

ANALISIS PENGAKUAN PENDAPATAN KLAIM BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS MATARAM

Linda Aulia¹

aulialinda995@gmail.com

¹Program Studi Akuntansi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Mataram

Bambang²

bambangunram@gmail.com

² Program Studi Akuntansi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Mataram

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis proses pengakuan pendapatan atas klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Universitas Mataram, yang berstatus sebagai satuan kerja pemerintah dan menerapkan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) berbasis kas menuju akrual. Metode penelitian yang digunakan adalah pendekatan kuantitatif deskriptif, dengan pengumpulan data melalui dokumentasi, wawancara, serta analisis terhadap laporan klaim bulan Januari 2025. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat selisih negatif antara nilai klaim versi rumah sakit dengan yang diakui BPJS sebesar Rp 181.634.816 dan 11,9% dari total klaim masih berstatus pending. Selisih tersebut umumnya terjadi pada layanan rawat jalan akibat kesalahan pengkodean medis, dokumen tidak lengkap, dan keterbatasan sistem informasi. Pengakuan pendapatan telah dilakukan sesuai dengan prinsip SAP, namun implementasinya menghadapi hambatan teknis dan administratif yang berdampak pada arus kas dan akurasi laporan keuangan. Penelitian ini merekomendasikan penguatan sistem verifikasi internal, peningkatan kualitas SDM, dan integrasi sistem informasi agar proses klaim dan pencatatan pendapatan dapat berjalan lebih efisien dan akuntabel, serta mendukung keberlanjutan pelayanan kesehatan.

Kata Kunci: Pengakuan Pendapatan, Klaim Pending, BPJS Kesehatan, Rumah Sakit, Standar Akuntansi Pemerintahan

ABSTRACT

This study aims to analyze the revenue recognition process of BPJS Kesehatan claims at Mataram University Hospital, a government work unit applying Government Accounting Standards (SAP) based on the cash toward accrual basis. The research employed a descriptive quantitative approach, using documentation, interviews, and an analysis of claim reports from January 2025. Findings reveal a negative discrepancy of Rp 181,634,816 between the hospital's submitted claims and those approved by BPJS, with 11.9% of total claims still in pending status. Most discrepancies occurred in outpatient services due to coding errors, incomplete documentation, and limitations in the hospital's information system. While revenue recognition has been carried out in accordance with SAP principles, the implementation faces administrative and technical challenges that impact cash flow and the accuracy of financial reporting. This study recommends strengthening internal verification systems, enhancing human resource capacity, and integrating hospital information systems to ensure a more efficient and accountable claim process, supporting financial sustainability and continuous healthcare service delivery.

Keywords: Revenue Recognition, Pending Claims, BPJS Kesehatan, Government Hospital, Government Accounting Standards

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan merupakan serangkaian kegiatan atau upaya yang dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan seseorang, kegiatan pelayanan kesehatan bisa dilakukan di fasilitas kesehatan, salah satunya yaitu adanya rumah sakit (Mukaromah & Wahab, 2024). Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan memiliki peran vital dalam menyediakan pelayanan kesehatan paripurna, meliputi rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Permenkes Nomor 3 Tahun 2020). Dalam menjalankan fungsinya, rumah sakit wajib menerapkan sistem keuangan yang akuntabel dan transparan, termasuk dalam pengelolaan pendapatan, khususnya yang bersumber dari klaim BPJS Kesehatan. Pengakuan pendapatan klaim BPJS harus sesuai dengan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) yang diatur dalam PP No. 71 Tahun 2010, mengingat banyak rumah sakit di Indonesia, termasuk Rumah Sakit Universitas Mataram, merupakan bagian dari instansi pemerintah. Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 71 Tahun 2010 mengatur tentang Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) menjadi pedoman penting bagi rumah sakit dalam mengakui, mengukur, mencatat dan menyajikan pendapatannya (Thiono, 2025).

Salah satu sumber utama pendapatan rumah sakit di Indonesia adalah dari pengajuan klaim pelayanan kepada BPJS Kesehatan (Ambarwati, 2021). Proses pengakuan pendapatan dari klaim BPJS ini wajib mengacu pada Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 71 Tahun 2010. Standar ini penting diterapkan terutama oleh rumah sakit pemerintah yang berstatus sebagai satuan kerja (satker), seperti Rumah Sakit Universitas Mataram (RS Unram), yang merupakan bagian dari Universitas Mataram dan bukan merupakan entitas Badan Layanan Umum (BLU) maupun Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Oleh karena itu, mekanisme pencatatan, pelaporan, dan pengakuan pendapatan di RS Unram mengikuti sistem keuangan berbasis akrual yang diatur oleh SAP, dan dilaporkan melalui sistem keuangan instansi pemerintah Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) (Ramadhania & Novianty, 2020).

Namun demikian, dalam praktiknya, banyak rumah sakit mengalami kendala dalam proses pengajuan klaim, khususnya pada pelayanan rawat jalan (Haryono, 2024). Berdasarkan data BPJS Kesehatan tahun 2024, total pengajuan klaim pelayanan kesehatan mencapai Rp175,1 triliun, namun sekitar 3% atau setara Rp5 triliun di antaranya masih berstatus pending akibat permasalahan administratif dan teknis. Kondisi ini memberikan dampak signifikan terhadap keberlangsungan keuangan rumah sakit, terutama rumah sakit tipe C seperti Rumah Sakit Universitas Mataram yang mencatatkan tunggakan klaim mencapai Rp1–2 miliar sepanjang tahun 2023. Tingginya angka klaim tertunda ini menjadi persoalan serius yang tidak hanya menghambat arus kas rumah sakit, tetapi juga berpotensi mengganggu kelancaran operasional secara menyeluruh (Ariesando, 2024). Menurut data dari Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), rata-rata sekitar 15% klaim yang diajukan oleh rumah sakit setiap bulan mengalami status pending, melebihi ambang batas ideal sebesar 3%. Meskipun secara nasional proporsi ini tercatat menurun menjadi 1,83% pada April 2025, nilai absolut klaim tertunda tetap besar dan memberikan tekanan nyata terhadap likuiditas serta kemampuan rumah sakit dalam memenuhi kewajiban keuangan, seperti pembayaran kepada vendor, pengadaan alat kesehatan, dan pemberian insentif kepada tenaga medis (Handayani, 2024). Hal ini diperkuat oleh temuan Kusuma Rahayu et, (2025) yang menyebutkan bahwa sekitar 20% klaim BPJS berisiko hangus karena melewati batas waktu pengajuan, yang pada akhirnya menyebabkan kerugian keuangan yang cukup besar bagi rumah sakit.

Rumah Sakit Universitas Mataram (RS Unram) merupakan unit pelaksana teknis di bawah naungan Universitas Mataram yang berstatus sebagai satuan kerja (satker) pemerintah. Sebagai satker, RS Unram tidak memiliki fleksibilitas keuangan seperti rumah sakit berstatus Badan Layanan Umum (BLU) atau BLUD, sehingga seluruh pengelolaan keuangan, termasuk pengakuan pendapatan, harus mengikuti ketentuan yang berlaku dalam sistem keuangan negara

dan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP). Dalam pelaksanaan operasionalnya, RS Unram tetap dituntut untuk mengelola pendapatan secara efisien dan bertanggung jawab, agar arus kas berjalan lancar dan pelayanan kesehatan tetap optimal. Sejak menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan pada tahun 2019, RS Unram telah menerapkan sistem pembayaran berbasis INA-CBGs. Namun, dalam praktiknya, rumah sakit masih menghadapi berbagai hambatan administratif, seperti ketidaksesuaian data, kesalahan pengkodean medis, serta keterbatasan pada sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS), yang secara langsung mempengaruhi efisiensi dan kecepatan proses klaim pelayanan kesehatan (Talkah, 2025).

Berbagai penelitian sebelumnya seperti yang dilakukan oleh Putri & Dhamanti, (2025) dan Ais & Akhirruddin, (2024) juga mengungkapkan bahwa faktor-faktor seperti ketidaksesuaian koding diagnosis, dokumen yang tidak lengkap, dan keterbatasan sistem informasi rumah sakit menjadi penyebab utama keterlambatan proses klaim dan pengakuan pendapatan. Mahardika, (2021) juga menyatakan bahwa lemahnya sistem manajemen klaim internal menjadi salah satu penyebab inkonsistensi dalam pengakuan pendapatan BPJS.

Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan sebagai upaya untuk memahami secara mendalam bagaimana mekanisme pengakuan pendapatan klaim BPJS Kesehatan di RS Unram. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis bagaimana proses pengakuan pendapatan dijalankan sesuai dengan regulasi pemerintah, serta mengevaluasi dampaknya terhadap kondisi keuangan dan operasional rumah sakit sebagai bagian dari instansi pemerintah yang tunduk pada sistem akuntansi sektor publik.

TINJAUAN LITERATUR

Pengertian Pendapatan

Menurut PSAK 23, pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas normal entitas selama suatu periode yang meningkatkan ekuitas dan bukan berasal dari kontribusi penanam modal. Pada rumah sakit satuan kerja seperti RS Universitas Mataram, pendapatan diakui secara akrual saat timbul hak tagih, dan secara kas saat diterima melalui Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP). Sesuai Permenkes No. 3 Tahun 2023, pendapatan dari klaim JKN diakui setelah adanya berita acara verifikasi melalui sistem e-Claim BPJS.

Jenis-Jenis Pendapatan

Menurut Sawardjono (2007, p. 81) dalam Monika, (2022) pendapatan dikelompokkan menjadi dua dalam hal yang berkaitan dengan operasi perusahaan antara lain:

1. **Pendapatan Operasional**
Pendapatan operasional merupakan pendapatan yang berasal dari penjualan barang, produk atau jasa sebagai kegiatan atau tujuan utama yang berhubungan langsung dengan perusahaan (operasi) pokok perusahaan yang bersangkutan pada periode tertentu.
2. **Pendapatan Non Operasional**
Pendapatan Non Operasional merupakan pendapatan yang didapat selain dari kegiatan utama perusahaan.

Sumber-Sumber Pendapatan

Sebagai rumah sakit yang berstatus satuan kerja (satker), RS Universitas Mataram memperoleh pendapatan dari berbagai sumber yang seluruhnya dicatat sebagai Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) dan disetorkan ke kas negara. Berikut ini adalah jenis-jenis pendapatan yang umum diterima:

1. **Pendapatan Jasa Layanan**

Merupakan pendapatan utama rumah sakit yang berasal dari pelayanan medis, termasuk di Instalasi Gawat Darurat, Rawat Jalan, Rawat Inap, Farmasi, Radiologi, dan layanan penunjang lainnya. Ini mencakup pendapatan dari pasien peserta JKN/BPJS yang diakui setelah proses verifikasi klaim selesai, pasien umum yang membayar secara langsung, serta pasien tidak mampu yang dilayani melalui mekanisme subsidi silang atau pembiayaan pemerintah.

2. Pendapatan Sewa

Diperoleh dari kerja sama pemanfaatan fasilitas dan aset rumah sakit, seperti sewa ruang praktik bagi dokter luar atau dosen fakultas kedokteran, serta sewa peralatan medis kepada pihak ketiga.

3. Pendapatan dari APBN melalui PNBP

Merupakan hasil dari pelayanan yang diberikan rumah sakit sebagai bagian dari fungsi pelayanan publik dan pendidikan klinis. Pendapatan ini termasuk dalam kategori PNBP yang harus dilaporkan dan disetor ke kas negara.

4. Pendapatan Hibah

Berasal dari hibah tunai atau barang yang diterima dari kementerian teknis (seperti Kementerian Kesehatan atau Kementerian Pendidikan), lembaga donor, atau mitra kerja sama. Hibah ini dapat berupa alat kesehatan, obat-obatan, atau dana bantuan program.

5. Pendapatan Lain-lain yang Sah

Mencakup penerimaan dari denda keterlambatan pembayaran oleh pasien, pendapatan dari administrasi kerja sama riset dan pelatihan, serta hasil kegiatan non-medis lainnya yang tidak termasuk dalam kategori di atas, tetapi sah menurut ketentuan perundang-undangan.

Seluruh pendapatan tersebut harus dikelola dan dilaporkan sesuai dengan ketentuan perbendaharaan negara serta peraturan terkait PNBP, dan penggunaannya harus melalui mekanisme anggaran yang disetujui Kementerian Keuangan dan Kementerian/Lembaga terkait.

Pengakuan Pendapatan dalam Perspektif Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP)

Pengakuan pendapatan merupakan aspek penting dalam akuntansi sektor publik karena memengaruhi akurasi laporan keuangan dan transparansi kinerja entitas pemerintah (Sari et al., 2023). Rumah Sakit Universitas Mataram (RS Unram), sebagai satuan kerja (satker) dari perguruan tinggi negeri, menerapkan sistem akuntansi berbasis kas menuju akrual, sesuai dengan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) yang diatur dalam PP Nomor 71 Tahun 2010.

Dalam basis kas menuju akrual, pendapatan diakui saat kas diterima, bukan saat timbulnya tagihan atau hak pendapatan (Samsu, 2013). Artinya, klaim BPJS baru dicatat sebagai pendapatan resmi setelah dana masuk ke kas negara melalui mekanisme Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP). Namun, secara akuntansi akrual, pendapatan tetap dapat disajikan dalam Laporan Operasional (LO) dan Laporan Perubahan SAL (LPSAL) saat hak atas pendapatan telah timbul, yakni setelah klaim diverifikasi dan dinyatakan layak bayar.

Berdasarkan PSAP 12, pendapatan diakui jika terdapat hak atas pendapatan dan aliran sumber daya ekonomi. Hal ini diperkuat oleh Buletin Teknis SAP Nomor 23, yang mengelompokkan pendapatan layanan kesehatan sebagai bagian dari pendapatan non-perpajakan, dan dapat diakui saat pelayanan diberikan, nilai transaksi dapat diukur secara andal, dan manfaat ekonominya dapat diyakini akan diterima.

Hal ini menyebabkan adanya perbedaan waktu pengakuan pendapatan antara basis akrual dan basis kas. Perbedaan tersebut berdampak terhadap arus kas rumah sakit dan penyajian pendapatan dalam laporan keuangan pemerintah, serta menjadi tantangan tersendiri dalam pengelolaan keuangan rumah sakit yang bukan BLUD.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang dibentuk berdasarkan UU No. 24 Tahun 2011 untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). BPJS Kesehatan merupakan transformasi dari PT Askes (Persero) yang mulai beroperasi per 1 Januari 2014, sesuai amanat UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Dasar pelaksanaan program JKN diperkuat dengan Perpres No. 82 Tahun 2018 yang telah diperbarui melalui Perpres No. 59 Tahun 2024, yang mengatur kepesertaan, pembiayaan, dan pelayanan kesehatan, termasuk pengumpulan iuran, pendaftaran peserta, serta pembayaran klaim kepada rumah sakit Fasilitas Kesehatan Rujukan Tindak Lanjut (FKRTL). BPJS Kesehatan kini juga berperan dalam digitalisasi layanan dan penguatan sistem mutu pelayanan kesehatan di Indonesia (Aminah, 2021).

Klaim Pembiayaan BPJS Kesehatan

Ariesando, (2024) menyatakan bahwa klaim BPJS Kesehatan adalah proses pengajuan tagihan biaya layanan kesehatan yang telah diberikan oleh fasilitas kesehatan kepada peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Klaim ini mengacu pada sistem Indonesia Case-Based Groups (INA-CBGs) yang telah diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dan perubahannya, yaitu Perpres Nomor 59 Tahun 2024.

Menurut BPJS Kesehatan (2024), klaim dilakukan oleh fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) setelah pelayanan diberikan, diverifikasi melalui aplikasi e-Claim, dan dinyatakan layak bayar. Jenis klaim dibedakan menjadi klaim layak, klaim pending (klaim yang tertunda karena kekurangan dokumen), dan klaim dispute (klaim yang ditolak atau dipersengketakan) (Pranayuda, 2023).

Putri & Dhamanti, (2025) menyatakan bahwa kendala dalam proses klaim, seperti keterlambatan verifikasi, dispute diagnosis, atau kekurangan berkas, dapat berdampak pada tertundanya penerimaan pendapatan rumah sakit. Kondisi ini berpengaruh terhadap arus kas dan stabilitas keuangan rumah sakit, terutama yang tergantung pada pembiayaan dari JKN.

Kerangka Konseptual



Gambar 1. Kerangka Konseptual

Dari kerangka konseptual di atas, dapat dijelaskan bahwa pendapatan atas klaim BPJS merupakan elemen penting dalam menjaga keberlanjutan operasional Rumah Sakit Universitas Mataram. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis proses pengakuan pendapatan klaim BPJS dan menilai kesesuaiannya dengan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP). Fokus utama

diarahkan pada evaluasi apakah pencatatan pendapatan telah sesuai dengan ketentuan SAP berbasis kas menuju akrual yang berlaku di entitas pemerintah.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan dan menganalisis secara sistematis serta numerik terkait proses pengakuan pendapatan atas klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Universitas Mataram. Pendekatan kuantitatif dipilih karena fokus utama penelitian adalah pada pengumpulan dan pengolahan data dalam bentuk angka, seperti jumlah pasien, nilai klaim versi rumah sakit, nilai klaim versi BPJS Kesehatan, serta selisih antara keduanya. Dengan pendekatan ini, peneliti dapat menjelaskan secara objektif bagaimana perbedaan nilai klaim memengaruhi proses pencatatan pendapatan dalam sistem keuangan rumah sakit yang berbasis kas menuju akrual.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh data klaim pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Universitas Mataram selama tahun berjalan. Adapun sampel yang diambil terbatas pada data rekapitulasi klaim rawat inap dan rawat jalan pada bulan Januari 2025. Pemilihan bulan ini dilakukan secara purposive karena pada periode tersebut data yang tersedia tergolong lengkap dan telah melalui proses pencatatan keuangan secara akrual. Penelitian ini menggunakan data sekunder yang diperoleh dari dokumen internal rumah sakit, termasuk laporan keuangan, rekapitulasi klaim BPJS, serta akses terhadap sistem e-Claim BPJS Kesehatan. Selain itu, data pendukung juga diperoleh dari hasil wawancara singkat dengan pihak keuangan rumah sakit dan tim verifikasi internal guna memperkuat pemahaman terhadap alur klaim dan penyebab perbedaan nilai klaim.

Teknik pengumpulan data dilakukan melalui studi dokumentasi terhadap laporan keuangan dan data operasional rumah sakit, khususnya yang berkaitan dengan nilai klaim pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Selanjutnya, data dianalisis secara kuantitatif dengan menghitung selisih nilai klaim versi rumah sakit dan versi BPJS, serta mengidentifikasi proporsi klaim yang berada dalam status pending dan dispute. Hasil dari analisis ini disajikan dalam bentuk tabel dan dijelaskan secara deskriptif untuk menggambarkan dampaknya terhadap pengakuan pendapatan menurut Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP). Dengan demikian, metode ini memungkinkan peneliti untuk mengkaji secara lebih terukur bagaimana praktik pengakuan pendapatan berdasarkan data klaim BPJS berjalan di lingkungan rumah sakit satuan kerja seperti RS Universitas Mataram.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Umum Rumah Sakit Universitas Mataram

Rumah Sakit Universitas Mataram (RS Unram) merupakan rumah sakit pemerintah yang berstatus Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) di bawah Kementerian Kesehatan RI. Berdiri sejak tahun 2014, RS Unram memiliki visi "*Menjadi rumah sakit pendidikan terdepan di wilayah Nusa Tenggara Barat yang unggul dalam pelayanan, pendidikan, dan penelitian kesehatan*", dengan misi memberikan pelayanan kesehatan paripurna berbasis bukti (*evidence-based*) serta mendukung pendidikan kedokteran dan kesehatan di Universitas Mataram.

Sebagai rumah sakit tipe C, RS Unram memiliki kapasitas 150 tempat tidur dan menyediakan layanan lengkap meliputi:

1. Rawat inap (kelas VIP, I, II, dan III),
2. Rawat jalan (poli spesialis dan umum),
3. Gawat darurat 24 jam,
4. Layanan penunjang (radiologi, laboratorium, farmasi), serta
5. Layanan unggulan seperti hemodialisis dan bedah minimal invasif.

Dalam perkembangannya, Rumah Sakit Universitas Mataram telah menjadi mitra BPJS Kesehatan sejak tahun 2019. Kemitraan ini merupakan bagian penting dari komitmen rumah

sakit dalam mendukung program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS). Setiap bulannya, RS Unram melayani ribuan peserta BPJS dari berbagai wilayah di NTB, mulai dari Kota Mataram hingga kabupaten-kabupaten sekitarnya.

Sebagai rumah sakit pendidikan, RS Unram tidak hanya berfokus pada pelayanan kesehatan, tetapi juga berperan aktif dalam pengembangan sumber daya manusia kesehatan. Rumah sakit ini menjadi tempat pembelajaran bagi calon dokter dari Fakultas Kedokteran Universitas Mataram, serta tempat pelatihan bagi tenaga kesehatan lainnya. Kolaborasi antara praktisi kesehatan dan akademisi ini menciptakan sinergi yang memperkaya kualitas pelayanan.

Lokasi RS Unram yang strategis di pusat Kota Mataram membuatnya mudah diakses oleh masyarakat. Arsitektur bangunannya dirancang dengan konsep ramah lingkungan dan pasien, menciptakan suasana yang nyaman bagi proses penyembuhan. Dalam beberapa tahun terakhir, RS Unram terus melakukan pembenambahan fasilitas dan peningkatan kualitas pelayanan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat yang semakin kompleks.

Sebagai bagian dari jejaring rujukan kesehatan di NTB, RS Unram menjalin kerjasama dengan berbagai puskesmas dan rumah sakit daerah. Sistem rujukan yang terintegrasi ini memungkinkan pasien mendapatkan pelayanan yang berkesinambungan sesuai dengan tingkat kebutuhannya.

Berdasarkan hasil wawancara dengan pihak administrasi klaim dan coder di BPJS menjelaskan bahwa jika klaim pending disebabkan oleh kesalahan diagnosa dari sisi medis para pasien, maka administrator akan bertindak untuk memperbaiki berdasarkan keterangan perbaikan yang dikirimkan oleh pihak BPJS Kesehatan. Jika dalam tahap perbaikan ini para administrator akan menelusuri terkait rekam medis dari para pasien, apabila terdapat resume rekam medis pasien yang kurang, maka administrator akan melakukan konfirmasi kepada dokter atau asisten dokter untuk perbaikan atau sanggahan terkait diagnosis Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) atau dokter verifikasi mengenai kasus penyakit pasien tertentu yang hanya diketahui oleh dokter dalam kelengkapan berkas-berkas dari pasien, seperti pemeriksaan lab, bukti operasi, dan lain-lainnya yang menjadi berkas pendukung untuk pengajuan klaim. Setelah melakukan verifikasi ulang mengenai berkas-berkas dari pasien, barulah dilakukan pengkodean oleh coder sesuai dengan pengkodean diagnosa yang telah ditetapkan. Setelah itu dilakukan proses pengiriman data ke BPJS Kesehatan melalui aplikasi e-claim, yang dimana berkas-berkas yang sudah ada dikirim berdasarkan jam kerja per tanggal genap untuk dilakukan verifikasi. BPJS akan menerima klaim yang diberikan oleh pihak RS untuk dilakukan verifikasi dalam waktu tujuh hari kerja. Dalam waktu tersebut pihak BPJS harus mengeluarkan Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) untuk status klaim yang sudah diajukan oleh pihak Rumah Sakit dalam bentuk surat yang berisi tentang jumlah kasus layak, pending, dan dispute.

Alur Pengajuan Klaim INA-CBGs Melalui Sistem e-Claim BPJS Kesehatan

Proses pengajuan klaim INA-CBGs di RS Universitas Mataram dilakukan secara daring melalui sistem yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, yaitu aplikasi e-Claim. Prosedur ini mencakup serangkaian tahapan yang saling berkaitan, dimulai dari pelayanan pasien, pendokumentasian medis, pengkodean, hingga proses verifikasi dan pencairan dana klaim. Seluruh rangkaian tersebut didukung oleh integrasi beberapa aplikasi digital yang mempermudah pengelolaan data klaim secara efektif dan efisien. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RS Universitas Mataram, diketahui bahwa alur pengajuan klaim INA-CBGs telah dijalankan sesuai ketentuan nasional, namun dengan beberapa penyesuaian prosedural di tingkat rumah sakit. Penyesuaian ini mencakup koreksi medis oleh dokter, penjadwalan pengiriman klaim berdasarkan tanggal genap, serta penggunaan sistem Virtual Claim PPK dalam proses pembayaran. Adapun uraian berikut ini menjelaskan secara sistematis alur

pengajuan klaim pasien BPJS yang berbasis INA-CBGs sebagaimana diterapkan di lapangan sebagai berikut:

1. Pendaftaran dan Pelayanan Pasien
Alur klaim dimulai ketika pasien datang ke rumah sakit dengan membawa Surat Eligibilitas Peserta (SEP). SEP ini dihasilkan melalui sistem bridging antara fasilitas kesehatan tingkat pertama (PCare) dan rumah sakit (melalui modul SEP INA-CBGs). Setelah itu, pasien menerima pelayanan medis, baik rawat inap maupun rawat jalan lanjutan, tergantung pada kondisi klinis yang dialami.
2. Dokumentasi Medis dan Pelayanan
Selama proses pelayanan berlangsung, semua tindakan medis, diagnosa, dan hasil penunjang wajib didokumentasikan secara sistematis dan lengkap. Dokumen-dokumen ini meliputi resume medis, catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT), hasil laboratorium dan radiologi, serta laporan tindakan operatif jika diperlukan. Dokumentasi ini menjadi dasar utama dalam proses pengajuan klaim.
3. Tahap Koreksi oleh Dokter dan Proses Coding
Sebelum data diklaim, dokumen rekam medis akan direview terlebih dahulu oleh dokter penanggung jawab pelayanan. Jika ditemukan ketidaksesuaian antara tindakan medis dan isi resume, dokter akan melakukan koreksi. Setelah proses koreksi selesai, bagian klaim rumah sakit termasuk tim coder melakukan pengkodean diagnosa (ICD-10) dan prosedur medis (ICD-9-CM), yang kemudian dimasukkan ke dalam perangkat lunak INA-CBG Grouper untuk menghasilkan kode INA-CBGs yang sesuai, beserta tarif dan tingkat keparahannya (severity level).
4. Input Data ke dalam Aplikasi e-Klaim BPJS
Setelah pengkodean selesai, data klaim mulai diinput ke dalam aplikasi e-Klaim BPJS Kesehatan. Petugas klaim memasukkan data pasien, kode diagnosa dan prosedur, serta melampirkan dokumen pendukung dalam format PDF atau JPEG. Seluruh proses ini dilakukan secara elektronik, sehingga kecepatan dan akurasi pengisian data menjadi sangat penting.
5. Verifikasi Internal dan Penjadwalan Pengiriman Klaim
Sebelum dikirim ke BPJS, data yang telah diinput akan diverifikasi oleh tim verifikasi internal rumah sakit. Mereka memeriksa kesesuaian antara isi dokumen dan klaim yang diinput, memastikan tidak ada kesalahan teknis atau substansi. RS Universitas Mataram secara rutin mengirimkan klaim ke BPJS pada tanggal-tanggal genap, mengikuti ketentuan internal manajemen klaim yang telah disepakati.
6. Pengajuan Klaim ke BPJS dan Pengiriman Berkas Fisik
Setelah dinyatakan lengkap dan sesuai, data klaim dikirim secara resmi melalui aplikasi e-Claim. Sistem secara otomatis akan mencatat nomor batch, tanggal pengajuan, serta status awal berkas. Selain pengiriman elektronik, RS juga masih diwajibkan untuk mengirimkan berkas fisik ke kantor BPJS Kesehatan sebagai bagian dari proses verifikasi lapangan.
7. Verifikasi oleh BPJS Kesehatan
Di tahap ini, BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi administratif dan verifikasi medis terhadap klaim yang diajukan. Verifikasi administratif mencakup keabsahan data peserta, SEP, dan kelengkapan berkas. Sementara itu, verifikasi medis memastikan bahwa diagnosa dan tindakan medis yang diklaim sesuai dengan clinical pathway. Jika diperlukan, BPJS juga melakukan kunjungan fisik ke rumah sakit untuk audit langsung.
8. Penetapan Status Klaim oleh BPJS
Setelah proses verifikasi selesai, BPJS akan menetapkan status klaim menjadi salah satu dari empat kemungkinan. Klaim yang lengkap dan sesuai akan diberi status layak bayar, dan langsung diproses untuk pencairan dana. Jika ada kekurangan atau kesalahan minor, klaim akan diberi status pending, yang artinya perlu direvisi. Jika ditemukan

ketidaksesuaian besar atau pelanggaran prosedur, klaim bisa dianggap tidak layak. Dalam beberapa kasus, apabila terdapat perbedaan pendapat antara RS dan verifikator, klaim akan masuk dalam status dispute dan memerlukan proses mediasi.

9. Pembayaran Dana Melalui Virtual Claim PPK

Untuk klaim yang dinyatakan layak, proses pembayaran dilakukan melalui Virtual Claim PPK, yaitu sistem transfer dana elektronik yang ditetapkan oleh BPJS. Dana akan ditransfer ke rekening rumah sakit paling lambat dalam waktu 14 hari kerja setelah verifikasi dinyatakan selesai. Untuk klaim pending, rumah sakit wajib melakukan perbaikan dan mengajukan ulang sebelum batas waktu maksimal yang umumnya ditetapkan selama 2 bulan.

Analisis Pengakuan Pendapatan Berdasarkan Data Klaim BPJS Kesehatan

Berdasarkan hasil wawancara dengan bagian keuangan dan penjaminan klaim di Rumah Sakit Universitas Mataram, serta dokumentasi resmi berupa rekapitulasi pengajuan klaim BPJS pada periode bulan Januari. Dari hasil wawancara diperoleh informasi bahwa proses pengakuan pendapatan sangat dipengaruhi oleh kelancaran proses klaim, mulai dari pengumpulan dokumen, input sistem e-Claim, hingga verifikasi oleh pihak BPJS Kesehatan.

Tim pengelola klaim menyampaikan bahwa sering kali terjadi keterlambatan pengakuan pendapatan karena sejumlah klaim harus melalui proses koreksi, klarifikasi, atau bahkan ditolak sementara akibat tidak lengkapnya dokumen pendukung. Hal ini terutama terjadi pada layanan rawat jalan yang memiliki frekuensi tinggi dan variasi kasus yang lebih kompleks dibandingkan rawat inap.

Dokumentasi yang diperoleh menunjukkan jumlah klaim yang diajukan, jumlah yang masih pending, serta tingkat persentase pending klaim berdasarkan jenis layanan. Data ini menjadi dasar dalam menilai seberapa besar pendapatan rumah sakit yang dapat langsung diakui dan seberapa besar yang tertunda, serta membantu mengevaluasi efektivitas sistem pengelolaan klaim di satuan kerja rumah sakit. Berikut adalah data rekapitulasi klaim BPJS Kesehatan RS Universitas Mataram pada bulan Januari:

Tabel 1. Data Status Klaim Bulan Januari 2025

Jenis Pelayanan	Jumlah Klaim	Jumlah Pending	Dispute	Tingkat Pending
Rawat Inap	1.960	12	0	0,61%
Rawat Jalan	2.486	517	0	20,80%
Total	4.446	529	0	-

Sumber: Data Rumah Sakit Universitas Mataram

Dari total 4.446 klaim yang diajukan pada bulan Januari, terdapat 529 klaim (11,9%) yang masih berstatus pending. Proporsi klaim pending terbesar berasal dari layanan rawat jalan (20,8%), sedangkan rawat inap relatif kecil (0,61%). Artinya, hanya sekitar 88,1% klaim yang dapat segera diproses untuk pengakuan pendapatan secara akrual maupun kas.

Tingginya klaim pending, khususnya pada layanan rawat jalan, menunjukkan adanya kendala dalam kelengkapan administrasi atau ketidaksesuaian dokumen. Klaim-klaim ini belum dapat diakui sebagai pendapatan sampai proses verifikasi selesai dan dinyatakan layak bayar oleh BPJS.

Analisis Selisih Tarif Klaim BPJS dan Rumah Sakit Universitas Mataram

Hasil rekapitulasi data pada bulan Januari 2025 menunjukkan adanya perbedaan signifikan antara total nilai klaim yang tercatat menurut BPJS Kesehatan dengan pencatatan internal oleh RS Universitas Mataram. Untuk memperjelas perbedaan tersebut, berikut disajikan data pada sebuah tabel yang memuat perbandingan jumlah pasien dan nilai klaim berdasarkan data versi BPJS Kesehatan dan versi Rumah Sakit Universitas Mataram, serta besarnya selisih yang terjadi.

Tabel 2. Rekapitulasi Selisih Tarif Klaim BPJS dan Rumah Sakit Universitas Mataram

Jenis Pelayanan	Jumlah Pasien	Nilai Klaim versi BPJS (Rp)	Nilai Klaim versi RS (Rp)	Selisih Tarif (Rp)	Keterangan
Rawat Inap	43	197.765.800	278.346.857	(80.581.057)	Selisih Negatif
Rawat Jalan	1.969	395.142.100	496.195.859	(101.053.759)	Selisih Negatif
Total	2.012	592.907.900	774.542.716	(181.634.816)	Selisih Negatif

Sumber: Data Rumah Sakit Universitas Mataram

Berdasarkan Tabel 2 di atas, terlihat bahwa terdapat selisih negatif sebesar Rp181.634.816 antara nilai klaim yang dihitung oleh Rumah Sakit Universitas Mataram dan nilai klaim yang diakui oleh BPJS Kesehatan pada bulan Januari 2025. Selisih tersebut terdiri dari dua komponen utama, yaitu Rp80.581.057 untuk pelayanan rawat inap dan Rp101.053.759 untuk pelayanan rawat jalan. Jumlah pasien yang dilayani secara keseluruhan adalah 2.012 pasien, dengan proporsi terbanyak berasal dari layanan rawat jalan.

Selisih negatif ini mencerminkan bahwa nilai klaim yang diajukan oleh RS Unram lebih tinggi dibandingkan dengan nilai klaim yang dibayarkan atau disetujui oleh BPJS. Hal ini dapat diinterpretasikan sebagai indikasi terjadinya koreksi tarif oleh BPJS, yang biasanya dilakukan akibat ketidaksesuaian dokumen klaim dengan ketentuan INA-CBGs, kesalahan dalam pengkodean diagnosis dan tindakan, incomplete claim, atau ketidaksesuaian dengan clinical pathway yang ditetapkan.

Selain itu, besarnya selisih pada layanan rawat jalan mengindikasikan bahwa kompleksitas administratif dalam pengajuan klaim lebih dominan terjadi pada jenis pelayanan ini. Hal ini sejalan dengan temuan dalam penelitian yang menunjukkan bahwa rawat jalan cenderung menghasilkan klaim dengan dokumen lebih bervariasi dan sering mengalami kekurangan, misalnya ketidaksesuaian hasil penunjang dengan diagnosa utama, ketidaktepatan entry coding, hingga keterlambatan dalam penginputan data ke dalam sistem e-Claim BPJS.

Kondisi ini mempertegas bahwa proses klaim tidak hanya berdampak terhadap pelaporan keuangan, tetapi juga terhadap ketepatan pengakuan pendapatan, terutama di lingkungan rumah sakit yang menggunakan sistem kas menuju akrual sebagaimana diatur dalam Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP). Rumah Sakit Universitas Mataram, sebagai satuan kerja pemerintah, baru dapat mencatat pendapatan secara kas setelah dana klaim diterima di rekening bendahara penerimaan melalui mekanisme PNPB. Sementara itu, secara akrual, hak tagih atas klaim hanya dapat dicatat ketika BPJS menyatakan klaim tersebut layak dibayar.

Dengan adanya selisih nilai klaim ini, maka pendapatan yang telah dicatat secara akrual berpotensi mengalami koreksi apabila klaim tersebut tidak sepenuhnya disetujui atau berstatus pending/dispute. Akibatnya, akan terjadi potensi overstatement pendapatan dalam Laporan Operasional (LO), yang apabila tidak disesuaikan, akan menurunkan kualitas dan integritas laporan keuangan rumah sakit.

Untuk itu, prosedur internal pengendalian klaim perlu diperkuat, termasuk peningkatan kualitas coding, kelengkapan dokumen, validasi diagnosa dan tindakan oleh tim medis, serta

peningkatan kapasitas sistem informasi klaim. Selain itu, rumah sakit perlu melakukan rekonsiliasi berkala antara data internal dan data BPJS guna mendeteksi lebih awal selisih nilai klaim dan segera mengambil langkah koreksi sebelum batas waktu pengajuan ulang klaim berakhir.

Selisih tarif ini bukan hanya berdampak terhadap pendapatan, tetapi juga terhadap arus kas dan keberlangsungan operasional rumah sakit. Rumah sakit tipe C seperti RS Unram sangat bergantung pada kelancaran pembayaran dari BPJS untuk mendukung biaya operasional, insentif tenaga kesehatan, pengadaan alat medis, dan pemeliharaan layanan. Oleh karena itu, efektivitas pengelolaan klaim menjadi aspek krusial dalam manajemen keuangan rumah sakit pemerintah.

Selisih nilai klaim antara perhitungan versi rumah sakit dan versi BPJS tersebut memberikan dampak yang signifikan terhadap proses pengakuan pendapatan di Rumah Sakit Universitas Mataram. Ketidaksesuaian ini tidak hanya memengaruhi estimasi pendapatan yang dapat dicatat, tetapi juga berpotensi menimbulkan koreksi atas pendapatan akrual yang telah dicatat sebelumnya. Oleh karena itu, penting untuk memahami lebih lanjut bagaimana sistem pengakuan pendapatan diterapkan di lingkungan rumah sakit pemerintah seperti RS Unram, serta bagaimana selisih klaim dan status klaim (layak, pending, atau dispute) memengaruhi proses pencatatan dan pelaporan keuangan. Penjelasan berikut menguraikan secara rinci mekanisme pengakuan pendapatan sesuai dengan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) dan implementasinya di RS Unram.

Pengakuan Pendapatan di Rumah Sakit Universitas Mataram

Pengakuan pendapatan pada entitas pemerintah seperti Rumah Sakit Universitas Mataram mengacu pada ketentuan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) berbasis kas menuju akrual. Dalam sistem ini, pendapatan baru dapat diakui secara kas apabila telah terjadi aliran sumber daya ekonomi berupa penerimaan kas ke rekening negara, yang dalam hal ini masuk melalui mekanisme Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP).

Secara akuntansi, pendapatan diakui jika aliran masuk sumber daya tersebut meningkatkan nilai ekuitas atau kekayaan bersih entitas. Jika aliran tersebut tidak meningkatkan ekuitas misalnya hanya merupakan pinjaman atau dana titipan maka tidak termasuk kategori pendapatan. Oleh karena itu, pengakuan pendapatan klaim BPJS baru dilakukan setelah proses verifikasi selesai dan dana diterima.

Namun, secara akrual dalam Laporan Operasional (LO), ketika hak atas pendapatan telah timbul (yaitu setelah klaim dinyatakan layak bayar oleh BPJS), rumah sakit dapat mencatat pendapatan meskipun belum menerima kas. Dalam hal ini, jurnal yang digunakan untuk mencatat hak tagih adalah sebagai berikut:

Piutang pendapatan jasa layanan BPJS	Rp.....
Pendapatan jasa layanan BPJS	Rp

Jurnal ini menunjukkan bahwa rumah sakit memiliki hak untuk menerima pendapatan atas jasa layanan yang telah diberikan, namun dana tersebut belum diterima secara kas. Selanjutnya, setelah dana klaim dibayarkan oleh BPJS dan diterima di kas negara melalui mekanisme PNBP, maka dilakukan pencatatan dalam Laporan Realisasi Anggaran (LRA) dengan jurnal sebagai berikut:

Kas di bendahara penerimaan	Rp.....
Piutang pendapatan jasa layanan BPJS	Rp.....

Namun demikian, berdasarkan data yang dianalisis pada bulan Januari 2025, sebanyak 11,9% dari total klaim masih berstatus pending, dan terdapat selisih negatif sebesar Rp181.634.816 antara nilai klaim versi rumah sakit dan versi BPJS. Selisih ini menunjukkan bahwa tidak seluruh klaim dapat segera dicatat sebagai pendapatan akrual, sehingga menimbulkan risiko koreksi terhadap pendapatan yang sudah tercatat jika kemudian klaim tersebut ditolak atau berstatus dispute.

Dengan demikian, proses pengakuan pendapatan sangat bergantung pada keakuratan pengajuan klaim, kelengkapan dokumen, serta hasil verifikasi dari BPJS Kesehatan. Keterlambatan atau penolakan klaim akan menunda pengakuan pendapatan baik secara kas maupun akrual, yang pada akhirnya dapat memengaruhi akurasi laporan keuangan serta stabilitas arus kas rumah sakit. Oleh karena itu, diperlukan sistem verifikasi internal yang kuat serta koordinasi lintas unit agar klaim yang diajukan sesuai dan dapat segera diakui sebagai pendapatan sah.

Pengungkapan Pendapatan di Rumah Sakit Universitas Mataram

Sebagai satuan kerja di bawah Universitas Mataram, Rumah Sakit Universitas Mataram menyusun laporan keuangannya sesuai dengan ketentuan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) berbasis kas menuju akrual. Pengungkapan pendapatan dilakukan dengan menyajikan rincian per jenis pendapatan, yang dijelaskan lebih lanjut dalam Catatan atas Laporan Keuangan (CALK). Informasi yang diungkapkan mencakup kebijakan akuntansi yang digunakan, dasar pengakuan pendapatan, dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, termasuk mekanisme verifikasi klaim dari BPJS Kesehatan.

Dalam Laporan Realisasi Anggaran (LRA), pendapatan diklasifikasikan berdasarkan jenis sumber penerimaan. Pendapatan utama RS Unram terdiri dari pendapatan jasa layanan, pendapatan sewa, pendapatan dari APBN yang tercatat sebagai PNPB, pendapatan hibah, serta pendapatan lain-lain. Pendapatan jasa layanan mencakup penerimaan dari pasien JKN/BPJS yang diakui setelah adanya berita acara verifikasi dari BPJS, pasien umum, serta pasien tidak mampu yang dilayani dengan subsidi silang atau dukungan pemerintah. Pendapatan sewa mencakup hasil dari pemanfaatan aset rumah sakit seperti sewa ruang praktik dokter luar atau kerja sama pemanfaatan peralatan medis. Pendapatan dari APBN diperoleh melalui skema PNPB atas jasa layanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat. Adapun pendapatan hibah dapat berasal dari hibah tunai maupun barang, yang umumnya diterima dari Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan, atau institusi donor lainnya. Pendapatan lain-lain mencakup berbagai penerimaan sah yang tidak termasuk dalam kategori sebelumnya, seperti denda keterlambatan pembayaran, administrasi kerja sama pendidikan, atau pelatihan.

Sementara itu, dalam Laporan Operasional (LO), klasifikasi pendapatan mengacu pada sifat ekonomi dari transaksi. Pendapatan jasa layanan tetap menjadi komponen utama dan meliputi pendapatan dari pasien JKN/BPJS, pasien umum, dan hasil kerja sama dengan pihak ketiga. Selain itu, pendapatan hibah dari APBN dicatat sebagai pendapatan operasional, baik dalam bentuk hibah tunai maupun barang. Rumah sakit juga memperoleh pendapatan dari kerja sama non-layanan seperti sewa ruang dan kolaborasi penelitian atau pelatihan. Pendapatan dari APBN yang tidak bersifat hibah dicatat sebagai alokasi belanja seperti Uang Persediaan (UP), Ganti Uang (GU), Tambahan Uang (TU), serta mekanisme pembayaran langsung (LS). Terakhir, terdapat pendapatan lain-lain yang sah dan relevan sesuai dengan ketentuan PNPB, termasuk denda, administrasi, dan jasa lainnya yang tidak dikategorikan secara khusus.

Dengan pengungkapan ini, laporan keuangan RS Unram diharapkan dapat memberikan gambaran yang transparan, akuntabel, dan sesuai dengan regulasi pemerintah, serta mendukung pengelolaan keuangan yang lebih efektif dan efisien, terutama dalam menghadapi kompleksitas pengelolaan dana dari berbagai sumber seperti BPJS, APBN, dan hibah.

Kesesuaian Pengakuan Pendapatan Rumah Sakit Universitas Mataram dengan Standar Akuntansi Pemerintah (SAP)

Proses pengakuan pendapatan di Rumah Sakit Universitas Mataram mengacu pada ketentuan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 71 Tahun 2010, yang menganut basis kas menuju akrual. Sebagai entitas satuan kerja (Satker) di bawah Universitas Mataram, RS Unram tunduk pada ketentuan akuntansi sektor publik dan tidak memiliki fleksibilitas keuangan seperti rumah sakit yang berstatus Badan Layanan Umum (BLU). Oleh karena itu, proses pengakuan pendapatan di RS Unram harus mencerminkan prinsip-prinsip SAP secara ketat.

Dalam basis kas menuju akrual, pendapatan dari klaim BPJS Kesehatan baru diakui secara kas apabila dana telah diterima dan disetorkan ke kas negara melalui mekanisme Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP). Namun, dalam Laporan Operasional (LO), pendapatan dapat diakui secara akrual pada saat timbulnya hak tagih, yakni ketika klaim telah diverifikasi dan dinyatakan layak bayar oleh BPJS Kesehatan.

Hal ini telah diterapkan di RS Universitas Mataram sebagaimana tercermin dari proses pencatatan pendapatan berdasarkan dokumen yang diperoleh peneliti. Hasil wawancara dan observasi menunjukkan bahwa:

1. Setelah klaim dinyatakan layak oleh BPJS, tim keuangan RS Unram melakukan pencatatan hak tagih sebagai piutang pendapatan, yang selanjutnya diakui sebagai pendapatan akrual dalam LO.
2. Setelah dana klaim dibayarkan oleh BPJS dan diterima di rekening bendahara penerimaan, pendapatan tersebut dicatat sebagai realisasi pendapatan kas dalam Laporan Realisasi Anggaran (LRA) melalui jurnal kas masuk dan pengurangan piutang.

Dengan demikian, secara konseptual dan teknis, proses pengakuan pendapatan di RS Unram telah sesuai dengan prinsip-prinsip dalam SAP, termasuk ketentuan dalam PSAP 12 dan Buletin Teknis SAP Nomor 23, yang menyatakan bahwa pendapatan dapat diakui jika terdapat hak atas pendapatan dan manfaat ekonominya diyakini akan diterima secara andal.

Namun demikian, hasil penelitian ini juga menemukan bahwa tantangan administratif dan teknis seperti keterlambatan verifikasi dokumen, kesalahan pengkodean medis, dan incomplete claim menyebabkan keterlambatan dalam pengakuan pendapatan. Hal ini berdampak pada adanya gap waktu antara pelayanan kesehatan yang diberikan dan saat pendapatan dapat dicatat, baik secara akrual maupun kas.

Secara umum, meskipun tantangan ini masih ditemukan dalam praktik, kerangka pengakuan yang diterapkan oleh RS Unram telah sejalan dengan kerangka regulasi pemerintah, hanya saja implementasinya masih membutuhkan peningkatan koordinasi antarunit dan penguatan sistem klaim berbasis teknologi informasi agar lebih efektif dan efisien.

Dampak Status Satker terhadap Pengakuan Pendapatan dan Arus Kas

Sebagai satker, RS Unram menggunakan basis kas menuju akrual. Artinya, pendapatan baru diakui saat kas diterima, bukan saat hak tagih timbul. Hal ini berbeda dengan rumah sakit BLUD, yang menggunakan PSAP 13 dan dapat mengakui pendapatan saat klaim dinyatakan layak oleh BPJS.

Tabel. 3 Membandingkan Pengakuan Pendapatan Berdasarkan Status Hukum Rumah Sakit

Aspek	Rs Unram (Satuan Kerja)	Rumah Sakit BLUD
Basis Akuntansi	Kas menuju akrual (SAP)	Akrual penuh (PSAP 13)
Pengakuan Pendapatan	Saat kas diterima	Saat hak tertagih muncul
Pengaruh Terhadap Kas	Ketertagihan tinggi pada pencairan dana	Lebih fleksibel dan sesuai keadaan riil

Sumber: Data Studi Literatur

Dampaknya, RS Unram mengalami tekanan arus kas, terutama pada bulan berjalan ketika klaim pending belum dibayarkan. Wawancara dengan bagian keuangan mengungkapkan bahwa beberapa pembayaran vendor obat dan bahan medis bisa tertunda karena tertahannya pencairan klaim BPJS rawat jalan.

Selain itu, perbedaan sistem akuntansi ini juga mempengaruhi rasio-rasio keuangan rumah sakit. Misalnya, rasio lancar dan likuiditas bisa tampak tinggi karena piutang bertambah, padahal kas aktual tidak tersedia. Ketimpangan ini dapat menyesatkan pengambilan keputusan manajerial dan berimplikasi pada efisiensi operasional rumah sakit.

Rekomendasi untuk Optimalisasi Pengakuan Pendapatan Klaim BPJS pada Rumah Sakit Universitas Mataram sebagai Satuan Kerja Pemerintah

Berdasarkan hasil pembahasan dan temuan penelitian, terdapat sejumlah persoalan utama seperti tingginya klaim pending, keterlambatan verifikasi internal, kesalahan pengkodean, serta keterbatasan sistem informasi dan fleksibilitas kelembagaan. Untuk itu, berikut disampaikan beberapa rekomendasi yang dapat diterapkan oleh manajemen rumah sakit dan pemangku kepentingan terkait:

1. **Peningkatan Kompetensi Sumber Daya Manusia**
Diperlukan pelatihan teknis berkala bagi tim klaim, rekam medis, dan tenaga medis terkait prosedur pengisian dokumen, pengkodean diagnosa (ICD-10) dan prosedur medis (ICD-9-CM), serta regulasi BPJS terbaru. SDM yang kompeten akan meminimalisir kesalahan dokumen dan mempercepat proses klaim yang layak.
2. **Penguatan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)**
Integrasi antara SIMRS dengan sistem e-Claim BPJS harus ditingkatkan. Proses input data klaim sebaiknya dilakukan secara otomatis dan real-time, sehingga mengurangi risiko human error dan mempercepat pengiriman klaim. Pengembangan dashboard pemantauan klaim digital juga penting untuk membantu tim memantau status klaim (layak, pending, dispute) secara efisien.
3. **Perbaikan Prosedur Verifikasi Internal**
Manajemen rumah sakit perlu membentuk tim verifikasi internal lintas unit dengan SOP yang ketat untuk memastikan semua dokumen klaim lengkap dan sesuai sebelum diajukan ke BPJS. Hal ini akan membantu menekan jumlah klaim pending dan mencegah dispute.
4. **Evaluasi dan Penguatan Kebijakan Internal**
Perlu ada peninjauan ulang terhadap alur pengajuan klaim, jadwal koreksi dokter, serta pengaturan sistem antrian pengiriman berkas ke BPJS. Kebijakan internal yang lebih adaptif dan efisien dapat mempercepat proses dari tahap layanan hingga pencairan klaim.
5. **Peningkatan Koordinasi Antardepartemen**
Dibutuhkan sistem komunikasi terpadu antara unit pelayanan, rekam medis, tim coder, bagian keuangan, dan penjaminan klaim. Koordinasi ini penting untuk memastikan tidak ada jeda waktu dalam pengolahan data klaim hingga tahap pencatatan pendapatan.

6. Pengawasan dan Audit Internal Pengelolaan Klaim

Penting untuk membentuk tim audit internal berkala yang fokus pada ketepatan dokumentasi klaim, efektivitas pengakuan pendapatan, serta pengendalian piutang dari klaim yang tertunda. Dengan pengawasan yang sistematis, risiko kehilangan potensi pendapatan akibat klaim hangus dapat dikurangi.

Dengan diterapkannya rekomendasi ini, diharapkan proses pengakuan pendapatan klaim BPJS di Rumah Sakit Universitas Mataram dapat berjalan lebih efektif, efisien, dan akuntabel sesuai dengan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP). Optimalisasi pada aspek teknis, kelembagaan, dan sumber daya manusia tidak hanya akan mempercepat proses pencatatan pendapatan, tetapi juga memperkuat stabilitas keuangan rumah sakit dalam jangka panjang. Selain itu, kajian lebih lanjut mengenai transformasi kelembagaan menuju BLUD menjadi strategi penting untuk memperluas ruang fiskal dan meningkatkan kemandirian pengelolaan keuangan rumah sakit pemerintah di era jaminan kesehatan nasional yang semakin kompleks.

KESIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa proses pengakuan pendapatan atas klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Universitas Mataram telah dilaksanakan sesuai dengan prinsip-prinsip Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) berbasis kas menuju akrual. Secara konseptual, pendapatan diakui secara akrual ketika hak tagih muncul, dan secara kas saat dana diterima oleh negara melalui mekanisme yang berlaku. Namun dalam praktiknya, proses ini belum sepenuhnya berjalan optimal karena adanya hambatan administratif dan teknis yang cukup signifikan. Kendala seperti keterlambatan verifikasi klaim, ketidaksesuaian pengkodean medis, dan belum terintegrasinya sistem informasi manajemen menjadi faktor yang menghambat kelancaran pencatatan pendapatan. Selain itu, status rumah sakit sebagai satuan kerja pemerintah turut membatasi fleksibilitas pengelolaan keuangan. Oleh karena itu, perbaikan sistem internal, peningkatan kompetensi sumber daya manusia, dan penguatan teknologi informasi menjadi langkah strategis yang diperlukan. Optimalisasi proses ini tidak hanya akan meningkatkan akurasi pelaporan keuangan, tetapi juga mendukung kesinambungan pelayanan kesehatan dan efisiensi pengelolaan rumah sakit pemerintah di tengah kompleksitas pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional.

REFERENSI

- Ais, P. L. R., & Akhirruddin, A. (2024). Analisis Pending Claim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Rawat Jalan pada Rumah Sakit Petrokimia Gresik. *MES Management Journal*, 3(3). <https://doi.org/10.56709/mesman.v3i3.615>
- Ambarwati, W. (2021). Pembiayaan Pasien COVID-19 dan Dampak Keuangan terhadap Rumah Sakit yang Melayani Pasien COVID-19 di Indonesia Analisis Periode Maret 2020 – Desember 2020. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 6(1). <https://doi.org/10.7454/eki.v6i1.4881>
- Aminah, S., Khodijah Parinduri, S., & Dwimawati, E. (2021). Analisis penyebab pengembalian berkas klaim pasien badan penyelenggara jaminan sosial (bpjs) kesehatan pada layanan rawat jalan tingkat lanjut (rjtl) di rumah sakit paru dr. M. Goenawan partowidigdo tahun 2019. *Promotor*, 4(5), 447–457. <https://doi.org/10.32832/pro.v4i5.5657>
- Ariesando, M. A., Kodyat, A. G., Himawaty, S., & Andriwinarsih, E. (2024). Analisa Faktor Penyebab Dispute Pada Berkas Klaim Rawat Inap Pasien COVID-19 di RS Mekar Sari Tahun 2021. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSII)*, 8(4), 415–420. <https://doi.org/10.52643/marsi.v8i4.5315>

- Handayani, H., Wahyudi, B., & Mulyani, K. (2024). Analisis Penyebab Pending Klaim Pasien BPJS Rawat Inap dalam Rangka Mengoptimalkan Pendapatan di RSUD Banten. *Action Research Literate*, 8(12), 3512–3529. <https://doi.org/10.46799/ar1.v8i12.2532>
- Haryono, G. (n.d.). *Akibat Keterlambatan Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan Terhadap Mutu Pelayanan Rumah Sakit Awal Bros Pekanbaru*.
- Kusuma Rahayu, A. A., Ikawati, F. R., & Afifah, L. (2025). Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit X Kota Malang Tahun 2024. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, 15(1), 74–83. <https://doi.org/10.52643/jbik.v15i1.5785>
- Mahardika, I. D. G. D. P. (2021). Analisis studi peristiwa penyebaran covid-19 terhadap harga saham yang terdaftar di bursa efek indonesia. *Abis: accounting and business information systems journal*, 9(3). <https://doi.org/10.22146/abis.v9i3.65948>
- Monika Shanty Ista Purta, Nur Fitriyah, & Adhitya Bayu Suryantara. (2022). Analisis pengakuan, pengukuran dan pengungkapan pendapatan pada rumah sakit umum daerah kota mataram. *Jurnal riset mahasiswa akuntansi*, 2(1), 29–42. <https://doi.org/10.29303/risma.v2i1.183>
- Mukaromah, S., & Wahab, S. (2024). Analisis penyebab pending klaim bpjs rawat jalan guna menunjang kelancaran pembayaran pelayanan kesehatan di rsud kota bandung. *Prepotif: jurnal kesehatan masyarakat*, 8(2), 2876–2883. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v8i2.28764>
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020*. (n.d.).
- Pranayuda, B., Haryanti, I., Utomo, Y., & Madiistriyatno, H. (2023). Analisis Penyebab Pending Klaim Pasien BPJS Kesehatan dalam Pengajuan Klaim di Rumah Sakit Umum Persahabatan. *Blantika: Multidisciplinary Journal*, 1(4), 305–313. <https://doi.org/10.57096/blantika.v1i4.44>
- Putri, F. A., & Dhamanti, I. (2025). *Analisis faktor penyebab pending klaim bpjs kesehatan pasien rawat inap di rumah sakit : studi literatur*. 6.
- Ramadhania, S., & Novianty, I. (2020). *Pengaruh Kompetensi Sumber Daya Manusia terhadap Peningkatan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah*.
- Samsu, S. (2013). *Analisis pengakuan dan pengukuran pendapatan berdasarkan psak no. 23 pada pt. Misa utara manado*.
- Sari, i. P. P., yulianis, f., & aini, r. (2023). Analisis pengakuan pendapatan klaim asuransi kesehatan berdasarkan psak 23 pada rumah sakit umum (rsu) 'aisyiyah padang. *Jurnal menara ekonomi : penelitian dan Kajian Ilmiah Bidang Ekonomi*, 9(2). <https://doi.org/10.31869/me.v9i2.4855>
- Talkah, I. K., Asiani, G., & Zaman, C. (2025). *Analisis pengajuan klaim badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan di rumah sakit*. 10.
- Thiono, A. L., Tinangon, J. J., & Datu, C. V. (2025). *Analysis of recognition, measurement, recording and presentation of revenue at the regional general hospital of banggai laut*.