

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

Definisi rumah sakit menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.

Kemudahan akses dalam mendapatkan pelayanan kesehatan sangat dibutuhkan oleh masyarakat, maka dari itu rumah sakit hadir agar masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan mereka dengan mutu dan standar pelayanan rumah sakit. Menurut Diba (2018) Rumah sakit sebagai industri jasa mempunyai fungsi sosial dan ekonomi, kebijaksanaan yang menyangkut efisiensi yang sangat bermanfaat untuk tetap berlangsungnya hidup rumah sakit. Dalam usahanya rumah sakit sering mendapat kendala dalam masalah pembiayaan, baik yang menyangkut biaya operasional maupun biaya investasi, karena dari itu dalam mencapai tingkat efisiensi tersebut rumah sakit dikelola dengan manajemen yang profesional.

2.1.1 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Dalam pasal 4 dan Pasal 5 UU No. 44 Tahun 2009 dijelaskan tentang tugas dan fungsi rumah sakit. Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yaitu pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Untuk menjalankan tugas, Rumah Sakit mempunyai fungsi:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.2 Jenis dan Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya.

- a. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan dalam:
 - i. Rumah Sakit umum yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang serta jenis penyakit.
Klasifikasi rumah sakit umum terdiri atas:
 - 1) Rumah sakit umum kelas A;
 - 2) Rumah sakit umum kelas B;
 - 3) Rumah sakit umum kelas C;
 - 4) Rumah sakit umum kelas D;
 - ii. Rumah Sakit Khusus yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu; golongan umur; organ; jenis penyakit; atau kekhususan lainnya.
 - 1) Rumah sakit khusus kelas A;
 - 2) Rumah sakit khusus kelas B;
 - 3) Rumah sakit khusus kelas C;
- b. Berdasarkan pengelolaannya, rumah sakit dibagi menjadi:
 - i. Rumah sakit publik yaitu rumah sakit yang dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah sakit yang diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah. Rumah sakit yang pengelolaannya

dilakukan oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah tidak dapat dialihkan menjadi rumah sakit privat.

- ii. Rumah sakit privat adalah rumah sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.

Dalam Pasal 29 dan Pasal 30 UU No. 44 Tahun 2009 juga dijelaskan tentang kewajiban dan hak rumah sakit. Setiap rumah sakit mempunyai kewajiban:

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
- b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
- c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. Menyelenggarakan rekam medis;
- i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- j. Melaksanakan sistem rujukan;
- k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;

- m. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
 - n. Melaksanakan etika Rumah Sakit;
 - o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
 - p. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
 - q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
 - r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
 - s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
 - t. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.
- Setiap rumah sakit mempunyai hak:
- a. Menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
 - b. Menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
 - d. Menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. Menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
 - f. Mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
 - g. Mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - h. Mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit pendidikan.

2.2 Asuransi

Asuransi adalah perjanjian antara dua pihak, yaitu perusahaan asuransi dan pemegang polis, yang menjadi dasar bagi penerimaan premi oleh perusahaan asuransi (Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2014). Yang menjadi objek asuransi

yaitu kesehatan manusia, jiwa dan raga, benda dan jasa, tanggung jawab hukum, serta kepentingan lain yang dapat rusak, hilang, rugi dan atau berkurang nilainya.

Menurut Kurnia Sari (2018), asuransi kesehatan sosial adalah asuransi yang wajib diikuti oleh seluruh atau sebagian penduduk (misalnya pegawai), premi atau iurannya bukan nilai nominal tetapi persentase upah yang wajib dibayarkan, dan manfaat asuransi (*benefit*) ditetapkan melalui peraturan perundangan setara untuk semua peserta.

2.2.1 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (UU No. 24 Tahun 2011). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan yang awal terbentuknya pada 1 Januari 2014, dengan menimbang dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, untuk mempercepat terselenggaranya sistem jaminan sosial nasional bagi seluruh rakyat Indonesia. PT Askes (Persero) sebelumnya sudah menciptakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PKJMU) lalu ditunjuk sebagai penyelenggara program jaminan sosial di bidang kesehatan, sehingga PT Askes (Persero) pun berubah menjadi BPJS Kesehatan.

Dalam UU No. 24 Tahun 2011 dijelaskan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial terdiri dari :

a. BPJS Kesehatan;

BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.

b. BPJS Ketenagakerjaan.

BPJS ketenagakerjaan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, program jaminan kematian, program jaminan pensiun dan jaminan hari tua.

Visi BPJS Kesehatan:

Paling lambat 1 Januari 2019, seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya.

Misi BPJS Kesehatan:

- a. Membangun kemitraan strategis dengan berbagai lembaga dan mendorong partisipasi masyarakat dalam perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- b. Menjalankan dan memantapkan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, dan bermutu kepada peserta melalui kemitraan yang optimal dengan fasilitas kesehatan.
- c. Mengoptimalkan pengelolaan dana program jaminan sosial dan dana BPJS Kesehatan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel untuk mendukung kesinambungan program.
- d. Membangun BPJS Kesehatan yang efektif berlandaskan prinsip-prinsip tata kelola organisasi yang baik dan meningkatkan kompetensi pegawai untuk mencapai kinerja unggul.
- e. Mengimplementasikan dan mengembangkan sistem perencanaan dan evaluasi, kajian, manajemen mutu dan manajemen risiko atas seluruh operasionalisasi BPJS Kesehatan.
- f. Mengembangkan dan memantapkan teknologi informasi dan komunikasi untuk mendukung keseluruhan operasionalisasi BPJS Kesehatan.

Berdasarkan pasal 10 UU No. 24 Tahun 2011, BPJS Kesehatan bertugas untuk:

- a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta;
- b. Memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
- c. Menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah;
- d. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta;
- e. Mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial;
- f. Membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan

- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.

Dalam melaksanakan tugasnya, BPJS Kesehatan berwenang untuk:

- a. Menagih pembayaran Iuran;
- b. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
- c. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
- d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah;
- e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
- f. Mengenaikan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;
- g. Melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidapatuhannya dalam membayar Iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- h. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

Manfaat BPJS Kesehatan meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama

Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang diberikan oleh:

- 1) Puskesmas atau yang setara
- 2) Praktik Mandiri Dokter
- 3) Praktik Mandiri Dokter Gigi

- 4) Klinik pertama atau yang setara termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama milik TNI/Polri
 - 5) Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara
 - 6) Faskes Penunjang: Apotik dan Laboratorium
- b. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
- Manfaat yang ditanggung:
- 1) Pelayanan promosi kesehatan dan pencegahan (promotif preventif):
 - a) Penyuluhan kesehatan perorangan;
 - b) Imunisasi rutin
 - c) Keluarga Berencana meliputi konseling dan pelayanan kontrasepsi, termasuk vasektomi dan tubektomi bekerja sama dengan BKKBN
 - d) Skrining riwayat kesehatan dan pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu, yang diberikan untuk mendeteksi risiko penyakit dengan metode tertentu atau untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan risiko penyakit tertentu
 - e) Peningkatan kesehatan bagi peserta penderita penyakit kronis
 - 2) Pelayanan kuratif dan rehabilitatif (pengobatan) mencakup:
 - a) Administrasi pelayanan;
 - b) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
 - c) Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
 - d) Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai;
 - e) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama
 - 3) Pemeriksaan, pengobatan dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama.
- c. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
- Manfaat yang ditanggung:
- 1) Pendaftaran dan administrasi;
 - 2) Akomodasi rawat inap;
 - 3) Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
 - 4) Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
 - 5) Pelayanan kebidanan, ibu, bayi dan balita meliputi:

- a) Persalinan pervaginam bukan risiko tinggi;
 - b) Persalinan dengan komplikasi dan/atau penyulit pervaginam bagi Puskesmas PONED (Pelayanan Obstetri Neonatus Essensial Dasar);
 - c) Pertolongan neonatal dengan komplikasi;
 - 6) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai; dan
 - 7) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama.
- d. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan
- Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus, yang diberikan oleh:
- 1) Klinik utama atau yang setara.
 - 2) Rumah Sakit Umum baik milik Pemerintah maupun Swasta
 - 3) Rumah Sakit Khusus
 - 4) Faskes Penunjang: Apotik, Optik dan Laboratorium.
- e. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)
- Manfaat yang ditanggung:
- 1) Administrasi pelayanan;
 - 2) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar yang dilakukan di unit gawat darurat;
 - 3) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik;
 - 4) Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;
 - 5) Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai;
 - 6) Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan (laboratorium, radiologi dan penunjang diagnostik lainnya) sesuai dengan indikasi medis;
 - 7) Rehabilitasi medis; dan
 - 8) Pelayanan darah.
- f. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)
- Manfaat yang ditanggung:
- 1) Perawatan inap non intensif; dan

2) Perawatan inap intensif (ICU, ICCU, NICU, PICU)

2.3 Rawat Inap

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 560/MENKES/SK/IV/2003 (kepmenkes) pelayanan rawat inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit. Dijelaskan juga dalam Sidabutar (2019) Rawat Inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, perawatan, rehabilitasi medis dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah atau swasta, serta puskesmas perawatan dan rumah bersalin yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap.

Kegiatan pelayanan rawat inap terdiri dari:

- a. Penerimaan Pasien
- b. Pelayanan Medik
- c. Pelayanan Penunjang Medik
- d. Pelayanan Perawatan
- e. Pelayanan Obat
- f. Pelayanan Makanan
- g. Pelayanan Administrasi Keuangan

Alur proses pelayanan pasien rawat inap:

- a. Bagian penerimaan pasien
- b. Ruang Perawatan
- c. Bagian administrasi dan keuangan.

2.4 Akuntansi Piutang

Menurut Soebandi, Wardhana, & Hermanto (2018) dalam Saidah, Uyfatu, & Setiawan (2019), Piutang adalah pendapatan yang diperoleh suatu entitas atas barang atau jasa dengan transaksi secara kredit. Sumber pendapatan suatu perusahaan pada dasarnya diperoleh dari aktivitas penjualan, baik perusahaan yang

bergerak dibidang jasa maupun perusahaan dagang dan lain-lain baik entitas mikro Kecil dan Menengah maupun entitas tanpa akuntabilitas publik maupun yang *go public*.

Kieso et al. (2008:346) mendefinisikan piutang (*receivables*) adalah klaim uang, barang atau jasa kepada pelanggan atau pihak-pihak lainnya. Timbulnya piutang di suatu perusahaan harus dikelola dengan baik. Piutang merupakan salah satu aset penting perusahaan yang tentu saja dapat mempengaruhi aktivitas perusahaan, pada umumnya pembayaran piutang tidak dilakukan secara langsung namun dilakukan secara bertahap dengan batas waktu yang telah disepakati.

2.4.1 Piutang Rumah Sakit

Berdasarkan Pedoman Akuntansi Rumah Sakit, piutang rumah sakit terjadi karena pengguna jasa pelayanan kesehatan tidak membayar secara tunai sehingga menimbulkan tagihan, yang berdasarkan persetujuan atau kesepakatan yang diwajibkan pihak rumah sakit untuk melunasi hutangnya dalam jangka waktu tertentu. Piutang rumah sakit adalah hak klaim yang dimiliki rumah sakit terhadap seseorang, rumah sakit lain, perusahaan, dan asuransi atau badan hukum (Sidabutar, 2019).

Piutang merupakan hak yang muncul dari penyerahan pelayanan jasa atau penyerahan uang, berdasarkan persetujuan atau kesepakatan antara BLU rumah sakit dan pihak lain, yang mewajibkan pihak lain tersebut untuk melunasi pembayaran atas jasa yang telah diterimanya atau utangnya setelah jangka waktu tertentu sesuai dengan kesepakatan.

2.4.1.1 Klasifikasi Piutang Rumah Sakit

Berdasarkan KMK RI Nomor 1981/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Akuntansi Badan Layanan Umum Rumah Sakit, piutang menurut sumber terjadinya dikelompokkan menjadi dua jenis, yaitu:

a. Piutang pelayanan

Piutang yang timbul karena penyerahan pelayanan (jasa) dalam rangka kegiatan BLU rumah sakit, seperti piutang kepada pasien rawat inap dan rawat jalan.

b. Piutang lain-lain

Piutang yang timbul di luar kegiatan pelayanan medis, yang jumlahnya tidak material, seperti piutang karyawan. Piutang pelayanan diakui pada saat pelayanan medis telah diberikan tetapi belum menerima pembayaran dari pengguna jasa yang bersangkutan.

Klasifikasi piutang menurut Hery (2015: 203) dalam praktek, piutang pada umumnya diklasifikasikan menjadi:

- a. Piutang Usaha (*Accounts Receivable*), jumlah yang akan ditagih dari pelanggan sebagai akibat penjualan barang atau jasa secara kredit. Piutang usaha memiliki saldo normal untuk aset. Piutang usaha biasanya diperkirakan akan dapat ditagih dalam jangka waktu yang relatif pendek, biasanya dalam 30 hingga 60 hari. Setelah ditagih, secara pembukuan, piutang usaha akan berkurang disebelah kredit. Piutang usaha diklasifikasikan dalam neraca sebagai aset lancar (*current asset*).
- b. Piutang Wesel (*Notes Receivable*)
- c. Piutang Lain-lain (*Other Receivables*)

Transaksi piutang memiliki empat karakteristik, sebagai berikut:

- 1) Adanya pemberian pelayanan atau penyerahan uang;
- 2) Persetujuan atau kesepakatan berhutang;
- 3) Jangka waktu tertentu; dan
- 4) Jaminan.

2.4.1.2 Penggolongan Piutang Rumah Sakit

Berdasarkan KMK RI Nomor 1981/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Akuntansi Badan Layanan Umum Rumah Sakit, dijelaskan bahwa jenis piutang rumah sakit digolongkan menjadi:

a. Piutang Pelayanan, antara lain:

1) Piutang Umum/Perorangan

Piutang Umum/Perorangan atau disebut juga Piutang Jaminan Pribadi (Umum) merupakan piutang yang dalam pembayarannya menjadi tanggungan pasien itu sendiri atau keluarganya.

2) Piutang Jaminan :

a) Piutang Jaminan Pemerintah Pusat

Piutang Jaminan Pemerintah Pusat atau disebut juga Piutang Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) merupakan piutang yang pembayarannya dijamin oleh Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan (Kemenkes) lewat Badan Pelayanan Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)

b) Piutang Jaminan Pemerintah Daerah

Piutang Jaminan Pemerintah Daerah (Jamkesda) merupakan piutang yang pembayarannya dijamin oleh Pemerintah Daerah masing-masing kota/kabupaten.

c) Piutang Jaminan Asuransi

Piutang yang pembayarannya dijamin oleh asuransi tertentu.

3) Piutang Pelayanan Lainnya.

b. Piutang lain-lain, yaitu piutang yang adanya bukan karena kegiatan utama rumah sakit, antara lain:

- 1) Piutang pegawai/karyawan;
- 2) Piutang sewa; dan
- 3) Piutang Lainnya.

2.4.2 Pengakuan Piutang

Dalam Akuntansi Piutang Rumah Sakit, akun piutang usaha diakui saat pelayanan medis telah diberikan tetapi pembayarannya belum diterima dari pengguna jasa yang pada akhirnya akan memunculkan penagihan piutang. Ayat jurnal yang perlu dibuat oleh penjual pada saat melakukan transaksi penjualan barang dagangan secara kredit, yaitu (Hery, 2015;208):

Piutang Usaha XXX

Penjualan XXX

Ayat jurnal yang dibuat oleh penjual pada saat menerima kembali barang dagangan yang telah dijualnya secara kredit atau pada saat memberikan penyesuaian/pengurangan harga jual kepada langganannya, yaitu (Hery, 2015; 208):

Retur penjualan & penyesuaian harga jual XXX

Piutang Usaha XXX

Ayat jurnal yang akan dibuat oleh penjual pada saat menerima pembayaran utang dari pelanggan yang memanfaatkan potongan tunai (selama periode potongan) adalah sebagai berikut (Hery, 2015; 209):

Kas XXX

Potongan Penjualan XXX

Piutang Usaha XXX

Dalam perusahaan jasa, akun piutang usaha akan timbul apabila perusahaan belum menerima pembayaran atas jasa yang secara substansial telah selesai diberikan kepada pelanggan. Dalam hal ini, ayat jurnal yang perlu dibuat oleh pemberi jasa dalam bukunya adalah sebagai berikut (Hery, 2015;209):

Piutang Usaha XXX

Pendapatan Jasa XXX

Menurut Banteng dalam Sidabutar (2019), metode hapus langsung (*direct write-off method*) yaitu metode penghapusan piutang yang dihapus secara langsung dari saldo akun piutang perusahaan jika piutang tersebut telah benar-benar tidak dapat tertagih setelah melakukan upaya penagihan. Maka dari itu, dalam hal ini ayat jurnal yang perlu dibuat oleh perusahaan untuk mencatat besarnya *actual loss* adalah sebagai berikut (Hery, 2015;211):

Beban piutang yang tidak dapat ditagih XXX

Piutang usaha

XXX

Dalam Akuntansi Piutang Rumah Sakit, piutang pelayanan dapat diakui pada saat tagihan piutang telah dikirimkan kepada perusahaan asuransi komersial dan atau perusahaan rekanan.

Piutang lain-lain diakui pada saat jasa sewa telah diberikan kepada penyewa atau uang pinjaman telah diberikan kepada penyewa atau uang pinjaman telah diberikan kepada karyawan. Piutang diukur sebesar nilai yang dapat direalisasikan (*net realizable value*) setelah memperhitungkan nilai penyisihan piutang tak tertagih. Contoh piutang lain-lain: piutang pegawai, pendapatan yang masih harus diterima.

2.4.3 Penilaian Piutang dalam SAK ETAP

Penilaian piutang harus disajikan dalam laporan keuangan dengan nilai tunai yang dapat direalisasikan (SAK ETAP 2015:42). Terdapat hal khusus untuk piutang usaha bahwa ketentuan tersebut menghendaki agar piutang-piutang yang mempunyai kemungkinan tidak dapat tertagih baik bila dibuatkan penyisihan dalam jumlah yang layak. Dalam menentukan besarnya penyisihan pengelompokan piutang menurut umurnya (*aging schedule*) pada tiap akhir tahun harus dibuat terlebih dahulu sebagai dasar perhitungan. Besarnya penyisihan piutang pada tiap akhir tahun ditentukan sebagai berikut:

Di atas 3 bulan s.d 6 bulan : 30%

Di atas 6 bulan s.d 12 bulan : 50%

Di atas 1 tahun s.d 2 tahun : 75%, diajukan ke Badan Pengawas untuk dihapus

Di atas 2 tahun : 100%, dan dikeluarkan dari Pembukuan tetapi masih tercatat secara *extra compatible*.

Penyisihan piutang tersebut diatas dikecualikan bagi tagihan kepada seluruh instansi Pemerintah. Dalam hal kejadian - kejadian khusus, misalnya adanya pembongkaran daerah pemukiman tertentu untuk tujuan 18 pembangunan, tagihan-tagihan tersebut sudah dapat diusulkan penghapusannya walaupun belum memenuhi ketentuan diatas. Jika terdapat pembayaran atas piutang-piutang yang telah dihapus, pembayaran tersebut dibukukan sebagai Pendapatan lain-lain tahun berjalan. Piutang yang umurnya telah di atas 1 (satu) tahun s.d 2 (dua) tahun dapat diklasifikasi sebagai piutang ragu-ragu, sedangkan piutang yang umurnya telah di atas 2 (dua) tahun dapat diklasifikasi sebagai piutang tak tertagih dan sudah dapat diusulkan kepada Badan Pengawas untuk dilakukan penghapusan serta dikeluarkan dari pembukuan.

2.4.4 Siklus Piutang

Menurut Raymanel (2012) siklus piutang menggambarkan tahap terjadinya piutang sampai menjadi uang tunai. Dalam piutang rumah sakit jaminan pada pihak ketiga dapat digambarkan dalam suatu siklus sejak awal pasien masuk rumah sakit sampai dengan dihapuskannya piutang tersebut. adapun terdapat 6 (enam) tahapan dalam siklus piutang, yaitu:

1. Tahap pra penerimaan (*pre admission*)

Tahap ini dibuat untuk mendapatkan informasi yang lengkap mengenai kemampuan keuangan calon pasien. Prosedur yang efisien ini bertujuan untuk mengidentifikasi pasien berdasarkan kemampuan membayar terhadap pelayanan yang diberikan, agar tidak terjadi kesalahan dalam pemberian piutang serta mendapatkan informasi mengenai kemungkinan adanya asuransi yang menanggung biaya pelayanan kesehatannya, dan memberikan saran kepada calon pasien dalam merencanakan pembayaran nantinya.

Pentingnya rumah sakit memiliki kebijaksanaan mengenai kredit (*credit policy*) yang meliputi bilamana dan beberapa besar suatu kredit dapat disetujui, jangka waktu kredit, dan kebijaksanaan mengenai potongan.

Semua hal ini dapat meminimalkan biaya manajemen piutang. Beberapa langkah yang dianjurkan oleh Mehta dan Maher (1977) dalam Raymanel (2012):

- a. Prosedur awal untuk mendapatkan info yang dibutuhkan
 - b. Mempelajari info yang diterima
 - c. Memperkirakan jumlah tagihan pasien
 - d. Meninjau situasi kredit/piutang dengan pasien
 - e. Membuat keputusan mengenai kredit
2. Tahap penerimaan (*admission*)

Tahap ini dapat merupakan tahap kedua bagi pasien yang telah melalui tahap pra penerimaan. Tetapi, tahap penerimaan ini dapat juga menjadi tahap atau kontrak pertama bagi pasien yang gawat atau tidak gawat yang tidak tercakup oleh tahap pra-penerimaan. Tahap ini bertujuan agar rumah sakit mendapatkan informasi lebih lengkap tentang pasien dalam waktu yang relatif lebih singkat. Seluruh informasi yang didapat harus dicatat dalam formulir penerimaan seperti pada tahap pra penerimaan, apabila pasien tidak melalui pra penerimaan seperti pada pasien gawat darurat.

3. Tahap perawatan (*inhouse*)

Pada tahap ini terjadi pembebanan biaya (*charging process*) atas pelayanan yang telah diberikan pasien. Karena hal itu pengelolaan piutang pasien selain membutuhkan pembayaran yang cepat juga harus dipastikan bahwa tagihan itu tercakup secara tepat dan akurat. Terdapat beberapa langkah-langkahnya, sebagai berikut:

- a. Menentukan struktur biaya

Dalam menentukan struktur biaya pelayanan, rumah sakit harus kompetitif dan adil, harus mencakup semua biaya terkait dan jasa yang termasuk dalam biaya harus mudah teridentifikasi karena struktur biaya merupakan kebijakan dari rumah sakit. Pada umumnya ada dua jenis biaya selama perawatan di rumah sakit, yaitu:

- 1) Biaya rutin, misalnya biaya ruangan harian. Biaya rutin dapat dibebankan setiap hari sampai pasien lepas rawat.
- 2) Biaya khusus, misalnya biaya tindakan medis dan pemeriksaan penunjang medis, seperti laboratorium, radiologi, pelayanan farmasi dan sebagainya. Biaya khusus dibebankan berdasarkan pelayanan yang diberikan.

b. Kerjasama dengan bagian keuangan

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya sehari-hari para petugas memerlukan sebuah koordinasi dengan antar unit kerja terkait lainnya. Koordinasi ini terkait dengan proses setelah masa perawatan, perawat mengadakan koordinasi dengan bagian keuangan dalam melakukan pelayanan dan memberikan informasi yang berguna nantinya dalam *billing process*. Bagian perawatan (*nurse station*) berperan penting dalam memberikan semua informasi dengan cepat dan tepat pada bagian keuangan, baik secara manual maupun elektronik. Informasi yang diberikan harus secara rutin sebagai bentuk antisipasi adanya perubahan, penambahan atau pengurangan tarif dalam pembebanan biaya. Selain itu juga pemberitahuan ketika pasien akan dipulangkan atau meninggal dunia sehingga proses *billing* dapat dimulai. Diperlukan koordinasi yang baik antara perawat dengan bagian keuangan, sehingga semua prosedur pemberitahuan informasi ke administrasi dapat dilakukan dengan benar dan dengan segera setelah pasien dipindahkan atau dipulangkan.

c. Memasukkan biaya dalam perkiraan tagihan pasien.

Semua pembebanan biaya dikumpulkan dari seluruh unit layanan di rumah sakit yang diposting ke rekening yang sesuai setiap harinya. Perkiraan tersebut dibuat saat pasien masuk ruang perawatan. Semua biaya pelayanan yang diberikan dipindah bukukan kepada penanggung jawab pembayaran. Pada tahap ini harus selalu diperiksa ke dalam sistem untuk memastikan bahwa semua biaya

yang dibebankan sudah diterima dan diposkan, diposting pada akun yang benar, tanggal yang benar dan deskripsi pelayanan. Semua *record* tindakan disimpan yang nantinya digunakan memperkuat penataan rekening.

d. Pengawasan dan pengendalian prosedur

Melakukan pengawasan dan pengendalian prosedur memiliki tujuan untuk meminimalisir kerugian akibat kesalahan pembebanan biaya. Hal ini dilakukan secara periodik dan terus menerus. Menurut Broyles (1988) dalam Raymanel (2012) suatu sistem pengawasan paling tidak memiliki karakteristik sebagai berikut:

- 1) Adanya sistem pengawasan internal menjamin bahwa seluruh pembebanan biaya dilakukan sesuai dengan tarif yang ditentukan rumah sakit
- 2) Adanya catatan tambahan untuk setiap pasien harus dicek kebenarannya pada registrasi penerimaan
- 3) Adanya bagian pelayanan harus mengikuti prosedur secara rutin untuk menjamin ketepatan dan keakuratan pelaporan seluruh pembebanan biaya pelayanan
- 4) Adanya keakuratan dari tipe pelayanan yang diberikan selama periode cakupan
- 5) Adanya pengendalian total yang dikembangkan dari media pembebanan biaya yang di posting dan neraca
- 6) Adanya data statistik yang harus dipelihara dan dibandingkan dengan catatan pendapatan
- 7) Total piutang yang nampak dalam catatan tambahan piutang harus direkonsiliasikan dengan perkiraan buku umum (*general ledger*) piutang.
- 8) Fungsi-fungsi yang terlibat pencatatan transaksi piutang harus dilakukan secara independen dari petugas penerima kas

- 9) Petugas pencatatan piutang yang independent dan bagian kredit harus mengkonfirmasi perkiraan dengan surat dan dengan:
 - a) Membandingkan rekening dengan perkiraan pasien
 - b) Memelihara rekening yang berada dalam pengawasan
 - c) Investigasi setiap adanya kejanggalan

4. Tahap penataan akun (*billing*)

Billing Process merupakan suatu proses yang menghasilkan rekening pasien mulai dari saat penerimaan sampai penagihan. Terdapat dua prosedur penting dalam penataan rekening menurut Krisnawati (2007) yaitu:

- a. Pengecekan terhadap *billing* sementara dan status kepulangan pasien (*discharge/exit*)

Pada saat pasien pulang, terjadi pemindahan informasi dari ruang perawatan ke administrasi keuangan. Sebelum diizinkan pulang, pasien terlebih dahulu menghubungi administrasi keuangan untuk meminta pengantar kepulangan. Prosedur ini memiliki tujuan agar bagian administrasi keuangan memiliki waktu untuk mengumpulkan permintaan atas informasi yang kurang dan mengecek rencana pembayaran pasien yang asli seperti; surat pernyataan pembayaran, surat jaminan, dan sebagainya, dari bagian pendaftaran dan juga memberikan waktu kepada pasien atau penjamin yang bertanggung jawab untuk menyelesaikan pembayaran rekeningnya.

- b. Pengecekan terhadap status perkiraan pasien

Pada saat pasien telah diijinkan lepas rawat terkadang perkiraan tagihan belum siap untuk ditutup, karena dari itu perlu dilakukan pengecekan pada status perkiraan pasien. Hal yang dicek yaitu biaya dan sejumlah pembayaran apakah telah diposting dalam akun pasien dan selalu dilakukan pembaharuan apabila ada penambahan atau perubahan tarif baru sesudahnya. Penyebab perkiraan biaya

pasien belum siap ditutup karena adanya beberapa pembebanan biaya yang belum diinput atau diperhitungkan dalam rekening tagihan, misalnya karena adanya pengurangan obat dan retur obat karena tidak terpakai, maka perlu tenggang waktu dalam menyelesaikan perhitungan dan menutup rekening pasien. Pengecekan ini dilakukan dengan pemeriksaan dan pengawasan untuk menghindari kesalahan.

5. Tahap penagihan (*collecting*)

Tahap penagihan bertujuan untuk menerima penuh atau utuh dan secepat mungkin. Tahapan dalam proses penagihan menurut Metha (1977) dalam Raymanel (2012) antara lain:

a. Identifikasi sumber pembayaran

Mengidentifikasi status pembayaran yang dilakukan pasien (bayar sendiri atau ditanggung oleh pihak ketiga). Terdapat tiga tipe pembayaran, yaitu:

- 1) Pembayaran pribadi secara langsung
- 2) Pihak ketiga yang membayar sesuai perjanjian dengan pasien
- 3) Pihak ketiga yang membayar sesuai perjanjian dengan rumah sakit

b. Mengirim tagihan awal

Pemberitahuan pertama yang berisi jumlah tagihan yang harus dibayar pasien dan dikirim segera setelah pelayanan diberikan atau setelah pelayanan diberikan atau setelah pasien lepas rawat. Tagihan harus disertai dengan perincian yang jelas dari masing-masing layanan yang telah diberikan. Beberapa pedoman yang akan membantu dalam melaksanakan tahap awal dalam proses penagihan, sebagai berikut:

- 1) Rancangan surat tagihan harus dapat dikenali bahwa surat tersebut merupakan surat permintaan pembayaran dari rumah sakit.

- 2) Amplop pengembalian yang sudah ada alamat dan perangko yang telah dibayar diharapkan akan mempercepat diperolehnya jawaban.
- 3) Cantumkan jadwal pembayaran yang telah disepakati terlebih dahulu untuk mengingatkan kewajiban membayar.
- 4) Apabila rumah sakit sedang mencoba melakukan penagihan kepada pihak perusahaan atau apabila asuransi hanya membayar sebagian dari biaya pengobatan, maka pasien harus diberitahu sekaligus untuk menginformasikan jumlah biaya yang harus dibayar. Bentuk penagihan ini dapat berupa lisan (melalui telepon), surat, atau juga dapat berupa kunjungan langsung.

c. Merancang prosedur penagihan lanjutan

Upaya - upaya yang dilakukan pada penagihan awal seringkali dengan pembayaran penagihan atau tanpa pembayaran sama sekali, oleh karena itu sangat perlu dirancang upaya penagihan lanjutan.

Hal-hal yang harus diperhatikan:

- 1) Jangka waktu penagihan dari penagihan awal antara 15-30 hari sejak dikirimnya tagihan pertama.
- 2) Isi tagihan memuat: data personel pasien, tanggal waktu perawatannya, jumlah tagihan pasien yang belum dibayar, dan tanggal jatuh tempo.
- 3) Batas waktu penagihan yang ditentukan oleh rumah sakit, akan dilakukan evaluasi apabila melampaui batas waktu penagihan.
- 4) Mengevaluasi status rekening.

d. Penutupan perkiraan

Penutupan perkiraan dilakukan jika sudah terjadi pelunasan (*zero balance*) atau upaya penagihan lanjutan dihentikan. Tujuannya adalah untuk menghindari akumulasi piutang pada aktiva rumah sakit dan untuk mengurangi biaya penagihan lanjutan.

6. Penutupan akun

Apabila seluruh tagihan sudah dilunasi atau apabila upaya untuk melakukan penagihan lanjutan dihentikan, maka artinya suatu perkiraan siap ditutup. Tujuan dari penghapusan ini adalah untuk menghindari akumulasi piutang pada kekayaan rumah sakit, dan untuk mengurangi biaya penagihan lanjutan.

2.4.5 Penilaian dan Penyajian Piutang

Penilaian keberhasilan dari penagihan piutang dapat dievaluasi dengan menghitung rata-rata pelunasan piutang atau *Average Collection Period* (Wibowo,2010). Dilakukan perbandingan antara rata-rata hari pelunasan piutang dengan jangka waktu pembayaran yang telah disepakati pada perjanjian kerjasama dengan asuransi/perusahaan, atau dapat juga dari standar tertentu pencapaian rumah sakit atau standar yang telah ditetapkan oleh bagian manajemen rumah sakit tersebut.

Dalam Kieso (2013;25) dijelaskan tentang pengungkapan dan penyajian piutang yaitu setiap jenis utama dari piutang harus disebutkan dalam neraca atau catatan atas laporan keuangan. Dalam penyajiannya, piutang jangka pendek berada dibawah investasi jangka pendek sebagai bagian dari neraca karena investasi jangka pendek sifatnya lebih likuid (lebih cepat dikonversikan menjadi bentuk kas). Jumlah piutang kotor dan penyisihan piutang tak tertagih harus dilaporkan secara bersamaan.

2.5 Kebijakan Kredit

Tidak terbayarnya piutang dan terlambatnya waktu pembayaran piutang oleh pelanggan merupakan resiko yang kerap dihadapi oleh perusahaan dalam melakukan penjualan secara kredit. Karena dari itu sebelum memberikan kredit perlu diadakan evaluasi terhadap calon pelanggan untuk melakukan antisipasi seawal mungkin terjadinya resiko akibat pemberian kredit tersebut. Beberapa pertimbangan menurut Neuman (1988) dalam Raymanel (2012) yang biasanya

digunakan dalam mengevaluasi calon pelanggan disebut dengan prinsip 5 C atau *five C's Principles* yaitu:

a. *Character*

Character, menunjukkan kemungkinan atau probabilitas dari langganan untuk secara jujur berusaha untuk memenuhi kewajiban-kewajibannya. Faktor ini sangat penting, karena setiap transaksi kredit mengandung kesanggupan untuk membayar.

b. *Capacity*

Capacity, ialah pendapat subyektif mengenai kemampuan dari langganan. Ini diukur dengan rekor diwaktu yang lalu, dilengkapi dengan observasi fisik pada perusahaan langganan. *Capacity* ini merupakan ukuran dari *ability to pay* atau kemampuan dalam membayar.

c. *Capital*

Capital, diukur oleh posisi finansial perusahaan secara umum, dimana hal ini ditunjukkan oleh analisa finansial, yang khususnya ditekankan pada "*tangible net worth*" dari perusahaan. Hal ini bisa dilihat dari neraca, laporan rugi laba, struktur permodalan, ratio-ratio yang diperoleh keuntungan seperti *return on equity*, *return on investment*. Dari kondisi diatas dapat dinilai apakah layak calon pelanggan diberi kredit, dan berapa besar plafon kredit yang layak diberikan.

d. *Collateral*

Collateral, dicerminkan oleh aktiva dari langganan yang dikaitkan atau dijadikan jaminan bagi keamanan kredit yang diberikan kepada langganan tersebut.

e. *Condition*

Condition, menunjukkan *impact* (pengaruh langsung) dari trend ekonomi pada umumnya terhadap perusahaan yang bersangkutan atau perkembangan khusus dalam suatu bidang ekonomi tertentu

yang mempunyai efek terhadap kemampuan langganan untuk memenuhi kewajibannya.

2.6 Teori Kendala

Dalam sebuah perusahaan pasti terdapat berbagai macam keterbatasan yang tidak semua secara langsung dapat diatasi. Keterbatasan yang dimiliki perusahaan dapat disebut juga sebagai kendala (*constraints*). Dalam Raymanel (2012) disebutkan bahwa teori kendala atau *Theory of Constraints (TOC)* mengakui bahwa kinerja setiap perusahaan dibatasi oleh kendala-kendalanya. *TOC* memiliki sifat sistemik dan melakukan usaha untuk mengidentifikasi kendala yang ada untuk mencapai kesuksesan sistem dan untuk memberi pengaruh perubahan yang diperlukan untuk mengatasi maupun menghilangkan kendala tersebut.

Menurut teori kendala jika perusahaan ingin meningkatkan profitabilitas secara keseluruhan, maka perusahaan tersebut perlu mengidentifikasi kendala-kendala yang ada, mengeksploitasi kendala tersebut dalam jangka pendek dan atau dalam jangka panjang juga untuk menemukan cara mengatasi kendala tersebut.

Menurut Hansen dan Mowen dalam Raymanel (2012), jenis kendala dapat dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Berdasarkan asalnya
 - 1) Kendala internal (*internal constraint*) adalah faktor-faktor yang membatasi perusahaan yang berasal dari dalam perusahaan, misalnya keterbatasan jam mesin. Kendala internal harus dimanfaatkan secara optimal untuk meningkatkan *throughput* semaksimal mungkin tanpa meningkatkan persediaan dan biaya operasional.
 - 2) Kendala eksternal (*external constraint*) adalah faktor-faktor yang membatasi perusahaan yang berasal dari luar perusahaan, misalnya permintaan pasar atau kuantitas bahan baku yang tersedia dari pemasok. Kendala eksternal yang berupa volume produk yang dapat dijual, dapat diatasi dengan menemukan pasar, meningkatkan permintaan pasar ataupun dengan mengembangkan produk baru.

b. Berdasarkan sifatnya

- 1) Kendala mengikat (*binding constraint*) adalah kendala yang terdapat pada sumber daya yang telah dimanfaatkan sepenuhnya.
- 2) Kendala tidak mengikat atau kendur (*loose constraint*) adalah kendala yang terdapat pada sumber daya yang terbatas yang tidak dimanfaatkan sepenuhnya.

Selain itu Kaplan dan Atkinson menambahkan pengelompokan kendala dalam tiga bagian yaitu:

- 1) Kendala sumberdaya (*resource constraint*). Kendala ini dapat berupa kemampuan faktor input produksi seperti bahan baku, tenaga kerja, dan jam mesin.
- 2) Kendala pasar (*market resource*). Kendala yang merupakan tingkat minimal dan maksimal dari penjualan yang mungkin selama dalam periode perencanaan.
- 3) Kendala keseimbangan (*balanced constraint*). Diidentifikasi sebagai produksi dalam siklus produksi.

2.6.1 5 (Lima) Langkah dalam Teori Kendala

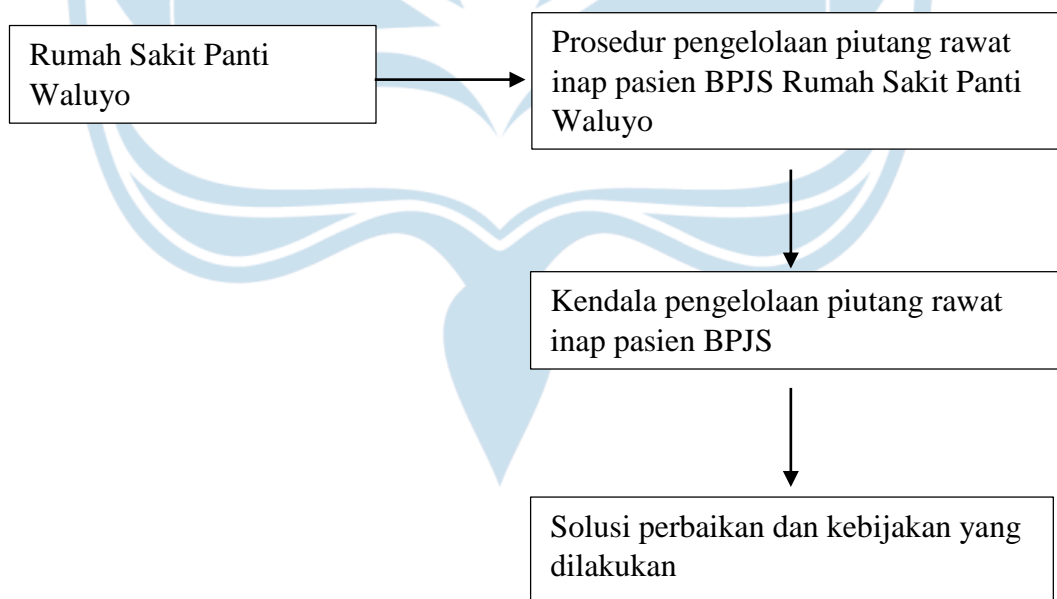
Dalam mengimplementasikan ide-ide sebagai solusi dari suatu permasalahan, Goldratt dalam Raymanel (2012) mengembangkan 5 (lima) langkah yang berurutan supaya proses perbaikan lebih fokus dan berakibat lebih baik bagi sistem. Langkah-langkah tersebut adalah:

1. Identifikasi kendala sistem (*identifying the constraint*). Mengidentifikasi bagian sistem manakah yang paling lemah kemudian melihat kelemahannya apakah kelemahan fisik atau kebijakan.
2. Eksploitasi kendala (*exploiting the constraint*). Menentukan cara menghilangkan atau mengelola kendala dengan biaya yang paling rendah.
3. Subordinasi sumber lainnya (*subordinating the remaining resources*). Setelah menemukan konstrain dan telah diputuskan bagaimana mengelola konstrain tersebut maka harus mengevaluasi apakah konstrain tersebut

masih menjadi konstrain pada performansi sistem atau tidak. Jika tidak maka akan menuju ke langkah kelima, tetapi jika ya akan menuju langkah keempat.

4. Evaluasi konstrain (*evaluating the constraint*). Jika langkah ini dilakukan, maka langkah kedua dan ketiga tidak berhasil menangani konstrain. Maka harus ada perubahan besar dalam sistem, seperti reorganisasi, perbaikan modal, atau modifikasi substansi sistem.
5. Mengulangi proses keseluruhan (*repeating the process*). Jika langkah ketiga dan keempat telah berhasil dilakukan maka akan mengulangi lagi dari langkah pertama. Proses ini akan berputar sebagai siklus. Tetap waspada bahwa suatu solusi dapat menimbulkan konstrain baru perlu dilakukan.

2.7 Kerangka Berpikir



Gambar 2.1
Kerangka Berpikir