



Analisis Respon Auditor atas Selisih Piutang BPJS pada Rumah Sakit ABC

Yunia Dewi Cantika, Diah Hari Suryaningrum

Akuntansi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jawa Timur

23013010112@student.upnjatim.ac.id, diah.suryaningrum.ak@upnjatim.ac.id

Abstract

BPJS Kesehatan claims are a major source of hospital revenue under Indonesia's National Health Insurance (JKN) program, yet discrepancies between the value of claims submitted and the value verified by BPJS Kesehatan remain common. Such discrepancies may affect receivables management and the reliability of hospital financial statements. This study aims to analyze the causes of BPJS claim discrepancies, evaluate the effectiveness of internal control over BPJS receivables, examine auditors' responses to these discrepancies, and assess their implications for the fairness of financial statements. This research employed a descriptive qualitative approach at ABC Hospital, a type-B hospital audited by a public accounting firm in Indonesia. Data were collected through semi-structured interviews with the external auditor and hospital management, documentation review of audit working papers and verification reports (BAHV), and observation during the audit process. The results indicate that claim discrepancies are caused by errors in diagnosis and procedure coding, incomplete supporting documents, pending claims, and differences in interpretation during the verification process. Internal control weaknesses were identified in receivables reconciliation, claim documentation, information communication, and interdepartmental coordination, reflecting gaps in the COSO internal control framework. In response, auditors applied document tracing, reconciliation procedures, and re-performance testing—consistent with professional auditing standards on risk assessment and audit evidence—to ensure the reasonableness of receivable balances. Unresolved claim discrepancies may affect the presentation of receivables, revenue recognition, and the overall reliability of hospital financial statements, underscoring the need for stronger internal control and more consistent reconciliation practices.

Keywords: Audit, BPJS Receivables, Claim Discrepancies, Internal Control, National Health Insurance

Abstrak

Klaim BPJS Kesehatan merupakan salah satu sumber pendapatan utama rumah sakit dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), namun selisih antara nilai klaim yang diajukan dan nilai yang diverifikasi oleh BPJS Kesehatan masih sering terjadi. Selisih klaim BPJS merupakan permasalahan yang dapat memengaruhi pengelolaan piutang dan keandalan laporan keuangan rumah sakit. Penelitian ini bertujuan menganalisis penyebab selisih klaim BPJS, mengevaluasi efektivitas pengendalian internal dalam pengelolaan piutang BPJS, menganalisis respons auditor terhadap temuan tersebut, serta mengkaji implikasinya terhadap kewajaran laporan keuangan. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif pada Rumah Sakit ABC, sebuah rumah sakit tipe B yang diaudit oleh Kantor Akuntan Publik di Indonesia. Data diperoleh melalui wawancara semi-terstruktur dengan auditor eksternal dan pihak manajemen rumah sakit, telaah dokumen kertas kerja audit serta Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV), dan observasi selama proses audit berlangsung. Hasil penelitian menunjukkan bahwa selisih klaim BPJS disebabkan oleh kesalahan pengkodean diagnosis dan tindakan medis, ketidaklengkapan dokumen pendukung, klaim pending, serta perbedaan interpretasi dalam proses verifikasi. Pengendalian internal rumah sakit masih memiliki kelemahan pada aspek rekonsiliasi piutang, dokumentasi klaim, komunikasi informasi, dan koordinasi antarunit kerja, yang mencerminkan celah dalam kerangka pengendalian internal COSO. Auditor merespons temuan tersebut melalui penelusuran dokumen, rekonsiliasi, dan pengujian ulang, sejalan dengan standar audit profesional mengenai penilaian risiko dan bukti audit, untuk memastikan kewajaran saldo piutang. Selisih klaim yang tidak ditindaklanjuti secara memadai berpotensi memengaruhi penyajian piutang, pendapatan, dan keandalan laporan keuangan rumah sakit secara keseluruhan, sehingga penguatan pengendalian internal dan konsistensi rekonsiliasi menjadi hal yang penting untuk diperhatikan.

Kata Kunci: Audit, BPJS Kesehatan, Pengendalian Internal, Piutang BPJS, Selisih Klaim

1. Pendahuluan

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan berperan sebagai instrumen utama dalam penyelenggaraan pembiayaan layanan kesehatan di Indonesia sebagaimana diatur dalam Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018. Implementasi program tersebut menyebabkan rumah sakit semakin bergantung pada

pendapatan yang bersumber dari klaim pelayanan peserta JKN (Nisa Ramadhani et al., 2026). Tingginya intensitas transaksi klaim BPJS menuntut pengelolaan administrasi dan piutang yang efektif karena permasalahan dalam proses klaim dapat berdampak pada arus kas, efektivitas operasional, serta keandalan informasi keuangan rumah sakit (Amin et al., 2026). Dalam kondisi tersebut, pengendalian internal menjadi penting untuk memastikan ketepatan proses klaim, kelengkapan dokumentasi, serta keandalan informasi keuangan yang dihasilkan.

Permasalahan pengelolaan klaim menjadi semakin kompleks pada rumah sakit tipe B yang memiliki kapasitas pelayanan luas dan berperan sebagai fasilitas rujukan bagi pasien dari berbagai fasilitas kesehatan. Tingginya jumlah pelayanan, termasuk pelayanan bagi peserta JKN, meningkatkan kompleksitas administrasi dan rekonsiliasi klaim BPJS. Dalam praktiknya, ketidaksesuaian hasil verifikasi klaim dapat disebabkan oleh ketidaklengkapan dokumen, kesalahan administratif, maupun pengelolaan informasi klaim yang belum optimal, sehingga menimbulkan selisih antara nilai klaim yang diajukan dan nilai yang disetujui oleh BPJS Kesehatan (Khanza Errisya et al., 2024). Selisih tersebut tidak hanya menjadi permasalahan administratif, tetapi juga memiliki konsekuensi terhadap pencatatan dan penyajian piutang dalam laporan keuangan rumah sakit.

Dari perspektif akuntansi, selisih antara klaim yang diajukan dan nilai yang telah diverifikasi perlu mendapatkan perhatian karena dapat memengaruhi keandalan informasi keuangan yang disajikan (Puspitasari et al., 2021). Klaim BPJS yang diajukan rumah sakit masih bergantung pada proses verifikasi pihak penjamin sebelum dapat menjadi dasar pengakuan piutang yang dapat direalisasikan (Aulia & Bambang, 2025). Oleh karena itu, perbedaan antara nilai klaim yang diajukan dengan hasil verifikasi BPJS perlu diidentifikasi dan direkonsiliasi agar saldo piutang yang disajikan dalam laporan keuangan mencerminkan jumlah yang secara realistis dapat ditagih. Kondisi tersebut menjadi penting mengingat klaim BPJS merupakan bagian dominan dalam struktur pendapatan rumah sakit yang melayani peserta JKN (Warni et al., 2020). Selain itu, kompleksitas proses klaim, mulai dari dokumentasi pelayanan, pengkodean INA-CBG, hingga verifikasi administratif dan medis, meningkatkan kemungkinan terjadinya kesalahan dan ketidaklengkapan dokumen yang dapat menyebabkan pending claim serta perbedaan hasil verifikasi (Salima & Zein, 2023).

Penelitian terdahulu telah menunjukkan bahwa permasalahan klaim BPJS dapat memberikan dampak terhadap kondisi keuangan rumah sakit. Selisih klaim berpotensi menyebabkan keterlambatan penerimaan, gangguan arus kas, serta ketidakakuratan informasi keuangan apabila tidak ditindaklanjuti melalui proses rekonsiliasi dan penyesuaian yang memadai (Gustina Purwanti et al., 2026). Penelitian lainnya juga menunjukkan bahwa ketidaklengkapan dokumen, kelemahan administrasi, dan keterlambatan penyelesaian klaim dapat menimbulkan ketidaksesuaian data yang selanjutnya memengaruhi ketepatan pengakuan dan pencatatan piutang rumah sakit (Rizka Maisaroh et al., 2024). Temuan serupa juga ditunjukkan dalam penelitian mengenai *pending claim* BPJS, yang menunjukkan bahwa perbedaan interpretasi coding dan ketidaklengkapan dokumen dapat menjadi faktor yang menyebabkan tertundanya proses persetujuan klaim (Widaningtyas et al., 2024). Selain permasalahan pada proses klaim, pengelolaan piutang rumah sakit juga menjadi aspek yang perlu diperhatikan karena tata kelola internal dan integrasi sistem informasi berkaitan dengan kondisi piutang yang belum tertagih (Arrasily et al, 2025). Hal tersebut sejalan dengan penelitian lain yang mengevaluasi pengelolaan piutang BPJS pada rumah sakit daerah dan menunjukkan adanya permasalahan dalam pengelolaan serta penagihan piutang (Dwi Hapsari et. al, 2024). Temuan tersebut menunjukkan bahwa permasalahan klaim BPJS tidak hanya berkaitan dengan aspek operasional pelayanan kesehatan, tetapi juga berkaitan dengan pengendalian internal dan kualitas informasi akuntansi.

Dalam perspektif audit, kondisi tersebut menjadi penting karena selisih klaim BPJS dapat menjadi indikator adanya risiko salah saji pada akun piutang dan pendapatan. Auditor perlu memahami kondisi entitas dan pengendalian internal yang berkaitan dengan proses klaim untuk mengidentifikasi serta menilai risiko salah saji material sebagaimana ditekankan dalam SA 315. Selanjutnya, risiko yang telah diidentifikasi perlu direspons melalui prosedur audit yang sesuai, termasuk pengujian atas dokumen pendukung, rekonsiliasi antara klaim yang diajukan dengan hasil verifikasi, serta prosedur lain yang dapat memberikan bukti audit yang cukup dan tepat. Dengan demikian, selisih klaim BPJS tidak hanya merupakan persoalan pengelolaan piutang, tetapi juga merupakan kondisi yang perlu dipertimbangkan auditor dalam menilai kewajaran laporan keuangan rumah sakit.

Meskipun penelitian terdahulu telah membahas penyebab pending claim, kendala administrasi klaim, serta efektivitas pengelolaan piutang BPJS, sebagian besar penelitian masih berfokus pada aspek operasional pelayanan kesehatan dan pengelolaan klaim (Mursyid et al., 2023). Kajian yang secara khusus menghubungkan **selisih klaim BPJS dengan efektivitas pengendalian internal, respons auditor, dan implikasinya terhadap kewajaran laporan keuangan rumah sakit** masih relatif terbatas. Dengan kata lain, masih terdapat kesenjangan penelitian dalam menempatkan selisih klaim BPJS bukan hanya sebagai permasalahan administratif, tetapi sebagai salah satu

risiko yang dapat memengaruhi pencatatan piutang, kualitas pelaporan keuangan, serta proses audit. Kesenjangan tersebut menjadi dasar dilakukannya penelitian ini.

Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian ini menawarkan perspektif yang mengintegrasikan aspek pengelolaan klaim, pengendalian internal, dan audit dalam menganalisis fenomena selisih klaim BPJS pada rumah sakit tipe B. **Kebaruan penelitian ini terletak pada penempatan selisih klaim BPJS sebagai titik penghubung antara efektivitas pengendalian internal, respons auditor terhadap risiko salah saji, dan implikasinya terhadap kewajaran laporan keuangan rumah sakit.** Pendekatan tersebut diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai bagaimana selisih klaim muncul, bagaimana pengendalian internal berperan dalam meminimalkan risiko tersebut, serta bagaimana auditor meresponsnya dalam proses pemeriksaan laporan keuangan.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk:

- (1) Menganalisis penyebab terjadinya selisih klaim BPJS
- (2) Mengevaluasi efektivitas pengendalian internal rumah sakit dalam pengelolaan piutang BPJS
- (3) Menganalisis respons auditor terhadap temuan selisih klaim BPJS
- (4) Mengkaji implikasi selisih klaim BPJS terhadap kewajaran laporan keuangan rumah sakit.

2. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif untuk menganalisis selisih klaim BPJS, efektivitas pengendalian internal rumah sakit, serta respons auditor terhadap temuan selisih klaim. Objek penelitian adalah sebuah rumah sakit tipe B yang diaudit oleh Kantor Akuntan Publik di Indonesia. Identitas rumah sakit dan pihak terkait disamarkan untuk menjaga kerahasiaan. Pengumpulan data dilaksanakan bersamaan dengan pelaksanaan audit atas laporan keuangan rumah sakit periode tahun buku 2025, yang berlangsung selama kurang lebih dua bulan.

Informan penelitian berjumlah empat orang, terdiri dari dua auditor eksternal (Auditor 1 dan Auditor 2) yang terlibat langsung dalam penugasan audit sebagai informan utama, serta dua informan pendukung dari pihak rumah sakit, yaitu Petugas Klaim dan Petugas Coding yang menangani proses administrasi klaim BPJS sehari-hari. Kriteria pemilihan informan didasarkan pada keterlibatan langsung dan pengetahuan mendalam terhadap proses klaim dan audit klaim BPJS, dengan pengalaman kerja minimal tiga tahun pada bidang tugasnya masing-masing.

Data primer diperoleh melalui wawancara semi-terstruktur yang dilaksanakan secara tatap muka dengan durasi rata-rata 15 menit per sesi, menggunakan pedoman wawancara yang disusun berdasarkan tujuan penelitian dan dikembangkan secara fleksibel mengikuti alur diskusi (probing) untuk menggali informasi lebih mendalam. Data sekunder berupa dokumen audit (kertas kerja, rekap klaim, Berita Acara Hasil Verifikasi/BAHV, laporan rekonsiliasi) diperoleh melalui keterlibatan peneliti dalam kegiatan magang.

Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, telaah dokumen, dan observasi terbatas terhadap proses administrasi klaim. Analisis data dilakukan dengan tahapan sebagai berikut: (1) reduksi data, yaitu proses merangkum dan memfokuskan hasil wawancara serta dokumen audit pada tema-tema yang relevan dengan selisih klaim, pengendalian internal, dan respons auditor; (2) penyajian data, yaitu pengorganisasian data dalam bentuk narasi tematik dan tabel rekonsiliasi untuk memudahkan interpretasi; dan (3) penarikan kesimpulan, yaitu proses menyimpulkan pola dan hubungan antar-temuan secara bertahap sepanjang proses penelitian. Untuk mendukung analisis, dilakukan rekonsiliasi piutang menggunakan Microsoft Excel dengan membandingkan saldo piutang rumah sakit dengan hasil verifikasi BPJS dalam BAHV. Keabsahan data dijaga melalui triangulasi sumber (membandingkan hasil wawancara auditor dengan hasil wawancara petugas rumah sakit) dan triangulasi metode (membandingkan hasil wawancara dengan hasil telaah dokumen dan observasi).

3. Hasil dan Pembahasan

3.1. Alur Klaim BPJS dan Titik Rawan Selisih Klaim

Proses klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit merupakan rangkaian kegiatan administratif yang dimulai sejak pasien menerima pelayanan kesehatan hingga diterbitkannya pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan. Setiap peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang memperoleh pelayanan wajib diverifikasi status kepesertaannya melalui Surat Eligibilitas Peserta (SEP) sebagai dasar pemberian layanan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan. Setelah pelayanan diberikan, rumah sakit melakukan pengkodean diagnosis dan tindakan medis menggunakan sistem Indonesia Case Based Groups (INA-CBG), yaitu sistem pembayaran berbasis paket yang digunakan sebagai dasar penetapan nilai klaim pelayanan kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara, Petugas klaim RS menjelaskan bahwa proses klaim BPJS dilakukan secara periodik setiap bulan. Rumah sakit terlebih dahulu menginput nilai pelayanan yang telah diberikan kepada pasien, kemudian BPJS Kesehatan melakukan proses review dan verifikasi berdasarkan tarif INA-CBG sebelum menentukan jumlah klaim yang disetujui.

Petugas klaim BPJS RS ABC menyatakan:

“Rumah sakit mengajukan klaim berdasarkan pelayanan yang diberikan kepada pasien. Setelah itu BPJS melakukan review dan menentukan nilai klaim sesuai tarif INA-CBG. Pengajuan dilakukan setiap bulan, misalnya pelayanan bulan Januari diajukan pada bulan Februari dan dibayarkan oleh BPJS pada bulan Maret.”

Hasil wawancara tersebut menunjukkan bahwa terdapat jeda waktu antara pemberian pelayanan kesehatan dengan penerimaan pembayaran dari BPJS Kesehatan. Kondisi tersebut menyebabkan timbulnya piutang BPJS yang harus dikelola dan direkonsiliasi secara memadai oleh rumah sakit. Dari perspektif akuntansi berbasis akrual, piutang tersebut muncul ketika rumah sakit memiliki hak untuk memperoleh manfaat ekonomi atas pelayanan yang telah diberikan, meskipun kas belum diterima. Selain proses pengajuan klaim, kelengkapan dokumen administrasi juga menjadi faktor penting dalam menentukan keberhasilan proses verifikasi. Berdasarkan hasil wawancara dengan Petugas Klaim RS, setiap pengajuan klaim BPJS di Rumah Sakit ABC harus dilengkapi dengan Formulir Pengajuan Klaim (FPK) yang disediakan oleh BPJS Kesehatan dan ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit. Formulir tersebut diajukan bersama dokumen pendukung lainnya sebagai dasar pencairan klaim ke rekening rumah sakit.

Petugas klaim BPJS RS ABC menyatakan:

“Untuk pengajuan klaim ke BPJS menggunakan Formulir Pengajuan Klaim (FPK). Formulir ini disediakan oleh BPJS, jadi rumah sakit hanya menginput data pengajuan klaim melalui template yang telah disediakan. Formulir tersebut wajib diketahui dan ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit serta diajukan bersama surat pengantar pengajuan klaim yang memuat informasi rekening rumah sakit untuk pencairan dana klaim BPJS.”

Setelah dokumen klaim diajukan, BPJS Kesehatan melakukan proses verifikasi administratif, verifikasi medis, dan verifikasi koding untuk memastikan kesesuaian antara pelayanan yang diberikan dengan ketentuan yang berlaku. Hasil verifikasi tersebut dituangkan dalam beberapa dokumen, antara lain Bukti Penerimaan Klaim, Berita Acara Kelengkapan Berkas Klaim, Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV), serta rincian nilai klaim yang disetujui. Nilai yang tercantum dalam BAHV selanjutnya menjadi dasar bagi rumah sakit dalam melakukan pencatatan dan rekonsiliasi piutang BPJS. Meskipun telah melalui proses verifikasi, dalam praktiknya masih sering ditemukan perbedaan antara nilai klaim yang diajukan oleh rumah sakit dengan nilai klaim yang disetujui oleh BPJS Kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara, Petugas Klaim RS menjelaskan bahwa sebagian besar selisih tersebut berasal dari klaim yang berstatus pending atau klaim yang masih memerlukan perbaikan dokumen pendukung.

Petugas klaim BPJS RS ABC menyatakan:

“Selisih BPJS pada umumnya berasal dari pending claim. Rumah sakit masih diberikan kesempatan untuk memperbaiki dokumen sampai tiga kali. Namun apabila sudah melewati enam bulan, maka klaim tersebut tidak dapat diajukan kembali.”

Temuan tersebut menunjukkan bahwa tidak seluruh nilai klaim yang diajukan rumah sakit memiliki tingkat kepastian penerimaan yang sama. Klaim yang berstatus pending masih memiliki peluang untuk disetujui setelah dilakukan perbaikan dokumen, sedangkan klaim yang melewati batas waktu pengajuan berpotensi menjadi kehilangan hak tagih. Kondisi ini berimplikasi langsung terhadap nilai piutang yang disajikan dalam laporan keuangan rumah sakit dan menjadi perhatian auditor dalam menilai kewajaran saldo piutang BPJS. Selain risiko pending claim, hasil wawancara juga menunjukkan bahwa risiko koreksi klaim tetap dapat terjadi meskipun proses verifikasi telah selesai dilakukan. Petugas Klaim RS menjelaskan bahwa BPJS Kesehatan masih memiliki kewenangan untuk melakukan audit klaim pada periode berikutnya apabila ditemukan indikasi ketidaksesuaian dokumen atau pelayanan yang diklaim.

Petugas klaim BPJS RS ABC menyatakan:

“Walaupun sudah diterbitkan BAHV, BPJS tetap dapat melakukan audit klaim kembali dan tidak ada batasan waktu tertentu untuk proses tersebut.”

Pernyataan tersebut mengindikasikan bahwa penerbitan BAHV belum sepenuhnya menghilangkan risiko koreksi atas klaim yang telah disetujui. Dengan demikian, saldo piutang BPJS yang telah diakui rumah sakit tetap memiliki risiko penyesuaian pada periode berikutnya apabila ditemukan ketidaksesuaian dalam proses audit klaim.

Berdasarkan hasil wawancara, telaah dokumen audit, dan observasi selama proses audit, dapat disimpulkan bahwa titik rawan utama terjadinya selisih klaim BPJS berada pada tahap pengkodean diagnosis dan tindakan medis, kelengkapan dokumen klaim, proses verifikasi BPJS, serta tindak lanjut atas klaim pending. Kesalahan coding, ketidaklengkapan dokumen, perbedaan interpretasi antara rumah sakit dan BPJS, serta audit klaim lanjutan merupakan faktor-faktor yang berpotensi menimbulkan perbedaan antara nilai klaim yang diajukan dan nilai yang disetujui. Temuan ini menunjukkan bahwa efektivitas pengendalian internal pada proses administrasi klaim memegang peranan penting dalam menjaga keandalan saldo piutang BPJS dan mendukung penyajian laporan keuangan yang wajar.

3.2. Penyebab Terjadinya Selisih Klaim BPJS

Berdasarkan hasil analisis dokumen audit, wawancara, dan observasi yang dilakukan selama proses audit, ditemukan bahwa selisih klaim BPJS di Rumah Sakit ABC tidak disebabkan oleh satu faktor tunggal, melainkan merupakan hasil dari berbagai permasalahan administratif dan operasional yang terjadi dalam proses pengajuan serta verifikasi klaim. Selisih tersebut muncul ketika nilai klaim yang diajukan oleh rumah sakit berbeda dengan nilai klaim yang disetujui oleh BPJS Kesehatan setelah melalui proses verifikasi. Kondisi ini berpengaruh terhadap nilai piutang BPJS yang dicatat dalam laporan keuangan rumah sakit dan menjadi perhatian auditor dalam melakukan pengujian atas akun piutang dan pendapatan. Salah satu penyebab utama terjadinya selisih klaim adalah kesalahan dalam pengkodean diagnosis dan tindakan medis (*coding*). Sistem pembayaran INA-CBG menggunakan kode diagnosis dan tindakan sebagai dasar penentuan tarif klaim, sehingga ketidaktepatan dalam proses pengkodean dapat mengakibatkan perbedaan nilai klaim yang dihitung oleh rumah sakit dengan nilai yang diakui oleh BPJS Kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara, Petugas Coding RS menjelaskan bahwa kesalahan *coding* masih menjadi salah satu permasalahan yang sering ditemukan dalam proses audit klaim.

Petugas Coding BPJS RS ABC menyatakan

“Kasus yang sering terjadi dalam audit klaim yaitu kesalahan coding medis dan ketidaksesuaian tindakan atau pelayanan dengan diagnosis.”

Temuan tersebut menunjukkan bahwa ketepatan pengkodean memiliki peran yang sangat penting dalam menentukan keberhasilan proses klaim. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menunjukkan bahwa ketepatan kode diagnosis pasien rawat inap berpengaruh langsung terhadap persetujuan klaim BPJS oleh pihak verifikator (Dwi Hapsari et. al, 2024). Kesalahan pengkodean tidak hanya menyebabkan koreksi nilai klaim, tetapi juga meningkatkan risiko terjadinya klaim pending maupun penolakan klaim oleh BPJS Kesehatan. Kondisi ini sejalan dengan ketentuan sistem INA-CBG yang mensyaratkan kesesuaian antara diagnosis, tindakan medis, dan tarif yang diajukan. Selain kesalahan pengkodean, ketidaklengkapan dokumen pendukung juga menjadi faktor yang berkontribusi terhadap munculnya selisih klaim. Setiap klaim yang diajukan harus didukung oleh dokumen administratif dan medis yang lengkap, termasuk rekam medis pasien, hasil pemeriksaan penunjang, bukti

pelayanan, dan dokumen kepesertaan BPJS. Apabila terdapat dokumen yang tidak lengkap atau tidak sesuai dengan ketentuan, BPJS Kesehatan dapat menunda proses pembayaran atau bahkan menolak klaim yang diajukan. Berdasarkan hasil wawancara, Petugas Coding RS menjelaskan bahwa BPJS secara rutin menyampaikan daftar klaim yang memerlukan klarifikasi atau berpotensi mengalami pemotongan nilai klaim sehingga rumah sakit perlu melakukan pemeriksaan ulang terhadap dokumen pendukung yang telah diajukan.

Petugas Coding BPJS RS ABC menyatakan:

“BPJS biasanya mengirimkan daftar kasus yang dipertimbangkan untuk pemotongan audit klaim dalam bentuk file Excel, sehingga rumah sakit harus melakukan pemeriksaan ulang terhadap berkas klaim.”

Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa kualitas dokumentasi memiliki pengaruh langsung terhadap keberhasilan proses verifikasi. Semakin lengkap dan akurat dokumen yang diajukan, semakin kecil kemungkinan terjadinya koreksi nilai klaim oleh BPJS Kesehatan. Faktor lain yang ditemukan dalam penelitian ini adalah keberadaan klaim pending. Berdasarkan hasil wawancara, Petugas Coding RS menjelaskan bahwa sebagian besar selisih klaim yang ditemukan auditor berasal dari klaim yang masih berstatus pending karena adanya perbedaan interpretasi antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan maupun karena dokumen yang belum memenuhi persyaratan verifikasi.

Petugas Coding BPJS RS ABC menyatakan:

“Selisih BPJS pada umumnya berasal dari pending claim. Rumah sakit masih diberikan kesempatan untuk memperbaiki dokumen sampai tiga kali. Namun apabila sudah melewati enam bulan, maka klaim tersebut tidak dapat diajukan kembali.”

Temuan tersebut menunjukkan bahwa status pending menjadi salah satu sumber utama terjadinya selisih antara nilai pengajuan dan nilai verifikasi. Selama proses klarifikasi berlangsung, rumah sakit belum memiliki kepastian mengenai jumlah klaim yang akan disetujui. Oleh karena itu, keberadaan klaim pending dapat meningkatkan ketidakpastian dalam pengakuan dan pengukuran piutang BPJS pada laporan keuangan. Selain faktor administratif, penelitian ini juga menemukan adanya perbedaan interpretasi dalam proses verifikasi klaim. Dalam praktiknya, BPJS Kesehatan memiliki kewenangan untuk melakukan penilaian terhadap kelayakan suatu klaim berdasarkan dokumen dan ketentuan yang berlaku. Perbedaan pemahaman antara rumah sakit dan BPJS mengenai diagnosis, tindakan medis, maupun kriteria kelayakan klaim dapat menyebabkan terjadinya koreksi nilai klaim. Berdasarkan hasil wawancara, Petugas Coding RS menjelaskan bahwa apabila terjadi perbedaan pendapat terkait hasil verifikasi, rumah sakit dan BPJS biasanya melakukan proses klarifikasi untuk membahas klaim yang diperselisihkan.

Petugas Coding BPJS RS ABC menyatakan:

“Jika terdapat klaim pending yang tidak disetujui oleh rumah sakit, biasanya dilakukan meeting klarifikasi antara rumah sakit dan BPJS. Pertemuan tersebut membahas klaim pending serta KMKB (Kendali Mutu Kendali Biaya). Jika argumentasi rumah sakit dapat diterima, maka klaim tersebut masih dapat disetujui.”

Hasil wawancara tersebut menunjukkan bahwa proses verifikasi klaim tidak sepenuhnya bersifat administratif, melainkan juga melibatkan proses komunikasi dan klarifikasi antara kedua belah pihak. Dengan demikian, kualitas koordinasi dan komunikasi antara rumah sakit dan BPJS turut memengaruhi besarnya selisih klaim yang terjadi.

Berdasarkan keseluruhan temuan, dapat disimpulkan bahwa selisih klaim BPJS di Rumah Sakit ABC disebabkan oleh empat faktor utama, yaitu kesalahan pengkodean diagnosis dan tindakan medis, ketidaklengkapan dokumen pendukung klaim, keberadaan klaim pending, serta perbedaan interpretasi dalam proses verifikasi. Keempat faktor tersebut menunjukkan bahwa selisih klaim tidak hanya berkaitan dengan aspek administratif, tetapi juga mencerminkan kompleksitas proses klaim BPJS yang melibatkan berbagai pihak dan tahapan verifikasi. Temuan ini menjadi dasar penting untuk mengevaluasi efektivitas pengendalian internal rumah sakit dalam pengelolaan piutang BPJS, yang akan dibahas pada subbab berikutnya.

3.3. Evaluasi Pengendalian Internal Rumah Sakit dalam Pengelolaan Piutang BPJS

Berdasarkan hasil analisis dokumen audit, wawancara, dan observasi selama pelaksanaan audit, ditemukan bahwa masih terdapat beberapa kelemahan pengendalian internal dalam pengelolaan piutang BPJS di Rumah Sakit ABC. Kelemahan tersebut terutama berkaitan dengan proses rekonsiliasi piutang, dokumentasi klaim, komunikasi informasi, serta koordinasi antarunit kerja yang terlibat dalam proses pengajuan, verifikasi, dan pencatatan klaim BPJS. Kondisi tersebut sejalan dengan penelitian (Sari et al., 2025) yang menunjukkan bahwa pengelolaan piutang BPJS menghadapi kendala berupa ketidaklengkapan dokumen, keterlambatan proses verifikasi, keterbatasan tenaga coding, serta belum optimalnya integrasi sistem informasi, yang dapat memperpanjang periode piutang dan memengaruhi kondisi keuangan rumah sakit. Temuan ini menunjukkan bahwa sistem pengendalian internal yang diterapkan belum sepenuhnya mampu meminimalkan risiko terjadinya selisih klaim maupun memastikan keandalan saldo piutang yang disajikan dalam laporan keuangan. Salah satu kelemahan utama yang ditemukan auditor adalah belum optimalnya pelaksanaan rekonsiliasi piutang secara rutin dan terdokumentasi. Berdasarkan management letter auditor, terdapat kondisi di mana klaim yang mengalami koreksi, penolakan, maupun perubahan nilai hasil verifikasi BPJS tidak segera ditindaklanjuti dalam pencatatan akuntansi. Akibatnya, saldo piutang yang tercatat dalam laporan keuangan berpotensi berbeda dengan nilai yang sebenarnya dapat ditagihkan kepada BPJS Kesehatan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa aktivitas pengendalian (*control activities*) dan kegiatan pemantauan (*monitoring activities*) belum berjalan secara optimal sebagaimana dijelaskan dalam kerangka COSO. Kondisi serupa juga ditemukan pada penelitian mengenai pengendalian internal penerimaan kas di rumah sakit, yang menunjukkan bahwa lemahnya rekonsiliasi dan dokumentasi transaksi keuangan dapat meningkatkan risiko selisih pencatatan (Fauziah & Amalia, 2024). Temuan tersebut diperkuat oleh hasil wawancara dengan Petugas Coding RS yang menjelaskan bahwa proses rekonsiliasi antara nilai pengajuan klaim dan nilai piutang BPJS umumnya dilakukan berdasarkan informasi yang diterima dari BPJS melalui surat elektronik (*email*).

Petugas Coding BPJS RS ABC menyatakan:

“Rekonsiliasi antara jumlah pengajuan klaim dan piutang BPJS biasanya dikonfirmasi oleh pihak BPJS melalui email.”

Meskipun data yang tercantum dalam Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) pada umumnya sesuai dengan data penerimaan yang tercatat pada rekening koran rumah sakit, proses rekonsiliasi tersebut belum selalu dilakukan secara konsisten setiap periode. Akibatnya, terdapat risiko bahwa perbedaan antara nilai pengajuan dan nilai yang disetujui BPJS tidak segera teridentifikasi maupun ditindaklanjuti dalam pencatatan akuntansi. Selain aspek rekonsiliasi, auditor juga menemukan kelemahan pada proses komunikasi dan dokumentasi klaim. Berdasarkan hasil pemeriksaan, sebagian komunikasi terkait audit klaim dan tindak lanjut hasil verifikasi masih dilakukan melalui media informal, seperti grup Telegram. Praktik tersebut berpotensi melemahkan *audit trail* karena tidak seluruh informasi terdokumentasi secara formal dan mudah ditelusuri kembali apabila diperlukan dalam proses audit maupun pemeriksaan internal.

Dari perspektif pengendalian internal, kondisi tersebut menunjukkan adanya kelemahan pada komponen informasi dan komunikasi (*information and communication*) dalam kerangka COSO. Informasi yang berkaitan dengan proses verifikasi, koreksi klaim, maupun tindak lanjut hasil audit seharusnya dikomunikasikan melalui media resmi dan terdokumentasi agar dapat mendukung akuntabilitas serta memudahkan proses penelusuran apabila terjadi perbedaan data di kemudian hari. Kelemahan pengendalian internal juga terlihat pada proses pencatatan penerimaan pembayaran klaim BPJS. Berdasarkan hasil wawancara, Petugas Coding RS menjelaskan bahwa pencatatan penerimaan dana BPJS masih memerlukan koordinasi antara petugas piutang dan bendahara penerimaan sebelum dilakukan pencatatan dalam sistem keuangan rumah sakit.

Petugas Coding BPJS RS ABC menyatakan:

“Terkait penerimaan pembayaran klaim, petugas bagian piutang harus melakukan koordinasi dengan bendahara penerimaan untuk proses pencatatan dan penerimaan dana.”

Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa proses pencatatan penerimaan klaim masih bergantung pada koordinasi manual antarunit kerja. Meskipun prosedur tersebut bertujuan untuk memastikan ketepatan pencatatan, proses yang tidak terintegrasi berpotensi menimbulkan keterlambatan dalam pembaruan saldo piutang apabila koordinasi

tidak dilakukan secara tepat waktu. Akibatnya, informasi keuangan yang disajikan dalam laporan keuangan berisiko tidak mencerminkan kondisi aktual pada periode tertentu.

Dari perspektif auditor, efektivitas pengendalian internal sangat bergantung pada kemampuan rumah sakit dalam melakukan penelusuran dan rekonsiliasi atas setiap perbedaan yang muncul. Berdasarkan hasil wawancara, Auditor 2 menjelaskan bahwa auditor tidak dapat langsung menerima informasi maupun angka yang diberikan oleh pihak rumah sakit tanpa melakukan prosedur audit yang memadai.

Auditor 2 menyatakan:

“Auditor tidak boleh hanya percaya pada angka atau data yang diberikan oleh klien. Setiap selisih harus ditelusuri sesuai prosedur audit sampai ke dokumen pendukungnya sebelum auditor dapat menyimpulkan suatu temuan.”

Lebih lanjut, Auditor 2 menjelaskan bahwa proses penelusuran dilakukan dengan mencocokkan data pada Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV), rekening koran penerimaan, serta buku pembantu piutang BPJS. Apabila ditemukan perbedaan nilai, auditor melakukan investigasi lebih lanjut untuk mengidentifikasi penyebab selisih dan menentukan apakah selisih tersebut memerlukan penyesuaian dalam laporan keuangan. Temuan tersebut menunjukkan bahwa kelemahan pengendalian internal yang terjadi tidak hanya meningkatkan risiko terjadinya selisih klaim, tetapi juga meningkatkan risiko salah saji pada akun piutang dan pendapatan. Dalam kerangka COSO, kondisi tersebut mengindikasikan bahwa aktivitas pengendalian, informasi dan komunikasi, serta kegiatan pemantauan belum berjalan secara efektif dalam mendukung keandalan pelaporan keuangan.

Berdasarkan keseluruhan temuan, dapat disimpulkan bahwa pengendalian internal dalam pengelolaan piutang BPJS di Rumah Sakit ABC masih memerlukan perbaikan, khususnya pada aspek rekonsiliasi piutang, dokumentasi klaim, komunikasi informasi, dan koordinasi antarunit kerja. Kelemahan tersebut berpotensi meningkatkan risiko selisih klaim, keterlambatan pembaruan saldo piutang, serta penyajian informasi keuangan yang kurang andal. Oleh karena itu, diperlukan penguatan mekanisme rekonsiliasi yang terdokumentasi, penggunaan media komunikasi yang lebih formal, serta integrasi proses pencatatan dan monitoring piutang untuk mendukung efektivitas pengendalian internal dan meningkatkan kualitas pelaporan keuangan rumah sakit.

3.4. Respon Auditor terhadap Temuan Selisih Klaim BPJS

Temuan selisih klaim BPJS di Rumah Sakit ABC memperoleh perhatian khusus dari auditor karena berpotensi memengaruhi kewajaran penyajian akun piutang dan pendapatan dalam laporan keuangan. Berdasarkan hasil pemeriksaan, auditor tidak memandang selisih klaim semata-mata sebagai permasalahan administratif, melainkan sebagai kondisi yang dapat meningkatkan risiko salah saji apabila tidak dilakukan penelusuran dan penyesuaian secara memadai. Oleh karena itu, auditor menerapkan berbagai prosedur audit untuk memastikan bahwa saldo piutang BPJS yang disajikan dalam laporan keuangan telah mencerminkan nilai yang benar-benar dapat direalisasikan. Berdasarkan hasil wawancara, Auditor 1 menjelaskan bahwa proses pengajuan dan pembayaran klaim BPJS pada dasarnya mengikuti siklus yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Rumah sakit terlebih dahulu mengajukan klaim atas pelayanan yang telah diberikan kepada peserta JKN, kemudian BPJS melakukan proses verifikasi dengan menggunakan tarif INA-CBG sebagai dasar penilaian. Klaim yang telah diverifikasi dan disetujui selanjutnya dibayarkan pada periode berikutnya.

Auditor 1 menyatakan:

“Rumah sakit menginput tarif pelayanan, kemudian dilakukan review oleh BPJS dan disetujui berdasarkan tarif INA-CBG. Pengajuan dilakukan setiap bulan. Misalnya pelayanan bulan Januari diajukan pada bulan Februari dan dibayarkan oleh BPJS pada bulan Maret.”

Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa terdapat jeda waktu antara pemberian pelayanan, proses pengajuan klaim, verifikasi BPJS, dan penerimaan pembayaran. Kondisi tersebut menyebabkan auditor perlu memastikan bahwa nilai piutang yang diakui oleh rumah sakit telah sesuai dengan hasil verifikasi BPJS dan tidak hanya didasarkan pada nilai klaim yang diajukan. Lebih lanjut, Auditor 1 menjelaskan bahwa selisih klaim BPJS pada umumnya berasal dari klaim pending maupun koreksi hasil verifikasi BPJS. Rumah sakit masih diberikan kesempatan untuk melengkapi atau memperbaiki dokumen klaim yang belum memenuhi persyaratan administrasi.

Namun, kesempatan tersebut memiliki batas waktu tertentu sehingga klaim yang tidak dapat diselesaikan dalam jangka waktu yang ditentukan berpotensi tidak dapat ditagihkan kembali.

Auditor 1 menyatakan:

“Selisih BPJS pada dasarnya merupakan nilai pendapatan yang dikurangi oleh klaim pending. Rumah sakit masih diberikan kesempatan untuk memperbaiki dokumen penagihan sampai tiga kali. Namun apabila dalam jangka waktu enam bulan klaim tersebut tidak dapat diselesaikan, maka klaim tersebut tidak dapat diajukan kembali.”

Temuan tersebut menunjukkan bahwa auditor perlu melakukan evaluasi terhadap kemungkinan tidak tertagihnya sebagian piutang BPJS. Dalam perspektif akuntansi, kondisi tersebut berkaitan dengan prinsip penyajian piutang berdasarkan nilai yang dapat direalisasikan (*net realizable value*). Oleh karena itu, auditor perlu mempertimbangkan apakah rumah sakit telah melakukan penyesuaian atau pembentukan cadangan kerugian penurunan nilai atas klaim yang memiliki kemungkinan kecil untuk direalisasikan. Selain itu, hasil wawancara menunjukkan bahwa proses verifikasi BPJS tidak berhenti pada saat diterbitkannya Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV). BPJS masih memiliki kewenangan untuk melakukan audit klaim atas transaksi yang telah diverifikasi sebelumnya apabila ditemukan kondisi tertentu yang memerlukan pemeriksaan lanjutan.

Auditor 1 menyatakan:

“Walaupun sudah diterbitkan BAHV, BPJS tetap dapat melakukan audit klaim dan tidak terdapat batas waktu tertentu untuk pelaksanaannya.”

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa saldo piutang BPJS memiliki tingkat risiko yang relatif tinggi dibandingkan piutang biasa karena masih terdapat kemungkinan terjadinya koreksi nilai setelah proses verifikasi awal selesai dilakukan. Oleh karena itu, auditor perlu mempertimbangkan risiko tersebut dalam proses penilaian risiko salah saji material sebagaimana diatur dalam (IAPI SA 315, 2025) tentang Identifikasi dan Penilaian Risiko Salah Saji Material. Dalam menanggapi risiko tersebut, auditor tidak hanya bergantung pada informasi yang diberikan oleh pihak rumah sakit, tetapi juga melakukan prosedur audit yang lebih mendalam untuk memperoleh bukti audit yang cukup dan tepat. Berdasarkan hasil wawancara, Auditor 2 menegaskan bahwa auditor harus menerapkan skeptisisme profesional selama proses pemeriksaan.

Auditor 2 menyatakan:

“Auditor tidak boleh hanya percaya pada angka atau data yang diberikan oleh klien. Setiap selisih harus ditelusuri sesuai prosedur audit sampai ke dokumen pendukungnya sebelum auditor dapat menyimpulkan suatu temuan.”

Pernyataan tersebut menunjukkan penerapan prinsip skeptisisme profesional yang menjadi dasar dalam pelaksanaan audit. Auditor tidak hanya mengevaluasi angka yang disajikan dalam laporan keuangan, tetapi juga menelusuri bukti pendukung yang mendasari angka tersebut untuk memastikan keakuratan dan keandalannya. Dalam praktiknya, auditor melakukan penelusuran dengan mencocokkan data yang tercantum dalam Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV), rekening koran penerimaan, serta buku pembantu piutang BPJS. Apabila ditemukan perbedaan nilai, auditor melakukan investigasi lebih lanjut terhadap dokumen pendukung untuk mengidentifikasi penyebab selisih dan menentukan apakah diperlukan penyesuaian dalam laporan keuangan. Selain itu, auditor juga melakukan prosedur *re-performance* menggunakan Microsoft Excel untuk menghitung kembali nilai klaim, menguji ketepatan rekonsiliasi, serta memastikan bahwa nilai piutang yang disajikan telah sesuai dengan hasil verifikasi BPJS.

Prosedur tersebut sejalan dengan (IAPI SA 500, 2025) tentang Bukti Audit yang mengharuskan auditor memperoleh bukti audit yang cukup dan tepat sebelum memberikan kesimpulan audit. Selain itu, tindakan auditor dalam melakukan pengujian ulang dan penelusuran dokumen juga mencerminkan implementasi (IAPI SA 330, 2025) tentang Respons Auditor terhadap Risiko yang Dinilai, yaitu melalui pelaksanaan prosedur substantif untuk mengurangi risiko salah saji material yang telah diidentifikasi sebelumnya.

Berdasarkan keseluruhan temuan, dapat disimpulkan bahwa respons auditor terhadap selisih klaim BPJS tidak hanya terbatas pada identifikasi perbedaan nilai klaim, tetapi juga mencakup penilaian risiko, penelusuran dokumen pendukung, pengujian ulang atas data yang tersedia, serta pemberian rekomendasi perbaikan kepada manajemen rumah sakit. Pendekatan tersebut bertujuan untuk memastikan bahwa piutang BPJS disajikan secara wajar, didukung oleh bukti yang memadai, serta sesuai dengan prinsip akuntansi dan standar audit yang berlaku.

3.5. Implikasi terhadap Laporan Keuangan

Temuan selisih klaim BPJS di Rumah Sakit ABC tidak hanya merupakan permasalahan administratif dalam proses pengajuan dan verifikasi klaim, tetapi juga memiliki implikasi terhadap kualitas informasi keuangan yang disajikan dalam laporan keuangan rumah sakit. Hasil analisis dokumen audit, wawancara, dan temuan yang dituangkan dalam *management letter* menunjukkan bahwa selisih klaim BPJS berpotensi memengaruhi penyajian piutang, pendapatan, reliabilitas laporan keuangan, serta efektivitas tata kelola keuangan rumah sakit. Berdasarkan hasil wawancara, Auditor 1 menjelaskan bahwa selisih klaim BPJS pada dasarnya merupakan perbedaan antara nilai klaim yang diajukan rumah sakit dengan nilai yang telah disetujui BPJS setelah melalui proses verifikasi, audit klaim, maupun penyelesaian klaim pending. Auditor 1 juga menyampaikan bahwa rumah sakit masih diberikan kesempatan untuk melakukan perbaikan dokumen klaim hingga tiga kali. Namun, apabila dalam jangka waktu enam bulan klaim tersebut tidak dapat diselesaikan atau tidak memenuhi persyaratan yang ditetapkan, maka klaim tersebut tidak dapat diajukan kembali kepada BPJS. Selain itu, Auditor 1 menjelaskan bahwa meskipun Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) telah diterbitkan, BPJS tetap memiliki kewenangan untuk melakukan audit klaim pada periode berikutnya sehingga nilai klaim yang sebelumnya telah disetujui masih berpotensi mengalami koreksi. Temuan tersebut menunjukkan bahwa saldo piutang BPJS memiliki tingkat ketidakpastian tertentu yang harus diperhatikan dalam proses penyusunan laporan keuangan. Berdasarkan (Pemerintah Republik Indonesia PSAP 01, 2010) **tentang Penyajian Laporan Keuangan**, informasi keuangan harus disajikan secara andal, relevan, dapat dibandingkan, dan mencerminkan kondisi yang sebenarnya. Sementara itu, (Pemerintah Republik Indonesia PSAP 02, 2010) menegaskan bahwa piutang hanya dapat diakui apabila memenuhi kriteria pengakuan aset dan memiliki kemungkinan besar untuk direalisasikan menjadi manfaat ekonomi di masa mendatang. Oleh karena itu, piutang BPJS yang disajikan dalam laporan keuangan seharusnya mencerminkan nilai klaim yang telah diverifikasi dan diyakini dapat ditagih oleh rumah sakit.

Dari aspek penyajian piutang dan pendapatan, hasil penelitian menunjukkan bahwa selisih klaim yang belum diselesaikan berpotensi menyebabkan nilai piutang dan pendapatan disajikan lebih tinggi dibandingkan jumlah yang sebenarnya dapat direalisasikan. Kondisi tersebut dapat terjadi apabila rumah sakit masih mengakui seluruh nilai pengajuan klaim sebagai piutang tanpa mempertimbangkan hasil verifikasi BPJS, klaim pending, maupun koreksi hasil audit klaim. Apabila praktik tersebut berlangsung secara berkelanjutan, maka laporan keuangan berisiko tidak menggambarkan posisi keuangan rumah sakit secara wajar. Selain memengaruhi penyajian akun piutang dan pendapatan, selisih klaim juga berdampak pada reliabilitas laporan keuangan. Hasil penelitian menunjukkan adanya beberapa kelemahan pengendalian internal yang berkaitan dengan proses rekonsiliasi piutang, dokumentasi klaim, serta komunikasi hasil verifikasi. Kondisi tersebut berpotensi menghambat proses pembaruan data piutang secara tepat waktu dan meningkatkan risiko terjadinya kesalahan pencatatan. Menurut kerangka **COSO Internal Control Framework** (COSO, 2013) dan (Peraturan Pemerintah Nomor 60, 2008) **tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP)**, keandalan pelaporan keuangan sangat dipengaruhi oleh efektivitas pengendalian internal yang diterapkan organisasi. Oleh karena itu, kelemahan pengendalian internal yang ditemukan dalam penelitian ini berpotensi menurunkan kualitas informasi keuangan yang dihasilkan rumah sakit. Implikasi lainnya berkaitan dengan aspek arus kas dan likuiditas rumah sakit. Klaim yang berstatus pending, mengalami koreksi, atau belum memperoleh persetujuan BPJS akan menyebabkan keterlambatan penerimaan kas. Akibatnya, rumah sakit menghadapi ketidakpastian dalam perencanaan arus kas dan pengelolaan kebutuhan operasional sehari-hari. Meskipun dampak utama penelitian ini berfokus pada aspek pelaporan keuangan, kondisi tersebut menunjukkan bahwa selisih klaim juga memiliki konsekuensi terhadap pengelolaan keuangan secara keseluruhan.

Dari perspektif audit, keberadaan selisih klaim BPJS menjadi indikator risiko yang memerlukan perhatian khusus dalam proses pemeriksaan. Auditor 2 menegaskan bahwa auditor tidak dapat hanya mengandalkan angka yang tercantum dalam laporan atau rekonsiliasi yang disediakan manajemen. Auditor harus melakukan penelusuran hingga ke dokumen pendukung, termasuk BAHV, rekening koran, dokumen klaim, dan buku pembantu piutang BPJS untuk memperoleh bukti audit yang memadai. Pendekatan tersebut sejalan dengan **SA 315 tentang Identifikasi dan Penilaian Risiko Salah Saji Material** serta **SA 500 tentang Bukti Audit**, yang menekankan pentingnya memperoleh bukti audit yang cukup dan tepat sebelum auditor menarik kesimpulan atas suatu temuan.

Secara keseluruhan, hasil penelitian menunjukkan bahwa selisih klaim BPJS memiliki implikasi terhadap kewajaran laporan keuangan melalui pengaruhnya terhadap penyajian piutang, pendapatan, dan keandalan informasi keuangan. Temuan ini mengindikasikan bahwa efektivitas pengendalian internal, ketepatan proses rekonsiliasi, serta tindak lanjut atas hasil verifikasi BPJS menjadi faktor penting dalam memastikan bahwa laporan keuangan rumah sakit disajikan secara wajar sesuai dengan prinsip akuntansi berbasis akrual dan ketentuan Standar Akuntansi Pemerintahan. Dengan demikian, perbaikan pengendalian internal dan pengelolaan piutang BPJS secara berkelanjutan diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelaporan keuangan serta mendukung akuntabilitas pengelolaan keuangan rumah sakit.

4. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, selisih klaim BPJS di Rumah Sakit ABC disebabkan oleh beberapa faktor utama, yaitu kesalahan pengkodean diagnosis dan tindakan medis, ketidaklengkapan dokumen pendukung klaim, klaim pending akibat perbedaan interpretasi antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan, serta adanya audit klaim dan koreksi verifikasi yang dilakukan oleh BPJS. Temuan penelitian menunjukkan bahwa titik rawan terjadinya selisih klaim berada pada proses pengkodean INA-CBG, kelengkapan dokumen klaim, proses verifikasi, dan tindak lanjut atas klaim pending. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pengendalian internal dalam pengelolaan piutang BPJS belum berjalan secara optimal. Kelemahan pengendalian ditemukan pada proses rekonsiliasi piutang yang belum dilakukan secara konsisten, dokumentasi klaim yang belum sepenuhnya terdokumentasi secara formal, serta koordinasi antarbagian yang masih memerlukan perbaikan. Kondisi tersebut meningkatkan risiko terjadinya selisih klaim dan ketidaktepatan pencatatan piutang dalam laporan keuangan. Dari perspektif audit, auditor merespons temuan selisih klaim melalui prosedur audit yang meliputi penelusuran dokumen pendukung, rekonsiliasi piutang, konfirmasi kepada BPJS Kesehatan, serta perhitungan ulang atas saldo piutang. Selisih klaim yang tidak direkonsiliasi secara memadai berpotensi memengaruhi kewajaran penyajian piutang dan pendapatan dalam laporan keuangan. Oleh karena itu, penguatan pengendalian internal, peningkatan kualitas dokumentasi klaim, dan pelaksanaan rekonsiliasi secara berkala menjadi faktor penting untuk mendukung keandalan informasi keuangan serta kewajaran laporan keuangan rumah sakit.

Referensi

1. Amin, M., Arifin, Z., Indrawati, Y., Studi, P., Medis, R., Kesehatan, I., Kesehatan, A., & Temanggung, M. (2026). *Analisis Kasus Pending Klaim Pelayanan Asuransi BPJS Kesehatan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Temanggung*. <http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/ners>
2. Arrasily et al. (2025). Manajemen Piutang Rumah Sakit: Kajian Literatur Terhadap Faktor-Faktor Tingginya Piutang. *Journal of Innovative and Creativity*, 5(2), 2025. <https://doi.org/10.31004/joecy.v5i2.2436>
3. Aulia, L. A., & Bambang. (2025). Analisis Pengakuan Pendapatan Klaim BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Universitas Mataram. *Jurnal Riset Mahasiswa Akuntansi*, 5(4), 519–534. <https://doi.org/10.29303/risma.v5i4.2251>
4. COSO. (2013). *Internal Control-Integrated Framework Executive Summary Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*.
5. Dwi Hapsari et. al. (2024). Hubungan Ketepatan Kode Diagnosis Pada Pasien Rawat Inap Dengan Persetujuan Klaim BPJS Di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten *The Relationship Between The Accuracy Of The Diagnosis Code In Inpatients With The Approval Of BPJS Claims at dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Hospital*. *Indonesian Journal of Health Information Management (IJHIM)*, 4(1), 1. <https://doi.org/10.54877/ijhim.v4i1.146>
6. Fauziah, N., & Amalia, D. (2024). Sistem Pengendalian Internal Penerimaan Kas Studi Kasus pada Rumah Sakit ABC. *Journal of Management and Bussines (JOMB)*, 6(1), 231–241. <https://doi.org/10.31539/jomb.v6i1.7048>
7. Gustina Purwanti, S., Dhamanti, I., Studi, P., Masyarakat, K., Airlangga, U., Administrasi, D., & Kesehatan, K. (2026). *Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan di Rawat Inap Rumah Sakit: Studi Literatur*. <https://doi.org/10.31004/jkt.v7i1.55097>
8. IAPI SA 315. (2025). *Akuntan Publik Standar Audit 315 Pengidentifikasian dan Penilaian Risiko Kesalahan Penyajian Material*. <http://www.iapi.or.id>
9. IAPI SA 330. (2025). *Akuntan Publik Standar Audit 330 Respons Auditor Terhadap Risiko Yang Telah Dinilai*. <http://www.iapi.or.id>
10. IAPI SA 500. (2025). *Akuntan Publik Standar Audit 500 Bukti Audit*. <http://www.iapi.or.id>
11. Khanza Errisa, M., Reziqia Purba, M., Khofipah, S., & Gurning, F. P. (2024). Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi. In *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal)* (Vol. 9, Number 1).
12. Mursyid, H., Rahayub, S., & Koloic, V. S. (2023). A Scoping Review: Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 6(1), 22–35. <https://doi.org/10.31983/jrmik.v6i1.9462>
13. Nisa Ramadhani, L., Muchsam, Y., Raspati, G., Maulana, A., & Sandi Yuda, M. (2026). *Pengaruh Pengelolaan Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Terhadap Kinerja Pendapatan Rumah Sakit*. 02(01), 64–71.
14. Pemerintah Republik Indonesia PSAP 01. (2010). *PSAP_01*. https://www.ksap.org/draft/PSAP_01.pdf
15. Pemerintah Republik Indonesia PSAP 02. (2010). *PSAP_02*. <https://www.ksap.org/standar/PSAP02.pdf>
16. Peraturan Pemerintah Nomor 60. (2008). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia* <https://peraturan.bpk.go.id/details/4876>
17. Puspitasari, V. I., Lutfillah, N. Q., & Isrowiyah, A. (2021). Mengungkap Proses Penyusunan Laporan Keuangan pada Rumah Sakit Pemerintah. *Jurnal Riset Dan Aplikasi: Akuntansi Dan Manajemen*, 5(1). <https://doi.org/10.33795/jraam.v5i1.003>
18. Rizka Maisaroh, A., Lalu Sulaiman, & Sismulyanto. (2024). Faktor Pending Klaim BPJS Di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB. *Jurnal Kesehatan Qamarul Huda*, 12(1), 42–47. <https://doi.org/10.37824/jqkh.v12i1.2024.680>

DOI: <https://doi.org/10.69693/ijmst.v4i3.13820>

Lisensi: Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

19. Salima, & Zein. (2023). Analisis Faktor Penyebab Klaim Pending Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraen Malang Tahun 2023. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(2), 151–159. <https://doi.org/10.31290/jiki.v9i2.4205>
20. Sari, A. N., Syaodih, E., & Lestari, Y. (2025). Evaluasi Implementasi Pengelolaan Piutang BPJS di BLUD Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat. *Journal of Business, Finance, and Economics (JBFE)*, 6(2), 261–270. <https://doi.org/10.32585/jbfe.v6i2.7697>
21. Warni, et. al. (2020). Analisis Ketidaksesuaian Jumlah Kunjungan Pasien Jaminan BPJS Dengan Jumlah Yang Diterima Verifikator Internal Di Rawat Jalan RSUD Koja. <https://doi.org/10.52643/marsi.v4i1.789>
22. Widaningtyas, E., Putri Novinawati, F., & Asmorowati, A. (2024). Analisis Pending Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit QIM Batang Tahun 2022. *Avicenna : Journal of Health Research*, 7(1). <https://doi.org/10.36419/avicenna.v7i1.1028>