

APAKAH PENGENDALIAN INTERNAL PENTING? MENILAI PERANNYA DALAM MENGAMANKAN INTEGRITAS PENDAPATAN PASIEN BPJS DI RSIA PERMATA HATI MATARAM

Cinta Wati¹

cintawati105@gmail.com

¹ Program Studi Akuntansi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Mataram

Auliana Lariska²

auliana.lariska@gmail.com

² Program Studi Akuntansi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Mataram

Ade Prasestia³

adeprasestia18@gmail.com

³ Program Studi Akuntansi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Mataram

Nur Fitriah⁴

nurfitriyah@unram.ac.id

⁴ Program Studi Akuntansi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Mataram

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pentingnya pengendalian internal dalam mengamankan integritas pendapatan pasien BPJS di Rumah Sakit Ibu dan Anak Permata Hati Mataram. Metode yang digunakan adalah pendekatan kualitatif dengan jenis studi deskriptif, melalui teknik pengumpulan data berupa wawancara, observasi partisipan, dan dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengendalian internal di rumah sakit telah mencakup pemisahan fungsi kerja, verifikasi berjenjang, serta koordinasi internal yang cukup baik. Namun, masih terdapat kendala dalam aspek teknis seperti error pada sistem E-Klaim dan ketidaksesuaian dokumen yang menyebabkan klaim pending atau gagal bayar. Kondisi ini berdampak pada tertundanya penerimaan pendapatan dan peningkatan piutang tidak tertagih. Dengan demikian, pengendalian internal terbukti berperan penting dalam menjaga integritas keuangan rumah sakit yang bergantung pada pendapatan dari BPJS Kesehatan.

Kata kunci: Pengendalian Internal, Pendapatan BPJS, Klaim Pending, Rumah Sakit.

ABSTRACT

This study aims to analyze the importance of internal control in securing the integrity of BPJS patient income at Permata Hati Mataram Mother and Child Hospital. The method used is a qualitative approach with a descriptive study type, through data collection techniques in the form of interviews, participant observation, and documentation. The results showed that internal control in the hospital had included separation of work functions, tiered verification, and fairly good internal coordination. However, there are still obstacles in technical aspects such as errors in the E-Claim system and document mismatches that cause pending or failed claims. This condition has an impact on delayed revenue and an increase in uncollectible receivables. Thus, internal control proves to play an important role in maintaining the financial integrity of hospitals that depend on revenue from BPJS Kesehatan.

Keywords: Internal Control, BPJS Revenue, Pending Claims, Hospital.

PENDAHULUAN

Program jaminan kesehatan nasional yang dikelola oleh BPJS Kesehatan telah menjadi pondasi utama sistem pembiayaan layanan kesehatan di Indonesia sejak diluncurkan pada tahun 2014. Berdasarkan data dari Badan Jaminan Kesehatan Nasional sebanyak 96,28 % masyarakat Indonesia telah terdaftar sebagai penerima manfaat layanan BPJS Kesehatan. Dengan jumlah peserta aktif yang terus meningkat mencapai ratusan juta mengartikan bahwa BPJS Kesehatan menjadi penyumbang utama lalu lintas pasien di berbagai fasilitas kesehatan, termasuk rumah sakit umum dan swasta (Karmilawati & Diapati, 2025). Di tengah sistem ini, rumah sakit memiliki peran penting sebagai penyedia layanan yang harus mampu menjaga kualitas pelayanan dengan menyesuaikan diri pada prosedur administrasi dan keuangan yang kompleks dari BPJS.

Namun proses klaim ke BPJS bukanlah hal yang sederhana. Setelah rumah sakit memberikan layanan kepada pasien, mereka harus mengajukan klaim ke BPJS melalui sistem digital dengan sejumlah dokumen pendukung, termasuk rekam medis, bukti tindakan, hingga hasil pemeriksaan penunjang. Klaim tersebut akan dinilai oleh pihak BPJS, yang akan menentukan tiga status utama: *layak bayar*, *pending*, atau *gagal bayar* (Fahreza & Kirana, 2021). Klaim yang *layak bayar* berarti seluruh dokumen dan layanan sudah sesuai dan langsung diproses pembayarannya. Klaim yang *pending* biasanya memerlukan perbaikan atau kelengkapan tambahan, dan rumah sakit harus melengkapinya dalam waktu tertentu. Sedangkan klaim yang *gagal bayar* berarti ditolak sepenuhnya karena pelanggaran administrasi, ketidaksesuaian data medis, atau ketentuan layanan yang dianggap tidak sah dan dianggap sebagai kerugian rumah sakit.

Dalam praktik pelaksanaannya, salah satu tantangan besar yang dihadapi rumah sakit adalah fenomena klaim pending. Fenomena klaim pending memberikan dampak langsung terhadap arus kas rumah sakit dikarenakan pembayaran dari BPJS dapat diterima setelah klaim dinyatakan layak, klaim pending berarti tertundanya pemasukan keuangan. Sementara itu, rumah sakit harus terus mengeluarkan dana untuk operasional seperti gaji, obat-obatan, dan perawatan fasilitas. Dalam jangka panjang keterlambatan ini dapat menyebabkan rumah sakit mengalami krisis likuiditas, menurunkan mutu layanan, dan mengancam stabilitas finansial jika tidak disertai dengan manajemen keuangan yang kuat.

Secara khusus di Provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB), fenomena klaim pending menjadi isu serius yang berdampak pada operasional banyak rumah sakit. Beberapa rumah sakit besar seperti RSUP NTB dilaporkan mengalami klaim pending hingga Rp50 miliar, sementara RSUD Tripat setiap bulan menghadapi klaim pending sekitar Rp3 miliar yang belum dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Bahkan di RSUD Kota Mataram, jumlah klaim pending pernah mencapai 32 persen dari total klaim yang diajukan. Kondisi ini mengindikasikan masih lemahnya sistem dokumentasi dan verifikasi internal di rumah sakit, serta menunjukkan perlunya penguatan pengendalian administrasi dalam menghadapi kompleksitas proses klaim BPJS (Kimda, 2025).

Salah satu rumah sakit yang turut mengalami hal ini adalah Rumah Sakit Ibu dan Anak Permata Hati Mataram, yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sejak tahun 2017. Sebagian besar pasien yang dilayani adalah peserta BPJS yang datang melalui jalur rujukan dari faskes tingkat pertama. Lebih dari 85% pendapatan rumah sakit ini berasal dari layanan kepada pasien BPJS, terutama pada pelayanan persalinan, perawatan bayi baru lahir, serta rawat inap ibu dan anak. Artinya, keberhasilan proses klaim BPJS sangat menentukan kelangsungan operasional rumah sakit ini.

Penelitian mengenai pentingnya sistem pengendalian internal (SPI) dan pengelolaan pendapatan pasien BPJS Kesehatan di rumah sakit telah menjadi fokus dalam literatur kesehatan dan akuntansi. Berbagai studi telah menyoroiti kompleksitas tantangan yang dihadapi

rumah sakit dalam konteks ini, mencakup aspek pengendalian internal, sistem informasi akuntansi, dan proses klaim BPJS. Beberapa penelitian berfokus pada efektivitas SPI dalam berbagai aspek operasional rumah sakit, Pratiwi & Priono (2021) menganalisis SPI di Rumah Sakit Orthopedi dan Traumatologi Surabaya, menemukan bahwa meskipun secara umum "cukup baik," masih terdapat kelemahan dalam pemisahan fungsi keuangan dan penagihan serta fungsi penerimaan kas. Napsah et al (2023), meneliti peran pengendalian internal terhadap pengendalian biaya di RSUD Praya selama pandemi COVID-19 dan menemukan bahwa pengendalian internal belum sepenuhnya efektif karena berbagai faktor seperti lingkungan pengendalian yang belum memadai dan kurangnya pengawasan. Fajar et al (2017), mengevaluasi SPI terkait persediaan obat untuk pasien BPJS di UPT Puskesmas Kowel dan menemukan bahwa secara umum SPI telah memadai, namun tetap memerlukan perhatian pada aspek-aspek tertentu. Selanjutnya penelitian oleh Karmilawati & Diapati (2025), Putri & Aristi (2023), Fahreza & Kirana (2021), Tamburaka, et al (2024) yang secara umum membahas meningkatkan mutu pelayanan dan efektivitas penagihan klaim BPJS dan menyoroti tantangan terkait alur verifikasi yang panjang dan keterbatasan sumber daya manusia dan Sistem Informasi Akuntansi yang digunakan.

Berdasarkan tinjauan pada beberapa penelitian sebelumnya yang menyoroti kompleksitas pengelolaan pendapatan BPJS di rumah sakit yang dipengaruhi oleh berbagai faktor termasuk efektivitas SPI, kualitas SIA, dan efisiensi proses klaim. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang bagaimana faktor-faktor ini berinteraksi dan mempengaruhi manajemen pendapatan pasien BPJS di RSIA Permata Hati Mataram. Oleh karena itu, dalam artikel ini akan dianalisis bagaimana pentingnya pengendalian internal di rumah sakit Permata Hati berperan dalam mengamankan integritas pendapatan dari pasien BPJS.

TINJAUAN LITERATUR

Agency Theory

Teori Keagenan menggambarkan interaksi antara dua pihak yaitu prinsipal (pihak yang memiliki atau memberikan tugas) dan agen (pihak yang melaksanakan tugas tersebut atas nama prinsipal). Perselisihan dapat muncul karena kepentingan keduanya seringkali tidak sejalan dan agen mungkin memiliki lebih banyak informasi yang dapat menyebabkan tindakan yang lebih menguntungkan bagi dirinya sendiri (Eku & Hasnawati, 2024). Dalam konteks hubungan antara BPJS dan rumah sakit, BPJS berfungsi sebagai prinsipal (pembayar) dan rumah sakit sebagai agen (penyedia layanan). Perselisihan dapat terjadi jika rumah sakit tidak mematuhi prosedur klaim, yang dapat diperburuk oleh perbedaan informasi yang ada. Maka dari itu, adanya pengendalian internal yang kuat sangat diperlukan untuk menjamin transparansi serta mengurangi kemungkinan kesalahan demi kelancaran proses klaim BPJS.

Rumah Sakit dan Perannya dalam Sistem BPJS

Rumah sakit merupakan institusi kesehatan yang menawarkan layanan perawatan inap, perawatan jalan, dan keadaan darurat secara menyeluruh. Berdasarkan penjelasan dari WHO, rumah sakit adalah elemen penting dalam sistem kesehatan yang tidak hanya mengutamakan pengobatan dan pencegahan penyakit, tetapi juga berperan sebagai tempat pendidikan bagi tenaga medis dan penelitian di bidang kesehatan. Maka dari itu, keberadaan sistem rekam medis yang baik sangat krusial untuk meningkatkan kualitas layanan yang diberikan oleh rumah sakit. Fungsi dan peranan rekam medis sangat krusial, yakni sebagai dasar dalam pemberian layanan kesehatan dan pengobatan bagi pasien, sebagai bukti dalam kasus hukum, serta untuk kepentingan penelitian dan pendidikan, pembuatan statistik kesehatan, dan sebagai acuan untuk biaya layanan kesehatan (Pratama et al, 2023).

Rumah sakit menjadi mitra strategis dalam sistem BPJS Kesehatan, bertanggung jawab menyediakan layanan kesehatan bagi peserta BPJS sesuai standar yang ditetapkan. Sebagai bagian dari tanggung jawab tersebut, rumah sakit juga memiliki peran penting dalam proses administrasi klaim kepada BPJS Kesehatan. Klaim diajukan oleh rumah sakit atau penyedia layanan kesehatan lainnya melalui prosedur yang dikenal sebagai administrasi klaim, dengan tujuan untuk membayar klaim secara resmi dan cepat sesuai dengan peraturan yang ada. Penagihan klaim dari rumah sakit kepada BPJS dilakukan secara berkala setiap bulan, di mana rumah sakit memiliki tanggung jawab untuk mengirimkan dokumen-dokumen pendukung (Amran, 2023). Sebagai penyedia layanan rumah sakit harus mematuhi prosedur administrasi dan klinis BPJS mulai dari pendaftaran pasien, diagnosis, hingga pengajuan klaim. Peran rumah sakit sangat krusial karena menjadi penghubung antara pasien dan BPJS sekaligus memastikan bahwa layanan yang diberikan sesuai dengan paket manfaat JKN-KIS.

Sistem Pengendalian Internal (SPI) Dalam Konteks Rumah Sakit

Sistem Pengendalian Internal adalah suatu alat yang digunakan oleh manajemen atau pemilik perusahaan untuk memastikan bahwa organisasi melaksanakan strategi dengan efektif dan efisien dalam rangka mencapai tujuan yang diharapkan oleh perusahaan (Fajar et al., 2017). Pengendalian internal menjadi salah satu aspek penting untuk mencapai pengelolaan sumber daya yang optimal dan akuntabilitas dalam organisasi (Zarlis, 2019). Sistem Pengendalian Internal (SPI) di rumah sakit berfungsi untuk memastikan bahwa seluruh proses operasional termasuk pengelolaan pendapatan pasien BPJS berjalan efektif, efisien, dan sesuai regulasi. SPI mencakup pengendalian administratif seperti verifikasi dokumen pasien BPJS hingga pengendalian finansial seperti pemantauan realisasi klaim dan pembukuan yang akurat. Dengan SPI yang baik, rumah sakit dapat mengurangi kesalahan administrasi yang berpotensi menimbulkan penolakan klaim oleh BPJS. Selain itu, SPI juga berperan dalam mencegah fraud, baik yang dilakukan oleh oknum internal rumah sakit maupun pihak eksternal (pasien atau mitra). Kecurangan juga bisa terjadi akibat kurangnya pengendalian yang memadai (Zulfikar et al, 2023). Misalnya, dengan menerapkan sistem audit internal rumah sakit dapat mendeteksi ketidaksesuaian antara layanan yang diberikan dengan klaim yang diajukan. Penguatan SPI menjadi kunci untuk meningkatkan akuntabilitas dan transparansi sehingga rumah sakit dapat memaksimalkan pendapatan dari klaim BPJS tanpa melanggar aturan.

Siklus Pendapatan dan Tantangan Klaim BPJS

Menurut PSAK No. 23 paragraf 07 (2015), pendapatan didefinisikan sebagai aliran kas bruto dari manfaat ekonomi yang muncul dari aktivitas biasa entitas selama suatu periode jika aliran tersebut mengakibatkan pertumbuhan entitas yang tidak bersumber dari kontribusi modal. Dalam PSAK 72, pendapatan (revenue) diartikan sebagai penghasilan yang dihasilkan selama proses aktivitas normal entitas (Alwi et al, 2023). Siklus pendapatan merupakan serangkaian aktivitas bisnis dan serta pengolahan informasi yang berlangsung terus-menerus dalam menyediakan barang dan jasa kepada pelanggan dan menagih pembayaran dari penjualan tersebut. Tujuan siklus pendapatan adalah untuk memahami rincian proses ketika penagihan kas dilakukan dan pendapatan itu diterima (Ardini, 2015). Dalam konteks rumah sakit, siklus pendapatan rumah sakit dari pasien BPJS dimulai dari registrasi pasien, penentuan eligibilitas, pemberian layanan, hingga pengajuan klaim ke BPJS. Proses ini harus didukung oleh dokumentasi medis dan administrasi yang lengkap untuk memastikan klaim dapat dibayar tepat waktu. Tantangan utama dalam siklus ini adalah kompleksitas prosedur BPJS, seperti ketidaktelitian petugas koder dan grouper dalam melakukan proses coding dan input ke sistem National Casemix Center (NCC), diagnosis pasien di resume medis yang tidak sesuai ketentuan, dan ketidaklengkapan resume medis dan konfirmasi diagnosis (Kusumawati, 2020). Maka dari

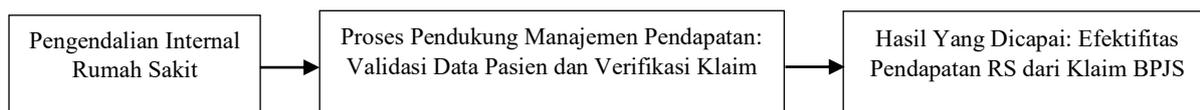
itu, pihak rumah sakit mempunyai tanggung jawab dan hak untuk memeriksa kelengkapan dokumen pasien BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan: Proses Klaim dan Dampak Keuangan

BPJS merupakan lembaga yang dibentuk oleh pemerintah untuk memberikan perlindungan kesehatan kepada masyarakat. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah inisiatif dalam bidang kesehatan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan medis penduduk. Klaim BPJS adalah permohonan biaya perawatan pasien yang terdaftar sebagai peserta BPJS yang diajukan oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan, setiap bulannya BPJS Kesehatan akan meninjau klaim dan melakukan pembayaran untuk pengajuan yang memenuhi syarat sementara yang masih dalam proses harus dikembalikan ke rumah sakit untuk diteliti ulang. Fasilitas yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus dapat mengajukan klaim secara teratur setiap bulan paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, dengan melampirkan semua dokumen yang diperlukan sesuai dengan prosedur verifikasi BPJS Kesehatan (Kurnia, 2022). Proses klaim BPJS melibatkan beberapa tahapan, mulai dari pengajuan berkas oleh rumah sakit, verifikasi oleh BPJS, hingga pencairan dana. Waktu proses yang lama dan potongan tarif INA-CBGs (Indonesian Case-Based Groups) sering menjadi masalah (Napsah et al, 2023).

Kerangka Konsep

Berdasarkan analisis literatur, sistem pengendalian internal memiliki peranan penting dalam memperlancar proses klaim pendapatan pasien BPJS di rumah sakit. Kepatuhan terhadap regulasi dan efisiensi dalam administrasi merupakan faktor utama yang mempengaruhi kelancaran ini, yang pada akhirnya berdampak pada keberhasilan manajemen pendapatan serta mutu layanan rumah sakit.



Gambar 1. Kerangka Konsep

METODE PENELITIAN

Penelitian ini mengadopsi metode kualitatif dengan pendekatan interpretatif, yang bertujuan untuk memahami dan menjelaskan fenomena terkait efektivitas sistem pengendalian internal di rumah sakit. Metode etnometodologi dipilih untuk menyelidiki praktik sehari-hari dan cara yang digunakan oleh pihak-pihak di rumah sakit dalam menangani pengendalian internal yang berkaitan dengan pendapatan pasien BPJS. Etnometodologi memusatkan perhatian pada cara individu memaknai, menjelaskan, dan menciptakan tatanan sosial dalam kegiatan sehari-hari (Fahreza & Kirana, 2021).

Penelitian ini mengutamakan interaksi sosial, interpretasi masing-masing individu terhadap prosedur, dan praktik rutin dalam pelaksanaan tugas. Dengan demikian, pendekatan kualitatif memberi kesempatan kepada peneliti untuk mengeksplorasi secara mendalam sudut pandang, pengalaman, dan pemahaman para pelaku di lapangan tentang efektivitas sistem pengendalian internal (Universitas Methodist Indonesia et al, 2023).

Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis studi deskriptif kualitatif. Tujuan studi deskriptif adalah untuk memberikan gambaran sistematis dan mendalam tentang fenomena yang diteliti (Putri & Aristi, 2023). Dalam penelitian ini, studi deskriptif kualitatif digunakan untuk menggambarkan dan menganalisis secara menyeluruh terhadap pentingnya pengendalian internal dan manajemen pendapatan pasien BPJS pada rumah sakit.

Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini berfokus pada penggunaan data primer sebagai sumber informasi utama. Data primer adalah data yang diperoleh langsung oleh peneliti dari sumbernya, yang dalam konteks penelitian ini melibatkan individu-individu yang bekerja di Rumah Sakit Ibu dan Anak Permata Hati Mataram, yang terkait dengan pengendalian internal alur klaim pendapatan pasien BPJS. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini mencakup:

1. Peneliti melaksanakan wawancara secara mendalam dengan narasumber utama yang terlibat langsung dalam pembuatan, penerapan, dan pengawasan sistem pengendalian internal serta pengelolaan pendapatan pasien BPJS. Narasumber yang dipilih adalah Staf Koder (Informan 1) dan Staf Admision (Informan 2). Wawancara ini dilakukan secara semi-terstruktur, memungkinkan kami untuk mengajukan pertanyaan terbuka guna memperoleh informasi dan sudut pandang yang lebih mendalam dari para narasumber.
2. Observasi Partisipan: Observasi partisipan melibatkan kehadiran peneliti untuk secara langsung mengamati penerapan pengendalian internal, perkembangan alur pelayanan pasien BPJS, dan proses penagihan di Rumah Sakit. Pendekatan ini memungkinkan peneliti untuk mendapatkan pemahaman yang lebih kaya dan mendalam mengenai fenomena yang diteliti, sekaligus mengenali elemen-elemen yang mungkin tidak terungkap hanya melalui wawancara (Nurbatin & Lestari, 2018).
3. Dokumentasi: Teknik dokumentasi terdiri dari pengumpulan serta analisis berbagai dokumen yang berkaitan dengan fokus penelitian.

Teknik Analisis Data

Penelitian ini menggunakan pendekatan analisis data kualitatif deskriptif yang dilakukan dari awal pengumpulan data hingga selesainya penelitian. Metode ini terdiri dari tiga langkah utama:

1. Reduksi Data: Memilih, memfokuskan, dan menyederhanakan data mentah guna menemukan pola-pola penting.
2. Penyajian Data: Mengatur data yang sudah direduksi dalam bentuk narasi, tabel, atau visualisasi lainnya untuk memahami keterkaitan.
3. Menarik Kesimpulan dan Verifikasi: Menginterpretasikan pola data dan memvalidasi kesimpulan melalui triangulasi atau diskusi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Proses Administrasi Pasien BPJS

Proses administrasi untuk pasien BPJS di RSIA Permata Hati Mataram dimulai di bagian admision, yang berfungsi sebagai pintu masuk utama bagi pasien. Petugas admision akan mengidentifikasi tujuan kedatangan pasien dan memastikan kelengkapan persyaratan untuk pasien BPJS, seperti surat kontrol rumah sakit atau rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama (faskes 1) jika pasien merupakan pendatang baru. Setelah semua persyaratan dipenuhi, petugas admision akan menerbitkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) hal ini sesuai yang disampaikan oleh staf admision (informan 2):

"Penerbitan surat SEP hanya sebagai jaminan awal bahwa pasien BPJS mendapatkan pelayanan di ruang dokter, tetapi jaminan akhir mengenai apakah tindakan ini ditanggung oleh BPJS atau tidak, masih belum bisa dipastikan hanya dengan penerbitan Surat Eligibilitas Peserta. "

Untuk menghadapi kemungkinan masalah biaya di masa yang akan datang, rumah sakit juga telah memiliki sistem proaktif dalam memberikan informasi kepada pasien tentang

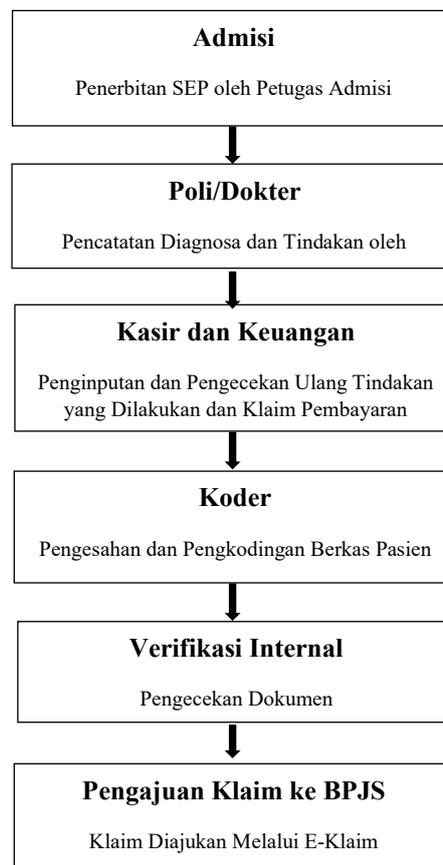
perkiraan biaya tindakan atau obat-obatan yang mungkin tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Informasi ini diberikan langsung di loket pendaftaran atau melalui media online seperti WhatsApp. Jika pasien setuju dengan ketentuan tersebut, mereka akan diminta untuk mengisi dan menandatangani formulir persetujuan. Langkah ini sangat penting untuk mengatasi ketidakkonsistenan yang sering terjadi, di mana pasien cenderung tidak konsisten dengan persetujuan yang telah mereka tandatangani sebelumnya, terutama terkait dengan biaya tambahan atau perbedaan kelas perawatan yang ditanggung. Staf admision (informan 2) menyatakan bahwa,

"Dalam beberapa kasus di akhir perawatan, pasien mengubah pikiran dan enggan membayar karena mereka berstatus sebagai pasien BPJS. "

Oleh karena itu, penandatanganan formulir persetujuan menjadi bukti kesediaan pasien untuk mematuhi semua ketentuan yang berlaku di rumah sakit.

Alur Klaim BPJS di RSIA Permata Hati

Proses klaim BPJS di RSIA Permata Hati Mataram melibatkan serangkaian langkah yang terkoordinasi antarsatuan. Adapun proses rinci dari alur klaim BPJS adalah sebagai berikut:



Gambar 2. Alur Klaim BPJS

Prosedur pengajuan klaim BPJS di RSIA Permata Hati Mataram dimulai dengan mengecek status klaim melalui berita acara BPJS setelah semua dokumen diserahkan. Jika klaim disetujui, dana akan dicairkan dalam waktu 15 hari. Jika klaim mengalami penundaan karena dokumen yang kurang, tim koder akan berkolaborasi dengan unit terkait (poli/admisi) untuk melakukan perbaikan dengan tenggat waktu pengajuan ulang selama 10 hari. Dokumen yang tertunda harus segera dilengkapi sebelum batas waktu 6 bulan. Klaim hanya bisa tertunda

maksimal dua kali, jika melebihi jumlah tersebut akan diadakan pertemuan antar rumah sakit untuk menyelesaikan masalah tersebut.

Sementara itu, klaim yang ditolak tidak akan tertera dalam berita acara dan dokumen akan langsung dikembalikan. Penolakan klaim kerap terjadi pada kasus kunjungan ulang untuk yang tidak bersifat darurat atau prosedur estetika, seperti perbaikan perineum. Rata-rata klaim pasien yang diajukan ke BPJS setiap bulan dapat mencapai sekitar 3.000 yang mencakup 600-700 pasien rawat inap dan 2.000 pasien rawat jalan. Selain itu terdapat koordinasi dengan bagian keuangan terkait klaim, sebagaimana yang disampaikan oleh staf koder (informan 1):

“Koordinasi antara bagian keuangan dan pelayanan pasien terkait klaim BPJS dilakukan melalui grup komunikasi internal dan rapat rutin dengan pihak BPJS untuk membahas perubahan kebijakan, bagian keuangan juga memiliki tugas khusus untuk memantau portal PIF (Portal Informasi Faskes) guna mengecek status pembayaran klaim.”

Dari penjelasan informan, tampak bahwa pengelolaan klaim BPJS di lembaga tersebut sudah memiliki sistem koordinasi yang cukup terstruktur. Penggunaan grup komunikasi internal memperlihatkan upaya dalam memfasilitasi pertukaran informasi yang cepat dan efisien antara unit-unit yang terlibat. Selain itu, pertemuan rutin dengan BPJS merupakan langkah proaktif untuk menyesuaikan diri dengan perubahan kebijakan, yang merupakan hal penting dalam pengelolaan klaim kesehatan.

Salah satu hal yang perlu diperhatikan adalah keterlibatan aktif divisi keuangan dalam memantau portal PIF. Hal ini menunjukkan adanya perhatian terhadap akuntabilitas dan keefisienan dalam proses pembayaran klaim. Pemantauan langsung ini tidak hanya membantu dalam mengetahui status pembayaran, tetapi juga bisa menjadi dasar untuk menemukan hambatan atau keterlambatan yang mungkin terjadi dalam proses klaim. Secara umum, sistem yang dijelaskan oleh informan menunjukkan pemahaman akan pentingnya kerjasama antar departemen dan penyesuaian terhadap regulasi eksternal untuk meningkatkan proses klaim BPJS.

Kendala Teknis dalam Pengajuan Klaim Digital

Salah satu kendala teknis yang paling sering dilaporkan dalam pengajuan klaim digital ke BPJS adalah masalah *error* pada sistem, sesuai yang disampaikan oleh staf koder (informan 1):

“Error sistem biasa terjadi di akhir bulan dimana sistem yang dipakai koder yaitu e-klaim aplikasi yang digunakan secara nasional, tidak jarang aplikasi ini mengalami eror sehingga membutuhkan waktu untuk meng-upload berkas klaim pasien ke pihak bpjs”.

Permasalahan ini menunjukkan pentingnya memperkuat kapasitas dan ketahanan struktur sistem e-klaim BPJS agar bisa menangani lonjakan trafik data. Di samping itu, BPJS mungkin harus memikirkan rencana mitigasi, seperti memberikan pelatihan kepada fasilitas kesehatan agar pengajuan klaim dilakukan merata sepanjang bulan, atau merancang fitur antrean serta pemberitahuan yang lebih tangguh untuk menangani kesalahan dan memberikan informasi yang jelas kepada pengguna.

Pembahasan

Pentingnya Pengendalian Internal dalam Alur Administrasi dan Klaim BPJS

Pengendalian internal yang efektif merupakan pondasi penting bagi rumah sakit, terutama bagi institusi yang sangat bergantung pada pendapatan dari BPJS Kesehatan seperti RSIA Permata Hati. Dari hasil wawancara, tampak bahwa RSIA Permata Hati telah berupaya

mengintegrasikan prinsip-prinsip SPI dalam proses administrasi dan klaim BPJS, hal ini selaras yang disampaikan oleh informan 1 dimana terdapat alur khusus yang telah ditetapkan rumah sakit dalam mengatur proses klaim BPJS.

Dari sisi lingkungan pengendalian dan penilaian risiko, pembagian tugas yang jelas antara staf mencerminkan komitmen rumah sakit dalam membangun struktur pengendalian. Pemisahan fungsi ini, sebagaimana diuraikan dalam kerangka SPI dapat meminimalkan risiko kesalahan dan potensi fraud yang dapat berdampak langsung pada akuntabilitas pendapatan. Peran sentral koder sebagai bagian awal dalam menilai kelengkapan berkas dan verifikator internal sebelum pengajuan klaim merupakan bentuk pengendalian detektif dan preventif yang krusial untuk meminimalisir klaim pending dan gagal bayar. Mekanisme ini selaras dengan tujuan SPI untuk mencegah kejadian yang tidak diinginkan dan memastikan keakuratan data yang akan menjadi dasar pengakuan pendapatan.

Dalam aktivitas pengendalian, RSIA Permata Hati menunjukkan beberapa praktik yang patut diapresiasi. Tahapan verifikasi berkas secara internal oleh tim koder dan verifikator sebelum klaim diajukan ke BPJS adalah aktivitas pengendalian yang sangat strategis. Hal ini konsisten dengan penelitian Susanti et al (2018), yang menyoroti pentingnya pemeriksaan kelengkapan dokumen, termasuk diagnosa, tindakan, dan dokumen penunjang, untuk mengurangi pending. Dari perspektif akuntansi, kelengkapan dan akurasi dokumen ini fundamental untuk memastikan pendapatan diakui secara tepat waktu dan dengan jumlah yang benar sesuai dengan prinsip pengakuan pendapatan berbasis akrual.

Dari segi informasi dan komunikasi, meskipun pemanfaatan aplikasi e-Klaim dan portal PIF menunjukkan integrasi sistem informasi akuntansi (SIA) dalam siklus pendapatan, kendala teknis berupa error sistem e-Klaim, terutama di akhir bulan menjadi hambatan efisiensi. Permasalahan ini mengindikasikan bahwa meskipun sistem digital telah ada, kualitas data input dan kelengkapan dokumen pendukung tetap menjadi tantangan, sebagaimana diungkapkan oleh Putri & Aristi (2023) yang menemukan masalah kelengkapan dokumen medis meskipun SIA sudah memadai. Gangguan sistem ini dapat menunda pencatatan pendapatan dan arus kas, berdampak pada laporan keuangan.

Selain itu, pemantauan status klaim melalui laporan e-Klaim dan pemeriksaan tahunan merupakan jenis kegiatan pengawasan. Namun, adanya klaim yang tertunda dan klaim yang tidak terbayar menunjukkan bahwa pengawasan perlu dilakukan dengan lebih aktif untuk menemukan sumber masalah. Penelitian oleh Napsah et al (2023) juga mengungkapkan bahwa SPI belum sepenuhnya berjalan dengan baik karena keterbatasan dalam pengawasan, yang dapat berakibat pada ketidakakuratan dalam perhitungan piutang dan pendapatan.

Analisis Proses Manajemen Pendapatan Pasien BPJS di RSIA Permata Hati

Siklus pendapatan di RSIA Permata Hati, yang terutama berasal dari pasien BPJS mengikuti alur yang sudah ditentukan mulai dari pendaftaran hingga pengajuan klaim. Dalam hal pengajuan klaim, pendapatan diakui begitu layanan diberikan dan hak atas pembayaran sudah ada tanpa mempedulikan apakah uang sudah diterima. Jadi, klaim yang diajukan kepada BPJS menjadi dasar untuk mencatat piutang dan mengakui pendapatan. Namun, kelancaran proses ini sangat bergantung pada keberhasilan klaim yang diajukan.

Tantangan yang berkaitan dengan validasi data dan verifikasi klaim memiliki pengaruh akuntansi yang besar. Isu kelengkapan dokumen pasien tetap menjadi permasalahan utama meskipun tim koder terus menerus memeriksa kelengkapan berkas, sering kali ditemukan kekurangan dokumen yang harus dikembalikan ke unit terkait. Hal ini sejalan dengan temuan Karmilawati & Diapati (2025), yang juga mendapati adanya masalah ketidaklengkapan dalam administrasi klaim. Dari perspektif akuntansi, kelengkapan dokumen ini sangat penting untuk mendukung substansi transaksi dan keabsahan piutang, kekurangan dokumen dapat mengakibatkan piutang sulit diakui atau perlu adanya penyisihan untuk piutang yang tidak tertagih yang pada gilirannya berdampak pada penurunan pendapatan bersih.

Beberapa kasus klaim yang tidak terbayar untuk kondisi non-kegawatdaruratan atau prosedur estetika seperti perbaikan perinium menunjukkan perlunya pemahaman yang lebih baik di seluruh unit terkait mengenai kriteria penjaminan BPJS. Klaim yang tidak terbayar ini menandakan bahwa layanan yang telah diberikan tidak akan menghasilkan pendapatan dari BPJS sehingga harus dianggap sebagai beban atau penghapusan piutang dan berpotensi mengurangi profitabilitas rumah sakit.

Terkait kendala sistem digital, kesalahan dalam aplikasi e-Klaim dapat secara drastis memperlambat proses pengajuan klaim yang berpotensi menghambat pencairan dana dan berdampak negatif pada arus kas rumah sakit. Dalam akuntansi, penundaan ini berarti piutang yang sudah diakui akan mengalami umur lebih panjang dan berisiko menjadi tidak tertagih jika melewati tenggat waktu. Meskipun dokumen memiliki batas waktu kadaluarsa enam bulan, penundaan pengajuan akibat kesalahan sistem tetap membawa risiko finansial dan memerlukan perhatian dalam pengelolaan piutang.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa pengendalian internal sangat penting, di RSIA Permata Hati Mataram pengendalian internal ini telah berjalan cukup efektif dalam mengamankan pendapatan dari pasien BPJS, terutama melalui pembagian tugas yang jelas, verifikasi dokumen secara berlapis, serta mekanisme koordinasi antar unit kerja. Meskipun demikian, efektivitas sistem ini masih dihadapkan pada berbagai kendala, seperti keterlambatan pengajuan klaim akibat ketidaksesuaian dokumen, kesalahan pengkodean, serta gangguan teknis pada sistem e-Klaim. Permasalahan tersebut berdampak langsung pada meningkatnya jumlah klaim pending dan gagal bayar, yang pada akhirnya memengaruhi arus kas dan posisi keuangan rumah sakit.

Oleh karena itu, rumah sakit perlu memperkuat pelatihan bagi staf terkait pengelolaan klaim BPJS, meningkatkan sistem informasi dan infrastruktur digital, serta memperkuat pengawasan internal secara berkala. Selain itu, edukasi yang konsisten kepada pasien terkait prosedur dan ketentuan BPJS sejak tahap pendaftaran juga penting dilakukan guna menghindari konflik dan mengurangi potensi piutang tidak tertagih. Upaya-upaya tersebut diharapkan dapat meningkatkan efektivitas sistem pengendalian internal dan memastikan keberlangsungan pendapatan rumah sakit secara berkelanjutan. Untuk penelitian selanjutnya, penulis dapat memusatkan perhatian pada hambatan teknis dan administratif dalam pengajuan klaim BPJS, termasuk evaluasi sistem e-Klaim dan akurasi koding diagnosis serta dampak pelatihan staf maupun sosialisasi prosedur terhadap klaim tertahan dengan pendekatan studi kasus atau metode lainnya akan menghasilkan rekomendasi yang lebih implementatif.

REFERENSI

- Alwi, A., Gamaliel, H., & Rondonuwu, S. (2023). Analysis Of The Implementation Of The Revenue Cycle Accounting Information System At Cv Aneka Ritelindo Manado, *11*(1).
- Amran, R. (2023). Prosedur BPJS dan Klaim BPJS oleh Rumah Sakit. *Health and Medical Journal*, *5*(2), 147–154.
- Ardini, I. R. (2015). Analisis Siklus Pendapatan Pada Aktivitas Penagihan Dan Penerimaan Kas Di Pt Terminal Petikemas Surabaya.
- Eku, R. T., & Hasnawati. (2024). Pengaruh Biaya Lingkungan Dan Pengungkapan Lingkungan Terhadap Nilai Perusahaan Dengan Dewan Komisaris Independen Sebagai Pemoderasi. *Journal of Creative Student Research*, *2*(1), 97–116. <https://doi.org/10.55606/jcsrpolitama.v2i1.3464>

Wati et al.: Apakah Pengendalian Internal Penting? Menilai Perannya Dalam mengamankan...

- Fahreza, I., & Kirana, D. J. (2021). Analisis Sistem Informasi Akuntansi Untuk Meningkatkan Mutu Pelayanan Dan Efektivitas Penagihan Dana Pembayaran Klaim Bpjs, 2.
- Fajar, A., Suprpto, H., & Qonita, A. M. (2017). Sistem Pengendalian Intern (Spi) Terhadap Persediaan Obat Untuk Pasien Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (Bpjs) Di Upt Puskesmas Kowel, 2(2).
- Karmilawati, M., & Diapati, M. M. (2025). Analisis Siklus Pendapatan Pasien BPJS Kesehatan Pada Rumah Sakit Budi Agung Palu.
- Kimda, F. (2025, January 16). Klaim Pending BPJS Kesehatan Mencapai 32 Persen, Operasional RS Ruslan Terganggu. *Lombok Post*. Retrieved from https://lombokpost.jawapos.com/metropolis/1505533983/klaim-pending-bpjs-kesehatan-mencapai-32-persen-operasional-rs-ruslan-terganggu?utm_source
- Kurnia, E. K. (2022). Faktor Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit X Periode Triwulan I Tahun 2022.
- Kusumawati, A. N. (2020). Faktor – Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja tahun 2018, 47(1).
- Napsah, H., Akram, A., & Fitriyah, N. (2023). Peran Pengendalian Internal Dan Sistem Informasi Akuntansi (Sia) Terhadap Pengendalian Biaya Rumah Sakit Umum Daerah (Rsud) Praya Pada Masa Pandemi Covid-19. *Jurnal Riset Mahasiswa Akuntansi*, 3(3), 26–39.
- Nurbatin, D., & Lestari, P. (2018). Pengembangan Model Sistem Informasi Akuntansi Rumah Sakit Sebagai Informasi Pendapatan Atas Pelayanan Pasien Peserta Bpjs Di Rsu Universitas Muhammadiyah Malang.
- Pratama, A., Fauzi, H., Nur Indira, Z., & Purnama Adi, P. (2023). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen. *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 8(1), 124–134.
- Pratiwi, Y. R., & Priono, H. (2021). Analisis Sistem Pengendalian Internal Terhadap Fungsi Penerimaan Kas Pada Rumah Sakit Orthopedi Dan Traumatologi Surabaya, 14(1).
- Putri, D. A., & Aristi, M. D. (2023). Analisis Siklus Pendapatan Pada Pasien Bpjs Kesehatan Di Rsi Ibnu Sina Pekanbaru.
- Susanti, M. E., Ponorogo, S. B. H., Sureni, I., & Ponorogo, S. B. H. (2018). Tinjauan Peran Koder Untuk Klaim Bpjs Kesehatan Dalam Pelaksanaan Jkn Di Rsu Darmayu Ponorogo, 3(3).
- Tamburaka, S., Purnaman, S., Samawi, A., & Dian Fauziah, V. (2024). Analisis Akuntansi Pendapatan Atas Sistem Pembayaran Asuransi Kesehatan Bpjs Pada Rumah Sakit Umum Daerah. *Jurnal Akuntansi dan Keuangan*, 9(1), 90–101.
- Universitas Methodist Indonesia, Br Tumorang, S., Saragih, R., & Ginting, M. C. (2023). Evaluasi Penerapan Sistem Informasi Akuntansi Pendapatan Terhadap Pelayanan Pasien Bpjs Pada Rumah Sakit Umum. *Methosika: Jurnal Akuntansi dan Keuangan Methodist*, 6(2), 160–169.
- Zarlis, D. (2019). Pengaruh Pengendalian Internal Terhadap Pencegahan Fraud Di Rumah Sakit (Studi Empiris Pada Rumah Sakit Swasta Di Jabodetabek). *Transparansi Jurnal Ilmiah Ilmu Administrasi*, 1(2), 206–217.

Zulfikar, A., Nyorong, M., & Nuraini, N. (2023). Evaluasi Implementasi SIMRS Rawat Jalan Terhadap Sistem Pelaporan Klaim BPJS di RSUD Aek Kanopan Kabupaten Labuhan Batu Utara. *Journal Of Healthcare Technology And Medicine*, 9(1), 612.