

ANALISIS PENGELOLAAN KLAIM BPJS KESEHATAN DALAM ASPEK FINANSIAL DAN OPERASIONAL PADA RUMAH SAKIT DAERAH BALUNG KABUPATEN JEMBER

Retno Purwaningsih Saptoulan¹, Hendrawan Santosa Putra², Wahyu Agus Winarno³

^{1,2,3}Program Studi S2 Akuntansi, Universitas Jember

e-mail: retnopurwas77@gmail.com

Received: 21 June 2026; Revised: June 2026; Accepted: 17 July 2026

Abstract

Financial inefficiencies in claims processing directly cause severe working capital constraints and revenue leakage in public healthcare facilities. This study aims to analyze the healthcare economics, operational bottlenecks, and strategic decisions in claims management concerning BPJS Kesehatan at RSD Balung Jember. This study utilized a qualitative descriptive design conducted at RSD Balung Jember, East Java, Indonesia. Primary data were gathered through document analysis of internal claims audit and semi-structured in-depth interviews with four key informants, including the Head of the Claims Installation and the Chief Medical Coder. Data analysis followed the qualitative data interaction model by Miles, Huberman, and Saldana. The findings highlight that operational bottlenecks are driven by severe medical coding discrepancies, stringent dispute criteria, and protracted pending periods by BPJS Kesehatan. From a health economics perspective, these bottlenecks cause operational inefficiency and capital stagnation. To safeguard institutional cash flow and maintain healthcare service delivery, the management implemented a strategic claim write-off policy, sacrificing potential medical revenue for immediate liquidity. Hard bottlenecks in claims management disrupt the revenue cycle, leading to high economic costs for public hospitals. Strategic write-offs serve as a crucial survival mechanism to maintain hospital functionality despite generating institutional financial losses.

Keywords: BPJS Kesehatan; claims management; hospital efficiency

Abstrak

Inefisiensi keuangan dalam pemrosesan klaim secara langsung menyebabkan kendala modal kerja dan kebocoran pendapatan di fasilitas kesehatan publik. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis ekonomi kesehatan, hambatan operasional, dan keputusan strategis manajemen klaim terkait BPJS Kesehatan di RSD Balung Jember. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif kualitatif yang dilaksanakan di RSD Balung Jember, Jawa Timur, Indonesia. Data primer dikumpulkan melalui analisis dokumen audit klaim internal serta wawancara mendalam dengan empat informan kunci, termasuk Kepala Instalasi Klaim dan Kepala Koder Medis. Analisis data mengikuti model interaksi data kualitatif dari Miles, Huberman, dan Saldana. Temuan menunjukkan bahwa hambatan operasional didorong oleh ketidaklengkapan dokumen, ketidaksesuaian koding medis, kriteria sengketa yang ketat, dan masa tunggu pending yang berkepanjangan oleh BPJS Kesehatan. Dari perspektif ekonomi, hambatan ini memicu inefisiensi operasional dan stagnasi modal. Untuk melindungi arus kas institusi dan menjaga penyediaan layanan kesehatan, manajemen menerapkan kebijakan penghapusan klaim (*write-off*) strategis, mengorbankan potensi pendapatan medis demi likuiditas keuangan. Hambatan dalam manajemen klaim

mengganggu siklus pendapatan, menyebabkan biaya ekonomi yang tinggi bagi rumah sakit publik. Kebijakan *write-off* strategis berfungsi sebagai mekanisme keuangan defensif untuk menjaga fungsi rumah sakit meskipun menghasilkan kerugian finansial institusi.

Kata kunci: BPJS Kesehatan; manajemen klaim; efisiensi rumah sakit.

PENDAHULUAN

Implementasi sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan sejak tahun 2014 memunculkan perubahan paradigma yang fundamental dalam model pembiayaan fasilitas kesehatan di Indonesia. Landasan hukum sistem ini adalah pada Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004; Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011). Sistem pembayaran yang semula berbasis *fee-for-service* kini beralih menjadi sistem prospektif menggunakan tarif paket *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs). Perubahan ini ditujukan untuk mengendalikan biaya pelayanan kesehatan secara makro, meningkatkan efisiensi alokasi anggaran, serta mendorong transparansi tata kelola rumah sakit. Namun, di tingkat mikro ekonomi, transisi ini menuntut kesiapan manajerial dari penyedia layanan kesehatan, khususnya Rumah Sakit Daerah (RSD) yang harus menjaga keberlanjutan keuangannya sendiri.

RSD Balung Jember, sebagai salah satu institusi pelayanan kesehatan milik pemerintah daerah di Kabupaten Jember, mengemban tanggung jawab besar dalam melayani pasien kepesertaan JKN yang mendominasi lebih dari 80% dari total kunjungan pasien harian. Tingginya porsi pasien BPJS Kesehatan ini berimplikasi langsung pada struktur pendapatan rumah sakit, di mana kelancaran arus kas

operasional hampir sepenuhnya bergantung pada efisiensi proses manajemen klaim (*claims management*). Regulasi teknis mengenai tata cara penagihan ini diatur secara ketat melalui Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 (Dany et al., 2021). Dalam ekosistem ekonomi kesehatan, rumah sakit yang memiliki ketergantungan pendapatan tunggal pada satu *payer* berada pada posisi yang rentan terhadap risiko konsentrasi pendapatan, di mana pengakuan akuntansi pendapatannya sangat bergantung pada kelancaran klaim asuransi tersebut (Tamburaka et al., 2024). Apabila terjadi hambatan pada sirkulasi penagihan klaim, dampaknya akan langsung melumpuhkan modal kerja harian rumah sakit. Secara makro, tekanan likuiditas akibat penundaan dana ini merepresentasikan realitas finansial nasional, di mana klaim BPJS Kesehatan yang tertunda (*pending*) secara nasional tercatat mencapai sekitar Rp4,82 triliun hingga Oktober 2024 yang terdiri dari 1,97 juta kasus penundaan pembayaran, atau setara dengan sekitar 3% dari total klaim layanan Kesehatan (Arlinta, 2025).

Fakta di lapangan menunjukkan bahwa pengelolaan klaim INA-CBGs bukanlah proses administratif yang sederhana. Proses ini melibatkan integrasi multi-sektor yang kompleks, mulai dari ketepatan pencatatan medis oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), akurasi penerjemahan diagnosis ke dalam kode internasional oleh tenaga *coder*, hingga proses verifikasi yang ketat di

kantor cabang (Ramadanis et al., 2024). Kerap kali terjadi benturan persepsi regulasi operasional antara pihak rumah sakit dan pihak BPJS Kesehatan yang menyebabkan klaim tertunda atau bahkan tidak layak bayar (Oktamianiza et al., 2021). Dari sudut pandang ekonomi kesehatan, fenomena *pending* dan *dispute* klaim ini mengindikasikan adanya inefisiensi teknis yang serius (Kusuma Rahayu et al., 2025). Hambatan operasional ini memperlambat perputaran modal kerja, meningkatkan *Days Sales Outstanding* (DSO), dan memicu terjadinya kebocoran pendapatan atau *revenue leakage* (Immi, 2023). Selain itu, kendala persyaratan operasional dan kelengkapan administrasi secara konsisten menjadi faktor dominan pemicu *pending* klaim BPJS Kesehatan di lingkungan rumah sakit (Elisabrina et al., 2026).

Sebagai rumah sakit dengan status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), RSD Balung Jember dituntut untuk mandiri secara finansial dalam membiayai pengeluaran harian, termasuk pengadaan obat-obatan, pemeliharaan alat kesehatan, hingga pembayaran jasa medis tenaga kesehatan. Ketika piutang klaim yang bernilai miliaran rupiah tertahan di BPJS Kesehatan dalam jangka waktu lama, kemampuan likuiditas rumah sakit akan menurun drastis (Wulandari et al., 2021). Bahkan, keterlambatan verifikasi dan ketidaksesuaian tarif paket INA-CBGs yang berkepanjangan secara teoretis dapat meningkatkan risiko prediksi kebangkrutan ekonomi rumah sakit (Larest Manuel Manopo & Susanti, 2025). Kondisi ini memaksa manajemen untuk mengambil keputusan-keputusan strategis dan trade-off ekonomi demi menyelamatkan keberlangsungan pelayanan publik. Salah satu keputusan

krusial yang jarang dieksplorasi secara mendalam adalah keputusan manajemen untuk melakukan penghapusan piutang klaim (*strategic financial write-offs*) secara sengaja terhadap berkas-berkas klaim sengketa yang dinilai memiliki biaya birokrasi penyelesaian yang tidak sebanding dengan nilai klaimnya.

Sebagian besar literatur terdahulu mengenai BPJS Kesehatan lebih banyak menyoroti isu eksternal seperti tingkat kepuasan pasien, defisit keuangan BPJS makro, atau efektivitas pelayanan klinis. Sebaliknya, studi kualitatif mendalam yang membedah mekanisme internal rumah sakit dalam mengelola siklus pendapatan (*revenue cycle management*) serta konsekuensi ekonominya masih sangat terbatas. Penelitian ini bertujuan untuk mengisi celah riset tersebut melalui analisis kualitatif deskriptif untuk mengeksplorasi karakteristik hambatan operasional dalam manajemen klaim BPJS Kesehatan di RSD Balung Jember, serta menganalisis bagaimana hambatan tersebut memengaruhi tata kelola ekonomi kesehatan dan memicu kebijakan *write-offs* strategis sebagai mekanisme pertahanan finansial rumah sakit.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain deskriptif analitis untuk memahami fenomena secara mendalam dan kontekstual. Pendekatan kualitatif dipilih karena riset ini bertujuan untuk mengupas dinamika di balik keputusan strategis manajemen, kendala interpersonal antarkomponen rumah sakit, serta benturan regulasi dalam pemrosesan klaim yang tidak dapat digambarkan secara utuh hanya melalui angka-angka statistik.

Karakteristik Informan serta Setting Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Daerah (RSD) Balung Kabupaten Jember, Jawa Timur. Subyek penelitian atau informan dalam penelitian ini dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* yang terdiri dari 4 informan kunci, yaitu: Kepala Instalasi Klaim, Kepala Koder, staf keuangan, dan kepala keuangan. Fokus analisis diarahkan pada variabel manajemen klaim (akurasi koding, berkas sengketa, dan durasi pending) serta variabel ekonomi kesehatan (efisiensi operasional, revenue cycle, dan dampak finansial akibat kebijakan *write-offs*).

Data primer dalam penelitian ini dikumpulkan melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) semi-terstruktur yang berlangsung dengan durasi berkisar antara 45 hingga 60 menit untuk setiap sesi informan. Seluruh hasil rekaman wawancara didokumentasikan secara digital dengan persetujuan informan, kemudian dikonversi secara verbatim ke dalam proses transkripsi tertulis. Sementara itu, data sekunder dikumpulkan melalui teknik dokumentasi, yaitu dengan menganalisis dokumen internal berupa Laporan Rekonsiliasi Klaim, Berita Acara Dispute Klaim, Dokumen Audit Internal Keuangan, serta SOP Pengajuan Klaim di RSD Balung Jember.

Pertimbangan Etika dan Rigor Kualitatif

Penelitian ini berkomitmen pada penegakan etika penelitian dengan menerapkan prinsip *informed consent* (lembar persetujuan informan), menjamin kerahasiaan identitas informan (*anonymity*), serta menjaga konfidensialitas seluruh data keuangan internal rumah sakit. Untuk menjaga rigor (keabsahan) penelitian kualitatif, terdapat empat strategi utama yang diterapkan:

- **Credibility (Validitas Internal):** Diuji menggunakan teknik triangulasi sumber

(membandingkan hasil wawancara antar-informan) dan triangulasi metode (mengonfirmasi data wawancara dengan analisis dokumen audit keuangan internal).

- **Transferability (Validitas Eksternal):** Dijaga dengan menyusun laporan deskriptif yang mendalam (*thick description*) mengenai konteks tata kelola klaim di RSD Balung agar esensi riset ini dapat dipahami secara kontekstual oleh fasilitas kesehatan lain.
- **Dependability (Reliabilitas):** Dilakukan melalui *audit trail* dengan mendokumentasikan secara runtut seluruh tahapan riset mulai dari pengumpulan data, proses transkripsi verbatim, hingga penarikan kesimpulan.
- **Confirmability (Objektivitas):** Diupayakan dengan melakukan konfirmasi ulang hasil interpretasi data kepada informan kunci (*member checking*) guna memastikan bahwa kesimpulan akhir murni bersumber dari data lapangan, bukan bias subjektif peneliti.

Analisis Data

Selanjutnya, data dianalisis mengikuti kerangka metodologis dari Miles, Huberman, dan Saldana (2014) yang terdiri dari:

- **Reduksi Data:** Melakukan seleksi, pemfokusan, penyederhanaan, dan abstraksi dari transkrip wawancara serta catatan lapangan yang diperoleh di RSD Balung Jember (Miles et al., 2014).
- **Penyajian Data (Data Display):** Menyusun informasi yang tereduksi ke dalam matriks naratif dan bagan alur hubungan sebab-akibat agar polanya mudah dipahami (Miles et al., 2014).
- **Penarikan Kesimpulan (Conclusion Drawing/Verification):** Merumuskan makna dari data yang telah disajikan,

mencari pola keteraturan, dan melakukan verifikasi ulang dengan dokumen pendukung hingga diperoleh kesimpulan akhir yang kokoh untuk menjawab rumusan masalah (Miles et al., 2014).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

1. Hambatan Operasional dan Inefisiensi Manajemen Klaim BPJS Kesehatan

Manajemen klaim dalam ekosistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSD Balung Jember melibatkan interaksi sirkular yang sangat kompleks antara aspek klinis dan verifikasi administratif. Sebagai satu-satunya rumah sakit tipe C di wilayah Jember Selatan yang melayani cakupan demografi yang sangat luas, efisiensi pengelolaan berkas menjadi penentu utama kesehatan finansial institusi. Namun, hasil wawancara menunjukkan adanya hambatan operasional multidimensi yang secara konsisten mengganggu kelancaran sirkulasi penagihan klaim.

Akurasi penerjemahan diagnosis klinis menjadi kode internasional berbasis *International Classification of Diseases* (ICD-10 untuk penyakit dan ICD-9-CM untuk tindakan) merupakan variabel penentu utama *clearing rate* klaim rumah sakit. Informan 2 (Kepala Koder) mengungkapkan bahwa salah satu faktor terbesar yang memicu tingginya angka *pending claims* adalah transisi kebijakan verifikasi di tingkat BPJS Kesehatan yang kini bergantung pada algoritma kecerdasan buatan (*Artificial Intelligence/AI*) dalam mendeteksi ketidaksesuaian berkas. Penggunaan teknologi otomatis oleh penjamin ini memicu tingginya angka penolakan berkas karena sistem tidak mampu

membaca variabilitas kondisi klinis pasien secara kontekstual. Informan 2 memaparkan situasi tersebut secara gamblang:

"BPJS itu ngerjakan kenapa pending itu dari AI. Pasti keluarannya itu semua seribu berkas klaim itu ya. Nanti maksimal ya 100 pending." (Informan 2)

Pernyataan dari sisi teknis pengodean ini ditriangulasi dan dikonfirmasi kebenarannya oleh Informan 1 (Kepala Instalasi Klaim) dari perspektif kedokteran klinis. Pihak rumah sakit sering kali mengalami benturan persepsi dengan verifikator BPJS Kesehatan karena ketatnya aturan administratif mengabaikan *art of medicine* (seni pengobatan) DPJP yang menghadapi kedaruratan pasien secara riil di ruang perawatan. Sebagai contoh empiris, pada kasus Infeksi Saluran Kencing (ISK) atau Pneumonia, verifikator menolak klaim jika tidak ada bukti laboratorium mikroskopis atau hasil kultur sputum yang spesifik, meskipun manifestasi klinis pasien secara anamnesis sudah mengancam nyawa. Informan 1 menegaskan:

"Kenyataannya tidak semua penyakit itu hasil penunjangnya akan mendukung. Kalau di FKTP tidak sanggup, baru bisa dirujuk ke sini... tapi di sini apakah bisa dilayani? Bisa, apakah bisa diklaimkan? Belum tentu." (Informan 1)

Selain faktor eksternal dari penjamin, hambatan operasional juga terjadi di internal rumah sakit, khususnya terkait kepatuhan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dalam penyelesaian berkas Rekam Medis Elektronik (RME). Berdasarkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017, ketepatan waktu pengajuan klaim sangat dibatasi oleh linimasa yang ketat. Namun, Informan 1 menyampaikan bahwa kendala

utama muncul apabila pasien pulang di luar hari kerja atau akhir pekan (*weekend*), di mana DPJP tidak berada di tempat sehingga penandatanganan resume medis tertunda. Keterlambatan pengisian resume medis ini menimbulkan efek domino yang parah. Tim koder tidak memiliki legalitas untuk menginput data ke aplikasi jika berkas medis dari ruangan belum dinyatakan lengkap secara klinis. Guna memitigasi risiko, manajemen RSD Balung Jember menerapkan kebijakan operasional agresif berupa penjemputan bola atau *sweeping* berkas harian. Informan 1 menjelaskan:

"Kita bantu dengan ada petugas yang *sweeping* berkas-berkas ke ruangan dari tiap hari ya satu kali atau dua kali jadi ngambil berkas yang sekiranya sudah selesai, sudah lengkap tapi belum sempat dikirimkan oleh petugas administrasi... bahkan di *weekend* pun atas petunjuk Pak Direktur juga harus dilakukan... penyerahan klaimnya dari ruangan ke kita itu yang bikin kita klaimnya tertunda." (Informan 1)

Langkah intervensi operasional ini divalidasi oleh Informan 2 (Koder), yang menjelaskan bahwa beban kerja koder yang mengelola sekitar 1.000 berkas rawat inap dan 6.000 berkas rawat jalan per bulan sebenarnya masih dalam batas aman analisis beban kerja, asalkan suplai berkas dari ruangan berjalan lancar. Untuk menekan angka kesalahan koding sebelum diajukan ke BPJS, tim koder menerapkan penapisan berlapis. Informan 2 memaparkan alurnya:

"Dokumen masuk ke admin, setelah admin itu nanti dicentang, dilihat, setelah itu nanti lihat masuk ke SIDA. Habis itu nanti dibuka di sini, setelah di sini terus baru dikembalikan ke sini lagi untuk di-scan. Setelah di-scan, dilihat lagi, selesai.

Jadi penapisannya berapa kali gitu." (Informan 2)

2. Dampak Finansial Terhadap Likuiditas dan Struktur Keuangan Rumah Sakit

Dari perspektif ekonomi kesehatan makro institusi, kemacetan pada salah satu komponen manajemen klaim berdampak langsung pada stabilitas kas dan fleksibilitas belanja. Mengingat RSD Balung Jember merupakan entitas Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dengan tingkat ketergantungan pendapatan (*revenue dependency risk*) mencapai 80% hingga 95% dari BPJS Kesehatan, fluktuasi *pending claims* menjadi instrumen yang sangat penting bagi kelangsungan pelayanan kesehatan.

Informan 3 (Staf Keuangan) memaparkan bahwa sirkulasi kas rumah sakit bergantung pada pola pembayaran dua tahap yang ditetapkan BPJS. Di pertengahan bulan (sekitar tanggal 15), rumah sakit menerima uang muka sebesar 40% dari total pengajuan klaim awal, dan sisanya dilunasi di akhir bulan setelah terbitnya Berita Acara Verifikasi (BAV). Namun, ancaman finansial terbesar yang mengganggu perencanaan anggaran (*budgetary planning*) bukan hanya terletak pada *pending claims* bulanan, melainkan pada proses audit berjalan mundur melalui Verifikasi Pasca Klaim (VPK) dan Audit Administrasi Klaim (AAK).

Ketika BPJS menemukan adanya ketidaksesuaian tarif atau dianggap terjadi *fraud* secara retrospektif pada kasus-kasus setahun sebelumnya (seperti audit paket kasus Pneumonia), rumah sakit diwajibkan mengembalikan dana dalam jumlah masif melalui skema pemotongan klaim berjalan. Informan 3 memaparkan beratnya beban finansial tersebut:

"Yang kita tidak bisa memprediksi ya jadi kita ada audit administrasi klaim itu, itu yang berjalan mundur jadi yang sebelumnya sudah dibayarkan itu diverif lagi sama BPJS di situ. Kalau harga tidak sesuai kita suruh mengembalikan itu... potongannya besar kalau kayak pneumonia itu kita 400... Jadi dipotong 3 bulan 100 lebih setiap bulannya. 400 juta mbak... Kasus 2023 atau 2024 dan itu baru muncul pneumonia itu Maret 2025... Itu yang sebenarnya untuk rumah sakit itu merasa keberatan karena apa potongannya besar." (Informan 3)

Data keuangan ini ditriangulasi oleh penjelasan Informan 1 mengenai tingkatan pengawasan BPJS Kesehatan yang sangat berlapis dan tidak terprediksi oleh rumah sakit. Informan 1 memaparkan:

"Pending itu tingkatan lokal, verifikasi tingkat lokal di Jember kemudian kalau VPK itu tingkat provinsi kalau yang sudah wasin itu sudah tingkat pusat... Ketika lolos di pending masih bisa kena di PPK, lolos di PPK masih kena di AAK, AAK lolos masih bisa kena di UR ataupun di wasin... Masalahnya ya itu tadi, pendapatan kita itu karena ada temuan yang dulu-dulu sehingga kita juga dipotong sampai dengan hari ini. Itu yang juga akhirnya membebani." (Informan 1)

Kemacetan pencairan klaim menimbulkan efek domino yang merusak sirkulasi pengadaan obat-obatan esensial. Ketika kas riil menipis akibat dana yang tertahan, rumah sakit terpaksa melakukan penundaan pembayaran (*delayed payments*) kepada vendor farmasi dan pemasok alat kesehatan habis pakai. Untuk mengatasi ancaman kelumpuhan operasional tanpa melakukan pinjaman modal kepada pihak ketiga, manajemen keuangan RSD Balung Jember mengadopsi strategi penjadwalan

anggaran yang sangat ketat melalui metode Mapping Rencana Anggaran Biaya (RAB). Manajemen memisahkan dengan tegas antara belanja wajib yang tidak boleh tertunda dengan belanja modal yang dapat ditangguhkan. Informan 3 menjelaskan mekanisme pengelolaan finansial tersebut:

"Kita itu kan badan layanan umum, ya kan? Kita nyari uang sendiri, kita belanja sendiri... Kita keuangan itu membuat prioritas-prioritas belanja yang mana yang wajib kita bayar... Prioritas pertama kita lihat cash flow kita... Belanja pegawai, belanja rutin setiap bulan yang lainnya itu belanja modal ataupun belanja non modal lainnya yang bersifat prioritas itu kita pilah... Jadi kalau pendapatan kita kecil kita nggak bisa belanja." (Informan 3)

Meskipun skema pendanaan alternatif dari pihak ketiga (perbankan) tidak diambil, rumah sakit memanfaatkan bantuan subsidi non-tunai dari pemerintah pusat berupa Dana Alokasi Khusus (DAK) sebesar Rp32 Miliar dan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) sebesar Rp4,2 Miliar pada tahun 2026. Bantuan ini berbentuk pengadaan barang dan alat kesehatan langsung, sehingga mampu meringankan beban belanja modal rumah sakit di tengah himpitan potongan klaim BPJS.

3. Respons Strategis Manajemen: Mekanisme Pertahanan Finansial dan Analisis Trade-Off

Salah satu temuan paling orisinal dari hasil triangulasi riset kualitatif ini adalah lahirnya perilaku institusional yang defensif berupa "kebijakan pasrah operasional" dari pihak manajemen rumah sakit. Posisi tawar (*bargaining power*) BPJS Kesehatan sebagai pembeli tunggal (*single-payer*) yang terlampau dominan menempatkan rumah sakit pada posisi

dilematis ketika menghadapi klaim sengketa (*claim dispute*).

Dalam teori ekonomi kesehatan, ketika terjadi perselisihan klaim yang tidak menemui titik temu di tingkat cabang, rumah sakit memiliki hak untuk mengajukan *dispute* resmi ke tingkat nasional yang melibatkan peninjauan ulang oleh kementerian. Namun, proses ini berimplikasi pada pembekuan dana klaim dalam jangka waktu yang tidak ditentukan. Informan 1 memaparkan alasan rasional mengapa RSD Balung Jember secara sadar memilih bersikap konservatif dan selalu mengalah terhadap keinginan verifikator BPJS:

"Kita sifatnya lebih konservatif, konservatif dalam artian klaim dispute itu kan rumah sakit uangnya nandon nih akhirnya kan kita nggak dapat pemasukan... Selama 3 tahun ini kita gak pernah satu kali pun mendisputekan karena capek... Ditangguhkan itu duitnya. RS Balung sendiri dua kali klaim pending ya sudah pasrah. Manut maunya BPJS kayak gimana... Daripada kita gak dapat uang sama sekali capek loh mbak menjawab pertanyaan-pertanyaan gitu itu." (Informan 1)

Perilaku pasrah strategis di tingkat manajemen ini ditriangulasi oleh Informan 2, yang mengakui bahwa tim koder pada akhirnya bertindak sebagai eksekutor teknis yang harus adaptif terhadap keinginan verifikator. Walaupun secara keilmuan pengodean mereka memiliki argumen klinis yang kuat, koder akan langsung mengubah data input sesuai instruksi BPJS demi kelancaran administrasi. Informan 2 menjelaskan:

"Koder itu menerjemahkan apa yang dituliskan oleh dokter. Pokoknya sesuai sama PMK 26 itu aja... Kalau ada aturan ini ya kami ya ubah kalau memang kelewat aja." (Informan 2)

Hal ini divalidasi oleh Informan 3 yang menyatakan bahwa kestabilan arus kas harian jauh lebih penting daripada memenangkan ego sengketa koding medis. Manajemen keuangan menekankan pentingnya kepatuhan total agar angka *pending* ditekan di bawah batas maksimal 8%.

4. Strategi Diversifikasi Ekonomi dan Pengurangan Ketergantungan JKN

Menyadari tingginya risiko kerentanan finansial akibat ketergantungan mutlak pada satu pintu pendapatan (*single-payer dependency risk*), manajemen RSD Balung Jember merancang strategi diversifikasi ekonomi kesehatan secara terstruktur. Berdasarkan penjelasan Informan 3, rumah sakit tidak bisa melepaskan diri dari kepesertaan BPJS karena adanya regulasi *Universal Health Coverage* (UHC) di Kabupaten Jember yang mewajibkan seluruh masyarakat kurang mampu didaftarkan ke sistem JKN.

Oleh karena itu, strategi yang diambil bukan mengurangi pelayanan BPJS, melainkan menciptakan sumber pendapatan baru (*new revenue streams*) dari sektor non-JKN yang bersifat komersial. Informan 3 memaparkan program inovasi tersebut:

"Strategi manajemen keuangan untuk mengelola ketergantungan ini ya memang kita memang butuh promosi ya mbak... Kita membuka layanan pemeriksaan calon pekerja migran Indonesia (CPMI). Kita membuka layanan baru itu. Jadi kalau pemeriksaan tidak bisa BPJS... Mulai bulan Maret kemarin kita sudah melayani CMI. Terus ini juga kita akan merambah ke itu rencananya itu vaksin... Vaksin untuk kayak selain TKI, juga calon haji, calon umroh, sama umroh itu kan butuh vaksin. Nah itu nanti kita akan merambah ke sana... Tahun ini masih kita koordinasi." (Informan 3)

PEMBAHASAN

1. Hambatan Operasional dan Inefisiensi Manajemen Klaim BPJS Kesehatan

Benturan persepsi regulasi administratif antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan menciptakan inefisiensi teknis yang masif di tingkat operasional. Ketidaksesuaian administrasi coding medis ini secara literatur terbukti menjadi faktor dominan yang menyebabkan berkas dikembalikan atau dinyatakan tidak layak bayar, yang pada akhirnya memicu penurunan pendapatan rumah sakit (Ni Wayan Arikusnadi et al., 2020; Oktamianiza et al., 2021). Triangulasi data membuktikan secara empiris bahwa inefisiensi waktu pengajuan klaim di RSD Balung Jember bukan disebabkan oleh kekurangan kapasitas atau kompetensi SDM koder, melainkan murni akibat hambatan kedisiplinan administratif di tingkat pelayanan hulu (Kusuma Rahayu et al., 2025; Sri Mulya et al., 2024; Tuzzahra et al., 2024).

Kondisi transisi verifikasi berbasis kecerdasan buatan (*Artificial Intelligence*) oleh pihak penjamin memunculkan tantangan baru bagi pihak manajemen operasional rumah sakit. Sistem digitalisasi yang kaku tanpa disertai fleksibilitas penilaian klinis kontekstual memaksa rumah sakit menciptakan lapisan penapisan internal berlapis (*sweeping* berkas). Meskipun penapisan ini efektif menekan kesalahan, dari kacamata ekonomi kesehatan langkah ini menciptakan redundansi proses dan meningkatkan beban kerja non-klinis bagi organisasi rumah sakit. Hal ini mempertegas kajian terdahulu oleh Elisabrina et al. (2026) bahwa kendala persyaratan operasional secara konsisten menjadi faktor dominan pemicu *pending* klaim di lingkungan rumah sakit.

2. Dampak Finansial Terhadap Likuiditas dan Struktur Keuangan Rumah Sakit

Secara makro, tekanan likuiditas akibat penundaan dana yang dialami oleh RSD Balung Jember merepresentasikan realitas finansial nasional. Sebagai pembanding kontekstual, klaim BPJS Kesehatan yang tertunda (*pending*) secara nasional tercatat mencapai sekitar Rp5 triliun pada awal tahun 2025 yang terdiri dari 1,97 juta kasus penundaan pembayaran, atau setara dengan sekitar 3% dari total klaim layanan kesehatan agregat (Arlinta, 2025). Keterlambatan verifikasi serta pemotongan dana sepihak akibat ketidaksesuaian sistem tarif INA-CBGs melalui audit retrospektif (VPK/AK) secara nyata mengganggu stabilitas modal kerja dan dalam jangka panjang dapat mengancam kesehatan ekonomi rumah sakit jika tidak dimitigasi dengan baik (Larest Manuel Manopo & Susanti, 2025; Wulandari et al., 2021).

Penundaan pembayaran kepada vendor farmasi akibat menipisnya kas riil memicu risiko *efficiency losses*, di mana vendor berpotensi menghentikan pasokan obat esensial yang dapat mengganggu kualitas pelayanan klinis langsung kepada pasien (Sophia & Darmawan, 2017). Kondisi ini membuktikan bahwa risiko konsentrasi pendapatan (*revenue concentration risk*) pada institusi BLUD daerah memicu kerentanan struktural yang tinggi ketika bergantung pada satu *payer* tunggal (BPJS Kesehatan). Dalam konteks ini, pemanfaatan instrumen fiskal eksternal non-tunai seperti DAK dan DBHCHT bertindak sebagai *financial shock absorber* yang sangat krusial guna menopang keroposnya arus kas operasional internal.

3. Respons Strategis Manajemen: Mekanisme Pertahanan Finansial dan Analisis Trade-Off

Keputusan untuk menerapkan "kebijakan pasrah operasional" didasarkan pada analisis *trade-off* atau pertimbangan biaya-manfaat (*cost-benefit analysis*) yang matang. Biaya birokrasi, waktu kerja tim *casemix*, dan *opportunity cost* jam praktik dokter spesialis yang tersita untuk memperbaiki dokumen berkas sengketa bernilai kecil dinilai jauh lebih mahal daripada nilai nominal klaim itu sendiri. Manajemen memilih merelakan atau melakukan *downgrade* nilai paket klaim asalkan sisa dana kolektif lainnya yang bernilai miliaran rupiah dapat segera dicairkan oleh BPJS untuk menjaga likuiditas harian.

Siklus sirkular ini membuktikan secara empiris bahwa asimetri informasi (*asymmetric information*) dan dominasi regulasi oleh penjamin (*single-payer*) memaksa rumah sakit daerah mengadopsi manajemen risiko keuangan yang defensif demi menjaga kelangsungan pelayanan publik (Amalia, 2024; Tamburaka et al., 2024). Temuan ini memperluas literatur manajemen siklus pendapatan (*revenue cycle management*) pada sektor publik dengan membuktikan bahwa kebijakan penghapusan piutang klaim (*strategic financial write-offs*) secara sengaja diimplementasikan bukan karena ketidaktahuan teknis, melainkan sebagai rasionalitas proteksi likuiditas.

4. Strategi Diversifikasi Ekonomi dan Pengurangan Ketergantungan JKN

Langkah pembukaan unit layanan pemeriksaan kesehatan bagi Calon Pekerja Migran Indonesia (CPMI) serta penyediaan pusat vaksinasi internasional merupakan langkah ekonomi kesehatan yang sangat strategis. Karena seluruh jenis pelayanan penunjang ini secara

regulasi wajib dibayar secara mandiri oleh pasien umum atau komersial, rumah sakit akan menerima asupan kas riil harian secara tunai (*cash basis*) tanpa melalui prosedur verifikasi atau ancaman *pending claims* dari BPJS Kesehatan.

Diversifikasi pendapatan ini secara bertahap membentuk arus kas cadangan (*cash cushion*) yang kuat bagi RSD Balung Jember. Hal ini menjadi strategi mitigasi yang efektif sehingga kestabilan operasional rumah sakit tetap terjaga meskipun di masa mendatang ada kemungkinan ketidakpastian pemotongan dana akibat audit pasca-klaim retrospektif dari pihak penjamin.

5. Implikasi Kebijakan dan Risiko Revenue Leakage

Secara praktis, temuan riset ini menggarisbawahi urgensi dilakukannya harmonisasi regulasi tingkat makro. Sistem verifikasi otomatis berbasis kecerdasan buatan (AI) yang diimplementasikan BPJS Kesehatan perlu diselaraskan secara dinamis dengan realitas klinis yang dihadapi oleh DPJP di lapangan. Ketidakselarasan ini memicu tingginya sengketa administratif yang berujung pada hilangnya potensi hak pendapatan rumah sakit daerah.

Dalam jangka panjang, jika asimetri regulasi ini dibiarkan, "kebijakan pasrah operasional" dan *strategic financial write-offs* yang diambil manajemen berisiko menjelma menjadi akumulasi *revenue leakage* (kebocoran pendapatan) struktural yang permanen. Hal ini akan memperlemah kapasitas fiskal RSUD sebagai entitas BLUD, menurunkan daya investasi modal pada peremajaan fasilitas medik, dan pada akhirnya mendegradasi mutu pelayanan kesehatan publik bagi masyarakat luas.

Keterbatasan Penelitian (*Limitations*)
Meskipun memberikan kontribusi

konseptual yang signifikan, penelitian kualitatif ini memiliki beberapa keterbatasan:

1. Generalisasi (Generalizability) Temuan

Riset ini menggunakan desain studi kasus tunggal yang berfokus pada RSD Balung Jember, sehingga dinamika operasional, kendala birokrasi, dan kebijakan proteksi keuangan yang ditemukan tidak dapat digeneralisasikan secara mutlak ke RSUD lain dengan karakteristik wilayah atau kapasitas fiskal yang berbeda.

2. Social Desirability Bias

Mengingat topik penghapusan piutang klaim sengketa (*write-offs*) merupakan area manajerial yang cukup sensitif dan beririsan erat dengan kepatuhan audit formal, terdapat potensi munculnya *social desirability bias* di mana informan cenderung memberikan jawaban normatif guna melindungi reputasi institusi.

3. Keterbatasan Akses Data Dokumen

Analisis dokumen sekunder dibatasi pada dokumen laporan keuangan dan rekam audit internal yang diizinkan oleh otoritas rumah sakit pada periode buku berjalan, sehingga kalkulasi dampak finansial jangka panjang secara longitudinal kuantitatif belum dapat dieksplorasi sepenuhnya dalam penelitian ini.

PENUTUP

Simpulan

Riset kualitatif ini menyimpulkan bahwa hambatan operasional dalam manajemen klaim BPJS Kesehatan di RSD Balung Jember bersifat multidimensi, yang didominasi oleh ketidaksesuaian sistemik koding medis antara pihak rumah sakit dan verifikator, kendala perilaku DPJP dalam pelengkapan berkas rekam medis, serta lamanya proses penyelesaian berkas *pending*. Dari

perspektif ekonomi kesehatan, hambatan-hambatan operasional tersebut memicu inefisiensi teknis yang parah, stagnasi modal kerja, dan krisis likuiditas jangka pendek yang mengancam stabilitas operasional serta kualitas pelayanan rumah sakit kepada masyarakat. Sebagai mekanisme pertahanan finansial yang rasional untuk menjaga kelangsungan fungsi institusi, manajemen mengambil langkah *trade-off* berupa kebijakan *strategic financial write-offs*. Manajemen secara sadar menghapus piutang klaim sengketa demi mengorbankan sebagian potensi pendapatan institusi, guna mempercepat pencairan arus kas segera demi menjaga keberlanjutan pelayanan kesehatan harian.

Saran

Berdasarkan temuan riset ini, diajukan beberapa saran rekomendasi kebijakan praktis untuk manajemen RSD Balung Jember yang disusun berdasarkan skala prioritas dan estimasi dampaknya:

- **Prioritas 1: Penguatan Tata Kelola Klinis (*Clinical Governance*)**
 - *Rekomendasi:* Manajemen harus menerapkan kebijakan ketat berupa pembatasan waktu pelengkapan resume medis oleh DPJP dengan sanksi administratif yang terukur, guna memotong hambatan administrasi di tingkat hulu.
 - *Estimasi Dampak:* Langkah ini diproyeksikan mampu memotong waktu tunggu berkas di ruangan hingga 30% dan mempercepat suplai data ke tim koder.
- **Prioritas 2: Peningkatan Kapasitas Tim Koder Medis**
 - *Rekomendasi:* Perlu dilakukan pelatihan bersama secara berkala antara tim koder rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan untuk menyamakan persepsi interpretasi

ICD-10 dan ICD-9-CM, sehingga meminimalkan potensi sengketa koding (*coding dispute*).

- *Estimasi Dampak*: Diharapkan dapat menekan angka penolakan klaim (*pending rate*) oleh verifikator hingga di bawah target aman 8% dalam jangka pendek.

- **Prioritas 3: Pembentukan Tim Akselerasi Klaim**

- *Rekomendasi*: Manajemen disarankan membentuk unit khusus yang berfokus melakukan evaluasi ekonomi mingguan terhadap berkas-berkas *pending* untuk mendeteksi dini risiko kebocoran pendapatan (*revenue leakage*) dan menghitung kelayakan biaya penanganan sengketa sebelum keputusan *write-off* diambil.
- *Estimasi Dampak*: Pembentukan tim ini memberikan kepastian kalkulasi biaya birokrasi, sehingga keputusan *write-off* benar-benar terukur dan tidak menimbulkan kerugian finansial yang tidak perlu bagi RSUD.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, R. (2024). Keterlambatan Klaim BPJS dan Perlindungan Hukum Rumah Sakit: Suatu Analisis. *Jurnal Sosial Dan Sains*, 4(7), 612–619.
<https://doi.org/10.59188/jurnalsosains.v4i7.1476>
- Arlinta, D. (2025, 4 Februari). Klaim Tertunda BPJS Kesehatan Capai Rp 5 Triliun, Layanan Publik Jangan Terdampak. *Kompas.com*.
<https://www.kompas.id/artikel/klaim-tertunda-bpjs-kesehatan-capai-rp-5-triliun-layanan-ke-masyarakat-bisa-terdampak>
- Dany, B. E., Ar, A., & Rahmadani, G. (2021). Kesehatan Di Tinjau Dari Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017. *Jurnal Normatif*, 1(2), 82–85.
<http://jurnal.alazharuniversity.ac.id/index.php/normatif/article/view/95>
- Elisabrina, D., Suparti, S., & Widiyoko, A. (2026). Analisis Faktor Penyebab Terjadinya Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Panti Waluyo Yakkum Surakarta. *Indonesian Journal of Health Research Innovation (IJHRI)*, 3(2), 242–251.
- Immi, S. (2023). Analisis Penyebab Pending Klaim Pasien Bpjs Kesehatan. *Blantika : Multidisciplinary Journal*, 1(4), 438–446.
- Kusuma Rahayu, A. A., Ikawati, F. R., & Afifah, L. (2025). Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit X Kota Malang Tahun 2024. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, 15(1), 74–83.
<https://doi.org/10.52643/jbik.v15i1.5785>
- Larest Manuel Manopo, W., & Susanti, N. (2025). Prediksi Kebangkrutan Rumah Sakit Akibat Ketidaksesuaian Sistem Tarif INA-CBGS. *Journal of Accounting and Finance Management*, 6(2), 724–731.
<https://doi.org/10.38035/jafm.v6i2.1938>
- Miles, M.B, Huberman, A.M, & Saldana, J. (2014). *Qualitative Data Analysis, A Methods Sourcebook*, Edition 3. USA: Sage Publications.
- Ni Wayan Arikusnadi, Sudirman, & Abdul Kadri. (2020). Studi Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 3(4), 159–165.
<https://doi.org/10.56338/jks.v3i4.1708>

- Oktamianiza, Rahmadhani, Yulia, Y., & Putri, H. M. (2021). Literatur Rview Tentang Faktor Penyebab Klaim Tidak Layak Bayar BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Tahun 2020. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 6(1), 83–90. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v6i1.487>
- Ramadanis, N., Yuliza, W. T., & Gusrianti, G. (2024). Analisis Pelaksanaan Prosedur Klaim Rumah Sakit Pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kantor Cabang X. *Jik Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(2), 394. <https://doi.org/10.33757/jik.v8i2.1168>
- Sophia, & Darmawan, E. S. (2017). Analysis Delay of Claims the Social Security Agency (BPJS) on Health atDr. Mintohardjo Navy Hospital, DKI Jakarta. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 20(3), 83–88.
- Sri Mulya, Dina Sonia, Daniel Happy Putra, & Noor Yulia. (2024). Analisis Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi Tahun 2023. *Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 3(3), 140–152. <https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v3i3.3021>
- Tamburaka, S., Purnaman, S., Samawi, A., & Dian Fauziah, V. (2024). Analisis Akuntansi Pendapatan Atas Sistem Pembayaran Asuransi Kesehatan Bpjs Pada Rumah Sakit Umum Daerah. *Jurnal Akuntansi Dan Keuangan*, 9(1), 90–101. <https://doi.org/10.33772/jakuho.v9i1.143>
- Tuzzahra, R., Hakim, A. O., Romodon, D., & Gunawan, G. (2024). Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di RSUD Majenang. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 6(1), 29–39. <https://doi.org/10.25047/jremi.v6i1.5469>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011. *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 5256. Jakarta.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004. *Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta.
- Wulandari, H., Sabilu, Y., & Suhadi. (2021). Penyebab Keterlambatan Klaim Bpjs Di Rsu Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara. *Jurnal Kendari Kesehatan Masyarakat (JKKM)*, 1(1), 17–24. <https://journal.uho.ac.id/index.php/jkkm/article/view/6/3>