

Analisis Piutang Rawat Inap pada Kasus JKN dengan Pendekatan Rasio Aktivitas di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

Indrawati Indah, Tri Ani Marwati

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan, Yogyakarta, Indonesia
Correspondent Author: First Author (email: indrawatiindah10@gmail.com)

ABSTRACT

Rasio Aktivitas merupakan tipe analisis untuk menganalisis perputaran piutang dan periode pengumpulan piutang. Tujuan penelitian untuk mengetahui piutang rawat inap pada kasus JKN dalam upaya manajemen untuk mengatasi klaim yang belum terbayar 22% dan piutang yang tertolak. Metode penelitian ini ialah menggunakan pendekatan kualitatif dengan rancangan studi kasus dengan 3 subjek penelitian. Analisis data menggunakan perhitungan perputaran piutang, pengumpulan piutang. Hasil perhitungan perputaran piutang didapatkan sebesar 0,78 kali dan hasil perhitungan pengumpulan piutang didapatkan sebesar 275 hari dalam satu tahun. Hasil ini dikatakan tidak efisien. Hal ini disebabkan karena adanya berkas klaim yang dikembalikan dan adanya piutang pasien. Berdasarkan perhitungan rasio aktivitas, total perputaran piutang di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten terlalu lama. Hal ini disebabkan karena pengembalian berkas klaim dan piutang pasien, serta terdapat piutang yang tertolak.

This is an open access article under the [CC-BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.



Keywords

*Perputaran piutang,
Pengumpulan piutang,
Piutang tertolak*

Pendahuluan

Pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional (JKN) merupakan program pelayanan kesehatan terbaru yang sistemnya menggunakan sistem asuransi. Artinya, seluruh warga Indonesia nantinya wajib membayar iuran untuk jaminan kesehatan di masa depan. Sementara untuk rakyat miskin atau PBI ditanggung pemerintah (Sabrina, 2015).

RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten total kunjungan pasien rawat inap yang dilayani di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten menunjukkan adanya peningkatan yang cukup signifikan. Pasien yang dilayani lebih banyak pasien JKN sebesar 95% dan sisanya merupakan pasien yang ditanggung oleh asuransi lainnya.

Menurut Martani, dkk (2012), entitas melakukan analisis piutang yang dimiliki perusahaan dengan menekankan pada risiko tidak tertagihnya piutang. Dalam melakukan analisis, pertama harus dicermati kebijakan akuntansi yang dilakukan dalam mengukur serta menilai piutang dan cadangan penurunan nilai.

Analisis rasio adalah cara menganalisis dengan menggunakan perhitungan-perhitungan perbandingan atas data kuantitatif yang ditunjukkan dalam neraca atau laporan laba rugi perusahaan (Kuswadi, 2009).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, terdapat data piutang BPJS Kesehatan pada rawat inap tahun 2019 dengan total jumlah klaim/tagihan sebesar Rp.140.609.762.346 yang terbayarkan hanya 78% (Rp.109.677.189.885 yang dibayar) dan yang belum tertagih sebesar 22% (Rp.30.250.502.265) dan piutang yang tertolak sebesar Rp.682.070.226. Pada tahun 2019 rumah sakit mengalami penurunan dalam pengumpulan piutangnya.

Penurunan dalam pengumpulan piutang disebabkan karena kuarangnya kelengkapan pada berkas klaim pasien seperti pengisian pada rekapitulasi pelayanan (laporan individual pasien), berkas pendukung pasien yang diisi oleh perawat atau dokter. Sehingga membuat berkas klaim rumah sakit dikembalikan oleh BPJS Kesehatan untuk direvisi.

Memilih ruang rawat inap karena terkait skala piutang pada rawat inap lebih besar dibandingkan dengan rawat jalan. Berdasarkan berita acara hasil verifikasi klaim pada Oktober 2019 bahwa kasus pada rawat jalan sebanyak 11.308 pasien dengan jumlah biaya/piutang Rp. 6.003.523.000, sedangkan kasus pada rawat inap sebanyak 1.151 pasien dengan jumlah biaya/piutang Rp. 10.990.600.223. Pelayanan rawat inap juga sering terjadi kasus readmission pada pasien. Readmission pada pasien meningkatkan anggaran pembiayaan kesehatan yang dibebankan kepada badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) kesehatan. Sehingga pihak dari BPJS terkadang menolak pengeklaman pada readmission (rawat ulang) yang diajukan dari RSUP dr. Soeradi Tirtonegoro Klaten. Sehingga rumah sakit tetap mengalami kerugian karena pihak rumah sakit sudah melakukan pelayanan kepada pasien.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode pendekatan deskriptif kualitatif dengan rancangan studi kasus. Informan dalam penelitian ini ditentukan dengan purposive sampling yaitu pengambilan sampel dengan pertimbangan tertentu. Instrumen penelitian ini menggunakan pedoman wawancara yang dibuat berdasarkan kebutuhan penelitian serta alat yang digunakan perekam suara, handphone, dan alat tulis. Analisis data, data yang diperoleh dalam penelitian ini didapatkan dari hasil wawancara dan telaah dokumen yang dilakukan peneliti. Data yang didapat dianalisis dengan menggunakan rasio aktivitas dengan perhitungan perputaran piutang dan pengumpulan piutang.

Hasil dan Pembahasan

A. Hasil

1. Rasio Perputaran Piutang

Rasio perputaran piutang merupakan rasio untuk mengukur berapa kali jumlah piutang itu terjadi dan diterima pembayarannya dalam suatu periode tertentu. Rasio perputaran piutang adalah besarnya rasio total pendapatan terhadap rasio rata-rata piutang selama periode tertentu, adapun rumus menurut Armen dan Azwar (2013) ialah sebagai berikut:

$$\text{Rasio Perputaran Piutang} = \frac{\text{Penjualan}}{\text{Tagihan}}$$

Diketahui :

Penjualan = Rp. 109.677.189.885

Tagihan = Rp. 140.609.762.346

$$\text{Rasio Perputaran Piutang} = \frac{109.677.189.885}{140.609.762.346}$$

= 0,78 kali

Melihat hasil yang ada, didapatkan hasil perputaran piutang sebesar 0,78 kali yang artinya nilai perputaran piutangnya belum mencapai standar. Hal ini sejalan dengan penelitian Wahyuni (2018) yang menyatakan bahwa jika perputaran yang baik minimal 12 kali dalam setahun.

2. Rasio Pengumpulan Piutang

Rasio ini untuk mengetahui rata-rata hari yang diperlukan dalam mengumpulkan piutang dan mengubahnya menjadi kas. Adapun rumus menurut Armen dan Azwar (2013) ialah sebagai berikut:

$$\text{Rasio Perputaran Piutang} = \frac{\text{Tagihan}}{\text{Penjualan (per hari)}}$$

Dengan mengetahui jumlah total keseluruhan biaya rawat inap, maka dapat dihitung biaya rata - rata yang diperlukan untuk operasional sebuah jenis kamar perhari per orang. Adapun rumus menurut Mulyadi (2014) sebagai berikut:

$$\begin{aligned} \text{Harga pokok kamar per hari per orang} &= \frac{\text{Harga pokok rawat inap selama setahun}}{\text{Jumlah hari rawat inap selama setahun}} \\ &= \frac{\text{Rp. 147.987.186.587,28}}{104.174} \\ &= \text{Rp. 1.420.576,98} \\ &= \text{Rp. 1.420.577} \end{aligned}$$

Diketahui

Tagihan = Rp. 140.609.762.346

Penjualan = Rp. 1.420.577

$$\begin{aligned} \text{Rasio Pengumpulan Piutang} &= \frac{\text{Tagihan}}{\text{Penjualan (per hari)}} \\ &= \frac{\text{Rp. 140.609.762.346}}{1.420.577} \\ &= \frac{98.980}{360} \\ &= 274,9 \text{ hari} \end{aligned}$$

Melihat hasil yang ada, didapatkan hasil rasio pengumpulan piutang sebesar 274,9 hari atau 275 hari yang artinya dalam melakukan penagihan piutang kurang baik. Berdasarkan penelitian Sidabutar (2019) bahwa periode pengumpulan piutang yang baik yaitu 30 hari.

3. Piutang yang belum tertagih dan tagihan yang tertolak

Piutang BPJS Kesehatan merupakan salah satu unsur dari aktiva lancar yang mudah dicairkan. Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan dengan yang lebih mengetahui dibidang piutang di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten bahwa program BPJS Kesehatan telah diterapkan sejak lama yaitu tahun 2014.

“Untuk jumlah klaim tagihan sebesar Rp.140.609.762.346 dan ini jumlah yang terbayar tidak segitu nantinya karena pasti ada jumlah yang belum tertagih dan adanya piutang yang tertolak (informan A)”

Namun dengan informasi yang didapat dari dokumen data piutang RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten bahwa total piutang pada tahun 2019 terdapat jumlah tagihan

klaim sebesar Rp.140.609.762.346, jumlah yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan sebesar Rp.109.677.189.855 dan jumlah yang belum yang belum tertagih sebesar Rp.30.250.502.265 dan jumlah piutang yang tertolak sebesar Rp.682.070.226.

Tabel 1. Tabel Data Piutang Keseluruhan

Jumlah klaim tagihan	Jumlah yang terbayar	Jumlah yang belum tertagih	Jumlah piutang yang tertolak
Rp 140.609.762.346	Rp 109.677.189.885	Rp 30.250.502.265	Rp 682.070.226

Sumber: Data Piutang RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2019

“Emm.. klaim yang belum terbayar itu karena adanya berkas klaim yang dikembalikan sih mba pada saat proses pengajuan klaim. Program BPJS sifatnya gini dari rumah sakit kirim berkas klaim ke BPJS nanti di verifikasi (ada proses) konfirmasi nanti ada revisi (informan A)”.

Seperti hasil wawancara yang didapat dari informan A, bahwa program BPJS Kesehatan yang berjalan dirumah sakit dimulai dari tahap verifikasi dimana rumah sakit mengirimkan berkas klaim ke BPJS Kesehatan kemudian pihak BPJS Kesehatan mengecek berkas kelengkapannya jika berkas sudah lengkap kemudian melakukan konfirmasi untuk memperoleh bukti atas klaim-klaim yang telah dilakukan. Dalam proses konfirmasi jika ditemui berkas yang tidak sesuai maka BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas klaim ke rumah sakit untuk di revisi ulang. Setelah proses revisi keluar yang dilakukan oleh rumah sakit kemudian rumah sakit mengirimkan kembali berkas klaimnya ke BPJS Kesehatan. Ketika secara administrasi sudah lengkap ada SEP, ada komponen verifikasi, ada resume medik, semua secara administrasi sudah lengkap maka proses verifikasi selesai. Setelah verifikasi selesai baru keluar berita acara hasil verifikasi klaim. Inilah yang disebut dengan pengajuan.

“Jangka waktu untuk verifikasi udah sesuai yaitu dalam jangka waktu 15-30 hari. Untuk yang berkas sullivan biasanya ahak lama tapi tidak sampai melebihi jangka waktu yang sudah ditentukan, kalo yang berkas reguler cenderung lebih mendekati tenggalnya (informan A)”.

Jarak untuk melakukan verifikasi sudah sesuai dengan kebijakan yang ada di peraturan BPJS Kesehatan yaitu 15-30 hari. Untuk berkas klaim sullivan saat rumah sakit sudah kirim berkas klaim ke BPJS Kesehatan (10 hari) kemudian terbit bukti keputusan klaim. Jadi, kargonya mulai berjalan sejak ketika turun bukti keputusan klaim setelah sehari kemudian baru terbit hasil verifikasi. Berkas klaim reguler, saat rumah sakit sudah mengirimkan berkas klaim BPJS Kesehatan biasanya 2-3 hari bukti keputusan klaimnya sudah terbit dan sehari kemudian baru terbit hasil verifikasinya.

“Sistem informasi yang dipake masih manual, masih ngetik, jadi kadang kita salah masukan datanya (informan A)”.

“Kalo verifikasi sebenarnya yang bikin lama itu di proses profikasi data, karena dia mencocokkan terkait ID pasien.. kalo ada beberapa digit yang tidak cocok berkas dikembalikan lagi kerumah sakit (informan B)”

Masalah teknis penyebab ketidaksesuaian data-data pasien pada proses input data diakibatkan karena sistem informasi yang dipake di rumah sakit masih manual

dimana pada saat pasien mendaftar di pendaftaran untuk membuat SEPnya tidak langsung terhubung ke bagian pengeklaiman sehingga pada saat rumah sakit mengeluarkan tagihan untuk pasien, pihak verifikator internal rumah sakit harus mengetik kembali nomer SEPnya untuk mengetahui klaim tagihan.

Parameter untuk purifikasi yaitu nomer SEP, nomer kartu peserta, tanggal terbit SEPnya, nama pasien, dan tanggal lahir. Jadi, berkas yang dikembalikan karena adanya data yang tidak cocok sehingga berkas klaim dikembalikan untuk direvisi setelah direvisi kemudian dikirimkan lagi ke BPJS Kesehatan menunggu *feedback* dari BPJS Kesehatan, kalo belum ada kabar sehari atau dua hari ditanyakan lagi terkait purifikasinya nanti sana *feedback* lagi sehingga hampir tiap hari ada data bolak-balik masuk.

Penyebab pengembalian berkas klaim ini karena kurangnya kelengkapan pengisian pada berkas-berkas klaim seperti pada saat pengisian rekapitulasi pelayanan (laporan individual pasien) oleh petugas dimana rekapitulasi pelayanan tersebut berisi data-data yang berhubungan dengan pasien yang diperlukan dalam software INA CBG's yaitu: nama pasien, nomer identitas, diagnosa penyakit, tanggal masuk dan tanggal keluar perawatan, jumlah hari rawat, besarnya tarif paket, dan jumlah tagihan paket. Kendala dalam pelaksanaan prosedur klaim pada rekapitulasi pelayanan karena masih banyak perawat dan juga dokter penanggungjawab pasien yang masih sering salah dalam mengisi tanggal masuk dan keluar perawatan.

Selain rekapitulasi pelayan, berkas pendukung pasien seperti surat eligibilitas peserta (SEP), surat perintah rawat inap, resum medis yang ditanda tangani oleh dokter penanggungjawab pasien, bukti pelayanan lainnya seperti laporan operasi. Kendala dalam pencatatan dan kelengkapan dokumen klaim pada point pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya ini karena masih banyak juga dokter dan juga perawat tidak melengkapi resume medis sehingga banyak resume medis yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan sehingga pihak verifikator internal rumah sakit mengkonfirmasi kembali kepada perawat dan juga dokter yang menangani pasien tersebut.

"Untuk mempercepat pembayaran klaim tagihan, rumah sakit berusaha untuk mengurangi berkas klaim yang dikembalikan dengan meningkatkan koordinasi petugas klaim (informan A)".

Langkah untuk mengurangi klaim dikembalikan; meningkatkan koordinasi dengan koder diagnosa dan atau tagihan, serta penggunaan koding kombinasi; meningkatkan koordinasi dengan verifikator internal untuk mengurangi klaim yang dikembalikan karena pencantuman diagnosa dan atau tindakan yang tidak sesuai dengan manual verifikasi klaim atau berita acara penyelesaian klaim; meningkatkan koordinasi dengan verifikator BPJS Kesehatan untuk mengurangi reoetisi jenis kasus- kasus yang sering dikembalikan ke rumah sakit untuk konfirmasi atau verifikasi ulang.

"dan.. selain berkas klaim yang dikembalikan adanya piutang pasien pada rumah sakiy (informan A)".

Jumlah klaim yang belum terbayar selain berkas klaim yang dikembalikan disebabkan juga karena adanya piutang pasien pada rumah sakit. Piutang ini disebabkan karena pasien pada saat melakukan perawatan di rumah sakit memilih untuk naik kelas sehingga tidak sesuai dengan kelas yang dipilih di kartu BPJS,

sehingga pasien tidak bisa membayarnya dan kemudian pihak rumah sakit memberikan waktu kepada pasien melunasi pembayarannya.

“Dengan melimpahkan ke KPKNL (Kantor Pelayanan Kekayaan Negara dan Lelang) untuk selanjutnya penagihan dilakukan oleh KPKNL (informan C)”

Tindakan selanjutnya untuk pasien yang belum juga untuk melunasinya maka rumah sakit bersurat ke Kantor Pelayanan Kekayaan Negara dan Lelang, dimana isi suratnya berisi surat pelimpahan, resuem pasien, berita acara serah terima piutang, kwitansi nota-nota tindakan. Setelah bersurat ke Kantor Pelayanan Kekayaan Negara dan Lelang, dari Kantor Pelayanan Kekayaan Negara dan Lelang bersurat ke pasien yang bersangkutan untuk dilakukan penagihan sebanyak 3 kali dan dalam waktu 3 kali panggilan tidak memenuhi panggilan untuk datang, maka dari Kantor Pelayanan Kekayaan Negara dan Lelang mendatangi rumah pasien yang bersangkutan, jika pasien yang bersangkutan mampu tapi tetap tidak melakukan pelunasan piutangnya maka pihak Kantor Pelayanan Kekayaan Negara dan Lelang berhak untuk melakukan penyitaan aset yang bersangkutan.

“iya, pasti ada yang namanya selisih itu pasti ada karena model pembayaran BPJS Kesehatan itu kan kode-kode klinis, jadi antara koding yang kita ajukan dengan yang disetujui BPJS Kesehatan itu kadang berbeda dan cenderung tidak layak (informan A)”. “Ee.. untuk piutang yang tertolak itu juga karena adanya kasus readmi/readmission (informan A)”

Tahap verifikasi karena model pembayaran paket, menggunakan kode-kode klinis sehingga terjadi perbedaan antara koding yang diajukan dengan yang disetujui BPJS Kesehatan sehingga menyebabkan adanya selisih. Selisih terjadi karena pada saat melakukan pengajuan klaim banyak berkas-berkas yang harus direvisi pada saat proses verifikasi. Berkas yang direvisi mengalami perubahan koding sehingga menyebabkan klaim sebelumnya menjadi berubah. Selisih disini cenderung tidak layak klaimnya untuk dibayar oleh BPJS Kesehatan (piutang ditolak), hal ini terjadi karena adanya perbedaan persepsi petugas terkait dalam pemberian pengkodean diagnosis dan tindakan pada dokumen rekam medis yang apabila terdapat kesalahan dalam melakukan pengkodean maka akan mempengaruhi kode DRG (*Diagnosis Related Groups*) dan akan mempengaruhi pada biaya pengajuan klaim. Selain kesalahan dari petugas pengkodingannya, juga adanya kasus readmission.

Readmisi atau rawat ulang pasien terjadi karena adanya kekambuhan pasien setelah di rawat dalam kurun waktu kurang dari 30 hari, yang artinya jika rumah sakit mengajukan klaim dengan keluhan yang sama kepada pasien dalam waktu kurang dari 30 hari, maka klaim tagihan tersebut akan ditolak oleh BPJS Kesehatan. Faktor readmisi/rawat ulang di rumah sakit ini disebabkan selain dari proses penyakitnya juga karena kurang tepatnya dalam melakukan perencanaan pulang (*discharge planning*).

Piutang yang tertolak menyebabkan kerugian bagi rumah sakit, ditambah lagi dengan rumah sakit ini milik pemerintah yang mana banyak menerima pasien jaminan kesehatan sehingga mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian pembiayaan pelayanan dengan jumlah klaim yang dibayarkan.

“Ee.. untuk piutang yang tertolak ya sudah tidak bisa di apa-apa kan, rumah sakit juga ga bisa menuntut untuk dibayar karena itu kan ya juga kesalahan dari pihak rumah sakit pada saat melakukan pengeklaiman. Rumah sakit hanya bisa

melakukan antisipasi untuk kedepannya agar tidak banyak piutang tertolak (informan A)".

Piutang yang tertolak dikarenakan adanya klaim yang tidak layak, pihak rumah sakit hanya bisa melakukan langkah antisipasi untuk mengurangi klaim yang tidak layak seperti; meningkatkan koordinasi dengan bidang pelayanan dan penunjang medik untuk mengeliminasi kasus klaim tidak layak dikarenakan jenis pelayanan yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan; meningkatkan skrining kelengkapan berkas penjaminan untuk mengurangi jumlah klaim tidak layak yang berasal dari proses penjaminan; meningkatkan koordinasi dengan bagian administrasi agar menerbitkan ESP sesuai dengan kaidah/aturan penjaminan yang berlaku.

"Dengan melakukan efisiensi biaya, seperti mengurangi perjalanan dinas dan kegiatan pelatihan internal atau eksternal, mengurangi biaya untuk pemakaian sumber daya (listrik, air, internet, dll) dengan menerapkan efisiensi penggunaannya (informan C)".

Berdasarkan tingkat perputaran piutang yang terlalu lama dan adanya piutang yang tertolak menyebabkan sedikit terganggunya biaya operasional pada rawat inap sehingga pihak rumah sakit melakukan segala efisiensi biaya seperti mengurangi perjalanan dinas, kegiatan pelatihan internal atau eksternal, serta mengurangi biaya untuk pemakaian sumber daya listrik, air, internet, dan lain-lain dengan menerapkan efisiensi penggunaannya. Manajemen dalam pengelolaan piutang sangat penting karena bagaimanapun keadaannya, operasional pada rawat inap harus tetap berjalan dan tetap memberikan pelayanan kesehatan yang baik kepada pasien.

"Emm.. dana rumah sakit selain dari BPJS itu ada pendapatan pasien umum, pendapatan hasil kerjasama/badan usaha, jasa perbankan (ppo, bunga deposito), pendapatan sewa ruang, pendapatan pelayanan dari satu kementerian, penerima kembali belanja mpdal tahun lalu.. belanja anggaran ada dirumah sakit ini, yaitu belanja rupiah murni dan belanja BLU (informan C)".

Pendapatan dari pasien umum itu dimana pasien membayar langsung secara mandiri. Pendapatan hasil kerjasama/badan usaha itu pendapatan dari bagi hasil rumah sakit karena melakukan kerjasama dengan pihak ke-3. Pendapatan sewa ruang seperti misalnya penyewaan tempat kantin dimana pihak pengelola kantinya nanti akan membayar sewa ke rumah sakit. Jasa perbankan itu sendiri memanfaatkan kas yang ada di bendahara untuk dikelola supaya mendapatkan pendapatan dari bunga deposito begitu juga PPO. Pendapatan pelayanan dari satu kementerian, penerimaan kembali belanja barang tahun lalu dan yang terakhir pendapatan dari penerimaan kembali belanja modal tahun lalu.

Rumah sakit ini ada 2 anggaran biaya belanja yaitu belanja rupiah murni dan belanja BLU. Belanja rupiah murni ini terjadi dari belanja pegawai, belanja barang, belanja modal. Sedangkan untuk yang BLU itu dana yang diterima rumah sakit itu dari belanja barang dan belanja modal.

B. Pembahasan

Berdasarkan data piutang pada 2019 yang diukur menggunakan rasio perputaran piutang didapatkan hasil yaitu 0,78 kali atau 78 kali yang artinya belum mencapai standar, hal ini sejalan dengan penelitian Wahyuni¹ yang menyatakan jika perputaran piutang yang baik minimal 12 kali dalam setahun. Sedangkan untuk rasio pengumpulan piutangnya sebanyak 275 hari yang artinya dalam melakukan penagihan piutangnya kurang baik. Berdasarkan penelitian terdahulu Sidabutar² bahwa periode

pengumpulan piutang yang baik 30 hari. Menunjukkan bahwa pengelolaan piutang pada tahun ini kurang efektif.

Berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan (SAK) untuk menentukan besarnya penyisihan pada akhir tahun pengelempokan piutang menurutnya umurnya harus dibuat dulu terlebih dahulu sebagai dasar perhitungan. Besarnya penyisihan sebagai berikut:

Diatas 3 bulan s/d 6 bulan : 30%

Diatas 6 bulan s/d 12 bulan : 50%

Diatas 1 tahun s/d 2 tahun : 75%, diajukan ke badan pengawa untuk dihapus.

Diatas 2 tahun : 100%, dikeluarkan dari pembukuan.

Pengelolaan piutang yang ada di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dalam melakukan pengumpulan piutangnya selama 275 hari dimana diatas 6 bulan namun masih dibawah 12 bulan yang artinya piutangnya tidak lancar atau kurang efektif.

Kurang efektifnya perputaran piutang di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten disebabkan karena banyaknya berkas-berkas klaim yang dikembalikan ke rumah sakit untuk direvisi. Banyaknya berkas klaim yang direvisi oleh pihak rumah sakit mengakibatkan keterlambatan dalam proses pemberkasan klaim sehingga memperlambat juga dalam pencairan pembayaran klaimnya.

Menurut peraturan presiden nomor 12 tahun 2013³ tentang Jaminan Kesehatan yang menyatakan bahwa pembayaran kepada fasilitas rujukan tingkat lanjutan berdasarkan cara Indonesia Case Based Groups (INA-CBG's). program BPJS Kesehatan yang berjalan di rumah sakit di mulai dari tahap melakukan alur verifikasi dimana rumah sakit mengirimkan berkas klaim ke BPJS Kesehatan, kemudian BPJS melakukan verifikator untuk mengecek kelengkapan pengisian berkas-berkas, jika berkas sudah lengkap kemudian melakukan konfirmasi untuk memperoleh bukti klaim-klaim yang telah dilakukan.

Jarak untuk melakukan verifikasi sudah sesuai dengan kebijakan yang ada di peraturan BPJS Kesehatan yaitu 15-30 hari. Untuk berkas klaim susulan saat rumah sakit sudah kirim berkas klaim ke BPJS Kesehatan (10 hari) kemudian terbit bukti keputusan klaim. Jadi, kargonya mulai berjalan sejak ketika turun bukti keputusan klaim setelah sehari kenudia baru dibuat terbit hasil verifikasi. Berkas klaim reguler, saat rumah sakit sudah mengirimkan berkas klaim ke BPJS Kesehatan biasanya 2-3 hari bukti keputusan klaimnya sudah terbit dan sehari kemudian baru terbit hasil verifikasinya.

Masalah teknis penyebab ketidaksesuaian data-data pasien pada proses input data diakibatkan karena sistem informasi yang dipake di rumah sakit masih manual dimana pada saat pasien mendaftar di pendaftaran untuk membuat SEPnya tidak langsung terhubung ke bagian pengklaiman sehingga pada saat rumah sakit mengeluarkan tagihan untu pasien, pihak verifikator internal rumah sakit harus mengetik kembali nomor SEPnya untuk mengetahui jumlah klaaim tagihan.

Parameter untuk purifikasi yaitu nomor SEP, nomor kartu peserta, tanggal terbit SEPnya, nama pasien, dan tanggal lahir. Jadi, berkas yang dikembalikan karena adanya data yang tidak cocok sehingga berkas klaim dikembalikan untuk direvisi setelah direvisi kemudian dikirimkan lagi ke BPJS Kesehatan menunggu feedback dari BPJS

Kesehatan, kalo belum ada kabar sehari atau dua hari ditanyakan lagi terkait purifikasinya nanti sana feedback lagi sehingga hampir tiap hari ada data bolak-balik masuk. Dalam penelitian Lewiani (2017) didapatkan hasil jika terjadi ketidaksesuaian data maka akan dikembalikan ke pihak rumah sakit untuk dilengkapi.

Penyebab pengembalian berkas klaim ini karena kurangnya kelengkapan pengisian pada berkas-berkas klaim pasien seperti pada saat pengisian rekapitulasi pelayanan (laporan individual pasien) oleh petugas dimana rekapitulasi pelayanan tersebut berisi data- data yang berhubungan dengan pasien yang mana diperlukan dalam software INA CBG's yaitu: nama pasien, nomer identitas. Diagnosa penyakit, tanggal masuk dan keluar perawatan, jumlah hari rawat, besarnya tarif paket, dan jumlah tagihan paket. Kendala dalam pelaksanaan prosedur klaim pada rekapitulasi pelayanan karena masih banyak perawat dan juga dokter penanggungjawab pasien yang masih sering salah dalam mengisi tanggal masuk dan keluar perawatan.

Selain rekapitulasi pelayanan, berkas pendukung pasien seperti surat eligibilitas (SEP), surat perintah rawat inap, resume medis yang ditanda tangani oleh dokter penanggungjawab, bukti pelayanan lainnya seperti laporan operasi. Kendala dalam pencatatan dan kelengkapan dokumen klaim pada point pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya ini karena masih banyak juga dokter dan perawat yang tidak melengkapi resume medis sehingga banyak resume medis yang dikembalikan oleh BPJS sehingga pihak verifikator internal rumah sakit mengkonfirmasi kembali kepada perawat dan juga dokter yang menangani pasien tersebut. Hal ini sejalan dengan penelitian Kresnowati⁴ menunjukkan hasil bahwa berkas klaim yang tidak disetujui oleh verifikator disebabkan karena belum disertai dengan diagnosis dokter, hasil pemeriksaan penunjang diagnosis.

Langkah untuk mengurangi klaim dikembalikan dengan cara meningkatkan koordinasi dengan koder untuk mengurangi klaim yang dikembalikan karena ketidaktepatan koding diagnosa dan atau tindakan, serta penggunaan koding kombinasi; meningkatkan koordinasi dengan verifikator internal untuk mengurangi klaim yang dikembalikan karena pencantuman diagnosa dan atau tindakan yang tidak sesuai dengan manual verifikasi klaim atau berita acara penyelesaian klaim; meningkatkan koordinasi dengan verifikator BPJS Kesehatan untuk mengurangi repetisi jenis kasus-kasus yang sering dikembalikan ke rumah sakit untuk konfirmasi atau serifikasi ulang.

Jumlah klaim yang belum terbayar selain berkas klaim dikembalikan, disebabkan juga karena adanya piutang pasien pada rumah sakit. Piutang ini disebabkan karena pasien pada saat melakukan perawatan dirumah sakit memilih untuk naik kelas sehingga tidak sesuai dengan kelas yang dipilinya di kartu BPJS Kesehatan sehingga pasien tidak mampu untuk membayar sehingga rumah sakit memberikan piutang kepada pasien dengan memberika waktu kepada pasien untuk melunasi pembayarannya. Jika pasien tidak segera untuk melunasi maka pihak rumah sakit akan melimpahkannya ke Kantor Pelayanan Kekayaan Negara dan Lelang. Mengingat bahwa didalam undang-undang nomor 44 tahun 2009⁵ bab VIII pasal 30 point (b) dan point (e) tentang hak rumah sakit bahwa rumah sakit berhak menerima imbalan atas jasa pelayanan dan menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian.

Tindakan selanjutnya untuk pasien yang belum juga untuk melunasinya maka rumah sakit bersurat ke Kantor Pelayanan Kekayaan Negara dan Lelang, dimana isi suratnya tentang berisi surat pelimpahan, resume pasien, berita acara serah terima piutang, kwitansi nota-nota tindakan. Setelah bersurat ke Kantor Pelayanan Kekayaan

Negara dan Lelang, dari Kantor Pelayanan Kekayaan Negara dan Lelang bersurat ke pasien yang bersangkutan untuk dilakukan pemanggilan sebanyak 3 kali dan dalam waktu 3 kali panggilan tidak memenuhi panggilan dari dari Kantor Pelayanan Kekayaan Negara dan Lelang, pihak dari Kantor Pelayanan Kekayaan Negara dan Lelang mendatangi rumah pasien yang bersangkutan jika pasien yang bersangkutan dinilai mampu tapi tetap tidak melakukan pelunasan piutangnya maka pihak dari Kantor Pelayanan Kekayaan Negara dan Lelang berhak untuk melakukan penyitaan aset yang bersangkutan.

Piutang tertolak terjadi karena adanya selisih pada saat melakukan pengajuan berkas klaim dimana pada saat berkas klaim yang direvisi ada berkas klaim yang mengalami perubahan koding sehingga menyebabkan klaim yang sebelumnya menjadi berubah. Tahap verifikasi karena model pembayarannya paket, menggunakan kode-kode klinis sehingga sering terjadi perbedaan antara koding yang diajukan dengan yang disetujui BPJS Kesehatan sehingga menyebabkan adanya selisih.

Selisih disini cenderung tidak layak klaimnya untuk dibayar oleh BPJS Kesehatan (piutang tertolak), hal ini terjadi karena adanya perbedaan persepsi petugas terkait dalam pemberian pengkodean diagnosa dan tindakan pada dokumen rekam medis yang apabila terdapat kesalahan dalam melakukan pengkodean maka akan mempengaruhi kode DRG (Diagnosis Related Groups) dan akan mempengaruhi pada biaya pengajuan klaim. Hal ini juga didukung dengan penelitian Rosania⁶ dengan hasil penelitian penyebab tidak lolos verifikasi terutama karena ketidaktepatan dari petugas penberkas dan adanya perbedaan persepsi tentang kode diagnosis antara rumah sakit Herimina Ciputat dengan BPJS Kesehatan.

Kesalahan yang membuat piutang tertolak juga adanya kasus readmisi atau readmisiion. Readmisi atau rawat ulang pasien terjadi karena adanya kekambuhan pasien setelah di rawat dalam kurun waktu kurang dari 30 hari, artinya jika rumah sakit mengajukan klaim dengan keluhan yang sama pada pasien dalam waktu kurang dari 30 hari maka klaim tagihan yang diajukan oleh rumah sakit akan ditolak oleh BPJS Kesehatan. Faktor rawat ulang di rumah sakit ini disebabkan selain dari proses penyakitnya juga karena kurang tepatnya petugas dalam melakukan perencanaan pulang (*discharge planning*) pada pasien.

Piutang yang tertolak menyebabkan kerugian bagi rumah sakit, ditambah lagi dengan rumah sakit RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten ini milik pemerintah yang mana banyak menerima pasien jaminan kesehatan sehingga mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian pembiayaan pelayanan dengan jumlah klaim yang dibayarkan.

Piutang yang tertolak dikarenakan adanya klaim yang tidak layak, pihak rumah sakit hanya bisa melakukan langkah antisipasi untuk mengurangi klaim yang tidak layak seperti; meningkatkan koordinasi dengan bidang pelayanan dan penunjang medik untuk mengeliminasi kasus klaim tidak layak dikarenakan jenis pelayanan yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan; meningkatkan skrining kelengkapan berkas penjaminan untuk mengurangi jumlah klaim tidak layak yang berasal dari proses penjaminan; meningkatkan koordinasi dengan bagian administrasi agar menerbitkan SEP sesuai dengan kaidah/aturan penjaminan yang berlaku.

Berdasarkan tingkat perputaran piutang yang terlalu lama dan adanya piutang yang tertolak menyebabkan terganggunya biaya operasional pada rawat inap sehingga pihak rumah sakit melakukan segala efisiensi biaya. Manajemen dalam pengelolaan piutang sangat penting karena bagaimanapun keadaannya operasional harus tetap

berjalan dan tetap memberikan pelayanan kesehatan yang baik kepada pasien. Dilihat dari segi manajemen piutang BPJS Kesehatan di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten bahwa salah satu ruang lingkup dalam manajemen piutang yaitu menganalisis pemohon kredit.

Menganalisis pemohon kredit, dimana selama rumah sakit menunggu hingga klaimnya dibayarkan oleh BPJS Kesehatan, pihak rumah sakit melakukan kebijakan untuk mengantisipasi kondisi dengan melakukan segala efisiensi biaya seperti mengurangi perjalanan dinas, kegiatan pelatihan internal atau eksternal, serta mengurangi biaya untuk pemakaian sumber daya seperti air, listrik, internet, dan lain-lain.

Strategi lain yang dapat dilakukan oleh pihak rumah sakit dengan melakukan Supply Chain Financing (SCF), dimana rumah sakit dalam melakukan pembiayaan dapat memanfaatkan jasa perbankan berupa ppo dan bunga deposito, hal ini sejalan dengan penelitian Tiyas⁷ menyatakan bahwa dalam pembiayaan sambil menunggu dana piutang BPJS cair dapat melakukan pinjaman modal kerja kepada pihak ke tiga atau perbankan.

Sumber dana pendapatan rumah sakit lainnya seperti dari pendapatan pasien umum; pendapatan dari hasil kerjasama/badan usaha; pendapatan dari sewa ruang; pendapatan pelayanan dari kementerian; penerimaan kembali belanja barang tahun lalu, dan penerimaan kembali belanja modal.

Kesimpulan dan Saran

a. Kesimpulan

1. Hasil perhitungan perputaran piutang yang telah dilakukan, didapatkan hasil perhitungan perputaran piutang sebesar 0,78 atau 78 kali dalam setahun yang artinya nilai perputaran piutangnya terlalu lama. Perputaran piutang yang baik tidak melebihi 12 kali dalam satu tahun.
2. Hasil perhitungan pengumpulan piutang yang telah dilakukan, didapatkan hasil perhitungan pengumpulan piutang sebesar 275 hari yang artinya dalam melakukan penagihan piutangnya kurang baik. Pengumpulan piutang yang baik tidak melebihi dari 30 hari.
3. Piutang yang belum tertagih sebesar 22% karena adanya jumlah klaim yang belum dibayar. Hal ini disebabkan karena adanya berkas klaim yang dikembalikan dan adanya piutang pasien. Pengembalian berkas-berkas klaim karena adanya ke alphaan dalam mengisi berkas klaim. Piutang yang tertolak hal ini disebabkan karena adanya kesalahan petugas dalam melakukan pengkodean klaim serta adanya kasus yang readmisi.

b. Saran

1. Bagi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

1. Hasil perhitungan perputaran piutang dalam satu tahunnya terlalu lama. Oleh sebab itu rumah sakit harus lebih memperhatikan dalam pengelolaan piutangnya agar tidak mengganggu pada biaya operasional rawat inap.
2. Rumah sakit sebaiknya selalu memperhatikan kestabilan perkembangan setiap triwulan agar tingkat perputaran piutang dan pengumpulan piutang dapat meningkat selain itu rumah sakit juga harus lebih teliti dalam mengisi berkas-berkas pasien agar mengurangi berkas klaim yang dikembalikan atau revisi.

3. Adanya sistem yang terintergritas agar mempermudah petugas verifikator rumah sakit dalam melakukan pengeklaiman.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan untuk peneliti selanjutnya dapat lebih mengeksplor informasi dalam segi komponen biaya rawat inap, karena dalam perhitungan rasio pengumpulan piutangnya ialah menghitung penjualan/hari pada rawat inap.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Armen, F dan Azwar, V. 2013. *Dasar-Dasar Manajemen Keuangan Rumah Sakit*. Gosyen Publishing. Yogyakarta.
- [2] Kuswadi. 2009. *Memahami Rasio Rasio keuangan Bagi Orang Awam*. PT Elex Media Komputindo: Jakarta.
- [3] Martani, dkk. 2016. *Akuntansi Keuangan Menengah*. Salemba Empat: Jakarta Selatan.
- [4] Mulyadi. 2014. *Akuntansi Biaya*. Yogyakarta: BPEE.
- [4] Peraturan presiden. (2013). Nomor 12 tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. Rosania, Syifa. Supriadi. 2019. *Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien JKN Rumah Sakit*
- [5] Hermina Ciputat 2018. *Jurnal Adminitrasi Rumah Sakit*. Vol.7, No.2.
- [6] Sidabutar, Romaida K. 2019. *Analisis Piutang Rawat Inap Pasien pada Rumah Sakit Panti Rini Yogyakarta*. Skripsi: YKPN. Yogyakarta.
- [7] Undang-Undang Republik Indonesia. (2009). Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
- [8] Wijayani. 2018. Dampak Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Terhadap Kinerja Keuanagan Rumah Sakit Vertikal Kementerian Kesehatan. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. Vol.7, No.3. Hal.134-139.