

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Penelitian

Program Jaminan Kesehatan Nasional menempatkan BPJS Kesehatan sebagai pihak yang memiliki peran penting dalam pembiayaan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Pelaksanaan program tersebut berlangsung dalam lingkungan kebijakan yang dinamis, sehingga rumah sakit perlu menyesuaikan proses pelayanan, administrasi, dan pengajuan klaim dengan ketentuan yang berlaku. Perubahan ketentuan tersebut menjadi penting bagi rumah sakit karena dapat memengaruhi kelengkapan dokumen, proses verifikasi, waktu penyelesaian klaim, serta penerimaan pembayaran atas pelayanan yang telah diberikan.

Proses klaim BPJS tidak lagi dapat dipandang hanya sebagai pekerjaan administratif setelah pelayanan selesai diberikan, melainkan sebagai mekanisme yang menentukan kapan pendapatan layanan dapat direalisasikan menjadi penerimaan kas yang benar-benar tersedia untuk menopang operasional rumah sakit. Oleh karena itu, ketika klaim berada dalam status *pending*, dampaknya tidak hanya dirasakan pada unit klaim, tetapi juga pada kemampuan rumah sakit dalam membiayai pelayanan, memenuhi kewajiban jangka pendek, dan mempertahankan kesinambungan layanan kesehatan kepada masyarakat (Ais & Akhirrudin, 2024).

Pending klaim BPJS menunjukkan adanya keterlambatan penyelesaian tagihan yang telah diajukan rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Keterlambatan ini dapat terjadi karena dokumen belum lengkap, verifikasi belum selesai, atau adanya ketidaksesuaian administratif maupun medis. Oleh karena itu, *pending* klaim tidak hanya menjadi persoalan administrasi, tetapi juga melibatkan pelayanan medis, rekam medis, verifikasi internal, dan hubungan rumah sakit dengan BPJS sebagai pihak pembayar (Pranayuda et al., 2023).

Permasalahan ini menjadi lebih kompleks karena klaim BPJS sangat bergantung pada kualitas dokumentasi pelayanan dan ketepatan verifikasi. Dalam praktik rumah sakit, *pending* sering muncul bukan karena pelayanan tidak diberikan, tetapi karena resume medis tidak lengkap, dokumen kurang tepat, hasil penunjang tidak sesuai, atau adanya perbedaan penilaian kelayakan klaim. Akibatnya, rumah sakit sudah mengeluarkan biaya pelayanan, tetapi pembayaran belum dapat segera direalisasikan (Christy et al., 2024).

Selain itu, *pending* klaim juga berkaitan dengan tata kelola sistem informasi rumah sakit. Rekam medis elektronik dan integrasi sistem informasi memang dapat meningkatkan akurasi klaim, tetapi jika integrasinya belum optimal, justru dapat menimbulkan ketidaksesuaian data. Kondisi ini menunjukkan bahwa *pending* klaim tidak hanya berkaitan dengan dokumen dan verifikasi, tetapi juga dengan tata kelola data dan kesiapan infrastruktur rumah sakit (Noviana et al., 2025).

Di samping itu, *pending* klaim tidak cukup dipahami sebagai kesalahan individu. Dalam banyak kasus, persoalan ini berkaitan dengan pembagian tugas yang belum jelas, SOP yang belum optimal, dan koordinasi antarunit yang belum efektif. Karena itu, *pending* klaim BPJS perlu dipahami sebagai persoalan manajerial dan kelembagaan yang dapat memengaruhi daya tahan operasional rumah sakit secara lebih luas (Utami et al., 2025).

Dari sudut pandang akuntansi, *pending* klaim BPJS berkaitan erat dengan pengakuan pendapatan dan pembentukan piutang. Rumah sakit dapat mengakui pendapatan atas layanan yang telah diberikan karena hak tagih secara ekonomi telah timbul, tetapi pada saat yang sama rumah sakit belum menerima kas apabila klaim masih tertunda. Dari sisi akuntansi, *pending* klaim perlu dibedakan dari piutang BPJS yang telah diakui. Klaim yang masih *pending* belum memiliki nilai layak bayar yang final, sedangkan piutang BPJS dicatat setelah terbitnya berita acara hasil verifikasi sebagai dasar pengakuan hak tagih. Meskipun demikian, lamanya proses *pending* dapat menggeser waktu pembentukan piutang dan penerimaan kas. Dengan demikian, *pending* klaim tidak hanya memengaruhi proses administrasi penagihan, tetapi juga memengaruhi kualitas penyajian keuangan rumah sakit (Aulia & Bambang, 2025).

Kondisi tersebut menimbulkan kebutuhan untuk menilai apakah keterlambatan penyelesaian klaim turut memengaruhi umur, ketertagihan, dan kualitas piutang rumah sakit. Secara konseptual, keterlambatan

penyelesaian klaim dapat memperpanjang proses realisasi tagihan. Namun, implikasinya terhadap kualitas piutang perlu dianalisis dengan memperhatikan tahapan verifikasi, waktu pengakuan piutang, umur piutang, dan realisasi pembayaran. Dalam konteks rumah sakit, kualitas piutang tidak ditentukan hanya oleh besarnya nominal piutang, tetapi terutama oleh seberapa cepat piutang tersebut dapat direalisasikan menjadi kas dan seberapa kecil hambatan yang muncul dalam proses penagihannya. Oleh sebab itu, pending klaim BPJS pada dasarnya dapat menjadi titik awal dari memburuknya kualitas piutang apabila rumah sakit tidak mampu mempercepat penyelesaian klaim dan mengendalikan umur piutang secara memadai (Sugiati & Reviandani, 2025).

Perbedaan waktu antara pelayanan, verifikasi klaim, pengakuan piutang, dan penerimaan pembayaran dapat menimbulkan pergeseran waktu penerimaan kas. Tingkat implikasinya terhadap stabilitas arus kas bergantung pada lamanya penyelesaian klaim, kondisi kas rumah sakit, sumber penerimaan lain, serta kebijakan pengelolaan pembayaran. Rumah sakit tetap harus mengeluarkan kas untuk pengadaan obat, bahan medis, jasa pelayanan, utilitas, dan kebutuhan operasional lainnya, meskipun sebagian pendapatannya masih tertahan dalam bentuk piutang. Dalam konteks BLUD, tekanan terhadap arus kas menjadi sangat sensitif karena rumah sakit harus tetap menjalankan fungsi pelayanan publik meskipun penerimaan kas dari aktivitas utamanya belum sepenuhnya masuk sesuai waktu yang diharapkan. Dengan demikian, keterlambatan klaim tidak hanya

memperpanjang umur piutang, tetapi juga berpotensi mengganggu kestabilan arus kas dan ruang likuiditas yang diperlukan untuk menjaga kesinambungan pelayanan rumah sakit (Sari et al., 2025).

Dalam konteks RSUD Pasar Rebo, indikasi permasalahan tersebut terlihat pada laporan keuangan tahun 2024. Pada bagian hambatan dalam pencapaian target disebutkan bahwa kebijakan klaim pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan sering berubah-ubah sehingga menyebabkan klaim yang diajukan rumah sakit berisiko menjadi *dispute* atau tidak layak bayar, memengaruhi kinerja pendapatan rumah sakit, dan akhirnya menyebabkan kurang stabilnya anggaran kas rumah sakit. Keterangan ini menunjukkan bahwa persoalan klaim BPJS di RSUD Pasar Rebo telah diidentifikasi sebagai hambatan yang berdampak langsung pada pendapatan dan kas rumah sakit.

Tabel 1. 1 Tren Piutang dan Kas RSUD Pasar Rebo Tahun 2022–2024

(miliar Rp)

Tahun	Total Piutang	Penyisihan Piutang	Piutang Bersih	Kas dan Setara Kas / Saldo Kas Akhir	Arus Kas Operasi
2022	59,6	6,70	53,26	90,09	55,80
2023	11,86	7,01	4,85	22,10	(11,51)
2024	51,99	8,58	43,41	12,21	(4,15)

Sumber: Data diolah peneliti berdasarkan Laporan Keuangan RSUD Pasar Rebo tahun 2022, 2023, dan 2024.

Berdasarkan tabel tren piutang dan kas tahun 2022–2024, observasi awal terhadap laporan keuangan RSUD Pasar Rebo tahun 2022, 2023, dan 2024 juga menunjukkan adanya tekanan pada piutang dan kas. Total piutang pada tahun 2022 sebesar Rp59.963.996.062, turun menjadi

Rp11.860.320.068 pada tahun 2023, lalu meningkat kembali menjadi Rp51.990.954.183 pada tahun 2024. Di sisi lain, saldo kas akhir tahun terus menurun dari Rp90.089.770.727 pada tahun 2022 menjadi Rp22.099.039.459 pada tahun 2023, lalu turun lagi menjadi Rp12.207.899.049 pada tahun 2024. Arus kas operasi juga berubah dari positif pada tahun 2022 menjadi negatif pada tahun 2023 dan tetap negatif pada tahun 2024. Perubahan tersebut memberikan indikasi awal adanya perbedaan perkembangan antara saldo piutang dan kas. Namun, data tahunan tersebut belum dapat digunakan untuk menyimpulkan bahwa penurunan kas dan arus kas operasi negatif disebabkan secara langsung oleh *pending* klaim BPJS. Oleh karena itu, diperlukan wawancara dan telaah dokumen lebih lanjut untuk memahami bentuk keterkaitannya.

Hasil observasi awal melalui wawancara dengan bagian keuangan dan konfirmasi kepada Satpel Mobilisasi Dana semakin memperjelas kondisi tersebut. Dalam proses penagihan klaim BPJS, hasilnya pada dasarnya dapat berupa layak bayar, *pending*, *dispute*, dan tidak layak bayar. Namun, berdasarkan konfirmasi lebih lanjut, selama tahun 2024 dan 2025 tidak terdapat data klaim yang secara khusus dikategorikan sebagai *dispute*. Status yang lebih nyata ditemukan adalah layak bayar, *pending*, dan tidak layak bayar. Selain itu, dijelaskan bahwa *pending* umumnya terjadi karena masalah administrasi klaim, sedangkan klaim tidak layak bayar dapat berasal dari klaim *pending* yang tidak segera ditagihkan ulang hingga melewati batas waktu atau kadaluarsa. Kondisi ini menunjukkan bahwa

pending klaim BPJS tidak hanya menunda penerimaan kas, tetapi juga berpotensi menurunkan kualitas piutang dan menimbulkan kerugian bagi rumah sakit.

Berdasarkan uraian tersebut, *pending* klaim BPJS merupakan fenomena yang penting dikaji karena berada dalam rangkaian proses antara pelayanan, verifikasi, pengakuan piutang, dan penerimaan kas. Meskipun penelitian terdahulu menunjukkan bahwa *pending* klaim dapat menimbulkan akumulasi piutang dan tekanan arus kas pada sejumlah rumah sakit, tingkat dan bentuk implikasinya dapat berbeda sesuai dengan proses pengelolaan klaim, kebijakan pencatatan piutang, kecepatan pembayaran, dan kemampuan pengelolaan kas masing-masing rumah sakit. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk mengambil judul **“Analisis Implikasi Pending Klaim BPJS terhadap Kualitas Piutang dan Stabilitas Arus Kas di RSUD Pasar Rebo.”**

B. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang penelitian yang telah dipaparkan, pertanyaan penelitian dirumuskan sebagai berikut.

1. Bagaimana implikasi *pending* klaim BPJS terhadap kualitas piutang pada RSUD Pasar Rebo tahun 2022-2024?
2. Bagaimana implikasi piutang akibat *pending* klaim BPJS terhadap stabilitas arus kas operasional pada RSUD Pasar Rebo tahun 2022-2024?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan pertanyaan penelitian yang di atas, tujuan penelitian dirumuskan sebagai berikut.

1. Menganalisis implikasi *pending* klaim BPJS terhadap kualitas piutang pada RSUD Pasar Rebo tahun 2022-2024.
2. Menganalisis implikasi piutang akibat *pending* klaim BPJS terhadap stabilitas arus kas operasional pada RSUD Pasar Rebo tahun 2022-2024.

D. Manfaat Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian yang telah dirumuskan, maka manfaat penelitian ini dibedakan menjadi manfaat teoretis dan manfaat praktis sebagai berikut.

1. Manfaat Teoretis

- a. Memberikan kontribusi terhadap pengembangan kajian akuntansi sektor publik, khususnya yang berkaitan dengan pengelolaan keuangan rumah sakit daerah dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional.
- b. Memperkaya referensi ilmiah mengenai *pending* klaim BPJS sebagai permasalahan yang memiliki implikasi terhadap kualitas piutang dan arus kas operasional rumah sakit.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi RSUD Pasar Rebo

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi dan masukan dalam memperbaiki pengelolaan klaim BPJS, pengendalian kualitas

piutang, serta upaya menjaga likuiditas dan arus kas operasional rumah sakit.

b. Bagi BPJS Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi bagi BPJS Kesehatan dalam penyempurnaan mekanisme administrasi dan verifikasi klaim pelayanan kesehatan agar lebih efektif, sehingga dapat meminimalkan terjadinya *pending* klaim yang berdampak pada piutang dan stabilitas arus kas rumah sakit.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dan bahan perbandingan dalam mengkaji tema yang berkaitan dengan klaim BPJS, kualitas piutang, dan pengelolaan keuangan rumah sakit.

