).

1. Piutang pelayanan adalah piutang piutang yang timbul karena penyerahan pelayanan (jasa) dalam rangka kegiatan rumah sakit, seperti piutang kepada pasien rawat inap dan rawat jalan
2. Piutang lain-lain adalah piutang yang timbul di luar kegiatan pelayanan medis seperti piutang karyawan.

Jenis piutang pada rumah sakit dikelompokkan menjadi:

1. Piutang pelayanan, antara lain:
 - a. Piutang Asuransi
 - b. Piutang Jaminan Perusahaan
 - c. Piutang Jaminan Perseorangan
 - d. Piutang Pelayanan Lainnya
2. Piutang lain-lain, antara lain:
 - a. Piutang pegawai/karyawan
 - b. Piutang sewa

Piutang merupakan bagian terbesar dari aktiva lancar di setiap institusi pelayanan kesehatan termasuk dalam hal ini rumah sakit yang mana hampir

Universitas Indonesia

setengahnya bersumber dari pendapatan yang dihasilkan berdasarkan biaya yang ada pada saat itu. Jadi jelas terlihat bahwa piutang memiliki pengaruh langsung terhadap aliran kas yang masuk sehingga sangat penting untuk melakukan pengelolaan piutang dengan baik dengan harapan agar dapat dilakukan pembayaran penuh secepatnya berdasarkan biaya yang telah diberikan rumah sakit tersebut (Zimmerman, 1988 dalam Rosiana, 2011).

1) Perencanaan Piutang

Tujuan utama dari perencanaan piutang adalah

- a. Menentukan tingkat arus kas yang diperlukan untuk menunjang operasi harian rumah sakit
- b. Menentukan *contribution rate* dari perputaran piutang yang diperlukan untuk menunjang tujuan arus
- c. Menentukan jumlah tenaga yang diperlukan di bagian manajemen piutang.

Beberapa rumah sakit menggunakan rasio antara lain:

- Jumlah tempat tidur dengan jumlah tenaga yang dibutuhkan
- Jumlah perkiraan terbuka dengan jumlah tenaga yang dibutuhkan.

Banyaknya tenaga yang dibutuhkan tergantung pada:

- Presentase dari pembayaran pribadi
- Lamanya rata-rata jangka waktu penagihan
- Presentase pasien yang tidak melalui proses pra penerimaan

Semakin banyak ketiga faktor tersebut, semakin banyak pula tenaga yang dibutuhkan.

2) Pengorganisasian Piutang

Struktur organisasi yang tepat, uraian tugas yang jelas memainkan peranan yang penting dalam pengorganisasian manajemen piutang. Tujuan harus jelas dan mudah dimengerti oleh setiap petugas yang terlibat. Sangat dianjurkan membentuk semacam satuan tugas yang bertanggungjawab terhadap manajemen piutang.

Motivasi, suasana kerja yang nyaman, pemberian umpan balik atas hasil usaha tim, komunikasi yang baik dan rutin antar petugas akan memelihara dan meningkatkan prestasi kerja tim tersebut.

3) Pengawasan/pengendalian piutang

Pengawasan dan pengendalian adalah upaya untuk mengetahui dengan sedini mungkin segala sesuatu yang berjalan seperti apa yang diharapkan. Untuk itu, perlu ditetapkan tujuan-tujuan yang dapat diukur yang diterjemahkan oleh departemen yang bertanggungjawab (Zimmerman, 1988 dalam Rosiana 2011)

Tujuan dari manajemen piutang (Neumann,1988):

1. Meminimalkan pelayanan-pelayanan yang tidak terinci dalam pembayaran
2. Mempersingkat waktu pengumpulan siklus piutang untuk setiap pasien
3. Meminimalkan biaya dari perpanjangan kredit dan biaya penagihan piutang.

Dalam melakukan manajemen keuangan rumah sakit, piutang berperan di rumah sakit karena hal berikut ini. (Sabarguna, 2007);

1. Merupakan Sumber Penerimaan
2. Perlu Penanganan yang baik, karena bila tidak akan menjadi piutang yang tidak tertagih.

Ada 6 hal yang termasuk dalam informasi piutang, yaitu (Sabarguna.2007):

1. Jumlah
2. Usia
3. Pelanggan
4. Piutang Tak Tertagih
5. Rasio
6. Forecasting

Manajemen piutang pasien rawat inap dimulai sebelum pasien memasuki rumah sakit (*Pre admission*) sampai dihapusnya piutang pasien tersebut. Hal ini dapat digambarkan dalam sebuah siklus yang terdiri dari enam tahapan yang sistematis yaitu:

1. Tahap pra penerimaan (*Pre Admission*)
2. Tahap penerimaan (*Admission*)
3. Tahap perawatan/ pembebanan biaya (*Charging In House*)
4. Tahap penataan rekening (*Billing*)
5. Tahap penagihan (*Collection*)
6. Tahap penutupan rekening (*Write Off*)

Dalam penjelasan berikutnya, penulis hanya akan menjelaskan 3 tahap terakhir dalam tahapan manajemen piutang yaitu tahap penataan rekening (*billing*), tahap penagihan (*collection*) dan tahap penutupan rekening (*write off*).

1. Tahap Penataan Rekening

Tahap ini merupakan proses yang menghasilkan rekening pasien mulai dari penerimaan sampai penagihan (Clarkin, 1986 dalam Nursiaty 2009), yaitu:

- a. Mengecek pada saat perawatan dan keluar rumah sakit untuk mengumpulkan informasi yang masih dibutuhkan dan meneliti rencana cara pembayaran yang dibuta pada saat penerimaan
- b. Meneliti status perkiraan biaya pasien

Tugas utama pada tahap ini adalah mengedit klaim dengan tujuan mendeteksi potensial kesalahan dalam klaim sebelum diserahkan kepada pihak pembayar. Ketika rekening tagihan tidak dibayar pada waktunya, dilakukan tindak lanjut dengan proses koreksi klaim untuk diajukan kembali kepada pihak pembayar (manajemen penolakan).

2. Tahap Penagihan

Aktivitas penagihan adalah aktivitas yang penting karena merupakan sumber penghasil uang tunai yang bermakna bagi rumah sakit. Kebijakan penagihan harus terintegrasi dalam seluruh proses penerimaan pasien walaupun akibat kebijakan penagihan baru dimulai ketika tagihan diserahkan (Newmann, 1988).

Penagihan merupakan sebuah proses untuk mengubah pelayanan yang diberikan menjadi pembayaran (Newmann, 1988). Oleh karena itu, prosesnya juga dimulai dari pasien masuk rumah sakit. Prosedur penagihan ini mempunyai tujuan utama untuk mendapatkan pembayaran penuh dari layanan yang diberikan dan pembayaran dilakukan dalam waktu yang secepatnya (Mehta, 1977)

Dalam merencanakan penagihan, ada beberapa hal yang harus diperhatikan:

a. Identifikasi sumber pembayaran

Berikut adalah beberapa sumber pembayaran kepada rumah sakit:

1. asuransi pihak ketiga yang membayar rumah sakit untuk klien mereka berdasarkan atas *pre-determined basis*
2. perusahaan asuransi swasta yang membayar sejumlah tagihan klien mereka yang di *cover* berdasarkan kontrak antara perusahaan dengan klien.
3. Pasien sendiri atau teman dan kerabat mereka yang merasa bertanggungjawab terhadap keuangan pasien.
4. Organisasi lain yang membantu sebagian tagihan pasien

b. Mengirim tagihan awal

Beberapa pihak ketiga dan perusahaan asuransi meminta tagihan yang dikirimkan kepada mereka menggunakan form yang bersal dari mereka juga. Jika klaim yang dikirimkan *eligible* dan semua informasi yang diminta telah ada dalam tagihan, seharusnya tidak sulit untuk

menerima pembayaran yang sesuai dari jumlah yang ditagih yang dikirimkan kepada mereka.

Berikut adalah 10 langkah yang akan membantu dalam pelaksanaan proses penagihan tahap awal.

1. Pengiriman tagihan harus disertai dengan perincian biaya pada setiap jenis pelayanan yang telah diberikan berikut tanggal pemberian pelayanan.
2. Pengiriman surat tagihan ini merupakan permintaan pembayaran, sehingga harus menjelaskan semua tagihan yang harus dibayar.
3. Harus memiliki bagian, dipisahkan dengan perforasi yang dapat dipisahkan dan dikirim oleh penanggung dengan pembayarannya.
4. Bagian dari pernyataan yang memberikan sebuah daftar jenis dari biaya harus ditinggalkan di pihak penanggung, dan catatan dari akibat ini harus ditulis di dalam pernyataan.
5. Rancangan surat tagihan harus mudah dikenali sebagai surat tagihan dari rumah sakit. Baik dari segi amplopnya dan pengembalian amplop yang sudah tertera nama dan alamat serta perangko sudah dibayar, guna mempercepat pengembalian.
6. Bagian dari pernyataan yang menjelaskan bahwa penanggung mengembalikan dengan pembayaran tidak rumit dalam desain bentuk lipatan atau bagian yang perlu disobek.
7. Baik dari segi amplopnya dan pengembalian amplop yang sudah tertera nama dan alamat serta perangko sudah dibayar, amplop juga harus cukup besar agar mencukupi cek dari penanggung ..
8. Harus mencantumkan jadwal perjanjian pembayaran yang telah dibuat terlebih dahulu oleh pasien guna mengingatkan kewajiban membayar
9. Pastikan surat ini dikirim segera setelah pelayanan diiberikan atau setelah pasien meninggalkan rumah sakit.
10. Jika usaha yang dilakukan oleh rumah sakit untuk mengumpulkan uang dari perusahaan asuransi pasien, pernyataan salam harus

dicantumkan dalam tagihan. Di saat yang bersamaan, jika asuransi hanya membayar sebagian dari yang ditagih juga harus dijelaskan.

c. Merancang prosedur penagihan lanjutan

Upaya – upaya yang dilakukan pada penagihan awal mungkin menghasilkan penerimaan pembayaran sebagian atau tanpa pembayaran sama sekali dari tagihan yang dikirimkan. Oleh karena itu dibutuhkan suatu rancangan prosedur penagihan lanjutan. Ketentuan yang perlu diperhatikan dalam merancang prosedur permintaan adalah sebagai berikut:

1. Jangka waktu penagihan lanjutan dari penagihan awal

Selang waktu yang dianjurkan adalah 15 – 30 hari antara pengiriman tagihan awal dengan tagihan lanjutan pertama. Waktu ini dirasa cukup kepada pihak yang bertanggung jawab untuk memberikan respon yang positif.

2. Bentuk dari penagihan lanjutan dengan surat, telepon atau kunjungan langsung.

Penagihan lanjutan melalui surat merupakan prosedur yang lebih baik dari pada melalui telepon atau kunjungan langsung. Karena surat lebih ekonomis dan dapat didokumentasikan keterangan-keterangan mengenai pesan yang terkandung di dalamnya (Mehta,1977).

Penagihan lanjutan melalui telepon atau kontak langsung dapat menghasilkan respon yang langsung dapat dilihat, namun memerlukan pendekatan yang baik sehingga hanya petugas yang berpengalaman yang dapat melakukan tugas tersebut

3. Pesan dari penagihan lanjutan itu sendiri

Isi dari surat tagihan lanjutan secara garis besar harus memuat hal-hal sebagai berikut:

- a. Data personil pasien, tanggal perawatan di rumah sakit
- b. Jumlah tagihan pasien yang belum dibayar
- c. Tanggal jatuh tempo

Kalimat yang dipilih sangat bervariasi namun hendaknya bersambung antara surat pertama dengan surat selanjutnya untuk menunjukkan adanya kesinambungan surat-surat tersebut.

4. Jumlah dari penagihan lanjutan yang mungkin mempengaruhi keputusan mengenai *account*

Seperti beberapa prosedur yang sistematis lainnya, harus ada batas waktu dalam prosedur penagihan yang mana harus diputuskan apakah prosedur penagihan lanjutan akan dilanjutkan atau tidak. Pada saat ini tagihan akan dievaluasi dan keputusan dibuat, antara lain :

- a. Apakah dilanjutkan penagihannya oleh rumah sakit
- b. Apakah mencari bantuan pada agen penagihan di luar rumah sakit
- c. Apakah dihapuskan

Karena pesan lanjutan biasanya dikirimkan antara 15-30 hari , maka dapat diputuskan bahwa batas waktu seharusnya 90 hari setelah tagihan terhitung. Dengan kata lain, semua tagihan yang ada dimulai dari 90 hari yang lalu dan masih memiliki keseimbangan yang luar biasa tanpa ada aktifitas yang signifikan harus di tinjau ulang dan dievaluasi untuk tindakan berikutnya. (Mehta, 1977).

3. Tahap Penutupan Rekening

Sebuah tagihan siap untuk ditutup saat saldo tagihan mencapai nol atau saat usaha penagihan yang lebih lanjut untuk mengurangi saldo tidak di lanjutkan lagi.(Mehta, 1977).

Di beberapa instansi, tagihan piutang yang tidak tertagih mungkin dapat ditutup dari program pihak ketiga. (Mehta,1977). Tujuan penghapusan rekening adalah untuk menghindari akumulasi piutang pada

kekayaan rumah sakit dan untuk mengurangi biaya tagihan lanjutan.
(Nursiaty, 2009)

2.5 Program JPK- Gakin

Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin (JPK-Gakin) adalah jaminan pemeliharaan kesehatan yang diberikan kepada keluarga miskin dan kurang mampu yang membutuhkan pelayanan kesehatan, meliputi Rawat Jalan dan Rawat Inap, baik di Puskesmas maupun Rumah Sakit yang ditunjuk di wilayah Daerah Khusus Ibukota Jakarta. (Dinkes, 2010)

Adapun tujuan dari Program JPK-Gakin ini terdiri dari tujuan umum dan khusus. Tujuan umumnya yaitu agar terselenggaranya Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin dan kurang mampu di Provinsi DKI Jakarta yang bermutu dengan biaya terkendali agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Sedangkan tujuan khususnya antara lain:

- Terselenggaranya standar pelayanan kesehatan yang rasional, bermutu dengan biaya terkendali di Puskesmas dan Rumah Sakit.
- Terselenggaranya pengelolaan administrasi kepesertaan, administrasi keuangan, dan administrasi pelayanan kesehatan yang lebih transparan dan terkendali.
- Terselenggaranya jaminan sosial bagi masyarakat DKI Jakarta khususnya keluarga miskin dan kurang mampu.

Sistem JPK-Gakin menggunakan pendekatan JPKM yang menerapkan sistem kendali biaya dan pelayanan yang efektif yang diberikan secara berjenjang dan bersifat komprehensif yang meliputi:

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) di Puskesmas : Dr Umum, Drg, Bidan
2. Rawat Inap di Puskesmas : Persalinan
3. Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) : Dokter Spesialis

4. Rawat Inap kelas III di RSUD/RS Vertikal/ RS TNI/POLRI/RS Swasta di Provinsi DKI Jakarta dan Rumah Sakit di luar DKI yang telah menjalin Ikatan Kerja Sama (IKS) dengan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
5. Pelayanan Ambulan Gawat Darurat Dinas Kesehatan

Pembiayaan kesehatan Program JPK- Gakin di Rumah sakit mengacu kepada Paket Pelayanan Esensial (PPE). Selisih PPE dibebankan kepada Rumah Sakit. Katastropik diajukan jika diagnosa tidak terdapat dalam PPE atau pembiayaannya melebihi PPE untuk kasus tertentu (kasus khusus). Pengajuan katastropik selambat-lambatnya 1 minggu. Lama pembuatan katastropik selambat-lambatnya 10 hari. Selisih PPE atau selisih katastropik ini tidak dapat dibayarkan dan menjadi tanggungan rumah sakit.

Tagihan rumah sakit diajukan ke Dinas Kesehatan selambat-lambatnya satu bulan sejak bulan pelayanan. Pekerjaan verifikasi klaim selambat-lambatnya dua bulan sejak diterimanya berkas tagihan. Mulai bulan pelayanan Agustus 2011, Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta tidak akan membayarkan klaim yang disebabkan administrasi yang tidak lengkap, kecuali klaim dipending karena tidak adanya katastropik. Bila saat pengembalian klaim, surat katastropik belum diterima oleh Rumah Sakit, maka berkas klaim tetap dikembalikan ke Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta dengan menyertakan bukti pengajuan katastropik.

Pengajuan tagihan yang melebihi batas waktu yang telah ditentukan harus dengan permohonan tertulis dari Direktur Rumah Sakit disertai alasan keterlambatannya. Dinas Kesehatan mempunyai wewenang untuk menentukan layak atau tidaknya klaim untuk dibayarkan. Dinas Kesehatan setiap 3 atau 6 bulan akan melakukan rekonsiliasi dengan Rumah Sakit, untuk menghindari ketidakcocokan dalam pembukuan tagihan pembayaran Program JPK-Gakin, dan setiap tahun sekali akan dilakukan rekonsiliasi per tahun pelayanan dan penghapusan hutang Program JPK-Gakin.

BAB III

KERANGKA PIKIR, KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

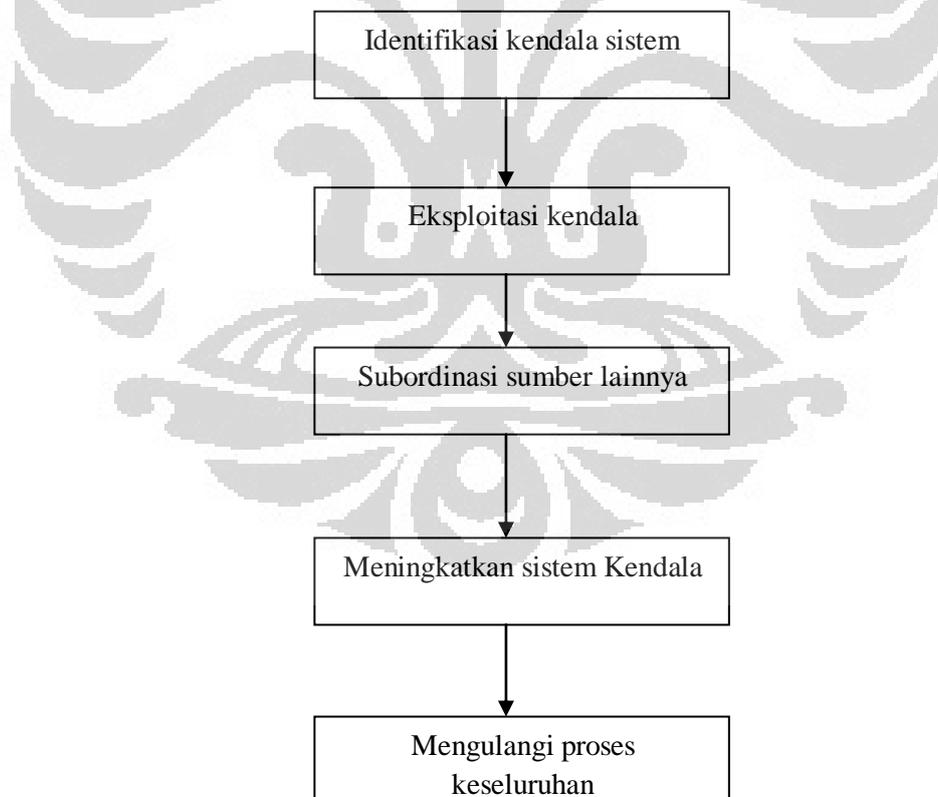
3.1 Kerangka Pikir

Kendala yang terjadi dalam sebuah sistem dapat menghambat sistem tersebut mencapai tujuannya. Kendala tersebut sebenarnya dapat dikembangkan dengan menggunakan pendekatan teori kendala untuk dapat mencapai tujuan. Dalam teori kendala dijelaskan mengenai langkah-langkah untuk memperbaiki kendala secara lebih fokus agar berdampak baik bagi sistem. Langkah – langkah tersebut antara lain:

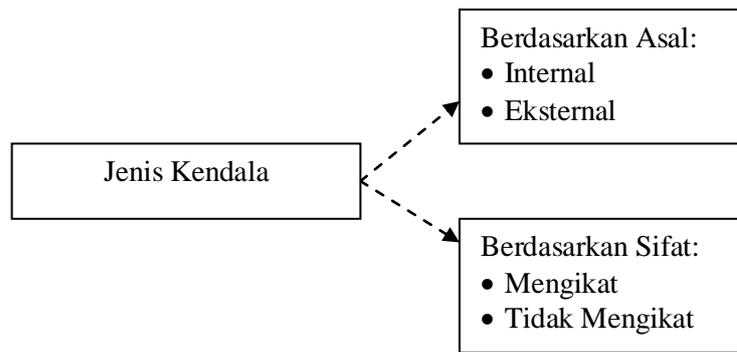
1. Identifikasi kendala sistem (*identifying the constraint*). Mengidentifikasi bagian sistem manakah yang paling lemah kemudian melihat kelemahannya apakah kelemahan fisik atau kebijakan.
 - 1.1 Berdasarkan asalnya
 - Kendala internal (*internal constraint*) adalah faktor-faktor yang membatasi perusahaan yang berasal dari dalam perusahaan,
 - Kendala eksternal (*external constraint*) adalah faktor-faktor yang membatasi perusahaan yang berasal dari luar perusahaan,
 - 1.2 Berdasarkan sifatnya
 - Kendala mengikat (*binding constraint*) adalah kendala yang terdapat pada sumber daya yang telah dimanfaatkan sepenuhnya.
 - Kendala tidak mengikat atau kendur (*loose constraint*) adalah kendala yang terdapat pada sumber daya yang terbatas yang tidak dimanfaatkan sepenuhnya.
2. Eksploitasi kendala (*exploiting the constraint*). Menentukan cara menghilangkan atau mengelola kendala dengan biaya yang paling rendah.
3. Subordinasi sumber lainnya (*subordinating the remaining resources*). Setelah menemukan konstrain dan telah diputuskan bagaimana mengelola

konstrain tersebut maka harus mengevaluasi apakah konstrain tersebut masih menjadi konstrain pada performansi sistem atau tidak. Jika tidak maka akan menuju ke langkah kelima, tetapi jika ya maka akan menuju ke langkah keempat.

4. Meningkatkan sistem kendala (*elevating the system constraint*). Jika langkah ini dilakukan, maka langkah kedua dan ketiga tidak berhasil menangani konstrain. Maka harus ada perubahan besar dalam sistem, seperti reorganisasi, perbaikan modal, atau modifikasi substansi sistem.
5. Mengulangi proses keseluruhan (*repeating the process*). Jika langkah ketiga dan keempat telah berhasil dilakukan maka akan mengulangi lagi dari langkah pertama. Proses ini akan berputar sebagai siklus. Tetap waspada bahwa suatu solusi dapat menimbulkan konstrain baru perlu dilakukan.



Gambar 3.1 Fokus Teori Kendala (Goldratt.1984)

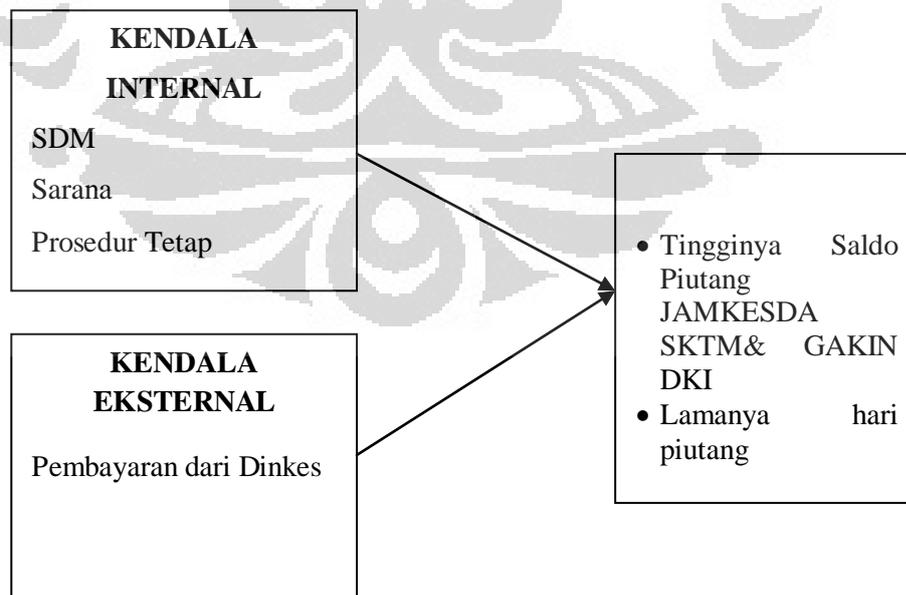


Gambar 3.2 Jenis Kendala (Hansen & Mowen dalam Wiranata 2011)

3.2. Kerangka Konsep

Penelitian ini menggunakan pendekatan teori kendala, dimana peneliti memfokuskan pada tahap identifikasi kendala yang termasuk jenis kendala internal dan eksternal karena disesuaikan dengan tujuan penelitian ini yaitu mengetahui penyebab tingginya saldo piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI dan kendala utama di dalam proses pencatatan dan penagihan piutang pasien tersebut. Proses identifikasi ini dimaksudkan agar dapat diketahui asal kendala utama yang terjadi, sehingga dapat ditemukan solusi yang tepat.

Kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 3.3 Kerangka Konsep

3.2. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur
1	Sumber Daya Manusia	Jumlah , latar belakang pendidikan serta kepatuhan terhadap prosedur dari tenaga non medis yang terlibat langsung dalam proses pencatatan dan penagihan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI mulai dari tahap pencatatan, persiapan berkas tagihan, pengiriman berkas tagihan, penutupan rekening sampai dengan evaluasi penagihan.	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara • Observasi • Telaah Dokumen 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman Wawancara • Lembar <i>Check List</i> • Pedoman Telaah Dokumen
2	Sarana	Ketersediaan dan kecukupan sarana milik rumah sakit yang dibutuhkan untuk menunjang proses pencatatan dan penagihan piutang mulai dari tahap pencatatan sampai dengan evaluasi yang terdiri dari kelengkapan Alat Tulis, Mesin Fotokopi, Meja dan Kursi, Komputer <i>Online</i> , <i>Printer</i> , Mesin <i>Fax</i> , <i>Information Technology (IT)</i> berupa program aplikasi pada komputer , Telepon, dan Kendaraan.	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara • Observasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman Wawancara • Lembar <i>Check List</i>

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur
3	Prosedur Tetap	Peraturan, alur kerja serta kebijakan dari rumah sakit beserta pelaksanaannya yang terkait proses pencatatan dan penagihan piutang mulai dari tahap pencatatan, persiapan berkas, pengiriman berkas tagihan, penutupan rekening, sampai dengan evaluasi pencatatan dan penagihan piutang, serta kesesuaian pelaksanaan ikatan kerja sama antara rumah sakit dengan dinas kesehatan.	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara • Observasi • Telaah Dokumen 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman Wawancara • Lembar <i>Check List</i> • Pedoman Telaah Dokumen
4	Pembayaran dari Dinkes	Pembayaran tagihan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI dari Dinkes yang tepat waktu dan sesuai jumlah tagihan, serta persyaratan berkas tagihan agar tagihan tersebut dapat dibayar oleh Dinkes.	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara • Telaah Dokumen 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman Wawancara • Pedoman Telaah Dokumen
5	Tingginya Saldo Piutang Pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI	Data saldo piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI Tahun 2011 yang terdiri dari jumlah klaim dan jumlah tagihan yang belum dibayar.	Telaah Dokumen	Pedoman Telaah Dokumen

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur
6	Lamanya hari Piutang	Jumlah lama hari piutang yang diperoleh dari laporan pencatatan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI yang memuat tanggal dikirimnya berkas tagihan piutang kepada Dinkes sampai dengan dibayarkan ke Rumah Sakit per bulan pada tahun 2011.	Telaah Dokumen	Pedoman Telaah Dokumen

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang dilakukan pada penelitian ini adalah kualitatif deskriptif, dengan metode pengumpulan data melalui wawancara mendalam dengan pegawai terkait proses pencatatan dan penagihan piutang, dan pengamatan langsung dalam proses pencatatan dan penagihan piutang di Instalasi Penagihan Pasien (IPP) RSUP Fatmawati. Penelitian ini menggunakan pendekatan teori kendala dengan tujuan mengetahui gambaran proses pencatatan dan penagihan piutang rumah sakit, kemudian mengetahui penyebab tingginya saldo piutang serta kendala utama yang muncul dalam proses pencatatan dan penagihan piutang tersebut. Berkenaan untuk mengetahui kendala yang muncul, maka peneliti akan mengambil sampel 10 kasus terkait berkas tagihan pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati, Jl Raya RS Fatmawati, Cilandak Jakarta Selatan, pada Instalasi Penagihan Pasien (IPP) bagian JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI pada bulan Juni sampai dengan minggu pertama Juli 2012.

4.3 Informan Penelitian

Pemilihan informan didasarkan pada kesesuaian dan kecukupan informasi/ fakta sesuai isu yang diangkat oleh penulis. Dalam hal ini yang menjadi informan penelitian antara lain adalah:

1. Kepala IPP
2. Wakil Kepala Penagihan
3. Penyelia Tagihan pasien Tidak Mampu
4. Staf penyelia tagihan pasien Tidak Mampu JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI

5. Penyelia Administrasi & Monev Penagihan
6. Pihak Dinas Kesehatan provinsi DKI Jakarta

4.4 Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara dan pengamatan langsung pada petugas pencatatan dan penagihan piutang di instalasi penagihan pasien RSUP Fatmawati. Dalam melakukan wawancara digunakan pedoman wawancara. Pengamatan langsung dilakukan pada proses pencatatan dan penagihan piutang mulai dari tahap persiapan, pengiriman, penutupan rekening dan evaluasi dengan berpedaoman pada lembar *checklist*.

Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan menelaah dokumen yang ada pada instalasi penagihan pasien berupa:

1. Prosedur Tetap penagihan piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI
2. Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI tahun 2011
3. Rekapitulasi Total Piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI tahun 2010-2011
4. Data Kepegawaian IPP
5. Data-data terkait piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI
6. 10 Sampel kasus terkait berkas- berkas tagihan piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI tahun 2011 didapatkan dari laporan Berita Acara Pemeriksaan (BAP) Hasil rekapitulasi klaim JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI.

4.5 Validitas Data

Untuk menjaga validitas data, dilakukan triangulasi untuk beberapa variabel. Triangulasi yang dilakukan meliputi triangulasi metode, sumber dan data.

1. Triangulasi metode yaitu menggunakan beberapa metode dalam pengumpulan data diantaranya dengan cara wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen.
2. Triangulasi sumber yaitu mencocokkan data dengan fakta dari sumber *key* informan dengan sumber informan lainnya yang berkaitan.

4.6 Manajemen data

Tahap – tahap yang dilakukan dalam manajemen data antara lain:

1. Mengumpulkan data – data yang diperoleh dari wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen, termasuk 10 kasus terkait berkas tagihan yang diperoleh dari BAP 2011.
2. Data primer seperti hasil wawancara diringkas dalam matriks dengan berdasarkan urutan pertanyaan dan jumlah informan. Sedangkan untuk hasil observasi diringkas dalam form lembar *check list*.
3. Data dari sampel 10 kasus terkait berkas tagihan akan dijelaskan apa saja yang menjadi penyebabnya.
4. Data sekunder dikumpulkan dan digunakan sebagai pendukung dari hasil wawancara dan observasi.
5. Data-data yang sudah diringkas dan diklasifikasikan sesuai dengan variabel yang ditentukan, maka dapat disajikan dalam bentuk matriks, tabel, kutipan dan juga narasi
6. Kemudian setiap variabel dibahas dengan menggunakan metode analisis isi yaitu dilakukan pembahasan pada Sumber Daya Manusia, Sarana serta Prosedur Tetap dan juga membahas mengenai saldo piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI Tahun 2011 dan lama hari piutang pada hasil penelitian.

4.7 Analisis Data

Data-data yang didapatkan dibahas dengan menggunakan analisis isi, yaitu analisis dengan menginterpretasikan pembahasan dengan hasil penelitian yang dikaitkan dengan teori sehingga diperoleh gambaran mengenai proses pencatatan dan pengihan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI RSUP Fatmawati dan diketahui penyebab tingginya saldo piutang serta kendala utama dalam proses pencatatan dan penagihan piutang.



BAB V

GAMBARAN UMUM RSUP FATMAWATI

5.1 Gambaran Umum RSUP Fatmawati

5.1.1 Sejarah Singkat RSUP Fatmawati

RSUP Fatmawati didirikan pada tahun 1954 oleh Ibu Fatmawati Soekarno sebagai RS yang mengkhususkan penderita TBC anak dan Rehabilitasinya. Pada tanggal 15 April 1961 penyelenggaraan dan pembiayaan RS Fatmawati diserahkan kepada Departemen Kesehatan sehingga tanggal tersebut ditetapkan sebagai hari jadi RS Fatmawati. Dalam perjalanan RS Fatmawati, tahun 1984 melalui SK Menteri Kesehatan RI Nomor 294/MENKES/SK/V/1984 ditetapkan sebagai Pusat Rujukan Jakarta Selatan dan juga ditetapkan sebagai RSU Kelas B Pendidikan.

Dalam perkembangannya RS Fatmawati ditetapkan sebagai Unit Swadana pada tahun 1991, pada tahun 1994 ditetapkan menjadi Unit Swadana Penuh, pada tahun 1997 sesuai dengan diperlakukannya UU No. 20 Tahun 1997, rumah sakit mengalami perubahan kebijakan dari Swadana menjadi instansi pengguna PNB (Penerimaan Negara Bukan Pajak) selanjutnya pada tahun 2000 RS Fatmawati ditetapkan sebagai RS Perjan berdasarkan Peraturan Pemerintah RI No. 117 tahun 2000 tentang Pendirian Perusahaan Jawatan RSUP Fatmawati Jakarta. Pada tanggal 11 Agustus 2005 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 1243/MENKES/SK/VIII/2005 RSUP Fatmawati ditetapkan sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Departemen Kesehatan RI dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK BLU) berdasarkan peraturan Pemerintah RI Nomor. 23 tahun 2005 .

Dalam penilaian Tim Akreditasi RS, tahun 1997 RS Fatmawati memperoleh Status Akreditasi Penuh untuk 5 pelayanan. Pada tahun 2002,

RSUP Fatmawati memperoleh status Akreditasi Penuh tingkat lanjut untuk 12 pelayanan. Kemudian pada tahun 2004 RSUP Fatmawati terakreditasi 16 pelayanan dan pada tahun 2007 memperoleh status Akreditasi Penuh Tingkat Lengkap 16 Pelayanan.

RSUP Fatmawati pada tanggal 2 Mei 2008 ditetapkan oleh Departemen Kesehatan RI sebagai Rumah Sakit Umum dengan Pelayanan Unggulan Orthopaedi dan Rehabilitasi Medik dengan SK Menteri Kesehatan No. 424/MENKES/SK/V/2008. Pada tanggal 8 April 2010 melalui SK Menteri Kesehatan RI Nomor 472/MENKES/SK/IV/2010, RSUP Fatmawati dinyatakan sebagai rumah sakit umum pusat dengan klasifikasi kelas A dan di tahun 2011 genap mencapai usia emas (50 tahun). Pada usia 50 tahun ini RSUP Fatmawati meraih penghargaan Tertib K3 dari Gubernur DKI Jakarta dan juga menjadi juara 2 Penilaian RS Sayang Ibu & Anak Tingkat DKI Jakarta.

5.1.2 Profil RSUP Fatmawati

Nama Institusi	: Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati
Alamat	: Jl. RS. Fatmawati, Cilandak – Jakarta Selatan 1230
Telp / Fax	: (021) 7501524, (021) 7660552 (Hunting), (021) 7660574 / (021) 7690123
Email	: rsupf@cbn.net.id dan pffatmaw@indosat.net.id
Website	: www.rsupfatmawati.com
Tahun Berdiri	: 1961
Tipe RS	: Rumah Sakit Umum Tipe A Pendidikan

5.1.3 Tugas dan Fungsi RSUP Fatmawati

5.1.3.1 Tugas RSUP Fatmawati Jakarta

RSUP Fatmawati Jakarta mempunyai tugas menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan dan menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian.

5.1.3.2 Fungsi RSUP Fatmawati Jakarta

RSUP Fatmawati menyelenggarakan fungsi :

- a. Pelayanan medis
- b. Pelayanan penunjang medis dan
- c. non medis
- d. Pelayanan dan asuhan keperawatan
- e. Pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit
- f. Pelayanan rujukan
- g. Pendidikan dan pelatihan dibidang kesehatan
- h. Penelitian dan pengembangan
- i. Administrasi umum dan keuangan

5.1.4 Visi, Misi dan Logo RSUP Fatmawati

5.1.4.1 Visi RSUP Fatmawati Jakarta :

“TERDEPAN, PARIPURNA DAN TERPERCAYA DI INDONESIA”

Yang berarti adalah sebagai rumah sakit pelopor yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian yang :

- 1) Terdepan karena ketersediaan sumber daya yang lengkap;
- 2) Paripurna karena memberikan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan pelayanan berkesinambungan (*continuum of care*) serta tuntas;
- 3) Terpercaya karena senantiasa mengikuti kaidah-kaidah IPTEK terkini;

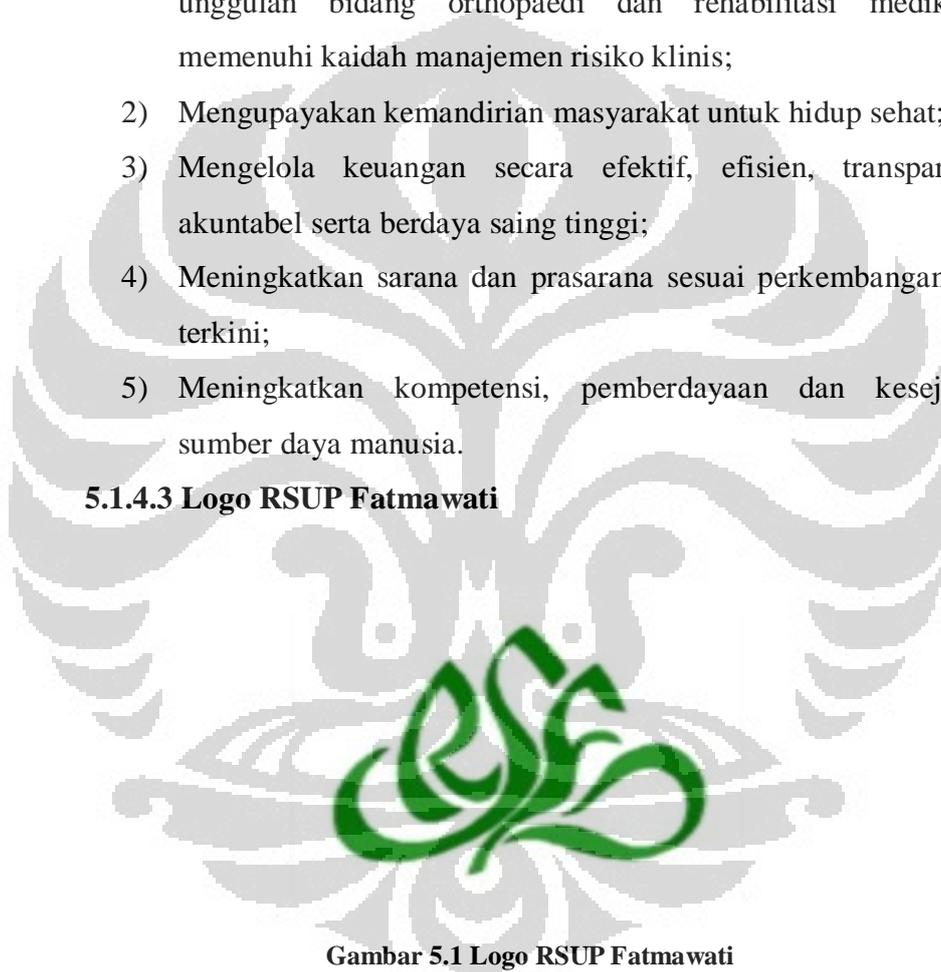
- 4) Menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
- 5) Berorientasi kepada para pelanggan.

5.1.4.2 Misi RSUP Fatmawati Jakarta

Untuk mencapai visi maka ditempuh dengan misi sebagai berikut :

- 1) Memfasilitasi dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian di seluruh disiplin ilmu, dengan unggulan bidang orthopaedi dan rehabilitasi medik, yang memenuhi kaidah manajemen risiko klinis;
- 2) Mengupayakan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat;
- 3) Mengelola keuangan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel serta berdaya saing tinggi;
- 4) Meningkatkan sarana dan prasarana sesuai perkembangan IPTEK terkini;
- 5) Meningkatkan kompetensi, pemberdayaan dan kesejahteraan sumber daya manusia.

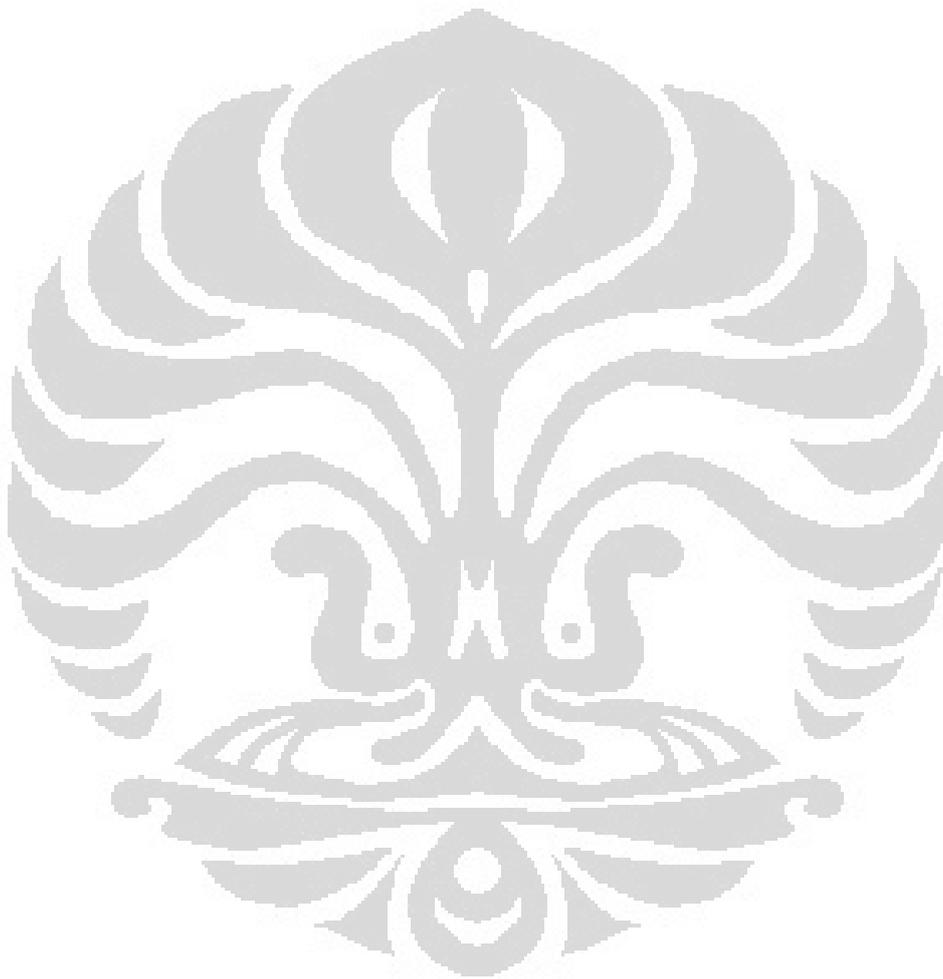
5.1.4.3 Logo RSUP Fatmawati

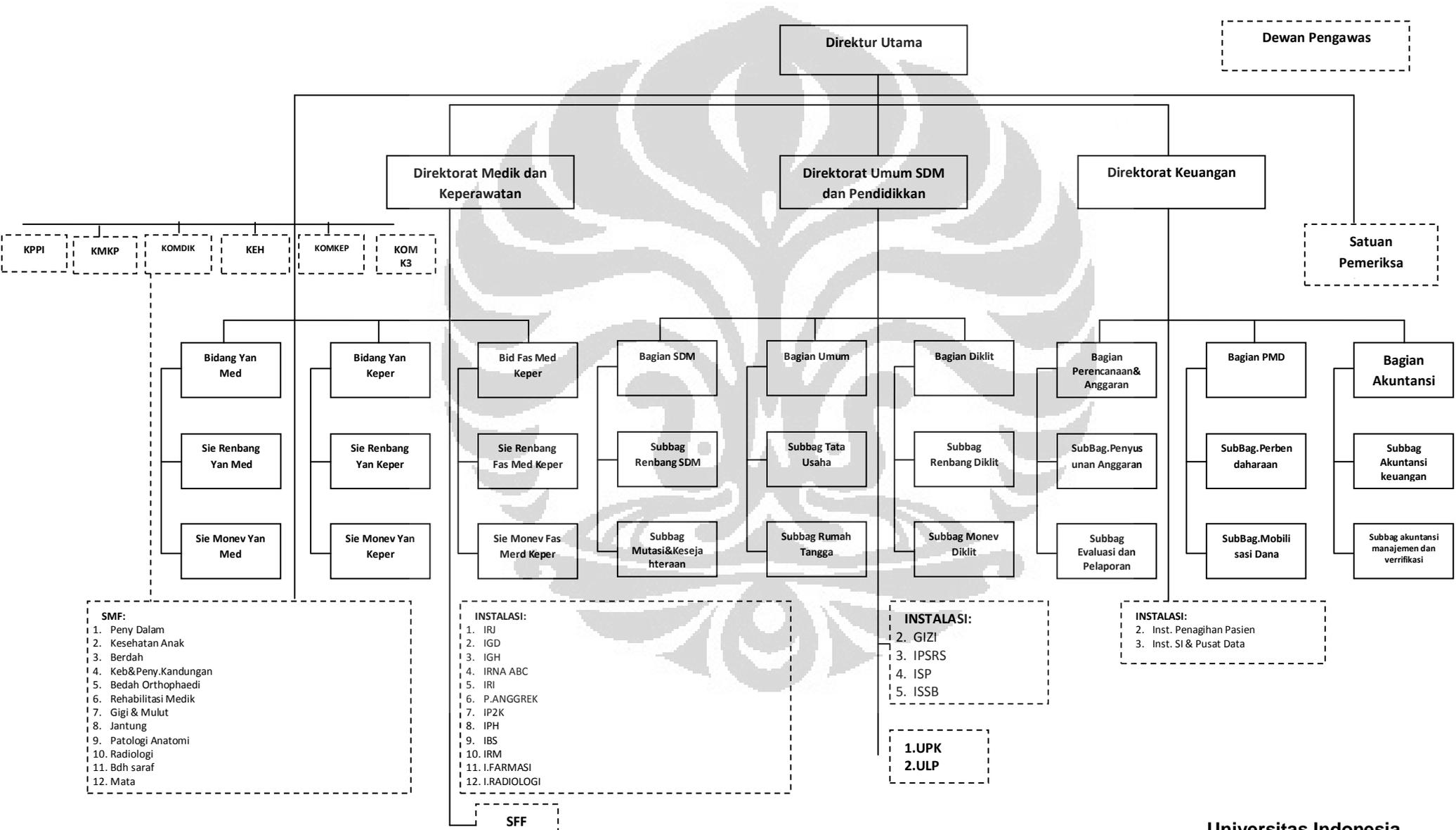


Gambar 5.1 Logo RSUP Fatmawati

5.1.5 Struktur Organisasi RSUP Fatmawati

Struktur Organisasi RSUP Fatmawati berdasarkan Surat Keputusan Direktur Utama Nomor HK.03.05/II.1/926/2011 Tanggal 30 Juni 2011 adalah sebagai berikut:





Gambaran proses..., Rina Khairunnisa Fadli, FKM UI, 2012

5.1.6 Ketenagaan RSUP Fatmawati

Ketenagaan di RSUP Fatmawati dikelompokkan menjadi beberapa kelompok tenaga. Namun yang penulis jabarkan dibawah ini hanya komposisi tenaga berdasarkan jenis tenaga dan pendidikan dari pegawai RSUP Fatmawati.

Tabel 5.1
Komposisi Ketenagaan RSUP Fatmawati
Berdasarkan Jenis Tenaga dan Pendidikan
September 2011

NO	JENIS TENAGA	PNS	NON PNS	PTT / KONTRAK	TENAGA BLU NON PNS	JUMLAH
1	Medis	243	1	39	1	284
2	Keperawatan	687	0	166	41	894
3	Non keperawatan	269	0	15	23	307
4	Non medis /admin	554	4	42	163	763
	Total	1753	5	262	228	2248

Sumber : Bagian Sumber Daya Manusia RSUP Fatmawati, September 2011

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa sampai dengan September 2011 sesuai jenis tenaga, jumlah PNS di RSUP Fatmawati berjumlah 1753 orang, Non PNS sebanyak 5 orang, pegawai tidak tetap sebanyak 262 orang dan pegawai BLU non PNS sebanyak 228 orang.

5.1.7 Fasilitas dan Pelayanan RSUP Fatmawati

- a. Pelayanan Spesialistik Dasar
 - 1) Penyakit Dalam (Gastroenterologi, Endokrinologi, Rheumatologi, Tropik Infeksi, Hematologi, Hepatologi, Ginjal dan Hipertensi)

- 2) Kesehatan Anak (Gastro-hepatologi, Pulmonologi, Kardiologi, Perinatologi, Infeksi dan Penyakit Tropik, Hemato-Onkologi, Nefrologi, Neurologi, Endokrinologi, Gizi, Pediatrik Gawat Darurat)
- 3) Kebidanan dan Penyakit Kandungan (Fetomaternal, Fertilitas dan Endokrin Reproduksi, Onkologi–Gineakologi, Obstetri Sosial, Klinik Andrologi)
- 4) Bedah (Urologi, Plastik, Onkologi, Digestif, Thorax)

b. Pelayanan Spesialistik Lain

- 1) Bedah Saraf (Trauma / Cedera Kepala)
- 2) Penyakit Saraf (Neuro Pedriatri-Epilepsi, Neuro Vascular, Neuro Emergensi, Neuro Sub Infeksi, Neuro Sub Headaches-Vertigo, Neuro Fungsiluhur-Neuro Sonologi)
- 3) Penyakit Jantung
- 4) Penyakit Paru (Bronkoskopi, WSD, Punksi Pleura, TTB, FNAB, Nebulizer, Spirometri, Oxygenisasi, Injeksi)
- 5) Penyakit Mata (Retina, Bedah Refraktif Facoemulsification, Gloucoma, Infeksi Imunologi/ EED/ UVEA, Bedah Rekonstruksi Mata, Tumor Mata, Pediatri)
- 6) Penyakit Telinga, Hidung, Tenggorokan (Penyakit-penyakit telinga, Gangguan Dengar/ Neurologi, Penyakit Hidung & Sinus Paranasal, Larink & Farink, Endoscopy, Onkologi THT/ Rekonstruksi)
- 7) Penyakit Kulit dan Kelamin (Electro Culture, Eksisi, PMS/ Penyakit Menular Seksual, Lepra, Kosmetik)
- 8) Penyakit Jiwa (Anak dan Remaja, Geriatri, Napza, PTRM, Psikotropika)
- 9) Penyakit Gigi dan Mulut (Bedah Mulut, Orthodonti, Periodonti, Pedodonti, Konservasi)
- 10) Anestesi
- 11) Forensik
 - a) Memberikan pelayanan pemeriksaan kedokteran forensik dan pelayanan perawatan jenazah baik yang berasal dari ruang

perawatan RSUP Fatmawati, RS lain maupun dari TKP (Tempat Kejadian Perkara).

- b) Pelayanan Kedokteran Forensik adalah pelayanan spesialisik yang memanfaatkan ilmu kedokteran untuk kepentingan penegakan hukum baik untuk korban hidup (Forensik Klinik) maupun korban meninggal (Forensik Patologi) dalam bentuk Visum et Repertum serta kepentingan lain yang bermanfaat dalam segi kehidupan bermasyarakat
- c) Pelayanan Perawatan Jenazah

c. Pelayanan Penunjang Medis

- 1) Pelayanan Patologi
 - a) Laboratorium klinik 24 jam
 - b) Patologi Anatomi
 - c) Bank Darah
- 2) Apotik Dan Farmasi 24 jam
- 3) Radiodiagnostik & Kedokteran Nuklir melayani pemeriksaan:
 1. Ultra Sonografi (USG)
 2. CT Scan
 3. Bone Scan
 4. Thyroid Scan
 5. Panoramik
 6. Mammografi,
 7. Renogram
 8. Perfusi Scan Otot Jantung
 9. Scan Tumor
 10. Wholebody Scan dengan Yodium
 11. Captopril Test
 12. Brain Scan
 13. Radio Immuno Assay (RIA)
 14. Fluroscopy
 15. Electro Myography (EMG)

16. Electro Encephalography (EEG)
17. Echo Cardiography
18. Audiometri
19. Holter Monitoring
20. Treadmill Test
21. Doppler Vasculer Scan
22. Trans Cranial Doppler (TCD)
23. Tympanometri
24. BERA
25. Endoscopy
26. Visual Evoked Potensi
27. Spirometri
28. C-Arm / X-Ray

d. Fasilitas Penunjang Non Medis

1) Sterilisasi Sentral dan Binatu

- a) Menyadari pentingnya Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu maka RSUP Fatmawati telah melengkapinya dengan peralatan yang modern.
- b) Penyetrikaan baju-baju dilakukan dengan setrika uap sehingga hasilnya lebih halus dan tidak merusak baju.
- c) Instalasi ini juga melayani binatu untuk umum yang menggunakan mesin cuci khusus dan terpisah dari cucian kain rumah sakit.
- d) Selain itu proses sterilisasi alat-alat medis dilakukan dengan peralatan modern yang menjamin sterilitas alat-alat medis.

2) Pelayanan Gizi

- a) Instalasi Gizi RSUP Fatmawati dirancangkan selain melayani makanan bagi pasien rawat inap juga melayani pemesanan makanan diet bagi masyarakat yang membutuhkan. Bagi yang membutuhkan konsultasi gizi, pasien dapat datang ke klinik gizi.

- b) Untuk menjamin kebersihan makanan, proses persiapan makanan serta peralatan yang digunakan mulai dari pencucian alat makan sampai dengan penataan makanan kedalam insulated tray dilakukan secara higienis.

e. Pelayanan Hemodialisa

- 1) Unit pelayanan bagi pasien umum, askes, dan pasien tidak mampu dengan gangguan ginjal yang memerlukan hemodialisa.
- 2) Memiliki kapasitas 12 tempat tidur dengan 12 mesin hemodialisa, terbagi menjadi : 8 tempat tidur untuk pasien Askes dan TMLD (Tidak Mampu Luar DKI)
- 3) 4 tempat tidur untuk pasien umum dan TMDKI (Tidak Mampu DKI)

f. Fasilitas Pelayanan

- 1) Pelayanan Rawat Jalan / Poliklinik
- 2) Pelayanan Eksekutif Griya Husada (pelayanan rawat jalan, Medical Check Up dan Tim Penguji Kesehatan)
- 3) Pelayanan Sentra Kesehatan Haji & Umroh.
 - a) Pelayanan Bedah Prima.
 - b) Pelayanan Kardiologi Intervensi
 - c) Pelayanan Stroke Unit
 - d) Pelayanan Gawat Darurat dan Emergency Kebidanan
 - e) Pelayanan Rawat Inap (Suite Room, VIP Plus, VIP, Kelas I, Kelas II, Kelas III)
 - f) Pelayanan Rawat Intensif (ICU, CEU, NICU-PICU)
 - g) Pelayanan Bedah Sentral / Kamar Operasi
 - h) Pelayanan Terpadu (Poli Klinik Wijaya Kusuma/VCT, Tumbuh Kembang,
 - i) PTRM, Klinik Remaja, Perinatal Resiko Tinggi, Geriatri, dll)
 - j) Pelayanan Pemeliharaan Kesehatan (MCU, Klub-Klub)

g. Produk Unggulan di RSUP Fatmawati Jakarta

1) Pelayanan Unggulan Terpadu (*Life Cycle Multi Approach Medical Services*)

Pelayanan terpadu yang melibatkan Dokter Spesialis multidisiplin ilmu yang menangani masalah- masalah siklus hidup manusia, meliputi: Ibu masa reproduksi dan bayi (Sebagai Rumah Sakit Sayang Ibu & Sebagai Rumah Sakit Sayang Bayi), Peristri, PONEK, Tumbuh Kembang, Kesehatan Remaja, Usia Produktif (Infertility, Menopause), Geriatri, Kanker, Trauma, HIV/AIDS, Keracunan, Rumatan Metadon, PPKT (Pusat Pelayanan Kanker Terpadu).

2) Bedah Tulang / Orthopaedi (Tulang Belakang, Akibat Cedera, Tangan, Kaki, Lutut dan Cedera Sport, Tulang pada anak, Panggul, Onkologi (Tumor).

3) Rehabilitasi Medis (Konsultasi Dokter Spesialis Rehabilitasi Medis, Dokter ahli akupunktur, Psikologi, Fisioterapi, Hidroterapi, Terapi Okupasi, Prostetik Ortotik, Terapi Wicara, Pekerja Sosial Medis, Workshop Kursi Roda, CNS Rehabilitation, Neuro Rehabilitation, Pediatric Rehabilitation, Hand Rehabilitation, Stroke Rehabilitation, Muscoloskeletal Rehabilitaion, Geriatric Rehabilitation, Cardio respiratory Rehabilitation, Rehabilitasi Terpadu (Rehabilitasi Jantung, Klub Asma, Klub Stroke, Klub Diabetes, Klub Osteoporosis, Klub Geriatri).

5.1.8 Kinerja RSUP Fatmawati

Kinerja RSUP Fatmawati dapat dilihat dari beberapa indicator diantaranya angka BOR, LOS, TOI dan lain-lain, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.2
Indikator Kinerja RSUP Fatmawati Tahun 2006 – September 2011

Jenis Indikator		2006	2007	2008	2009	2010	2011 (s/d September)
BOR	60 – 80 %	71.01	80.33	67.98	64.12	70.63	76.32
LOS	6 Hari	6.49	6.31	6.41	6.36	6.37	6.88
TOI	1 – 3 hari	2.65	1.40	3.02	3.56	2.72	2.13
BTO	40	39.92	39.92	38.82	36.82	39.36	30.30
GDR	30 – 40 %	69.69	54.42	74.11	72.20	74.39	77.71
NDR	25 %	42.78	34.74	47.96	44.50	44.22	51.05
I.L.O	1 – 2 %	0.08	0.19	0.12	1.5	1.9	2.10

Sumber : ISIPD RSUP Fatmawati, September 2011

a. *Bed Ooccupancy Rate (BOR)*

Yaitu persentase pemakaian tempat tidur pada suatu satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tentang tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Bila angka BOR > 85% menunjukkan tingkat pemanfaatan tempat tidur yang tinggi sehingga perlu penambahan tempat tidur atau pengembangan rumah sakit. Jika dilihat dari table diatas, dari tahun 2006 sampai dengan 2011 (bulan September) angka BOR RSUP Fatmawati pernah mencapai angka 80,33% pada tahun 2007 dan terendah pada tahun 2009 yaitu 64,12%. Namun angka yang dicapai RSUP Fatmawati selama renang waktu tersebut masih berada dalam lingkup standar dalam ukuran BOR yaitu 60% - 80%.

b. *Bed Turn Over (BTO)*

Bed Turn Over (BTO) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur, berapa kali dalam satu satuan waktu tertentu (biasanya satu tahun) tempat tidur rumah sakit dipakai oleh pasien. Indikator ini memberi gambaran tingkat efisiensi dari pada pemakaian tempat tidur. Ukuran standar BTO rumah sakit adalah 40, dalam rentang waktudari tahun 2006 sampai

Universitas Indonesia

dengan 2011 (bulan September), RSUP Fatmawati mengalami BTO tertinggi pada tahun 2006 dan 2007 yaitu 39,92. Dan terendah pada tahun 2009 yaitu sebesar 36,82.

c. *Turn Over Interval (TOI)*

Turn Over Interval (TOI) adalah rata-rata hari tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi ke saat terisi berikutnya. TOI merupakan indikator penggunaan tempat tidur oleh pasien yang dirawat di rumah sakit (selang isi). Indikator ini juga memberikan gambaran tingkat efisiensi dari pada penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong hanya dalam waktu satu sampai dengan tiga hari. Pada tabel di atas dapat dilihat bahwa RSUP Fatmawati pada tahun 2006 memiliki TOI 2.65, tahun 2007 sebesar 1.40, 2008 sebesar 3.02, 2009 sebesar 3.56, 2010 sebesar 2.72 dan tahun 2011 (bulan September) sebesar 2.13. RSUP Fatmawati hanya mengalami 1 tahun angka TOI di atas rata – rata yaitu pada tahun 2009 sebesar 3.56.

d. *Length of Stay (LOS)*

Length of Stay (LOS) merupakan rasio yang mengukur jangka waktu atau periode (berapa lama) rata-rata pasien dirawat atau menggunakan jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit. Semakin lama angka LOS menunjukkan adanya pelayanan rumah sakit yang semakin menurun atau terjadi inefisiensi dalam pemberian pelayanan kesehatan di rumah sakit, sebaliknya semakin pendek LOS berarti juga terjadi ketidaktepatan dalam pemberian layanan kesehatan dan terjadi pula penurunan layanan kesehatan. Jangka waktu layanan yang ideal atau angka LOS yang ideal antara 6 (enam) sampai dengan 9 (sembilan) hari. Angka LOS RSUP Fatmawati tahun 2006 sampai dengan 2011 (bulan September) cenderung bergerak stabil pada kisaran 6.

Indikator ini di samping memberikan gambaran tingkat efisiensi juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan. Semakin efisien rumah sakit memberikan pelayanannya, maka pasien semakin terpuaskan kebutuhannya akan jasa layanan kesehatan, tetapi angka LOS ini tidak

dapat diterapkan pada diagnosis tertentu yang dijadikan tracer (yang perlu pengamatan lebih lanjut).

e. *Gross Death Rate (GDR)*

Gross Death Rate (GDR) adalah angka kematian umum untuk tiap-tiap 1.000 penderita keluar. GDR merupakan jumlah keseluruhan angka kematian yang terjadi di dalam rumah sakit, baik yang dirawat kurang dari 48 jam atau yang dirawat lebih dari 48 jam. Indikator ini dapat memberikan gambaran tentang kecepatan dan ketepatan layanan yang diberikan rumah sakit. Nilai GDR seyogyanya tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar, kecuali jika terjadi kejadian khusus, seperti wabah penyakit, bencana alam. Angka GDR RSUP Fatmawati tergolong tinggi, karena dari standar 45 %, pada table diatas dapat dilihat bahwa angka GDR pada tahun 2006 sampai dengan 2011(bulan September) berada pada kisara 50 % s/d 80%.

f. *Net Death Rate (NDR)*

Net Death Rate (NDR) adalah angka kematian lebih dari atau sama dengan 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. NDR merupakan jumlah kematian yang terjadi setelah dirawat selama 48 jam atau lebih. Indikator ini dapat memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Nilai NDR yang dianggap masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25 per 1.000 penderita keluar, kecuali jika terjadi kejadian khusus, seperti wabah penyakit atau bencana alam. Pada table diatas dapat dilihat angka NDR RSUP Fatmawati juga tergolong tinggi, dari standar 25 %, RSUP Fatmawati memiliki angka NDR dalam isara 30 % - 50%.

5.2 Gambaran Instalasi Penagihan Pasien (IPP)

5.2.1 Profil IPP

Instalasi Penagihan Pasien (IPP) RSUP Fatamawati berada di bawah dan bertanggungjawab langsung terhadap Direktur Keuangan RSUP Fatmawati. Instalasi Penagihan Pasien dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi dan

Universitas Indonesia

membawahi tiga orang wakil kepala instalasi serta membawahi Sembilan penyelia

5.2.2 Visi dan Misi IPP

Visi IPP adalah Menjadi satuan kerja yang profesional dalam meningkatkan pendapatan rumah sakit melalui penagihan pasien.

Misi IPP adalah Menciptakan satuan kerja yang potensial dan handal dalam pelayanan dan penagihan pasien.

5.2.3 Tujuan serta Tugas Pokok dan Fungsi IPP

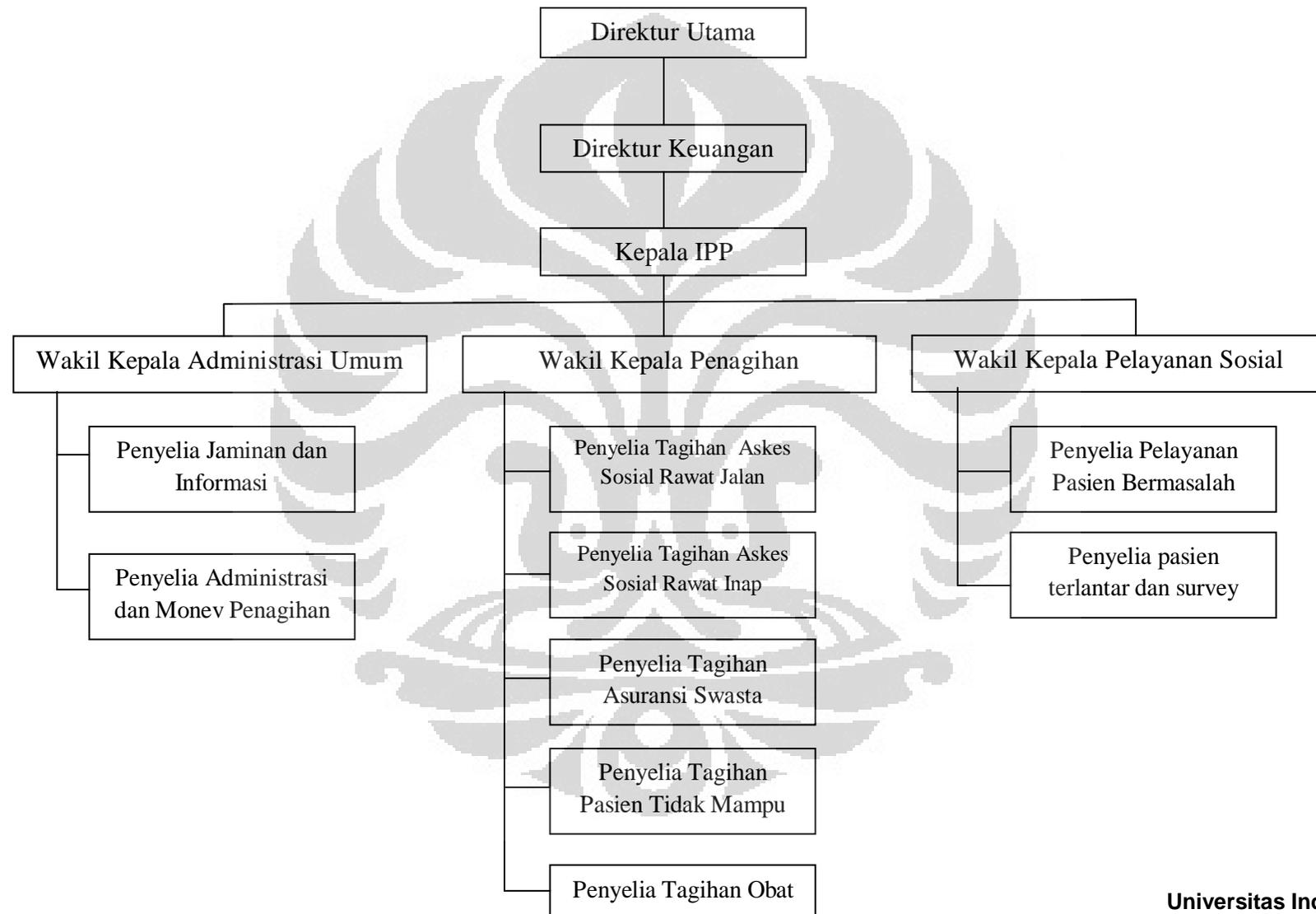
Tujuan IPP adalah Terselenggaranya ketertiban pengadministrasian kegiatan pelayanan dan informasi serta kelancaran penagihan pasien yang terkoordinasi dan terintegrasi.

Tupoksi IPP adalah Menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan penata usahaan penagihan piutang pasien.

5.2.4 Ketenagaan IPP

Ketenagaan IPP sampai dengan Juni Tahun 2012 ini berjumlah 45 orang dengan komposisi 33 orang PNS dan 12 orang Non PNS.

5.2.5 Struktur Organisasi IPP



BAB VI HASIL PENELITIAN

6.1 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Juni-Juli 2012 di Instalasi Penagihan Pasien RSUP Fatmawati. Pengumpulan data dimulai dengan pengambilan data sekunder yang diperoleh dari telaah dokumen yaitu prosedur tetap yang terkait pencatatan dan penagihan piutang, juklak- juknis JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI, serta ikatan kerja sama antara Dinas Kesehatan dengan RSUP Fatmawati. Selain itu, pengumpulan data primer dikumpulkan dengan melakukan wawancara mendalam kepada petugas terkait dan observasi juga dilakukan pada proses pencatatan dan penagihan piutang mulai dari persiapan berkas sampai dengan evaluasi penagihan.

6.2 Karakteristik Informan

Wawancara mendalam dilakukan kepada enam informan yang terdiri dari kepala instalasi, penyelia, dan pihak Dinas Kesehatan. Karakteristik informan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 6.1 Karakteristik Informan

No	Informan	Latar Belakang Pendidikan	Lama Kerja
1	Kepala Instalasi Penagihan Pasien	S2 Manajemen Rumah Sakit	3 tahun
2	Wakil Kepala Penagihan	S1 Ekonomi	18 Tahun
3	Penyelia Tagihan Pasien Tidak Mampu	S1 Ekonomi	
4	Staf JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI	SMA	21 Tahun
5	Penyelia Administrasi & Monev Penagihan	D3 Manajemen Keuangan	6 Tahun
6	Pihak Dinas Kesehatan	S2	25 Tahun

6.3 Hasil Penelitian

6.3.1 SDM

SDM adalah Jumlah , latar belakang pendidikan serta kepatuhan terhadap prosedur dari tenaga non medis yang terlibat langsung dalam proses pencatatan dan penagihan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI mulai dari tahap pencatatan, persiapan berkas tagihan, pengiriman berkas tagihan, penutupan rekening sampai dengan evaluasi pencatatan dan penagihan piutang pasien. Jumlah dan latar belakang pendidikan dapat dilihat dalam tabel di bawah ini

Tabel 6.2 Jumlah SDM Penagihan JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI

No	Tahap	Jumlah Petugas	Pendidikan	Keterangan
1	Pencatatan	7 orang	1 orang S1	Penyelia Tagihan
			1 orang D3	Pasien TM
			5 orang SMA	
2	Persiapan Dokumen	7 orang	1 orang S1	Penyelia Tagihan
			1 orang D3	Pasien TM
			5 orang SMA	
3	Pengiriman Dokumen	<i>Tentative</i>		
4	Penutupan Rekening	2 orang	1 orang D3	Penyelia
			1 orang S1	Administrasi & Monev Penagihan
5	Evaluasi Penagihan	2 orang	1 orang D3	Penyelia
			1 orang S1	Administrasi & Monev Penagihan

Berdasarkan observasi yang dilakukan selama penelitian ini, petugas di Instalasi Penagihan Pasien bagian JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI terdiri dari 7 orang yaitu 1 orang Penyelia Tagihan Pasien Tidak Mampu (TM), 3 orang staf klaim rawat jalan dan 3 orang staf klaim rawat inap. Untuk proses

pengiriman, SDM yang bertanggungjawab adalah Penyelia Tagihan Pasien TM dan Penyelia Administrasi dan Monitoring Evaluasi (Monev) Penagihan, dimana Penyelia Administrasi dan Monev Penagihan tersebut bertanggungjawab terhadap pengiriman berkas tagihan untuk seluruh JAMKESDA dan Jaminan Kantor, selain itu juga bertanggung jawab untuk pelaporan pembayaran dari Dinas Kesehatan dan evaluasi penagihan.

6.3.1.1. SDM di Pencatatan

Menurut hasil wawancara dengan instalasi penagihan, petugas pada pencatatan piutang adalah petugas yang juga bertanggungjawab pada proses penagihan piutang. Kegiatan pencatatan piutang ini terkait dengan kegiatan yang ada di bagian *billing*. Berikut adalah kutipan wawancaranya.

“pencatatan itu material nya adalah material klaim, awalnya berkas dari billing diperiksa kelengkapan, baru setelah itu dilimpahkan ke IPP, petugas pencatatannya sama dengan petugas penagihan.” (IF1)

6.3.1.2 SDM di Persiapan Berkas Tagihan

Berdasarkan wawancara yang dilakukan , sumber daya yang terlibat di proses pencatatan dan penagihan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI pada persiapan berkas tagihan dirasakan sudah cukup. Berikut kutipan dari informan yang menyatakan bahwa sumber daya manusia yang ada telah mencukupi.

“untuk SDM sebenarnya sudah cukup ya, karena sudah ada 4 orang di rawat inap dan 3 orang di rawat jalan.” (IF5)

“SDM nya sudah cukup.” (IF4)

Namun, beberapa informan menyatakan adanya kekurangan sumber daya manusia di proses persiapan berkas tagihan, hal ini karena pada petugas klaim rawat jalan masih harus menyatukan slip dari instalasi dan dari apotik. Berikut pernyataan informan:

“Sebetulnya sudah cukup , tapi sepertinya di klaim rawat jalan butuh 1 orang lagi untuk membantu menyatukan berkas.” (IF2)

“Nah, untuk SDM sepertinya kita masih kurang dua lagi nih, untuk di klaim rawat inap satu dan di klaim rawat jalan satu.” (IF3)

Sedangkan untuk latar belakang pendidikan yang ada di persiapan berkas bervariasi mulai dari SMA, Diploma III (D3) sampai dengan Sarjana Strata 1 (S1), untuk S1 terdapat satu orang yaitu penyelia tagihan pasien tidak mampu, untuk D3 terdapat satu orang di petugas klaim rawat inap, sedangkan untuk yang lainnya masih berlatar belakang pendidikan SMA. Namun, dua diantaranya sedang melanjutkan kuliah di jenjang S1. Berikut adalah kutipan dari informan:

“Latar belakang pendidikannya berbeda-beda ada yang sudah S1, D3, dan ada juga yang SMA, tapi dua orang sedang melanjutkan kuliah.” (IF2)

Berdasarkan latar belakang yang berbeda-beda tersebut tetapi tidak mempengaruhi kecakapan dari petugas di penagihan khususnya petugas bagian JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI. Keterangan ini diperoleh dari informan yang menyatakan bahwa petugas yang ada sudah melakukan tugas-tugasnya dengan sebaik dan semaksimal mungkin. Berikut adalah kutipannya

“Sudah bagus, cekatan dan professional.” (IF3)

“kita di penagihan sudah melakukan pekerjaan sesuai dengan prosedur dan sudah semaksimal mungkin.” (IF5)

Walaupun dikatakan pegawai yang ada sudah melakukan tugas dengan semaksimal mungkin, namun beban kerja yang tinggi dirasakan oleh petugas tersebut, hal ini karena jumlah berkas semakin banyak dan kelengkapan yang harus dilengkapi pun kian bertambah. Beban kerja yang tinggi ini disiasati dengan dijalankannya *Crash Program* yaitu penambahan tenaga bantuan yang dibutuhkan untuk penyelesaian pengolahan berkas, di mana *Crash Program* ini perhitungannya berdasarkan analisis beban kerja petugas di IPP.

“untuk beban kerja sekarang overload ya, makanya crash program harus dijalankan, tenaga bantuan bukan dari luar, tapi dari tim penagihan saling bantu.” (IF1)

“Beban kerjanya bertambah karena berkas sering ada yang tidak lengkap, misalnya kelengkapan berkas seperti KTP yang expired atau jumlah copyannya masih kurang, kita harus copy dulu untuk dijadikan arsip” (IF5)

“beban kerja tinggi karena berkas yang harus dilengkapi semakin banyak.” (IF2)

Beban kerja yang tinggi juga dirasakan di petugas klaim rawat jalan karena kegiatan *input* masih manual karena belum menggunakan program medysis seperti yang sudah digunakan oleh petugas klaim rawat inap. Berikut pernyataan informan:

“load nya tinggi ya, karena berkas bisa sampai 3750 an per bulan dan itu harus di input manual, untuk rawat jalan kita belum pakai program medysis, rawat inap sudah.” (IF4)

Jika ada petugas yang tidak masuk, pekerjaan petugas tersebut tidak ada yang *meng-handle* sehingga dikerjakan saat lembur. Jika petugas yang tidak masuk itu bagian pelayanan maka petugas di penagihan akan mengutamakan pelayanan terlebih dahulu, pekerjaan di penagihannya menjadi tertunda, tetapi hal ini sudah dimaklumi oleh seluruh sumber daya yang ada karena mereka merasa memang di penagihan itu sebagai satu tim yang harus saling membantu.

“kalau di pelayanan ada yang tidak masuk, yang di penagihan membantu, karena kita kan disini sebagai satu tim ya, jadi harus saling bantu. Kalau sudah deadline dan ada pegawai yang keteter itu juga pasti dibantu.” (IF2)

“kalau ada yang tidak masuk di pelayanan, pegawai di klaim disuruh maju ke depan, ke poli untuk gantiin, tapi kalau pegawai klaim yang tidak masuk tidak pengaruh ke pegawai lain tapi nanti ditebus dengan lembur.” (IF5)

Kejelasan beban kerja di proses persiapan berkas sudah jelas, karena sudah dijabarkan secara tajam di uraian tugas, sehingga tidak ada kendala dalam hal ini.

Namun memang uraian tugas masih perlu dipertajam lagi agar dapat mencapai Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU), kendala yang dirasakan terkait dengan kejelasan beban kerja adalah menyangkut instalasi lain yang seharusnya sudah melengkapi berkas dan tidak terlambat mengirimkan berkas ke bagian penagihan, tetapi kenyataannya berkas yang dikirim seringkali terlambat dan masih banyak yang belum dilengkapi kelengkapannya.

“uraian tugas itu harus benar-benar tajam, tertuju dan tidak universal. sebetulnya di uraian tugas sudah tajam ya, namun perlu dipertajam agar dapat mencapai IKI IKU.” (IF1)

“Kami kan kerjanya terkait dengan instalasi lain, nah dari instalasi lainnya itu sering terlambat terutama HD Rawat Jalan, tagihan bulan Mei baru diserahkan akhir Juni kemarin, kan kita jadi susah untuk ngejar $n+1$.” (IF4)

“Sebenarnya kalo dari instalasi yang terkait sudah beres dan lengkap kita tidak ada masalah, yah melengkapi tapi hanya kekurangannya saja yang porsinya sedikit, tidak terlalu banyak seperti yang sekarang dilakukan.” (IF2)

Dalam hal kepatuhan terhadap prosedur, berdasarkan hasil wawancara semua informan menyatakan bahwa semua petugas yang terlibat sudah mematuhi prosedur yang ada, sehingga tidak ada masalah terkait hal ini.

6.3.1.3.SDM di Pengiriman Berkas Tagihan

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan yang terkait dengan pengiriman berkas tagihan, untuk kecukupan dari SDM dalam proses pengiriman dirasakan sudah cukup karena sudah mendapat tambahan satu orang staf, biasanya dalam pengiriman juga petugas terkait yaitu penyelia administrasi dan monev penagihan dibantu oleh penyelia tagihan pasien tidak mampu. Pengiriman yang dilakukan oleh penyelia administrasi dan monev penagihan ini tidak hanya untuk tagihan SKTM & GAKIN DKI, tetapi juga untuk seluruh JAMKESDA, perusahaan asuransi dan jaminan kantor .Berikut pernyataan dari informan:

“tadinya saya sendiri di Administrasi dan Monev penagihan, tapi alhamdulillah kemarin dapet tambahan staf di Bulan Mei. Untuk pengiriman

DKI biasanya dibantu dengan penyelia tagihan pasien tidak mampu. Setiap bulan kita kirim, biasanya dikirim bersamaan dengan JAMKESDA lain kalau memang searah.” (IF5)

Latar belakang pendidikan petugas di pengiriman berkas terdiri dari 1 orang lulusan D3 Manajemen Keuangan dan S1 Ekonomi. Untuk kecakapan sudah baik dan sangat membantu penyelia.

Sedangkan untuk beban kerja petugas di pengiriman masih dirasakan cukup berat. Hal ini dapat dilihat dari pernyataan informan berikut:

“untuk klaim DKI perbulan itu bisa sampai 30 an dus, dan di Dinas Kesehatan itu kantornya di lantai 3, itu kita sendiri yang estafet mengangkut ke lantai 3, karena memang kita tidak ada tenaga outsourcing untuk pengiriman jadi ya kita sendiri yang kirim. Tapi ya memang sudah begitu tugasnya dijalankan saja.” (IF5)

“untuk pengiriman itu saya dengan penyelia administrasi dan monev penagihan dibantu dengan stafnya juga. Tapi berkas yang akan dikirim sudah di bereskan bersama oleh petugas klaim. Kita tinggal membuat rekapan kemudian mengirim ke Dinas Kesehatan.” (IF3)

Dalam kejelasan beban kerja di pengiriman sudah tidak terdapat masalah karena memang sudah ada di uraian tugas, dalam pelaksanaannya penyelia administrasi dan monev penagihan mengkoordinasikan untuk pengiriman berkas dan biasanya dibantu oleh penyelia tagihan pasien tidak mampu.

6.3.1.4. SDM di Pelaporan Penutupan Rekening

Dalam pelaporan penutupan rekening pegawai yang bertanggungjawab adalah penyelia administrasi dan monev penagihan dibantu dengan satu orang staf. Dari segi kecukupan SDM sudah cukup untuk melaksanakan pelaporan penutupan rekening.

6.3.1.5. SDM di Evaluasi Penagihan

Proses evaluasi penagihan juga dilakukan oleh penyelia administrasi dan monev penagihan. Jadi penyelia administrasi dan monev penagihan bertanggungjawab atas tiga tahapan di proses pencatatan dan penagihan piutang,

yaitu mulai dari pengiriman, pelaporan untuk penutupan rekening dan evaluasi penagihan. Namun hal ini memang sudah tertera di uraian tugas dari petugas terkait, sehingga semua sudah berjalan sesuai dengan uraian tugasnya.

“Iya, kita juga itu untuk pelaporan dan evaluasi, tetapi memang sudah di uraian tugasnya begitu. Kalo untuk anter saya cari temen lain ” (IF5)

Dalam pelaksanaan evaluasi ini, petugas sudah melakukan sesuai dengan uraian tugasnya yaitu menelaah hasil BAP yang dikirimkan oleh Dinas Kesehatan, kemudian menjelaskan kepada petugas klaim, apa-apa saja yang menjadi penyebab pending atau tidak dibayar. Sehingga ke depannya petugas klaim dapat memperbaiki kekurangan sebelumnya. Namun, pada pelaksanaannya evaluasi belum berjalan maksimal karena belum bisa menyampaikan hasil evaluasinya tersebut kepada instalasi terkait, hanya terbatas pada petugas klaim dan petugas di penagihan saja.

6.3.2 Sarana

Sarana yang dimaksud oleh peneliti adalah ketersediaan dan kecukupan sarana milik rumah sakit yang dibutuhkan untuk menunjang proses pencatatan dan penagihan piutang mulai dari tahap pencatatan, persiapan sampai dengan evaluasi yang terdiri dari kelengkapan alat tulis, mesin fotokopi, meja dan kursi, komputer *online*, *printer*, telepon, sistem informasi dan kendaraan.

Sarana di proses pencatatan dan penagihan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI secara keseluruhan sudah cukup, namun memang ada sedikit kekurangnyamanan dari segi ruangan dan masih perlu dilengkapi aplikasi di komputer. Saat ini dalam proses penagihan sudah menggunakan komputer *online* atau komputer yang terhubung dengan jaringan dimana di dalam komputer tersebut terdapat aplikasi yang bernama Medysis. Medysis digunakan oleh petugas klaim rawat inap, untuk rawat jalan belum menggunakan Medysis, padahal dapat membantu memudahkan input data pasien serta rincian tagihan pada berkas pasien rawat jalan.

Pengiriman terkadang masih harus tertunda karena kendaraan dinas sedang terpakai semua, namun terkait dengan kendaraan ini memang hanya pernah saja tidak sering terjadi.

6.3.2.1 Sarana di Pencatatan Piutang

Sarana yang ada dalam pencatatan piutang adalah buku ekspedisi. Karena material nya adalah berkas klaim sehingga perpindahan berkas tersebut harus selalu dicatat dalam buku ekspedisi. Ke depannya akan digunakan sistem komputerisasi dimana dari unit sebelumnya misalnya unit *billing* berkas sudah lengkap, maka di komputer akan di ceklist lengkap kemudian di komputer IPP juga akan di ceklist lengkap, baru kemudian berkas tersebut masuk ke dalam proses penagihan. Saat ini sistem komputerisasi sedang dalam persiapan, softwarena sudah tersedia, namun hardwarenya masih belum ada, masih dalam pengadaan. Berikut kutipan wawancaranya

“ke depan pakai computer, hardware sedang dalam pengadaan software sudah siap, nanti di billing di klik lengkap, di IPP klik lengkap, baru berkas masuk proses penagihan.” (IF1)

6.3.2.2 Sarana di Persiapan Berkas Tagihan

Sarana yang ada dalam tahapan persiapan berkas tagihan dirasakan sudah cukup mulai dari meja dan kursi ATK, komputer, *printer*, telepon dan mesin fotokopi. Komputer yang tersedia juga sudah per wilayah JAMKESDA, di mana, petugas klaim SKTM & GAKIN DKI telah disediakan komputer kerja sendiri dan tidak bergantian dengan JAMKESDA lain atau luar DKI. Namun keadaan ruangan cukup sempit karena terlalu banyak berkas dan seringkali keluarga pasien yang bolak balik untuk mengurus jaminan, sehingga mengganggu kenyamanan petugas dalam bekerja. Selain itu komputer yang ada di petugas klaim rawat jalan masih manual belum menggunakan program jaringan atau aplikasinya masih terbatas sehingga masih *input* secara manual, sehingga menjadi kendala dalam kegiatan penagihan. Hal ini dapat diketahui dari pernyataan informan sebagai berikut:

“alhamdulillah semakin kesini sarana nya semakin komplit yah, yang jadi masalah ruangnya sempit. Tapi untuk komputer sudah per wilayah.” (IF3)

“kita kendalanya di IT, aplikasinya terbatas.” (IF1)

“untuk ruangnya terasa sempit ya,karena banyak berkas, tapi ya adanya begini ya di syukuri saja.hanya kalau bisa program jaringannya ditambah untuk di rawat jalan karena itu membantu mempercepat pekerjaan kami jadi tidak manual lagi.” (IF4)

Selain wawancara dengan informan, peneliti juga melakukan observasi untuk mendukung pernyataan dari informan terkait dengan sarana yang ada di persiapan berkas. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan selama penelitian ini, diperoleh informasi sarana yang digunakan dalam proses persiapan berkas tagihan terdiri dari beberapa meja dan kursi, komputer, printer, telepon, mesin fotokopi dan ATK. Jumlah dan keadaan dari sarana yang ada tersebut dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 6.3 Hasil Observasi Sarana di Persiapan Berkas

No	Sarana	Jumlah	Keterangan
1	Ruangan	2	Cukup
2	Meja	7	Cukup
3	Kursi	7	Cukup
4	Komputer	5	Cukup
5	Printer	5	Cukup
6	Mesin Fotokopi	1	Cukup
7	Telepon	2	Cukup
8	ATK	Tidak terhitung	Cukup

6.3.2.3 Sarana di Pengiriman Berkas Tagihan

Dalam tahap pengiriman berkas tagihan, sarana yang digunakan adalah mobil dinas milik rumah sakit. Jadi jika sudah akan mengantar berkas ke Dinas Kesehatan, petugas yang bertanggungjawab terhadap pengiriman berkas akan memesan mobil ke bagian umum untuk dipakai dalam mengirim berkas tagihan tersebut. Biasanya untuk pengiriman berkas tagihan ini Instalasi Penagihan Pasien

(IPP) mendapat prioritas karena memang yang akan dikirimkan ini adalah tagihan yang tidak sedikit jumlahnya. Namun, pernah terjadi penundaan pengiriman karena mobil dinas sedang digunakan semua sehingga pengiriman menjadi tertunda sampai satu atau dua hari. Berikut adalah pernyataan informan:

“kendaraan alhamdulillah tidak ada masalah karena IPP kan diprioritaskan ya, masalahnya uang nih yang dikirim, jumlahnya besar lagi.” (IF3)

“untuk kendaraan pakai mobil dinas rumah sakit, sebenarnya ada tiga tapi kita pernah ngga dapet karena dipake semua, akhirnya pengiriman mundur sampai satu dua hari, tapi kejadian kaya gini ngga sering, hanya pernah.” (IF5)

6.3.2.4 Sarana di Pelaporan Penutupan Rekening

Dalam pelaporan penutupan rekening, sarana yang digunakan antara lain mesin *fax*, komputer, printer, telepon, mesin fotokopi dan ATK. Berdasarkan hasil wawancara dan observasi sarana yang dibutuhkan sudah cukup karena sudah ada komputer dan printer untuk penyelia administrasi dan monev penagihan untuk membantu tahapan pelaporan penutupan rekening, walaupun terkadang dalam penggunaannya masih bergantian dengan petugas lain, namun hal ini tidak menjadi kendala.

6.3.2.5 Sarana di Evaluasi Penagihan

Pada tahapan evaluasi penagihan, karena memang petugas yang bertanggungjawab adalah sama dengan petugas di pelaporan penutupan rekening sehingga sarana yang digunakan pun sama. Namun hal ini tidak menjadi masalah bagi petugas terkait. Sarana yang ada dirasakan sudah cukup.

6.3.3 Prosedur Tetap

Peraturan, alur kerja serta kebijakan dari rumah sakit beserta pelaksanaannya yang terkait proses pencatatan dan penagihan piutang mulai dari

tahap pencatatan, persiapan berkas tagihan, pengiriman berkas tagihan, penutupan rekening, sampai dengan evaluasi pencatatan dan penagihan piutang.

Instalasi Penagihan Pasien sudah memiliki prosedur tetap terkait dengan penagihan pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI. Prosedur yang ada yaitu prosedur pelayanan dan prosedur penagihan. Peneliti hanya fokus pada prosedur penagihan. Namun, prosedur yang ada tersebut baru sampai tahap pengiriman berkas tagihan, sedangkan untuk tahapan pelaporan penutupan rekening dan evaluasi penagihan belum ada prosedur tetapnya, hanya ada di uraian tugas.

6.3.3.1 Prosedur Tetap di Pencatatan Piutang

Alur pencatatan dimulai ketika berkas diterima oleh Instalasi Penagihan Pasien (IPP). Berkas tersebut berasal dari unit *billing*, setelah berkas diperiksa kelengkapan layak *billing* dan layak untuk ditagihkan kemudian dilimpahkan ke IPP. Proses pencatatan di IPP juga harus mengalami pemeriksaan kelengkapan berkas mulai dari data pasien, rujukan, verifikasi dsb. Untuk perpindahan berkas semuanya dicatat dalam buku ekspedisi. Belum ada prosedur tetap untuk pencatatan. Berikut kutipan wawancaranya

“pencatatan dimulai ketika berkas diterima oleh IPP, dari billing diperiksa kelengkapan layak billing, layak ditagihkan baru dilimpahkan ke IPP. Di IPP pencatatannya juga harus diperiksa kelengkapannya mulai dari nama pasien, alamat, rujukan, KTP dll.” (IF1)

6.3.3.2 Prosedur Tetap di Persiapan Berkas Tagihan

Prosedur tetap di persiapan berkas tagihan sudah ada dan semua petugas terkait juga sudah memahami prosedur tersebut. Dalam prosedur tetap tersebut dipisahkan menjadi dua jenis alur penagihan yaitu rawat jalan dan rawat inap.

Dalam alur penagihan pasien rawat jalan dijelaskan bahwa berkas dikirim dari Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Penunjang dan Instalasi Gawat Darurat ke petugas klaim rawat jalan, kemudian berkas klaim disatukan dengan resep obat jika berkas belum lengkap maka petugas klaim melengkapi dahulu yang masih dapat dilengkapi dan jika sudah lengkap maka dapat di *input* untuk dibuat

rekapan. Setelah rekapan selesai maka ditandatangani oleh kepala IPP dan Direktur Keuangan setelah itu baru berkas dikirim ke Dinas Kesehatan.

Alur penagihan pada pasien rawat jalan untuk lebih jelasnya dapat di lihat pada gambar di bawah ini.



Gambar 6.1 Alur Persiapan berkas klaim pasien rawat jalan

Kendala terdapat pada langkah 1 sampai dengan 3. Pada langkah 1 berkas yang dikirim dari instalasi terkait seringkali terlambat, berkas dikirim ke IPP sudah mendekati akhir bulan dalam keadaan menumpuk. Pada langkah menyatukan obat terkadang tanggal pelayanan dengan penebusan obat tidak sama, hal ini bisa terjadi karena kemungkinan pada hari pelayanan obat belum tersedia sehingga obat baru dapat diambil keesokan harinya, untuk kasus seperti ini, petugas klaim harus memberikan keterangan dengan menulis di slip tagihan pelayanan yang menjelaskan bahwa obat diambil tanggal berikutnya, karena jika tidak diberikan keterangan tersebut, dinas kesehatan tidak akan membayar karena tanggal pelayanan dengan tanggal penebusan obat tidak sama. Sedangkan untuk langkah yang ketiga yaitu pada input data pasien masih manual diinput satu persatu mulai dari nama, alamat dan sebagainya, menurut hasil wawancara dengan informan jika sudah ada Medysis di klaim rawat jalan ini akan sangat membantu dalam input data, dan membuat rincian tagihan.

Seharusnya berkas yang dikirim ke petugas klaim rawat jalan dari instalasi sebelumnya itu sudah lengkap, jadi petugas klaim hanya menyatukan obat dan mencetak rincian serta membuat rekapan. Namun pada kenyataannya berkas yang

dikirim dari instalansi sebelumnya sering tidak lengkap, misalnya belum ada stempel GAKIN atau TM DKI atau belum ditandatangani oleh petugas instalasi, sehingga petugas klaim melengkapi dahulu berkas tersebut.

Proses persiapan berkas di klaim rawat jalan menurut hasil wawancara petugas terkait masih belum efektif karena masih terlalu banyak yang harus di stempel dan ditanda tangan. Berikut adalah kutipan wawancara dengan informan:

“masih kurang praktis yah, karena satu per satu lembar harus di stempel dan setiap rincian harus ditanda tangan, dan kurang efektif juga karena inputnya masih manual.” (IF4)

“iya nih untuk kelengkapan kita harus perhatikan semua slip sudah harus ada tanda tangannya satu per satu.” (IF2)

Observasi juga dilakukan oleh peneliti untuk mengetahui secara langsung kegiatan yang dijalankan di proses persiapan berkas klaim rawat jalan. Berdasarkan hasil observasi diperoleh keterangan yang dapat dilihat pada tabel berikut

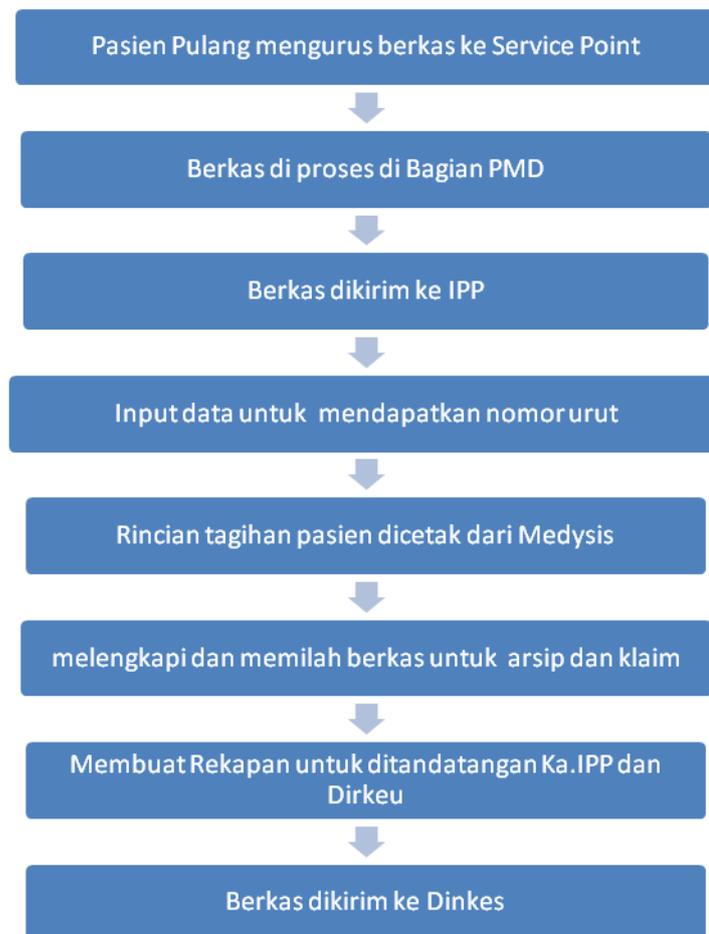
Tabel 6.4 Hasil Observasi Proses Persiapan Berkas Klaim Rawat Jalan

No	Aspek yang di observasi	Pelaksanaan			Keterangan
		Baik	Cukup	Kurang	
1	Pegawai menerima berkas dari poli, apotik, dan penunjang lainnya		✓		Sering terjadi keterlambatan dari penunjang.
2	Pegawai menyatukan antara slip resep dengan berkas	✓			
3	Memilah dan melengkapi berkas klaim		✓		
4	Menginput dan membuat rekapan dari berkas tagihan		✓		

Berdasarkan hasil observasi terhadap kegiatan di persiapan berkas klaim rawat jalan, secara umum sudah baik namun dalam hal *input* data memang masih manual, selain itu keterlambatan datangnya berkas dari penunjang, dan dalam proses memilah dan melengkapi berkas masih ada yang kurang, sehingga menjadi kendala dalam persiapan berkas klaim rawat jalan ini.

Dalam alur penagihan untuk pasien rawat inap sedikit berbeda dengan rawat jalan. Dalam rawat inap, berkas dimulai dari sejak pasien pulang, kemudian diurus kelengkapannya di *service point* setelah selesai kemudian berkas diproses di Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana, setelah ditandatangani oleh Direktur Keuangan kemudian berkas masuk ke IPP, setelah itu di *input* untuk mendapatkan nomor urut, kemudian per berkas dicetak rincian tagihannya dari program Medysis. Kemudian dipilah mana yang akan menjadi berkas klaim, arsip dan rekapan. Setelah dipilah kemudian dilengkapi berkas-berkas yang masih ada kekurangan. Setelah itu berkas direkap dan rekapannya ditandatangani oleh Kepala IPP dan Direktur Keuangan kemudian berkas siap dikirim.

Penggambaran dari alur berkas di atas adalah sebagai berikut:



Gambar 6.2 Alur Persiapan Berkas klaim pasien rawat inap

Dalam persiapan klaim rawat inap ini masalah yang terjadi adalah pada langkah melengkapi dan memilah berkas. Ketika petugas memeriksa kelengkapan berkas petugas klaim harus memasukkan lembar hasil atau bukti permintaan dari instalasi penunjang per berkas.

Berdasarkan hasil observasi juga diketahui bahwa sering ada berkas pasien rawat inap yang tidak dilengkapi dengan permintaan atau hasil penunjang, misalnya permintaan atau hasil laboratorium. Akhirnya, penanggulangannya adalah petugas klaim rawat inap meminta lagi hasil laboratorium, namun diberikan per orang oleh laboratorium, sehingga jika petugas klaim harus menyatukan lagi dengan berkas klaimnya memakan waktu yang tidak sebentar,

sementara target pengiriman harus $n+1$. Berikut adalah kutipan wawancara dengan informan:

“karena kita dikejar target $n+1$, jadi untuk melengkapi yang kecil-kecil itu tidak memungkinkan, seharusnya memang di instalasi sebelumnya sudah dilengkapi, jadi kita melengkapi seperlunya saja, bukan hal yang kecil-kecil.” (IF5)

Pelaksanaan alur di atas oleh pegawai dapat dilihat pada tabel berikut

Tabel 6.5 Hasil Observasi Persiapan Berkas Klaim Rawat Inap

No	Aspek yang di observasi	Pelaksanaan			Keterangan
		Baik	Cukup	Kurang	
1	Petugas menerima berkas dari Bag.PMD	✓			
2	Petugas menginput untuk mendapatkan nomor urut	✓			
3	Mencetak tagihan sesuai urutan	✓			
4	Memilah dan melengkapi berkas		✓		

Hasil observasi terhadap persiapan berkas klaim rawat inap sudah berjalan dengan cukup baik, namun memang ada sedikit kendala dalam melengkapi kelengkapan berkas yang ada.

Sama halnya seperti di rawat jalan, seharusnya berkas yang masuk ke IPP di klaim rawat inap ini juga sudah lengkap, namun pada kenyataannya masih ada yang kurang lengkap berkasnya.

“sebenarnya pada saat pasien pulang sudah dipanggil untuk pemeriksaan kelengkapan berkas seperti tanda tangan, jaminan, dan lain-lain, tapi ya terkadang ada yang terlewat.” (IF2)

6.3.3.3 Prosedur Tetap di Pengiriman Berkas Tagihan

Dalam tahapan pengiriman berkas tagihan belum ada prosedur tertulis dari Rumah Sakit, hanya ada di uraian tugas. Untuk pelaksanaan pengiriman mengikuti langkah-langkah yang selama ini sudah dijalankan saja. Namun memang dari Dinas Kesehatan memberikan batasan waktu $(n+1)$ setiap bulannya.

Untuk pengiriman, Dinas Kesehatan juga meminta kardus khusus yang digunakan untuk berkas klaim DKI, yaitu kardus botol infus tujuannya adalah agar jika kardusnya ditumpuk tidak rusak berkasnya. Berkas klaim DKI itu memang banyak setiap bulannya bisa mencapai 30 kardus. Berikut kutipan wawancaranya:

“untuk DKI paling banyak, itu per bulannya bisa sampai 30 an dus.” (IF5)

Dalam pelaksanaannya sampai sekarang ini dari IPP sudah hampir mencapai $(n+1)$, karena tidak mudah untuk IPP sendiri mencapai target tersebut. Hal ini karena proses melengkapi berkas yang memerlukan waktu yang lama. Selain itu disampaikan juga bahwa proses verifikasi di Dinas Kesehatan juga memerlukan waktu yang lama. Hal ini tersirat dari pernyataan informan berikut:

“Dinas Kesehatan minta dikirim $(n+1)$, sudah kita kirim di $(n+1)$ tapi kenyataannya mereka belum selesai verifikasi berkas 3 bulan sebelumnya, tapi kita ya tetap usahakan $(n+1)$ mengirim.” (IF3)

6.3.3.4 Prosedur Tetap di Pelaporan Penutupan Rekening

Pada tahapan pelaporan penutupan rekening belum ada prosedur tetap secara tertulis, hanya ada di uraian tugas. Alur kerja yang dilakukan saat ada pembayaran dari Dinas Kesehatan yaitu berawal ketika Dinas Kesehatan mengirimkan Berita Acara Pemeriksaan (BAP) melalui *fax* ke rumah sakit, kemudian dibuatkan kwitansi dari IPP dan dikirimkan kembali ke Dinas Kesehatan, setelah dibayar oleh Dinas Kesehatan penyelia administrasi dan monev penagihan membuat laporan sesuai dengan BAP yang ada, kemudian laporan tersebut diserahkan ke Bagian Akuntansi dan Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana (PMD).

“untuk pelaporan pembayaran, kita tunggu BAP dulu, ketika Dinas Kesehatan sudah transfer, dari IPP membuat laporan pembayaran untuk dikirim ke Bagian PMD dan Akuntansi.” (IF5)

Prosedur tetap untuk pelaporan sebenarnya diperlukan, namun sekarang ini belum ada karena masing-masing penjamin memiliki aturan yang berbeda-beda. Berikut kutipan wawancaranya:

“untuk khusus pelaporan perlu ada protapnya, sekarang masih belum karena tiap penjamin beda-beda, jadi belum ada protap khusus.” (IF1)

6.3.3.5 Prosedur Tetap di Evaluasi Penagihan

Sama dengan di tahapan pelaporan penutupan rekening, pada tahapan evaluasi penagihan juga belum ada prosedur tetap tertulis dari rumah sakit. Pelaksanaan kegiatan terkait dengan evaluasi penagihan berpedoman pada uraian tugas pegawai terkait yaitu penyelia administrasi dan monev penagihan. Evaluasi yang dilakukan oleh penyelia administrasi dan monev penagihan yaitu dengan membuat rekap tagihan perbulan. Sehingga dari rekapan itu dapat di evaluasi pembayaran dari Dinas kesehatan, jumlah tagihan yang tidak terbayar dan apa saja yang menjadi penyebab *pending* dari Dinas Kesehatan.

“evaluasi mungkin lebih ke pembayaran, lancar atau tidak, apa yang tidak terbayar, selama ini dilakukan secara rutin, dan selama ini masih pakai laporan rekap.” (IF5)

Evaluasi yang dilakukan belum maksimal karena hasil dari BAP Dinas Kesehatan masih belum dipisahkan mana berkas yang pending, dan berkas yang memang sudah tidak dibayar, semuanya masih menjadi satu sehingga menyulitkan untuk pihak IPP dalam mengevaluasi. Berikut adalah pernyataan informan:

“kalau evaluasi yang belum maksimal karena dari BAP Dinas Kesehatan hanya ditampilkan yang di pending, seharusnya dipisahkan mana yang dipending dan tidak dibayar, agar kita kedepannya bisa memperbaiki.” (IF2)

Evaluasi yang dilakukan oleh IPP sebenarnya terus berjalan seperti siklus *PDCA (Plan Do Check Action)*, karena memang evaluasi ini adalah semua *feedback* dari aktivitas yang terjadi di IPP baik pelayanan maupun penagihan. Monev untuk JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI berdasarkan telaah hasil verifikasi yang tertuang dalam BAP, tapi seyogyanya antara pihak rumah sakit dan verifikator Dinas Kesehatan memiliki persepsi yang sama, sehingga apa yang di klaim oleh rumah sakit dapat diterima oleh verifikator secara terarah. Budaya kepercayaan juga harus terus dipertahankan antara kedua belah pihak.

“verifikator harus memiliki persepsi yang sama dengan kita, budaya percaya harus tetap dipertahankan karena untuk apa ber-IKS jika sudah tidak ada budaya TRUST.” (IF1)

6.3.4 Pembayaran dari Dinas Kesehatan

Peneliti dalam variabel ini ingin mengetahui pembayaran tagihan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI dari Dinas Kesehatan yang tepat waktu dan sesuai jumlah tagihan, serta persyaratan berkas tagihan agar tagihan tersebut dapat dibayar oleh Dinas Kesehatan.

Dalam variabel pembayaran dari Dinas Kesehatan ini peneliti mengambil sumber dari dua pihak yaitu Rumah Sakit dan dari Pihak Dinas Kesehatan, hal ini bertujuan agar dapat diketahui kendala yang ada dari sisi rumah sakit dan dinas kesehatan.

6.3.4.1 Pihak Rumah Sakit

Gambaran pembayaran dari Dinas kesehatan pada tahun 2011 kemarin menurut informan dari rumah sakit adalah semakin besar jumlahnya, hal ini terjadi memang karena jumlah pasien yang semakin banyak. Berikut adalah kutipannya:

“semakin meningkat yah karena memang pasiennya juga makin banyak.” (IF5)

Namun jika dilihat dari ketepatan waktu Dinas kesehatan masih belum ssesuai dengan peraturan yang tertera pada Ikatan Kerja Sama (IKS). Pada IKS

disebutkan bahwa pembayaran dari Dinas Kesehatan adalah (n+2) namun pada kenyataannya pembayaran dari Dinas kesehatan masih lebih dari (n+2). Berikut adalah kutipan wawancara dengan informan:

“kita kirim (n+1) harusnya kan dibayar (n+2) tapi kenyataannya mundur 1 bulan.” (IF2)

“kira-kira 3-4 bulan lah baru dibayar.” (IF3)

Untuk kesesuaian pembayaran dari Dinas kesehatan di RSUP Fatmawati masih belum sesuai dengan jumlah klaim yang ditagih. Penyebabnya bisa dari berbagai macam diantaranya adanya selisih PPE, ketidaklengkapan berkas, serta terkait juga dengan jaminan. Berikut adalah pernyataan informan:

“tagihan yang dibayar Dinkes kebanyakan tidak sesuai dengan yang ditagih, penyebabnya ya ketidaklengkapan berkas biasanya.” (IF3)

“biasanya karena selisih ya, selisih tarif antara kita dengan Dinkes.” (IF5)

Jumlah tagihan yang tidak dibayar Dinas Kesehatan kemudian dibayarkan oleh rumah sakit melalui subsidi rumah sakit. Berikut kutipan wawancara dengan informan:

“sisanya ya jadi subsidi rumah sakit.” (IF5)

Keterlambatan pembayaran dari pihak Dinas kesehatan kemungkinan disebabkan karena proses verifikasi yang membutuhkan waktu yang lama. Sehingga pembayaran ke rumah sakit menjadi tertunda.

“mungkin karena SDM juga kali ya, verifikasinya jadi lama.” (IF2)

“verifikasi nya lama, itu karena keterbatasan SDM kemungkinan.” (IF1)

6.3.4.2 Pihak Dinas Kesehatan

Menurut pihak Dinas kesehatan, pada dasarnya setiap rumah sakit yang memberikan pelayanan terhadap pasien SKTM & GAKIN DKI telah mengetahui hal-hal yang menjadi persyaratan agar tagihannya dapat dibayar oleh Dinas kesehatan, namun pada pelaksanaannya terkadang ada saja berkas pasien yang kurang lengkap administrasinya, kemudian ada pelayanan yang ditagih padahal pelayanan tersebut tidak tercantum atau melebihi kesepakatan yang ada antara rumah sakit dengan Dinas kesehatan. Di samping itu karena Dinas kesehatan juga memiliki keterbatasan dari segi jumlah SDM khususnya verifikator berkas klaim, sehingga proses verifikasi membutuhkan waktu yang lebih untuk menindaklanjuti berkas-berkas yang masih kurang lengkap tersebut. Berikut kutipan wawancara dengan pihak Dinas Kesehatan:

“pada dasarnya rumah sakit sudah mengetahui ya, apa saja syarat-syaratnya, misalnya yang diperlukan itu A,B,C,D,E, jadi rumah sakit harusnya mengirimkan berkas yang terdiri dari A,B,C,D,E. tapi pada kenyataannya rumah sakit hanya mengirimkan saja dengan anggapan, nantinya akan diberitahukan lagi oleh Dinkes apa saja kelengkapan yang masih kurang, ini kan terbalik yah. Ditambah lagi kita juga disini terbatas jumlah verifikatornya jadi ya tambah lama kalau ada berkas yang tidak lengkap.” (IF6)

6.3.5 Tingginya Saldo Piutang

Data saldo piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI Tahun 2011 yang terdiri dari jumlah klaim dan jumlah tagihan yang belum dibayar.

Tabel 6.6 Laporan rekapitulasi klaim pasien SKTM & GAKIN DKI Tahun 2011

No	Keterangan	Jumlah Klaim	Jumlah Belum Dibayar	Selisih
1	Gakin	Rp. 5.125.680.644	Rp. 1.486.314.449	Rp. 374.874.675
2	SKTM	Rp.28.480.046.048	Rp. 7.177.160.700	Rp. 1.911.096.441
	Total	Rp.33.632.726.692	Rp. 8.663.475.149	Rp. 2.285.971.116

Sumber: IPP Juni 2012

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa jumlah klaim yang belum dibayar oleh sampai dengan Juni 2012 mencapai Rp. 8.663.475.149 dan sebesar Rp. 2.285.971.116 menjadi selisih dan dibayarkan dari subsidi rumah sakit. Menurut informasi yang peneliti peroleh, saat ini IPP sedang menunggu proses BAP dari kasus pending katastrofik tahun 2011 yang siap bayar yaitu sejumlah Rp 3.600.000.000, jumlah ini di luar selisih.

Berikut adalah keterangan yang peneliti peroleh dari BAP 2011 mengenai proporsi penyebab *pending* pada pembayaran dari Dinas kesehatan.

Tabel 6.7 Daftar penyebab tidak dibayarnya tagihan berdasarkan BAP 2011

No	Penyebab	Prosentase
1	Selisih	38%
2	Verifikasi	1%
3	Rujukan	0.9%
4	Bukti, kwitansi	43%
5	Tidak Ada katastrofik	0.7%
6	Berkas	5.5%
7	Ketidaksesuaian	4.6%
8	Kontribusi pasien	1.6%
9	Tidak ada resume medis	0.1%
10	Jaminan	3.5%

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa penyebab terbanyak dari tidak dibayarnya tagihan adalah karena tidak lengkapnya bukti atau kwitansi, hal ini misalnya suatu berkas pasien tidak dilengkapi hasil atau permintaan atau kwitansi bukti tindakan.

Peneliti hanya menghitung jumlah penyebab tidak terbayarnya berkas, karena keterbatasan waktu, namun jika ditelaah dari jumlah yang tidak dibayar, tidak ada katastrofik adalah penyebab yang menyumbang jumlah piutang cukup

besar, karena 1 kasus katastrofik itu misalnya jumlah tagihannya bisa mencapai lebih dari 20 juta per pasiennya.

6.3.6 Lamanya hari piutang

Jumlah lama hari piutang yang diperoleh dari laporan pencatatan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI yang memuat tanggal dikirimnya berkas tagihan piutang kepada Dinas Kesehatan sampai dengan dibayarkan ke Rumah Sakit per bulan pada tahun 2011.

Tabel 6.8
Rata-rata lama hari piutang pasien JAMKESDA SKTM&GAKIN DKI Tahun 2011

Bulan	Pembayaran I	Selisih Hari I	Pembayaran II	Selisih Hari II
Januari	29 Maret- 22 Juni	85	20 Oktober	205
Februari	20 April- 5 Agustus	107	20 Oktober	183
Maret	24 Mei-25 Oktober	154		
April	30 Juni-27 September	117		
Mei	30 Juli-8 Desember	131		
Juni	26 Agustus-28 Nopember	94		
Juli	30 September-8 Desember	69		
Agustus	1 Nopember-19 Desember	48		
September	16 Desember- 27 Desember	10		
Oktober	9 Desember - 7 Juni	181		
Nopember	30 Desember- 22 Maret	83		
Desember	8 Februari- 28 Mei	110		
Rata-rata		99		

Sumber: IPP Juni 2012

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa rata-rata lama pembayaran dari Dinas Kesehatan adalah selama 99 hari atau sekitar 3 bulan setelah klaim ditagih. Dan untuk pembayaran susulan sekitar 6 bulan kemudian baru dibayarkan oleh Dinas Kesehatan. Pembayaran susulan ini adalah untuk kasus pending yang masih dapat dilengkapi berkasnya.

Selain itu dapat diketahui pula bahwa pengiriman klaim yang seharusnya adalah (n+1) masih belum terlaksana dengan baik di bulan-bulan awal, dimana seharusnya pengiriman itu dilaksanakan sebelum tanggal 6 pada bulan berikutnya. Namun saat ini pengiriman di IPP sudah proses mencapai (n+1).

Universitas Indonesia

Untuk mekanisme klaim balik dilakukan oleh rumah sakit setelah memperoleh BAP dari Dinas Kesehatan kemudian diberikan tenggang waktu selama dua minggu untuk melengkapi berkas yang masih *pending* statusnya. BAP yang dikirimkan oleh Dinas Kesehatan seharusnya adalah selambat-lambatnya dua bulan setelah berkas klaim diterima, namun kenyataannya rata-rata BAP baru dikirim setelah tiga bulan setelah klaim dikirim.

BAB VII

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian mengenai gambaran proses pencatatan dan penagihan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI ini dalam pelaksanaannya menemui beberapa keterbatasan yang akhirnya peneliti jelaskan ke dalam poin - poin berikut.

- a. Dalam proses pengumpulan data melalui observasi, peneliti tidak dapat langsung mengamati tahapan proses pelaporan penutupan rekening, karena pada saat pengumpulan data, tidak ada BAP yang masuk dari Dinas Kesehatan, sehingga data yang diperoleh hanya melalui wawancara terhadap informan.
- b. Peneliti hanya dapat mewawancarai Kepala Sub Bagian Tata Usaha dari Dinas kesehatan karena keterbatasan waktu penelitian, namun jawaban yang diberikan oleh Kepala Sub Bagian Tata Usaha tersebut sudah mewakili walaupun masih secara umum.
- c. 10 sampel yang terkait dengan kelengkapan berkas klaim pasien tidak dapat peneliti temukan karena memang berkasnya sudah dikirim ke pihak Dinas Kesehatan, sehingga peneliti hanya mencari informasi dari Berita Acara Pemeriksaan (BAP) tahun 2011 dari Dinas Kesehatan, dari BAP ini, peneliti dapat menemukan beberapa penyebab tidak terbayarnya atau *pending* pembayaran dari Dinas kesehatan ke Rumah Sakit.
- d. Peneliti tidak mewawancarai pihak rekam medis dan pasien padahal dua sumber tersebut juga berperan dalam kelengkapan berkas klaim tagihan.

7.2 Pembahasan

Instalasi Penagihan Pasien (IPP) RSUP Fatmawati merupakan instalasi yang berada langsung dibawah Direktur Keuangan, di mana instalasi ini bertanggungjawab atas proses penagihan piutang kepada pihak ketiga. Pihak ketiga tersebut terdiri dari JAMKESDA, perusahaan asuransi, serta jaminan kantor.

Berkaitan dengan kebijakan *public wing* yang berlaku pada April tahun 2011 kemarin, pasien dengan keterangan tidak mampu dari seluruh JAMKESDA cenderung meningkat tidak terkecuali pada pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI. Peningkatan pasien ini juga berpengaruh terhadap peningkatan jumlah klaim kepada Dinas Kesehatan provinsi DKI Jakarta. Pada kenyataannya jumlah klaim yang dibayar oleh Dinas kesehatan tidak sesuai dengan yang ditagih oleh rumah sakit, hal ini terjadi disebabkan karena beberapa faktor yang dapat berasal dari rumah sakit atau juga dari Dinas Kesehatan itu sendiri.

Rumah sakit melalui Instalasi Penagihan Pasien melakukan pengolahan berkas tagihan pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI, pengolahan berkas ini dimulai sejak pasien pulang, kemudian berkas dilengkapi, *diinput* dan direkap hingga menjadi berkas tagihan yang matang atau siap kirim. Pengolahan berkas tagihan ini dapat dikatakan sebagai proses pencatatan dan penagihan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI. Proses pencatatan dan penagihan piutang ini perlu dijalankan dengan sebaik-baiknya agar tagihan yang dikirimkan kepada Dinas Kesehatan dapat dibayar sesuai dengan yang ditagih oleh rumah sakit. Selanjutnya peneliti akan memaparkan mengenai pelaksanaan proses pencatatan dan pengihan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI serta kendala yang dihadapi dalam proses tersebut sehingga dapat dilakukan perbaikan ke depannya agar berjalan lebih baik.

Proses pencatatan dan penagihan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI ini ingin menggali aspek-aspek yang terkait berdasarkan teori serta penyesuaian dengan lingkungan rumah sakit. Sebuah teori yaitu teori kendala menjelaskan bahwa kendala dalam suatu sistem dapat dikelola sehingga kendala tersebut tidak menjadi hambatan suatu organisasi dalam mencapai tujuannya. Kendala berdasarkan asalnya terdiri dari dua yaitu internal dan eksternal (Hansen dan Mowen, dalam Wiranata 2011). Adapun yang termasuk kendala internal atau kendala dari rumah sakit diantaranya ; sumber daya manusia, sarana, dan prosedur tetap dari rumah sakit. Sedangkan untuk kendala eksternal yang berasal dari luar rumah sakit yaitu pembayaran dari Dinas Kesehatan

7.2.1 SDM

Sumber daya manusia yang terlibat dalam proses pencatatan dan penagihan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI di IPP RSUP Fatmawati masih belum mencukupi, karena memang jumlah berkas yang ada semakin banyak, sedangkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan berkas itu terbatas, sehingga beban kerja petugas meningkat. Beban kerja yang meningkat ini apabila terus dibiarkan dapat menyebabkan stress pada petugas terkait. Menurut Handoko,1996, ada sejumlah kondisi kerja yang sering menyebabkan stress bagi para karyawan, misalnya adalah beban kerja yang berlebihan, serta tekanan atau desakan waktu.

Untuk menyikapi tingginya beban kerja ini, IPP telah melakukan analisis beban kerja pada tahun lalu, namun karena sudah berganti masa jabatannya, sehingga kepala instalasi sekarang sedang melakukan analisis beban kerja kembali. Dari analisis beban kerja yang dilakukan tersebut maka muncul adanya *Crash Program* di IPP. *Crash Program* adalah penambahan tenaga bantuan dalam rangka mengolah berkas, tenaga bantuan ini bukan dari luar, namun tetap dari tim IPP yang saling membantu dengan menggunakan waktu lembur.

Latar belakang pendidikan petugas yang terlibat sudah sesuai dengan standar, karena dahulu syarat menjadi petugas di RSUP Fatmawati masih jenjang SMA, sehingga saat ini petugas yang terlibat rata-rata berpendidikan terakhir SMA, ada dua orang lulusan S1 dan 2 orang lulusan D3. Namun karena memang lama kerja dari petugas sudah lebih dari rata-rata 5 tahun sehingga kecakapan kerjanya sudah baik dan kepatuhan terhadap prosedur yang ada pun sudah baik. Jika dilihat dari lama kerja, ada petugas yang masa kerjanya sudah mencapai 21 tahun, hal ini dapat mempengaruhi kejenuhan petugas tersebut dalam menjalankan tugasnya, oleh karena itu perlu ada upaya penyegaran dengan merotasi petugas ke satuan kerja yang berbeda.

Uraian tugas atau uraian jabatan dalam proses pencatatan dan penagihan piutang di IPP RSUP Fatmawati sudah cukup jelas bagi para petugas yang terlibat. Namun, memang perlu ditingkatkan lagi kesadaran tanggungjawab dari masing-masing petugas untuk lebih menjalankan uraian tugas dengan sebaik-baiknya. Deskripsi pekerjaan atau jabatan (*job description*) adalah suatu

pernyataan tertulis yang menguraikan fungsi, tugas-tugas, tanggungjawab, wewenang, kondisi kerja dan aspek-aspek pekerjaan tertentu lainnya (Handoko,1996). Namun memang apabila terdapat petugas yang tidak masuk apalagi yang tidak masuk itu adalah petugas di bagian pelayanan, maka petugas klaim harus ada yang menggantikan di pelayanan sehingga pekerjaan di bagian klaim menjadi tertunda, dan hal ini dapat menyebabkan petugas mengerjakan pekerjaan yang tertunda tersebut saat lembur.

7.2.2 Sarana

Dari segi sarana yang mendukung proses pencatatan dan penagihan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI seperti komputer *online*, *printer*, mesin fotokopi, telepon, mesin *fax*, mesin fotokopi, ATK sistem informasi serta kendaraan telah mencukupi. Komputer yang digunakan sudah per wilayah JAMKESDA sehingga tidak perlu bergantian dalam mengerjakan tugasnya masing-masing.

Namun yang menjadi kendala adalah komputer yang digunakan oleh petugas klaim rawat jalan masih manual, belum ada aplikasinya, sehingga proses *input* data masih manual, padahal berkas yang harus diinput bisa mencapai ribuan berkas setiap bulannya, hal ini dapat dipertimbangkan oleh pihak rumah sakit untuk membuat jaringan pada komputer atau melengkapi aplikasi pada komputer yang digunakan oleh petugas klaim rawat jalan. Apabila komputer tersebut sudah memiliki aplikasi yang memadai, akan sangat membantu petugas klaim rawat jalan dalam melakukan *input* data, karena dapat mempercepat proses sehingga waktu yang digunakan pun menjadi lebih efektif dan efisien. Untuk kegiatan pelaporan penutupan komputer yang digunakan masih bergantian, hal ini tidak menjadi kendala yang berarti bagi petugas terkait, namun akan lebih baik jika petugas pelaporan penutupan rekening ini memiliki komputer sendiri, sehingga dapat lebih konsentrasi dalam melaksanakan tugasnya.

Selain komputer pada tahap persiapan berkas, pada tahap pencatatan diperlukan juga sistem komputerisasi yang terintegrasi, di mana berkas yang akan masuk ke IPP sudah terlebih dahulu diperiksa kelengkapannya di instalasi atau

unit sebelumnya, sehingga memperkecil kemungkinan ada berkas yang tidak lengkap masuk ke IPP. Sistem komputerisasi ini dalam proses pengadaan, softwarena sudah siap namun hardwarenya masih belum.

7.2.3 Prosedur Tetap

Prosedur tetap yang ada pada proses pencatatan dan penagihan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI sudah ada, namun hanya sampai berkas dikirim, prosedur tersebut sudah cukup jelas bagi semua petugas. Kendala terkait prosedur ini adalah berhubungan dengan instalasi lain yang terkadang mengirimkan berkas ke bagian klaim belum lengkap, seharusnya berkas yang dikirim ke bagian klaim dari instalasi sebelumnya sudah lengkap, misalnya ada yang belum lengkap itu hanya sebagian kecil sehingga tidak membutuhkan waktu lebih lama lagi untuk melengkapi berkas klaim tersebut. Karena memang target pengiriman (n+1) yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan membuat petugas di bagian klaim dalam melengkapi berkas sangat memperhatikan waktu yang digunakan. Pengiriman berkas (n+1) baru dapat terpenuhi akhir-akhir ini, sebelumnya pengiriman masih melebihi target tersebut.

Prosedur untuk tahapan pelaporan penutupan rekening dan evaluasi penagihan belum ada dalam bentuk tertulis hanya ada dalam bentuk uraian tugas. Dalam pelaksanaannya sudah sesuai dengan uraian tugas tersebut, namun akan lebih baik lagi apabila dituangkan dalam sebuah prosedur tetap yang tertulis sehingga dapat dijadikan sebagai acuan dalam pelaksanaan tugas dari petugas tersebut, serta dapat dijadikan sebagai indikator kinerja dari kegiatan yang dilakukan, sehingga dapat diketahui kinerja dari petugas terkait.

Selain prosedur di IPP dan instalasi terkait perlu disoroti juga mengenai kepatuhan pasien dalam melengkapi berkas-berkasnya. Dalam hal ini rumah sakit perlu meningkatkan upaya untuk memberitahukan dan mengingatkan kelengkapan apa saja yang harus mereka bawa jika ingin memperoleh pelayanan dan jaminan dari dinas kesehatan. Selama ini rumah sakit sudah membuat pengumuman terkait dengan informasi kelengkapan berkas di beberapa tempat misalnya di loket, lorong perawatan, di depan lift, dan beberapa tempat lainnya. Namun hal ini

masih belum membuat pasien menyadari sehingga masih harus diingatkan lagi oleh petugas pelayanan.

Terkait dengan prosedur, maka Ikatan Kerja Sama (IKS) antara rumah sakit dengan dinas kesehatan serta Juklak-Juknis JPK-Gakin juga perlu mendapat perhatian. Dalam IKS disebutkan bahwa tagihan rumah sakit akan dibayarkan dalam waktu paling lambat 60 hari kerja (dua bulan) sejak tanggal diterimanya tagihan. Selain itu disebutkan juga untuk melengkapi berkas-berkas yang tidak lengkap, rumah sakit diberikan waktu selama 14 hari kerja (dua minggu) setelah menerima surat pemberitahuan. Surat pemberitahuan ini bersamaan dengan dikirimkannya Berita Acara Pemeriksaan (BAP). Pada kenyataannya berdasarkan data yang peneliti peroleh, tagihan baru dibayarkan oleh Dinas Kesehatan dalam kurun waktu rata-rata 3 bulan, hal ini tidak sesuai dengan ketentuan yang tertera dalam IKS. Di samping itu BAP bulanan yang dikirimkan oleh Dinas Kesehatan pun terkadang melebihi dari waktu yang disepakati, hal ini dapat menyulitkan pihak rumah sakit untuk melengkapai kembali berkas yang belum lengkap, karena berkas 1-2 bulan sebelumnya itu letaknya sudah sulit kemungkinannya untuk dijangkau, sedangkan dinas kesehatan hanya memberikan waktu dua minggu untuk melengkapi. Oleh karena itu perlu ditelaah lagi dalam hal pengiriman BAP dan jeda waktu untuk melengkapi berkas, agar memudahkan rumah sakit dan mempercepat proses pengiriman kembali berkas yang sudah dilengkapi.

Sedangkan dari Juklak Juknis JPK-Gakin telah dijabarkan pelayanan apa saja yang memperoleh jaminan dinas kesehatan. Hal ini seharusnya menjadi acuan bagi rumah sakit untuk memberikan pelayanan kepada pasien SKTM & GAKIN DKI, namun kenyataannya terkadang rumah sakit masih memberikan pelayanan yang tidak dijamin oleh dinas kesehatan. Hal ini terjadi karena kurangnya komunikasi antara pihak medis dengan bagian keuangan dan penagihan. Para pihak medis memberikan pelayanan juga mengacu pada aturan klinis yang ada (*Clinical Pathway*), sehingga mereka memberikan pelayanan sesuai dengan aturannya, padahal jika disesuaikan dengan Juklak-Juknis JPK-Gakin belum tentu semua pelayanan yang diberikan itu memperoleh jaminan dari dinas kesehatan. Terkait dengan hal ini maka Juklak-Juknis JPK-Gakin perlu disosialisasikan juga

kepada pihak medis agar memberikan pelayanan kepada pasien SKTM & GAKIN DKI sesuai dengan yang dijamin saja dan tidak menyebabkan adanya selisih tarif.

7.2.4 Pembayaran dari Dinas Kesehatan

Peneliti dalam variabel pembayaran dari Dinas Kesehatan ini mengambil sumber dari dua belah pihak yaitu dari pihak rumah sakit dan pihak Dinas Kesehatan, hal ini peneliti lakukan dengan tujuan untuk memperoleh informasi yang jelas mengenai kendala yang terjadi dalam pembayaran dari Dinas Kesehatan, dimana tidak hanya opini dari rumah sakit saja namun juga ada klarifikasi dari pihak Dinas Kesehatan.

Rumah sakit memaparkan bahwa adanya prinsip tidak boleh menolak pasien tidak mampu menjadi penyebab banyaknya jumlah pasien tidak mampu yang melakukan pengobatan ke RSUP Fatmawati. Jumlah pasien tidak mampu ini meningkat pada tahun 2011 kemarin, peningkatan tidak hanya terjadi pada pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI tetapi juga pada JAMKESDA lain yang ada di RSUP Fatmawati, namun memang jumlahnya tidak sebanyak pasien SKTM & GAKIN DKI.

Dengan meningkatnya jumlah pasien ini, meningkat pula jumlah berkas klaim yang harus dikerjakan oleh bagian penagihan. Bagian penagihan pada prosedurnya adalah menerima berkas dari instalasi sebelumnya, kemudian petugas klaim memilah dan melengkapi berkas tersebut. Berkas yang berasal dari instalasi sebelumnya seringkali belum lengkap, sehingga petugas klaim harus memeriksa kembali berkas tersebut secara detil apa saja yang masih kurang. Namun, karena jumlah klaim yang banyak dan waktu pengiriman yang ditargetkan adalah (n+1) setelah bulan pelayanan menyebabkan pemeriksaan secara detil terhadap berkas per pasien ini terkadang tidak bisa dilakukan secara optimal, misalnya memeriksa tanggal berlaku KTP atau tanggal berlakunya jaminan, karena memeriksa hal-hal yang detil seperti ini apabila dilakukan kepada berkas yang jumlahnya sedikit mungkin dapat dilakukan secara optimal, namun kenyataannya berkas pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI mencapai ribuan jumlahnya sehingga petugas klaim terkadang ada berkas yang terlewat untuk diperiksa secara detil. Di

samping itu walaupun memang ditemukan adanya kasus KTP pasien yang sudah tidak berlaku lagi, namun petugas klaim tidak dapat berbuat banyak untuk melengkapinya, karena harus mencari pasien tersebut dan hal ini memerlukan waktu lagi, sehingga dapat menyebabkan keterlambatan dari target (n+1).

Akhirnya berkas yang dikirim ke Dinas Kesehatan oleh rumah sakit terdapat beberapa berkas yang mungkin belum lengkap. Hal ini tentu memberikan dampak yang negatif bagi rumah sakit itu sendiri karena memang berkas yang tidak lengkap nantinya tidak akan dibayarkan tagihannya oleh Dinas Kesehatan, karena menurut Juklak dan Juknis JPK-Gakin tahun 2011 dijelaskan bahwa terhitung Agustus 2011 tidak ada *pending* pembayaran untuk ketidaklengkapan berkas kecuali katastropik. Oleh karena itu untuk menyikapi permasalahan ketidaklengkapan berkas ini perlu ditingkatkan koordinasi antar instalasi yang ada di rumah sakit dan meningkatkan upaya pemberitahuan dan peringatan terhadap pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI untuk mengurangi kemungkinan tidak lengkapnya berkas, sehingga proses persiapan dan pengiriman berkas tagihan oleh petugas klaim menjadi optimal, dan jumlah klaim yang ditagih pun akan dibayarkan oleh Dinas Kesehatan dengan jumlah yang sesuai.

Rumah sakit juga mengharapkan agar BAP yang dikirimkan oleh Dinas Kesehatan di *upgrade* formatnya, agar dipisahkan mana tagihan *pending* yang masih bisa ditagihkan kembali dan mana tagihan yang sudah tidak akan dibayar. Sehingga rumah sakit dapat lebih cepat dalam menelaah hasil BAP dan juga mempermudah dalam proses evaluasi.

Jika melihat dari data rekapitulasi piutang tahun 2011 khususnya pada JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI dapat dilihat perbandingan yang cukup besar dari segi jumlah antara tagihan SKTM dengan tagihan GAKIN. Pasien SKTM memiliki proporsi lebih besar dibandingkan dengan pasien GAKIN, hal ini terjadi karena memang keanggotaan GAKIN sudah tidak bisa dibuat dan diperpanjang lagi. Di sisi lain, pasien SKTM jumlahnya semakin banyak, sedangkan seharusnya pasien SKTM ikut berkontribusi dalam sebanyak 50% dari total tagihan, namun kenyataannya pasien SKTM hanya mampu berkontribusi jauh di bawah 50% dari total tagihan. Menurut hasil wawancara dengan petugas jumlah pasien SKTM bisa mencapai jumlah yang banyak itu karena pada awalnya mereka memilih cara

bayar tunai, namun karena biaya pengobatan semakin mahal, maka pasien tersebut akhirnya mengurus SKTM. Hal ini dapat berpengaruh kepada berkas klaim pasien tersebut, karena ada bukti atau keterangan tunai, maka dinas kesehatan tidak akan membayar tagihan pasien tersebut.

Pihak Dinas kesehatan memiliki jawaban sendiri untuk menyikapi permasalahan pembayaran ini, mereka menyatakan bahwa dalam membayar tagihan untuk rumah sakit mereka harus terlebih dahulu melakukan verifikasi. Kegiatan verifikasi ini dapat berjalan dengan efisien apabila berkas yang dikirim oleh rumah sakit sudah tidak memiliki kekurangan, namun jika berkas masih ada yang tidak lengkap akan menghambat proses verifikasi itu sendiri. Pihak Dinas kesehatan juga menyadari adanya kekurangan jumlah SDM pada bagian verifikatornya.

Selama ini yang menjadi kendala adalah berkas yang dikirimkan dari rumah sakit kepada Dinas Kesehatan terkadang masih tidak lengkap administrasinya, selain itu adanya selisih PPE dan kasus katasropik menyebabkan pembayaran menjadi tertunda atau *pending* dan bahkan menjadi tidak terbayar. Namun menurut Dinas Kesehatan untuk kasus katastrofik pasti dibayarkan walaupun memang butuh waktu untuk melengkapinya. Sebenarnya rumah sakit pun telah memahami Juklak dan Juknis serta ikatan kerjasama yang telah disepakati oleh kedua belah pihak.

Dari jawaban kedua belah pihak di atas dapat ditarik sebuah kesimpulan bahwa memang perlu adanya introspeksi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan juga Rumah Sakit, masing-masing perlu memperbaiki hal-hal yang selama ini menjadi kendala. Rumah sakit misalnya, dalam mengirimkan berkas tagihan memang harus dalam keadaan lengkap dan sesuai dengan permintaan dari Dinas Kesehatan. Sedangkan Dinas Kesehatan pun sebaiknya memperhatikan perkembangan situasi saat ini dimana ketentuan yang dibuat dalam juklak Juknis ataupun IKS mengenai kelengkapan berkas misalnya perlu ditelaah lagi, atau perlu dibuat kebijakan mengenai kelengkapan berkas agar dapat memudahkan pekerjaan petugas klaim di rumah sakit serta verifikator di Dinas kesehatan.

Introspeksi yang dilakukan oleh kedua belah pihak ini juga dalam rangka mempersiapkan pemberlakuan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

tahun 2014 mendatang. Pada saat sudah diberlakukannya BPJS kemungkinan pelayanan kesehatan untuk pasien JAMKESDA akan diakomodasi dengan menggunakan sebuah sistem yang terintegrasi, sehingga sudah tidak ada lagi peraturan yang berbeda-beda dari masing-masing JAMKESDA, tidak terkecuali JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI. Di rumah sakit sudah diterapkan sistem *e-health* dimana sudah tidak ada lagi berkas klaim yang menumpuk dan persyaratan untuk pasien menjadi seragam walaupun asal pasien tersebut dari daerah yang berbeda-beda. Penyeragaman persyaratan ini untuk memudahkan rumah sakit dalam melakukan penagihan, dari segi pembayaran tetap dari Dinas Kesehatan wilayah terkait.

BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang dijabarkan pada bab sebelumnya dalam skripsi “Gambaran Proses Pencatatan dan Penagihan Piutang Pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI di RSUP Fatmawati Tahun 2011” ini, dapat diketahui bahwa proses pencatatan dan penagihan piutang yang dilaksanakan oleh Instalasi Penagihan Pasien (IPP) telah berjalan sesuai dengan prosedur yang ada, namun memang masih terdapat kendala dalam beberapa aspek yang terkait dengan proses pencatatan dan penagihan piutang diantaranya:

- a. Sumber Daya Manusia yang terlibat dalam proses pencatatan dan penagihan piutang saat ini masih memiliki beban kerja yang tinggi karena terkait dengan jumlah berkas yang semakin banyak. Untuk menyikapi tingginya beban kerja ini, IPP dalam proses melakukan analisis beban kerja untuk petugas yang ada, dan IPP juga menjalankan *Crash Program* yaitu penambahan tenaga bantuan untuk mengolah berkas.
- b. Sarana yang digunakan dalam proses pencatatan dan penagihan piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI secara umum sudah mencukupi, namun masih terdapat kendala dalam komputer yang digunakan oleh petugas klaim rawat jalan karena belum ada aplikasi program jaringan sehingga kegiatan input masih manual. Sarana yang perlu ditambah adalah sistem *Information Technology(IT)* untuk mempermudah pekerjaan dari petugas yang ada.
- c. Prosedur tetap yang ada di Instalasi Penagihan Pasien sudah ada, namun baru pada tahap persiapan sampai pengiriman berkas, sedangkan untuk tahap pencatatan, pelaporan penutupan rekening serta evaluasi belum ada prosedur tetap yang tertulis, selama ini hanya berdasarkan uraian tugas. Namun pada pelaksanaan sudah sesuai dengan prosedur dan uraian tugas yang ada. Selain itu Juklak-Juknis JPK-Gakin serta IKS antara Rumah

Sakit dengan Dinas kesehatan perlu ditelaah kembali karena masih ada ketentuan yang belum

- d. Pembayaran dari Dinas Kesehatan kepada pihak rumah sakit masih belum dengan jumlah klaim yang ditagih, hal ini terjadi karena beberapa penyebab antara lain berkas yang tidak lengkap dan sesuai persyaratan, adanya selisih, dan kasus katastrofik. Pembayaran dari Dinas Kesehatan pun belum tepat waktu, hal ini terjadi karena keterbatasan SDM yang ada pada verifikator di Dinas Kesehatan.

Dari beberapa poin tersebut dapat diketahui bahwa penyebab tingginya saldo piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI adalah pembayaran dari Dinas Kesehatan yang belum sesuai dengan jumlah yang ditagih oleh rumah sakit. Sedangkan kendala utama yang terjadi dalam proses pencatatan dan penagihan piutang adalah berasal dari internal rumah sakit terkait dengan sarana. Sarana yang ada di rumah sakit terutama aplikasi sistem informasi teknologi masih terbatas sehingga mempengaruhi kinerja petugas dalam mengolah berkas klaim.

8.2 Saran

Berdasarkan pemaparan penelitian ini, maka saran yang dapat penulis sampaikan antara lain

8.2.1 Bagi Rumah Sakit

- a. Meningkatkan sistem *information technology (IT)* di Instalasi Penagihan Pasien agar dapat membantu memudahkan pekerjaan petugas.
- b. Menghimbau kepada seluruh instalasi yang terkait dengan IPP untuk menjalankan prosedur sebagaimana mestinya, khususnya dalam kelengkapan berkas.
- c. Mengembangkan sistem *e-health* untuk mempermudah proses pemberkasan pada penagihan piutang .
- d. Mengajukan penambahan pasal dalam Ikatan Kerja Sama (IKS) untuk pengaturan batas waktu klaim balik karena ketidak lengkapan berkas, yang dikaitkan dengan batas waktu pengiriman Berita Acara Pemeriksaan (BAP).

Universitas Indonesia

- e. Rumah Sakit dapat mengirimkan surat tertulis kepada Dinas Kesehatan apabila dalam pelaksanaan terjadi hal yang tidak sesuai dengan IKS yang ada.

8.2.2 Bagi Dinas Kesehatan

- a. Mengoptimalkan kinerja dari SDM verifikator yang ada
- b. Menelaah kembali Juklak Juknis serta Ikatan kerja sama dengan rumah sakit, menyesuaikan dengan situasi yang berkembang saat ini
- c. Membuat kebijakan terkait dengan kelengkapan berkas agar dapat mengefektifkan proses pemberkasan.
- d. Memperbaharui format Berita Acara Pemeriksaan (BAP) dengan memisahkan mana tagihan pending yang masih bisa ditagih kembali dan mana tagihan yang sudah tidak akan dibayar.

8.2.3 Bagi Instalasi Penagihan

- a. Merampungkan analisis beban kerja yang masih dalam proses, sehingga pelaksanaan *Crash Program* bisa berjalan lebih optimal.
- b. Membuat prosedur tetap terkait dengan tahapan pelaporan penutupan rekening dan evaluasi penagihan.
- c. Memaksimalkan hasil monitoring dan evaluasi dengan membuat dokumen khusus hasil evaluasi berdasarkan pembayaran penjamin, dimana dokumen ini kemudian dapat di *sharing* dengan instalasi terkait agar diketahui apa-apa saja yang harus diperbaiki.
- d. Lebih memperhatikan penyebab tidak terbayarnya tagihan, misalnya ketidaklengkapan bukti tindakan, dan kwitansi.
- e. Mensosialisasikan Juklak-Juknis JPK-Gakin ke pihak medis agar terjalin koordinasi yang baik terkait dengan pelayanan yang dijamin.

8.2.4 Bagi Instalasi Terkait

Meningkatkan koordinasi dengan lebih memperhatikan kelengkapan berkas serta ketepatan waktu mengantar berkas ke instalasi penagihan pasien.

8.2.5 Peneliti Selanjutnya

- a. Melakukan analisis lebih mendalam mengenai kendala yang terkait, dan dapat mengembangkan seluruh fokus teori kendala dalam penelitiannya.

- b. Melakukan observasi juga di Dinas Kesehatan agar dapat mengetahui lebih dalam proses yang terjadi di Dinas kesehatan.
- c. Melakukan penelitian yang khusus menyoroti mengenai penyebab selisih tarif pada piutang pasien JAMKESDA SKTM &GAKIN DKI

DAFTAR PUSTAKA

- Direktorat Jenderal Pelayanan Medik .2002. *Pedoman Akuntansi Rumah Sakit Nirlaba*. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Febriawati, Henni. 2009. *Analisis Pelaksanaan Sistem Manajemen Piutang Pasien Rawat Inap Jaminan Perusahaan Di RSUD DR M Yunus Bengkulu Tahun 2008*. Tesis. FKMUI
- Handoko, T. Hani. 1996. *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*. Liberty : Yogyakarta
- Kementrian Kesehatan RI. 2009. *UU RI No 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Jakarta
- Mariun, Badrun Nurul.2003. *Modul Kuliah Manajemen Keuangan*. Depok. Fakultas Kesehatan Masyarakat
- Mehta, N.H., 1977. *Hospital Accounting System and Control*. Prestice Hall Inc: New York.
- Newman, dkk., 1976. *Financial Management, Concept and Application for Health Care Provider*. HNP: Maryland
- Nursiaty, Eka. 2009. *Analisis Pengelolaan Piutang JPK GAKIN di RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2008-2009*. Tesis. FKMUI
- Parastuti, Dita. 2010. *Analisis Pengelolaan Piutang Pasien Rawat Inap Jaminan Pihak Ketiga di RS XYZ Tahun 2010*. Skripsi. FKMUI
- Rosiana, Septia Indah. 2011. *Analisis Proses Penagihan Piutang Jaminan Kesehatan Pemeliharaan Keluarga Miskin (JPK GAKIN) dan Tidak Mampu di RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2010*. Skripsi. FKMUI
- Sabarguna, Boy. 2007. *Manajemen Keuangan Rumah Sakit*. Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng: DIY
- Tomo , Nugroho Tam. 2000 .*Analisis System Pada Penatalaksanaan Piutang Pasien Umum Rawat Inap Di RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta 1999/2000*. Tesis. FKMUI.
- UP JAMKESDA Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta. 2011. *Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Bencana di Provinsi DKI Jakarta*. Jakarta.

Wiranata, Fahmi dkk. 2011. *Teori Kendala*. Fakultas Ekonomi Universitas
Diponegoro

_____.1 Februari 2012.

http://buk.depkes.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=228:komitmenstakeholderuntukkeberhasilanjaminankesehatanse mesta&catid=3:newsflash

Inmant, Anthony. 8 mei 2012. *Theory Of Constraints*.
<http://www.referenceforbusiness.com/management/Str-Ti/Theory-of-Constraints.html#ixzz1uGizJ4Mn>

LEMBAR INFORMASI PENELITIAN

Dengan hormat,

Selamat Pagi/Siang/Sore, saya Rina Khairunnisa Fadli Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, sedang melakukan Penelitian di RSUSP Fatmawati. Penelitian saya ini berjudul “Gambaran Proses Pencatatan dan Penagihan Piutang Pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI di RSUP Fatmawati Tahun 2011”. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai proses pencatatan dan penagihan piutang pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI, di mana dari hasil penelitian ini dapat digunakan oleh rumah sakit sebagai bahan masukan untuk meningkatkan proses pencatatan dan penagihan piutang agar lebih baik lagi ke depannya. Peneliti memohon izin untuk merekam pembicaraan selama proses wawancara berlangsung dan peneliti menjamin kerahasiaan isi informan. Adapun proses wawancara ini tidak ada unsure paksaan sehingga informan dapat tetap ikut ataupun mengundurkan diri apabila kurang berkenan ikut serta dalam penelitian. Peneliti tidak memberikan kompensasi apapun kepada informan, hanya sekedar ucapan terima kasih saja, berupa sebuah cinderamata. Data yang diperoleh dari hasil wawancara digunakan semata-mata untuk kepentingan penelitian.

Hormat saya,

Rina Khairunnisa Fadli

Universitas Indonesia

PERNYATAAN PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN PENELITIAN

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini:

Kode Informan :
Nama :
Jenis Kelamin :
Umur :
Pendidikan :
Jabatan :
Lama Kerja :
Hari/Tanggal Wawancara :

Menyatakan bahwa:

Setelah mendapatkan penjelasan tentang penelitian ini saya sepenuhnya menerima dengan jelas informasi yang disampaikan oleh peneliti terkait dengan penelitiannya, dan adanya kebebasan untuk tetap ikut ataupun mengundurkan diri sebagai informan karena satu dan lain hal, maka dengan ini saya menyatakan **Setuju/Tidak Setuju** untuk ikut serta dalam penelitian yang berjudul “Gambaran Proses Pencatatan dan Penagihan Piutang Pasien JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI di RSUP Fatmawati Tahun 2011” dengan Peneliti yang bernama Rina Khairunnisa Fadli

Mengetahui Informan
Jakarta,

(_____)

Pernyataan Peneliti:

Saya, Rina Khairunnisa Fadli dengan ini menyatakan telah memberikan penjelasan kepada Informan tentang:

- Tujuan Penelitian
- Manfaat Penelitian
- Teknis Penelitian
- Kompensasi yang diterima
- Ikatan keterlibatan informan

Peneliti
Jakarta,

Universitas Indonesia

(_____)

PEDOMAN WAWANCARA UNTUK PEGAWAI RUMAH SAKIT

1. SDM

- a. Bagaimana gambaran mengenai jumlah SDM yang ada di bagian penagihan, apakah sudah mencukupi dalam proses pencatatan dan penagihan piutang?
- b. Bagaimana latar belakang pendidikan dari SDM tersebut ? Bagaimana kecakapan dari SDM yang ada ?
- c. Bagaimana gambaran beban kerja pada SDM bidang penagihan? Apabila ada pegawai yang tidak masuk apakah berpengaruh terhadap beban kerja pegawai lain?
- d. Menurut Bapak / Ibu apakah terdapat kendala dalam kejelasan beban kerja dalam pencatatan dan penagihan piutang?
- e. Bagaimana kepatuhan SDM yang ada terhadap prosedur proses pencatatan dan penagihan piutang? apakah semua kegiatan dijalankan sesuai dengan prosedur? Adakah kendala terkait dengan kepatuhan SDM terhadap prosedur?

2. Sarana

- a. Sarana dan peralatan apa saja yang ada dalam menunjang proses pencatatan dan penagihan piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI?
- b. Bagaimana gambaran mengenai kecukupan sarana tersebut, apakah sudah mencukupi dalam menunjang proses pencatatan dan penagihan piutang?
- c. Apakah sarana yang digunakan untuk proses pencatatan dan penagihan piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI digunakan juga oleh JAMKESDA lain? Apakah sering terjadi masalah terkait hal ini?

- d. Menurut Bapak / Ibu, apakah perlu ditambah sarana lain yang dapat membantu dalam proses pencatatan dan penagihan piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI?

3. Prosedur Tetap

- a. Bagaimana gambaran alur kerja dalam pencatatan dan penagihan piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI?
- b. Apakah prosedur tetap yang ada dalam proses pencatatan dan penagihan piutang telah merangkum semua kegiatan yang ada mulai dari persiapan berkas sampai dengan evaluasi penagihan?
- c. Sudah cukup jelaskah prosedur yang dibuat oleh Rumah Sakit untuk dapat dijalankan dalam proses pencatatan dan penagihan piutang?
- d. Bagaimana pelaksanaan prosedur tetap tersebut? Apakah seluruh kegiatan yang dijalankan sudah mengikuti prosedur yang ada? Apa saja kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan kegiatan yang sesuai dengan prosedur yang ada?
- e. Bagaimana keefektifan pelaksanaan proses pencatatan dan penagihan piutang yang sudah berjalan ini?

4. Pembayaran dari Dinkes

- a. Bagaimana gambaran pembayaran Dinkes pada tahun 2011 kemarin?
- b. Bagaimana gambaran ketepatan waktu pembayaran dari Dinkes?
- c. Apakah jumlah tagihan yang dibayar oleh Dinkes sesuai dengan yang ditagih oleh Rumah Sakit? Bagaimana penjelasannya?
- d. Apakah pernah terjadi keterlambatan dalam pembayaran dari Dinkes? Menurut Bapak / Ibu apakah yang menjadi penyebab keterlambatan ini?
- e. Bagaimana penjelasan mengenai kelengkapan berkas – berkas yang dibutuhkan agar tagihan dapat dibayar oleh Dinkes?

PEDOMAN WAWANCARA UNTUK DINAS KESEHATAN

1. Bagaimana gambaran mengenai peserta yang tergolong ke dalam pasien Jaminan Dinkes DKI? Siapa sajakah peserta tersebut?
2. Pelayanan kesehatan apa sajakah yang dapat memperoleh jaminan dari Dinkes? Apakah kendala yang terjadi terkait dengan pelayanan yang dijamin ini?
3. Pelayanan kesehatan apa sajakah yang tidak dijamin oleh Dinkes? Apakah pernah terjadi kasus di mana pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang tidak dijamin? Bagaimana cara Dinkes mengatasinya?
4. Apakah Pihak Dinkes telah melaksanakan semua Hak dan Kewajibannya dengan baik? Yaitu sesuai dengan yang terdapat dalam perjanjian kerjasama antara Dinkes dan Rumah Sakit? Apa saja yang menjadi kendala dalam pelaksanaan Hak dan Kewajiban ini?
5. Menurut pihak Dinkes, apakah Rumah Sakit telah melaksanakan semua Hak dan Kewajibannya dengan baik?
6. Terkait dengan tata cara pelaksanaan layanan kesehatan, apakah Pihak Dinkes selalu mendapat konfirmasi dari Rumah Sakit melalui telepon atau fax apabila terdapat peserta yang memerlukan layanan kesehatan rawat inap?
7. Apakah peserta masih diwajibkan membayar uang muka?
8. Bagaimana mekanisme jaminan Dinkes untuk peserta dengan keadaan gawat darurat? Kendala apa saja yang terjadi dalam keadaan ini?
9. Dalam pasal mengenai biaya-biaya layanan kesehatan, apakah berjalan sesuai dengan yang tertuang dalam perjanjian kerjasama? Kendala apa saja yang terjadi terkait dengan biaya?

10. Dalam pasal mengenai tata cara penagihan dan pembayaran, apakah pembayaran dari Dinkes sesuai dengan yang tertuang dalam perjanjian kerjasama yaitu selambat-lambatnya 60 hari kerja sejak diterimanya tagihan? Pernahkah terjadi keterlambatan? Apa yang menjadi penyebabnya?
11. Apakah penagihan yang dilakukan rumah sakit selama ini sudah sesuai dengan kelas perawatan yang tercantum dalam Kartu Peserta, jaminan rawat inap, atau Buku Tarif yang telah disepakati? Pernahkah rumah sakit melakukan penagihan yang tidak sesuai dengan kesepakatan? Jika Iya, Bagaimana penjelasannya dan bagaimana pihak Dinkes mengatasinya?
12. Apakah dokumen penagihan dalam pengajuan klaim oleh rumah sakit selalu sesuai dengan persyaratan? Apakah kendala yang terjadi terkait hal ini?
13. Jika ada dokumen penagihan yang belum lengkap, bagaimana pihak Dinkes menanganinya?
14. Apa saja yang menjadi penyebab dokumen penagihan tidak dibayar oleh pihak Dinkes?

PEDOMAN OBSERVASI

1. Pedoman Observasi Persiapan Berkas

No	Kegiatan	Pelaksanaan			Keterangan
		baik	Cukup	Kurang	

2. Pedoman Observasi Pengiriman Berkas

No	Kegiatan	Pelaksanaan			Keterangan
		baik	Cukup	Kurang	

3. Pedoman Observasi Pelaporan penutupan rekening

No	Kegiatan	Pelaksanaan			Keterangan
		baik	Cukup	Kurang	

LEMBAR CHECKLIST

No	Sarana	Jumlah	Keterangan
1	Komputer		
2	Printer		
3	Meja		
4	Kursi		
5	Mesin Fax		
6	Mesin Fotokopi		
7	Telepon		
8	ATK		
9	Kendaraan		

Matriks Wawancara Mendalam Pegawai Rumah Sakit

No	Pertanyaan	I1	I2	I3	I4	I5
1	f. Bagaimana gambaran mengenai jumlah SDM yang ada di bagian penagihan, apakah sudah mencukupi dalam proses pencatatan dan penagihan piutang?	Sudah cukup tapi dengan beban kerja tinggi, kekurangan tenaga disiasati dengan Crash Program.	Sebetulnya sudah cukup, tapi masih butuh 1 untuk pemberkasan rawat jalan.	Kekurangan 2 orang untuk rawat inap dan rawat jalan.	Sudah cukup	Untuk rawat jalan ada 3 orang, rawat inap 4 orang termasuk koordinator Gakin, dirasa sudah cukup.
	g. Bagaimana latar belakang pendidikan dari SDM tersebut ? Bagaimana kecakapan dari SDM yang ada ?	Sudah baik	Untuk pendidikan sudah sesuai standar dari SDM, beberapa ada yang sedang melanjutkan kuliah.	Rata-rata SMA, S1 1 orang, D3 1 orang.	Kinerjanya sudah bagus Beberapa melanjutkan kuliah	Latar belakang pendidikan berbeda-beda, rata-rata SMA tapi beberapa sedang melanjutkan jenjang S1
	h. Bagaimana gambaran beban kerja pada SDM bidang penagihan? Apabila ada pegawai yang tidak masuk apakah berpengaruh terhadap beban kerja pegawai lain?	Beban kerja tinggi, maka dijalankan crash program.	Beban kerja meningkat karena berkas semakin banyak dan semakin banyak juga yang harus dilengkapi. Jika tidak masuknya hanya	Beban kerja cukup tinggi, waktu yang ada masih kurang.	Tinggi, karena jumlah berkasnya bisa mencapai 3000 an per bulan Dan proses input masih manual.	Beban kerja bertambah karena berkas semakin banyak dan sering ada yang tidak lengkap. Bila pegawai pelayanan tidak masuk, pegawai

			1 hari tidak terlalu berpengaruh, bisa dikejar di Lembur.			klaim diminta menggantikan di poli rawat jalan, sehingga pekerjaan menjadi tertunda. Jika pegawai klaim yang tidak masuk tidak terlalu berpengaruh, nanti bisa dikerjakan di lembur.
i.	Menurut Bapak / Ibu apakah terdapat kendala dalam kejelasan beban kerja dalam pencatatan dan penagihan piutang?	Sudah jelas di uraian tugas, namun perlu dipertajam lagi	Kejelasan beban kerja sudah cukup jelas karena sudah tertera di uraian tugas.	Sudah cukup jelas berdasar uraian tugas	Beban kerja sudah jelas, sudah dibagi-bagi per job descnya	Sudah cukup jelas di uraian tugas jadi
j.	Bagaimana kepatuhan SDM yang ada terhadap prosedur proses pencatatan dan penagihan piutang? apakah semua kegiatan dijalankan sesuai dengan prosedur? Adakah kendala terkait	Sudah baik	Pelaksanaan tidak pernah lepas dari Protap, tapi tidak monoton selalu ada perkembangan. Tidak ada masalah terkait	Sudah sesuai prosedur	Sesuai dengan prosedur dan sudah sesuai dengan uraian tugas. Kendalanya paling hanya keterlambatan	Semuanya sudah dijalankan sebagaimana mestinya.

	dengan kepatuhan SDM terhadap prosedur?		dengan kepatuhan.		berkas dari poli.	
2	e. Sarana dan peralatan apa saja yang ada dalam menunjang proses pencatatan dan penagihan piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI?	Komputer, aplikasi, Meja dan Kursi, printer, ATK, Telepon, Mesin Fax, Mesin Fotokopi dan Kendaraan	idem	idem	idem	idem
	f. Bagaimana gambaran mengenai kecukupan sarana tersebut, apakah sudah mencukupi dalam menunjang proses pencatatan dan penagihan piutang?	Masih kurang di IT	Mungkin tempat ya, terasa sempit untuk komputer sudah cukup.	Alhamdulillah sudah komplit. Ruang sempit	Ruangan sempit. Komputer sudah cukup tapi masih manual.	Komputer masih bergantian, karena komputer online hanya ada 4 untuk lainnya komputer yang tidak online Scanner belum ada, tidak terlalu butuh Untuk pengiriman menggunakan mobil dinas, kadang tidak dapat jadi pengiriman

						tertunda, walau tidak sering tapi pernah terjadi.
	g. Apakah sarana yang digunakan untuk proses pencatatan dan penagihan piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI digunakan juga oleh JAMKESDA lain? Apakah sering terjadi masalah terkait hal ini?	Sudah per wilayah	Sudah per wilayah.	Sudah per wilayah, Gakin & SKTM DKI sudah sendiri. Kendaraan IPP menjadi prioritas RS	Sudah khusus untuk Gakin & TM DKI tidak bergantian.	Iya masih untuk komputer online,
	h. Menurut Bapak / Ibu, apakah perlu ditambah sarana lain yang dapat membantu dalam proses pencatatan dan penagihan piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI?	IT ditingkatkan.	Mungkin lemari yang bisa memuat komputer.	Sudah cukup Mungkin penambahan rak di gudang.	Program Medysis mungkin agar membantu proses penginputan.	Untuk komputer ditambah per jamkesda
3	f. Bagaimana gambaran alur kerja dalam pencatatan dan penagihan piutang JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI?		Berkas pasien pulang diurus ke service point kemudian di proses di Bag PMD.dibuatkan surat	Berkas pasien pulang diurus ke PMD ditandatangani Dirkeu, di IPP dipilah dibuat rekap dilengkapi	Untuk rawat jalan berkas diantar dari poli ke IPP, dari farmasi dan dari unit penunjang lainnya, di IPP	Pegawai IPP memilah berkas untuk dipisahkan mana yang akan di klaim dan mana yang menjadi

			ditandatangani dirkeu kemudian berkas masuk IPP, mencetak billing, dipilah, dilengkapi direkap, dikirim.	dan kemudian siap di pak untuk dikirim.	rawat jalan disatukan per orang, kemudian diinput dan direkap dan di pak untuk dikirim.	arsip.setelah dipilah dan dilengkapi kemudian dibuatkan rekapan untuk kelengkapan pengiriman.
	g. Apakah prosedur tetap yang ada dalam proses pencatatan dan penagihan piutang telah merangkum semua kegiatan yang ada mulai dari persiapan berkas sampai dengan evaluasi penagihan?		Prosedur hanya sampai pengiriman.	Prosedur sampai pengiriman.	Prosedur Untuk pemberkasan	Prosedur yang ada hanya sampai pengiriman, untuk penutupan rekening dan evaluasi ada di uraian tugas.
	h. Sudah cukup jelaskah prosedur yang dibuat oleh Rumah Sakit untuk dapat dijalankan dalam proses pencatatan dan penagihan piutang?		Cukup jelas	Prosedur sudah jelas	sudah jelas prosedurnya	Sudah cukup jelas
	i. Bagaimana pelaksanaan prosedur tetap tersebut? Apakah seluruh kegiatan yang dijalankan sudah		Sudah sesuai	Sudah sesuai prosedur terutama dalam melengkapi	Sudah berjalan sesuai dengan prosedur.	Pelaksanaan sudah sesuai dengan prosedur

	mengikuti prosedur yang ada? Apa saja kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan kegiatan yang sesuai dengan prosedur yang ada?			kelengkapan yang masih kurang.		
	j. Bagaimana keefektifan pelaksanaan proses pencatatan dan penagihan piutang yang sudah berjalan ini?	Beberapa efektif dan masih ada yang belum.	Kurang efektif karena terlalu banyak tanda tangan yang harus dilengkapi	Sudah efektif	Masih kurang efektif karena perlembar harus di stempel.	Masih belum efektif karena kekurangan berkas dari segi administrasi namun dari segi penagihan sudah semaksimal mungkin
4	f. Bagaimana gambaran pembayaran Dinkes pada tahun 2011 kemarin?	Jumlah tidak terbayar besar, mencapai 8 milyar.	Sudah lumayan	Pembayaran dari Dinkes sudah semakin membaik	-	
	g. Bagaimana gambaran ketepatan waktu pembayaran dari Dinkes?	Sering terlambat.	Di IKS tertera n+1 ditagih, n+2 dibayar tetapi di n+3 biasanya.	Biasanya 3-4 bulan	-	Selama ini tidak ada batasan waktu pembayaran dari Dinkes, tapi biasanya 3-4 bulan
	h. Apakah jumlah tagihan	Belum sesuai	Belum sesuai	Tidak sesuai tapi	-	Tidak sesuai

	yang dibayar oleh Dinkes sesuai dengan yang ditagih oleh Rumah Sakit? Bagaimana penjelasannya?		kerena terkait kelengkapan berkas.	semakin kesini kita sudah bisa memperbaikiapa yang menyebabkan tidak tertagih.		karena adanya selisih
i.	Apakah pernah terjadi keterlambatan dalam pembayaran dari Dinkes? Menurut Bapak / Ibu apakah yang menjadi penyebab keterlambatan ini?	Pernah	Pernah	Verifikasi Dinkes juga mungkin berat karena berkas yang banyak.	-	Pembayaran dari Dinkes sering lama karena mungkin proses verifikasinya juga lama.
j.	Bagaimana penjelasan mengenai kelengkapan berkas – berkas yang dibutuhkan agar tagihan dapat dibayar oleh Dinkes?	Tertera di Juklak Juknis	Kelengkapan tertera di Juklak Juknis.	Penjelasan ada di Juklak Juknis.	-	Kelengkapan berkas terdapat di Juklak Juknis