

## **BAB V**

### **GAMBARAN UMUM RSUD KOJA**

#### **5.1 GAMBARAN UMUM**

##### **5.1.1 SEJARAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOJA**

RSUD (Rumah Sakit Umum Daerah) Koja didirikan pada tanggal 8 Agustus 1952 melalui peletakkan batu pertama oleh Walikota Jakarta Utara, Bapak Syamsurizal, yang pada mulanya terdiri dari Balai Pengobatan dan Rumah Bersalin, kemudian secara berangsur – angsur dikembangkan menjadi sebuah rumah sakit umum.

Pada tahun 1977 dibawah kepemimpinan Dr. Wahyono, RSUD Koja ditetapkan oleh Depkes menjadi RSU Kelas C, yang berarti telah mempunyai kemampuan pelayanan empat spesialis dasar. Pada waktu itu telah terdapat pelayanan spesialisik anak, bedah, penyakit dalam, serta kebidanan dan kandungan, menyusul kemudian penyakit THT.

Pada masa kepemimpinan Dr. Purboyo dilakukan penambahan beberapa pelayanan spesialisik lainnya. Pada tahun 1984 secara resmi melalui Peraturan Daerah DKI Jakarta Nomor 01/01/1984, RSUD Koja ditetapkan menjadi Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan DKI Jakarta.

Pada waktu tersebut juga telah direncanakan pemindahan lokasi RSUD Koja ke Sunter karena lokasi semula terkena proyek perluasan pelabuhan. Rencana ini menyebabkan berkurangnya perhatian Pemda terhadap sarana fisik dan peralatan yang ada, yang mengakibatkan minimalnya sarana pelayanan.

Pada tahun 1988, dibawah kepemimpinan Dr. Umar Wahid, dilakukan penilaian kembali terhadap pemindahan lokasi. Dari hasil penilaian tersebut, Dinas Kesehatan sebagai induk instansi mengusulkan kepada Pemda DKI Jakarta untuk mengembangkan RSUD Koja di lokasi yang sekarang. Pada akhir 1991, mulai dilaksanakan proyek pembangunan gedung baru RSUD Koja. Pembangunan tahap pertama (gedung berlantai 4) selesai pada tahun 1992, sedangkan pada tahap kedua (gedung berlantai 8) selesai pada akhir 1994.

Mulai 1990 secara bertahap dilakukan pula pengembangan jenis pelayanan spesialisik sehingga pada saat ini RSUD Koja telah dapat memberikan semua

jenis pelayanan spesialistik. Selama ini dikembangkan pula RSUD Koja sebagai lahan pendidikan dan pelatihan serta penelitian, misalnya pendidikan dan pelatihan karyawan RSUD Koja, sekolah perawat, praktek dokter muda (*co-ass*), merupakan tempat residensi mahasiswa strata dua (S2) dari Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia, penyelenggaraan symposium dan seminar.

Selain itu, dikembangkan pula kegiatan pembinaan kesehatan bagi masyarakat dengan membentuk Klub Asma dan Klub Diabetes, dan pembinaan dokter – dokter puskesmas sekitar Jakarta Utara oleh dokter – dokter ahli penyakit anak dan dokter kebidanan RSUD Koja,

Mulai Maret 1988, telah menjadi rumah sakit swadana dan menjadi RSUD kelas B melalui Perda No. 4 tahun 1988. Rumah sakit ini merupakan Rumah Sakit Umum Swadana yang selalu mengembangkan institusi dan pelayanannya agar semua lapisan masyarakat di wilayah Jakarta Utara dapat terlayani sesuai dengan kemampuan dan keinginan mereka tanpa melupakan fungsi dan mutu pelayanan yang profesional ke setiap kelas yang ada. RSUD Koja telah terakreditasi oleh Departemen Kesehatan No. YM.02.03.3.5.5773. Sejak tahun 1997 dan hingga kini sedang melakukan standarisasi mutu untuk ISO 9001:2000 dan akreditasi untuk 12 jenis pelayanan.

Nama Rumah Sakit Umum Koja berubah menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Koja sejak adanya Undang – undang Otonomi Daerah yang terbit pada tahun 1999. Pada tahun 2002 dimulai pembangunan gedung Rumah Sakit Umum Daerah Koja Blok C (gedung berlantai 4) yang terdiri dari : Apotik, Bank DKI, Sub. Bag Program (*Entry Data Proses*), Cafeteria, Administrasi Rawat Inap, Poliklinik Anak, Poliklinik Akupuntur, Poliklinik Kulit dan Kelamin, Poliklinik Jiwa, Poliklinik Rehab Medik, *Medical Check Up*, Ruang Tindakan *Trans Cranial Doppler* dan Elektro Encephalographi serta Elektro Miografi, Ruang Tindakan Ozon Asam. Selain itu, khusus lantai IV adalah perkantoran dan Ruang Direktur serta Manajemen lainnya.

Rumah Sakit Umum Daerah Koja terletak di pinggir laut sekitar 10 km dari pusat kota, Jalan Deli No. 4, Tanjung Priok, Jakarta Utara. RSUD Koja dibangun di atas tanah seluas 18.000m<sup>2</sup>. Blok A yang terdiri dari 4 lantai dibangun

di atas tanah seluas 5.000 m<sup>2</sup>, sedangkan Blok B yang terdiri dari 8 lantai dibangun di atas tanah seluas 1.000m<sup>2</sup>. Air yang digunakan adalah PAM dan *Deep Well Pump*, sedangkan listrik yang digunakan adalah PLN dan generator. Dalam menangani masalah limbah, RSUD Koja menggunakan incinerator, STP, dan WTP.

Melalui kebijakan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, RSUD Koja selaku Unit Pelaksana Teknis dengan sistem pengelolaan keuangan mengacu kepada PPK BLUD dimana selama ini dalam menyusun perencanaan dan anggaran menyesuaikan dengan nomenklatur Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Program kegiatan yang wajib dilaksanakan adalah Program Pelayanan Kesehatan, Kesehatan Masyarakat, Gawat Darurat, dan Kebijakan Manajemen. *Core Business* RSUD Koja tidak terlepas dari *core business* Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta yang mencakup pelayanan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Selain program utama tersebut RSUD Koja juga menyediakan lahan untuk tempat pendidikan tenaga kesehatan dan tenaga penunjang pelayanan kesehatan serta penelitian bidang pelayanan dan manajemen pelayanan kesehatan, termasuk tempat beberapa disiplin ilmu yang memerlukan data untuk melakukan observasi/penelitian dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk mendapatkan gelar strata yang diinginkan.

#### **5.1.1.1 VISI, MISI, TUJUAN, KEBIJAKAN MUTU, TUGAS DAN FUNGSI, BUDAYA DAN NILAI – NILAI DASAR, DAN LOGO RUMAH SAKIT**

##### **VISI**

RSUD Koja dambaan seluruh masyarakat

##### **MISI**

Memberikan pelayanan sepenuh hati, profesional dengan biaya terjangkau

##### **TUJUAN**

Mewujudkan pelayanan prima menuju Jakarta sehat untuk semua

## **KEBIJAKAN MUTU**

Dalam rangka mewujudkan visi dan misi, RSUD Koja bertekad memberikan pelayanan kesehatan yang prima untuk memenuhi harapan pelanggan, karyawan, dan pemilik modal :

1. Pengembangan Sistem Manajemen Mutu ISO 9001:2000 secara berkelanjutan guna memenuhi persyaratan yang diterapkan
2. Pengembangan dan Inovasi Pelayanan
3. Peningkatan Pendidikan dan Pelatihan

## **TUGAS DAN FUNGSI**

Berdasarkan Permenkes RI No. 1674/MENKES/PER/XIII/2005. Memperhatikan letak RSUD Koja di wilayah Kotamadya Jakarta Utara, tepatnya di daerah Tanjung Priok, di pinggir pantai pelabuhan, tidak jauh dari lokasi pergudangan dan industri dan dikelilingi oleh pemukiman yang padat dengan status sosial ekonomi rendah, maka tugas dan fungsi RSUD Koja selalu diikuti dengan prioritas untuk pelayanan gawat darurat dan pasien tidak mampu/miskin.

1. Tugas pokok RSUD Koja adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan, yang dilaksanakan secara serasi, terpadu, dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan.
2. Fungsi RSUD Koja dapat dilihat sebagai berikut :
  - a. Menyelenggarakan pelayanan medis
  - b. Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non – medis
  - c. Menyelenggarakan pelayanan asuhan keperawatan
  - d. Menyelenggarakan pelayanan rujukan
  - e. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
  - f. Administrasi dan Keuangan

Fungsi Pendidikan dan Tenaga Kesehatan dan non-kesehatan, meliputi jenis tenaga : dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, tenaga keperawatan/bidan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis, dan tenaga kesehatan lingkungan RSUD Koja. Sebagai rumah sakit rujukan di wilayah Kotamadya Jakarta Utara, RSUD Koja

menetapkan beberapa jenis pelayanan medik yang dimiliki sebagai Pelayanan Medik unggulan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pelayanan Gawat Darurat dipilih sebagai salah satu unggulan dengan dasar pertimbangan sebagai berikut :

- Di sekitar RSUD Koja terdapat pergudangan, industri tekstil, dan lainnya, sehingga besar kemungkinan akan terjadi kasus kecelakaan kerja
- Jalan raya di depan RSUD Koja sangat padat, terdiri dari kendaraan kontainer, truk, kendaraan umum, kendaraan pribadi, kendaraan lainnya. Selain itu, jalan tersebut sangat strategis untuk menuju akses ke luar kota, seperti Bekasi, Bogor, Tangerang dan dapat dengan mudah masuk jalur tol dalam kota. Kasus kecelakaan lalu lintas sering terjadi baik pada jam kerja maupun dil luar jam kerja.

Selain pelayanan Gawat Darurat, RSUD Koja juga mengembangkan pelayanan kesehatan lainnya, mengingat fasilitas RSUD Koja yang dilengkapi dengan sarana dan prasarana yang memadai, sehingga menjadikan RSUD Koja menjadi tempat perawatan yang besar dengan karakteristik sistem pelayanan yang mengarah ke profesionalisme.

### **BUDAYA DAN NILAI – NILAI DASAR**

Seluruh karyawan RSUD Koja memiliki prinsip kebersamaan dengan komitmen yang tinggi melalui pemberdayaan, berupaya melaksanakan tugas pokok dan fungsinya memiliki Nilai Dasar dan Keyakinan Dasar yang mendukung terciptanya Budaya Kerja Berprestasi.

Sedangkan nilai – nilai dasar atau *core values* yang dimiliki adalah sebagai berikut :

1. Komitmen dan kebersamaan yang tinggi dalam meningkatkan kinerja pelayanan
2. Disiplin dan waktu pelayanan
3. Transparan dan akuntabilitas dalam bekerja
4. Bekerja tulus dan ikhlas

### **LOGO RUMAH SAKIT**



### 5.1.2 URAIAN TUGAS DAN FUNGSI STRUKTURAL RSUD KOJA

Sesuai dengan Peraturan Daerah Provinsi DKI Jakarta Nomor 4 tahun 1998, mengenai Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Non Pendidikan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, struktur organisasi RSUD Koja (bagan terlampir) berbentuk fungsional, terdiri dari :

a. Direktur

Tugas :

1. Memimpin dan mengkoordinasikan pelayanan tugas dan fungsi rumah sakit
2. Memimpin dan mengkoordinasikan pelaksanaan tugas Wakil Direktur, Komite Medis, dan Satuan Pengawas Internal
3. Melaksanakan kerja sama dan koordinasi dengan pihak terkait dalam rangka peningkatan pelayanan sesuai dengan kebijakan Pemerintah Daerah

b. Wakil Direktur Pelayanan

Tugas :

1. Wakil Direktur Pelayanan mempunyai tugas memimpin penyelenggaraan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, dan pelayanan asuhan keperawatan
2. Untuk penyelenggaraan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Wakil Direktur Pelayanan mempunyai fungsi

c. Wakil Direktur Umum dan Keuangan

Tugas :

1. Wakil Dirrektor Umum dan Keuangan mempunyai tugas memimpin penyelenggaraan kesekretariatan, keuangan, dan perencanaan
2. Untuk penyelenggaraan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai fungsi :
  - Penyusunan rencana kerja dan anggaran jajaran Wakil Direktur Umum dan Keuangan
  - Penyusunan petunjuk teknis pelaksanaan tugas sekretariat, keuangan, dan perencanaan
  - Penyusunan standard operasional prosedur pelaksanaan tugas sekrrretariat, keuangan, dan perencanaan

- Pemantauan, monitoring, evaluasi, pengawasan dan pembinaan pelaksanaan tugas Sekretariat, keuangan, dan perencanaan
- Pengkoordinasian, pemantauan, monitoring, evaluasi, pengawasan dan pembinaan kinerja para kepala bagian
- Pelaporan pelaksanaan tugas

d. Komite Medik

Tugas :

Membantu direktur menyusun standar pelayanan, memantau pelaksanaannya, melaksanakan pembinaan etika profesi, mengatur kewenangan profesi anggota staf medis fungsional, mengembalikan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan.

e. Satuan Pengawas Internal (SPI)

Tugas :

Melaksanakan pengawasan terhadap pengelolaan sumber daya rumah sakit

f. Ka. Bidang Pelayanan

Tugas :

1. Menyelenggarakan pelayanan medik
2. Mengendalikan mutu pelayanan medik
3. Mensosialisasikan kebijakan dan informasi rumah sakit kepada tenaga medik

g. Ka. Bidang Perawatan

Tugas :

1. Menyelenggarakan pelayanan keperawatan
2. Mengendalikan mutu pelayanan keperawatan
3. Mensosialisasikan kebijakan rumah sakit dan informasi lain kepada karyawan bidang keperawatan

h. Ka. Bagian Perencanaan dan Rekam Medis

Tugas :

1. Sub Bagian Perencanaan mempunyai tugas menyusun rencana strategik, rencana tahunan, evaluasi pencapaian tujuan strategis dan sasaran tahunan, dan menyusun laporan
2. Untuk melaksanakan tugas tersebut ke Bagian Perencanaan dan Rekam Medis, mempunyai fungsi :

- Menyusun rencana dan program strategis rumah sakit
  - Menyusun program – program strategis
  - Menyusun indikator kinerja rumah sakit
  - Mengkoordinasikan kegiatan penyusunan rencana operasional tahunan
  - Memantau kemajuan pencapaian indikator kinerja rumah sakit
  - Evaluasi operasional tahunan dan evaluasi terhadap pencapaian sasaran strategik
3. Menyusun dan menerbitkan laporan tahunan dan lima tahunan
- Mengusulkan orientasi, pemberian penghargaan, dan sanksi kepada tenaga profesional dan staf teknik terkait
  - Melaksanakan sosialisasi perundangan kebijakan informasi rumah sakit kepada staf Bagian Perencanaan
4. Bagian Perencanaan dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang dalam melaksanakan tugas bertanggung jawab kepada Wakil Direktur dan Keuangan
- i. Ka. Bagian Keuangan
- Tugas :
1. Merencanakan dan mengendalikan arus kas, mengawasi mekanisme penerimaan dan pengeluaran uang, dan pembukuan transaksi keuangan rumah sakit
  2. Mengawasi pelaksanaan pedoman etika pegawai dan etika profesi/teknis keuangan
  3. Mensosialisasikan kebijakan rumah sakit dan informasi kepada pegawai di Bagian Keuangan
- j. Ka. Bagian Umum
- Tugas :
1. Melaksanakan urusan ketatausahaan, kepegawaian, kerumahtanggaan, dan perlengkapan
  2. Mengendalikan mutu pelayanan ketatausahaan, kepegawaian, kerumahtanggaan, dan perlengkapan
  3. Mensosialisasikan kebijakan rumah sakit dan informasi lain kepada pegawai di Bagian Sekretariat



k. Ka. Seksi Pelayanan I

Tugas :

1. Melaksanakan alur pelayanan Rawat Jalan, Kamar Bedah, dan Unit Gawat Darurat bersama dengan profesi teknis yang terkait serta mengendalikan pelaksanaannya
2. Mengendalikan pelaksanaan pelayanan medik di Rawat Jalan, Kamar Bedah, dan Unit Gawat Darurat
3. Menyusun spesifikasi dan memonitor penggunaan alat medik di Rawat Jalan, Kamar Bedah, dan Unit Gawat Darurat
4. Menyusun, melaksanakan, dan mengendalikan program dan pengelolaan anggaran Seksi Pelayanan Medik I
5. Menilai pelaksanaan pengisian rekam medis oleh dokter di Rawat Jalan, Kamar Bedah, dan Unit Gawat Darurat
6. Mengusulkan orientasi, pemberian penghargaan, dan sanksi kepada tenaga medik dan mengendalikan pelaksanaannya
7. Melaksanakan sosialisasi peraturan perundangan, kebijakan dan informasi rumah sakit kepada tenaga medik dan memantau pelaksanaannya

1. Ka. Seksi Pelayanan II

Tugas :

1. Melaksanakan alur pelayanan terpadu di Unit – unit Perawatan Rawat Inap bersama dengan profesi, teknis, dan staf yang terkait serta mengendalikan pelaksanaannya
2. Mengendalikan pelaksanaan pelayanan medik medis di unit – unit perawatan rawat inap bersama profesi, teknisi, dan staf yang terkait
3. Menyusun spesifikasi dan memonitor penggunaan alat medik di unit – unit perawatan rawat inap bersama profesi, teknisi, dan staf yang terkait
4. Menyusun, melaksanakan, dan mengendalikan program dan pengelolaan anggaran Seksi Pelayanan Medik II
5. Menilai pelaksanaan pengisian rekam medis oleh dokter di unit – unit perawatan rawat inap bersama profesi, teknisi, dan staf yang terkait

6. Mengusulkan orientasi, pemberian penghargaan, dan sanksi kepada tenaga medik di unit – unit perawatan rawat inap bersama profesi, teknisi, dan staf yang terkait dan mengendalikan pelaksanaannya
7. Melaksanakan sosialisasi peraturan perundangan, kebijakan dan informasi rumah sakit kepada tenaga medik dan memantau pelaksanaannya

m. Ka. Seksi Perawatan I

Tugas :

1. Menyusun dan melaksanakan alur pelayanan terpadu Rawat Jalan, Kamar Bedah, dan Unit Gawat Darurat bersama dengan profesi, teknisi, dan staf yang terkait dan mengendalikan pelaksanaannya
2. Mengendalikan pelaksanaan pelayanan keperawatan di Rawat Jalan, Kamar Bedah, dan Unit Gawat Darurat
3. Melaksanakan pengendalian mutu pelayanan keperawatan di Rawat Jalan, Kamar Bedah, dan Unit Gawat Darurat
4. Menyusun spesifikasi dan memonitor penggunaan alat keperawatan di Rawat Jalan, Kamar Bedah, dan Unit Gawat Darurat
5. Menyusun, melaksanakan, dan mengendalikan program dan pengelolaan anggaran Seksi Pelayanan Keperawatan I
6. Menilai pelaksanaan pengisian dokumen keperawatan di Rawat Jalan, Kamar Bedah, dan Unit Gawat Darurat
7. Mengusulkan orientasi, pemberian penghargaan, dan sanksi kepada tenaga perawat
8. Melaksanakan sosialisasi peraturan perundangan, kebijakan, dan informasi rumah sakit kepada tenaga perawat, staf, dan teknisi yang terkait serta memantau pelaksanaannya

n. Ka. Seksi Perawatan II

Tugas :

1. Menyusun dan melaksanakan alur pelayanan terpadu di Rawat Inap bersama dengan profesi, teknisi, dan staf yang terkait dan mengendalikan pelaksanaannya
2. Mengendalikan pelaksanaan pelayanan keperawatan di Rawat Inap
3. Melaksanakan pengendalian mutu pelayanan keperawatan di Rawat Inap

4. Menyusun spesifikasi dan memonitor penggunaan alat keperawatan di Rawat Inap
  5. Menyusun, melaksanakan, dan mengendalikan program dan pengelolaan anggaran Seksi Pelayanan Keperawatan II
  6. Menilai pelaksanaan pengisian dokumen keperawatan di Rawat Inap
  7. Mengusulkan orientasi, pemberian penghargaan, dan sanksi kepada tenaga perawat
  8. Melaksanakan sosialisasi peraturan perundangan, kebijakan, dan informasi rumah sakit kepada tenaga perawat, staf, dan teknisi yang terkait serta memantau pelaksanaannya
- o. Ka. Sub Bagian Pemasaran dan Informasi
- Tugas :
1. Membangun data dasar dan menentukan segmen pasar
  2. Melakukan riset pasar
  3. Merencanakan dan melaksanakan produk rumah sakit
  4. Membangun hubungan dengan pelanggan (*customer relation*), *survey feedback*, dan memberi masukan terhadap proses pelayanan dan etika pegawai
  5. Mengkoordinasikan administrasi pelayanan pihak ke III
  6. Melaksanakan pelayanan di *front office*
  7. Mengusulkan orientasi, pemberian penghargaan, dan sanksi kepada tenaga profesi dan staf teknik terkait
  8. Melaksanakan sosialisasi perundangan, kebijakan, dan informasi rumah sakit kepada staf Sub Bagian Pemasaran
- p. Ka. Sub Bagian Rekam Medis
- Tugas :
1. Merancang bentuk dan isi dokumen rekam medik
  2. Mencari, menemukan, dan mendistribusikan dokumen rekam medik
  3. Mengumpulkan dan menyimpan dokumen rekam medik yang sudah selesai digunakan
  4. Menghapuskan dokumen rekam medik yang kadaluarsa
  5. Membuat ikhtisar rekam medis pasien
  6. Membuat dan mengirim laporan kepada Dinas/Departemen Kesehatan

7. Menyusun, melaksanakan, dan mengendalikan program dan pengelolaan anggaran Seksi Rekam Medis
8. Mengusulkan orientasi, pemberian penghargaan, dan sanksi kepada tenaga profesi, staf terkait di Seksi Rekam Medik serta mengendalikan pelaksanaannya
9. Melaksanakan sosialisasi peraturan perundangan, kebijakan, dan informasi rumah sakit kepada tenaga rekam medik dan memantau pelaksanaannya

q. Ka. Sub Bagian Program

Tugas :

1. Memelihara data dasar pelanggan
2. Menganalisis kebutuhan informasi manajemen
3. Merumuskan jenis, frekuensi, dan metode pengumpulan data
4. Melaksanakan pengumpulan dan pengolahan data
5. Mendistribusikan informasi yang dibutuhkan
6. Melaksanakan sosialisasi peraturan perundangan, kebijakan, dan informasi rumah sakit kepada staf Sub Bagian Program

r. Ka Sub Bagian Mobilisasi Dana

Tugas :

1. Mengkoordinasikan penyusunan anggaran rumah sakit
2. Mengajukan anggaran
3. Melaksanakan rencana pencairan anggaran
4. Mengendalikan pelaksanaan anggaran
5. Melakukan analisis kinerja keuangan Rumah Sakit
6. Membuat laporan
7. Mengusulkan orientasi, pemberian penghargaan, dan sanksi kepada tenaga profesi dan staf teknik terkait

s. Ka. Sub Bagian Verifikasi

Tugas :

1. Melaksanakan penyusunan anggaran rumah sakit
2. Melaksanakan pengeluaran uang
3. Menyimpan uang
4. Menyusun jadwal pengeluaran uang

5. Mengurus verifikasi
6. Mengkoordinasikan jadwal pembayaran dengan unit terkait
7. Melaksanakan pengendalian internal
8. Melaksanakan administrasi pembendaharaan
9. Mengusulkan orientasi, pemberian penghargaan, dan sanksi kepada tenaga profesi, dan staf teknik terkait
10. Membina dan mengawasi pelaksanaan pedoman etika dan informasi rumah sakit kepada staf Sub Bagian Pembendaharaan

t. Ka. Sub Bagian Akuntansi

Tugas :

1. Melaksanakan Standar Akuntansi Rumah Sakit Daerah
2. Mencatat setiap transaksi keuangan dengan metode akuntansi berpasangan
3. Menyajikan informasi keuangan, berupa neraca, laporan laba rugi, rasio keuangan yang diperlukan
4. Melakukan audit internal
5. Mengusulkan orientasi, pemberian penghargaan, dan sanksi tenaga profesi dan staf teknik terkait
6. Membina dan mengawasi pelaksanaan etika karyawan dan profesi Sub Bagian Akuntansi
7. Melaksanakan sosialisasi peraturan perundangan, kebijakan, dan informasi rumah sakit kepada staf Sub Bagian Akuntansi

u. Ka. Sub Bagian Rumah Tangga

Tugas :

1. Membangun data dasar kerumahtanggaan
2. Analisis kebutuhan kegiatan kerumahtanggaan
3. Merencanakan, melaksanakan, dan melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan kerumahtanggaan
4. Menyusun, melaksanakan, dan mengendalikan program dan pengelolaan anggaran Sub Bagian Rumah Tangga
5. Membina dan mengawasi pelaksanaan pedoman etika karyawan dan profesi Sub Bagian Rumah Tangga

6. Melaksanakan sosialisasi peraturan perundangan, kebijakan, dan informasi rumah sakit kepada staf Sub Bagian Rumah Tangga

v. Ka. Sub Bagian Kepegawaian

Tugas :

1. Analisis kebutuhan pegawai rumah sakit (jumlah dan jenis)
2. Rekrutmen, seleksi, orientasi, dan penempatan
3. Penilaian kinerja, pemberian penghargaan, pemberian sanksi
4. Menilai pelaksanaan pedoman etika profesi
5. Melaksanakan sosialisasi peraturan perundangan, kebijakan, dan informasi rumah sakit kepada Sub Bagian Kepegawaian

w. Ka. Sub Bagian Tata Usaha

Tugas :

1. Melaksanakan penyelenggaraan pelayanan ketatausahaan dan keamanan
2. Melaksanakan pembuatan konsep, pengetikan, dan ekspedisi masuk dan surat keluar
3. Melaksanakan penggandaan dan pengarsipan surat – surat
4. Mengkoordinir dan mengendalikan seluruh kegiatan Sub Bagian Tata Usaha dan Keamanan
5. Membina dan mengawasi pelaksanaan etika karyawan dan profesi Sub Bagian Tata Usaha dan Keamanan
6. Melaksanakan sosialisasi peraturan perundangan, kebijakan, dan informasi rumah sakit kepada staf Sub Bagian Tata Usaha dan Keamanan

### **5.1.3 KOMPOSISI DAN JUMLAH PEGAWAI**

Jumlah karyawan RSUD Koja saat ini sebanyak 671 orang, yang terbagi dalam beberapa status kepegawaian dan profesi. Jenjang pendidikan karyawan tersebut, dimulai dari Sekolah Dasar sampai dengan Pasca Sarjana Strata 3.

**Tabel 5.1**  
**Komposisi Pegawai berdasarkan Status Kepegawaian**  
**RSUD Koja Maret 2009**

No	Uraian	Dokter		Perawat	Bidan	Penunjang	Non Medis	Total
		Umum	Spesialis					
1	PNS DKI/Depkes	8	39	101	14	13	55	<b>230</b>
2	CPNS	-	-	15	-	9	-	<b>24</b>
3	PTT	-	-	10	-	1	-	<b>11</b>
4	Pegawai Tetap	8	6	109	4	47	168	<b>342</b>
5	Kontrak	-	-	44	4	13	2	<b>63</b>
6	Harian Lepas	-	-	10	-	7	-	<b>17</b>
	<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>45</b>	<b>289</b>	<b>22</b>	<b>90</b>	<b>225</b>	<b>687</b>

Dari tabel di atas, dapat diketahui jumlah keseluruhan pegawai RSUD Koja berdasarkan status kepegawaian per Maret 2008, yakni sebagai berikut :

- PNS Pemda DKI atau Departemen Kesehatan : 230
- CPNS : 24
- Pegawai Tidak Tetap : 11
- Pegawai Tetap : 342
- Pegawai Kontrak : 63
- Harian Lepas : 17

Dengan klasifikasi sebagai berikut :

- Dokter : 61
- Perawat : 289
- Bidan : 22
- Penunjang : 90
- Non Medis : 225
- Total : 687**

#### **5.1.4 FASILITAS DAN PELAYANAN RUMAH SAKIT**

##### **1. PELAYANAN GAWAT DARURAT 24 JAM**

Instalasi Gawat Darurat (IGD) buka 24 jam dengan dilayani oleh dokter jaga dengan sertifikat *Advance Trauma Life Support (ATLS)* dan *Advance Cardio Life Support (ACLS)*. Selain itu, IGD memiliki 33 dokter bedah

dan non-bedah dari berbagai spesialisasi. IGD ditunjang dengan dua ruang tindakan yang terpisah antara *emergency surgery* dan *emergency non-surgery*, satu ruang monitor intensif dan dua kamar operasi *emergency*, apotek, bank darah, dan tiga ambulans yang seluruhnya beroperasi selama 24 jam. IGD merupakan produk unggulan dari RSUD Koja.

## 2. PELAYANAN RAWAT JALAN :

- a. Spesialis Kulit dan Kelamin
- b. Spesialis Anak
- c. Spesialis Kebidanan
- d. Spesialis Jantung
- e. Spesialis Bedah Umum
- f. Spesialis Bedah Tulang dan Traumatologi
- g. Spesialis Bedah Urologi
- h. Spesialis Jiwa
- i. Spesialis Akupuntur (Tusuk Jarum)
- j. Spesialis Gigi
- k. Spesialis Pedodontik
- l. Spesialis Orthodontik
- m. Spesialis Mata
- n. Spesialis THT
- o. Spesialis Paru
- p. Spesialis Rehabilitasi Medis
- q. Spesialis Gizi
- r. Spesialis Patologi Klinik

## 3. PELAYANAN PENUNJANG DIAGNOSTIK : LABORATORIUM DAN RADIOLOGI

## 4. MEDICAL CHECK UP

## 5. APOTIK DAN INSTALASI FARMASI

## 6. BANK DARAH

## 7. PELAYANAN RAWAT INAP (VIP, Kelas I, Kelas II, Kelas III, Perinatalogi)



#### 8. PELAYANAN ICU

Ruang ICU mempunyai enam tempat perawatan. Empat tempat perawatan dengan peralatan monitor dan alat bantu pernapasan yang canggih, sedangkan untuk penderita dengan kondisi parah dan membutuhkan bantuan pernapasan serta 24 jam pengawasan ketat, dua perawatan dengan alat monitor tanpa alat bantu pernapasan khusus untuk penderita yang karena kondisinya harus diawasi dengan ketat.

#### 9. INSTALASI PERINATOLOGI

Instalasi ini memiliki 13 inkubator dan 10 tempat tidur untuk melayani bayi yang baru lahir, baik bayi yang sakit dan bayi yang sehat, serta terdapat pula 4 dokter spesialis anak beserta perawat perinatalogi yang melayani penderita yang dirawat selama 24 jam.

#### 10. PELAYANAN KAMAR OPERASI/BEDAH

RSUD Koja memiliki enam kamar operasi dengan peralatan mutakhir dan tenaga spesialis. Hampir semua tindakan untuk kasus Bedah Umum, Bedah Ortopedi, Bedah Urologi, Bedah Tumor, Bedah Digestiv, kasus kebidanan, kasus mata, dan kasus THT dilayani pada unit ini. Untuk kasus Bedah Syaraf dan Bedah Plastik, RSUD Koja bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia untuk mendatangkan konsultan ke RSUD Koja dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

#### 11. PELAYANAN KAMAR BERSALIN (VK)

#### 12. PELAYANAN ALAT – ALAT CANGGIH

- Ozon
- *Tread Mill*
- USG (Ultra Sono Grafi)
- EMG (Elektromiografi)
- EEG (Elektroencefalografi)
- TCD (Trans Cranial Doppler)
- Audiometri
- Gastroscopy – Duodenoscopy – Colonoscopy
- Laparoscopi Double Puncer

- Athroscopy
- Endoscopy THT
- Katarak Mata
- Mamagrafi
- C Arm
- ESWL
- CT Scan

## 12. PEMULSARAN JENAZAH

## 13. AMBULANCE

RSUD Koja memiliki 5 ambulans yang terdiri dari 2 ambulans transportasi dan 3 ambulans paramedis.

### 5.1.5 KINERJA RSUD KOJA

Ada beberapa parameter yang umumnya digunakan rumah sakit untuk menilai kinerja pelayanan mereka, antara lain ALOS, TOI, BTO, BOR, NDR, dan GDR.

#### a. *Average Length of Stay (ALOS)*

ALOS adalah rata – rata lamanya seorang pasien dirawat. Secara umum LOS yang ideal antara 6-9 hari, dirumuskan sebagai berikut :

$$\frac{\Sigma \text{ Hari perawatan pasien keluar}}{\Sigma \text{ Pasien keluar (hidup + mati)}}$$

#### b. *Turn Over Interval (TOI)*

TOI adalah rata – rata hari, tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini juga dapat memberikan gambaran tingkatan waktu 1-3 hari, dirumuskan sebagai berikut :

$$\frac{\Sigma \text{ Tempat tidur x hari – hari perawatan rumah sakit}}{\Sigma \text{ Pasien keluar (hidup + mati) dalam satu tahun}}$$

c. *Bed Turn Over (BTO)*

BTO adalah frekuensi pemakaian tempat tidur. Menunjukkan berapa kali dalam satu satuan waktu tertentu (biasanya satu tahun) tempat tidur rumah sakit dipakai. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dari pemakaian tempat tidur, mempunyai rumus :

$$\frac{\Sigma \text{ Pasien keluar (hidup + mati)}}{\Sigma \text{ Tempat tidur}}$$

Idealnya selama satu tahun, satu tempat tidur rata – rata dipakai 40-50 kali.

d. *Bed Occupancy Rate (BOR)*

BOR berguna untuk mengetahui tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Angka BOR yang rendah menunjukkan kurangnya pemanfaatan fasilitas perawatan rumah sakit oleh masyarakat. Angka BOR yang tinggi (>85%) menunjukkan tingkat pemanfaatan tempat tidur yang tinggi, sehingga perlu pengembangan rumah sakit/penambahan tempat tidur. Nilai parameter dari BOR ini idealnya antara 60-85%. BOR mempunyai rumus :

$$\frac{\Sigma \text{ Hari perawatan rumah sakit}}{\Sigma \text{ Tempat tidur} \times \Sigma \text{ hari}} \times 100\%$$

e. *Net Death Rate (NDR)* atau Angka Kematian Bersih

NDR adalah angka kematian >48 jam setelah dirawat untuk tiap – tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini dapat memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Nilai NDR yang dianggap masih dapat diterima adalah kurang dari 25 per 1000 penderita. NDR mempunyai rumus :

$$\frac{\Sigma \text{ Pasien mati } >48 \text{ jam dirawat} \times 1000 \text{ penderita}}{\Sigma \text{ Pasien keluar (hidup + mati)}}$$

f. *Gross Death Rate (GDR)*

GDR adalah angka kematian umum untuk tiap – tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini juga dapat digunakan untuk mengetahui mutu

pelayanan perawatan rumah sakit. Nilai GDR sebaiknya tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar. GDR mempunyai rumus :

$$\frac{\Sigma \text{ Pasien mati seluruhnya} \times 1000}{\Sigma \text{ Pasien keluar (hidup + mati)}}$$

Selama periode 2002-2008, yaitu pada tahun 2002, jumlah tempat tidur di RSUD Koja berjumlah 235 TT, kemudian terjadi penurunan jumlah tempat tidur pada tahun 2003 sebesar 218 TT dan pada tahun 2004 masih berjumlah 218 TT. Pada tahun 2005 terjadi kenaikan yang cukup drastis, yaitu 282, di tahun 2006 hanya bertambah 1 TT menjadi 283 TT. Pada tahun 2007 meningkat menjadi 314 TT, dan terakhir pada tahun 2008 meningkat lagi menjadi 330 TT.

Berikut ini adalah tabel Indikator Kinerja RSUD Koja berupa data ALOS, TOI, BTO, NDR, dan GDR di RSUD Koja tahun 2002 sampai dengan tahun 2008.

**Tabel 5.2**  
**Indikator Kinerja Rawat Inap**  
**RSUD Koja Tahun 2002 – 2008**

<b>INDIKATOR</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
ALOS	4,71	4,05	4,30	4,20	3,72	3,63	4,4
TOI	2,39	2,02	1,12	1,50	0,94	0,73	1,9
BTO	50,28	37,44	72,16	67,43	84,64	85,13	54
BOR(%)	67,01	65,21	77,73	72,21	78,36	83,03	70,7
NDR(%)	21,0	19,6	17,6	15,5	14,2	10,1	7,6
GDR (%)	34,4	34,3	42,3	32,3	30,3	26,3	39,5

Dari tabel tersebut, dapat dilihat angka ALOS dari tahun ke tahun tidak terlalu mengalami perubahan yang berarti dan cenderung stabil, sedangkan angka TOI cenderung menurun hingga tahun 2007 namun pada tahun 2004 ke tahun 2005, lalu dari 2005 ke tahun 2006, dan dari tahun 2007 ke tahun 2008 mengalami kenaikan. Angka BTO menurun drastis di tahun 2003 yang berarti menurunnya frekuensi pemakaian tempat tidur. Sedangkan pada tahun 2004

mengalami kenaikan yang sangat drastis, lalu mengalami penurunan kembali di tahun 2006. Kemudian, mengalami kenaikan lagi pada 2007, namun kembali menurun drastis di tahun 2008. Angka BOR naik turun selama 7 tahun terakhir, tapi tetap dalam kisaran presentase standar ideal BOR, sampai 7 tahun terakhir, yang berarti menunjukkan mutu pelayanan/perawatan rumah sakit yang semakin baik. Angka NDR mengalami penurunan di setiap tahunnya, sehingga dalam 7 tahun terakhir ini didapatkan bahwa nilai NDR terkecil adalah pada tahun 2008. Sedangkan angka GDR mengalami kenaikan dan penurunan dengan kenaikan drastis terjadi pada tahun 2007 ke 2008. Namun, hal tersebut tidak bisa dibandingkan karena kedua tahun tersebut memiliki jumlah tempat tidur yang berbeda pada tahun 2007 (314 TT) dan tahun 2008 (330 TT).

## **5.2 Sub Bagian Anggaran dan Mobilisasi Dana (Pihak Ketiga)**

### **5.2.1 Penjelasan**

Bagian keuangan pada RSUD Koja terdiri dari tiga sub bagian, yaitu sub bagian anggaran dan mobilisasi dana, sub bagian perbendaharaan, dan sub bagian akuntansi. Kegiatan di rumah sakit berjalan atas peran serta dari bagian keuangan ini. Sebab pada rumah sakit yang melakukan kegiatan sirkulasi keuangan, baik penerimaan dan pengeluaran yang berbentuk tunai dan piutang, dilakukan di bagian ini.

Piutang RSUD Koja yang ditimbulkan dari pelayanan kesehatan kepada masyarakat terdiri dari :

1. Piutang pelayanan Instalasi Gawat Darurat
2. Piutang pelayanan Rawat Jalan
3. Piutang pelayanan Rawat Inap
4. Piutang pelayanan Apotik

Dengan status penjamin bayar :

1. Sendiri / Umum
2. Keluarga Miskin ( GAKIN )
3. Surat Keterangan Tidak Mampu ( SKTM )
4. Kejadian Luar Biasa Demam Berdarah ( KLB DBD )

5. Kejadian Luar Biasa selain Demam Berdarah ( KLB Non DBD )
6. ASKES / JAMSOSTEK
7. Perusahaan dengan Ikatan Kerja Sama ( Perusahaan IKS )

Dimana untuk penjamin bayar GAKIN, SKTM, KLB DBD dan Non DBD penjamin atas pelunasan piutang ditanggung oleh Dinas Kesehatan DKI Jakarta dan Dinas Kesehatan DKI Jakarta telah menentukan pola tarif untuk setiap tindakan yang diberikan oleh rumah sakit yang dapat ditagih ke dinas kesehatan dalam Paket Pelayanan Esensial (PPE). Sementara pasien dengan penjamin sendiri/umum pelunasannya oleh pasien sendiri secara individu.

Pihak ketiga merupakan bagian dari sub bagian anggaran dan mobilisasi dana yang menangani setiap penerimaan dan penagihan biaya atas jasa pelayanan medis yang telah diberikan kepada pasien rawat jalan, rawat inap, dan IGD, baik itu dengan jaminan pemerintah, asuransi, dan perusahaan. Pada bagian ini, pendapatan rumah sakit yang berbentuk piutang diolah. Penerimaan kas piutang dilakukan dengan transfer bank dan cek. Pembayaran tagihan melalui transfer dilakukan oleh Dinas Kesehatan DKI Jakarta, pihak asuransi, dan pihak perusahaan. Selain itu, Pihak 3 memiliki tugas membuat laporan bulanan dan memasukkan data ke dalam Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) yang dapat membantu manajer dan direksi dalam proses pengambilan keputusan. Hal ini berkaitan dengan permasalahan *cash flow* operasional rumah sakit. Pihak 3 merupakan bagian yang mengolah penerimaan secara piutang dari kelompok pasien JPK Gakin (JPS IDT), tidak mampu, kasus KLB, dan pihak III. Pada kelompok pasien tidak mampu, pembayaran hanya dipotong sebesar 50%. Apabila pada kelompok pasien tersebut tidak mampu sama sekali untuk pembayaran, maka pihak rumah sakit harus meminta persetujuan dari Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta dan dibebaskan dengan persyaratan yang sudah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

Pelaksanaan kegiatan manajemen di Pihak 3 membutuhkan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengendalian untuk menjalani proses manajemen keuangan rumah sakit. Pada fungsi perencanaan piutang, Pihak 3 dituntut untuk dapat merencanakan uraian tugas personel, SDM yang kompeten, SOP setiap tahapnya, target yang akan dicapai, strategi pembayaran piutang, dan

merencanakan estimasi piutang yang terbayar dalam bentuk laporan estimasi pembayaran. Pada fungsi pengorganisasian, bertujuan untuk mengorganisasikan sekumpulan orang yang bekerja sama agar mencapai target tertentu yang dibuat berdasarkan strategi yang ditetapkan. Pada fungsi pelaksanaan bertujuan untuk berjalannya kegiatan administrasi dan penagihan piutang sesuai dengan prosedur. Fungsi pengendalian bertujuan untuk memastikan pembayaran piutang tidak melebihi batas tempo pembayaran agar menghindari terganggunya arus kas rumah sakit, baik berupa laporan harian, mingguan maupun bulanan. Pengendalian pada pihak 3 hendaknya dilakukan pada setiap kegiatan.

Pihak 3 RSUD Koja berhubungan dengan tanggung jawab atas penerimaan kas dari kelompok pasien JPK Gakin, SKTM, Jamkesmas, asuransi, dan jaminan perusahaan. Fungsi dari Pihak 3 adalah sebagai tempat pengolahan data – data piutang yang dibutuhkan dalam proses penagihan, meliputi verifikasi, pemilahan data – data pasien untuk untuk proses penagihan, input data – data tersebut kepada SIRS, laporan piutang, penagihan piutang, dan penutupan piutang dari pasien – pasien yang telah mendapatkan pelayanan rawat jalan, rawat inap, atau IGD. Oleh karena itu, Pihak 3 memerlukan pembagian staf yang spesifik sesuai dengan uraian kerja dan beban kerjanya. Hal ini bertujuan agar terdapat pemilahan tugas, wewenang, dan tanggung jawab yang jelas serta tercipta kerja sama dan koordinasi yang jelas.

### **5.2.2 Struktur Organisasi dan Uraian Tugas**

Pihak 3 merupakan bagian dari Sub Bagian Anggaran dan Mobilisasi Dana. Struktur organisasi Pihak 3 (bagan terlampir) berbentuk fungsional, terdiri dari :

- a. Administrasi Pelayanan Kesehatan Gakin dan SKTM Rawat Jalan
  1. Menerima berkas/dokumen gakin dan SKTM Rawat Jalan dari loket kasir pendaftaran dan loket kasir pembayaran
  2. Menghimpun/memilah – milah berkas untuk dimasukkan ke dalam *billing* komputer
  3. Memasukkan data obat dari apotik

4. Membuat rekapitulasi data keseluruhan baik gakin rawat jalan maupun SKTM rawat jalan untuk ditagih/klaim ke Dinas Kesehatan paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya
- b. Administrasi Pelayanan Kesehatan Gakin dan SKTM IGD
  1. Menerima berkas/dokumen gakin dan SKTM IGD dari loket kasir pembayaran
  2. Menghimpun/memilah – milah berkas untuk dimasukkan ke dalam *billing* komputer
  3. Memasukkan data obat dari apotik
  4. Membuat rekapitulasi data keseluruhan baik gakin IGD maupun SKTM IGD untuk ditagih/klaim ke Dinas Kesehatan paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya
- c. Administrasi Pelayanan Kesehatan Gakin dan SKTM baik Rawat Jalan maupun Rawat Inap
  1. Menerima berkas administrasi pelayanan kesehatan gakin dan SKTM, baik Rawat Jalan maupun Rawat Inap untuk diverifikatur kelengkapan administrasi
  2. Setelah diverifikator baru distempel untuk bukti lapor diri bahwa OS tersebut sudah lengkap administrasi (persyaratan administrasi)
  3. Menegoisasi apabila pasien tersebut kurang mampu atau miskin untuk pembayaran, baik rawat jalan maupun rawat inap
- d. Administrasi Pelayanan Kesehatan KLB, Gakin Rawat Inap
  1. Menerima berkas/dokumen KLB DBD, GE, KDRT, Gibur, Gakin rawat inap lumpuh layu dari loket pembayaran IGD dan rawat inap (administrasi)
  2. Menghimpun/memilah berkas untuk dimasukkan ke dalam *billing* komputer
  3. Memasukkan data obat dari apotik
  4. Membuat rekapitulasi data keseluruhan, baik KLB DBD, GE, Gakin RS, KDRT, Gibur, lumpuh layu IGD maupun rawat inap untuk ditagih/diklaim ke Dinas Kesehatan paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya
- e. Administrasi Pelayanan Kesehatan Jamsostek
  1. Menerima berkas/dokumen pelayanan kesehatan Jamsostek dari loket pendaftaran
  2. Menghimpun/memilah berkas untuk dimasukkan ke dalam *billing* komputer
  3. Memasukkan data obat dari apotik



4. Membuat rekapitulasi data keseluruhan, baik rawat jalan IGD, maupun rawat inap untuk ditagih atau diklaim ke Dinas Kesehatan paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya
- f. Administrasi Pelayanan Kesehatan SKTM Rawat Inap
  1. Menerima berkas/dokumen pelayanan kesehatan SKTM rawat inap dari loket pembayaran administrasi
  2. Menghimpun/memilah berkas untuk dimasukkan ke dalam *billing* komputer
  3. Membuat surat jaminan ke Dinas Kesehatan
  4. Memasukkan data obat dari apotik
  5. Membuat rekapitulasi data keseluruhan SKTM rawat inap untuk ditagih/diklaim ke Dinas Kesehatan paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya
- g. Administrasi Pelayanan Kesehatan Perusahaan, Puskesmas, dan Depkes
  1. Menerima berkas/dokumen pelayanan kesehatan Perusahaan dan Puskesmas dari loket pendaftaran/loket perusahaan pihak ke 3
  2. Menerima surat jaminan kesehatan dari perusahaan apabila OS dirawat di RSUD Koja, IGD, dan rawat jalan
  3. Mengkomunikasikan ke perusahaan apabila OS dirawat dengan biaya inap lebih besar sesuai dengan nominal dari MOU (plafon biaya dari perusahaan)
  4. Menghimpun/memilah berkas untuk dimasukkan ke dalam *billing* komputer
  5. Memasukkan data obat dari apotik
  6. Membuat rekapitulasi data keseluruhan admin pelayanan untuk penagihan/klaim ke perusahaan yang sudah bekerja sama dengan RSUD Koja untuk Perusahaan Allianz, Ekalife, Adiguna paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya dan yang lainnya paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya.
- h. Administrasi Pelayanan Kesehatan Perusahaan, Jamkesmas, Askes, dan Jamsostek
  1. Menerima berkas pendaftaran OS perusahaan, Jamkesmas, Askes, dan Jamsostek baik untuk IGD, rawat jalan, dan rawat inap
  2. Memasukkan data OS ke dalam *billing* komputer
  3. Membantu kelengkapan data OS perusahaan, Jamsostek, Askes, dan Jamkesmas secara terpisah (harian)

4. Membuat rekapitulasi data keseluruhan baik perusahaan, Jamkesmas Depkes, Jamsostek, Askes wajib, Askes komersial secara terpisah dan melaporkan kepada masing – masing sub unit pihak ke 3
  - i. Loker Pendaftaran Administrasi Pelayanan Kesehatan Perusahaan, Jamsostek, Askes, dan Jamkesmas Depkes
    1. Menerima bekas pendaftaran administrasi pelayanan kesehatan perusahaan, Jamsostek, Askes, Jamkesmas Depkes
    2. Memverifikasikan kelengkapan berkas OS perusahaan, Jamsostek, dan Jamkesmas Depkes secara terpisah
    3. Mengembangkan/komunikasi ke Jamsostek apabila ada masalah – masalah OS, baik dari IGD, rawat jalan, maupun rawat inap
  - j. Kasir Pembayaran Administrasi Pelayanan Kesehatan untuk Perusahaan, Jamsostek, Askes, dan Jamkesmas Depkes
    1. Menerima berkas OS dari loket pendaftaran dan langsung dimasukkan data *entry* ke *billing* komputer untuk mengeluarkan struk pembayaran, baik dari perusahaan, Jamsostek, Askes, dan Jamkesmas Depkes
    2. Merekap data keseluruhan Askes, baik askes wajib maupun askes komersial/swasta untuk ditagih/diklaim ke PT Askes paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya
  - k. Administrasi Pengetikan
    1. Peng-*entry*-an data untuk pembagian jasa medis apabila BAP dari Dinkes, Jamsostek, dan Askes Perusahaan sudah diterima
    2. Pengarsipan data *entry* jasa medis
    3. Administrasi pengetikan khusus untuk pihak ke 3
    4. Mengirimkan data/berkas klaim ke Dinkes, Jamsostek, dan Perusahaan
      1. Koordinator Pihak ke 3
        1. Melakukan koordinasi seluruh petugas yang ada pada unit pelayanan pihak ke 3
        2. Melakukan pengendalian pelaksanaan tugas di unit pelayanan pihak ke 3
        3. Memonitor pembagian piutang pihak ke 3
        4. Memonitor *entry*-an piutang pihak ke 3
        5. Mengevaluasi pelayanan administrasi pasien pihak ke 3

### 5.2.3 Personel

Pihak ke 3 pada tahun 2009 terdiri dari 13 orang yang memiliki latar belakang pendidikan sebagai berikut :

**Tabel 5.3**  
**Data Pegawai Pihak Ketiga**  
**Tahun 2009**

No	Nama	Jabatan	Latar Belakang Pendidikan
1	Sudarti S.Sos	Ka Sub Bag Anggaran dan Mobilisasi Dana	S1 Sosiologi
2	Nita	Koordinator Pihak ke 3	SMA
3	Narno Tiar	Administrasi Pelayanan Kesehatan Gakin dan SKTM Rawat Jalan	SMA
4	Suwardi	Administrasi Pelayanan Kesehatan Gakin IGD dan SKTM IGD	SMA
5	Ngudi Sarwono	Administrasi Pelayanan Kesehatan Gakin dan SKTM baik Rawat Jalan maupun Rawat Inap	SMA
6	Dian	Administrasi Pelayanan Kesehatan KLB dan Gakin Rawat Inap	SMA
7	Hutami Dewi Pertiwi	Administrasi Pelayanan Kesehatan Jamsostek	D3 Asuransi
8	Tanuji	Administrasi Pelayanan Kesehatan SKTM Rawat Inap	SMA
9	Endang	Administrasi Pelayanan Kesehatan Perusahaan, Puskesmas Depkes	SMA
10	Suherman	Administrasi Pelayanan Kesehatan Perusahaan, Jamkesmas, Askes, dan Jamsostek	SMA
11	Andi Budiman	Loket Pendaftaran Administrasi Pelayanan Kesehatan Perusahaan, Jamsostek, Askes, dan Jamkesmas Depkes	SMA
12	Theresia	Kasir Pembayaran Administrasi Pelayanan Kesehatan untuk Perusahaan, Jamsostek, Askes, dan Jamkesmas Depkes	D3 Perumahsakitan
13	Tunggul	Administrasi Pengetikan	SMA

### 5.2.4 Target yang Hendak dicapai

Target yang hendak dicapai oleh Pihak 3 adalah terpenuhinya indikator keberhasilan dari Pihak 3 tersebut. Indikator keberhasilan dari Pihak 3 adalah terdapatnya verifikator independen yang dapat membantu pihak rumah sakit dalam proses pelunasan tagihan pasien.

### 5.2.5 Hubungan Kerja

Pihak 3 dalam melaksanakan fungsinya bekerja sama dengan beberapa bagian atau unit pada rumah sakit tersebut. Unit atau bagian yang berkaitan dengan Pihak 3 antara lain Rawat Jalan, Rawat Inap, Apotik, Sub Bagian Pemasaran dan Informasi dan EDP (SIM RS). Sub Bagian Pemasaran dan Informasi berperan dalam pembuatan MOU untuk kerja sama dalam sistem penjaminan untuk pasien antara pihak perusahaan dan pihak rumah sakit. Sedangkan EDP berperan dalam *billing system* dan *peng-entry-an* data pasien pada SIRS. Selain itu, EDP juga berperan dalam proses penutupan rekening (*write off*) pada piutang tak tertagih (*bad debt*).

## **BAB VI**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **6.1 Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini menggambarkan analisa kebijakan manajemen piutang bagi pasien JPK Gakin dan tidak mampu unit rawat inap di RSUD Koja tahun 2009. Peneliti menyadari bahwa dalam menyusun penelitian ini tidak luput dari keterbatasan dalam mendapatkan informan, yaitu hanya mewawancarai enam informan. Peneliti berhasil mewawancarai dua orang pegawai rumah sakit dan empat orang pasien pelayanan rawat inap kelas III (dua orang pasien JPK Gakin dan satu orang pasien SKTM). Pada pasien, proses wawancara diwakili oleh salah satu anggota keluarga si pasien tersebut.

#### **6.2 Karakteristik Informan**

Pada penelitian ini, dilakukan wawancara mendalam dengan enam informan yang mewakili kompetensi masing-masing. Informan tersebut berasal dari RSUD Koja, pasien JPK Gakin, dan pasien tidak mampu (SKTM) di RSUD Koja tersebut.

**Tabel 6.1**  
**Deskripsi Informan**  
**Pegawai Rumah Sakit**

<b>Kode Informan</b>	<b>Instansi</b>	<b>Lama Bekerja</b>	<b>Jenis Kelamin</b>	<b>Pendidikan</b>	<b>Umur</b>
P1	RSUD Koja	28 tahun	Perempuan	S2 bidang rumah sakit	45 – 50 tahun
P2	RSUD Koja	23 tahun	Perempuan	S1 bidang sosial	40 - 45 tahun

**Tabel 6.2**  
**Deskripsi Informan**  
**Pasien**

Kode Informan	Kelompok Pasien	Jenis Kelamin	Pendidikan	Umur
P3	Keluarga Pasien SKTM	Laki – laki	SMA	25-30 tahun
P4	Keluarga Pasien JPK Gakin	Laki – laki	SMP	45-50 tahun
P5	Keluarga Pasien JPK Gakin	Perempuan	SD	65-70 tahun

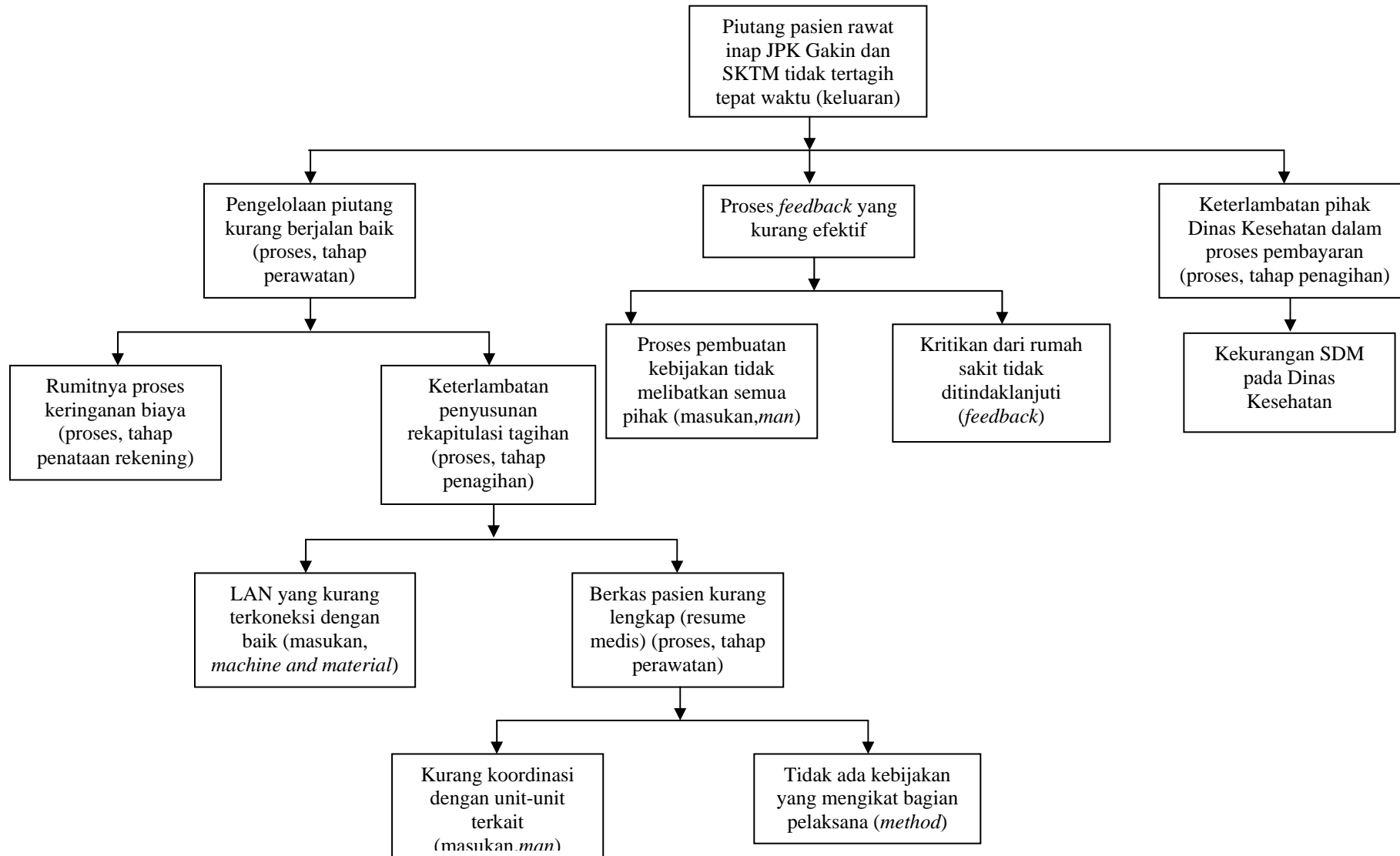
### 6.3. Analisis Sistem

#### 6.3.1. Identifikasi Masalah

Analisis penyebab masalah yang digunakan dengan akar pohon masalah (*tree diagram*). *Tree diagram* adalah diagram yang menggambarkan situasi, masalah, rencana yang kompleks menjadi rinci dan spesifik. Begitu juga dengan mengidentifikasi permasalahan pengendalian piutang. Berikut ini adalah gambar dari pohon masalah yang terjadi pada manajemen piutang yang terjadi pada RSUD Koja.

Gambar 6.3

Problematika Masalah Manajemen Piutang bagi Pasien JPK Gakin dan Tidak Mampu Unit Rawat Inap di RSUD Koja



Pada dasarnya, permasalahan pengendalian piutang terletak pada masalah waktu dan siklus piutang yang dilaksanakan pada suatu institusi. Apabila dilihat dari sebuah sistem pengendalian piutang rawat inap, maka permasalahan waktu tersebut terdapat pada bagian *output*, yaitu piutang pasien dapat tertagih tepat waktu. Permasalahan yang terjadi pada RSUD Koja adalah piutang pasien rawat inap untuk kelompok pasien JPK Gakin dan SKTM (tidak mampu) tidak dapat tertagih tepat waktu. Hal tersebut terjadi pada komponen proses dan komponen *feedback*. Pada komponen proses, permasalahan terjadi pada tahap perawatan, yaitu pada tahap pengelolaan piutang yang kurang berjalan dengan baik, sedangkan pada tahap *feedback* permasalahan terjadi pada proses *feedback* yang kurang efektif. Tahap pengelolaan piutang yang kurang berjalan baik disebabkan karena rumitnya proses keringanan biaya (pada tahap penataan rekening) dan keterlambatan dalam penyusunan rekapitulasi tagihan (tahap penagihan). Proses *feedback* yang kurang efektif disebabkan karena pada proses pembuatan kebijakan tidak melibatkan semua pihak dan kritikan dari rumah sakit untuk pihak Dinas Kesehatan DKI Jakarta yang tidak ditindaklanjuti. Proses *feedback* dapat menjadi masukan dalam proses pembuatan kebijakan. Maka diperlukan keterlibatan semua pihak yang terlibat dalam proses pemberian pelayanan kepada pasien JPK Gakin dan SKTM pada proses *feedback* ini. Selain itu, kritikan dari rumah sakit tidak ditindaklanjuti. Berikut ini adalah kutipan dari wawancara :

*“Udah, sering (mengaadukan ke Dinas Kesehatan DKI Jakarta), dan itu berlaku untuk seluruh rumah sakit mengeluh. Karena ini menyangkut operasional kita, yang harusnya udah dibayar ternyata belum... mereka dengan berbagai kesulitan (SDM)” (P1)*

### **6.3.2. Memahami dan menganalisis dari Sistem yang Ada**

Sebagai sebuah sistem, pengelolaan piutang pasien rawat inap sebuah rumah sakit dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal terhadap keluaran (*output*) yang akan diperolehnya. Keluaran pada penelitian ini adalah efektifnya sistem pengelolaan piutang tentu akan memberikan keluaran (*output*) yang baik. Dari sudut pandang rumah sakit, faktor yang lebih dapat dikendalikan adalah



faktor–faktor internalnya. Pada tahap internal tersebut akan meliputi sistem manajemen yang terdiri atas masukan (*input*), proses (*process*), dan keluaran (*output*). Sedangkan faktor eksternalnya meliputi lingkungan. Menurut Sjaaf (2001), pendekatan terhadap suatu kebijakan, berdasarkan batasan yang diberikan oleh Hofferbert dan Derbyshire, akan selalu memanfaatkan pendekatan sistem. Setiap gejala sosial pasti terjadi dan berlangsung di dalam suatu lingkungan tertentu. Begitu pula dengan kebijakan. Lingkungan merupakan salah satu dalam komponen kebijakan yang berinteraksi secara timbal balik.

Menurut Sabarguna (2007), perilaku piutang menggambarkan kegiatan–kegiatan yang ada hubungannya dengan terjadinya piutang. Dimulai dengan kebijakan piutang yang memuat pedoman bagi pelaksanaan. Perencanaan piutang merupakan proses lanjutan dari kebijakan yang menetapkan tentang jumlah, waktu pengumpulan, dan hubungannya dengan *cash flow*. Pada manajemen piutang yang diterapkan oleh RSUD Koja, siklus piutang dipengaruhi oleh kebijakan rumah sakit tersebut. Kebijakan tersebut merupakan kebijakan turunan dari Dinas Kesehatan DKI Jakarta.

### **6.3.2.1 Masukan**

#### **6.3.2.1.1 Man (Sumber Daya Manusia)**

Menurut Sjaaf (2001), pelaku kebijakan (aktor kebijakan) adalah badan pemerintah maupun orang atau lembaga non – pemerintah yang terlibat dalam pembuatan kebijakan. Pelaku tersebut dapat mempengaruhi dan sekaligus juga terkena pengaruh dari suatu kebijakan, baik pada tahap perumusan, pelaksanaan, maupun pengawasan. Pada penelitian ini, proses analisis dilakukan dari segi aktor kebijakan pada manajemen piutang pada pasien JPK Gakin dan SKTM pada rawat inap di RSUD Koja. Berikut ini adalah petikan hasil wawancara :

*“...dalam proses pembuatannya itu tentunya dilibatkan semua yang terkait...kalo itu masalah pelayanan, mekanisme pelayanan itu tentunya kita libatkan pelayanan karena mereka yang paling tau. Kalau hanya administrasi berarti di bagian administrasi mulai dari wadir umum, keuangannya, pihak ketiga sendiri kemudian di loket–loket kasir di pihak ketiga.” (P1)*

*“...kalao umpama pembuatan kebijakan pelaksanaan pasien rawat inap dan SKTM adalah direktur. Tapi, untuk proses pembuatannya adalah bagian pemasaran karena bagian pemasaran itu menyangkut MoU, pembuatan MoU antara Rumah Sakit Koja dengan Dinas Kesehatan...Pihak Ketiga hanya pelaksanaan...” (P2)*

Jadi, dapat disimpulkan bahwa pembuat kebijakan di tingkat rumah sakit terkait manajemen piutang bagi pasien JPK Gakin dan SKTM di rawat inap adalah direktur rumah sakit dan pihak-pihak yang terkait dalam proses pembuatan kebijakan tersebut. Menurut P1, apabila kebijakan tersebut berkaitan dengan pihak ketiga, dimana pasien JPK Gakin dan SKTM dilayani pada bagian ini ketika pasien mengurus administrasi ketika menjalani masa perawatan, maka pihak ketiga dilibatkan. Akan tetapi, menurut P2, pihak ketiga tidak dilibatkan dalam proses pembuatan kebijakan. pihak ketiga hanya berfungsi sebagai pelaksana dalam pembuatan kebijakan tersebut. Sebenarnya, jika ditelaah lebih lanjut, maka pihak ketiga berperan dalam proses pembuatan kebijakan, yaitu dalam proses pembuatan surat edaran untuk mensosialisasikan kebijakan yang dikeluarkan oleh pihak Dinas Kesehatan kepada seluruh pegawai rumah sakit yang berkaitan dan proses monitoring dan evaluasi, dimana pada proses monitoring dan evaluasi tersebut merupakan masukan dalam proses pembuatan kebijakan. Berikut ini merupakan kutipan dari wawancara tersebut:

*“Yang dari Dinas Kesehatan baru kita buat surat edaran, dibagikan kepada petugas atau pelaksana masing-masing...Jadi, Pihak Ketiga mewakili direktur (proses monitoring dan evaluasi)” (P2)*

Proses pembuatan kebijakan manajemen piutang bagi pasien JPK Gakin dan SKTM pada RSUD Koja tidak melibatkan semua pihak yang terkait dalam proses pembuatan kebijakan tersebut. Proses tersebut melibatkan hanya pada bagian administrasi saja. Sebaiknya proses pembuatan kebijakan melibatkan perwakilan dari bagian pelayanan. Hal tersebut akan sangat berperan dalam proses perumusan masalah kebijakan yang pada akhirnya masalah yang sudah dirumuskan akan menjadi agenda dalam pembuatan kebijakan. Bagian pelayanan yang diikutsertakan dalam proses pembuatan kebijakan adalah wadir pelayanan, ka bid pelayanan, dan ka bid keperawatan. Pelaku yang paling dominan dalam

tahap perumusan kebijakan, dengan kata lain mempunyai kekuasaan atau wewenang untuk menentukan isi dan memberikan legitimasi terhadap rumusan kebijakan tersebut. Pada RSUD Koja, pelaku yang paling dominan adalah direktur, sehingga direktur adalah pemberi legitimasi terhadap rumusan kebijakan yang ada pada RSUD Koja.

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

#### 1. Penyusunan agenda

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

Penyusunan agenda pada RSUD Koja adalah setelah pihak Dinas Kesehatan mengeluarkan kebijakan kepada RSUD Koja.

#### 2. Formulasi kebijakan

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

Fase formulasi kebijakan pada RSUD Koja dilaksanakan setelah Pihak Dinas Kesehatan melakukan proses monitoring dan evaluasi. Hasil dari monitoring dan evaluasi akan menjadi acuan pihak rumah sakit dalam melakukan formulasi kebijakan. Salah satu permasalahan yang akan dipertimbangkan pada fase formulasi kebijakan adalah kelengkapan resume medis. Kelengkapan resume medis merupakan salah satu indikator untuk mempercepat proses pembayaran tagihan oleh pihak Dinas Kesehatan karena pihak Dinas Kesehatan akan melakukan verifikasi tagihan per pasien berdasarkan diagnosa, tindakan, dan obat yang diberikan kepada pasien.

#### 3. Adopsi kebijakan

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

Proses adopsi kebijakan intern RSUD Koja berpedoman pada kebijakan yang dikeluarkan oleh pihak Dinas Kesehatan DKI Jakarta, dimana kebijakan tersebut terdapat pada Juklak dan Juknis JPK Gakin, Kurang Mampu, dan Bencana di Provinsi DKI Jakarta tahun 2007.

#### 4. Implementasi kebijakan

Karakteristik pada fase ini adalah kebijakan yang telah diambil dilaksanakan oleh unit-unit administrasi yang memobilisasikan sumber daya finansial dan manusia. Kebijakan intern yang telah dibuat oleh RSUD Koja dilaksanakan sesuai dengan unit-unit yang terkait dengan dikeluarkannya kebijakan tersebut, yaitu unit pelayanan (rawat jalan, rawat inap, IGD, laboratorium, dan radiologi) dan unit penunjang (Pihak Ketiga, Keuangan).

#### 5. Penilaian kebijakan

Karakteristik pada fase ini adalah unit-unit pemeriksaan dan akuntansi dalam pemerintahan menentukan apakah badan-badan eksekutif, legislatif, dan peradilan memenuhi persyaratan undang-undang dalam pembuatan kebijakan dan pencapaian tujuan. Pada fase ini, pihak RSUD Koja melakukan penilaian kebijakan dengan memberikan masukan kepada atasan apabila pada saat pelaksanaan kebijakan ditemui hambatan, seperti permasalahan resume medis yang menghambat proses penagihan. Saat ini, permasalahan tersebut sedang dibicarakan secara internal rumah sakit.

Selain pihak ketiga sebagai pelaksana dari kebijakan manajemen piutang pasien JPK Gakin dan SKTM, terdapat dokter, perawat, staf pada unit laboratorium, staf pada unit radiologi, dan staf pada unit farmasi. Berikut ini merupakan petikan hasil wawancara :

*“Untuk penerapannya ya, kita sekarang kita lagi membicarakan masalah tentang satu, di resume medis...kita lihat, dia itu harus liat tanda tangan dokternya, cap stempel dokternya, kemudian nama pasiennya...”*(P2)

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, didapat informasi bahwa dokter bereperan dalam proses pembuatan resume medis, dimana resume medis dibutuhkan untuk proses penataan rekening oleh pihak ketiga. Perawat yang berada di *nurse station* mengecek kelengkapan dari resume medis tersebut. Sebab pada resume medis tersebut terdapat tindakan medis yang harus diambil, dokter yang merawat, dan

diagnosa dari penyakit tersebut. Jadi, apabila resume medis tersebut kurang lengkap, maka perawat di *nurse* mengingatkan dokter untuk mengisi kelengkapan resume medis tersebut (apabila kekurangan pada diagnosa atau tanda tangan dokter), sedangkan untuk berkas pemeriksaan penunjang (laboratorium dan radiologi), maka perawat sebaiknya menata berkas tersebut dengan baik pada resume medis tersebut agar tidak terjadi berkas yang terselip. Berkas pemeriksaan penunjang merupakan bukti dari tindakan medis yang diambil dan berperan dalam proses pembebanan biaya. Selain itu, pengisian resume medis yang lengkap akan mempercepat proses pembayaran tagihan oleh Dinas Kesehatan DKI Jakarta, sehingga para dokter dan perawat tersebut lebih cepat mendapatkan jasa medis mereka dan petugas yang mengurus jaminan JPK Gakin dan SKTM mendapatkan jasa manajer.

Pihak Dinas Kesehatan membutuhkan diagnosa untuk mencocokkan PPE yang sesuai dengan pasien tersebut. Patokan pihak Dinas Kesehatan dalam melakukan proses pembayaran tagihannya berasal dari PPE. Pada resume medis tersebut terdapat diagnosa dokter dan tindakan-tindakan yang telah diberikan dokter dalam memberikan perawatan kepada pasien tersebut. Tindakan medis yang diberikan oleh perawat dan dokter akan mempengaruhi klaim pada pihak Dinas Kesehatan.

#### **6.3.2.1.2 Money (Anggaran)**

Penganggaran untuk melakukan pembuatan kebijakan tidak disediakan oleh pihak rumah sakit. Anggaran hanya disediakan untuk pembayaran tagihan (klaim) piutang pasien JPK Gakin dan SKTM. Anggaran tersebut disediakan oleh Dinas Kesehatan DKI Jakarta. Berikut adalah petikan hasil wawancara :

*"...kita ga pakai anggaran, jadi itu memang murni kewajiban kita supaya memperlancar pelaksanaan di lapangan..." (P1)*

*"Kalo anggaran, anggaran itu kita tidak diberikan oleh rumah sakit. Itu hanya dengan fasilitas saja....Kalao anggaran tidak diberikan oleh Dinas Kesehatan, yang diberikan oleh Dinas Kesehatan itu anggaran untuk pembayaran klaim Pihak Ketiga, Gakin dan SKTM..." (P2)*

### 6.3.2.1.3 Method (metode)

Metode yang digunakan untuk mengontrol siklus piutang adalah dengan menggunakan kebijakan. Kebijakan yang berkaitan dengan manajemen piutang bagi pasien JPK Gakin dan SKTM rawat inap adalah Dinas Kesehatan DKI Jakarta. Rumah sakit membuat kebijakan yang mengacu pada kebijakan yang telah dibuat oleh Dinas Kesehatan DKI Jakarta. Berikut ini adalah kutipan dari wawancara dengan narasumber :

*”Sepanjang ada permasalahan atau pembaharuan dari Dinas Kesehatan, itu tidak begitu banyak, ya, karena kita terus menerus mulai dari tahun 2006, 2007, 2008, 2009, hanya perubahan sedikit saja. Itu juga langsung dikirim melalui fax dan langsung dibuat surat edaran dan dibagi-bagikan kepada pelaksananya...Nah kita untuk mengacu kebijaksanaan rumah sakit mulai dari 1 September 2008, itu ada 10... ” (P2)*

Berdasarkan hasil telaah dokumen, didapatkan bahwa kebijakan yang dikeluarkan oleh pihak rumah sakit adalah kebijakan yang berasal dari pihak Dinas Kesehatan DKI Jakarta. Apabila pihak Dinas Kesehatan mengeluarkan kebijakan, maka kebijakan tersebut segera disosialisasikan kepada seluruh pegawai rumah sakit. Pihak RSUD Koja mengeluarkan kebijakan turunan dengan berpedoman pada kebijakan yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan (terdapat pada lampiran).

Pada kerangka pelaksanaan kegiatan setiap pimpinan dari suatu instansi atau unit kerja wajib membuat suatu kebijaksanaan sebagai pegangan bagi setiap pelaksana dalam menjalankan tugasnya. Kebijaksanaan tersebut harus dibuat tertulis, terinci, tersistematis, dan konsisten serta diorientasikan pada penyelesaian secara efektif dan efisien (Ambari, 2001).

Proses pembuatan kebijakan dengan metode seperti itu menggunakan pendekatan sistem. Pada pendekatan sistem terdapat tiga komponen yang terdiri dari *input*, *process*, dan *output*. Tuntutan–tuntutan individu maupun kelompok masyarakat, dukungan–dukungan, dan juga sumber daya merupakan *input* yang nantinya akan mempengaruhi proses pengalokasian nilai–nilai oleh pihak penguasa, dalam hal ini adalah direktur sebagai *top management*. Menurut Sjaaf (2001), pada tingkat selanjutnya sistem politik akan menyerap berbagai macam tuntutan dari masyarakat tersebut untuk dikonversikan menjadi keluaran–keluaran

yang berupa keputusan–keputusan atau kebijakan–kebijakan. Proses tidak berakhir pada proses tersebut karena keputusan tersebut akan mempengaruhi lingkungan. Lingkungan tersebut akan mempengaruhi tuntutan–tuntutan yang muncul dari masyarakat berupa umpan balik (*feed back*). Direktur melibatkan Wadir pelayanan, Wadir Umum dan Keuangan, Ka Bid Pelayanan, Ka Bag Keuangan, Ka Bag Perencanaan dan Rekam Medis, Ka Sub Bag Pemasaran dan Informasi, dan Ka Sub Bag Anggaran dan Mobilisasi Dana (Pihak Ketiga) akan memungkinkan direktur untuk melakukan proses penyusunan agenda. Penyusunan agenda tersebut akan menempatkan masalah pada agenda publik. Dalam hal ini, perlunya peran aktif dari semua pihak yang terkait untuk mengumpulkan masalah yang selama ini terjadi berkaitan dengan manajemen piutang pasien JPK Gakin dan SKTM di rawat inap. Unit-unit yang berkaitan tersebut akan menyampaikan hambatan–hambatan yang terjadi pada unit yang mereka tangani. Hambatan–hambatan tersebut akan dirumuskan menjadi penyusunan agenda, dimana agenda tersebut akan menentukan prioritas dalam pembuatan kebijakan publik.

Tetapi, kebijakan yang dibuat oleh RSUD Koja terkait manajemen piutang bagi pasien JPK Gakin dan SKTM hanya sebatas kebijakan untuk proses penjaminan saja, dimana kebijakan tersebut ditujukan kepada pasien JPK Gakin dan SKTM yang akan menjalani masa perawatan. Sebaiknya kebijakan tersebut dibuat juga untuk bagian-bagian yang terkait dalam pemberian pelayanan kepada pasien JPK Gakin dan SKTM, dimana kebijakan tersebut mengikat bagian keuangan (khususnya pihak ketiga) dan pelayanan (perawat, dokter, unit radiologi, unit laboratorium, dan unit farmasi).

#### **6.3.2.1.4 *Material dan Machine (fasilitas)***

Pihak rumah sakit menyediakan sarana dan fasilitas untuk melakukan proses pembuatan dan pelaksanaan kebijakan terkait manajemen piutang. Berikut merupakan petikan hasil wawancara :

*”...hanya dengan fasilitas saja. Fasilitas itu bersifat komputer, ala –alat tulis kantor...Jadi fasilitasnya hanya komputer, ATK, itu yang dari Rumah Sakit Koja”*  
(P2)

Pihak rumah sakit menyediakan fasilitas dalam melaksanakan kebijakan manajemen piutang. Penyediaan fasilitas tersebut akan membantu dalam proses pembuatan dan pelaksanaan kebijakan tersebut. Fasilitas yang disediakan oleh pihak rumah sakit berupa ATK dan komputer. Pemanfaatan fasilitas tersebut dalam proses pembuatan kebijakan sangat berperan. Berikut adalah kutipan wawancara tersebut :

*"...begitu ada surat yang masuk ke Rumah Sakit Koja mengenai kebijakan atau edaran – edaran atau mungkin pengumuman – pengumuman itu selalu di-faks..."*

(P2)

Berdasarkan kutipan tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa penggunaan ATK dalam proses pembuatan kebijakan turunan yang berasal dari Dinas Kesehatan sangat berperan karena penggunaan ATK dan fax akan membantu proses sosialisasi kebijakan yang dibuat oleh Dinas Kesehatan dan kebijakan turunan yang dibuat oleh rumah sakit. Akan tetapi, berdasarkan hasil observasi, masih ditemukannya hambatan dalam komputer sebagai salah satu fasilitas penunjang, dimana LAN tersebut terkadang tidak terkoneksi dengan baik sehingga akan menghambat penyusunan tagihan kepada pihak Dinas Kesehatan DKI Jakarta. Sebaiknya, dilakukan pemeriksaan secara rutin sebelum komputer tersebut dipergunakan.

### **6.3.2.2 Proses**

Pada tahap proses, dilihat dari segi siklus piutang. Siklus piutang dipengaruhi oleh kebijakan piutang itu sendiri. Berikut ini merupakan petikan hasil wawancara :

*"Untuk penerapannya ya, kita sekarang kita lagi membicarakan masalah tentang satu, di resume medis...kita lihat, dia itu harus liat tanda tangan dokternya, cap stempel dokternya, kemudian nama pasiennya...Kedua lagi, kita lihat harapan obat, obat dan alkes di atas 500.000, itu sekarang untuk 2009 tidak lagi diberikan ACC oleh Dinas Kesehatan, tapi kita verifikasi dia itu di rumah sakit...karena itu SKTM, e..kalo SKTM kan langsung dia itu seharusnya bayarnya pada kontribusi setengah ya pada waktu mau pulang. Tapi saya mau diacukan lagi kepada rumah sakit koja, begitu dia ada obat dan alkes di atas 500.000, saya*



*lihat verifikasinya miskin, tetap dikenakan 50%...Kecuali Gakin 0 karena sudah termasuk dengan PPE-nya, tarifnya itu.” (P2)*

Proses yang terkait dalam sistem ini adalah siklus piutang. Dimana siklus piutang dipengaruhi oleh perencanaan dan perencanaan tersebut dipengaruhi oleh kebijakan piutang. Siklus piutang tersebut terdiri dari pra-penerimaan, penerimaan, perawatan, penataan rekening, penagihan, dan penutupan tagihan. Pada Rumah Sakit Koja, siklus piutang pada rawat inap bagi pasien JPK Gakin dan tidak mampu mengacu pada Juklak dan Juknis yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan. Siklus piutang terdiri dari :

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

Pada proses penerimaan (*pre-admission*), RSUD Koja mengikuti Juklak dan Juknis yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan. Pada Juklak dan Juknis tersebut terdapat kebijakan kepesertaan yang mengatur kepesertaan dalam program JPK Gakin dan SKTM. Masing-masing kepesertaan memiliki persyaratan tertentu untuk mendapatkan informasi selengkap-lengkapnyanya mengenai kondisi keuangan calon pasien. Tujuannya adalah untuk mengetahui sedini mungkin calon pasien yang tidak mampu membayar (*free service account*), cara pembayaran yang akan digunakan oleh pasien, penanggung jawab atas rekening calon pasien, dan memberikan saran kepada calon pasien dalam merencanakan pembayaran di kemudian hari. Berdasarkan hasil observasi, pada pemberian saran oleh pihak RSUD Koja kepada calon pasien mengenai perencanaan pembayaran tidak hanya pada saat pasien baru menjalani rawat inap, tetapi pada saat pasien sedang menjalani proses rawat inap, bahkan pada saat pasien akan pulang setelah menjalani perawatan. Di antara kelompok pasien JPK Gakin dan SKTM, yang terbanyak meminta saran mengenai perencanaan pembayaran adalah kelompok pasien SKTM. Menurut kebijakan pelayanan kesehatan yang tercantum pada Juklak dan Juknis dari Dinas Kesehatan, tertulis bahwa pasien dengan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dikenakan iur biaya. SKTM dengan pembebasan biaya dikenakan iur biaya max 25% atau semampunya. SKTM dengan keringanan biaya dikenakan iur biaya max 50 %. Untuk hal-hal di luar tersebut ditentukan oleh Dinas Kesehatan.

Pasien JPK Gakin dan SKTM memiliki kriteria tersendiri dalam mengumpulkan berkas-berkas yang dibutuhkan untuk membantu pihak rumah sakit. Bagi pasien JPK Gakin, persyaratan yang harus dilengkapi meliputi :

1. Foto copy Kartu JPK Gakin
2. Foto copy Kartu Keluarga
3. Foto copy KTP Kepala Keluarga
4. Foto copy KTP pasien (apabila pasien berumur di atas 17 tahun)

Sedangkan untuk kelompok pasien SKTM, persyaratan yang harus dilengkapi meliputi :

1. Foto copy KTP Kepala Keluarga
2. Foto copy KTP pasien (apabila berumur di atas 17 tahun)
3. Foto copy Kartu Keluarga
4. Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM)
5. Foto copy laporan hasil verifikasi keluarga miskin (gakin) dari kelurahan

Persyaratan-persyaratan tersebut sangat berguna dalam mengetahui kondisi keuangan pasien. Apabila pasien tersebut dari kelompok pasien JPK Gakin, maka pasien dibebaskan dari biaya rumah sakit. Sedangkan pada kelompok pasien SKTM, dilihat dari *foto copy* laporan hasil verifikasi keluarga miskin (gakin) dari kelurahan. Jika status pada *point* persepsi petugas mengenai rumah tangga ini adalah miskin, maka pasien dikenakan biaya rumah sakit maksimal 25% atau semampunya. Tetapi, jika pada *point* tersebut statusnya adalah kurang mampu, maka pasien tersebut dikenakan biaya maksimal 50%.

Menurut Mehta dan Maher (1977), beberapa langkah yang dianjurkan pada tahap pra-penerimaan adalah :

- a. Prosedur awal untuk mendapatkan info yang dibutuhkan

Prosedur ini dimulai saat rumah sakit menerima info dari dokter bahwa pasien perlu dirawat. Pada RSUD Koja hal tersebut bisa dilakukan bagi pasien JPK Gakin dan SKTM, dimana kondisi pasien tersebut diharuskan untuk menjalani perawatan pada unit rawat inap. Menurut Mehta dan Maher (1977), rumah sakit mempunyai waktu 3 hari sebelum pasien dirawat, seluruh info baik medis maupun keuangan harus sudah diatur. Hal ini dapat dicapai dengan

menggunakan formulir pra-penerimaan (*pre-admission form*). Pihak Ketiga yang bertanggung jawab dalam pengelolaan berkas pasien JPK Gakin dan SKTM, tidak menggunakan formulir pra-penerimaan, Pihak Ketiga menggunakan ketentuan-ketentuan yang terdapat pada Juklak dan Juknis yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan dalam mendapatkan informasi kondisi keuangan pasien, seperti lembar verifikasi keluarga miskin, kartu JPK Gakin, PKH, kupon BLT, Kader, dan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM).

b. Mempelajari info yang diterima

Pada tahap ini, pihak rumah sakit mempelajari info kredit yang diterima dengan tujuan untuk mengetahui apakah pembayaran biaya rumah sakit ditanggung oleh pihak ketiga. Jika pembayaran ditanggung oleh pihak ketiga, perlu diketahui apakah :

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

Pihak RSUD Koja telah melakukan kerja sama dengan Dinas Kesehatan DKI Jakarta. Sistem pembayaran pun untuk masing-masing kelompok pasien JPK Gakin dan SKTM memiliki tingkat proporsi dalam penjaminan pembayaran oleh pihak Dinas Kesehatan. Kelompok pasien SKTM tidak sepenuhnya dijamin oleh pihak Dinas Kesehatan. Hanya kelompok pasien JPK Gakin yang pembiayaan kesehatannya dijamin seluruhnya oleh Dinas Kesehatan.

c. Memperkirakan jumlah tagihan pasien

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

1. Diagnosa pasien
2. Dokter yang merawat
3. Pemeriksaan penunjang yang akan diinstruksikan oleh dokter
4. Pengobatan dan tindakan yang akan diberikan oleh dokter

8

5. Kemungkinan komplikasi dan harapan sembuh dari penyakit yang diderita pasien

6. Kelas perawatan yang diinginkan

Pada RSUD Koja, faktor–faktor tersebut sudah diatur pada PPE yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan.

d. Membicarakan situasi kredit dengan pasien

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

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

Pihak Ketiga membicarakan situasi kredit dengan pasien untuk memberi tahu mengenai jumlah tagihan yang diperkirakan akan dibebankan.

e. Membuat keputusan mengenai kredit

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

Pihak RSUD Koja mengikuti Juklak dan Juknis yang ditentukan oleh Dinas Kesehatan DKI Jakarta. Terjadinya perbaikan mengenai keputusan mengenai kredit, terjadi pada kelompok pasien SKTM. Berdasarkan hasil

observasi, perbaikan kredit yang terjadi pada kelompok pasien SKTM disebabkan ada beberapa pasien yang tidak bisa melakukan pembayaran sesuai dengan ketentuan yang berlaku, pada akhirnya pasien tersebut dibebaskan dari biaya.

## 2. Tahap penerimaan (*admission*)

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

Pada RSUD Koja, tahap ini dilakukan apabila pasien yang sedang menjalani masa perawatan tersebut tidak menyerahkan berkas lengkap sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Pasien atau keluarga pasien diberi waktu selama 3 x 24 jam untuk melengkapi berkas-berkas yang masih kurang. Proses tersebut akan berjalan lancar apabila adanya koordinasi antara pihak perawat di *nurse station* dengan bagian keuangan.

## 3. Tahap perawatan

Pengelolaan piutang pasien selain membutuhkan pembayaran yang cepat juga harus dipastikan bahwa tagihan itu akurat. Pada tahap ini terjadi pembebanan biaya (*charging process*) atas pelayanan yang telah diberikan pada pasien. Pada RSUD Koja, pengelolaan piutang pasien rawat inap bagi kelompok pasien JPK Gakin dan SKTM masih dikatakan kurang berjalan dengan baik. Hal itu disebabkan masih ditemukannya beberapa kasus dimana pada kasus tersebut berkas pasien rawat inap kurang lengkap, seperti tidak adanya hasil pemeriksaan radiologi atau hasil pemeriksaan laboratorium. Padahal pasien tersebut menjalani pemeriksaan radiologi dan atau laboratorium. Penyebab dari munculnya permasalahan tersebut adalah staf Pihak Ketiga kurang melakukan koordinasi dengan perawat di *nurse station*.

Menurut Mehta dan Maher (1977) langkah – langkah yang dilakukan pada tahap perawatan ini adalah :

- a. Menentukan struktur biaya
  - b. Kerja sama dengan bagian keuangan
  - c. Memasukkan biaya dalam perkiraan pasien
  - d. Pengawasan dan pengendalian prosedur
4. Tahap penataan rekening (*billing process*)

Proses penataan rekening pada RSUD Koja berbeda antara kelompok pasien JPK Gakin dan SKTM. Proses penataan rekening pada kelompok pasien JPK Gakin dilakukan setelah pasien tersebut selesai menjalani proses perawatan di rawat inap. Sedangkan untuk kelompok pasien SKTM, proses penataan rekening dilakukan menjelang pasien tersebut akan pulang. Menurut hasil observasi, proses penataan tagihan tersebut dilakukan oleh *nurse station*. Pihak pasien akan mendapatkan satu lembar penagihan yang berisi sejumlah nominal yang harus dibayar oleh keluarga pasien. Pihak keluarga akan menuju loket verifikasi, dimana pada loket tersebut terkadang pasien dari kelompok SKTM meminta keringanan pembiayaan. Apabila si pasien masih merasa keberatan dengan keringanan yang diberikan oleh bagian administrasi pada loket verifikasi, maka pasien tersebut akan mengkomunikasikan keberatannya pada petugas perwakilan dari Dinas Kesehatan DKI Jakarta dengan perantara staf verifikasi dari RSUD Koja. Jika masih keberatan juga, maka pihak keluarga dapat mengkomunikasikan kepada Ka Sub Bagian Anggaran dan Mobilisasi Dana (Pihak Ketiga).

Proses tersebut terkesan rumit dikarenakan kurang efektifnya proses pelaporan mengenai keberatan tersebut. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Netty Asria (2001), didapatkan bahwa pengelolaan tagihan untuk pasien dilakukan oleh penata rekening. Selama pasien dirawat, tagihan sementara diserahkan setiap dua hari secara berkala. Pada saat bagian keuangan mendapat informasi bahwa pasien akan segera lepas rawat atau meninggal, maka pembuatan tagihan akhir pasien segera dimulai. Perkiraan pasien ini seringkali belum siap ditutup karena beberapa pembebanan biaya masih dalam proses. Misalnya perhitungan sebagian obat atau bahan-bahan yang tidak habis terpakai. Dengan demikian, diperlukan tenggang waktu sebelum perkiraan ditutup dan rekening selesai dibuat. Penundaan tersebut akan menyebabkan

penundaan pemasukan kas. Pihak Ketiga pada RSUD Koja sebaiknya melakukan hal tersebut agar tidak mempersulit keluarga pasien dalam pengurusan biaya ketika pasien akan pulang. Jadi, apabila pihak keluarga pasien sudah diberitahu mengenai besarnya nominal yang akan ditagih kepada pasien, maka keluarga pasien dapat mempersiapkan uangnya atau mereka dapat segera melapor kepada Pihak Ketiga. Pelaksanaan prosedur tersebut akan berjalan dengan baik apabila terdapat kerja sama antara Pihak Ketiga dengan *nurse station*. Perawat yang sering melakukan kontak kepada keluarga pasien dapat mengkomunikasikan permasalahan pembayaran tersebut kepada pihak keluarga atau membantu pihak keluarga pasien dalam melakukan proses pembayaran (membantu proses sosialisasi). Penyampaian besarnya biaya yang dikenakan rumah sakit kepada pihak keluarga sebaiknya dilakukan secara hati-hati dan dilakukan secara komunikatif kepada keluarga pasien. Tanyakan kepada pihak keluarga, apakah mereka sudah mengerti tentang cara pembayarannya.

Selain itu, sesuai dengan penelitian yang dilakukan Ambari (2001), sesungguhnya apabila pasien dan keluarga pasien dapat mengetahui dengan seksama jumlah biaya tanggungannya, besar kemungkinan pasien atau keluarga untuk mempersiapkannya atau bahkan melakukan rencana pembayaran yang lebih baik. Hal tersebut akan mengurangi timbulnya piutang yang cukup besar dan juga mengurangi resiko piutang yang tidak tertagih.

##### 5. Tahap penagihan

Sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Netty Asria (2001), kendala yang dihadapi dalam pembuatan tagihan untuk perusahaan penjamin adalah dalam hal resume medis yang dikeluarkan oleh dokter. Pada RSUD Koja permasalahan tersebut juga terjadi, yaitu masih ditemukannya kelalaian dokter dalam membuat resume medis atas pasien yang diperiksanya. Akibatnya adalah staf Pihak Ketiga yang bertanggung jawab terhadap penyusunan tagihan menjadi terhambat, sehingga staf tersebut harus menemui dokter yang merawat pasien untuk membuat resume medis mengenai pasien yang sudah dinyatakan lepas rawat. Hal tersebut akan berdampak pada penyusunan rekapitulasi tagihan kepada Dinas Kesehatan DKI Jakarta.

Menurut penelitian Ambari (2001), dengan adanya kelonggaran–kelonggaran di dalam kebijakan atau prosedur penagihan akan menyebabkan penundaan pembayaran yang akhirnya tidak tertagih. Hal ini menyebabkan kecenderungan meningkatnya piutang menjadi lebih tinggi.

### 6.3.2.3 Keluaran

Keluaran dari sistem ini adalah piutang pasien rawat inap pada kelompok pasien JPK Gakin dan tidak mampu tertagih dengan tepat waktu. Hal tersebut merupakan kondisi ideal dari sistem tersebut apabila sistem tersebut dapat berjalan dengan baik. Tetapi, terjadi permasalahan pada masa penagihan kepada pihak Dinas Kesehatan DKI Jakarta, dimana Dinas Kesehatan adalah penjamin dari kelompok pasien JPK Gakin dan SKTM. Penyebab dari permasalahan tersebut adalah pengelolaan piutang kurang berjalan dengan baik, proses *feedback* yang kurang efektif, dan keterlambatan pihak Dinas Kesehatan dalam proses pembayaran. Berikut ini adalah kutipan hasil wawancara :

*“Udah, sering (mengaadukan ke Dinas Kesehatan DKI Jakarta), dan itu berlaku untuk seluruh rumah sakit mengeluh. Karena ini menyangkut operasional kita, yang harusnya udah dibayar ternyata belum... mereka dengan berbagai kesulitan (SDM)” (P1)*

Proses *feedback* yang kurang efektif terlihat dari adanya monitoring dan evaluasi dari pelaksanaan kebijakan Dinas Kesehatan yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan DKI Jakarta dengan mengundang rumah sakit yang ada di Jakarta. Tetapi, hasil dari monitoring dan evaluasi tersebut belum menjadi masukan. Berikut ini adalah rumah sakit yang mengalami keterlambatan dalam proses pembayaran tagihan oleh pihak Dinas Kesehatan DKI Jakarta.

**Tabel 6.3**  
**Absensi Penerimaan Klaim RS TW II**

No	RS	Jan	Feb	Mrt	Apr
1	Fatmawati	Apr	Apr		
2	Marinir	Mar	Mar	Apr	
3	Pertamina Pusat	Feb			
4	Tria Dipa				Apr
5	Agung	Feb			
6	Bd Jy	Jan			
7	JMC	Mar	Mar	Apr	



No	RS	Jan	Feb	Mrt	Apr
8	JEC		Apr		
9	JKC	Mar	Mar	Apr	
10	Zahirah		Apr		
11	RSCM	Mar/Apr	Apr	Mei	
12	Mintoharjo	Mar	Apr		
13	Gatsu	Mar			
14	Tarakan	Apr			
15	St.Carolus	Feb	Apr	Mei	
16	Cikini	Jan/Feb	Mar	Apr	
17	Islam Jakarta	Mar	Apr		
18	Husada	Feb	Mar	Apr	
19	MMA	Mar	Apr		
20	Pertamina Jaya		Apr		
21	Budi Kemuliaan	Mar	Apr	Apr	
22	Pelni	Feb	Mar		
23	Sumber Waras	Mar	Apr		
24	Patria IKKT		Mar	Mar	
25	Cengkareng	Mar	Mei		
26	Medika Permt Hj		Mar		
27	Kanker Dharmais	Apr	Apr		
28	RSAB HarKit	Feb	Apr	Apr	
29	RS Jantung HarKit	Mar	Apr		
30	Hermiina Daan Mg	Feb	Mar		
31	Tangerang	Mar	Mar		
32	Manuela	Feb	Mar	Apr	
33	Marzuki Mh Bgr	Feb			
34	Yadika	Feb			
35	Harum	Feb			
36	Islam Klender	Feb	Mar	Apr	
37	Persahabatan	Mar	Apr/Mei		
38	Polri	Feb	Apr	Mei	
39	Pasar Rebo	Mar	Mei		
40	Budi Asih	Mar	Apr		
41	Haji	Feb	Mar	Apr	
42	FK UKI	Mar	Apr		
43	Islam Pd Kopi	Feb	Apr	Apr	
44	Kartika PL	Mar			
45	RSKO	Mar	Apr		
46	Duren Sawit	Mar	Apr		
47	YGDI	Mar	Apr		
48	Harapan Bunda	Feb	Mar	Apr	
49	Kesdam Cijantung	Mar	Apr	Mei	
50	Mediros	Feb	Apr	Mei	
51	Hermiina Jatinegra	Apr			
52	Koja	Mar	Apr		

No	RS	Jan	Feb	Mrt	Apr
53	Pelabuhan	Mar	Apr	Mei	
54	Atmajaya	Feb	Mar	Apr	
55	Islam Sukapura	Apr	Apr		
56	Pluit	Apr			
57	RSPI	Mar	Apr		
58	Soeharto H	Mar	Apr		
59	PMC	Apr			Apr
60	Satyanegara	Jan		Mei	
61	RUSPAU	Mar	Apr		
62	AGD	Feb	Mar	Apr	
63	PMI		Mar		

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, *Monitoring dan Evaluasi JPK Gakin TW II tahun 2009*

Dari tabel tersebut dapat diinterpretasikan bahwa rata-rata waktu pembayaran tagihan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan DKI Jakarta dilakukan setelah dua bulan, dengan waktu terlama untuk proses pembayaran tagihan adalah tiga bulan dan waktu tercepat dalam proses pembayaran oleh pihak Dinas Kesehatan DKI Jakarta adalah satu bulan.

#### 6.3.2.4 Umpan Balik

Umpan balik dari sistem ini adalah respon yang berasal dari atau diakibatkan oleh keluaran sistem kebijakan. Pada akhirnya umpan balik tersebut merupakan masukan untuk merumuskan komponen *input*. Berikut adalah kutipan dari hasil wawancara :

*“Kalau penerapan, begitu kebijakan itu dikeluarkan tentunya tujuannya kan untuk memperlancar pelayanan, sehingga jelas alurnya seperti apa, mekanismenya seperti apa... Itulah tadi dimungkinkan untuk diadakan revisi kalau memang di lapangan terjadi kesulitan-kesulitan” (P1)*

Apabila dilihat dari proses pembuatan kebijakan yang dikeluarkan Dunn (2000), maka proses umpan balik termasuk fase penilaian kebijakan. Menurut Dunn (2000), karakteristik pada fase ini adalah unit-unit pemeriksaan dan akuntansi dalam pemerintahan menentukan apakah badan-badan eksekutif, legislatif, dan peradilan memenuhi persyaratan undang-undang dalam pembuatan kebijakan dan pencapaian tujuan. Pihak Rumah Sakit Koja dalam menanggapi kebijakan yang diberikan oleh Dinas Kesehatan dapat memberikan hasil

monitoring dan evaluasi selama pelaksanaan kebijakan. Apabila terjadi kesulitan-kesulitan dalam pelaksanaan kebijakan, maka kebijakan tersebut dapat direvisi.

### 6.3.2.5 Lingkungan

Lingkungan kebijakan pada sistem ini lebih menunjuk pada bidang–bidang kehidupan masyarakat yang dapat atau perlu dipengaruhi oleh pelaku kebijakan, yaitu masyarakat pengguna pelayanan rawat inap bagi pasien JPK Gakin dan tidak mampu, baik pasien maupun keluarga pasien tersebut. Begitu pula dengan kebijakan manajemen piutang pasien JPK Gakin dan tidak mampu. Kebijakan tersebut juga terjadi dan berlangsung di lingkungan rumah sakit, dimana lingkungan yang dimaksud adalah pasien dan keluarga pasien yang menikmati pelayanan dari pihak Rumah Sakit Koja. Pelayanan tersebut adalah kemudahan-kemudahan yang didapat oleh pasien untuk menjalani proses perawatan. Kemudahan-kemudahan tersebut merupakan perwujudan dari pelaksanaan kebijakan rumah sakit. Berikut adalah kutipan dari wawancara dengan keluarga pasien mengenai kemudahan-kemudahan yang diberikan oleh rumah sakit:

*“masalah obat juga dimudahkan. Perawatan juga masalah obat-obatan, cepat ditangani”*(P3)

*“... setiap beberapa jam sekali rutin, pengecekan (perawat)...”*(P4)

*“Ya..kalao berobat diperlancar”*(P5)

Apabila dianalisis dari segi pelayanan yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit terkait kebijakan manajemen piutang, maka sebagian besar narasumber pasien merasa terbantu dengan kemudahan yang diberikan pihak rumah sakit dalam merawat anggota keluarga mereka. Kemudahan yang didapatkan pasien-pasien tersebut adalah kemudahan dalam mendapatkan obat tanpa melalui proses ACC petugas verifikasi JPK Gakin dan SKTM, pelayanan dari tenaga medis yang tidak dibeda-bedakan, kemudahan dalam mendapatkan pelayanan penunjang medis (seperti radiologi dan pemeriksaan laboratorium), dan lain-lain. Akan tetapi, masih ditemukannya hambatan-hambatan dalam pelaksanaan kebijakan tersebut. Hambatan-hambatan yang ditemui oleh pasien adalah terlalu lamanya waktu tunggu yang dibutuhkan seorang keluarga pasien dalam mengambil obat di apotek (bagian farmasi). Permasalahan tersebut akan sangat berbahaya apabila

obat tersebut bersifat *emergency*. Berikut adalah kutipan dari wawancara dengan keluarga pasien :

*“Hambatannya cuman di apotik aja, terlalu lama... Itu bisa 2 jam 3 jam (proses pengambilan obat)” (P5)*