



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PENGELOLAAN
PIUTANG JPK GAKIN DI RSIA BUDI KEMULIAAN
TAHUN 2008-2009**

TESIS

**EKA NURSIATY
NPM: 0706189936**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
DEPOK
JULI 2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PENGELOLAAN
PIUTANG JPK GAKIN DI RSIA BUDI KEMULIAAN
TAHUN 2008-2009**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister
Administrasi Rumah Sakit**

**EKA NURSIATY
NPM: 0706189936**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
DEPOK
JULI 2009**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, Saya :

Nama : Eka Nursiaty
NPM : 0706189936
Mahasiswa Program : Pasca Sarjana
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Tahun Akademik : 2007 – 2009

Menyatakan bahwa Saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis
Saya yang berjudul :

ANALISIS PENGELOLAAN PIUTANG JPK GAKIN DI RSLA BUDI KEMULIAAN TAHUN 2008-2009

Apabila suatu saat nanti terbukti Saya melakukan tindakan plagiat, maka Saya
akan menerima sangsi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini Saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 3 Juli 2009



(Eka Nursiaty)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

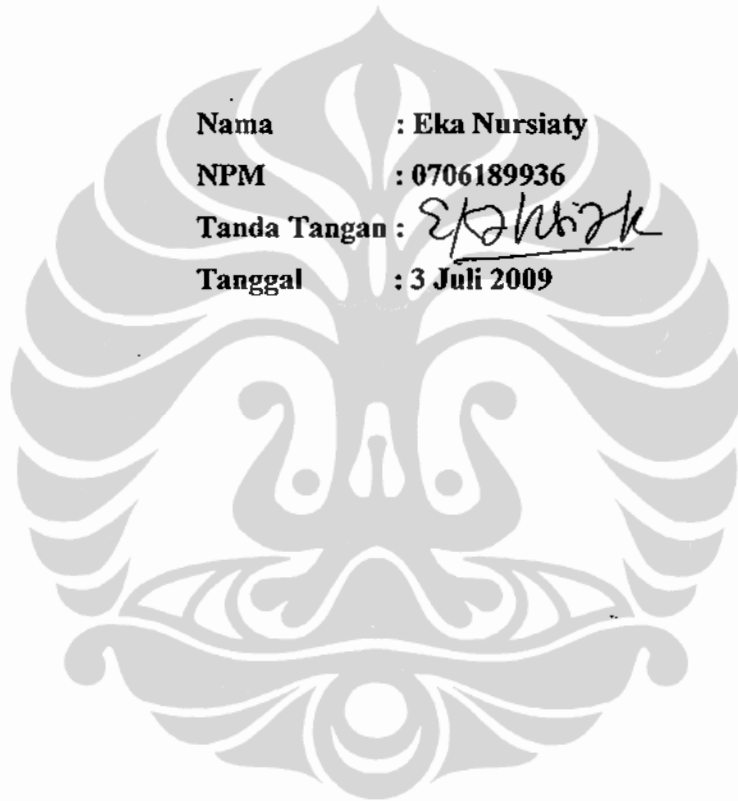
**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Eka Nursiaty

NPM : 0706189936

Tanda Tangan : 

Tanggal : 3 Juli 2009



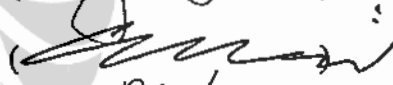
HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Eka Nursiaty
NPM : 0706189936
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul Tesis : Analisis Pengelolaan Piutang JPK Gakin di RSIA Budi
Kemuliaan Tahun 2008-2009

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prastuti Soewondo, SEAk.,MPH,PhD
Penguji : dr. Anhari Achadi SKM, DSc
Penguji : dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS
Penguji : drg. Yuditha Endah Prihmaningtyas, MKes

()
()
()
()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 3 Juli 2009

KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nyam saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu saya mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) Ibu Prastuti Soewondo, SE Ak, MPH, PhD selaku Pembimbing Akademik yang telah bersedia menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
- (2) Dr Anhari Achadi SKM, DSc , dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS, drg. Yuditha Endah Prihmaningtyas, MKes , Ibu Amila Megraini, SE, MBA, dan Bapak Pujiyanto, SKM, MKes. selaku penguji yang telah memberikan masukan kepada saya dalam penyelesaian tesis ini;
- (3) RSIA Budi Kemuliaan yang telah memberikan kesempatan pada saya untuk menimba ilmu di FKM UI dan melaksanakan penelitian di rumah sakit ini;
- (4) Suami, orang tua, kakak dan adik tercinta yang telah memberikan dukungannya selama saya menempuh pendidikan di FKM UI;
- (5) Teman-teman yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan tesis ini.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan kepada semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 3 Juli 2009

Penulis

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

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

Nama : Eka Nursiaty
NPM : 0706189936
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : Analisis Pengelolaan Piutang JPK Gakin di RSLA Budi Kemuliaan Tahun 2008-2009 beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada tanggal : 3 Juli 2009

Yang menyatakan



(Eka Nursiaty)

o
v

ABSTRAK

Nama : Eka Nursiaty
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul : Analisis Pengelolaan Piutang JPK Gakin di RSIA Budi
Kemuliaan Tahun 2008- 2009

Sejak tiga tahun terakhir, telah terjadi peningkatan jumlah pasien miskin yang menggunakan JPK Gakin di RSIA Budi Kemuliaan. RS ini tercatat sebagai RS swasta kedua terbesar yang menerima pendapatan dari pelayanan JPK Gakin di Provinsi DKI Jakarta pada tahun 2008. JPK Gakin menyumbang sekitar 20% dari keseluruhan pendapatan RS pada tahun 2008, yang meningkat dari 6% pada tahun 2006. Sedangkan masa pelunasan utang JPK Gakin adalah antara 3-7 bulan setelah pelayanan diberikan. Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran yang jelas tentang aspek manajemen keuangan, terutama pengelolaan piutang JPK Gakin di RSIA Budi Kemuliaan. Pendekatan penelitian ini adalah penelitian operasional dengan pengamatan langsung, telaah dokumen, dan wawancara mendalam. Penghargaan khusus pada misi RSIA Budi Kemuliaan –berbeda dengan rumah sakit swasta lain– adalah bahwa RS ini memiliki tata nilai tersendiri dengan komitmennya yang tinggi untuk melayani pasien miskin. Artinya bahwa pasien miskin akan segera mendapat pelayanan medis tanpa memerlukan uang muka. Penelitian menunjukkan adanya beberapa masalah internal dalam manajemen piutang JPK Gakin RS, termasuk kurangnya SDM dengan kemampuan teknis tinggi, kurangnya sarana untuk memasukkan biaya klaim dengan segera, serta terbatasnya kemampuan dalam melengkapi berkas klaim. Juga terdapat masalah eksternal yang dapat memperpanjang masa penagihan JPK Gakin, yaitu terbatasnya anggaran yang dimiliki Pemerintah Daerah DKI dan tingginya ketergantungan pada sumber dana APBD. Hasil penelitian menyarankan: Pertama, RSIA Budi Kemuliaan perlu membangun jaringan yang baik dengan pemerintah maupun organisasi non pemerintah sehingga terbangun kesamaan visi RS dan *'political will'* bersama terkait dengan kebijakan pembiayaan pasien miskin di DKI Jakarta. Kedua, upaya perbaikan pengelolaan piutang JPK Gakin perlu fokus pada upaya meningkatkan persentase pembayaran tahap pertama, memperkecil persentase yang tidak tertagih dengan meningkatkan kelengkapan berkas sedini mungkin sejak pasien masuk RS dan memperkecil risiko kehilangan pendapatan pada tahap pembebanan biaya.

Kata kunci:

Piutang JPK Gakin, Tata Nilai RSBK, SDM, Berkas Lengkap

ABSTRACT

Name : Eka Nursiaty
Study Program : Post Graduate Program on Hospital Administration
Title : Analysis of Account Receivable Management of JPK Gakin
at the Budi Kemuliaan Hospital in Year 2008-2009.

There has been a substantial increase in the number of poor patients using JPK Gakin at the Budi Kemuliaan Hospital in the last 3 years. It is noted that the hospital has become the second largest private hospital receiving revenues by serving JPK Gakin in the Jakarta Province for 2008. Of the total hospital revenues, JPK Gakin revenue contribute around 20% in 2008, an increase from 6% from 2006. Payable period from JPK Gakin takes from 3 to 7 months, counted from the services are provided. The specific aim of this study is to obtain a clear description on financial management aspect, particularly on account receivables management of JPK Gakin in the RSIA Budi Kemuliaan. The research approach is using operational research approach, direct observation, investigation on documents and deep interview. A special acknowledgement on the mission of RSIA Budi Kemuliaan –unlike other private hospitals– that this hospital has a distinct values with its high commitment to serve poor patients, meaning that poor patients will immediately treated without required any advanced cash to get medical services. The study identified several internal problems in the management of account receivable of JPK Gakin, including shortage of high technical personnel and equipments to do immediate entry of claim cost, and limited capability in completing claim documents. In addition, there are other external problems that may lengthen day collection of JPK Gakin that Provincial Health Office of DKI Jakarta has limited budget and highly rely on the resources from Regional Government Budget. Several recommendations out from this research. Firstly, it is important for the hospital to built network with the regional government as well as non government institutions, to built the same vision of a hospital as well as built 'political will' together, related with financing poor patients in the Jakarta province. Secondly, to have a better management of account receivable of the JPK Gakin, the hospital needs to focus on the effort to increase the percentage of payment in the first stage, to decrease the percentage of un-successful payment by completing the required documents as early as possible since patients enter the hospital, and to lower the risk of loosing income in the stage of cost posting.

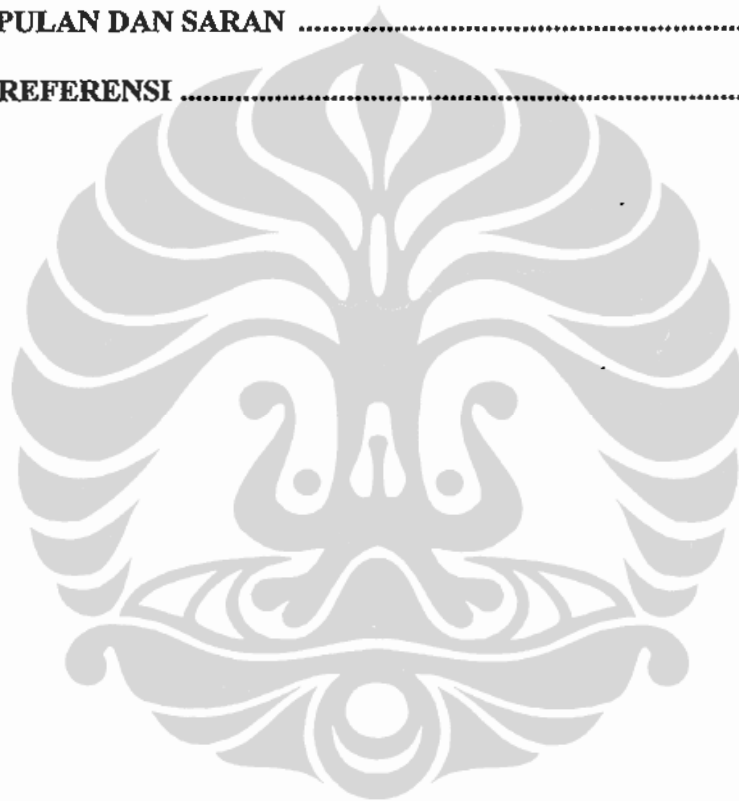
Key words:

Account Receivable of JPK Gakin, Values of BK Hospital, Human Resources, Complete Documents

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR ISTILAH	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Pertanyaan Penelitian	4
1.4 Tujuan Penelitian.....	4
1.5 Manfaat Penelitian.....	4
1.6 Ruang Lingkup	5
2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Manajemen Keuangan Rumah Sakit	6
2.2 Manajemen Kas.....	7
2.3 Manajemen Piutang Rumah Sakit	9
2.4 Program JPK Gakin Provinsi DKI Jakarta	14
2.5 Penelitian yang pernah dilakukan	16
3. GAMBARAN UMUM RSIA BUDI KEMULIAAN	18
3.1 Sejarah Rumah Sakit	18
3.2 Tujuan, Visi dan Misi	19
3.3 Struktur Organisasi	20
3.4 Jenis Pelayanan	20
3.5 Lokasi dan Data Fisik	21
3.6 Sumber Daya Manusia.....	21
3.7.Data Kinerja Rumah Sakit	22
4. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH.....	23
4.1 Kerangka Konsep	23
4.2 Definisi Istilah.....	24
5. METODE PENELITIAN	27
5.1 Desain Penelitian.....	27
5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	27

5.3 Informan.....	27
5.4 Pengumpulan Data	27
5.5 Analisis Data	28
5.6 Validitas Data.....	29
6. HASIL PENELITIAN.....	30
6.1 Pelaksanaan Penelitian	30
6.2 Karakteristik Informan	30
6.3 Hasil Penelitian	31
7. PEMBAHASAN	47
8. KESIMPULAN DAN SARAN	54
DAFTAR REFERENSI	57



DAFTAR TABEL

Tabel 1. Gambaran Piutang JPK Gakin RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2006 – 2008	3
Tabel 3. Data Kinerja RSIA Budi Kemuliaan 2006-2008	22
Tabel 6.1. Karakteristik Informan	30
Tabel 6.2. Jumlah dan Latar Belakang Pendidikan Petugas Pengelolaan Piutang JPK Gakin di Setiap Tahap.....	32
Tabel 6.3. Metoda Pengelolaan Piutang JPK Gakin di Setiap Tahap	33
Tabel 6.4. Sarana untuk Pengelolaan Piutang JPK Gakin di Setiap Tahap.....	34
Tabel 6.5. Pengamatan pada Tahap Penerimaan	35
Tabel 6.6. Pengamatan pada Tahap Pembebanan Biaya	37
Tabel 6.7. Pengamatan pada Tahap Penataan Rekening dan Persiapan Klaim	40
Tabel 6.8. Pengamatan pada Tahap Penagihan	42
Tabel 6.9. Piutang JPK Gakin RSIA Budi Kemuliaan Juli 2008 sampai dengan April 2009	44
Tabel 6.10. Jangka Waktu Klaim-BAP-Pembayaran Tahap I Juli-Desember 2008	46

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. <i>The Cash Collection Cycle</i>	12
Gambar 2.2. Siklus piutang (dalam hari).....	13
Gambar 2.3. <i>The Hospital Collection Cycle</i>	14
Gambar 4.1. Kerangka Konsep	23



DAFTAR ISTILAH

APBD	: Anggaran Pengeluaran dan Belanja Daerah
APBN	: Anggaran Pengeluaran dan Belanja Negara
Bapel	: Badan Penyelenggara
BAP	: Berita Acara Pemeriksaan
BLT	: Bantuan Langsung Tunai
BOR	: <i>Bed Occupancy Rate</i>
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BTO	: <i>Bed Turn Over</i>
CTG	: Cardiotocografi
DinKes DKI	: Dinas Kesehatan Daerah Khusus Ibukota
Dirjen	: Direktorat Jendral Pelayanan Medis
DinSos	: Dinas Sosial
ECG	: Electrocardiografi
Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
JKP Gakin	: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin
Kabid	: Kepala Bidang
KDRT	: Kekerasan Dalam Rumah Tangga
KLB	: Kejadian Luar Biasa
KTP	: Kartu Tanda Penduduk
LAN	: <i>Local Area Network</i>
LOS	: <i>Length Of Stay</i>
OT	: Orang Terlantar
POS	: Penjaga Orang Sakit
PPE	: Paket Pelayanan Esensial
PPK	: Pemberi Pelayanan Kesehatan
Raskin	: Beras untu rakyat miskin
RSIA BK	: Rumah Sakit ibu dan Anak Budi Kemuliaan
SDM	: Sumber Daya Manusia
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
SKTM	: Surat Keterangan Tidak Mampu
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SuDinKes	: Suku Dinas Kesehatan
TOI	: <i>Turn Over Interval</i>
UGD	: Unit Gawat Darurat
USG	: Ultrasonografi
UUD	: Undang-Undang Dasar

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Pedoman Wawancara
- Lampiran 2. Matriks Hasil Wawancara
- Lampiran 3. Struktur Organisasi
- Lampiran 4. *Standard Operating Procedure*
- Lampiran 5. Formulir Bagian Penerimaan
- Lampiran 6. Perjanjian Kerjasama Dinkes DKI-RSIA BK Tentang JPK Gakin
- Lampiran 7. Petunjuk Pelaksanaan Dan Petunjuk Teknis JPK Gakin



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Tingkat kesejahteraan penduduk suatu negara tidak hanya dinilai dari indikator ekonomi, melainkan juga dari indikator sosial. Di antaranya berupa kemudahan akses pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduknya. Undang-Undang Dasar (UUD) tahun 1945 pasal 28H, menjamin bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan (Ruby, 2005). Dalam Undang Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) no 40 tahun 2004, dinyatakan bahwa pemerintah membayar iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang tidak mampu kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Undang-Undang No 32 tahun 2004 pasal 22F, tentang Pemerintah Daerah, menyebutkan bahwa dalam penyelenggaraan otonomi, daerah mempunyai kewajiban menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan keputusan Mahkamah Konstitusi pada tahun 2005, pemerintah daerah dapat membentuk BPJS tingkat daerah selain BPJS Nasional (Thabrany, 2009).

Merujuk pada aturan tersebut, sejak tahun 2006 sampai sekarang, Gubernur DKI Jakarta menunjuk Dinas Kesehatan DKI sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK Gakin) Provinsi yang dananya bersumber dari APBD. Sedangkan untuk pelayanan kesehatan JPK Gakin penduduk luar DKI yang mempunyai kartu jamkesmas, Departemen Kesehatan atau PT Askes bertindak sebagai Badan Penyelenggara yang dananya bersumber dari APBN. Pemda DKI bekerja sama dengan 85 rumah sakit pemerintah maupun swasta untuk melayani pasien JPK Gakin yang berada di wilayah DKI Jakarta. Dalam pembayaran pelayanan pasien miskin di rumah sakit, Dinas Kesehatan DKI Jakarta bergantung dari dana APBD yang tersedia. Dana yang dianggarkan untuk pasien miskin dan kurang mampu (JPK Gakin) biasanya habis pada bulan Agustus-September, sehingga pembayaran piutang ke rumah sakit akan tertunda sampai turun anggaran APBD tahun berikutnya (mediaindonesia.com).

RSIA Budi Kemuliaan adalah rumah sakit swasta yang hampir 100 tahun berdiri dan tetap teguh memegang komitmennya untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas bagi semua golongan masyarakat. Ciri khas RS ini adalah dengan menerapkan sistem pelayanan berjenjang dan tidak adanya uang muka bagi semua pasien rawat inap apapun status sosial ekonominya. Sejak tahun 1987 sampai 2002, RSIA Budi Kemuliaan menerima bantuan dana subsidi dari Pemda DKI Jakarta sebesar 5-20 juta rupiah per tahun (yang biasanya diberikan di pertengahan tahun) untuk membantu pembiayaan pasien miskin. Kemudian sejak tahun 2003 sampai sekarang, ada pergantian kebijakan. RSIA Budi Kemuliaan mendapat penggantian dana dari Pemda DKI atas seluruh tagihan pasien miskin melalui Program JPK Gakin. Perubahan kebijakan ini tentunya berdampak pada peningkatan saldo piutang JPK Gakin. Pada tahun 2008, komposisi pendapatan RS ini berupa kas sebesar 68%, piutang JPK Gakin 20% dan piutang jaminan lain 12%. Pada tahun 2008 RS ini merupakan rumah sakit swasta kedua terbesar tagihan JPK Gakin-nya di DKI Jakarta. Pasien miskin yang tercakup dalam program JPK Gakin terdiri atas tiga katagori, yaitu pasien Gakin (Kartu Keluarga Miskin, Bantuan Langsung Tunai), SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu), dan Orang Terlantar. Pada tahun 2008, jumlah pasien Gakin 20%, SKTM 70%, dan Orang Terlantar 10%.

Secara akuntansi, pengakuan pendapatan di RSIA Budi Kemuliaan dicatat saat pasien pulang dari rumah sakit. Rumah sakit menyerahkan rekapitulasi tagihan pasien JPK Gakin selama satu bulan kepada Dinas Kesehatan pada setiap akhir bulan berikutnya. Sebelum mengirimkan rekapitulasi tagihan bulanan pasien JPK Gakin, rumah sakit harus melengkapi berkas persyaratan. Setelah klaim tagihan disampaikan ke Dinas Kesehatan, maka Dinas Kesehatan akan memeriksa kelengkapan berkas persyaratan, membayar tagihan pasien yang berkasnya lengkap, dan mengembalikan serta menunda pembayaran tagihan yang berkasnya kurang lengkap. Gambaran piutang JPK Gakin dalam tiga tahun terakhir digambarkan dalam tabel berikut.

Tabel 1. Gambaran Piutang JPK Gakin
RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2006 – 2008

Uraian	Tahun 2006	Tahun 2007	Tahun 2008
Pasien JPK Gakin (orang)	1379	2250	3408
Pendapatan Bruto JPK Gakin (Rp)	2.331.863.854	5.403.489.101	9.730.870.368
Proporsi Pendapatan Bruto JPK Gakin / Pendapatan Total (%)	6	12	20

Sumber: Diolah dari Rekapitulasi Laporan Bulanan Bagian Administrasi Keuangan Tahun 2006-2008

Dari tabel di atas terlihat bahwa, dalam tiga tahun terakhir (2006-2008) jumlah pasien JPK Gakin RSIA Budi Kemuliaan meningkat 2,4 kali lipat. Jumlah pendapatan rumah sakit dari pasien JPK Gakin meningkat 4,2 kali lipat. Persentase pendapatan pasien JPK Gakin dari pendapatan total rumah sakit juga meningkat 3,3 kali lipat (dari 6% menjadi 20%).

Berdasarkan data bagian keuangan RSIA Budi Kemuliaan, dalam tiga tahun terakhir (2006-2008), pembayaran tagihan pasien miskin dan kurang mampu dari Dinas Kesehatan DKI kepada rumah sakit diterima antara 3 sampai 7 bulan setelah pelayanan diberikan. Hal tersebut telah memengaruhi kondisi keuangan RSIA Budi Kemuliaan terutama arus kas. Posisi saldo kas secara konsisten lebih rendah dari jumlah pengeluaran operasional bulanan dalam tiga tahun terakhir. Saldo kas yang memadai - sebagai modal kerja untuk menjaga kesinambungan (*sustainability*) institusi ini - dibutuhkan bukan hanya untuk menunjang kegiatan operasional saja, melainkan juga untuk pemeliharaan sumber daya dan investasi dalam pengembangan pelayanan. Oleh karena itu, perlu dilakukan kajian atas pengelolaan piutang JPK Gakin di RSIA Budi Kemuliaan.

1.2. Rumusan Masalah

Jumlah piutang pasien JPK Gakin yang dilayani di RSIA Budi Kemuliaan semakin meningkat dalam tiga tahun terakhir, sedangkan pembayaran dari Dinkes DKI diterima dalam jangka waktu tiga sampai tujuh bulan setelah pelayanan diberikan. Sementara itu kondisi keuangan terkait arus kas rumah sakit semakin ketat. Apabila piutang JPK Gakin tidak dikelola dengan baik,

maka penambahan pasien gakin setiap tahun akan mengancam kelangsungan (*sustainability*) dari RSIA Budi Kemuliaan.

1.3. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana sistem pengelolaan piutang JPK Gakin di RSIA Budi Kemuliaan pada tahap penerimaan, pembebanan biaya, penataan rekening, penagihan, dan penutupan rekening ?
2. Bagaimana gambaran piutang JPK Gakin di RSIA Budi Kemuliaan selama periode Juli 2008 s/d April 2009 yang meliputi: jumlah piutang, lama proses penyusunan *billing*, lama umur piutang, jumlah persentase pembayaran, jumlah persentase tidak tertagih?

1.4. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran tentang pengelolaan piutang JPK Gakin di RSIA Budi Kemuliaan.

Tujuan Khusus

1. Mengetahui sistem pengelolaan piutang JPK Gakin di RSIA Budi Kemuliaan pada tahap penerimaan, pembebanan biaya, penataan rekening, penagihan, dan penutupan rekening.
2. Mengetahui gambaran piutang JPK Gakin di RSIA Budi Kemuliaan selama periode Juli 2008 s/d April 2009 yang meliputi: jumlah piutang, lama proses penyusunan *billing*, lama umur piutang, jumlah persentase pembayaran, jumlah persentase tidak tertagih

1.5. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat praktis berupa informasi bagi manajemen untuk menyusun strategi ke depan. Terutama informasi terkait kinerja keuangan rumah sakit agar bisa tetap bertahan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas. Sedangkan bagi Pemerintah DKI Jakarta, diharapkan penelitian ini bermanfaat bagi perbaikan

kebijakan program JPK Gakin, terutama dalam sistem pembayaran (*reimbursement*).

1.6. Ruang Lingkup

Penelitian dilakukan dengan melakukan wawancara dan observasi terhadap pengelolaan piutang JPK Gakin pasien rawat inap RSIA Budi Kemuliaan pada bulan April sampai dengan Juni 2009. Dokumen data yang ditelaah adalah data sejak Juli 2008 sampai dengan April 2009. Data enam bulan terakhir tahun 2008 diambil untuk memberikan gambaran piutang di akhir tahun karena dana APBD sudah habis pada bulan September. Sedangkan data empat bulan pertama tahun 2009 untuk memberikan gambaran piutang dalam kondisi terakhir saat penelitian dilakukan. Penelitian hanya dilakukan di lingkungan internal rumah sakit. Sedangkan dengan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta hanya dilakukan wawancara.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Rumah sakit merupakan bisnis di bidang pelayanan kesehatan yang memerlukan dana dari masyarakat (pasien dan non pasien), minimal untuk membiayai kebutuhan operasionalnya (*financial viability*). Sebagian besar proporsi pendanaan berasal dari pasien yang menerima pelayanan (Cleverly, 1997). Pembayaran dari pasien dapat dilakukan secara mandiri (*self-payer*), yaitu transaksi yang dilakukan dengan pembayaran kas, maupun melalui pihak ketiga (*third-party payer*) yang saat ini banyak digunakan. Hal ini mengharuskan rumah sakit melakukan perhitungan yang hati-hati terhadap lamanya waktu penagihan (umur piutang), sehingga arus kas dapat tetap terjaga untuk kesinambungan rumah sakit. Kebijakan yang menyangkut efisiensi sangat bermanfaat untuk keberlangsungan kerja rumah sakit.

Biaya rumah sakit terus meningkat, sementara rumah sakit tidak boleh meninggalkan fungsi sosialnya apapun bentuk dan pola kepemilikannya (Yahya, 2008). Dengan adanya keterbatasan dana, peningkatan tuntutan masyarakat, dan fungsi sosial yang diembannya, RS memerlukan pengelolaan manajemen keuangan secara profesional. Hal itu meliputi perencanaan, pengelolaan, maupun penggunaan dana yang efisien sehingga tidak terjadi kebocoran maupun inefisiensi biaya.

2.1. Manajemen Keuangan Rumah Sakit

Tujuan manajemen keuangan rumah sakit adalah untuk mencukupi seluruh kebutuhan biaya (*Total Financial Requirement/TFR*), melaksanakan anggaran secara efektif dan efisien, dan menjaga akuntabilitas keuangan. Untuk kesinambungan usaha rumah sakit, fokus manajemen keuangan ada pada empat hal yaitu: *Cost*, *Cash*, *Capital*, dan *Conservation* (Gani, 2008). Secara umum TFR dibagi atas 4 kebutuhan sebagai berikut: (Newman, 1988)

1. *Cost of doing business*, contoh: biaya gaji, makan, obat, piutang tidak tertagih, pajak, dan lain-lain.

2. *Cost of staying business*, contoh: biaya pemeliharaan sarana dan aset.
3. *Cost changing business*, contoh: biaya pemasaran (persaingan dengan kompetitor), investasi baru, peningkatan mutu, dan lain-lain.
4. *Cost of attracting and/or holding capital*, contoh: biaya cicilan dan bunga pinjaman, dividen, dan lain-lain.

2.2. Manajemen Kas

Kas adalah uang tunai dan seluruh sumber-sumber lainnya yang segera tersedia untuk memenuhi kewajiban, antara lain berupa simpanan dalam bentuk giro/rekening koran di bank dan surat-surat berharga. Kas adalah “darah” bagi organisasi untuk menjalankan kegiatan sehari-hari. Pengelolaan kas memerlukan kebijaksanaan, pengawasan, dan pengendalian. Jumlah kas yang terlalu besar berakibat timbulnya kas yang menganggur (*idle cash*), sedangkan kas yang terlalu kecil dapat berakibat timbulnya resiko likuid (Newman, 1988). Semakin tinggi ketergantungan pada kredit dari pihak ketiga seperti asuransi, semakin penting manajemen arus kas dalam industri pelayanan kesehatan (Coyne, 2008). Menurut Y.M.Keynes, ada tiga faktor utama yang memengaruhi kebutuhan kas yaitu:

1. Kebutuhan transaksi, yaitu untuk membayar kewajiban, menabung, membayar gaji, dan kebutuhan lain yang menyangkut kegiatan operasional.
2. Kebutuhan pencegahan (berjaga-jaga), yaitu untuk pencegahan terhadap hal-hal yang terjadi di luar perhitungan perusahaan.
3. Kebutuhan spekulasi atau investasi, yaitu kesempatan untuk memperoleh laba karena kelebihan kas yang tersedia, dengan resiko tertentu.

Kas diterima dari pasien atau atas nama pasien dari perusahaan asuransi. Kas juga diterima dari bank dan lembaga keuangan lainnya dalam bentuk pinjaman jangka pendek, hipotik, atau hutang jangka panjang. Jika suatu rumah sakit berupa perusahaan, maka kas juga diterima dari investor dan pemegang saham. Arus kas keluar juga penting. Tidak ada satu organisasipun dapat bertahan lama tanpa membayar pemasok atau pegawainya. Kas juga dikeluarkan untuk membayar pinjaman pada lembaga keuangan dan pajak pada pemerintah (Gani, 2002). Siklus perubahan kas yaitu waktu yang diperlukan bagi perusahaan untuk mendapatkan kas yang diperlukan faktor produksi seperti tenaga kerja dan

persediaan untuk menghasilkan produk atau pelayanan. Manajemen kas yang efektif mencoba untuk meminimalkan jarak waktu antara saat jasa pelayanan diberikan (atau diterimanya cek pembayaran) dengan saat penerimaan uang tunai. Rumah sakit perlu mempercepat proses klaim piutang pasien, sebaliknya juga memperlambat proses pembayaran hutang dagang (Gani, 2002).

Efektivitas manajemen arus kas merupakan indikator kinerja keuangan pada semua program analisis kesanggupan keuangan di masa depan. Suatu studi di California mendapatkan bahwa tanda peringatan awal kesulitan keuangan dapat dideteksi melalui pengukuran likuiditas kas (Coyne, 2008). Upaya memonitor arus kas membutuhkan data yang optimal untuk mengidentifikasi potensial kebangkrutan. Menurut Coyne, terdapat tujuh pengukuran yang penting untuk menilai kesehatan keuangan pada semua organisasi kesehatan, yaitu:

1. Persentase perubahan arus kas operasional tahunan, merupakan pengukuran yang *cash flow based* untuk menilai perubahan dalam arus kas operasional yang dihasilkan dalam satu tahun terakhir (rata-rata industri 8,3 %)
2. Arus kas operasional terhadap penerimaan total, merupakan pengukuran yang *cash flow based* pada arus kas operasional di akhir tahun relatif terhadap penerimaan total.
3. *Days cash on hand*, merupakan pengukuran yang *cash flow based* pada jangka lama waktu yang dibutuhkan oleh perusahaan untuk melanjutkan operasional jika tidak ada piutang yang dapat tertagih (periode minimal dimana organisasi dapat bertahan). Rasio ini menggambarkan saldo kas terkini dan rata-rata kas keluar harian terkini (rata-rata industri 31 hari atau hampir dua periode pembayaran). Semakin tinggi nilainya, semakin baik posisi likuid jika faktor lain dianggap tetap (Cleverley, 1997).
4. Arus kas terhadap kewajiban total, merupakan pengukuran yang *cash flow based* dari jumlah relative saldo arus kas operasional terhadap kewajiban total di akhir tahun.
5. Hutang terhadap kekayaan, merupakan pengukuran yang *accrual-based* pada hutang total terhadap kekayaan total (rata-rata industri 73 %).

6. *Debt service coverage*, merupakan pengukuran yang *cash flow based* di akhir tahun yang menilai arus kas relative terhadap *debt service* (pokok plus bunga) (rata-rata industri 2,3 kali)
7. Umur piutang, merupakan pengukuran yang *accrual based* yang menunjukkan rata-rata periode koleksi piutang organisasi kesehatan (rata-rata industri 64 hari). Rasio ini merupakan pengukuran likuiditas dan dapat menunjukkan titik area untuk koreksi (Cleverley, 1997).

2.3. Manajemen Piutang Rumah Sakit

Piutang adalah fungsi pelayanan yang disediakan bagi pelanggan yang tidak langsung membayar pelayanan yang diterima. Piutang terjadi karena adanya penundaan pembayaran, baik sebagian atau seluruhnya dari pelayanan yang diberikan (Mehta, 1977). Oleh karena itu, piutang dianggap sebagai kas masuk di masa depan. Piutang merupakan bagian terbesar dari harta lancar yang membutuhkan banyak staf untuk mengelolanya. Aktivitas piutang digambarkan sebagai suatu siklus yang dimulai dengan keputusan untuk memberikan jasa pelayanan kredit dan berakhir dengan saat penerimaan uang tunai (Newmann, 1988). Piutang dagang (piutang usaha) adalah piutang yang timbul dari penjualan barang atau jasa yang dihasilkan oleh suatu perusahaan, biasanya akan dilunasi dalam jangka waktu satu tahun sehingga dikelompokkan ke dalam aktiva lancar (John, 1989).

Piutang merupakan hak yang muncul dari penyerahan pelayanan jasa atau penyerahan uang, berdasarkan kesepakatan antara rumah sakit dan pihak lain. Pihak lain berkewajiban untuk melunasi pembayaran atas pelayanan yang telah diterimanya setelah jangka waktu tertentu sesuai dengan kesepakatan. Transaksi piutang mempunyai empat karakteristik yaitu: adanya pemberian pelayanan atau penyerahan uang, persetujuan atau kesepakatan berhutang, jangka waktu tertentu, dan jaminan (Dirjen Yanmed, 2002).

Biaya dalam piutang terdiri dari *opportunity cost*, biaya rutin / penagihan, dan biaya pelanggaran. Biaya *opportunity cost* timbul saat piutang tidak dibayar tepat waktu karena dana yang ada digunakan untuk investasi piutang yang

seharusnya dapat digunakan untuk investasi yang lain. Biaya rutin / penagihan timbul dari diberlakukannya penjualan secara kredit. Biaya diperlukan untuk memantau tagihan, memberi *discount*, mengantar surat pemberitahuan pembayaran, dan mengidentifikasi risiko kredit. Biaya pelanggaran timbul dari pembayaran yang terlambat atau piutang yang tidak tertagih. Karena itu diperlukan biaya untuk mengirim surat pemberitahuan tagihan atau untuk pengurusan di jalur hukum, dan pemakaian agen penagihan (Broyles, 1981).

Tujuan manajemen piutang adalah untuk meminimalkan pelayanan yang tidak terbayar oleh pasien karena kekeliruan dalam membuat tagihan, mempersingkat siklus piutang untuk setiap pasien, dan meminimalkan biaya yang timbul karena adanya perpanjangan kredit serta biaya penagihan (Cleverley, 1997). Terdapat beberapa pengukuran keuangan utama dalam menilai efektivitas manajemen siklus piutang rumah sakit, yaitu sebagai berikut (Simone, 2008):

1. *Days in net account receivables*, yaitu berapa hari yang dibutuhkan untuk menagih biaya pelayanan yang telah diberikan kepada pasien.
2. *Net patient revenue per adjusted discharge*, rata-rata pendapatan neto dari pasien per *discharge adjusted*.
3. *Contractual allowance percentage*, prosentase pendapatan bruto yang didiskon kepada pemabayar pihak ketiga
4. *Charity care percentage*, persentase pendapatan bruto yang dijadikan sebagai *charity care*.
5. *Bad debt percentage*, persentase pendapatan bruto yang ditutup sebagai *bad debt*.

Siklus piutang terdiri atas enam tahap yang sistematis, yaitu: (Mehta, 1977; Newmann, 1988; Cleverley, 1997):

1. Tahap pra penerimaan (*pre admission*)

Tahap ini sangat penting untuk menyaring pasien karena bila dilakukan pada saat penerimaan, tidak dapat diandalkan dan sering mengalami kesulitan. (Cleverley, 1997). Suatu prosedur yang efisien perlu dibuat untuk bisa mendapatkan informasi yang lengkap mengenai kemampuan keuangan calon pasien. Tujuannya adalah untuk mengetahui cara-cara yang akan digunakan

calon pasien dalam membayar jasa pelayanan rumah sakit, mendapatkan informasi mengenai orang atau instansi yang bertanggung jawab atas rekening calon pasien, dan memberikan saran pada calon pasien dalam rencana cara pembayaran (Mehta, 1977).

2. Tahap penerimaan (*admission*)

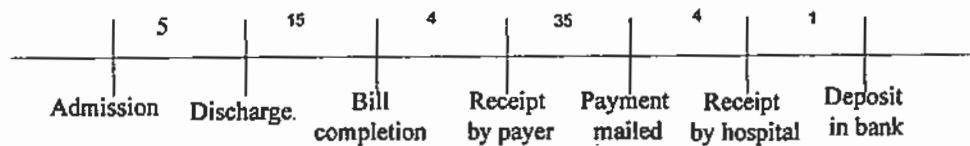
Tahap ini merupakan tahap pertama bagi pasien gawat darurat dan yang tidak tercakup dalam tahap pra penerimaan. Tujuan utama pada tahap ini adalah mendapatkan data keuangan pasien secara lengkap dalam waktu singkat. Oleh karena itu, sangat diperlukan tenaga terdidik dan profesional. Formulir penerimaan secara garis besar terdiri dari: (a) nama dan alamat pasien, (b) nama dan alamat penanggung biaya, (c) cara pembayaran, dan (d) surat jaminan. Aktivitas yang penting pada tahap ini adalah menghitung biaya yang mungkin akan dikeluarkan; mengenali, memberi edukasi, dan konseling untuk membantu pasien yang mungkin akan menggunakan program asuransi publik. Perkiraan jumlah tagihan pasien dapat dilakukan dengan memperhatikan faktor: diagnosa pasien, pemeriksaan penunjang, pengobatan/tindakan, kemungkinan komplikasi/harapan sembuh, dokter yang merawat, dan kelas perawatan yang diinginkan pasien. Perlu dievaluasi kembali pada saat pasien dalam perawatan apakah ada perbedaan dari rencana semula.

3. Tahap perawatan (*in house*)

Pada tahap ini terjadi proses pembebanan biaya atas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Langkah agar pembebanan biaya dilakukan secara akurat dan konsisten adalah: (a) menentukan struktur biaya, (b) kerjasama antara bagian keuangan dan keperawatan begitu pasien masuk ruangan, (c) memasukkan perkiraan biaya pasien setiap saat secara otomatis, dan d) pengawasan dan pengendalian terhadap prosedur agar tidak terjadi kehilangan penerimaan rumah sakit akibat kesalahan petugas. Bagian pelayanan memegang peranan penting dalam memberikan semua informasi dengan cepat dan tepat kepada bagian keuangan baik secara manual maupun elektronik.

Dalam memasukkan beban biaya pada rekening pasien harus diperhatikan hal-hal sebagai berikut: semua biaya dimasukkan sesuai dengan tempat yang benar, diuraikan sesuai tanggal dan jenis pelayanan, serta harus ada catatan yang

melengkapi. Untuk memperbaiki arus kas, upaya lain adalah menawarkan cara pembayaran secara berkala.



Gambar 2.1. Siklus piutang (dalam hari)

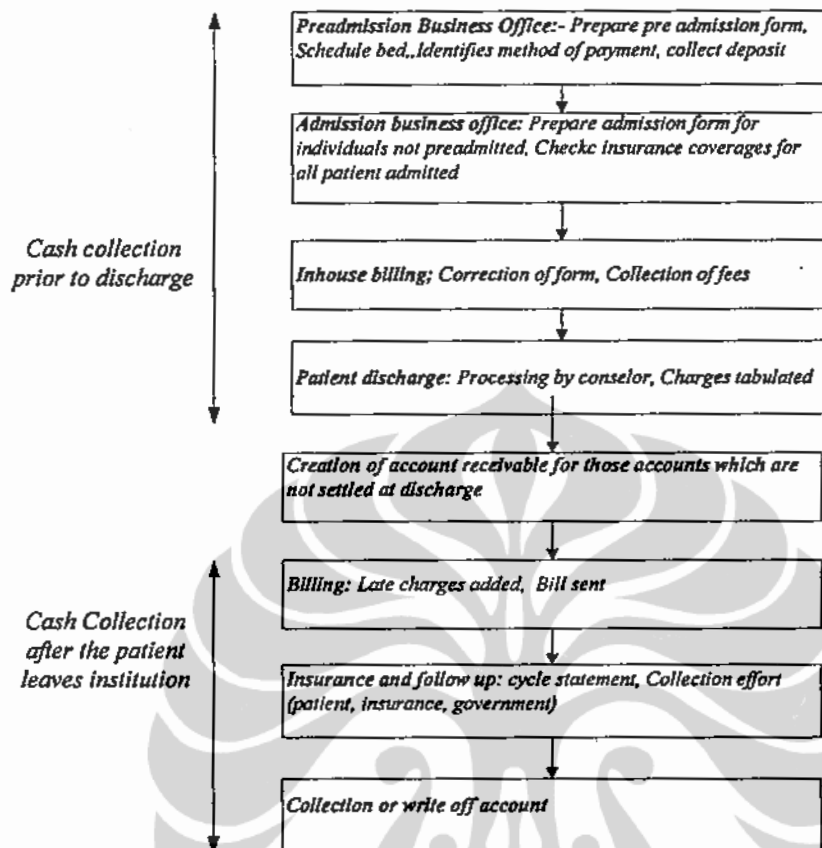
Sumber: *William O Cleverley, Essential of Health Care Finance, 1997*

4. Tahap penataan rekening (*billing*)

Tahap ini merupakan proses yang memproduksi rekening pasien mulai penerimaan sampai penagihan (Clarkin, 1986) yaitu: (a) mengecek pada saat perawatan dan keluar rumah sakit untuk mengumpulkan informasi yang masih dibutuhkan dan meneliti rencana cara pembayaran yang dibuat 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).

5. Tahap penagihan (*collection*)

Merupakan proses untuk merubah pelayanan yang diberikan menjadi pembayaran (Newmann, 1988). Tujuan dari proses ini adalah untuk mendapatkan pembayaran penuh dalam waktu secepatnya dengan langkah sebagai berikut: (a) mengidentifikasi sumber pembayaran, (b) mengirimkan tagihan awal, dan (c) membuat prosedur penagihan lanjutan. 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 (*admission*) walaupun akibat kebijakan penagihan baru dimulai ketika tagihan diserahkan (Newmann, 1988).



Gambar 2.2 *The Cash Collection Cycle*

Sumber: Howard S Rowland, *Hospital Administration Handbook*, 1984

6. Tahap penutupan rekening (*write off*)

Penutupan rekening dilakukan bila terjadi pelunasan pembayaran sehingga terjadi pengurangan jumlah piutang menjadi nol atau penghentian upaya penagihan lanjutan. Tujuan penghapusan rekening adalah untuk menghindari akumulasi piutang pada kekayaan rumah sakit dan untuk mengurangi biaya tagihan lanjutan.

Before Patient Contact

- Development and implementation of revenue cycle management policies, procedures, performance measures and standards
- Third-party payer contract negotiation and management

During Patient Contact**Front-end tasks**

Patient scheduling and registration, precertification, and insurance verification

Core task

Provision of services and medical documentation

Typical duration: 15-19 days
(measured as days of charge entry lag)

Charge entry Coding

After Patient Discharge**Back-end tasks**

- Billing, claims preparation, and claim editing
- Follow up and denial management

Typical duration: 57-58 days
(measured as Days in account receivables)

Cash collection and posting

Gambar 2.3. *The Hospital Collection Cycle*

Sumber: Berger S, *Fundamental of Health Care Financial Management*, 2008

2.4. Program JPK Gakin Provinsi DKI Jakarta

Sesuai dengan Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin, Kurang Mampu dan Bencana di Provinsi DKI Jakarta tahun 2007, bahwa peserta program ini adalah keluarga miskin dan kurang mampu di seluruh wilayah Provinsi DKI Jakarta - meliputi lima wilayah kotamadya dan kabupaten administratif Kepulauan Seribu - dengan kriteria antara lain:

- a. Keluarga miskin yang terdaftar dalam data kemiskinan Badan pusat Statistik yang telah dilakukan verifikasi ke lapangan dan mendapat kartu JPK Gakin

- b. Pemegang kartu kompensasi Bahan Bakar Minyak (Bantuan Langsung Tunai, Beras rakyat miskin, Program Keluarga harapan) dan program pemerintah lainnya.
- c. Penghuni Panti Sosial dan Rumah Singgah (bukan karyawan) yang diusulkan Dinas Bintal dan Kesos Provinsi DKI Jakarta, memiliki sertifikat panti dan kepesertaan bersifat kolektif.
- d. Orang Terlantar yang diusulkan Dinas Bintal dan Kesos Provinsi DKI Jakarta atau yang ditemukan di Provinsi DKI Jakarta.
- e. Pasien miskin penderita Thalasemia yang diusulkan Yayasan Thalasemia Provinsi DKI Jakarta kepada Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.
- f. Pasien miskin penderita jantung anakyang diusulkan Yayasan Jantung Anak Indonesia Provinsi DKI Jakarta kepada Dinas kesehatan Provinsi DKI Jakarta.
- g. Korban tindak kekerasan terhadap perempuan dan anak/Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT).
- h. Kader posyandu aktif yang telah mengabdikan dirinya selama lima tahun dan para pendonor darah yang telah mendonorkan darahnya lebih dari 75 kali.
- i. Keluarga yang mempunyai Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) baik dengan verifikasi miskin atau verifikasi kurang mampu. SKTM diterbitkan oleh Kantor Kelurahan dan ditanda tangani Lurah.
- j. Korban Bencana/pasien Kejadian Luar Biasa (DBD, Diare.Gizi Buruk, Lumpuh Layu Akut, Flu Burung, Leptospirosis, Chikungunya dan lain-lain).

Pembiayaan kesehatan JPK Gakin di rumah sakit secara *fee for service* mengacu pada Paket Pelayanan Esensial (PPE). Katastropik diajukan oleh RS jika biaya melebihi 5 juta rupiah atau melebihi PPE selambat-lambatnya satu minggu setelah diketahui biayanya melebihi PPE. Selisih biaya menjadi tanggungan rumah sakit dan tidak boleh dibebankan pada pasien. Kasus dengan biaya di atas 30 juta rupiah, rumah sakit ikut berkontribusi sebagai fungsi sosial rumah sakit. Pasien dengan kartu Gakin, Raskin, Bantuan Langsung Tunai, Program Keluarga Harapan (Bantuan program pemerintah lainnya) dan Panti yang bersertifikat, Orang Terlantar, KDRT, kader, KLB serta bencana, dibebaskan dari biaya jika berobat ke puskesmas dan rumah sakit. Kontribusi biaya pasien SKTM adalah sebesar nol sampai dengan 50 %. Pasien melalui Instalasi Gawat Darurat dapat

dilayani tanpa membawa persyaratan yang telah dilakukan. Jika pasien perlu dirawat maka diberi kesempatan untuk melengkapi persyaratan selama 3x24 jam hari kerja.

Persyaratan tagihan yang harus dilengkapi oleh rumah sakit untuk pelayanan Gakin/SKTM adalah sebagai berikut:

- a. Rekapitulasi pasien dengan format yang telah ditentukan
- b. Rekapitulasi rincian biaya pelayanan (asli) yang ditanda tangani Kepala Bagian Keuangan Suku Dinas Kesehatan masing-masing wilayah.
- c. Bukti tindakan, resep dan laboratorium.
- d. Rujukan ke RS dari Puskesmas kecuali jika gawat darurat tanpa rujukan.
- e. Resume medis
- f. Katastropik diajukan oleh RS jika biaya lebih dari lima juta atau melebihi PPE

Pembayaran tagihan rumah sakit dilakukan setiap bulan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta setelah ada Berita Acara Pemeriksaan (BAP) hasil verifikasi . Tagihan rumah sakit yang tertunda karena ketidaklengkapan berkas, harus dikembalikan ke Dinas Kesehatan paling lambat tiga minggu setelah berkas diterima rumah sakit. Berdasarkan Keputusan Gubernur No 470 Th 2007, pembayaran tagihan bulan Oktober, Nopember dan Desember dibayarkan dengan APBD tahun berikutnya.

2.5. Penelitian yang pernah dilakukan

1. Ahmad Sobirin (2007)

Ahmad melakukan penelitian tentang dampak keterlambatan pembayaran klaim askeskin terhadap arus kas dan pelayanan pasien askeskin di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon. Keterlambatan terjadi karena adanya proses administrasi MOU antara Depkes dengan PT Askes Pusat dan MOU antara PT Askes Cabang Cirebon dengan RSUD Gunung Jati. Dampak yang terjadi adalah adanya penundaan pembayaran kewajiban kepada pegawai berupa jasa pelayanan Askeskin selama dua bulan berturut turut dan penundaan pembayaran ke pemasok/rekanan antara dua hingga empat bulan.

2. Lilis Komarsih (2006)

Lilis melakukan analisis terhadap variasi piutang pasien jaminan pihak ketiga di RS Karya Bakti. Disimpulkan bahwa panjangnya umur piutang dan lamanya proses penagihan disebabkan oleh belum adanya sanksi keterlambatan pembayaran. Masalah lain adalah kebijakan kredit yang longgar dan penyebab kelambatan penagihan dalam hal kelengkapan dokumen yang meliputi perincian biaya, kuitansi, surat jaminan, dan resume medis. Sedangkan hal yang mempercepat proses penagihan jumlah SDM yang cukup dan komunikasi yang baik antar petugas

3. Darwin Tjakradidjaja (2004)

Darwin melakukan analisis pada manajemen piutang pihak ketiga di RS Bakti Mulya. Saran yang diberikan adalah: mengontrol ulang catatan medis sebelum diberikan ke penata rekening untuk menghindari kurang lengkapnya persyaratan penagihan dan kekeliruan dalam memasukan beban biaya, meneliti pencatatan beban rekening sesuai bukti pengeluaran yang dibebankan, mengkaji ulang perjanjian kerjasama dengan perusahaan mengenai pembayaran yang tidak sesuai kesepakatan, memakai pencatatan manual sebagai *back up* data sistem komputerisasi dalam penataan rekening, dan melimpahkan wewenang penandatanganan surat tagihan jika yang berwenang sedang berhalangan.

BAB 3 GAMBARAN UMUM RSIA BUDI KEMULIAAN

3.1. Sejarah Rumah Sakit

Perkumpulan Budi Kemuliaan berdiri pada tahun 1912 dengan nama “*veneering tot Bevordering van Inlandsche ziekenverpleging* “. Perkumpulan ini didirikan oleh sekelompok perempuan Belanda dan orang-orang Bumiputera terdidik dan berkedudukan penting yang terinspirasi oleh kumpulan surat-surat Ibu Kartini “ Habis gelap Terbitlah Terang “. Sebagai tindak lanjut upaya mewujudkan generasi penerus yang lebih berkualitas, dimulai dengan menyelenggarakan pelayanan reproduksi. Yaitu dengan mendirikan rumah sakit bersalin Budi Kemuliaan pada tahun 1917. Kemudian menjadi Rumah Sakit Ibu dan Anak pada tahun 2007, dan Sekolah Bidan Budi Kemuliaan pada tahun 1918 kemudian menjadi Akademi Kebidanan pada tahun 1998.

Pada awalnya, RS dan Sekolah bidan Budi kemuliaan berdiri di daerah Pejambon dan sejak tahun 1935 pindah ke Jl. Scot (pada waktu itu) yaitu di Jl Budi Kemuliaan No 25 sekarang ini. Untuk membantu masyarakat yang di pelosok, perkumpulan Budi Kemuliaan mendirikan rumah bersalin cabang di berbagai wilayah Jakarta. Pada tahun 1942, pada waktu pemerintahan Belanda digantikan oleh pemerintahan Jepang, maka RS dan sekolah bidan Budi Kemuliaan menjadi milik pemerintah Jepang. Sejak diproklamasikannya kemerdekaan RI pada 17 Agustus 1945, RS dan sekolah bidan Budi Kemuliaan menjadi milik pemerintah Republik Indonesia. Selanjutnya, pada tahun 1955 ketua perkumpulan Budi Kemuliaan, dr. Seno Sastroamidjojo, dapat meyakinkan pemerintah bahwa RS Budi Kemuliaan adalah milik perkumpulan Budi Kemuliaan. Maka sejak tahun 1955 RS BK sepenuhnya dikelola oleh perkumpulan Budi Kemuliaan, sedangkan sekolah bidan Budi Kemuliaan masih tetap milik pemerintah RI yang dikelola oleh RS Budi Kemuliaan. Pada tahun 1982, pemerintah Republik Indonesia menyerahkan sekolah bidan kepada Perkumpulan Budi Kemuliaan.

Salah satu bentuk kebijaksanaan pelayanan yang mendukung falsafah, visi, misi, tata nilai, dan sifat perkumpulan Budi kemuliaan adalah menyediakan pelayanan untuk semua lapisan masyarakat melalui sistem pelayanan berjenjang. Di sini bidan berperan sebagai ujung tombak, sedangkan dokter umum dan selanjutnya dokter spesialis bertindak sebagai pendukung. Jadi pelayanan diberikan oleh satu tim, terdiri dari bidan, dokter umum, dan dokter spesialis kebidanan sesuai dengan kewenangannya masing-masing, dan diatur oleh prosedur baku. Kebijakan ini ditetapkan karena dapat memberikan pelayanan kepada masyarakat sesuai kemampuan dan kemauan masyarakat. Selanjutnya, untuk memenuhi keinginan sebagian masyarakat terutama dari golongan mampu, kebijaksanaan pelayanan kesehatan ditambah dengan pelayan dokter pribadi (*private*). Yaitu pelayanan yang diberikan oleh dokter yang dipilih pasien sendiri, sebagai mitra, yang memenuhi ketentuan yang berlaku di RSIA Budi Kemuliaan.

3.2. Tujuan, Visi dan Misi

Tujuan Perkumpulan Budi Kemuliaan adalah meningkatkan kesehatan reproduksi masyarakat melalui kegiatan pengabdian berupa pelayanan, pembinaan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, serta penelitian. Yang dilakukan dengan peningkatan kesejahteraan kaum perempuan, anak, dan keluarganya demi mengangkat martabat bangsa. RSIA Budi Kemuliaan adalah rumah sakit khusus kesehatan reproduksi paripurna, yaitu kesehatan mulai masa prakonsepsi, hamil, masa neonatus, balita, praremaja, remaja, dewasa, dan usia lanjut. RSIA Budi Kemuliaan juga berfungsi sebagai Rumah Sakit Pendidikan yang mengkhususkan diri pada pendidikan kesehatan reproduksi, saat ini disebut dengan Akademi Kebidanan. RSIA ini juga dinilai baik sebagai tempat pelatihan ketrampilan di bidang kesehatan reproduksi bagi bidan/perawat, guru bidan, dokter umum, dan dokter spesialis kebidanan, dan tenaga-tenaga kesehatan yang terkait (antara lain konselor ASI).

Visi RSIA Budi Kemuliaan adalah " menjadi lembaga kesehatan yang diakui mampu menyediakan upaya pelayanan terbaik yang terjangkau oleh semua lapisan masyarakat, dengan semangat pengabdian dan kekeluargaan, untuk mewujudkan generasi penerus yang berkualitas". Sedangkan misi RSIA Budi

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

3.3. Struktur Organisasi

Struktur organisasi Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan berdasarkan Surat Keputusan Direktur RSB Budi Kemuliaan No 623/SK.DIR/TU.BK/XII/2003. Direktur Rumah Sakit membawahi:

1. Kepala Bidang Pelayanan Medik
2. Kepala Bidang Hubungan Masyarakat
3. Kepala Bidang Sumber Daya Manusia
4. Kepala Bidang Administrasi Keuangan
5. Kepala Bidang Penunjang Rumah Sakit I
6. Kepala Bidang Penunjang Rumah Sakit II
7. Kepala Bidang Pendidikan (Direktur Akademi Kebidanan)

3.4. Jenis Pelayanan

3.4.1. Ruang Rawat Inap

1. Ruang perawatan dan tempat tidur ibu terdiri dari 95 tempat tidur yaitu: Srikandi (30 TT), Larasati (28TT), Subadra (18 TT), Mahendra (10 TT) dan Tribuana Tungga Dewi (3 TT).
2. Ruang perawatan anak terdiri dari 12 tempat tidur yaitu: Trijatra Utama (1 TT), Trijatra I (4 TT), Trijatra II (3 TT) dan Trijatra III (4 TT)
3. Ruang perawatan neonatus terdiri dari 37 tempat tidur yaitu: NICU (2 inkubator), Neo I (5 inkubator, Neo II (5 inkubator), Neo III (5 inkubator), Neo IV (4 inkubator, 16 Box)

3.4.2. Fasilitas Rawat Jalan

Rawat Jalan terdiri atas Rawat Jalan Berjenjang (Praktek Bidan, Dokter Umum, Spesialis Kebidanan dan Kandungan, Spesialis Anak) dan Rawat Jalan

Pribadi (Praktek Dokter Umum, Spesialis Kebidanan dan Kandungan, Spesialis Anak, Spesialis Penyakit Dalam, dan Spesialis Bedah).

3.4.3. Instalasi Kamar Bedah

Instalasi kamar bedah RSIA Budi Kemuliaan memiliki 3 ruangan operasi dengan beberapa ruangan pendukung lain, yaitu: ruang serah terima, ruang ganti pakaian, ruang persiapan, ruang sterilisasi, ruang pulih sadar, ruang istirahat, ruang administrasi, dan ruang penyimpanan alat kesehatan.

3.4.4. Fasilitas penunjang

Fasilitas penunjang terdiri dari: laboratorium, radiologi, USG, CTG, ECG, dan diatermi.

3.5. Lokasi dan Data Fisik

Terletak di Jl. Budi Kemuliaan No. 25 Kelurahan Gambir, Kecamatan Gambir, Jakarta Pusat. Luas tanah 10.685 m² dengan luas bangunan 5.010 m² berlantai 7 yaitu : Lantai I (UGD dan Rawat Inap Kelas II dan III), Lantai II (Rawat Jalan Berjenjang), Lantai III (Rawat Jalan Pribadi), Lantai IV (Kamar Bersalin dan OK), Lantai V (:Rawat Inap Neonatus dan Bayi/Anak), Lantai VI (Rawat Inap Kelas I dan Utama) dan Lantai VII (direncanakan untuk aula dan ruang pertemuan).

3.6. Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia adalah 490 orang yang terdiri dari 238 tenaga kesehatan dan 152 orang tenaga non kesehatan. Dari total 238 orang tenaga kesehatan, tenaga dokter 43 orang (30 orang dokter spesialis, 13 orang dokter umum), tenaga bidan 126 orang (43 orang pendidikan DI, 80 orang pendidikan DIII Kebidanan, 3 orang pendidikan DIV Kebidanan) dan tenaga perawat berjumlah 52 orang (25 orang pendidikan SPK, 27 orang pendidikan DIII Keperawatan).

3.7. Data Kinerja RS

Tabel 3. Data Kinerja RSIA Budi Kemuliaan 2006-2008

No	Keterangan	2006	2007	2008
1.	Jumlah Pasien Rawat Jalan	80.690	64.549	70.490
2.	Jumlah Pasien Rawat Inap Ibu	7.721	8.302	9.361
3.	Jumlah Pasien Rawat Inap Bayi/Anak	-	6.465	8.906
4.	Jumlah Layanan Kamar Bedah	2.749	3.059	3.468
5.	Jumlah Persalinan	6.151	6.633	7.626
6.	Jumlah Hari Perawatan	14.373	15.337	16.883
7.	Jumlah Pasien Laboratorium	31.485	32.150	37.760
8.	Jumlah Resep Farmasi	665.042	609.890	599.610
9.	BOR Ruang Srikandi (Kelas III)	77	87	106
10.	LOS Ruang Srikandi (Kelas III)	1,8	2	2
11.	BTO Ruang Srikandi (Kelas III)	113	160	221
12.	TOI Ruang Srikandi (Kelas III)	2,1	0,3	-0,6
13.	Angka Kematian Perinatal	53,2 per mil	38,8 permil	48,8 permil
14.	Jumlah Kematian Ibu	10	7	4

Sumber: Diolah dari Buku Tahunan RSIA Budi Kemuliaan

BAB 4 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH

4.1. Kerangka Konsep

Pembayaran dari pasien ke rumah sakit melalui pihak ketiga (*third-party payer*) semakin meningkat, baik dari pihak swasta maupun pemerintah. Salah satunya adalah program JPK Gakin di DKI Jakarta. Manajemen kas yang efektif di rumah sakit mempunyai orientasi meminimalkan jangka waktu bayar antara saat diberikannya jasa pelayanan (atau diterimanya cek pembayaran) dengan diterimanya uang tunai (lamanya waktu penagihan/ umur piutang). Rumah sakit perlu membuat kebijakan manajemen siklus piutang dengan hati-hati sehingga kas dapat tetap terjaga sebagai modal kerja untuk kesinambungan rumah sakit.

Tingginya piutang pasien JPK Gakin di RSIA Budi Kemuliaan memerlukan analisa yang berfokus pada lamanya proses manajemen siklus piutang (penerimaan, pembebanan biaya, penataan rekening, penagihan, penutupan/penghapusan rekening). Analisa pengelolaan piutang dilakukan dengan pendekatan sistem sehingga perlu dilakukan analisa pada faktor input seperti kebijakan, SDM, metode, dan sarana.



Gambar 4.1 Kerangka Konsep

4.2. Definisi Istilah

Pengelolaan Piutang JPK Gakin

Proses dalam siklus piutang yang terdiri dari lima tahap sistematis yaitu tahap penerimaan, pembebanan biaya, penataan rekening, penagihan dan penutupan/penghapusan rekening.

Gambaran Pengelolaan Piutang JPK Gakin

Gambaran hasil proses dalam siklus piutang yang terdiri dari jumlah piutang, lama proses penyusunan *billing*, lama umur piutang, jumlah persentase pembayaran, jumlah persentase tidak tertagih periode Juli 2008 sampai dengan April 2009.

Kebijakan

Keputusan RSIA Budi Kemuliaan untuk melayani pasien dari semua golongan masyarakat tanpa memandang status social ekonomi dengan menerapkan pelayanan tanpa uang muka. Upaya melayani pasien miskin adalah melalui perjanjian kerja sama program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK Gakin) DKI Jakarta dengan Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta.

SDM (Sumber Daya Manusia)

Jumlah, latar belakang pendidikan, keterampilan, dan beban kerja petugas RSIA Budi Kemuliaan yang terlibat dalam pengelolaan piutang pasien miskin dan kurang mampu baik di tahap penerimaan, pembebanan biaya, penataan rekening, penagihan, dan penutupan/penghapusan rekening.

Metoda

Prosedur Operasional Standar yang digunakan sebagai pedoman pengelolaan piutang pasien miskin dan kurang mampu RSIA Budi Kemuliaan di tahap penerimaan, pembebanan biaya, penataan rekening, penagihan dan penutupan/penghapusan rekening.

Sarana

Ketersediaan dan kecukupan perlengkapan yang dibutuhkan untuk menunjang pengelolaan piutang pasien miskin dan kurang mampu RSIA Budi Kemuliaan di tahap penerimaan, pembebanan biaya, penataan rekening, penagihan, dan penutupan/penghapusan rekening.

Tahap Penerimaan

Proses yang terjadi pada tahap awal diterimanya pasien miskin dan kurang mampu di UGD RSIA Budi Kemuliaan untuk dilakukan rawat inap RSIA Budi Kemuliaan.

Tahap Pembebanan Biaya

Proses pembebanan biaya atas pelayanan yang diberikan kepada pasien miskin dan kurang mampu di rawat inap RSIA Budi Kemuliaan.

Tahap Penataan Rekening

Proses penyusunan rekening tagihan pasien miskin dan kurang mampu selama melakukan pelayanan kesehatan di rawat inap RSIA Budi Kemuliaan dan upaya persiapan klaim tagihan dengan melengkapi persyaratan yang diperlukan sebelum melakukan penagihan ke Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta.

Tahap Penagihan

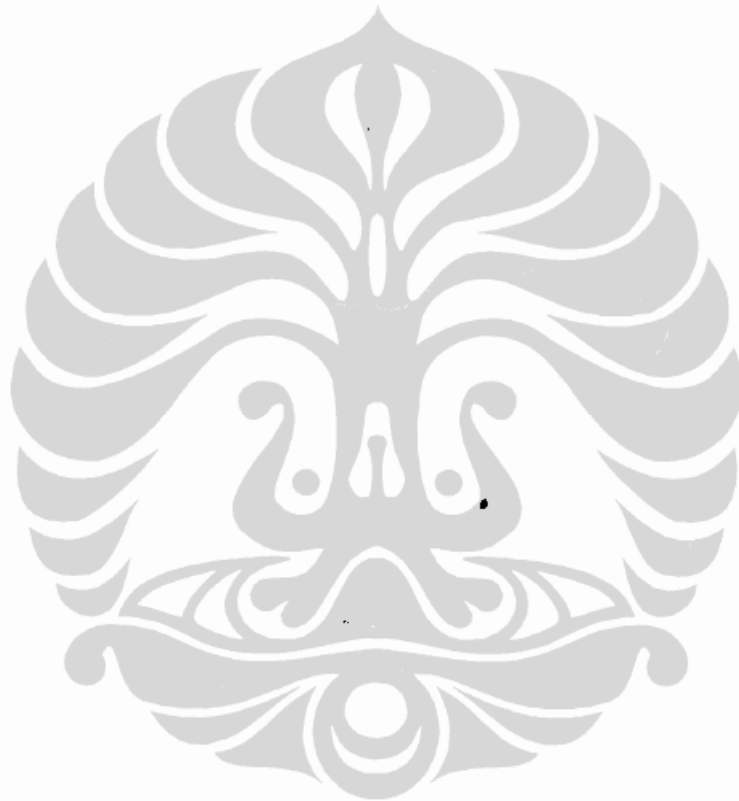
Proses untuk mengubah pelayanan yang diberikan menjadi pembayaran seluruh biaya pasien miskin dan kurang mampu yang telah lepas rawat di RSIA Budi Kemuliaan kepada Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta.

Tahap Penutupan atau Penghapusbukuan

Proses yang dilakukan jika telah terjadi pelunasan pembayaran tagihan atau upaya penagihan lanjutan dihentikan yaitu saat rumah sakit melakukan penutupbukaan atau penghapusbukuan piutang pasien miskin dan kurang mampu di RSIA Budi Kemuliaan dari catatan piutang baik bila telah terjadi pelunasan ataupun tidak dilunasi oleh Dinas Kesehatan DKI Jakarta.

Piutang JPK Gakin

Jumlah tagihan bulanan piutang pasien miskin dan kurang mampu beserta masing-masing lama proses penyusunan klaim, umur piutang, persentase pembayaran, dan persentase tidak tertagih di RSIA Budi Kemuliaan.



BAB 5 METODE PENELITIAN

5.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian operasional dengan pengamatan langsung pada proses pengelolaan piutang pasien JPK Gakin, telaah dokumen, dan wawancara dengan petugas yang terkait.

5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan di Jalan Budi Kemuliaan No 25 Jakarta Pusat pada bulan April sampai dengan Juni tahun 2009.

5.3. Informan

Wawancara dilakukan kepada:

1. Wakil Kepala Bidang Administrasi Keuangan
2. Wakil Kepala Bidang Humas
3. Petugas Penerimaan
4. Kepala Ruangan Bayi/Anak
5. Petugas Administrasi Ruang Rawat Kelas III
6. Petugas *Billing*
7. Petugas Administrasi Gakin
8. Kepala Bagian Akutansi
9. Wakil Ketua Perkumpulan Budi Kemuliaan
10. Kepala Subag Program dan Anggaran Dinkes DKI

5.4. Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer dilakukan dengan melakukan wawancara dan pengamatan langsung pada petugas administrasi keuangan, pelayanan medik, dan humas dalam masalah kebijakan dan proses pengelolaan piutang pasien JPK Gakin di RSIA Budi Kemuliaan. Dalam melakukan wawancara digunakan pedoman wawancara. Pengamatan langsung dilakukan pada proses pengelolaan

pedoman wawancara. Pengamatan langsung dilakukan pada proses pengelolaan piutang pasien JPK Gakin pada tahap penerimaan, pembebanan biaya, penataan rekening, penagihan, dan penutupan rekening.

Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan menelaah dokumen yang ada pada bagian administrasi keuangan berupa laporan keuangan, laporan rekapitulasi klaim penagihan, dan laporan Berita Acara Pemeriksaan hasil rekapitulasi klaim JPK Gakin bulan Juli 2008 sampai dengan April 2009. Data dari enam bulan terakhir tahun 2008 diambil untuk memberikan gambaran piutang di akhir tahun karena dana APBD sudah habis pada bulan September. Sedangkan data empat bulan pertama tahun 2009 untuk memberikan gambaran piutang dalam kondisi terakhir saat penelitian dilakukan. Selain itu juga dilakukan telaah data prosedur dan kebijakan bagi pengelolaan pasien JPK Gakin, prosedur di bagian penerimaan, *billing*, dan lain-lain.

5.5. Analisa Data

Data yang telah dikumpulkan dari wawancara dikelompokkan berdasarkan topik yang diteliti dan kelompok informan, diidentifikasi jawaban yang sering timbul serta persamaan dan perbedaannya. Observasi dilakukan pada proses pengelolaan piutang yang ada dibandingkan dengan data dari hasil wawancara. Data tersebut kemudian diringkas dan ditampilkan dalam bentuk matriks dan tabel.

Data sekunder dalam penelitian ini berasal dari laporan keuangan dan data rekapitulasi tagihan piutang JPK Gakin dari Bidang Administrasi Keuangan serta data Berita Acara Pemeriksaan hasil rekapitulasi dari Dinas Kesehatan DKI Jakarta. Data sekunder diolah dan dilakukan perhitungan dengan cara sebagai berikut:

1. Data piutang JPK Gakin bulanan dikelompokkan menjadi data semester dua tahun 2008 untuk menggambarkan pengelolaan piutang di akhir tahun terutama pada saat APBD DKI tahun anggaran 2008 sudah habis. Sedangkan data empat bulan pertama tahun 2009 untuk menggambarkan kondisi terakhir dari saat penelitian dilakukan.

BAB 6 HASIL PENELITIAN

6.1. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan April-Juni 2009 di Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan. Pengumpulan data dimulai dengan pengambilan data sekunder yang didapat dari telaah dokumen standar operasional prosedur, kebijakan yang terkait dengan pelaksanaan piutang JPK Gakin, serta dokumen dari bagian keuangan. Selain data sekunder, data primer dikumpulkan dengan cara melakukan wawancara yang dilakukan kepada direksi dan petugas yang terkait dalam pengelolaan piutang JPK Gakin. Pengamatan juga dilakukan di setiap tahap pengelolaan piutang JPK Gakin.

6.2. Karakteristik Informan

Wawancara dilakukan pada sepuluh informan yang terdiri dari direksi dan petugas pelaksana pada setiap tahapan pengelolaan piutang JPK Gakin. Karakteristik dari para informan dapat terlihat dari tabel berikut:

Tabel 6.1. Karakteristik Informan

No	Informan	Lama Bekerja	Latar Belakang Pendidikan	Materi Wawancara
1.	Wakil Kepala Bidang Administrasi Keuangan	30 th	SMA, Bon A,B	Kebijakan, Tahap Penutupan rekening
2.	Wakil Kepala Bidang Humas	1 th	S1 Kedokteran Umum	Tahap Penerimaan
3.	Petugas Penerimaan	2 th	SMA	Tahap Penerimaan
4.	Kepala Ruang Rawat Bayi/Anak	2 th	D3 Akademi Kebidanan	Tahap Pembebanan biaya
5.	Petugas Administrasi Ruang Rawat Kelas III	10 th	SMA	Tahap Pembebanan biaya
6.	Petugas <i>Billing</i>	5 th	D3 Manajemen	Tahap Penataan rekening
7.	Petugas <i>Billing</i>	10 th	SMA	Tahap Penataan Rekening
8.	Petugas Administrasi Gakin	3 th	D1 Manajemen	Tahap Penagihan
9.	Petugas Administrasi Gakin	2 th	D3 Perhotelan	Tahap Penagihan

10	Kepala Bagian Akutansi	5 th	D3 Akutansi	Tahap Penutupan Rekening
11.	Wakil Ketua Perkumpulan Budi Kemuliaan	30 th	S1 Kedokteran Umum	Kebijakan
12.	Kepala Subag Program dan Anggaran Dinkes DKI	-	S2	Umur piutang

6.3. Hasil Penelitian

6.3.1. Kebijakan

RSIA Budi Kemuliaan sejak berdirinya sampai saat ini mempunyai kebijakan tidak adanya uang muka pada pasien yang akan dirawat apapun status ekonomi dan kelas perawatan yang dipilih oleh pasien. Perjanjian kerja sama antara Dinas Kesehatan DKI Jakarta dan RSIA Budi Kemuliaan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin tahun 2007 tidak mencantumkan jangka waktu pembayaran klaim. Dalam perjanjian tersebut hanya tercantum batas waktu pengajuan klaim tagihan maksimal dua bulan setelah bulan pelayanan.

(Informan 11) : *“Budi Kemuliaan tidak boleh menolak pasien dengan alasan apapun, jika tidak mampu menangani secara medis maka pasien dirujuk dalam kondisi sudah tertangani masalah kedaruratannya”*

(Informan 1) : *“ Kerja sama ini sangat membantu sekali karena pasien kita kebanyakan pasien kurang mampu, yang Alhamdulillah pembiayaannya dapat diajukan ke DKI, dan kebijakan ini pasti akan terus dilanjutkan sesuai visi rumah sakit untuk melayani pasien kurang mampu”*

(Informan 2) : *“ Falsafah rumah sakit ini yang selalu menerima pasien dari segala golongan tanpa uang muka sangat dibantu oleh program JPK Gakin. Jadi kerja sama ini sudah pasti akan diteruskan”.*

6.3.2. Sumber Daya Manusia (SDM)

SDM adalah jumlah, latar belakang pendidikan, dan jam kerja pegawai RSIA Budi Kemuliaan. Semuanya yang terlibat dalam pengelolaan piutang JPK Gakin di setiap tahapan mulai dari tahap penerimaan, pembebanan biaya,

penataan rekening, penagihan dan penutupan rekening. Jumlah dan latar belakang pendidikan petugas dapat dilihat dalam tabel berikut ini:

Tabel 6.2. Jumlah dan Latar Belakang Pendidikan Petugas Pengelolaan Piutang JPK Gakin di Setiap Tahap

No	Tahap	Jumlah Petugas	Pendidikan			Keterangan
			SMA	D3	SI	
1.	Penerimaan	3	1	2	-	Penerimaan pasien rawat inap 3 orang (3 <i>shift</i> dalam 24 jam, 1 petugas /shift)
2.	Pembebanan Biaya	3	3	-	-	Petugas administrasi ruangan 3 orang, 1 di ruang bayi, 2 di ruang ibu (dalam jam kerja), Bidan/POS yang bertugas di ruangan (di luar jam kerja dan hari libur)
3.	Penataan Rekening	7	6	1	-	1 orang kasir, 2 orang petugas <i>billing</i> , 4 orang petugas administrasi JPK Gakin (1 orang <i>front office</i> Gakin, 1 orang pengumpulan berkas medis dan non medis, 2 orang <i>input data</i> rekapitulasi tagihan)
4.	Penagihan	1	-	1	-	1 orang petugas ke SuDinkes, Dinkes , Dinsos, kunjungan rumah.
5.	Penutupan Rekening	-	-	-	-	Tidak ada petugas yang menutup piutang per rekening pasien jaminan JPK Gakin (Pelunasan dicatat sebagai pendapatan piutang secara keseluruhan)

Petugas di tahap penerimaan menangani baik pasien jaminan maupun tunai. Sistem kerja 3 *shift* yaitu pagi 07.00-14.00, sore 14.00-20.00 dan malam 20.00-07.00. Petugas penerimaan merangkap kasir di atas jam 20.00. SDM yang bertugas di tahap pembebanan biaya pasien hanya ada di jam kerja (07.00-14.00). Jumlah petugas administrasi ruangan lantai I (ruang rawat ibu/58 TT) sebanyak dua orang sedangkan di ruangan lantai V (ruang rawat bayi dan anak/49 TT) hanya satu orang. Bidan atau Penjaga Orang Sakit (POS) ikut melakukan *input data* biaya saat pasien akan pulang/keluar ruang rawat di luar jam kerja dan hari libur.

Tugas penataan rekening pasien rawat inap setiap harinya dibagi dalam dua shift (07.00-14.00 dan 14.00-20.00). Petugas *billing* pada *shift* pagi berjumlah dua orang dan *shift* sore berjumlah satu orang, sedangkan kasir berjumlah satu orang baik *shift* pagi maupun sore. Petugas penata rekening juga merangkap tugas bagian keuangan yang lain seperti menangani proses jaminan pasien non JPK Gakin, membantu kasir rawat inap, menerima faktur dan membuat cek kepada rekanan dan lain-lain. *Billing* pasien JPK Gakin yang telah dicetak selanjutnya akan diproses oleh petugas khusus administrasi JPK Gakin yang terdiri dari empat orang untuk memproses kelengkapan berkas persyaratan dan persiapan klaim tagihan JPK Gakin. Petugas ini bekerja dalam hari kerja sampai pukul 18.00 dan di hari libur bekerja sejak pukul 09.00 sampai 16.00. Seorang petugas bagian penagihan bertugas mengajukan rekapitulasi dan berkas klaim tagihan bulanan rutin, mengambil berkas yang dikembalikan karena tidak lengkap, mengurus jaminan katastropik dan Orang Terlantar ke Dinas Kesehatan, mengantar pasien terlantar ke Dinas Sosial, dan lain-lain. Cek pembayaran diterima oleh Wakil Kepala Bidang Administrasi Keuangan. Sampai saat ini belum ada petugas yang menangani penutupan rekening pasien JPK Gakin.

6.3.3. Metoda

Metoda prosedur operasional standar yang digunakan sebagai pedoman pengelolaan piutang JPK Gakin di tahap penerimaan, pembebanan biaya, penataan rekening, penagihan dan penutupan rekening di RSIA Budi Kemuliaan.

Tabel 6.3. Pedoman Pengelolaan Piutang JPK Gakin di Setiap Tahap

No	Tahap	Prosedur Operasional Standar	
		W	O
1.	Penerimaan	Ada	Sesuai wawancara
2.	Pembebanan Biaya	Ada (masih berupa <i>Job Desc</i>)	Sesuai wawancara
3.	Penataan Rekening	Ada	Sesuai wawancara
4.	Penagihan	Ada (masih berupa <i>Job Desc</i>)	Sesuai wawancara
5.	Penutupan Rekening	Tidak ada	Tidak ada

W : Wawancara, O : Observasi

Dari hasil wawancara dan observasi diketahui bahwa pada tahap penerimaan pasien rawat inap dan penataan rekening terdapat standar prosedur tetap dan dari observasi terlihat bahwa prosesnya sudah sesuai standar. Sedangkan penutupan piutang per rekening pasien jaminan JPK Gakin yang terlihat masih ada celah, dimana belum ada pedoman (pelunasan dicatat sebagai pendapatan piutang secara keseluruhan).

6.3.4. Sarana

Ketersediaan perangkat keras sangat vital untuk pengelolaan piutang JPK Gakin di semua tahapan (tahap penerimaan, pembebanan biaya, penataan rekening, penagihan dan penutupan rekening) terutama bila data klaim yang diajukan harus dimasukkan dalam format standar dalam komputer. Dalam setiap tahapnya sarana yang digunakan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 6.4. Sarana untuk Pengelolaan Piutang JPK Gakin di Setiap Tahap

No	Tahap	Sarana		
		ATK	Komputer/ LAN	Telepon/Fax/ mesin foto copy
1.	Penerimaan	C	C	C
2.	Pembebanan Biaya	C	K	C
3.	Penataan Rekening dan Persiapan Klaim	C	K	K
4.	Penagihan	C	C	C
5.	Penutupan Rekening	C	T	C

C: Cukup, K: Kurang, T: Tidak ada

Secara umum sarana ATK, Komputer, Telepon, dan Fax cukup tersedia sesuai kebutuhan. Sedangkan sarana *server Local Area Network (LAN)* yang lama mengalami kerusakan sejak pertengahan Mei rusak sampai saat ini (akhir Juni). Hal ini mengakibatkan terhambatnya pekerjaan (kecepatan, ketepatan) terutama pada tahap pembebanan biaya dan penataan rekening sementara LAN yang baru belum dapat digunakan. Pada tahap penataan rekening belum tersedia mesin foto kopi sehingga ratusan berkas yang harus difotokopi setiap harinya difotokopi di luar rumah sakit. Sedangkan fasilitas LAN untuk Sistem Informasi Akutansi (*back office*) tidak ada

6.3.5. Tahap Penerimaan

Tahap penerimaan dalam pengelolaan pasien JPK Gakin terutama meliputi proses yang terjadi pada saat pasien mendaftar untuk pelayanan rawat inap. Setelah dijelaskan biaya perawatan, pasien yang memilih kelas III akan memutuskan cara pembayarannya apakah biaya sendiri, Asuransi/Jaminan lain, JPK Gakin (KTP DKI), dan Jamkesmas (KTP Luar DKI).

(Informan 3) : “ Tidak semua pasien yang memilih kelas III diberitahukan ada prosedur keringanan biaya memakai SKTM. Pasien yang memilih kelas III dengan pembayaran sendiri akan ditulis kemungkinan memakai SKTM di formulir penerimaan jika kelihatan tidak mampu. Pertanyaan tentang jumlah penghasilan secara detail hanya untuk pasien yang sejak awal masuk menyatakan SKTM”

Data dalam enam bulan (November 2008 sampai dengan April 2009) menunjukkan bahwa yang tidak mempunyai kartu gakin, sebanyak 67% pada saat masuk menyatakan pembayaran dengan biaya sendiri dan baru menyatakan akan menggunakan SKTM saat akan pulang dari rumah sakit. Sedangkan yang menyatakan memakai JPK Gakin (Kartu Gakin/SKTM) saat masuk RS sebesar 24 % dan sisanya (9%) tidak ada keterangan cara pembayarannya di formulir penerimaan pasien rawat inap. Belum didapatkan data berapa banyak persentase pasien yang mengubah cara pembayaran dengan SKTM karena biaya perawatan yang menjadi katastrofik akibat kondisi medis pasien.

Pasien yang menyatakan menggunakan program JPK Gakin mendapat pemberitahuan bahwa persyaratan yang diperlukan harus dilengkapi dalam 1x24 jam setelah pasien masuk rumah sakit. Kendala yang dihadapi petugas penerimaan adalah saat merangkap tugas sebagai kasir di malam hari.

Tabel 6.5. Pengamatan pada Tahap Penerimaan

No	Tahap Penerimaan	Pengamatan				Keterangan
		Ya		Tidak		
		W	O	W	O	
1.	Melengkapi identitas pasien, penanggung jawab dan cara pembayaran (sendiri, jaminan)	V	V			W: Identitas pasien dilengkapi, juga penanggung jawab dan cara pembayaran sendiri atau jaminan O: Sesuai wawancara

2.	Menerangkan cara melengkapi persyaratan JPK Gakin (membuat cek list persyaratan)	V	V			W: Keluarga/penanggung jawab pasien dijelaskan cara melengkapi persyaratan JPK Gakin kemudian mengisi kelengkapan cek list persyaratan O: Sesuai wawancara
3.	Memberitahukan batas waktu untuk melengkapi persyaratan dalam 1x24 jam	V	V			W: Batas waktu untuk melengkapi persyaratan dalam 1x24 jam sejak pasien masuk RS O: Sesuai wawancara
4.	Mengisi formulir pelayanan dan input data pasien ke computer	V	V			W: Formulir pelayanan diisi kemudian data pasien diinput ke komputer O: Sesuai wawancara

W : Wawancara, O : Observasi

6.3.6. Tahap Pembebanan Biaya

Tahap pembebanan biaya adalah tahap terjadinya pembebanan biaya atas pelayanan yang telah diberikan. Pembebanan biaya di ruangan dilakukan dengan memasukkan data biaya pelayanan di ruang rawat inap, seperti pemeriksaan penunjang, Ultrasonografi, *Non Stress Test*, transfusi darah, jasa konsultasi medis, dan lain-lain ke dalam komputer. Komputer tersebut *online* dengan bagian keuangan melalui *Local Area Network (LAN)*. Tetapi sejak pertengahan Mei 2009 terjadi kerusakan *server LAN* sehingga menghambat proses pembebanan biaya dan *billing*.

Petugas administrasi ruangan juga mengumpulkan semua bukti transaksi yang terjadi (misalnya di laboratorium dan apotek) dengan mengisi cek list sesuai dengan yang tercatat di rekam medis. Kemudian menyerahkannya ke bagian keuangan (*billing*) setiap hari. Resume medis ditandatangani oleh dokter ruangan setelah pasien pulang. Keterlambatan pengiriman daftar transaksi berikut buktinya sering terjadi dari ruang rawat bayi/anak. Satu orang petugas harus mengurus *billing* dari seluruh pasien bayi/anak baik di lantai VI, V, dan I.

(Informan 4) : *"Petugas administrasi bayi dan anak untuk 3 lantai hanya satu orang di hari kerja sedangkan di hari libur oleh Penjaga Orang Sakit (POS) yang sudah terlatih untuk mengerjakan adm, oleh karena itu sering telambat mengirim transparan ke keuangan disamping juga karena perhitungan dosis obat bayi oleh perawat setiap hari perlu waktu lama"*

Selama pasien SKTM dirawat di RS, keluarga pasien diminta mengurus berkas persyaratan untuk mendapatkan Surat Jaminan Pelayanan dari Dinas

Kesehatan, namun tidak sedikit yang baru mulai mengurus setelah akan pulang. Hal ini mengakibatkan semakin sulitnya upaya melengkapi berkas sedini mungkin. Pada kasus bayi baru lahir dengan gangguan pernafasan infeksi, yang memerlukan ruang perawatan intensif (*Neonatus Intensif Care Unit*) dan perawatan yang lama, banyak orang tua pasien akhirnya mengurus pembiayaan dengan JPK Gakin. (yang pada awalnya menyatakan cara pembayaran sendiri).

(Informan 4) : *"Pasien bayi sering baru mengajukan SKTM setelah orang tuanya mengetahui perkembangan biaya selama dirawat dan tidak sanggup lagi membiayai biaya perawatan bayi yang lama"*

Kerja sama antara bagian perawatan dengan bagian keuangan (administrasi gakin) adalah dalam hal melakukan evaluasi adanya kesulitan keuangan pada pasien yang menjalani perawatan lama, kasus dengan biaya tinggi, dan yang menunda kepulangan karena alasan biaya. Petugas keuangan akan menindaklanjuti apakah pasien tersebut dapat memenuhi persyaratan dengan memakai SKTM (perubahan dari bayar sendiri menjadi memakai SKTM). Pasien yang sejak awal memakai SKTM juga diminta untuk segera melengkapi persyaratan selama pasien dirawat. Namun hal ini tidak dapat dilakukan setiap hari karena keterbatasan SDM.

Bila ada kasus yang biayanya melebihi Rp lima juta rupiah atau melampaui biaya Paket Pelayanan Esensial (PPE) yang telah ditetapkan untuk pasien JPK Gakin, maka rumah sakit akan meminta jaminan katastrofik ke Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta untuk pembiayaan pasien tersebut. Pasien yang memegang kartu Gakin/BLT/Jamkesmas akan dibebaskan dari pembayaran, sedangkan pasien dengan SKTM diminta untuk memberikan kontribusi sekitar 0-50% dari total biaya perawatan (dengan disertai berita acara) sesuai kemampuan berdasarkan azas kejujuran dan kepatutan.

Tabel 6.6. Pengamatan pada Tahap Pembebanan Biaya

No	Tahap Pembebanan Biaya	Pengamatan				Keterangan
		Ya		Tidak		
		W	O	W	O	
1.	<i>Input data beban biaya di ruangan setiap hari</i>	V				W: Data beban biaya di ruangan diinput setiap hari O: Sesuai wawancara

2.	Mengumpulkan semua bukti transaksi yang terjadi dan menyerahkan ke bagian <i>Billing</i> setiap hari	V	V		W: Semua bukti transaksi yang terjadi dikumpulkan dan diserahkan ke bagian <i>Billing</i> setiap hari O: Sesuai wawancara
3.	Mengisi cek list transaksi yang terjadi sesuai dengan yang tercatat di rekam medis dan diserahkan ke bagian <i>Billing</i> setiap hari	V	V		W: Cek list transaksi yang terjadi diisi sesuai dengan yang tercatat di rekam medis dan diserahkan ke bagian <i>Billing</i> setiap hari O: Sesuai wawancara

W : Wawancara, O : Observasi

6.3.7. Tahap Penataan Rekening dan Persiapan Klaim

Tahap penataan rekening dan persiapan klaim adalah tahap terjadinya penyusunan rekening pasien JPK Gakin selama mendapatkan pelayanan kesehatan dan persiapan dokumen lain untuk pengajuan klaim tagihan. Setiap hari petugas *billing* menerima semua bukti dan *cek list* transaksi dari petugas administrasi ruangan. Kemudian petugas *billing* mencocokkannya dengan data yang sudah masuk di komputer dari masing-masing tempat pelayanan (ruang rawat, kamar bersalin, laboratorium apotek). Hal ini agar keluarga pasien dapat menanyakan perkembangan informasi biaya setiap hari. Kendala petugas *billing* adalah tidak dapat mengerjakan tugas secara optimal karena pekerjaannya yang merangkap kasir rawat inap, mengurus jaminan non Gakin, transaksi dengan rekanan (*supplier*) farmasi rumah sakit, menghitung honor dokter dan lain-lain.

(Informan 6):” *Kita tidak dapat kerja maksimal karena kerja rangkap dengan tugas lain, apalagi sejak LAN rusak semua dikerjakan manual sehingga banyak pasien mengeluh karena kelamaan menunggu*”

(Informan 7): “*Menurut saya yang paling penting LAN harus segera bisa beroperasi normal karena perhitungan manual kadang salah dan koreksinya perlu waktu lama*”

Perincian total biaya pasien berikut semua bukti transaksi akan diserahkan kepada petugas administrasi gakin yang diperlukan sebagai bagian dari kelengkapan berkas persyaratan tagihan JPK Gakin. Setelah semua berkas persyaratan dikumpulkan, petugas akan memasukkan data dan biaya tagihan JPK Gakin ke dalam laporan rekapitulasi tagihan per bulan. Kesulitan yang dialami saat melengkapi berkas adalah jika pasien merubah statusnya dari biaya sendiri menjadi SKTM ketika akan pulang. Apalagi pasien sudah pulang lalu tidak

kembali untuk mengurus jaminan, pasien yang tidak memiliki surat nikah, kartu keluarga, dan pasien yang sulit mendapat verifikasi puskesmas.

(Informan 6): *“Kita kesulitan kalau pasien baru mengurus SKTM ketika akan pulang, pasien sudah pulang lalu tidak kembali untuk mengurus jaminan, pasien tidak punya surat nikah, kartu keluarga, dan pasien yang sulit mendapat verifikasi puskesmas”*

Petugas akan mengurus jaminan katastrofik yang ditandatangani oleh Direktur RS ke Dinas Kesehatan (untuk kasus yang biayanya melebihi Rp lima juta atau yang telah melampaui PPE yang telah ditetapkan) dan jaminan yang tidak diurus oleh keluarga pasien (tidak kembali setelah diberi pengantar permintaan jaminan ke SuDinKes). Pasien terlantar (tidak ada keluarga) akan dipindahkan ke Dinas Sosial Provinsi DKI Jakarta setelah penanganan secara medisnya selesai. Kemudian petugas membuat pengajuan jaminan Orang Terlantar ke Dinas Kesehatan yang menyertakan surat keterangan Orang Terlantar dari RS (yang ditandatangani Direktur RS) dan surat keterangan Orang Terlantar dari Dinas Sosial. Kendala pada tahap ini adalah kurangnya petugas untuk mengerjakan tugas khusus untuk evaluasi rutin harian baik ruangan selama pasien dirawat maupun dalam proses persiapan klaim di bagian administrasi keuangan (gakin).

(Informan 8): *“sampai saat ini belum ada petugas yang khusus mengevaluasi masalah yang timbul saat melengkapi berkas secara rutin setiap hari”*

Target waktu untuk menyelesaikan rekapitulasi tagihan dan kelengkapan semua berkas adalah dua minggu setelah akhir periode penagihan. Namun, hal ini sulit dilakukan mengingat berbagai kendala dalam pengumpulan berkas. Misalnya pasien yang baru mulai mengurus SKTM saat akan pulang (saat masuk RS menyatakan cara pembayaran sendiri) sementara batas waktu pengurusan jaminan oleh Suku Dinas Kesehatan adalah 3x24 jam sejak pasien masuk RS, keluarga pasien tidak kembali ke RS setelah diberi pengantar permohonan Surat Jaminan Pelayanan Kesehatan ke Suku Dinas Kesehatan sementara pasien sudah pulang serta tidak mempunyai surat nikah, Kartu Keluarga, KTP DKI (memiliki KTP daerah tapi tidak mempunyai kartu Jamkesmas). Rekapitulasi tagihan akan

ditandatangani oleh Kepala/Wakil Bidang Keuangan sebelum dikirim ke Dinas Kesehatan.

Tabel 6.7. Pengamatan pada Tahap Penataan Rekening dan Persiapan Klaim

No	Tahap Penataan Rekening	Pengamatan				Keterangan
		Ya		Tidak		
		W	O	W	O	
1.	Formulir cek list pembebanan biaya dan bukti transaksi pasien diterima setiap hari	V	V			W: Formulir cek list pembebanan biaya dan bukti transaksi pasien diterima setiap hari O: Sesuai wawancara
2.	Pengecekan perhitungan biaya dilakukan setiap hari	V	V			W: Pengecekan perhitungan biaya dilakukan setiap hari O: Sesuai wawancara
3.	Memberikan surat pengantar permohonan Jaminan di SuDinKes	V	V			W: Memberikan surat pengantar permohonan Jaminan di SuDinKes O: Sesuai wawancara
4.	Mengajukan permohonan Jaminan Katastropik dan OT ke DinKes	V	V			W: Mengajukan permohonan Jaminan Katastropik dan OT ke DinKes O: Sesuai wawancara
5.	Mengajukan permohonan Jaminan yang tidak diurus oleh keluarga pasien (yang tidak kembali ke RS) ke SuDinKes	V	V			W: Mengajukan permohonan Jaminan yang tidak diurus oleh keluarga pasien (yang tidak kembali ke RS) ke SuDinKes O: Sesuai wawancara
6.	Memeriksa dan menginput data biaya ke rekapitulasi biaya per bulan	V	V			W: Memeriksa dan menginput data biaya ke rekapitulasi O: Sesuai wawancara

W : Wawancara, O : Observasi

6.3.8. Tahap Penagihan

Penagihan adalah proses untuk mengubah pelayanan yang diberikan menjadi pembayaran. Perjanjian kerja sama tentang JPK Gakin RSIA Budi Kemuliaan dengan Dinas Kesehatan DKI Jakarta tahun 2007 mencantumkan batas waktu pengajuan rekapitulasi klaim tagihan paling lambat dua bulan setelah bulan pelayanan, tetapi tidak mencantumkan jangka waktu pembayaran. Rekapitulasi klaim tagihan JPK Gakin satu bulan periode diajukan ke Dinas

Kesehatan Provinsi DKI Jakarta pada bulan berikutnya. Setelah Dinas Kesehatan menverifikasi kelengkapan seluruh berkas sesuai daftar rekapitulasi, maka Dinas Kesehatan akan mengeluarkan Rekapitulasi Hasil Verifikasi Dan Berita Acara Pemeriksaan (BAP) Klaim Gakin yang berisi jumlah tagihan yang disetujui untuk dibayar. Juga jumlah tagihan yang ditunda pembayarannya (pending) dan keterangan penyebab tertundanya masing-masing tagihan. Lamanya jangka waktu antara saat pengajuan klaim dan keluarnya BAP karena kurangnya SDM yang melakukan verifikasi di Dinas Kesehatan.

(Informan 12): *“ Yang membuat lama proses verifikasi adalah disamping SDM nya kurang juga karena antrian pemeriksaan yang lebih dahulu masuk ke Dinkes dan karena pihak rumah sakit juga sering mengirim berkas kurang lengkap yang akan dikembalikan lagi untuk dilengkapi. Sehingga jika rumah sakit punya tim verifikator sendiri sebelum mengirim berkas akan semakin cepat proses verifikasi di Dinkes dan semakin banyak yang tertagih “*

RS akan menindaklanjuti tagihan yang tertunda dengan melengkapi kekurangan yang tertera di BAP. Berkas yang sudah dilengkapi kemudian akan diajukan kembali ke Dinas Kesehatan (batas waktu pengajuan berkas pendingan maksimal tiga minggu setelah pengembalian berkas). Setelah Dinas Kesehatan selesai melakukan pemeriksaan terhadap berkas pendingan, maka akan dikeluarkan kembali Rekapitulasi Hasil Verifikasi dan Berita Acara Pemeriksaan (BAP) Klaim Gakin. Yang berisi jumlah tagihan yang disetujui pembayarannya dan sisa jumlah tagihan pendingan yang kadang masih bisa ditagih kembali (tergantung kebijakan DinKes)

(Informan 12): *“Lamanya saat pembayaran sangat tergantung dari kesiapan dana Pemda DKI untuk diserahkan ke Dinkes dimana hal ini berada di luar kontrol Dinkes sendiri.”*

(Informan 9): *“ Berkas yang akhirnya tidak tertagih sebabnya antara lain adalah yang tidak dapat jaminan karena tidak ada buku nikah atau kartu keluarga. Selain itu juga selisih katastropik, selisih PPE, selisih penulisan kontribusi pasien juga tidak bisa diajukan lagi ke Dinkes”*

Tabel 6.8. Pengamatan pada Tahap Penagihan

No	Tahap Penerimaan	Pengamatan				Keterangan
		Ya		Tidak		
		W	O	W	O	
1.	Membuat rekapitulasi klaim tagihan JPK Gakin satu bulan periode	v	v			W: Rekapitulasi klaim tagihan gakin dibuat untuk periode 1 bulan O: Sesuai wawancara
2.	Menerima Rekapitulasi Hasil Verifikasi Dan Berita Acara Pemeriksaan (BAP) Klaim Gakin dari Dinas Kesehatan	v	v			W: BAP diterims a setelah mengajukan rekapitulasi tagihan bulanan O: Sesuai wawancara
3.	Menindak lanjuti tagihan yang terpending dengan melengkapi kekurangan yang tertera di BAP dan mengajukannya kembali ke Dinas Kesehatan	v	v			W: Tagihan yang terpending akan dilengkapi berkasnya dan diajukan kembali O: Sesuai wawancara

W : Wawancara, O : Obsrvasi

6.3.9. Tahap Penutupan Rekening

Tahap penutupan rekening dilakukan jika telah terjadi pelunasan pembayaran tagihan atau upaya penagihan lanjutan dihentikan. Dinas Kesehatan membayar tagihan JPK Gakin RSIA Budi Kemuliaan sesuai jumlah yang ada pada BAP berupa cek yang diserahkan kepada Wakil Kepala Bidang Administrasi Keuangan. Pelunasan dicatat sebagai pendapatan piutang secara keseluruhan. Sampai saat ini belum pernah dilakukan petutupan piutang per rekening tagihan pasien. Tagihan yang tidak dibayar dimasukkan sebagai biaya keringanan pasien bukan sebagai *bad debt*.

(Informan 10): " *Belum ada petugas yang sempat mengerjakan penutupan per rekening pasien JPK Gakin , jadi cuma globalnya saja*"

(Informan 1): " *Selama ini tagihan yang tidak terbayar dicatat sebagai biaya keringanan pasien bukan sebagai bad debt*"

6.3.10. Piutang Pasien JPK Gakin

Pada tahun 2008 pasien miskin yang dilayani di RSIA Budi Kemuliaan terdiri dari JPK Gakin (99,2%) dan Jamkesmas (0,8%). Pasien JPK Gakin terdiri

dari pasien rawat inap (99%) dan pasien rawat jalan (1%). Secara akuntansi, pengakuan pendapatan di RSIA Budi Kemuliaan dicatat saat pasien pulang dari rumah sakit. Setelah pelayanan kesehatan selesai diberikan pasien pemegang kartu Gakin/BLT/Jamkesmas digratiskan, sedangkan pasien SKTM membayar kontribusi sesuai kemampuan. Rekening tagihan pasien JPK Gakin kemudian dikumpulkan dengan berkas persyaratan lainnya dan dilakukan *input* data penyusunan rekapitulasi tagihan klaim JPK Gakin setiap satu bulan. Dalam daftar rekapitulasi pasien JPK Gakin terdiri dari Pasien Gakin, Pasien SKTM dan Pasien Orang Terlantar. Jumlah prosentase pasien SKTM 70%, Gakin 20%, dan Orang Terlantar 10%. Orang terlantar terdiri dari pasien tanpa alamat yang jelas (tuna wisma, gelandangan), pasien kabur, pasien tanpa keluarga, pasien bayi yang ditinggal kabur orang tuanya, dan lain-lain.

Petugas mengirim hasil rekapitulasi tagihan bulanan beserta seluruh berkas persyaratan ke Dinas Kesehatan. Selanjutnya Dinas Kesehatan melakukan verifikasi dan mengirim kembali Rekapitulasi Hasil Verifikasi Dan Berita Acara Pemeriksaan (BAP) Klaim Gakin yang menyatakan jumlah tagihan yang disetujui untuk dibayar dan yang ditunda pembayarannya berikut keterangannya. Dalam jangka waktu 8 bulan (Juli 2008 sampai dengan Februari 2009), terdapat 288 berkas yang ditunda pembayarannya dengan alasan sebagai berikut: tidak ada surat jaminan pasien rawat inap (28%), tidak ada jaminan katastropik pasien rawat inap (24%), selisih dengan PPE terutama pada pasien rawat jalan (17%), selisih penulisan kontribusi pasien antara rekapitulasi dengan berkas pada jaminan untuk pasien rawat inap ibu dan bayinya (15%), tidak ada rujukan puskesmas terutama pada pasien rawat jalan (8%), tidak ada resume medis pasien rawat inap (6%), dan lain-lain (2%). Berkas yang kurang lengkap akan ditindaklanjuti dengan melengkapi kekurangan persyaratan dan mengajukan kembali ke Dinas Kesehatan. Dinas Kesehatan akan membayar klaim tagihan sesuai yang ada di BAP. Oleh bagian akuntansi pelunasan dicatat sebagai pendapatan piutang secara keseluruhan dan tagihan yang tidak dibayar dimasukkan sebagai biaya keringanan pasien.

Jumlah piutang merupakan jumlah penjualan kredit yang terjadi pada suatu waktu. Presentase pembayaran didapatkan dengan membandingkan jumlah pembayaran dengan jumlah piutang setiap bulan periode penagihan. Perhitungan lama proses penyusunan *billing* dihitung dari satu hari setelah akhir periode transaksi tagihan sampai tagihan dikirim sedangkan umur piutang dihitung dari mulai tagihan dikirim sampai tagihan dibayarkan. Berdasarkan data yang diperoleh dari bagian keuangan tentang jumlah piutang, lama proses penyusunan *billing*, umur piutang, persentase pembayaran dan persentase tidak tertagih piutang JPK Gakin didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 6.9. Piutang JPK Gakin RSIA Budi Kemuliaan
Juli 2008 sampai dengan April 2009

Bulan Pelayanan	Jumlah tagihan (Rp)	Lama proses penyusunan <i>billing</i> (hari)	Umur piutang (hari), persentase pembayaran	Persentase Tidak Tertagih
Juli 2008	671.147.339	34	83 (96,1%) 224 (2,5%)	1,4%
Agustus 2008	886.084.575	53	49 (89,4%) 201 (5,4%) 225 (1,0%)	4,2%
September 2008	869.517.073	31	122 (68,7%) 166 (27,3%) 217 (1,4%)	2,6%
Oktober 2008	1.007.002.584	35	131 (90,0%) 182 (9,0%)	1%
Nopember 2008	949.029.245	36	60 (62,5 %) 119 (34,8 %) 151 (1,3%)	1,4%
Desember 2008	1.024.016.875	35	82 (94,8 %) 121 (0,8 %)	4,4%
Januari 2009	1.404.542.610	40	85 (75,6%) Ada BAP, belum dibayar (20,4%)	4%
Februari 2009	1.055.139.997	33	Ada BAP, belum dibayar (75,7%) Belum ada BAP (perkiraan 22,5%)	Belum ada BAP (Perkiraan 1,8%)
Maret 2009	1.094.470.958	63	Ada BAP, belum dibayar (73,3%) Belum ada BAP (perkiraan 24,5%)	Belum ada BAP (Perkiraan 2,2%)
April 2009	968.435.293	28	Belum ada BAP	Belum ada BAP

Sumber: diolah dari data bulanan bagian keuangan

Dari data di atas diketahui bahwa dalam semester II tahun 2008 (Juli sampai dengan Desember) jumlah piutang JPK Gakin per bulan rata-rata sebesar Rp. 901,132,948.50, lama proses penyusunan *billing* rata-rata selama 37 hari, umur piutang rata-rata selama 191 hari, persentase pembayaran tahap I sebesar 83,5% dengan rata-rata umur piutang tahap I selama 92,5 hari, persentase pembayaran tahap II sebesar 13,3% dengan rata-rata umur piutang tahap II selama 168 hari dan persentase tidak tertagih rata-rata sebesar 2,5%. Secara garis besar penyebab tagihan yang tidak tertagih adalah: selisih jaminan katastropik, selisih PPE, tidak ada surat jaminan (berkas tidak lengkap karena tidak ada buku nikah, kartu keluarga, dan lain-lain), selisih penulisan kontribusi pasien antara rekapitulasi dengan berkas pada jaminan untuk pasien rawat inap ibu dan bayinya, dan lain-lain.

Dalam 4 bulan pertama tahun 2009 (Januari-April), jumlah piutang JPK Gakin per bulan rata-rata sebesar Rp. 1.130.647.215, lama proses penyusunan *billing* rata-rata selama 41 hari. Tahun 2009 pembayaran baru diterima RS untuk bulan Januari 2009 dengan tahap I sebesar 75,6% dan umur piutang 87 hari. Berdasarkan BAP, rata-rata jumlah yang dapat tertagih pada tahap I sebesar 74,9%. Untuk bulan Februari dan Maret umur piutang belum diketahui karena sampai saat ini (akhir Juni) belum dibayar. Berdasarkan analisa data berkas tagihan pendingan, perkiraan persentase pembayaran tahap II untuk bulan Januari-Maret rata-rata sebesar 22,5%, dan perkiraan persentase tidak tertagih rata-rata sebesar 2,7%. Perkiraan persentase tidak tertagih dibuat berdasarkan perhitungan selisih katastropik/PPE, dan selisih penulisan kontribusi pasien antara rekapitulasi dengan berkas pada jaminan untuk pasien rawat inap ibu dan bayinya.

Dari data di atas pada tahun 2009 terdapat kenaikan rata-rata jumlah piutang per bulan, lama proses penyusunan *billing* dan persentase tidak tertagih. Sebaliknya terdapat penurunan jumlah persentase pembayaran tahap pertama. Gambaran jangka waktu antara klaim, BAP dan pembayaran dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 6.10. Jangka Waktu Klaim-BAP-Pembayaran Tahap I
Juli-Desember 2008

Bulan Pelayanan	Jangka waktu Klaim - BAP (hari)	Jangka Waktu BAP - Pembayaran Tahap I (hari)
Juli 2008	50	33
Agustus 2008	21	29
September 2008	40	82
Oktober 2008	77	54
Nopember 2009	28	32
Desember 2008	56	26
Rata-rata	45	43

Sumber: diolah dari data bulanan bagian keuangan

Dari data di atas diketahui bahwa dalam semester II tahun 2008 (Juli sampai dengan Desember), jangka waktu antara pengajuan klaim sampai keluarnya BAP rata-rata selama 45 hari. Jangka waktu ini adalah waktu yang dibutuhkan oleh Dinas Kesehatan untuk memverifikasi seluruh berkas yang diajukan untuk periode satu bulan. Sedangkan jangka waktu antara BAP sampai pembayaran tahap I rata-rata selama 43 hari, yaitu waktu yang dibutuhkan oleh Dinas Kesehatan untuk membayar klaim tahap I yang telah disetujui.

BAB 7 PEMBAHASAN

Pola pembiayaan masyarakat pengguna jasa rumah sakit mengalami pergeseran dari biaya sendiri (*out-of-pocket*) ke pembiayaan melalui pihak ketiga. Khusus pembiayaan kesehatan masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah membayar iuran program jaminan sosial kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), baik tingkat nasional maupun daerah yang bekerja sama dengan rumah sakit pemerintah dan swasta. RSIA Budi Kemuliaan merupakan rumah sakit swasta yang menerima pasien miskin di wilayah DKI Jakarta. Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta bertindak sebagai pihak ketiga melalui program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK Gakin) dengan dana yang bersumber dari APBD.

RSIA Budi Kemuliaan memiliki tata nilai (*value*), budaya organisasi, visi dan misi yaitu memberikan pelayanan berkualitas bagi seluruh golongan masyarakat. Kebijakan yang menjadi ciri khas RS ini adalah sistem pelayanan berjenjang dan tidak adanya uang muka bagi semua pasien yang dirawat dengan tingkat status ekonomi dan kelas perawatan yang dipilih. Pasien rawat inap akan membayar saat pulang dari perawatan. Padahal menurut definisi dari Dirjen Yanmed tahun 2002 disebutkan bahwa piutang pelayanan diakui pada saat pelayanan medis diberikan tetapi belum menerima pembayaran dari pengguna jasa yang bersangkutan. Hal ini menunjukkan pentingnya penerapan manajemen piutang bagi semua pasien rawat inap di rumah sakit ini. Menurut Coyne (2008), semakin tinggi ketergantungan pada kredit dari pihak ketiga, seperti asuransi kesehatan, semakin penting manajemen arus kas dalam industri pelayanan kesehatan.

Posisi saldo kas RSIA Budi Kemuliaan yang secara konsisten lebih rendah dari jumlah pengeluaran operasional bulanan dalam tiga tahun terakhir merupakan hal yang patut menjadi perhatian bagi manajemen keuangan RS. Saldo kas yang memadai dibutuhkan bukan hanya untuk menunjang kegiatan operasional saja, melainkan juga untuk pemeliharaan sumber daya dan investasi

dalam pengembangan pelayanan. Bila *value* mulia RSIA Budi Kemuliaan tetap akan dipertahankan, maka pihak manajemen perlu melakukan berbagai upaya pencarian beberapa alternatif sumber dana yang dapat mensubstitusi risiko kerugian keuangan sebagai akibat dari penerapan kebijakan yang berpihak pada “orang miskin”. Salah satu alternatif adalah dengan mengembangkan kegiatan pelatihan bagi tenaga medis/paramedis dan memberi kesempatan bagi perusahaan besar yang ingin menyalurkan dana *Corporate Social Responsibility (CSR)* ke RS. Seperti tersebut di atas, RSIA Budi Kemuliaan adalah rumah sakit swasta yang sudah sejak hampir 100 tahun berdiri dan tetap teguh memegang komitmen tata nilainya dalam memberikan pelayanan.

7.1. Keterbatasan Penelitian.

Pengelolaan piutang JPK Gakin RSIA Budi Kemuliaan melibatkan proses yang terjadi di dalam rumah sakit dan di luar rumah sakit. Penelitian ini adalah karena hanya melihat dari sisi internal rumah sakit. Dari sisi eksternal RS yaitu Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta hanya dilakukan dengan wawancara tanpa melakukan observasi. Sedangkan penyebab kesulitan dari pasien untuk mendapatkan verifikasi dari Puskesmas juga tidak diteliti. Penelitian ini juga belum mencakup sisi pasien yang menjadi penyebab mereka mengubah keputusan dari biaya sendiri menjadi SKTM (kurang menangkap penjelasan di tahap penerimaan, dipengaruhi oleh orang lain, biaya melebihi perkiraan dari yang disampaikan di tahap penerimaan, biaya menjadi katastrofik karena perawatan yang lama, dan lain-lain). Hal lain yang belum tercakup dalam penelitian ini adalah gambaran pasien miskin di RSIA Budi Kemuliaan, yang tidak dapat tercakup oleh JPK Gakin maupun Jamkesmas, misalnya pasien miskin yang tidak memiliki KTP DKI, Kartu Jamkesmas, Surat Nikah, dan Kartu Keluarga.

7.2. Pengelolaan Piutang JPK Gakin RSIA Budi Kemuliaan

Peningkatan jumlah pasien JPK Gakin dalam tiga tahun terakhir disertai umur piutang yang lamanya rata-rata 191 hari telah membuat semakin ketatnya posisi saldo kas RS yang selalu berada di bawah jumlah pengeluaran operasional bulanan. Jumlah pasien JPK Gakin hampir dua kali lipat jumlah pasien jaminan non gakin. Hal tersebut di atas menunjukkan pentingnya pengelolaan piutang JPK

Gakin dilakukan secara profesional agar tujuan manajemen siklus piutang dapat diraih secara optimal. Seperti yang disebutkan oleh Newmann (1988) bahwa tujuan manajemen piutang adalah meminimalkan pelayanan yang tidak terbayar oleh pasien karena kekeliruan dalam membuat tagihan, mempersingkat siklus piutang untuk setiap pasien serta meminimalkan biaya yang timbul karena adanya perpanjangan kredit serta biaya penagihan

Pengelolaan piutang JPK Gakin di RSIA Budi Kemuliaan dimulai dengan keputusan RS untuk mengadakan ikatan kerjasama dengan Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta. Menurut Dirjen Yanmed tahun 2002 transaksi piutang mempunyai empat karakteristik, yaitu: adanya pemberian pelayanan atau penyerahan uang, persetujuan atau kesepakatan berhutang, jangka waktu tertentu, dan jaminan. Dalam perjanjian kerja sama JPK Gakin tahun 2007, jangka waktu pembayaran setelah pengajuan klaim tidak dicantumkan. Berdasarkan Keputusan Gubernur No 470 Th 2007, pembayaran tagihan bulan Oktober, Nopember dan Desember dibayarkan dengan APBD tahun berikutnya. Pembayaran klaim JPK Gakin sangat tergantung dari kesiapan dana APBD dari Pemda DKI. Oleh karena itu, walaupun dalam pengelolaan piutang JPK Gakin RS tidak dapat melakukan kontrol terhadap kondisi eksternal, tetapi RS dapat mengoptimalkan upaya kontrol internal dengan menerapkan semua unsur manajemen (perencanaan, implementasi, evaluasi) secara profesional baik di bidang Keuangan, SDM, dan Sistem Informasi Rumah Sakit.

Pada semester kedua tahun 2008, rata-rata umur piutang adalah 191 hari dengan rata-rata ketertagihan pada tahap I sebesar 83,5% dalam waktu 92,5 hari.. Hal ini menunjukkan pentingnya tingkat ketertagihan pada tahap I yang sangat tergantung dari kelengkapan berkas. Oleh karena itu sasaran utama pengelolaan piutang JPK Gakin di Budi Kemuliaan adalah melengkapi berkas seoptimal mungkin dalam waktu maksimal satu bulan setelah bulan pelayanan. Di awal tahun 2009, terdapat kecenderungan penurunan ketertagihan tahap pertama yang memerlukan perhatian khusus untuk dicari penyebabnya dan dilakukan perbaikan. Masalah selisih katastrofik atau selisih PPE, dapat disebabkan oleh faktor medis atau non medis. Hal medis yang perlu dievaluasi apakah standar pelayanan medis yang diterapkan telah memenuhi unsur *effectiveness* berdasarkan bukti medis

dalam tata kelola klinik. Sedangkan hal non medis misalnya lama perawatan yang memanjang karena keluarga pasien lama tidak menjenguk pasien, lama/tidak tepat janji saat mengurus surat-surat dan lain-lain.

7.2.1. Tahap Penerimaan

Tahap penerimaan adalah tahap untuk mendapatkan informasi selengkap-lengkapnyanya dalam waktu singkat terutama informasi keuangan pasien yang memutuskan untuk memakai JPK Gakin. Sebagian besar pasien JPK Gakin baru menyatakan memakai SKTM saat akan pulang dari rumah sakit. Hal ini dapat memperkecil kemungkinan mendapat surat jaminan pelayanan dari Dinkes/SuDinKes karena terlambat mengurus persyaratan. Pasien yang sudah pulang sering tidak kembali untuk mengurus jaminan, sehingga akhirnya surat jaminan harus diurus oleh petugas rumah sakit yang memakan waktu lebih lama. Oleh karena itu, semakin cepat diketahui bahwa pasien akan memakai SKTM, semakin cepat pasien dapat melengkapi persyaratan saat akan pulang dari rumah sakit sehingga memudahkan pekerjaan tahap pengelolaan piutang selanjutnya.

Kendala yang ditemui pada tahap ini adalah ketika petugas penerimaan yang hanya satu orang dalam setiap *shift*nya harus melayani pasien rawat inap yang datang secara bersamaan dan merangkap tugas menjadi kasir di malam hari. Padahal petugas membutuhkan cukup waktu untuk mengidentifikasi pasien yang tidak mampu bayar sehingga dapat memberikan saran pilihan pembayaran yang akan diambil. Selain itu petugas penerimaan juga bukan berlatar belakang medis sehingga tidak dapat secara akurat memberi informasi perkiraan jumlah biaya tagihan kepada pasien. Menurut Mehta (1977), perkiraan jumlah tagihan pasien dapat dilakukan dengan memperhatikan faktor: diagnosa pasien, pemeriksaan penunjang, pengobatan/tindakan, kemungkinan komplikasi/harapan sembuh, dokter yang merawat dan kelas perawatan yang diinginkan. Bagian penerimaan membutuhkan tenaga yang terdidik baik mengenai seluk beluk kebijaksanaan rumah sakit, peraturan perasuransian, dan keterampilan menggunakan komputer.

7.2.2. Tahap Pembebanan Biaya

Tahap pembebanan biaya selama pasien di ruang rawat inap dilakukan setiap hari dengan memasukkan data secara *online* dengan bagian keuangan

berikut bukti transaksi pelayanan. Peran komputer *online* menjadi sangat penting. Dalam tahap ini fungsinya untuk dapat menambah keakuratan dan kecepatan data. Kerusakan jaringan LAN harus segera diperbaiki karena efek yang ditimbulkan cukup besar, baik bagi segi pelayanan maupun segi risiko kehilangan pendapatan (*lost of revenue*) yang mungkin timbul akibat kesalahan dan kelalaian dalam perhitungan beban biaya. Penelitian oleh Darwin (2004) juga menganjurkan untuk mengontrol ulang catatan medis sebelum diberikan ke penata rekening, meneliti pencatatan beban rekening sesuai bukti pengeluaran yang dibebankan, dan memakai pencatatan manual sebagai *back up* data sistem komputerisasi.

Upaya evaluasi dari bagian keuangan terhadap kemungkinan perubahan cara pembayaran pasien dari sendiri menjadi memakai SKTM - berdasarkan perhitungan beban biaya setiap hari sesuai dengan kondisi ekonomi pasien - perlu dilanjutkan dalam upaya melengkapi berkas persyaratan. Upaya ini adalah agar permohonan jaminan dapat dilakukan sesegera mungkin sebelum pasien pulang dari rumah sakit. Kendala lain adalah kurangnya SDM di bagian bayi/anak serta tidak adanya SDM administrasi ruangan di luar jam kerja dan hari libur sehingga *input* data beban biaya pasien yang masuk rawat dan pulang pada saat itu dilakukan oleh tenaga lain (Bidan/Penjaga Orang Sakit). Hal ini dapat diatasi dengan menambah SDM sesuai kebutuhan.

7.2.3. Tahap Penataan Rekening

Penataan rekening dan persiapan klaim merupakan tahap yang penting dalam lamanya proses penyusunan *billing* pasien JPK Gakin. Menurut Cleverly (1997), waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tagihan dimulai dari pasien lepas rawat sampai tagihan dikirim memerlukan waktu sekitar 15 hari. Karena penagihan JPK Gakin dilakukan secara kolektif maka perhitungan lama proses penyusunan *billing* dihitung dari 1 hari setelah akhir periode transaksi tagihan sampai tagihan dikirim ke Dinas Kesehatan. Terdapat persamaan dengan hasil penelitian sebelumnya (Lilis, 2006) dalam pengelolaan piutang pada umumnya bahwa dalam hal kelengkapan dokumen yang penting adalah perincian biaya, kwitansi, surat jaminan, dan resume medis untuk melengkapi berkas klaim penagihan, serta pentingnya jumlah SDM yang cukup dan komunikasi yang baik antar petugas.

Lamanya proses penyusunan *billing* JPK Gakin RSIA Budi Kemuliaan disebabkan oleh beberapa kendala. Kendala dalam tahap ini antara lain adalah kesulitan melengkapi berkas pasien yang baru mengurus SKTM ketika akan pulang, pasien sudah pulang lalu tidak kembali untuk mengurus jaminan, pasien tidak punya surat nikah, kartu keluarga, dan pasien yang sulit mendapat verifikasi puskesmas. Beban kerja petugas yang tinggi terdapat di bagian *billing* dan bagian administrasi gakin akibat kerja rangkap dengan tugas di luar *billing*. Petugas administrasi gakin juga mempunyai beban kerja yang tinggi. Sampai saat ini belum ada petugas khusus yang bertanggung jawab untuk melakukan kontrol harian terhadap masalah kelengkapan berkas untuk penyusunan rekapitulasi tagihan bulanan ke Dinas Kesehatan.

7.2.4. Tahap Penagihan

Menurut Newman (1988) tahap penagihan merupakan proses untuk mengubah pelayanan menjadi pembayaran dengan tujuan untuk mendapatkan pembayaran penuh dari pelayanan yang telah diberikan dalam waktu secepatnya. Tahap penagihan menentukan lama tidaknya umur piutang yang dimulai saat penyerahan klaim tagihan kepada Dinas Kesehatan, penerimaan BAP, dan penerimaan pembayaran sesuai BAP. Penerimaan BAP dapat terjadi lebih dari sekali tergantung kelengkapan berkas klaim. Semakin banyak kelengkapan berkas semakin banyak piutang yang dapat terbayar pada BAP tahap pertama. Jangka waktu yang dibutuhkan oleh Dinas Kesehatan untuk memverifikasi seluruh berkas yang diajukan untuk periode satu bulan cukup lama. Hal ini terjadi karena Dinas Kesehatan memiliki keterbatasan SDM, sementara berkas yang harus diverifikasi dan yang belum lengkap tetap dikirim oleh pihak rumah sakit. Pihak Dinas Kesehatan DKI seharusnya mempunyai sistem yang lebih efisien dalam verifikasi sampai dengan penerbitan BAP. Proses ini memang diluar kendali rumah sakit, tetapi memperpanjang siklus piutang JPK Gakin. Rentang waktu antara keluarnya BAP sampai dengan pembayaranpun dirasakan cukup lama karena pembayaran tergantung kesiapan dana APBD DKI. Bila rata-rata per bulan jumlah piutang JPK Gakin senilai Rp.901,132,948.50 dengan lama proses penyusunan *billing* rata-rata selama 37 hari dan umur piutang rata-rata selama 191 hari (sekitar enam bulan), maka biaya *opportunity* yang hilang dengan

menggunakan estimasi bunga deposito yang berlaku (8% per tahun) adalah sekitar Rp 36 juta per bulan, atau sekitar Rp 432 juta per tahun. Hal ini belum diperhitungkan dengan biaya mencari tambahan modal kerja karena keterlambatan pembayaran dan juga risiko tidak tertagih yang sudah terbukti sekitar rata-rata 2.5%.

7.2.5. Tahap Penutupan Rekening

Tahap penutupan rekening piutang JPK Gakin belum dilakukan per rekening pasien melainkan setiap terjadi pelunasan dicatat sebagai pendapatan piutang secara keseluruhan. Hal ini dapat mempersulit fungsi evaluasi kinerja manajemen piutang JPK Gakin karena pasien yang bermasalah sulit dievaluasi satu per satu untuk mencari penyebab kegagalan penagihan. Hal ini penting sebagai masukan bagi manajemen sehingga tidak terjadi pengulangan kesalahan yang sama di masa mendatang. Bagian akutansi RS memasukkan piutang JPK Gakin yang tidak tertagih bukan sebagai *bad debt* melainkan sebagai biaya keringanan pasien. Walaupun demikian, tetap diperlukan evaluasi penyebab timbulnya piutang yang tidak tertagih tersebut untuk upaya perbaikan pengelolaan piutang JPK Gakin.

BAB 8 KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. KESIMPULAN

1. Gambaran piutang JPK Gakin RSIA Budi Kemuliaan adalah: peningkatan jumlah pasien JPK Gakin sebanyak 2,4 kali lipat dalam tiga tahun terakhir, sehingga pada tahun 2008 sebanyak 20% dari total pendapatan rumah sakit. Pada akhir semester 2008, rata-rata per bulan jumlah piutang adalah sebesar Rp 901 juta. Rata-rata lama proses penyusunan *billing* selama 37 hari, umur piutang selama 191 hari, persentase pembayaran tahap I sebesar 83,5% (umur piutang 92,5 hari), persentase pembayaran tahap II sebesar 13,3% (umur piutang 69 hari) dan persentase tidak tertagih rata-rata sebesar 2,5%. Sedangkan pada empat bulan pertama tahun 2009 terdapat kenaikan rata-rata jumlah piutang per bulan, lama proses penyusunan *billing* dan persentase tidak tertagih dan sebaliknya, terdapat penurunan jumlah persentase pembayaran tahap pertama.
2. Masalah pada tahap penerimaan adalah: petugas mempunyai beban kerja yang tinggi dengan merangkap tugas sebagai kasir di malam hari, petugas tidak berlatar belakang medis sehingga tidak dapat secara akurat memperkirakan biaya perawatan sesuai kondisi pasien, dan petugas kurang dapat mengidentifikasi kemampuan ekonomi pasien untuk mendapatkan kepastian cara pembayaran memakai JPK Gakin sejak awal masuk RS.
3. Masalah pada tahap pembebanan biaya adalah: petugas administrasi ruangan mempunyai beban kerja yang tinggi terutama di ruangan bayi/anak, tidak adanya petugas di luar jam kerja dan hari libur, dan rusaknya jaringan *online* sejak dua bulan terakhir.
4. Masalah pada tahap penataan rekening adalah: petugas *billing* mempunyai beban kerja yang tinggi dengan merangkap berbagai tugas lain di bagian keuangan, belum adanya petugas administrasi gakin yang khusus bertanggung jawab untuk melakukan kontrol harian terhadap upaya kelengkapan berkas.
5. Masalah pada tahap penagihan yang memengaruhi umur piutang, terutama merupakan faktor eksternal RS pada Dinas Kesehatan dan Pemda DKI. Umur

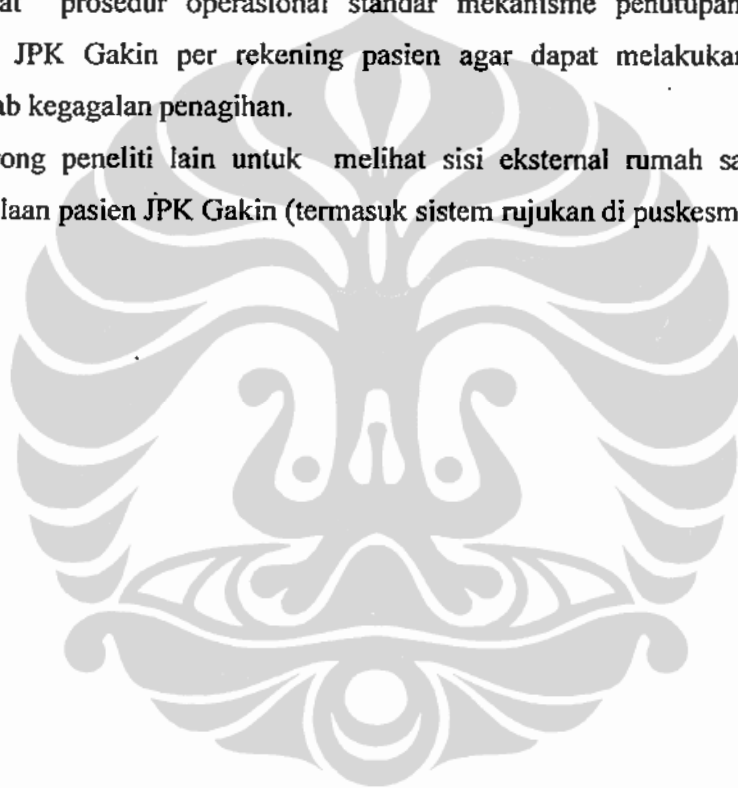
piutang JPK Gakin tinggi disebabkan oleh lamanya proses penanganan piutang di Dinas Kesehatan untuk memverifikasi berkas tagihan (antara klaim dengan BAP) dengan terbatasnya SDM, dan menunggu kesiapan dana APBD dari Pemda DKI.

6. Masalah pada tahap penutupan rekening adalah belum dapatnya dilakukan pemantauan terhadap setiap rekening pasien JPK Gakin - sebagai masukan bagian keuangan- adalah karena pelunasan dicatat sebagai pendapatan piutang secara keseluruhan.

8.2. SARAN

1. RSIA Budi Kemuliaan perlu membangun jaringan dan upaya advokasi dengan organisasi pemerintah/supra struktur yang lebih tinggi maupun organisasi non pemerintah sehingga terbangun kesamaan visi RS dengan *political will* bersama terkait dengan kebijakan (perencanaan, implementasi dan evaluasi) pembiayaan pasien miskin di DKI Jakarta.
2. Dalam pengelolaan piutang JPK Gakin, RS perlu memfokuskan upayanya untuk: meningkatkan persentase pembayaran tahap pertama dengan mempercepat dan meningkatkan ketelitian dalam proses penyusunan *billing* (dengan melengkapi berkas sedini mungkin sejak pasien masuk), memperkecil risiko kehilangan pendapatan pada tahap pembebanan biaya, serta memperkecil persentase yang tidak tertagih akibat berkas yang tidak lengkap.
3. Membuka layanan kasir 24 jam sehingga petugas penerimaan tidak merangkap tugas sebagai kasir di malam hari.
4. Petugas penerimaan sebaiknya berlatar belakang medis sehingga dapat memperkirakan biaya perawatan dengan lebih akurat sesuai kondisi medis pasien.
5. Meningkatkan kemampuan komunikasi petugas penerimaan untuk dapat menggali informasi kemampuan ekonomi pasien sehingga pernyataan menggunakan SKTM dapat diketahui sejak awal masuk RS.
6. Menambah petugas administrasi ruangan bayi dan anak dengan uraian tugas yang jelas. Membuat jadwal piket petugas administrasi ruangan di luar jam kerja dan hari libur .

7. Segera memperbaiki kerusakan jaringan komputer *online* agar dapat memperkecil risiko hilangnya pendapatan akibat kesalahan perhitungan biaya.
8. Menambah petugas keuangan yang akan mengambil alih pekerjaan yang selama ini dirangkap oleh petugas *billing*.
9. Menambah petugas administrasi gakin yang bertugas untuk kontrol harian terhadap kelengkapan berkas untuk penyusunan rekapitulasi tagihan bulanan ke Dinas Kesehatan.
10. Membuat prosedur operasional standar mekanisme penutupan rekening piutang JPK Gakin per rekening pasien agar dapat melakukan evaluasi penyebab kegagalan penagihan.
11. Mendorong peneliti lain untuk melihat sisi eksternal rumah sakit dalam pengelolaan pasien JPK Gakin (termasuk sistem rujukan di puskesmas).



DAFTAR REFERENSI

- Berger, S. (2008). *Fundamentals of Healthcare Financial Management: A Practical Guide to Fiscal Issues and Activities*. 3rd ed. San Fransisco. Josey-Bass
- Broyles, Robert. (1981). *The Management of Working Capital in Hospitals*. An Aspen Publication. Maryland
- Clarkin, John. (1986). *Billing System in Handbook of Health Care Accounting and Finance*
- Cleverley, William O. (1997). *Analizing Financial statement, Essensial of Health Care Finance*. Fourth Edition. An Aspen Publication
- Copeland, Thomas. (1995). *Manajemen Keuangan*. edisi ke-9. Binarupa Aksara
- Coyne, Joseph S. (2008). *The Early Indicators of Financial Failure: A Study of Bankrupt and Solvent Health Systems*. Journal of Healthcare Management. ABI/INFORM Global. Sept/Okt 2008
- Direktorat Jendral Pelayanan Medik, Depkes RI. (2002). *Pedoman Akutansi Rumah Sakit Nirlaba*
- Gani, Ascobat. (2002). *Manajemen Keuangan Rumah Sakit*. Modul Kuliah.FKM UI. Depok
- Komarsih, Lilis. (2006). *Analisis Variasi Piutang Pasien Jaminan pihak Ketiga di RS Karya Bakti*. Tesis. FKM-UI
- Mehta, Nitin H. (1977). *Hospital Accounting Systems aand Controls*. Prentice Hall. Inc/Englewood Cliffts,N.J
- Newman B., Suver J.,& Zelman WN. (1988). *Financial Management: Concept & Applications For Health Care Profider*. National Health Publishing

- Rowland, Howard S., & Beatrice. (1984). *Hospital Administration Handbook*. Aspen Publisher Maryland
- Ruby, Mahlil. (2005). *Perbaikan Kebijakan Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin*. Jurnal Marsi. vol VI No I. Februari 2005
- Saragih. (2008). *Pengelolaan Dana Gakin di DKI Tidak Profesional* [on line]. Dari: <http://www.mediaindonesia.com/>[6 Februari 2009]
- Simone, Rauscher. (2008). *Effective Hospital Revenue Cycles Management: Is There a Trade-off Between the Amount of patient Revenue and the Speed of Revenue Collection*. Journal of Healthcare Management. ABI/INFORM Global. Nov/Dec 2008
- Sobirin, Ahmad. (2007). *Dampak Keterlambatan Pemayaran Kalin Askeskin Terhadap Cash Flow dan Pelayanan Pasien Askeskin di Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Jati Kota Cirebon tahun 2007*. Tesis Pasca Sarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat UI. Depok
- Sounsens, Fred. (1987) *Analisa Resiko likuid, Intermediate Accounting*. South Western
- Thabrany, Hasbullah. (2009). *Sakit, Pemiskinan, dan MDGs*. Penerbit Buku Kompas
- Tjakradidjaja, Darwin. (2004). *Analisis Manajemen Piutang jaminan Pihak Ketiga RS Bakti Mulya*. Tesis. FKM-UI
- Yahya, Adib A. (2008). *Pengertian dan Ruang Lingkup Rumah Sakit*. Bahan Kuliah Program Pasca Sarjana FKM UI

Pedoman Wawancara

Judul Penelitian: Analisa Pengelolaan Piutang JPK Gakin RSIA Budi Kemuliaan tahun 2008-2009

Dengan hormat,

Mohon kesediaan bapak/ibu menjadi informan dan memberikan keterangan secara luas, bebas, mendalam, benar dan jujur. Hasil informasi dan keterangan ini akan digunakan sebagai masukan untuk pengelolaan piutang pasien JPK Gakin di RSIA Budi Kemuliaan, serta akan digunakan untuk melengkapi tesis saya. Selanjutnya saya mohon izin merekam wawancara ini . Saya akan menjamin kerahasiaannya dan menggunakannya hanya untuk kepentingan penelitian ini. Atas kesediaan bapak/ibu berpartisipasi dalam penelitian ini, saya mengucapkan terima kasih.

Nomor Informan :

Hari/Tanggal :

Identitas Responden :

Nama :

Pendidikan :

Jabatan :

Lama bekerja di RS :

Daftar Pertanyaan

Kebijakan Piutang JPK Gakin (Nomor Informan 1, 2 dan 11)

1. Apakah RSIA BK menerapkan kebijakan uang muka pada pasien yang akan dirawat?
2. Apakah dalam perjanjian kerjasama tersebut dicantumkan jadwal waktu pembayaran klaim JPK Gakin?
3. Apakah RS akan terus melanjutkan kerjasama JPK Gakin di masa mendatang?
4. Bagaimana kebijakan RS untuk pasien miskin dengan KTP daerah tapi tidak punya kartu jamkesmas?

Tahap Penerimaan (Nomor Informan 2 dan 3)

1. Berapa orang yang bertugas di bagian penerimaan? Apa latar pendidikannya? Apakah sarana yang menunjang cukup memadai? Apakah ada SOP sebagai dasar melaksanakan tugas?
2. Apakah kepada senantiasa diinformasikan pasien/penanggung jawab mengenai tarif pelayanan sesuai kondisi medis pasien saat masuk rumah sakit?
3. Apakah ditanyakan pekerjaan/penghasilan penanggung jawab biaya pasien? Apakah setiap pasien yang memilih perawatan kelas III diberitahu tentang JPK Gakin?
4. Adakah formulir penerimaan yang berisi *check list* kelengkapan persyaratan pasien JPK Gakin? Apa saja syaratnya? Apakah diinformasikan batas waktu pelengkapan berkas persyaratan JPK Gakin sejak diberikannya pelayanan?
5. Masalah apa yang menjadi penghambat kelancaran tugas di penerimaan?

Tahap Pembebanan Biaya (Nomor Informan 4 dan 5)

1. Siapakah yang terkait langsung dalam menunjang tugas-tugas memasukkan biaya pelayanan pasien ke dalam rekening tagihan selama pasien dalam perawatan? Apa latar pendidikannya? Apakah sarana penunjang kegiatan yang berhubungan dengan keuangan cukup tersedia? Apakah ada SOP sebagai dasar dalam melaksanakan tugas?

2. Apakah pencatatan/input data biaya perawatan dilakukan setiap hari? Apakah informasi data tersebut dapat on line dengan bagian keuangan? Masalah apa yang terutama dirasakan dalam upaya pembebanan biaya ?
3. Apakah ada kesulitan dalam melengkapi dokumen persyaratan JPK Gakin? Adakah kerjasama dengan bagian administrasi gakin dan keuangan? Upaya apa yang dilakukan untuk memaksimalkan kelengkapan persyaratan JPK Gakin?

Tahap Penataan Rekening (Nomor Informan 6 dan 7)

1. Berapa orang petugas yang ada? Apa latar pendidikannya? Apakah sarana yang menunjang tugas cukup memadai? Apakah ada SOP dalam melaksanakan tugas? Apakah masalah sering dihadapi dalam menjalankan tugas?
2. Apakah selalu dilakukan pemeriksaan ulang hasil perhitungan biaya beserta dokumen/formulir biayanya (pencatatan rekening atas rekam medis dan bukti-bukti pengeluaran)?
3. Apakah dilakukan pengawasan di bagian keuangan terhadap proses negosiasi kontribusi biaya pasien SKTM? Apakah rumah sakit memiliki tim verifikator internal?
4. Apakah semua unit yang terlibat dengan perawatan pasien rawat inap pasien JPK Gakin dapat saling bekerja sama? Apakah ada yang mengontrol rekening pasien sebelum diserahkan ke bagian administrasi Gakin?
5. Apakah usaha yang dilakukan untuk mengoptimalkan kelengkapan persyaratan?
6. Apakah ada yang melakukan kontrol harian terhadap kelengkapan berkas untuk penyusunan rekapitulasi tagihan bulanan ke Dinas Kesehatan?.

Tahap Penagihan (Nomor Informan 8, 9 dan 12)

1. Berapa orang petugas yang berurusan dengan penagihan klaim JPK Gakin? Apa latar belakang pendidikannya? Apakah sarana penunjang yang ada sudah cukup? Adakah SOP dalam melaksanakan tugas?

2. Bagaimana proses mendapatkan jaminan dari Dinas Kesehatan? Berapa banyak pasien yang ditolak oleh Dinas Kesehatan dalam mendapatkan jaminan? Apakah penyebabnya?
3. Bagaimana proses melakukan penagihan klaim JPK Gakin ke Dinas Kesehatan DKI? Berapa lama berkas persyaratan dapat dilengkapi sebelum pengajuan klaim ?
4. Berapa tahap Dinas Kesehatan biasanya melakukan pembayaran? Apa penyebab terbanyak berkas yang tidak dapat ditagihkan kembali?
5. Mengapa jangka waktu antara pengajuan klaim dan keluarnya BAP cukup lama?
6. Mengapa jangka waktu antara keluarnya BAP dan saat pembayaran cukup lama?

Tahap Penutupan Rekening (Nomor Informan 1 dan 10)

1. Berapa orang yang bertugas untuk melakukan penutupan rekening piutang pasien JPK Gakin? Apakah sarana yang dipakai sudah cukup?
2. Apakah ada SOP penutupan rekening pasien JPK Gakin yang sudah dibayar?
3. Apakah ada SOP penghapusan rekening pasien JPK Gakin yang tidak tertagih?
4. Bagaimana pencatatan akutansi bagi piutang JPK Gakin yang tidak tertagih?

Tabel 1. Kebijakan

No	Pertanyaan	I	2	II
1	Apakah RSIA BK menerapkan kebijakan uang muka pada pasien yang akan dirawat?	Tidak pernah	Belum pernah	Pasien masuk tanpa uang muka sudah menjadi ciri khas Budi Kemuliaan sejak dulu sampai sekarang
2	Apakah dalam perjanjian kerjasama tersebut dicantumkan jadwal waktu pembayaran klaim JPK Gakin?	Tidak, hanya mencantumkan batas waktu pengajuan klaim tagihan maksimal 2 bulan setelah bulan pelayanan	Kurang tahu	Kurang tahu
3	Apakah RS akan terus melanjutkan kerjasama JPK Gakin di masa mendatang?	Kerja sama ini sangat membantu sekali karena pasien kita kebanyakan pasien kurang mampu, yang Alhamdulillah pembiayaannya dapat diajukan ke DKI, dan kebijakan ini pasti akan terus dilanjutkan sesuai visi rumah sakit untuk melayani pasien kurang mampu”	Falsafah rumah sakit ini yang menerima pasien dari segala golongan tanpa uang muka sangat dibantu oleh program JPK Gakin. Jadi kerja sama ini sudah pasti akan diteruskan”.	Tentu saja akan dilanjutkan
4.	Bagaimana kebijakan RS untuk pasien miskin dengan KTP daerah tapi tidak punya kartu jamkesmas?	Biasanya saat pulang pasien miskin tersebut akan membayar semampunya dan sisanya dibayar dengan cara mencicil setelah dibuat berita acara perjanjian piutang.	Tetap dilayani	Budi Kemuliaan tidak boleh menolak pasien dengan alasan apapun, jika tidak mampu menanganinya secara medis maka pasien dirujuk dalam kondisi sudah tertangani masalah keedaruratanya

Tabel 2. Tahap Penerimaan Pengelolaan Piutang JPK Gakin RSLA Budi Kemuliaan

No	Pertanyaan	2	3
1	Berapa orang yang bertugas di bagian penerimaan? Apa latar pendidikannya? Apakah sarana yang menunjang cukup memadai? Apakah ada SOP sebagai dasar melaksanakan tugas?	Setiap shift satu orang/hampir semuanya D3/sarana cukup/SOP ada	Satu orang tiap shift/rata-rata D3/sarana cukup/ada SOP
2	Apakah selalu diinformasikan kepada pasien/penanggung jawab mengenai tarif pelayanan sesuai kondisi medis pasien saat masuk rumah sakit?	Tidak, Karena latar belakang pendidikan mereka bukan medis jadi hanya menjelaskan berdasarkan kelas perawatan dan jenis tindakan medis secara umum	Tidak, kami hanya menjelaskan secara umum.
3	Apakah ditanyakan pekerjaan/penghasilan penanggung jawab biaya pasien? Apakah setiap pasien yang memilih perawatan kelas III diberitahu tentang JPK Gakin?	Kadangk ditanyakan/ Tidak selalu	" Tidak semua pasien yang memilih kelas III diberitahukan ada prosedur keringanan biaya memakai SKTM. Pasien yang memilih kelas III dengan pembayaran sendiri akan ditulis kemungkinan memakai SKTM di formulir penerimaan jika kelihatan tidak mampu . Pertanyaan tentang jumlah penghasilan secara detail hanya untuk pasien yang sejak awal masuk menyatakan SKTM"
4	Adakah formulir admission yang berisi cek list kelengkapan persyaratan pasien JPK Gakin? Apakah diinformasikan batas waktu pelengkapan berkas persyaratan JPK Gakin sejak diberikannya pelayanan?	Adanya	Ada/ya, 1 kali 24 jam
5.	Masalah apa yang menjadi penghambat kelancaran tugas di penerimaan?	Pekerjaannya merangkap kasir di luar jam kerja	Kerja rangkap sebagai kasir di luar jam kerja dan jika datang secara bersamaan beban kerja makin berat.

Tabel 3 Tahap Pembebanan Biaya Pengelolaan Piutang JPK Gakin RSIA Budi Kemuliaan

No	Pertanyaan	4	5
1	Siapakah yang terkait langsung dalam menunjang tugas-tugas memasukkan biaya pelayanan pasien ke dalam rekening tagihan pasien selama pasien dalam perawatan? Apa latar belakangnya? Apakah sarana penunjang kegiatan yang berhubungan dengan keuangan cukup tersedia? Apakah ada SOP sebagai dasar dalam melaksanakan tugas?	Petugas administrasi ruangan/latar pendidikan SMA/sarana cukup tapi sejak pertengahan Mei 2009 sampai sekarang LAN rusak sehingga semua pekerjaannya dilakukan secara manual/SOP ada	Petugas administrasi ruangan/latar pendidikan SMA/sarana cukup tapi sejak LAN rusak, pekerjaan kita manual/SOP ada
2	Apakah pencatatan / input data biaya perawatan dilakukan setiap hari? Apakah informasi data tersebut dapat on line dengan bagian keuangan? Masalah apa yang sangat mengganggu dalam upaya pembebanan biaya ?	Ya setiap hari/ya, kecuali saat LAN rusak seperti sekarang/Masalah terjadi jika LAN rusak	Ya setiap hari/sebelumnya online, tapi saat ini tidak karena LAN rusak /Sangat mengganggu jika LAN rusak
3	Apakah ada keluhan petugas di lapangan?	"Petugas adm bayi dan anak untuk 3 lantai hanya satu orang di hari kerja sedangkan di hari libur oleh POS yang sudah terlatih untuk mengerjakan adm, oleh karena itu sering telambat mengirim transparan ke keuangan disamping juga karena perhitungan dosis obat bayi oleh perawat setiap hari perlu waktu lama"	Bagi saya tidak ada masalah, kecuali kalau LAN rusak
4	Mengapa pasien mengubah cara pembayaran draai sendiri menjadi SKTM?	"Karena pasien bayi sering baru mengajukan SKTM setelah orang tuanya mengetahui perkembangan biaya selama dirawat dan tidak sanggup lagi membiayai biaya perawatan bayi yang lama"	Pasien sering minta memakai SKTM setelah diformasikan biayanya

Tabel 4 Tahap Penataan Rekening Pengelolaan Piutang JPK Gakin RSIA Budi Kemuliaan

0	Pertanyaan	6	7
	Berapa orang petugas yang ada? Apa latar pendidikannya? Apakah sarana yang menunjang tugas cukup memadai? Apakah ada SOP dalam melaksanakan tugas? Apakah masalah sering dihadapi dalam menjalankan tugas?	Dua orang petugas billing, lima orang petugas gakin/SOP ada/kekurangan petugas karena beban kerja yang tinggi akibat kerja rangkap	Dua orang petugas billing, lima orang petugas gakin/sarana cukup/SOP ada/harus kerja rangkap
	Apakah selalu dilakukan pemeriksaan ulang hasil perhitungan biaya beserta dokumen/formulir biayanya (pencatatan rekening atas rekam medic dan bukti-bukti pengeluaran)? Apa hambatannya?	Ya/ Kita tidak dapat kerja maksimal karena kerja rangkap dengan tugas lain, apalagi sejak LAN rusak semua dikerjakan manual sehingga banyak pasien mengeluh karena kelamaan menunggu”	Ya, setiap hari/ Menurut saya yang paling penting LAN harus segera bisa beroperasi normal karena perhitungan manual kadang salah dan koreksnyai perlu waktu lama”
	Apakah dilakukan pengawasan di bagian keuangan terhadap proses negosiasi kontribusi biaya pasien SKTM? Apakah rumah sakit memiliki tim verifikasi internal?	Ya/tidak. Petugas adm gakin hanya sebatas menyiapkan kelengkapan berkas seoptimal mungkin, membuat berita acara tentang kondisi ekonomi pasien saat membuat pernyataan jumlah kontribusi, tapi tidak sampai pemeriksaan rumah pasien.	Ya/hanya ada berita acara jumlah kontribusi
	Apakah semua unit yang terlibat dengan perawatan pasien rawat inap pasien JPK Gakin dapat saling bekerja sama?	Ya, selalu ada rapat koordinasi rutin	Ya, ada kerja sama
	Apakah ada kesulitan dalam melengkapi dokumen persyaratan JPK Gakin? Adakah kerjasama dengan bagian administrasi gakin dan keuangan? Upaya apa yang dilakukan untuk memaksimalkan kelengkapan persyaratan JPK Gakin?	Ya, Kita kesulitan kalau pasien baru mengurus SKTM ketika akan pulang, pasien sudah pulang lalu tidak kembali untuk mengurus jaminan, pasien tidak punya surat nikah, kartu keluarga, dan pasien yang sulit mendapat verifikasi puskesmas/ ya, ada kerjasama/ Petugas hampir setiap hari melakukan evaluasi ke tiap ruangan	Ya, jika pasien merubah statusnya dari biaya sendiri menjadi SKTM /ya, perawat melapor ke bagian keuangan jika ada pasien bermasalah dalam keuangan/ hampir setiap hari petugas mengecek pasien bermasalah
	Apakah ada yang melakukan kontrol harian terhadap kelengkapan berkas untuk penyusunan rekapitulasi tagihan bulanan ke Dinas Kesehatan?.	Sampai saat ini belum ada petugas yang khusus mengevaluasi masalah yang timbul saat melengkapi berkas secara rutin setiap hari”	Tidak ada karena kurang orang

Tabel 5 Tahap Penagihan Rekening Pengelolaan Piutang JPK Gakin RSIA Budi Kemuliaan

No	Pertanyaan	8	9	12
1	Berapa orang petugas yang berurusan dengan penagihan klaim JPK Gakin? Apa latar belakang pendidikannya? Apakah sarana penunjang yang ada sudah cukup? Adakah SOP dalam melaksanakan tugas?	Satu orang/D3/sarana cukup/ada SOP	Satu orang/D3/sarana cukup/ada SOP	-
2	Berapa banyak pasien yang ditolak oleh Dinas Kesehatan dalam mendapatkan jaminan? Apakah penyebabnya?	Cukup banyak/tidak ada surat jaminan, tidak ada jaminan katastrofik, dll	Lumayan banyak/tidak ada surat jaminan	-
3	Bagaimana proses melakukan penagihan klaim JPK Gakin ke Dinas Kesehatan DKI? Berapa lama berkas persyaratan dapat dilengkapi sebelum pengajuan klaim ?	Rekap dilakukan bulanan lalu dikirim ke Dinkes, Dinkes membuat BAP dan mengembalikan berkas yang kurang lengkap/rata-rata sebulan	Rekap bulanan lalu dikirim ke Dinkes, Dinkes membuat BAP dan mengembalikan berkas yang kurang lengkap/rata-rata sebulan	-
4	Berapa tahap Dinas Kesehatan biasanya melakukan pembayaran? Apa penyebab terbanyak berkas yang tidak dapat ditagihkan kembali?	2 sampai 3 tahap / berkas tidak lengkap, selisih katastrofik, selisih PPE, selisih kontribusi	2 sampai 3 tahap/ Berkas yang akhirnya tidak tertagih sebabnya antara lain adalah yang tidak dapat jaminan karena tidak ada buku nikah atau kartu keluarga. Selain itu juga selisih katastrofik, selisih PPE, selisih penulisan kontribusi pasien juga tidak bisa diajukan lagi ke Dinkes”	-

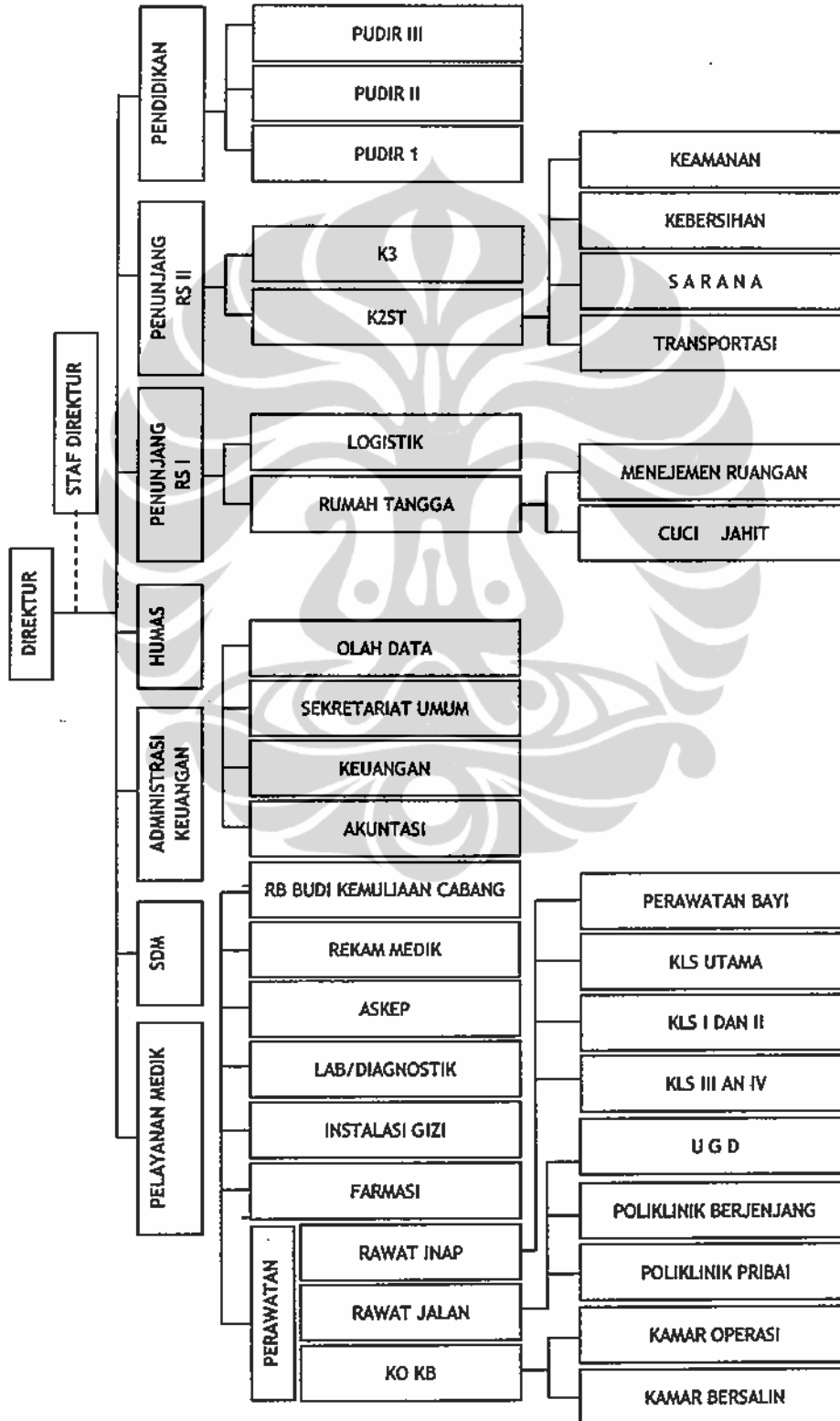
Tabel 5 Tahap Penagihan Rekening Piutang JPK Gakin RSIA Budi Kemuliaan


No	Pertanyaan	8	9	12
5.	Adakah masalah yang sering dihadapi dalam proses penagihan ini?	Kurang orang untuk keliling ke-5 wilayah Sidinkes pada saat bersamaan	Tugas ke dinkes kadang bersamaan ke Dinsos mengantar pasien terlantar	-
6.	Mengapa jangka waktu antara pengajuan klaim dan keluarnya BAP cukup lama?	Proses di Dinkes	Mungkin karena banyaknya berkas yang harus diperiksa di Dinkes	Yang membuat lama proses verifikasi adalah disamping SDM nya kurang juga karena antrian pemeriksaan yang lebih dahulu masuk ke Dinkes dan karena pihak rumah sakit juga sering mengirim berkas kurang lengkap yang akan dikembalikan lagi untuk dilengkapi. Sehingga jika rumah sakit punya tim verifikasi sendiri sebelum mengirim berkas akan semakin cepat proses verifikasi di Dinkes dan semakin banyak yang tertagih "
7.	Mengapa jangka waktu antara keluarnya BAP dan saat pembayaran cukup lama?	Proses di Dinkes	Kurang tahu	"Lamanya saat pembayaran sangat tergantung dari kesiapan dana Pemda DKI untuk diserahkan ke Dinkes dimana hal ini berada di luar kontrol Dinkes sendiri."


Tabel 6 Tahap Penutupan Rekening Pengelolaan Piutang JPK Gakin RSIA Budi Kemuliaan


No	Pertanyaan	1	10
1	Berapa orang yang bertugas untuk melakukan penutupan rekening piutang pasien JPK Gakin? Apakah sarana yang dipakai sudah cukup?	Tidak ada/sarana cukup tapi tidak ada petugasnya	Belum ada/sarana cukup tapi belum ada petugasnya
2	Apakah ada SOP penutupan/penghapusan rekening pasien JPK Gakin yang sudah dibayar?	Tidak ada, Tidak per rekening pasien melainkan secara global	Tidak ada. Belum ada petugas yang sempat mengerjakan penutupan per rekening pasien JPK Gakin , jadi cuma globalnya saja”
3	Bagaimana pencatatan akutansi bagi piutang JPK Gakin yang tidak tertagih?	Selama ini tagihan yang tidak terbayar dicatat sebagai biaya keringanan pasien bukan sebagai bad debt”	Sebagai biaya keringanan pasien


STRUKTUR ORGANISASI RSIA BUDI KEMULIAAN




 SEJAK 1917	STANDAR OPERATING PROCEDURE Administrasi dan Keuangan		
	NO. DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
PETUNJUK PENANGANAN Pengumpulan Kelengkapan Persyaratan peserta SKTM/Gakin/ BLT/BBM/ Jamkesmas	TANGGAL TERBIT	Ditetapkan : dr. Mohammad Baharuddin, SpOG, Direktur	
PENGERTIAN	Membantu/memfasilitasi pasien dan atau keluarganya untuk melengkapi persyaratan sebagai peserta SKTM/Gakin/BLT/BBM/Jamkesmas		
TUJUAN	Melengkapi persyaratan peserta SKTM/Gakin/BLT/BBM/Jamkesmas dalam waktu minimal 24 jam agar proses pengembalian dana dari Dinas Kesehatan dapat berjalan transparan, akuntabel, <i>responsible, independence, fairness</i>		
KEBIJAKAN	Pelaksana : petugas bagian keuangan sesuai jadwal yang ditetapkan. Dilaksanakan setiap saat dari jam 07.00 - 18.00 secara proaktif. Prinsip tugas ini adalah : membantu pasien dan atau keluarganya dalam melengkapi persyaratan sebagai peserta SKTM/Gakin/BLT/BBM/Jamkesmas		
PROSEDUR	Persiapan : Jadwal petugas dinas. Formulir ceklis data pendukung peserta SKTM/Gakin/BLT/BBM/Jamkesmas untuk pasien dan atau keluarganya Ruang penjelasan di lantai 1,4 dan 5 yang ditunjuk dan disepakati. Berita Acara Hasil Proses melengkapi persyaratan peserta SKTM/Gakin/BLT/BBM/Jamkesmas Pelaksanaan : Sebelum 24 jam : <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambil ceklis data pendukung peserta SKTM/Gakin/BLT/BBM/Jamkesmas dari <i>admission</i>/lantai 1/ 4 atau 5, sesuai pemberitahuan dari <i>admission</i>/lantai 1/ 4 atau 5 atau pada jam 07.15 dan 18.00 setiap hari dari <i>admission</i>. 2. Segera hubungi keluarga pasien peserta SKTM/Gakin/BLT/BBM/Jamkesmas secara langsung atau melalui <i>PA System</i> dengan bantuan petugas penerangan 		


 SEJAK 1917	STANDAR OPERATING PROCEDURE Administrasi dan Keuangan		
	NO. DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
PETUNJUK PENANGANAN Pengumpulan Kelengkapan Persyaratan peserta SKTM/Gakin/ BLT/BBM/ Jamkesmas	TANGGAL TERBIT	Ditetapkan : <u>dr. Mohammad Baharuddin, SpOG,</u> Direktur	
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 3. Persilahkan keluarga pasien menuju ruangan yang ditunjuk di lantai 1,4 atau 5. 4. Jelaskan kepada keluarga pasien agar melengkapi persyaratan peserta SKTM/Gakin/BLT/BBM/Jamkesmas dalam waktu 1 x 24 jam. 5. Jelaskan kepada keluarga pasien apabila dalam waktu 1 x 24 jam persyaratan peserta SKTM/Gakin/BLT/BBM/Jamkesmas tidak lengkap, RS tidak dapat membantu untuk mendapat keringanan biaya. 6. Jelaskan kepada keluarga pasien peserta SKTM agar berupaya menyediakan sebagian biaya sesuai kejujuran dan kepatutan pasien dan keluarganya sebagai kontribusi pembayaran untuk membantu RS 7. Jelaskan kepada pasien untuk menyampaikan hasil kelengkapan persyaratan peserta SKTM/ Gakin/ BLT/BBM/ Jamkesmas kepada petugas keuangan di lantai 1 gedung lama. Setelah 24 jam <ol style="list-style-type: none"> 1. Ulangi prosedur pelaksanaan seperti prosedur sebelum 24 jam butir 4 - 6 2. Bila data pendukung peserta SKTM telah lengkap, <ul style="list-style-type: none"> - berikan Surat Pengantar untuk mendapat Jaminan dari Dinas Kesehatan kepada suami/keluarga. - Sampaikan kepada suami/keluarga bahwa apabila surat jaminan dari dinas kesehatan telah disetujui agar menyampaikan surat jaminan tersebut kepada anda di bagian pengurusan peserta Jaminan Kesehatan di Lantai 1 gedung lama. 3. Bila data pendukung belum lengkap : <ul style="list-style-type: none"> - Tanyakan kepada suami/keluarga tentang 		


 SEJAK 1917	STANDAR OPERATING PROCEDURE Administrasi dan Keuangan		
	NO. DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
PETUNJUK PENANGANAN Pengumpulan Kelengkapan Persyaratan peserta SKTM/Gakin/ BLT/BBM/ Jamkesmas	TANGGAL TERBIT	Ditetapkan : dr. Mohammad Baharuddin, SpOG, Direktur	
PROSEDUR	<ul style="list-style-type: none"> - kesulitan yang dihadapi. - Tuliskan penjelasan suami/keluarga dalam lampiran berita acara. - Persilahkan pasien menandatangani lampiran Berita Acara tersebut. - Bubuhkan tandatangan anda pada Lampiran Berita Acara tersebut. <ol style="list-style-type: none"> 4. Catat persyaratan lengkap atau tidak lengkap di dalam Berita Acara serta lampirkan penjelasan dari pasien atau keluarganya. 5. Persilahkan pasien dan atau keluarganya untuk membubuhi paraf di form Berita Acara. 6. Bubuhkan paraf anda di kolom petugas form Berita Acara. 7. Persilahkan pasien menuju ruang negosiasi. 		
UNIT TERKAIT	Admission/ ruang rawat Lantai 1, 4 dan 5 dan Bidang Admin Keu.		


 SEJAK 1917	STANDAR OPERATING PROCEDURE Administrasi dan Keuangan		
	NO. DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
PETUNJUK PENANGANAN Pengumpulan Kelengkapan Persyaratan peserta SKTM/Gakin/BLT/BBM/Jamkesmas	TANGGAL TERBIT	Ditetapkan : <u>dr. Mohammad Baharuddin, SpOG,</u> Direktur	
PENGERTIAN	Tata cara negosiasi dengan peserta SKTM tentang kontribusi biaya yang dapat diberikan oleh peserta SKTM sebagai bantuan untuk RSIA BK		
TUJUAN	Mengupayakan agar peserta SKTM dapat memberikan kontribusi biaya untuk RSIA BK sesuai azas kejujuran dan kepatutan pasien dan keluarganya, serta memenuhi azas <i>Transparansi, akuntabel, responsibel, independence dan fairness.</i>		
KEBIJAKAN	Pelaksana : negosiator terpilih dari bagian keuangan Dilaksanakan di ruang negosiasi yang telah ditetapkan Prinsip tugas ini adalah : berupaya mendapatkan kontribusi biaya dari peserta SKTM sebagai bantuannya kepada RSIA BK sesuai dengan azas kejujuran dan kepatutan serta azas <i>Transparansi, akuntabel, responsibel, independence dan fairness.</i>		
PROSEDUR	Persiapan : <ul style="list-style-type: none"> - Formulir Berita Acara Hasil Proses negosiasi peserta SKTM/Gakin/BLT/BBM/Jamkesmas yang telah di isi. - Biaya yang harus dikeluarkan dari bagian keuangan unit kasir - Berkas kelengkapan peserta SKTM. Pelaksanaan : <ul style="list-style-type: none"> - Ucapkan salam pertemuan - Ucapkan selamat atas kelahiran putra/putrinya atau ucapan turut berduka cita atas kegagalan persalinan. - Sampaikan jumlah biaya yang harus dibayarkan. - Sampaikan bahwa pemerintah DKI tidak dapat mengganti keseluruhan biaya karena banyaknya pasien SKTM di DKI - Sampaikan bahwa sisa yang tidak dibayarkan oleh pemerintah DKI menjadi tanggungan RSIA BK - Negosiasikan berapa biaya yang dapat bapak/ibu/saudara dapat berikan sebagai kontribusi biaya membantu RSIA BK, sesuai dengan azas kejujuran dan kepatutan pasien dan keluarganya. 		


 SEJAK 1917	STANDAR OPERATING PROCEDURE Administrasi dan Keuangan		
	NO. DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
PETUNJUK PENANGANAN Pengumpulan Kelengkapan Persyaratan peserta SKTM/Gakin/ BLT/BBM/ Jamkesmas	TANGGAL TERBIT	Ditetapkan : <u>dr. Mohammad Baharuddin, SpOG,</u> Direktur	
PROSEDUR	<ul style="list-style-type: none"> - Tuliskan semua alasan dan kesulitan peserta SKTM dalam upaya negosiasi sebagai lampiran Berita Acara. - Setelah dicapai kesepakatan persilahkan pasien/suami/keluarga/penanggung jawab biaya untuk menandatangani Berita Acara. - Bubuhkan tanda tangan anda di kolom petugas formulir Berita Acara. - Ucapkan terma kasih kepada pasien/suami/keluarga/penanggung jawab biaya - Persilahkan pasien menuju Kasir di bagian Keuangan. - Simpan berkas di 		
UNIT TERKAIT	Kasir, rawat inap, admission		


 SEJAK 1917	STANDAR OPERATING PROCEDURE HUMAS		
	NO. DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
PETUNJUK PENANGANAN ADMISSION	TANGGAL TERBIT	Ditetapkan : dr. Mohammad Baharuddin, SpOG, Direktur	
PENGERTIAN	<ul style="list-style-type: none"> Melaksanakan proses penerimaan pasien rawat inap secara administratif Melaksanakan pencatatan keuangan sesuai proses LAN 		
TUJUAN	<ul style="list-style-type: none"> Pasien dan keluarganya dapat memilih ruang rawat sesuai dengan keinginan dan kemampuannya dengan tenang dan terjaga privasinya sehingga pasien dan keluarganya sadar akan pilihannya dan juga mampu membayar biaya perawatan. Membantu proses ketersediaan data akurat agar pasien dapat mengetahui jumlah biaya setiap saat dibutuhkan. 		
KEBIJAKAN	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksana : 4 orang Tim admission Penjelasan berdasarkan SK DIR No 353/SK DIR/TU.BK/X/2000 tentang Kebijakan Pelayanan Kesehatan dan Panduan Penerimaan Pasien tentang pelayanan pasien berjenjang dan pasien pribadi. Membuat status pasien sesuai peraturan rekam medik dan keuangan Diakhir waktu dinas membuat laporan dan serah terima Jam kerja : 07.00 - 14.00 14.00 - 20.00 20.00 - 07.00 Pakaian : seragam Untuk proses LAN harus melaksanakan tugas sesuai SOP keuangan. <ol style="list-style-type: none"> Membuat data pasien masuk Membuat data bayi baru lahir sebagai pasien baru Mencatat setiap perpindahan pasien dari satu ruang ke ruang lainnya Dan meng input data perpindahan pasien ke dalam computer termasuk mencatat jasa tim perawatan (kalau perlu), tanggal dan jam perpindahan 		


 SEJAK 1917	STANDAR OPERATING PROCEDURE HUMAS		
	NO. DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
PETUNJUK PENANGANAN ADMISSION (LANJUTAN)	TANGGAL TERBIT	Ditetapkan : dr. Mohammad Baharuddin, SpOG, Direktur	
PROSEDUR	Persiapan prasarana <ol style="list-style-type: none"> 1. Tarif yang berlaku 2. SK Dir. tentang Kebijakan pelayanan kesehatan 3. Brosur tentang fasilitas pelayanan 4. Alat telepon 5. Aiphone 6. Komputer 7. Status ibu dan bayi beserta kelengkapannya 8. Buku laporan kegiatan dan pemakaian barang 9. Ruang admission dengan 1 meja dan 4 buah kursi 10. Formulir - formulir yang perlu untuk LAN 11. Formulir Surat Pernyataan (SP) 1b-08 12. Formulir Penerimaan Pasien (PP 1b-08) 13. Cek lis untuk kelengkapan data pendukung pasien peserta Gakin/BBM/BLT//Jamkesmas/SKTM 14. Buku ekspedisi pasien peserta Gakin/BBM/BLT//Jamkesmas/SKTM Pelaksanaan : Secara umum : <ol style="list-style-type: none"> 1. Terimalah pasien yang telah memiliki surat perintah rawat inap dari dokter UGD/kamar terima 2. Jelaskan pada pasien dan suami / keluarganya tentang tarif yang berlaku dan fasilitas yang ada. (Lihat panduan penerimaan pasien rawat inap) dengan jelas dan transparan. 3. Jelaskan bahwa bila telah memilih ruang rawat selain Srikandi/Dewi Shinta & Dewi Trijata kelas III tidak diperkenankan meminta pengurangan atau pembebasan pembayaran. 4. Setelah pasien & suami/keluarganya menentukan pilihan persilahkan pasien atau suami/keluarganya mengisi formulir Penerimaan Pasien (PP1b-08) 5. Persilahkan pasien membaca dan jelaskan tentang formulir SP 1b-08 (Surat Pernyataan) tentang hak & kewajiban . 		

 SEJAK 1917	STANDAR OPERATING PROCEDURE HUMAS		
	NO. DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
PETUNJUK PENANGANAN ADMISSION (LANJUTAN)	TANGGAL TERBIT	Ditetapkan : <u>dr. Mohammad Baharuddin, SpOG,</u> Direktur	
PROSEDUR	<p>6. Setelah formulir PP b-08 (Penerimaan Pasien) diisi dan SP 1b-08 (Surat Pernyataan, 2 rangkap) dipahami persilahkan pasien menandatangani kedua formulir tersebut.</p> <p>7. Bubuhkan tanda tangan anda pada kedua formulir tersebut</p> <p>8. Serahkan satu kopi SP 1b-08 kepada pasien atau suami/keluarganya</p> <p>9. Lengkapi status pasien sesuai peraturan Rekam Medik Masukkan data kedalam komputer.</p> <p>Secara khusus : Ruang Srikandi/Dewi Shinta & Dewi Trijata kelas III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah pasien & suami/keluarganya memilih ruang rawat kelas Srikandi//Dewi Shinta & Dewi Trijata kelas III, persilahkan pasien atau suami/keluarganya mengisi formulir PP 1b-08 2. Perhatikan secara rinci pekerjaan penanggung jawab biaya, tentang kemungkinan berubah menjadi pasien yang menggunakan SKTM 3. Persilahkan dan jelaskan pasien tentang formulir SP 1b-08 tentang hak & kewajiban. 4. Setelah PPb-08 diisi dan SP 1b-08 (2 rangkap) dipahami persilahkan pasien menandatangani kedua formulir tersebut. 5. Bubuhkan tanda tangan anda pada kedua formulir tersebut 6. Serahkan satu kopi SP 1b-08 kepada pasien atau suami/keluarganya 7. Lengkapi status pasien sesuai peraturan Rekam Medik 		

 SEJAK 1917 PETUNJUK PENANGANAN ADMISSION (LANJUTAN)	STANDAR OPERATING PROCEDURE HUMAS		
	NO. DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
	TANGGAL TERBIT	Ditetapkan : dr. Mohammad Baharuddin, SpOG, Direktur	
PROSEDUR	<p>Secara khusus : Pasien Peserta SKTM / Kemungkinan Menjadi Peserta SKTM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah pasien & suami/keluarganya memilih ruang rawat kelas Srikandi/Dewi Shinta & Dewi Trijata kelas III dan menggunakan SKTM/Kemungkinan menjadi peserta SKTM, persilahkan pasien atau suami/keluarganya mengisi formulir PP1b-08 2. Persilahkan dan jelaskan pasien tentang formulir SP 1b-08 tentang hak & kewajiban. 3. Jelaskan kepada pasien dan suami/keluarganya agar berupaya menyediakan sebagian biaya yang akan ditanggung sesuai dengan azas kejujuran dan kepatutan sebagai kontribusi biaya untuk membantu RS. 4. Setelah PPb-08 diisi dan SP 1b-08 (2 rangkap) dipahami persilahkan pasien menandatangani kedua formulir tersebut. 5. Bubuhkan tanda tangan anda pada kedua formulir tersebut 6. Serahkan satu kopi SP 1b-08 kepada pasien atau suami/keluarganya 7. Jelaskan pada pasien dan keluarganya untuk segera melengkapi persyaratan peserta SKTM dalam waktu 1 x 24 jam. 8. Jelaskan kepada pasien dan suami/keluarganya apabila dalam waktu 1 x 24 jam persyaratan peserta SKTM tidak dilengkapi maka RSIA BK tidak dapat membantu untuk mendapat kemudahan sebagai peserta SKTM. 9. Lengkapi status pasien sesuai peraturan Rekam Medik 10. Masukkan data kedalam komputer. 11. Lengkapi Form. Data Pendukung Peserta SKTM 12. Masukkan data pasien ke dalam buku ekspedisi pasien peserta Jamkesmas/BLT/BBM/Gakin,SKTM 		

 SEJAK 1917	STANDAR OPERATING PROCEDURE HUMAS		
	NO. DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
PETUNJUK PENANGANAN ADMISSION (LANJUTAN)	TANGGAL TERBIT	Ditetapkan : dr. Mohammad Baharuddin, SpOG, Direktur	
PROSEDUR	<p>Secara khusus : Pasien Gakin/Bantuan Langsung Tunai (BLT) /BBM/Jamkesmas</p> <ol style="list-style-type: none"> Setelah pasien & suami/keluarganya memilih ruang rawat kelas SriKandi Dewi Shinta & Dewi Trijata kelas III dan sebagai peserta Keluarga Miskin (Gakin)/Bantuan Langsung Tunai (BLT)/BBM/Jamkesmas, persilahkan pasien atau suami/keluarganya mengisi formulir PP b-08 Persilahkan dan jelaskan pasien tentang formulir SP 1b-08 tentang hak & kewajiban. Setelah PP diisi dan SP 1b-08 (2 rangkap) dipahami persilahkan pasien menandatangani kedua formulir tersebut. Bubuhkan tanda tangan anda pada kedua formulir tersebut Serahkan satu kopi SP 1b-08 kepada pasien atau suami/keluarganya <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan pada pasien dan keluarganya untuk segera melengkapi data pendukung sebagai Peserta Gakin/BLT/BBM/Jamkesmas dalam waktu 1 x 24 jam. Jelaskan kepada pasien dan suami/keluarganya apabila dalam waktu 1 x 24 jam persyaratan Gakin/BLT/BBM/Jamkesmas tidak dilengkapi maka RSIA BK tidak dapat membantu untuk mendapat kemudahan sebagai peserta SKTM. Lengkapi status pasien sesuai peraturan Rekam Medik Masukkan data kedalam komputer. Lengkapi Form Data Pendukung Pasien Peserta Gakin/BLT/BBM/Jamkesmas Masukkan data pasien ke dalam buku ekspedisi pasien peserta Jamkesmas/BLT/BBM/Gakin/SKTM Bila semua persyaratan sebagai peserta Jamkesmas /BLT/BBM/ Gakin/SKTM lengkap, persilahkan pasien dan atau suami/keluarganya untuk menuju ruang negosiasi. 		
UNIT TERKAIT	Ruang rawat, Adminstrasi-keuangan		

 SEJAK 1917 PETUNJUK PENANGANAN ADMISSION	STANDAR OPERATING PROCEDURE HUMAS		
	NO. DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
	TANGGAL TERBIT	Ditetapkan : dr. Mohammad Baharuddin, SpOG, Direktur	
PENGERTIAN	Menerima pembayaran pasien rawat inap diluar jam kerja untuk mendukung pelayanan bagian keuangan.		
TUJUAN	Memberi kemudahan dan kepuasan kepada pasien yang mengalami kesulitan melakukan pembayaran di dalam jam kerja RSIA BK		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana : petugas Humas (<i>admission</i>) 2. Menerima pembayaran rawat inap sesuai data yang diberikan bagian keuangan. 3. Tidak melakukan negosiasi apapun tentang jumlah pembayaran diluar data dari bagian keuangan. 4. Bila terjadi perbedaan pembayaran dari data bagian keuangan persilahkan pasien/suami/keluarga/penanggung jawab biaya untuk menindaklanjuti ke bagian keuangan pada hari dan jam kerja. 		
PROSEDUR	Persiapan prasarana : <ol style="list-style-type: none"> 1. Buku Catatan Data Pembayaran Rawat Inap dan Penerimaannya yang harus dibayarkan. 2. Kwitansi Pembayaran Sementara (Mod KS-05) 3. Brankas Prosedur Pelaksanaan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Terima Buku Catatan Data Pembayaran Rawat Inap dan Penerimaannya dari bagian keuangan 2. Terima, hitung, teliti jumlah uang pembayaran dari pasien/suami/keluarga/penanggung jawab biaya. 3. Catat jumlah uang yang diterima dalam Buku Catatan data Pembayaran rawat Inap dan Penerimaannya. 4. Berikan bukti pembayaran dengan MOD KS-05 lembar warna putih kepada pasien/ suami/ keluarga/ penanggung jawab biaya. 5. Jelaskan kepada pasien/suami/keluarga/penanggung jawab biaya agar menyelesaikan administrasi (kwitansi asli) ke bagian keuangan pada hari dan jam kerja berikutnya. 		

 SEJAK 1917	STANDAR OPERATING PROCEDURE HUMAS		
	NO. DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
PETUNJUK PENANGANAN ADMISSION (LANJUTAN)	TANGGAL TERBIT	Ditetapkan : <u>dr. Mohammad Baharuddin, SpOG,</u> Direktur	
PROSEDUR	6. Simpan uang yang diterima dalam brankas beserta MOD KS-05 warna biru dengan disaksikan minimal 1 (satu) petugas lain. 7. Bila melewati jam kerja petugas : <ul style="list-style-type: none"> - Serah terimakan uang dalam brankas kepada petugas dinas berikutnya. - Tandatangani buku serah terima (petugas lama dan baru) 8. Serahkan uang hasil penerimaan pembayaran kepada bagian keuangan pada hari kerja berikutnya jam 07.30 beserta Bukti MOD KS-05 lembar warna biru. 9. Bukti MOD KS-05 lembar warna kuning sebagai arsip. 10. Bukti MOD KS-05 lembar warna merah jambu diserahkan kepada bagian akuntansi.		
UNIT TERKAIT	Rawat inap, bagian keuangan, Humas.		



RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK
Budi Kemuliaan
 Jl. Budi Kemuliaan No. 25 Jakarta 10110
 Telp (62-21) 384 2828 Fax. (62-21) 350 1012
 E-mail : rbbudi@indo.net.id

PPb-08

FORMULIR PENERIMAAN PASIENNomor RM No. Register Masuk : hari tanggal bulan tahun pukul

	ISTRI	SUAMI
Nama		
Umur / agama	tahun	tahun
Warga Negera		
No. KTP/SIM/PASPOR		
Pekerjaan		
Alamat pekerjaan		
Telepon/Telp. Seluler		
Tempat tinggal		
Telepon/Telp. Seluler		
Alamat pemberitahuan lain :		
Telepon :		
Penanggung biaya	<input type="checkbox"/> sendiri <input type="checkbox"/> kantor suami <input type="checkbox"/> kantor sendiri <input type="checkbox"/> lain - lain : alamat :	
Dikirim oleh :		
Akan dirawat sebagai pasien :	<input type="checkbox"/> berjenjang <input type="checkbox"/> pribadi dr.	
Akan dirawat di Ruang GCK/TTD/MHD/SBD/LRS/SKD	Bersedia membayar uang muka : <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak	
Telah dibaca dan menyatakan persetujuannya atas butir-butir yang disebutkan dalam lampiran tetap dari formulir ini, dan telah diserahkan pada kami untuk dijadikan pedoman.		
Pemberi keterangan Nama : Tanda tangan : <input type="checkbox"/> pasien sendiri <input type="checkbox"/> suami <input type="checkbox"/> ibu/ayah/kakak/adik <input type="checkbox"/> lain-lain	Mengetahui pihak rumah sakit Nama : Tanda tangan : <input type="checkbox"/> perawat jaga <input type="checkbox"/> dokter jaga <input type="checkbox"/> tata usaha	
NAMA HARUS DITULIS DENGAN HURUF CETAK		

Formulir Kelengkapan Data Pendukung

No RM :

Tanggal :

Nama :

		PERSYARATAN PESERTA SKTM		
		ADA	TIDAK ADA	KETERANGAN
1.	Fotokopi KTP DKI pasien			
2.	Fotokopi KTP DKI suami			
3.	Surat Keterangan Tidak Mampu dari Kelurahan			
4.	Surat Rujukan Dari Puskesmas			
5.	Verifikasi dari Puskesmas			
6.	Surat Nikah			
7.	Kartu Keluarga			

		PERSYARATAN PESERTA GAKIN/BLT/BBM		
		ADA	TIDAK ADA	KETERANGAN
1.	Fotokopi KTP DKI pasien			
2.	Fotokopi KTP DKI suami			
3.	Fotokopi Kartu Gakin/BLT/BBM			
4.	Surat Keterangan Tidak Mampu dari RT & RW			
5.	Surat Rujukan dari Puskesmas (kecuali emergency)			
6.	Surat Nikah			
7.	Kartu Keluarga			

		PERSYARATAN PESERTA JAMKESMAS		
		ADA	TIDAK ADA	KETERANGAN
1.	Fotokopi KTP pasien			
2.	Fotokopi KTP suami			
3.	Fotokopi Kartu Jamkesmas			

Petugas Admission/Adm. Ruang Rawat

(.....)

PERJANJIAN KERJASAMA

ANTARA

**KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI
DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA**

DENGAN

DIREKTUR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK BUDI KEMULIAAN

TENTANG

PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI KELUARGA MISKIN

Pada hari ini, - Senin - Tanggal Empat - Bulan Juni - Tahun Dua Ribu Tujuh, masing-masing yang bertanda tangan di bawah ini :

- I. Dr. Wibowo B. Sukijat, MPH : - Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta berkedudukan di Jakarta, Jalan Kesehatan Raya No. 10, Kotamadya Jakarta Pusat, dalam hal ini bertindak dalam jabatannya untuk dan atas nama Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
- Untuk selanjutnya disebut sebagai **PIHAK PERTAMA**
- II. Dr. Bunindro Tjokrodipo, SpOG, MARS : - Direktur Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan berkedudukan di Jakarta, Jalan Budi Kemuliaan No. 25, Kotamadya Jakarta Pusat, dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Direktur Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan.
- Untuk selanjutnya disebut **PIHAK KEDUA**

Bahwa PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA yang masing-masing bertindak dalam jabatannya seperti tersebut di atas, bersepakat untuk melakukan Perjanjian Kerja Sama dalam rangka pelaksanaan kegiatan Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin berdasarkan Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 55 Tahun 2007 tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin Kurang Mampu dan Bencana di Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta dengan ketentuan sebagai berikut :

Pasal 1

Ruang Lingkup Kerja sama

- (1) PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA bekerjasama dalam penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat khususnya bagi Keluarga Miskin, dan kepesertaan lain yang telah ditetapkan dalam Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Korban Bencana yang berlaku.

Pasal 2

Sasaran

- (1) Peserta JPK-Gakin adalah Keluarga Miskin dan kepesertaan lain yang telah ditetapkan dalam Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Korban Bencana yang berlaku.
- (2) Peserta JPK-Gakin adalah peserta yang telah ditetapkan dan mendapat Kartu Berobat Gakin, Sertifikat Panti serta yang menggunakan SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu).

Pasal 3

Kewajiban Pihak Pertama

- (1) PIHAK PERTAMA berkewajiban menjamin terselenggaranya pemeliharaan kesehatan yang dilaksanakan oleh PIHAK KEDUA bagi Keluarga Miskin dan kepesertaan lain yang telah ditetapkan dalam Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Korban Bencana yang berlaku.
- (2) Menetapkan jumlah Keluarga Miskin dan Penghuni Panti sebagai peserta JPK Gakin dan menetapkan Puskesmas serta RS yang akan melayaninya.
- (3) Membayar klaim yang diajukan PIHAK KEDUA setelah melalui proses verifikasi oleh Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta yang mengacu kepada tarif Paket Pelayanan Esensial (PPE) yang telah disepakati bersama.

Pasal 4

Kewajiban Pihak Kedua

- (1) PIHAK KEDUA sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) berkewajiban mendayagunakan segenap jaringan dan sarana yang dimilikinya untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai SPM (Standar Pelayanan Minimal) kepada peserta JPK-Gakin yang mengacu kepada PPE (Paket Pelayanan Esensial) yang ditetapkan.

RS

- (2) PIHAK KEDUA wajib memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta JPK-Gakin di kelas III sesuai tarif PPE yang berlaku di Rumah Sakit. Apabila kelas III penuh maka PPK wajib menerima peserta di kelas II maksimum selama 2 hari selanjutnya tarif disesuaikan dengan tarif kelas III.
- (3) Jenis pelayanan dan prosedur pelayanan yang diberikan kepada peserta seperti tercantum pada Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Korban Bencana yang berlaku.
- (4) Dalam hal pemberian obat sesuai dengan Daftar Obat Generik dan DOEN seperti yang tercantum pada PPE, apabila diberikan obat di luar ketentuan tersebut harus mendapat persetujuan dari Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
- (5) PIHAK KEDUA berkewajiban melaksanakan pencatatan kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta dan melaporkan kepada Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta sesuai dengan format laporan yang ditetapkan.
- (6) PIHAK KEDUA kewajiban mengajukan klaim kepada Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta sesuai dengan jumlah biaya pelayanan yang diberikan berdasarkan PPE dan mengirimkan rekapitulasi klaim setiap bulan dalam bentuk soft copy (disket/CD).

Pasal 5

Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan

- (1) Pelayanan kesehatan yang menjadi kewajiban PIHAK KEDUA untuk diberikan kepada peserta JPK Gakin meliputi pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan, pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama Lanjutan, antara lain konsultasi, pemeriksaan Dokter/Dokter Gigi, pemberian obat (Generik/DPHO), penunjang diagnostik dan tindakan medik rawat jalan.
- (2) Pelayanan Rawat Inap meliputi, biaya ruang rawat inap kelas III, visite Dokter Spesialis, asuhan keperawatan, penunjang diagnostik, tindakan bedah operasi, persalinan, keadaan Gawat Darurat.
- (3) Klaim yang tidak diganti antara lain pelayanan kosmetik seperti tercantum dalam Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Korban Bencana yang berlaku, kecuali kasus-kasus katastrofik akan dilayani dengan persetujuan PIHAK PERTAMA.
- (4) PIHAK KEDUA menerima peserta JPK-Gakin apabila dirujuk oleh Puskesmas kecuali dalam keadaan Gawat Darurat.
- (5) Jenis pelayanan dan prosedur pelayanan secara rinci tercantum pada Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Korban Bencana yang berlaku.

MB

Pasal 6
Pembiayaan

- (1) PIHAK KEDUA mengajukan Klaim sebanyak jumlah biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan, sesuai tarif PPE yang berlaku ditujukan kepada Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta dengan melengkapi persyaratan yang telah ditentukan.
- (2) PIHAK KEDUA harus segera mengirimkan klaim lengkap dengan rekapitulasi dan bukti pelayanan kesehatan serta persyaratan lainnya ke Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta paling lambat 2 (dua) bulan setelah bulan pelayanan.
- (3) Tata cara pengajuan klaim sesuai dengan Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Korban Bencana yang berlaku.

Pasal 7
Kegiatan Pemantauan

- (1) PIHAK PERTAMA memantau Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya sebagai PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) dalam jaminan pelayanan kesehatan bagi Keluarga Miskin yang sesuai dengan Standard Pelayanan Minimal (SPM) yang berlaku dan mengacu kepada Paket Pelayanan Esensial (PPE).

Pasal 8
Komunikasi

- (1) Semua komunikasi, konfirmasi dan permintaan dalam hubungannya dengan perjanjian ini dapat dilakukan secara tertulis maupun lisan (melalui telepon). Apabila dalam bentuk tertulis maka harus ditandatangani oleh pihak yang berwenang, selanjutnya disampaikan ke alamat yang tertera di bawah ini :

PIHAK PETAMA : Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
Alamat Pos : Jl. Kesehatan Raya No. 10, Kotamadya Jakarta Pusat
Untuk Perhatian : Kepala Subdin Renbiakes Dinkes Prov. DKI Jakarta
Nomor Telepon : 3844180, 3853459
Nomor Fax. : 3847877, 3853459

PIHAK KEDUA : Direktur Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi kemuliaan
Alamat Pos : Jl. Budi Kemuliaan No. 25, Kotamadya Jakarta Pusat
Untuk Perhatian : Trismati (08129490239)
Nomor Telepon : 3842828
Nomor Fax. : 3501012

Pasal 9
Jangka Waktu Perjanjian

- (1) Jangka waktu Perjanjian Kerja Sama ini berlaku selama dan sesuai dengan kebijakan yang berlaku di lingkungan Pemerintah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
- (2) Setiap perubahan kebijakan yang berlaku pada PIHAK PERTAMA yang berhubungan dengan jangka waktu perjanjian akan diberitahukan kepada PIHAK KEDUA.

Pasal 10
Hal-hal lain

- (1) Setiap perubahan atas isi kontrak hanya dapat dilakukan setelah diadakan konsultasi dan persetujuan tertulis dari kedua belah pihak.
- (2) Apabila terdapat perbedaan terhadap ketentuan-ketentuan dalam surat perjanjian ini, akan diselesaikan melalui musyawarah untuk mufakat.
- (3) Selama proses penyelesaian musyawarah untuk mufakat atau melalui proses peradilan, PIHAK KEDUA menjamin para peserta Program JPK-Gakin yang tercantum dalam Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Korban Bencana yang berlaku tetap memperoleh pelayanan kesehatan sesuai ketentuan dalam perjanjian ini.

Pasal 11
Penutup

Demikian Perjanjian Kerja Sama Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin ini dibuat dan ditandatangani di Jakarta oleh kedua belah pihak pada hari dan tanggal tersebut di atas dalam rangkap 2 (dua) masing-masing bermeterai cukup, dan mempunyai kekuatan hukum yang sama, satu eksemplar untuk PIHAK PERTAMA dan satu eksemplar untuk PIHAK KEDUA.

Ru
PIHAK KEDUA
DIREKTUR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK
BUDI KEMULIAAN

Bunindro

Dr. BUNINDRO, JOKRODIPO, Sp. OG, MARS

PIHAK PERTAMA
KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI
DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA


DINA HERNANDO B. SUKIJAT, MPH
NIP 140150512

Pasal 9
Jangka Waktu Perjanjian

- (1) Jangka waktu Perjanjian Kerja Sama ini berlaku selama dan sesuai dengan kebijakan yang berlaku di lingkungan Pemerintah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
- (2) Setiap perubahan kebijakan yang berlaku pada PIHAK PERTAMA yang berhubungan dengan jangka waktu perjanjian akan diberitahukan kepada PIHAK KEDUA.

Pasal 10
Hal-hal lain

- (1) Setiap perubahan atas isi kontrak hanya dapat dilakukan setelah diadakan konsultasi dan persetujuan tertulis dari kedua belah pihak.
- (2) Apabila terdapat perbedaan terhadap ketentuan-ketentuan dalam surat perjanjian ini, akan diselesaikan melalui musyawarah untuk mufakat.
- (3) Selama proses penyelesaian musyawarah untuk mufakat atau melalui proses peradilan, PIHAK KEDUA menjamin para peserta Program JPK-Gakin yang tercantum dalam Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Korban Bencana yang berlaku tetap memperoleh pelayanan kesehatan sesuai ketentuan dalam perjanjian ini.

Pasal 11
Penutup

Demikian Perjanjian Kerja Sama Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin ini dibuat dan ditandatangani di Jakarta oleh kedua belah pihak pada hari dan tanggal tersebut di atas dalam rangkap 2 (dua) masing-masing bermeterai cukup, dan mempunyai kekuatan hukum yang sama, satu eksemplar untuk PIHAK PERTAMA dan satu eksemplar untuk PIHAK KEDUA.

<p style="text-align: center;"><i>RU</i></p> <p style="text-align: center;">PIHAK KEDUA</p> <p style="text-align: center;">DIREKTUR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK SUDIRMAN KEMUNDAAN</p> <p style="text-align: center;">DR. SUNINDRO TJOKRODIPO, Sp. OG, MARS</p>	<p style="text-align: center;">PIHAK PERTAMA</p> <p style="text-align: center;">KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI DAERAH KURSUS IBUKOTA JAKARTA</p> <p style="text-align: center;">DR. WILLOW B. SUKJATIMPH</p>
--	---

**PETUNJUK PELAKSANAAN
DAN
PETUNJUK TEKNIS
(JUKLAK – JUKNIS)**



**Jaminan Pemeliharaan Kesehatan
Bagi Keluarga Miskin,
Kurang Mampu dan Bencana
Di Provinsi DKI Jakarta
Tahun 2007**

**DINAS KESEHATAN PROVINSI DKI JAKARTA
Jl. Kesehatan Raya No.10, Jakarta Pusat Telp. 3800154**

BAB III

KEBIJAKAN – KEBIJAKAN

1. KEBIJAKAN KEPESERTAAN

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

- ✓ a. Keluarga miskin yang terdaftar dalam data kemiskinan Badan Pusat Statistik yang telah dilakukan verifikasi ke lapangan dan mendapat kartu JPK Gakin.
- ✓ b. Pemegang kartu Kompensasi BBM (KKB, BLT, Raskin, Program Keluarga Harapan) dan Program Pemerintah Lainnya.
- ✓ c. Penghuni Panti Sosial / Rumah Singgah (bukan karyawan) yang diusulkan Dinas Bintal dan Kesos Provinsi DKI Jakarta, memiliki sertifikat panti dan kepesertaan bersifat kolektif .
- ✓ d. Orang Terlantar yang diusulkan Dinas Bintal dan Kesos Provinsi DKI Jakarta atau yang ditemukan di Provinsi DKI Jakarta.
- e. Pasien miskin penderita Thalasemia yang diusulkan Yayasan Thalasemia Provinsi DKI Jakarta (RSCM) kepada Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.
- f. Pasien miskin penderita jantung anak yang diusulkan Yayasan Jantung Anak Indonesia Provinsi DKI Jakarta kepada Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.
- ✓ g. Korban tindak kekerasan terhadap perempuan dan anak/ KDRT.
- ✓ h. Kader posyandu aktif yang telah mengabdikan dirinya selama 5 tahun dan para pendonor darah yang telah mendonorkan darahnya lebih dari 75 kali (Anggota Fokuswanda)
- ✓ i. Keluarga yang mempunyai Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) baik dengan verifikasi miskin atau verifikasi kurang mampu.
- j. Korban Bencana / Pasien KLB (DBD, Diare, Gizi Buruk, AFP, Flu Burung, Leptospirosis, Cikungunya dll)

2. KEBIJAKAN PELAYANAN KESEHATAN

- a. 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) :Dokter umum,Dokter gigi,Bidan
- 2. Rawat Inap di Puskesmas :Persalinan
- 3. Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) :Dokter Spesialis
- 4. Rawat Inap kelas III di RSUD/RS Pemerintah / RS TNI/POLRI/ RS Swasta di provinsi DKI Jakarta dan RS di luar DKI Jakarta.
- 5. Pelayanan Ambulans Dinas Kesehatan / 118.

b. Persyaratan yang Wajib dibawa oleh pasien :

- ✓ • **Pasien Kartu Gakin :**
 - Kartu Gakin, Raskin, Bantuan Langsung Tunai, Program Keluarga Harapan (Bantuan Program Pemerintah lainnya)
- **Pasien SKTM :**
 - SKTM yang ditanda tangani oleh kelurahan tempat tinggal pasien.
- **Pasien Panti / Rumah Singgah**
 - Surat keterangan kepala panti/Rumah Singgah.
 - Foto copy sertifikat panti.
- **Orang terantarr :**
 - Surat keterangan dari direktur RS atau
 - Surat keterangan dari Kepolisian atau
 - Surat keterangan dari Dinas Bintal dan Kessos.
- **Pasien Yayasan Thalasemia / Yayasan Jantung Anak :**
 - Kartu anggota Yayasan Thalasemia / Yayasan Jantung Anak
 - KTP
- **Kader / Anggota Fokuswanda :**
 - Kartu identitas kader / Surat Keterangan / Sertifikat
 - Surat pengantar dari Puskesmas Kelurahan setempat
- **Korban Bencana :**
 - Surat pengantar dari Posko bencana / RT/RW/Puskesmas
 - Penduduk DKI dan Penduduk Luar DKI
 - Surat keterangan dari Ambulan Dinas Kesehatan
- **Pasien Kejadian Luar Biasa Penyakit :**
 - ✓ - Rujukan Puskesmas (tanpa rujukan jika di IGD / Emergency)
 - Penduduk DKI dan Penduduk Luar DKI
- **Korban Tindak kekerasan terhadap Perempuan dan Anak sampai usia 18 tahun:**
 - Rujukan Puskesmas / kecuali jika Emergency tidak perlu rujukan
 - Surat Keterangan Dari Kepolisian
 - Penduduk DKI dan Penduduk Luar DKI

✓ c. Pasien **emergency wajib dilayani oleh** Puskesmas Kecamatan / Kelurahan dan Rumah Sakit. Rumah Sakit yang **belum** melakukan **Ikatan Kerjasama (IKS) hanya melayani kasus – kasus emergency** dan bila perlu perawatan, maka dirujuk ke rumah sakit lain yang melayani Gakin melalui informasi PUSDALDUKES (Telepon : 0818827118, 34835118).

d. **Pasien melalui IGD dapat dilayani tanpa membawa persyaratan** yang telah ditentukan. **Jika pasien perlu dirawat maka diberi kesempatan untuk melengkapi persyaratan selama 3x 24 jam hari kerja** . **Jika pasien langsung pulang cukup dengan surat keterangan dari Direktur RS / Dokter Jaga IGD.**

e. Rumah Sakit tidak perlu lagi meminta surat rujukan dari Puskesmas jika pasien langsung ke Poliklinik di RS.

f. Jaminan rawat diberikan sejak pasien / rumah sakit mengajukan surat jaminan. **Keterlambatan permintaan jaminan oleh rumah sakit disertai dengan surat**

keterangan direktur rumah sakit yang menjelaskan tentang alasan keterlambatan.

- g. Lama jaminan rawat disesuaikan dengan kondisi pasien. Khusus jaminan rawat bagi pasien di RS Jiwa dan Hemodialisa lamanya 30 hari (1 bulan).
- h. *Dalam keadaan darurat* apabila kelas III penuh maka pasien dapat ditempatkan *di kelas II maksimal 2 x 24 jam*, bila lebih dari waktu yang ditentukan maka pasien segera dirujuk ke Rumah Sakit lainnya atau *karena alasan kondisi pasien yang tidak memungkinkan untuk dipindahkan, maka harus dengan persetujuan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.*
- i. Apabila karena sesuatu hal diperlukan pemeriksaan penunjang ke Rumah Sakit lain maka diwajibkan Rumah Sakit membuat surat rujukan ke Rumah Sakit yang dituju dilengkapi dengan persyaratan administrasi.
- j. Rumah sakit wajib melayani pasien rujukan dari Rumah Sakit lain. Untuk rujukan pemeriksaan penunjang, pasien harus membawa persyaratan administrasi.
- k. SKTM diterbitkan oleh kantor Jurah dan ditanda tangani Lurah, *untuk mempercepat proses tidak perlu lagi ke SUDIN YANKES.*
- l. Pemegang Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dengan keterangan **PEMBEBASAN diperlakukan seperti gakin.** Untuk hal-hal diluar tersebut diatas ditentukan oleh Dinas Kesehatan.
- m. Pemegang Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dengan keterangan **KERINGANAN dikenakan iur biaya (kontribusi) sesuai dengan kemampuan pasien.**
- n. Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) berlaku 1 tahun dan dapat diperbaharui kembali bila masih diperlukan.
- o. Hasil verifikasi tempat tinggal berlaku 1 tahun.
- p. Rujukan Puskesmas berlaku 1 bulan untuk penyakit biasa, 3 bulan untuk penyakit kronis.
- q. *Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) asli dipegang oleh pasien* sedangkan rumah sakit cukup foto copy .(yang asli tetap diperlihatkan ke rumah sakit).
- r. Apabila pasien bermukim tidak sesuai KTP maka cukup dengan surat keterangan domisili yang dikeluarkan oleh RT/RW setempat sehingga Puskesmas memverifikasi sesuai dengan tempat tinggal pasien.
- s. *Surat Pernyataan Pembebasan Biaya, diperuntukkan bagi SKTM dengan keterangan KERINGANAN apabila dalam perjalanannya terjadi kendala*

biaya. Surat Pembebasan ini HANYA berlaku untuk satu kasus penyakit dan berlaku disemua rumah sakit yang IKS. Surat pernyataan pembebasan biaya dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan.

- t. Partus normal diarahkan untuk dilakukan di Puskesmas dan partus dengan penyulit dapat dirujuk ke Rumah Sakit.
- u. Pasien Tunawisma dan Anak Terlantar yang tidak mempunyai identitas, harus dilengkapi dengan surat keterangan dari Direktur Rumah Sakit atau pejabat yang berwenang, yang berguna sebagai pengganti SKTM yang dikeluarkan oleh RT/RW dan Lurah. Pada kasus tertentu seperti kecelakaan ada keterangan dari polisi.
- v. Hal-hal lain yang dijamin di luar kepesertaan yang telah ditetapkan harus ditetapkan dengan keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.
- w. Rumah Sakit / Puskesmas wajib membuat informasi prosedur pelayanan bagi keluarga miskin, kurang mampu serta membuat Unit Pengaduan Masyarakat.
- x. **Ambulan Dinas Kesehatan** hanya diperuntukkan untuk membawa pasien yang menderita sakit **BUKAN untuk MEMBAWA JENAZAH.**
- y. Penggunaan Ambulan Dinas Kesehatan harus sesuai dengan indikasi medis. Rujukan antar rumah sakit harus dilengkapi dengan surat pengantar dan stempel dari rumah sakit asal dan stempel dari rumah sakit penerima pasien rujukan.
- z. Pelayanan kesehatan keluarga miskin tidak diperuntukkan bagi pasien yang ditanggung oleh perusahaan asuransi lain.

3. KEBIJAKAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

- a. Pembiayaan untuk pelaksanaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi keluarga Miskin, Kurang Mampu dan Bencana bersumber dari dana APBD tahun 2007.
- b. Penggunaan dana pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin, kurang mampu dan Bencana meliputi :
 - 1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
 - 2. Rawat Inap di Puskesmas
 - 3. Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL)
 - 4. Rawat Inap kelas III di RSUD/RS Pemerintah/RS Swasta yang ber IKS dengan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
 - 5. Ambulan Dinas Kesehatan .

- c. Pasien dengan *Kartu Gakin, Raskin, Bantuan Langsung Tunai, Program Keluarga Harapan (Bantuan Program Pemerintah lainnya) dan Pantu yang bersertifikat, Orang Terlantar, KDRT, Kader, KLB serta Becana DIBEBASKAN dari biaya JIKA BEROBAT KE PUSKESMAS DAN RS.*
- d. *Uang muka yang telah dibayarkan pada saat pasien SKTM masuk rumah sakit tidak dapat dikembalikan* walaupun mendapat jaminan bebas biaya *kecuali pasien dengan kartu gakin.*
- e. Biaya penggantian jasa Ambulan Dinas Kesehatan harus disertai dengan surat pengantar dan stempel dari rumah sakit asal serta stempel dari rumah sakit penerima pasien rujukan.
- f. Biaya penggantian jasa Ambulan Dinas Kesehatan hanya diperuntukkan untuk pasien dan **BUKAN untuk MEMBAWA JENAZAH** (tugas dari Dinas Pemakaman).
- g. Dalam keadaan darurat apabila kelas III penuh maka pasien dapat ditempatkan di kelas II maksimal 2 x 24 jam, bila lebih dari waktu yang ditentukan maka pasien segera dirujuk ke rumah sakit lainnya atau karena alasan kondisi pasien yang tidak memungkinkan untuk dipindahkan maka akan *dibayar sesuai tarif kelas II dengan persetujuan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.*
- h. **Pembiayaan kesehatan di Puskesmas bersumber APBD, diperuntukkan bagi keluarga miskin penduduk Provinsi DKI Jakarta, yang mempunyai KARTU GAKIN. Pembiayaannya secara KAPITASI, pembayarannya setiap 3 bulan sekali dengan rumus, jumlah peserta x 3 bulan x besarnya kapitasi. Besarnya kapitasi ditentukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Biaya kesehatan bersumber APBN – PKPS BBM – JPK MM dimana dananya langsung ke rekening puskesmas, diperuntukkan bagi keluarga miskin penduduk Provinsi DKI Jakarta dan Luar DKI, yang mempunyai SKTM, Kartu Askeskin, Kartu BBM (Raskin, BLT, Program Keluarga Harapan dll), alokasi dana untuk kegiatan Pelayanan Kesehatan Dasar, Manajemen Puskesmas, Operasional Posyandu dan Pelayanan Pertolongan Persalinan, lebih jelasnya dapat dilihat pada Juklak Juknis JPK MM dari Departemen Kesehatan RI.**
- i. Pelayanan kesehatan diluar paket kapitasi yang dilaksanakan di Puskesmas seperti ODC, Partus, Laboratorium, Poli Spesialis dan Rontgen dilakukan secara fee for service dengan mengacu pada tarif Perda yang berlaku sebagai Non Kapitasi.
- j. Pembiayaan kesehatan gakin di rumah sakit secara fee for service mengacu Paket Pelayanan Esensial.
- k. Pemberian obat sesuai dengan DPHO, Generik, Formularium atau penggantinya, sesuai indikasi medis dan diperkuat dengan surat keterangan dari komite medik RS.

- l. Kasus dengan biaya di atas Rp 30.000.000,- rumah sakit ikut berkontribusi, sebagai fungsi sosial rumah sakit.*
- m. Diagnosa Penyakit dan Tindakan Pelayanan Kesehatan yang tidak tercantum dalam PPE, akan dibayarkan sesuai dengan tagihan, khusus obat mengacu kepada ketentuan yang telah ditetapkan (Menggunakan obat Generik, DPHO, Formularium atau penggantinya sesuai dengan indikasi medis dan diperkuat dengan surat keterangan komite medik RS / konsulen bagian atau departemen)*
- n. Pembayaran tagihan rumah sakit dan non kapitasi puskesmas dibayarkan setiap bulan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta setelah ada berita acara hasil verifikasi (BAP).*
- o. Katastropik diajukan jika biaya melebihi dari Paket Pelayanan Esensial (PPE) selambat – lambatnya 1 minggu setelah diketahui biaya melebihi PPE.*
- p. Batas maximal pembiayaan suatu kasus khusus di rumah sakit khusus (Jantung, Kanker, Cuci Darah ,Operasi, ICCU) sesuai dengan batas maximal yang disetujui oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta yang tercantum dalam surat Katastropik / penambahan biaya.*
- q. Tagihan rumah sakit / puskesmas diajukan ke Dinas Kesehatan selambat – lambatnya 2 bulan sejak bulan pelayanan.*
- r. Tagihan rumah sakit yang tertunda karena ketidak lengkapan berkas, harus dikembalikan ke Dinas Kesehatan paling lambat 3 minggu setelah berkas diterima oleh RS.*
- s. Apabila pengajuan tagihan atau pendingan, melebihi batas waktu yang telah ditentukan maka tagihan atau pendingan tersebut, dianggap kadaluwarsa dan tidak dapat diproses, kecuali ada hal-hal khusus dengan permohonan tertulis dari Direktur rumah sakit dan disetujui oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.*
- t. Pelayanan diatas tanggal 15 Desember 2007 tagihan dan pembayarannya akan dibayarkan pada anggaran tahun 2008.*
- u. Pembayaran tagihan pada anggaran tahun 2007 adalah tagihan pada bulan Oktober, November, Desember dan Pendingan tahun 2006. Tagihan Oktober merupakan tagihan pelayanan bulan Agustus dan September tahun 2006*
- v. Persyaratan tagihan yang harus dilengkapi oleh Rumah Sakit / Puskesmas untuk pelayanan Gakin/SKTM :*
 - ✓ - Rekap pasien dengan format yang telah ditentukan.*
 - ✓ - Rekap rincian biaya pelayanan (asli) yang ditanda tangani oleh Ka.Bag Keuangan*
 - ✓ - Surat Jaminan Pelayanan (SJP) dari Dinas Kesehatan.*
 - ✓ - Bukti tindakan, resep, laboratorium,*
 - ✓ - Rujukan ke RS dari Puskesmas kecuali jika Emergency / IGD tanpa rujukan*

- Resume (foto copy)
- Katastropik jika melebihi PPE

Bagi KORBAN BENCANA / KLB / KORBAN TINDAK KEKERASAN :

- Surat pengantar dari Posko bencana banjir / kebakaran
 - Surat rujukan dari PKM untuk ke RS kecuali Emergency
 - Foto Copy KTP DKI / Luar DKI Jakarta
 - Rekap pasien dengan format yang telah ditentukan.
 - Rekap rincian biaya pelayanan (asli) yang ditanda tangani oleh Ka.Bag Keuangan.
 - Bukti tindakan, resep, laboratorium,
 - Resume (foto copy)
 - Visum jika ada utk Korban tindak kekerasan terhadap perempuan dan anak
- w. Pemulasaran jenazah orang terlantar dan Gakin diserahkan ke Dinas Pemakaman Provinsi DKI Jakarta. Otopsi jenazah di tanggung oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
- x. Pemegang kartu gakin jika dirawat di kelas III pada rumah sakit diluar Provinsi DKI Jakarta maka dapat di tagihkan sesuai tarif.
- y. Alat habis pakai untuk jenazah kasus Flu Burung dan HIV AIDS ditanggung oleh Dinas Kesehatan. Kasus Flu Burung ditanggung sampai dengan peti jenazah.
- z. Pemberi Pelayanan Kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit) bertanggung jawab terhadap setiap tagihan yang diajukan. Pemeriksaan dan Pengawasan dilakukan oleh BAWASDA , BPKP dan BPK

PRODI : DIPKES

FR- NO. : 3347977

Juli. 02 2007 01:44PM P1



PEMERINTAH PROPINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
DINAS KESEHATAN
Jl. Kesehatan No. 10 - Telp. 3800154
JAKARTA

Jakarta, 30 Juli 2007

Nomor : 12/SE/2007
Lampiran :
Perihal : Surat Edaran Kebijakan
JPK Gakin Tahun 2007

Kepada Yth :
Direktur Rumah Sakit ✓
Ka.Sudin Yankes / Kesmas
Ka.Puskesmas Kec / Kel
Koordinator Gakin RS ✓
Koordinator Gakin PKM
di
Provinsi DKI Jakarta

Dengan telah diputuskannya kebijakan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK Gakin) tahun 2007 maka :

1. Pasien dengan Kartu Gakin, Raskin, Bantuan Langsung Tunai, Program Keluarga Harapan (Bantuan Program Pemerintah lainnya) dan Pantli yang bersertifikat, Orang Terlantar, KDRT, Kader, KLB serta Becana **DIBEBASKAN** dari biaya, **JIKA BEROBAT KE PUSKESMAS**, Rumah Sakit dan pemakaian Ambulan Gawat Darurat Dinas Kesehatan.
2. Pasien miskin yang masuk melalui IGD dilayani tanpa melihat persyaratan administrasi dan bila langsung di rawat inap, Rumah Sakit tidak perlu minta surat rujukan dari Puskesmas.
3. Pasien ke Poliklinik RS harus dengan surat rujukan dari Puskesmas.
4. Kelengkapan persyaratan administrasi *selambat - lambatnya 3 x 24 jam jika melebihi waktu yang telah ditentukan, pembebasan 50 %*.
5. Puskesmas tetap memverifikasi ke rumah pasien setelah jam pelayanan. Jadwal verifikasi harus dibuat dan ditempel agar dapat dibaca keluarga pasien.
6. Hasil verifikasi yang telah ditetapkan oleh petugas Puskesmas tidak dapat dirubah.
7. Pengurusan surat jaminan rawat ke Dinas Kesehatan Prov DKI Jakarta *oleh keluarga pasien bukan oleh perantara dan disertai surat pengantar dari Rumah Sakit*.
8. Rujukan Puskesmas berlaku 1 bulan untuk penyakit tidak kronis, untuk penyakit kronis 3 bulan. Rujukan dengan formulir rujukan atau lembar resep dengan dicantumkan diagnosa penyakitnya.
9. Pasien pasca rawat inap *penyakit Kronis* diberi kesempatan untuk *kontrol 2 kali di Rumah Sakit selanjutnya di Puskesmas*. Untuk *penyakit tidak kronis, kontrol di Puskesmas*. *Rumah Sakit wajib mengembalikan pasien pasca rawat inap ke pada Puskesmas untuk dilakukan pemantauan*.

10. Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) berlaku 1 tahun dan dapat diperbaharui kembali bila masih diperlukan.
11. Hasil verifikasi tempat tinggal berlaku 1 tahun.
12. Bila tempat tinggal pasien tidak sesuai KTP maka cukup dengan surat keterangan domisili yang diterbitkan oleh RT/RW setempat sehingga Puskesmas memverifikasi sesuai dengan tempat tinggalnya.
13. Pengurusan administrasi baik di Puskesmas, di Rumah Sakit maupun di Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta dilakukan oleh keluarga pasien **bukan melalui perantara / calo.**
14. Apabila Puskesmas maupun Rumah Sakit menemukan pemalsuan identitas atau dalam keadaan tertentu merasa mendapat tekanan atau ancaman oleh seseorang ataupun golongan tertentu maka diimbau untuk melaporkan ke pihak yang berwajib atau ke Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.
15. Kebijakan JPK Gakin tahun 2007 ini, untuk disosialisasikan dan ditempel dimana mudah dibaca oleh petugas loket, petugas IGD dan petugas Poliklinik sehingga diharapkan tidak ada lagi permasalahan dalam pelayanan kesehatan bagi Keluarga Miskin di Provinsi DKI Jakarta dan untuk lebih lengkapnya, mohon dibaca Juklak Juknis JPK bagi Keluarga Miskin dan Bencana tahun 2007 di Provinsi DKI Jakarta.
16. Apabila terdapat permasalahan di lapangan, mohon hubungi Kepala Seksi JPKM, Drg Yuditha EP, M.Kes Hp. 0818926736 – 3844180, Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

Demikianlah, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
Daerah Khusus Ibukota Jakarta
[Signature]
Dr. Wibowo B. Sukijat, Mph.
NIP. 140 150 512