



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS LIKUIDITAS KEUANGAN RSUP FATMAWATI
SESUDAH KENAIKAN KAPASITAS TEMPAT TIDUR
KELAS III TAHUN 2011**

TESIS

**KEMAL IMRAN
1006746514**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
JAKARTA
2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS LIKUIDITAS KEUANGAN RSUP FATMAWATI
SESUDAH KENAIKAN KAPASITAS TEMPAT TIDUR
KELAS III TAHUN 2011**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Administrasi Rumah Sakit**

**KEMAL IMRAN
1006746514**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
JAKARTA
2012**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Kemal Imran

NPM : 1006746514

Mahasiswa Program : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Tahun Akademik : 2011-2012

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

Analisis Likuiditas Keuangan RSUP Fatmawati Sesudah Kenaikan Kapasitas Tempat Tidur Kelas III Tahun 2011

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 13 Juli 2012



(Kemal Imran)

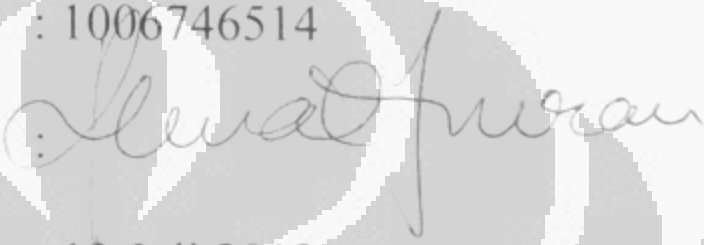
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Kemal Imran

NPM : 1006746514

Tanda Tangan



Tanggal : 13 Juli 2012



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Kemal Imran
NPM : 1006746514
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul : Analisis Likuiditas Keuangan RSUP Fatmawati Sesudah Kenaikan Kapasitas Tempat Tidur Kelas III Tahun 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof dr. Anhari Achadi, SKM, S.cd

Penguji : Prof. dr. Amal C Sjaaf, SKM, Dr. Ph

Penguji : drg. Wahyu Sulistiadi, MARS

Penguji : drg. Tri Fajari, Sp.KgA, MARS

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 13 Juli 2012

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS MAGISTER
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 13 Juli 2012

Ketua



(Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, ScD)

Anggota



(Prof. dr. Amal C Sjaaf, SKM, Dr.PH)



(drg. Wahyu Sulistiadi, MARS)



(drg. Tri Fajari, Sp.KgA, MARS)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

ANALISIS LIKUIDITAS KEUANGAN RSUP FATMAWATI SETELAH KENAIKAN KAPASITAS TEMPAT TIDUR KELAS III TAHUN 2011

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis
Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit
Program Pascasarjana Universitas Indonesia

Depok, 13 Juli 2012

PEMBIMBING



(Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, S.cD)

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmatNya saya dapat menyelesaikan penulisan tesis dengan judul **Analisis Likuiditas Keuangan RSUP Fatmawati Sesudah Kenaikan Kapasitas Tempat Tidur Tahun 2011**, sebagai tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Dalam penyusunan penelitian ini, Penulis banyak mendapatkan bimbingan dan masukan yang berharga dari berbagai pihak. Untuk itu Penulis mengucapkan terima kasih kepada :

- 1) Bapak Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, Sc.D selaku pembimbing akademik yang telah bersedia menyediakan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini ;
- 2) Jajaran Manajemen RSUP Fatmawati yang telah memberikan kesempatan kepada saya sebagai mahasiswa tugas belajar untuk menimba ilmu dan melakukan penelitian di Rumah Sakit ;
- 3) Dr Chairul R Nasution, Sp.PD, KGEH, Finasim dan dr Tini Sekartini, MM yang saat ini menjabat sebagai Dirut dan Dir Med Kep RSUP Fatmawati yang telah mendorong saya untuk melakukan tugas belajar di FKM UI
- 4) Keluarg tercinta, Ibu Asiah Imran dan istri Jihan Rosita serta anak-anak Nadya, Fahira dan Maliki yang telah memberikan dukungan moral selama saya menempuh pendidikan di FKM UI;
- 5) Para Dosen yang telah mengajarkan membuka wawasan saya selama mengikuti perkuliahan di FKM UI antara Tahun 2010-2012
- 6) Teman-teman seperjuangan yang selalu memberikan dukungan kepada saya untuk menyelesaikan tesis ini.

Akhir kata, semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi penulis pribadi, bagi RSUP Fatmawati, bagi Program Kajian Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia, serta bagi pihak-pihak lain yang berkepentingan.

Depok, 13 juli 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Kemal Imran
NPM : 1006746514
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalti-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul : Analisis Likuiditas Keuangan RSUP Fatmawati Sesudah Kenaikan Kapasitas Tempat Tidur Kelas III Tahun 2011

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 13 Juli 2012
Yang menyatakan


(Kemal Imran)

ABSTRAK

Nama : Kemal Imran
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul : Analisis Likuiditas Keuangan RSUP Fatmawati Sesudah Kenaikan Kapasitas Tempat Tidur Kelas III Tahun 2011

Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati sejak bulan April tahun 2011 telah melakukan perubahan kapasitas tempat tidur kelas III (Public Wing) sehingga menjadi 60,94 % dari total kapasitas tempat tidur . Perubahan komposisi tempat tidur rumah sakit ini menyebabkan cara penerimaannya lebih banyak dalam bentuk piutang. konsekwensi kenaikan kapasitas tempat tidur tersebut meningkatkan biaya operasional dan uang jasa pelayanan bagi para staf yang bekerja didalamnya.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui bagaimana likuiditas keuangan rumah sakit setelah kenaikan kapasitas tempat tidur kelas III dan bagaimana efeknya terhadap kegiatan operasional rumah sakit

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan menggunakan metode kualitatif ,lokasi penelitian di RSUP Fatmawati Jakarta antara Mei sampai dengan Juni 2012. Informan adalah Ka Bag Perbendaharaan Dan Mobilisasi Dana, dan Ka Sub Bag Perbendaharaan dan Ka Sub Bag Mobilisasi Dana, Kepala Instalasi Penagihan Piutang, Ka Bag Perencanaan Dan Anggaran dan Ka Sub Bag Penyusunan Anggaran, Staf Bagian akuntansi, Kepala Instalasi Farmasi. Alatur penelitian dengan kuesioner, panduan wawancara,.

Setelah kenaikan kapasitas tempat tidur kelas III terjadi peningkatan penerimaan piutang rumah sakit. Lamanya keluar tagihan piutang rumah sakit lebih dari 3 bulan dan piutang yang dibayar tidak sepenuhnya tertagih terutama dari Jamkesda. Kenyataan ini menurunkan likuiditas rumah sakit baik itu Cash Ratio, Acid Test Ratio, Current Ratio dan Net Working Capital To Sales. Keadaan ini mengakibatkan ketersediaan obat vital yang tak selalu terpenuhi, perubahan Standar Pelayanan Minimal pembayaran utang dari 5 hari menjadi 30 hari dan realisasi penyerapan anggaran yang lebih besar dari alokasi dana.

Kesimpulan, RSUP Fatmawati saat ini tidak likuid, terganggu terutama dalam hal pengadaan obat-obatan vital, pembayaran utang jangka pendek dan pembayaran biaya Jasa Pelayanan..

Kata kunci : Likuiditas, Piutang, Anggaran , Kewajiban Rumah Sakit

ABSTRACT

Name : Kemal Imran
Study Program : Post Graduate of Hospital Administration
Title : Analysis of Financial Liquidity Fatmawati Hospital After Increase in Capacity Bed Of Public Wing In 2011

Fatmawati General Hospital since April of 2011 has made changes to bed capacity class III (Public Wing) to be 60.94% of total bed capacity. Changes in the composition of hospital beds is causing way more acceptance in the form of accounts receivable. consequent increase in bed capacity was increased operating costs and service fees for staff who work in it.

The purpose of this study to find out how the financial liquidity of the hospital after the increase in bed capacity class III and how its effect on hospital operations

This study is a descriptive analytical study using qualitative methods, research sites in Jakarta Fatmawati Hospital between May to June 2012. The informant is Head of Treasury and Fund Mobilization, Head Of Sub Section Treasury, Head Of Sub Section Mobilization Fund, The Chief Accounts Receivable Billing, Head Of Planning and Budget and Head Of Sub Section Budgetary , Staff of Accounting, The Chief of Pharmacy. Measuring instrument research with questionnaires, interview guides,.

After the increase in bed capacity public wingan increase in accounts receivable hospital admission. The duration of the debt out of the hospital more than 3 months and paid claims which are not fully collectible, especially from Jamkesda. This fact lowers both the hospital's liquidity Cash Ratio, Acid Test Ratio, Current Ratio and Net Working Capital To Sales. This situation resulted in the availability of vital drugs are not always met, changes in Minimum Service Standards for payment of debt from 5 days to 30 days and the realization of a greater absorption of budget allocations.

In conclusion, RSUP Fatmawati is not likuid, especially in the case of procurement of vital medicines, short-term debt payments and pay the fee for the staff.. **Keywords: Liquidity, Receivables, Budget , Obligation Of Hospital**

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PANITIA SIDANG UJIAN TESIS MAGISTER.....	iv
KATA PENGANTAR	vi
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vii
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR ISTILAH	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
I. PENDAHULUAN	
1. 1 LatarBelakang	1
1. 2 RumusanMasalah	7
1. 3 PertanyaanPenelitian	7
1. 4 TujuanPenelitian	7
1. 4. 1 TujuanUmum	7
1. 4. 2 TujuanKhusus	8
1. 5ManfaatPenelitian	8
II. TINJAUAN PUSTAKA	
2. 1 Aliran Kas	9
2. 2 Penarikan Dana Dari Piutang	10
2. 3 Kebutuhan Dana.....	11
2. 4Farmasi.....	12
2. 5Perencanaan Dana	14
2. 6 Fungsi Keuangan.....	16
2.7 Laporan Keuangan Dan Analisa.....	17
2.8 Manajemen Keuangan Rumah Sakit.....	20
2.9 Manajemen Kas.....	21
2.10Manajemen Piutang.....	23
2.11Analisis Rasio Keuangan.....	27
2.12Sistem Jaminan Sosial Di Indonesia.....	31
2.13Beberapa Penelitian Yang Pernah Dilakukan.....	35
III. KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH	
3. 1Kerangka Teori.....	37
3. 2Kerangka Konsep	38
3. 3 Definisi Operasional.....	38
IV. METODE PENELITIAN	
4. 1 Desain Penelitian.....	41
4. 2 Lokasi dan Waktu Penelitian	41
4. 3 Informan	41
4. 4 Pengumpulan Data	42
4. 5 Analisa Data	42
4. 6 Validitas Data.....	43

V. HASIL PENELITIAN

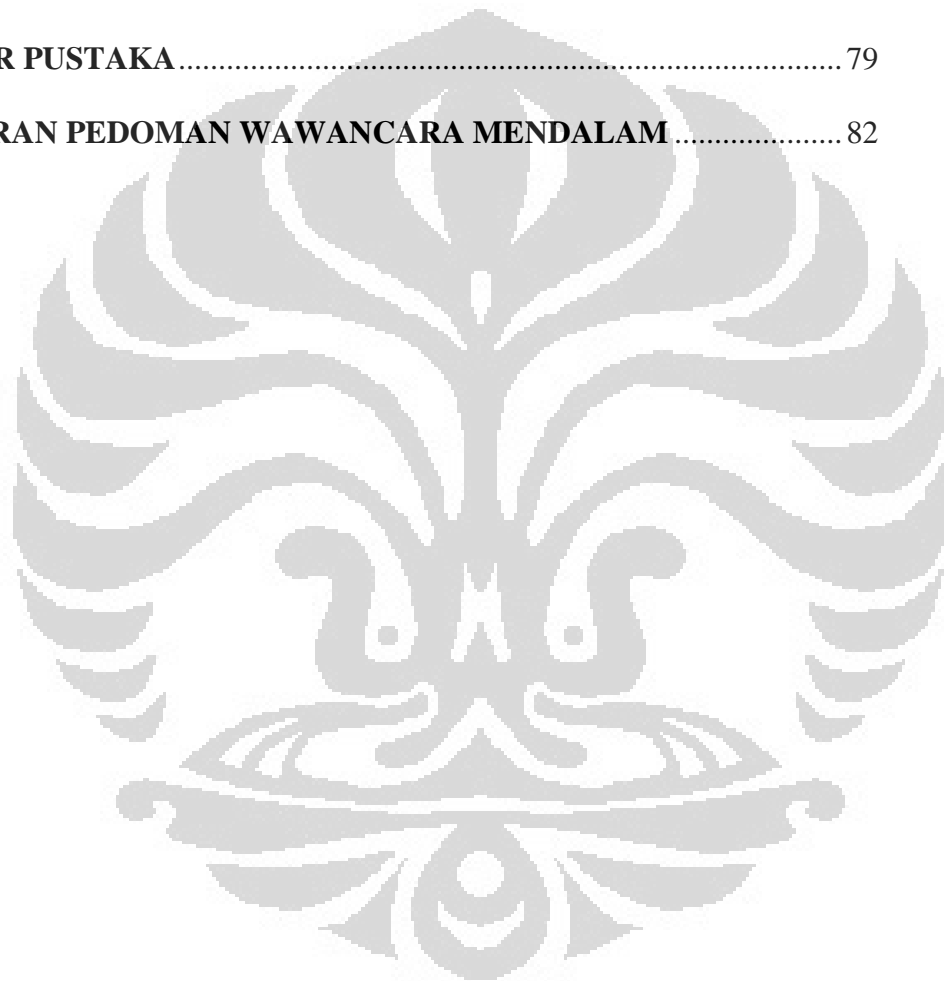
5. 1 Perbandingan Penerimaan Tahun 2010 dan 2011	45
5. 2 Perbandingan Penerimaan Non Tunai Tahun 2010 dan 2011	46
5. 3 Perbandingan Penerimaan Tunai Dan Non Tunai	47
5. 4 Perbandingan Analisis Likuiditas Tahun 2010 Dan 2011	49
5. 5 Ketersediaan Obat Vital	55
5. 6 Realisasi Penyerapan Anggaran Dari Dana Pendapatan	58
5. 7 Piutang Pasien Jaminan Kelas III	66
5. 8 Validasi Triangulasi	74

VI. KESIMPULAN

6. 1 Kesimpulan	76
6. 2 Saran-Saran	77

DAFTAR PUSTAKA	79
-----------------------------	----

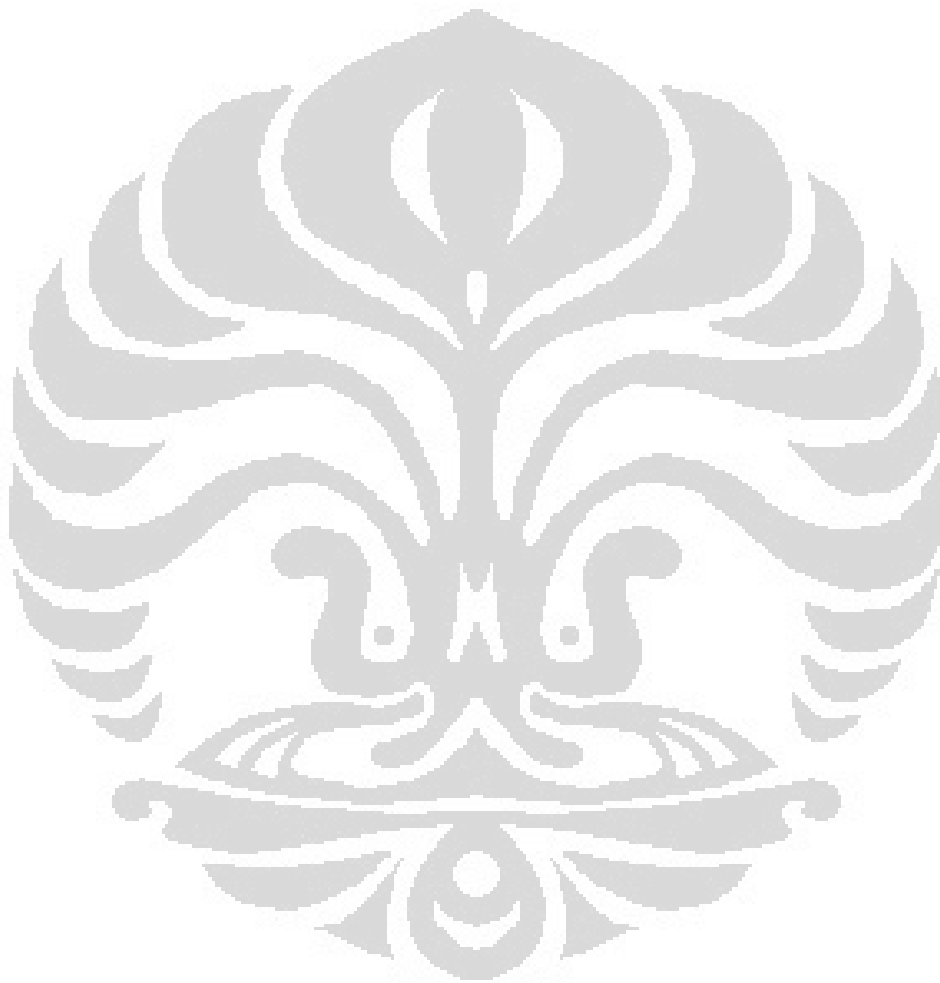
LAMPIRAN PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM	82
--	----



DAFTAR TABEL

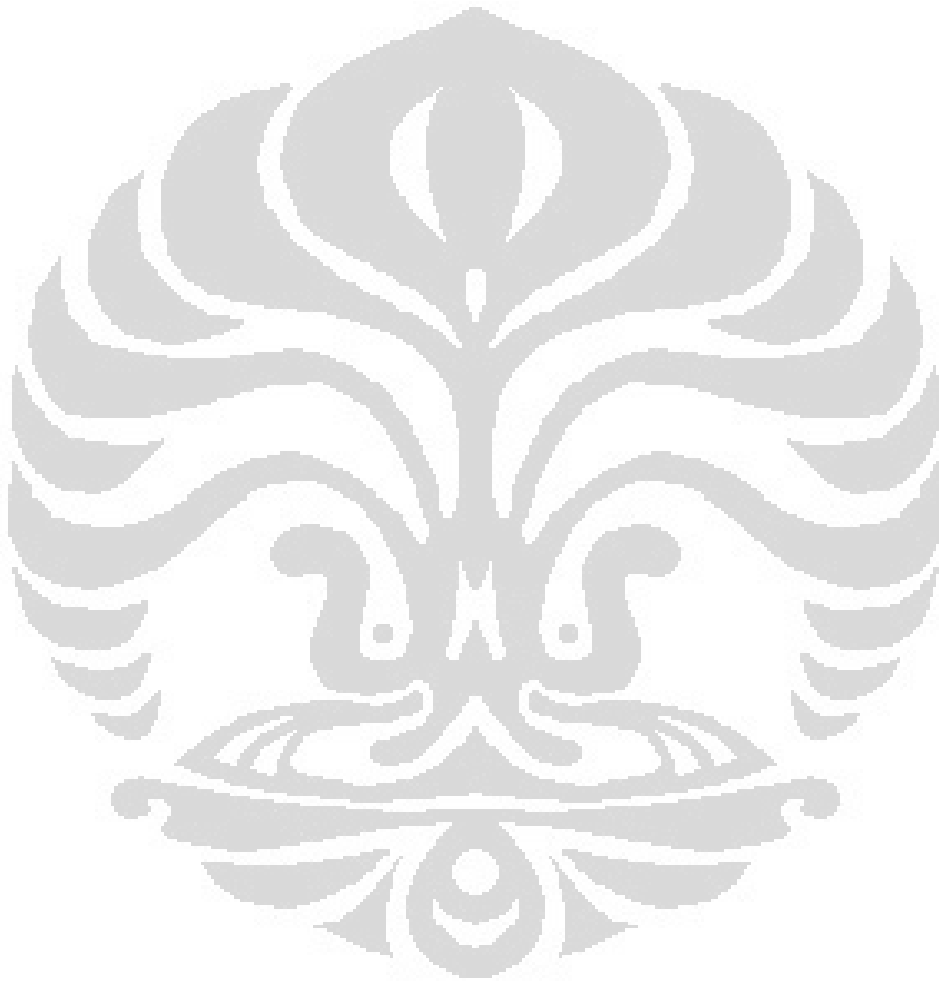
Tabel 1. 1	Kapasitas Tempat Tidur 2010	4
Tabel 1. 2	Kapasitas Tempat Tidur Setelah April 2011	6
Tabel4. 1	Matriks Triangulasi	43
Tabel5.1	Data Cara Bayar Pasien Rawat Inap Th 2010 dan 2011	45
Tabel5.2	Perbandingan Penerimaan Tahun 2010 dan 2011	46
Tabel5.3	Penerimaan Non Tunai Tahun 2010 dan 2011	47
Tabel5.4	Penerimaan Tunai Dan Non Tunai 2011	48
Tabel5.5	Laporan Keuangan 2010 dan 2011.....	50
Tabel5.6	Perbandingan Cash Ratio	50
Tabel5. 7	Perbandingan Acid Test Rati.....	52
Tabel5. 8	Perbandingan Current Ratio	53
Tabel5. 9	Perbandingan Net Working Capital To Sales	54
Tabel5. 10	Daftar Obat Vital.....	55
Tabel5. 11	Perencanaan dan Penerimaan obat Vital Tahun 2010.....	56
Tabel5.12	Perencanaan dan Penerimaan obat Vital Tahun 2011	57
Tabel5.13	Rekapitulasi Penyerapan Anggaran Dana Pendapatan 2010.....	60
Tabel5.14	Rekapitulasi Jasa Pelayanan 2010.....	60
Tabel5. 15	Rekapitulasi Penyerapan Anggaran Dana Pendapatan Tahun 2011	61
Tabel5. 16	Rekapitulasi Jasa Pelayanan 2011	62
Tabel5. 17	Rekapitulasi Jasa Pelayanan Dokter 2010.....	63
Tabel5. 18	Rekapitulasi Jasa Pelayanan Dokter 2011	64
Tabel5. 19	Laporan Klaim Jamkesda 2011 per 25 Januari 2012	67
Tabel5.20	Laporan klaim Jamkesda Bogor	68
Tabel5.21	Laporan klaim Jamkesda Depok	69

Tabel 5. 22	Laporan Klaim Jamkemas R Inap TH 2011	71
Tabel 5. 23	Tabel Validasi Triangulasi	74



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1	Jumlah Kunjungan IGD RSUP Fatmawati.....	4
Gambar1. 2	Angka Stagnasi Kebutuhan R Rawat Inap	5
Gambar 3.1	Alur Teori	37
Gambar 3.2	Kerangka Konsep	38



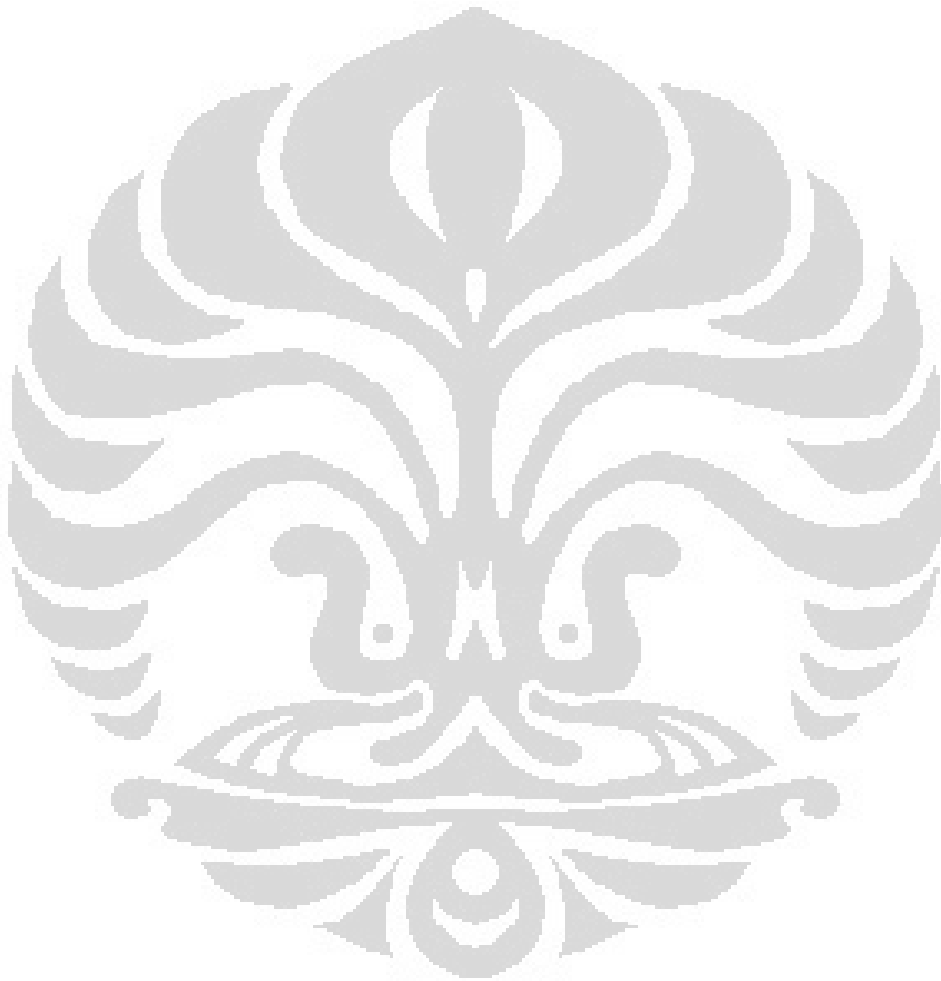
DAFTAR ISTILAH

ASKES	Asuransi Kesehatan
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
ICU	<i>Intensive Care Unit</i>
ICCU	<i>Intensive Care Cardiac Unit</i>
INA CBG's	<i>Indonesia Case Base Group</i>
Jamkesda	Jaminan Kesehatan Daerah
Jamkesmas	Jaminan Kesehatan Masyarakat
Jampersal	Jaminan Persalinan
KWL	Kwitansi Langsung
RSUP	Rumah Sakit Umum Pusat
SMP	Standar Mutu Pelayanan
SPO	Standar Prosedur Operasional
TT	Tempat Tidur
UPT	Unit Pelaksana Teknis



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Formulir Pedoman Wawancara Mendalam
Lampiran 2. Formulir Panduan Pertanyaan Yang Diajukan



BAB I

Pendahuluan

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang bermutu dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (UU RI no.44 th 2009). Hal tersebut tentu akan membutuhkan biaya investasi yang tinggi. Dalam hal pemberian pelayanan, sebagaimana yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI no.983 /SK/XI/1992, rumah sakit harus memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau bagi masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan tersebut meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, rehabilitasi medik, pelayanan asuhan keperawatan serta pelayanan administrasi (SK Menkes RI no.983 th 1992).

Rumah sakit merupakan organisasi yang kompleks dan padat karya karena selain memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, juga berperan sebagai pusat pendidikan dan penelitian. Tenaga yang bekerja di dalamnya pun mempunyai spesifikasi yang beragam, mulai dari tenaga medis dan paramedis yang telah terspesialisasi maupun tenaga non medis demi melancarkan fungsi pelayanan kepada masyarakat baik itu dibidang teknis medis maupun administrasi kesehatan (Darmanto R, 1997). Dengan semakin tingginya pendidikan masyarakat, pusat pelayanan kesehatan dituntut agar memberikan pelayanan yang bermutu serta terdapat kesetaraan dalam mendapatkan akses terhadap pelayanan. Hal ini sebetulnya sudah menjadi kesepakatan bangsa Indonesia sejak dulu yang tercantum dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 alinea keempat. Pembukaan Undang-Undang Dasar ini jelas-jelas mengikat penyelenggara negara Indonesia untuk memperhatikan kesejahteraan umum dan keadilan sosial bagi bangsa Indonesia. Rumah sakit sebagai organisasi yang

memberikan pelayanan kesehatan baik itu dari segi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif merupakan salah satu organ yang turut berperan aktif dalam memajukan kesejahteraan umum dan keadilan sosial tersebut. Demikian juga tercantum dalam Deklarasi Universal Hak-Hak Dasar Manusia yang diumumkan oleh Majelis Umum PBB tahun 1948. Dalam deklarasi tersebut pada pasal 22 tercantum: Setiap orang, sebagai anggota masyarakat, berhak atas jaminan sosial dan berhak akan terlaksananya hak-hak ekonomi, sosial dan budaya yang sangat diperlukan untuk martabat dan pertumbuhan bebas pribadinya, melalui usaha-usaha nasional maupun kerjasama internasional, dan sesuai dengan pengaturan serta sumber daya setiap negara. (Deklarasi Universal PBB melalui Resolusi 217). Untuk melaksanakan hal tersebut salah satu strategi yang diterapkan oleh Pemerintah Indonesia adalah dengan mengeluarkan Undang-Undang no 40 tahun 2004 tentang “Sistem Jaminan Sosial Nasional” (SJSN). Undang Undang tersebut bertujuan agar tercipta perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Bentuk iurannya dibayarkan oleh pemerintah bagi fakir miskin dan orang yang mampu akan membayar sendiri iurannya juga bagi para pemberi kerja membayarkan iuran preminya, sebagai peserta program jaminan sosial (UU no 40 Tahun 2004 tentang SJSN). Dimasa yang akan datang seluruh penduduk Indonesia akan dilindungi dengan asuransi seperti Asuransi Kesehatan PT Askes. Cara bayar masyarakat akan berubah dari cara umum menjadi cara bayar jaminan. Hal ini menarik untuk digali lebih jauh apa efeknya terhadap kinerja keuangan rumah sakit dan bagaimana efek yang akan terjadi terhadap mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.

RSUP Fatmawati yang merupakan salah satu Rumah Sakit Vertikal Kementerian Kesehatan tentu saja mempunyai kewajiban untuk menjalankan Undang Undang tersebut. Akan tetapi dalam bidang kesehatan sendiri terdapat persaingan usaha. Terlebih dengan adanya pasar bebas pada 2015 dimana negara asing bisa membuka usaha perumahsakitannya dimana modal asing dapat memiliki saham rumah sakit di Indonesia. Tentu saja persaingan tersebut melalui penyediaan pelayanan kesehatan bermutu dengan Standar International. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah baik pemerintah pusat (Kementerian Kesehatan) maupun oleh pemerintah daerah sudah

seharusnya memperhatikan mutu pelayanan. Pelayanan kesehatan yang bermutu sejojanya memperhatikan kaidah-kaidah standar pelayanan minimal berdasarkan keilmuan terkini dibidang kedokteran, memperhatikan standar prosedur operasional fasilitas medik sesuai dengan Undang-Undang no. 8 tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, Undang-Undang no. 36 tahun 2008 tentang Praktik Kedokteran, Undang-Undang no.44 tahun 2009 tentang perumahasakitan. Undang-undang tersebut diatas mewajibkan pelayanan kesehatan di rumah sakit harus dilaksanakan dengan mutu yang baik, tertata kelola, berdasarkan standar ilmu kedokteran yang mutakhir, diberikan kepada masyarakat sesuai dengan kompetensi sumber daya manusianya. Dalam pelayanan yang bermutu ini memerlukan dana yang tidak sedikit, dan membutuhkan manajemen yang kuat dan rapi. Kemampuan manajemen rumah sakit dalam mengikuti arah perubahan lingkungan sangat menentukan nasib rumah sakit tersebut dimasa yang akan datang (Soeroso, 2003).

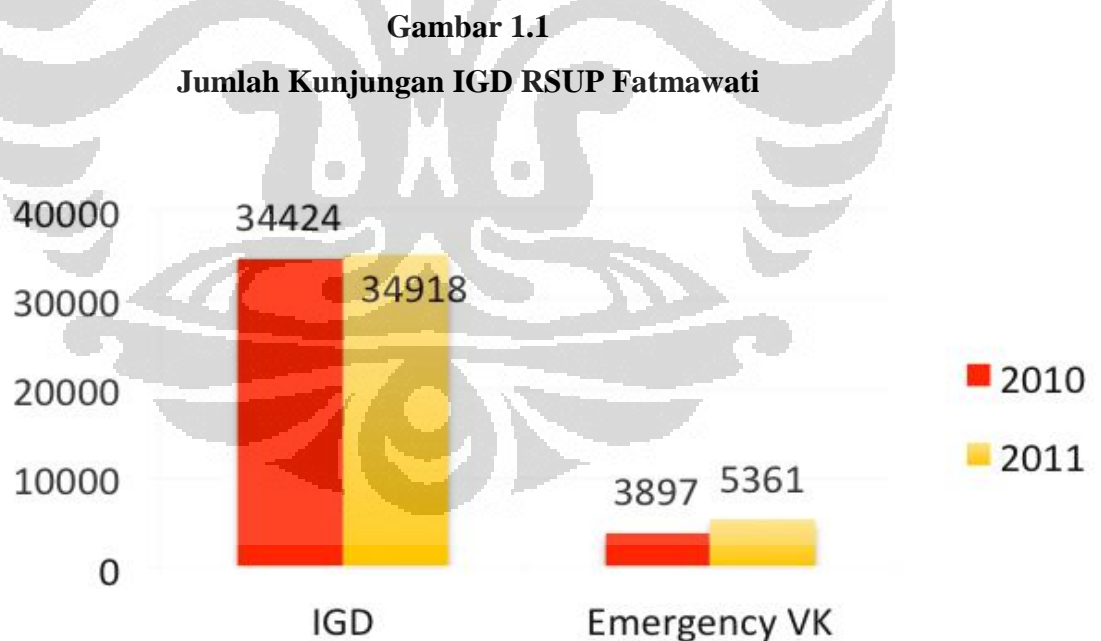
Mulai tahun 2012 ini ada tujuh rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan yang akan menjalankan akreditasi Internasional oleh badan *Joint Commission International (JCI)*. Dimana inti dari akreditasi ini adalah berfokus kepada pasien mengutamakan keselamatan pasien. Semua pelayanan yang diberikan harus mengutamakan kepentingan pasien dan keluarganya. Tidak boleh ada kendala bagi masyarakat untuk menerima pelayanan yang berstandar baik itu kendala budaya, agama atau keterbatasan fisik, tidak boleh ada pembedaan strata dalam menerima pasien dan usaha yang maksimal untuk mencegah kegagalan pengobatan atau mengeliminir efek samping dari pelayanan hingga pasien tersebut pulang ke rumah. RSUP Fatmawati yang merupakan salah satu rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan akan dinilai oleh JCI pada tahun 2013. Rumah Sakit ini adalah rumah sakit kelas A pendidikan sejak Februari 2010 dengan pelayanan unggulan adalah Bedah Orthopedi dan Rehabilitasi Medik. Semula kapasitas tempat tidur di RSUP fatmawati adalah 632 dengan perincian :

Tabel 1.1
Kapasita Tempat Tidur 2010

• Executive Gedung Prof Soelarto	: 19	TT
• VIP Paviliun Anggrek	: 52	TT
• IRNA A	: 179	TT
• IRNA B	: 271	TT
• IRNA C	: 57	TT
• Intermediate Ward	: 4	TT
• Rehabilitasi Medik	: 17	TT
• Instalasi Rawat Intensif	: 33	TT
Total	: 632	TT

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

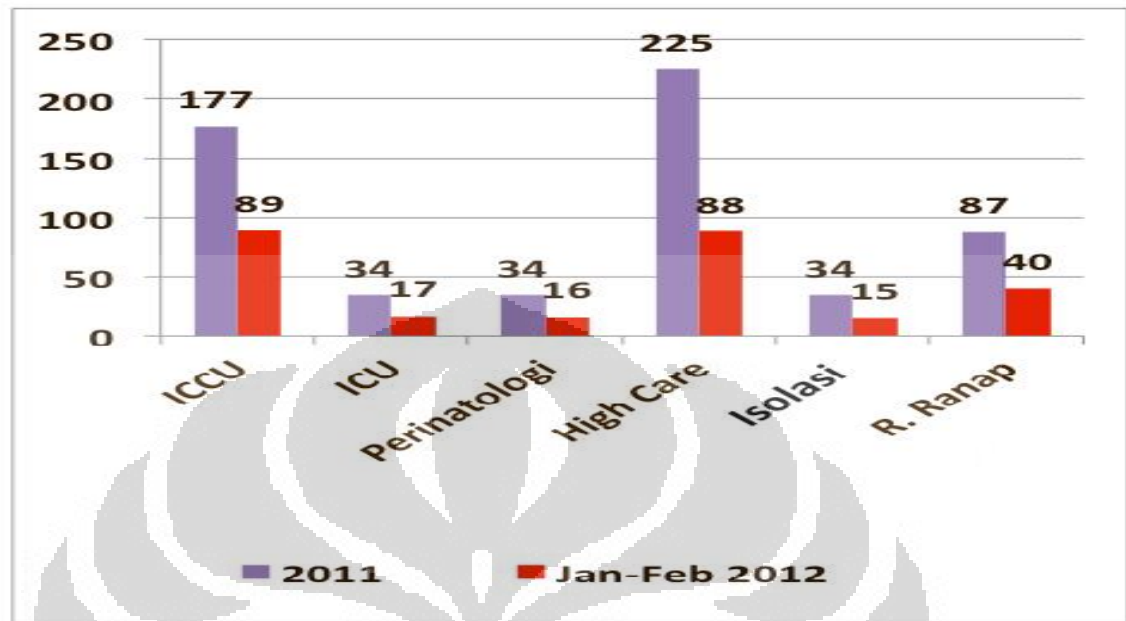
Akan tetapi dari tahun ke tahun dalam perjalanannya RSUP Fatmawati semakin meningkat kunjungannya. Angka kunjungan yang tinggi ini menjadi permasalahan tersendiri seperti angka stagnasi di Instalasi Gawat Darurat yang meningkat karena tak mencukupinya ruang perawatan dan tingginya penggunaan kamar operasi cito, seperti data dibawah ini, grafik angka stagnasi di IGD RSUP Fatmawati.



Jumlah Kunjungan IGD Fatmawati, sumber Bidang Pelayanan Medik RSUP Fatmawati

Sedangkan angka stagnasi adalah sebagai berikut

Gambar 1.2
Angka Stagnasi Kebutuhan R Rawat Inap



angka stagnasi di IGD Fatmawati, sumber Bidang Pelayanan Medik RSUP Fatmawati

Dari masalah stagnasi ini ruang rawat khusus ini, setelah masa kegawat daruratannya terlewati menjadi masalah baru karena pasien tersebut membutuhkan ruang rawat kelas III. Oleh karena itu jajaran manajemen mengambil tindakan dengan menambah kapasitas tempat tidur (TT). Menjelang ulang tahun emas RSUP Fatmawati April 2011, keluarlah Keputusan Direktur Utama nomor : HK.03.05/II.1/301/2011 yang menambah kapasitas tempat tidur menjadi 750 tempat tidur dengan cara mengurangi jumlah tempat tidur VIP dan menambah kelas tiga sehingga komposisinya menjadi 60,94 % dari keseluruhan tempat tidur rawat inap yang ada.

Ada pun komposisi ruang rawat tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel 1.2

Kapasitas Tempat Tidur Setelah April 2011

• Suite Room	: 1	TT
• VIP Paviliun Anggrek	: 21	TT
• Kelas I pada IRNA A,B,C	: 109	TT
• Kelas II pada IRNA A dan C	: 78	TT
• Kelas III pada IRNA A,B dan C	: 457	TT
• Ruang Khusus		
○ Unit Stroke	: 4	TT
○ High Care	: 32	TT
○ Luka Bakar IRNA A	: 4	TT
○ Luka Bakar IRNA B	: 4	TT
○ Rehab Medik	: 7	TT
○ Instalasi Rawat Intensif	: 33	TT
Total	: 750	TT

Sumber : Bidang Pelayanan Medik

Melihat komposisi diatas terdapat penambahan secara signifikan jumlah tempat tidur rawat kelas III dan penurunan jumlah kelas VIP dan kelas II. Pasien-pasien yang dirawat pada kelas III adalah pasien dengan cara bayar jaminan baik itu Jamkesmas, Jamkesda, Jampersal, ataupun surat keterangan tidak mampu (SKTM).

Semenjak bulan April 2011 ketika terjadi peningkatan jumlah tempat tidur kelas III, konsekwensinya penerimaan non tunai atau piutang rumah sakit menjadi lebih banyak dibandingkan penerimaan tunai. Penerimaan non tunai berarti adalah penerimaan dari berbagai bentuk asuransi baik itu Jamkesmas, Jamkesda, Jampersal, dan dengan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM). Cara bayar pasien jaminan tersebut tentu menurunkan ketersediaan "Cash on Hand" yang dapat mempengaruhi kewajiban rumah sakit seperti pembayaran utang jangka pendek rumah sakit dan pembelian logistik rumah sakit serta operasional rumah Sakit (Liabilitas). Sebaliknya dengan semakin meningkatnya jumlah tempat tidur berarti kebutuhan biaya untuk membayar kewajiban dan penyediaan dana operasional tentu juga meningkat. Hasil diskusi dengan staf di bagian akuntansi RSUP Fatmawati tingginya piutang ini akan mempengaruhi likuiditas keuangan rumah sakit karena ada jarak waktu dalam pembayaran piutang tersebut sementara untuk pelaksanaan operasional sehari hari diperlukan uang tunai yang

segera. Inilah yang menjadi alasan mengapa ingin diteliti tentang piutang rumah sakit dan bagaimana efeknya terhadap pelayanan di rumah sakit. Terlebih pada tahun 2014 seluruh masyarakat Indonesia akan dilindungi melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang preminya akan dibayar oleh pemerintah bagi mereka yang tidak mampu dan iuran premi dari mereka yang mampu. Bila hal ini diterapkan tanpa persiapan yang matang, tentu bisa menjadi masalah bagi seluruh rumah sakit di Indonesia.

1.2 Rumusan Masalah

Dengan meningkatnya jumlah pasien jaminan, maka piutang rumah Sakit jadi semakin meningkat, likuiditas jadi menurun, belanja barang dan biaya operasional yang tersedia menjadi terkendala.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Dengan memperhatikan latar belakang diatas, dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut

1. Bagaimana jumlah dan proporsi penerimaan dari pasien jaminan tahun 2010 sampai 2011 yaitu sebelum dan sesudah adanya peningkatan jumlah tempat tidur kelas III?
2. Bagaimana likuiditas keuangan Rumah Sakit tahun 2010 dan 2011 ?
3. Apakah peningkatan penerimaan non tunai mempengaruhi likuiditas keuangan rumah sakit?
4. Apakah likuiditas keuangan pada tahun 2010 dan 2011 mempengaruhi penyediaan sarana dan biaya operasional ?

1.5 Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan Umum

Diketuinya likuiditas keuangan Rumah Sakit sebelum dan sesudah peningkatan kapasitas tempat tidur kelas III dan hubungannya dengan penyediaan sarana dan biaya operasional

1.5.2 Tujuan Khusus

1. Diketuahuinya likuiditas keuangan rumah sakit pada tahun 2010 dan 2011
2. Diketuahuinya perbandingan penerimaan pasien jaminan dan umum sebelum dan sesudah kenaikan kapasitas tempat tidur pada tahun 2010 dan 2011
3. Diketuahuinya perbandingan penerimaan tunai dan non tunai pada tahun 2010 dan 2011
4. Diketuahuinya faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan pembayaran piutang dari pihak ke ketiga
5. Diketuahuinya lama hari pembayaran piutang rumah sakit
6. Diketuahuinya lama hari pembayaran utang Rumah Sakit sebelum dan sesudah kenaikan kapasitas tempat tidur kelas III tahun 2010 dan 2011
7. Diketuahuinya hubungan piutang Rumah Sakit dengan ketersediaan logistik dalam hal ini obat Vital dan biaya operasional Rumah Sakit

1.5.3 Manfaat Penelitian

a. Bidang Penelitian:

Hasil penelitian diharapkan dapat dipakai sebagai data dasar untuk penelitian lebih lanjut tentang kinerja keuangan bila nanti sistem asuransi diterapkan bagi seluruh penduduk Indonesia

b. Bidang Pelayanan Masyarakat:

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dipakai sebagai pertimbangan dalam pengambilan keputusan untuk mengatur keuangan bila Badan Pelaksana Jaminan Sosial (National Coverage) nanti diterapkan

c. Bidang Pendidikan:

Merupakan sarana proses pendidikan, khususnya dalam hal melakukan penelitian dan

meningkatkan pengetahuan bidang keuangan rumah sakit

BAB II

Tinjauan Pustaka

2.1. Aliran Kas

Dinegara maju seperti di Amerika Serikat (AS) sudah menjadi hal lumrah bagi sebuah industri untuk mencurahkan waktu dan segala sumber daya untuk mengontrol dan mengatur aliran kas. Walaupun alasan untuk hal ini sudah jelas akan tetapi ada pengecualian pada pelayanan atau bisnis seperti rumah sakit karena perawatan yang efektif harus segera dilakukan . Rumah Sakit seperti institusi lainnya mempunyai problem cash flow(aliran kas) yang akut yang disebabkan oleh faktor-faktor berikut :

1. Adanya kesenjangan waktu antara pemberian pelayanan kesehatan dan penagihan pembayaran. Kesenjangan ini berkisar 50-70 hari. Bahkan pada beberapa klasifikasi pembayaran di AS seperti Medicaid bisa melewati 100 hari
2. Dengan metode akunting yang berbasis akrual (*accrual method*), waktu pendapatan bersih (*net income*) dan arus kas (*cash flow*) selalu dengan siklus yang berbeda. Perbedaan ini membuat pendapatan bersih (*net income*) sebagai penghitungan arus kas pada periode operasional yang sedang berjalan menjadi tidak cocok. Karena tanpa penyesuaian perbedaan waktu antara penghasilan/pendapatan yang diharapkan dari pengumpulan uang kontan dengan pembelanjaan yang direncanakan
3. Rumah Sakit mempunyai siklus volume pekerjaan meningkat dan menurun sesuai dengan musim dalam setahun. Jika pengumpulan uang dilakukan secara normal akan tetapi ada kesenjangan pembayaran maka terjadi ketidakharmonisan antara ketersediaan uang kontan dengan kebutuhan uang kontan yang meningkat karena volume pekerjaan meningkat.
4. Adalah sesuatu yang normal di Rumah Sakit untuk mengeluarkan uang demi membayar gaji karyawan sebesar 60%-70% dari total belanja operasional. Jika gaji dan jasa pelayanan dibayarkan per dua minggu secara kontan atau transfer bank, maka siklus pembayaran jadi tidak berbarengan lagi dengan siklus pengumpulan dana.

Ketika karakteristik ini dipertimbangkan antara keperluan modal kerja sebuah rumah sakit maka budget dan kontrol uang kontan menjadi sangat penting. Walaupun selama suatu periode produksi telah menghasilkan pendapatan bersih yang positif tetap saja kesanggupan membayar utang menjadi terancam bila tidak diukur secara hati-hati, direncanakan dan dikontrol.

Proses anggaran uang kontan adalah serupa dengan anggaran operasional, tetapi mesti dikenal adanya selang waktu (time lag), sementara uang mempunyai tempo yang dihargai (time value), uang tunai dapat diinvestasikan bahkan pada jangka pendek untuk menghasilkan produksi secara lebih besar.

Analisa yang diikuti dengan monitoring bulanan menyediakan proyeksi data dasar pendapatan dan mengontrol penyusutan harga uang.

2.2. Penarikan Dana Dari Piutang

Perhitungan pendapatan Rumah Sakit yang berasal dari berbagai sumber termasuk variasi sumber pemasukanakan menyebabkan berbagai masalah pengumpulan uang tunai dan berbagai masalah dalam periode penagihan utang. Kebutuhan data, prosedur yang digunakan, formulir yang harus dilengkapi, dan tipe tipe dari respon pembayaran jasa pelayanan Rumah Sakitharus diteliti karena karakternya berbeda-beda baik itu dari pihak ketiga (penjamin), perencanaan asuransi kesehatan, uang kompensasi pekerja (reimburse) dan cara bayar tunai. Utang yang tidak terbayar (bad debt) dari masing masing klasifikasi pembayar juga berbeda-beda kejadiannya. Untuk alasan ini sebaiknya dilakukan analisis secara terpisah terhadap siklus penagihan dari masing-masing klasifikasi pembayar. Dari situ bisa diarahkan kepada perubahan prosedur skringing dan administrasi seperti usaha yang akan dilakukandan dokumentasi yang baik untuk menagih piutang.(Rowland & Rowland,1984)

Pada kebanyakan Rumah Sakit karakteristik pembayaran pasien rawat jalan berbeda dengan yang rawat inap. Perbedaan ini sering nyata pada monitoring dan proyeksi bad debt. Sering sekali pasien rawat jalan membuat rasio bad debt lebih besar dari pada pasien rawat inap. Ketika klasifikasi

inidianalisa untuk waktu penagihan dan efek terhadap arus kasnya, maka pengaturan yang komplit dari klasifikasi pembayar pasien rawat jalan harus dimasukkan.

Siklus penagihan untuk tiap klasifikasi pembayaran harus dipelajari dengan menggunakan analisa historis. Beberapa hal yang perlu diperhatikan:

1. Jumlah hari dari pulang sampai proses billing
2. Jumlah hari dari billing sampai penagihan
3. Persentase dari billing yang tidak terbayarkan dari tiap klasifikasi pembayaran dan menjadi bad debt atau karena alasan lainnya

Untuk memulai analisa ini ,perlu dilakukan survey historis atau membuat laporan monitoring secara periodik yang akan membuat gambaran proyeksi arus kas. Monitoring secara teratur sangat disarankan dalam rangka menyediakan data dasar dari kinerja keuangan. Anggaran dana harus disiapkan dengan fokus utama pada arus kas yang aktual bukan pada tujuan pengumpulan tagihan. Tujuan yang ketat untuk tiap klasifikasi dapat digunakan untuk mengukur kinerja tetapi perencanaan dana harus berdasarkan kepada arus kas yang diharapkan. Disebabkan sumber penghasilan Rumah Sakitberagam, aliran kasnya bervariasi sekali maka perencanaan juga dilakukan melalui analisa pada tiap periode selama setahun. Begitu gambaran pungutan dana sudah tersedia maka arus kas dari pungutan dapat diperkirakan.

2.3.Kebutuhan Dana

Kebutuhan dana dihitung dari anggaran operasional dan anggaran modal (capital budget). Ada perbedaan waktu antara saat peredaran uang untuk pembiayaan operasional dengan penerimaan dari pembayaran. Dikarenakan perbedaan ini tidak sebesar untuk pembiayaan dibandingkan dengan pengumpulan dana, maka siklus pembayaran lebih mudah dikontrol dan diprediksikan. Tetapi bukan berarti keseimbangan neraca dan perencanaan yang detail tidak diperlukan . kebutuhan dana tersebut antara lain untuk (Cannon,1982):

1. Pembayaran Gaji

Kebanyakan rumah sakit mengeluarkan daftar gaji secara dua mingguan dan biasanya ada jarak antara waktu pengeluaran daftar gaji dengan pembayaran gaji. Semisal daftar gaji dikeluarkan hari Jumat maka gaji akan dibayar Jumat minggu depan dan pajak akan dikeluarkan beberapa hari setelah saat daftar gaji dikeluarkan.

2. Pasokan Operasional

Pasokan operasional secara umum dianggap sebagai inventaris yang artinya perputaran inventaris karena penggunaan. Seberapa banyak utang untuk barang dan jasa yang dibayar secara kredit itu harus dilihat secara seksama.

3. Biaya Operasional Lainnya

Pengetahuan akan gambaran pembiayaan untuk semua operasional dibutuhkan dalam membuat anggaran dan kebutuhan dana kontan.

4. Pembayaran Lainnya

Pengeluaran pengeluaran seperti pembelian alat-alat untuk modal, uang jalan profesional dan acara tahunan harus direncanakan dengan baik dan dilakukan penganggaran secara per item. Penganggaran dana kontan harus berisi syarat khusus untuk semua pengeluaran material.

2.4. Farmasi

Keberadaan farmasi merupakan kontributor yang penting dalam perawatan pasien dan juga merupakan sumber penghasilan bagi Rumah Sakit (revenue). Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam mempersiapkan audit (Cleverley, 1982);

1. Apakah ada kebijakan dan prosedur untuk mencegah staf medis melakukan *abuse* dalam menjalankan kewenangan klinis untuk menulis resep
2. Adakah prosedur yang mengontrol aset obat dan siapa yang bertanggung jawab terhadap aset tersebut? Bagaimana bila ada obat yang kadaluwarsa? Bagaimana prosedur bila ada obat baru yang datang dan mengontrol proliferasi merek?

3. Bagaimana prosedur untuk mengembalikan obat yang tidak digunakan? Apakah unit dose dipergunakan secara efektif ? bagaimana penghitungan biaya bila obat tidak jadi digunakan
4. Apa kebijakan Rumah Sakit dalam menentukan harga obat? Metode apa yang diterapkan ? Adakah diskon bagi staf Rumah Sakit ?
5. Bagaimana persediaan untuk obat-obat emergensi di ruangan dan di Instalasi Gawat Darurat?
6. Apakah depo farmasi berada di lokasi yang mudah bagi pasien rawat jalan dan terdapat ruang tunggu yang nyaman ?
7. Obat apa dan cairan apa yang diproduksi oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit dan apakah proses produksinya menggunakan alat yang baik ?
8. Bagaimana prosedur membersihkan depo dan Instalasi Farmasi? Apakah dilakukan dengan cara yang tepat sehingga mencegah kontaminasi inventaris obat? Siapa orang yang bertanggung jawab ?
9. Adakah ikatan kerja sama dengan farmasi lainnya bila terjadi keadaan emergensi.
10. Prosedur apa dalam mengelola tanda terima keuangan ? Bagaimana tipe laporan tanda terima dan berapa sering mesti menyiapkan laporan tanda terima keuangan tersebut ? apakah laporan tersebut dengan jelas menggambarkan kinerja farmasi ?

Sediaan obat terdiri dari obat (bahan obat),alat kesehatan habis pakai, reagensia,bahan kimia dan gas medis. Tujuan pengelolaan obat di Rumah Sakit adalah agar selalu tersedia saat dibutuhkan dalam jumlah dan jenis yang cukup serta mutu terjamin. Pengelolaan obat yang tidak efisien akan berdampak negatif baik itu secaramedik ataupun ekonomik. Penentuan perencanaan logistik obat adalah :

1. Pemakaian tahun lalu
2. Sisa persediaan (stok terakhir)
3. Anggaran
4. Epidemiologi
5. Slow dan Fast Moving
6. Vital, Essential, Non Essential (VEN) dan ABC
7. Rekomendasi Komite Medik
8. Pengembangan pelayanan

Pengelolaan obat (sediaan farmasi) dilandasi atas beberapa hal yaitu obat merupakan sarana intervensi dalam pelayanan medik (farmakoterapi) dan anggaran obat atau farmasi adalah paling besar (sekitar 40 %) dari seluruh anggaran rumah sakit. Pada analisis ABC obat dikelompokkan dalam tiga katagori A, B, C. Obat katagori A harus dilakukan pemantauan ketat, pencatatan akurat dan komplit serta peninjauan secara ketat (antara 1-3 bulan). Obat katagori ini dikendalikan dengan *Economic Order Quantity* (EOQ) atau jumlah ekonomis pembelian perkali pemesanan dan *Reorder Point* (ROP) yaitu jumlah kebutuhan perhari dikali dengan *lead time* dibagi jumlah hari kerja pertahun. Sedangkan obat katagori B , pengendalian tidak terlalu ketat, sistem pencatatan harus baik, peninjauan secara berkala (antara 3 sampai dengan 6 bulan), kelompok C pemantauan sederhana , sistem pencatatan baik, peninjauan dilakukan setahun sekali.

Pada metode VEN , buffer stock Vital adalah 20 % , Essential adalah 10 % pemakaian yang lalu, Non essential sebesar 0 – 5 % dari pemakaian yang lalu. Buffer stock diperlukan untukmenghindari kekosongan barang. *Buffer Stock*persediaan penyangga adalah persediaan untuk mencegah kekosongan barang. Bila *lead time* 1 bulan maka harus tersedia stok penyangga selama 2 minggu, untuk lead time 2 bulan maka harus tersedia stok penyangga untuk 4 minggu dan bila lead time 3 bulan, maka diperlukan stok penyangga selama 5 minggu pemakaian. (Andriyani, 2011).

2.5.Perencanaan Dana

Dalam membuat budget dana kontan perlu ditentukan juga arus kas dan melakukan antisipasi segala utang jangka pendek sehingga dapat diketahui berapa kebutuhan dana kontan. Analisa yang cermat harus dilakukan untuk

mengantisipasi kebutuhan dana. Jika perencanaan arus kas tidak adekuat, maka rumah sakit akan mengalami masalah pembayaran utang sehingga utang jangka pendek tak terbayarkan. Bila ini terjadi maka akan terjadi kegagalan teknis dalam pembayaran utang jangka panjang.

Ketika perencanaan dana kontan telah ditetapkan secara formal, terdapat waktu untuk merancang penjualan surat-surat berharga jangka pendek dan untuk pinjaman dari bank. Manajemen Rumah Sakit akan berada pada posisi yang baik dalam merancang kewajiban jangka pendek masa datang dan merencanakan termin pembayaran dengan bank. Oleh karena itu dibutuhkan kebijakan tersendiri untuk menjaga keseimbangan dana tunai seperti kebijakan boleh menginvestasikan sejumlah uang tertentu pada surat berharga untuk periode tidak lebih dari 60 hari sehingga balance menjadi lebih ketika jatuh tempo utang pada beberapa bulan berikutnya. Disamping itu merancang kegiatan bank harus diformulasikan dengan baik dan syarat-syarat untuk meminjam ke bank dan segala kebutuhan yang perlu segera dibeli harus jelas.

(Cannon, 1982)

Sebagai gambaran negara maju seperti Canada, mempunyai sistem asuransi yang universal, sistem pembayaran tunggal dari asuransi kesehatan dijalankan oleh negara dengan sepuluh provinsi dan dua teritori ini. Provinsi-provinsi yang ada mempunyai otoritas untuk mengontrol aspek tertentu dari kebijakan kesehatan seperti pengaturan tarif Rumah Sakit, secara langsung mengontrol pemakaian capital dan menentukan tarif pemeriksaan tertentu. Tiap rumah sakit bernegosiasi tiap tahun dengan pemerintahan provinsi untuk menentukan anggaran operasional secara prospektif. Kontrol terhadap pemakaian capital dilakukan secara terpisah yang dialokasikan oleh pemerintah provinsi berdasarkan kebutuhan yang disepakati, expertise klinis dan faktor lainnya. Tenaga medis di Canada hanya mempunyai pilihan untuk melaksanakan atau tidak melaksanakan kegiatan di dalam sistem asuransi kesehatan ini. Jika memilih ikut dalam sistem maka jasa medis akan dibayar dengan waktu yang telah ditentukan dan tidak akan ada kesempatan menagih apa yang tidak ditanggung.

Sedangkan di Amerika Serikat program Medicare dan Medicaid, penyedia layanan meminta untuk mengadopsi sistem reimbursement seperti asuransi

kesehatan lainnya. Oleh karena itu dalam perjalanannya Medicare dan Medicaid dan asuransi kesehatan komersial menanggung secara penuh biaya perawatan pasien di rumah sakit, biaya dokter dan penyedia jasa layanan lainnya dalam proses pengobatan. Komponen pembiayaan itu adalah jasa rumah sakit dan jasa medis dokter sebesar 60 % dan sisanya termasuk obat, perawatan gigi dan pelayanan pengobatan penyakit akut. Penyediaan sumber-sumber untuk pelayanan penyakit akut menekankan pada efisiensi alokatif dan efisiensi teknis sehingga dapat meminimalisasikan biaya.

2.6. Fungsi Keuangan

Penganggaran operasional membutuhkan prosedur tetap untuk perencanaan dan mengontrol pendapatan dan belanja dengan memprediksikan kinerja keuangan yang diharapkan. Anggaran yang meliputi satu tahun disebut tahun fiskal. Biasanya budget digunakan untuk waktu pendek karena terpengaruh kondisi organisasi, keadaan ekonomi eksternal organisasi dan berbagai faktor lainnya yang sangat spekulatif. Anggaran digunakan untuk mengukur kinerja keuangan secara aktual dibandingkan dengan kinerja yang diprediksikan. Kemampuan manager operasional memperkirakan kemungkinan yang bisa terjadi yaitu budget yang lebih besar merupakan hal yang krusial untuk evaluasi dari kinerja manajemen. Jadi budget merupakan dasar dari akuntabilitas keuangan dan pengontrolan.

Budgeting di rumah sakit sendiri ada beberapa tipe antara lain : Appropriation Budget, Fixed Forecast Budget; Variable atau Flexible Budget. Pada Rumah Sakit pemerintah biasanya yang digunakan adalah Appropriation Budget. Sejumlah uang ditetapkan untuk departemen atau satuan kerja berdasarkan pengeluaran tahun sebelumnya. Karena dananya sudah tetap maka tidak terdapat insentif untuk para manager untuk menekan biaya. Bila manager tersebut berhasil menekan biaya, maka uang anggaran yang berlebih dikembalikan kepada otoritas pusat. Pada tahun berikutnya otoritas pembuat anggaran akan memberikan hadiah dan uang tambahan sesuai dengan inflasi. Sedangkan pada Fixed Forecast Budget merupakan budget yang lebih fleksibel karena cara budgeting ini memperbolehkan tingkat aktifitas dalam setahun dan juga

memperbolehkan dilakukan penyesuaian terhadap pengeluaran yang berdasarkan pelayanan yang dilakukan dan mempercayakan prediksi kepada tim manajemen. Sedangkan cara penganggaran yang paling dianggap bermanfaat saat ini karena perubahan situasi keuangan adalah Variable atau Flexible Budget. Cara penganggaran ini membutuhkan fungsi akunting yang cerdas. Pengeluaran yang berubah sedikit-sedikit dari tahun ke tahun tanpa menghiraukan perubahan tingkat perubahan pelayanan yang ditetapkan secara fix seperti cara Appropriation, akan tetapi pengeluaran yang bervariasi dengan berbagai pelayanan dikonversikan kepada pengeluaran perunit dalam satu bulan di tahun fiscal yang berjalan. (Fine dan Butterfield, 1994)

2.7. Laporan Keuangan Dan Analisa

Laporan keuangan melaporkan prestasi historis dari suatu perusahaan dan memberikan dasar, bersama dengan analisis bisnis dan ekonomi, untuk membuat proyeksi dan peramalan dimasa depan. Laporan tahunan merupakan dokumen yang memberi informasi kepada pemegang saham dan diaudit sesuai dengan prinsip-prinsip akuntansi yang diterima secara umum.

Dalam beberapa hal, setiap organisasi adalah suatu permainan yang kompetitif. Organisasi adalah suatu kegiatan kelompok. Ada aturan-aturan main. Ada kegiatan mencatat angka untuk evaluasi kinerja. Insentif merupakan spirit kelompok dan bayaran untuk mendorong dan memperbaiki kinerja.

Laporan-laporan keuangan merupakan angka untuk mencatat dan mengevaluasi kinerja suatu organisasi. Oleh karena itu laporan keuangan merupakan hal yang penting bagi manajemen organisasi yang efisien. Laporan-laporan juga memberikan dasar untuk memberikan kompensasi kepada para partisipan atau pemegang andil. Bagi pemilik perusahaan, bagian yang penting dari kompensasi mereka adalah peningkatan nilai perusahaan. Tujuan memaksimalkan nilai perusahaan adalah seperti memberikan angka yang paling menentukan dalam suatu permainan yang kompetitif.

Laporan-laporan keuangan didasarkan pada konvensi dan aturan-aturan akuntansi. Untuk mencapai konsistensi dan komparabilitas, penggunaan pertimbangan yang subyektif diminimalkan. Yang digunakan adalah penilaian

suatu perusahaan didasarkan pada proyeksi atau prakiraan kinerjanya dimasa depan.

Gambaran yang lengkap tentang aktivitas-aktivitas akuntansi keuangan suatu perusahaan selama satu tahun terdiri dari tiga laporan keuangan dasar:

1. Neraca awal tahun memberikan gambaran tentang perusahaan pada permulaan tahun pajaknya, ditambah neraca akhir tahun yang memberikan gambaran tentang harta dan utang akhir
2. Perhitungan rugi-laba menunjukkan arus pendapatan dan beban atau biaya selama interval antara neraca awal dan akhir periode
3. Laporan arus kas merinci sumber-sumber perubahan kas dan setara kas selama interval waktu yang sama dengan perhitungan rugi laba. (Weston & Copeland, 1995)

Berman et al (2004) membagi laporan keuangan dalam dua tipe : Laporan Persediaan (*Stock Report*) dan Laporan Aliran Dana (*Flow Report*). *Stock Report* termasuk kinerja manajemen dalam mengatur aset dan passiva pada waktu yang sama. Laporan tersebut memasukkan laporan Balance, Penerimaan dan Laporan Dana Tunai. *Flow Report* berhubungan dengan aktifitas kegiatan sehari hari. Pernyataan untung-rugi bertindak sebagai laporan global untuk mengevaluasi kinerja keuangan dari organisasi. Laporan ini diproduksi secara bulanan dan berisi informasi tentang revenue, pengeluaran (*expense*) dan keuntungan (*profit*) dibandingkan dengan budget dan kecenderungannya dari waktu ke waktu. Pernyataan untung-rugi diartikan sebagai garis dasar dari keuntungan bersih. Semua laporan itu baik Flow dan Stock semuanya mesti secara berkala, jelas dan akurat. Data-data yang disajikan harus konsisten dan dapat dibandingkan dari waktu ke waktu. Tim Manajemen harus mempunyai laporan tersebut saat akan mengambil keputusan dan harus mengerti dengan baik. Laporan tersebut sebaiknya mengandung telaah ahli dan laporan yang baik dapat membedakan mana keputusan yang bijaksana dan tidak.

Laporan Balance merupakan laporan stock yang primer yang mengandung gambaran rasio-rasio akunting. Rasio-rasio tersebut untuk mengukur kehidupan keuangan organisasi. Laporan stock lainnya adalah laporan dana tunai (*cash report*) yang berasal dari laporan harian dan menjelaskan sumber-sumber dan

penggunaan dana tunai diantara dua tanggal. Secara umum uang kontan harus dijaga minimum untuk membayar upah dalam jangka pendek.

Laporan Piutang(*accounts receivable report*) mengukur kemampuan organisasi untuk mengumpulkan tagihan piutang yang belum terselesaikan. Statistik hari penerimaan menggambarkan berapa banyak hari dari revenue yang masih belum terkumpul. Makin banyak hari piutang tersebut tidak terselesaikan, makin sedikit uang kontan yang tersedia untuk digunakan bagi keperluan lainnya. Statistik ini mengukur likuiditas (ketersediaan dana kontan). Laporan Piutang yang sudah lama (*Aged accounts receivable report*) melaporkan kepada manager berapa lama piutang yang belum terselesaikan masih masuk dalam pembukuan, yang dipresentasikan dalam segmen per 30 hari. Makin lama piutang tersebut tidak selesai, biasanya akan hilang dari pembukuan. Laporan ini menggambarkan keberhasilan dalam mengumpulkan piutang.

Laporan Inventory menyediakan data perputaran material (material turnover) dan rating turnover inventory yaitu ratio yang menggambarkan berapa kali inventory perusahaan dijual dan diganti dalam satu periode tertentu (<http://www.investopedia.com>),dihitung dengan membagi suplai dan material lainnya yang digunakan dalam periode tertentu dengan inventory yang ada di genggam tangan pada akhir periode tersebut atau rerata inventory pada periode tersebut. Makin tinggi ratingnya makin rendah biaya penyimpanannya.(Fine & Butterfield, 1994)

Akunting keuangan yang modern muncul dari pencatatan double entry, pencatatan transaksi sebagai entry self balancing. Tuntunan yang mendasari akunting adalah ada pada saat ini dan tetap ada dimasa yang akan datang. Sebuah konsekwensi dari perhatian yang disebut aset yang ada dan obligasi (kewajiban) harus tetap balance. Persamaan akuntansi yang mendasar adalah :

$$\text{Assets} = \text{Liabilities} + \text{Owners' equity}$$

Assets adalah semua barang yang dimiliki. Dan kebanyakan assets adalah benda yang nyata seperti tempat tidur, jarum suntik, uang cash. Tetapi beberapa assets adalah tidak berwujud seperti niat baik, pembelanjaan yang sudah dibayar

dimuka (Prepaid) dan rekening penerimaan. jenis aset yang dapat digunakan dalam jangka waktu dekat, biasanya satu tahun. *Current asset* adalah aset lancar antara lain adalah kas, piutang, investasi jangka pendek, persediaan, dan beban dibayar di muka

Liabilities adalah seluruh kewajiban yang harus dibayar (utang) . Seperti obat-obat atau pelayanan yang telah diberikan tetapi belum dibayarkan atau kepentingan-kepentingan yang telah diberikan tetapi belum dibayar dan utang jangka panjang. Perbedaan harga antara asset nyata dan liabilities adalah pada hak pemilik (*owner's equity*) atau disini maksudnya adalah residual account (harta yang tersisa). (Mc Lean 1997)

2.8. Manajemen Keuangan Rumah Sakit

Tujuan manajemen keuangan rumah sakit adalah untuk mencukupi seluruh kebutuhan biaya (*Total Financial Requirement/TFR*), melaksanakan anggaran secara efektif dan efisien, dan menjaga akuntabilitas keuangan. Untuk kesinambungan usaha rumah sakit, manager keuangan memperhatikan 4 C (Mc Lean 1997): *Cost* , *Cash*, *Capital*, dan *Conservation*. Secara umum TFR dibagi atas 4 kebutuhan sebagai berikut (Neumann, 1988) :

1. *Cost of doing business*, contoh: gaji, makan, obat, piutang tidak tertagih, pajak, dan lain-lain.
2. *Cost of staying business*, contoh: biaya pemeliharaan sarana dan aset.
3. *Cost changing business*, contoh: biaya pemasaran (persaingan dengan kompetitor), melakukan investasi baru, peningkatan mutu, dan lain-lain.
4. *Cost of attracting and/or holding capital*, contoh: biaya cicilan dan bunga pinjaman, dividen, dan lain-lain.

2.9. Manajemen Kas

Kas adalah uang tunai dan seluruh sumber-sumber lainnya yang segera tersedia untuk memenuhi kewajiban, antara lain berupa simpanan dalam bentuk giro/rekening koran di bank dan surat-surat berharga. Kas adalah “darah” bagi

organisasi untuk menjalankan kegiatan sehari-hari. Pengelolaan kas memerlukan kebijaksanaan, pengawasan, dan pengendalian.

Jumlah kas yang terlalu besar berakibat timbulnya kas yang mengganggu (*idle cash*), sedangkan kas yang terlalu kecil dapat berakibat timbulnya resiko tidak likuid (Neumann, 1988). Semakin tinggi ketergantungan pada kredit dari pihak ketiga seperti asuransi, semakin dibutuhkan peran manajemen arus kas dalam industri pelayanan kesehatan (Coyne, 2008). Menurut Y.M.Keynes, ada tiga faktor utama yang memengaruhi kebutuhan kas yaitu:

1. Kebutuhan transaksi, yaitu untuk membayar kewajiban, menabung, membayar gaji, dan kebutuhan lain yang menyangkut kegiatan operasional.
2. Kebutuhan pencegahan (berjaga-jaga), yaitu untuk berjaga-jaga terhadap hal-hal yang terjadi di luar perhitungan perusahaan.
3. Kebutuhan spekulasi atau investasi, yaitu kesempatan untuk memperoleh laba karena kelebihan kas yang tersedia, dengan resiko tertentu.

Kas diterima dari pasien atau atas nama pasien dari perusahaan asuransi. Kas juga diterima dari bank dan lembaga keuangan lainnya dalam bentuk pinjaman jangka pendek, hipotik, atau utang jangka panjang. Jika suatu rumah sakit berupa perusahaan, maka kas juga diterima dari investor dan pemegang saham. Arus kas keluar juga penting. Tidak ada satu organisasipun dapat bertahan lama tanpa membayar pemasok atau pegawainya. Kas juga dikeluarkan untuk membayar pinjaman pada lembaga keuangan dan pajak pada pemerintah (Gani, 2002). Siklus perubahan kas yaitu waktu yang diperlukan bagi perusahaan untuk mendapatkan kas yang diperlukan faktor produksi seperti tenaga kerja dan persediaan untuk menghasilkan produk atau pelayanan. Manajemen kas yang efektif mencoba untuk meminimalkan jarak waktu antara saat jasa pelayanan diberikan (atau diterimanya cek pembayaran) dengan saat penerimaan uang tunai. Rumah sakit perlu mempercepat proses klaim piutang pasien, sebaliknya juga memperlambat proses pembayaran utang dagang (Gani, 2002).

Efektivitas manajemen arus kas merupakan indikator kinerja keuangan dan menggambarkan analisis kesanggupan keuangan di masa depan. Suatu studi di

California mendapatkan bahwa tanda peringatan awal kesulitan keuangan dapat dideteksi melalui pengukuran likuiditas kas (Coyne, 2008) begitu pula hasil penelitian yang dilakukan di New York (Cleverley, 1982). Upaya memonitor arus kas membutuhkan data yang optimal untuk mengidentifikasi potensial kebangkrutan. Menurut Coyne, terdapat tujuh pengukuran yang penting untuk menilai kesehatan keuangan pada semua organisasi kesehatan, yaitu:

1. Persentase perubahan arus kas operasional tahunan, merupakan pengukuran yang *cash flow based* untuk menilai perubahan dalam arus kas operasional yang dihasilkan dalam satu tahun terakhir (rata-rata industri 8,3 %)
2. Arus kas operasional terhadap penerimaan total, merupakan pengukuran yang *cash flow based* pada arus kas operasional di akhir tahun relatif terhadap penerimaan total.
3. *Days cash on hand*, merupakan pengukuran yang *cash flow based* pada jangka lama waktu yang dibutuhkan oleh perusahaan untuk melanjutkan operasional jika tidak ada piutang yang dapat tertagih (periode minimal dimana organisasi dapat bertahan). Rasio ini menggambarkan saldo kas terkini dan rata-rata kas keluar harian terkini (rata-rata industri 31 hari atau hampir dua periode pembayaran). Semakin tinggi nilainya, semakin baik posisi likuid jika faktor lain dianggap tetap (Cleverley, 1997).
4. Arus kas terhadap kewajiban total, merupakan pengukuran yang *cash flow based* dari jumlah relative saldo arus kas operasional terhadap kewajiban total di akhir tahun.
5. Utang terhadap kekayaan, merupakan pengukuran yang *accrual-based* pada utang total terhadap kekayaan total (rata-rata industri 73 %).
6. *Debt service coverage*, merupakan pengukuran yang *cash flow based* di akhir tahun yang menilai arus kas relative terhadap *debt service* (pokok plus bunga) (rata-rata industri 2,3 kali)
7. Umur piutang, merupakan pengukuran yang *accrual based* yang menunjukkan rata-rata periode koleksi piutang organisasi kesehatan (rata-rata industri 64 hari). Rasio ini merupakan pengukuran likuiditas dan dapat menunjukkan titik area untuk koreksi (Cleverley, 1997).

2.10. Manajemen Piutang

Piutang (*accounts receivable/AR*) adalah salah satu jenis transaksi akuntansi yang mengurus penagihan konsumen yang berutang pada seseorang, suatu perusahaan, atau suatu organisasi untuk barang dan layanan yang telah diberikan pada konsumen tersebut. Pada sebagian besar entitas bisnis, hal ini biasanya dilakukan dengan membuat tagihan dan mengirimkan tagihan tersebut kepada konsumen yang akan dibayar dalam suatu tenggat waktu yang disebut termin kredit atau pembayaran.

(<http://file.upi.edu/Direktori/FPEB/PRODI.AKUNTANSI>).

Dalam kegiatan normal perusahaan, piutang usaha biasanya akan dilunasi dalam tempo kurang dari satu tahun, makanya piutang usaha dikelompokkan ke dalam kelompok aktiva lancar. Pencatatan Piutang sesuai dengan standar akuntansi keuangan piutang dicatat dan diakui sebesar jumlah bruto (nilai jatuh tempo) dikurangi dengan taksiran jumlah yang tidak akan diterima. Itu berarti piutang harus dicatat sebesar jumlah yang diharapkan akan dapat ditagih. Karena itu berkaitan dengan pengelolaan piutang, perusahaan harus membuat suatu cadangan piutang tidak tertagih yang merupakan taksiran jumlah piutang yang tidak akan dapat ditagih dalam periode tersebut.

Penggunaan piutang untuk memenuhi kebutuhan kas adalah:

1. Piutang Dipakai Sebagai Jaminan.
2. Menjual Piutang (Anjak Piutang / Factoring)
3. Mendiskontokan Wesel

Ad.1 Piutang digunakan sebagai jaminan

Perusahaan yang memerlukan kas dengan segera dapat meminjam ke bank atau lembaga keuangan lainnya dengan jaminan berbentuk piutang usaha. Hasil tagihan dari langganan biasanya dipakai untuk melunasi utang. Jika terdapat langganan yang tidak dapat ditagih, maka adalah menjadi tanggung jawab peminjam (perusahaan yang menjaminkan piutang) untuk mengganti jaminannya dengan piutang lain.

Ad.2 Menjual Piutang (Anjak piutang/ Factoring)

Kebutuhan uang segera dapat dipenuhi dengan menjual piutang usaha ke bank atau lembaga kredit atau ke perusahaan anjak piutang. Semua kemungkinan dan resiko yang timbul berkaitan dengan piutang tersebut menjadi tanggung jawab pihak perusahaan yang membelinya. Tetapi bila latar belakang pihak yang berutang status ekonominya rendah maka piutang akan dijual dengan diskon yang besar. (Mc Lean, 1997)

Ad.3 Mendiskontokan Wesel

Kebutuhan kas segera dapat dipenuhi pula dengan meminjam uang ke bank atau lembaga lain dengan jaminan (mendiskontokan) wesel tagih (janji tertulis yang tidak bersyarat dari satu pihak kepada pihak lain untuk membayar sejumlah uang dimasa mendatang). Jika pada saat wesel jatuh tempo dan pihak penerbit wesel tidak melunasi kewajibannya, maka pihak yang mendiskontokan wesel bertanggungjawab terhadap pelunasan kewajibannya kepada pihak kreditor.

(fe-manajemen.unila.ac.id/~perkuliahan)

Di dalam Perumhaskitan, Piutang merupakan hak yang muncul dari penyerahan pelayanan jasa atau penyerahan uang, berdasarkan kesepakatan antara rumah sakit dan pihak lain. Pihak lain berkewajiban untuk melunasi pembayaran atas pelayanan yang telah diterimanya setelah jangka waktu tertentu sesuai dengan kesepakatan. Transaksi piutang mempunyai empat karakteristik yaitu: adanya pemberian pelayanan atau penyerahan uang, persetujuan atau kesepakatan berutang, jangka waktu tertentu, dan jaminan (Dirjen Yanmed, 2010).

Siklus piutang terdiri atas enam tahap yang sistematis, yaitu: (Mehta, 1977; Neumann, 1988; Cleverley, 1997):

1. Tahap pra penerimaan (*pre admission*)

Tahap ini sangat penting untuk menyaring pasien karena bila dilakukan pada saat penerimaan, tidak dapat diandalkan dan sering mengalami kesulitan. (Cleverley, 1997). Suatu prosedur yang efisien perlu dibuat untuk bisa

mendapatkan informasi yang lengkap mengenai kemampuan keuangan calon pasien. Tujuannya adalah untuk mengetahui cara-cara yang akan digunakan calon pasien dalam membayar jasa pelayanan rumah sakit, mendapatkan informasi mengenai orang atau instansi yang bertanggung jawab atas rekening calon pasien, dan memberikan saran pada calon pasien dalam rencana cara pembayaran (Mehta, 1977).

2. Tahap penerimaan (*admission*)

Tahap ini merupakan tahap pertama bagi pasien gawat darurat dan yang tidak tercakup dalam tahap pra penerimaan. Tujuan utama pada tahap ini adalah mendapatkan data keuangan pasien secara lengkap dalam waktu singkat. Oleh karena itu, sangat diperlukan tenaga terdidik dan profesional. Formulir penerimaan secara garis besar terdiri dari: (a) nama dan alamat pasien, (b) nama dan alamat penanggung biaya, (c) cara pembayaran, dan (d) surat jaminan. Aktivitas yang penting pada tahap ini adalah menghitung biaya yang mungkin akan dikeluarkan; mengenali, memberi edukasi, dan konseling untuk membantu pasien yang mungkin akan menggunakan program asuransi publik. Perkiraan jumlah tagihan pasien dapat dilakukan dengan memperhatikan faktor: diagnosa pasien, pemeriksaan penunjang, pengobatan/tindakan, kemungkinan komplikasi/harapan sembuh, dokter yang merawat, dan kelas perawatan yang diinginkan pasien. Perlu dievaluasi kembali pada saat pasien dalam perawatan apakah ada perbedaan dari rencana semula.

3. Tahap perawatan (*in house*)

Pada tahap ini terjadi proses pembebanan biaya atas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Langkah agar pembebanan biaya dilakukan secara akurat dan konsisten adalah: (a) menentukan struktur biaya, (b) kerjasama antara bagian keuangan dan keperawatan begitu pasien masuk ruangan, (c) memasukkan perkiraan biaya pasien setiap saat secara otomatis, dan d) pengawasan dan pengendalian terhadap prosedur agar tidak terjadi kehilangan penerimaan rumah sakit akibat kesalahan petugas. Bagian pelayanan memegang peranan penting

dalam memberikan semua informasi dengan cepat dan tepat kepada bagian keuangan baik secara manual maupun elektronik.

Dalam memasukkan beban biaya pada rekening pasien harus diperhatikan hal-hal sebagai berikut: semua biaya dimasukkan sesuai dengan tempat yang benar, diuraikan sesuai tanggal dan jenis pelayanan, serta harus ada catatan yang melengkapi. Untuk memperbaiki arus kas, upaya lain adalah menawarkan cara pembayaran secara berkala.

4. Tahap penataan rekening (*billing*)

Tahap ini merupakan proses yang memproduksi rekening pasien mulai penerimaan sampai penagihan (Clarkin, 1986) yaitu: (a) mengecek pada saat perawatan dan keluar rumah sakit untuk mengumpulkan informasi yang masih dibutuhkan dan meneliti rencana cara pembayaran yang dibuat pada saat penerimaan (b) meneliti status perkiraan biaya pasien. Tugas utama pada tahap ini adalah mengedit klaim dengan tujuan mendeteksi potensial kesalahan dalam klaim sebelum diserahkan kepada pihak pembayar. Ketika rekening tagihan tidak dibayar pada waktunya, dilakukan tindak lanjut dengan proses koreksi klaim untuk diajukan kembali kepada pihak pembayar (manajemen penolakan).

5. Tahap penagihan (*collection*)

Merupakan proses untuk merubah pelayanan yang diberikan menjadi pembayaran. Tujuan dari proses ini adalah untuk mendapatkan pembayaran penuh dalam waktu secepatnya dengan langkah sebagai berikut:

- a. mengidentifikasi sumber pembayaran
- b. mengirimkan tagihan awal
- c. membuat prosedur penagihan lanjutan.

Aktivitas penagihan adalah aktivitas yang penting karena merupakan sumber penghasil uang tunai yang bermakna bagi rumah sakit. Kebijakan penagihan harus terintegrasi dalam seluruh proses penerimaan pasien walaupun akibat kebijakan penagihan baru dimulai ketika tagihan diserahkan (Neumann, 1988).

6. Tahap penutupan rekening (*write off*)

Penutupan rekening dilakukan bila terjadi pelunasan pembayaran sehingga terjadi pengurangan jumlah piutang menjadi nol atau penghentian upaya penagihan lanjutan. Tujuan penghapusan rekening adalah untuk menghindari akumulasi piutang pada kekayaan rumah sakit dan untuk mengurangi biaya tagihan lanjutan. (Berger S, 2008)

2.11. Analisa Rasio Keuangan

Sejak awal abad ke 20, analisa rasio keuangan merupakan metode untuk mengevaluasi dan menginterpretasikan secara umum keadaan keuangan pada bidang industri. Kemudian bidang Perumahan dan industri kesehatan mulai mengadopsi analisa rasio keuangan.

Daya dorong utama dalam pembentukan analisa rasio adalah evaluasi piutang. Rasio pertama yang terbangun adalah *current ratio*. Rasio ini mengukur hubungan antara *current assets* (aset lancar) dan *current liabilities* (kewajiban lancar) sehingga dapat mengukur kemampuan membayar utang jangka pendek. Pada akhirnya rasio keuangan dikembangkan lebih banyak lagi sehingga menyediakan indikator-indikator yang relevan dan merupakan alat diagnostik tentang kesehatan keuangan masa lalu dan sekarang serta dipercaya sebagai indikator kesehatan keuangan dimasa yang akan datang. Dari perspektif pragmatis, pertanyaan paling akhir dari perhatian rasio keuangan adalah berhubungan dengan kemampuan prediksinya.

Sejak tahun 1960 perhatian terhadap riset tentang kemampuan analisa rasio untuk memprediksi masa yang akan datang mulai meningkat dan diarahkan terhadap dua katagori. Yaitu tentang hubungan keadaan keuangan masa yang lalu dengan keadaan pailit dimasa yang akan datang. Kesimpulan dari penelitian yang banyak dilakukan ini adalah rasio rasio ini merupakan cara ukur yang baik sekali terhadap kepailitan. Sedangkan fokus kedua dari penelitian yang dilakukan adalah mencari keterkaitan antara rasio keuangan dengan rating surat obligasi korporat (*corporate bond rating*). Kesimpulan dari penelitian-penelitian yang dilakukan ini juga membuktikan rasio adalah alat ukur yang baik. Tetapi tes ini bukan sekedar sebagai prediktor keadaan keuangan masa yang akan datang tetapi lebih sebagai

pemeringkat surat obligasi dalam proses evaluasi kredit. Kedua grup penelitian ini menunjukkan bahwa rasio-rasio keuangan adalah sebagai prediktor untuk kepailitan dan digunakan sebagai alat analisa kredit.

Beaver lah yang pertama sekali melakukan studi kemampuan rasio untuk memprediksi kondisi masa yang akan datang. Dia menggunakan sample 79 perusahaan manufaktur yang pailit dan 79 perusahaan manufaktur yang sukses untuk menilai kinerja 30 rasio. Prediktor yang baik untuk kepailitan adalah :

1. Arus kas terhadap utang
2. Penghasilan bersih terhadap total aset
3. Total utang terhadap total aset
4. Modal kerja (working capital) terhadap total aset
5. Current ratio (harga yang biasa digunakan adalah 2.00 yang artinya tersedia dua dollar dari tiap kewajiban sebesar satu dollar)

Penelitian Beaver menunjukkan kemampuan rasio memprediksi kepailitan dalam lima tahun kedepan. Manajemen dapat menggunakan alat ini untuk mengevaluasi dan mengontrol tren yang tidak diinginkan. Kemudian rasio-rasio yang merupakan prediktor terbaik baik untuk lima tahun kedepan atau satu tahun kedepan sebelum terjadi kepailitan adalah indikator nonlikuiditas. (arus kas terhadap utang, penghasilan bersih terhadap total aset dan total utang terhadap total aset). Kemudian penelitian yang dilakukan oleh Cleverley dan Nilsen yang membandingkan rasio rasio keuangan dari rumah sakit yang pailit di New York juga menunjukkan hal yang sama terhadap kelima rasio diatas (Cleverley, 1982, Mc Lean, 1997).

- **Rasio Likuiditas : Current Ratio, Acid Test Ratio, Collection Periode**

$$\text{Current Ratio} : \frac{\text{Current Assets}}{\text{Current Liabilities}}$$

Adalah Rasio harta lancar terhadap kewajiban lancar. Rasio ini merupakan indeks dasar dari likuiditas keuangan. Semakin tinggi harga rasio, semakin baik kemampuan rumah sakit terhadap obligasinya (kewajibannya)

$$\text{Acid Test Ratio} : \frac{\text{Cash} + \text{Marketable Securities}}{\text{Current Liabilities}}$$

Adalah rasio penjumlahan kas dan surat berharga yang dapat dijual terhadap kewajiban lancarnya. Rasio ini merupakan test likuiditas yang lebih ketat, masuk kedalam akun komposisi dari *current assets* (aset lancar) dan mengenalkan *account receivable* (piutang) dan *inventories* (persediaan) ketika *current assets* tidak berupa kas. Semakin tinggi rasio, semakin baik kemampuan rumah sakit terhadap obligasinya.

$$\text{Collection Periode} : \frac{\text{Net Account Receivable} \times 365}{\text{Average Daily Operating Revenue}}$$

Adalah rasio dari total piutang (total revenue dikali 365 hari) dibagi pendapatan total, pengukuran dari lamanya waktu *Account Receivable* (Piutang) yang belum selesai. Peningkatan nilai dari rasio ini menunjukkan lamanya periode penagihan dan dapat menggambarkan masalah likuiditas dimasa yang akan datang.

- **Struktur Kapital : Long Term Debt to Fixed Assets, Long Term Debt to Equity, Debt Service**

$$\text{Long Term Debt to Fixed Assets} : \frac{\text{Long Term Debt}}{\text{Unrestricted and Board Restricted Area}}$$

Adalah rasio dari proporsi fixed assets finance melalui *long term debt*. Semakin tinggi rasionya semakin berkurang rasa keamanan oleh pemberi pinjaman dan semakin sulit rumah sakit untuk melakukan peminjaman. Jika nilai ini tinggi Rumah Sakit juga harus menilai kembali posisi profitabilitasnya sehingga bisa mendukung utang yang ada dan cukup fleksibel untuk mendapatkan pinjaman. Penilaian ini bukan sekedar tentang efisiensi operasional tetapi juga struktur tarif.

$$\text{Long Term Debt to Equity} : \frac{\text{Long Term Debt}}{\text{Unrestricted and Board Restricted Equity}}$$

Adalah rasio dari dua sumber utang jangka panjang Rumah Sakit. Jika nilai rasio ini meningkat, maka Rumah Sakit semakin terangkat dan kemampuannya untuk mendapatkan utang jangka panjang semakin berkurang.

$$\text{Debt Service} : \frac{\text{Net Income} + \text{Depreciation}}{\text{Debt Principal Payment} + \text{Interest}}$$

Adalah rasio yang mengukur kemampuan Rumah Sakit untuk membayar utangnya, baik itu principal dan interest. Semakin tinggi nilai rasio ini semakin aman dan semakin besar kapasitas utang masa depannya. Rasio ini mengidentifikasi hubungan antara kapasitas utang dengan penghasilan dan arus kas.

- **Activity : Total Assets Turn Over , Inventory Turn Over**

Total Assets Turn Over : $\frac{\text{Total Revenue}}{\text{Total Assets}}$

Total Assets

Adalah rasio yang mengindikasikan efisiensi relatif terhadap penggunaan aset. Semakin tinggi nilai rasio ini semakin tinggi kinerjanya. Denominator rasio ini seharusnya depresiasi net. Variasi rasio ini adalah fixed assets turn over dan current assets turn over. Jika rasio aktifitas ini akan digunakan untuk mengukur efisiensi , indikator lainnya harus dinilai juga seperti occupancy rate, plant age dan desain dan campuran pembayaran.

Inventory Turn Over : $\frac{\text{Total Operating Turn Over}}{\text{Inventory}}$

Inventory

Adalah rasio yang yang menilai investasi rumah sakit dalam inventory. Jika nilainya rendah berarti terjadi stok berlebih, investasi terlalu berlebihan sementara pemakaian sedikit.

- **Operating Margin : Operating Margin, Return on Assets, Non Operating Income contribution**

Operating Margin : $\frac{\text{Total revenue} - \text{Total Expenses}}{\text{Total Revenue}}$

Total Revenue

Adalah rasio dari penghasilan bersih terhadap total revenue. Rasio ini mengukur profitabilitas. Margin operasional dapat dihitung dalam agregat seperti pelayanan perawatan pasien dan pelayanan non perawatan (nonoperating revenues).

Pengukuran ini seharusnya menunjukkan gambaran revenue net (penghasilan bersih)

Return on Assets : $\frac{\text{Income} + \text{Interest Expense}}{\text{Total Assets}}$

Total Assets

Adalah rasio net income terhadap keseluruhan investasi. Rasio ini menilai hubungan operating margin (total revenue – total expense) terhadap aset.

Nonoperating Net Income

Nonoperating Income Contribution : $\frac{\text{Net Income}}{\text{Net Income}}$

Rasio ini mengukur pentingnya nonoperating revenues terhadap status keuangan rumah Sakit secara keseluruhan (Fine dan Butterfield, 1994)

Sedangkan untuk perumahsakit di Indonesia, secara resmi digunakan buku Pedoman Akuntansi Badan Layanan Umum (BLU) Rumah Sakit ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 1981/Menkes/SK/XII/2010 (Dirjen Bina Upaya Kesehatan 2010) dengan mengukur Rasio Likuiditas, Rasio Aktivitas, Rasio Struktur Modal, Rasio Profitabilitas .

- Rasio Likuiditas terdiri dari : Cash Ratio (%), Acid test Ratio (%), Current Ratio, Net Working Capital to Sales (%).
- Rasio Aktivitas terdiri dari : Inventory Turn Over (kali), Receivable Turn Over (kali), Collection Period (hari), Current Asset Turn Over (kali), Fixed Asset Turn Over (kali), Total Asset Turn Over (kali), Sales to Net Working Capital (kali)
- Rasio Solvabilitas terdiri dari ; Solvabilitas (%), Debt to Equity Ratio (%)
- Rasio Rentabilitas terdiri dari : Gross Profit Margin (%), Base Cost Productivity (Base Pro) (%), Net Profit Margin (%), Net return on Investment (%), Return On Capital Employed (%), Net Return On Equity (%)

2.12.Sistem Jaminan Sosial Di Indonesia

Pada pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 Sistem Jaminan Nasional mewajibkan penyelenggara negara membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang bermaksud melindungi seluruh lapisan masyarakat dan memenuhi kehidupan dasar yang layak. Dalam pelaksanaan BPJS diterbitkan Undang-Undang no 24 tahun 2011. Dengan adanya BPJS maka akan terjadi transformasi keempat Badan Usaha Milik Negara. BPJS ini terbagi dua yaitu bidang kesehatan dan bidang ketenagakerjaan. Dengan

adanya BPJS di bidang kesehatan maka ada pembayaran iuran yang dilakukan oleh pemerintah untuk masyarakat miskin, para pekerja yang mempunyai penghasilan (gaji) atau para pemberikerja. Sedangkan orang asing yang bekerja minimal 6 bulan juga diwajibkan untuk membayar iuran premi BPJS ini. Sehingga jelas semua orang akan terlindungi.

Jamkesmas singkatan dari Jaminan Kesehatan Masyarakat, merupakan suatu program yang dibuat pemerintah untuk menjamin kebutuhan kesehatan bagi masyarakat kurang/tidak mampu. Jamkesmas ini sebenarnya bukan suatu program baru. Program ini melanjutkan program terdahulunya yaitu askeskin dan kartu sehat yang semuanya memiliki tujuan yang sama, untuk menjamin pembiayaan kesehatan masyarakat miskin.

Keluarga miskin yang berhak masuk sebagai peserta jamkesmas ditentukan oleh pendataan dari BPS / Biro Pusat Statistik dan mekanisme di lapangan diserahkan lewat Kelurahan, RW dan RT. Adapun pelaksana jamkesmas adalah instansi pemerintah secara berjenjang dari bawah, mulai Puskesmas, rumah sakit berbagai tipe. Adapun rumah sakit swasta bisa ikut serta sebagai pelaksana jamkesmas, asalkan sudah ada kesepakatan dengan pemerintah daerah setempat. Dan puskesmas di sini hanya sebagai pelayan kesehatan pemilik kartu tersebut. Akan tetapi karena berbicara masalah kesehatan, maka kenyataan di lapangan malah menjadi terbalik, seolah masyarakat merasa jamkesmas di keluarkan oleh puskesmas. Sehingga saat ada masyarakat yang memerlukan, banyak masyarakat yang datang dan juga menyalahkan puskesmas kenapa yang jelas-jelas miskin tidak mendapat kartu jamkesmas.

Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di lapangan juga banyak mendapat keluhan dari masyarakat mengenai berbagai hal. Misalnya memang benar bahwa pasien tidak mengeluarkan biaya apapun, tetapi masalah lain yang ikutan muncul adalah biaya transportasi dan makan keluarga yang menunggu, biaya makan keluarga yang di rumah, kalau kebetulan yang sakit adalah tulang punggung keluarga tersebut. Bahkan masalah sikap tenaga medis di rumah sakit yang di rasa membedakan terhadap pemegang kartu jamkesmas, belum lagi masalah obat-obatan yang kadang sering sekali habis, dan anehnya kalau dikatakan akan membayar tunai, obat langsung ada. Ditambah lagi masalah

kepengurusan administrasi, banyak pasien yang dimintai uang dengan alasan supaya kepengurusan cepat dan lancar.

Sebenarnya keinginan masyarakat miskin sangat sederhana, mereka ingin meski pembiayaan gratis tetapi mohon kejelasan administrasi dan prosedur karena banyak yang tidak tahu menahu tentang prosedur penggunaan kartu, oleh karena itu puskesmas telah melakukan serangkaian penyuluhan kepada masyarakat miskin pengguna jamkesmas agar mengerti tata cara, hak dan kewajiban pemegang kartu jamkesmas. (<http://www.epuskesmas.com/kabar-kesehatan/>)

Sistem jaminan ini ada juga yang ditanggung oleh Pemerintah Daerah setempat yang disebut Jaminan Kesehatan Daerah (Jameskesda) salah satu yang sering digunakan oleh masyarakat yang berobat ke RSUP Fatmawati adalah Jamkesda Pemerintah Kota Depok. Walikota Depok telah menetapkan 183.791 orang penerima Jaminan Kesehatan Daerah Kota Depok (Jamkesda). Penetapan jumlah itu berdasarkan hasil verifikasi data oleh Badan Pusat Statistik (BPS) Depok. Data tersebut telah melalui beberapa tahapan, dimulai dari uji publik bulan Agustus tahun lalu di kelurahan-kelurahan dan Puskesmas. Bagi mereka yang berhak mengikuti kepersertaan Jamkesda Depok disyaratkan harus memenuhi kriteria miskin yang sudah ditetapkan (minimal 9 dari 14 kriteria) dan tidak terdaftar sebagai peserta Jamkesmas atau peserta jaminan kesehatan lainnya yaitu (<http://www.depok.go.id/06/04/2011/03-kesehatan-kota-depok>) :

1. Luas lantai bangunan kurang dari 8 m²/orang.
2. Lantai bangunan dari tanah/bambu/semem kualitas jelek.
3. Rumah memiliki dinding bambu/rumbia/kayu jelek/tembok tanpa plester.
4. Sumber penerangan utama bukan listrik.
5. Sumber air minum sumur/mata air tdak terlindungi/sungai.
6. Bahan bakar untuk memasak kayu bakar/arang/minyak tanah.
7. Tidak pernah/hanya satu kali dalam seminggu mengkonsumsi daging/susu/ayam.
8. Hanya satu/dua kali makan dalam sehari.
9. Tidak mampu membayar untuk berobat.
10. Pekerjaannya buruh/pekerjaan tidak tetap atau tidak bekerja.
11. Pendidikan tidak sekolah/tidak tamat SD/SD.

12. Tidak punya tabungan/barang yang mudah dijual dengan minimal 500 ribu rupiah

Pada tanggal 27 Desember 2011, Menteri Kesehatan telah menandatangani Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 2562/Menkes/Per/XII/2011 tentang Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan. Target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010-2014 mengamanatkan agar AKI dapat diturunkan menjadi 118 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2014. Selain itu, kesepakatan global Millennium Development Goals (MDGs) menargetkan AKI di Indonesia dapat diturunkan menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Upaya penurunan AKI harus difokuskan pada penyebab langsung kematian ibu, yang terjadi 90% pada saat persalinan dan segera setelah persalinan, yaitu perdarahan (28%), eklamsia (24%), infeksi (11%), komplikasi puerperium 8%, partus macet 5%, abortus 5%, trauma obstetrik 5%, emboli 3%, dan lain-lain 11% (SKRT 2001).

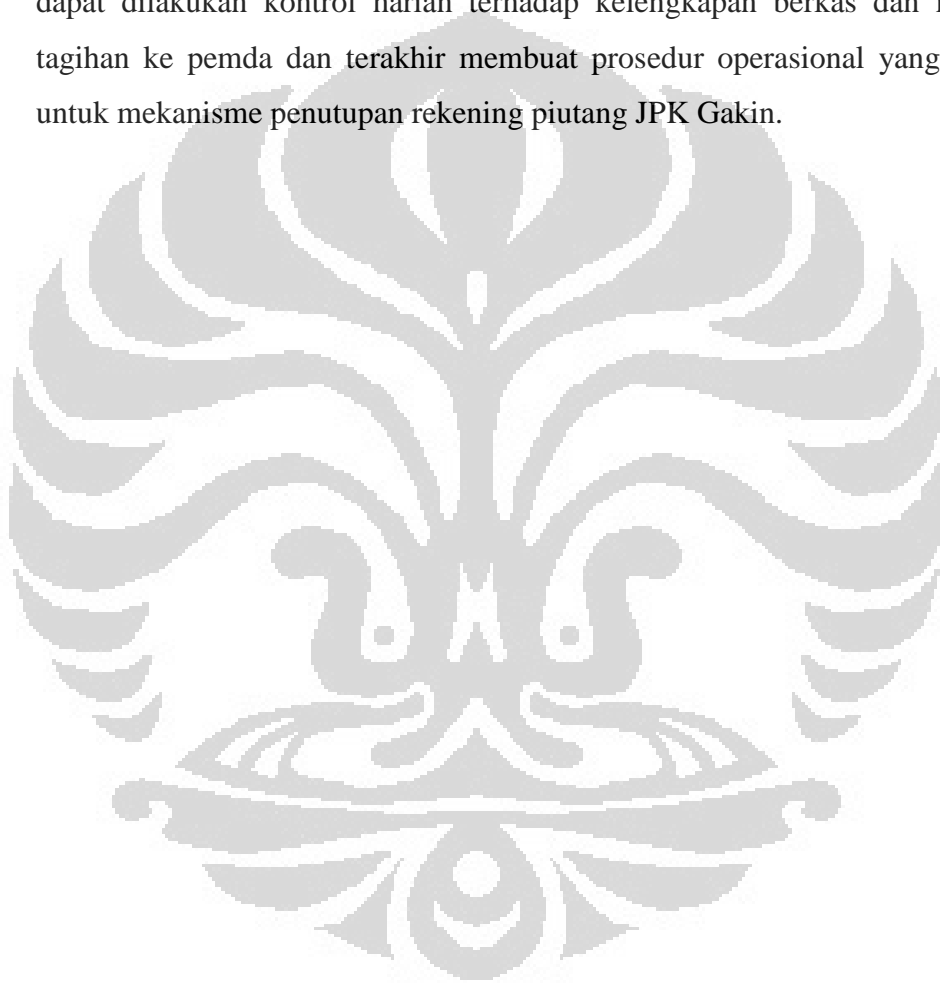
Kematian ibu juga masih banyak diakibatkan faktor resiko tidak langsung berupa keterlambatan (Tiga Terlambat), yaitu terlambat mengambil keputusan dan mengenali tanda bahaya, terlambat dirujuk, dan terlambat mendapat penanganan medis. Salah satu upaya pencegahannya adalah melakukan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Menurut hasil Riskesdas 2010, persalinan oleh tenaga kesehatan pada kelompok sasaran miskin (Quintil 1) baru mencapai sekitar 69,3%. Sedangkan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan baru mencapai 55,4%. Keadaan seperti ini banyak terjadi disebabkan kendala biaya sehingga diperlukan kebijakan terobosan untuk meningkatkan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Dalam upaya menjamin akses pelayanan persalinan yang dilakukan oleh dokter atau bidan dalam rangka menurunkan AKI dan AKB, maka pada tahun 2011 Kementerian Kesehatan meluncurkan upaya terobosan berupa Jaminan Persalinan (Jampersal). (<http://www.kesehatanibu.depkes.go.id>)

2.13. Beberapa Penelitian Yang Pernah Dilakukan

1. Darwin Tjakradidjaja (2004) melakukan penelitian pada manajemen piutang pihak ketiga di RS Bakti Mulya. Saran yang diberikan adalah: mengontrol ulang catatan medis sebelum diberikan ke penata rekening untuk menghindari kurang lengkapnya persyaratan penagihan dan kekeliruan dalam memasukan beban biaya, meneliti pencatatan beban rekening sesuai bukti pengeluaran yang dibebankan, mengkaji ulang perjanjian kerjasama dengan perusahaan mengenai pembayaran yang tidak sesuai kesepakatan, memakai pencatatan manual sebagai pendukung data sistem komputerisasi dalam penataan rekening, dan ada pelimpahkan wewenang penandatanganan surat tagihan jika yang berwenang sedang berhalangan.
2. Lilis Komarsih (2006) melakukan penelitian variasi piutang pasien jaminan pihak ketiga di RS Karya Bakti. Kesimpulan dari penelitiannya adalah panjangnya umur piutang dan lamanya proses penagihan disebabkan oleh belum adanya sanksi keterlambatan pembayaran. Masalah lain adalah kebijakan kredit yang longgar dan penyebab kelambatan penagihan dalam hal kelengkapan dokumen yang meliputi perincian biaya, kuitansi, surat jaminan, dan resume medis.
3. Ahmad Sobirin (2007) melakukan penelitian tentang dampak keterlambatan pembayaran klaim askeskin terhadap arus kas dan pelayanan pasien askeskin di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon. Keterlambatan terjadi karena adanya MOU antara Depkes dengan PT Askes Pusat dan MOU antara PT Askes Cabang Cirebon dengan RSUD Gunung Jati. Dampak yang terjadi adalah adanya penundaan pembayaran kewajiban kepada pegawai berupa jasa pelayanan Askeskin selama dua bulan berturut turut dan penundaan pembayaran ke pemasok/rekanan antara dua hingga empat bulan.
4. Eka Nursiaty (2009) melakukan analisa piutang di RSIA Budi Kemuliaan dan menemukan piutang pada tahun 2008 sebanyak 20% dari total pendapatan rumah sakit. . Rata-rata lama proses penyusunan *billing* selama 37 hari , rata-rata umur piutangselama 191 hariDari penelitian ini disarankan agar RSIA Budi Kemuliaan membuat jaringan advokasi dengan Pemerintah/ suprastruktur, mempercepat dan memperpendek pembuatan *billing*, mempersiapkan berkas sejak pasien masuk sehingga memperkecil

kemungkinan piutang tak tertagih, membuka layanan kasir 24 jam, petugas penerimaan berlatar belakang medis sehingga mempunyai kemampuan menaksir biaya perawatan, meningkatkan kemampuan komunikasi petugas penerimaan sehingga dapat menggali keadaan sosial ekonomi pasien, menambah tenaga keuangan sehingga proses billing lebih cepat, memperbaiki sistem komputer online sehingga memperkecil resiko hilangnya pendapatan karena kesalahan perhitungan, menambah petugas administrasi gakin sehingga dapat dilakukan kontrol harian terhadap kelengkapan berkas dan merekap tagihan ke pemda dan terakhir membuat prosedur operasional yang standar untuk mekanisme penutupan rekening piutang JPK Gakin.



BAB III

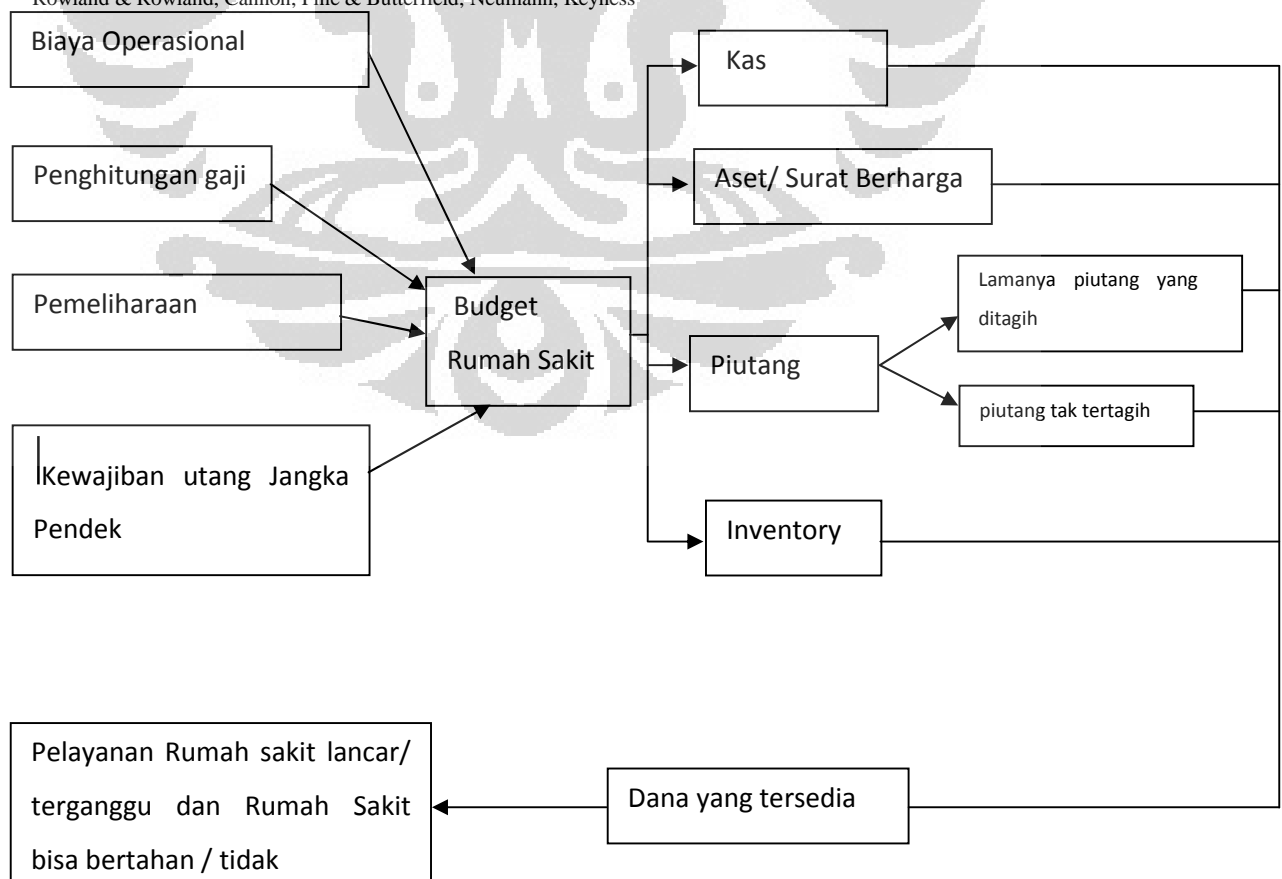
KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH

3.1. Kerangka Teori

Berdasarkan teori diatas maka dapat digambarkan teori tersebut sebagai berikut maka dapat dijelaskan bahwa Rumah Sakit memerlukan Budget Rumah Sakit dalam menjalankan kegiatannya. Budget tersebut berdasarkan perhitungan biaya operasional, penghitungan gaji, biaya-biaya lainnya dan kewajiban jangka pendek. Setelah budget diketahui dilihat arus kas berapakah uang kas yang tersisa, aset/ surat berharga, piutang dan inventory.

Pada piutang yang menjadi masalah adalah terdapat perbedaan hari tagihan dan pembayaran oleh pihak ketiga serta terdapat piutang yang tak tertagih. Piutang ini akan mempengaruhi dana yang tersedia(yang merupakan darah bagi Rumah Sakit) sehingga bisa mengganggu pelayanan di Rumah Sakit. Bila berlanjut ini akan mempengaruhi kelangsungan hidup rumah sakit.

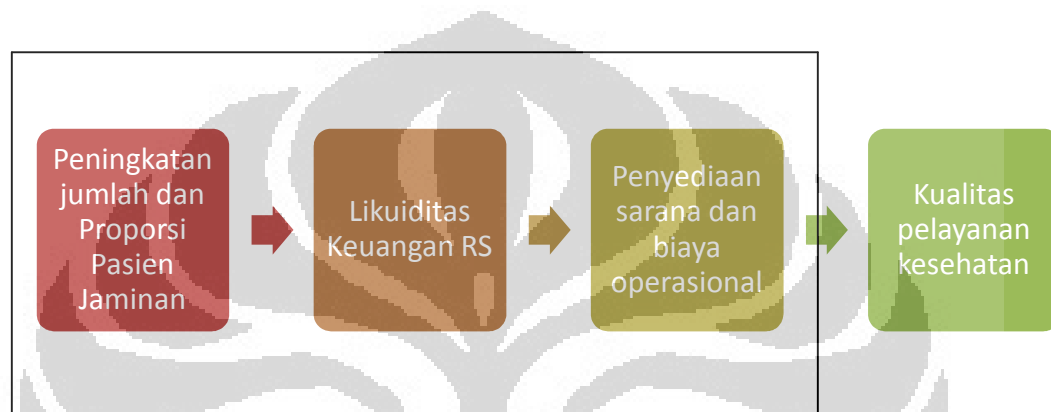
Rowland & Rowland, Cannon, Fine & Butterfield, Neumann, Keynes



3.2. Kerangka Konsep

Dengan semakin meningkatnya kapasitas tempat tidur kelas III (Public Wing), maka terjadi peningkatan piutang rumah sakit. Sebaliknya uang kas yang ada dalam genggaman semakin menurun sedangkan kebutuhan operasional semakin meningkat seiring dengan meningkatnya kapasitas tempat tidur. Oleh karena itu dapat dijabarkan kerangka konsep sebagai berikut:

Gambar 3.1 Kerangka Konsep



Keterangan : yang akan diteliti

Dalam menjalankan bisnisnya, Rumah Sakit harus membuat anggaran untuk *Cost of doing business*, *Cost of staying business*, *Cost changing business*, *Cost of attracting and/or holding capital* sehingga proses pekerjaan bisa berlangsung dengan baik. Adanya peningkatan jumlah pasien jaminan dalam hal ini pasien Jamkesmas, Jampersal, Jamkesda, SKTM dibandingkan dengan pasien umum (cara bayar tunai) di ruang rawat kelas III, akan mempengaruhi likuiditas keuangan Rumah Sakit. Akibatnya kemampuan Rumah Sakit dalam memenuhi kewajibannya seperti, penyediaan sarana dan biaya operasional menjadi terganggu.

3.3. Definisi Operasional

1. Proporsi Pasien Jaminan : Jumlah pasien jaminan dibandingkan pasien non jaminan (tunai) antara tahun 2010 dan 2011, Pasien jaminan tersebut

adalah pasien Jamkesmas, Jamkesda, Jampersal, SKTM. (keterangan pasien ASKES tidak dimasukkan berhubung pasien ASKES dirawat di kelas I)

Cara ukur	Telaah dokumen dan wawancara mendalam
Alat ukur	Pedoman wawancara mendalam dan alat rekam
Informan	1. Kepala Instalasi Penagihan Piutang

2. Likuiditas keuangan : Rasio Likuiditas yang sesuai dengan buku Pedoman Akuntansi BLU Rumah Sakit

Cara ukur	Telaah dokumen dan wawancara mendalam
Alat ukur	Pedoman wawancara mendalam dan alat rekam
Informan	2. Kepala Bagian Akuntansi 3. Staf di Bagian Akuntansi

3. Penyediaan sarana : adalah penyediaan obat VEN dalam hal ini obat yang termasuk katagori Vital

Cara ukur	Telaah dokumen dan wawancara mendalam
Alat ukur	Pedoman wawancara mendalam dan alat rekam
Informan	4. Kepala Instalasi Farmasi 5. Staf di Instalasi Farmasi RSUP Fatmawati

4. Biaya Operasional : biaya untuk pembelian alat tulis kantor, penggandaan, alat rumah tangga dan belanja pegawai. Dalam hal ini variabel dibatasi dengan belanja pegawai.

Cara ukur	Telaah dokumen dan wawancara mendalam
Alat ukur	Pedoman wawancara mendalam dan alat rekam
Informan	6. Kepala Bagian Perbendaharaan Dan Mobilisasi Dana 7. Kepala Bagian Anggaran Dan Perencanaan 8. Kepala Sub Bagian Perbendaharaan 9. Kepala Sub Bagian Mobilisasi Dana 10. Kepala Sub Bagian Penyusunan Anggaran

5. Pasien Jaminan adalah semua pasien yang ditanggung oleh pihak ketiga yaitu Jamkesmas, Jamkesda, Jampersal dan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM). Dilakukan perbandingan jumlah antara tahun 2010 dengan 2011
6. Likuiditas adalah kemampuan perusahaan dalam memenuhi kewajiban jangka pendeknya. Pengertian lain adalah kemampuan seseorang atau perusahaan untuk memenuhi kewajiban atau utang yang segera harus dibayar dengan harta lancarnya. Dalam hal ini Likuiditas adalah rasio yang terdiri dari (Pedoman Akuntansi BLU Rumah Sakit, DirJend BUK, 2010) :
 - Cash Ratio (%) : $\frac{\text{Kas}}{\text{Kewajiban Lancar}} \times 100\%$
 - Acid Test Ratio : $\frac{\text{Kas} + \text{Efek} + \text{Piutang}}{\text{Kewajiban Lancar}} \times 100\%$
 - Current Ratio : $\frac{\text{Aktiva Lancar}}{\text{Kewajiban Lancar}} \times 100\%$
 - Net Working Capital to Sale : $\frac{\text{Modal kerja bersih}}{\text{Pendapatan}} \times 100\%$
7. Piutang adalah salah satu jenis transaksi akuntansi yang mengurus penagihan konsumen yang berutang pada rumah sakit untuk barang dan layanan yang telah diberikan pada konsumen tersebut. (<http://blogdeta.blogspot.com/2009/08/utang-jangka-pendek-dan-jangka-panjang.html>).
8. Waktu tunggu pelunasan piutang adalah lama hari dari dikeluarkan tagihan oleh rumah sakit kepada pihak ketiga.
9. Waktu pembayaran utang adalah lama hari utang jangka pendek dibayar oleh rumah sakit sejak datangnya tagihan dari supplier.
10. Penyediaan sarana dalam hal ini dibatasi dengan ketersediaan bahan-bahan farmasi Vital yang terdapat dalam buku formularium rumah sakit. Biaya Operasional adalah biaya yang disediakan untuk belanja pegawai, penggandaan, alat alat rumah tangga. Dalam hal ini dibatasi untuk belanja pegawai saja dilihat perbandingan antara 2010 dengan 2011.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif analitik dengan pengamatan langsung pada proses pengelolaan piutang pasien jaminan, telaah dokumen, dan wawancara dengan staf yang terkait.

4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUP Fatmawati, Jalan RS Fatmawati Jakarta Selatan dari Bulan Mei 2012 sampai dengan Juni 2012

4.3. Informan

Kategori Informan adalah:

- a) Kepala/ Wakil Kepala Instalasi Penagihan Piutang
- b) Kepala Bagian Mobilisasi Dana
- c) Kepala Bagian Perencanaan Dan Anggaran
- d) Kepala Sub Bag Perbendaharaan
- e) Kepala Sub Bag Penerimaan Dan Mobilisasi Dana
- f) Kepala Sub Bag Penyusunan Anggaran
- g) Staf Bagian Akuntansi
- h) Kepala / Wakil Kepala Instalasi Farmasi

Informan untuk variabel penelitian :

1. Jumlah dan Proporsi pasien jaminan informan yang akan diwawancarai adalah : Kepala/ Wakil Kepala Instalasi Penagihan Piutang dan Kasir Ruang Rawat Kelas III
2. Likuiditas Keuangan yang akan diwawancarai adalah : Kepala Bagian Akuntansi
3. Penyediaan sarana yang akan diwawancarai adalah : Kepala Instalasi/ Wakil Kepala Instalasi Farmasi
4. Pembayaran kewajiban rumah sakit yang akan diwawancara adalah Kepala Bagian Penerimaan Dan Mobilisasi Dana, Ka Sub Bag Perbendaharaan dan Ka Sub Bag Mobilisasi Dana.

5. Penyediaan biaya Operasional yang akan diwawancarai adalah Kepala Bagian Perencanaan Dan Anggaran dan Ka Sub Bag Penyusunan Anggran.

4.4. Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer dilakukan dengan melakukan wawancara dan telaah dokumen pada, bagian Instalasi Penagihan Piutang (IP2), Bagian Penerimaan Dan Mobilisasi Dana, Bagian Akuntansi, Instalasi Farmasi. Wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara.

Telaah dokumen dilakukan dengan melakukan penelusuran dokumen laporan keuangan dan akuntansi, data pasien piutang, laporan rekapitulasi klaim penagihan, data utang Rumah Sakit terhadap suplier Farmasi, prosedur tetap penyelesaian piutang dan prosedur tetap pembayaran utang rumah sakit, perencanaan obat vital, dokumen pembelian obat Vital (VEN) yang masuk dalam buku Formularium Rumah Sakit dan ketersediaan obat tersebut, belanja pegawai .

4.5. Analisa Data

- a) Data piutang Rumah Sakit bulanan dikelompokkan menjadi data bulanan untuk menggambarkan pengelolaan piutang dari pasien jaminan di perawatan kelas III dan dilakukan perbandingan antara tahun 2010 dan 2011.
- b) Penghitungan jumlah piutang merupakan jumlah piutang baik itu dari Jamkesmas, Jamkesda, Jampersal, SKTM yang terjadi pada satu bulan pelayanan.
- c) Penghitungan lama proses penagihan dihitung dari keluarnya tagihan dari rumah sakit sampai tagihan dibayarkan (saat cek dicairkan) ke RSUP Fatmawati.
- d) Penghitungan prosentase yang dibayar atau yang tidak tertagih didapatkan dengan membandingkan jumlah pembayaran atau yang tidak tertagih dengan jumlah piutang setiap bulan periode penagihan.
- e) Penghitungan lama proses pembayaran utang rumah sakit kepada suplier dihitung sejak datang tagihan dan waktu dibayarkannya utang oleh Rumah Sakit.

- f) Dilakukan perbandingan data likuiditas Rumah Sakit yang merupakan laporan persemester.
- g) Dilakukan penelusuran dokumen perencanaan obat vital dari perencanaan dalam satu periode waktu dan dilakukan penelusuran dokumen obat vital yang datang.
- h) Penelusuran dokumen tentang belanja pegawai antara tahun 2010 dengan tahun 2011 dan dilakukan perbandingan.

4.6. Validitas Data

Untuk menjaga validitas data dalam penelitian ini, maka dilakukan triangulasi yaitu cara membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi atau data yang telah diperoleh melalui wawancara dengan data sekunder berupa dokumen-dokumen terkait. Triangulasi dilakukan terhadap sumber, metode, dan data. Triangulasi sumber dilakukan dengan cara membandingkan data yang diperoleh dari informan yang berbeda di setiap tahap pengelolaan piutang. Sedangkan triangulasi metode dilakukan dengan menggunakan beberapa metode dalam pengumpulan data yaitu wawancara mendalam dan pengamatan langsung. Triangulasi data dilakukan dengan meminta umpan balik dari informan.

Tabel 4.1

Matriks Triangulasi

No	Variabel	Dokumen (Sumber)	Triangulasi (Metoda)
1	Cara bayar Rawat Inap 2010 dan 2011	IP2	Wawancara Informan 1
2	Perbandingan penerimaan 2010 dan 2011	PMD	wawancara Informan 6
3	Keuangan dan Akuntansi	Akuntansi	wawancara Informan 2, 3 dan 7
4	Perencanaan obat VEN	Perencanaan dan penerimaan	Wawancara Informan 4 dan 5
5	Pelunasan Kewajiban (Utang dan JP)	Laporan Pembayaran utang dan JP	Wawancara informan ,8,9,10
6	Pengalokasian dan realisasi anggaran dari dana pendapatan	Rekapitulasi penyerapan anggaran	Wawancara Informan 10
7	Klaim pasien Jaminan	Laporan Klaim Piutang	Wawancara Informan 1

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini dipaparkan beberapa data yang berhasil dikumpulkan dan hasil wawancara dari beberapa informan. Informasi utama adalah dari laporan keuangan RSUP Fatmawati tahun 2010 dan 2011 yang berdasarkan buku Pedoman Akuntansi Rumah Sakit BLU. Proses perlakuan akuntansi atas suatu transaksi yang terjadi harus dilakukan sesuai dengan prinsip akuntansi yang berlaku secara umum di Indonesia. Pada dasarnya laporan keuangan rumah sakit BLU bersifat akrual basis yang terdiri dari Laporan Posisi Keuangan (neraca), Laporan Aktivitas dan Laporan Arus Kas serta catatan atas laporan keuangan. Tujuan utama Laporan Posisi Keuangan adalah menyediakan data aset, kewajiban dan ekuitas pada tanggal tertentu. Informasi dalam Laporan Posisi Keuangan digunakan bersama-sama dengan informasi yang diungkapkan dalam laporan keuangan lainnya sehingga dapat membantu para pengguna laporan keuangan untuk menilai kemampuan BLU rumah sakit dalam memberikan jasa pelayanan kesehatan secara berkelanjutan, likuiditas dan solvabilitas serta kebutuhan pendanaan eksternal. Tujuan lainnya adalah menyajikan informasi yang dapat dipercaya untuk menaksir kemampuan perusahaan mendapat laba. (Simangunsong 1991,

Laporan Aktivitas bertujuan menyediakan informasi tentang pengaruh transaksi dan peristiwa lain yang mengubah jumlah dan sifat ekuitas, hubungan antar transaksi dan peristiwa lainnya serta penggunaan sumber daya dalam pelaksanaan program atau jasa.

Laporan Arus Kas bertujuan menyediakan informasi mengenai sumber, penggunaan, perubahan kas dan setara kas. Pada tanggal laporan, arus kas dikelompokkan dalam aktivitas operasi, investasi dan pendanaan. Bersama laporan lainnya membantu penilaian kemampuan BLU rumah sakit dalam menghasilkan kas dan setara kas, sumber dana BLU rumah sakit, kemampuan BLU rumah sakit untuk memperoleh sumber dana dan penggunaannya dimasa datang.

Catatan atas Laporan Keuangan bertujuan memberikan penjelasan dan analisis atas informasi yang ada di Neraca, Laporan Aktivitas, Laporan Arus Kas

dan informasi tambahan lainnya sehingga dapat ditarik kesimpulan atas laporan BLU rumah sakit.

Penelitian Likuiditas Rumah Sakit ini dilakukan bulan Mei – Juni 2012. Pengumpulan data dimulai dengan pengambilan data sekunder laporan akuntansi rumah sakit, laporan penerimaan rumah sakit, laporan rekapitulasi perencanaan dan realisasi penyerapan keuangan rumah sakit, laporan piutang rumah sakit dan laporan perencanaan dan penerimaan obat selama tahun 2010 sampai dengan 2011. Disamping itu ditelaah dokumen Standar Pelayanan Minimal Pembayaran yang berlaku di Bagian Penerimaan Dan Mobilisasi Dana.

5.1 Perbandingan Penerimaan Tahun 2010 dan 2011

Setelah kenaikan kapasitas tempat tidur kelas III, maka didapatkan data komposisi pasien rawat inap berdasarkan cara bayar seperti data yang didapatkan dari IP2 :

Tabel 5.1
Data Cara Bayar Pasien Rawat Inap Tahun 2010 dan 2011

Tahun	Instalasi	Tunai	Keragaman				Gratis / TM				Askes		Jamkesmas	Jampersal	Jaminan Kantor	Asuransi Lain	Jumlah
			Fasilitas	KLB DBD	KLB LAJN	Lain-lain	DKI		Luar DKI		Askes Sosial	Komersial					
							Kartu Gakin	TM DKI	Jamkesmas	Jamkesda							
2010	INST. RAWAT INAP	8226	263	1231	9	0	224	2973	2020	1987	6505	36	0	0	434	652	24560
	% Persentase	33,49	1,07	5,01	0,04	0,00	0,91	12,11	8,22	8,09	26,49	0,15	0,00	0,00	1,77	2,65	100,00
2011	INST. RAWAT INAP	6662	263	264	8	0	315	3223	4294	3279	6768	3	2	3152	155	904	29292
	% Persentase	22,74	0,90	0,90	0,03	0,00	1,08	11,00	14,66	11,19	23,11	0,01	0,01	10,76	0,53	3,09	100,00

Berdasarkan informasi dari informan 1 sebagaimana dikutip dibawah ini:

“ peningkatan kapasitas tempat tidur kelas III menyebabkan peningkatan jumlah pasien jaminan “

Dari data yang didapatkan dari Bagian Penerimaan Dan Mobilisasi Dana, tertera pada tabel berikut:

Tabel 5.2
Perbandingan Penerimaan Tahun 2010 dan 2011

NO	BULAN	JUMLAH PENERIMAAN (Rupiah)	
		2010	2011
1	JANUARI	16.802.273.008	19.143.054.339
2	FEBRUARI	15.441.495.772	19.782.816.434
3	MARET	18.908.368.277	22.381.836.124
4	APRIL	15.860.878.668	25.584.554.923
5	MEI	20.119.112.068	20.743.607.398
6	JUNI	17.531.537.971	18.690.800.694
7	JULI	18.593.694.746	27.218.155.045
8	AGUSTUS	18.006.192.551	22.623.521.624
9	SEPTEMBER	19.995.876.839	30.172.991.499
10	OKTOBER	20.554.838.539	26.938.585.518
11	NOVEMBER	20.341.533.986	26.125.119.421
12	DESEMBER	32.451.973.805	37.844.801.851

Secara umum memang terlihat adanya peningkatan secara signifikan dari penerimaan rumah sakit. Terlebih setelah ada kenaikan jumlah tempat tidur kelas III. Berdasarkan informasi yang didapatkan dari Informan 6 , sebagaimana hasil wawancara “yang dimaksud dengan penerimaan adalah semua yang tercatat baik itu tunai atau jaminan (piutang) berbeda dengan istilah pendapatan yang berarti penerimaan dalam bentuk uang tunai dan piutang yang telah dibayar.”

5.2. Perbandingan Penerimaan Non Tunai tahun 2010 Dan 2011

Bila dilihat dari segi penerimaan non tunai keuangan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.3
Penerimaan Non Tunai Tahun 2010 Dan 2011

BULAN	JUMLAH PENERIMAAN (Rupiah)	
	2010	2011
JANUARI	6.786.369.382	6.188.375.640
FEBRUARI	6.012.813.537	8.335.536.844
MARET	7.399.768.966	6.949.918.780
APRIL	4.535.569.319	12.613.553.762
MEI	8.905.624.159	8.664.945.474
JUNI	6.586.798.826	7.392.217.861
JULI	6.802.180.684	21.578.056.234
AGUSTUS	5.994.547.703	13.276.065.018
SEPTEMBER	9.512.115.253	19.216.441.309
OKTOBER	9.764.288.734	16.023.605.411
NOVEMBER	9.415.468.835	14.124.516.535
DESEMBER	20.898.988.187	24.133.706.594

sumber : Bag PMD

Dari data diatas terlihat jelas kenaikan penerimaan non tunai yang sangat signifikan. Terutama sejak bulan Juli 2011 terdapat kenaikan sampai tiga kali dibandingkan bulan sebelumnya.

5.3.3. Perbandingan Penerimaan Tunai Dan Non Tunai Tahun 2011

Tabel 5.4 Penerimaan Tunai dan Non Tunai

NO	BULAN	KETERANGAN	JUMLAH PENERIMAAN 2011
1	JANUARI	PENERIMAAN TOTAL	19.143.054.339
		PENERIMAAN NON TUNAI	6.188.375.640
		PENERIMAAN TUNAI	12.954.677.699
2	FEBRUARI	PENERIMAAN TOTAL	19.782.816.434
		PENERIMAAN NON TUNAI	8.335.536.844
		PENERIMAAN TUNAI	11.447.279.590
3	MARET	PENERIMAAN TOTAL	22.381.836.124
		PENERIMAAN NON TUNAI	6.949.918.780
		PENERIMAAN TUNAI	15.431.917.344
4	APRIL	PENERIMAAN TOTAL	25.584.554.923
		PENERIMAAN NON TUNAI	12.613.553.762
		PENERIMAAN TUNAI	12.971.001.161
5	MEI	PENERIMAAN TOTAL	20.743.607.398
		PENERIMAAN NON TUNAI	8.664.945.474
		PENERIMAAN TUNAI	12.088.661.924
6	JUNI	PENERIMAAN TOTAL	18.690.800.694
		PENERIMAAN NON TUNAI	7.392.217.861
		PENERIMAAN TUNAI	11.298.582.833
7	JULI	PENERIMAAN TOTAL	27.218.155.045
		PENERIMAAN NON TUNAI	21.578.056.234
		PENERIMAAN TUNAI	5.640.098.811
8	AGUSTUS	PENERIMAAN TOTAL	22.623.521.624
		PENERIMAAN NON TUNAI	13.276.065.018
		PENERIMAAN TUNAI	9.347.456.606
9	SEPTEMBER	PENERIMAAN TOTAL	30.172.991.499
		PENERIMAAN NON TUNAI	19.216.441.309
		PENERIMAAN TUNAI	10.956.550.190
10	OKTOBER	PENERIMAAN TOTAL	26.938.585.518
		PENERIMAAN NON TUNAI	16.023.605.411
		PENERIMAAN TUNAI	10.914.980.107
11	NOPEMBER	PENERIMAAN TOTAL	26.125.119.421
		PENERIMAAN NON TUNAI	14.124.516.535
		PENERIMAAN TUNAI	12.000.602.886
12	DESEMBER	PENERIMAAN TOTAL	37.844.801.851
		PENERIMAAN NON TUNAI	24.133.706.594
		PENERIMAAN TUNAI	13.711.095.257

Menurut Informasi dari Informan 6 sebagaimana dikutip: *“peningkatan kapasitas tempat tidur kelas III dan realokasi ruang kelas 1 dan 2 itulah yang berperan dalam meningkatkan penerimaan non tunai tersebut.”*

Semenjak bulan Juli 2011 sudah terjadi peningkatan penerimaan non tunai atau piutang rumah sakit dan terjadi penurunan penerimaan uang tunai. Penerimaan non tunai berarti adalah penerimaan dari berbagai bentuk asuransi baik itu PT ASKES, Inhealth, Jamsostek, Jamkesmas, Jamkesda, Jampersal, dan dengan surat keterangan tidak mampu (SKTM). Hal ini tentu menurunkan ketersediaan “Cash on Hand” yang dapat mempengaruhi kewajiban pembayaran utang jangka pendek rumah sakit dan pembelian logistik rumah sakit. Padahal utang jangka pendek adalah termasuk ke dalam kewajiban lancar. konsekwensi dengan semakin meningkatnya jumlah tempat tidur berarti biaya operasional juga meningkat. Berdasarkan Informasi yang berasal dari Informan 3 : *“Peningkatan penerimaan non tunai ini sangat mempengaruhi likuiditas keuangan rumah sakit“*

Nilai Likuidasi adalah sejumlah uang yang dapat dicapai jika suatu aset atau kelompok aset dijual secara terpisah dari operasi perusahaan. (Sabardi, 1994)

Sebagai perbandingan dapat dilihat data likuiditas rumah sakit :

5.4. Perbandingan Analisis Likuiditas tahun 2010 Dan 2011

Berdasarkan data keuangan yang bersumber dari Laporan Keuangan didapatkan sebagai berikut :

Tabel 5.5

No	Uraian	Tahun 2010		Tahun 2011	
		Semester Unaudited	Tahunan Audited	Semester Unaudited	Tahunan Audited
1	Kas dan Setara Kas				
-	Kas	2,225,109,044	222,063,095	3,558,360,006	316,913,954
-	Bank	18,445,804,333	20,024,760,184	10,271,707,609	28,594,316,779
-	Deposito	11,000,000,000	2,000,000,000		
	Jumlah	31,670,913,377	22,246,823,279	13,830,067,615	28,911,230,733
2	Piutang Pelayanan				
-	Jaminan Asuransi	16,989,768,965	27,782,321,974	20,221,024,495	43,171,073,728
-	Jaminan Perusahaan	2,598,342,826	574,569,682	900,066,558	930,780,264
-	Jaminan Perorangan	17,757,033,995	21,294,029,434	23,637,972,854	26,286,295,149
	Jumlah	37,345,115,786	49,650,921,090	44,759,063,907	70,388,149,141
	Penyisihan Kerugian Piutang	(7,206,967,886)	(17,101,580,859)	(17,101,580,859)	(23,256,248,180)
	Piutang Pelayanan Netto	30,138,147,900	32,549,340,231	27,657,483,048	47,131,900,961
3	Asset Lancar	73,884,008,875	64,917,583,113	56,737,707,126	93,991,200,033
4	Total Asset	330,203,800,102	336,343,180,875	333,886,491,674	378,927,247,741
5	Kewajiban Jangka Pendek	27,747,951,925	29,192,586,984	27,947,739,927	59,642,839,912
6	Pendapatan	122,736,924,440	295,411,169,048	136,394,831,626	357,335,909,932

Sumber : Laporan Keuangan Bag Akuntansi

Berdasarkan Informan 3 : “ *Penyisihan kerugian piutang adalah taksiran piutang yang tak tertagih, jadi yang digunakan adalah piutang netto* ”

Dari laporan keuangan tersebut dapat dilakukan perhitungan Likuiditas rumah sakit sebagai berikut

Perbandingan Cash Ratio 2010 dengan 2011 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.6. Perbandingan Cash Ratio

NO	URAIAN	TAHUN 2010		Tahun 2011	
		PERHITUNGAN	HAPER (%)	PERHITUNGAN	HAPER (%)
1	Laporan Semester				
	<u>Kas + Bank + Surat Berharga Jangka Pendek</u>	31,670,913,377	114,14	13,830,067,615	49,49
	Kewajiban Lancar	27,747,951,925		27,947,739,927	
2	Laporan Tahunan				
	<u>Kas + Bank + Surat Berharga Jangka Pendek</u>	22,246,823,279	76,21	28,911,230,733	48,47
	Kewajiban Lancar	29,192,586,984		59,642,839,912	

Ket : Haper : Hasil Perhitungan sumber : Bagian Akuntansi

Cash Ratio semester I tahun 2010 sebesar 114,14 % artinya bahwa Kas yang tersedia di RSUP Fatmawati dapat menjamin 114,14 % kewajiban jangka pendek.

Cash Ratio akhir tahun 2010 sebesar 76,21 % artinya bahwa Kas yang tersedia di RSUP Fatmawati dapat menjamin 76,21 % kewajiban jangka pendek.

Cash Ratio semester I tahun 2011 sebesar 49,49 % artinya bahwa Kas yang tersedia di RSUP Fatmawati dapat menjamin 49,49 % Kewajiban jangka pendek.

Cash Ratio akhir tahun 2011 sebesar 48,47 % artinya bahwa Kas yang tersedia di RSUP Fatmawati dapat menjamin 48,47 % kewajiban jangka pendek.

Dari tabel perbandingan Cash Ratiopersemester diatas terlihat penurunan. Bahkan pada tahun akhir tahun 2011 penurunan semakin signifikan. Ketersediaan dana kas menurun pada akhir tahun 2010 dan semester I tahun 2011 dan mulai meningkat lagi pada akhir tahun 2011, akan tetapi kewajiban lancarnya jadi lebih banyak sampai dua kali lipat dibandingkan tahun sebelumnya. Berdasarkan informasi dari Informan 3 : “ *Cash Ratio suatu perusahaan yang baik adalah 100 % artinya kas yang ada dapat segera memenuhi kewajiban jangka pendeknya*” .

Pada buku Pedoman Akuntansi BLU Rumah Sakit , Cash Ratio adalah :

$$\frac{\text{Kas}}{\text{Kewajiban Lancar}} \times 100 \%$$

Kewajiban Lancar

tetapi pada laporan akuntansi rumah sakit ini :

$$\frac{\text{Kas} + \text{Bank} + \text{Surat berharga jangka pendek}}{\text{Kewajiban Lancar}} \times 100 \%$$

sebetulnya cara penghitungan ini adalah tidak taat azas terhadap buku pedoman tersebut. Namun berdasarkan wawancara dengan Informan 3 : “ *Kas dan setara kas yang terdiri dari Bank dan Deposito (surat berharga jangka pendek)*”

Berdasarkan teori memang pengertian kas adalah uang tunai dan kertas berharga yang berfungsi sebagai uang tunai (diterima Bank sebagai deposito sebagai nilai nominalnya.(Simangunsong, 1991)

Acid Test Ratio adalah:

Tabel 5.7
Perbandingan Acid Test Ratio

N O	URAIAN	TAHUN 2010		Tahun 2011	
		PERHITUNGAN	HAPER (%)	PERHITUNGAN	HAPER (%)
1	Laporan Semester				
	<u>Kas + efek + Piutang</u>	61,809,061,277	222,75	41,487,550,663	148,45
	Kewajiban Lancar	27,747,951,925		27,947,739,927	
2	Laporan Tahunan				
	<u>Kas + efek + Piutang</u>	54,796,163,511	187,71	76,043,131,694	127,50
	Kewajiban Lancar	29,192,586,984		59,642,839,912	

Semester I tahun 2010 Acid Test Ratio sebesar 222,75 % berarti setiap Rp 1 utang jangka pendek dijamin dengan Rp 2,22 harta lancar.

Pada akhir tahun 2010 Acid Test Ratio sebesar 187,71 %, berarti setiap Rp 1 utang jangka pendek dijamin Rp 1,87 harta lancar .

Pada semester I tahun 2011 Acid Test Ratio sebesar 148,45 %, berarti setiap Rp 1 utang jangka pendek dijamin Rp 1,48 harta lancar .

Pada akhir semester 2011 Acid Test Ratio sebesar 127,50 %, berarti setiap Rp 1 utang jangka pendek dijamin Rp 1,27 harta lancar .

Berdasarkan data diatas terjadi penurunan yang signifikan dari kemampuan membayar kewajiban jangka pendeknya dengan menggunakan semua aset sesegera mungkin. Walaupun secara umum masih mampu melunasinya karena batas minimal kemampuan membayar kewajiban jangka pendeknya dengan menggunakan seluruh aset yang ada adalah 1:1.

Current Ratio adalah :

Tabel 5.7
Perbandingan Current Ratio

N O	URAIAN	TAHUN 2010		Tahun 2011	
		PERHITUNGAN	HAPER (%)	PERHITUNGAN	HAPER (%)
1	Laporan Semester				
	<u>Aktiva Lancar</u>	73,884,008,875	266,27	56,737,707,126	203,01
	Kewajiban Lancar	27,747,951,925		27,947,739,927	
2	Laporan Tahunan				
	<u>aktiva lancar</u>	64,917,583,113	222,38	93,991,200,033	157,59
	Kewajiban Lancar	29,192,586,984		59,642,839,912	

Current Ratio semester I tahun 2010 sebesar 266,27 % artinya bahwa Aktiva lancar (kas, bank, surat berharga, piutang dan inventory) RSUP Fatmawati dapat menjamin sebesar 266,27 % dari utang lancar yang ada.

Current Ratio akhir tahun 2010 sebesar 222,38 % artinya bahwa Aktiva lancar (seluruh asset) RSUP Fatmawati dapat menjamin sebesar 222,38 % dari utang lancar yang ada.

Current Ratio semester I tahun 2011 sebesar 203,01 % artinya bahwa Aktiva lancar (seluruh asset) RSUP Fatmawati dapat menjamin sebesar 203,01 % dari utang lancar yang ada.

Current Ratio akhir tahun 2011 sebesar 157,59 % artinya bahwa Aktiva lancar (seluruh asset) RSUP Fatmawati dapat menjamin sebesar 157,59 % dari utang lancar yang ada.

Sebetulnya tidak ada pedoman umum yang dapat menilai bahwa Current Ratio suatu perusahaan baik atau buruk, hanya dengan melihat perbandingan angka.

(Sabardi 1994)

Berdasarkan data diatas kemampuan menjamin utang Rumah Sakit dari Aktiva lancarnya semakin menurun walaupun secara umum masih cukup baik karena masih lebih dari 100 %.

Net Working Capital To Sales adalah :

Tabel 5.8
Perbandingan Net Working Capital To Sales

N O	URAIAN	TAHUN 2010		Tahun 2011	
		PERHITUNGAN	HAPER (%)	PERHITUNGAN	HAPER (%)
1	Laporan Semester				
	<u>Modal Kerja Bersih</u>	46,136,056,950	37,59	28,789,967,199	21,11
	Pendapatan	122,736,924,440		136,394,831,626	
2	Laporan Tahunan				
	<u>Modal Kerja Bersih</u>	35,724,996,129	12,09	34,348,360,121	9,61
	Pendapatan	295,411,169,048		357,335,909,932	

Net Working Capital To Sales semester I tahun 2010 sebesar 37,59 % artinya bahwa modal kerja yang dimiliki untuk kegiatan operasional RSUP Fatmawati sebesar 37,59 % .

Net Working Capital To Sales akhir tahun 2010 sebesar 12,09 % artinya bahwa modal kerja yang dimiliki untuk kegiatan operasional RSUP Fatmawati sebesar 12,09 % .

Net Working Capital To Sales semester I tahun 2011 sebesar 21,11 % artinya bahwa modal kerja yang dimiliki untuk kegiatan operasional RSUP Fatmawati sebesar 21,11

Net Working Capital To Sales akhirtahun 2011 sebesar 9,61 % artinya bahwa modal kerja yang dimiliki untuk kegiatan operasional RSUP Fatmawati sebesar 9,61. Keadaan ini sebetulnya kurang baik karena modal sendiri sangat sedikit.

Berdasarkan informasi dari Informan 3 : “ *Sebetulnya tidak ada patokan angka berapa Net Working Capital To Sales yang baik, hanya semakin kecil angkanya menunjukkan keadaan yang tidak baik .* “

Pada kesempatan lain hasil wawancara dengan Informan 3 : “ *Keuangan rumah sakit sebetulnya semakin menurun kinerjanya semenjak piutang jadi dominan*

yang menyebabkan kemampuan rumah sakit untuk membayar utangnya jadi menurun.”

Dari penghitungan likuiditas keuangan rumah sakit tersebut dicarikan keterkaitan dengan penyediaan obat vital .

5.5.Ketersediaan Obat Vital

Berdasarkan daftar di buku Formularium Edisi VI 2012 RSUP Fatmawati, yang termasuk obat vital adalah obat-obat emergensi untuk penggunaan : Instalasi Bedah Sentral (IBS), High Care Unit (HCU), Rawat Inap A,B,C, Paviliun Anggrek, serta Instalasi Rawat Intensif (IRI) (ICU,ICCU, NICU,PICU). Daftar obat tersebut antara lain

DAFTAR OBAT VITAL

Tabel 5.8

No	Obat	Indikasi
I	Antiarritmia	
1	Lidocain	Ventricular tachycardi, Pulseless, ventricular tachycardi/ventricular fibrilation
2	Atropine sulphate	Bradycardi, asystole, first degree & Mobitz type I atrioventricular block, Mobitz type II & third degree block
II	Inotropik	
3	Epinephrine 1:1000	Ventricular fibrilation, asystole, pulseless, electrical activity Bradicardi acute, allergic reaction, acute Asthma (not responding to adrenergic inhaler)
4	Dopamine	Bradycardi, Hypotension
5	dobutamine	Congestive heart failure
III	Vasodilator	
6	Nitroglycerin	Hypertension, acute heart failure, anginal pain, angina pectoris, Acute myocardial infarection
IV	Anti Perdarahan	
7	Asam traneksamat	Anti perdarahan
8	Menadion HCL	Anti perdarahan
V	Lain-lain	
9	Aminophyllin	Gangguan pernapasan
10	Terbutalin sulfat	Gangguan pernapasan
11	Diazepam	Antikonvulsan (titrated)
12	Dexamethasone	Kortikosteroid
13	Diphenhydramine	Antagonis histamin H ₁
14	Dextrose	Antihipoglikemi
15	Na Cl 0,9 %	Elektrolit balance

sumber : Buku Daftar Formularium RSUPF 2012

Data yang didapat diatas adalah setelah dilakukan pengelompokkan sesuai dengan isi generik obat. Karena sediaan obaat itu sangat banyak agar tidak menyulitkan dalam perhitungan perencanaan dan penerimaan obat dalam jangka waktu kwartal. Oobat-obat vital adalah obat yang harus tersedia di Instalasi Farmasi rumah sakit karena tujuannya adalah *Live Saving*, baik itu di Instalasi Gawat Darurat, Intensive Care Unit, Intensive Cardiac Care Unit ataupun di Instalasi Rawat Inap.

Berdasarkan data perencanaan dan penerimaan obat Farmasi dari Instalasi Farmasi tahun 2010:

Tabel 5.9

N o	Obat	Perencana an Kwartal I	Penerima an Kwartal I	Perencana an Kwartal II	Penerima an Kwartal II	Perencana an Kwartal III	Penerima an Kwartal III
1	Lidocain	21,500	6,500	13,200	8,700	9,500	11,500
2	Atropine Sulphate	15,000	2,590	6,500	2,000	2,000	2,300
3	Epinephrine	7,600	1500	4900	5900	3100	-
4	Dopamin	6,850	1,250	3,650	1,150	1,195	1,195
5	Dobutamin	13,225	1,964	4,124	1,515	1,670	1,640
6	nitrogliserin	1,390	100	300	180	0	0
7	As Traneksamat	124,900	14,300	30,740	3,770	9,140	9,090
8	Fitomenadion	100,760	9,400	23,925	11,010	8,875	2,805
9	Aminofilin	16,920	1,544	2,688	1,280	792	456
10	Terbutalin sulfat	12,594	1,350	3600	985	1,050	909
11	Diazepam	105,050	2,050	3,880	450	720	0
12	deksametason	18,500	2,400	5,500	0	1200	0
13	Difenhidramin hcl	14,495	1,140	900	0	150	90
14	Dextrose 40%	8,940	2,640	4,620	0	1,120	1,000
15	Dextrose 10 % & 5 %	106,100		21,590		1,230	4,760
16	Na Cl 0,9 % 1000 dan 500 cc	481,770	43640	234,090	73,905	30,825	45,558

sumber : Instalasi Farmasi

Dari data diatas terdapat kekurangan penerimaan obat-obatan vital dimana rata-rata angka perencanaan yang dilakukan jauh diatas dari angka penerimaan .

Berdasarkan Informan 5 : “ *penerimaan obat dibawah dari perencanaan karena perencanaan yang terduplikasi sehingga terjadi jumlah perencanaan jadi jauh diatas dari kebutuhan .* “

Kondisi ini tidak menunjukkan ketersediaan obat yang kosong. Obat-obat vital ini tersedia sesuai dengan kebutuhan yang artinya stok obat mencukupi, hanya kesalahan dari perencanaan yang terduplikasi. Dan menurut informan tersebut bila “ *kalau terjadi kekurangan stok obat, maka Instalasi bisa segera membeli obat-obat vital dengan cara beli langsung ke Farmasi diluar* “

Perencanaan dan penerimaan obat vital pada tahun 2011 adalah sebagai berikut :

Tabel 5.10

No	Obat	Perencanaan Kwartal I	Penerimaan Kwartal I	Perencanaan Kwartal II	Penerimaan Kwartal II	Perencanaan Kwartal III	Penerimaan Kwartal III
1	Lidocain	2,200	13,100	0	5,000	0	8000
2	Atropine Sulphate	3,100	6,900	200	6,400	0	0
3	Epinephrine	1,100	5,000	0	600	300	3,480
4	Dopamin	885	820	365	755	1,060	760
5	Dobutamin	1,275	1,890	495	0	1,020	1,830
6	nitrogliserin	0	0	0	0	0	0
7	As Traneksamat	11,395	13,885	9,480	9,060	13,470	10,700
8	Fitomenadion	9,356	8,857	8,520	10,610	280	6,520
9	Aminofilin	528	552	168	1,710	120	750
10	Terbutalin sulfat	28,335	690	1,166	1,266	1,239	1,239
11	Diazepam	4,880	7,390	500	3,630	675	675
12	Deksametason	200	25,600	0	0	0	0
13	Difenhidramin hcl	810	1,020	600	600	0	1950
14	Dextrose 40%	1480	2,540	500	1940	1,200	3,000
15	Dextrose 10 % & 5 %	2,235	14,974	1,830	6,080	4,790	6,860
16	Na Cl 0,9 % 1000 dan 500 cc	52,722	79,961	2,890	76,510	71,030	85,570

Sumber : Instalasi Farmasi

Sedangkan selama tahun 2011 yang terjadi adalah pemenuhan kebutuhan disebabkan permintaan sebelumnya yang belum dipenuhi sehingga banyak obat yang tidak dimintakan dulu. Berdasarkan informasi dari informan 4:

“ Perencanaan obat dengan melihat floor stock obat dulu dan baru dihitung kebutuhan perbulannya sehingga diharapkan jumlah obat mencukupi. Bila terjadi kekurangan akan dibeli langsung dan dimasukkan kedalam penerimaan “

Sedangkan hasil wawancara dengan Informan 5:

“Kelebihan obat yang direncanakan karena ada double pemesanan, karena yang di rekap oleh ULP sewaktu itu perencanaan dari Instalasi Farmasi dan dari Bagian perencanaan, makanya terlihat jadi banyak terutama pada tahun 2010”

Pada wawancara waktu lainnya didapatkan informasi dari informan 5

“ada beberapa kejadian pemesanan obat tidak dapat dilakukan karena sistem pemesanan di vendor terkunci yang disebabkan utang yang berasal dari RSUP Fatmawati belum dibayar”

Ketika dikonfirmasi dengan Unit Penerimaan Barang Farmasi, keadaan pemesanan obat yang di locked oleh sistem akuntansi vendor memang benar terjadi. Ketika akan ditelaah dokumen pemesanan obat yang di tolak ternyata tidak ada, vendor hanya memberi tahu lewat telepon.

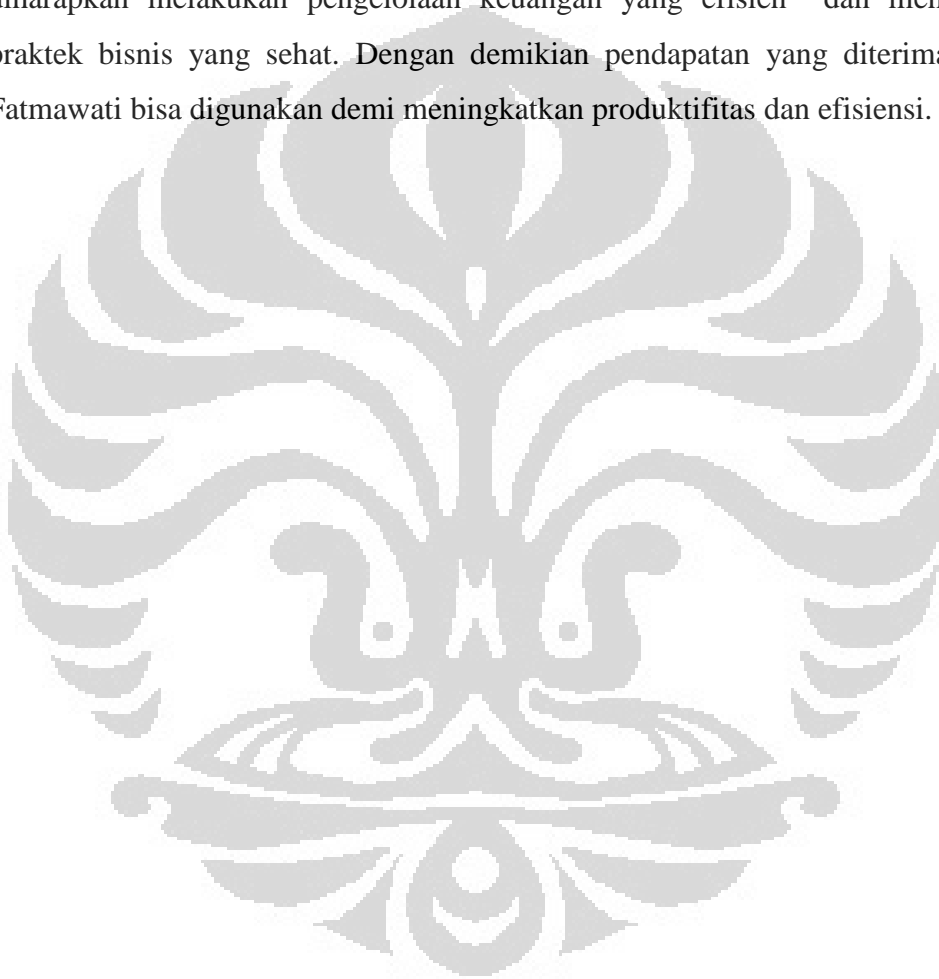
Bila dilihat pada data tahun 2011, seolah-olah obat datang tanpa perencanaan dan terjadi kelebihan jumlah obat di gudang farmasi. Keadaan ini sebetulnya karena perencanaan sebelumnya yang tidak terealisasi dan dengan adanya proses tender yang memakan waktu sehingga obat yang datang adalah yang telah direncanakan sebelumnya.

5.6. Realisasi Penyerapan Anggaran Dari Dana Pendapatan

Berdasarkan Peraturan Pemerintah No 23 Tahun 2005 tentang pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum, bertujuan untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat tanpa mengutamakan pencarian keuntungan dan dalam melaksanakan kegiatannya memperhatikan prinsip efisiensi dan produktivitas. Dan dalam pola pengelolaan keuangan diberikan fleksibilitas untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat.

Praktek-praktek bisnis yang sehat adalah penyelenggaraan fungsi organisasi berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik dalam rangka memberikan pelayanan yang bermutu. Dengan keluarnya SK Menkes RI No 1243/Menkes/SK/VIII/ 2005, tentang penetapan 13 Rumah Sakit ex Perjan menjadi Unit Pelaksana Teknis (UPT) yang menerapkan Pengelolaan Keuangan BLU.

RSUP Fatmawati termasuk salah satu rumah sakit yang menjadi BLU diharapkan melakukan pengelolaan keuangan yang efisien dan menerapkan praktek bisnis yang sehat. Dengan demikian pendapatan yang diterima RSUP Fatmawati bisa digunakan demi meningkatkan produktifitas dan efisiensi.



5.3.6.REKAPITULASI PENYERAPAN ANGGARAN DANA PENDAPATANTAHUN 2010

Tabel 5.11

No	Uraian	Alokasi	Perencanaan	KWL	Jumlah	Dibayar	SPK/KWL	Jumlah	Sisa Anggaran
1	2	3	4	5	6= 4+5	7	8	9= 7+8	10 = 3-9-11
A	Belanja Gaji & Tunjangan	95,926,011,000	66,259,600	93,538,837,824	93,605,097,424	92,745,111,581	859,985,843	93,605,097,424	2,320,913,576
B	Belanja Modal Gedung & Bangunan	7,250,000,000	5,427,595,496	1,364,777,898	6,792,373,394	3,826,899,640		3,826,899,640	961,830,970
C	Keperluan Perkantoran	1,443,250,000	1,590,600,297	342,435,345	1,933,035,642	1,411,250,047	192,415,556	1,603,665,603	(282,050,103)
D	Bahan & Alat Kesehatan	46,130,068,000	71,606,662,623	10,143,837,168	81,750,499,791	58,890,515,251	3,227,274,113	62,117,789,364	(30,053,200,763)

Rekapitulasi Jasa Pelayanan 2010

Tabel 5.12

No	Uraian	Alokasi	Perencanaan	KWL	Jumlah	Dibayar	SPK/KWL	Jumlah	Sisa Anggaran
1	2	3	4	5	6= 4+5	7	8	9= 7+8	10 = 3-9-11
A	Jasa Pelayanan Umum	61,338,056,000	-	61,438,013,833	61,438,013,833	61,438,013,833	-	61,438,013,833	(99,957,833)
B	Jasa Pelayanan Griya Husada	13,200,000,000	-	13,764,635,922	13,764,635,922	13,484,011,523	280,624,399	13,764,635,922	(564,635,922)
C	Jasa Pelayanan Diklit	1,200,000,000	66,259,600	2,013,461,811	2,079,721,411	1,918,158,911	161,562,500	2,079,721,411	(879,721,411)

REKAPITULASI PENYERAPAN ANGGARAN DANA PENDAPATANTAHUN 2011

Tabel 5.13

No	Uraian	Alokasi	Perencanaan	KWL	Jumlah	Dibayar	Jumlah Realisasi	Sisa Anggaran
1	2	3	4	5	6= 4+5	7	8	10 = 3-7
A	Belanja Gaji & Tunjangan (Gaji/Honor/Remun Managerial /Direksi &Dewas/uang makan/ JP)	141,301,940,000	-	141,826,101,550	141,826,101,550	141,271,717,530	141,826,101,550	30,222,470
B	Belanja Modal Gedung & Bangunan (Renovasi Gd Penunjang)	6,000,000,000	4,237,154,360	916,054,400	5,153,208,760	2,915,125,000	5,153,208,760	3,084,875,000
C	Keperluan Perkantoran (ATK/Pengandaan/Buku/dll)	1,762,551,000	2,088,243,430	328,471,085	2,416,714,515	1,762,545,589	2,416,714,515	5,411
D	Bahan & Alat Kesehatan (Barang Farmasi/Alkes/Rumah Tangga/bahan bakar/Catatan Medik/Cetakan Adm/Peningkatan daya Tahan Tubuh/ Pemasaran)	83,308,291,00	119,502,587,578	15,834,476,789	135,337,064,367	81,115,359,483	119,814,108,984 (Dihapus : 13,295,752,217)	2,192,931,517

Rekapitulasi Jasa Pelayanan 2011

Tabel 5.14

No	Uraian	Alokasi	Perencanaan	KWL	Jumlah	Dibayar	Jumlah Realisasi	Sisa Anggaran
1	2	3	4	5	6= 4+5	7	8	10 = 3-7
A	Jasa Pelayanan dan Remunerasi	94,476,588,000	-	93,995,739,212	93,995,739,212	94,476,587,614	93,995,739,212	386
B	Jasa Pelayanan Griya Husada	18,633,412,000	-	18,619,705,804	18,619,705,804	18,619,705,804	18,619,705,804	13,706,196
C	Jasa Pelayanan Diklit	1,850,000,000	-	1,835,717,545	1,835,717,545	1,842,767,545	1,835,717,545	7,232,455

Bila data diatas dipecah untuk melihat kewajiban Jasa Pelayanan Dokter didapatkan data tahun 2010 dan 2011 sebagai berikut :

Tabel 5.15
Rekapitulasi jasa Pelayanan Dokter
Tahun 2010

NO	URAIAN	JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOVEMBER	DESEMBER
1	JASA DOKTER RAWAT INAP VIP	157.187.650	99.884.542	112.094.067	159.040.517	151.957.278	181.014.403	174.199.572	164.249.241	228.753.095	156.136.940	215.262.833	281.826.492
2	JASA DOKTER RAWAT INAP	346.011.491	338.899.108	330.511.470	376.385.676	339.162.233	324.023.433	331.703.384	343.982.679	372.250.585	394.223.702	341.310.493	381.016.089
3	JASA DOKTER BAYAR PIUTANG	18.664.887	16.731.585	122.100	26.884.409	5.716.722	24.392.083	16.863.508	1.797.809	8.527.262	15.167.734	6.581.745	2.971.470
4	JASA DOKTER BAYAR PIUTANG VIP	3.929.502	1.991.173	-	9.290.271	18.745.186	133.200	-	-	-	-	11.250.590	3.734.534
7	JASA DOKTER RAWAT DARURAT	85.915.801	95.083.810	88.509.501	103.394.520	98.331.107	101.495.343	89.265.426	111.418.623	99.518.433	99.402.089	102.795.802	99.576.885
8	JASA DR. RAWAT JALAN/PENUNJAN	417.090.621	380.495.530	310.928.487	383.475.425	340.045.053	339.030.009	356.143.480	336.392.510	318.221.368	285.622.041	363.375.132	397.768.132
9	JASA DR. RAWAT INAP/PENUNJAN	49.255.083	43.964.788	46.019.044	56.264.031	46.488.070	56.975.192	47.236.693	44.611.983	33.782.723	33.936.151	33.158.430	33.197.982
10	JASA DOKTER MCU	17.521.025	6.961.468	7.436.401	11.848.878	14.861.956	16.231.025	26.798.394	9.093.972	16.905.342	12.674.341	17.645.105	35.650.914
	JUMLAH	1.095.576.060	984.012.004	895.621.070	1.126.583.727	1.015.307.605	1.043.294.688	1.042.210.457	1.011.546.817	1.077.958.808	997.162.998	1.091.380.130	1.235.742.496

Tabel 5.16
Rekapitulasi jasa Pelayanan Dokter
Tahun 2011

URAIAN	JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOVEMBER	DESEMBER
JASA DOKTER RAWAT INAP VIP	214.420.211	233.215.212	218.358.126	299.320.619	132.236.038	88.075.054	93.848.864	109.045.500	118.429.787	100.171.185	137.976.086	101.208.272
JASA DOKTER RAWAT INAP	408.937.201	414.581.020	319.308.799	279.015.678	324.018.819	390.906.705	338.770.665	351.169.932	363.872.722	313.584.886	274.784.140	332.909.150
JASA DOKTER BAYAR PIUTANG	49.154.394	35.687.786	7.046.010	16.421.482	32.657.936	29.474.109	31.201.767	38.963.980	6.635.740	10.907.215	82.177.439	57.862.156
JASA DOKTER BAYAR PIUTANG VIP	1.248.750	12.509.860	6.101.447	1.663.520	4.590.756	103.230.878	934.934	36.232.371	314.400	-	30.280.819	10.843.254
JASA DOKTER RAWAT DARURAT	109.169.314	102.179.290	93.171.260	104.588.220	104.776.039	318.908.731	102.233.824	101.383.594	82.690.210	87.382.665	81.992.836	72.778.639
JASA DR. RAWAT JALAN/PENUNJANG	457.148.149	405.164.591	323.578.384	361.220.935	344.526.847	15.510.143	300.521.112	380.980.458	269.699.208	341.857.337	347.956.434	339.422.354
JASA DR. RAWAT INAP/PENUNJANG	36.807.790	32.769.804	29.739.615	36.986.035	35.470.767	14.986.745	22.989.678	21.179.354	18.374.180	17.839.542	21.147.110	23.598.134
JASA DOKTER MCU	21.774.853	83.610.248	19.280.668	11.912.840	10.074.884		8.750.384	12.825.744	5.207.582	8.058.189	9.320.946	10.992.640
JUMLAH	1.298.660.662	1.319.717.811	1.016.584.309	1.111.129.329	988.352.086	961.092.365	899.251.229	1.051.780.933	865.223.829	879.801.019	985.635.811	949.614.598

Berdasarkan data yang didapat di atas pada tahun 2010 alokasi biaya belanja gaji dan tunjangan pada tahun 2010 adalah sebesar Rp 95,926,011,000 sedangkan yang dibayar oleh bag PMD sebesar Rp 93,605,097,424 berarti ada sisa anggaran sebesar Rp 2,320,913,576.

Pada tahun 2011 alokasi belanja gaji dan tunjangan naik sebesar Rp 141,301,940,000, dibayarkan oleh PMD sebesar Rp 141,271,717,530, berarti ada sisa anggaran Rp 141,271,717,530

Pada tahun 2010 belanja modal gedung dan bangunan (Renovasi Gd Induk) adalah Rp 7,250,000,000, dibayarkan oleh PMD sebesar Rp 3,826,899,640 dan masih dalam proses pengerjaan sebesar Rp 2,461,269,390, berarti ada sisa anggaran sebesar Rp 961,830,970

Pada tahun 2011 belanja modal gedung dan bangunan (Renovasi gedung penunjang) sebesar Rp 6,000,000,000 dan dibayarkan oleh PMD sebesar Rp 2,915,125,000. Berarti ada sisa anggaran sebesar Rp 3,084,875,000.

Pada tahun 2010 belanja keperluan perkantoran (ATK/Penggandaan/Buku/dll) dialokasikan sebesar Rp 1,443,250,000 sedangkan jumlah yang dikeluarkan (dibayar PMD dan kwitansi langsung dan dalam proses) sebesar Rp 1,725,300,103 berarti defisit Rp 282,050,103.

Pada tahun 2011 belanja keperluan perkantoran (ATK/Penggandaan/Buku/dll) dialokasikan sebesar Rp 1,762,551,000 sedangkan jumlah yang dikeluarkan (dibayar PMD) sebesar Rp 1,762,545,589 berarti sisa anggaran Rp 5,411.

Pada tahun 2010 belanja bahan dan alat kesehatan (farmasi dsb) dialokasikan sebesar Rp 46,130,068,000 sedangkan jumlah yang dikeluarkan (dibayar PMD dan kwitansi langsung dan dalam proses) sebesar Rp 76,183,268,763 berarti defisit Rp 30,053,200,763.

Pada tahun 2011 belanja keperluan bahan dan alat kesehatan (farmasi dsb) dialokasikan sebesar Rp 83,308,291,00 tetapi jumlah realisasinya adalah Rp 119,814,108,984 sedangkan jumlah yang dibayar sebesar Rp 81,115,359,483. Berarti defisit anggaran lebih besar yaitu Rp 38,698,749,501 dan terjadi penghapusan sebesar Rp 13,295,752,217.

Menurut Informan 10

“Penghapusan ini disebabkan tidak cukupnya anggaran.”

Menurut Informan 8

“Standar Pelayanan Minimal sebelum bulan Juni tahun 2011, waktu pembayaran utang adalah 5 (lima) hari kerja sehingga tidak ada kendala dalam pengadaan bahan dan alat farmasi. Namun setelah semester II tahun 2011 SPM tersebut berubah menjadi 30 (tiga puluh) hari pembayaran utang dan bahkan kenyataan ada yang lebih dari 30 hari. Kondisi inilah yang menyebabkan pemesanan bahan dan alat farmasi sering terkunci secara otomatis disistem vendor alat dan bahan farmasi. “

Sedangkan bila dilihat perbandingan Total Jasa Pelayanan Dokter, juga terlihat terjadi penurunan pada tahun 2011. Menurut staf di bagian perbendaharaan *“ Penurunan JP ini semenjak peningkatan public wing dan penurunan tarif layanan.”*

5.6. Piutang Pasien Jaminan Kelas III

Semenjak bulan Juni 2011 ketika operasional pelayanan Rawat inap didominasi oleh kelas III, maka terjadi peningkatan penerimaan jenis non tunai. Berdasarkan data di tabel 5.4 sampai dengan tabel 5.7 terlihat penurunan likuiditas keuangan rumah sakit yang disebabkan semakin meningkatnya kewajiban lancar rumah sakit dan menurunnya uang kas yang ada di rekening rumah sakit. Berikut akan disajikan data piutang-piutang yang berasal dari kelas III.

Tabel 5.15

PORAN KLAIM JAMKESDA TAHUN 2011 PER 25 JANUARI 2012 RSUP FATMAWATI				
NO	JENIS	JUMLAH PIUTANG	JUMLAH DIBAYAR	JUMLAH PIUTANG BELUM DIBAYAR
	JAMKESDA	Rp.	Rp.	Rp.
	JAMKESDA SKTM & GAKIN DKI	30.330.392.049	16.779.510.394	13.550.881.655
	DBD & BENCANA LAIN	538.270.275	440.275.515	97.994.760
	JAMKESDA DEPOK	6.050.099.310	3.849.403.865	2.200.695.445
	JAMKESDA TANG SEL	5.564.898.449		5.564.898.449
	JAMKESDA TANGERANG KOTA	50.550.215		50.550.215
	JAMKESDA KOTA BOGOR	51.696.183	18.768.171	32.928.012
	JAMKESDA KAB. BOGOR	2.425.098.240	2.247.794.690	177.303.550
	OBAT JAMKESDA BOGOR	380.510.103	364.930.016	15.580.087
	JUMLAH	45.391.514.824	23.700.682.651	21.690.832.173

Dari data diatas terlihat jumlah piutang tahun 2010 dan 2011 sebesar Rp 21, 690,832,173. Piutang tersebut didominasi oleh Jamkesda, SKTM dan Gakin DKI sebesar Rp 13.550.881.655, diikuti Jamkesda Tangerang Selatan sebesar Rp 5,564,898,449, Jamkesda Depok sebesar Rp 2,200,695,445 dan Kabupaten Bogor Rp 177,303,550. Menurut informasi dari Kepala Instalasi Penagihan Piutang (IP2), yang paling sulit diklaim adalah adalah Jamkesda, SKTM dan Gakin DKI. Waktu pembayarannya bisa lebih dari enam bulan sejak keluar tagihan dari rumah sakit. Alasan sulitnya penagihan adalah karena verifikatornya yang terbatas dan administrasi yang tidak lengkap sehingga verifikator tidak bersedia memverifikasi klaim. Bahkan sejak Agustus 2011 Pemda DKI tidak akan membayar klaim karena tidak lengkapnya berkas administrasi kecuali kasus katastrofik (penyakit kronik menahun dan klaimnya diatas Rp 15,000,000. Sedangkan perbandingan klaim kepada Pemerintah Daerah lainnya waktu pembayaran dari keluarnya tagihan sekitar 15 sampai 30 hari.

Sebagai contoh adalah klaim pasien Jamkesda Kabupaten Bogor dan Surat Keterangan Tidak Mampu Luar Daerah Depok (TMLD Depok)

Tabel 5.16

LAPORAN KLAIM JAMKESDA KAB BOGOR									
BULAN	RIIL	KLAIM	SUBSIDI	KLAIM DIBYR	TGL	TGL	SELISIH	SAL DO	selisih
	Rp.	Rp.	Rp.	Rp.	TAGIH	BAYAR	HA RI	Rp.	
JANUARI	201.187.576	105.140.500	96.047.076	105.140.500	06/05/11	27/06/11	21	-	
PEBRUARI	110.291.132	59.930.000	50.361.132	59.930.000	06/06/11	27/06/11	21	-	
MARET	306.701.339	132.590.000	174.111.339	132.590.000	06/06/11	27/06/11	21	-	
SUSULAN	59.074.205	32.979.500	26.094.705	32.979.500	24/09/11	29/11/11	35	-	
APRIL (REVISI)	278.204.063	137.979.300	140.224.763	137.979.300	24/11/11	10/12/12	16	-	
MEI	228.350.660	148.557.250	79.793.410	145.267.250	24/11/11	29/11/11	5	-	3.290.000
JUNI	226.819.244	149.697.750	77.121.494	149.131.750	24/11/11	29/11/211	5	-	566.000
JULI	362.777.615	237.438.750	125.338.865	237.438.750	22/12/11	28/12/11	6	-	
AGUSTUS	441.839.183	244.123.250	197.715.933	244.123.250	22/12/11	10/01/12	19	-	
SEPTEMBER	193.298.843	133.035.250	60.263.593	133.035.250	22/12/11	28/12/11	6	-	
OKTOBER	607.432.234	383.654.000	223.778.234	383.654.000	22/12/11	10/01/12	19	-	
SUSULAN	50.865.886	38.804.000	12.061.886	38.804.000		29/03/12		-	
NOVEMBER	473.216.973	298.716.500	174.500.473	298.716.500	22/12/11	10/01/12	19	-	
DESEMBER	649.298.371	455.354.500	193.943.871	455.354.500		10/02/12		-	

Total R.inap	4.189.357.324	2.558.000.550	1.631.356.774	2.554.144.550					-	3.856.000
---------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--	--	--	--	----------	------------------

Sumber : IP2

Tabel 5.17

LAPORAN KLAIM JAMKESDA DEPOK							
NO	BULAN	KLAIM	KLAIM DIBYR	TGL	TGL	SELISIH	SALDO
		Rp.	Rp.	Tagih	BAYAR	HARI	Rp.
1	JANUARI	310.544.447	252.231.559	1/11/11	25/11/11	24	-
2	PEBRUARI	411.529.612	383.500.338	1/11/11	25/11/11	24	-
3	MARET	404.637.966	373.295.279	1/11/11	25/11/11	24	-
4	APRIL	612.866.671	595.779.712	28/11/11	21/12/11	23	-
5	MEI	754.640.939	692.778.354	28/11/11	28/12/11	30	-
6	JUNI	886.473.785	837.340.581	15/12/11	30/12/11	15	-
7	JULI	782.885.791		15/12/11	blm		782.885.791
8	AGUSTUS	843.859.937		15/12/11	blm		843.859.937
9	SEPTEMBER			blm tgh	blm		-
10	OKTOBER			blm tgh	blm		-
11	NOVEMBER			blm tgh	blm		-
12	DESEMBER			blm tgh	blm		-
	TOTAL	5.007.439.148	3.134.925.823				1.626.745.728

Ket blm tgh : Belum ditagih ; blm: belum dibayar. Sumber : IP2

Dari tabel 5.14 dan tabel 5.15 didapatkan rata-rata lamanya hari dibayarkan klaim sejak keluarnya tagihan adalah dibawah 24 hari kerja. Bila dilihat keluarnya tagihan dari rumah sakit sendiri ternyata cukup lama, seperti klaim kepada Kabupaten Bogor bulan Januari baru dikeluarkan tagihan pada tanggal 6 Mei 2011, klaim bulan Pebruari keluar tanggal 6 Juni 2011 dan klaim bulan Juli dan Agustus keluar pada tanggal 22 Desember 2011. Sedangkan klaim bulan Juli dan Agustus 2011 TMLD Depok baru dikeluarkan tagihan pada tanggal 15 Desember 2011. Tentu saja keadaan ini menambah jumlah piutang. Alasan lamanya keluar tagihan salah satunya adalah kelengkapan berkas seperti resume pasien yang tidak lengkap sehingga tidak menggambarkan kronologis penyakit pasien.

Berdasarkan informasi dari Informan I :

“Kendala-kendala tagihan terlambat dikirimkan ketika tahun 2011 karena terdapat kendala internal karena kurangnya SDM, penagihan masih manual (belum menggunakan sistem IT terintegrasi), masih belum ada mekanisme/ sistem kelengkapan berkas klaim yang mengikutsertakan satker lain yang dituangkan dalam kebijakan ataupun protap, kurang cepat dalam melengkapi berkas-berkas klaim yang kurang setelah hasil verifikasi dikeluarkan dari pihak penjamin. Sedangkan kendala Eksternalnya berupa persyaratan berkas penagihan yang terlalu banyak diminta yang tidak dikondisikan dengan keadaan rumah sakit dan kurangnya koordinasi ke penjamin tentang penagihan.”

Sebagai perbandingan klaim pasien jaminan adalah yang dilakukan oleh pemerintah pusat yakni Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dimana hampir tidak ada kendala dalam pembayaran klaim sehingga piutang tidak menumpuk di Rumah Sakit. Menurut Informan 1 *“Piutang Jamkesmas dibayar setelah 30 hari tagihan keluar, jadi tidak ada kendala dalam pengklaiman “* seperti tertera pada tabel dibawah ini terlihat data semua tagihan dibayar.

Tabel 5.18

LAPORAN KLAIM JAMKESMAS R.INAP TH.2011								
NO	BULAN	KASUS	JML	KLAIM	KLAIM DIBYR	SALDO	SELISIH	KET
		pasi	HP	Rp.	Rp.	Rp.		
1	JANUARI	178	2.004	910.642.733	910.642.733	-		
	JANUARI	1	7	2.392.133	2.392.133	-		
						-		
2	PEBRUARI	227	2.119	991.357.377	991.357.377	-		
	SUSULAN	7	27	11.010.755	11.010.755	-		
						-		
3	MARET	344	2.806	1.340.455.416	1.340.455.416	-		
	SUSULAN	70	412	294.968.700	294.968.700	-		
						-		
4	APRIL	456	3.442	1.689.554.686	1.689.554.686	-		
	SUSULAN	1	29	1.679.993	1.679.993	-		
						-		
5	MEI	486	3.855	1.781.239.832	1.781.239.832	-		
						-		
6	JUNI	437	3.273	1.466.940.980	1.466.940.980	-		
						-		
7	JULI	492	3.895	1.701.001.882	1.701.001.882	-		
	JULI (SUSULAN)	7	56	27.455.849	27.455.849	-		
						-		
8	AGUSTUS	505	4.007	1.792.032.449	1.792.032.449	-		
	AGUSTUS (SUSULAN)	20	208	65.929.441	65.929.441	-		
						-		
9	SEPTEMBER	534	3.330	1.700.910.540	1.700.910.540	-		
	SUSULAN	63		236.723.763	236.723.763	-		
						-		
10	OKTOBER	735	4.607	2.243.623.237	2.243.623.237	-		
	OKTOBER (SUSULAN)	6	78	27.752.279	27.752.279	-		
						-		
11	NOVEMBER	645	4.057	1.936.948.440	1.936.948.440	-		
	NOVEMBER (SUSULAN)	36	639	289.882.234	289.882.234	-		
						-		
12	DESEMBER	736	4.275	1.957.199.365	1.957.199.365	-		
						-		
	TOTAL	5.986	43.126	20.469.702.084	20.469.702.084	-		

Berbeda dengan klaim Jamkesda, seluruh tagihan Jamkesmas yang pembayarannya dilakukan oleh pemerintah pusat, tidak ada selisih dalam pembayaran piutangnya

Seperti yang telah di uraikan diatas tentang perhitungan-perhitungan rasio keuangan untuk menilai kinerja keuangan berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI Nomor 1981 tahun 2010, dari 7 (tujuh) pembobotan indikator rasio keuangan, penulis hanya menganalisa rasio yang berhubungan langsung dengan penerimaan dan pengeluaran kas yaitu cash ratio, acid test ratio current ratio dan net working capital to sale, maka penulis mencoba menganalisa secara deskriptif terhadap hasil perhitungan-perhitungan tersebut.

Jika dilihat pada perhitungan *Cash Ratio* tahun 2010 yaitu 114,14% yang berarti bahwa nilai kas yang ada mampu menutupi 114,14 % dari kewajiban jangka pendek masih sangat likuid dan secara keuangan kuat akan tetapi pada akhir

tahun 2011 cash ratio menurun jauh menjadi 49,49 %. Menurut teori bahwa rasio yang paling minimum adalah bila nilai kas sama dengan nilai kewajiban lancar atau $Cash Ratio = 100\%$, artinya bahwa Kas perusahaan dapat membayar semua utang jangka pendek. Jika RSUP Fatmawati memiliki *Cash Ratio* hanya 49,49% maka untuk melunasi utangnya pada saat Neraca 2011 diterbitkan RSUP Fatmawati harus menggadaikan atau Menjual Assetnya baik itu asset lancar maupun asset tetap. Itu menunjukkan bahwa RSUP Fatmawati pada Saat 31 Desember 2011 tidak berada pada kondisi yang liquid.

Current ratio berada pada posisi yang baik, pada semester I tahun 2010. Namun dari perhitungannya, nilai *Current Ratio* mengalami penurunan dari tahun ke tahun. Penurunan ini terjadi karena sebenarnya peningkatan asset lancar seperti kas, piutang, dan persediaan diikuti dengan peningkatan kewajiban lancar dalam perbandingan yang lebih besar. Pada saat nilai asset lancar meningkat tetapi kewajiban juga meningkat maka rumah sakit berada pada kondisi keuangan yang mengkhawatirkan. Jika pada saat nilai kewajiban yang jatuh tempo lebih besar di banding asset lancar maka perusahaan terpaksa menjual asset tetap untuk memenuhi kewajibannya,

Net working capital to sales pada awal semester I tahun 2010 37,59 %, tetapi semakin menurun pada akhir tahun 2011 sebesar 9,61 % yang menunjukkan semakin menurunnya modal kerja rumah sakit.

Sebetulnya bila melihat pendapatan dari net working capital to sales terlihat kenaikan pendapatan akan tetapi perlu diingat bahwa pendapatan itu adalah kas dan piutang. Yang menjadi masalah adalah jika piutang itu tidak terbayarkan, maka piutang itu menjadi piutang ragu-ragu. Sedangkan rumah sakit pada saat ini pendapatannya lebih banyak berasal dari piutang. Sedangkan piutang yang terbanyak adalah berasal dari Jamkesda DKI sebesar Rp 13,550,881,665. Diikuti Jamkesda Tangerang Selatan, kota Depok dan Kabupaten Bogor. Yang menjadi masalah dari rumah sakit sendiri adalah lamanya keluar tagihan kepada Pemda. Seperti data yang didapatkan pelayanan pasien dari Kabupaten Bogor bulan Januari 2011 baru dikeluarkan klaim 6 Mei 2011, pelayanan bulan Pebruari 2011 baru dikeluarkan klaim 6 Juni 2011, begitupun dengan pasien yang berasal dari kota Depok, pelayanan pasien pada bulan Juli dan Agustus 2011 baru keluar

klaim pada tanggal 22 Desember 2011. Padahal bila melihat waktu bayar dari kedua pemda tersebut sejak dikeluarkannya klaim masih dibawah 30 hari. Berbeda dengan Jamkesmas yang tidak pernah jadi masalah dalam pembayaran piutang, sebesar berapa tagihan diajukan dipenuhi secara penuh tanpa selisih dan dalam waktu dibawah 30 hari.

Bila melihat dari kerangka teori, peningkatan piutang ini mempengaruhi kualitas pelayanan , terlihat ketersediaan obat vital yang tak selalu terpenuhi. Dari data diatas memang tidak dapat dilihat beberapa kalinya pesanan obat vital yang terkunci oleh sistem vendor (tidak dapat dipenuhi oleh vendor) akibat tidak terbayarnya tagihan utang yang diajukan oleh vendor, namun informasi yang didapatkan dari staf Instalasi Farmasi dan Kasie Perbendaharaan sejak bulan Juni 2011 sudah terjadi beberapa kali pemesanan obat tidak dipenuhi oleh vendor alat dan bahan farmasi akibat utang yang tidak dibayar tepat waktu.

Kewajiban rumah sakit adalah kewajiban lancar yang harus segera dilunasi, sedangkan pendapatan rumah sakit lebih banyak berasal dari piutang yang banyak belum terbayar atau terbayar lebih dari tiga bulan sehingga menurunkan likuiditas rumah sakit dan menurunkan modal kerja rumah sakit. Bila keadaan ini terus menerus terjadi rumah sakit tidak dalam keadaan posisi ekspansi pelayanan tetapi dalam kondisi bertahan dan efisiensi dana yang ada.

Menurut pendapat Informan 7 *“Kenaikan kelas III sebetulnya bukanlah suatu masalah asalkan dilakukan pengkajian yang mendalam dulu disertai dengan penganggaran dana yang sesuai, sehingga tidak menurunkan likuiditas rumah sakit. Disamping itu seperti hasil penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya, yang menjadi masalah sebenarnya adalah lamanya piutang yang tak dibayar-bayar. Bila piutang yang ada bisa terbayarkan seperti pada kasus kasus Jamkesmas tentu saja likuiditas rumah sakit tidak akan terpengaruh seperti sekarang ini.”*

Sedangkan menurut pendapat Informan 6 , *“ Seharusnya semua pasien yang dirawat di kelas III dilakukan telaah case mix dandilayani sesuai dengan paket Ina CBG’s, sehingga tidak terjadi kebocoran dana rumah sakit “*

5.7 Validasi Triangulasi

Dari dokumen yang didapat dan dimasukkan ke dalam tabel, dilakukan wawancara tentang data data yang didapat sebagai berikut

Tabel 5.19
Tabel Triangulasi

No	Variabel	Dokumen (Sumber)	Triangulasi (Metoda Wawancara)
1	Cara bayar Rawat Inap 2010 dan 2011	Data Cara bayar Pasien Rawat Inap	Informan 1: Semenjak kapasitas tempat tidur kelas III meningkat, pasien jaminan juga meningkat
2	Perbandingan penerimaan 2010 dan 2011	Penerimaan RSUP Fatmawati Th 2010 dan 2011	Informan 6 : Saat ini penerimaan kita lebih banyak dari pasien non tunai sejak kenaikan kapasitas TT Kelas III dan realokasi kelas I dan II. Seharusnya semua pasien yang dirawat di kelas III dilayani sesuai dengan tarif Ina CBG,s, sehingga tidak terjadi kebocoran dana rumah sakit
3	Keuangan dan Akuntansi	Akuntansi dan Laporan Keuangan	Informan 3 : Penerimaan non tunai ini sangat mempengaruhi likuiditas keuangan rumah sakit, bila dilihat dari perhitungan ratio yang terus menurun. Cash ratio yang baik adalah 100% artinya kas yang ada dapat segera memenuhi kewajiban jangka pendeknya. Memang menurut buku PARS Kas : Kewajiban lancar, tetapi dibuku, kas dan setara kas yang terdiri dari Bank dan Deposito atau surat berharga jangka pendek. Sebetulnya tidak ada patokan angka berapa Net Working Capital To Sales yang baik, hanya semakin kecil angkanya menunjukkan keadaan ysg tidak baik. Keuangan rumah sakitsebetulnya semakin menurunkinerjanya semenjak piutang jadi dominan yang menyebabkan kemampuan rumah sakit untuk membayar uatangnya jadi menurun Informan 7: Kenaikan kelas III sebetulnya bukanlah suatu masalah asalkan dilakukan pengkajian yang mendalam dulu disertai dengan penganggaran dana yang sesuai, sehingga tidak menurunkan likuiditas rumah sakit. Disam[ping itu seperti hasil penelitian sebelumnya, yang menjadi masalah adalah lamanya piutang yang tidak dibayar-bayar. Bila piutang yang ada bisa terbayarkan seperti pada kasus Jamkesmas tentu saja likuiditas rumah sakit tidak terpengaruh seperti sekarang ini
4	Perncaanaan obat VEN	Perencanaan dan penerimaan Obat	Informan 4: Perencanaan obat dengan melihat floor stock obat dulu dan baru dihitung kebutuhan perbulannya sehingga diharapkan jumlah obat mencukupi. Bila terjadi kekurangan akan dipesan langsung dan dimasukkan dalam penerimaan. Informan 5 : Penerimaan obat dibawah dari perencanaan karena ada duplikasi yang dibuat oleh tim ULP , antara permintaan Instalasi Farmasi dan Tim Perencanaan. Bila terjadi kekurangan stok obat, maka Instalasi bisa

			<p>segera membeli obat-obat vital dengan cara beli langsung ke farmasi luar</p> <p>Kelebihan obat yang direncanakan karena ada double pemesanan, karena yang direkap ULP sewaktu itu perencanaan dari Instalasi Farmasi dan dari Bagian Perencanaan, makanya terlihat jadi banyak terutama pada tahun 2010</p>
5	Pelunasan Kewajiban (Utang dan JP)	Laporan Pembayaran utang dan JP	<p>Informan 8: Standar Pelayanan Minimal sebelum bulan Juni tahun 2011, waktu pembayaran utang adalah 5 hari kerja sehingga tidak ada kendala dalam pengadaan bahan dan alat farmasi. Namun setelah semester II tahun 2011 SPM tersebut berubah menjadi 30 hari pembayaran utang dan bahkan kenyataannya lebih dari 30 hari. Kondisi inilah yang menyebabkan pemesanan bahan dan alat farmasi sering terkunci secara otomatis disistem vendor alat dan bahan farmasi.</p> <p>Informan 9 : Ya memang pembayaran utang itu terkendala karena uang kas kurang, utang dibayar bisa lebih dari 30 hari, karena uang dari pasien jaminan itu tersendat sendat bpembayarannya.</p> <p>Staf di Mob dana mengatakan JP untuk dokter sekarang menurun pada tahun 2011 karena kelas III nya meningkat dan ada penurunan tarif pelayanan di kelas VIP.</p>
6	Pengalokasian dan realisasi anggaran dari dana pendapatan	Rekapitulasi penyerapan anggaran	Informan 10 ; ada [penghapusan perencanaan sekitar 13 M, karena kekurangan dana dan sudah ada defisit dari dana alokasi.
7	Klaim pasien Jaminan	Laporan Klaim Piutang	<p>Informan 1 : Kendala-kendala tagihan terlambat dikirimkan ketika tahun 2011 karena terdapat kendala internal karena kurangnya SDM, penagihan masih manual (belum menggunakan sistem IT terintegrasi), masih belum ada mekanisme/ sistem kelengkapan berkas klaim yang mengikutsertakan satker lain yang dituangkan dalam kebijakan ataupun protap, kurang cepat dalam melengkapi berkas-berkas klaim yang kurang setelah hasil verifikasi dikeluarkan dari pihak penjamin.</p> <p>Sedangkan kendala Eksternalnya berupa, persyaratan berkas penagihan yang terlalu banyak diminta yang tidak dikondisikan dengan keadaan rumah sakit dan kurangnya koordinasi ke penjamin tentang penagihan</p>

BAB VI

KESIMPULAN

6.1. Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan yang telah dikemukakan pada bab-bab sebelumnya, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Penerimaan RSUP Dr. Fatmawati Jakarta tahun 2011 mengalami peningkatan dibandingkan dengan penerimaan tahun 2010, sedangkan pengeluaran pada tahun 2010 dan 2011 selalu mengalami peningkatan. Hal ini karena apabila pelayanan pasien meningkat tentunya akan meningkatkan pendapatan. Peningkatan pelayanan pasien ini tentunya juga diiringi dengan peningkatan pemakaian obat, jasa dokter dan lain-lain. Namun peningkatan pendapatan dari piutang RSUP Dr. Fatmawati lebih tinggi dari pendapatan tunai, sehingga Saldo Kas mengalami penurunan
2. Berdasarkan analisa data yang telah dilakukan terbukti bahwa Rasio Likuiditas RSUP Dr. Fatmawati Jakarta yaitu dari tahun 2010 sampai dengan 2011 mengalami penurunan baik itu dari ratio cash ratio, acid test ratio, current ratio dan net working capital to sales yang berarti RSUP Fatmawati tidak likuid
3. Rata-rata kemampuan RSUP Dr. Fatmawati Jakarta dalam merealisasikan piutang masih belum optimal, terbukti dari telaahan data, bahwa pada tahun 2010 sampai dengan 2011 masih lebih dari 3 bulan.
4. Terbukti bahwa stok obat vital sangat terganggu yang disebabkan tidak akuratnya perencanaan dan menurunnya kemampuan keuangan rumah sakit untuk membeli obat-obatan dan alat kesehatan.
5. Jasa pelayanan dokter (Staf Medis Fungsional) menurun akibat lebih banyaknya jumlah tempat tidur kelas III padahal beban kerja meningkat.

6.2. Saran-Saran

1. Dalam pencapaian penerimaan RSUP Dr. Fatmawati sudah cukup baik namun sangat perlu untuk melakukan efisiensi biaya sehingga dapat diperoleh laba-usaha. Memperoleh laba bisa dimungkinkan apabila RSUP Dr. Fatmawati Jakarta dapat memangkas beberapa biaya-biaya yang tidak memiliki penambahan nilai, meningkatkan pengendalian internal.
2. RSUP Dr. Fatmawati sebaiknya memprioritaskan perbaikan pada manajemen piutang dikarenakan posisi kas yang tidak likuid dan posisi piutang yang terlalu tinggi. Saldo piutang terlalu tinggi menyebabkan operasional rumah sakit terganggu karena penerimaan kas yang tertunda. Rumah sakit menjadi kesulitan dalam membayar, atau bahkan lebih buruk lagi pelayanan menjadi menurun karena kekurangan dana yang siap di belanjakan. Kondisi rumah sakit diragukan oleh pemasok karena utang usaha yang tinggi melebihi posisinya.
3. Dalam manajemen piutang tersebut juga sebaiknya kelengkapan berkas agar lebih diperhatikan seperti penulisan resume, kuitansi-kuitansi obat dan bukti bukti –pelayanan. Rumah Sakitpun sebaiknya berkoordinasi lebih baik lagi dengan pemda pemda dalam hal aturan main pengklaiman piutang.
4. Bila nanti BPJS akan dilaksanakan maka sebaiknya sistem klaim dan pembayaran seperti yang berlaku di Jamkesmas, sehingga tidak memberatkan keuangan rumah sakit.
5. Saran untuk pembiayaan pasien harus mengikuti pembiayaan Ina CBGS dan tarif yang berlaku sesuai dengan Case Mix
6. Bila rumah sakit akan menambah kapasitas tempat tidur maka sebaiknya dilakukan pengkajian yang mendalam terlebih dahulu sehingga bisa dialokasikan dana yang cukup dan tidak mengganggu pos-pos pengeluaran yang rutin.
7. RSUP Fatmawati sebaiknya menambah fasilitas pelayanan yang bisa menjadi *revenue center* seperti ruang rawat VIP, Instalasi pelayanan untuk segmen menengah keatas.

8. Pengelolaan perencanaan dan pengadaan obat-obatan dan alat kesehatan lebih ketat lagi sesuai dengan kaidah-kaidah yang berlaku apakah metode VEN, ABC atau lainnya sehingga stok obat terlebih obat vital sesuai antara perencanaan dengan yang diterima dan pelayanan kepada masyarakat tidak menurun mutunya.
9. Bila nanti BPJS akan diberlakukan di seluruh rumah sakit pemerintah, sebaiknya Jasa Pelayanan diberikan kepada dokter sama jumlahnya baik itu untuk pasien kelas VIP, Kelas I, Kelas II ataupun kelas III sehingga mutu pelayanan yang diberikan oleh dokter sama.



DAFTAR PUSTAKA

- 1) Andriyani E. Logistik, EOQ, ROP, Lead Time. Modul Kuliah Manajemen Logistik 2011.
- 2) Berger, S. Fundamentals of Healthcare Financial Management: A Practical Guide to Fiscal Issues and Activities. 3rd ed. San Fransisco. Josey-Bass.2008
- 3) Berita Jampersal. (<http://www.kesehatanibu.depkes.go.id>)
- 4) Bidang Pelayanan Medik RSUP Fatmawati 2012, Presentasi didepan Komisi IX DPR RI
- 5) Cannon GW. Cash Budgeting. Handbook Of Healthcare Accounting And Finance, Aspen System Corporation,1982
- 6) Clarkin, John. Billing System in Handbook of Health Care Accounting and Finance, 1986.
- 7) Cleverley, Financial Ratio Analysis, Handbook of Health Care accounting and Finance,1982
- 8) Coyne, Joseph S. (2008). The Early Indicators of Financial Failure: A Study of Bankrupt and Solvent Health Systems. Journal of Healthcare Management. ABI/INFORM Global. Sept/Okt 2008
- 9) Direktorat Jendral Pelayanan Medik, Depkes RI.Pedoman Akutansi BLU Rumah Sakit.2010.
- 10) Fine JD, Butterfield JR. Financial Planning And Management.The Aupha Manual Of Health Services Management, Aspen publisher, Maryland, 1994
- 11) Gani, Ascobat. Topik Mata Ajaran Manajemen Keuangan Rumah Sakit. Modul Kuliah.FKM UI. Depok
- 12) J Darmanto R . Kiat Mengelola Rumah Sakit, Hipokrates, Jakarta. 1997
- 13) Jamkesmas. <http://www.epuskesmas.com/kabar-kesehatan/informasi-kesehatan/>
- 14) Jamkesda Depok.(<http://www.depok.go.id/06/04/2011/03-kesehatan-kota-depok/>
- 15) Join Comission International Accreditation Standart For Hospital, 4th Edition

- 16) Komarsih, Lilis. Analisis Variasi Piutang Pasien Jaminan pihak Ketiga di RS Karya Bakti. Tesis. FKM-UI. 2006
- 17) McLean AR. Accounting and Cash Flow Analysis. Financial Management In Health Care Organizations, Delmar Publishers, Albany, 1997.
- 18) Mc Lean. Organizational Diagnostic: Financial Statement Analysis. Financial Management In Health Care Organizations, Delmar Publishers, Albany, 1997.
- 19) Mehta, Nitin H. Hospital Accounting Systems and Controls. Prentice Hall. Inc/Englewood Cliffs. N.J. 1977.
- 20) Neumann RB, Suver DJ, Zelman NW. Financial Accounting: The Language Of Financial Management. Financial Management, Concepts and Applications for Health Care Providers, Maryland, 1988
- 21) Nursiaty Eka. Analisis Piutang JPK Gakin di RSIA Budi Kemuliaan. Tesis. FKMUI. 2008
- 22) Undang-Undang Republik Indonesia No 36 th 2010 Tentang Praktik Kedokteran
- 23) Undang-Undang No 40 Th 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, TAMBAHAN LEMBARAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA NOMOR 4456
- 24) Undang-Undang Republik Indonesia No.44 th 2009 Tentang Rumah Sakit
- 25) The Universal Declaration Of Human Right, <http://www.un.org/en/documents/udhr/>
- 26) Peraturan Menteri Kesehatan RI no.983 /SK/XI/1992 Tentang Pedoman Rumah Sakit Umum
- 27) Piutang, femanajemen. unila.ac.id/~perkuliahan/.../Bab12%20(Piutang).ppt
- 28) Rowland SH, Rowland LB. Operations. Hospital Administration Handbook. Aspen Publication, Maryland, 1984
- 29) Sabardi A, Manajemen Keuangan, AMP YKPN, Yogyakarta, 1994
- 30) Simangunsong MP. Pelajaran Akuntansi Terampil (Intermediate), Karya Utama, Jakarta 1991
- 31) Sobirin, Ahmad. Dampak Keterlambatan Pembayaran Klaim Askeskin Terhadap Cash Flow dan Pelayanan Pasien Askeskin di Rumah Sakit

- Umum Daerah Gunung Jati Kota Cirebon tahun 2007. Tesis Pasca Sarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat UI. Depok.2007.
- 32) Soeroso, S. Manajemen Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit, EGC, Jakarta, 2003
- 33) SolikinI. Piutang,
(<http://file.upi.edu/Direktori/FPEB/PRODI.AKUNTANSI>).
- 34) Tjakradidjaja, Darwin. Analisis Manajemen Piutang jaminan Pihak Ketiga RS Bakti Mulya. Tesis. FKM-UI, 2004.
- 35) UtangJangka Pendek. <http://blogdeta.blogspot.com/2009/08/utang-jangka-pendek-dan-jangka-panjang.html>



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Data umum yang perlu dicatat setiap kali melakukan wawancara:

Nama pewawancara :

Tanggal/tempat wawancara:

Nama lengkap informan :

Jenis kelamin informan :

Jabatan informan :

Pendidikan informan :

Umur (tgl lahir informan):

Lama bekerja informan :

No. Telp informan :

Tahap pembukaan wawancara:

- 1) Sampaikan terimakasih kepada informan atas kesediaan meluangkan waktu untuk di wawancarai
- 2) Perkenalkan diri dan jelaskan topik dan tujuan wawancara dilakukan
- 3) Sampaikan bahwa informan bebas menyampaikan pendapat, harapan, serta saran-saran yang terkait dengan topik
- 4) Catat seluruh pembicaraan yang ada
- 5) Apabila informan memiliki waktu yang terbatas, mintalah waktu lain untuk melanjutkan wawancara sesuai kesediaan informan.

Tahap pelaksanaan wawancara:

Wawancara dilakukan oleh peneliti sendiri, dimana ketika wawancara dimulai dengan tujuan khusus yang akan dicapai dari penelitian yang berjudul
 “Analisis Likuiditas Keuangan RSUP Fatmawati Sebelum Dan Sesudah Peningkatan Kapasitas Tempat Tidur 2011”

Ceritakan alasan penelitian tersebut dilakukan beserta konsep-konsepnya.

PANDUAN PERTANYAAN YANG DIAJUKAN

Bagian IPP

- 1) Berapa lama proses pembuatan billing rumah sakit setelah diberitahu bahwa pasien boleh pulang
- 2) Berapa lama proses pembayaran setelah dikeluarkan kuitansi pelayanan (Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, Jampersal)
- 3) Faktor apa yang menyebabkan terjadi keterlambatan pembayaran tagihan oleh pihak ke tiga ?
- 4) Faktor apa yang menyebabkan piutang tak terbayar ?
- 5) Bagaimana cara mengurangi piutang tak tertagih?
- 6) Apakah SPO ada? Dilaksanakan?
- 7) Bagaimana cara manajemen melakukan pengawasan?
- 8) Bagaimana jika tidak dilaksanakan? bagaimana sistem pemberian sanksi ?
- 9) Sehubungan dengan SDM yang “ada” apakah mencukupi ?
- 10) Apakah perjanjian kerja sama dengan pengelola Jamkesmas/ Jamkesda/ Jampersal/ SKTM sudah jelas tentang tata cara penagihan pasien jaminan tersebut ?
- 11) Adakah sarana/fasilitas yang kurang sehingga mempengaruhi proses penagihan?

Bagian Keuangan (Kabag Penerimaan Dan Mobilisasi Dana/ Ka Sub Bag Penerimaan dan Mobilisasi Dana / Ka Sub Bag Perbendaharaan)

- 1) Berapa lama utang rumah sakit bisa dibayarkan sejak datangnya tagihan ?
- 2) Bila hal ini lebih lama, berapa selisih waktu dari protap yang pembayaran utang?
- 3) Bila utang terlambat dibayarkan apakah ada yang disebabkan kesalahan prosedur ?
- 4) Apakah dengan kenaikan kapasitas tempat tidur Public Wing berpengaruh terhadap pembayaran kewajiban (Penyediaan Obat Vital dan Belanja Pegawai) Rumah Sakit?
- 5) Menurut saudara/saudari bagaimana bila nanti BPJS diterapkan secara nasional, apakah Rumah Sakit masih bisa beroperasi ?
- 6) Bila jawaban tidak :Apa saran untuk jalan keluar atas masalah ini ?

Bagian Farmasi

- 1) Apakah obat-obat VEN selalu tersedia ?
- 2) Apakah ketersediaan bahan farmasi VEN sesuai dengan perencanaan ?
- 3) Apakah prosedur pengadaan VEN bisa berjalan setelah kapasitas public wing bertambah ? bila tidak tersedia bagaimana cara mengatasinya\
- 4) Apakah kebutuhan bahan farmasi VEN bertambah seiring dengan penambahan kapasitas tempat tidur public wing ?