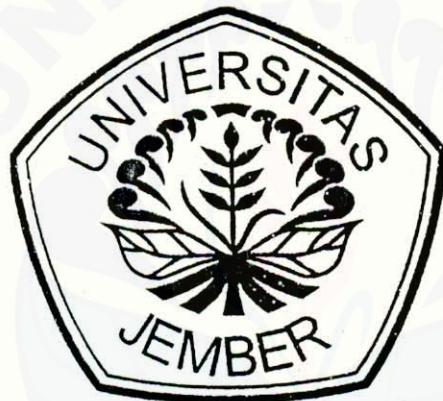


TESIS

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI BESARNYA PIUTANG RAGU-RAGU DI RSU BHAKTI HUSADA KRIKILAN GLENMORE - BANYUWANGI



NUR ACHMADI

PROGRAM MAGISTER MANAJEMEN
FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS JEMBER
1999/2000

Asal	: Hadiah	Kelas
Terima Tanggal	: 1999/2000	658.15
No. Induk	: _____	ACH

S

e.l

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
BESARNYA PIUTANG RAGU-RAGU
DI RSU BHAKTI HUSADA KRIKILAN
GLENMORE - BANYUWANGI**

TESIS

**Untuk memperoleh Gelar Magister Manajemen
dalam Program Magister Manajemen
Pada Fakultas Ekonomi Universitas Jember**

**Oleh :
NUR ACHMADI
NIM : 99-0820101132**

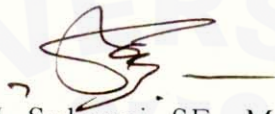
**PROGRAM MAGISTER MANAJEMEN
FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS JEMBER
1999 / 2000**

Lembar Pengesahan
TESIS INI TELAH DISETUJUI

Tanggal September 2000

Oleh :

Pembimbing I



H. Sukusni, SE., M.Sc.

NIP. 130350764

Pembimbing II



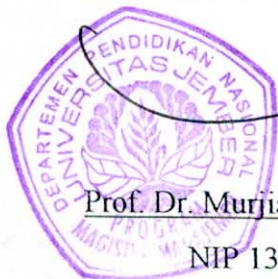
I.K.M. Dwipayana, SE., MS.

NIP. 130781341

Mengetahui

Direktur Program Magister Manajemen
Fakultas Ekonomi Universitas Jember

Ketua Konsentrasi
Manajemen Keuangan



Prof. Dr. Murjianto Pb., SE., SU.

NIP 130350767



Tatang Ary G, SE., M.Buss. Ac., Phd

NIP 131960488

JUDUL TESIS

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI BESARNYA PIUTANG RAGU-RAGU DI RSU BHAKTI HUSADA KRIKILAN GLENMORE BANYUWANGI

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Nur Achmadi
NIM : 990820101132
Program Studi : Magister Manajemen
Konsentrasi : Manajemen Keuangan

telah dipertahankan di depan Panitia Penguji pada tanggal :

13 Nopember 2000

dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima sebagai kelengkapan guna memperoleh gelar Magister Manajemen pada Program Studi Magister Manajemen Universitas Jember.

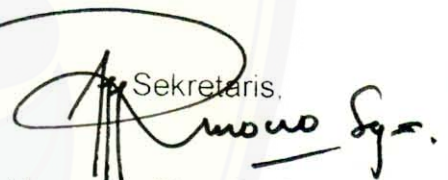
Susunan Panitia Penguji

Ketua



Tatang Ary G, SE., M.Buss.Ac., PhD
NIP : 131 960 488

Sekretaris,



Marmono Singgih, SE., MSi.
NIP : 131 877 452

Anggota,



H. Sukusni, SE., MSc.
NIP : 130 350 764



Mengetahui/Menyetujui

Universitas Jember Fakultas Ekonomi
Program S-2 Magister Manajemen
Direktur




Prof. Dr. Murdijanto Pb, SE., SU.
NIP : 130 350 767

KATA PENGANTAR

Dengan penuh rasa puji dan syukur dipanjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat, taufik, serta hidayahnya sehingga penulis dalam penelitian dan penulisan tesis dapat diselesaikan.

Tesis ini disusun sebagai salah satu syarat akademik dalam menyelesaikan studi pada Program Pendidikan Magister Manajemen Fakultas Ekonomi Universitas Jember.

Penyelesaian penelitian dan penulisan tesis ini, penulis menyadari bahwa tesis ini tidak mungkin dapat diselesaikan jika tanpa bantuan oleh berbagai pihak, oleh karena pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Dosen pembimbing I Bapak H.Sukusni, SE., M.Sc.
Dosen Pembimbing II Bapak I.K.M.Dwipayana, SE., MS.
yang telah berkenan meluangkan waktu membimbing, memberikan masukan-masukan, saran-saran serta motivasi penulis dalam menyelesaikan penyusunan tesis ini.
2. Rektor Universitas Jember, atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Program Magister.
3. Direktur Program Magister Manajemen Universitas Jember beserta Staf yang telah membantu penulis selama mengikuti Pendidikan Program Magister.
4. Seluruh Staf Pengajar pada Program Magister Manajemen Universitas Jember, yang iklas menuangkan segala ilmu pengetahuan yang mereka miliki kepada penulis sebagai bekal peningkatan pengetahuan kelak.

5. PT Perkebunan Nusantara XII (Persero) yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk mengikuti Pendidikan Program Magister Manajemen Fakultas Ekonomi Universitas Jember.
6. Kepala RSU Bhakti Husada - Krikilan beserta jajarannya yang telah membantu mempersiapkan dan menyediakan data-data yang diperlukan dalam penulisan ini.
7. Keluarga kami yang tercinta yaitu kedua orang-tua, istri dan anak-anak yang telah mendorong kami untuk mengikuti Program Magister sehingga selesai penulisan ini.
8. Semua pihak yang tidak mungkin disebutkan satu persatu.

Akhirnya penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas semua bantuan yang telah diberikan, semoga tesis ini dapat berguna serta bermanfaat bagi mereka yang berkepentingan.

Jember, September 2000

Penulis.

RINGKASAN

Rumah sakit selain tempat upaya perawatan dan penyembuhan penderita juga tempat upaya pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Berbeda dengan institusi yang lain Rumah Sakit mempunyai ciri-ciri yang unik yang selanjutnya akan berpengaruh terhadap cara pengelolaannya.

Rumah Sakit Umum Bhakti Husada Krikilan Glenmore Banyuwangi merupakan Rumah Sakit kelas C, milik PT Perkebunan Nusantara XII (Persero), merupakan Rumah Sakit yang melayani masyarakat umum dan karyawan PT Perkebunan Nusantara XII (Persero).

Dalam rencana kerja anggaran perusahaan nampak bahwa tahun 1995 sampai dengan tahun 1999, pendapatannya mengalami peningkatan. Dilain pihak realisasi total pendapatan pada kurun waktu yang sama juga mengalami peningkatan jumlah pendapatan rumah sakit didapat dari pendapatan dari pasien rawat inap dan pasien rawat jalan. Sedangkan komposisinya, lebih dari 60% adalah hasil dari pendapatan rawat inap.

Permasalahan yang timbul adalah besarnya jumlah piutang ragu-ragu pasien rawat inap yang menjadi beban rumah sakit. Sebagai perbandingan antara tahun anggaran 1995 sampai dengan tahun anggaran 1999 berkisar antara 4% dibanding dengan pendapatan dari rawat inap. Hal ini akan sangat mempengaruhi pendapatan dari rawat inap yang secara tidak langsung akan mempengaruhi juga pendapatan umum rumah sakit. Besarnya piutang akan menimbulkan biaya yang harus ditanggung perusahaan yaitu biaya penagihan dan biaya atas tak tertagihnya piutang tersebut.

Menyadari besarnya piutang ragu-ragu tersebut, disini dicoba untuk meneliti beberapa variabel bebas yakni jumlah hari rawat, pendapatan kamar operasi / tindakan medik, pendapatan farmasi (obat-obatan), pasien yang menjalani rawat inap yang diduga berpengaruh terhadap besarnya piutang ragu-ragu di Rumah Sakit Umum Bhakti Husada Krikilan, baik secara individu maupun bersama-sama.

Berdasarkan pada variabel yang ada maka model yang digunakan adalah model regresi linier ganda dengan metode ordinary least square, yang dilihat adalah pengaruh variabel bebasnya terhadap variabel tidak bebasnya. Perhitungan dengan menggunakan bantuan komputer program SPSS.

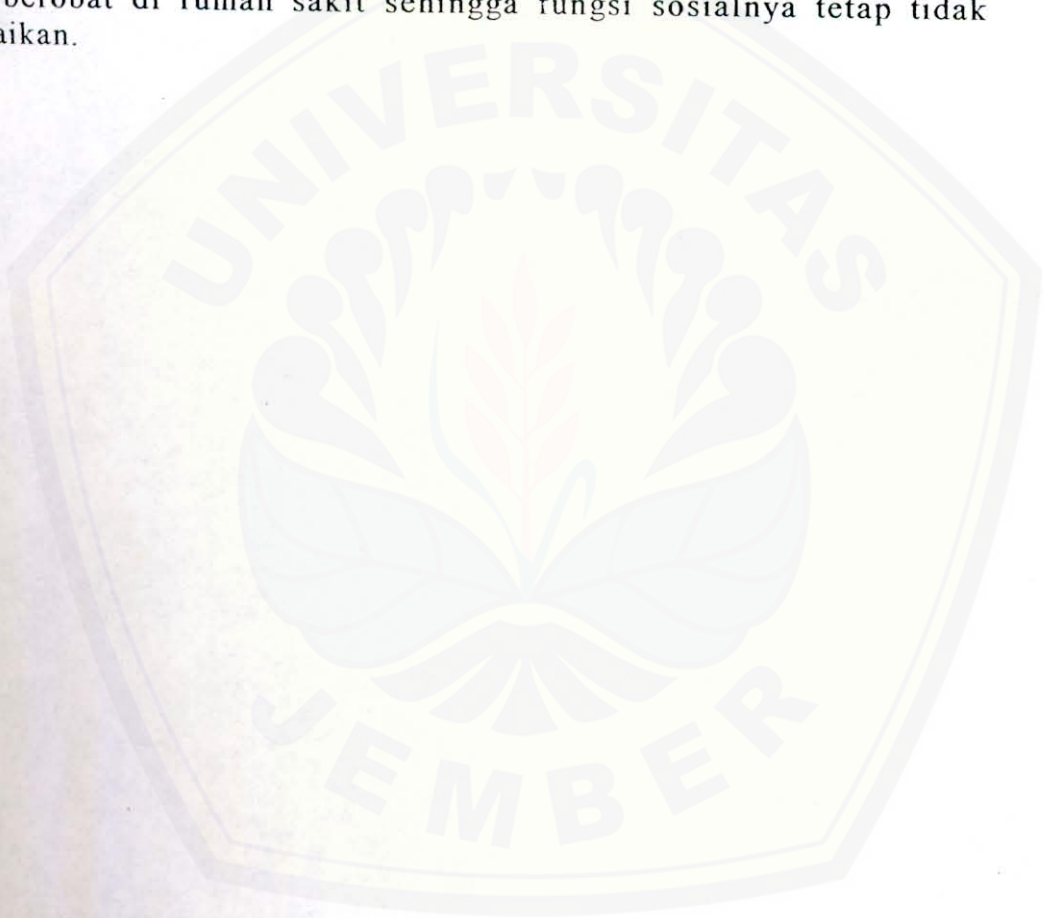
Dari hasil penelitian ternyata variabel-variabel bebas secara serempak mampu mempengaruhi variabel tidak bebasnya pada tingkat 60,70% atau 39,30% yang di pengaruhi oleh variasi variabel diluar keempat variasi variabel bebas yang diteliti.

Dari variabel-variabel bebasnya ternyata bahwa variabel pendapatan kamar operasi / tindakan medik berpengaruh besar atau

dominan terhadap Jumlah Piutang Ragu-ragu pasien rawat inap di RSUD Bhakti Husada dengan sumbangan sebesar 39,28% dengan asumsi variasi variabel bebas yang lain konstan.

Akhirnya hasil dari penelitian ini menyarankan perlunya dilakukan penelitian lebih lanjut untuk menemukan faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi besarnya piutang ragu-ragu, perbaikan dalam tata cara pembayaran karena adanya tindakan medik yang dilakukan, perubahan dalam sistem pembayaran atas resep obat yang diambil dari instalasi farmasi, demikian juga berkaitan dengan lama hari rawat sebaiknya dilakukan pengaturan kembali mengenai pembayaran biaya perawatan dibelakang, dan penataan kembali menyangkut klasifikasi ruangan-ruangan perawatan di rumah sakit.

Sudah tentu semuanya masih memperhatikan pasien tak mampu yang berobat di rumah sakit sehingga fungsi sosialnya tetap tidak terabaikan.



Abstraction

The hospital beside as place for treatment and healing of patient, it's so place for medical service for people. Different with other institution, hospital has unique characteristic that has influence to the way of it organizer.

Bhakti Husada general hospital krikilan Glenmore Banyuwangi is the C class hospital, belongs to PT Perkebunan Nusantara XII (persero) is hospital which service public and employee of PT Perkebunan Nusantara XII (persero).

In work schedule firm budget looked that in 1995 until 1999 income is increasing. At the other side realization of income total at same period time has increasing too. Amount of hospital income got from stay over night and going on treatment patient. While the composition is, more than 60 % is product from stay overnight treatment income.

The problem grow is amount of stay over night patient bad debt to be hospital burden. As comparative between 1995-budget years until 1999 budget year revolves around 4 % compare with income from stay over night. It will very influence income for stay over night treatment that indirectly will influence general income of hospital too. The big debt will grow cost which have to burden for firm that is claiming cost and cost of that unclaimed debt.

Realize big of that bad debt, it try to research some free variable that are amount of treatment day, income of operation room/ medical measure, income of pharmacy (the drugs), overnight patient that estimated influence to big of bad debt at Bhakti Husada general hospital Krikilan, either individually or together.

According to variable so it's use doubled linier regress mode with ordinary least square method, it look influence of free variable towards unfree variable. Accounting use computer SPSS program.

From result of analysis proved that free variable simultaneously able to influence unfree variable at grade 60,70 % or 39,30 % that influenced by variation variable out of the fourth examined free variable variation.

From the free variables proved that operation room/medical measures income variable has big influence or dominant towards amount of bad debt of overnight patient at Bhakti Husada general hospital with contribution as 39,28 % by assumes other free variable variation is constant.

The last, result of this research suggest important to do furthermore research to find other factors which able influence amount of bad debt, repairing in payment custom because there is medical measures, changing in payment system of drug prescription which taken from pharmacy installation, like wise connect with long of treatment day should be arranged again about back pay of treatment cost, and arrange again about classification of treatment rooms at hospital.

Certainly, all of that still give attention to poor patient so it social function still not ignored.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI	iii
KATA PENGANTAR	iv
RINGKASAN	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Indentikasi Masalah Dan Pembatasan Masalah	9
1.2.1 Indentifikasi Masalah	9
1.2.2 Pembahasan Masalah	10
1.3 Rumusan Masalah	11
1.4 Tujuan Dan Kegunaan Penelitian	11
1.4.1 Tujuan Penelitian	11
1.4.2 Kegunaan Penelitian	12
1.5 Sistematika Penulisan	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	14
2.1 Faktor-faktor Lingkungan yang Mempengaruhi Tingkat Hunian Dan Lama Hari Perawatan	14
2.2 Piutang	18
2.2.1 Resiko Dan Pengendalian Piutang	19
2.2.2 Pengelolaan Piutang	20
2.2.3 Rekening-rekening Yang Tidak Dapat Ditagih	24
2.2.4 Pengajuan Rekening Pasien	25

2.3	Tolok Ukur Keberhasilan/Penampilan	
	Rumah Sakit	..... 28
2.4	Sistem Distribusi Obat	..... 35
2.5	Model Analisa	..... 38
BAB III.	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	..... 42
3.1	Kerangka Konseptual	..... 42
3.2	Hipotesia	..... 44
BAB IV.	METODE PENELITIAN	..... 45
4.1	Obyek Penelitian	..... 45
4.1.1	Uraian Umum	..... 45
4.1.2	Tata Cara Pasien Masuk Rumah Sakit	..... 46
4.1.3	Tata Cara Pasien Opname	..... 47
4.1.4	Tata Cara Penagihan	..... 51
4.2	Sumber Data	..... 52
4.3	Identifikasi Variabel	..... 52
4.4	Definisi Operasional Variabel	..... 53
4.5	Prosedur Pengumpulan Data	..... 54
4.5.1	Jenis Dan Sumber Data	..... 54
4.5.2	Cara Pengumpulan Data	..... 54
4.6	Teknik Analisa	..... 55
BAB V.	ANALISA PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	..... 58
5.1	Diskripsi Variabel	..... 58
5.1.1	Piutang Ragu-ragu	..... 58
5.1.2	Lama Hari Perawatan	..... 59
5.1.3	Pendapatan Kamar Operasi	..... 59
5.1.4	Pendapatan Farmasi	..... 60
5.1.5	Jumlah Pasien	..... 61
5.2	Pengujian Hipotesis	..... 61
5.3	Pembahasan	..... 70

BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN	.....	74
6.1 Kesimpulan	.....	74
6.2 Saran-saran	.....	75
DAFTAR PUSTAKA	.....	78
LAMPIRAN		



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Keadaan Tenaga Kerja RSUD Bhakti Husada Krikilan	6
Tabel 1.2 RKAP Pendapatan RSUD Bhakti Husada Tahun 1995 s/d 1999	7
Tabel 1.3 Realisasi Pendapatan RSUD Bhakti Husada Tahun 1995 s/d 1999	8
Tabel 1.4 Prosentase Per Jenis pendapatan Terhadap jumlah Pendapatan Tahun 1995 s/d 1999	8
Tabel 1.5 Piutang Ragu-ragu Terhadap Pendapatan kamar Operasi RSUD Bhakti Husada Tahun 1995 s/d 1999	9
Tabel 5.1 Estimasi Regresi Linier Ganda	62
Tabel 5.2 Perbandingan t hitung Dengan t tabel	64

DAFTAR LAMPIRAN

- LAMPIRAN 1 : Data Primer Piutang Ragu-ragu, Hari Rawat, Pendapatan Kamar operasi, Pendapatan Farmasi dan Jumlah Pasien Rawat Inap.
- LAMPIRAN 2 : Data Primer Piutang Ragu-ragu, Hari Rawat, Pendapatan Kamar operasi, Pendapatan Farmasi dan Jumlah Pasien Rawat Inap dalam bentuk logaritma
- LAMPIRAN 3 : Analisis Regresi Berganda
- LAMPIRAN 4 : Analisis Durbin-Waston
- LAMPIRAN 5 : Tabel t hitung
- LAMPIRAN 6 : Tabel Durbin-Watson
- LAMPIRAN 7 : Matrik Korelasi
- LAMPIRAN 8 : Statistik Diskriptive
- LAMPIRAN 9 : Struktur Organisasi

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Rumah sakit selain tempat upaya perawatan dan penyembuhan penderita, juga tempat upaya pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Rumah sakit memiliki organisasi sarana serba kompleks tetapi teratur, ditangani oleh berbagai kelompok ahli dan profesional yang bertanggung jawab dan berdedikasi. Mereka dalam melakukan tugasnya telah terdidik dan terlatih baik untuk menghadapi dan memecahkan masalah-masalah dalam perawatan, pengobatan dan dalam pelayanan kesehatan masyarakat secara interdisiplin.

Rumah sakit mempunyai ciri-ciri unik yang selanjutnya akan berpengaruh terhadap cara pengelolaannya, ciri – ciri tersebut adalah :

1. Padat karya

Hal ini terdeterminasi dari banyaknya tenaga dengan berbagai profesi. Setiap jenis tenaga dengan profesi yang sama cenderung untuk berkelompok, sehingga memungkinkan terjadinya berbagai “Social Forces” dengan segala nilai, kepentingan dan konflik yang menyertai.

2. Penuh ketidak pastian

Karena kedatangan penderita dengan berbagai penyakit dan problemnya tidak dapat selalu diramalkan sebelumnya, ketidak pastian juga dalam hal alokasi dana, penambahan pegawai, standart input maupun output yang dapat dipakai sebagai tolok ukur dalam pengevaluasian penampilan rumah sakit.

Mix input, disamping sumber daya manusia yang paling dominan, obat dan bahan serta alat, merupakan input yang

sangat besar untuk keperluan rumah sakit, yang tentunya memerlukan pengelolaan tersendiri, apalagi sejalan dengan perkembangan ilmu dan teknologi input ini semakin bertambah jenisnya.

3. Terdapatnya saling ketergantungan.

Yaitu terdapat saling ketergantungan yang tinggi antara unit yang satu dengan lainnya.

4. Pada dasarnya pelayanan yang diberikan bersifat individual.

5. Sualisme otoritas.

Yaitu otoritas struktural dan fungsional yang kadang-kadang tidak sinkron.

6. Banyaknya “intermediary product” yang dihasilkan oleh berbagai unit dan instalasi.

Dalam menghasilkan produk akhir yang optimal produk – produk antara, ini sangat tergantung pada tenaga profesional yang akan menggunakannya pada setiap penderita.

7. Bekerja tanpa istirahat selama dia masih berfungsi.

Para dokter dan komunitas memperkuat monopoli dalam industri rumah sakit, kekuatan – kekuatan pasar tidaklah elastis karena rumah sakit merupakan serangkaian monopoli – monopoli mini. Dalam suatu komunitas – komunitas kekuatan utama cenderung memperkuat kondisi – kondisi monopoli, yang pertama adalah dokter. Dewasa ini mayoritas pasien di rumah sakit ditangani oleh dokter spesialis, karena dokter membatasi praktek mereka pada suatu keahlian tertentu. Bila seorang pasien mempunyai lebih dari satu gangguan, lebih tua, atau karena trauma, beberapa dokter dapat dilibatkan dalam perawatan. Perawatan rumah sakit sekarang dipraktekkan oleh serangkaian dokter spesialis yang terkait yang menambah pekerjaan dokter yang menangani, yang

menggunakan pengetahuan pribadi mengenai kemampuan, pertimbangan dan keahlian mereka.

Jenis pengetahuan mengenai kemampuan seorang sejawat ini diperoleh atas waktu dan dibatasi oleh ragam pengalaman – pengalaman sebelumnya. Sampai problema seorang pasien dikenali jelas diluar kemampuan para dokter yang ada secara lokal, pasien itu tidak akan dipindahkan kemana – mana. Para pasien memperoleh perawatan medik mereka secara lokal, kecuali untuk sebageian kecil dari pasien yang pergi ke suatu klinik khusus untuk mendapatkan perawatan. Ini merupakan realitas praktek kedokteran, hal ini diperkuat oleh masyarakat yang memilih dan lebih menyukai tinggal dalam suatu tempat perawatan primer. Secara ekonomis praktek ini cenderung menuju suatu kondisi pasar rumah sakit yang monopolitik, karena pengetahuan seorang dokter mengenai kemampuan para sejawatnya dibatasi dengan siapa dia sering kali berhubungan, secara tipikal pada staf kedokteran rumah sakit tersebut. Meskipun andaikata semua dokter dapat menangani para pasien mereka di rumah sakit, pembatasan ini akan tetap ada. Hambatan – hambatan manusiawi informal mengarahkan ke perujukan – perujukan kepada para sejawat setempat yang lebih dipilih dari pada pusat – psat medik yang jauh.

Sikap – sikap komunitas merupakan unsur penguat kedua ke arah monopoli. Studi – studi domografis pada pasien pilihan berulang – ulang melaporkan suatu prefensi untuk rumah sakit didekat tempat tinggal pasien itu. Ini tidaklah mengejutkan siapapun, meskipun beberapa pasien kadang – kadang tidak memilih rumah sakit terdekat.

Sebageian besar pasien merupakan suatu keluarga dan menginginkan para keluarganya berada didekatnya pada waktu stres

parah. Semakin jauh jarak ke suatu rumah sakit, semakin sulit bagi keluarganya untuk mengunjungi rumah sakit.

Para pasien juga memahami bahwa dalam rumah sakit lokal, kawan – kawan mereka kadang – kadang menjadi staf rumah sakit itu. Hal ini memberikan kepastian tambahan bagi mereka. Untuk masalah kedokteran yang serius, para pasien tidak siap untuk menerima rumah sakit yang jauh. Dua faktor ini cukup penting untuk mengatasi segala perbedaan dalam pembebanan rumah sakit. Perbedaan – perbedaan harga secara efektif beroperasi dibawah kondisi monopoli lokal ini.

Pada saat ini keadaan rumah sakit di Indonesia sangat bervariasi dalam bentuk sarana fisiknya dan dalam hal ini kemampuan serta kompetisi pelayanan dan pengelolaannya. Banyak faktor yang telah diketahui sebagai penyebabnya antara lain ialah adanya perbedaan kemampuan sumber daya, kondisi setempat, lingkungan maupun sosial budaya serta latar belakang pendidikan tenaga pimpinan dan staf struktural. Upaya – upaya penyempurnaan telah banyak dilaksanakan baik oleh Departemen Kesehatan maupun Pemerintah Daerah, lewat pemiliknya yaitu PT PERKEBUNAN NUSANTARA XII (PERSERO), baik dalam peningkatan keterampilan dan pengetahuan manajerial teknik pelayanan medik.

Seperti diketahui tugas yang dibebankan pada rumah sakit – rumah sakit di Indonesia ruang lingkupnya luas seperti :

1. melaksanakan usaha pelayanan medik;
2. melaksanakan usaha rehabilitasi medik;
3. melaksanakan usaha pencegahan akibat penyakit dan peningkatan pemeliharaan kesehatan;
4. melaksanakan usaha perawatan;

5. sebagai tempat pendidikan dan latihan bagi tenaga perawat kesehatan;
6. melaksanakan sistem rujukan; dan
7. meningkatkan kesehatan masyarakat yaitu dengan pencegahan penyakit dan memajukan kesehatan masyarakat.

Semua itu harus ditunjang dengan pengelolaan rumah sakit yang memadai baik dibidang administrasi keuangan dan akuntansi rumah sakit, pengelolaan rumah sakit dan sebagainya.

Sehubungan dengan tugas rumah sakit di Indonesia sedemikian ini, yang didukung oleh tenaga – tenaga di rumah sakit bersifat profesional, kemanusiaan dan kemasyarakatan yang ditopang oleh tenaga – tenaga pengelola rumah sakit dengan “*manajerial sill*” yang bisa diandalkan. Untuk melaksanakan semua kegiatan tersebut, maka rumah sakit diorganisasikan dalam berbagai bidang, bagian unit, instalasi dan sebagainya.

Pada umumnya tenaga – tenaga yang bekerja di rumah sakit terdiri atas tenaga dari berbagai disiplin keahlian dan profesional antara lain tenaga medik (dokter umum, dokter ahli, dokter gigi), tenaga paramedik (perawat, bidan, dll.), tenaga kefarmasian (apoteker), tenaga paramedik non perawatan / penunjang (analisis, asisten apoteker, asisten rongent, teknik instalasi listrik, ahli gizi dll.), tenaga non medik (ahli hukum, ekonomi, akuntansi, administrasi) dan tenaga umum lainnya.

Rumah Sakit Umum Bhakti Husada Krikilan, merupakan rumah sakit umum kelas C milik PT PERKEBUNAN NUSANTARA XII (PERSERO) yang berkedudukan di Kecamatan Krikilan Glenmore Kabupaten Dati II Banyuwangi. Kapasitas tempat tidur yang dimiliki 85 unit, dengan Bed Occupancy Rate (BOR) rata-rata 60% s/d 70%

Disamping itu jumlah pasien rawat jalan rata – rata per hari sebanyak 78 orang dan jumlah tenaga kerja yang melayaninya sebesar 145 orang, terdiri dari berbagai jenis pekerjaan :

Tabel 1.1
Keadaan Tenaga Kerja RSUD Bhakti Husada Krikilan
Per Januari 2000

No	Jenis Pekerjaan	Jumlah
a.	Kepala Rumah Sakit	1 orang
b.	Tenaga Medik	6 orang
c.	Tenaga Paramedik Perawatan	52 orang
d.	Tenaga Paramedik Non Kerawatan (Penunjang)	45 orang
e.	Tenaga Non Medik (TU)	15 orang
f.	Tenaga Bidan Pendidikan & Pembinaan	10 orang
g.	Keamanan, Sopir, Umum lainnya	16 orang
Total		145 orang

Sumber : RSUD Bhakti Husada Krikilan

Efisiensi pelayanan Rumah Sakit Bhakti Husada secara mendasar dapat dilihat dari :

1. mutu pelayanan (medik, perawatan dan kefarmasian);
2. penyelenggaraan manajemennya; dan
3. jangkauan pelayanan kepada masyarakat terutama cakupannya.

Apabila diterapkannya sistem swadana yang harus membiayai dirinya sendiri dalam melaksanakan kegiatan rumah sakit nantinya tidak mengalami kesulitan, maka salah satu pos penerimaan yang perlu ditangani dengan baik adalah piutang ragu – ragu dari pasien rumah sakit.

Didalam rencana kerja anggaran perusahaan (RKAP), pendapatn RSU Bhakti Husada dari tahun 1995 sampai dengan tahun 1999 mengalami peningkatan dan demikian pula realisasi pendapatan pada kurun waktu yang sama juga mengalami peningkatan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 1.2.

Tabel 1.2
RKAP Pendapatan RSU Bhakti Husada
Tahun 1995 s/d 1999

Tahun Anggaran	RKAP (dalam rupiah)	Realisasi Pendapatan (dalam rupiah)	% terhadap RKAP
1995	1.274.574.000	1.411.353.494	110,73 %
1996	1.605.961.000	1.487.176.070	92,60 %
1997	1.994.818.000	2.078.813.757	104,21 %
1998	2.234.100.000	2.504.503.509	112,10 %
1999	2.774.286.000	3.114.744.134	112,27 %

Sumber : RSU Bhakti Husada Krikilan

Dari pendapatan – pendapatan rawat inap di RSU Bhakti Husada, bahwa pendapatan kamar operasi, farmasi atau obat – obatan dari pasien rawat inap memberikan andil yang cukup besar, hal ini nampak lebih jelas pada tabel 1.3 dan tabel 1.4.

Tabel 1.3
 Realisasi Pendapatan RSUD Bhakti Husada
 Tahun 1995 s/d 1999

No	Jenis Pendapatan	Tahun				
		1995	1996	1997	1998	1999
	<u>Pendapatan</u>					
1.	Rawat inap	267.991.514	269.412.786	350.758.097	405.843.125	491.880.400
2.	Rawat jalan	71.208.288	68.361.350	80.733.500	75.754.332	157.230.800
3.	Kamar operasi	159.397.430	208.299.829	313.590.405	292.100.782	382.386.072
4.	Obsgyn	85.828.757	112.360.838	125.885.179	151.643.912	305.756.948
5.	Laboraturioum	95.186.138	107.708.032	144.486.550	150.524.384	150.681.933
6.	Farmasi	559.870.618	564.160.042	831.089.927	1.218.831.577	1.339.038.998
7.	Discount	73.511.055	57.872.271	88.083.729	55.310.797	103.119.713
	Pembelian					
8.	Radiologi	23.037.720	24.310.000	30.444.000	41.873.675	64.775.200
9.	Klinik KB	294.000	317.000	248.000	640.000	1.660.000
10.	Lain – lain	75.027.974	74.373.922	113.494.370	111.981.725	118.214.070
	Jumlah Pendapatan	1411.353.494	1487.176.070	2078.813.757	2504.503.509	3114.744.134

Sumber : RSUD Bhakti Husada Krikilan

Tabel 1.4
 Persentase jenis pendapatan terhadap jumlah pendapatan
 Tahun 1995 s/d 1999

No	Uraian	Tahun				
		1995 (%)	1996 (%)	1997 (%)	1998 (%)	1999 (%)
1.	Kamar operasi	11,29	14,01	15,09	11,67	12,28
2.	Farmasi	39,67	37,94	39,98	42,01	42,99
3.	Rawat inap	18,99	18,12	16,67	16,21	15,79
4.	Obsgyn	6,08	7,56	6,06	6,05	9,81
5.	Laboraturioum	6,75	7,24	6,95	6,01	4,84
6.	Rawat jalan	5,04	4,60	3,88	3,02	5,05
7.	Discount Pembelian	5,21	3,89	4,24	2,21	3,31
8.	Radiologi	1,63	1,63	1,16	1,67	2,08
9.	Klinik KB	0,02	0,02	0,01	0,03	0,05
10.	Lain – lain	5,32	4,99	5,46	4,43	3,80
Jumlah		100%	100%	100%	100%	100%

Sumber : RSU Bhakti Husada Krikilan

Apabila piutang ragu –ragu tidak ditangani secara serius tentunya sangat mempengaruhi pendapatan RSU Bhakti Husada, dan juga akan mempengaruhi tersediannya dana segar yang selanjutnya dapat mengaibatkan penurunan pendapatan, bahkan menderita kerugian.

Sebagai gambaran tabel 1.5 memperlihatkan besarnya piutang ragu-ragu terhadap pendapatan kamar operasi / tindakan medik yang mengakibatkan adanya pasien rawat inap.

Tabel 1.5
 Persentase Piutang Ragu – Ragu Terhadap Jumlah Pendapatan
 Kamar Operasi, Farmasi Dan Rawat Inap RSUD Bhakti Husada
 Tahun 1995 s/d 1999

No	Uraian	Tahun				
		1995	1996	1997	1998	1999
A.	<u>Jenis Pendapatan</u>					
1.	Kamar operasi	159.397.430	208.299.829	313.590.405	292.100.782	382.386.072
2.	Farmasi	559.870.618	564.160.042	831.089.927	1.218.831.577	1.339.038.998
3.	Rawat inap	267.991.514	269.412.789	350.758.097	405.843.125	491.880.400
	Jumlah :	987.259.562	1041.872.657	1495.438.429	1916.775.484	2213.305.470
B.	Piutang ragu- ragu	9.338.600	9.077.000	15.407.650	4.865.000	21.228.200
C.	Prosentase (%)	0,95	0,87	1,03	0,25	0,92

Sumber : RSUD Bhakti Husada Krikilan

Berdasarkan masalah di atas perlu diadakan penelitian mengenai besarnya piutang ragu –ragu di Rumah Sakit Bhakti Husada tersebut yang diduga dipengaruhi oleh beberapa faktor.

1.2 Identifikasi Masalah Dan Pembatasan Masalah

1.2.1 Identifikasi Masalah

Dari latar belakang masalah, maka permasalahan dapat diidentifikasi sebagai berikut :

- a. Sebagai rumah sakit umum swasta, maka pelayanan pada pasien diupayakan semaksimal mungkin memuaskan dengan berbagai pelayanan antara lain :
 1. keperluan obat – obatan terpenuhi oleh rumah sakit sehingga keluarga pasien tidak disibukkan dengan membeli dan mencari obat – obatan yang telah diresepkan oleh dokter; dan

2. dalam kasus pembedahan (operasi), keluarga pasien tidak disibukkan mencari darah karena hal ini akan dipenuhi oleh pihak rumah sakit dengan jalan menghubungi PMI terdekat dengan rekeningnya langsung ditagihkan oleh pihak rumah sakit atas beban pasien yang bersangkutan.

Dengan upaya pelayanan oleh pihak rumah sakit ini, maka masalah yang timbul adalah pada saat pasien diijinkan pulang, biaya perawatan keseluruhan yang harus dibayar oleh pasien nampak besar nilai nominalnya.

- b. Pada saat pasien masuk rumah sakit, penanggung jawab pasien menyatakan sanggup membayar biaya yang timbul selama menjalani rawat inap, dan secara periodik petugas rekening memberitahukan kepada keluarga pasien bahwa biaya hari ini dan sampai dengan hari ini mencapai sekian rupiah. Namun demikian pihak pasien / keluarga pasien pada hakekatnya masih sanggup untuk menyelesaikan setiap rekening yang timbul. Permasalahannya pada saat pasien diijinkan pulang maka penanggung jawab pasien mengajukan keringanan dan juga sering terjadi timbulnya piutang pasien.

1.2.2 Pembatasan Masalah

Untuk menyederhanakan permasalahan agar nantinya pembatasan masalah mengarah pada tujuan yang akan dicapai, maka masalah dibatasi pada piutang ragu – ragu yang timbul akibat faktor – faktor yaitu pendapatan kamar operasi, pendapatan farmasi, jumlah hari perawatan dan jumlah pasien rawat inap.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan indentifikasi masalah yang telah diuraikan diatas, dapat dirumuskan permasalahannya sebagai berikut :

1. apakah faktor – faktor pendapatan kamar operasi, farmasi, jumlah hari perawatan dan jumlah pasien rawat inap secara bersama – sama mempengaruhi besarnya piutang ragu – ragu.
2. Apakah faktor – faktor jumlah hari rawat, pendapatan kamar operasi, pendapatan farmasi, pendapatan rawat inap dan jumlah pasien yang menjalani rawat inap mempunyai pengaruh terhadap besarnya piutang ragu – ragu.

1.4 Tujuan dan Kegunaan Penelitian

1.4.1 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui :

- a. Lama hari perawatan, pendapatan kamar operasi, pendapatan farmasi dan jumlah pasien rawat inap secara bersama – sama (simultan) mempengaruhi besarnya piutang ragu – ragu.
- b. Lama hari perawatan, pendapatan kamar operasi, pendapatan farmasi dan jumlah pasien rawat inap secara individual (parsial) yang dapat mempengaruhi besarnya piutang ragu – ragu.
- c. Dari empat faktor di atas, mana yang memberikan pengaruh paling dominan terhadap besarnya piutang ragu – ragu.

1.4.2 Kegunaan Penelitian

Kegunaan yang diharapkan dari penelitian ini adalah :

- a. sebagai informasi masukan bagi peneliti dalam melakan penelitian lebih lanjut; dan

- b. sebagai bahan masukan bagi Pimpinan Rumah Sakit Bhakti Husada untu masa mendatang.

1.5 Sistematika Penelitian

Dalam penulisan ini akan disusun terdiri dari 6 bab yang masing – masing adalah sebagai berikut :

Bab I. Merupakan bab pendahuluan yang berisi latar belakang masalah, identifikasi masalah dan pembatasan masalah, rumusan masalah, tujuan dan egunaan penelitian, sistematika penulisan.

Bab II Merupakan bab berisikan tinjauan pustaka, yang terdiri dari faktor – faktor lingkungan yang mempengaruhi tingkat hunian dan lama hari perawatan, piutang, tolok ukur keberhasilan / penagihan rumah sakit dan Sistem Distribusi obat serta model analisis

Bab III Merupakan bab yang berisikan kerangka konseptual dan hupotesa.

Bab IV Merupakan bab metode penelitian yang terdiri dari obyek penelitian, penentuan sampel, identifikasi variabel, definisi operasional variabel, prosedur pengumpulan data dan tehnik analisis.

Bab V Merupakan bab analisis dan pembahasan hasil penelitian yang berisikan disripsi variabel, pembuktian hipotesis, pengujian hipotesis serta pembahasan hasil analisisnya.

Selain bab - bab tersebut diatas, juga dicantumkan daftar pustaka serta lampiran – lampiran yang berkaitan dengan penulisan ini.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Faktor-faktor Lingkungan yang Mempengaruhi Tingkat Hunian dan Lama Hari Perawatan.

Menurut Chairudin Yunus (1993), bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat hunian rumah sakit dapat dibagi menjadi 2(dua) bagian yaitu :

1. Faktor Eksternal Rumah Sakit

a. Informasi

Pengetahuan atau informasi tentang tata cara penggunaan rumah sakit bagi masyarakat umum.

b. Demografi

Jarak rumah sakit, sosial demografi dan lingkungan, besar pengaruhnya terhadap permintaan akan pelayanan kesehatan. Sedangkan umur, jenis kelamin dan jenis pekerjaan tidak besar pengaruhnya. Bila penduduk semakin tinggi, maka permintaan akan pelayanan juga akan meningkat. Pengaruh komposisi umur penduduk berada disekitar rumah sakit, bila jumlah penduduk usia lanjut lebih tinggi akan meningkatkan jumlah permintaan pelayanan kesehatan.

c. Lokasi rumah sakit.

Lokasi rumah sakit juga menentukan jumlah pemakaian pelayanan yang diberikan, karena bila lokasi semakin jauh tingkat permintaan akan semakin menurun, dan hal ini berkaitan dengan sistem transportasi yang tersedia.

d. Keadaan sosial ekonomi

Keadaan sosial dan ekonomi masyarakat di sekitar rumah sakit juga berperan serta mempengaruhi tingkat hunian rumah sakit. Pada masyarakat golongan tertentu, kepercayaan akan obat dan ketepatan penyakit yang diderita akan mempengaruhi kebutuhan perawatan di rumah sakit.

Pada masyarakat lain, dengan bertambah baik keadaan ekonomi penderita, cenderung meminta pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.

e. Pandangan masyarakat.

Kesan pada masyarakat terhadap suatu rumah sakit cenderung mempengaruhi pilihan untuk menggunakan pelayanan di rumah sakit tersebut.

f. Tingkat keparahan penyakit.

Bila jumlah penderita penyakit disuatu masyarakat tinggi, akan meningkatkan permintaan pelayanan kesehatan seperti bila terjadi wabah suatu penyakit.

g. Perumahan.

Dengan kecenderungan masyarakat tinggal di rumah yang sederhana, maka permintaan pelayanan rumah sakit meningkat, karena dengan rumah yang kecil untuk merawat anggota keluarga yang sakit tidak memadai.

2. Faktor Internal Rumah Sakit

Dalam lingkungan rumah sakit sendiri ada beberapa faktor yang mempengaruhi tinggi rendahnya tingkat hunian tempat tidur yang tersedia antara lain.

a. Faktor lingkungan rumah sakit.

Meliputi keamanan, kesehatan, kebersihan tumbuh-tumbuhan dan taman yang ada di rumah sakit. Bila faktor lingkungan baik, maka para pemakai jasa pelayanan akan senang menggunakannya, sehingga tingkat hunian semakin tinggi atau sebaliknya.

b. Peraturan rumah sakit.

Peraturan yang ada untuk mengelola rumah sakit, seperti ketentuan besar tarif biaya perawatan akan mempengaruhi tingkat hunian. Walaupun dibidang pelayanan kesehatan, hukum permintaan tidak selamanya berlaku, namun secara umum hal ini masih tetap menjadi bahan pertimbangan untuk menentukan pilihan untuk mencari pelayanan kesehatan.

Peraturan dinas dalam yang berlaku dirumah sakit juga mempengaruhi pilihan, seperti waktu kunjungan, ijin untuk menunggu pasien, baik tentang jumlah keluarga maupun prosedur untuk mendapatkan ijin tersebut.

c. Jenis rumah sakit.

Pada rumah sakit pendidikan, pemeriksaan cenderung dilakukan berulang-ulang dan oleh banyak pihak.

Hal ini kurang memberikan kepuasan bagi penderita yang akibatnya penderita atau keluarganya akan menjauhi pemakaian rumah sakit tersebut.

d. Jumlah tempat tidur.

Pada negara yang sudah berkembang, hasil pengamatan menunjukkan bahwa semakin tinggi jumlah tempat tidur maka semakin tinggi pemakaian rumah sakit. Ini berhubungan dengan perkembangan sosial dan ekonomi, seperti taraf pendidikan

yang lebih tinggi akan meningkatkan taraf kesadaran terhadap kesehatan dan standart kehidupan yang lebih baik.

e. Mutu Pelayanan.

Mutu pelayanan secara langsung akan mempengaruhi penderita untuk memilih pelayanan kesehatan yang diinginkan. Bagi rumah sakit yang baik mutu pelayanannya, akan lebih banyak penderita sehingga tempat tidur yang disediakan lebih banyak terpakai.

Faktor-faktor yang mempengaruhi ALOS adalah :

1. Faktor Internal Rumah Sakit

a. Jenis Rumah Sakit

Jenis rumah sakit akan mempengaruhi lama penderita dirawat di rumah sakit. Hal ini diakibatkan karena pada rumah sakit tertentu, seperti rumah sakit pendidikan, disamping untuk penyembuhan pasien, pasien juga dirawat untuk keperluan pendidikan. Akibatnya adalah dapat menyebabkan perawatan lebih lama.

b. Mutu Pelayanan

Lama perawatan selain dipengaruhi oleh jenis penyakit, juga dipengaruhi oleh mutu pelayanan yang diberikan.

2. Faktor Eksternal Rumah Sakit

Jenis Morbiditas

Jenis penyakit akan menentukan lama perawatan, seperti penyakit kronis, akan memerlukan waktu yang lama, sehingga akan menjadi lebih lama tinggal di rumah sakit. Penyakit akut biasanya hanya memerlukan waktu yang lebih pendek, sehingga ALOS menjadi lebih pendek. Dan bagi penderita yang lebih berat tentu akan memerlukan waktu yang lebih lama untuk penyembuhan, sehingga waktu tinggal di rumah sakit akan lebih lama.

2.2 Piutang.

Menurut Soebandi (1974 : 25), bahwa piutang merupakan suatu tagihan atas sejumlah uang atau atas penerimaan pembayaran oleh seseorang/badan hukum kepada seseorang/badan hukum yang lain. Sedangkan piutang dalam arti umum adalah hak untuk menerima uang, barang-barang atau jasa.

Menurut Bambang Riyanto (1980; 76), bahwa penjualan kredit tidak segera menghasilkan penerimaan kas, tetapi menimbulkan piutang langganan dan barulah pada hari jatuh temponya terjadi aliran kas masuk (cash inflow) yang berasal dari pengumpulan piutang tersebut. Perusahaan tertentu hanya bersedia mengikat sebagian dari dananya pada piutang, apabila hal tersebut memberikan manfaat baginya. Dapat dikatakan piutang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dalam kegiatan operasional perusahaan. Dengan demikian dapat memberikan manfaat bagi perusahaan.

Piutang merupakan penggunaan dana yang perubahannya menjadi kas harus menunggu sampai hari jatuh temponya dengan melalui proses penagihan. Dengan adanya tenggang waktu tersebut maka penggunaan dana yang tertanam dalam piutang mengandung risiko serta biaya yang timbul sebagai berikut :

- a. Risiko likuiditas atas piutang yang terdiri dari : risiko keterlambatan dalam penerimaan perlunasan serta risiko tidak terbayarnya piutang, sebagian ataupun keseluruhan.
- b. Risiko atas investasi dana pada piutang berarti berhubungan dengan adanya penggunaan sejumlah dana yang tertanam dalam piutang serta hilangnya kesempatan dalam memperoleh tambahan keuntungan.
- c. Biaya administrasi yang meliputi biaya-biaya sehubungan dengan adanya pemberian kredit, pengawasan kredit, seleksi calon

pembeli serta biaya penagihan piutang. Karena itu besar kecilnya kerugian atas piutang dan kelancaran pembayaran.

2.2.1 Resiko dan Pengendalian Piutang

Suatu kebijaksanaan yang ditentukan oleh perusahaan selalu berakibat positif dan negatif. Demikian pula halnya dengan suatu kebijaksanaan kredit yang ditempuh perusahaan dalam rangka meningkatkan volume penjualan, maka tidak lepas dari pengaruh akibat tersebut diatas. Sebab, dengan penjualan kredit kemungkinan keuntungan akan berakibat kerugian dengan tidak tepatnya dapat dibayar piutang-piutang yang ada.

Pendapat Alex S. Nitisemita (1983: 92) mengenai kemungkinan risiko yang dihadapi dalam hal pemberian piutang disebabkan sebagai berikut.

- a. Resiko tidak terbayar seluruh piutangnya
- b. Resiko tidak terbayar sebagian piutangnya
- c. Resiko keterlambatan didalam melunasi piutang-piutangnya
- d. Resiko tertanamnya modal dalam piutang.

Untuk melaksanakan pengendalian yang ketat atas dana yang tertanam dalam piutang, hal-hal yang perlu dilakukan menurut Indriyo (1983; 47) adalah sebagai berikut :

- a. Manajemen harus banyak menentukan hal-hal yang berhubungan dengan periode kredit.
- b. Manajemen harus pula menentukan informasi apa yang harus diperlukan agar mereka dapat melaksanakan pengendalian secara sepenuhnya.
- c. Pekerjaan administrasi yang bersangkutan dengan penarikan uang tunai.

d. Dan prosedur yang harus ditempuh untuk menghadapi para penunggak.

2.2.2 Pengelolaan Piutang

Untuk menjaga efisiensi penggunaan dana dalam piutang pada perusahaan harus ada suatu pengelolaan terhadap piutang tersebut dengan baik sehingga jumlah investasi itu dapat terkendali, sebab apabila tidak akan membawa akibat :

- a. Berkumpul dana pada piutang / akumulasi dana
- b. Bertambahnya resiko bad debt losses dan biaya-biaya lainnya.

Untuk menghindari hal tersebut, perlu adanya pengelolaan piutang antara lain dengan kebijaksanaan penagihan.

Kebijaksanaan piutang merupakan prosedur yang ditempuh oleh perusahaannya dalam usaha untuk mencairkan piutang yang telah jatuh tempo.

Kebijaksanaan ini bertujuan mempercepat pembayaran piutang yang telah menunggak atau suatu tindakan preventif akan tertundanya pembayaran piutang yang telah jatuh tempo serta membatasi kerugian atas tidak tertagihnya/terbayarnya piutang. Didalam kebijaksanaan ini memerlukan sejumlah tujuan seperti tersebut diatas. Kebijakan yang ditentukan dengan tepat akan meningkatkan keuntungan yang diperoleh, walaupun akan berpengaruh terhadap kemungkinan terjadinya kehilangan hubungan baik dengan langganan, namun perlu adanya tindakan tegas untuk mentegah periode penagihan yang berlarur larut dan meminimumkan kerugian-kerugian atas piutang. Biaya-biaya yang timbul atas piutang adalah sebagai berikut :

a. Bad Debt Expenses :

Adalah biaya piutang ragu-ragu dengan memperhitungkan atas tidak tertagihnya sejumlah piutang pada tiap-tiap periode.

b. Biaya Penagihan :

Adalah biaya yang diperlukan untuk melakukan penagihan piutang kepada para langganan.

c. Biaya Administrasi :

Adalah biaya yang diperlukan untuk mengadakan pengelolaan ataupun pengawasan terhadap piutang.

d. Biaya atas investasi dana pada piutang :

Adalah biaya atas penggunaan dana pada piutang sehubungan dengan keterlambatan para debitur, sedang perusahaan sangat berkepentingan terhadap tersedianya dana untuk menunjang operasional sehari-hari.

e. Biaya yang lebih tinggi untuk mengadakan pemeriksaan penagihan piutang khususnya yang terjadi penunggakan dari piutang yang ada.

Didalam melakukan proses penagihan sebaiknya berpegang pada prinsip keseimbangan antara biaya dan manfaat yang akan diperoleh. Tentunya perusahaan tidak akan melakukan proses penagihan jika nantinya tambahan biaya jauh lebih besar dari pada manfaat yang diperoleh. Tetapi sebaliknya bila manfaatnya lebih besar dari biaya yang terjadi berarti dapat menekan resiko kerugian karena pembayaran piutang dapat dilakukan lebih cepat dan keuntungan yang akan diperoleh juga meningkat.

Kontrol internal yang baik dari masing-masing bagian yang terkait merupakan suatu elemen kunci dalam mengelola rekening-rekening tagihan. Kontrol internal mencegah kecurangan-kecurangan dan menjaga terhadap kesalahan-kesalahan.

Rekening tagihan dapat menimbulkan beberapa macam manipulasi yang dapat menghasilkan keuntungan ilegal bagi para karyawan dan rekan-rekannya. Saldo-saldo dapat dikurangi atau pembayaran yang tidak diposkan ke rekening yang bersangkutan.

1. Kebijakan-kebijaksanaan apa telah dikembangkan untuk menangani keputusan-keputusan pada kredit, rekening rujukan pasien pada agen-agen penagihan, dan piutang ragu-ragu ? Apakah hal-hal itu masuk akal dan diikuti ? Siapa yang diberi kuasa untuk menyetujui tipe-tipe keputusan ini ? Apakah seseorang bertanggung jawab untuk menyetujui kredit mengingkari akses kepada dana ? Kebijakan-kebijakan dan prosedur-prosedur apa untuk pembayaran-pembayaran apa yang tidak diperlukan.
2. Apakah organisasi urusan rekening tagihan, bagian kredit, kasir, dan departemen penagihan meningkatkan kontrol internal yang baik ? Apakah para karyawan dari bagian-bagian itu dibatasi dari pekerjaan-pekerjaan di area-area lain bahkan pada waktu istirahat makan dan absen ? Bagaimana catatan-catatan diamankan dari akses yang tidak berwenang ? Provisi-provisi apa yang ada untuk catatan pembagian atau peminjaman ?
3. Macam pengontrolan rekening atau ledger apa yang digunakan untuk rekening tagihan? Apakah rekening-rekening tagihan itu diperiksa / dicocokkan secara tetap ?
4. Apakah tipe-tipe, ukuran dan masa rekening tagihan dan penghapusan piutang ragu-ragu sesuai rata-rata nasional ?
5. Bagaimana penerima uang tunai dimasukkan pos masing-masing rekening dan apakah rekening-rekening itu cocok dengan total penerimaannya ?
6. Dalam bentuk apa rekening para pasien diberlakukan ? Perincian apa yang ada pada pembebanan dan pembayaran ?

7. Seberapa sering dan dalam cara apa biaya di poskan ? Kontrol-kontrol internal apa yang ada yang memastikan semua beban biaya diposkan dan dengan benar ? Apakah terdapat banyak keterlambatan ? Apakah ada total nota pada pasien waktu pulang ?
8. Bagaimanakah saldo-saldo kredit diperiksa ? Apa yang menjadi kebijakan dan prosedur untuk pendanaan kembali saldo-saldo kredit pada pasien ? Siapa yang berwenang membayar kembali ? Terdapatkah cukup saldo kredit untuk memberlakukan laporan rekening tagihan secara material ? Jika demikian, saldo-saldo kredit harus ditempatkan dalam rekening tersendiri.
9. Laporan-laporan apa dipersiapkan secara rutin dan apakah distribusi mereka ? Apakah semua perkecualian dilaporkan ? Apakah jadwal lama rekening-rekening tagihan disiapkan yang meliputi lamanya dengan tanggal pelepasan, dengan tanggal pembayaran terakhir, dan dengan area tanggung jawab pembayaran yang berawal dengan tanggal pelepasan ? Laporan-laporan apa dipersiapkan pada pembayaran-pembayaran yang tidak diterapkan ?
10. Apakah konfirmasi rekening tagihan dilaksanakan ? Hal ini dapat merupakan suatu langkah baku dari audit tahunan dari perusahaan akunting publik terdaftar. Proses ini akan membantu menentukan apakah pembayaran-pembayaran pasien telah diterapkan secara tepat pada rekening-rekening mereka.

Beberapa pertanyaan tersebut merupakan catatan yang perlu diperhatikan oleh pengelola rumah sakit dalam menangani masalah piutang pasien.

2.2.3 Rekening-rekening Pasien Yang Tidak Dapat Ditagih.

Terdapat banyak yang perlu diaudit untuk memastikan rekening-rekening pasien dihapuskan sebagai piutang ragu-ragu pada kenyataannya tidak dapat ditagih. Suatu aspek sekunder adalah untuk menganalisa mengapa piutang ragu-ragu terjadi. Analisis dapat mengarah ke perubahan-perubahan dalam penyaringan dan pemakaian prosedur.

1. Apakah rekening-rekening yang dihapuskan sebagai piutang ragu-ragu didokumentasikan dengan memadai dengan semua upaya yang telah dilakukan untuk penagihan? Apakah semua kebijakan dan prosedur diikuti? Seberapa patuh dan kuatnya kebijakan dan prosedur itu diikuti? Apakah diperlukan suatu level tinggi untuk menghapus rekening yang tidak tertagih? Apakah kebijakan-kebijakan itu disetujui oleh badan / dewan yang berkuasa?
2. Apakah penghapusan-penghapusan piutang ragu-ragu diwenangkan oleh kedudukan yang melaksanakan kontrol atas proses itu?
3. Bagaimana piutang ragu-ragu dilaporkan dan dipertanggungjawabkan? Bagaimana catatan-catatan diberlakukan dan untuk beberapa lama?
4. Apakah suatu contoh piutang ragu-ragu dikonfirmasi dengan upaya penagihan yang cukup keras dan bahwa piutang itu tidak disalah gunakan?
5. Apakah rekening tak tertagih dialihkan ke agen penagihan? Apakah pengalihan / perwujudan ini dikontrol oleh suatu rekening tersendiri?
6. Apakah agen penagihan akan melakukan upaya yang wajar dalam semua rekening atau apakah perusahaan itu mengkonsentrasikan pada yang lebih mudah? Apakah dampak upaya agen penagihan pada hubungan masyarakat?

7. Apakah yang telah dipelajari dari pengalaman rekening-rekening tidak tertagih dari rumah sakit itu ? Adakah suatu indikasi kebijakan dan prosedur perlu untuk diubah ?
8. Dampak apa yang ada pada prosedur penyaringan yang dilakukan rumah sakit atas rekening-rekening yang tidak tertagih ? Apakah penyaringan itu meliputi verifikasi penutupan asuransi dan kredit ? Apakah rumah sakit itu mempunyai konseling keuangan yang memadai untuk para pasien ?
9. Apakah area-area kredit, penagihan, dan konseling diisi oleh staf yang memadai dengan personel-personel yang berkemampuan ?
10. Apakah kebijakan rumah sakit itu pada para pasien yang kembali dirawat diperhitungkan dengan saldo rekening yang dihitung dari kunjungan-kunjungan sebelumnya ?

Beberapa pertanyaan tersebut merupakan masukan yang perlu diperhatikan dalam mengelola piutang ragu-ragu.

2.2.4 Pengajuan Rekening Pasien

Karena sistem pembuatan nota telah umum dalam menyusun catatan yang akurat dan tepat waktu dari semua tagihan untuk semua pasien, dalam hal ini sejauh sistem itu gagal atau berhasil dengan biaya yang berlebih-lebihan, rumah sakit akan kehilangan sumber dananya. Para auditor internal, pada waktu merancang program-program audit untuk sistem Billing rumah sakit, harus menerima informasi yang diperlukan untuk melakukan pekerjaan itu menyeluruh tanpa memerlukan suatu jumlah waktu yang berlebih-lebih. Pos-pos pemeriksaan menunjukkan bagaimana pelaksanaan auditing operasional.

1. Apakah catatan medik mendukung perhitungan biaya pada pasien ? Adakah catatan-catatan atau laporan-laporan untuk semua

pemeriksaan laboratorium dan adakah catatan dokter dan teknisi untuk semua jasa-jasa profesional yang disampaikan dan dibuatkan nota ?

2. Bagaimana catatan-catatan bisnis dilakukan ? Apakah sistem itu ekonomis dan apakah meningkatkan ketelitian dan efisiensi ? Apakah memakai mikro film ? Apakah jadwal penyimpanan catatan telah dipersiapkan dan apakah memadai ? Apakah catatan-catatan itu dapat diambil dengan cepat bila diminta ? Bagaimana keamanan catatan-catatan itu dari kerusakan, hilang dan pencarian oleh personel yang tidak berwenang ?
3. Apakah tagihan pasien ditinjau secara rutin untuk problema-problema dan kesalahan yang nyata ? Proses yang digunakan harus diharapkan memberi penotaan yang jelas yang muncul dari yang biasa ? Adakah banyak pembebanan yang lamban ?
4. Prosedur apa yang digunakan untuk menentukan beban rumah sakit dan beberapa sering beban-beban yang ada disesuaikan dan yang baru ditambahkan ? Adakah studi-studi penelitian biaya yang memadai ? Apakah beban-beban itu memenuhi biaya-biaya yang dikandung dalam pedoman ?
5. Apakah biaya-biaya disusun oleh pusat-pusat pendataan sehingga memungkinkan perbandingan dengan biaya operasi ?
6. Kontrol-kontrol apa digunakan untuk memastikan bahwa semua suplai dan jada yang dapat dibebankan ditagihkan para pasien ? Apakah inventaris suplai dikontrol untuk memungkinkan akunting untuk penjualan dan penyusutan yang tak dapat diterangkan ? Apakah formulir sistem "Billing" dirancang dengan cermat dan bila layak, dikontrol dengan pemberian nomor ? Metode-metode apa digunakan dalam pengelompokan dan kontrol kelompok ?

7. Apa yang menjadi prosedur untuk perhitungan, pengecekan, dan penyesuaian pemasukan kontraktual pada rekening pasien ?
8. Apakah yang menjadi prosedur untuk penagihan tarif ruang rumah sakit pada pasien ? Apakah catatan-catatan itu digunakan untuk mempersiapkan penagihan yang dapat dikendalikan ? Apakah prosedur itu memungkinkan untuk hal-hal seperti tranfer pasien ke unit perawatan intensif dan pengembalian bangsal pada hari yang sama ?
9. Apakah sistem tagihan memberikan pelaporan ringkas dan rinci yang memadai ? Apakah laporan-laporan rinci dari semua beban diatur dalam suatu cara untuk memungkinkan pemeriksaan? Apakah laporan-laporan ringkas memberikan manajemen informasi yang berguna ? Apa manfaat yang dibuat oleh mereka ?
10. Terdapat suatu sistem berlanjut untuk auditing paling tidak suatu contoh catatan medik untuk mendukung dokumentasi untuk pembebanan ? Ini merupakan suatu proses yang khusus penting untuk rumah sakit yang mempunyai populasi pasien besar dengan liputan dari Medicare dan Medicaid.

Catatan dan pertanyaan-pertanyaan diatas adalah merupakan hal-hal yang perlu sebagai bahan pertimbangan dalam mengelola tagihan pasien rumah sakit.

Disamping pengurangan biaya audit eksternal, perkembangan dan implementasi suatu sistem kontrol internal yang sehat akan meningkatkan efisiensi dalam usaha bisnis. Dalam hal ini suatu sistem kontrol internal mengurangi kesalahan dan situasi tidak seimbang sehingga laporan-laporan harian dan bulanan yang lebih akurat dan tepat waktu.

Suatu sistem kontrol internal yang lebih canggih kadang-kadang sulit diterapkan dalam suatu institusi kecil karena hal itu

kemungkinan tidak memberikan kepuasan seluruh tugas-tugas bagian. Dalam situasi semacam itu, peningkatan perhatian harus diberikan pada penerapan asas-asas dan prosedur lain seperti bounding, perputaran tugas, hitung-hitungan uang kas mendadak, dan praktek-praktek serupa. Administrasi harus memastikan bahwa sebanyak mungkin kontrol internal tambahan diterapkan sebaiknya.

2.3 Tolok Ukur Keberhasilan / Penampilan Rumah Sakit

Berlainan dengan suatu industri yang menghasilkan barang berupa benda fisik, maka sebagaimana dari perentasi rumah sakit merupakan jasa yang sukar diukur kuantitasnya. Tapi para ahli telah mencoba mengadakan pengukuran supaya antara rumah sakit dengan rumah sakit lainnya dapat diperbandingkan prestasinya. Aplikasi pengertian ini harus dikenal supaya para penilai dapat memperoleh gambaran yang lebih konkrit tentang rumah sakit. Dengan membandingkan angka yang didapat, maka akan diperoleh satu bahasa yang universal untuk mengadakan penilaian. Semakin berkembangnya ilmu kesehatan dalam rumah sakit, maka hubungan antara produk rumah sakit dan masyarakat akan semakin meningkat, terlebih-lebih dalam keadaan dimana masyarakat bertambah kritis dengan cepat, maka tidak ada jalan lain dari menggunakan tolok ukur supaya fungsi dan prestasi rumah sakit dapat dimengerti secara umum. Kalau ada kebiasaan, bahwa yang mengurus tentang data dan pencatatan medik bukan dokter, maka kekeliruan ini harus segera diperbaiki. Dokter harus mengetahui dan mengerti bahwa tiap tindakan membawa konsekwensi tertentu. Arti dari pencatatan baru berharga, kalau mengetahui bahwa data yang diperoleh dan diolah mengikuti norma pencatatan yang disetujui secara umum.

Apabila informasi yang masuk tidak dapat dipercaya maka hasil evaluasi akan keliru pula.

Perlu untuk membiasakan dan mendewasakan diri akan kesadaran bahwa tiap tindakan ada konsekwensi biayanya. Beberapa angka indeks yang lazim secara luas adalah :

- a. Kapasitas tempat tidur pasien rawat inap (*Hospital in Patient Bed Capacity*) Adalah jumlah tempat tidur yang selalu tersedia untuk in patient didalam rumah sakit.
- b. Ratio Pemakaian Tempat Tidur (*Bed Occupancy Rate = BOR*). Adalah jumlah rata-rata tempat tidur yang dipakai oleh pasien dalam satu periode tertentu.

$$\text{Rumus} = \frac{\text{Hari Perawatan Setahun}}{365 \times \text{Tempat Tidur Tersedia}} \times 100 \%$$

- c. Rata-rata lamanya tempat tidur tidak terisi (*Turn Over Interval*)

$$\text{Rumus} = \frac{365 \times \text{Tempat Tidur Tersedia} - \text{Jumlah Hari Perawatan Setahun}}{\text{Jumlah Pasien Keluar Hidup dan Mati}}$$

- d. Rata-rata tempat tidur terisi penuh (*Bed Turn Over*)

$$\text{Rumus} = \frac{\text{Jumlah Pasien Keluar Hidup dan Mati}}{\text{Jumlah Tempat Tidur Tersedia}}$$

- e. Rata-rata lama hari perawatan (*Average Length of Stay = ALOS*) Adalah rata-rata lamanya pasien dirawat didalam satu periode.

$$\text{Rumus} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan}}{\text{Jumlah pasien rawat inap}}$$

f. Lama hari perawatan :

Adalah jumlah hari perawatan dari seluruh pasien rawat inap dalam satu periode tertentu

g. Jumlah pasien rawat inap :

Adalah banyaknya pasien yang menjalani rawat inap dalam satu periode tertentu.

Angka ini merupakan saksi bisu yang tidak dapat menerangkan sesuatu, kecuali kalau diadakan evaluasi dan dibandingkan dengan data lainnya. Kemampuan untuk mengevaluasi haruslah oleh tenaga manusia, semakin teliti dan luas pengevaluasian, akan semakin tajam pula hasil yang dapat ditarik sehingga akan memudahkan mengadakan ramalan untuk masa mendatang. Kalau pada zaman yang lalu dimana pertimbangan akan sumber daya belum mendesak, kita masih dapat berdalih untuk melindungi dan menyelamatkan seorang pasien, tapi zaman sekarang, kita dituntut juga untuk bekerja dan bertindak sesuai dengan asas efisiensi. Pimpinan tidak menghendaki terjadinya pemborosan dari bidang perumah sakitan, karena menyadari bahwa kelangsungan hidup dari rumah sakit tergantung dari keseimbangan antara kebutuhan masyarakat dan kemampuan masyarakat itu menyelenggarakan rumah sakit. Kalau di satu pihak terlalu boros dengan usaha kuratif di rumah sakit maka upaya lainnya akan tersedot potensinya sehingga akan mengganggu status kesehatan masyarakat pada umumnya. Di akui bahwa mencari keseimbangan antara satu usaha dengan upaya yang lain tidak mudah, terlebih dalam kesehatan dimana telah terjadi sub-spesialisasi yang berbidang sempit, sehingga satu sejawat hanya menguasai bidang kecil saja. Keadaan ini menjadikan seseorang berpikir secara sektoral yang sering mengakibatkan terjadinya perhatian yang terpisah dengan keadaan totalitas penderita pada umumnya.

Dalam bidang penggunaan sumber daya keadaan diatas biasanya membawa akibat penggunaan dana terlalu banyak, sehingga tidak terjadi sifat efisiensi.

Untuk menghindari pemborosan yang tidak disengaja itu perlu disusun daftar prioritas yang hanya dapat dinilai kalau rumah sakit mempunyai sistem pencatatan yang memadai dan tolok ukur yang baku. Penggunaan tolok ukur sudah menjadi bagian yang tidak dapat dipisahkan untuk rumah sakit yang besar, terutama untuk rumah sakit swasta. Pada rumah sakit swasta maka perhitungan biaya harus dilakukan dengan teliti dan hati-hati, sebab disanalah letak garis kehidupan rumah sakit itu. Agak berlainan dengan rumah sakit yang dibiayai oleh pihak ketiga yang mempunyai tujuan dan obyektif yang agak berbeda, tapi apapun tujuan yang diharapkan kalau satu organisasi rumah sakit dapat mempertahankan kelangsungan hidupnya berdasarkan efisiensi maka rasanya keadaan itu lebih sehat. Walaupun hal ini belum banyak dipakai tapi rumah sakit mulai mengenal karena dalam tujuan dan istilah yang dipakai oleh pembuat kebijaksanaan selalu menggunakan bahasa yang bersifat sosial dari pada istilah kedokteran yang sering kita jumpai. Seorang penyidik mengatakan bahwa untuk satu masyarakat, status kesehatan ditentukan oleh sebagian besar dari keadaan sekitarnya, sedangkan unsur kesehatan hanyalah mengisi sampai 15% saja.

Kalau hal ini benar maka tidaklah berlebihan kalau rumah sakit harus menyelesaikan dengan faktor yang lebih dominan itu. Hal ini bukan mengecilkan arti kesehatan dan rumah sakit pada khususnya, tapi menjadikan kita berpikir secara proposional dan lebih dewasa dalam menentukan sikap. Sebetulnya melihat angka dalam tolok ukur rumah sakit sama dengan upaya dalam menilai seorang penderita. Bedanya kalau pasien dikirim ke laboratorium untuk melihat darah

dan urinenya, tapi dalam organisasi rumah sakit, dapat dilihat dari hasil pencatatan dibagian tata usahanya. Kedua-duanya berusaha untuk mengetahui seteliti mungkin organ dan organisasi yang dinilai, supaya dapat keadaan yang pertama suatu tindakan yang rutin dan konkrit, sedangkan yang kedua agak abstrak sifatnya.

Sering ditemui adanya istilah efisien dan efektif dalam suatu organisasi. dua kata ini merupakan satu ungkapan sosial, yang kalau tidak dirinci dengan jelas akan menimbulkan berbagai interpretasi.

Dalam perkembangan organisasi yang selalu condong untuk menjadi otonomi dan mandiri, maka efisiensi ini sangat penting. Kalau efisiensi sudah diatasi barulah dia melangkah ke efektifitas, hal ini sesuai dengan tujuan pokok rumah sakit yang sering disebut sebagai :

- a. Perbaikan mutu
- b. Efisiensi
- c. Perbaikan cakupan (efektifitas)

Untuk efisiensi rumah sakit, antara lain dapat dilihat angka ALOS, satu angka indeks yang menggambarkan satu peristiwa tertentu. Mengatur angka ini, perlu memperhatikan tindak tanduk dari dokter yang memberi asuhan medik. Diadakan pendekatan dan batasan supaya mereka dalam merawat pasien selalu bertindak cepat dan tidak mengulur waktu rawat. Sikap pimpinan seperti ini akan mendapat tanggapan baik dari pasien, karena selain pasien membayar pada rumah sakit mereka dilindungi oleh pimpinan rumah sakit terhadap perlakuan non etis petugas kesehatan.

Ada kesan umum bahwa rumah sakit swasta lebih mengutamakan problem yang bersifat nyata dari pada soal yang sukar diukur. Hal ini dapat disadari karena rumah sakit pemerintah biasanya dipakai untuk menjadi alat tanpa melihat untung rugi.

Terlebih-lebih diakui bahwa selama ini rumah sakit adalah lembaga sosial murni. Dengan bergeraknya etika rumah sakit dan dikenalnya rumah sakit sebagai lembaga swadana, maka kiranya semua personil rumah sakit harus menyiapkan diri menjadi profesional yang mandiri lebih dewasa dan tidak menuntut terlalu idial akan peran rumah sakit.

Penentuan efisiensi, ukuran suatu rumah sakit biasanya menghubungkan dengan lingkup pelayanan medik yang ada. Semakin besar rumah saki, semakin banyak jumlah pelayanan perawatan pasien. Dengan demikian tidaklah logis untuk membandingkan rumah sakit dengan 200 tempat tidur terhadap rumah sakit dengan 500 tempat tidur. Rumah sakit yang lebih kecil tidak perlu lebih efisien karena rata-rata biayanya adalah lebih rendah. Biaya-biaya marginal karena pelayanan merupakan suatu cara lebih berarti untuk menganalisa pokok masalah ini.

Bangunan-bangunan rumah sakit lama secara tipikal mempunyai biaya-biaya operasional yang lebih tinggi daripada yang lebih baru, tetapi mempunyai biaya-biaya depresiasi yang lebih rendah.

Apakah rumah sakit yang efisien ? Meskipun jika penganggaran prestasi kerja merupakan dasar pembayaran, bangunan-bangunan fisik yang lebih tua dan rancangan / desain yang ketinggalan jaman akan mempengaruhi tingkat-tingkat efisiensi, serta mempunyai kelompok nasabah yang menentukan keluasan pelayanan yang diperlukan. Lebih lanjut, volume pelayanan yang diberikan oleh suatu departemen dari rumah sakit tertentu tidak berada di dalam kontrol administrasi rumah sakit itu. Suatu unit perawatn koroner atau perawatn intensif yang kecil mungkin menjadi penting, tetapi jika keperluan untuk itu cukup kecil sehingga tingkat produktifitas yang layak tidak dapat dicapai, kemudian bagaimana ?

Kompleksitas yang menyeluruh dan saling keterkaitan dari variabel-variabel ini tidak dipahami sepenuhnya. Sistem apapun yang mencoba mengkatagorikan rumah sakit dengan variabel-variabel ini akan menghasilkan ketidak samaan karena besarnya pengaruh-pengaruh kumulatif yang tidak diketahui. Namun demikian adalah tidak mungkin untuk memisahkan dengan mudah rumah sakit-rumah sakit yang efisien dari yang tidak efisien.

Lebih lanjut, dari segala titik pada waktu suatu sistem pembayaran baru diperkenalkan, rumah sakit rumah sakit tidak semua akan disituasikan secara sama.

Pendekatan apapun yang telah distandarisasikan dengan demikian akan gagal mempertahankan semua rumah sakit yang diperlukan sehat secara fiskal, juga beberapa rumah sakit yang tidak efisien akan perlu dipertahankan karena tidak ada alternatif yang layak untuk populasi yang mereka layani. Sistem apapun, sasaran itu harus memperbaiki prestasi kerja bahkan dalam rumah sakit yang diperlukan, tetapi tidak efisien.

Problema rumah sakit yang efisien tetapi tidak diperlukan merupakan suatu dilema politis. Secara realistis, keputusan satu-satunya yang dapat diterima adalah memungkinkannya melanjutkan beroperasi tetapi mencegah perluasannya selama periode waktu lama, pembentukan pelayanan-pelayanan yang lebih moderen di rumah-rumah sakit lain secara bertahap akan meningkatkan daya tarik mereka bagi dokter dan pasien serta menurunkan daya tarik rumah sakit yang tidak diperlukan. Pada akhirnya, dasar populasi dapat cukup meningkatkan untuk membesarkan perluasan, atau akan runtuh karena penurunan atau kestatisan dasar populasi.

Pada waktu yang lalu, fokus utama harus membangun suatu logika berdasarkan atas pertimbangan biaya operasional rumah sakit

atau batas laba. Batasan pada laba merupakan suatu strategi yang tidak bijaksana bila digabungkan dengan suatu proses peninjauan tarif karena hal itu meningkatkan penalti untuk peningkatan efisiensi. Akan tetapi masyarakat perlu perlindungan dari rumah sakit yang menetapkan pembebanannya terlalu tinggi. Hanya karena mungkin terdapat jumlah pasien yang cukup yang akan membayar dua kali lipat yang layak untuk suatu pelayanan bukan merupakan alasan untuk mereka melakukan demikian bila rumah sakit itu beroperasi pada efisiensi 50%.

2.4 Sistem Distribusi Obat

Sistem distribusi obat di rumah sakit dibedakan yakni distribusi pelayanan obat untuk pasien rawat inap dan distribusi / pelayanan obat untuk pasien rawat jalan. Peranan farmasi didalam pelayanan obat-obatan telah mempunyai arti yang semakin luas dirumah sakit, dan istilahnya "sistem penyediaan obat" digunakan untuk menguraikan berbagai metode yang dipakai oleh farmasi untuk menerima pesanan obat, menyiapkan obat yang akan dilayani dan membagikan obat-obatan ketempat perawatan pasien. Ada 4 sitem yang biasa digunakan untuk menyalurkan obat-obatan kepada pasien rawat inap. Sistem tersebut dapat digolongkan sebagai berikut :

1. Resep atau sistem pesanan obat secara individu
2. Sistem floor stock lengkap (*Total Ward Floor Stock*)
3. Gabungan dari butir 1 dan 2.
4. Sistem distribusi dosis unit (*Unit Dose Dispensinf System*)

Keempat sistem tersebut dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Sistem pesanan obat secara individual

Sistem ini biasa digunakan oleh rumah sakit kecil dan rumah sakit swasta karena memudahkan cara untuk menarik pembayaran atas

obat-obatan yang digunakan pasien, dan memberikan pelayanan kepada pasien secara perorangan. Yang selalu terjadi pada sistem ini ialah kemungkinan ada penundaan untuk mendapatkan obat yang dibutuhkan serta meningkatnya kebutuhan akan personil bagian farmasi untuk menjalankan tugas melayani resep perorangan. Tetapi ada keuntungan yang pasti dari sistem tersebut yakni :

- a. Semua pesanan obat langsung diperiksa oleh farmasis.
- b. Memungkinkan interaksi antara farmasis, dokter dan pasien.
- c. Memungkinkan cara yang cocok untuk melaksanakan pembayaran obat-obatan yang digunakan pasien.

2. Sistem Floor Stock yang lengkap

Penyediaan obat-obatan di ruangan perawatan. Sistem ini masih dipakai oleh banyak rumah sakit pemerintah dan rumah sakit lainnya dimana pembayaran obat tidak diminta pada pasien, atau rumah sakit yang memakai sistem pembayaran terpadu terhadap pasien. Di bawah sistem ini suplai hampir semua obat-obatan, kecuali yang jarang dipakai atau yang sangat mahal sekali, semua itu disediakan pada setiap pos perawatan atau lingkungan perawatan pasien lainnya. Ada keuntungan maupun kerugian dalam sistem ini.

- a. Keuntungannya adalah :
 - 1) Ada persediaan obat-obatan yang siap pakai untuk para pasien
 - 2) Menghindari kemungkinan pengembalian obat-obatan yang tidak terpakai kepada farmasi
 - 3) Pengurangan jumlah transkrip pesanan obat bagi farmasi
 - 4) Pengurangan jumlah personil farmasi yang dibutuhkan

b. Sedangkan kerugian dari sistem ini adalah :

- 1) Kesalahan pemberian obat akan bertambah karena farmasis tidak memeriksa ulang pesanan obat
- 2) Meningkatkan persediaan obat disetiap pos perawatan atau tempat perawatan lain
- 3) Memperbesar kemungkinan pencurian obat
- 4) Meningkatnya bahaya yang berhubungan dengan kerusakan obat
- 5) Kemungkinan diperlukan modal tambahan untuk menyediakan fasilitas tempat penyimpanan yang memadai atas obat-obat yang ada disetiap tempat perawatan pasien
- 6) Dibutuhkan tambahan waktu kerja bagi perawat untuk menangani obat-obatan. Dimasa lampau sebagian besar rumah sakit yang menerapkan sistem floor stock lengkap, melaksanakan dengan, tanpa atau sedikit adanya partisipasi farmasi dalam menangani obat-obatan setelah obat tersebut dikirim ketempat perawatan pasien atau ke pos perawatan.

3. Gabungan antara pesanan obat secara individu dan sistem floor stock termasuk dalam katagori ini ialah rumah sakit yang menggunakan sistem penulisan resep atau pesanan obat secara individu sebagai sarana utama untuk penjualan obat, tetapi juga memanfaatkan floor stock secara terbatas. Sistem gabungan ini paling sering digunakan di rumah sakit yang membebaskan biaya obat-obatan kepada pasien secara individu dan diperbaharui dengan menggunakan sistem dosis unit. Penyediaan obat di ruangan yang disebut dengan Ward Floor Stock merupakan variabel bebas yang data-datanya digunakan dalam peneliti ini.

4. Sistem Distribusi Dosis Unit (UDD)

Kalau sistem distribusi obat yang diuraikan sebelumnya dikenal sebagai sistem tradisional, maka sistem terbaru yang telah mendapatkan penelitian serta penyelidikan terbanyak pada tahun-tahun terakhir ini, dikenal sebagai distribusi obat unit. Meskipun konsep dosis unit / UDD telah diperkenalkan lebih dari 20 tahun yang lalu, tetapi kebanyakan rumah sakit tidak segera melaksanakannya terutama karena biaya awal yang besar, dan juga membutuhkan peningkatan jumlah staf farmasi jika dibandingkan dengan sistem tradisional. Tetapi karena 2 tujuan pokok dari sistem ini yaitu mengurangi kesalahan medik di samping juga mengurangi keterlibatan perawat dalam menyiapkan obat, maka banyak rumah sakit telah mulai mengadakan penelitian yang mendalam tentang keuntungan dari segi biaya, dan hasilnya sangat mendukung sistem ini. Istilah "dosis unit" yang digunakan dirumah sakit menyatakan jenis pengemasan dan juga sistem distribusi pengemasan. Obat-obatan yang dipesan, dikerjakan, diberikan dan dibayar dalam bentuk satuan unit dosis yang terdiri dari obat-obatan dalam jumlah yang telah ditentukan atau penyediaan yang efisien untuk satu kali penggunaan untuk dosis yang biasa.

2.5 Model Analisis

Berdasarkan pada pembahasan-pembahasan terdahulu, maka dapatlah dibuat suatu model analisis dalam penelitian ini. Variabel-variabel yang digunakan pada model analisis penelitian ini diupayakan dapat menangkap beberapa karakteristik yang mempengaruhi banyaknya besarnya piutang ragu-ragu di RSUD Bhakti Husada.

Variabel-variabel yang diperkirakan akan mempengaruhi Besarnya Piutang Ragu-ragu (Y) yaitu : lama hari perawatan (x1); pendapatan dari kamar operasi (x2); pendapatan farmasi (x3); dan jumlah pasien yang dirawat di rumah sakit (x4).

Dalam analisis penelitian ini bisa dianalogikan sebagai berikut :

$$Y = b_0 \cdot x_1^{b_1} \cdot x_2^{b_2} \cdot x_3^{b_3} \cdot x_4^{b_4} \cdot e_i$$

Digunakan model tersebut karena kapasitas rumah sakit sebagai pembatas. Proses penaksirannya digunakan metode kuadrat terkecil (ols) dan yang ditransformasikan menjadi bentuk linear dengan ln (bentuk logaritmik). :

$$\ln Y = b_0 + b_1 \ln X_1 + b_2 \ln X_2 + b_3 \ln X_3 + b_4 \ln X_4 + e_i$$

dimana :

- Y = Piutang Ragu-ragu pasien perbulan dalam nilai rupiah
 X1 = Lama hari perawatan dari pasien rawat inap (jumlah hari) per bulan
 X2 = Pendapatan kamar operasi dalam bulan tertentu dalam nilai rupiah
 X3 = Pendapatan obat-obatan/farmasi dalam bulan tertentu dalam nilai rupiah
 X4 = Jumlah pasien rawat inap (jumlah orang) dirumah sakit dalam bulan tertentu .
 Bo = intercept
 b1, b2, b3, b4 = masing-masing merupakan koefisien elastisitas dari X1, X2, X3, dan X4

Berdasarkan pada variabel-variabel yang ada, maka model yang digunakan adalah model regresi linear ganda, karena yang akan dilihat adalah pengaruh beberapa variabel bebasnya (X1, X2, X3, dan X4) terhadap variabel terikat (Y).

Variabel-variabel yang diperkirakan akan mempengaruhi Besarnya Piutang Ragu-ragu (Y) yaitu : lama hari perawatan (x1); pendapatan dari kamar operasi (x2); pendapatan farmasi (x3); dan jumlah pasien yang dirawat di rumah sakit (x4).

Dalam analisis penelitian ini bisa dianalogikan sebagai berikut :

$$Y = b_0 \cdot x_1^{b_1} \cdot x_2^{b_2} \cdot x_3^{b_3} \cdot x_4^{b_4} \cdot e_i$$

Digunakan model tersebut karena kapasitas rumah sakit sebagai pembatas. Proses penaksirannya digunakan metode kuadrat terkecil (ols) dan yang ditransformasikan menjadi bentuk linear dengan ln (bentuk logaritmik). :

$$\ln Y = b_0 + b_1 \ln X_1 + b_2 \ln X_2 + b_3 \ln X_3 + b_4 \ln X_4 + e_i$$

dimana :

- Y = Piutang Ragu-ragu pasien perbulan dalam nilai rupiah
 X1 = Lama hari perawatan dari pasien rawat inap (jumlah hari) per bulan
 X2 = Pendapatan kamar operasi dalam bulan tertentu dalam nilai rupiah
 X3 = Pendapatan obat-obatan/farmasi dalam bulan tertentu dalam nilai rupiah
 X4 = Jumlah pasien rawat inap (jumlah orang) dirumah sakit dalam bulan tertentu .
 Bo = intercept
 b1, b2, b3, b4 = masing-masing merupakan koefisien elastisitas dari X1, X2, X3, dan X4

Berdasarkan pada variabel-variabel yang ada, maka model yang digunakan adalah model regresi linear ganda, karena yang akan dilihat adalah pengaruh beberapa variabel bebasnya (X1, X2, X3, dan X4) terhadap variabel terikat (Y).

Bentuk fungsi di atas adalah multiplikatif, yang artinya variabel-variabel di ruas kanan tidak berdiri sendiri akan tetapi mempengaruhi variabel sebelah kiri secara simultan. Metode analisis untuk masing-masing model menggunakan metode Ordinary Least Square (OLS) dari persamaan Regresi, perlu memperhatikan asumsi-asumsi klasik menurut Gauss, yaitu :

- a. Rata-rata gangguan sama dengan nol, $E(e)=0$, artinya asumsi ini menginginkan model yang dipakai dapat secara tepat menggambarkan rata-rata variabel tergantung dalam setiap observasi. Dengan kata lain bila sampel diulang-ulang dengan nilai variabel bebas yang tetap, maka kesalahan dalam tiap observasi akan mempunyai rata-rata sama dengan nol atau saling meniadakan.
- b. Homoskedastik $E(e^2) = G^2$ hal ini dimaksudkan bahwa varians gangguan tidak berbeda dari satu observasi ke observasi lainnya atau dapat dikatakan tiap observasi mempunyai realibilitas yang sama.
- c. Non otokorelasi $E(e_j, e_j) = 0$ artinya bahwa gangguan ini disatu observasi tidak berkorelasi dengan gangguan di observasi yang lain, artinya bahwa nilai variabel tidak bebas hanya diterangkan oleh variabel bebas dan bukan oleh variabel gangguan.
- d. Variabel gangguan tidak berkorelasi dengan variabel bebas artinya non multicolinierity, $E(e_i, x_i) = 0$. Asumsi ini mempunyai implikasi bahwa nilai variabel bebas tidak berubah dari satu sampel ke sampel yang lainnya, karena memang variabel bebas ini akan dilihat pengaruhnya terhadap variabel tergantung.

Keempat hal di atas merupakan kondisi yang idial (klasik) dan bila kondisi yang idial ini dipenuhi maka dalam ekonomi dinamakan BLUE (Best Linier Unbiased Estimator).

Berdasarkan perhitungan nantinya akan diperoleh parameter-parameter baik yang bertanda positif maupun yang bertanda negatif. Dari tanda yang diperoleh, selanjutnya dibandingkan dengan teori keadaan tersebut cocok apa tidak.



BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual.

Untuk menjaga efisiensi penggunaan dana dalam piutang pada perusahaan harus ada suatu pengelolaan terhadap piutang tersebut dengan baik sehingga jumlah investasi itu dapat terkendali, sebab apabila tidak akan membawa akibat :

- a. Berkumpulnya dana pada piutang / akumulasi dana.
- b. Bertambahnya risiko bad debt losses dan biaya-biaya lainnya.

Untuk menghindari hal tersebut, perlu adanya pengelolaan piutang antara lain dengan kebijaksanaan penagihan.

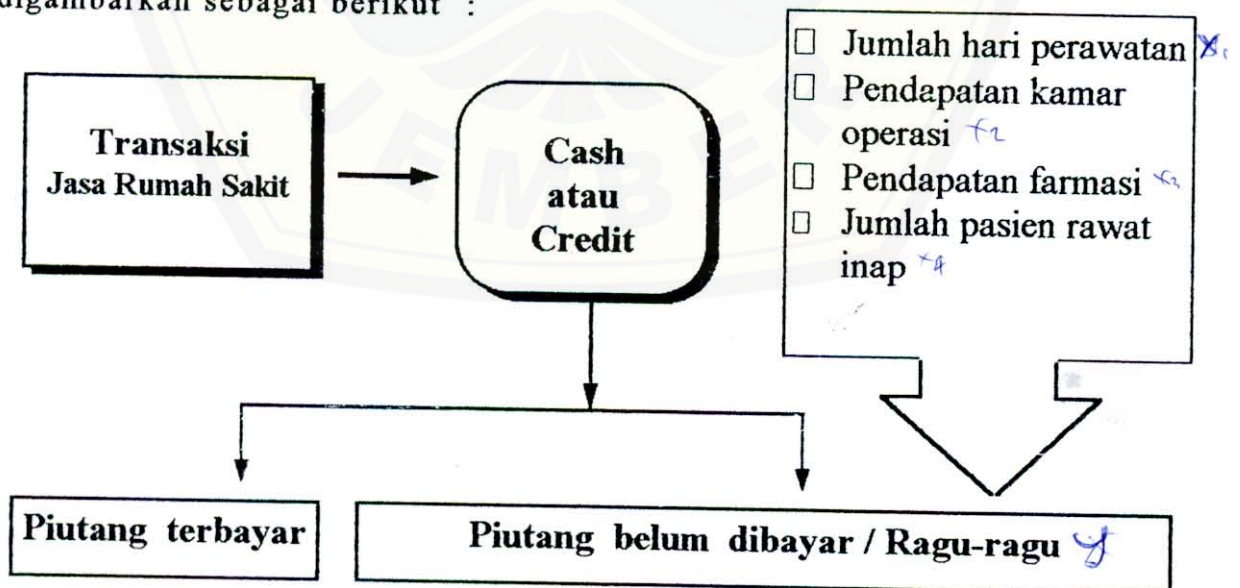
Kebijaksanaan piutang merupakan prosedur yang ditempuh oleh perusahaannya dalam usaha untuk mencairkan piutang yang telah jatuh tempo. Kebijakan ini bertujuan mempercepat pembayaran piutang yang telah menunggak atau suatu tindakan preventif akan tertundanya pembayaran piutang yang telah jatuh tempo serta membatasi kerugian atas tidak tertagihnya / terbayarnya piutang.

Di dalam kebijaksanaan ini memerlukan sejumlah biaya untuk menagih dengan harapan dapat memenuhi tujuan seperti tersebut diatas.

Kebijaksanaan yang ditentukan dengan cepat akan meningkatkan keuntungan yang diperoleh, walaupun akan berpengaruh terhadap kemungkinan terjadinya kehilangan hubungan baik dengan langganan. Perlu adanya tindakan tegas untuk mencegah periode penagihan yang berlarut-larut dan meminimkan kerugian-kerugian atas piutang. Biaya yang timbul atas piutang adalah sebagai berikut :

- a. Bad Debt Expenses, adalah biaya piutang ragu-ragu dengan memperhitungkan atas tidak tertagihnya sejumlah piutang pada tiap-tiap periode.
- b. Biaya Penagihan, adalah biaya yang diperlukan untuk melakukan penagihan piutang kepada para langganan.
- c. Biaya Administrasi, adalah biaya yang diperlukan untuk mengadakan pengelolaan ataupun pengawasan terhadap piutang.
- d. Biaya atas investasi dana pada piutang, adalah biaya atas penggunaan dana pada piutang sehubungan dengan keterlambatan para debitur, sedang perusahaan sangat berkepentingan terhadap tersedianya dana untuk menunjang operasinal sehari-hari.
- e. Biaya tinggi untuk mengadakan pemeriksaan penagihan piutang khususnya yang terjadi penunggakan dari piutang yang ada.

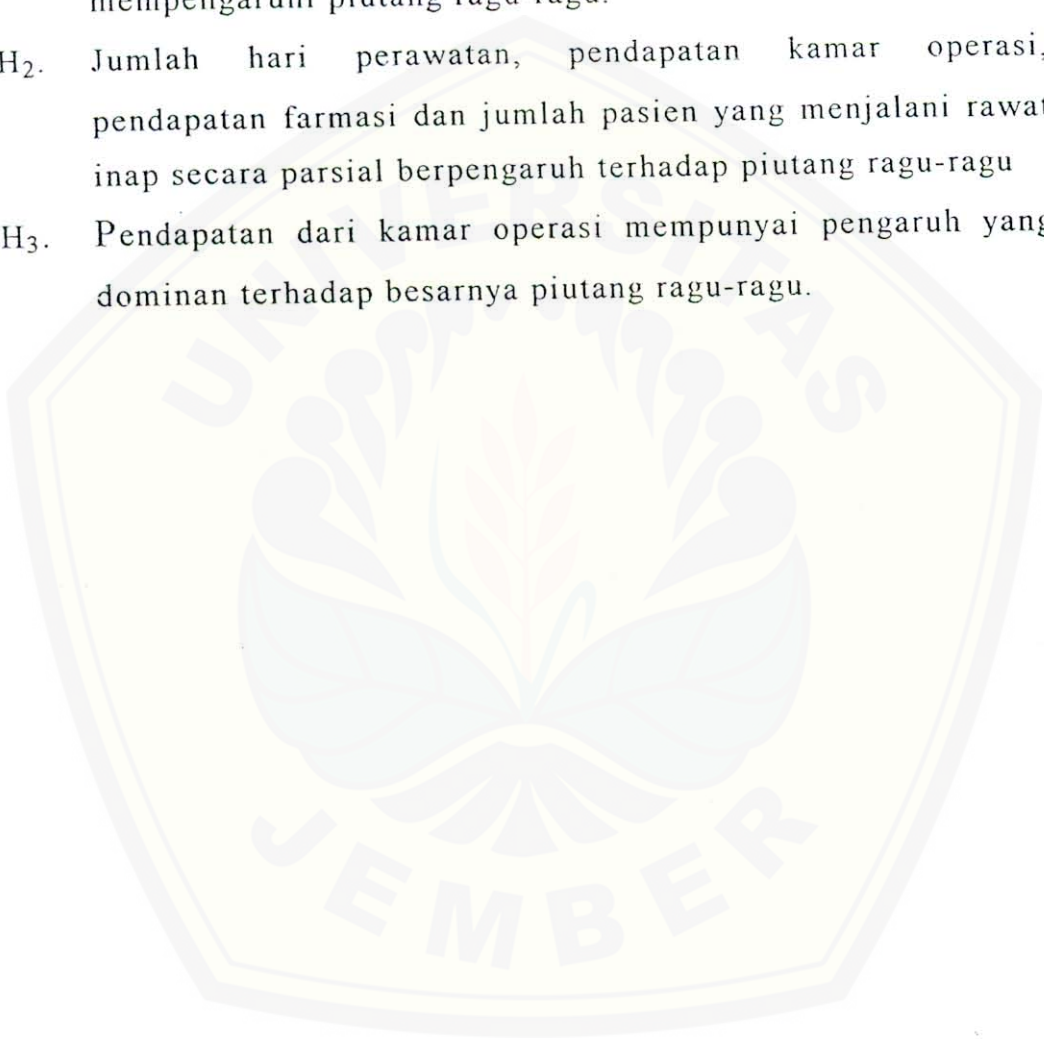
Di dalam melakukan proses penagihan sebaiknya berpegang pada prinsip keseimbangan antara biaya dan manfaat yang akan diperoleh. Perusahaan tidak akan melakukan proses penagihan jika nantinya tambahan biaya jauh lebih besar daripada manfaat yang diperoleh. Faktor-faktor yang mempengaruhi besarnya piutang ragu-ragu digambarkan sebagai berikut :



3.2 Hipotesis

Berdasarkan diskripsi kerangka konseptual yang dikemukakan di atas, dapat dirumuskan hipotesis sebagai berikut :

- H₁. Jumlah hari perawatan, pendapatan kamar operasi, pendapatan farmasi dan jumlah pasien secara bersama-sama mempengaruhi piutang ragu-ragu.
- H₂. Jumlah hari perawatan, pendapatan kamar operasi, pendapatan farmasi dan jumlah pasien yang menjalani rawat inap secara parsial berpengaruh terhadap piutang ragu-ragu
- H₃. Pendapatan dari kamar operasi mempunyai pengaruh yang dominan terhadap besarnya piutang ragu-ragu.



BAB IV METODE PENELITIAN

4.1 Obyek Penelitian.

Obyek penelitian adalah data besarnya piutang ragu-ragu, jumlah hari rawat, pendapatan kamar operasi, pendapatan farmasi (obat-obatan) dan jumlah pasien rawat inap di RSUD Bhakti Husada Krikilan dan data-data lain yang berkaitan dan diduga ada hubungan dengan masalah piutang yang diperlukan dalam penelitian ini.

4.1.1 Uraian Umum

Rumah Sakit Umum Bhakti Husada mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan, penyembuhan pasien, pemulihan keadaan cacat badan, serta digunakan untuk pendidikan, dan latihan-latihan tenaga-tenaga paramedik. Untuk melaksanakan tugas dan fungsinya rumah sakit Bhakti Husada mempunyai pegangan yang merupakan misi rumah sakit sebagai landasan etis yakni :

“Saya akan senantiasa mengutamakan kesehatan penderita, pemuka dalam pelayanan dan pemuka dalam pendidikan”.

Pelayanan kesehatan dilaksanakan di unit Pelaksana Fungsional (UPF) yang terdiri dari ruang rawat jalan dan ruang rawat inap, guna memenuhi harapan/tuntutan masyarakat yaitu pelayanan yang aman, informatif, efektif, efisien, mutu, manusiawi dan memuaskan (A, I, 2E, 3M). Seperti yang tertera didalam landasan operasional rumah sakit. Pelayanan di ruang rawat jalan dilaksanakan pada pagi hari hari kerja pukul 07.00 - 13.30. di sini pasien diperiksa dokter, kalau perlu diberi pengobatan secara suntik, perawatan luka atau dilakukan tindakan medik sederhana misalnya operasi kecil.

Setelah itu pasien diperbolehkan pulang.

Pasien yang menderita penyakit yang serius dan memerlukan pemeriksaan, perawatan dan pengobatan lebih lama harus dirawat atau opname di ruang rawat inap. Untuk mengantisipasi kelemahan dan ancaman yang timbul dalam menjalankan kegiatan, direktur rumah sakit disamping telah mencanangkan dan membekali karyawannya dengan landasan etis, melengkapinya dengan landasan operasional yakni :

- a. mengembangkan sistem pelayanan kesehatan yang aman, informatif, efektif, efisien, mutu, manusiawi, memuaskan (A, I, 2E, 3M).
- b. Menghasilkan sumber daya manusia kesehatan yang mampu memberikan pelayanan yang A, I, 2E, 3M.
- c. Menghasilkan IPTEK yang mendukung pengembangan pelayanan yang A, I, 2E, 3M.

Semuanya didasari dengan landasan konstitusional seperti yang tertera didalam Mukadimah UUD 1945 yakni meningkatkan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa yang dalam GBHN dijabarkan lebih lanjut didalam Sistem Kesehatan Nasional dan Sistem Pendidikan Nasional.

4.1.2 Tata Cara Pasien Masuk Rumah Sakit (Opname) di Rumah Sakit Bhakti Husada.

Sebelum membicarakan tata cara pasien masuk rumah sakit, perlu kiranya beberapa pengertian sebagai berikut :

- a. Opname adalah suatu cara pelayanan kesehatan terhadap pasien yang menginap diruang rawat inap sehubungan dengan keadaannya, pasien memerlukan pemeriksaan, pengobatan, baik dengan pemberian obat-obatan maupun pembedahan serta

perawatan untuk mengetahui perkembangan atau kemunduran keadaan pasien.

- b. Pelayanan kesehatan dalam jangka waktu lebih dari 24 jam dan pasien telah terdaftar pada perawatan rawat inap.

4.1.3 Tata Cara Pasien Opname.

Sistem pelayanan dilaksanakan di unit pelaksana fungsional yang terkait, yaitu di Ruang Rawat Jalan (Poliklinik), Kamar Bebat, Kamar Bersalin, Kamar Operasi dan Ruang Rawat Inap. Agar jalur pelayanan dari satu unit ke unit yang lain tidak mengalami hambatan, maka pasien opname dibedakan atas 5 katagori yaitu :

1. Pasien Non Bedah (Anak, Penyakit Dalam, Kandungan, dan Bersalin)
2. Pasien Bedah
3. Pasien Gawat Medik
4. Pasien Gawat Bedah
5. Pasien Pavilyun

Dari ke lima katagori tersebut dapat dijelaskan masing-masing sebagai berikut

1. Pasien Non Bedah

Sebelum pasien opname (masuk rumah sakit) pelayanan dilaksanakan di ruang rawat jalan pada pagi hari kerja. Pasien atau keluarganya ke loket pendaftaran yang ada disetiap poliklinik. Selanjutnya sesuai petunjuk petugas poliklinik pasien dilayani sesuai kegiatan poliklinik dimaksud yaitu wawancara, pemeriksaan fisik dan anggota badan yang sakit, sampai ditentukan pasien pulang atau harus opname. Apabila pasien dan keluarga setuju opname, pasien disarankan menuju ke ruang rawat inap dengan membawa :

- a. Surat permintaan MRS (Masuk Rumah Sakit)
- b. Status Poliklinik
- c. Setelah sampai diruang rawat inap dimaksud, pasien diterima perawat, lalu keluarga mengurus administrasi atau pendaftaran Masuk Rumah Sakit (MRS) ke bagian perawatan untuk memperoleh :

- 1) DMK (Dokumen Medik Kesehatan) :

Merupakan formulir-formulir standar untuk mencatat keadaan setiap pasien meliputi kelengkapan identitas pasien, data penunjang diagnosis, perjalanan penyakit, proses pengobatan dan tindakan medik lainnya.

- 2) Kartu POP (Perincian Ongkos Perawatan)

Kelengkapan administrasi tersebut diserahkan kepada perawat ruang rawat inap yang bersangkutan.

2. **Pasien Bedah :**

Pelayanan di poli bedah bagi pasien yang memerlukan perawatan luka dan tindakan medik (operasi kecil) langsung dilaksanakan pada hari itu dan pasien diperbolehkan pulang. Apabila pasien memerlukan pembedahan atau pengobatan kasus bedah, pasien disarankan menjalani pemeriksaan laboratorium dan foto rontgen. Setelah semua hasil pemeriksaan ada, pasien siberi surat permintaan MRS untuk pesan tempat. Apabila sudah ada tempat tidur kosong, pasien dianjurkan menuju poli bedah sesuai petunjuk pada surat permintaan MRS yaitu diruang perawatan.

Pasien kasus orthopedi dilayani di poli orthopedi, apabila harus opname pasien disarankan menuju ke ruang perawatan. Selanjutnya prosedur administrasi sama dengan pasien non bedah.

Pasien gawat :

Akan dilayani di unit pelayanan IGD (Instalasi Gawat Darurat). IGD ini dibagi menjadi pelayanan pasien gawat medik di Unit Gawat Darurat (UGD) medik dan pelayanan pasien gawat bedah di unit gawat darurat (UGD) bedah.

3. Pasien Gawat Medik :

Pada waktu sore, malam dan hari libur ruang rawat jalan tutup, pelayanan dialihkan ke UGD medik. UGD medik melayani pasien gawat, baik pasien anak maupun pasien dewasa. Tindakan medik dilakukan oleh dokter umum (dokter jaga). Spesial penyakit dalam dan spesial penyakit kebidanan apabila diagnosa menjurus ke bidang spesialis jantung, syaraf, dan jiwa, pasien dikirim (diantar petugas) untuk dikonsultasikan ke dokter ahlinya. Pasien gawat yang di layani di UGD medik di lakukan pertolongan sementara dan observasi serta pemeriksaan laboratorium, setelah itu pasien diantar petugas menuju ke ruang rawat inap sesuai diagnosa untuk opname. Selanjutnya prosedur administrasi sama dengan pasien lainnya.

Pasien yang datang dalam keadaan meninggal dunia yang disebabkan oleh penyakit, setelah dilakukan pemeriksaan fisik dan wawancara dengan keluarga (pengantar) maka jenazah dibawa pulang keluarga disertai surat keterangan kematian dari dokter jaga UGD medik. Pasien meninggal dunia tidak wajar yang disebabkan oleh keracunan makanan, bahan kimia, obat dan lain-lain, dibuatkan visum et repertum guna penyidikan secara hukum apabila diperlukan.

4. Pasien Gawat Bedah :

Pelayanan pasien gawat kasus bedah dilayani di Unit Gawat bedah (UGD bedah) yang buka 24 jam. Menurut penyebab kegawatannya, pasien dibedakan atas.

- a. Kecelakaan biasa / kerja
- b. kecelakaan lalu lintas
- c. Penyakit akut / mendadak

Di UGD bedah ini pasien diperiksa, dilakukan perawatan luka, tindakan medik dan pertolongan yang lain, setelah itu pasien diperbolehkan pulang. Selanjutnya pasien disarankan kontrol ke poli bedah/poli orthopedi pada keesokan harinya. Bila memerlukan perawatan di ruang rawat inap, pasien dimasukkan ke ruang observasi intensif (UPI), apabila pasien tidak perlu di-operasi segera. Pasien dengan luka bakar, Tetanus langsung opname di ruang bedah G. Apabila pasien harus dioperasi segera maka pasien dipindahkan ke ruang resusitasi untuk menjalani persiapan operasi dan observasi sampai keadaannya stabil, kemudian pasien dioperasi di ruang / kamar operasi.

Sesudah operasi, pasien dirawat diruang/unit perawatan intensive (UPI), bila keadaannya sudah membaik, pasien dipindahkan ke ruang klas. Pasien korban kecelakaan yang cedera pada anggota badan misalnya jari/lengan putus, menurut pertimbangan medik perlu penyambungan kembali (transplantasi microsurgery), pasien dioperasi di bedah sentral. Setelah operasi, pasien diobservasi di UPI kemudian pasien dipindahkan ke ruang klas.

Pasien yang meninggal, dibuatkan visum et repertum guna penyidikan apabila diperlukan.

4.1.3 Tata Cara Penagihan

Tata cara penagihan terdiri dari beberapa aspek

1. Prosedur pembayaran pasien rawat inap
 - a. Semua penderita yang dirawat di RSUD Bhakti Husada jika memungkinkan untuk membayar uang muka perawatan.
 - b. Komponen biaya perawatan terdiri dari jenis perawatan dan tindakan medik/penujang medik yang dilakukan, obat-obatan yang dipakai dan biaya ruangan.
 - c. Pembayaran perawatan di teliti dibagian rekening yang selanjutnya dibayar tunai ke bagian tata usaha dan diperhitungkan bila penderita selesai menjalani perawatan (pulang).
2. Prosedur penagihan piutang rawat inap.
 - a. Semua penderita rawat inap yang terhutang biaya perawatannya harus minta persetujuan ke kepala rumah sakit.
 - b. Perincian ongkos perawatan (POP) yang telah disetujui sebagai piutang dibawa ketata usaha bagian rekening sub seksi piutang oleh penderita/keluarganya, penderita diminta untuk menandatangani S.P.H.(surat pengakuan hutang) yang tercantum dalam perincian ongkos perawatan. Lembar pertama SPH dikirim dengan POP-nya ke sub. seksi piutang sedangkan lembar kedua dibawa penderita untuk sebagai bukti penderita tersebut terhutang dan bilamana membayar kewajiban piutang maka lembar kedua tersebut harus dibawa ke rumah sakit.
 - c. Sub.seksi piutang akan menagih biaya piutang penderita sebesar yang tercantum dalam SPH tersebut melalui surat tagihan. Surat ini ditanda tangani oleh kepala rumah sakit. surat tagihan ini dikirim berdasarkan pernyataan yang tercantum dalam SPH sesuai dengan waktu yang disepakati.

d. Pembayaran piutang ini harus dibayar oleh penderita/keluarganya di bagian rekening / Sub.seksi piutang sebesar yang tercantum dalam SPH.

4.2 Sumber Data

Data untuk penelitian ini bersumber dari data-data yang tersedia di kantor tata usaha, bagian catatan medik, dan pada instalasi farmasi (Apotik) RSUD Bhakti Husada meliputi :

1. Bagian tata usaha rumah sakit di bagian rekening sub.seksi piutang, dan piutang yang tersedia dan pendapatan dari tindakan medik dari seksi ongkos perawatan.
2. Bagian farmasi rumah sakit, biaya pemakaian obat-obatan oleh pasien rawat inap.
3. Bagian catatan medik, data mengenai lama hari perawatan dan jumlah pasien yang menjalani rawat inap di rumah sakit.

4.3. Identifikasi Variabel.

Dalam penelitian ini ditentukan variabel-variabel yang berhubungan dengan besarnya piutang ragu-ragu di RSUD Bhakti Husada. Terdapat empat variabel bebas dan satu variabel terikat. Variabel bebas dinotasikan sebagai : X1, X2, X3 dan X4. Variabel terikat dinotasikan sebagai Y. Variabel-variabel tersebut diidentifikasi sebagai berikut :

1. Variabel terikat (dependen)
(Y) Piutang ragu-ragu
2. Variabel bebas.
(X1) Lama hari perawatan
(X2) Pendapatan kamar operasi
(X3) Pendapatan farmasi (obat-obatan)
(X4) Jumlah pasien rawat inap.

4.4 Definisi Operasional Variabel.

Dalam penelitian ini diketengahkan empat variabel bebas yang akan mempengaruhi jumlah besarnya piutang ragu-ragu di RSUD Bhakti Husada, yaitu jumlah hari rawat inap, pendapatan dari kamar operasi, pendapatan farmasi (obat-obatan) dan pasien yang rawat inap di rumah sakit.

Untuk menghindari pengertian yang berbeda dari variabel-variabel tersebut, perlu diberikan definisi atau batasan-batasan yang menyangkut variabel-variabel yang digunakan dalam penelitian ini, sebagai berikut :

1. Piutang Ragu-ragu (Y)

Piutang ragu-ragu adalah banyaknya piutang yang menjadi kerugian rumah sakit umum yang disebabkan dari pasien rawat inap tidak melunasi kewajibannya terhadap rumah sakit setiap bulannya. Jumlah piutang tersebut setiap bulannya dari bulan yang diteliti dinyatakan nilainya dalam mata uang rupiah, yang akan dijadikan sebagai variabel terikat (dependen)

2. Jumlah Hari Perawatan (X1)

Jumlah hari perawatan adalah lamanya seorang pasien dirawat sampai memenuhi kriteria medik / perawatan untuk dapat dipulangkan yang dinyatakan dengan hari dalam setiap bulannya. Secara idial angka lama hari perawatan berlangsung antara 6-10 hari. Namun bagi kasus kronis bisa berlangsung lebih dari 10 hari.

3. Pendapatan Kamar Operasi (X2)

Adalah pendapatan dari tindakan medik yang perlu dilakukan untuk pasien rawat inap di ruangan setiap bulannya yang

dinyatakan dalam rupiah. Tindakan medik adalah semua tindakan yang terkait dengan segala tindakan antara lain pembedahan baik kecil, sedang, maupun besar. Micro Surgery, Endoscopy dan lain-lain.

4. Pendapatan Farmasi (X3)

Adalah pendapatan obat-obatan dari pasien rawat inap yang diambil dari apotik RSUD Bhakti Husada dan pengadaannya berasal dari anggaran perusahaan, dinyatakan dalam rupiah dalam setiap bulannya. Penggunaannya adalah sesuai instruksi pengobatan dari dokter yang merawatnya diruangan sesuai dengan diagnosis penyakitnya dan ditagihkan bersama biaya lainnya saat pasien pulang.

5. Jumlah pasien rawat inap (X4)

Adalah jumlah pasien yang menjalani rawat inap di RSUD Bhakti Husada dalam setiap bulannya dinyatakan dalam satuan orang.

Dari kelima definisi operasional variabel tersebut diharapkan semakin jelas pengukurannya.

4.5 Prosedur Pengumpulan Data.

4.5.1 Jenis dan Sumber Data.

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data Sekunder yang ada di Rumah Sakit Bhakti Husada. Data Sekunder tersebut yang terkait dengan penelitian ini diperoleh dari bagian tata Usaha, farmasi, catatan medik, lewat penanggung jawab masing-masing bagian.

4.5.2 Cara Pengumpulan Data.

Berhasil atau tidaknya suatu penelitian akan tergantung pula pada tehnik pengumpulan data yang dipergunakan, artinya apakah

teknik yang dipakai tepat atau tidak didalam mengungkap atau mendapatkan data seperti yang diharapkan. Untuk mendapatkan data tersebut, maka diperlukan adanya metode-metode tertentu dalam pengumpulan data.

Data yang dipergunakan adalah data time series. Secara bulanan dalam kurun waktu antara bulan Januari 1995 sampai dengan bulan Desember 1999 ($n=60$), yang diambilkan dari laporan bukti-bukti pencatatan rumah sakit dengan variabel-variabel yang dibutuhkan selama periode waktu penelitian tersebut.

4.6 Teknis Analisis.

Setelah ditentukannya model analisis dan hipotesisnya, perlu adanya pengujian hipotesis tersebut. Untuk penelitian ini diuji dua macam pengujian yakni pengujian terhadap model dan pengujian terhadap hipotesis.

Pengujian Model

Guna mengetahui apakah variabel-variabel bebas baik secara bersama-sama maupun secara individu mempunyai pengaruh yang bermakna atau tidak terhadap variabel terkaitnya pada model tersebut, perlu diadakan uji F dan besarnya nilai koefisien determinasinya (R^2).

Uji F : Dengan menghitung rasio F dan membandingkan dengan nilai F kritis pada tabel F, maka bila F hitung lebih besar dari F tabel pada tingkat signifikan yang dipilih ($\alpha = 5\%$), maka H_0 ditolak dan H_a tidak diterima, sehingga variasi model regresi tersebut dapat menerangkan variabel tidal bebasnya (variabel tergantung). Sebaliknya bila F hitung lebih kecil dari F tabel pada tingkat signifikan yang dipilh ($\alpha = 5\%$), maka H_0 diterima dan H_a ditolak, sehingga variasi model

regresi tersebut tidak berhasil menerangkan variabel tergantung. Selanjutnya untuk keperluan pengujian statistik diperlukan juga mengetahui besarnya nilai koefisien determinasinya.

Nilai R^2 : adalah koefisien determinasi majemuk (R^2) untuk mengetahui proporsi variasi dalam variabel bebas yang dijelaskan oleh variasi tidak bebas atau untuk mengukur tingkat ketepatan yang paling baik dari analisis regresi.

- * Besarnya nilai R^2 terletak antara 0 dan 1, tetapi model dikatakan "lebih baik", kalau R^2 semakin mendekati nilai 1.

Untuk mendapatkan model yang ideal maka diperlukan syarat - syarat : R^2 yang tinggi, t hitung yang tinggi, F hitung yang tinggi, tetapi jika tidak terpenuhi syarat tersebut, akan terjadi penyimpangan klasik. Dengan terjadinya penyimpangan klasik tidak berarti bahwa model yang digunakan tidak dapat dipakai lagi, tetapi estimator yang diperoleh dengan metode OLS tidak bersifat BLUE, untuk itu perlu evaluasi lagi mengenai penyimpangan klasik tersebut yaitu : Multikolinearity, Autokorelasi, dan heterokedastik.

Pengujian Hipotesis :

Pengujian hipotesis ini di lakukan sesudah model regresinya dikatakan baik pada penelitian ini. Sedangkan hipotesis yang diajukan pada penelitian ini adalah :

1. Menguji Hopotesis I :

Dalam hal ini adalah untuk menguji H_0 , diduga bahwa variabel pendapatan kamar operasi, farmasi, lama hari perawatan dan jumlah pasien rawat inap secara serempak atau bersama-sama mempengaruhi piutang ragu-ragu. Oleh karena itu pengujian ini diperlukan uji F , dimana jika F hitung lebih besar dengan nilai F kritis pada tabel F pada tingkat signifikan yang dipilih, maka H_0

ditolak dan H_a diterima, sehingga variabel bebasnya secara serempak dapat menerangkan variabel terikatnya. Sebaliknya jika F dihitung lebih kecil dari F tabel, maka H_0 diterima dan H_a ditolak berarti variasi variabel bebas tidak dapat menerangkan variabel terikat.

2. Menguji Hipotesis II :

Pengujian H_0 , dimana diduga secara parsial bahwa variabel bebas pendapatan kamar operasi, farmasi, lama hari perawatan dan jumlah pasien rawat inap mempunyai pengaruh terhadap piutang ragu-ragu dan bahwa diduga pendapatan kamar operasi mempunyai pengaruh yang paling dominan terhadap piutang ragu-ragu. Untuk pengujian hipotesis ini, perlu pengujian koefisien regresi parsial / individu dengan uji t . Jika nilai t yang dihitung melebihi nilai kritis t pada tabel t dengan tingkat signifikan (penting) yang dipilih, maka H_0 ditolak dan H_a diterima, sehingga variabel-variabel bebas dapat menerangkan variabel terikat secara individu pada model tersebut. Sebaliknya bila t hitung lebih kecil dari nilai t pada tabel t , maka H_0 diterima dan H_a ditolak, sehingga dikatakan model yang digunakan kurang baik, yang artinya variabel-variabel bebas tidak dapat menerangkan variabel terikat.

Dalam penelitian ini juga dilampirkan matrik korelasi sederhana antar variabel, sehingga dapat mencerminkan sejauh mana korelasi antar variabel untuk masing-masing model persamaan yang dipergunakan dalam analisis.

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan.

Berdasarkan analisis data yang telah dilakukan di RSUD Bhakti Husada Krikilan - Glenmore - Banyuwangi, serta berdasarkan model analisis yang dipergunakan dalam penelitian ini, maka diperoleh beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Secara serempak atau bersama-sama faktor-faktor yang mempengaruhi besarnya piutang ragu-ragu yang terdiri dari pendapatan kamar operasi/tindakan medik, jumlah lama hari perawatan, pendapatan farmasi dan jumlah pasien yang menjalani rawat inap mempunyai pengaruh yang signifikan, dengan nilai F rasio hitung lebih besar dari F rasio tabel pada kesalahan kurang dari 1%.
2. Pengaruh masing-masing variabel bebas terhadap besarnya piutang ragu-ragu sebagai berikut :
 - a. Pendapatan tindakan medik mempunyai pengaruh sebesar 39,28% terhadap piutang ragu-ragu
 - b. Pendapatan farmasi mempunyai pengaruh sebesar 3,06% terhadap piutang ragu-ragu
 - c. Jumlah pasien rawat inap mempunyai pengaruh sebesar 4,07% terhadap piutang ragu-ragu
 - d. Lama hari perawatan mempunyai pengaruh sebesar 0,04% terhadap piutang ragu-ragu
3. Dari seluruh variabel bebas yang dipergunakan dalam penelitian ini, secara individu variabel yang paling lemah pengaruhnya adalah variabel lama hari perawatan yang hanya mempunyai

pengaruh sebesar 0,04% terhadap besarnya piutang ragu-ragu. Tetapi variabel yang pengaruhnya paling dominan terhadap besarnya piutang ragu-ragu adalah variabel pendapatan kamar operasi / tindakan medik.

4. Besarnya piutang ragu-ragu tersebut dipengaruhi oleh empat variabel bebasnya sebesar 57,8%.

6.2 Saran-saran

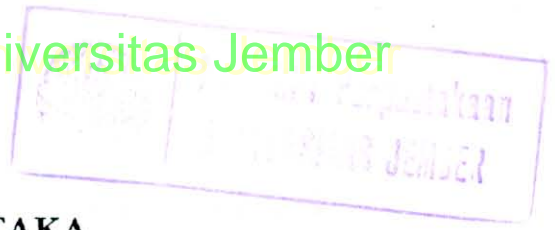
Berdasarkan kesimpulan-kesimpulan yang telah dikemukakan, maka selanjutnya dapat diusulkan beberapa saran yang mungkin dapat dilakukan atau bermanfaat bagi rumah sakit Bhakti Husada. Adapun saran-saran sebagai berikut :

1. Perlu diadakan penelitian lanjut yang dilaksanakan di rumah sakit umum lainnya di Indonesia apakah polanya sama dengan penelitian yang dilakukan di sini dan juga penelitian serupa di RSUD Bhakti Husada untuk dapat menemukan faktor-faktor lain yang juga dapat mempengaruhi besarnya piutang ragu-ragu di rumah sakit yang sama.
2. Adanya pengaruh dominan terhadap besarnya piutang ragu-ragu dari variabel pendapatan kamar operasi / tindakan medik, maka sudah sewajarnya dilakukan perubahan antara lain menyangkut tata cara pembayaran pasien khusus yang akan menjalani suatu tindakan medik, dimana pasien dimintakan untuk membayar uang muka yang besarnya antara 25% - 100% dari besarnya biaya dari tindakan tersebut. Variasi besarnya uang muka tersebut, ditetapkan tergantung juga dari macam tindakan medik yang akan dilakukan, kecuali untuk kasus-kasus darurat / emergency dan pasien tak mampu yang kebetulana berobat di rumah sakit. Di sini fungsi sosial rumah sakit tetap diperhatikan.

3. Pengaruh lainnya yang cukup besar terhadap besarnya piutang ragu-ragu adalah pendapatan farmasi (yaitu pemakaian obat-obatan oleh pasien). Perlu dilakukan perbaikan terhadap sistem distribusi obat di rumah sakit ini terutama terkait dengan sistem pembayaran atas resep yang telah dilayani oleh instalasi farmasi. Khusus untuk pasien yang tak mampu sesuai dengan ketentuan / persyaratan rumah sakit dapat diatur dengan ketentuan lain. Apabila dimungkinkan menyangkut jumlah tenaga Apoteker, pelayanan tersebut dapat dikombinasikan dengan unit Dose Dispensing System sehingga pasien dapat membayar obat hanya yang diperlukan saja (harian).
4. Pengaruh jumlah lama hari perawatan yang berbanding terbalik (negatif) terhadap besarnya piutang ragu-ragu sudah waktunya dilakukan pengaturan baru menyangkut sistem pembayaran pasien yang menjalani rawat inap di RSUD Bhakti Husada. Selama ini kebanyakan pembayaran dilakukan dibelakang hari, hal ini disarankan untuk diubah menjadi pembayaran tiap 4 hari dibelakang. Dengan demikian akan dapat menekan besarnya piutang ragu-ragu yang akhirnya akan berdampak naiknya pendapatan rumah sakit. Ketentuan ini khususnya hanya untuk pasien kelas III diluar itu dengan membayar uang muka.
5. Jumlah pasien yang menjalani rawat inap di rumah sakit, pengaruhnya tidak begitu berarti signifikan. Perlunya dilakukan pengaturan baru menyangkut kelas-kelas ruangan di rumah sakit. Mengingat kapasitas tempat tidur yang ada batasnya, maka proporsi kelas-kelas I,II,III dan pavilyun untuk pasien yang menjalani rawat inap sudah waktunya ditata dengan baik. Sehingga dengan demikian pendapatan rumah sakit akan meningkat dengan tajam.

6. Penanganan terhadap pasien tak mampu hendaknya diatur dengan baik sehingga rumah sakit dapat terhindar dari mereka yang tidak termasuk dalam golongan tersebut, tetapi dapat memanfaatkan fasilitas tersebut sehingga akhirnya akan mempengaruhi pendapatan rumah sakit (sistem dan prosedur).

Segala saran tersebut adalah untuk meningkatkan daya saing perusahaan, memperbesar pendapatan rumah sakit dan mengurangi besarnya piutang ragu-ragu serendah mungkin dengan tetap menjaga apa yang menjadi landasan fundamentalnya yakni “Saya akan senantiasa mengutamakan kesehatan penderita”



DAFTAR PUSTAKA

- Alex S. Niti Semita, 1983, *Pembelanjaan Perusahaan*, Cetakan ke VI, Galia Indonesia, Jakarta,
- Bambang Riyanto, 1980, *Dasar-dasar Pembelanjaan Perusahaan*, BPFE-UGGM, Yogyakarta.
- Chairudin Yunus, 1993, *Hubungan Mutu Pelayanan Rawat Tinggal Terhadap BOR dan ALOS di Rumah Sakit Dr. Ramelan Surabaya*, Program Pasca Sarjana, Universitas Airlangga Surabaya.
- Damodar Gujarati, 1997, *Ekonometrika Dasar*, Cetakan kelima, Penerbit Erlangga, Jakarta.
- Soebandi Saridja Ria Rahardja, 1984, *Dasar-dasar Intermediate Accounting*, Fakultas Ekonomi Universitas Brawijaya, Malang.
- Sujito, 1993, *Manajemen Umum Rumah Sakit*, Buletin PERSI No. 41 Tahun XI, Bulan April.
- Bagian Rekam Medik RSUD Bhakti Husada Krikilan - Glenmore - Banyuwangi, 2000

LAMPIRAN 1 : Data Sekunder Piutang Ragu-ragu, HariRawat, Pendapatan Kamar Operasi, Pendapatan Farmasi dan Jumlah Pasien Rawat Inap.

	PT	HR	PKO	PF	JPRI
1	650750	698	9505750	37500750	58
2	700500	752	11750250	40750255	68
3	575000	825	13285210	45250450	75
4	825500	878	12750500	47400250	55
5	750000	1050	12875250	50150755	70
6	725250	785	10950500	46250850	60
7	880000	835	13500500	52400150	76
8	830500	815	15115150	48150755	51
9	775400	760	15750100	45650800	69
10	875700	988	13850450	52407550	49
11	925000	810	14675350	52607553	54
12	825000	826	15388420	41350500	69
13	750500	755	14300785	42150500	63
14	810000	825	12785000	48750150	75
15	775500	1025	13100100	47850500	84
16	825500	1155	18750180	54050700	72
17	900200	975	12850750	48500150	70
18	625750	810	16650550	47500151	68
19	690500	885	24150200	55150000	80
20	730000	965	15668150	42200152	80
21	760000	910	18150000	35000500	61
22	820250	1055	18138100	39888750	66
23	680000	820	22005600	51950885	66
24	709300	910	21750414	51167604	63
25	780000	725	20500455	50875000	70
26	825000	710	22755500	66750150	60
27	1850000	1205	36400250	95860755	55
28	600500	805	24750650	65725950	71
29	1200000	1005	26250100	62850750	62
30	1400050	1110	28180185	78850200	72
31	700000	945	20150000	58150000	69
32	1350750	985	28000065	69850000	48
33	1500000	798	26875000	70975500	55
34	1975000	1195	29677600	68750000	45
35	2500000	1105	32150600	92500822	75
36	726350	802	17900000	49950800	62
37	850500	778	20400000	86504500	67
38	800500	895	22160870	8975050	60
39	840000	925	24050760	98850807	75
40	1000000	1075	32015000	125760020	75
41	925500	970	22300250	98385970	77
42	950000	955	20255304	96652515	81
43	1100000	1115	30255100	116050165	79
44	1050000	1055	30350280	125870005	70
45	980750	938	26000500	105660030	81
46	750000	889	24675680	92654515	84
47	807000	875	19099933	85885760	68
48	810750	940	20537105	96807240	67
49	1000000	812	22600255	96654510	84
50	1675500	750	23050100	93850150	62
51	1350000	710	28500160	102500260	54
					59

12 Aug 00 SPSS for MS WINDOWS Release 6.0

	PT	HR	PKO	PF	JPRI
52	2100000	835	34650140	127850170	76
53	1550750	705	38500715	132250165	71
54	2271000	825	37400350	132660500	83
55	1600000	910	38700002	132050100	83
56	1555000	685	30200500	116700500	62
57	1400350	690	31975250	118600750	57
58	2750000	510	34750150	94750655	42
59	2500350	575	32358100	100500575	52
60	1475250	608	29100350	90670663	51

Number of cases read: 60 Number of cases listed: 60

Keterangan :

Nomor 1 s/d 60 adalah timbulnya piutang dari tahun 1995 sampai dengan tahun 1999 dengan rincian sbb. :

- No. 1 – 12 yaitu timbulnya piutang dari bulan Januari, Februari s/d Desember pada tahun 1995.
- No. 13 – 24 yaitu timbulnya piutang dari bulan Januari, Februari s/d Desember pada tahun 1966.
- No. 25 – 36 yaitu timbulnya piutang dari bulan Januari, Februari s/d Desember pada tahun 1997.
- No. 37 – 48 yaitu timbulnya piutang dari bulan Januari, Februari s/d Desember pada tahun 1998.
- No. 49 – 60 yaitu timbulnya piutang dari bulan Januari, Februari s/d Desember pada tahun 1999.

Yang kesemuanya pada tahun 2000 menjadi piutang ragu-ragu.

LAMPIRAN 2 : Data Sekunder, Piutang Ragu-ragu, HariRawat, Pendapatan Kamar Operasi, Pendapatan Farmasi dan Jumlah Pasien Rawat Inap dalam bentuk logaritma.

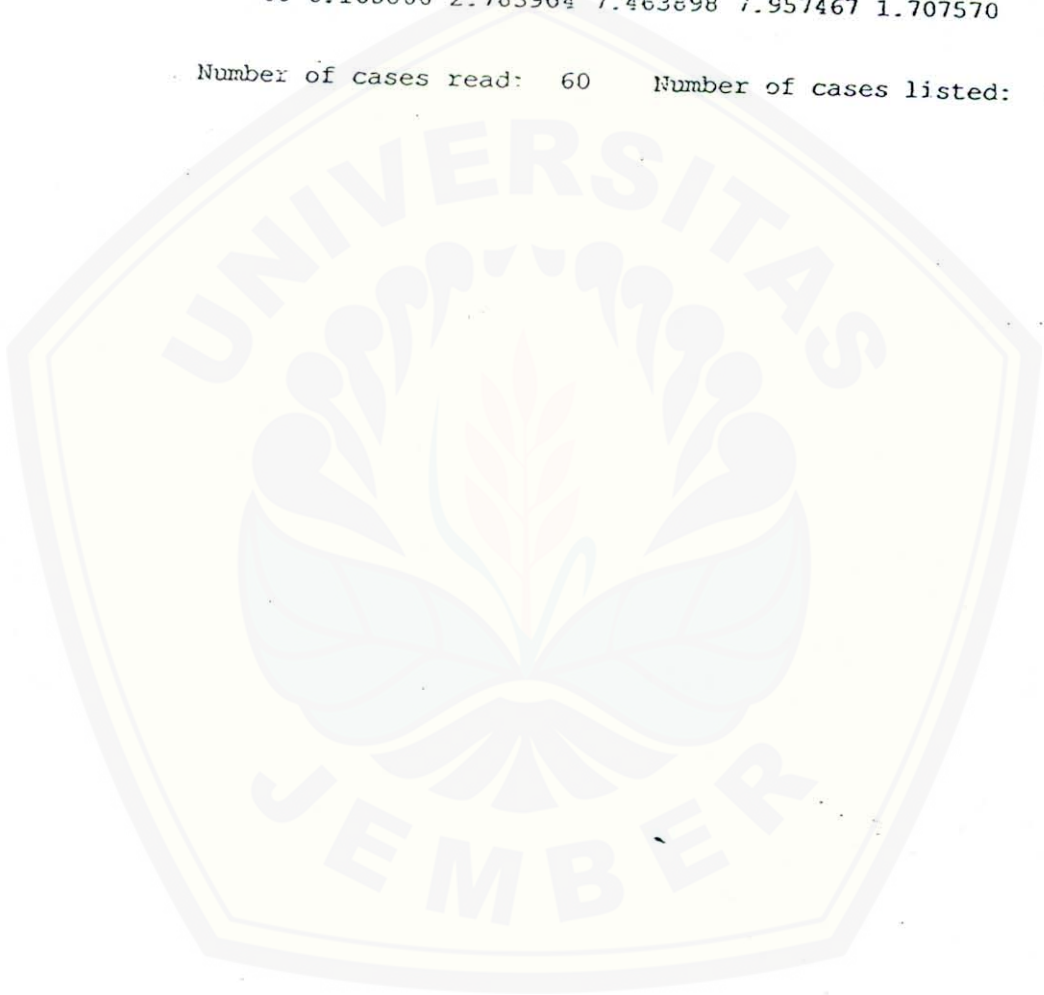
12 Aug 00 SPSS for MS WINDOWS Release 6.0

	LOGPT	LOGHR	LOGPKO	LOGPF	LOGJPRI
1	5.813414	2.843855	6.977986	7.574040	1.763428
2	5.845408	2.876218	7.070047	7.610130	1.832509
3	5.759668	2.916454	7.123368	7.655623	1.875061
4	5.916717	2.943495	7.105527	7.675781	1.740363
5	5.875061	3.021189	7.109756	7.700277	1.845098
6	5.860488	2.894870	7.039434	7.665120	1.778151
7	5.944483	2.921686	7.130350	7.719333	1.880814
8	5.919340	2.911158	7.179412	7.682603	1.707570
9	5.889526	2.880814	7.197283	7.659448	1.838849
10	5.942355	2.994757	7.141464	7.719394	1.690196
11	5.966142	2.908485	7.166588	7.721048	1.732394
12	5.916454	2.916980	7.187194	7.616481	1.838849
13	5.875351	2.877947	7.155360	7.624803	1.799341
14	5.908485	2.916454	7.106701	7.687976	1.875061
15	5.889582	3.010724	7.117275	7.679886	1.924279
16	5.916717	3.062582	7.273005	7.732801	1.857332
17	5.954339	2.989005	7.108928	7.685743	1.845098
18	5.796401	2.908485	7.221429	7.676695	1.832509
19	5.839164	2.946943	7.382921	7.741546	1.903090
20	5.863323	2.984527	7.195018	7.625314	1.903090
21	5.880814	2.959041	7.258877	7.544074	1.785330
22	5.913946	3.023252	7.258592	7.600850	1.819544
23	5.832509	2.913814	7.342533	7.715593	1.799341
24	5.850830	2.959041	7.337468	7.708995	1.845098
25	5.892095	2.860338	7.311764	7.706504	1.778151
26	5.916454	2.851258	7.357086	7.824452	1.740363
27	6.267172	3.080987	7.561104	7.981641	1.851258
28	5.778513	2.905796	7.393587	7.817737	1.792392
29	6.079181	3.002166	7.419131	7.798310	1.857332
30	6.146144	3.045323	7.449944	7.896803	1.838849
31	5.845098	2.975432	7.304275	7.764550	1.681241
32	6.130575	2.993436	7.447159	7.844166	1.740363
33	6.176091	2.902003	7.429348	7.851108	1.653213
34	6.295567	3.077368	7.472429	7.837273	1.875061
35	6.397940	3.043362	7.507189	7.966146	1.792392
36	5.861146	2.904174	7.252853	7.698542	1.826075
37	5.929674	2.890980	7.309630	7.937039	1.778151
38	5.903361	2.951823	7.345587	6.953037	1.875061
39	5.924279	2.966142	7.381129	7.994980	1.875061
40	6.000000	3.031408	7.505354	8.099543	1.886491
41	5.966376	2.986772	7.348310	7.992933	1.908485
42	5.977724	2.980003	7.306539	7.985213	1.897627
43	6.041393	3.047275	7.480799	8.064646	1.845098
44	6.021189	3.023252	7.462163	8.099922	1.908485
45	5.991558	2.972203	7.414982	8.023911	1.924279
46	5.875061	2.948902	7.392269	7.966867	1.832509
47	5.906874	2.942008	7.291032	7.933921	1.826075
48	5.908887	2.973128	7.312539	7.985908	1.924279
49	6.000000	2.909556	7.354113	7.985222	1.792392
50	6.224144	2.875061	7.362673	7.972435	1.732394
51	6.130334	2.851258	7.454847	8.010725	1.770852

12 Aug 00 SPSS for MS WINDOWS Release 6.0

	LOGPT	LOGHR	LOGPKO	LOGPF	LOGJPRI
52	6.322219	2.921686	7.539705	8.106701	1.880814
53	6.190542	2.848189	7.585469	8.121396	1.851258
54	6.356217	2.916454	7.572876	8.122742	1.919078
55	6.204120	2.959041	7.587711	8.120739	1.919078
56	6.191730	2.835691	7.488558	8.067073	1.792392
57	6.146237	2.838849	7.504814	8.074087	1.755875
58	6.439333	2.707570	7.540957	7.976582	1.623249
59	6.398001	2.759668	7.509983	8.002169	1.716003
60	6.168866	2.783904	7.463898	7.957467	1.707570

Number of cases read: 60 Number of cases listed: 60



LAMPIRAN 3 : Analisis Regresi Berganda.

12 Aug 00 SPSS for MS WINDOWS Release 6.0

* * * * MULTIPLE REGRESSION * * * *

Listwise Deletion of Missing Data

Equation Number 1 Dependent Variable.. LOGPT

Block Number 1. Method: Enter LOGHR LOGPKO LOGPF LOGJPRI

Variable(s) Entered on Step Number

- 1.. LOGJPRI
- 2.. LOGPKO
- 3.. LOGHR
- 4.. LOGPF

Multiple R .77911
 R Square .60701
 Adjusted R Square .57843
 Standard Error .11241

Analysis of Variance

	DF	Sum of Squares	Mean Square
Regression	4	1.07347	.26837
Residual	55	.69498	.01264

F = 21.23822 Signif F = .0000

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
LOGHR	-.043578	.225854	-.019280	-.193	.8477
LOGPKO	.689711	.128724	.626771	5.358	.0000
LOGPF	.146494	.098471	.174914	1.488	.1425
LOGJPRI	-.476791	.236275	-.201723	-2.018	.0485
(Constant)	.797694	.897297		.889	.3779

End Block Number 1 All requested variables entered.

LAMPIRAN 4 : Analisis Durbin - Watson.

13 Aug 00 SPSS for MS WINDOWS Release 6.0

* * * * MULTIPLE REGRESSION * * * *

Equation Number 1 Dependent Variable.. LOGPT

Casewise Plot of Standardized Residual

*: Selected M: Missing

Case #	-3.0	0.0	3.0	LOGPT	*PRED	*RESID
1	.	.	.	5.813414	5.7423	.0712
2	.	.	.	5.845408	5.7845	.0609
3	.	.	.	5.759668	5.8077	-.0481
4	.	.	.	5.916717	5.8584	.0583
5	.	.	.	5.875061	5.8111	.0640
6	.	.	.	5.860488	5.7857	.0748
7	.	.	.	5.944483	5.8107	.1338
8	.	.	.	5.919340	5.9351	-.0157
9	.	.	.	5.889526	5.8861	3.4176E-03
10	.	.	.	5.942355	5.9123	.0301
11	.	.	.	5.966142	5.9125	.0537
12	.	.	.	5.916454	5.8778	.0386
13	.	.	.	5.875351	5.8708	4.5758E-03
14	.	.	.	5.908485	5.7940	.1145
15	.	.	.	5.889582	5.7788	.1107
16	.	.	.	5.916717	5.9394	-.0227
17	.	.	.	5.954339	5.8104	.1440
18	.	.	.	5.796401	5.9090	-.1126
19	.	.	.	5.839164	6.0077	-.1685
20	.	.	.	5.863323	5.8531	.0102
21	.	.	.	5.880814	5.9627	-.0819
22	.	.	.	5.913946	5.9459	-.0320
23	.	.	.	5.832509	6.0248	-.1923
24	.	.	.	5.850830	5.9984	-.1476
25	.	.	.	5.892095	6.0097	-.1176
26	.	.	.	5.916454	6.0654	-.1489
27	.	.	.	6.267172	6.1794	.0877
28	.	.	.	5.778513	6.0702	-.2916
29	.	.	.	6.079181	6.0597	.0195
30	.	.	.	6.146144	6.0940	.0522
31	.	.	.	5.845098	6.0506	-.2055
32	.	.	.	6.130575	6.1395	-8.8861E-03
33	.	.	.	6.176091	6.1671	9.0198E-03
34	.	.	.	6.295567	6.0949	.2006
35	.	.	.	6.397940	6.1636	.2343
36	.	.	.	5.861146	5.9380	-.0769
37	.	.	.	5.929674	6.0080	-.0783
38	.	.	.	5.903361	5.9906	-.0872
39	.	.	.	5.924279	6.0198	-.0955
40	.	.	.	6.000000	6.1165	-.1165

13 Aug 00 SPSS for MS WINDOWS Release 6.0

Casewise Plot of Standardized Residual

*: Selected M: Missing

Case #	-3.0	0.0	3.0	LOGPT	*PRED	*RESID
41	.	*	.	5.966376	5.9766	-.0102
42	.	*	.	5.977724	5.9475	.0302
43	.	*	.	6.041393	6.1163	-.0750
44	.	*	.	6.021189	6.0867	-.0655
45	.	*	.	5.991558	6.0238	-.0322
46	*	.	.	5.875061	6.0496	-.1746
47	.	*	.	5.906874	5.9612	-.0543
48	.	*	.	5.908887	5.9395	-.0306
49	.	*	.	6.000000	6.0377	-.0377
50	.	.	*	6.224144	6.0738	.1503
51	.	*	.	6.130334	6.1310	-6.6682E-04
52	.	.	*	6.322219	6.1475	.1747
53	.	*	.	6.190542	6.1995	-8.9365E-03
54	.	*	.	6.356217	6.1562	.2000
55	.	*	.	6.204120	6.1684	.0357
56	.	*	.	6.191730	6.1483	.0434
57	.	*	.	6.146237	6.1794	-.0331
58	.	.	*	6.439333	6.2734	.1659
59	.	.	*	6.398001	6.2030	-.1950
60	.	*	.	6.168866	6.1691	-2.7105E-04
Case #	0:.....:0			LOGPT	*PRED	*RESID

13 Aug 00 SPSS for MS WINDOWS Release 6.0

* * * * MULTIPLE REGRESSION * * * *

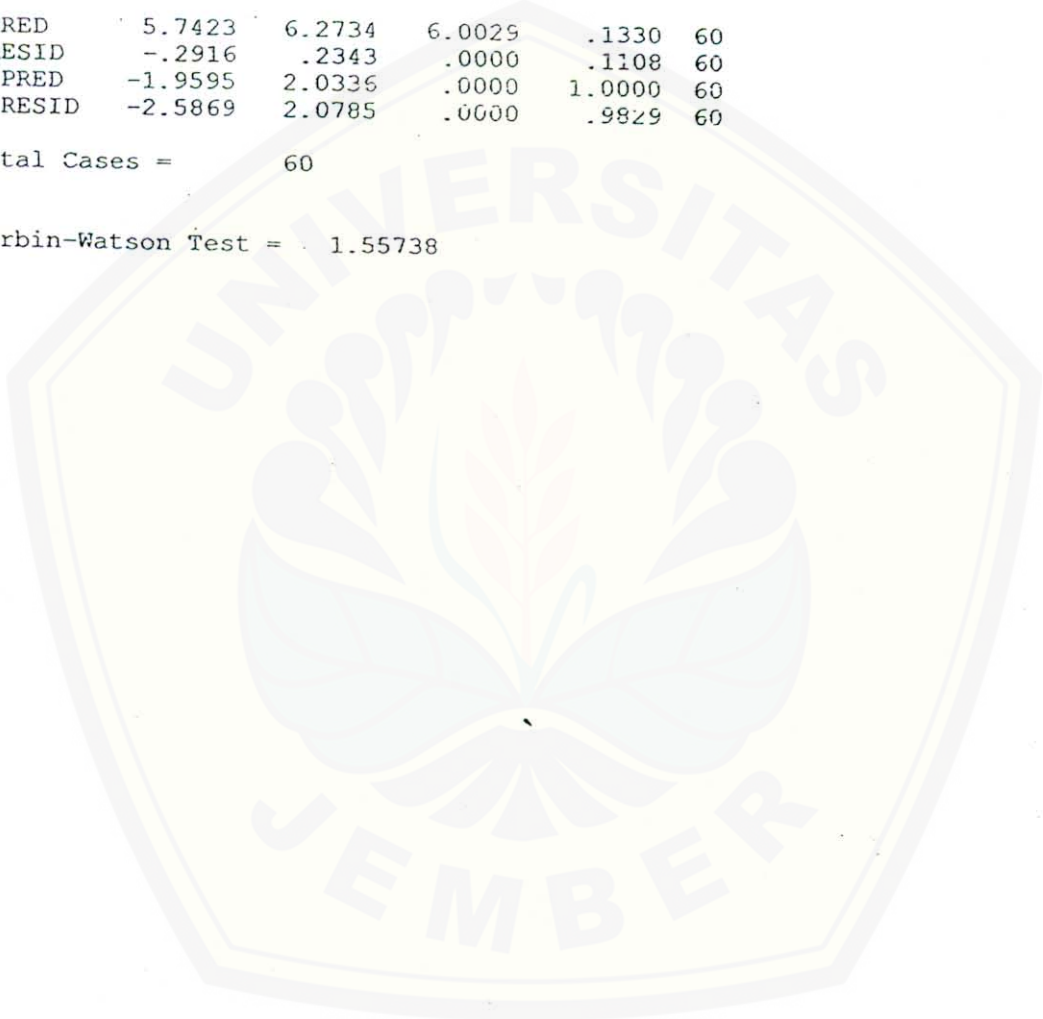
Equation Number 1 Dependent Variable.. LOGPT

Residuals Statistics:

	Min	Max	Mean	Std Dev	N
*PRED	5.7423	6.2734	6.0029	.1330	60
*RESID	-.2916	.2343	.0000	.1108	60
*ZPRED	-1.9595	2.0336	.0000	1.0000	60
*ZRESID	-2.5869	2.0785	.0000	.9829	60

Total Cases = 60

Durbin-Watson Test = 1.55738



LAMPIRAN 5 : Tabel t hitung.

Pr df	0.25	0.10	0.05	0.025	0.01	0.005	0.001
	0.50	0.20	0.10	0.05	0.02	0.010	0.002
1	1.000	3.078	6.314	12.706	31.821	63.657	318.31
2	0.816	1.886	2.920	4.303	6.965	9.925	22.327
3	0.765	1.638	2.353	3.182	4.541	5.841	10.214
4	0.741	1.533	2.132	2.776	3.747	4.604	7.173
5	0.727	1.476	2.015	2.571	3.365	4.032	5.893
6	0.718	1.440	1.943	2.447	3.143	3.707	5.208
7	0.711	1.415	1.895	2.365	2.998	3.499	4.785
8	0.706	1.397	1.860	2.306	2.896	3.355	4.501
9	0.703	1.383	1.833	2.262	2.821	3.250	4.297
10	0.700	1.372	1.812	2.228	2.764	3.169	4.144
11	0.697	1.363	1.796	2.201	2.718	3.106	4.025
12	0.695	1.356	1.782	2.179	2.681	3.055	3.930
13	0.694	1.350	1.771	2.160	2.650	3.012	3.852
14	0.692	1.345	1.761	2.145	2.624	2.977	3.787
15	0.691	1.341	1.753	2.131	2.602	2.947	3.733
16	0.690	1.337	1.746	2.120	2.583	2.921	3.686
17	0.689	1.333	1.740	2.110	2.567	2.898	3.646
18	0.688	1.330	1.734	2.101	2.552	2.878	3.610
19	0.688	1.328	1.729	2.093	2.539	2.861	3.579
20	0.687	1.325	1.725	2.086	2.528	2.845	3.552
21	0.686	1.323	1.721	2.080	2.518	2.831	3.527
22	0.686	1.321	1.717	2.074	2.508	2.819	3.505
23	0.685	1.319	1.714	2.069	2.500	2.807	3.485
24	0.685	1.318	1.711	2.064	2.492	2.797	3.467
25	0.684	1.316	1.708	2.060	2.485	2.787	3.450
26	0.684	1.315	1.706	2.056	2.479	2.779	3.435
27	0.684	1.314	1.703	2.052	2.473	2.771	3.421
28	0.683	1.313	1.701	2.048	2.467	2.763	3.408
29	0.683	1.311	1.699	2.045	2.462	2.756	3.396
30	0.683	1.310	1.697	2.042	2.457	2.750	3.385
40	0.681	1.303	1.684	2.021	2.423	2.704	3.307
60	0.679	1.296	1.671	2.000	2.390	2.660	3.232
120	0.677	1.289	1.658	1.980	2.358	2.167	3.160
∞	0.674	1.282	1.645	1.960	2.326	2.576	3.090

LAMPIRAN 6 : Tabel Durbin-Watson.

n	k' = 1		k' = 2		k' = 3		k' = 4		k' = 5	
	d _L	d _U	d _L	d _U	d _L	d _U	d _L	d _U	d _L	d _U
15	1.08	1.36	0.95	1.54	0.82	1.75	0.69	1.97	0.56	2.21
16	1.10	1.37	0.98	1.54	0.86	1.73	0.74	1.93	0.62	2.15
17	1.13	1.38	1.02	1.54	0.90	1.71	0.78	1.90	0.67	2.10
18	1.16	1.39	1.05	1.53	0.93	1.69	0.82	1.87	0.71	2.06
19	1.18	1.40	1.08	1.53	0.97	1.68	0.86	1.85	0.75	2.02
20	1.20	1.41	1.10	1.54	1.00	1.68	0.90	1.83	0.79	1.99
21	1.22	1.42	1.13	1.54	1.03	1.67	0.93	1.81	0.83	1.96
22	1.24	1.43	1.15	1.54	1.05	1.66	0.96	1.80	0.86	1.94
23	1.26	1.44	1.17	1.54	1.08	1.66	0.99	1.79	0.90	1.92
24	1.27	1.45	1.19	1.55	1.10	1.66	1.01	1.78	0.93	1.90
25	1.29	1.45	1.21	1.55	1.12	1.66	1.04	1.77	0.95	1.89
26	1.30	1.46	1.22	1.55	1.14	1.65	1.06	1.76	0.98	1.88
27	1.32	1.47	1.24	1.56	1.16	1.65	1.08	1.76	1.01	1.86
28	1.33	1.48	1.26	1.56	1.18	1.65	1.10	1.75	1.03	1.85
29	1.34	1.48	1.27	1.56	1.20	1.65	1.12	1.74	1.05	1.84
30	1.35	1.49	1.28	1.57	1.21	1.65	1.14	1.74	1.07	1.83
31	1.36	1.50	1.30	1.57	1.23	1.65	1.16	1.74	1.09	1.83
32	1.37	1.50	1.31	1.57	1.24	1.65	1.18	1.73	1.11	1.82
33	1.38	1.51	1.32	1.58	1.26	1.65	1.19	1.73	1.13	1.81
34	1.39	1.51	1.33	1.58	1.27	1.65	1.21	1.73	1.15	1.81
35	1.40	1.52	1.34	1.58	1.28	1.65	1.22	1.73	1.16	1.80
36	1.41	1.52	1.35	1.59	1.29	1.65	1.24	1.73	1.18	1.80
37	1.42	1.53	1.36	1.59	1.31	1.66	1.25	1.72	1.19	1.80
38	1.43	1.54	1.37	1.59	1.32	1.66	1.26	1.72	1.21	1.79
39	1.43	1.54	1.38	1.60	1.33	1.66	1.27	1.72	1.22	1.79
40	1.44	1.54	1.39	1.60	1.34	1.66	1.29	1.72	1.23	1.79
45	1.48	1.57	1.43	1.62	1.38	1.67	1.34	1.72	1.29	1.78
50	1.50	1.59	1.46	1.63	1.42	1.67	1.38	1.72	1.34	1.77
55	1.53	1.60	1.49	1.64	1.45	1.68	1.41	1.72	1.38	1.77
60	1.55	1.62	1.51	1.65	1.48	1.69	1.44	1.73	1.41	1.77
65	1.57	1.63	1.54	1.66	1.50	1.70	1.47	1.73	1.44	1.77
70	1.58	1.64	1.55	1.67	1.52	1.70	1.49	1.74	1.46	1.77
75	1.60	1.65	1.57	1.68	1.54	1.71	1.51	1.74	1.49	1.77
80	1.61	1.66	1.59	1.69	1.56	1.72	1.53	1.74	1.51	1.77
85	1.62	1.67	1.60	1.70	1.57	1.72	1.55	1.75	1.52	1.77
90	1.63	1.68	1.61	1.70	1.59	1.73	1.57	1.75	1.54	1.78
95	1.64	1.69	1.62	1.71	1.60	1.73	1.58	1.75	1.56	1.78
100	1.65	1.69	1.63	1.72	1.61	1.74	1.59	1.76	1.57	1.78

LAMPIRAN 7 : Matrik Korelasi

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPH

- 1. PT
- 2. X1
- 3. X2
- 4. X3
- 5. X4

Correlation Matrix

	PT	X1	X2	X3	X4
PT	1.0000				
X1	-.1352	1.0000			
X2	.7405	-.0034	1.0000		
X3	.5958	-.0437	.6902	1.0000	
X4	-.1789	.5260	.0351	.0625	1.0000

N of Cases = 60:0

Reliability Coefficients 5 items

Alpha = .6733 Standardized item alpha = .5975

LAMPIRAN 8 : Statistik Diskriptve

Regression

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
PT	6.0029102	.17312935	60
X1	2.9357374	.07659878	60
X2	7.3269720	.15733028	60
X3	7.8261007	.20671678	60
X4	1.8180274	.07324819	60

Correlations

		PT	X1	X2
Pearson Correlation	PT	1.000	-.135	.740
	X1	-.135	1.000	-.003
	X2	.740	-.003	1.000
	X3	.596	-.044	.690
	X4	-.179	.526	.035
Sig. (1-tailed)	PT	.	.152	.000
	X1	.152	.	.490
	X2	.000	.490	.
	X3	.000	.370	.000
	X4	.086	.000	.395
N	PT	60	60	60
	X1	60	60	60
	X2	60	60	60
	X3	60	60	60
	X4	60	60	60

Correlations

		X3	X4
Pearson Correlation	PT	.596	-.179
	X1	-.044	.526
	X2	.690	.035
	X3	1.000	.063
	X4	.063	1.000
Sig. (1-tailed)	PT	.000	.086
	X1	.370	.000
	X2	.000	.395
	X3	.	.318
	X4	.318	.
N	PT	60	60
	X1	60	60
	X2	60	60
	X3	60	60
	X4	60	60

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	X4, X2, X1, X3 ^a		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: PT

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.779 ^a	.607	.578	.11241022

Model Summary^b

Model	Change Statistics					Durbin-Watson
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.607	21.238	4	55	.000	1.676

a. Predictors: (Constant), X4, X2, X1, X3

b. Dependent Variable: PT

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1.073	4	.268	21.238	.000 ^a
	Residual	.695	55	1.264E-02		
	Total	1.768	59			

a. Predictors: (Constant), X4, X2, X1, X3

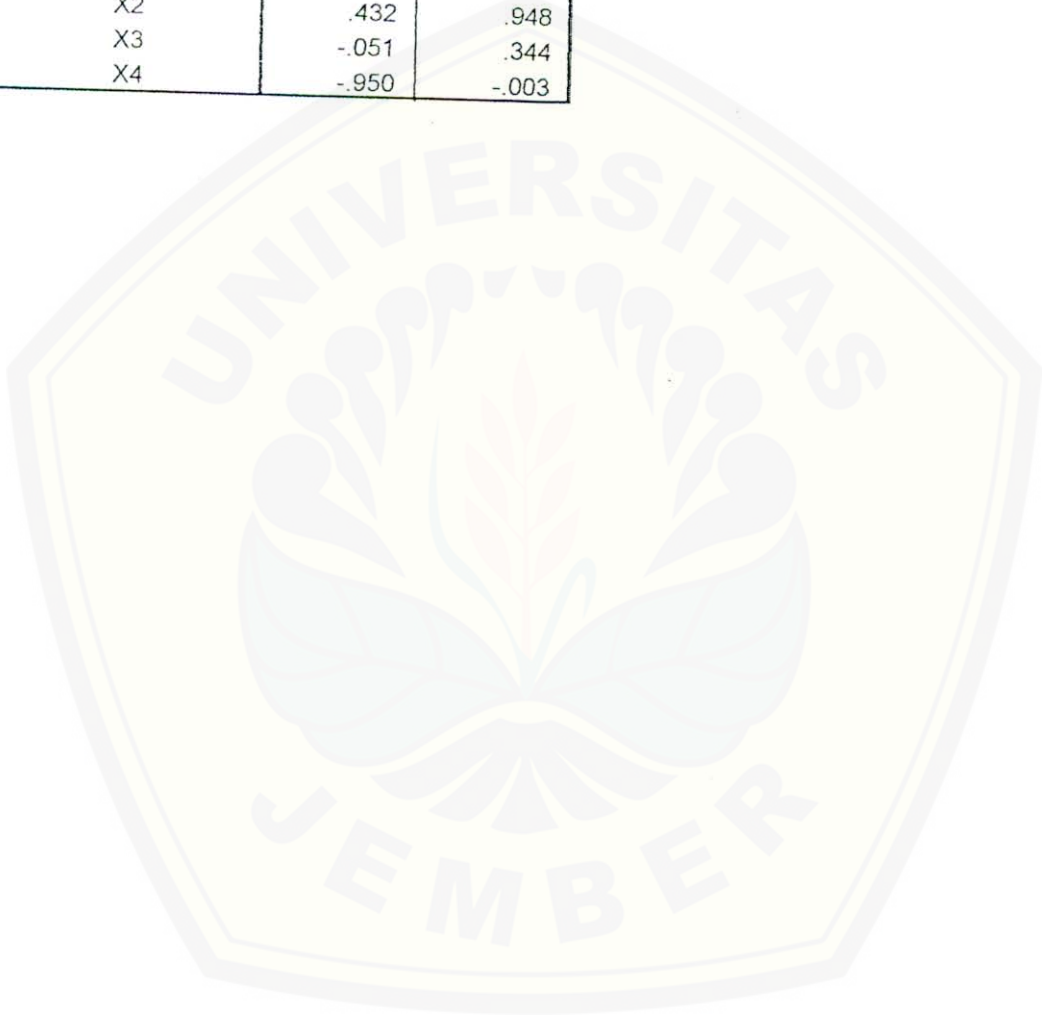
b. Dependent Variable: PT

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.798	.897		.889	.378
	X1	-4.358E-02	.226	-.019	-.193	.848
	X2	.690	.129	.627	5.358	.000
	X3	.146	.098	.175	1.488	.143
	X4	-.477	.236	-.202	-2.018	.048

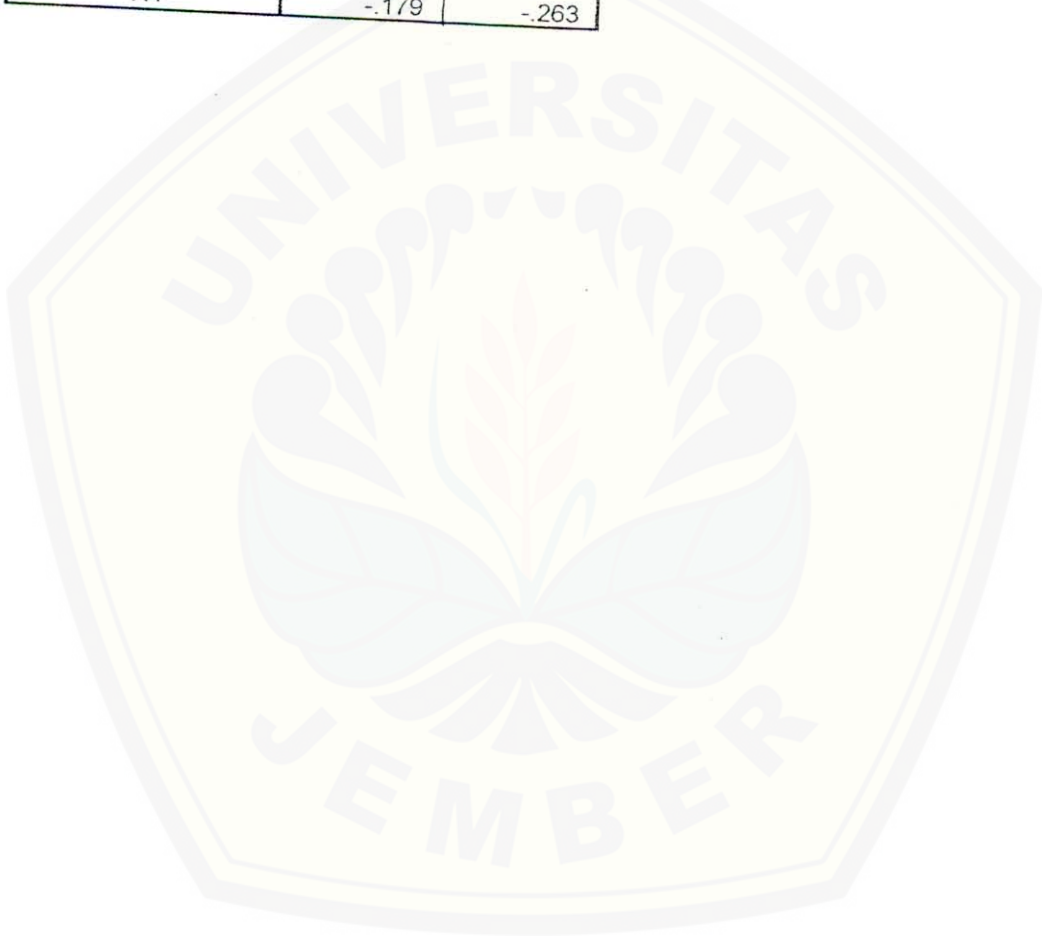
Coefficients^a

Model		95% Confidence Interval for B	
		Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	-1.001	2.596
	X1	-.496	.409
	X2	.432	.948
	X3	-.051	.344
	X4	-.950	-.003



Coefficients^a

Model		Correlations	
		Zero-order	Partial
1	(Constant)		
	X1	-.135	-.026
	X2	.740	.586
	X3	.596	.197
	X4	-.179	-.263



Coefficients^a

Model		Correlations	Collinearity Statistics	
		Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)			
	X1	-.016	.716	1.397
	X2	.453	.522	1.915
	X3	.126	.517	1.935
	X4	-.171	.715	1.399

a. Dependent Variable: PT

Coefficient Correlations^a

Model		X4	X2	X1	X3	
1	Correlations	X4	1.000	.036	-.531	-.098
		X2	.036	1.000	-.051	-.691
		X1	-.531	-.051	1.000	.100
		X3	-.098	-.691	.100	1.000
	Covariances	X4	5.583E-02	1.103E-03	-2.834E-02	-2.275E-03
		X2	1.103E-03	1.657E-02	-1.471E-03	-8.753E-03
		X1	-2.834E-02	-1.471E-03	5.101E-02	2.227E-03
		X3	-2.275E-03	-8.753E-03	2.227E-03	9.697E-03

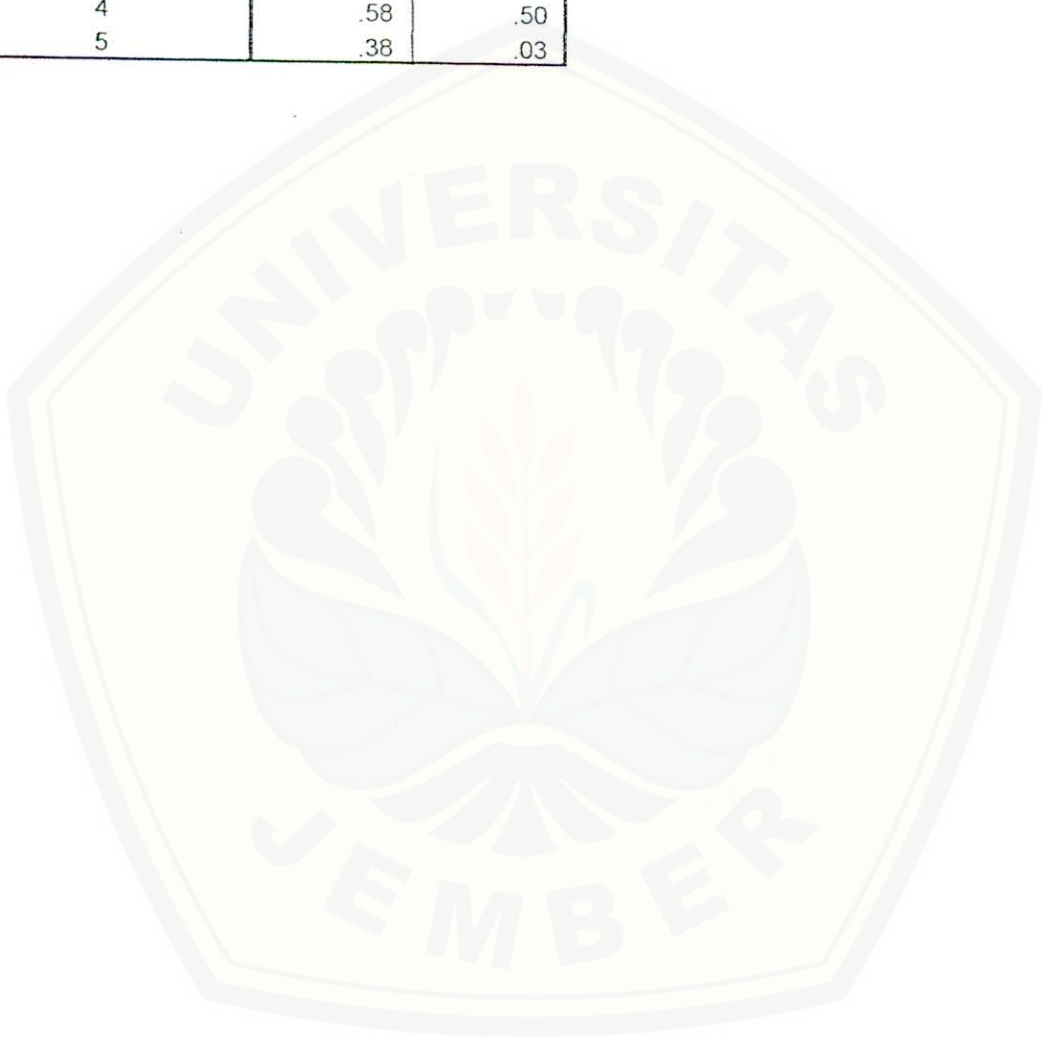
a. Dependent Variable: PT

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index
1	1	4.998	1.000
	2	1.423E-03	59.263
	3	5.368E-04	96.485
	4	2.128E-04	153.266
	5	1.522E-04	181.221

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Variance Proportions	
		(Constant)	X1
1	1	.00	.00
	2	.00	.02
	3	.04	.45
	4	.58	.50
	5	.38	.03



Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Variance Proportions		
		X2	X3	X4
1	1	.00	.00	.00
	2	.03	.05	.44
	3	.01	.10	.50
	4	.04	.44	.05
	5	.92	.41	.00

a. Dependent Variable: PT

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	5.7553220	6.2753539	6.0029102	.13488660	60
Residual	-.28264436	.24268366	.00000000	.10853283	60
Std. Predicted Value	-1.836	2.020	.000	1.000	60
Std. Residual	-2.514	2.159	.000	.966	60

a. Dependent Variable: PT

STRUKTUR ORGANISASI
RSU BHAKTI HUSADA - KRILILAN

