

LAMPIRAN 1

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Assalamualaikum Wr. Wb.

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta:

Nama : Nachtaya Bintang Irpawa

NIM : 20130310119

Bermaksud mengadakan penelitian dengan judul **“Hubungan Pengetahuan dengan Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri pada Petugas Penunjang Non Medis di RS PKU Muhammadiyah Gamping”**. Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, Saya mohon kesediaan Saudara untuk berpartisipasi dengan cara mengisi kuesioner berikut. Jawaban Saudara akan Saya jamin kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila Saudara berkenan mengisi kuesioner yang terlampir, mohon kiranya Saudara terlebih dahulu bersedia menandatangani lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*).

Demikianlah permohonan Saya, atas perhatian serta kerjasama Saudara dalam penelitian ini, Saya ucapkan terimakasih.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Peneliti,

(Nachtaya Bintang

Irpawa)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

.....

Umur :

.....

Jenis Kelamin :

.....

Alamat :

.....

Pekerjaan :

.....

Dengan ini menyatakan bersedia untuk menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh Nachtaya Bintang Irpawa (20130310119), mahasiswa Fakultas Kedokteran, Program Studi Kedokteran Umum Universitas Muhammadiyah Yogyakarta yang berjudul **“Hubungan Pengetahuan dengan Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri pada Petugas Penunjang Non Medis di RS PKU Muhammadiyah Gamping”**. Saya mengerti dan memahami bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif terhadap saya, oleh karena itu saya bersedia untuk menjadi responden pada penelitian ini.

Yogyakarta,.....2016

Responden

(
)

LAMPIRAN 2

LEMBAR KUESIONER RESPONDEN PENELITIAN MENGENAI PENGETAHUAN PENGGUNAAN APD

Data karakteristik responden

Nama :
 Jenis kelamin :
 Umur :
 Alamat :
 Pendidikan terakhir :
 Lama Kerja :
 Tempat Instalasi bekerja :

Petunjuk Pengisian:

Pilihlah salah satu jawaban yang dianggap paling tepat dan sesuai dengan pendapat anda dengan memberi tanda silang (x) pada jawaban yang tersedia.

1. Apakah yang dimaksud dengan Alat Pelindung Diri (APD)?
 - a. Alat yang dipakai pada saat melakukan banyak pekerjaan
 - b. Alat yang dipakai untuk melindungi dari bahaya dan kecelakaan kerja
 - c. Alat yang dipakai untuk mempermudah dalam bekerja
 - d. Alat yang dipakai pada pekerjaan tertentu saja

2. Apa tujuan penggunaan APD?
 - a. Melindungi petugas maupun pasien dari paparan yang dapat menyebabkan infeksi
 - b. Melindungi petugas maupun pasien dari paparan yang dapat menyebabkan inflamasi
 - c. Melindungi petugas maupun pasien dari paparan yang dapat menyebabkan cacat kongenital
 - d. Melindungi petugas maupun pasien dari paparan yang dapat mempercepat degenerasi

3. Alat Pelindung Diri digunakan untuk melindungi kulit dan selaput lendir petugas dari risiko pajanan tertentu. Di bawah ini manakah yang termasuk pajanan tersebut?
 - a. Darah, debu, dan semua jenis cairan tubuh pasien
 - b. Darah, sinar matahari, dan semua jenis cairan tubuh pasien
 - c. Darah, sekret, dan semua jenis cairan tubuh pasien
 - d. Darah, bau tidak sedap, dan semua jenis cairan tubuh pasien

4. Apa saja syarat-syarat APD?
 - a. Nyaman dipakai, harga mahal dan enak dipandang orang
 - b. Nyaman dipakai, harga mahal, dan tidak mengganggu sewaktu bekerja
 - c. Bentuknya bagus, tidak mengganggu sewaktu bekerja dan memberikan perlindungan yang efektif
 - d. Nyaman dipakai, tidak mengganggu sewaktu bekerja dan memberikan perlindungan yang efektif
5. Di bawah ini manakah yang merupakan dampak positif bila petugas selalu menggunakan APD selama bekerja?
 - a. Kemungkinan lebih mudah tertular penyakit
 - b. Kemungkinan tertular penyakit lebih besar
 - c. Kemungkinan tertular penyakit lebih kecil
 - d. Kemungkinan lebih rentan terhadap suatu penyakit
6. Manakah yang termasuk perilaku pengendalian risiko kecelakaan kerja untuk mencegah infeksi nosokomial yang terjadi pada petugas?
 - a. Penggunaan APD secara bergantian
 - b. Penggunaan APD jika menangani pasien dengan penyakit kronis
 - c. Penggunaan APD jika menangani pasien dengan penyakit akut
 - d. Penggunaan APD secara lengkap dan sesuai SOP
7. Di bawah ini, manakah yang termasuk APD di Rumah Sakit?
 - a. Topi, kaca mata pelindung, masker, sarung tangan, helm , gaun, sepatu
 - b. Topi, kaca mata pelindung, masker, sarung tangan, duk steril, gaun, sepatu
 - c. Topi, kaca mata pelindung, masker, sarung tangan, duk steril, apron, sepatu
 - d. Topi, kaca mata pelindung, masker, sarung tangan, apron, gaun, sepatu
8. Siapa saja yang harus menggunakan APD?
 - a. Petugas medis dan non medis
 - b. Hanya petugas medis
 - c. Hanya petugas non medis
 - d. Semua yang bekerja di rumah sakit
9. Bagaimana pemilihan jenis APD yang tepat untuk digunakan petugas?

- a. APD yang digunakan harus dalam keadaan baik (tidak rusak) dan sesuai dengan tindakan yang akan dilakukan
 - b. APD yang digunakan harus dalam keadaan baik (tidak rusak) dan harus seminimal mungkin
 - c. APD yang digunakan harus dalam keadaan baru dan sesuai dengan tindakan yang akan dilakukan
 - d. APD yang digunakan harus dalam keadaan baru dan harus seminimal mungkin
10. Apa yang harus dilakukan petugas kesehatan sebelum menggunakan sarung tangan?
- a. Langsung dipakai
 - b. Sarung tangan dicuci terlebih dahulu
 - c. Sarung tangan disterilkan terlebih dahulu
 - d. Cuci tangan
11. Apakah yang harus diperhatikan pada penggunaan sarung tangan?
- a. Menggunakan krim atau lotion berbasis minyak
 - b. Menggunakan ukuran sarung tangan yang lebih besar dari seharusnya
 - c. Menjaga kuku agar selalu pendek
 - d. Menggunakan cairan pelembab yang mengandung parfum
12. Apa kegunaan masker pada saat bertugas?
- a. Melindungi diri dari gangguan kesehatan pernafasan
 - b. Melindungi diri dari gangguan kesehatan pencernaan
 - c. Melindungi diri dari bau tidak sedap
 - d. Melindungi diri dari cedera
13. Bagaimana cara menggunakan masker dengan benar?
- a. Menutup seluruh bagian wajah, kecuali mata
 - b. Menutup hidung, mulut, dan bagian bawah dagu
 - c. Menutup mulut, hidung, dan sebagian daun telinga
 - d. Menutup mulut, hidung, dan leher
14. Apa APD yang paling baik dan benar yang digunakan untuk melindungi kaki dari cedera akibat benda tajam atau benda berat?
- a. Sepatu yang tidak lentur
 - b. Sepatu yang tembus air
 - c. Sepatu yang terbuat dari bahan lunak (kain)
 - d. Sepatu boot karet atau sepatu kulit tertutup

15. Apa APD yang digunakan untuk menghindari percikan darah atau cairan tubuh agar tidak mengenai mata sewaktu bertugas?
- a. Sarung tangan
 - b. Topi
 - c. Goggles
 - d. Masker

Lampiran 3

PEDOMAN WAWANCARA

Pedoman Wawancara untuk pihak manajemen

1. Bagaimana program mutu dijalankan di PKU Gamping?
2. Program mutu di PKU Gamping sudah berapa lama di implementasikan?
3. Apakah manajemen RS sudah menetapkan indikator mutu utk mengukur kinerja RS / departemen/ unitnya?
4. Indikator apa saja yang telah ditetapkan dari pihak manajemen?
5. Yang baru dilaksanakan hanyalah top down, sosialisasi per kepala unit dalam hal ini belum dilibatkan utk indikator?
6. Apakah indikator mutu yang ditetapkan sudah disosialisasikan kepada staff?

Pedoman wawancara untuk Indikator 1

7. Bagaimana dengan target angka obat yang kadaluwarsa? Lalu bagaimana pengadaan obat di RS?
8. Apakah sudah menggunakan efaktur? Lalu, bagaimana setelah pakai efaktur?
9. Bagaimana dengan kadaluwarsa alat-alat kesehatan? Berapa batasan waktunya.
10. Bagaimana proses mengecek persediaan obat di RS?
11. Bagaimana cara menghadapi obat yang mendekati kadaluwarsa?
12. Mengapa susah return?
13. Kira-kira ada usulan apa dari pak Joko untuk farmasi yang urgent dijadikan indikator supaya mutu pelayanan dari farmasi agar semakin baik?
14. Kalau dari formulariumnya sendiri sudah ada?
15. Usulan lain, selain kepatuhan dokter terhadap formularium utk indikator manajemen RS?
16. Kaitannya dengan akreditasi, bisa berapa banyak obat yang sampai kosong?
17. Apakah ada obat yang pernah sampai kosong?
18. Untuk restok obat perkiraan waktu untuk berapa lama?
19. Kalau antara koperasi dengan kerjasama perusahaan lebih murah mana?
20. PKU Gamping kan sudah bekerjasama dengan BPJS, apakah pengadaan Obat BPJS maka pengadaannya dari BPJS itu sendiri?

Pedoman wawancara untuk Indikator 2

21. Mengapa data RL 2 mengenai data karyawan belum ada?
22. Bagaimana sistem pelaporan SIRS di PKU Gamping?

Pedoman wawancara untuk indikator 4

23. Apakah yang dimaksud USG 4 Dimensi?
24. USG 4 Dimensi ini apakah merupakan fungsi utama dari USG atau bagaimana pak?
25. Apakah ada angka penggunaan usg 4D, apakah indikator penggunaan USG 4D ini bisa diterapkan di PKU Gamping?
26. Selama ini penggunaan USG 4D seberapa sering?
27. Jika indikator ini mau dipakai, apa saja kendalanya?
28. Indikator apa yang kira-kira lebih cocok digunakan utk unit radiologi?

Pedoman wawancara untuk indikator 8

29. Adakah Piutang PKU gamping selain JPKM, jamkesos DIY dan BPJS?
30. Apakah ada kesulitan dalam proses pencatatan atau perekapan data piutang?
31. bagaimana proses klaim piutang tersebut?
32. Jika ada kerugian dari tidak cairnya klaim, bagaimana?
33. Kalau dari segi SDM apakah ada kendala
34. Siapa / bagian mana saja yang terlibat dalam proses pencatatn piutang?
35. Siapa yang menagih piutang tersebut?
36. Apa rencana yang akan dilakukan agar proses pencatatan/ penagihan berjalan lancar?
37. Kalau dari bagian keuangan adakah peran yang bisa dilakukan untuk mengurangi terjadi nya kerugian RS
38. Apakah indikator jumlah piutang pihak ketiga yang tidak tertagih ini sudah sesuai untuk menilai kinerja manajemen keuangan?
39. Apakah piutang ini bisa menjadi indikator untuk menilai mutu?

LAMPIRAN 4

**Lembar Observasi Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
pada Petugas Penunjang Non Medis di RS PKU Muhammadiyah Gamping**

Unit Kerja/Instalasi:

No.	Nama Petugas	Tindakan	Alat Pelindung Diri (APD) yang digunakan												Alasan jika tidak menggunakan			
			Sarung Tangan		Topi		Sepatu		Masker		Gaun/Apron		Goggles		Tidak tahu	Tidak ada indikasi	Alat tidak tersedia	Buru-buru
			Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T				
1																		
Catatan:																		
2																		
Catatan:																		
3																		
Catatan:																		
4																		
Catatan:																		
5																		
Catatan:																		
6																		
Catatan:																		
7																		
Catatan:																		
8																		
Catatan:																		
9																		
Catatan:																		

Sumber: Falah (2014)

Lampiran 5

ANGKET KEPUASAN KARYAWAN

**KUESIONER KEPUASAN KERJA PEGAWAI
RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

I. IDENTITAS RESPONDEN

Nama	(boleh tidak diisi)
Tanggal Pengisian	
Jenis Pegawai	Dokter / perawat / penunjang medis / administrasi / umum
Unit Kerja	
Lama Kerja	
Jabatan	Direksi / Manajer / Supervisor / Koordinator / Pelaksana

II. KUESIONER KEPUASAN KERJA

Pilihan respon (dengan memberi tanda \surd)

SS : Sangat Setuju

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

NO	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
1	Kondisi lingkungan kerja nyaman dan menyenangkan				
2	Atasan membimbing saya, saat saya kesulitan dalam melaksanakan pekerjaan				
3	Lingkungan kerja bersih, tenang dan rapi				
4	Peluang mengembangkan kompetensi melalui pelatihan adil dan terbuka				
5	Konflik di lingkungan kerja dapat diselesaikan dengan baik				
6	Pengembangan karir jelas dan transparan				
7	Penghasilan yang saya terima memadai untuk memenuhi kebutuhan hidup				
8	Kebijakan pimpinan cukup adil dan mendukung kemajuan pegawai dan rumah sakit				
9	Jaminan kesehatan yang diberikan untuk pegawai dan keluarga cukup baik				
10	Jabatan saya saat ini sudah sesuai dengan kemampuan yang saya miliki				
11	Atasan menerima dengan positif masukan yang saya sampaikan.				
12	Saya bersyukur RS memberikan hak saya sebagai tenaga kerja dengan mengikutsertakan saya pada program Jamsostek/BPJS Ketenagakerjaan.				
13	Atasan bisa menjadi role model/tauladan bagi saya				

14	Saya mendapat kesempatan yang sama dengan pegawai lain untuk mendapatkan promosi				
15	Kalau saya bekerja ditempat lain, penghasilan saya belum tentu lebih besar dengan yang saya terima saat ini				

III. KUESIONER KEGAIRAHAN KERJA

NO	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
1	Saya selalu bersemangat mengerjakan tugas selama dinas di RS PKU Muhammadiyah Yk				
2	Saya ingin berprestasi di bidang pekerjaan saya				
3	Ada kerjasama yang harmonis antar pegawai di rumah sakit				
4	Ada kerjasama yang harmonis antara pegawai dengan pimpinan				
5	Saya berusaha menyelesaikan pekerjaan tepat waktu dan tanggungjawab				
6	Pegawai berprestasi mendapatkan penghargaan yang setimpal				
7	Saya selalu paham dan bersemangat untuk mendukung program rumah sakit				
8	Saya selalu mentaati tata tertib rumah sakit				
9	Saya melaporkan tugas yang telah saya kerjakan pada atasan dengan penuh tanggungjawab				
10	Kedisiplinan yang diterapkan rumah sakit tidak memberatkan				
11	Pekerjaan saya menarik dan menyenangkan				
12	Saya siap bekerja maksimal untuk kemajuan rumah sakit				
13	Saya mematuhi SOP/prosedur yang berlaku dalam menjalankan pekerjaan saya				
14	Saya bersikap ramah kepada pengunjung rumah sakit walaupun sedang sedih/kesal/galau				
15	Saya percaya para pimpinan bisa membawa RS PKU Muh Yk menjadi RS yang maju dan sejahtera				

Lampiran 6

TRANSKRIP WAWANCARA

Wakil Direktur RS PKU Muhammadiyah Unit II

dr. Ekorini

T: Bagaimana program mutu dijalankan di PKU Gamping?

J: Belum ada tim mutu tersendiri. Masih menjadi 1 dalam pokja pmkp. Unsur-unsurnya : pmkp, keselamatan pasien, PPI. untuk Program pmkp : Keselamatan pasien dilakukan dengan sosialisasi dan pelatihan keselamatan pasien serta Evaluasi : Dilakukan sebelum pelatihan. Keliling di tiap bangsal lalu implementasi keselamatan pasien. Hasil pelatihan akan dievaluasi pada bulan Sep-Okt.

Untuk PPI , yaitu pencegahan infeksi : misal Kesadaran kepatuhan cuci tangan, penggunaan APD terutama APD dasar (masker, sarung tangan, sandal).

Health care association : dengan sosialisasi surveilance. Misal : angka kejadian di infus → flebitis, Operasi → SSI, Kateter → ISK.

Surveillance belum bisa dilakukan., IPCM : Infection Prevention and Control Nurse dilakukan dengan menjalankan tugas yaitu keliling utk cek sampah medis, kontrol jarum suntik safety box. Yang memerlukan analisis belum dilakukan : Pola kuman, sensitivitas antibiotik. masih ke arah promotif preventif sederhana.

Untuk aspek mutu dilakukan dengan peningkatan mutu, pencapaian target, pelatihan. Pelatihan yang dilakukan pada komponen PPI, Patient Safety, BLS (tidak termasuk mutu yang dimaksud PMKP), K3. Sedangkan pelatihan kebencanaan belum karena tidak terkait PMKP.

T: Program mutu di PKU Gamping sudah berapa lama di implementasikan?

J: Program mutu pada aspek PPI, yaitu Pelatihan Patient Safety dan PPI baru dilaksanakan November 2014. Sebelumnya evaluasi terlebih dahulu. Surveillance : dilakukan dengan cara sosialisasi kepala ruangan. Mutu dalam arti klinis dan manajemen belum ditetapkan dan belum banyak dikerjakan. Lebih banyak ke arah klinis. Misal : surat harus ada tanggapan dlm berapa hari, dll.

T: Apakah manajemen RS sudah menetapkan indikator mutu utk mengukur kinerja RS / departemen/ unitnya?

J: Idealnya, indikator mutu mulai dari unit yang mengusulkan melalui proses yang panjang. Unit belum mengusulkan tapi punya angka. Cth : farmasi (stok obat, obat yang rusak dalam persen) punya ukuran mutu tapi belum dijadikan ukuran mutu. Belum disahkan oleh direktur , tapi sudah disusun.

T: Indikator apa saja yang telah ditetapkan dari pihak manajemen?

J: Indikator mutu yang ditetapkan ada 10 area klinis, 9 area manajemen (seharusnya 11 klinis, 9 manajemen, 5 international library nisearch). 5 indikator library salah 1 nya, penggunaan trombolitic agen pada stroke infark. Dalam 3 jam berapa persen.

T: Yang baru dilaksanakan hanyalah top down, sosialisasi per kepala unit dalam hal ini belum dilibatkan utk indikator?

J: Belum dilibatkan karena menunggu disetujui direktur. Selama ini kita mengambil beberapa contoh dari RS, kemudian dipilih sendiri oleh tiap unit. Misal : unit lab memilih angka kejadian ambil darah ulang, dll. Radiologi ttg foto ulang, salah identitas.

T: Apakah indikator mutu yang ditetapkan sudah disosialisasikan kepada staff?

J: Belum, akan disosialisasikan setelah disahkan oleh direktur.

WAWANCARA DENGAN BAGIAN FARMASI

tentang Indikator 1 Angka Obat yg mencapai Kadaluarsa

T: Bagaimana dengan target angka obat yang kadaluarsa? Lalu bagaimana pengadaan obat di RS?

J: Targetnya dibawah 1% lalu direvisi agar tidak digunakan lagi. Sesuatu hal yang mustahil. Dengan adanya beberapa perubahan kebijakan eksternal, mencoba menyesuaikan diri. Mengapa kita tidak mencoba utk 0% Expired datenya karena utk kebijakan secara eksternal dari PBF atau distributor menerapkan efaktur (kebijakan dari pemerintah) artinya ketika RS membeli obat ke PBF dari pihak PBF langsung menginput faktur pembelian dan pajaknya sehingga data akan langsung tersimpan di dirjen pajak. Setelah faktur diterima, maka RS akan menginput ulang. Data akan dicocokkan dari PBF dan data dari RS tersebut.

T: Lalu, bagaimana setelah pakai efaktur?

J: Ketika sudah jaman efaktur, kalau misalnya ada obat yang sudah mencapai kadaluarsa maka proses returnnya akan sulit. Selain itu, dari sisi ekonomis, merugikan pihak RS sehingga \pm 3 bulan sebelum expirednya sudah ditarik dari pemasaran dan disosialisasikan ke sejawat (red. Dokter) terutama obat.

T: Bagaimana dengan kadaluarsa alat-alat kesehatan? Berapa batasan waktunya.

J: Sedangkan utk alat kesehatan, beberapa alkes yg expired cth volley kateter, ET (endotrakheal tube) sekarang sudah ada sterilisasi alat dengan gas EO (ethylen oxide). Sudah dikonfirmasi ke CSSD bisa di sterilkan ulang menggunakan gas EO sehingga tadinya expired menjadi tidak expired. Batasannya \pm 3-5 tahun, selama masih asli dalam kemasan masih bisa di sterilisasi ulang.

T: Bagaimana proses mengecek persediaan obat di RS?

J: Utk pemantauan perbekalan farmasi di ruangan, maksimal 3 bulan akan ditarik dari ruangan-ruangan. 1 bulan sekali dicek bagian farmasinya sampai dicek juga expired datenya, kualitas obat serta alat kesehatan tsb. Cth : di OK, ada beberapa ET bayi yang sudah expired karena kasusnya jarang ada jadi jarang dipakai alatnya (akan tetapi harus disediakan sebagai standar pelayanan walaupun jarang terpakai), sehingga solusinya alat tersebut bisa disterilisasi ulang oleh CSSD. Utk alat kesehatan relatif bisa disterilkan ulang. Utk obat di inventaris lalu yang akan expired di tarik.

T: Bagaimana cara menghadapi obat yang mendekati kadaluwarsa?

J: Bisa juga dibuatkan tembusan manajemen ke direktur, misalnya direktur memperbolehkan katakanlah Brand A sudah jarang keluar kan tetapi sudah mendekati ED, utk menghabiskan stok Brand A walaupun resepnya Brand B bisa diganti Brand A yang akan expired. Supaya tidak merugikan RS ketika expired, secara administrasi juga susah returnnya.

T: Mengapa susah return?

J: Kalau uang sudah masuk ke administrasi negara katakanlah obat, misal 3 tahun kedepan, ternyata sampai expired tinggal 30 tablet, seharusnya dikembalikan ke pemerintah sehingga pemerintah bisa bayar 30% ganti rugi ke RS. Akan tetapi karena sebelumnya RS sudah bayar ke pemerintah sehingga dari pihak PBF meminta kalau bisa jangan sampai expired soalnya kalau expired akan susah di retur/ dikembalikan.

Sekarang tidak bisa “berbohong” lagi. Faktur pajak sekarang sudah tidak manual sehingga dirjen pajak mengetahui berapa kebutuhan RS selama 1 bulan sekian M, pajaknya berapa, kalau tidak sesuai dengan pajak pembelian ke PBF maka RS akan kena audit.

Maka salah satu cara untuk mengantisipasi terjadi retur yang ketika pajak sudah dibayarkan, suatu saat harus retur dan belum tentu returnnya bisa cepat, dilakukan inventaris barang/ obat per 1 bulan sekali.

T: Kira-kira ada usulan apa dari pak Joko untuk farmasi yang urgent dijadikan indikator supaya mutu pelayanan dari farmasi agar semakin baik?

J: Ini bisa dikaitkan dengan mengapa kita mencoba mengganti indikator pertama supaya kita 0%.

Bisa diganti dengan persentase kesesuaian penulisan resep terhadap formularium.

Formularium itu disusun dan itu menjadi syarat wajib bagi RS harus menunjang formularium. Karena formularium merupakan acuan utama obat dan alkes yang ada di RS.

Jadi kalau misalnya sudah dibuatkan formularium akan tetapi banyak dokter yang tidak patuh terhadap formularium, dari farmasi akan kesulitan. Misal brand A ditulis brand B, suatu saat pasti brand A akan expired karena tidak pernah keluar dari stok.

Harapannya jika sudah tertera di formularium maka hukumnya wajib ditulis. Kalau obat-obat yang tertera di formularium itu dituliskan oleh sejawat dokter maka dari segi farmasi akan lebih enak, misalnya dari segi pengadaan lebih terencana, untuk MoU dengan pemasok. Harapannya ketika ada MoU dari pemasok, farmasi mendapatkan harga yang kompetitif, kemudian ketersediaan barang walaupun nanti sempat stok out tapi kita adalah prioritas utama sehingga nanti dari pemasok bisa dipinjamkan dari cabang lain yang mungkin masih ada stoknya.

Ketiga, untuk pemantauan akan lebih mudah dalam artian selama masih patuh terhadap formularium maka bisa diperhitungkan. Beli obatnya berapa, sisa berapa. Kalau tertib seperti itu maka akan lebih enak. Kendalanya sejawat dokter susah diatur.

Farmasi akan membuat rambu-rambu, jika ada obat yang diresepkan diluar formularium tanpa konfirmasi ke farmasi maka bisa diganti. Misal : vitamin suplemen. Sudah dicoba usulkan ke manajemen, kalau tidak seperti itu nanti sedikit-sedikit dari farmasi akan konsul ke dokter tentang obat yang diresepkan.

Tugas dari PFT (Panitia Farmasi Terapi) adalah sosialisasi formularium yang ada di RS. Kendalanya bisa juga dokter pengganti / dokter tamu yang belum membaca formularium, meresepkan obat yang belum ada di formularium dan ketika disodorkan tentang formularium obat belum tentu dibaca oleh beliau. Formularium diadakan supaya tidak memanjakan dokter, sedikit-sedikit obatnya harus diadakan. Hal ini diupayakan agar pelayanan tetap jalan, baik dari sisi pasien maupun farmasi.

Kalau dari sisi pasien, dibayangkan obatnya sudah tersedia, sesuai dengan yang tertera di formularium maka akan cepat melayaninya. Jika obatnya tidak sesuai formularium, maka dari farmasi harus konsul terlebih dahulu dengan sejawat dokter utk mengganti obatnya. Kadang juga konsul via telepon tidak diangkat oleh dokternya menjadi salah satu kendala pasien menunggu lama.

T: Kalau dari formulariumnya sendiri sudah ada?

J: Sudah, sudah ada. Edisi I april 2015. Dicoba direvisi ulang. Revisi formularium \pm 1 tahun sekali. Ada kriteria obat masuk dan obat keluar. Tetapi nanti revisinya tidak begitu banyak. Bisa dalam bentuk sisipan, kalau misalnya tidak banyak obat yang masuk. Dalam era jaminan negara, dari sisi pengelolaan obat menjadi “lebih mudah” karena hampir sama obatnya. Generik semua. Walaupun brandednya beda, isinya sama. Tinggal memperhitungkan 15% market share untuk obat-obat yang branded tersebut.

Tahun 2009 MoU dengan 3 pabrik farmasi besar, dengan Kalbe, Sanbe dan Pharos. Keuntungannya kerjasama dengan 3 pabrik itu lebih enak. Dari sisi pengadaan obat, pihak farmasi fokus. Misal generik A, dari branded yang ada dari 3 pabrik itu diambil dan dikelola sendiri oleh farmasi.

Misal tiga2nya punya antibiotik ceftriaxone, tapi kebijakan internal, antibiotik hanya 2 yang boleh branded, tidak boleh 3 maka salah 1 dari 3 PBF tersebut harus mengalah. Dilihat sejarahnya, dari 3 PBF tersebut siapa yang pertama kali masuk ke RS, yang mengadakan kerjasama, itu yang diutamakan brandednya / obat patennya. Dalam hal ini pharos kalah karena PBF tersebut yang terakhir masuk mengadakan MoU dengan RS. Hal ini dilakukan supaya bisa berjalan dengan baik, dari segi obat generik maupun patennya. Karena kerjasama hanya dengan 3 PBF itulah, selama ini belum ada obat yang sampai expired.

Bayangkan jika kerjasama dengan banyak pabrik obat, urusannya ribet kemudian mengakomodir dari formularium juga harus ada kebijakan. Kalau yang diterapkan di PKU Gamping, khusus analgesik dan antibiotik, kebijakan formulariumnya 1 generik 2 branded. Semua bisa pakai. Diluar itu hanya 1 branded, 1 generik. Supaya tidak kacau. Hal ini dibuat agar sejawat dokter bisa patuh dan dari farmasi mudah untuk mengelolanya terutama dari sisi pengadaan, pengendaliannya. Kalau sekarang yang masih berjalan sekarang 3 PBF besar yaitu Sanbe, Interbat, dan Fahrenheit.

Ketika Kalbe dan Pharos tidak masuk, maka seleksi alam. Digantikan dengan yang baru. Kalau ada PBF yang keluar dari kerjasama RS misalnya Kalbe dan Pharos maka pihak Farmasi RS tidak mau memakai obat dari PBF tersebut, akan tetapi diganti dari PBF yang baru contohnya Interbat dan Fahrenheit. Tujuannya quality kontrol, jadi 1 PBF keluar, 1 PBF masuk menggantikan, jadi zero...

RS jangan sampai menambah PBF, karena market sharenya hanya 15% dari obat branded/paten. Dicoba dikelola dan ditekan, supaya bisa membuktikan hipotesis bahwa angka kadaluarsanya 0.

Untuk obat generik selama ini tidak masalah. Sebisa mungkin penggunaan obat branded dibatasi dari farmasi karena nilai kontribusinya tidak begitu besar.

T: Usulan lain, selain kepatuhan dokter terhadap formularium utk indikator manajemen RS?

J: Ada juga yang kaitannya dengan standar akreditasi yaitu persentasi obat stok out.

Di standar akreditasi, disarankan ada kontinuitas standar pelayanan termasuk di dalamnya adalah pelayanan pemberian obat. Jadi diatur mekanisme kalau obat sampai stok out. Apakah kerjasama dengan pihak ke 3 bisa juga membuat jejaring antar RS (kalau PKU Gamping jejaring RSnya dengan bethesda). Sehingga kalau ada stok out obat dari distributor utk PKU Gamping maka bisa diambilkan dari Bethesda. Kalau bethesda dengan panti rapih malah tidak ada kerjasama. Saling pinjam, kalau sudah ada stoknya baru dikembalikan.

T: Kaitannya dengan akreditasi, bisa berapa banyak obat yang sampai kosong?

J: Bisa lebih dari 1 obat, kaitannya dengan akreditasi akibatnya tertundanya pelayanan.

T: Pernah sampai kosong?

J: Pernah. Contoh : ceftriaxone dan cefo. Semua generik habis, kemudian ceftazidime juga pernah.

Sekarang yang habis furosemide injeksi, bahkan brandednya juga stok out.

Ada beberapa pabrik dan distributor yang mengambil kesempatan. Contoh kasus ab ceftri dan cefo, branded dijual dengan harga hampir sama dengan generik. Kalau kita berkecimpung di pengadaan obat, harus selalu ada antisipasi. Untuk obat-obat yang fast moving, sebenarnya bisa ditimbun katakanlah 50 obat yang fast moving ditimbun dalam kurun waktu 1 tahun akan tetapi kendalanya tidak ada tempatnya sehingga tidak bisa disimpan. **(26:06 part 1)**

Yaitu obat, formulariumnya punya. Dilihat catatan obat yang stock out. Ini usulan belum dijadikan tolak ukur dalam akreditasi.

T: Tambahan lain?

J: Banyak bahan yang utk di teliti, tapi karena fokusnya terhadap kelainan, belum di buat utk indikator manajemen. Hanya baru sebatas ide. Kaitannya untuk menunjang kontinuitas. Kadang kadang karena sekarang ini, pihak RS belum bisa menggunakan e-catalog padahal terkadang ada di e-catalog. Kendalanya kadang-kadang retime kita beda sama distributor. Order kira-kira datang 2 hari tapi ternyata datang di hari ke 3 sehingga tertundanya pelayanan.

Kita dengan PKU 1, berjarak 5 km tetapi ada distributor yang menganggap bahwa PKU Gamping itu sudah luar kota jadi terkadang pelayanan order obat yang stoknya kosong terhambat. Kadang PKU 1 sehari order sudah bisa, PKU Gamping butuh 2-3 hari baru diantarkan karena disetarakan dengan wates.

T: Untuk restok obat perkiraan waktu untuk berapa lama?

J: Ada beberapa klasifikasi. Kalau utk yang fast moving biasanya nimbun untuk kebutuhan 2 minggu.

Tapi yang sifatnya slow moving untuk kebutuhannya agak lama. Karena kalau nimbun ada 2 hal yang dipikirkan : bagaimana obat itu tidak sampai expired, dan juga tidak tertundanya pelayanan.

Rencana nanti proses seleksi dulu. Seleksi tu nanti dari formularium nanti kan ada misal 100 obat, tidak semua obat kita adakan. Istilahnya formularium kita buat kan berdasarkan data konsumsi tahun sebelumnya, nanti kan belum tentu sama dengan konsumsi tahun 2016. Tetapi itu untuk obat yang branded, kalau yang generik sepertinya trendnya sama semua.

Kemudian nanti untuk proses pengadaannya. Proses pengadaannya biasanya tender. Kita biasanya negosiasi harga. Negosiasi harga itu kita lihat koperasi. Ada namanya kumpulan koperasi yang dimiliki oleh kumpulan amal usaha milik muhammadiyah, jadi dia bersinergi, kemudian mencoba untuk negosiasi harga. Jadi harga itu nanti negosiasinya langsung ke distributor atau langsung ke pabriknya. Misal : RL dengan harga koperasi Rp 6500 tapi kalau tidak dengan harga koperasi lebih mahal. Kemudian ada juga yang misal kerjasama dengan PBF. Misal : Sanbe. Sanbe kalau pembelian biasa diskon 30%, tapi kalau kita kerjasama lebih lanjut diskonnya untuk beberapa item bisa sampai 35%.

T: Kalau antara koperasi dengan kerjasama perusahaan lebih murah mana?

J: Koperasi itu untuk barang-barang yang generik, misal kelainan-kelainan yang dijamin oleh pemerintah, sedangkan kerjasama dengan PBF gunanya untuk barang-barang yang branded.

Saya pernah dengar katanya mau ditetapkan e-katalog? Bagaimana itu pak?

E-katalog itu sudah, sudah berjalan sekarang, dan itu yang bisa hanya RS milik pemerintah. R-katalog itu nanti harganya sama meskipun berbeda-beda perusahaan. Misalkan, amoxicillin 100 rupiah, maka di semua perusahaan harganya akan sama.

Jadi, e-katalog bukan harga termurah melainkan harga yang diminta atau dinegosiasi kemenkes sehingga muncul harga tersebut, tujuannya agar pihak RS tidak terbebani dengan sistem JKN. Jadi dari RS tinggal mengikuti saja. Ada obat-obat yang elektronis sekitar 9-10 obat, karena obatnya perbulan maka tiap 20 hari bisa di klaimkan ke BPJS, dan itu murah banget, nah itu harganya harga e-katalog.

T: PKU Gamping kan sudah bekerjasama dengan BPJS, nah itu katanya kalau Obat BPJS maka pengadaannya dari BPJS itu sendiri?

J: Obatnya ya mengadakan sendiri, tetapi ya tadi dengan panduan e-katalog yaitu harganya yang di atur oleh e-katalog.

T: Kalau di RSUD, kalau obat kosong, katanya dari BPJS belum mengadakan obat gitu pak? Beda manajemen ya pak?

J: Mungkin beda. Kalau sistem kita ya tadi itu menganut sistem e-katalog. Kalau dari yang saya dengar RS milik pemerintah itu lebih kejam daripada RS Swasta, karena apa? Karena mereka seolah-olah dengan mudahnya melempar tanggungjawab padahal RS pemerintah seharusnya yang berkewajiban lebih tinggi untuk melayani masyarakat JKN.

Seharusnya RS pemerintah tarifnya dibedakan dengan tarif RS Swasta, makanya ini ada wacana pembaharuan tarif karena swasta itu swadana sedangkan pemerintah banyak mendapatkan bantuan. Istilahnya utk perincian dana semuanya dihitung kalau di RS Swasta.

WAWANCARA DENGAN BU BEKTI, Kepala Bagian Rekam Medik

tentang Indikator 2

T: Mengapa data RL 2 mengenai data karyawan belum ada?

J: Karena data karyawan masih bergabung jadi satu dengan RS PKU Yogyakarta

T. Bagaimana sistem pelaporan SIRS di PKU Gamping?

J: Pelaporannya pertahun, sementara ini hanya dikirimkan ke depkes sleman

WAWANCARA DENGAN BP. SUGENG

tentang Indikator 4

T: Apakah yang dimaksud USG 4 Dimensi?

J: Yang dimaksud USG 4 Dimensi, bagian dari diagnostik imaging yang dengan menggunakan gelombang suara berfrekuensi tinggi untuk mendapatkan gambaran bagian dari tubuh manusia. Khusus untuk 4 Dimensi jadi gambar yang ditampilkan itu bisa dilihat dari berbagai sisi dan bisa memperlihatkan sesuatu bagian tubuh itu secara bergerak.

T: USG 4 Dimensi ini apakah merupakan fungsi utama dari USG atau bagaimana pak?

J: Untuk USG 4D itu hanya sebagian dari fungsi alat USG yang ada disini. USG pada dasarnya ada 3 jenis yaitu 2D, 3D, 4D. Perbedaannya hanya pada hasil gambar yang ditampilkan. Kalau pada 2D tampilannya gambaran organ itu secara lintang saja. Perbedaan antara 3D dan 4D itu terletak pada, kalau 3D kesamaannya itu sama-sama kelihatan utuh seperti organ aslinya. Perbedaannya kalau 3D gambar yang tidak bergerak sedangkan 4D gambarnya bergerak. Seperti orang merekam video. Disamping bentuk tubuh sama-sama terlihat nyata, bedanya 3D tidak bergerak kalau yang satunya 4D sudah bisa untuk merekam gerak tubuhnya.

T: Pak sugeng sudah pernah lihat indikator ke 4 tentang angka penggunaan usg 4D, apakah indikator penggunaan USG 4D ini bisa diterapkan di PKU Gamping?

J: Menurut saya, indikator penggunaan USG 4D boleh dipakai tapi sebetulnya untuk usg 4D hanya salah satu bagian dari fungsi USG. seberapa penting indikator pemakaian 4Dnya, menurut saya kurang menunjukkan. Seharusnya malah seberapa banyak pemakaian pesawat USG AB 400, jadi tidak hanya untuk USG 4D saja. Bisa macam-macam sebetulnya.

T: Macam-macam itu yang seperti apa pak?

J: Bisa organ digestivus, bisa urologi, jadi dari kompetensi yang macam-macam. Kalau 4D biasanya yg dipakai kompetensinya dari obsgyn.

T: Selama ini penggunaan USG 4D seberapa sering?

J: Masih sangat jarang. Jadi belum tentu tiap bulan ada.

T: Kalau menurut pak Sugeng, jika indikator ini mau dipakai, apa saja kendalanya?

J: Tentunya untuk indikator seperti angka penggunaan USG 4D, kalau angka penggunaannya dalam 1 bulan belum jelas, apakah bisa dipakai untuk indikator? Nanti tidak ada data yang di ambil.

T: Menurut pak Sugeng indikator apa yang kira-kira lebih cocok digunakan utk unit radiologi?

J: Ada 3 indikator yang sudah kita jalankan / pantau :

1. Reject reading : angka pengulangan foto rontgen
2. Seberapa angka expertise dokter yang tidak terbaca. Seharusnya 100% semua foto dibaca.
3. Kesalahan penandaan marker, penandaan objek rontgen. Misalnya kanan-kiri.

T: Kalau 3 indikatornya ini dibuat sendiri oleh radiologi atau bagaimana?

J: Angka pengulangan foto standarnya dibawah 2%. Untuk bacaan rontgen seharusnya 100%. Kalau untuk kesalahan marker seharusnya 0%.

T: Ketiga indikator tersebut yang membuat darimana?

J: Dari unit radiologi sendiri. Jadi kita melakukan mutu pelayanan dari 3 sisi.

T: Bukan dari manajemen?

J: Kita buat tapi nanti kita laporkan ke manajemen. Memang baru mau diajukan. Sebelumnya memang sudah mendata tapi hanya di data saja untuk intern kita saja, misalnya angka pengulangannya tinggi dsb, hanya untuk evaluasi internal saja.

T: Berarti belum di berikan ke manajemen ya pak? Tapi sudah di terapkan?

J: Iya, mulai 2016 ini kita laporkan ke manajemen. Kita masukkan ke badan mutu.

T: Ada tambahan dari pak Sugeng?

J: Untuk saat ini kita sedang mencoba indikator lain yaitu kepuasan pelanggan baik eksternal maupun internal. Misalkan, ada pasien itu pelanggan eksternal. Kalau internal berarti dokter-dokter yang mengirim ke unit radiologi. Misal ada permintaan rontgen, seberapa kualitas gambarnya bagaimana, kecepatan permintaan layanannya seberapa, rencana rontgen.

WAWANCARA DENGAN BU MARDIYANI, KEPALA BAGIAN KEUANGAN

tentang indikator 8

T: Adakah Piutang PKU gamping selain JPKM, jamkesos DIY dan BPJS?

J: Selain itu, yang masih belum direkap saat itu ada piutang pasien umum, piutang pasien relasi swasta. Piutang pasien umum itu piutang pribadi, yaitu pasien yang mau pulang tapi belum ada uang sehingga sesuai aturan maka pasien meninggalkan 50% dari total biaya dengan jaminan bisa berupa KTP, BPKB hingga sertifikat tanah sesuai dengan jumlah biayanya. Semakin besar, agunan semakin yang berarti. Kalau hanya KTP untuk yang ringan, seperti dibawah 5jt. Relasi swasta contohnya seperti Pertamina. Kita dengan karyawan Pertamina ada MoU. Kemudian ada

inhealth, kemudian banyak sekali contohnya, puluhan. Lalu untuk sistem penagihannya, dalam sebulan 2 kali.

Kalau seperti JKN, JPKN, Jamkesmas, BPJS, sebulan sekali ditagih. Misalnya pelayanan dibulan oktober, maka dibulan November akan dikoding, disiapkan macam2nya lalu ditagihkan pada akhir bulan November, lalu desember baru uang diterima. Jadi proses dari pelayanan hingga klaimnya sekitar dua bulan lebih.

T: Apakah ada kesulitan dalam proses pencatatan atau perekapan data piutang?

J: PKU gamping masih dalam masa transisi untuk mandiri, sehingga secara sistem belum 100% bisa digunakan. Maksudnya sistem, kan proses piutang tidak manual melainkan dengan sistem. Artinya saat pasien pulang dia tidak bayar sudah ada record menjadi sebuah piutang. Dari pendaftaran di depan terjadi transaksi pasien tidak bayar, dia pribadi swasta atau BPJS. Dari pendaftaran pasien ditanya ikut asuransi, atau BPJS, dari depan sudah ditentukan. Begitu dia rawat inap lalu pulang, penetapan biaya nanti dia akan masuk ke akun piutang. Itu kan sudah otomatis semua, sudah disetting lewat sistem. Nanti di back office akan disorder menjadi piutang BPJS, umum atau relasi. Cuma yang menjadi masalah nanti bukan di pengklaiman, melainkan saat pelunasan karena kita masih 2 rumah sakit (RS PKU Yogyakarta dan RS PKU gamping). Uang masuk itu masih jadi satu Rekening dengan rumah sakit pku yogyakarta sehingga untuk recon agak kesulitan. Kemudian ada beberapa relasi swasta yang menagihkan disana. Kemudian pelunasan masih dalam satu bank sehingga yang agak susah memang di pelunasan itu.

Pelunasan itu di sistemnya, di pencatatannya. Jadi ada uang masuk, si A sudah mengirim melunasi piutang kan masuknya di rekening sana, satu bank. Itu kan harus dicocokkan, ini uang darimana. Punya PKU Yogyakarta atau gamping. Sehingga butuh waktu. Kita bisa sih minta ini dan sebagainya, Cuma akhirnya birokrasinya agak lama. Itu yang membuat kadang ribet di teknisnya. Jadi bukan pengakuan piutangnya, tapi pelunasannya. Pencatatan pelunasannya yang agak susah

T: Klaimnya bu?

J: Bukan klaim. Missal ketika si A sudah melunasi, kita harus memasukkan ke sistem bahwa si A sudah melunasi, di proses itu yang terkendala. Sehingga piutang yang missal tadinya satu juta, sudah ditagih dan dipenagihan tidak ada masalah. Si A sudah melunasi 1 juta dan uang masuk ke bank, tidak kita terima cash. Setelah masuk di bank, di cek sudah masuk sekian. Nah ini perlu dimasukkan ke sistem penerimaan uang/ kas. Ini harus diverifikasi, masuk catatan kita ada uang satu juta. Kemudian piutang akan kita kurangi sebesar satu juta, sehingga sudah tidak ada piutang satu juta karena sudah dilunasi. Nah proses inilah yang masih ribet untuk melunaskan.

T: Selain itu apa ada kesulitan lain, bu?

J: Masalah lain pada BPJS, tariff kita tidak sama dengan yang kita klaimkan. Missal yang opname klaimnya 10 juta, klaim dari BPJS 5 juta. Padahal pasien secara sistem itu ketika mondok dengan biaya 10 Juta langsung terekam dalam sistem dengan piutang 10 Juta. Padahal nanti ketika di klaimkan, karena sudah dikoreksi oleh verifikator BPJS yang sudah ada disini, yang 10 juta tadi hanya diganti 5 juta. Terus kita akan melayangkan surat penagihan 5 juta. Padahal dari awal sudah mengakui piutang 10 juta. Ketika ini dimasukkan ke sistem, maka akan ada selisih sehingga terjadi kerugian,

T: Lalu kerugian ini ga ada yang menanggung bu?

J: Tidak ada. PKU yang menanggung kerugian. Jadi BPJS pasien mendaftar. Kartu harus ada, syarat2 rujukan dan sebagainya dilengkapi. Di pendaftaran semua sudah di cek, lalu dia akan masuk ke pelayanan. rawat inap atau rawat jalan. Selesai dilayani pasien pulang. Ke bagian keuangan. Bagian keuangan akan memanggil register orang ini tadi, missal di register tagihannya 10 juta. Proses 10 juta ini, proses sebelum pulang akan dikoding oleh MR. sudah dicocokkan. Missal koding diagnosis nya appendicitis. Disini sudah ada sistem dari BPJS, NCC. Ternyata koding diagnosis Appendisit hanya diganti 5 juta. Nah nanti dari bagian sini akan mengecek, kenapa piutang nya 10 juta kenapa tagihannya Cuma 5 juta. Jadi itu nanti ribet di sistem. Mau di anggap sebagai kerugian, atau mau dianggap sebagai selisih biaya. Jadi di kami akhirnya di koding di laporan akuntansi sebagai selisih merugi BPJS.

T: Kalau dari segi SDM apakah ada kendala

J: Iya kalau dari segi SDM, sebenarnya masih kurang. Untuk saat ini kita di back office Cuma 4 orang. Padahal menangani tiap bulannya piutang dari BPJS saja sudah 3,5 M lebih, belum dari JPKM pemda sini itu sudah 15 M. Kemudian dari relasi swasta, dari pasien umum. Jadi sebenarnya memang kurang kalau dari SDM. Tapi sebenarnya kebutuhan SDM ini bisa diminimalkan ketika sistem ini sudah dilaksanakan 100%. Tapi ini sistem kan baru berjalan 50 %. Masih dievaluasi dan disesuaikan dengan kebutuhan

T: Siapa / bagian mana saja yang terlibat dalam proses pencatatn piutang?

J: Saat pasien datang, nanti ada mesin nomor urut. Ketika pasien mengambil nomor urut, nanti sudah ditentukan apakah pasien nanti masuk ke relasi, swasta, JKN, atau umum. Setelah mengambil nomor urut disini, dia akan kebagian pendaftaran dan relasi karena tempat duduknya jadi satu. Masing2 pasien ini sudah membawa berkas. Pasien akan dipanggil satu persatu oleh relasi, lalu berkas diteliti. Setelah memenuhi syarat, misalkan pasien BPJS. Kemudian berkas di scan, lalu berkas dikembalikan ke pasien. Lalu pasien selanjutnya ke bagian pendaftaran. Di pendaftaran berkasnya akan dicek lagi. Apakah kartu nya masih berlaku/ tidak. Setelah dinyatakan kartu masih berlaku, pendaftaran akan mencetak SEP. SEP dicetak, berkeas diterima, pasien akan dipersilahkan ke pelayanan baik ke poli atau rawat inap. Setelah pasien menerima pelayanan, perawat akan entry data. Misal si pasien periksa ke rawat jalan poli dalam, dengan tariff dokter sekian dengan resep obat yang ditulis oleh dokternya. Berkas ini tadi akan dikasihkan ke pasien, lalu pasien akan ke farmasi mengumpulkan resep. Setelah diterima farmasi, obat sudah disiapkan, terakhir pasien akan ke penetapan biaya untuk dibuatkan nota, karena pasien BPJS tidak bayar. Semua proses berlangsung dengan fasilitas IT.

Porses ini lah nanti dari membuat nota dan ambil obat sebagainya sampai pulang. Porses membuat nota tadi itu sudah diakui sebagai piutang. Masuk ke piutang secara otomatis. Misal hari ini terjadi transaksi, besok dicek. Di kroscek dengan berkas. Setelah semua selesai, kita generate, dan dimasukkan ke sistem. Kemudian nanti akhir bulan akan kita Tarik piutang nya berapa. Jadi jika seperti ini, unit mana yang terkait dengan piutang itu ya itu tadi alur nya sperti itu. Ada pendaftaran, relasi, pelayanan di depan, apotek, bagian keuanagn.

T: Yang menagih piutang nya darimana, bu?

J: Yang menagih nanti dari bagian keuangan, yang khusus mengurus piutang. Jadi bagian keuangan ada yang berfungsi sebagai kasir, ada yng berfungsi sebagai piutang untuk membuat surat tagihan

piutang ke relasi. Nanti sistem pembayarannya sebagian besar ditransfer, jadi kita tidak terima cash.

T: Apa rencana yang akan dilakukan agar proses pencatatan/ penagihan berjalan lancar?

J: Pertama kita akan rutin rapat koordinasi dengan unit terkait. Kemudian koordinasi untuk evaluasi sistem. Evaluasi sistem ini dari input data, proses, sampai outputnya. Apakah benar ketika input data di bagian layanan memasukkan data dokter misalkan periksa 55000, diproses di computer outputnya juga akan keluar 55000, ini kan juga harus dicek.

Kemudian kita juga akan evaluasi alur nya. Apakah sudah efektif, sudah sesuai. Kalau terlalu panjang birokrasinya apakah bisa diotong di bagian mana tanpa mengurangi tujuan pelayanan.

T: Kalau dari bagian keuangan adakah peran yang bisa dilakukan untuk mengurangi terjadinya kerugian RS

J: Kita sebenarnya ada beberapa agenda, cuma belum bisa kita lakukan. Yang pertama kita akan evaluasi tarif kita. Kita masih pakai fee for service, sementara kalau di INA CBG lebih cenderung ke paket. Jadi ini kalau di mix-kan tidak match. Antara fee for service dengan paket, jauh sekali. Karna untuk sampai sekarang, jasa dokter pun kita bayarnya dengan fee for servis. Artinya, klaim belum dibayar tapi jasa dokter sudah kita kasihkan. Karna kan layanan bulan oktober, pemeriksaan pasien bulan oktober nanti kalau bpjs itu kita tagihkan akhir November paling cepat, kita terima uangnya desember. Padahal, jasa dokter yang bulan oktober ini sudah dikasihkan di bulan November. Jadi akan kita buat rencana nya bukan sistem fee for service lagi. Tapi dengan sistem paket. Begitu juga dengan tarifnya nya, kita akan sedikit demi sedikit membuat tariff yang bentuknya paket. Seperti HD, itu kan sudah paket. Satu paket HD itu tariff kita 735 ribu, itu dari berapa paket INA CBG pengantiannya 832 ribu. Jadi kalau dari sistem paket item nya sudah jelas apa saja. Jadi untuk evaluasi efisinsi biaya juga agak mudah. Missal ada item obat yang harga nya naik, kita coba cari yang generic.

Kalau seperti rawat jalan, itu sistemnya belum paket, padahal dari BPJS itu semua rawat jalan itu pengantiannya 160 ribu padahal tarif di kita masih tergantung obatnya. Misalnya pemeriksaan dokter spesialis tarifnya 55 ribu, belum termasuk obat nya sekian dan pemeriksaan penunjangnya sekian. Ini semua kalau habisnya 300 ribu, pengantiannya kan tetap 160 ribu.

Jadi kalau dari bagian keuangan akan ada kendali biaya

Kemudian kalau dari bagian rekam medis, dia akan cepat-cepat menginfokan kalau rawat jalan memang paket segitu kalau tidak ada diagnsa lain. Kalau rawat jalan lebih simple. Sedang pada rawat inap, biasanya bagian rekam medis akan konfirmsai ke dokternya mengenai diagnosis, apalagi jika tulisan nya kurang jelas. Misalnya kemaren ada beberapa yang dikembalikan karena diagnosis nya tidak sesuai dengan kodingnya. Karena koding kita dengan koding INA CBG tidak sama padahal sebenarnya penyakitnya sama.

Kalau dari sisi keuangan, kita akan membuat kendali biaya dengan membuat tariff paket, kemudian akan melakukan efisiensi biaya, kemudian melakukan pembayaran jasa dokternya dengan sistem paket. Jadi itu salah satu langkah untuk menekan kerugian antara selisih tariff RS dengan selisih INA CBG

Jadi tidak hanya bagian keuangan yang berperan dalam menekan kerugian, bagian lain pun berperan.

Contohnya pada bagian lab, pasien akan melakukan pemeriksaan lab. Petugas lab akan bertanya pasien curiga nya sakit apa? pemeriksaannya kenapa ada yg tidak sesuai? Misalada yang tidak sesuai, petugas lab akan menghubungi dokternya untuk konfirmasi. Apakah itu sesuai indikasi atau pasien nya minta sendiri. Kalau pasiennya minta sendiri, pasiennya disuruh bayar.

Diapotik juga seperti itu. Apoteker akan konsultasi ke dokternya saat memberi obat.

Itu sudah kita lakukan, namun belum bisa mengganti selisih tadi.

Yang belum kita lakukan sistem pembayaran dengan sistem paket tariff untuk sistem oembayaran ke dokter. Oleh karena itu rencana kedepannya kita akan membuat tariff paket.

T: Kalau menurut ibu mardiyani, apakah indikator jumlah piutang pihak ketiga yang tidak tertagih ini sudah sesuai untuk menilai kinerja manajemen keuangan? Atau mungkin dari ibu mardiyani ada saran indikator lain yang lebih tepat untuk menilai kinerja manajemen keuangan?

J: Sebenarnya indikator ini sudah pas. Cuma yang masih menjadi kendala itu yang dimaksudkan dengan piutang yang tidak tertagih atau piutang yang tidak bisa ditagih. Maksud saya misalnya kita punya tarif 10 juta kemudian hanya diganti 5 juta, apakah selisih ini diaktakan piutang yang tidak bisa ditagih? Padahal sebenarnya kalau menurut tarif kita, ini yang perlu digantikan. Sehingga selisih yang tidak bisa ditagihkan ini selama ini kita masukkan sebagai selisih rugi.

Misalkan ada 30 pasien dengan nominal 100 juta menurut catatan rumah sakit. Kemudian nominal tadi diverifikasi oleh petugas BPJS, pasien ini ternyata hanya 25 pasien yang bisa diganti karena 5 sisanya ternyata tidak sesuai prosedur dan persyaratan. Dari 25 ini misalkan yang kita terima hanya 90 juta. Yang 5 pasien tadi benar2 tidak diganti. Kalau seperti ini, PKU menanggung 2 kerugian, yang pertama kerugian dari sisi tariff, yang kedua kerugian dari pasien yang menurut BPJS non procedural. Padahal kalau dari PKU pasien ini sudah pulang, dan RS sudah mengeluarkan biaya. Sehingga pasien yang menurut BPJS tidak layak dihanti ini menjadi kerugian RS. Pasien yang tidak layak ini sebenarnya sudah kita saring dengan banyak alur, tapi lolos juga.

T: Kalau menurut bu mardiyani adakah tamabahan atau perbaikan untuk indikator ini?

J: Inidikator mengenai piutang ini kan untuk bagian keuangan di back office, sedangkan untuk front office nya itu kecepatan dalam melayani pasien nya itu. Misalkan pasien mau pulang, datang ke penetapan biaya di front office. Pasien kan menunggu untuk mendapatkan layanan berapa harus bayar berapa. Khususnya pasien umum. Salah satu indikator mutu kita adalah kecepatan dalam melayani pasien dengan data yang valid dalam 5-10 menit.