

## ANALISIS SISTEM NOMINAL PENGAJUAN PENERIMAAN DATA KEUANGAN BPJS KESEHATAN KABUPATEN BADUNG TAHUN 2024

Irensiana pote<sup>1</sup>, Luh Diah Citraresmi Cahyadi<sup>2</sup>

Program Studi Akuntansi, Fakultas Ekonomi Bisnis dan Humaniora, Universitas  
Dhyana Pura, Jl. Raya Padang Luwih Tegaljaya Dalung Kuta Utara, Bali,  
Indonesia<sup>1,2</sup>

Email : <sup>1</sup> [22111501033@undhirabali.ac.id](mailto:22111501033@undhirabali.ac.id)

### ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis sistem pengajuan nominal penerimaan data keuangan di BPJS Kesehatan kabupaten Badung pada tahun 2024. Sistem pengajuan data keuangan yang efektif sangat penting untuk memastikan transparansi, akurasi, dan kecepatan dalam proses penerimaan dan pelaporan data keuangan. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif, dengan pengumpulan data melalui observasi, wawancara, dan analisis dokumen. Hasil analisis menunjukkan bahwa sistem pengajuan nominal penerimaan data keuangan di BPJS Badung saat ini masih menghadapi beberapa tantangan, termasuk keterlambatan dalam proses verifikasi dan ketidaksesuaian data yang sering terjadi. Oleh karena itu, diperlukan perbaikan dalam sistem untuk meningkatkan efisiensi dan keandalan pelaporan keuangan di BPJS Badung. Implementasi teknologi informasi yang lebih canggih serta pelatihan staf dalam penggunaan sistem yang ada dapat menjadi solusi untuk meningkatkan kualitas pengelolaan data keuangan di BPJS Badung

**Kata Kunci:** Sistem Pengajuan, Data Keuangan, BPJS Kesehatan, Badung, Tahun 2024.

### 1. Pendahuluan

BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional di Indonesia. Program ini bertujuan untuk memberikan akses pelayanan kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat, tanpa membedakan status sosial ekonomi. Sebagai bagian dari

sistem jaminan sosial, BPJS Kesehatan bertanggung jawab dalam mengelola program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Kartu Indonesia Sehat (KIS).

Di Kabupaten Badung, Bali, BPJS Kesehatan hadir untuk memberikan perlindungan kesehatan kepada warga setempat melalui dua skema utama: peserta Penerima Bantuan Iuran

(PBI) dan peserta Mandiri yang membayar iuran secara rutin. BPJS Kesehatan Kabupaten Badung juga bekerja sama dengan berbagai fasilitas kesehatan, mulai dari puskesmas hingga rumah sakit, untuk memastikan bahwa setiap peserta dapat mengakses layanan medis dengan mudah dan terjangkau.

Dengan adanya BPJS Kesehatan, masyarakat di Kabupaten Badung diharapkan dapat merasa lebih aman dalam menghadapi risiko kesehatan yang dapat terjadi kapan saja. Program ini juga mendukung visi pemerintah daerah dalam menciptakan masyarakat yang sehat, produktif, dan sejahtera.

Tantangan dan Peran BPJS Kesehatan Kabupaten Badung Sebagai bagian dari upaya Pemerintah Kabupaten Badung dalam meningkatkan kualitas kesehatan, BPJS Kesehatan berperan penting dalam memperluas cakupan peserta dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Tantangan yang dihadapi antara lain adalah meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pendaftaran dan pembayaran iuran tepat waktu, serta memastikan kualitas pelayanan kesehatan di fasilitas yang bekerja sama dengan BPJS.

Selain itu, BPJS Kesehatan di Kabupaten Badung juga berfokus pada pemerataan akses kesehatan bagi masyarakat di daerah pedesaan dan kawasan wisata, serta memastikan sistem klaim yang transparan dan akuntabel untuk menghindari kesalahan dalam pelayanan. BPJS Kesehatan juga terus berupaya memperbaiki layanan dan membangun kolaborasi yang lebih baik dengan fasilitas kesehatan lokal guna memastikan pelayanan yang optimal.

## **2. Metode Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif, dengan pengumpulan data melalui observasi, wawancara, dan analisis dokumen. Hasil analisis menunjukkan bahwa sistem pengajuan nominal penerimaan data keuangan di BPJS Badung saat ini masih menghadapi beberapa tantangan, termasuk keterlambatan dalam proses verifikasi dan ketidaksesuaian data

yang sering terjadi. Oleh karena itu, diperlukan perbaikan dalam sistem untuk meningkatkan efisiensi dan keandalan pelaporan keuangan di BPJS Badung

### **3. Hasil Dan Pembahasan**

Prosedur pengajuan data keuangan BPJS Kesehatan Kabupaten Badung dimulai dengan pengumpulan data klaim oleh fasilitas kesehatan, seperti rumah sakit atau klinik. Fasilitas kesehatan mengumpulkan informasi mengenai pasien BPJS yang dirawat, termasuk nomor peserta, jenis layanan medis, tanggal pelayanan, dan rincian biaya perawatan, serta dokumen pendukung seperti resep obat dan surat pernyataan dokter.

Setelah itu, data klaim yang telah lengkap disusun dan diajukan ke BPJS Kesehatan melalui sistem elektronik yang disediakan, seperti e-claim. Sebelum pengajuan, fasilitas kesehatan melakukan verifikasi internal untuk memastikan bahwa semua data yang dimasukkan sudah akurat dan sesuai dengan prosedur yang ditetapkan. Setelah data klaim diajukan, BPJS Kesehatan Kabupaten Badung akan melakukan verifikasi dan pemeriksaan terhadap data tersebut.

Proses ini mencakup pengecekan kelengkapan informasi, kesesuaian biaya dengan tarif yang berlaku, serta validasi layanan medis yang diberikan. Jika klaim memenuhi persyaratan, BPJS akan melakukan analisis klaim untuk menentukan apakah klaim tersebut layak dibayar. Jika disetujui, pembayaran klaim akan dilakukan melalui transfer bank ke fasilitas kesehatan yang bersangkutan, dan pembayaran tersebut akan dicatat dalam laporan keuangan BPJS. Setelah pembayaran selesai, laporan klaim akan disusun, yang mencakup klaim yang disetujui, yang ditolak, dan pembayaran yang dilakukan.

Semua dokumen terkait klaim ini akan disimpan sebagai arsip untuk keperluan audit dan pelaporan lebih lanjut. BPJS Kesehatan juga melakukan evaluasi dan pengawasan berkala terhadap prosedur klaim untuk memastikan bahwa sistem berjalan dengan efisien dan sesuai dengan regulasi yang berlaku.

BPJS Kesehatan Kabupaten Badung terletak di wilayah Kabupaten Badung, Bali, Indonesia, dan berfungsi untuk memberikan pelayanan jaminan kesehatan kepada seluruh warga Badung. Sebagai bagian dari program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), BPJS Kesehatan bertanggung jawab dalam

mengelola dan menyelenggarakan layanan kesehatan yang terjangkau bagi masyarakat.

Kantor BPJS Kesehatan di Kabupaten Badung menyediakan berbagai layanan, termasuk pendaftaran peserta, pengelolaan klaim, serta informasi terkait hak dan kewajiban peserta. Dengan adanya BPJS Kesehatan, diharapkan warga Badung dapat mengakses layanan kesehatan secara lebih mudah dan efisien.

Analisis Biaya-Manfaat (Cost-Benefit Analysis): Dalam analisis ini, jumlah nominal yang diajukan akan dibandingkan dengan manfaat yang diharapkan dari penggunaan dana tersebut. Analisis ini bertujuan untuk memastikan bahwa manfaat yang diperoleh lebih besar atau sebanding dengan biaya yang dikeluarkan. Dapat di lihat sebagai berikut :

**Tabel 1. Data nominal pengajuan**

BULAN PENERIMAAN	NAMA FASKES	NOMINAL PENGAJUAN
MEI 2024	RS SILOAM	5.400.275.200
JUNI 2024	RS SILOAM	8.182.223.100
JULI 2024	RS SILOAM	7.311.871.500
AGUSTUS 2024	RS SILOAM	2.936.160.600

**Sumber:** Laporan Keuangan BPJS Kesehatan, 2024

Tabel di atas menunjukkan nominal pengajuan klaim yang diajukan oleh RS Siloam untuk periode Mei 2024 hingga Agustus 2024. Data ini mencakup nilai pengajuan klaim yang bervariasi setiap bulan. Dengan menganalisis fluktuasi nilai klaim setiap bulan Analisis Pola Pengeluaran Nominal pengajuan klaim pada bulan Mei tercatat sebesar Rp 5.400.275.200.

Ini menunjukkan pengeluaran yang moderat, dengan jumlah klaim yang wajar dan stabil. Pengeluaran pada bulan ini dapat menunjukkan tingkat penggunaan layanan yang tidak terlalu tinggi dan relatif terkendali.

Juni 2024: Terjadi lonjakan signifikan pada bulan Juni, dengan nilai klaim mencapai Rp 8.182.223.100, hampir 1,5 kali lipat lebih tinggi

dibandingkan bulan Mei. Lonjakan ini menunjukkan adanya peningkatan jumlah pasien atau jenis layanan medis yang lebih kompleks. Ini bisa disebabkan oleh peningkatan kebutuhan layanan kesehatan pada bulan tersebut, yang mungkin dipengaruhi oleh faktor musiman atau faktor lainnya.

Pada bulan Juli, pengeluaran sedikit menurun menjadi Rp 7.311.871.500. Meskipun ada penurunan dibandingkan bulan Juni, jumlah klaim tetap lebih tinggi daripada bulan Mei. Ini menunjukkan bahwa meskipun ada sedikit penurunan, tingkat pengeluaran masih cukup tinggi, yang mungkin terkait dengan tingkat kebutuhan medis yang tetap besar. Pada bulan Agustus Pengeluaran klaim mengalami penurunan yang sangat signifikan menjadi Rp 2.936.160.600 pada bulan Agustus.

Penurunan ini cukup drastis, lebih rendah dibandingkan dengan bulan Mei dan jauh lebih rendah dibandingkan bulan Juni dan Juli. Hal ini bisa disebabkan oleh beberapa faktor, seperti penurunan jumlah klaim atau efisiensi dalam penggunaan layanan medis yang mengarah pada pengeluaran yang lebih terkontrol.

Fluktuasi pengeluaran klaim ini menunjukkan adanya ketidakstabilan yang cukup besar dalam jumlah klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan. Lonjakan pengeluaran pada bulan Juni, diikuti oleh penurunan di bulan Agustus, menunjukkan bahwa faktor-faktor eksternal atau internal, seperti jumlah pasien atau jenis layanan medis yang diberikan, mempengaruhi biaya klaim.

Kenaikan yang signifikan pada bulan Juni bisa jadi terkait dengan peningkatan kebutuhan layanan kesehatan atau jenis perawatan yang lebih kompleks, sementara penurunan drastis di Agustus menunjukkan adanya efisiensi atau pengurangan klaim.

Secara umum, meskipun ada fluktuasi signifikan, pola pengeluaran klaim mencerminkan tingginya biaya yang perlu dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan untuk menutupi kebutuhan medis peserta, dengan puncak tertinggi pada bulan Juni. Penurunan yang tajam di bulan Agustus menunjukkan bahwa biaya dapat dikendalikan dengan lebih baik, mungkin berkat langkah efisiensi atau penurunan jumlah klaim yang diajukan.

#### 4. Kesimpulan

Kesimpulan dari penelitian ini adalah bahwa sistem pengajuan nominal penerimaan data keuangan di BPJS Kesehatan Kabupaten Badung pada tahun 2024 masih menghadapi tantangan, seperti keterlambatan verifikasi dan ketidaksesuaian data. Fluktuasi pengeluaran klaim yang signifikan, seperti lonjakan pada bulan Juni dan penurunan tajam di Agustus, menunjukkan ketidakstabilan dalam pengelolaan klaim. Oleh karena itu, diperlukan perbaikan sistem, termasuk penerapan teknologi informasi yang lebih canggih dan pelatihan staf, untuk meningkatkan efisiensi, akurasi, dan transparansi dalam pelaporan keuangan.

#### Ucapan Terima Kasih

Laporan Praktek Kerja Lapangan ini merupakan sebuah karya kecil yang diharapkan mampu memberikan kontribusi bagi semua pihak yang membacanya. Selama penelitian sampai dengan penulisan Laporan Praktek Kerja Lapangan, penulis telah mendapat bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Luh diah citraresmi cahyadi, SE., M.Si selaku pembimbing dalam pelaksanaan dan penyusunan Laporan Praktek Kerja Lapangan.
2. Bapak dan Ibu dosen serta seluruh staf dan karyawan Program Studi Akuntansi Fakultas Ekonomi Bisnis dan Humaniora Universitas Dhyana Pura.
3. Bapak dan ibu serta seluruh karyawan yang bekerja di kantor BPJS Kesehatan yang telah memberikan sambutan dan fasilitas yang mendukung sehingga penulis dapat menjalankan praktek kerja lapangan dengan baik.
4. Orang tua, Oktavianus pote dan Elisabeth Bernadete Ghoda atas doa, dukungan dan kasih sayang senantiasa sebagai penyemangat dan memberikan motivasi untuk menjadi sumber kekuatan bagi penulis.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan laporan ini masih banyak terdapat kekurangan. Penulis membutuhkan kritik dan saran dari berbagai pihak untuk kesempurnaan laporan ini. Semoga laporan ini dapat bermanfaat serta menambah pengetahuan dan wawasan bagi pembacanya.

---

## 5. Daftar Pustaka

- Ardianto, E. (2020). *Sistem Pengelolaan Data Keuangan di Institusi Publik*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Arifin, Z., & Sulaiman, N. (2019). *Cost-benefit analysis dalam sistem jaminan kesehatan nasional*. *Jurnal Manajemen Kesehatan*, 13(3), 233-248. (Artikel ini mengulas penerapan analisis biaya-manfaat dalam sistem jaminan kesehatan nasional, yang relevan dengan pengelolaan BPJS Kesehatan).
- Santoso, P., & Nugroho, E. (2019). *Evaluasi Sistem Pengelolaan Data Keuangan pada Institusi Pemerintahan: Kasus BPJS Kesehatan*. *Jurnal Administrasi Negara*, 12(1), 4556.
- Chandra, A., & Kusuma, A. (2016). *Pengaruh Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan terhadap Kepuasan Peserta di Rumah Sakit Umum*. *Jurnal Manajemen Kesehatan*, 4(1), 34-42. Studi ini mengkaji dampak pembayaran klaim BPJS terhadap kepuasan peserta yang menerima layanan medis di rumah sakit.
- Prabowo, A., & Putri, D. (2023). *Studi Pengaruh Pembayaran Iuran BPJS terhadap Akses Layanan Kesehatan di Bali*. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 5(1), 22-30.
- Fadilah, M. A. (2021). *Manajemen Klaim dan Pembayaran BPJS Kesehatan dalam Perspektif Efisiensi Biaya*. *Jurnal Manajemen Kesehatan*, 10(3), 209-220.

