

1. HOSPITAL INFORMATION SYSTEMS.
2. FINANCIAL MANAGEMENT, HOSPITAL
3. MEDICAL RECORDS

FK
TKA 08/03
Sub.
P.

TESIS

**PENGEMBANGAN SISTEM DAN PROSEDUR KEUANGAN RAWAT INAP
DI RUMAH SAKIT SWADANA Dr. SOEDONO MADIUN**

**(ANALISIS FAKTOR KETIDAKSESUAIAN PENCATATAN KEUANGAN
DI BAGIAN REKAM MEDIK DAN BAGIAN KEUANGAN)**



MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

SUHARYONO

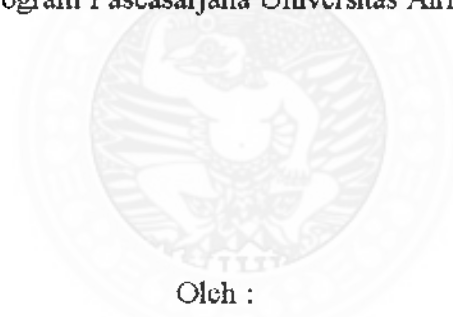
**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2001**

**PENGEMBANGAN SISTEM DAN PROSEDUR KEUANGAN RAWAT INAP
DI RUMAH SAKIT SWADANA Dr. SOEDONO MADIUN**

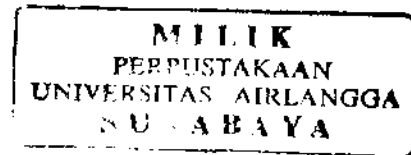
**(ANALISIS FAKTOR KETIDAKSESUAIAN PENCATATAN KEUANGAN DI
BAGIAN REKAM MEDIK DAN BAGIAN KEUANGAN)**

TESIS

**Untuk memperoleh Gelar Magister
Dalam Program Study Administrasi dan Kebijakan Sentral
Minat Administrasi Rumah Sakit
pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga**



Oleh :
H. SUHARYONO
NIM. 099913589/M



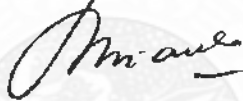
**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
Tanggal : 14 September 2001**

LEMBAR PENGESAHAN

TESIS INI TELAH DIUJI
PADA TANGGAL, 14 SEPTEMBER 2001


Oleh

Pembimbing Ketua,



DR. Stefanus Supriyanto , dr,MS
NIP. 130 675 544

Pembimbing



DR. Nyoman Anita Damayanti, drg,MS
NIP. 131 871 470

Telah diuji pada
Tanggal 14 September 2001

PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua : Dr. Parwoto W., Drs. Ec. Ak.

Anggota : 1. Dr. Stefanus Supriyanto, dr. MS.
2. Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg. MS.
3. Dr. Ir. Pribadiyono, MS. :
4. dr. Trihardjo Saelan, Sp.PD, MARS
5. Thinmi Nurul R., Dra. Ec. Mkes.



UCAPAN TERIMA KASIH

Pertama-tama saya ucapkan puji syukur kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karuniaNya sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

Terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya sampaikan kepada :

1. Bapak Dr. S. Supriyanto, dr, MS, selaku pembimbing utama yang telah banyak membimbing dan memberi dorongan penyelesaian tesis ini.
2. Ibu Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg.,MS selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran selalu membimbing dan mendukung penyelesaian tesis ini.
3. Bapak Prof. H. Soedarto, dr., DTM & H., PhD. Rektor Universitas Airlangga atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk mengikuti pendidikan Program Magister.
4. Bapak Prof. Dr. Muh. Amin, dr.,Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga atas kesempatan yang diberikan kepada saya menjadi mahasiswa Program Magister.
5. Bapak Dr. Widodo J. Pujirahardjo, dr., MPH., MS. Ketua Program Study Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Airlangga atas bimbingan dan dorongannya kepada saya selama menjadi mahasiswa Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.
6. Semua dosen beserta staf Minat Studi Afministrasi Rumah Sakit Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Airlangga yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan dan membimbing selama proses pendidikan sampai terselesaikannya tesis ini.
7. Bapak Dr. Sugeng E Suryat, MS., Direktur Rumah Sakit Dr. Soedono Madiun yang telah memberi ijin dan dorongan untuk mengikuti pendidikan ini.
8. Karyawan Rumah Sakit Dr. Soedono Madiun, khususnya bagian keuangan, rekam medik dan instalasi penunjang yang telah membantu terlaksananya penelitian ini.

9. Teman-teman mahasiswa Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Minat Studi Administrasi Rumah Sakit angkatan 1999/2000 yang telah memberi bantuan dalam penyelesaian tesis ini.

Terakhir untuk isteriku Hj. Nurasmi, anak-anakku Bayu dan Nunik yang telah memberikan doa dan perhatian sehingga tesis ini bisa terselesaikan dengan baik.

Surabaya, 14 September 2001

H. SUHARYONO

RINGKASAN

Rumah Sakit merupakan tumpuan dari masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Dalam krisis ekonomi seperti ini, rumah sakit pemerintah merupakan salah satu tujuan untuk tempat rujukan. Agar rumah sakit dapat bertahan dan mampu memberi pelayanan yang memadai, apalagi Rumah Sakit Dr. Soedono Madiun telah berstatus unit swadana.

Pada awal survey ditemukan, bahwa pencatatan keuangan rawat inap selalu tidak sama antara bagian keuangan dan bagian rekam medik. Ada empat faktor yang menjadi sasaran penelitian ini yaitu : Faktor sumberdaya manusia, sarana penunjang, pelaksanaan protap keuangan serta pengendalian dan pengawasan terhadap pengelolaan keuangan itu sendiri.

Tujuan penelitian ini untuk mengembangkan sistem dan prosedur keuangan berdasarkan analisis faktor sumberdaya manusia, evaluasi sistem dan prosedur keuangan yang ada, evaluasi sistem pengawasan dan pengendalian serta analisis ketersediaan sarana penunjang pencatatan keuangan rawat inap.

Penelitian ini merupakan evaluasi penelitian. Data diambil secara *cross sectional*. Sebagai responden 22 petugas pengelola keuangan, sedang data diambil dari dokumen rekam medik yang diambil secara *simple random sampling*, dan laporan keuangan.

Berdasarkan analisis hasil penelitian diketahui bahwa petugas pengelola keuangan rawat inap tidak memahami protap keuangan, sekalipun pengalaman mereka cukup dan motivasi petugas tinggi.

Sarana penunjang selalu tersedia apabila diperlukan. Protap keuangan hanya ada satu buah dan berada di bagian , di bagian lain tidak ada protap tersebut, serta tidak pernah disosialisasikan kepada petugas. Pembinaan sumberdaya manusia, pengendalian dan pengawasan petugas pengelola keuangan rawat inap tidak pernah dilakukan.

Pembayaran fisik uang dapat terjadi diberbagai instalasi penunjang, dimana kondisi ini dapat mempengaruhi petugas untuk berbuat tidak baik. Dari hasil *Nominal Group Technique (NGT)* disepakati ada lima prioritas untuk memecahkan masalah yaitu : diterbitkannya protap keuangan baru, pelatihan SDM, loket pembayaran satu pintu untuk menghindari pembayaran di berbagai tempat, peningkatan supervisi keuangan serta penyederhanaan formulir.

Berdasarkan kelima kegiatan prioritas tersebut dapat dipilih salah satu dari tiga alternatif pengembangan sistem dan prosedur yaitu : sistem pembayaran satu pintu di bendaharawan, sistem pembayaran banyak pintu antara lain seluruh instalasi penunjang dan sistem pembayaran awal, dengan amenuah uang muka sebagai deposit yang dapat berjangka setiap tiga hari atau seminggu sekali diisi.

ABSTRACT

Hospital is the place for the people to get health services. In the situation of economic crisis like now, public hospital needs fund and the amount are a great number of money. It has to refind its new way to get fund. Dr. Soedono Madiun Public Hospital has to do it, because if its "swadana" status.

In the early survey it is found that the financial records in the wards are not always the same between financial and medical record departement. There are four factors become the objective of this research. They are human resources, facilities, the operation of the financial procedures, and last but not least the control towards financial records in the wards.

The objective of this research is to develop systems and financial procedures according to the factors analysis human resources, evaluation system and the present financial procedures, evaluation financial control systems, and also analysis towards financial facilities to record financial records of the wards in Dr. Soedono Madiun Public Hospital.

This research use discriptive evaluation with 22 respondents, from financial department. Medical Records document selected by simple random sampling on Juni 2001, exception financial document (cross sectional)

According to results of this research, it is known that the staff of financial controller did not understand the financial procedures, although they had many experiences and had high motivation, especially because of the safety feeling, support from their friends, and their careers. Financial facilities are always prepared when they are needed, minimally for two weeks. There is only are financial procedure in the financial department and not well communicated to the staffs. Improving human resources capabilities, control towards financial staffs in the wards are never done by the management. No such financial procedure influences the performances of financial payment, which really has to be done according to the rules.

The research showed the according to the flow of financial payment in the wards, there are many places to pay, especially in the medical supporting departments. When they received the payment they did not directly send the money to the financial department on that day or the next day. It was done between one or seven days interval. The staff could misuse the money, because of this condition.

Nominal Group Technique (NGT) make conclusions that there are five priorities to solve the problems. They are issuing new financial supervision, and also simplifying the financial record form for medical supporting departments, especially for the wards.

By doing the five points of problem solving, Dr. Soedono Madiun Public Hospital will become more well organized. There are three alternatives in payment systems, first only one door payment system, second some door payment system and third by deposite system.

Keywords : Hospital Information System- Hospital Financial Controlle- Medical Record System

DAFTAR ISI

Halaman

Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
Prasyarat Gelar	iii
Persetujuan	iv
Penetapan Panitia	v
Ucapan terima kasih	vi
Ringkasan	viii
Abstrak	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	5
1.2.1 Sumber daya manusia	7
1.2.2 Sarana penunjang	8
1.2.3 Prosedur tetap atau protap.. ..	9
1.2.4 Sistem pengendalian dan pengawasan	10
1.3 Rumusan Masalah	11
1.4 Tujuan	12
1.4.1 Tujuan umum	12
1.4.2 Tujuan khusus	12
1.5 Manfaat Penelitian	13
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	14
2.1 Rumah Sakit	14
2.1.1 Pengertian rumah sakit	14
2.1.2 Tugas dan fungsi rumah sakit	14
2.2 Rekam Medik	15
2.2.1 Pengertian rekam medik	15
2.2.2 Tujuan dan kegunaan rekam medik	16
2.2.3 Manfaat rekam medik dalam pengelolaan kesehatan	18
2.2.4 Kedudukan rekam medik	19
2.3 Sumber Daya Manusia	19
2.4 Sarana Penunjang	21
2.5 Sistem dan Prosedur	22
2.5.1 Pengertian sistem	22

2.5.2	Sistem dan prosedur tetap keuangan	23
2.5.3	Sistem informasi	25
2.5.4	Sistem informasi rumah sakit	27
2.6	Manajemen Pengendalian dan Pengawasan	28
2.7	<i>Nominal Group Technique</i> atau <i>NGT</i>	33
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL	35
BAB 4	METODE PENELITIAN	38
4.1	Rancang Bangun Penelitian	38
4.2	Populasi Penelitian	38
4.3	Sampel, Besar Sampel Dan Teknik Pengambilan Sampel	38
4.4	Kerangka Operasional Penelitian	40
4.5	Komponen dan Variabel Penelitian.....	41
4.6	Definisi Operasional	42
4.7	Instrumen Penelitian	48
4.8	Lokasi dan Waktu Penelitian	49
4.8.1	Lokasi penelitian	49
4.8.2	Waktu penelitian	49
4.9	Prosedur Pengambilan Data	50
4.9.1	Data primer	50
4.9.2	Data sekunder	50
4.10	Teknik Analisis Data	50
BAB 5	HASIL, ANALISIS HASIL DAN PEMBAHASAN.....	52
5.1	Data Penelitian	52
5.1.1	Keadaan Umum RSUD Dr. Soedono Madiun	52
5.1.2	Kinerja RSUD Dr. Soedono Madiun	54
5.1.3	Bagian Keuangan RSUD Dr. Soedono Madiun	57
5.2	Analisis dan Hasil Penelitian.....	59
5.2.1	Analisis Sumber Daya Manusia	59
5.2.1.1	Jenis kelamin	59
5.2.1.2	Jenjang pendidikan	60
5.2.1.3	Pengalaman petugas	61
5.2.1.4	Pengetahuan petugas	62
5.2.1.5	Motivasi petugas	64
5.2.1.6	Beban kerja petugas	66
5.2.1.7	Masa kerja petugas	68
5.2.2	Sarana Penunjang	69
5.2.3	Pelaksanaan Protap Keuangan	70
5.2.3.1	Sosialisasi protap keuangan	70
5.2.3.2	Isi protap dan keakuratan data	70
5.2.3.3	Ketepatan waktu	71

5.2.4 Pengendalian Dan Pengawasan	71
5.2.4.1 Sosialisasi dan supervisi	71
5.2.4.2 <i>Cross footing</i> dan <i>footing</i>	72
5.2.4.3 Pemberitahuan supervisi	73
5.2.4.4 Evaluasi	74
5.2.4.5 Pembinaan SDM	74
5.3 Hasil Observasi Alur Keuangan Rawat Inap Di RSUD Dr. Soedono Madiun	75
5.4 Beberapa Alternatif Alur Keuangan Rawat Di RSUD Dr. Soedono Madiun	76
5.5 <i>Nominal Group Technique (NGT)</i>	88
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	95
6.1 Kesimpulan	95
6.2. Saran	97

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 : Pencatatan Keuangan Rawat Inap Berdasar Catatan Rekam Medik Dan Bagian Keuangan Serta Selisihnya Bulan April 1999 Sampai Dengan Maret 2000 Di RSUD Dr. Soedono Madiun (dalam rupiah).....	4
Tabel 5.1 : Jumlah Tenaga Di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2000	53
Tabel 5.2 : Hasil Kegiatan Di RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 1998, 1999 Dan 2000.....	54
Tabel 5.3 : Jenis Kelamin Responden Pengelola Keuangan Rawat Inap RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli tahun 2001	59
Tabel 5.4 : Jenjang Pendidikan Responden Pengelola Keuangan Rawat Inap RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli Tahun 2001	60
Tabel 5.5 : Pengalaman Responden Menangani Keuangan Rawat Inap Di RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli Tahun 2001.....	62
Tabel 5.6 : Pendapat Responden Tentang Intensitas Faktor Pengelola Keuangan Rawat Inap RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli Tahun 2001.....	65
Tabel 5.7 : Pendapat Responden Tentang Tugas Tambahan Petugas Keuangan Rawat Inap RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli Tahun 2001	67
Tabel 5.8 : Masa Kerja Responden Pengelola Keuangan Rawat Inap Di RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli Tahun 2001.....	68
Tabel 5.9 : Ketersediaan Sarana Penunjang Keuangan Rawat Inap Di RSUD Dr. Soedono Madiun Selama Bulan Mei, Juni Dan Juli Tahun 2001.....	69
Tabel 5.10 : Pendapat Responden Tentang Perlunya Sosialisasi Supervisi Oleh SPI Di RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli Tahun 2001.....	72
Tabel 5.11 : Pendapat Responden Tentang Perlunya Pemberitahuan Supervisi Di RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli Tahun 2001	73
Tabel 5.12 : Rekapitulasi Prioritas Masalah Berdasar NGT Di RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli Tahun 2001	90
Tabel 5.13 : Skore 5 Item Skala Prioritas Berdasar Hasil NGT Di RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli Tahun 2001	91
Tabel 5.14 : Skala prioritas alternatif pemecahan masalah berdasar NGT di RSUD Dr. Soedono Madiun, September 2001.....	92

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 1.1 : Identifikasi Masalah	6
Bagan 2.1 : Proses Manajemen Pengawasan	31
Bagan 2.2 : Alur Pasien Rawat Inap di RSUD Dr. Soedono Madiun	32
Bagan 3.1 : Kerangka Konseptual Penelitian	36
Bagan 4.1 : Kerangka Operasional Penelitian	40
Bagan 5.1 : Struktur Organisasi RSUD Dr. Soedono Madiun	58
Bagan 5.2 : Pengetahuan Petugas Tentang Protap Keuangan Di RSUD Dr. Soedono Madiun	63
Bagan 5.3 : Alur Keuangan Rawat Inap Sistem Pembayaran Berbagai Pintu	78
Bagan 5.4 : Alur Keuangan Rawat Inap Sistem Pembayaran Satu Pintu	81
Bagan 5.5 : Alur Keuangan Rawat Inap Sistem Pembayaran Uang Muka	84



DAFTAR GAMBAR


	Halaman
Gambar 5.1 Diagram Barber Johnson RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2000	55



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 : Kuesioner Penelitian	101
Lampiran 2 : Blanko Yang Diperbaharui	108
Lampiran 3 : Berbagai Diagram Phi	111





BAB I
PENDAHULUAN

BAB I

PENDAHULUAN



1.1 Latar Belakang Masalah

Rumah sakit adalah institusi dengan banyak keunikan yang tidak ditemukan pada organisasi atau badan usaha lain. Beberapa keunikan itu adalah padat karya, padat modal dan padat teknologi, namun tetap tidak mengurangi sumber daya yang dibutuhkan untuk menjalankan pelayanan (Jacobalis, 2000). Menurut Sujitno (1993) rumah sakit memiliki ciri sebagai berikut :

- a. Padat karya, ditunjukkan dengan bermacam-macam profesi, yang cenderung berkelompok dengan segala nilai, kepentingan dan konflik yang menyertainya.
- b. Bekerja terus-menerus tanpa berhenti selama masih berfungsi.
- c. Penuh ketidak pastian, pasien datang dengan berbagai problem yang tidak dapat diramal sebelumnya.
- d. Dualisme otoritas, ada kelompok struktural dan kelompok fungsional yang seringkali sulit di sinkronkan.
- e. Pada dasarnya, pelayanan yang diberikan bersifat individual.

Pelayanan yang diberikan berupa jasa kepada pelanggan, baik pelanggan dalam maupun dari luar. Baik buruknya penilaian suatu rumah sakit didasarkan kepada mutu pelayanan yang diberikan, baik secara medis teknis maupun kemampuan manajerialnya.

Manajemen rumah sakit tidak dapat ditangani secara tradisional, akan tetapi diupayakan dikelola dengan manajemen modern, oleh karena itu dirasa pentingnya sistem informasi yang cepat dan akurat untuk mendukung eksistensi rumah sakit itu sendiri (Levy, 1992). Indikator manajemen modern ditentukan oleh empat aspek kinerja yang disebut

balanced score card, meliputi aspek *financial*, aspek mutu pelayanan, aspek pemberdayaan atau pelatihan dan aspek kepuasan pelanggan (Mulyadi, 1997).

Departemen Kesehatan Republik Indonesia dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit telah mengeluarkan berbagai kebijakan, diantaranya tentang kualitas pelayanan, penanaman modal dibidang perumahan, pembentukan rumah sakit pemerintah menjadi unit swadana. Untuk menuju kearah kemandirian rumah sakit tersebut, organisasi ini tidak dapat mengandalkan fungsi sosialnya saja, akan tetapi harus tetap disisihkan keuntungan, antara lain melalui pengelolaan keuangan yang efisien agar mampu memberi pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi sesuai tuntutan pelanggan (Levy, 1992).

Pencatatan keuangan memegang peran penting, apalagi dalam semangat otonomi daerah dimana pendapatan asli daerah dapat digali sebesar-besarnya dan diharapkan tidak ada kebocoran perolehan keuangan. Hal ini akan berdampak pada peningkatan pelayanan kepada masyarakat, khususnya dalam bidang keuangan tercapainya tertib disiplin anggaran. Pencatatan pendapatan keuangan baik untuk rawat jalan maupun rawat inap di RSUD Dr. Soedono Madiun masih sistem manual, belum memakai *computerized billing system*, sehingga ketepatan dan kecepatan dalam rekapitulasi keuangan, khususnya pendapatan rawat inap belum memadai. Pembayaran keuangan rawat inap belum mempergunakan sistem satu pintu. Pasien datang akan membeli karcis di loket sebelum menuju ke poliklinik, dan akan membayar lagi di poliklinik tempat pasien dirujuk. Demikian pula di instalasi penunjang baik laboratorium, radiologi maupun rehab medik pasien bisa membayar di instalasi itu tergantung apakah pada saat itu pasien membawa uang atau tidak. Kalau pasien membawa uang, akan ditarik di instalasi penunjang tempat dilakukan tindakan. Pasien dapat diperkenankan pulang apabila menunjukkan bukti kuitansi sebagai tanda telah menyelesaikan pembayaran. Sampai

saat ini pengelolaan keuangan RSUD Dr. Soedono Madiun belum pernah di audit oleh *account public*. Hal ini penting sebab dana yang dipergunakan untuk operasional rumah sakit sebagian berasal dari masyarakat. Pemeriksaan keuangan selalu dilakukan oleh badan resmi pemerintah, yaitu BPKP, BPK, Inspektorat Jendral Depkes dan Inspektorat Wilayah Pemerintah Provinsi Jawa Timur, itupun hanya sebatas melihat berkas laporan akhir keuangan, tidak melihat proses pengelolaan keuangan rawat inap yang meliputi proses pencatatan dan transaksi.

Menurut Jogiyanto (1989), sistem terdiri dari komponen sistem yang saling berhubungan, disusun sesuai skema yang menyeluruh untuk melaksanakan suatu kegiatan organisasi. Sedangkan prosedur adalah suatu urutan pekerjaan melibatkan beberapa orang, disusun untuk menjamin adanya perlakuan yang seragam terhadap transaksi yang terjadi. Di Rumah Sakit Umum Dr. Soedono Madiun sistem dan prosedur pencatatan keuangan semenjak transaksi sampai menjadi laporan keuangan diatur dalam prosedur tetap atau protap untuk pegangan petugas pelaksana, baik di rawat jalan maupun rawat inap.

Salah satu tugas rekam medik yang diatur dengan keputusan direktur rumah sakit adalah kewenangan sub bagian rekam medik berperan melakukan kontrol keuangan berupa pendapatan keuangan rawat inap, karena semua tindakan terhadap pasien yang berhubungan dengan uang dicatat pada salah satu lembar khusus keuangan yang melekat pada bundel catatan rekam medik. Hubungan rekam medik dengan bagian keuangan dan bagian rawat inap adalah untuk mengetahui berapa besar biaya yang dibebankan seorang pasien selama dirawat di rumah sakit (Buletin *Medical Record*, 1986). Kondisi ini tidak menyalahi aturan, karena salah satu aspek rekam medik adalah aspek keuangan (Pedoman Pengelolaan Rekam Medik Rumah Sakit di Indonesia, 1997).

Ketidak sesuaian pencatatan keuangan rawat inap antara bagian keuangan dan bagian rekam medik selama tahun anggaran 1999/2000 yang terinci setiap bulan dapat dipelajari pada tabel 1.1 berikut.

Tabel 1.1 Pencatatan Keuangan Rawat Inap Berdasar Catatan Rekam Medik Dan Bagian Keuangan Serta Selisihnya Bulan April 1999 Sampai Dengan Maret 2000 di RSUD Dr. Soedono Madiun (dalam rupiah).

Bulan	Catatan		Selisih antara Bag.Keuangan dan Bag. Rekam Medik
	Rekam Medik	Bagian Keuangan	
April - 1999	313.948.606	282.923.950	-31.024.656
Mei - 1999	474.142.707	378.241.000	-95.901.707
Juni - 1999	332.171.960	335.681.500	3.509.540
Juli - 1999	418.378.705	430.765.400	12.386.695
Agustus - 1999	440.612.776	423.308.225	-17.304.550
September - 1999	476.347.255	428.367.625	-47.979.630
Oktober - 1999	396.128.680	451.121.500	54.992.820
Nopember - 1999	562.374.947	717.082.500	154.707.553
Desember - 1999	426.459.714	444.872.325	18.412.611
Januari - 2000	385.288.016	456.733.000	71.444.984
Pebruari - 2000	595.866.153	444.711.550	-151.154.603
Maret - 2000	699.626.023	589.791.150	-109.834.873
Jumlah Total	5.521.345.542	5.383.599.725	137.745.817

Sumber data : Bagian Rekam Medik dan laporan keuangan RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 1999/2000.

Pada tabel 1.1 tersebut diatas dapat dipelajari bahwa selalu terjadi ketidaksesuaian pencatatan pendapatan rawat inap antara bagian rekam medik dan bagian keuangan. Selisih tersebut selama tahun anggaran 1999/2000 sebesar Rp.5.521.345.542,00 dikurangi Rp.5.383.599.725,00 sama dengan Rp.137.745.817,00, atau rata-rata sekitar Rp.11 juta setiap bulannya.

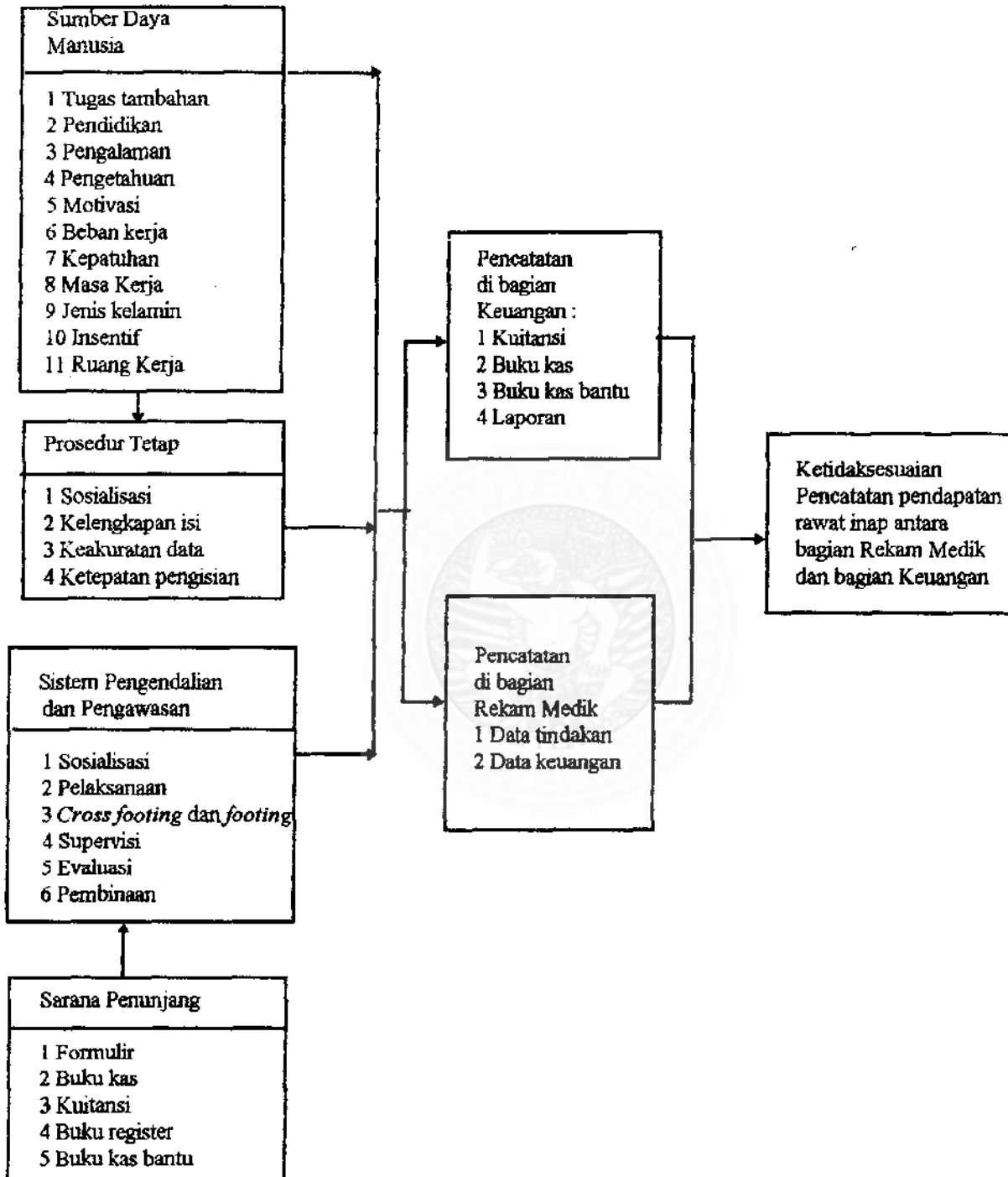
Dengan melihat latar belakang yang ada, maka masalah yang diajukan dalam penelitian ini adalah adanya ketidaksesuaian pencatatan pendapatan rawat inap antara bagian rekam medik dan bagian keuangan, walaupun format laporan yang dipergunakan sama.

1.2 Identifikasi Masalah

Banyak faktor atau masalah yang kemungkinan menyebabkan ketidaksesuaian pencatatan pendapatan keuangan rawat inap antara bagian rekam medik dan bagian keuangan. Faktor tersebut meliputi sumber daya manusia, pelaksanaan prosedur tetap, sistem pengendalian dan pengawasan serta sarana penunjang. Faktor tersebut satu dengan lainnya saling berhubungan, dengan berbagai variabel yang ada didalamnya.



Masalah tersebut dapat diidentifikasi dalam bagan 1.1 berikut.



Bagan 1.1 Identifikasi Masalah.

Sumber : *The Health Service Organization (Input - Process - Output)*
 Modifikasi dari model Austin, (1999).

Jumlah sumber daya manusia, prosedur tetap (protap), sistem pengendalian dan pengawasan dapat langsung mempengaruhi kinerja di bagian keuangan dan bagian rekam medik. Proses di dua tempat tersebut yang meliputi pencatatan dan laporan keuangan dapat langsung menyebabkan hasil pencatatan keuangan rawat inap mengalami ketidaksesuaian.

Disisi lain sumber daya manusia dapat mempengaruhi pelaksanaan protap misalnya dalam hal pengalaman, motivasi, masa kerja dan kepatuhan terhadap protap itu sendiri. Demikian halnya dengan sarana penunjang, dapat mempengaruhi kinerja pengendalian dan pengawasan, sebab tanpa pencatatan keuangan yang benar di formulir serta buku kas, pengendalian dan pengawasan yang baik tidak dapat dilakukan.

1.2.1 Sumber daya manusia

Menurut Hatta (1984), salah satu masalah dalam pengelolaan rekam medik adalah kurangnya tenaga, apalagi tenaga terdidik. Pengetahuan dan pengalaman sumber daya manusia yang profesional, beban kerja, memegang peranan penting dalam keberhasilan proses, sehingga hubungan kolaborasi atau kerja sama bisa tumbuh dan berkembang. Selain itu kepatuhan dan motivasi petugas memegang peran penting. Dimaksud kepatuhan adalah, jika seseorang melakukan dengan benar sistem dan prosedur yang ada, sedang motivasi adalah dorongan untuk berusaha melaksanakan sistem dan prosedur menuju tercapainya tujuan organisasi (Muchlas, 1997). Pendapatan tambahan berupa insentive, ruang kerja, masa kerja dan jenis kelamin ikut menentukan keberhasilan pengelolaan keuangan di rumah sakit (Jacobalis, 2000).

Kenyataan yang ada di RSUD Dr. Soedono Madiun, tenaga yang menangani keuangan baik di ruangan rawat inap, instalasi penunjang, bagian rekam medik dan bagian keuangan pendidikannya bervariasi antara Sekolah Menengah Umum sampai

sarjana. Tidak satupun petugas menerima pendidikan formal tentang keuangan yang menjadi tugas fungsinya. Kondisi yang ada saat ini, dimana motivasi, kepatuhan, pengetahuan para petugas di RSUD Dr. Soedono, yang mengelola keuangan baik di rawat inap, instalasi penunjang, bagian keuangan dan bagian rekam medik dirasakan belum sesuai dengan harapan.

1.2.2 Sarana penunjang

Organisasi dapat berjalan dengan lancar sesuai tujuan apabila tersedia sarana untuk menunjang kegiatan itu. Alat atau sarana penunjang yang ada hubungannya dengan keuangan adalah :

- a. Formulir pemeriksaan kimia klinik
- b. Formulir pemeriksaan *hematologi*
- c. Formulir radiologi
- d. Pemakaian bahan habis pakai atau BHP
- e. Formulir perincian biaya Instalasi Rehabilitasi Medik
- f. Perincian tindakan di ruangan
- g. Rekapitulasi biaya
- h. Buku register
- i. Buku kas bantu
- j. Buku kas

Formulir tersebut biasanya hanya dilekatkan pada catatan rekam medik, sehingga sering lepas dari berkas. Petugas harus menulis dikertas seadanya, apabila formulir yang tersedia habis dan belum ada pengadaan atau distribusi dari Sub Bagian Rumah Tangga.

Akibatnya akan terjadi selisih pencatatan keuangan, dan rumah sakit akan menderita kerugian.

1.2.3 Prosedur tetap atau protap

Pelaksanaan protap yang benar merupakan pedoman kerja bagi petugas keuangan baik di ruangan rawat inap, instalasi penunjang di bagian rekam medik maupun di bagian keuangan. Dalam pengelolaan keuangan terdapat beberapa sistem dan merupakan kumpulan prosedur meliputi :

- a. Sistem penerimaan uang antara lain terdiri atas prosedur penerimaan uang dan piutang
- b. Sistem pembelian dan pengeluaran uang terdiri dari prosedur : pembelian serta pengeluaran uang, termasuk hutang.
- c. Sistem penggajian terdiri dari prosedur : personalia dan penggajian
- d. Sistem produksi dan biaya terdiri dari prosedur : pengawasan produksi serta akuntansi biaya (Zaki, 1991).

Selain isi yang akurat, lengkap dan tepat waktu tidak kalah pentingnya adalah proses awal pada saat menyusun protap itu sendiri. Penyusunan protap secara bersama dan sosialisasi yang baik dapat mencegah munculnya kejutan. Dengan kebenaran informasi kecenderungan yang tidak baik dan mungkin terjadi dapat dihindari (Scott, 1999). Di RSUD Dr. Soedono Madiun, protap sering diperbaharui apabila menjelang akreditasi rumah sakit, sebagai syarat untuk mendapatkan nilai maksimal, namun tidak pernah disosialisasikan kepada petugas baik di ruang rawat inap, instalasi penunjang dibagian keuangan maupun bagian rekam medik dengan baik. Akibatnya banyak petugas yang

tidak memahami fungsinya dan sering menimbulkan kesalahan persepsi dalam pelaksanaannya.

1.2.4 Sistem pengendalian dan pengawasan.

Tahapan penting dalam pengendalian dan pengawasan atau supervisi, adalah evaluasi yang ditindak lanjuti dengan pembinaan secara teratur. Pada tahap pelaksanaan, terutama saat awal protap diberlakukan, perlu dilakukan pengendalian atau pengawasan pada seluruh petugas. Dengan demikian apabila terjadi kesalahan yang mungkin timbul dapat segera diketahui untuk diadakan pembaharuan. Pada sumber laporan keuangan perlu dilakukan pengawasan harian, untuk menghindari terjadinya laporan yang tidak akurat.

Dalam arti sempit pengendalian merupakan kegiatan pengecekan penjumlahan, baik mendatar atau *cross footing* maupun penjumlahan menurun atau *footing* (Zaki, 1991). Tujuan pengendalian intern adalah :

- a. Menjaga keamanan harta organisasi
- b. Memeriksa ketelitian dan keamanan data akuntansi
- c. Mencapai efisiensi dalam kegiatan organisasi
- d. Menjaga agar tidak terjadi penyimpangan terhadap kebijakan yang telah ditetapkan sebelumnya.

Pengendalian keuangan dapat dilakukan oleh atasan langsung baik di ruang rawat inap, bagian keuangan maupun rekam medik, oleh Satuan Pengawas Intern atau SPI dan jajaran Direksi. Pengendalian dan pengawasan ini belum dilakukan secara efektif di RSUD Dr. Soedono Madiun. Evaluasi hanya dilakukan secara mingguan yaitu setiap hari Rabu pada saat rapat rutin staf dan tidak khusus membahas permasalahan

keuangan. Kondisi ini dapat menyebabkan terjadinya ketidaksesuaian pencatatan pendapatan keuangan rawat inap, karena kesalahan yang terjadi tidak langsung diketahui untuk dilakukan perbaikan.

1.3 Rumusan Masalah

Mempelajari latar belakang dan identifikasi masalah yang ada, rumusan masalah penelitian ini adalah :

1. Bagaimanakah kondisi sumber daya manusia yang menangani masalah keuangan rawat inap, baik di ruang rawat inap, instalasi penunjang, bagian keuangan dan rekam medik yang meliputi jenis kelamin, pendidikan, pengalaman, pengetahuan, motivasi, beban kerja, dan masa kerjanya di bidang keuangan ?
2. Bagaimanakah sistem dan prosedur keuangan yang meliputi sosialisasi, format komponen protap, kesesuaian isi atau keakuratan data, ketepatan waktu penyelesaian, baik di ruang rawat inap, instalasi penunjang, bagian keuangan maupun di bagian rekam medik ?
3. Apakah sistem pengendalian dan pengawasan sudah berjalan, terutama sosialisasi pengawasan, pengendalian lewat *cross footing* dan *footing*, supervisi, evaluasi serta pembinaan sumber daya manusia di ruang rawat inap, instalasi penunjang bagian keuangan maupun di bagian rekam medik ?
4. Bagaimanakah ketersediaan sarana penunjang pencatatan keuangan yang meliputi formulir pemeriksaan, buku kas, buku register, kuitansi dan buku bantu baik di ruang rawat inap, instalasi penunjang, bagian keuangan dan bagian rekam medik ?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan umum

Mengembangkan sistem dan prosedur keuangan yang ada berdasarkan analisis faktor sumber daya manusia, evaluasi sistem dan prosedur keuangan yang ada, evaluasi sistem pengendalian dan pengawasan serta analisis ketersediaan sarana penunjang pencatatan keuangan termasuk kelengkapan isian formulir dalam proses pencatatan pendapatan keuangan rawat inap di ruang rawat inap, instalasi penunjang bagian keuangan, dan bagian rekam medik.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Melakukan analisis sumber daya manusia yang menangani masalah keuangan di rawat inap, yang meliputi jenis kelamin, pendidikan, pengalaman, pengetahuan, motivasi, beban kerja dan masa kerja petugas di ruang rawat inap, instalasi penunjang bagian keuangan dan rekam medik.
2. Mengevaluasi protap keuangan rawat inap yang meliputi sosialisasi, kelengkapan dan kesesuaian isi protap atau keakuratan data, ketepatan waktu penyelesaian oleh petugas pelaksana baik di ruang rawat inap, instalasi penunjang bagian keuangan maupun di bagian rekam medik.
3. Mengevaluasi sistem pengendalian dan pengawasan keuangan yang meliputi sosialisasi, *cross footing*, supervisi, evaluasi dan pembinaan SDM terutama di ruang rawat inap, instalasi penunjang bagian keuangan maupun di bagian rekam medik.
4. Menganalisis ketersediaan sarana penunjang yang terkait dengan pencatatan keuangan rawat inap meliputi formulir pemeriksaan, buku kas, kuitansi, buku



register dan buku bantu tersedia baik di ruang rawat inap, instalasi penunjang bagian keuangan maupun di bagian rekam medik.

1.5 Manfaat Penelitian

1. Bagi rumah sakit

Memperbaiki kinerja karyawan yang terkait masalah keuangan, baik di ruangan rawat inap, instalasi penunjang, bagian keuangan maupun di bagian rekam medik. Meningkatkan pengendalian dan pengawasan keuangan terutama oleh atasan langsung, Direksi maupun Satuan Pengawas Intern. Menghindari hilangnya rupiah akibat selisih pencatatan pendapatan keuangan rawat inap sehingga rumah sakit tidak dirugikan.

Harapan tersebut merupakan dampak diberlakukannya sistem dan prosedur yang benar tentang keuangan baik di ruangan rawat inap, instalasi penunjang bagian keuangan maupun di bagian rekam medik.

2. Mampu meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan, memberi informasi yang benar kepada Direksi untuk pengambilan keputusan dan dasar perencanaan kegiatan pada tahun anggaran berikutnya.
3. Memacu rumah sakit untuk segera merubah pencatatan sistem manual ke sistem informasi manajemen rumah sakit secara elektronik, khususnya *computerized billing system*, untuk pencatatan keuangan sumber pendapatan.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian rumah sakit

Menurut *American Hospital Association*, Rumah Sakit adalah : “ Suatu organisasi dengan tenaga medis profesional yang terorganisi: dengan sarana kedokteran permanen, menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien”. (Azwar, 1996). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 159 b/ Menkes/ Per/ II/ 1988, menyatakan bahwa rumah sakit adalah sarana yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian (Wijono, 1997).

2.1.2 Tugas dan fungsi rumah sakit

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 983 / MenKes / SK / XI / 1992 sebagai berikut :

1. Tugas rumah sakit adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan peningkatan pelayanan dan pencegahan penyakit serta melaksanakan upaya rujukan (Wijono, 1997).
2. Fungsi rumah sakit :
 - a. Menyelenggarakan pelayanan medis
 - b. Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis

- c. Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan
- d. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
- e. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan
- f. Menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan

2.2 Rekam Medik

2.2.1 Pengertian rekam medik

Menurut Departemen Kesehatan RI dalam buku Pedoman Pengelolaan Rekam Medik Rumah Sakit di Indonesia (1997), Rekam Medik adalah keterangan yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien, serta pengobatan baik rawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

Kalau diartikan secara dangkal, rekam medik seakan hanya merupakan catatan dan dokumen tentang keadaan pasien. Kalau dikaji lebih dalam, rekam medik mempunyai segala informasi yang menyangkut seorang pasien dan dijadikan dasar dalam menentukan tindakan lebih lanjut maupun tindakan medis lainnya yang diberikan kepada seorang pasien.

Kegiatan rekam medik mempunyai pengertian yang sangat luas, tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan, akan tetapi merupakan salah satu sub sistem mekanisme pengelolaan secara keseluruhan. Pengelolaan rekam medik merupakan proses kegiatan yang dimulai pada saat pasien masuk di rumah sakit, diteruskan pencatatan data medik pasien selama pasien itu mendapatkan pelayanan medis di rumah sakit, dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medik yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan

serta pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan peminjaman atau untuk keperluan lainnya.

2.2.2 Tujuan dan kegunaan rekam medik

1. Tujuan rekam medik adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem rekam medik yang baik dan benar, mustahil tertib administrasi rumah sakit akan berhasil sebagaimana diharapkan. Tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2. Kegunaan rekam medik dapat dilihat dari beberapa aspek, yaitu :

a. Aspek administrasi

Suatu berkas rekam medik mempunyai nilai administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b. Aspek medis

Suatu berkas rekam medik mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut digunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada pasien.

c. Aspek hukum

Suatu berkas rekam medik mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan bukti untuk menegakkan keadilan.

d. **Aspek keuangan**

Suatu berkas rekam medik mempunyai nilai keuangan, karena isinya dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan di rumah sakit. Tanpa adanya bukti catatan tindakan atau pelayanan, maka pembayaran tidak dapat dipertanggung jawabkan.

e. **Aspek penelitian**

Suatu berkas rekam medik mempunyai nilai penelitian, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

f. **Aspek pendidikan**

Suatu berkas rekam medik mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dari kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran dibidang profesi bagi pemakai.

g. **Aspek dokumentasi**

Suatu berkas rekam medik mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban serta laporan rumah sakit.

Melihat beberapa aspek tersebut, rekam medik mempunyai fungsi yang sangat luas, karena tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi pelayanan saja. Fungsi rekam medik secara umum adalah:

- a. Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian di dalam memberikan pelayanan, pengobatan dan perawatan kepada pasien
- b. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
- c. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung atau dirawat dirumah sakit.
- d. Sebagai bahan yang berguna untuk analisis, penelitian dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
- e. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
- f. Menyediakan data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
- g. Sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medik pasien.
- h. Menjadi sumber ingatan yang harus di dokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan.

2.2.3 Manfaat rekam medik dalam pengelolaan kesehatan (Hatta, 1994).

Kegunaan rekam medik dapat dipadatkan dengan pengertian yang mudah diingat yaitu: *ALFRED* artinya berguna untuk keperluan administrasi, legal, finansial, *research, edukasi* dan dokumentasi.

Apabila dijabarkan secara luas pengertian "*ALFRED*" menyangkut administrasi kesehatan secara keseluruhan, karena data yang dimasukkan maupun informasi yang dihasilkan kesemuanya melalui unit rekam medik. Melalui kerja yang

baik rekam medik akan menghasilkan informasi yang dipercaya sehingga efisiensi dan efektifitas pengelolaan administrasi dapat tercapai.

2.2.4 Kedudukan rekam medik (Shofori, 1994)

Dalam pengendalian manajemen rumah sakit, kedudukan rekam medik mempunyai peran :

1. Sebagai alat pengamat untuk mendeteksi, mengamati, mengukur atau menguraikan kegiatan yang dilakukan.
2. Sebagai alat evaluasi kinerja yang dikembangkan dengan standar tertentu.
3. Sebagai alat modifikasi perilaku untuk mengubah kinerja
4. Sebagai alat untuk menyebarluaskan informasi.

2.3 Sumber Daya Manusia

Untuk mencapai tujuan nasional pembangunan kesehatan agar bangsa ini memperoleh derajat kesehatan yang optimal dan hidup produktif secara sosial ekonomis, salah satunya adalah membangun sistem pemeliharaan kesehatan yang memadai. Ada tiga tujuan ideal bagi suatu sistem nasional untuk pemeliharaan kesehatan :

1. Menyediakan upaya kesehatan yang bermutu
2. Menyediakan upaya pemeliharaan kesehatan dasar yang terjangkau dan sama bagi setiap orang.
3. Memanfaatkan sumber daya dan sumber dana kesehatan secara efisien atau *cost containment* (Jocabalis, 2000)

Menurut Bennett (1989), salah satu unsur terpenting dalam sistem rumah sakit adalah tenaga kerjanya, karena menentukan mutu pengelolaan dan pelayanan disana. Jika mutu tenaga kerja rendah, dengan sendirinya mutu pengelolaan dan pelayanan akan rendah pula.

Mutu tenaga kerja rumah sakit tergantung pada unsur berikut :

1. Kemampuan menentukan sasaran kerja yang optimum tetapi terjangkau.
2. Rasa tanggung jawab yang tinggi
3. Pendidikan, latihan dan pengalaman kerja
4. Lingkungan sosial dan
5. Pandangan hidup

Menurut Anne Fox Kiger (1986), petugas Rekam Medik perlu memiliki kepandaian tertentu untuk dapat melaksanakan tugasnya dalam kegiatan pokok pengumpulan, pemrosesan, penyimpanan dan pendistribusian data.

Menurut Undang-Undang Pokok Kesehatan dimaksud dengan tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki kemampuan dan ketrampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan untuk jenis tertentu. Seorang administrator rekam medik harus mampu mengelola penyelenggaraan rekam medik, menganalisa hasil rekam medik dan mengelola serta menyajikan data menjadi informasi yang berguna untuk menunjang fungsi manajemen pelayanan kesehatan.

Penyiapan tenaga profesional administrator rekam medik merupakan hal yang mendasar, mengingat tenaga ahli bidang rekam medik di Indonesia sangat langka, hanya 4 (empat) orang semua lulusan luar negeri dan 7 orang lulusan dalam negeri. Kebutuhan tenaga rekam medik saat ini untuk 1532 buah rumah sakit kurang lebih 130.000 orang (Motik, 1993).

Peranan rekam medik amat ditentukan oleh kedisiplinan praktisi kesehatan dalam melengkapi informasi medis sesuai dengan jenis pelayanan yang telah diberikan kepada pasien. Informasi yang tersedia harus akurat, terpercaya dan penyajiannya tepat waktu. Hal

tersebut dapat terwujud apabila ditangani oleh faktor manusia yang profesional dalam bidangnya.

Dalam pengelolaan keuangan, diperlukan sumber daya untuk mendukung perkembangan keuangan dengan menyediakan tenaga kerja yang terdidik dan terlatih, melalui pendidikan atau pelatihan khusus dalam bidangnya (Cahyono, 1996). Aspek perilaku manusia memegang peranan penting dalam pengolahan informasi keuangan dan akuntansi manajemen guna pengendalian biaya oleh manajer (Mulyadi, 1997).

Demikian pula motivasi petugas dalam menjalankan pekerjaannya. Menurut Abraham Maslow, hirarki kebutuhan setiap orang berbeda (Muchlas, 1997), yaitu :

- a. Fisiologik, termasuk kebutuhan makanan, minuman, kebutuhan tempat tinggal.
- b. Rasa aman, termasuk penjagaan atau proteksi dari ancaman fisik dan emosional.
- c. Sosial, keterlibatan emosional rasa memiliki atau dimiliki, penerimaan dan persahabatan.
- d. Penghargaan, termasuk faktor penghargaan *internal* seperti harga diri, maupun penghargaan *external* seperti status, pengakuan dan perhatian.
- e. Aktualisasi diri, dorongan agar dia lebih berarti, pertumbuhan profesionalisme dan pencapaian kepuasan diri.

2.4 Sarana Penunjang

Suatu organisasi dapat berjalan apabila mendapat dukungan yang dikenal dengan 5M, yaitu : *Man, Money, Method, Material dan Management*. Kelengkapan sarana penunjang sistem dan prosedur akan mendukung sistem informasi rumah sakit mampu memberi keluaran akurat untuk dasar manajer membuat perencanaan dan keputusan.

Dalam sistem dan prosedur keuangan yang masih manual, tersedianya kecukupan sarana penunjang mempunyai peranan penting dalam sistem akuntansi. Peranan atau kegunaan formulir dan dokumen dalam sistem akuntansi menurut Zaki (1991) :

1. Menentukan hasil kegiatan perusahaan, misalnya pembuatan laporan untuk pimpinan.
2. Menjaga aktiva dan hutang organisasi, termasuk mengetahui saldo dimasing-masing buku kas.
3. Untuk perintah mengerjakan suatu pekerjaan misalnya, surat perintah pembelian barang.
4. Untuk memudahkan penyusunan rencana kegiatan dan penyesuaian rencana.

2.5 Sistem dan Prosedur

2.5.1 Pengertian sistem

Ada dua kelompok pendapat tentang sistem, yaitu kelompok yang menekankan pada prosedur dan yang menekankan pada komponen atau elemennya. Pendekatan sistem yang menekankan pada prosedur mendefinisikan, bahwa sistem merupakan jaringan kerja prosedur yang saling berhubungan untuk mencapai sasaran tertentu (Yogiyanto, 1989). Dimaksud dengan prosedur adalah urutan tulis menulis, biasanya melibatkan beberapa orang atau bagian untuk menciptakan keseragaman transaksi.

Pendekatan sistem yang menekankan pada komponen didefinisikan sebagai kumpulan elemen yang berinteraksi untuk mencapai tujuan tertentu. Contohnya komponen sistem akuntansi manual terdiri dari beberapa dokumen dasar sebagai komponen masukan seperti buku kas, buku kas bantu, neraca, komponen pengolah data dan laporan keuangan sebagai komponen keluaran.

Sebuah sistem biasanya mempunyai karakter tertentu, yaitu :

- a. Memiliki komponen, atau sub sistem lebih kecil saling berinteraksi membentuk komponen tertentu untuk menjalankan fungsi tertentu.
- b. Memiliki batas, yang menunjukkan adanya pemisahan dengan sistem lainnya, dan menunjukkan ruang lingkup sistem tersebut.
- c. Lingkungan luar sistem, yang dapat mempengaruhi operasi sistem. Dapat menguntungkan atau merugikan jalannya sistem itu sendiri.
- d. Penghubung sistem, adalah media yang memungkinkan sub sistem berintegrasi dengan sub sistem lain membentuk satu kesatuan.
- e. Masukan sistem merupakan energi dalam sistem, dapat berupa perawatan dan masukan sinyal.
- f. Keluaran sistem, merupakan hasil energi yang sudah diolah dan dapat merupakan masukan untuk sub sistem lain atau yang dibuang.
- g. Pengolah sistem yang akan merubah masukan menjadi keluaran. Contoh : sistem akuntansi akan mengolah data transaksi menjadi laporan keuangan.
- h. Sasaran sistem, merupakan tujuan yang akan dicapai. Dikatakan berhasil apabila mengenai sasaran (Yogiyanto, 1989).

2.5.2 Sistem dan prosedur tetap keuangan

Protap keuangan merupakan pedoman untuk terciptanya suatu rangkaian kegiatan mulai awal terjadinya transaksi keuangan sampai menjadi laporan keuangan. Selanjutnya laporan keuangan ini akan dipakai landasan Direksi membuat keputusan agar jalannya organisasi Rumah Sakit menjadi efektif dan efisien.



Menurut Dirjen Yan Medik (2000), untuk penyusunan protap perlu memperhatikan :

1. Kebersamaan para pelaksana kegiatan dalam menyusun protap
2. Penomoran protap dibuat secara sistematis
3. Satuan Pengawas Intern atau petugas lainnya yang ditunjuk, agar melakukan *Internal Quality Audit* secara berkala, guna memenuhi dan memastikan bahwa prosedur masih dijalankan, dan masih cocok untuk kondisi waktu itu (*effective* dan *suitable*). Apabila ada prosedur yang sudah tidak sesuai diidentifikasi, dipisahkan, dicegah agar tidak tercampur dan tidak digunakan lagi.

Secara umum penyusunan protap keuangan meliputi beberapa langkah sebagai berikut (Zaki, 1991).

1. Penelitian pendahuluan

Bertujuan untuk mengetahui skope pekerjaan penyusunan sistem dan memperkirakan waktu yang diperlukan. Dari sini dapat diketahui, prosedur mana yang masih bisa dipergunakan dan mana yang memerlukan perubahan.

2. Penelitian lengkap

Untuk menentukan perkiraan sistem yang berlaku. Data yang diperlukan yaitu.

- a. Struktur organisasi untuk menentukan tugas masing-masing yang terkait. Selain itu dapat diketahui jumlah petugas dimasing-masing bagian guna menentukan beban kerjanya.
- b. Jurnal, untuk mengetahui metode dan jenis pencatatan yang telah dilakukan.
- c. Prosedur, untuk mengetahui apakah masih berlaku apa tidak. Karenanya perlu kepastian, termasuk instruksi tertulis yang ada.
- d. Formulir

Perlu diketahui formulir yang dipergunakan, jurnal, laporan dan bukti transaksi. Khusus laporan perlu diketahui kepada siapa diberikan dan apa kegunaannya.

3. Merencanakan protap dapat dilakukan dengan langkah sebagai berikut:
 - a. Menyusun sistem pencatatan
 - b. Menyusun buku besar dan buku pembantu
 - c. Menyusun buku jurnal
 - d. Merencanakan formulir
 - e. Menyusun prosedur atau alur pekerjaan
4. Mengetrapkan protap

Setelah sistem dan protap disusun bersama dan disetujui Direksi, protap baru dapat diberlakukan melalui sosialisasi kepada petugas terlebih dahulu. Dalam jangka waktu tertentu saat awal diberlakukannya protap perlu dilakukan supervisi dan evaluasi, agar dapat diperbaiki sesuatu yang dirasa kurang.

2.5.3 Sistem informasi

Adalah suatu sistem didalam sebuah organisasi yang mempertemukan kebutuhan pengolahan transaksi, mendukung operasi bersifat managerial dan kegiatan strategi dari suatu organisasi serta menyediakan laporan yang diperlukan oleh pihak luar (Scoot, 1999). Dari proses pengolahannya, sistem informasi dapat berupa manual dan dapat otomatis yang biasa disebut dengan *computer based* (Mukhtar, 1999).

Sistem informasi manajemen atau SIM adalah serangkaian sub sistem informasi yang menyeluruh dan terkoordinasi secara rasional serta terpadu. Sistem ini mampu mentransformasi data sehingga menjadi informasi, lewat serangkaian cara, guna

meningkatkan produktifitas yang sesuai dengan gaya dan sifat manajer atas dasar kriteria mutu yang telah ditetapkan (Scott, 1999).

Ada 5 komponen pengembangan suatu sistem :

- a. *People*
- b. *Procedure*
- c. *Hardware*
- d. *Software*
- e. *Files*

SIM sering dianggap sebagai senjata strategis (*strategic weapon*) manajemen dalam mengarungi kompetisi yang semakin ketat dalam dunia bisnis. Dalam SIM berlangsung proses menangkap (*capture*), menyalurkan dan merekam data untuk ditampilkan sebagai informasi penting bagi manajemen, sekali terekam data tersebut dapat dimanfaatkan guna pelbagai keperluan. Informasi yang terencana dengan baik, merupakan pendukung keberhasilan manajemen rumah sakit, (Kusnanto, 2000).

Agar informasi bisa berguna haruslah memiliki beberapa karakteristik (Mukhtar, 1997) :

- a. *Realible*, dapat dipercaya. Informasi haruslah bebas dari kesalahan dan harus akurat dalam mempresentasikan suatu kejadian.
- b. *Relevan*, cocok atau sesuai. Harus mempunyai arti bagi pembuat keputusan, dan mampu mengurangi nilai ketidakpastian sehingga dapat meningkatkan nilai keputusan.

- c. *Timely*, tepat waktu.

Disajikan tepat pada saat dibutuhkan dan bisa mempengaruhi proses pengambilan keputusan.

- d. *Complete* atau lengkap, didalamnya tersedia semua data yang *relevan* dan tidak mengabaikan kepentingan pembuat keputusan.

- e. *Understandable*, dimengerti.

Informasi hendaknya dalam bentuk yang sederhana dan mudah dimengerti oleh pembuat keputusan.

2.5.4 Sistem informasi rumah sakit

Adalah suatu tatanan berkaitan dengan pengumpulan data, pengkajian dan penyampaian informasi yang dibutuhkan untuk menjalankan kegiatan manajemen suatu rumah sakit.

Ada tiga macam sistem informasi rumah sakit menurut Austin (1997), yaitu :

- a. Sistem informasi medis untuk menunjang secara langsung kegiatan pelayanan pasien
- b. Sistem informasi administrasi, untuk menunjang kegiatan non medis, misalnya bidang keuangan, ketenagaan dan logistik.
- c. Sistem informasi manajemen rumah sakit.

Sistem ini berfungsi menunjang perencanaan serta evaluasi kinerja rumah sakit. Contoh jaminan mutu pelayanan rumah sakit, pengendalian keuangan, perbaikan kinerja rumah sakit, perencanaan dan evaluasi program rumah sakit, penyempurnaan laporan serta keperluan pendidikan maupun penelitian. Untuk sistem informasi rumah

sakit harus diperhatikan tentang penting tidaknya informasi itu bagi kebutuhan rumah sakit.

Menurut Kusnanto (2000), sistem informasi harus menyediakan informasi yang akurat dan tepat waktu buat setiap lapisan manajer, untuk perencanaan, pengelolaan, pengendalian dan pengambilan keputusan. Seiring dengan berkembangnya teknologi komputer dapat digunakan untuk membantu proses pengolahan informasi agar lebih cepat, lebih teliti dan mempunyai kemampuan untuk menyimpan instruksi dalam memecahkan masalah.

Pengembangan SIM pada umumnya merupakan proses yang berkesinambungan. Sistem informasi di rumah sakit harus sesuai dengan tuntutan pelayanan kepada masyarakat dan kemajuan teknologi. Agar perubahan pada masa mendatang dengan mudah dapat diadaptasi, suatu sistem informasi harus memiliki rancang bangun yang terencana dengan baik dan fleksibilitasnya tinggi (Kusnanto, 2000).

2.6 Manajemen Pengendalian dan Pengawasan

Pengendalian manajemen adalah aktifitas yang dilakukan oleh manajer untuk mempengaruhi anggotanya melaksanakan strategi organisasi., sedangkan pengawasan adalah kegiatan yang bertujuan menjamin keakuratan informasi sesuai aturan, kesalahan yang minimum, menjamin pelaksanaan tugas secara efisien dan efektif (Halim, 1998). Pengendalian dirancang untuk menjamin bahwa tugas rutin dijalankan oleh seluruh anggota organisasi secara bersama-sama guna membantu tercapainya tujuan organisasi.

Pengendalian manajemen melibatkan hubungan antara atasan dan bawahan. Pengendalian dilakukan mulai tingkat atas hingga ke bawah. Proses ini meliputi tiga aktifitas, yaitu : komunikasi, motivasi dan evaluasi.

Untuk menjamin keberhasilan sistem pengendalian manajemen diperlukan kegiatan yang disebut pengawasan, dan berfungsi untuk :

1. Mengawasi sistem dan prosedur yang berjalan apakah sudah sesuai dengan protap.
2. Membuat laporan keuangan berdasar hasil pengawasan dan melaporkannya kepada pemilik rumah sakit tersebut.
3. Menganalisis prestasi dan membantu pimpinan untuk membuat keputusan.
4. Mengawasi prosedur internal dan eksternal guna menjamin keakuratan data.
5. Membantu mengembangkan kemampuan orang dengan cara pelatihan yang berhubungan dengan sistem dan prosedur (Halim, 1998).

Pengelolaan keuangan dalam dunia modern dasarnya adalah data dan informasi keuangan. Mengingat kebutuhan informasi untuk pengelolaan keuangan bersifat rutin, selayaknya dipenuhi melalui sistem informasi keuangan, yang bahan bakunya berasal dari sistem informasi akuntansi. Walaupun informasi telah dipenuhi, masih timbul hambatan dalam pengelolaan keuangan. Hambatan yang mungkin muncul biasanya berasal dari ketidakpahaman manajemen dalam menginterpretasikan informasi keuangan, karena itu pemberdayaan manajer akan pengetahuan manajemen keuangan dan akuntansi sangat diperlukan, guna pelaksanaan pengelolaan keuangan yang memadai.

Sistem internal controlle di rumah sakit diselenggarakan untuk mencapai 4 tujuan:

1. Menjaga keamanan aset rumah sakit
2. Menjaga keandalan dan keakuratan data akuntansi
3. Mendorong efisiensi
4. Mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen.

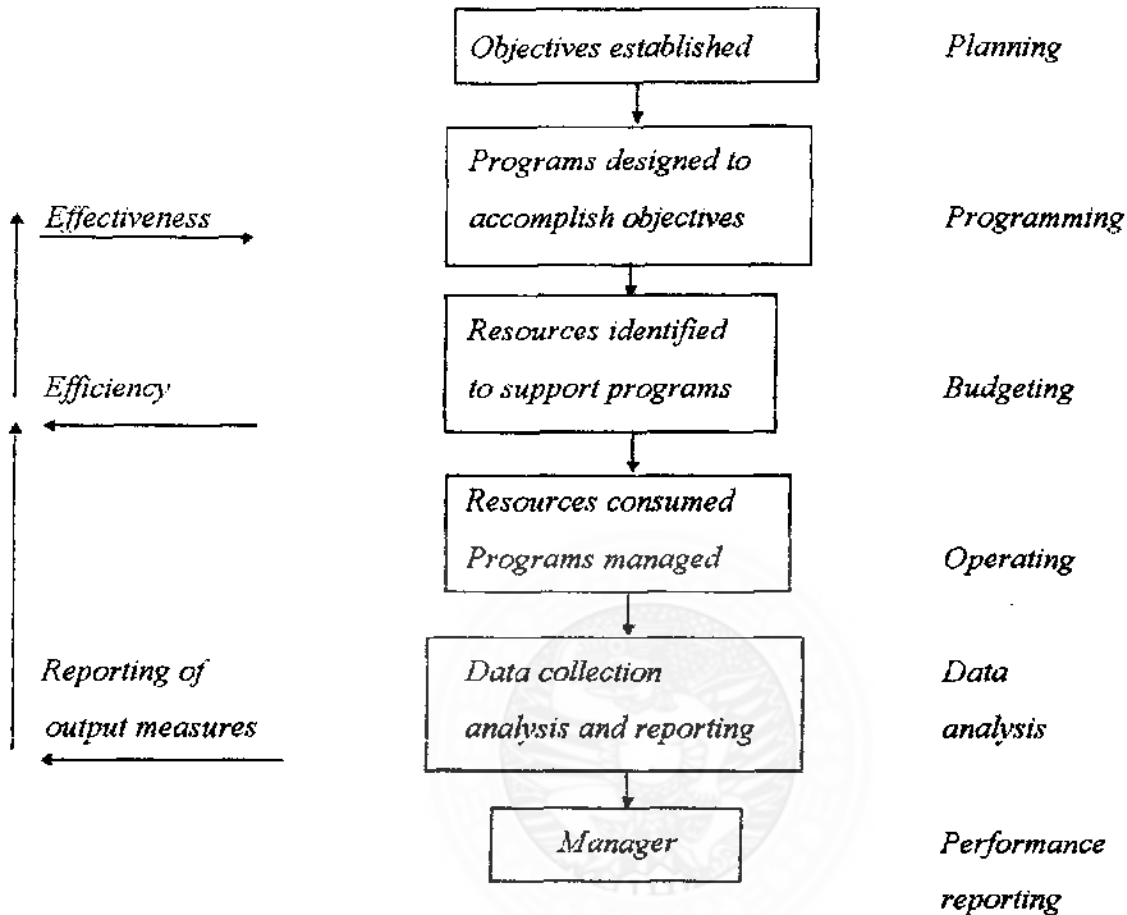
Penyelenggaraan sistem informasi akuntansi akan membantu proses pengendalian keuangan yang diperlukan oleh manajemen rumah sakit. Sistem informasi akuntansi sebenarnya terdiri dari dua macam sistem, yaitu :

1. Sistem pemrosesan transaksi (*transaction processing systems*)
2. Sistem pemrosesan informasi (*information processing systems*).

Kedua macam elemen sistem informasi akuntansi tersebut harus dirancang secara bersama-sama guna mengoptimalkan fungsi sistem informasi akuntansi dalam mencapai tujuannya.

Sistem pemrosesan transaksi sebenarnya berisi sistem bisnis (*business system*) yang digunakan oleh rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada *customer*. Oleh karena itu perancangan dan penyelenggaraan sistem pemrosesan transaksi hendaknya dilakukan dengan mengacu kepada tiga hal utama, yaitu *customer value*, *accross-functional approach*, dan *continuous improvement*.

Pengendalian internal mempunyai ciri : pemisahan fungsi secara struktur organisasi yang tepat, prosedur pembukuan pendapatan, biaya, hutang, harta milik yang baik, tugas dan fungsi dijalankan secara sehat dan kecukupan pegawai sesuai tanggung jawabnya. Sistem pengendalian antara lain: hanya bendahara yang boleh menerima pembayaran, petugas instalasi hanya mencatat jumlah dan jenis tindakan, tidak perlu tahu tarif, periksa catatan dicocokkan dengan fisik uang dan dilakukan opname kas. Proses manajemen pengawasan dipelajari dilihat pada bagan 2.1 berikut ini.

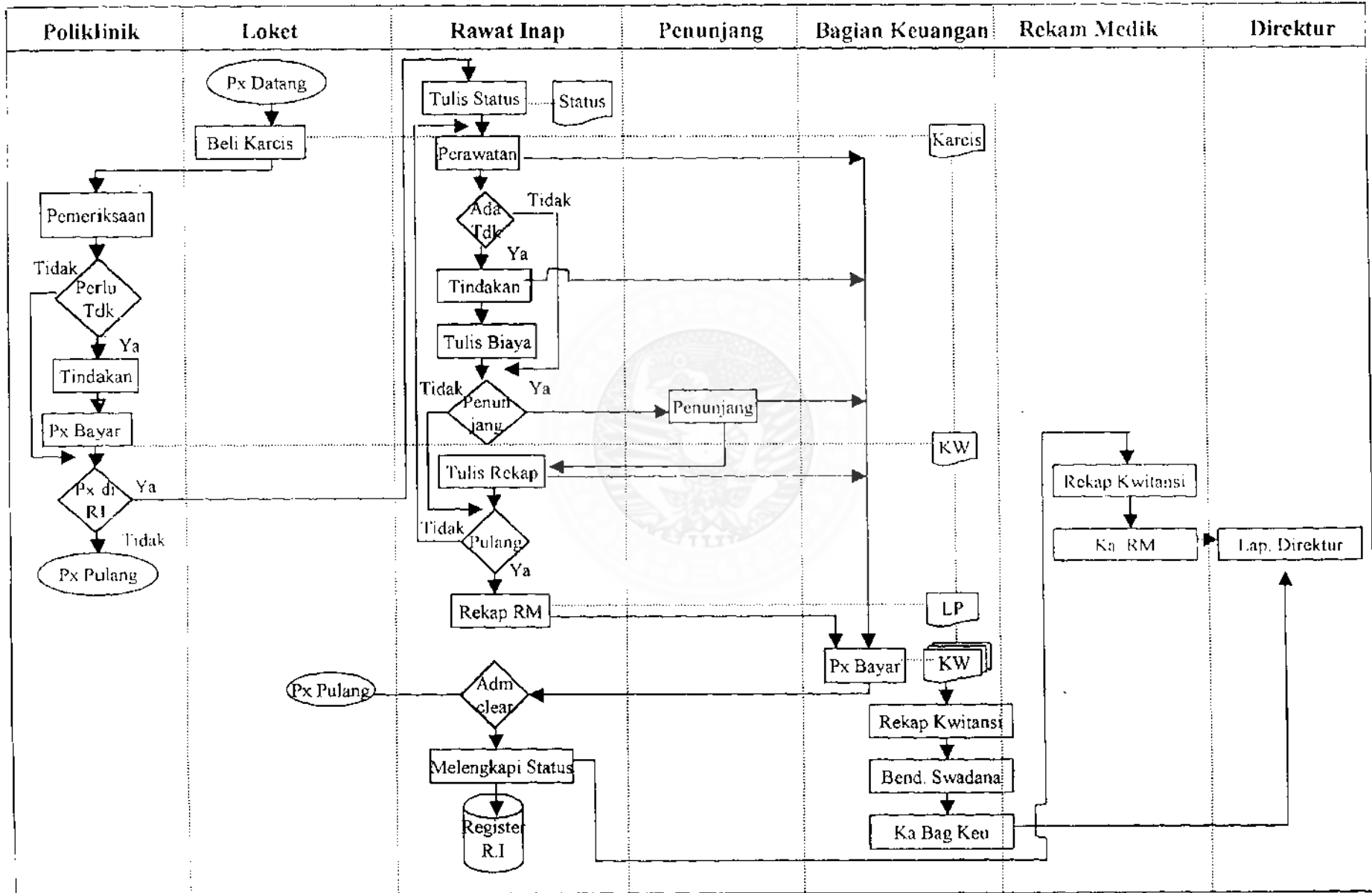


Bagan 2.1 Proses Manajemen Pengawasan

Sumber : *Manajement Accounting for Health Care Organizations*, Chicago (2000).

Pengawasan dapat dilakukan pada saat perencanaan, pelaksanaan maupun saat analisa data untuk mencapai hasil yang efektif dan efisien berdasar laporan yang standar. Laporan ini akan dipakai sebagai dasar manager membuat keputusan.

Kondisi alur pasien rawat inap di RSUD Dr. Soedono Madiun dapat digambarkan dalam bagan 2.2 berikut.



Penderita datang di poliklinik untuk mendapatkan pemeriksaan dan tindakan. Penderita bisa dirujuk untuk memperoleh tindakan lebih lanjut sebagai pasien rawat inap, dengan kemungkinan dikonsultasikan melalui pemeriksaan laboratorium ataupun radiologi. Penderita dapat pulang apabila selesai melakukan pembayaran biaya perawatan selama di rumah sakit pada bagian keuangan.

2.7 *Nominal Group Techniques (NGT)*

Adalah suatu teknik yang mendorong kreatifitas dengan membawa orang bersama dalam rapat yang sangat terstruktur dan hanya sedikit sekali komunikasi verbal. Keputusan kelompok adalah jumlah matematis dari seluruh suara masing-masing individu. Proses NGT memiliki ciri-ciri :


1. Peserta sudah saling kenal
2. Partisipan duduk saling berhadapan
3. Komunikasi antar partisipan berjalan secara langsung

Rapat kelompok terstruktur terdiri dari tujuh sampai dengan sepuluh individu duduk berkumpul tetapi tidak berbicara satu sama lain. Setiap orang menulis gagasannya pada selembar kertas. Kemudian dilakukan saling tukar pikiran yang terstruktur. Setiap orang mengajukan satu gagasan. Seseorang yang ditunjuk sebagai notulen mencatat seluruh gagasan pada kertas didepan seluruh anggota kelompok, sampai tidak ada gagasan lagi.

Tahap berikutnya adalah diskusi, dan seluruh gagasan diperhatikan, pengambilan suara dilakukan. Fase terakhir adalah pengambilan suara secara *independent*, dimana setiap pribadi menyusun prioritas dengan peringkat atau pengambilan suara. Kualitas keputusan adalah ukuran dari efektifitas manajerial.

Disisi lain menurut Supriyanto (2000) seorang perencana kesehatan harus mampu memimpin proses dinamika kelompok untuk memecahkan suatu masalah. Serangkaian aktivitas yang berurutan dalam teknik ini yaitu :

1. Menentukan masalah atau pemecahannya, tanpa diskusi maupun tanya jawab (*Silent Generation of ideas in Writting*)
2. Menyusun hasil no. 1 pada *flip chart* (*Round-Robin Listing of ideas on flip chart*)
3. Diskusi (*Serial Discussion of ideas*)
4. Menentukan daftar pra prioritas (*Silent Listing and Ranking of Priority Preliminary Vote*)
5. Diskusi no.4 (*Discussion of Vote*)
6. Menentukan prioritas (*Silent rerank and Rate of Priorities*)



BAB III
KERANGKA KONSEPTUAL

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

Sistem dan prosedur pencatatan keuangan mempunyai dampak yang sangat besar bagi mutu pelayanan suatu rumah sakit. Karenanya protap keuangan yang mengatur sistem dan prosedur pencatatan keuangan menjadi amat penting untuk dipatuhi semua petugas baik di bagian ruangan rawat inap, instalasi penunjang, bagian keuangan dan bagian rekam medik.

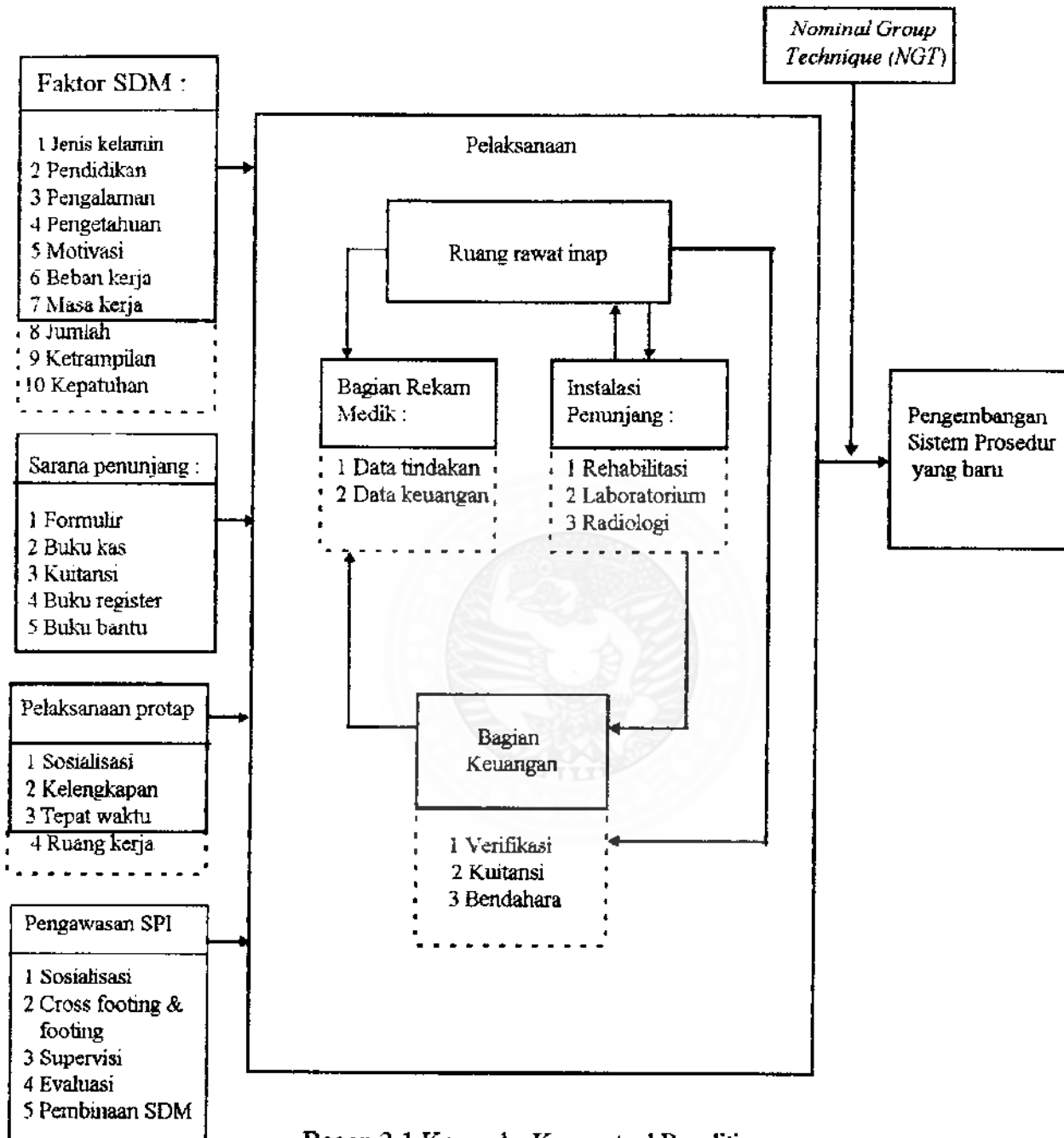
Pendapatan operasional atau fungsional rumah sakit adalah pendapatan yang timbul dari aktifitas pelayanan utama rumah sakit, terdiri dari (Silaen, 1999) :

1. Pendapatan rawat jalan
2. Pendapatan rawat inap dan
3. Pendapatan penunjang medis

Mengingat besarnya peran pendapatan rawat inap, diharapkan tidak akan ada rupiah yang tercecer. Selain kepatuhan petugas untuk melaksanakan protap keuangan, sistem pengendalian yang ketat dan tersedianya sarana penunjang merupakan faktor menentukan dalam proses selanjutnya, baik dibagian keuangan, ruang rawat inap, instalasi penunjang maupun dibagian rekam medik. Dalam penelitian ini peneliti membatasi pada pengembangan sistem dan prosedur pencatatan keuangan rawat inap di RSUD Dr. Soedono Madiun, yang menyebabkan ketidaksesuaian pencatatan keuangan rawat inap, dengan harapan meniadakan ketidaksesuaian itu atau memperkecil angka ketidaksesuaian itu dibanding waktu sebelumnya.

Kerangka konseptual dapat digambarkan dalam bagan 3.1 berikut.

Hubungan antar variabel dapat digambarkan dalam bagan 3.1 :



Bagan 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian

Sumber : *The Health Service Organization (Input-Proses-Output)*
 Modifikasi dari model Austin (1997)

Keterangan :

- Diteliti : _____
- Tidak Diteliti : - - - - -

Kerangka konseptual menjelaskan faktor beserta variabelnya yang mempengaruhi terjadi ketidaksesuaian pencatatan keuangan rawat inap antara bagian keuangan dan rekam medik. Untuk pencatatan di kedua tempat tersebut dipengaruhi oleh proses atau pelaksanaan prosedur pencatatan meliputi kelengkapan, keakuratan data dan ketepatan waktu penyerahan ke bagian kasir. Sosialisasi prosedur atau alur arus data sejak transaksi juga ikut berperan pada kelengkapan dan keakuratan isi pencatatan transaksi di bagian keuangan dan di bagian rekam medik. Pelaksanaan dan kepatuhan dalam prosedur pencatatan juga dipengaruhi oleh jalannya pengendalian dan pengawasan oleh Satuan Pengawas Intern.

Faktor lain yang ikut mempengaruhi adalah faktor internal sumber daya manusia, motivasi, beban kerja dan lain-lainnya. Tersedianya sarana penunjang ikut mempengaruhi pelaksanaan pengelolaan keuangan rawat inap baik di bagian rawat inap, instalasi penunjang, bagian keuangan maupun rekam medik. Semua faktor tersebut saling berkait satu dengan yang lainnya.



BAB IV
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancang Bangun Penelitian

Jenis penelitian ini termasuk penelitian manajemen dengan melakukan evaluasi data diambil secara *cross sectional*.

4.2 Populasi Penelitian

Populasi penelitian sebanyak 22 responden petugas pelaksana yang berkaitan dengan pencatatan keuangan rawat inap, terdiri atas :

- a. 12 orang petugas ruang rawat inap
- b. 3 orang petugas loket keuangan
- c. 4 orang petugas Instalasi Penunjang
- d. 3 orang petugas rekam medik.

Selain itu data diperoleh dari dokumen yang terdiri atas :

- a. Pencatatan rekam medik
- b. Laporan catatan keuangan rawat inap
- c. Pencatatan penggunaan sarana penunjang

4.3 Sampel, Besar Sampel Dan Teknik Pengambilan Sampel

Sampel terdiri atas seluruh petugas pengelola keuangan rawat inap sebanyak 22 orang. Dokumen rekam medik dan catatan keuangan diambil secara *simple random sampling*, yaitu menentukan secara acak 10 buah dokumen rekam medik pasien yang pulang pada hari itu, untuk memperoleh kesesuaian penerimaan pendapatan rawat inap. Berdasarkan catatan di bagian rekam medik banyaknya pasien pulang 40 sampai 50 orang per hari. Penelitian

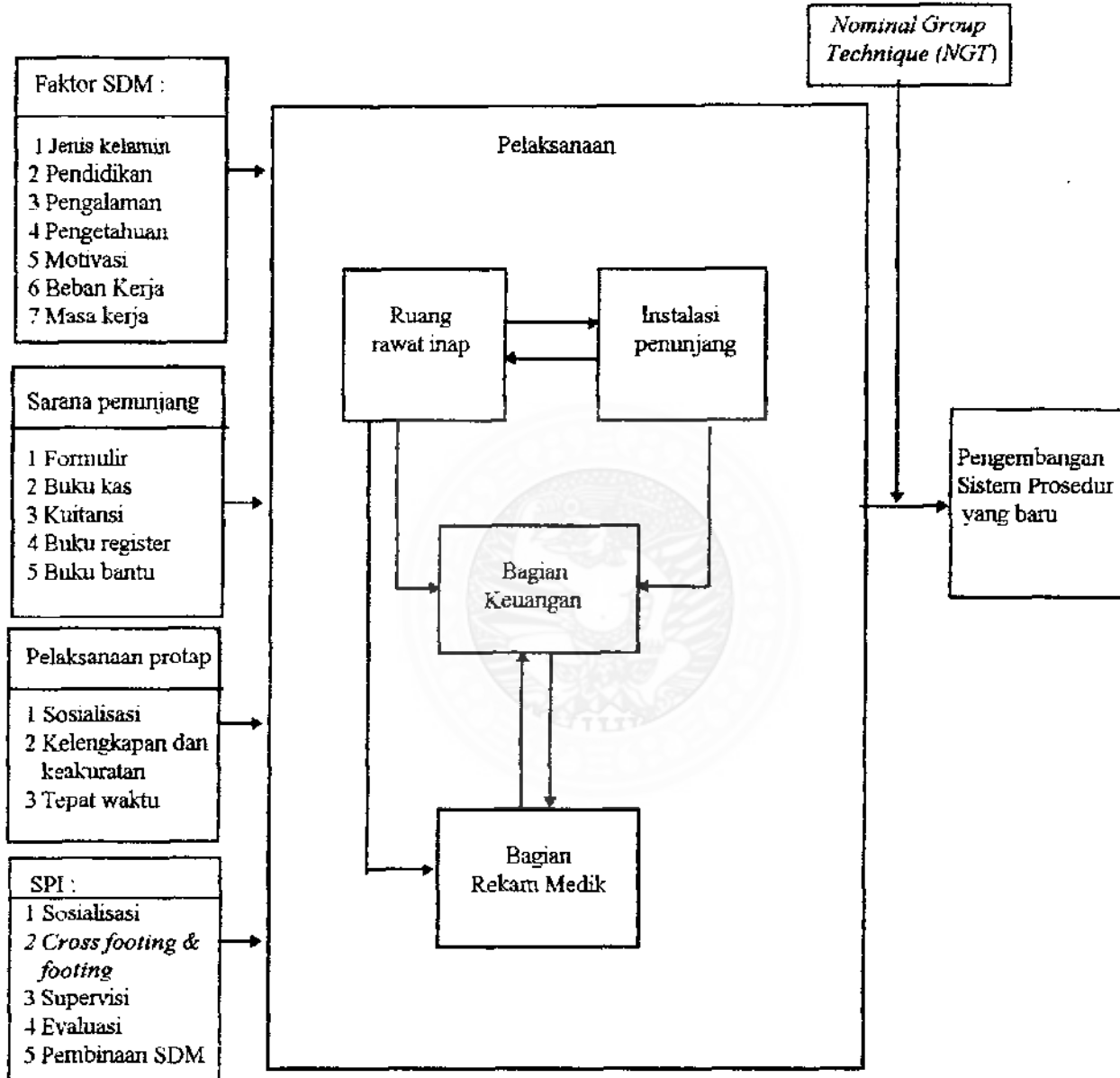
dilakukan selama 1 bulan, atau 25 hari kerja selama bulan Juni 2001, sehingga jumlah dokumen yang diambil untuk diteliti sebanyak 250 buah, yang dapat diselesaikan tepat waktu.

Dokumen ini untuk melakukan kegiatan pengecekan jumlah uang yang dibayar pasien baik secara *cross footing* maupun *footing*, untuk mengetahui apakah ada selisih pencatatan pendapatan keuangan rawat inap. Apabila ditemukan selisih pencatatan keuangan rawat inap maka akan dapat segera diketahui di bagian mana hal itu terjadi. Dengan demikian upaya dini untuk memperbaiki kinerja karyawan dapat dilakukan.



4.4 Kerangka Operasional Penelitian

Hubungan antar variabel dapat dipelajari dalam bagan 4.1



Bagan 4.1 Kerangka Operasional Penelitian

Sumber : *The Health Service Organization (Input-Proses-Output)*

Modifikasi dari model Austin (1997)

Faktor sumber daya manusia dengan berbagai variabelnya, faktor sarana penunjang, pelaksanaan protap keuangan di seluruh tempat pengelolaan keuangan rawat inap serta pengawasan dan pengendalian oleh Satuan Pengawas Intern sangat mempengaruhi pelaksanaan

pengelolaan keuangan rawat inap. Melalui NGT diharapkan dapat dirumuskan berbagai alternatif pemecahan masalah untuk mengatasi kendala yang ada saat ini, dan mengembangkan sistem prosedur yang baru.

4.5 Komponen Dan Variabel Penelitian

Ada empat komponen yang diteliti dengan beberapa variabel di dalamnya yaitu :

4.5.1 Sumber daya manusia :

- a. Jenis kelamin
- b. Pendidikan
- c. Pengalaman
- d. Pengetahuan
- e. Motivasi
- f. Beban kerja
- g. Masa kerja

4.5.2 Sarana penunjang

- a. Formulir
- b. Buku kas
- c. Kuitansi
- d. Buku register
- e. Buku bantu

4.5.3 Pelaksanaan protap

- a. Sosialisasi
- b. Kelengkapan dan keakuratan
- c. Tepat waktu

4.5.4 Pengendalian Satuan Pengawas Intern

- a. Sosialisasi
- b. *Cross jobting dan jobting*
- c. Supervisi
- d. Evaluasi
- e. Pembinaan SDM

4.5.5 Ruang rawat inap

4.5.6 Bagian rekam medik

4.5.7 Instalasi penunjang

4.5.8 Bagian keuangan

4.5.9 *Nominal Group Technique (NGT)*

4.6 Definisi Operasional

4.6.1 Sumber daya manusia

Adalah adanya petugas atau tenaga baik yang mencatat keuangan di bangsal rawat inap, instalasi penunjang, petugas pencatat di bagian keuangan (petugas verifikasi, kuitansi, bendahara, petugas pencatat register harian pasien rawat inap) dan bagian rekam medik.

Difokuskan pada karakteristik variabelnya yaitu :

- a. Jenis kelamin apakah dia pria atau wanita yang dapat diukur melalui dokumen berkas kepegawaian.
- b. Pendidikan adalah pendidikan formal terakhir yang diperoleh petugas, maupun kursus-kursus lain untuk menunjang tugas khusus tentang keuangan dan rekam medik. Diukur melalui wawancara kepada petugas maupun observasi pada dokumen

- tentang data pendidikan terakhir yang ada di berkas kepegawaian RSUD Dr. Soedono Madiun atau ijazah yang mereka miliki.
- c. Pengalaman adalah lamanya petugas bekerja khusus menangani masalah keuangan, baik di ruangan, instalasi penunjang di bagian keuangan, maupun di bagian rekam medik, melalui observasi dokumen kepegawaian dan wawancara pada petugas. Diukur dari saat petugas menangani masalah keuangan sampai saat penelitian. Dihitung dalam tahun, kelebihan 6 bulan dibulatkan keatas dan sebaliknya.
 - d. Pengetahuan adalah kemampuan petugas menelaah atau mengetahui isi protap keuangan dengan baik, diukur secara subyektif, melalui dokumen yang dikerjakan setiap harinya. Apabila pekerjaan yang diselesaikan banyak betulnya, berarti dia mampu dan sebaliknya.
 - e. Motivasi adalah dorongan petugas bekerja untuk melaksanakan protap keuangan, diukur secara subyektif, melalui wawancara petugas. Motivasi diukur atas dasar faktor-faktor yang mendorong motivasi petugas dilihat dari sudut gaji, *incentive*, rasa aman, teman sekerja dan kenaikan pangkat. Ada 5 kategori hasil pengukuran yaitu sangat rendah apabila kelima faktor motivasi tersebut tidak mempengaruhi sama sekali dalam motivasi petugas melaksanakan pekerjaannya di bidang pengelolaan keuangan rawat inap. Rendah apabila ada sedikit motivasi karena kelima faktor motivasi tersebut. Cukup apabila petugas merasa ada dorongan yang memungkinkan untuk bekerja lebih baik karena faktor motivasi tersebut. Tinggi apabila kelima faktor motivasi mampu memberi dorongan dia bekerja lebih baik untuk mencapai hasil yang lebih baik. Sangat tinggi apabila petugas betul-betul

merasakan bahwa dengan kelima faktor motivasi tersebut petugas mampu bekerja dengan baik sesuai tujuan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya.

- f. Beban kerja adalah persepsi petugas tentang volume pekerjaan atau banyaknya tugas yang menjadi tanggung jawabnya, selain tugas pokok dan tugas tambahan, baik resmi maupun tidak. Dinilai berat apabila volume pekerjaan itu mengganggu tugas pokoknya, dan ringan apabila tugas pokoknya tidak merasa terganggu.
- g. Masa kerja adalah waktu berapa lama dia bekerja, diukur dalam tahun melalui wawancara kepada petugas dan dicocokkan dengan dokumen kepegawaian.

Kelebihan 6 bulan dibulatkan ke atas, kurang dari 6 bulan dibulatkan kebawah.

4.6.2 Sarana penunjang

Adalah tersedianya secara aman bahan atau alat yang diperlukan untuk kelancaran pengelolaan keuangan rawat inap. Selain itu juga lengkap tidaknya isian sarana penunjang itu sendiri. Diukur dari ketersediaan barang yang ada, tersedia atau tidak untuk operasional pada saat dibutuhkan oleh petugas.

- a. Formulir adalah lampiran yang melekat pada dokumen rekam medik, baik untuk catatan tindakan medis atau paramedis serta pemeriksaan penunjang. Diukur dari ketersediaan barang yang ada atau dari dokumen catatan barang di bagian rumah tangga, tersedia atau tidak sarana tersebut minimal untuk kebutuhan dalam jangka waktu 2 minggu mendatang.
- b. Buku kas : buku besar rekapitulasi pendapatan rawat inap. Buku ini terdiri atas buku kas besar yang ada di bagian keuangan dan buku kas bantu di masing-masing bangsal. Buku kas besar merupakan rekapitulasi buku kas bantu di bangsal maupun instalasi. Dalam buku ini tercatat nama pasien, nomor berkas rekam medik, rincian

- biaya per jenis yang dikeluarkan dan total biaya keseluruhan. Diukur dari ketersediaan barang yang ada atau dokumen pencatatan barang di bagian rumah tangga, tersedia atau tidak untuk jangka waktu minimal 2 minggu mendatang.
- c. Kuitansi adalah bukti pembayaran oleh pasien sebesar angka yang tertera dalam lembaran tersebut dan dikeluarkan oleh bagian keuangan. Dilihat dari persediaan yang ada atau dokumen pencatatan barang tersedia atau tidak saat dibutuhkan petugas, minimal dalam jangka waktu 2 minggu mendatang.
 - d. Buku register atau sensus harian adalah buku pencatatan pasien masuk maupun keluar. Pada buku register pasien keluar tercatat biaya yang dibayar pasien ketika akan pulang. Diukur dari ketersediaan barang yang ada atau dokumen pencatatan barang di bagian rumah tangga tersedia atau tidak saat dibutuhkan petugas, minimal dalam jangka waktu 2 minggu mendatang.
 - e. Buku bantu adalah buku pencatatan jumlah pasien dan keuangan yang dibayar penderita. Masing-masing bangsal tersedia satu buah, demikian pula untuk seluruh instalasi penunjang. Dilihat dari persediaan yang ada atau dokumen pencatatan barang tersedia atau tidak saat dibutuhkan petugas, minimal dalam jangka waktu 2 minggu mendatang.

Semua sarana penunjang dikatakan baik apabila tersedia dan jelek apabila tidak tersedia.

4.6.3 Pelaksanaan prosedur tetap keuangan

Protap merupakan pedoman tata kerja secara teknis tentang pekerjaan yang harus dilakukan seorang petugas pengelola keuangan rawat inap baik di ruang rawat inap, instalasi penunjang, bagian keuangan maupun rekam medik.

- a. Sosialisasi protap adalah proses pengenalan, pemberitahuan, pelatihan kepada petugas yang terkait masalah keuangan rawat inap. Diukur melalui wawancara dengan petugas apa hal tersebut sudah pernah diberikan kepada petugas. Dikatakan baik apabila petugas mengaku sudah pernah menerima, dan hasilnya petugas banyak yang mengerti protap tersebut, dan jelek apabila petugas banyak yang tidak mengerti atau belum paham tentang isi protap.
- b. Kelengkapan protap meliputi isi atau format protap, termasuk prosedur atau alur bekerja seorang petugas. Isi protap keuangan merupakan pedoman seseorang melaksanakan tugas dan fungsinya. Diukur apakah isinya sesuai kebutuhan rumah sakit atau tidak, dan diperoleh melalui observasi dokumen atau protap yang ada, serta dikonsultasikan dengan direksi. Dikatakan baik apabila isinya sesuai kebutuhan dan jelek apabila tidak sesuai kebutuhan saat ini.
- c. Keakuratan data adalah kebenaran atau kesesuaian angka rupiah yang tertera di catatan dikonfirmasi dengan standar biaya pelayanan. Diukur dari dokumen yang ada. Dikatakan akurat apabila angka yang tertera sesuai dengan standard biaya dan tidak akurat apabila sebaliknya.
- d. Tepat waktu adalah lamanya petugas menyelesaikan pekerjaan sesuai dengan waktu yang dijadualkan. Diukur melalui dokumen yang diselesaikan, dan secara observasi. Dikatakan tepat apabila pekerjaan selesai sesuai jadwal atau sebelumnya, dan tidak tepat apabila penyelesaian pekerjaan melebihi waktu yang ditentukan.

4.6.4 Pengendalian dan pengawasan

Adalah aktifitas Satuan Pengawar Intern (SPI) kepada petugas pengelola keuangan dalam melaksanakan protap keuangan, agar tidak terjadi penyimpangan.

- a. Sosialisasi pengendalian dan pengawasan adalah proses pemberitahuan kepada petugas pengelola keuangan rawat inap tentang pentingnya pengendalian dan pengawasan. Diukur melalui wawancara dengan petugas atau observasi dokumen yang ada, apa pernah dilakukan sosialisasi pengawasan kepada petugas apa tidak. Dikatakan baik apabila pernah dilakukan dan tidak baik apabila belum pernah dilakukan.
- b. *Cross footing* adalah penjumlahan angka rupiah secara mendatar setiap kolom atau ke arah kanan. Sedangkan *footing* adalah penjumlahan angka rupiah ke arah menurun, apakah penjumlahan sudah benar atau belum. Diukur melalui dokumen yang ada. Dikatakan baik apabila penjumlahannya sudah benar dan jelek apabila penjumlahannya salah.
- c. Supervisi adalah aktifitas untuk melakukan pengendalian atau pengawasan kepada petugas saat menjalankan fungsinya, apakah sesuai dengan protap keuangan atau tidak. Diukur secara subyektif, melalui wawancara dengan petugas atau menat dari dokumen, apakah pernah dilakukan supervisi atau tidak. Dikatakan baik apabila pernah dilakukan supervisi minimal 1 bulan sekali dan jelek apabila tidak pernah dilakukan supervisi sama sekali.
- d. Evaluasi adalah aktifitas melakukan kendali oleh pimpinan berdasarkan laporan keuangan yang ada. Bisa dilakukan secara periodik maupun sewaktu waktu, termasuk evaluasi tahap akhir. Diukur melalui frekwensi evaluasi, melalui observasi dokumen yang ada, atau wawancara kepada petugas. Dikatakan baik apabila pernah dilakukan evaluasi minimal sebulan sekali dan jelek apabila tidak pernah dilakukan.

- e. Pembinaan SDM adalah upaya yang dilakukan oleh pihak SPI kepada petugas pengelola keuangan agar selalu melaksanakan tugas dengan benar melalui diskusi, pelatihan, studi banding dan sejenisnya. Diukur dengan menanyakan kepada petugas atau melihat dokumentasi apakah pernah dilakukan pembinaan SDM atau tidak, minimal 6 bulan sekali. Dikatakan baik apabila pernah dilakukan pembinaan SDM dalam 6 bulan terakhir ini dan jelek apabila tidak pernah dilakukan pembinaan SDM sama sekali.

- 4.6.5 Ruang rawat inap : tempat pasien dirawat selama di rumah sakit. Disini pasien memperoleh tindakan maupun perawatan medik.
- 4.6.6 Bagian rekam medik : tempat penyimpanan berkas pasien sesudah pulang. Memuat data tindakan medis dan biaya yang dibayar selama pasien dirawat.
- 4.6.7 Instalasi penunjang : tempat dilakukan pemeriksaan untuk menegakkan diagnose, meliputi laboratorium, radiologi dan rehab medik.
- 4.6.8 Bagian keuangan : tempat pembayaran (transaksi) sejumlah uang yang harus dibayar pasien pada saat akan pulang.
- 4.6.9 *Nominal Group technique* (NGT) : cara pengambilan keputusan bersama yang terstruktur, keputusannya merupakan jumlah matematis masing-masing individu.

4.7 Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini instrumen yang digunakan adalah :

1. Kuestioner : untuk mencari informasi tentang sumber daya manusia, tentang jenis kelamin, pengalaman, sosialisasi, masa kerja, pendidikan.

2. **Daftar tilik atau *chek list*** : melihat dokumen yang berkaitan dengan keuangan rawat inap misalnya pendidikan, protap, sarana penunjang, pelaporan, buku kas, buku register. Data tersebut dapat diperoleh di bagian keuangan, bagian kepegawaian, bagian rumah tangga, di ruang rawat inap, instalasi penunjang dan bagian rekam medik.

4.8 Lokasi Dan Waktu Penelitian

4.8.1 Lokasi penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di RSUD Dr. Soedono Madiun dengan pertimbangan :

1. Belum pernah dilakukan penelitian terhadap masalah ini
2. RSUD Dr. Soedono Madiun pernah mengetrapkan mekanisme pengawasan keuangan melalui bagian rekam medik, tetapi terhenti tanpa sebab yang jelas selama lebih 5 tahun terakhir ini.

Lokasi penelitian dimaksud adalah :

1. Ruang rawat inap : bangsal Flamboyan, Melati, Dahlia, Teratai, Anggrek dan Kemuning. Untuk Paviliun Merpati tidak diteliti karena sudah mempergunakan *computerized billing system*.
2. Instalasi penunjang meliputi bagian rehab medik, laboratorium maupun radiologi.
3. Bagian rekam medik

4.8.2 Waktu penelitian

Penelitian dilakukan selama bulan Mei dan Juni 2001, analisa dilakukan pada bulan Juli 2001. *Nominal Group Technique* dilakukan pada hari Rabu, 5 September 2001.

4.9 Prosedur Pengambilan Data

4.9.1 Data primer

Data primer dikumpulkan melalui petugas pengelola keuangan baik di ruang rawat inap, bagian keuangan, instalasi penunjang dan di bagian rekam medik melalui wawancara (*indepth interview*), maupun observasi lapangan. Wawancara mempergunakan kuestioner, sedang observasi memakai lembar observasi. Semua kegiatan tersebut dilakukan langsung oleh peneliti.

4.9.2 Data sekunder

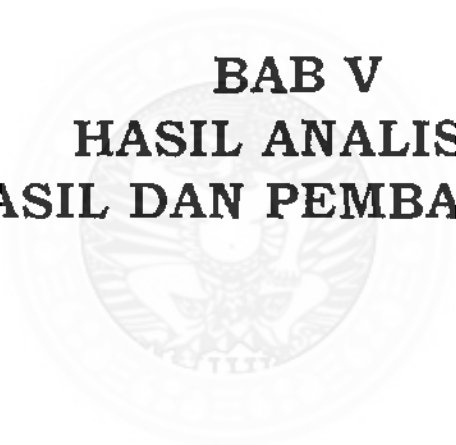
Data ini diperoleh dari dokumen rekam medik, catatan keuangan maupun dokumen lain di ruang rawat inap yang dapat mendukung penelitian ini misalnya buku kas, kuitansi termasuk laporan bulanan keuangan ke Direktur Rumah Sakit. Data sarana penunjang seperti formulir dan buku register diperoleh dari bagian rumah tangga. Data personal didapat dari bagian kepegawaian.

4.10 Teknik Analisis Data

Data dianalisis secara kualitatif, diskriptif. Hasil isian kuesioner maupun daftar tilik ditabulasi dan diprosentasekan, untuk memberi gambaran tentang penelitian ini. *Nominal group technique* atau *NGT* dilaksanakan pada hari Rabu, 5 September 2001 dengan menghadirkan unsur-unsur Kepala bagian keuangan, Kasubag Mobilisasi Dana dan 2 orang staf, perwakilan ruang rawat inap 2 orang, 2 orang dari instalasi penunjang, 2 orang dari rekam medik. Tujuan *NGT* untuk menentukan perbaikan sistem prosedur pengelolaan keuangan rawat inap dan keuangan lain di RSUD Dr. Soedono Madiun. *NGT* dipimpin langsung oleh Wakil Direktur Umum dan Keuangan dalam proses ini. Hasilnya diharapkan

dapat digunakan jajaran direksi RSUD Dr. Soedono Madiun sebagai bahan pertimbangan pengambilan keputusan.





BAB V
HASIL ANALISIS
HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL, ANALISIS HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Data Penelitian

5.1.1 Keadaan Umum RSUD Dr. Soedono Madiun.

RSUD Dr. Soedono Madiun merupakan Rumah Sakit kelas B non pendidikan milik Pemerintah Provinsi Jawa Timur, merupakan Unit Pelaksana Teknis dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 22 tahun 1999 tentang Otonomi Daerah, RSUD Dr. Soedono dituntut untuk mampu mengembangkan fungsi manajemennya, dalam merealisasikan visi dan misi rumah sakit. Saat ini Rumah Sakit Dr. Soedono Madiun sudah berstatus unit swadana dimana pengelolaan keuangan menuntut penanganan secara profesional.

Dalam tahun 2001 ini RSUD Dr. Soedono Madiun mempunyai arah kebijakan pembangunan yang dijabarkan dalam pola operasional, yaitu :

- a. Peningkatan Pelayanan Kesehatan
- b. Rumah Sakit berakreditasi
- c. Pemantapan Rumah Sakit sebagai Unit Swadana
- d. Pemantapan Rumah Sakit Rujukan
- e. Peningkatan Rumah Sakit Sayang Ibu sekaligus Rumah Sakit Sayang Bayi.
- f. Persiapan Program Pendidikan Dokter Spesialis .

Jumlah tenaga yang bekerja di RSUD Dr. Soedono Madiun berdasar data tahun 2000 dari bagian kepegawaian dapat dipelajari dalam tabel 5.1 berikut

Tabel 5.1 Jumlah tenaga di RSUD Dr. Soedono Madiun tahun 2000

No.	Jenis tenaga	Tahun 2000		
		PNS	Kontrak	Standar Personalia kelas B
1.	Tenaga medis			
	Dokter spesialis	25	0	37
	Dokter umum	13	7	11
	Dokter gigi	4	0	3
2.	Tenaga paramedis			
	Keperawatan	244	6	522
	Kebidanan	34	3	28
	Non Keperawatan	77	20	365
3.	Tenaga Struktural	21	0	tidak ada
4.	Tenaga Administrasi	106	47	429

Sumber : Bagian kepegawaian RSUD Dr. Soedono Madiun

Dari tabel tersebut diketahui bahwa tenaga yang ada belum memenuhi standar ketenagaan dari Departemen Kesehatan untuk kelas B. Hal ini dapat dimengerti sebab kenaikan kelas rumah sakit dari kelas C ke kelas B baru tahun 1995. Kekurangan tenaga akan dipenuhi secara berangsur-angsur sesuai kebutuhan dan perkembangan rumah sakit dimasa mendatang.

Fasilitas pelayanan terdiri atas :

- a. Poliklinik rawat jalan dengan 15 spesialisasi
- b. Instalasi rawat darurat dan *one day care*
- c. Ruang *Intensive Care Unit*
- d. Ruang *Intensive Coronar Care Unit*

- e. Instalasi bedah sentral dan bedah darurat
- f. Ruang perawatan kelas I, II dan III
- g. Ruang kelas utama atau paviliun
- h. Instalasi gizi
- i. Instalasi pemeliharaan sarana termasuk linen
- j. Instalasi forensik

5.1.2 Kinerja RSUD Dr. Soedono Madiun

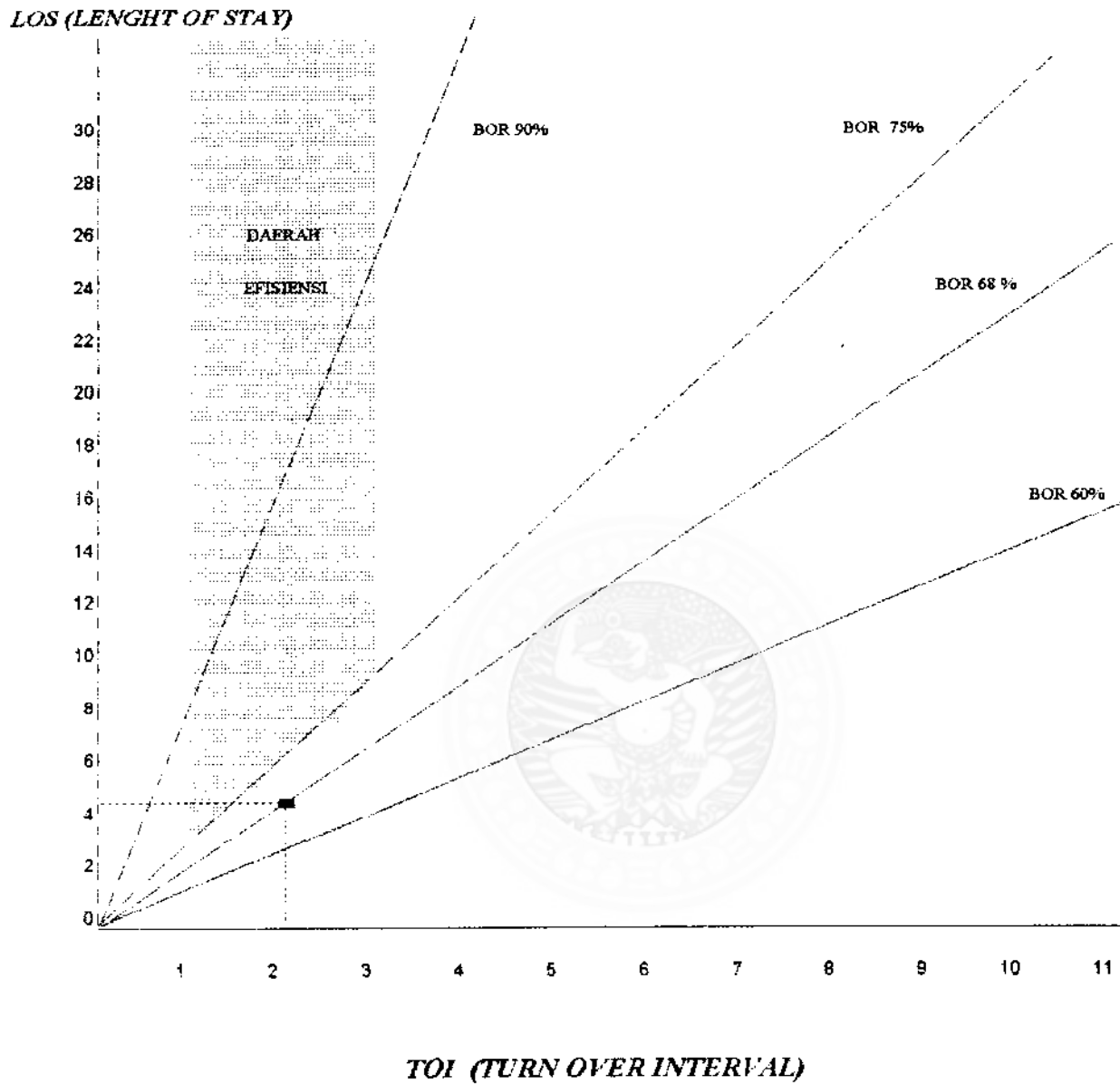
Untuk memberi gambaran hasil yang telah dicapai, disini digambarkan hasil kegiatan selama 3 tahun terakhir dan dapat dipelajari pada tabel 5.2 berikut ini.

Tabel 5.2 Hasil kegiatan di RSUD Dr. Soedono Madiun tahun 1998,1999 dan 2000.

No.	Jenis kegiatan	Cakupan			Standar Depkes
		1998	1999	2000	
1.	<i>Bed Occupation Rate (BOR)</i>	70,78%	62,09%	68,82%	60-85%
2.	<i>Bed Turn Over (BTO)</i>	54,08	46,67	50,53	40-50 kali
3.	<i>Turn Over Interval (TOI)</i>	1,97	2,96	2,25	1-3 hari
4.	<i>Lenght Of Stay (LOS)</i>	4,58	4,98	4,93	6-9 hari
5.	Jumlah pasien rawat jalan	116.366	118.200	127.456	
6.	Jumlah pasien dirawat	17445	13632	13.326	
7.	Rata-rata kunjungan perhari	388	422	418	

Sumber Data : Bagian Perencanaan dan Rekam Medik RSUD Dr. Soedono Madiun.

Mempelajari hasil kinerja di RSUD Dr. Soedono Madiun selama 3 tahun terakhir, dapat dibuat grafik Barber Johnson, yang dapat memberi gambaran hasil kinerja RSUD Dr. Soedono Madiun selama 3 tahun terakhir ini cukup efisien apa tidak, seperti dalam gambar 5.1



Gambar 5.1 Diagram Barber Johnson RSUD Dr. Soedono Madiun Tahun 2000

Sumber : Bagian Perencanaan Dan Rekam Medik RSUD Dr. Soedono Madiun

Jumlah tempat tidur di RSUD Dr Soedono Madiun sebanyak 294 TT yang terinci atas : Kelas III 177 TT, kelas II 48 TT, kelas I 10 TT dan Paviliun 59 TT. LOS menggambarkan rata-rata lamanya seorang pasien dirawat di rumah sakit (hari perawatan), sedang TOI menunjukkan lamanya pemakaian tempat tidur berapa kali per bulan. Pertemuan garis LOS dan TOI adalah titik yang kalau ditarik lurus dari titik sumbu merupakan garis BOR atau tingkat hunian rata-rata.

Analisa diagram Barber Johnson di RSUD Dr. Soedono Madiun tahun 2000, dimana BOR-nya selama 3 tahun, untuk tahun 1998 sebesar 70,78%, tahun 1999 sebesar 62,09% dan tahun 2000 sebesar 68,82%, berada dibawah daerah efisiensi BOR minimal sebesar 75%. Demikian pula LOS nya kalau dikaitkan TOI juga dibawah daerah efisiensi. Apabila dikaitkan dengan pendapatan rumah sakit, tentunya belum optimal sehingga diperlukan penghematan, antara lain dengan pengelolaan keuangan rawat inap yang lebih profesional, misalnya dengan selalu mengecek jumlah fisik uang dengan catatan penerimaan uang hari itu. Dengan gambaran diagram dari Barber Johnson ini program kerja RSUD Dr. Soedono Madiun sebaiknya diarahkan kepada upaya meningkatkan kinerja, misalnya dengan memacu meningkatkan BOR dari 68,82% menuju ke arah 75%. Menurut hasil wawancara petugas beberapa hal yang perlu dilakukan adalah :

1. Meningkatkan mutu pelayanan kearah pelayanan prima, sesuai visi dan misi rumah sakit, dengan manajemen yang lebih baik.
2. Meningkatkan kualitas SDM terutama petugas paramedis keperawatan.
3. Memperbaiki sarana dan prasarana dengan yang lebih canggih, termasuk sarana pencatatan keuangan.

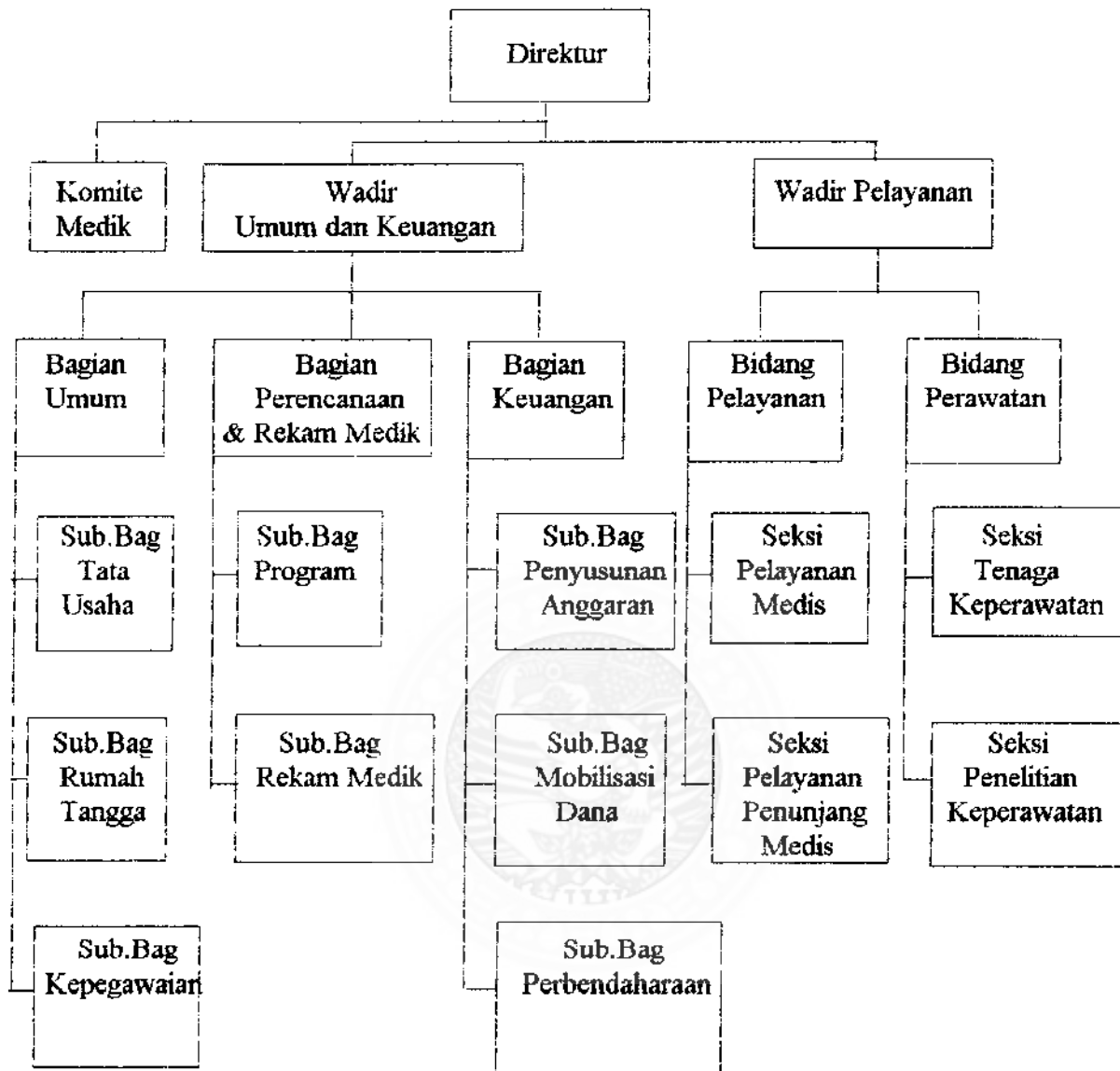
5.1.3 Bagian Keuangan RSUD Dr. Soedono Madiun

Berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 22 tahun 1994 tentang organisasi dan tata kerja RSUD Dr. Soedono Madiun, bagian keuangan merupakan salah satu bagian disamping bagian umum serta bagian perencanaan dan rekam medik, dibawah Wakil Direktur Umum dan Keuangan. Bagian ini terdiri atas tiga sub bagian yaitu :

- a. Mobilisasi dana, berkaitan erat dengan pengelolaan pendapatan rumah sakit, baik rawat inap, rawat jalan, instalasi penunjang, instalasi rawat darurat dan melakukan kerja sama dengan pihak luar.
- b. Penyusunan anggaran, yang lebih banyak menangani kegiatan routine, misalnya pembayaran operasional rumah sakit, listrik, telepon, air, rumah tangga dan umum, menyusun Daftar Isian Kegiatan dan Daftar Isian Proyek.
- c. Perbendaharaan, bertugas menyusun pembukuan, laporan pertanggung jawaban, menyajikan laporan akuntansi dan manajemen rumah sakit.

Penelitian ini lebih dipusatkan pada bagian mobilisasi dana, sebab bagian ini berhubungan langsung melakukan transaksi keuangan antara rumah sakit dengan pihak keluarga pasien.

Secara struktural dapat dipelajari dalam bagan 5.1 berikut.



Bagan 5.1 Struktur Organisasi RSUD Dr. Soedono Madiun
 Sumber : Bagian Umum RSUD Dr. Soedono Madiun

Sekalipun secara struktural bagian keuangan dibawah Wadir Umum dan Keuangan, namun pada hal-hal yang khusus dapat langsung berhubungan dengan Direktur Rumah Sakit, misalnya pada saat penyusunan anggaran yang memerlukan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Tk. I Jawa Timur.

5.2 Analisis Dan Hasil Penelitian

5.2.1 Analisis sumber daya manusia.

Sumber daya manusia merupakan faktor utama dalam keberhasilan pengelolaan keuangan berdasar protap keuangan yang ada. Dalam penelitian ini jumlah responden yang diteliti sebanyak 22 orang, mereka adalah petugas yang terlibat dalam pengelolaan keuangan rawat inap, baik di ruangan, instalasi penunjang, bagian keuangan (mobilisasi dana) dan bagian rekam medik.

5.2.1.1 Jenis kelamin

Dilihat dari jenis kelamin, diperoleh informasi seperti tabel 5.3

Tabel 5.3 Jenis kelamin responden pengelola keuangan rawat inap RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli tahun 2001

No.	Jenis kelamin	Frekuensi (n)	Persentase ($n/N \times 100\%$)
1.	Laki-laki	5	22,7
2.	Perempuan	17	77,3
	Jumlah	22 (N)	100

Sumber : Hasil penelitian RSUD Dr. Soedono Madiun

Petugas perempuan jumlahnya lebih besar (77,3%) dibanding petugas laki-laki yang hanya 22,7%. Hal ini disebabkan karena petugas di ruang rawat inap rata-rata perawat perempuan demikian pula untuk petugas loket dan rekam medik. Petugas laki-laki kebanyakan dari instalasi penunjang yang kena tugas giliran jaga sore serta malam hari. Berdasarkan pengamatan dan wawancara ternyata tidak ada pengaruh perbedaan jenis kelamin dengan tugas yang dikerjakan. Petugas

perempuan dirasakan perlu untuk bagian loket yang terdiri dari petugas verifikasi, kuitansi dan bendahara. Berdasarkan observasi, mereka lebih sabar dan teliti dalam memeriksa berkas yang memuat angka-angka keuangan.

5.2.1.2 Jenjang pendidikan.

Pendidikan akan memberi dampak pada seseorang dalam menyelesaikan tugasnya. Semakin tinggi pendidikan seseorang diharapkan makin mampu melaksanakan tugasnya. Jenjang pendidikan responden dapat dipelajari pada tabel 5.4

Tabel 5.4 Jenjang pendidikan responden pengelola keuangan rawat inap RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli tahun 2001

No.	Jenjang pendidikan	Frekuensi (n)	Persentase ($n/N \times 100\%$)
1.	Sekolah Dasar	0	0
2.	Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP)	0	0
3.	Sekolah Menengah Umum	7	31,8
4.	Diploma III	14	63,7
5.	Sarjana Strata I	1	4,5
	Jumlah	22 (N)	100

Sumber : Hasil penelitian di RSUD Dr. Soedono Madiun.

Berdasarkan tabel 5.4 diperoleh informasi bahwa pendidikan petugas dinilai cukup memadai karena tidak ada seorangpun yang mempunyai dasar pendidikan Sekolah Dasar dan SLTP. Akan tetapi kalau dicermati, pendidikan Diploma III mereka adalah dari keperawatan, analis medis dan kesehatan lingkungan, sedangkan strata I nya bidang hukum. Tidak satupun yang mempunyai pendidikan

dasar bidang keuangan, sehingga kurang menunjang banyak dalam pengelolaan keuangan rawat inap. Idealnya setiap unit pengelola keuangan berlatar pendidikan ilmu dibidang keuangan, sehingga tugas dapat ditangani secara lebih profesional. Secara rinci pendidikan petugas di:

- a. Ruang rawat inap, yang berpendidikan SMU ada 5 orang dan 7 orang berpendidikan D III Keperawatan.
- b. Instalasi penunjang, 2 orang berpendidikan SMU, 1 orang D III Analis dan 1 orang Sarjana Hukum.
- c. Bagian Keuangan, 3 orang semua berpendidikan SMU.
- d. Bagian Rekam Medik, 2 orang berpendidikan D III Kesehatan Lingkungan dan 1 orang D III Rekam Medik.

Menurut Suwarti (1997) pendidikan petugas yang sejenis dengan pekerjaannya dan pelatihan formal akan lebih membantu kelancaran pelaksanaan tugas.

5.2.1.3 Pengalaman petugas.

Pengalaman petugas akan banyak membantu menyelesaikan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya. Pengalaman responden dapat dipelajari dalam tabel 5.5.

Tabel 5.5 Pengalaman responden menangani keuangan rawat inap di RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli tahun 2001

Lamanya pengalaman	Skala (a)	Frekuensi (n)	Skor (a x n)	Persentase (n/N x 100%)
0 - 5 tahun	1	12	12	54,5
5 - 10 tahun	2	6	12	27,3
10 tahun keatas	3	4	12	18,2
Jumlah		22 (N)	36	100

Sumber : Hasil penelitian di RSUD Dr. Soedono Madiun.

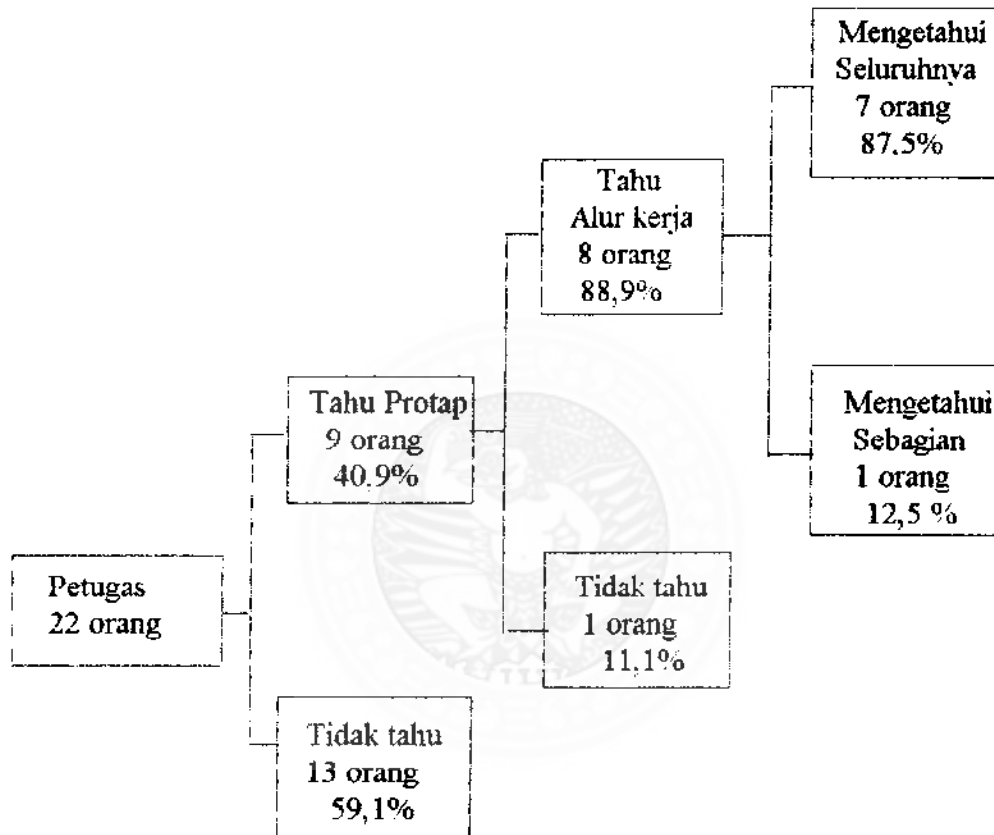
Rata-rata pengalaman petugas adalah 6,4 tahun. Jumlah petugas yang mempunyai pengalaman diatas rata-rata 6,4 tahun sebanyak 10 orang atau 45,5 persen. Secara rinci pengalaman petugas yang paling lama justru ada di ruang rawat inap dimana para perawat senior ini juga bertindak sebagai kepala ruangan. Petugas keuangan justru bervariasi ada yang baru 2 tahun namun ada seorang mempunyai masa kerja 17 tahun. Bagian rekam medik mempunyai pengalaman paling kecil, rata-rata 1 tahun, sebab peran rekam medik di bidang keuangan relatif kecil. Di instalasi penunjang untuk laborat dan radiologi rata-rata pengalamannya antara 5 - 10 tahun. Menurut Bennett (1989) petugas akan lebih profesional bekerja apabila mempunyai pengalaman yang cukup dengan pekerjaan yang ditekuninya.

5.2.1.4 Pengetahuan petugas tentang protap keuangan.

Pengetahuan dan pemahaman isi protap keuangan merupakan dasar yang pokok seorang petugas dalam melaksanakan pekerjaannya. Apa dan bagaimana dia

seharusnya bekerja, semua didasari atas protap keuangan yang menjadi landasannya.

Pengetahuan petugas tentang protap keuangan dapat dipelajari dalam bagan 5.2 berikut.



Bagan 5.2 Pengetahuan petugas tentang protap keuangan di RSUD Dr. Soedono Madiun. Juli tahun 2001.

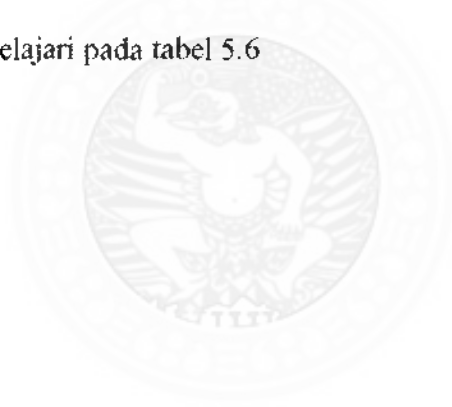
Sumber : Hasil penelitian di RSUD Dr. Soedono Madiun.

Dari bagan tersebut dapat dipelajari , ternyata hanya 9 responden (40,9%) yang tahu tentang protap keuangan sedangkan yang 13 responden (59,1%) menyatakan tidak tahu. Berdasar wawancara, dari 9 responden tersebut, 8 orang (88,9%) yang mengetahui alur pekerjaan sesuai protap dari seluruh responden yang ada dan satu orang (11,9%) tidak mengetahui. Ada 7 orang (87,5%) yang mengetahui isi

keseluruhan protap keuangan dari seluruh responden. Petugas yang mengetahui tentang protap keuangan adalah petugas di bagian loker keuangan. Hal ini menunjukkan betapa kurangnya sosialisasi protap keuangan ke seluruh petugas. Menurut Bennett (1989) pengetahuan petugas di Rumah Sakit merupakan modal dasar dalam melaksanakan tugas yang menjadi tanggung jawabnya.

5.2.1.5 Motivasi petugas

Motivasi merupakan dorongan petugas untuk melaksanakan protap keuangan dengan benar. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi motivasi, misalnya gaji, incentive yang diterima, perasaan aman, dukungan dari teman dan kenaikan pangkat, semuanya dapat dipelajari pada tabel 5.6



Tabel 5.6 Pendapat responden tentang intensitas faktor pengelola keuangan rawat inap RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli tahun 2001

Faktor-faktor Motivasi	Intensitas motivator		Sangat rendah		Rendah		Cukup		Tinggi		Sangat tinggi		\bar{x} skor
	Skala	1	Skala	2	Skala	3	Skala	4	Skala	5	Skala	5	
	n	Skor	n	Skor	n	Skor	n	Skor	n	Skor	n	Skor	
Gaji	3	3	5	10	8	24	6	24	0	0			3
Incentive diterima	4	4	6	12	8	24	4	16	0	0			3
Rasa aman	1	1	0	0	5	15	12	48	4	20			4
Dukungan teman	1	1	1	2	5	15	9	36	6	30			4
Pangkat	2	2	1	2	5	15	5	20	9	45			4

Sumber : Hasil penelitian di RSUD Dr. Soedono Madiun.

Skor sangat rendah sampai sangat tinggi mempunyai jarak rentang dari 1 sampai enam, sehingga untuk

Rata-rata skor 0 - 1,2 berarti sangat rendah

Rata-rata skor 1,2 - 2,4 berarti rendah

Rata-rata skor 2,4 - 3,6 berarti cukup

Rata-rata skor 3,6 - 4,8 berarti tinggi

Rata-rata skor 4,8 - 6,0 berarti sangat tinggi

Dari tabel 5.6 dapat diketahui bahwa motivasi berdasar

- a. Gaji, skornya 3 berada pada posisi cukup
- b. Incentive, skornya 3 berada pada posisi cukup
- c. Rasa aman, skornya 4 berada pada posisi tinggi
- d. Dukungan teman, skornya 4 berada pada posisi tinggi
- e. Pangkat, skornya 4 berada pada posisi tinggi

Dengan demikian dapat ditarik kesimpulan bahwa petugas mempunyai motivasi yang tinggi atas dasar faktor motivasi rasa aman, dukungan dari teman sekitarnya dan perhatian atasan atas kenaikan pangkatnya. Sedangkan faktor motivasi yang terdiri dari gaji dan incentive karyawan memberi dorongan motivasi pada tingkat yang cukup saja. Menurut Muchlas (1997) seseorang akan mempunyai motivasi bekerja yang tinggi apabila kebutuhan dasar dan kebutuhan pokok sudah tidak menjadi permasalahan lagi.

5.2.1.6 Beban kerja petugas.

Beban kerja merupakan salah satu faktor, apakah petugas dapat menyelesaikan tugas pokok dalam pengelolaan keuangan atau tidak. Seringkali petugas menerima tugas tambahan yang dirasa mengganggu tugas pokoknya, yang dapat dipelajari dalam tabel 5.7.

Tabel 5.7 Pendapat responden tentang tugas tambahan keuangan rawat inap RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli 2001

Tugas tambahan mengganggu pekerjaan	Skala (a)	Frekuensi (n)	Skor (a x n)	Persentase (n/N x 100%)
Sangat tidak setuju	1	1	1	4,5
Tidak setuju	2	3	6	13,6
Tidak tahu	3	6	18	27,3
Setuju	4	8	32	36,4
Sangat setuju	5	4	20	18,2
Jumlah		22 (N)	77	100

Sumber : Hasil penelitian di RSUD Dr. Soedono Madiun.

Skor rata - rata adalah 3,05 artinya petugas pengelola keuangan merasa tugas tambahan mengganggu tugas pokok dan sebagian lainnya merasa tidak mengganggu. Dengan mempelajari tabel 5.7 dapat disimpulkan bahwa yang berada di bawah rata-rata sebanyak sepuluh orang atau 45,4% dan selebihnya 12 orang atau 54,6% menyatakan setuju bahkan sangat setuju apabila beban kerja dapat mempengaruhi tugas pokok. Berdasar pengamatan dan wawancara kepada petugas , mereka berpendapat bahwa tugas tambahan dapat mengganggu tugasnya, terutama ruang rawat inap, pelaksanaan pencatatan keuangan dilakukan oleh perawat, dimana tugas pokoknya melaksanakan asuhan keperawatan. Demikian pula untuk di bagian loket keuangan, tugas tambahan tidak perlu diberikan, sebab tugas mereka sudah berat.

5.2.1.7 Masa kerja

Semakin lama masa kerja yang di lalui, seharusnya menghasilkan pekerjaan yang bermutu. Dari responden yang diteliti, masa kerjanya bervariasi, yang dapat dipelajari dalam tabel 5.8

Tabel 5.8 Masa kerja responden pengelola keuangan rawat inap di RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli tahun 2001

Masa kerja	Skala (a)	Frekuensi (n)	Skor (a x n)	Persentase (n/N x 100%)
0 - 5 tahun	1	3	3	13,6
5 - 10 tahun	2	2	4	9,1
10 - 15 tahun	3	2	6	9,1
15 - 20 tahun	4	6	24	27,3
20 tahun lebih	5	9	45	40,9
Jumlah		22 (N)	82	100

Sumber : Hasil penelitian di RSUD Dr. Soedono Madiun.

Jumlah seluruh masa kerja 22 responden adalah 351 tahun, sehingga rata-rata masa kerja adalah 351 dibagi 22 sama dengan 15,95 tahun. Sebanyak 15 orang atau 63,6 persen mempunyai masa kerja diatas rata-rata sedang yang 7 orang atau 36,4 persen masa kerjanya dibawah rata-rata.

Menurut Suwarti (1997), profesional petugas dapat diperoleh melalui masa kerja yang lama dibidangnya, berdasar standar profesi yang sesuai dengan tugasnya.

Dari hasil pengamatan tentang masa kerja petugas dapat disimpulkan bahwa faktor ini tidak memberi perbedaan yang bermakna dalam pengelolaan keuangan rawat inap. Hal ini disebabkan karena pekerjaan yang dilakukan petugas bukan profesi sesungguhnya, selain kurangnya pembinaan oleh atasan.

5.2.2 Sarana Penunjang

Dimaksud sarana penunjang adalah sarana pencatatan yang berkaitan dengan keuangan rawat inap. Keberhasilan pengelolaan keuangan rawat inap tidak terlepas dari ketersediaan dan kesesuaian format formulir itu sendiri. Berdasar observasi diperoleh data seperti tabel 5.9

Tabel 5.9 Ketersediaan sarana penunjang keuangan rawat inap di RSUD Dr. Soedono Madiun selama bulan Mei - Juni - Juli tahun 2001.

No.	Jenis sarana	Tempat				
		Rawat inap	Laborat	Radiologi	Rehab Medik	Rekam Medik
1.	Formulir	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	-
2.	Buku kas	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	-
3.	Kuitansi	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	-
4.	Buku register	tersedia	-	-	-	tersedia
5.	Buku bantu	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	-

Sumber : Hasil penelitian di RSUD Dr. Soedono Madiun.

Menurut Bennett (1989) manajemen material yang baik beranjak dari pengadaan yang terencana, tersedia material, distribusi internal yang aman dan pengendalian yang teliti. Dalam observasi selama tiga bulan, diperoleh data bahwa sarana penunjang yang diproduksi bagian rumah tangga tersedia dalam jumlah yang memadai. Dimaksud tersedia adalah, apabila setiap bagian memerlukan sarana tersebut selalu ada persediaan, minimal untuk jangka waktu dua minggu, sebab permintaan kebutuhan tersebut dilakukan setiap seminggu sekali pada hari Rabu. Sedangkan tanda (-) artinya bagian tersebut tidak memerlukan sarana yang dimaksud.

5.2.3 Pelaksanaan protap keuangan

Gambaran sistem dan prosedur keuangan di RSUD Dr. Soedono Madiun

5.2.3.1 Sosialisasi protap keuangan

Dari hasil penelitian ditemukan bahwa protap keuangan hanya ada di bagian keuangan (loket), dan tidak pernah disosialisasikan ke ruangan lain seperti ruang rawat inap, instalasi penunjang dan rekam medik, dimana proses pengelolaan rawat inap terjadi. Secara normatif protap keuangan harus ada di tempat pengelolaan keuangan rawat inap, yaitu ruang rawat inap, bagian keuangan, instalasi penunjang dan rekam medik. Sosialisasi meliputi kegiatan pemberitahuan, pengenalan dan pelatihan kepada seluruh petugas. Tetapi kondisi ini tidak pernah dilakukan di RSUD Dr. Soedono Madiun.

5.2.3.2 Isi protap dan keakuratan data

Protap keuangan hanya ada di bagian keuangan, isinya hanya petunjuk dan alur kerja di bagian keuangan. Sedangkan untuk di ruangan rawat inap, instalasi penunjang maupun rekam medik tidak ada protap keuangan tersebut. Menurut Surat Edaran dari Kanwil Depkes Provinsi Jawa Timur tentang petunjuk pembuatan protap di rumah sakit, protap minimal memuat : visi dan misi, falsafah, tujuan, tugas, fungsi, wewenang, tanggung jawab serta alur pekerjaan yang menjadi tugasnya. Kondisi ini tidak sesuai dengan keadaan di lapangan, sebab protap hanya 1 buah dan tidak memenuhi kaidah yang ada. Tentang keakuratan data keuangan yang dilaporkan cenderung sesuai, terutama dari rawat inap. Dari instalasi penunjang terjadi selisih Rp.25.000,00. Perbedaan pencatatan yang tidak baik atau tidak sesuai dapat menimbulkan masalah pada proses

pengelolaan keuangan rawat inap. Menurut Baridwan (1991), semua pencatatan keuangan baik yang meliputi buku kas, buku bank dan piutang harus selalu sama.

5.2.3.3 Ketepatan waktu

Dari ketepatan waktu, petugas menyelesaikan pembukuan cukup baik, artinya dapat diselesaikan dan disetorkan ke bank pada hari yang sama. Untuk penerimaan sore dan malam hari di instalasi laboratorium serta radiologi, penyetoran keuangan kurang tepat, karena dilakukan keesokan harinya oleh petugas yang jaga pagi hari. Hal ini dapat memberi peluang yang tidak baik, karena adanya kesenjangan waktu dalam penyetoran fisik uang yang dapat menimbulkan masalah. misalnya uang tidak disetorkan keseluruhan pada saatnya. Menurut Baridwan (1991) penyetoran keuangan harus pada hari itu, selambat-lambatnya pada awal hari berikutnya. Berdasarkan hasil wawancara, penyetoran dari instalasi penunjang bervariasi antara 1 hari sampai 7 hari.

5.2.4 Pengendalian dan pengawasan

Untuk menjaga agar tidak terjadi penyimpangan, diperlukan pengendalian dan pengawasan atau yang lebih dikenal dengan supervisi dan evaluasi. Pengawasan dan pengendalian merupakan tugas Satuan Pengawas Intern (SPI).

5.2.4.1 Sosialisasi supervisi

Pengendalian dan pengawasan atau yang lebih dikenal dengan supervisi perlu dilakukan agar kalau terjadi penyimpangan dapat segera diketahui. Menurut Kusnanto (2000) pemberian informasi akan membuat petugas mampu menyediakan bahan kajian analisis dan evaluasi. Dalam penelitian ini diidentifikasi pendapat responden tentang sosialisasi supervisi dapat dipelajari pada tabel 5.10

Tabel 5.10 Pendapat responden tentang perlunya sosialisasi supervisi oleh SPI di RSUD Dr. Soedono Madiun Juli tahun 2001

Pengukur variabel sosialisasi supervisi	Skala (a)	Frekuensi (n)	Skor (a x n)	Persentase (n/N x 100%)
Sangat tidak setuju	1	5	5	22,7
Tidak setuju	2	4	8	18,2
Tidak tahu	3	2	6	9,1
Setuju	4	9	36	40,9
Sangat setuju	5	2	10	9,1
Jumlah		22 (N)	65	100

Sumber : Hasil penelitian di RSUD Dr. Soedono Madiun.

Rata - rata skor tentang sosialisasi supervisi adalah 2.9, artinya secara umum responden menyatakan tidak perlu dilakukan sosialisasi supervisi, meskipun ada 9 petugas (40,9%) yang berpendapat bahwa sosialisasi supervisi oleh SPI perlu dilakukan. Dengan sosialisasi supervisi yang baik, diharapkan petugas dapat mengetahui apa dan bagaimana pekerjaan itu seharusnya dilakukan agar mencapai kinerja yang optimal, dan kesalahan dapat segera diketahui.

5.2.4.2 *Cross footing dan footing*

Menurut Baridwan (1991), salah satu prinsip pengendalian internal adalah pencocokan daftar penerimaan uang secara harian, termasuk bukti setor ke bank. Selama penelitian dilakukan, jumlah uang yang diterima, baik dijumlahkan ke kanan maupun kebawah jumlahnya sama. Ditemukan selisih Rp. 25.000,00

dari instalasi penunjang dan penyetorannya tidak pada hari yang sama (hari itu juga). Setelah dilacak ternyata uang tersebut belum di setor ke bendahara.

5.2.4.3 Pemberitahuan supervisi

Agar supervisi berjalan cepat dan lancar, data dapat di persiapkan terlebih dahulu oleh petugas pengelola, melalui pemberitahuan bahwa hari ini akan ada supervisi. Perlu tidaknya pemberitahuan supervisi, dapat dipelajari pada tabel 5.11 berikut.

Tabel 5.11 Pendapat responden tentang perlunya pemberitahuan supervisi di RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli tahun 2001

Pengukur variabel pemberitahuan supervisi	Skala (a)	Frekuensi (n)	Skor (a x n)	Persentasae (n/N x 100%)
Sangat tidak perlu	1	1	1	4,5
Tidak perlu	2	4	8	18,2
Tidak tahu	3	1	3	4,5
Perlu	4	10	40	45,5
Sangat perlu	5	6	30	27,3
Jumlah		22 (N)	82	100

Sumber : Hasil penelitian di RSUD Dr. Soedono Madiun.

Rata - rata (\bar{x}) skor tentang perlunya pemberitahuan supervisi sebesar 3.72, artinya secara keseluruhan supervisi perlu diberitahukan terlebih dahulu. Ada 6 orang (27,2%) yang tidak perlu adanya pemberitahuan supervisi, sedang lainnya sebanyak 16 orang (72,8%) berpendapat bahwa supervisi perlu diberitahukan terlebih dahulu. .

Menurut hasil wawancara, ternyata selama ini belum pernah dilakukan supervisi terhadap petugas pengelola keuangan rawat inap, baik yang routine maupun yang mendadak. Menurut Shofori (1994), hasil supervisi merupakan alat pengukur kinerja, melalui identifikasi kegiatan atau kondisi yang mungkin lepas kendali. Dengan pemberitahuan supervisi diharapkan kinerja petugas menjadi lebih baik.

5.2.4.4 Evaluasi

Untuk mengetahui sejauh mana pengelolaan keuangan rawat inap ini telah dilakukan, perlu adanya evaluasi yang terus menerus. Periode evaluasi bisa dilakukan secara harian, mingguan, bulanan semesteran maupun tahunan. Kalau diperlukan bisa dilakukan sewaktu-waktu. Dari hasil pantauan, evaluasi keuangan di RSUD Dr. Soedono Madiun hanya dilakukan :

- a. Secara mingguan, setiap hari Rabu, namun bersifat rapat umum. Rapat ini tidak membahas masalah khusus keuangan.
- b. Tahunan, pada saat membuat laporan akhir anggaran.
- c. Sewaktu-waktu apabila direktur menghendaki.

Menurut Baridwan (1991), evaluasi keuangan harus dilakukan pada hari itu juga atau pada awal hari kerja berikutnya, untuk mengetahui adanya penyimpangan.

5.2.4.5 Pembinaan SDM

Salah satu upaya untuk meningkatkan kinerja petugas adalah melalui pembinaan SDM yang efektif misalnya melalui kursus-kursus, pendidikan ketrampilan, studi banding ke instansi lain, maupun menempatkan petugas sesuai hasil analisis pekerjaannya. Selama ini pembinaan SDM terhadap petugas pengelola keuangan tidak pernah dilakukan. Menurut Cahyono (1996), setiap petugas perlu

mendapatkan bekal pengetahuan dan ketrampilan sebelum memulai pekerjaannya, serta diikuti dengan pendidikan profesional yang terjadwal.

5.3 Hasil Observasi Alur Keuangan Rawat Inap Di RSUD Dr. Soedono Madiun

Alur keuangan pasien rawat inap yang ada di ruang rawat inap, instalasi penunjang, bagian keuangan dan bagian rekam medik dimana pembayaran keuangan mulai pasien masuk sampai pulang sebagai berikut :

Penderita atau keluarga pasien pertama kali datang akan menyelesaikan persyaratan administrasi di tempat penerimaan pasien rawat inap atau TPPRI. Selanjutnya penderita dibawa ke ruang rawat inap. Di sini setiap dilakukan tindakan terhadap pasien, petugas akan mencatat jenis tindakan maupun besaran biaya serta siapa yang melakukan. Apabila penderita perlu dilakukan tindakan rehab medik, di instalasi ini pasien akan ditanya, memilih tindakan biasa atau paviliun. Kalau pasien memilih tindakan biasa, penderita tidak perlu membayar uang setelah pemeriksaan. Pembayaran akan disatukan nanti pada saat pasien akan pulang. Petugas rehab medik akan menulis jumlah uang pada formulir tindakan dari ruang rawat inap tadi. Apabila pasien memilih tindakan paviliun pembayarannya akan ditarik langsung setelah dilakukan tindakan. Pasien diberi kwitansi untuk dirinya, tetapi ruangan tidak diberi tembusan. Uang tersebut tidak disetorkan ke bendahara rumah sakit, tetapi melalui bendahara paviliun. Bendahara paviliun akan menyetorkan ke bendahara rumah sakit hanya sebesar jasa rumah sakit, sedangkan lainnya tidak disetorkan, tetapi dikelola tersendiri oleh bendahara paviliun.

Apabila pasien perlu pemeriksaan laboratorium atau radiologi, petugas ruang rawat inap mengisi formulir yang tersedia, untuk dibawa ke tempat pemeriksaan. Petugas instalasi penunjang baik laboratorium maupun radiologi setelah menerima formulir pemeriksaan akan bertanya, apakah pasien atau keluarganya membawa uang atau tidak. Kalau pasien membawa

uang akan disuruh membayar di instalasi penunjang dan akan dibuatkan kwitansi apabila membayar, sementara ruang rawat inap tidak mendapatkan tembusannya. Kalau tidak membawa uang, pembayarannya dilakukan bersama-sama tagihan yang lain pada saat akan pulang. Formulir pemeriksaan akan ditulis besarnya biaya tindakan yang telah dilakukan. Uang tersebut disetorkan langsung ke bendahara, namun sering kali waktunya tidak tepat. Dari hasil pengamatan penyeteroran uang bervariasi antara 1 hari sampai 7 hari. Keadaan ini tentu dapat menimbulkan hal-hal yang tidak diinginkan oleh petugas penerima uang.

Petugas ruang rawat inap akan menjumlah seluruh pengeluaran yang menjadi beban pasien, misalnya : bahan habis pakai, obat-obatan, sewa ruangan, jasa petugas, biaya tindakan dan biaya administrasi. Oleh keluarga pasien, rincian tersebut dibawa ke loket verifikasi untuk di cek kembali, angka-angkanya. Apabila pihak keluarga sudah menyetujui jumlah uang yang akan dibayar, petugas akan membuat kwitansi setelah pasien atau keluarganya melunasi pembayaran.

Bukti pelunasan pembayaran tersebut dibuat rangkap 3 lembar, untuk arsip bagian keuangan satu lembar, untuk pasien dan arsip di rekam medik masing-masing satu lembar. Dengan bukti kwitansi tersebut penderita dapat pulang. Apabila keluarga pasien merasa keberatan membayar biaya tagihan dapat dimintakan keringanan melalui tawar menawar sampai mencapai kesesuaian berdasar kemampuan keluarga pasien. Koordinasi bagian keuangan dengan bagian rekam medik hanya dilakukan sewaktu-waktu, apabila bagian keuangan ada permasalahan dan memerlukan klarifikasi data.

5.4 Beberapa Alternatif Alur Keuangan Rawat Inap Di RSUD Dr. Soedono Madiun

Berdasarkan pengamatan dan wawancara di bagian yang terlibat langsung dengan fisik uang, sistem dan prosedur yang menyangkut alur keuangan pasien rawat inap di

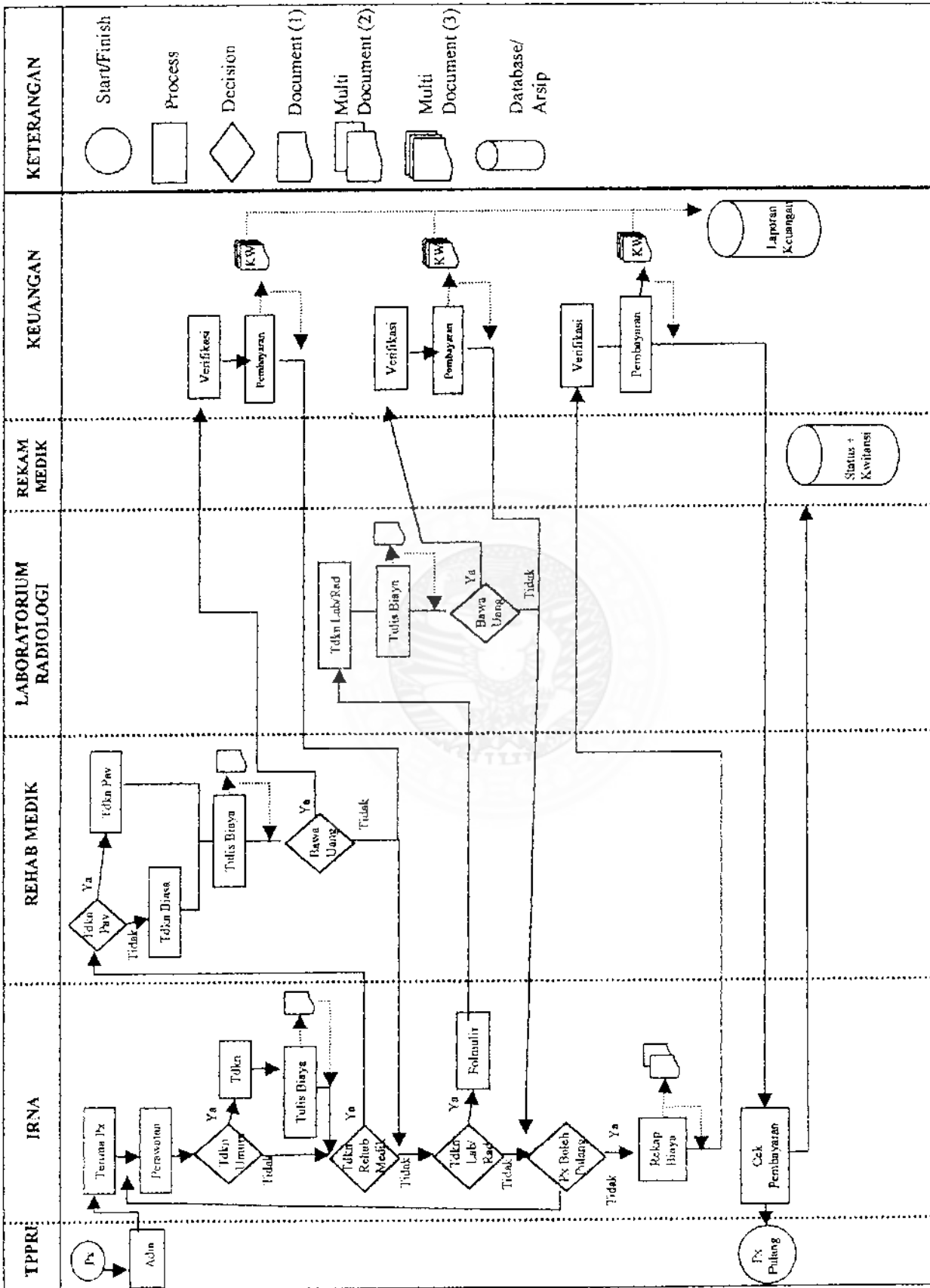
RSUD Dr. Soedono Madiun ada beberapa alternatif alur pengelolaan keuangan pendapatan rawat inap yang akan diajukan untuk mendapatkan rekomendasi pihak Direksi.

5.4.1 Alternatif pertama, pembayaran dapat diberbagai pintu.

Penderita atau keluarga pasien setelah menyelesaikan persyaratan administrasi di tempat penerimaan pasien rawat inap atau TPPRI, selanjutnya dibawa ke ruang rawat inap. Apabila dilakukan tindakan terhadap pasien, petugas akan mencatat jenis tindakan maupun besaran biaya serta siapa yang melakukan. Kalau penderita perlu dilakukan tindakan rehab medik, akan dibuatkan surat pengantar untuk ke bagian rehab medik. Pada saat dilakukan tindakan, keluarga penderita dapat menyelesaikan pembayaran di bagian keuangan. Apabila pasien perlu pemeriksaan laboratorium atau radiologi, petugas ruang rawat inap mengisi formulir yang tersedia, untuk dibawa ke tempat pemeriksaan. Petugas akan melakukan pemeriksaan atau tindakan sesuai pesanan dokter. Keluarga pasien akan menyelesaikan pembayaran di bagian keuangan.

Pada saat pasien akan pulang seluruh biaya untuk bahan habis pakai, obat-obatan, sewa ruangan, jasa petugas, biaya tindakan dan biaya administrasi ditotal oleh petugas ruang rawat inap. Oleh keluarga pasien, rincian tersebut dibawa ke loket verifikasi untuk di cek kembali kebenarannya. Apabila pihak keluarga sudah menyetujui jumlah uang yang akan dibayar, petugas akan membuatkan kwitansi setelah pasien atau keluarganya melunasi pembayaran.

Bukti pelunasan pembayaran tersebut dibuat rangkap 3 lembar, arsip bagian keuangan satu lembar, untuk pasien dan arsip di rekam medik masing-masing satu lembar. Dengan bukti kwitansi tersebut penderita dapat pulang. Alur pengelolaan keuangan tersebut dapat dilihat dalam bagan 5.3 berikut.



Bagan 5.3 Alur Keuangan Rawat Inap Sistem Pembayaran Berbagai Pintu

Keuntungan dan kerugian sistem pembayaran di berbagai pintu :

Keuntungannya :

1. Rumah sakit mendapatkan dana setiap selesai dilakukan tindakan, sehingga *cash flow* keuangan dapat berjalan lancar.
2. Keluarga tidak merasa menanggung biaya terlalu besar pada akhir pembayaran, karena sebagian telah dibayar pada saat dilakukan tindakan di instalasi penunjang.
3. Pelayanan kepada pasien dan keluarganya terasa lebih sederhana.

Kerugiannya :

1. Kebocoran akan tetap terjadi apalagi kalau tidak diikuti peraturan atau protap yang sangat mengikat.
2. Diperlukan sarana administrasi penunjang yang lebih banyak.
3. Setiap pelaksana akan mengetahui besaran tarip, dikhawatirkan petugas akan memainkan tarip ini.

Untuk mengurangi kerugian tersebut dapat diupayakan :

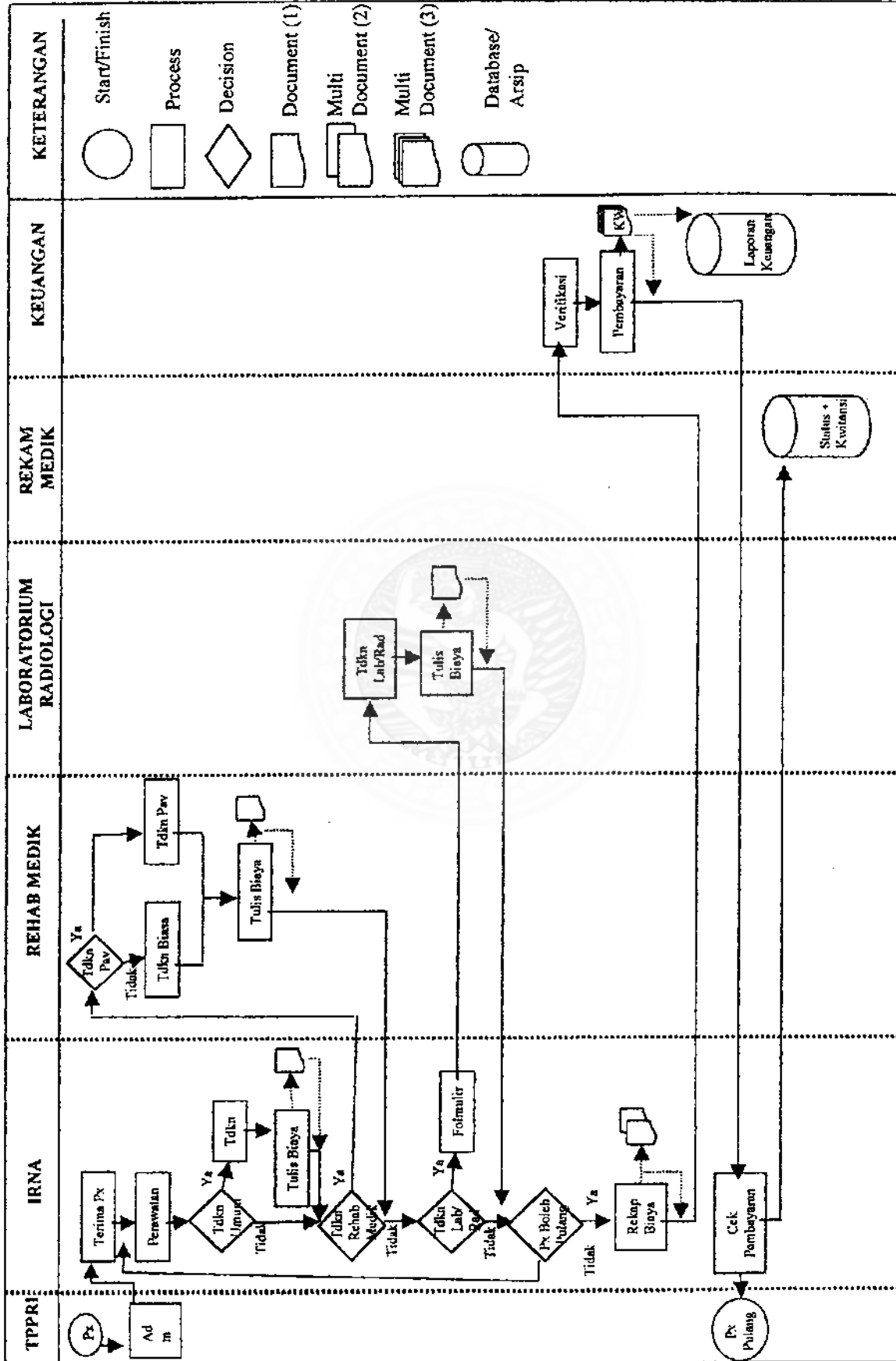
1. Mengaktifkan pengawasan oleh atasan langsung dimana transaksi keuangan terjadi.
2. Perlunya diadakan bank penerima setoran pendapatan keuangan rumah sakit yang buka selama 24 jam untuk menerima setoran

5.4.2 Alternatif kedua, pembayaran hanya pada satu pintu.

Pasien yang datang untuk rawat inap, akan menyelesaikan pendaftaran di tempat penerimaan pasien rawat inap. Selama pasien di ruang rawat inap, akan menjadi tanggung jawab petugas ruangan. Setiap tindakan kepada pasien baik dari dokter maupun paramedis, petugas akan mencatat jenis tindakan dan besar biaya sesuai tabel.

Apabila pasien memerlukan pemeriksaan di instalasi penunjang, petugas ruang rawat inap cukup menulis jenis tindakan atau pemeriksaan yang diperlukan pada formulir pemeriksaan ke instalasi penunjang. Ditempat pemeriksaan baik untuk laboratorium, radiologi maupun rehab medik akan menerima formulir permintaan pemeriksaan dan dilanjutkan dengan pemeriksaan atau tindakan terhadap pasien. Setelah selesai melakukan tindakan, hasilnya ditulis pada formulir yang dikirim, disertai nama petugas yang melakukan pemeriksaan atau tindakan. Petugas tidak diperbolehkan menerima pembayaran tetapi cukup menulis hasil tindakan yang telah dilakukan.

Apabila pasien mau pulang, semua biaya tindakan maupun pemeriksaan dijumlah oleh petugas ruangan dan diserahkan ke bagian keuangan untuk dilakukan verifikasi, dibuatkan kwitansi dan melakukan pembayaran. Pasien diizinkan pulang setelah menunjukkan kwitansi, sebagai bukti pembayaran. Satu lembar bukti kwitansi dilekatkan pada berkas rekam medik, untuk diproses lebih lanjut. Alur alternatif kedua dimana pembayaran hanya pada satu pintu dapat dipelajari pada bagan 5.5 berikut.



Bagan 5.4 Alur Keuangan Rawat Inap Sistem Pembayaran Satu Pintu

Keuntungan dan kerugian sistem pembayaran satu pintu :

Keuntungannya :

1. Sistem rekapitulasi pembayaran tersentral. Pasien dan keluarganya tidak perlu direpotkan dengan sistem pembayaran. Keseluruhan biaya akan segera diketahui sesaat pasien akan pulang.
2. Pengawasan dapat tersentral , cukup di bagian keuangan dan ruang rawat inap saja.
3. Pasien dan keluarganya tidak perlu mondar mandir hanya untuk menyelesaikan pembayaran.

Kerugiannya :

1. Rumah sakit akan rugi, karena mengeluarkan biaya terlebih dahulu untuk kepentingan pasien.
2. Pasien atau keluarganya sering komplain untuk mengajukan keringanan biaya, karena jumlah akhir yang harus dibayar kelihatan besar.

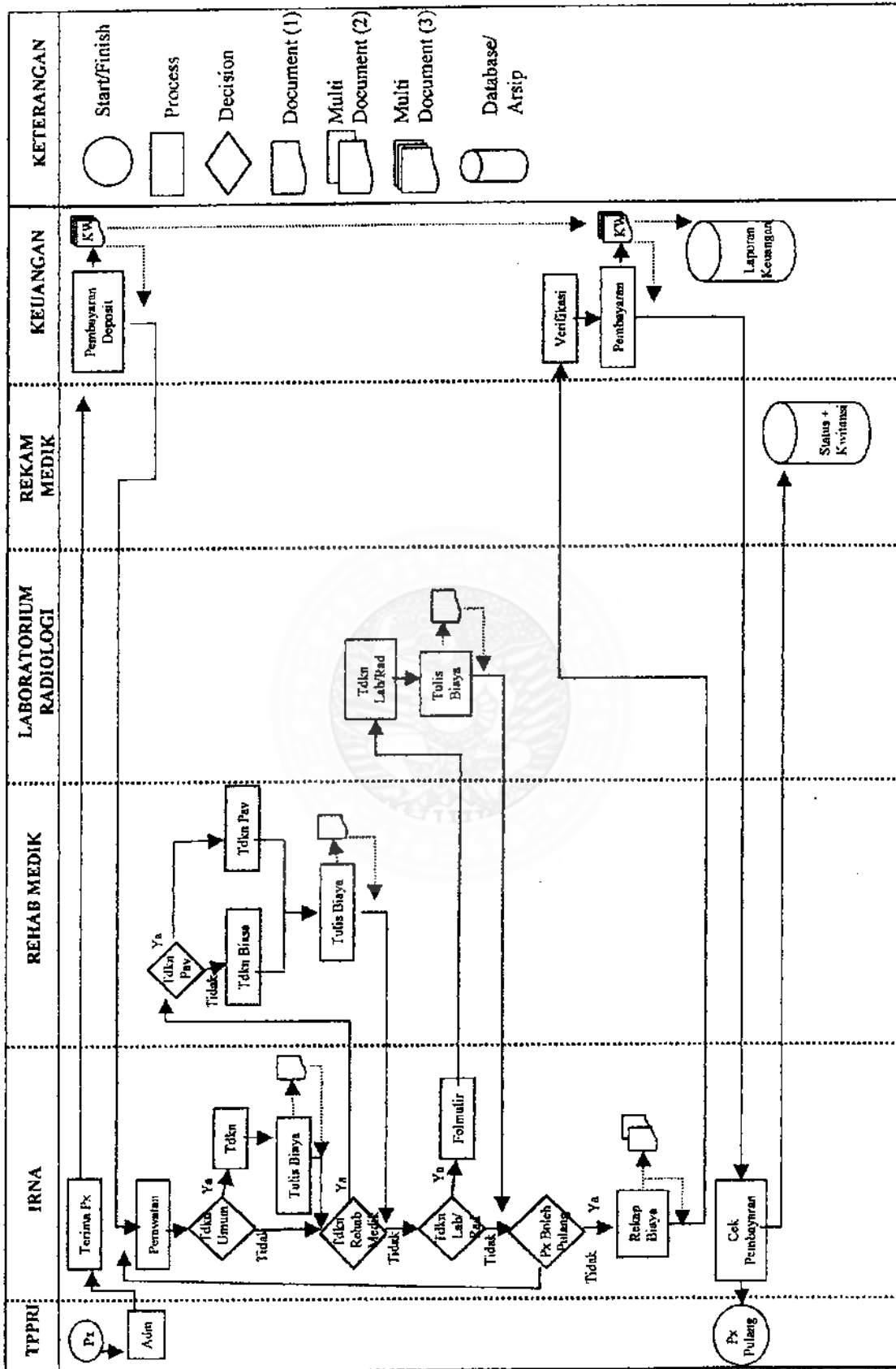
5.4.3 Alternatif ketiga, pembayaran dengan menggunakan uang muka.

Penderita atau keluarga pasien setelah menyelesaikan persyaratan administrasi di tempat penerimaan pasien rawat inap atau TPPRI, sekaligus menitipkan sejumlah uang muka yang jumlahnya dapat disepakati antara keluarga dan pihak rumah sakit. Uang muka atau deposit ini dapat diisi lagi oleh keluarga per tiga hari atau per minggu sekali. Apabila pasien dilakukan tindakan diruangan, petugas akan mencatat jenis tindakan maupun besaran biaya serta siapa yang melakukan. Kalau pasien perlu dilakukan tindakan penunjang, akan dibuatkan surat pengantar untuk ke instalasi penunjang. Petugas instalasi penunjang baik rehab medik, laboratorium maupun radiologi setelah menerima formulir pemeriksaan akan melakukan pemeriksaan atau tindakan sesuai pesanan dokter. Hasil pemeriksaan maupun tindakan dikirim kembali keruangan tanpa

mencantumkan besaran biaya, sebab pasien atau keluarganya telah menaruh sejumlah uang muka di bendahara rumah sakit.

Pada saat pasien akan pulang seluruh biaya baik untuk bahan habis pakai, obat-obatan, sewa ruangan, jasa petugas, biaya tindakan dan biaya administrasi ditotal oleh petugas ruang rawat inap. Selanjutnya oleh keluarga pasien, rincian tersebut dibawa ke loket verifikasi untuk di cek kembali, angka-angkanya. Sisa uang muka akan dikurangi seluruh jumlah pengeluaran yang ditanggung keluarga pasien. Apabila ada sisa uang muka akan dikembalikan kepada keluarga pasien, kalau terjadi kekurangan akan dimintakan tambahan.

Bukti pelunasan dibuat rangkap tiga, satu lembar untuk arsip bagian keuangan, untuk pasien dan arsip rekam medik masing-masing satu lembar. Dengan bukti kwitansi tersebut penderita dapat pulang. Alur alternatif ketiga pengelolaan keuangan dengan sistem uang muka atau deposit tersebut dapat dilihat dalam bagan 5.6 berikut.



Bagan 5.5 Alur Keuangan Rawat Inap Sistem Pembayaran Uang Muka

Keuntungan dan kerugian dengan sistem uang muka.

Keuntungannya :

1. Rumah sakit akan menerima dana yang dapat meningkatkan *cash flow*
2. Rumah sakit tidak akan merugi, karena dana sudah dibayar terlebih dahulu.
3. Keluarga tidak perlu cemas karena setiap tindakan sudah terbayar dari dana uang muka.
4. Petugas instalasi penunjang hanya mengerjakan permintaan dari ruangan tanpa harus menghitung besarnya biaya yang harus dibayar pasien.

Kerugiannya :

1. Tidak setiap penderita maupun keluarganya mempunyai uang *cash* pada saat masuk rumah sakit.
2. Diperlukan ketelitian dalam setiap transaksi keuangan, agar keluarga maupun penderita tidak komplain dibelakang hari.
3. Petugas instalasi penunjang tidak tahu pasti berapa jasa langsung yang akan diterimanya, sebab dia tidak mengetahui tarif setiap tindakan yang dilakukan.

Ketiga alternatif pengembangan sistem dan prosedur pengelolaan pendapatan keuangan rawat inap tersebut dapat berjalan dengan baik apabila memperhatikan beberapa hal yaitu :

1. Rumah sakit adalah penjual jasa. Pendapatan rumah sakit berdasar berapa banyak barang yang dijual kali tarif yang dikenakan atas penjualan tersebut.
2. Petugas di ruangan maupun instalasi penunjang dilarang menerima fisik uang. Petugas ini cukup melaksanakan perintah tindakan atau pemeriksaan, tanpa harus mengetahui, berapa biaya yang harus dibayar pasien, termasuk berapa besarnya tarif jenis tindakan atau pemeriksaan itu.
3. Jumlah fisik uang harus lengkap, berdasar jumlah tindakan dikalikan tarif. Uang ini hanya ada di bagian bendahara rumah sakit.

4. Pengendalian awal agar dilakukan, misalnya di ruang rawat inap oleh kepala ruangan, sedangkan di instalasi penunjang pengendalian awal dapat dilakukan oleh kepala instalasi.
5. Kepedulian pihak Direksi tentang perlunya mengendalikan setiap petugas pengelola keuangan melalui pembinaan maupun supervisi.

Berdasarkan hasil penelitian, baik mengenai sumberdaya manusia, protap keuangan yang ada, pengawasan dan pengendalian, sarana penunjang serta hasil observasi, ditemukan :

1. Kualitas SDM yang menangani masalah pendapatan keuangan rawat inap baik di ruang rawat inap, instalasi penunjang, bagian keuangan dan rekam medik jumlahnya memadai. Pada bagian keuangan terutama seksi verifikasi dan seksi kuitansi perlu ditambah seorang tenaga. Berdasarkan pendidikan yang pernah diterima, tidak ada yang berlatar pendidikan dibidang pengelolaan keuangan. Motivasi petugas cukup tinggi, namun pembagian incentive yang diterima petugas kurang mempertimbangkan beban kerja, dimana petugas bagian keuangan merasakan beban kerjanya cukup berat, dibanding petugas lainnya, apalagi petugas masih beresiko untuk mengganti uang apabila ada kesalahan.
2. Sarana penunjang yang ada selama ini selalu tersedia. Ada beberapa bentuk formulir yang dapat disederhanakan, disesuaikan dengan rencana kebutuhan rumah sakit dalam rangka *computerized billing system* diwaktu mendatang. Warna formulir yang berlainan akan membantu memudahkan pekerjaan.
3. Pelaksanaan protap keuangan
 Protap keuangan hanya ada 1 buah di seksi mobilisasi dana. Petugas lain tidak merasa bahwa protap yang mengatur pengelolaan keuangan ini seharusnya ada di setiap bagian. Protap yang adapun tidak sesuai dengan kaidah yang ada, dimana termuat visi, misi, tugas, fungsi serta alur pekerjaan yang menjadi tanggung jawab petugas. Selain itu Surat

Keputusan yang mengatur tata cara pemberian keringanan biaya juga tidak dimiliki bendahara.

Penyetoran uang oleh keluarga pasien selalu tepat waktu, kecuali ada perjanjian piutang apabila pasien tidak mempunyai uang untuk melunasi pembayaran pada hari itu.

Penyetoran uang dari instalasi penunjang bervariasi antara 1 hari sampai 7 hari. Hal ini dapat terjadi karena lemahnya sistem pengawasan yang tidak berjalan pada akhir - akhir ini.

4. Pengawasan dan pengendalian oleh SPI

Berdasarkan penelitian melalui observasi dan wawancara, sudah lebih satu tahun ini SPI tidak pernah melakukan pengawasan dan pembinaan pada petugas pengelola keuangan.

Demikian pula adanya internal controlle yang seharusnya dipatuhi, seringkali ada penyimpangan, misalnya bendahara melakukan verifikasi sendiri apabila petugas verifikasi saat itu tidak ada, sedangkan pasien harus pulang dan dilayani saat itu juga.

Melihat kondisi yang ada, dimana pelaksanaan atau proses pengelolaan keuangan rawat inap ditangani oleh petugas yang tidak pernah dilatih masalah pengelolaan keuangan, tidak adanya protap keuangan di setiap tempat pengelolaan untuk pegangan petugas, serta lemahnya supervisi. Disisi lain banyaknya tempat pembayaran, pembayaran tidak hanya pada bendaharawan seksi mobilisasi dana, memungkinkan terjadinya perbedaan pencatatan penerimaan uang rawat inap antara bagian keuangan dan bagian rekam medik.

Dengan mengacu pada berbagai masalah yang ditemukan selama penelitian, peneliti mencari prioritas alternatif pemecahan masalah tersebut melalui proses dinamika kelompok yang disebut *Nominal Group Technique (NGT)*.

5.5 *Nominal Group Technique (NGT)*

NGT dilaksanakan pada hari Rabu, 5 September 2001 mulai pukul 10.00 sampai dengan pukul 13.00 BBWI, bertempat di ruang pertemuan. Jumlah peserta 11 orang, terdiri dari kepala bagian keuangan, bagian mobilisasi dana beserta 2 orang staf, dari rawat inap 2 orang, instalasi penunjang dan rekam medik masing-masing dua orang. Wakil Direktur Umum dan Keuangan sekaligus memimpin jalannya NGT. Peneliti mengemukakan berbagai permasalahan yang diketemukan berkaitan dengan pengelolaan keuangan rawat inap baik mengenai sumberdaya manusianya, protap keuangan yang hanya ada 1 buah, lemahnya supervisi serta berbagai macam formulir yang dapat disederhanakan. Kemudian peneliti minta kepada peserta NGT untuk memberikan pendapatnya tentang alternatif pemecahan masalah. Tahapan demi tahapan NGT dilalui, yaitu :

1. *Silent Generation of Ideas in Writing*. Peserta menulis idenya masing -masing tanpa saling mengganggu. Pada putaran pertama ini masih banyak yang malu, sehingga diadakan putaran tahap kedua untuk menggali ide pemecahan masalah.
2. *Round Robin Recording*. Peserta disuruh membaca idenya masing - masing dan ditulis pada kertas *flip chart* oleh petugas pencatat. Selain itu ditulis juga sebagai dokumen oleh petugas notulen. Apabila ada pendapat yang sama peserta akan bilang pas.
3. *Serial Discussion Clarification*. Ide yang tertulis didiskusikan dengan peserta satu persatu untuk mendapatkan klarifikasi dari peserta yang menyampaikan ide tersebut.

Ide yang muncul dan disepakati oleh para peserta adalah :

- a. Pelatihan SDM
- b. Loket pembayaran satu pintu, ditempat yang strategis.

- c. Ada petugas khusus keuangan diruangan rawat inap
- d. Pembinaan SDM
- e. Peningkatan incentive pengelola
- f. Penyederhanaan isian formulir
- g. Sosialisasi protap keuangan
- h. Peningkatan supervisi keuangan
- i. Studi banding ke rumah sakit lain
- j. Diterbitkannya protap keuangan yang baru.

4. *Preliminary Vote on Item Importance*

Pada tahap ini peserta diberi kebebasan untuk memilih 5 ide yang muncul dan dianggap paling penting oleh peserta. Setiap ide dibacakan dan dimintakan persetujuan peserta untuk dibuat skorenya, dengan cara melidi apabila peserta menyetujui ide tersebut diprioritaskan.

Peserta membaca masing- masing skorenya dan dicatat keseluruhannya oleh sekretaris. Rekapitulasi skor yang diperoleh dapat dipelajari pada tabel 5.12 berikut

Tabel 5.12 Rekapitulasi prioritas pemecahan masalah berdasar NGT di RSUD Dr. Soedono Madiun, September tahun 2001.

No	Ide Pemecahan Masalah	Kode Nama											Total	Rank
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K		
1	Pelatihan SDM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	1,5
2	Loket Satu Pintu Strategis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	3,5
3	Ada Petugas Keuangan di rawat inap		1		1	1			1	1			5	8
4	Pembinaan SDM	1		1		1	1	1	1	1	1		8	6
5	Peningkatan Incentive Pengelola	1		1		1		1					4	9
6	Penyederhanaan Formulir	1	1		1	1	1		1	1	1	1	9	5
7	Sosialisasi Protap Keuangan	1	1		1	1			1	1			6	7
8	Peningkatan Supervisi Keuangan	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	10	3,5
9	Studi Banding ke RS lain		1					1			1		3	10
10	Penelitian Protap Keuangan yang Baru	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	1,5

Sumber : Hasil penelitian di RSUD Dr. Soedono Madiun tahun 2001

5. Discussion of the Preliminary Vote

Dari hasil rekapitulasi skor terdapat variasi nilai antara 3 sampai dengan 11. Kemudian peserta mendiskusikan kembali , apakah ada perubahan score untuk yang terendah dan yang

tertinggi. Seluruh peserta sepakat bahwa hasil tersebut merupakan upaya untuk di rekomendasikan, artinya tidak ada perubahan lagi pendapat dari para peserta.

6. Final Vote

Dari hasil rekapitulasi tersebut disusun skor dari yang tertinggi sampai yang terendah.

Kemudian ditentukan 5 item sebagai skala prioritas, yang dapat dipelajari pada tabel 5.13

Tabel 5.13 Skore 5 item skala prioritas berdasar hasil NGT di RSUD Dr. Soedono Madiun, September tahun 2001

No	Prioritas	Rangking
1	Diterbitkannya protap keuangan yang baru	1,5
2	Pelatihan SDM	1,5
3	Loket pembayaran satu pintu tempat strategis	3,5
4	Peningkatan supervisi keuangan	3,5
5	Penyederhanaan formulir (sarana penunjang)	5

Sumber : Hasil penelitian di RSUD Dr. Soedono Madiun tahun 2001

Dari 5 item pra prioritas tersebut peserta sepakat untuk membuat skala prioritas guna memperbaiki pengelolaan keuangan rawat inap di RSUD Dr. Soedono Madiun. Para peserta diminta membuat urutan kelima skala pra prioritas tersebut dengan memberi nilai 5 untuk yang dianggap paling penting, dan nilai 1 untuk yang dianggap paling tidak penting. Nilai nilai tersebut dijumlahkan kekanan oleh petugas pencatat. Nilai yang terbesar merupakan skala prioritas pertama, berurutan kebawah dan nilai terendah merupakan skala prioritas kelima.

Tabel 5.14 Skala prioritas alternatif pemecahan masalah berdasar NGT di RSUD Dr. Soedono Madiun, September 2001.

No	Ide Pemecahan Masalah	Kode Nama											Total	Ranking
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K		
1	Diterbitkannya protap keuangan yang baru	1	1	3	2	4	1	1	2	3	3	1	21	5
2	Pelatihan SDM	5	4	2	4	3	5	5	3	5	4	5	45	1
3	Loket pembayaran satu pintu	3	2	5	3	5	4	2	4	4	1	2	35	3
4	Peningkatan supervisi keuangan	4	5	4	5	2	2	3	5	2	5	4	41	2
5	Penyederhanaan formulir (sarana penunjang)	2	3	1	1	1	3	4	1	1	2	3	22	4

Sumber data : Hasil penelitian di RSUD Dr. Soedono Madiun tahun 2001

Dari hasil diskusi diputuskan untuk mengambil 3 prioritas yang nilainya besar sebagai alternatif pemecahan masalah. Skala prioritas itu adalah :

1. Pelatihan sumberdaya manusia
2. Peningkatan supervisi keuangan
3. Dibuatnya loket pembayaran satu pintu ditempat yang strategis

Alternatif pelaksanaan yang diusulkan:

1. Pelatihan sumberdaya manusia.

Peserta pelatihan adalah seluruh petugas pengelola keuangan pendapatan rawat inap, sebanyak 22 orang yang dibagi dalam dua tahap. Pelatihan diadakan selama satu minggu pada hari kerja dimulai pukul 12.00 sampai dengan pukul 14.00 BBWI. Sebagai instruktur atau pemberi materi teknis adalah staf RSUD Dr. Soedono Madiun yang telah mengikuti pelatihan management keuangan yang pernah diadakan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur, dengan teori dan prakteknya sekaligus.

Studi banding untuk menambah pengalaman dan pengetahuan diusulkan ke Rumah Sakit Kabupaten Banyumas dan Kota Magelang. Tahap kedua pesertanya merupakan kader yang lebih muda sebagai pengganti generasi sebelumnya. Penanggung jawab pelatihan adalah Kepala Diklat RSUD Dr. Soedono Madiun.

2. Peningkatan supervisi keuangan.

Mengaktifkan supervisi baik untuk pengawasan maupun pembinaan oleh Satuan Pengawas Intern (SPI), diperluas anggotanya melibatkan unsur bagian keuangan dan bagian rekam medik. Supervisi dapat dilakukan setiap minggu sekali atau dapat sewaktu - waktu ke seluruh bagian pengelola keuangan rawat inap terutama pada unit ruang rawat inap bagian keuangan dan tempat terjadinya transaksi fisik keuangan. Demikian pula *internal controlle* harus betul- betul mulai di efektifkan.

3. Loker pembayaran satu pintu ditempat yang strategis

Para peserta menyepakati untuk mengusulkan adanya hanya satu loket tempat pembayaran yang memenuhi syarat misalnya : lokasinya mudah dijangkau oleh keluarga pasien, ruang tunggu nya luas, aman dan nyaman, serta buka pelayanan selama 24 jam. Saat pemilihan lokasi semuanya menyetujui apabila memakai kantin yang kini ini dikelola perorangan, sedang kantinnya dipindahkan ke depan ruang rawat inap Kemuning. Penanggung jawab renovasi loket pembayaran adalah Kepala Bagian Rumah Tangga RSUD Dr. Soedono Madiun. Untuk dua skala prioritas lain, yaitu diterbitkannya protap baru dan penyederhanaan bentuk beberapa formulir dapat dilakukan secara simultan. Kepala Bagian Keuangan beserta timnya menyusun protap keuangan yang baru, sedang kepala bagian rekam medik beserta staf perencanaan menyusun bentuk formulir yang lebih sederhana. Kedua tugas tersebut harus selesai dalam bulan Oktober 2001, dan disosialisasikan serta diuji

coba selama bulan November 2001. Awal tahun 2002 semua sudah memakai aturan baru, dan diharapkan tertib pengelolaan keuangan termasuk keuangan rawat inap dapat tercapai, sehingga tidak terjadi lagi ketidak sesuaian pencatatan keuangan rawat inap.





BAB VI
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasar data yang dikumpulkan selama bulan Juni dan Juli tahun 2001 di RSUD Dr. Soedono Madiun, serta observasi peneliti, yang telah dianalisis dalam bab sebelumnya dapat ditarik kesimpulan.

6.1.1 Faktor sumber daya manusia

Dari sudut jumlah sudah cukup memadai. Berdasarkan jenis kelamin pekerja pengelola keuangan rawat inap tidak ada perbedaan yang berarti. Motivasi petugas cukup tinggi. Pendidikan petugas pengelola keuangan kurang mendukung, sebab tidak ada yang berlatar belakang pendidikan di bidang pengelola keuangan. Pengetahuan dan pemahaman terhadap protap keuangan oleh petugas sangat memperhatikan.

6.1.2 Sarana penunjang

Ketersediaan sarana penunjang sangat mendukung, hanya diperlukan penyederhanaan beberapa formulir dalam pengembangan sistem dan prosedur yang baru, dan dalam rangka menyongsong *Computerized Billing System*.

6.1.3 Peksanaan protap keuangan

Sosialisasi protap keuangan tidak pernah dilakukan ke petugas pengelola keuangan baik di ruang rawat inap, instalasi penunjang, bagian keuangan maupun rekam medik.

6.1.4 Pengendalian dan pengawasan

Berdasar observasi, pengendalian ataupun pengawasan oleh SPI tidak pernah dilakukan. Demikian pula pengawasan fungsional oleh atasan langsung maupun *internal conrolle* kurang efektif dilakukan.

6.1.5 Alur keuangan rawat inap

Ada tiga alternatif pemilihan alur pengelola keuangan rawat inap yang peneliti ajukan :

a. Sistem pembayaran banyak pintu.

Penderita atau keluarganya dalam setiap tindakan dapat langsung membayar biaya yang menjadi bebannya di bagian keuangan atau petugas yang ditunjuk. Sistem ini memerlukan banyak petugas dan pengawasan ketat dari atasan langsung di masing masing unit.

b. Sistem pembayaran satu pintu.

Penderita atau keluarganya diwajibkan membayar seluruh biaya yang menjadi bebannya pada saat akan pulang. Setiap kali dilakukan pemeriksaan maupun tindakan cukup dicatat petugas di ruang rawat inap, dan akan ditotal keseluruhan pada saat keluarga akan membayar di bendahara rumah sakit.

c. Sistem pembayaran memakai uang muka atau deposit.

Penderita atau keluarganya saat mendaftar di TPPRI akan menaruh sejumlah uang muka guna keperluan biaya yang akan menjadi tanggung jawab pasien. Setiap tindakan akan dicatat besaran biaya yang harus dibayar. Pada saat menjelang pulang, seluruh biaya ditotal dan dikurangkan dengan uang muka yang setiap waktu dapat ditambah oleh keluarga pasien. Sistem ini cukup menghemat tenaga, namun diperlukan faktor ketelitian dan kelancaran dalam proses administrasi, misalnya pada saat akan mengurus sisa uang muka di bendahara.

Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa hasil penelitian ini masih ada beberapa kekurangan, karena faktor keterbatasan. Penilaian berdasar subjektivitas lebih banyak dipengaruhi oleh pengalaman pribadi walaupun sudah diupayakan menggunakan standard berdasar literatur yang dijumpai. Diharapkan kepada peneliti yang ingin melanjutkan karya ilmiah ini agar dapat mengurangi kondisi bias tersebut.

6.2 Saran

Beberapa saran yang peneliti ajukan dengan memperhatikan hasil observasi dan *nominal group technique (NGT)*.

- a. Pelatihan sekaligus pembinaan sumber daya manusia yang menangani pengelola keuangan pendapatan rawat inap, dengan materi khusus management pengelola keuangan. Studi banding ke rumah sakit yang baik dalam pengelolaan keuangan perlu dipertimbangkan

- b. Dibuat loket pembayaran yang buka selama 24 jam terus menerus untuk mengurangi tempat transaksi fisik uang.
- c. Peningkatan dan pembinaan supervisi oleh SPI atasan langsung maupun pihak Direksi termasuk *internal controlle* - nya.
- d. Segera dibuat protap keuangan dan penyederhanaan beberapa formulir dalam rangka pengembangan sistem dan prosedur keuangan yang baru.
- e. Segera dipilih salah satu dari tiga alternatif pengelolaan keuangan rawat inap seperti pada bagian kesimpulan.

Dengan beberapa saran peneliti tersebut diatas, diharapkan pengembangan sistem dan prosedur keuangan di RSUD Dr.Soedono Madiun dapat berjalan lancar, sehingga pengelolaan keuangan menjadi lebih efektif , efisien dan tidak terjadi lagi selisih pencatatan keuangan rawat inap sekaligus meningkatkan pendapatan rumah sakit karena kebocoran dapat ditekan.



DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Austin CJ, 1997, *Information System For Health Services Administration* 5th Edition, Health Administration Press, Chicago.
- Azwar, A, 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi ketiga Jakarta, Binarupa Aksara : 17-18
- Baridwan Z. 1991, *Sistem Akuntansi, Penyusunan Prosedur dan Methode*, Penerbit Akademi Akuntansi YKPN, Yogyakarta.
- Cahyono BT, 1996, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Penerbit IPWI, Jakarta.
- Fox Kiger, Anne (1986), *Hospital Terminologi*, Chicago, AHA
- Halim A, 1998, *Sistem Pengendalian Manajemen*, Akademi Manajemen Perusahaan, Yogyakarta.
- Hatta, G. (1994), *Manfaat Rekam Medis dalam Pengendalian Manajemen Rumah Sakit*, Buku Makalah, Semarang : 2 - 3
- Jacobalis S, 2000, *Kumpulan Tulisan Terpilih Tentang Rumah Sakit Indonesia dalam Dinamika Sejarah, Transformasi, Globalisasi dan Krisis Nasional*, Surya Adiguna Jakarta.
- Jogiyanto HM, 1989, *Analisis dan Disain Sistem Informasi = Pendekatan Terstruktur Teori dan Praktek Aplikasi Bisnis*, Andi, Yogyakarta.
- Kusnanto H, 2000, *Sistem Informasi Manajemen, Aplikasi di Rumah Sakit*, Magister Manajemen Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta
- Levy VM. 1992, *Financial Management Of Hospital*, The Law Book Company Canada.
- Motik K, 1993, *Pentingnya Peningkatan Profesionalisme Rekam Medis dalam Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan*, IEU of Management, Jakarta.
- Muchlas M, 1997, *Perilaku Organisasi (Organizational Behaviour), Dengan Study Kasus Perumah Sakit*. Edisi Pertama, Magister Manajemen Rumah Sakit Gajah Mada, Yogyakarta, 137 - 138.
- Mukhtar AM, 1999, *Audit Sistem Informasi*, Edisi I PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Mulyadi, 1997, *Akuntansi Manajemen, Konsep Manfaat dan Rekayasa*, penerbitan STIE YKPN, Yogyakarta.
- Nunuk A, 1996, *Perlaku, Struktur dan Proses*, Binarupa Aksara, Jakarta.

- Payne A, 2000, *The Essense of Services Marketing Pemasaran Jasa*, penerbit Andi Yogyakarta.
- Petric JC, 1979, *The Problem Oriented Medical Record*, Churchill Livingstone Edinburg and New York.
- Rowland HS, 1984, *Hospital Management A Guide to Departments*, An Aspen Publication Maryland.
- Scott GM, 1999, *Prinsip-prinsip Sistem Informasi Manajemen*, MC Graw Hill, USA
- Shofori B, (1994), *Kedudukan Rekam Medik Dalam Pengendalian Rumah Sakit*, disampaikan dalam *Seminar Menuju Komputerisasi Rekam Medis Rumah Sakit pada tanggal 10 Desember 1994*, Yogyakarta.
- Silaen J, 1999, *Akuntansi Rumah sakit*, Studi Kasus Rumah Sakit Pemerintah, Sasana Mitra Sukses, Jakarta.
- Silalahi B. 1989, *Prinsip Manajemen Rumah Sakit Principles of Hospital Management*, Lembaga Pengembangan Manajemen Indonesia, Jakarta.
- Soejitno S, 2000. *Reformasi Perumah sakitan Indonesia*, Edisi I Dirjen Yan Medik, Jakarta
- Sri Suwati SK, 1997, *Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit*, makalah disampaikan pada pelatihan Sistem Informasi Rumah Sakit, Jakarta.
- Supriyanto S, 2000 *Bahan kuliah Nominal Group Technique*, Pasca Sarjana Unair Surabaya
- Suratman E, 1993, *Kumpulan makalah seminar sehari dan Rakernas PORMIKI*, Bagian Rekam Medik dan Informasi RSAB Harapan Kita Jakarta.
- Trisnantono L, 2000, *Workshop Manajemen Strategik Rumah Sakit (Dengan Pendekatan Total Quality Management)*, Buku Makalah, Jakarta : 13.
- Watson P, 1992, *Learning Packages for Medical Record Practice*, International Federation of Health Records Organization (IFHRO), Australia
- Wijono. 1997. *Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan*, Airlangga University Press, Surabaya.
- Young DW, 1984, *Financial Control in Health Care, A Managerial Perspective*, An Aspen Publication. Maryland.
- 1997. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medik Rumah Sakit di Indonesia*, Revisi I, Depkes RI, Dirjen Yan Medik, Jakarta.



KUESIONER PENELITIAN

1. Data Umum

Nama : Umur : Tahun

Jabatan : Ruangan :

Masa Kerja :

Pendidikan formal terakhir tamat :

SD Akademi Sebutkan

SLTP Sarjana Sebutkan

SLTA Lain-lain sebutkan
.....

Pendidikan tambahan tentang keuangan :

Tidak Pernah pernah Berapa lama

Pendidikan / kursus rekam modik

Tidak Pernah pernah Berapa lama

Pengalaman kerja khusus pengelola keuangan tahun

Pertanyaan di bawah ini tentang hal yang berkaitan dengan pengelolaan keuangan pendapatan rawat inap.

Diharap Saudara memilih salah satu jawaban yang sesuai dengan pengetahuan maupun pengalaman anda dengan memberi tanda silang atau (X) pada jawaban yang Saudara pilih, dan jelaskan alasan Saudara.

Apabila anda menjawab :

Sangat setuju silangkan dibawah nomor	5 atau sangat perlu dan seterusnya, bila :
Setuju atau perlu	4
Tidak tahu	3
Tidak setuju atau tidak perlu	2
Sangat tidak setuju/ perlu	1

1. Penyusunan prosedur tetap sebaiknya oleh masing-masing kepala unit atau bagian biar cepat selesai.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan alasan Saudara :

2. Pendidikan formal dan tambahan sangat membantu dalam pelaksanaan sistem dan prosedur pengelolaan keuangan rawat inap.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Jelaskan alasan Saudara :

3. Beban kerja yang saya terima selama ini tidak cukup mengganggu tugas pokok kami di bidang keuangan.

Jelaskan alasan Saudara :

4. Data yang diisikan dalam laporan keuangan selalu sesuai dengan angka dari mana data itu berasal.

Jelaskan alasan Saudara :

5. Pekerjaan tepat waktu adalah pekerjaan pengelolaan keuangan yang harus selesai sesuai jadwal, berapapun jumlah transaksi terjadi.

Jelaskan alasan Saudara :

6. Pengawasan oleh Satuan Pengawas Intern merupakan tugasnya, sehingga tidak perlu adanya sosialisasi

Jelaskan alasan Saudara :

7. Supervisi atasan perlu diberitahukan, agar data yang dibutuhkan dapat berjalan lancar.

Jelaskan alasan Saudara :


8. Buku register selama ini untuk mencatat jumlah pengeluaran pasien selama dirawat.

Jelaskan Alasan Saudara

Lembar Observasi Beban Kerja

Petunjuk :

1. Tulislah kegiatan yang Saudara lakukan sejak masuk sampai pulang kantor hari ini.
2. Waktunya berurutan
3. Apabila mengerjakan kegiatan baru, mulai dari waktu baru.
4. Kalau tidak ada kegiatan, tulis tidak ada kegiatan, antara pukul berapa sampai pukul berapa.
5. Selamat mengerjakan.

Waktu	Kegiatan
	

Kuesioner Pengetahuan dan Motivasi

Petunjuk :

- a. Untuk nomor 1 dan 4 pilihlah salah satu jawaban dengan memberi tanda silang pada kotak yang tersedia
- b. Untuk nomor 2 dan 3 tulis apa saja yang kau ketahui
- c. Selamat mengerjakan.

1. Apakah anda tahu bahwa di rumah sakit ini ada Protap Keuangan ?

Ya Tidak

2. Tulislah apa yang anda ketahui secara berurutan cara pencatatan keuangan di tempat Saudara sampai menjadi laporan keuangan. Proses apa saja yang dikerjakan dan oleh siapa ?

-
-
-
-
-
-

3. Apa saja isi Protap Keuangan yang anda ketahui ?

Tulislah apa dan bagaimana tata urutannya .

-
-
-

4. Berilah nilai dari 1 sampai dengan 5, untuk faktor pendorong motivasi kerja saudara sesuai protap keuangan.

	1	2	3	4	5
a. Gaji yang anda terima setiap bulannya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Incentive yang anda terima setiap bulannya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Perasaan aman anda bekerja di rumah sakit ini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dukungan atau bantuan dari teman kerja sekantor anda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Kenaikan pangkat anda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 = sangat rendah

2 = Rendah

3 = Cukup

4 = Tinggi

5 = Sangat tinggi

Lembar Observasi Sarana Penunjang

Hari/ Tanggal	Ruangan	Keadaan Stock Barang									
		Formulir		Buku kas		Kuitansi		Buku Register		Buku Bantu	

Keterangan : + = ada - = tidak ada

LAMPIRAN 2

1.a. Contoh Kuitansi Lama



RSUD Dr. SOEDONO
Jl. Dr. Soetomo 59 Madiun

Untuk Pasien

KWITANSI **SERI : A** **10851**

Telah terima dari :

Uang sebesar :

Untuk pembayaran : Biaya Perawatan dan Tindakan Kesehatan an. Sdr.

Nomor Register : dirawat di Ruang : Klas :

dari tanggal s/d

Madiun, tgl.

Kasir
 RSUD DR. Soedono Madiun

Terbilang Rp.

(.....)

1.b. Contoh Kuitansi Baru

Telah terima dari	
Nama	: No.Reg.
Banyaknya Uang	: <input type="text"/>
Untuk Biaya	: (01) Ruang Perawatan Rp.
	(02) Tindakan Khusus Rp.
	(03) Obat / BHP Rp.
	(04) Administrasi Rp.

	Rp.
Rp. <input type="text"/>	Madiun, Yang Menerima
	Nama Terang

2. Contoh Formulir Pemeriksaan Laborat / Radiologi / Rehab Medik

Nama :		Ruangan :	
Register :		Dokter yang minta :	
Jenis Pemeriksaan / Tindakan			
Nomer Kode P / T	Uraian	Hasil	Biaya
Tanggal		Penanggung Jawab	

Warna : putih laborat
 Warna : hijau radiologi
 Warna : biru rehab medik

3. Form rekapitulasi biaya, dibuat 1 lembar saja, apabila pindah Ruang baru ditambahi lembar baru

Ruangan Lama : Baru :

No. Register	Nama Pasien	Rincian Biaya	Keterangan
Petugas :			
Nama Terang			

4. Contoh Formulir Pemeriksaan Laborat Lama

INSTALASI LABORATORIUM IRD
RSUD Dr. SOEDONO MADIUN

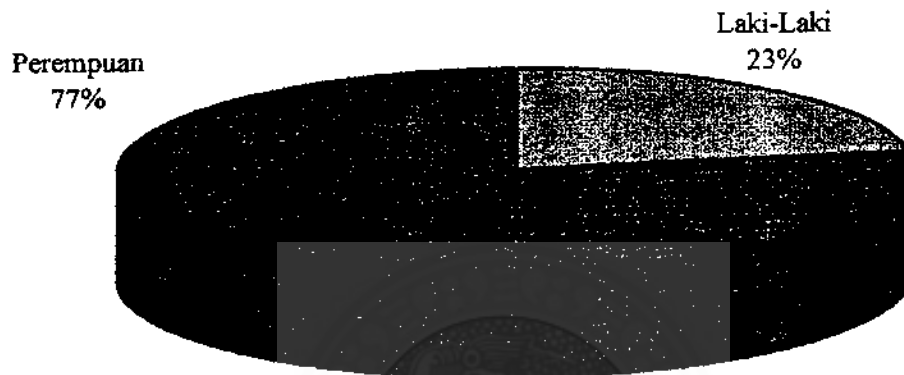
Blangko Hasil

Nama Penderita :		HASIL PEMERIKSAAN HEMATOLOGI
Jenis Kelamin / Umur :		No. Pemeriksaan :
Alamat :		No. Dokumen Medik :
Dokter yang meminta :		Tanggal :

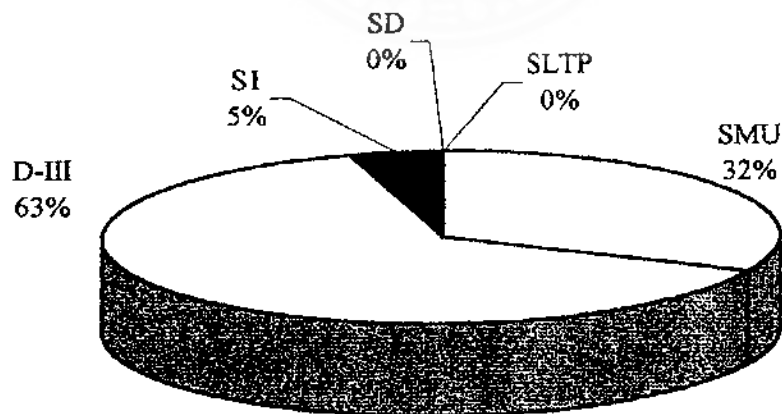
Asal Penderita : R. Inap / R. Jalan / Dr. Luar / PKM / RS Pemerintah / RS Swasta		
PEMERIKSAAN	HASIL PEMERIKS.	NILAI NORMAL
Haemoglobin		L : 13,5-18,0 P: 11,5-18,0 g/dl
Hitung Leukosit		4.000 - 11.000 / cmm
Hitung Eritrosit		L: 4,5-6,5 P: 3,0-6,0 jt/cmm
Differensial Count		1-2/0-1/3-5/54-62/25-33/3-7
Laju Endap Darah		L: 0-15 /jam P: 0-20 / jam
Hitung Retikulosit		0,2 - 2,0 %
Hitung Eosinophil		25 - 450 / cmm
Hitung Trombosit		150.000 - 450.000 / cmm
Hematokrit		L : 40-54 % P : 35-47 %
MCV, MCH, MCHC		
Sel LE		Negatif
Bleeding Time (Duke)		1-5 menit
Clooting Time (Lee & White)		5-11 menit
PPT		Beda dengan kontrol < 2 dk
K-PTT		Beda dengan kontrol < 7 dk
Pemeriksaan Sumsum Tulang		
Golongan Darah		
CATATAN		PEMERIKSA

IRD / POLI / LAB / RO		
Nama :		
Reg. :		
No.	Tindakan	Biaya
	Jumlah	

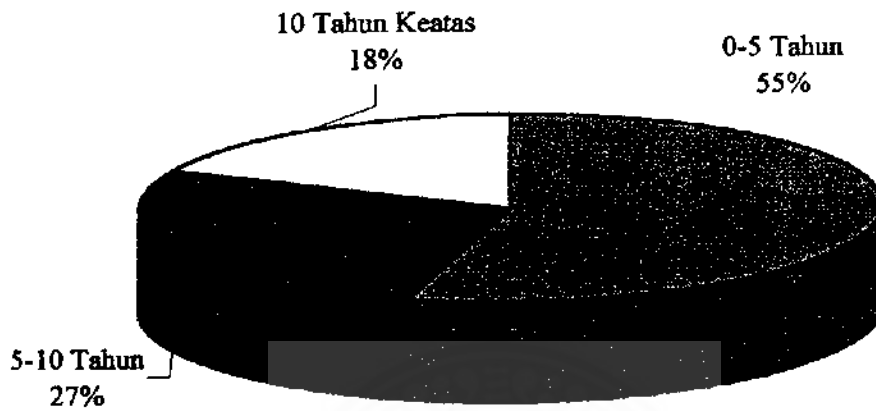
**Diagram Jenis Kelamin Responden
Pengelola Keuangan Rawat Inap
RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli 2001**



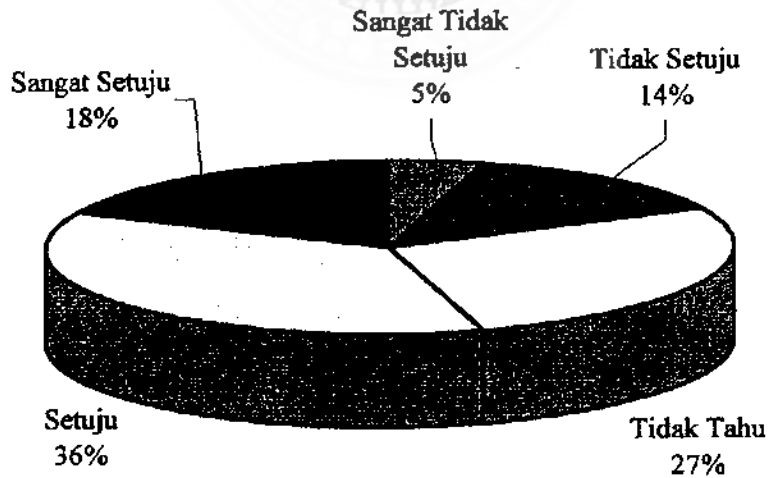
**Diagram Jenjang Pendidikan Responden
Pengelola Keuangan Rawat Inap
RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli Tahun 2001**



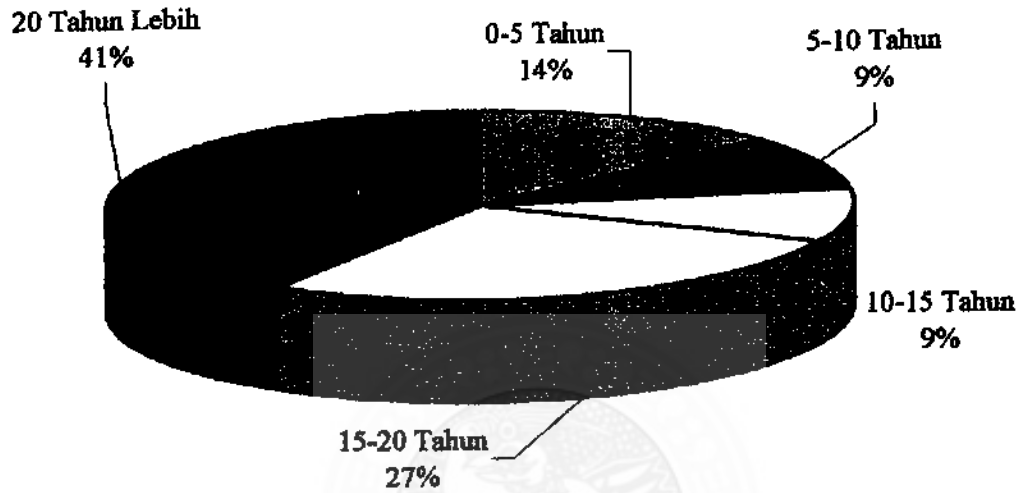
**Diagram Pengalaman Responden
Menangani Keuangan Rawat Inap
RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli Tahun 2001**



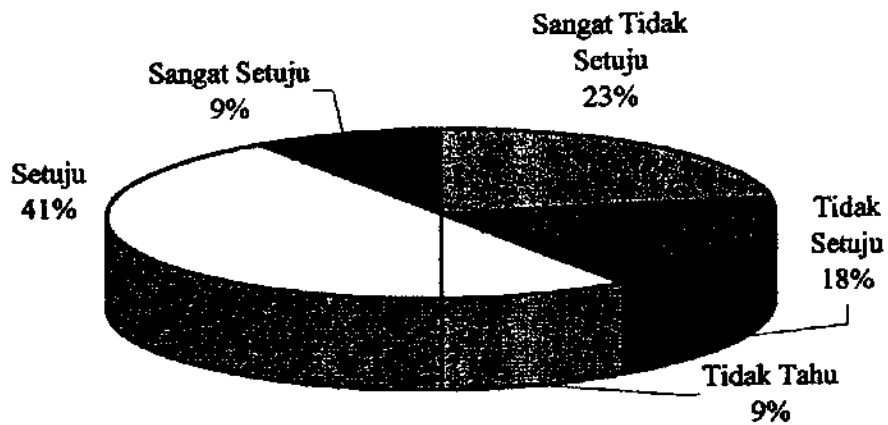
**Diagram Pendapat Responden
Tentang Tugas Tambahan
Keuangan Rawat Inap
RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli Tahun 2001**



**Diagram Masa Kerja Responden
Pengelola Keuangan Rawat Inap
RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli 2001**



**Diagram Pendapat Responden
Tentang Perlunya Sosialisasi
Supervisi Oleh SPI di
RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli Tahun 2001**



**Diagram Pendapat Responden
Tentang Perlunya Pemberitahuan Supervisi di
RSUD Dr. Soedono Madiun, Juli Tahun 2001**

