

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kesehatan merupakan kebutuhan pokok bagi setiap orang. Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia tahun 1945 pasal 28H dan pasal 34, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan dan berhak atas jaminan sosial termasuk masyarakat miskin. Dalam kebijakan tersebut yang diturunkan dalam peraturan kesehatan, setiap penduduk diwajibkan memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan menyeluruh dan bermutu untuk dapat melangsungkan hidup dan kehidupan melalui sebuah jaminan kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya serta mewujudkan kesehatan nasional. Realisasi terhadap hak tersebut diwujudkan dengan adanya program Jaminan Kesehatan Nasional/JKN bagi seluruh rakyat Indonesia (Yudiana & Lila, 2021).

Perancangan skema penjaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat tersebut juga tidak lepas dari agenda Pemerintah Indonesia. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia untuk dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera (Jaminan Kesehatan Nasional, 2016). Terkait hal tersebut, Pemerintah Indonesia telah membentuk sebuah badan hukum publik untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan yang selanjutnya disebut dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang tertuang dalam (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011). Jaminan kesehatan dipahami sebagai sebuah jaminan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar seluruh rakyat Indonesia memperoleh manfaat pemeliharaan

kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Undang-Undang Republik Indonesia No 40 Tahun 2004).

BPJS Kesehatan merupakan badan hukum resmi yang menjamin penyelenggaraan jaminan sosial kesehatan untuk seluruh masyarakat Indonesia agar sistem jaminan sosial dapat dilaksanakan dengan baik. Penyelenggaraan jaminan kesehatan merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh sesuai dengan kebutuhan medik dan mengikuti standar pelayanan medik (BPJS Kesehatan, 2020) . Pelayanan kesehatan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan dalam menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat (Amran, 2023). Rumah sakit berhak menerima pembayaran klaim atas pelayanan yang diberikan kepada peserta, dan BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran klaim kepada faskes atau PPK (Permenkes RI No 28 Tahun 2014). Menurut Undang-undang Nomor 04 dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, setiap warga negara Indonesia dan warga asing yang sudah berdiam atau menetap di Indonesia selama Tahun 20 minimal enam bulan wajib menjadi anggota Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan sudah ada sejak 1 Januari 2014. BPJS menawarkan beberapa program, termasuk jaminan kesehatan Nasional (JKN). JKN dikelola melalui system asuransi, dimana warga membayar sejumlah biaya untuk menabung guna membayar tagihan medis di masa mendatang.

Dalam Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional/SJSN bahwa sistem Jaminan Kesehatan Nasional/JKN merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib. Sistem Jaminan Sosial Nasional ini bertujuan untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan bagi yang telah membayar iuran, atau iuran yang dibayarkan oleh pemerintah kepada Badan

Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan/BPJS Kesehatan (Pratama *et al.*, 2023). Program Jaminan Kesehatan Nasional/JKN secara resmi dijalankan oleh pemerintah Indonesia mulai 1 Januari 2014. Program JKN ini diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang diatur dalam Undang-undang No. 24 tahun 2011. Tujuan diselenggarakan program JKN ini adalah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak. Pelayanan kesehatan pada program JKN ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah (Noviatri, L.W. & Sugeng, 2016). Upaya pelayanan kesehatan diselenggarakan oleh fasilitas kesehatan, salah satunya rumah sakit.

Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut sebagai komponen pendukung terlaksannya program jaminan kesehatan nasional yang dikelola BPJS. Salah satu tugas BPJS adalah membayarkan manfaat dan atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial, dengan begitu rumah sakit yang telah memberikan pelayanan kesehatan akan mendapatkan imbalan jasa yang diberikan berupa tagihan atau klaim kepada BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan dalam pembayaran klaim menerapkan tarif paket diagnosis berdasarkan Sistem Indonesian Case Base Groups atau INA-CBGs. Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnosa merujuk pada ICD 10 atau ICD 9 CM yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), Surat Eligibilitas Peserta (SEP), dan beberapa bukti penunjang untuk kasus-kasus tertentu (Emilia Yuli Restiana Putri dkk, 2022).

Rumah sakit memiliki misi memberikan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau bagi masyarakat guna meningkatkan derajat kesehatan secara keseluruhan selain itu, rumah sakit juga bertanggungjawab dalam penyelenggaraan layanan kesehatan yang efektif dan efisien, dengan mengutamakan proses penyembuhan serta pemulihan pasien. Pelayanan tersebut dilakukan secara tepat, harmonis, serta terintegritas untuk

memastikan optimalisasi hasil kesehatan bagi masyarakat. Pasien merupakan indikator kepuasan pertama dari standar suatu rumah sakit dan suatu ukuran mutu pelayanandan kualitas pelayanan suatu rumah sakit. Apabila kepuasan pasien yang rendah akan berpengaruh terhadap jumlah kunjungan dirumah sakit, termasuk bagaimana sikap karyawan terhadap pasien juga akan berdampak terhadap kepuasan pasien dimana kebutuhan pasien dari waktu ke waktu akan meningkat, begitu pula tuntutan nya akan mutu pelayanan yang diberikan. Seperti sebuah perusahaan, manajemen rumah sakit harus dapat menetapkan sasaran secara keseluruhan yang akan dicapai sesuai dengan yang diharapkan dengan melakukan perencanaan dan pengendalian yang dapat memberikan manfaat bagi perusahaan. Rumah Sakit memerlukan sistem penyimpanan dan pengolahan data sangat dibutuhkan bagi rumah sakit untuk mendukung operasionalnya secara efisien dan efektif. Keberadaan sistem informasi akuntansi diharapkan dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas kerja, sekaligus memperkuat pengendalian internal terhadap keakuratan pencatatan pendapatan rumah sakit. Sistem informasi akuntansi dapat diterapkan melalui mekanime manual yang menggambarkan alur data maupun melalui sistem komputer. Selain itu sistem akuntansi juga merupakan sistem informasi organisasi yang sangat penting, mengubah cara merangkap, mencatat, memproses, menyimpan dan mendistribusikan atau menyebarkan informasi keuangan secara terstruktur dan akurat (Melani Karmilawati dkk, 2025).

Kegiatan pelayanan Rumah sakit yang diberikan kepada masyarakat antara lain kegiatan promotif, kuratif, preventif dan rehabilitasi. Dimana setiap Rumah sakit selalu berupaya memberi pelayanan kesehatan yang terbaik kepada pasien. Untuk mencapai hal tersebut maka pengambilan keputusan pada Rumah sakit memerlukan informasi yang akurat, tepat waktu, dapat dipercaya, masuk akal dan mudah dimengerti dalam berbagai keperluan pengelolaan Rumah sakit. Hal untuk mencapai informasi yang akurat maka dibutuhkan pencatatan yang jelas pula. Kegiatan pencatatan merupakan salah satu bentuk yang tercantum di dalam uraian

tugas pada unit instalasi rekam medis (Depkes RI, 2006). Adapun tempat dan pengelolaan data pencatatan medis terdiri dari tempat pendaftaran pasien rawat jalan (TPP RJ), unit rawat jalan (URJ), tempat pendaftaran pasien rawat inap (TPPRI), unit rawat inap (URT), unit gawat darurat (UGD) instalasi pemeriksaan penunjang (IPP), assembling, filling dan indeksing serta analising dan reporting. Inilah tempat pencatatan dalam rumah sakit yang dapat menunjang kualitas dari informasi laporan keuangan rumah sakit. Sebagaimana kualitas sebuah laporan keuangan dapat diperoleh ketika pencatatan suatu transaksi dicatat sesuai dengan kejadian sebenarnya (Sulvariany Tamburaka, dkk, 2024).

Akuntansi Rumah sakit yang merupakan salah satu kegiatan dari manajemen keuangan yang merupakan salah satu sasaran pertama yang harus diperbaiki agar dapat memberikan data atau informasi yang akan mendukung para manajer Rumah sakit dalam pengambilan keputusan maupun pengamatan serta pengendalian kegiatan Rumah sakit. Berbagai masalah yang terjadi di internal Rumah sakit adalah kualitas pelayanan dan kualitas informasi yang terkandung dalam laporan keuangan belum mudah dipahami dan kurang relevan serta kurangnya daya banding dalam laporan keuangan (Sulvariany Tamburaka, dkk, 2024).

Perkembangan teknologi dalam bidang kesehatan dan meningkatnya kompetensi dibidang pelayanan kesehatan. Rumah sakit dituntut agar dapat mengembangkan usaha, meningkatkan mutu pelayanan dengan memperdayakan sumber daya secara efektif dan efisien. Dalam waktu akhir-akhir ini pemerintah mengeluarkan program pelayanan kesehatan gratis yang diberi nama BPJS sebagai badan penyelenggara jaminan kesehatan kepada masyarakat. Untuk mensukseskan program pemerintah maka diharapkan agar ada hubungan kerja sama antara BPJS dengan Rumah sakit sehingga pelayanan kesehatan kepada masyarakat umum dapat terealisasi dengan mutu yang jelas. Hubungan kerja sama antara BPJS dengan Rumah sakit harus ditopang dengan pengelolaan sumber dana yang jelas. Untuk mengetahui bahwa suatu rumah sakit itu bermutu atau tidak hal yang dilihat adalah dari segi pelayanan dan pelaporan keuangan (Tamburaka, dkk, 2024).

Agar kegiatan berjalan dengan efektif dan efisien, Rumah Sakit memerlukan suatu sistem pengolahan data informasi yang mendukungnya. Dengan sistem informasi akuntansi yang memadai diharapkan akan meningkatkan efektifitas dan efisiensi kerja yang pada akhirnya akan meningkatkan pengendalian intern pada pendapatan Rumah Sakit. Sistem informasi akuntansi melakukan hal tersebut entah dengan sistem manual atau melalui sistem terkomputerisasi. Sistem Informasi Akuntansi juga merupakan sistem yang dapat mengumpulkan, mencatat, menyimpan, dan memproses data untuk menghasilkan informasi bagi para pembuat keputusan (Romney & Steinbart, 2020).

Tamburaka, Purnaman, dkk (2024) dalam penelitiannya di Rumah Sakit Umum Daerah Kendari, menunjukkan hasil penelitiannya bahwa sistem pembayaran asuransi kesehatan BPJS di rumah sakit umum daerah kota kendari menggunakan sistem INA-CBGs, sistem ini rumah sakit dibayar dengan tarif yang sama berdasarkan diagnosa/kasus pasien dengan kata lain cepat ataupun lama pasien dirawat pembayarannya akan sama berdasarkan paket diagnosa/kasus pasien. Sistem ini mendorong perhitungan tarif pelayanan yang lebih objektif yang didasarkan atas biaya yang sebenarnya selain itu dapat meningkatkan mutu dan efisiensi rumah sakit dalam meminimalisir tindakan-tindakan yang tidak perlu dilakukan oleh pasien. Di lain sisi sistem ini membuat keuangan rumah sakit mengalami kerugian akibat dari pembayaran klaim yang diajukan oleh pihak rumah sakit kepada BPJS tidak semua terbayarkan, hal ini dikarenakan BPJS membayar rumah sakit berdasarkan paket diagnosa/kasus pasien.

Berdasarkan hasil dari penelitian wawancara dengan salah satu pejabat di Rumah Sakit Umum Daerah Bengkalis yang merupakan kepala Instalasi Jaminan Pembiayaan (IJP) menyampaikan bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Bengkalis seiring dengan implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Bengkalis, fenomena yang terjadi yaitu terjadinya perubahan signifikan dalam sistem pembayaran jasa

pelayanan kesehatan di rumah sakit. Salah satu perubahan utama adalah penggunaan sistem pembayaran berbasis paket Indonesia *Case Based Groups* (INA-CBGs) yang menggantikan sistem pembayaran yang lama yaitu *fee for service*. Dalam sistem baru ini rumah sakit dibayar dengan tarif yang sama berdasarkan diagnosa/kasus pasien. Dengan hal ini pasien yang dirawat di rumah sakit tersebut cepat atau lamanya dirawat rumah sakit tetap dibayar dengan tarif yang sama, dengan begitu keuangan rumah sakit mengalami kerugian yang besar atau mengalami defisit, karna biaya yang dikeluarkannya untuk mengobati pasien lebih besar dibandingkan dengan biaya yang di berikan oleh BPJS.

Selanjutnya, perbedaan mekanisme pencatatan pendapatan antara klaim BPJS dan pasien umum, di mana pendapatan dari BPJS diakui secara akrual sebagai piutang saat klaim diajukan, sementara pendapatan pasien umum dicatat saat kas diterima. Permasalahan semakin kompleks karena tidak semua klaim BPJS dapat dibayar penuh akibat risiko penolakan atau pengurangan klaim oleh BPJS, sehingga menimbulkan piutang tak tertagih yang harus disesuaikan dalam laporan keuangan dan menjadi beban keuangan rumah sakit. Selain itu, keterlambatan pembayaran dari BPJS menyebabkan piutang klaim menumpuk dan mengganggu arus kas RSUD Bengkalis, sehingga diperlukan sistem pencatatan, verifikasi, dan penagihan yang akurat dan sesuai dengan standar akuntansi pemerintah agar laporan keuangan tetap transparan, akuntabel, dan dapat dipertanggungjawabkan .

Proses klaim dan pencairan dana BPJS di RSUD Bengkalis juga menghadapi berbagai kendala yang cukup kompleks, mulai dari masalah administrasi rujukan yang sering tidak sesuai dengan ketentuan sehingga klaim tidak dapat diproses oleh BPJS, keterlambatan pembayaran klaim yang berdampak pada keuangan rumah sakit, hingga pembayaran klaim yang tidak sesuai dengan jumlah tagihan yang diajukan. Selain itu, koordinasi antara Puskesmas sebagai pihak yang sering membuat rujukan dengan RSUD Bengkalis masih memerlukan kesepahaman yang lebih baik untuk memperlancar proses klaim dan pelayanan pasien. Faktor teknis

seperti kelengkapan administrasi berkas klaim dan sistem informasi yang belum sepenuhnya terintegrasi juga memperlambat proses pencairan dana. Kondisi ini menuntut upaya perbaikan manajemen piutang dan koordinasi antar stakeholder agar pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS di RSUD Bengkalis dapat berjalan optimal tanpa hambatan finansial yang berarti (Sumber: wawancara awal dengan pihak IJP RSUD Bengkalis).

Sehubungan dengan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan mengambil judul **“Analisis Akuntansi Pendapatan Rumah Sakit Melalui Pembayaran Asuransi Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial”**.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan pada uraian latar belakang masalah diatas, maka perumusan masalah dalam penelitian ini, yaitu:

1. Bagaimana sistem pembayaran asuransi kesehatan BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah Bengkalis?
2. Bagaimana laporan keuangan BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah Bengkalis berdasarkan PSAP 13?
3. Bagaimana efektifitas klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah Bengkalis ?

1.3. Batasan Masalah

Penelitian ini dibatasi hanya berfokus pada akuntansi pendapatan rumah sakit melalui pembayaran asuransi kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Rumah Sakit Umum Daerah Bengkalis Bengkalis (RSUD Bengkalis), di luar itu tidak dijadikan objek atau subjek dalam penelitian ini.

1.4. Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang masalah dan rumusan masalah diatas, maka tujuan penelitian yang ingin dicapai adalah:

1. Untuk mengetahui sistem pembayaran asuransi kesehatan BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah Bengkalis.
2. Untuk mengetahui bentuk laporan keuangan BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah Bengkalis berdasarkan PSAP.
3. Untuk mengetahui efektifitas klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah Bengkalis.

1.5. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini yaitu sebagai berikut:

1. Bagi Penulis

Untuk menambah pengetahuan dan wawasan mengenai analisis akuntansi pendapatan rumah sakit melalui pembayaran asuransi kesehatan BPJS pada Rumah Sakit Umum Daerah Bengkalis (RSUD Bengkalis).

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini di harapkan menjadi tambahan wawasan dan menjadi sumber referensi untuk pengembangan penelitian selanjutnya terutama yang berkaitan dengan analisis akuntansi pendapatan rumah sakit melalui pembayaran asuransi kesehatan BPJS pada Rumah Sakit Umum Daerah Bengkalis (RSUD Bengkalis).

3. Bagi Pihak Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan sebagai bahan masukan atau informasi tambahan bagi pihak Rumah Sakit Umum Daerah Bengkalis, pihak-pihak yang berkepentingan dan dapat menjadi bahan pertimbangan untuk menetapkan kebijakan rumah sakit mengenai akuntansi pendapatan rumah sakit melalui pembayaran asuransi kesehatan BPJS.

1.6. Sistematika Penulisan

Untuk mempermudah dalam memahami proposal skripsi, maka penulis memaparkan sistematika penulisan proposal, adapun sistematika penulisan dibagi menjadi 5 (lima) bab, adalah sebagai berikut:

BAB 1: PENDAHULUAN

Bab ini menguraikan latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, batasan masalah, manfaat penelitian dan sistematika penelitian.

BAB 2: TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan tinjauan pustaka dan penjelasan landasan teori pendukung yang berkaitan dengan topik penelitian yang akan digunakan sebagai acuan dalam melakukan pembahasan masalah.

BAB 3: METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini menjelaskan tentang lokasi dan waktu penelitian, objek penelitian, jenis dan sumber data, teknik pengambilan sampel, teknik pengumpulan data, teknik pengolahan data, metode analisis data, jenis penelitian dan definisi konsep dan operasional.

BAB 4: DESKRIPSI HASIL DAN PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan penejelasan gambaran umum mengenai Analisis Akuntansi Pendapatan Rumah Sakit Melalui Pembayaran Asuransi Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

BAB 5: PENUTUP

Pada bab ini berisi tentang kesimpulan penelitian dan saran.