e-ISSN 2829-7652
Volume 5, Nomor 2, Tahun 2026
Hlm. 484-500

https://jurnal.astinamandiri.com/index.php/juria

DAMPAK KETERLAMBATAN KLAIM BPJS DALAM STABILITAS FINANSIAL RUMAH SAKIT INDONESIA TAHUN 2021–2025: LITERATURE REVIEW

Anvika Adha Taufik[1], Heliyani[2], Syukra Alhamda[3]
[1]Stikes Garuda Putih,
[2]Institut Teknologi dan Bisnis Haji Agus Salim Bukittinggi,
[3]Poltekkes Kemenkes Padang
anvikaadhataufik@gmail.com, heliyani.bkt@gmail.com,
syukra.alhamda@poltekkes-pdg.ac.id

ABSTRAK

Keterlambatan pembayaran klaim BPJS Kesehatan merupakan ancaman sistemik terhadap stabilitas finansial rumah sakit di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Menganalisis dampak keterlambatan klaim BPJS Kesehatan terhadap stabilitas finansial rumah sakit Indonesia mencakup dimensi piutang, arus kas, profitabilitas, dan keberlanjutan operasional, serta memetakan strategi manajemen klaim yang telah diterapkan. *Literature review* dengan pendekatan naratif-sistematis. Pencarian dilakukan pada basis data Google Scholar, Garuda/SINTA, dan PubMed dengan kerangka PEO periode 2021–2025. Sebanyak sembilan artikel memenuhi kriteria inklusi dan disintesis secara tematik. Keterlambatan klaim BPJS menimbulkan dampak multidimensional: (1) akumulasi piutang masif dengan *Average Collection Period* mencapai 1.141 hari, jauh di atas standar ≤100 hari, serta piutang BPJS terbukti menjadi determinan dominan total piutang RS (R^2=0,999); (2) gangguan arus kas akibat ketergantungan pendapatan pada BPJS mencapai 69–90%; (3) kompresi *margin profitabilitas* karena *Cost Recovery Rate* mayoritas layanan berada di bawah 1,0, disertai kehilangan pendapatan rata-rata 17,5% akibat *coding error*; dan (4) rantai risiko yang mengancam keberlanjutan operasional secara struktural. Empat strategi respons: optimasi koding dan kelengkapan dokumen, efisiensi berbasis *clinical pathway*, penguatan manajemen piutang, dan diversifikasi sumber pendapatan. Keterlambatan klaim BPJS berdampak signifikan dan berlapis terhadap stabilitas finansial rumah sakit Indonesia. Diperlukan intervensi manajemen yang terintegrasi dan kebijakan evaluasi tarif INA-CBGs yang berbasis *unit cost* aktual.

Kata Kunci: finansial; INA-CBGs; keterlambatan klaim BPJS; piutang; stabilitas finansial rumah sakit

ABSTRACT

Delayed BPJS Kesehatan claim payments pose a systemic threat to hospital financial stability in Indonesia's National Health Insurance (JKN) era. Objective: To analyze the impact of BPJS claim delays on hospital financial stability across four dimensions – receivables, cash flow, profitability, and operational sustainability – and to map claim management strategies adopted by Indonesian hospitals. A narrative systematic literature review. Literature was searched across Google Scholar, Garuda/SINTA, and PubMed using a PEO framework for

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

the period 2021–2025. Nine articles met the inclusion criteria and were synthesized thematically. BPJS claim delays produced multidimensional impacts: (1) massive receivables accumulation with an Average Collection Period reaching 1,141 days, far exceeding the ≤100-day standard, with BPJS receivables proven the dominant determinant of total hospital receivables (R^2=0.999); (2) cash flow disruption due to revenue dependency on BPJS reaching 69–90%; (3) profitability margin compression as the Cost Recovery Rate fell below 1.0 for most service types, compounded by an average 17.5% revenue loss from coding errors; and (4) a cyclical chain of risks threatening long-term operational sustainability. Four response strategies: coding accuracy and documentation optimization, clinical pathway-based cost efficiency, receivables management strengthening, and revenue diversification. BPJS claim delays significantly and cumulatively threaten hospital financial stability in Indonesia, necessitating integrated managerial interventions and evidence-based INA-CBGs tariff reform aligned with actual unit costs.
Keywords: *BPJS claim delay; financial stability hospital; INA-CBGs; receivables; revenue*

PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) merupakan salah satu tonggak transformasi sistem pembiayaan kesehatan terbesar di Indonesia. Sejak diimplementasikan secara penuh pada tahun 2014, program ini telah mengubah paradigma pembayaran layanan kesehatan dari mekanisme *fee-for-service* menjadi sistem pembayaran prospektif berbasis paket, yakni *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBGs). Pergeseran sistem ini membawa implikasi mendasar bagi keberlangsungan finansial rumah sakit sebagai mitra pelaksana BPJS Kesehatan di seluruh Indonesia.

Di era JKN, rumah sakit di Indonesia menghadapi dua tekanan finansial yang saling tumpang-tindih. Pertama, adanya kesenjangan antara tarif INA-CBGs yang ditetapkan pemerintah dengan biaya aktual pelayanan yang ditanggung rumah sakit. Berdasarkan tinjauan literatur terbaru, sebagian besar layanan rawat jalan dan tindakan pembedahan memiliki *unit cost* lebih tinggi dibandingkan tarif yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan (Kurniawan et al., 2025). Dalam studi tentang tindakan seksio sesarea misalnya, ditemukan bahwa tarif INA-CBGs hanya mampu menutup 25% hingga 54% dari biaya aktual yang dikeluarkan rumah sakit (Syakurah et al., 2025). Kedua, permasalahan keterlambatan pembayaran klaim menjadi hambatan sistemik yang semakin memperlemah posisi arus kas (*cash flow*) rumah sakit.

Keterlambatan klaim BPJS Kesehatan bukan sekadar persoalan administratif semata, melainkan telah berkembang menjadi ancaman nyata terhadap stabilitas finansial institusi rumah sakit. Studi di RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat mencatat bahwa penundaan pembayaran klaim berlangsung antara 60 hingga 120 hari, mengakibatkan terganggunya pengadaan obat-obatan, pembayaran remunerasi tenaga medis, dan keberlangsungan pelayanan pasien (Sari et al., 2025). Temuan serupa dilaporkan dari Rumah Sakit Efarina, Pangkalan Kerinci, Riau, di mana *pending claims* didominasi oleh ketidaklengkapan resume medis (56,73%), ketidaktepatan pengkodean (*coding*) diagnosa (34,66%), dan berkas klaim yang

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

tidak lengkap (8,61%), yang kesemuanya berujung pada keterlambatan penerimaan pembayaran dari BPJS Kesehatan (Handayani et al., 2025).

Faktor-faktor penyebab keterlambatan klaim bersifat multidimensional. Sebuah *scoping review* yang mengkaji penyebab utamanya yaitu ketidakakuratan pengkodean diagnosis dan prosedur, ketidaklengkapan dokumen klaim, keterbatasan sistem informasi, rendahnya kompetensi sumber daya manusia, inkonsistensi pelaksanaan standar operasional prosedur, dan lemahnya koordinasi antar unit. Faktor-faktor ini saling berinteraksi dan menciptakan siklus klaim *pending* yang berulang, memperpanjang periode piutang rumah sakit, dan pada akhirnya mengganggu stabilitas finansial rumah sakit (Zalukhu et al., 2025).

Dampak finansial dari keterlambatan klaim tidak terbatas pada gangguan arus kas jangka pendek. Jangka panjangnya, manajemen rumah sakit di era JKN menunjukkan bahwa ketidaksesuaian tarif INA-CBGs meningkatkan risiko kebangkrutan, khususnya bagi rumah sakit kecil, sekaligus menekan *margin* keuntungan dan pendapatan per pasien secara signifikan (Widiyaningsih et al., 2025). Kondisi ini diperburuk oleh kenyataan bahwa proses pembayaran klaim di beberapa rumah sakit memakan waktu hingga lebih dari tiga bulan, menciptakan tekanan finansial yang berkelanjutan dan mengganggu operasional (Paramarta et al., 2025). Studi komparatif antara rumah sakit swasta dan RSUD Tipe C di Kota Bandung juga menunjukkan bahwa rumah sakit pemerintah cenderung lebih rentan terhadap keterlambatan ini akibat proses birokrasi verifikasi klaim yang lebih kompleks dibandingkan rumah sakit swasta (Yulianti, 2025).

Analisis terhadap tiga korporasi rumah sakit yang tercatat di Bursa Efek Indonesia juga memperlihatkan bahwa era JKN memunculkan penurunan *margin* 15–20% akibat tarif tetap INA-CBGs, meskipun volume pasien meningkat 20–30% (Sariyani et al., 2025). Hal ini mengisyaratkan bahwa ketidakstabilan finansial rumah sakit dalam era JKN bukan semata disebabkan oleh faktor internal, melainkan juga oleh desain sistem pembiayaan yang belum sepenuhnya mencerminkan biaya aktual pelayanan kesehatan.

Berbagai penelitian telah mendokumentasikan dampak keterlambatan klaim secara parsial dan kontekstual di berbagai rumah sakit di Indonesia. Akan tetapi, hingga saat ini belum ada kajian literatur yang secara komprehensif mensintesis bukti-bukti empiris dari tahun 2021 hingga 2025 mengenai hubungan antara keterlambatan klaim BPJS Kesehatan dan stabilitas finansial rumah sakit secara menyeluruh. Kesenjangan pengetahuan (*knowledge gap*) ini mendorong perlunya dilakukan *literature review* untuk mengonsolidasikan temuan-temuan penelitian yang ada, mengidentifikasi pola dampak yang konsisten, serta merumuskan rekomendasi strategis berbasis bukti bagi manajemen rumah sakit dan pemangku kebijakan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain *literature review* dengan pendekatan naratif-sistematis. Metode ini dipilih karena bertujuan untuk mengidentifikasi, menyeleksi, mengkaji, dan mensintesis temuan-temuan dari berbagai penelitian primer yang telah dipublikasikan sebelumnya mengenai keterlambatan klaim BPJS

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Kesehatan dan dampaknya terhadap stabilitas finansial rumah sakit di Indonesia. Hasil literatur disintesis secara deskriptif dan tematik untuk mengidentifikasi pola-pola temuan yang konsisten lintas studi. Pencarian literatur dilakukan secara komprehensif melalui empat basis data elektronik, yakni Google Scholar, Garuda/Portal Jurnal Nasional (SINTA), dan PubMed. Pencarian dilakukan pada periode Januari 2021 hingga Desember 2025. Kata kunci dikembangkan berdasarkan kerangka PICO yang diadaptasi menjadi kerangka PEO *(Population, Exposure, Outcome).*

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan proses seleksi literatur, sebanyak sembilan artikel penelitian dari rentang tahun 2021–2025 memenuhi seluruh kriteria inklusi dan diikutsertakan dalam *literature review* ini. Keseluruhan studi secara langsung membahas dampak keterlambatan pembayaran klaim dan ketidaksesuaian tarif BPJS Kesehatan terhadap berbagai dimensi stabilitas finansial rumah sakit di Indonesia. Karakteristik studi yang diinklusikan disajikan secara terstruktur pada Tabel 1 berikut.

Tabel 1. Ekstraksi Data Studi

No.	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Instrumen Penelitian	Sampel	Desain Penelitian	Hasil Penelitian
1	Arofah et al. (2022)	Dampak Implementasi Program JKN terhadap Biaya Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan	Telaah pustaka, formulasi PICO, seleksi jurnal Google Scholar & PubMed	12 jurnal nasional (SINTA) & internasional (Scopus), terbit ≥2016	Narrative Literature Review	JKN berdampak pada GPM, NPM, dan pendapatan RS. GPM meningkat pasca-JKN namun NPM justru menurun di sebagian RS. Keterlambatan pembayaran klaim BPJS disebut sebagai faktor pengganggu efisiensi RS. RS menerapkan strategi low-cost hospital

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

No.	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Instrumen Penelitian	Sampel	Desain Penelitian	Hasil Penelitian
						untuk bertahan. Tarif INA-CBGs dianggap masih rendah dari standar sehingga menurunkan kepuasan dokter dan menekan jasa medis.
2	Kurniawan & Rahmah (2025)	Comparing *Unit costs*, INA-CBGs, and Hospital Tariffs in Indonesia: A Literature Review	Telaah literatur Google Scholar, PubMed, ScienceDirect; seleksi 17 artikel 2020–2025	17 artikel; mencakup RS tipe A–D, 5 RS pemerintah, 10 RS swasta; layanan rawat jalan & rawat inap	Literature Review (PRISMA) + Analisis CRR	Mayoritas *unit cost* > tarif INA-CBGs, terutama hemodialisis (CRR 0,86–0,95), pasca-SC (CRR 0,29), ekokardiografi (CRR 0,39), dan odontektomi (CRR 0,68). Dari 20 perhitungan *unit cost*, 11 menunjukkan *unit cost* > tarif INA-CBGs (underpayment). Hanya rehabilitasi LBP yang menguntungkan (CRR 1,31) karena implementasi

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

No.	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Instrumen Penelitian	Sampel	Desain Penelitian	Hasil Penelitian
						clinical pathway efektif. Overhead SDM dan BMHP menjadi komponen biaya terbesar. Rekomendasi: ABC costing + clinical pathway + evaluasi tarif INA-CBGs oleh BPJS.
3	Zahara et al. (2025)	Analisis Perbedaan Tarif Pelayanan RS dengan Tarif INA-CBGs pada RSIA Permata Hati Lotim	Studi dokumen klaim, billing pasien, laporan keuangan; observasi alur klaim; triangulasi data	Seluruh klaim persalinan pasien BPJS RSIA Permata Hati Lotim Feb–Des 2024; kontribusi BPJS 90% pendapatan RS	Studi kasus (mix kualitatif-kuantitatif deskriptif)	Mayoritas klaim mengalami selisih negatif (tarif aktual RS > INA-CBGs). Contoh: USG lain-lain: tarif RS Rp584.700 vs INA-CBGs Rp562.200 (selisih -Rp22.500). Faktor penyebab: ketidaklengkapan dokumen, ketidaksesuaian prosedur medis, ketidakakurat

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

No.	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Instrumen Penelitian	Sampel	Desain Penelitian	Hasil Penelitian
						an coding ICD-10/ICD-9-CM. Dampak: cadangan kerugian piutang, piutang bermasalah, gangguan arus kas. RS mulai terapkan SAK EP Bab 23 & Bab 4 untuk pengakuan piutang BPJS.
4	Maryati et al. (2021)	Reduced Hospital Revenue Due to Error Code Diagnosis in the Implementation of INA-CBGs	Analisis data klaim sekunder; wawancara koder dan manajemen; analisis selisih tarif per kelompok kode INA-CBGs	Data klaim RS tipe B tahun 2017–2020; klaim rawat inap yang mengalami downgrading akibat kesalahan koding	Kuantitatif deskriptif (analisis sekunder)	Error coding menyebabkan downgrading tarif INA-CBGs: RS tipe B kehilangan pendapatan rata-rata 17,5% dari potensi klaim. Dampak kumulatif pada pendapatan tahunan RS. Kesalahan koding terbesar pada kasus komorbiditas. Rekomendasi: sertifikasi koder, audit

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

No.	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Instrumen Penelitian	Sampel	Desain Penelitian	Hasil Penelitian
						koding berkala, CDI, dan penyelarasan interpretasi diagnosis antara klinisi dan koder.
5	Pradhana et al. (2025)	Selisih Klaim INA-CBGs dengan Tarif Aktual di RS X Surabaya	Analisis dokumen klaim rawat inap dan rawat jalan; perbandingan tarif RS vs tarif INA-CBGs per kelas perawatan	Data klaim RS X Surabaya (RS tipe B); seluruh episode rawat inap dan rawat jalan dalam periode analisis	Kuantitatif deskriptif komparatif	Selisih antara tarif RS aktual dan INA-CBGs selalu negatif pada hampir seluruh jenis layanan. Defisit terbesar terjadi pada kelas 3. Selisih negatif kumulatif membebani arus kas RS karena penerimaan riil lebih rendah dari biaya aktual yang telah dikeluarkan. Rekomendasi: RS perlu melakukan perhitungan *unit cost* secara berkala dan mengoptimalkan efisiensi

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

No.	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Instrumen Penelitian	Sampel	Desain Penelitian	Hasil Penelitian
						biaya per episode pelayanan.
6	Indrawan et al. (2025)	Pengaruh Piutang Asuransi BPJS terhadap Total Piutang Asuransi Kesehatan (Studi Kasus RSAU dr. Salamun)	Wawancara, observasi, dokumentasi laporan piutang; analisis korelasi Pearson, uji determinasi, uji t	Data piutang BPJS dan total piutang asuransi kesehatan RSAU dr. Salamun Bandung periode 2012–2016 (5 tahun)	Kuantitatif (korelasi, regresi linier sederhana)	Piutang BPJS tumbuh rata-rata 11% per tahun (2012–2016): total Rp6,73 miliar. Pearson r = 1,000. R^2 = 0,999. Uji t: t hitung 55,773 > t tabel 3,182, sig. 0,000. Keterlambatan pembayaran BPJS menyebabkan masalah likuiditas dan mengganggu arus kas operasional RS.
7	Panduwinata & Akhirruddin (2023)	Efisiensi Pengelolaan Keuangan dengan Menghitung Turnover Receivable pada Pasien BPJS Kesehatan RSD Benowo Surabaya	Data time series piutang BPJS 2019–2022 dari unit keuangan RS; wawancara manajer RS; analisis RTO & ACP	Data piutang dan pendapatan BPJS RSD Benowo Surabaya tahun 2019–2022 (4 tahun)	Kuantitatif deskriptif (analisis rasio keuangan: RTO dan ACP)	RTO fluktuatif: 6,16× (2020) → 14,21× (2021) → 8,72× (2022). ACP: 59,25 hari (2020) → 25,69 hari (2021) → 41,86 hari (2022). Saldo piutang BPJS Rp6,29 miliar (2022),

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

No.	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Instrumen Penelitian	Sampel	Desain Penelitian	Hasil Penelitian
						naik dari Rp2,97 miliar (2021). Pengelolaan keuangan dinilai kurang efisien.
8	Sugiati & Revianda ni (2025)	Analisis Perputaran Piutang Pasien BPJS Ketenagakerj aan pada Rumah Sakit XY di Surabaya	Wawancar a Kepala Keuangan RS, dokument asi laporan piutang bulanan 2023; purposive sampling; analisis RTO dan ACP	Laporan piutang bulanan RS XY Surabaya 2023 (12 bulan); piutang lancar Rp847,7 juta; piutang tak lancar Rp514,1 juta	Kualitati f deskript if dengan analisis rasio keuanga n	RTO mayoritas rendah (<0,83×); puncak 1,82× (Januari), terendah 0,32× (Desember). ACP piutang lancar: 923 hari (Februari) hingga 1.141 hari (Desember). ACP piutang tak lancar: tertinggi 42.644 hari (Agustus). Piutang tak lancar Rp514,1 juta menjadi beban finansial signifikan.
9	Hendraw an et al. (2025)	Product Service Diversificati on Strategy to Increase	Focused interview manajeme n puncak;	RS Restu Ibu Balikpapa n (RS swasta	Kualitati f (focused intervie w +	Ketergantung an BPJS 69,3% pendapatan menciptakan risiko

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Volume 5, Nomor 2, 2026
DOI: https://doi.org/10.55903/juria.v5i2.427

No.	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Instrumen Penelitian	Sampel	Desain Penelitian	Hasil Penelitian
		Revenue and Maintain Financial Stability of Restu Ibu Hospital Balikpapan	analisis SWOT	tipe C); 112.169 kunjungan Jan–Agustus 2024; 69,3% pendapatan dari BPJS	analisis SWOT)	sistemik: likuiditas terganggu, anggaran pengembangan terbatas, piutang menumpuk, rentan terhadap perubahan kebijakan BPJS. Strategi diversifikasi: corporate clinic, MCU premium, home care & telemedicine, layanan estetik premium. Target: kurangi ketergantungan BPJS ke ≤50% dalam 5 tahun.

Sumber: Hasil Analisis Penulis (2025)

PEMBAHASAN

Dampak terhadap Piutang

Seluruh studi kuantitatif tentang piutang BPJS menunjukkan pola yang sama, yaitu piutang terus bertambah, perputarannya lambat, dan berisiko besar menjadi tak tertagih. Di RSAU dr. Salamun Bandung, Indrawan et al. (2025) mencatat kenaikan piutang BPJS rata-rata 11% per tahun sepanjang 2012–2016 hingga mencapai Rp6,73 miliar, dengan korelasi hampir sempurna terhadap total piutang asuransi rumah sakit ($r = 1{,}000$; $R^2 = 0{,}999$). Artinya, piutang BPJS praktis menjadi satu-satunya penentu posisi piutang rumah sakit secara keseluruhan, bukan sekadar salah satu komponennya.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Sugiati dan Reviandani (2025) menemukan gambaran yang lebih mengkhawatirkan di RS XY Surabaya, yaitu *Average Collection Period* (ACP) piutang lancar melonjak ke 923 hari pada Februari dan 1.141 hari pada Desember 2023, jauh melampaui standar internal RS sebesar ≤100 hari. Piutang tak lancarnya bahkan lebih parah, dengan ACP 42.644 hari (setara 116 tahun) pada Agustus, angka yang secara praktis berarti piutang tersebut tidak akan pernah tertagih dalam siklus operasional normal, meski Rp514,1 juta di antaranya tetap tercatat sebagai aset pada akhir 2023.

Zahara et al. (2025) menyoroti sisi akuntansinya, yaitu selisih negatif antara tarif aktual RS dan tarif INA-CBGs wajib diakui sebagai cadangan kerugian piutang, karena piutang tidak boleh disajikan lebih tinggi dari nilai realisasinya. Di RSIA Permata Hati Lotim, 90% pendapatan bergantung pada klaim BPJS, sulit memastikan berapa piutang yang benar-benar akan tertagih karena campuran klaim *pending*, klaim yang sudah diakui tetapi belum dibayar, dan klaim yang berisiko dikembalikan akibat kesalahan administratif, sehingga perencanaan kas jangka pendek menjadi rumit.

Dampak terhadap Arus Kas

Dampak keterlambatan klaim terhadap arus kas bersifat langsung dan kumulatif, dan pola ini konsisten di seluruh studi. Panduwinata dan Akhirruddin (2023) mendokumentasikan fluktuasi *Receivable Turnover Ratio* (RTO) RSD Benowo Surabaya sepanjang 2019–2022, yaitu dari 6,16 kali (2020) melonjak ke 14,21 kali (2021) seiring perbaikan proses klaim, lalu anjlok kembali ke 8,72 kali (2022) ketika volume pasien BPJS naik drastis pasca pandemi dan banyak klaim ditolak karena berkas tidak lengkap. Saldo piutang BPJS yang sempat turun ke Rp2,97 miliar pada 2021 melonjak lagi ke Rp6,29 miliar pada 2022, naik 111% hanya dalam satu tahun.

Arofah et al. (2022), melalui kajian 12 jurnal, mengidentifikasi keterlambatan pembayaran klaim sebagai faktor pengganggu efisiensi rumah sakit yang paling sering disebut dalam literatur. Keterlambatan ini memaksa manajemen mengalihkan prioritas dari pengembangan kapasitas ke pemenuhan kewajiban jangka pendek seperti gaji tenaga medis, pengadaan obat dan alat kesehatan, serta tagihan utilita, ketika tarif INA-CBGs yang diterima lebih rendah dari biaya aktual, selisihnya harus ditutup dari kas sendiri, sehingga modal kerja tergerus dan rasio kas menurun.

Hendrawan et al. (2025) memakai kerangka Teori Likuiditas Minsky untuk menjelaskan mekanisme ini di RS Restu Ibu Balikpapan, yang mengandalkan BPJS untuk 69,3% pendapatannya. Karena keterlambatan klaim bersifat periodik dan sulit diprediksi, rumah sakit ini kesulitan mempertahankan komitmen pembayaran jangka pendek sambil mengorbankan investasi jangka panjang, tercermin dari penundaan pembayaran ke pemasok obat dan alat medis, penundaan honorarium dokter, dan pembatasan anggaran pengembangan layanan.

Dampak terhadap Profitabilitas

Kurniawan dan Rahmah (2025), dalam tinjauan terhadap 17 studi, menemukan bahwa 11 dari 20 perhitungan *unit cost* lebih tinggi dari tarif INA-CBGs yang dibayarkan BPJS, sebuah kondisi *underpayment* yang langsung menekan margin. *Cost Recovery Rate* (CRR) konsisten berada di bawah 1,0 untuk sebagian

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

besar layanan yang dikaji seperti hemodialisis (0,86–0,95), pasca SC (0,29), ekokardiografi (0,39), dan odontektomi sederhana (0,68). CRR di bawah 1,0 berarti setiap unit layanan yang diberikan justru merugikan rumah sakit, karena pembayaran BPJS tidak menutup biaya produksi layanan tersebut.

Maryati et al. (2021) menyoroti dampak kesalahan koding diagnosis yaitu *error coding* menyebabkan klaim jatuh ke kelompok tarif INA-CBGs yang lebih rendah dari seharusnya, membuat RS tipe B kehilangan rata-rata 17,5% dari pendapatan klaim yang sah. Kehilangan ini bersifat permanen jika tidak dikoreksi lewat *appeal* atau *re-coding*, mengingat batas waktu pengajuan klaim BPJS yang ketat. Dampak paling terasa pada kasus dengan komorbiditas kompleks, di mana koding yang tidak akurat pada diagnosis utama maupun sekunder bisa mengubah kelompok INA-CBGs ke tarif yang lebih rendah.

Pradhana et al. (2025) memperkuat temuan ini lewat data klaim RS X Surabaya yaitu selisih antara tarif aktual RS dan tarif INA-CBGs hampir selalu negatif, dengan defisit terbesar justru di layanan kelas 3, kelas dengan volume pasien terbesar karena mayoritas peserta BPJS memakainya. Arofah et al. (2022) mengonfirmasi dampak jangka panjangnya: meski *Gross Profit Margin* beberapa RS sempat naik pasca JKN akibat efisiensi biaya, *Net Profit Margin* justru terus menurun karena tekanan biaya tetap.

Dampak terhadap Keberlanjutan Operasional

Hendrawan et al. (2025) memetakan rantai dampak negatif di RS Restu Ibu Balikpapan. Keterlambatan pencairan klaim memicu defisit kas, defisit kas memicu penundaan pengadaan alat dan obat, penundaan itu menurunkan kapasitas layanan, dan penurunan kapasitas akhirnya menekan daya saing dan pendapatan rumah sakit. Ketergantungan pada 69,3% pendapatan dari BPJS membuat rumah sakit ini rentan terhadap perubahan apa pun dalam kebijakan pembayaran BPJS, baik itu pengetatan verifikasi, perubahan tarif, maupun kenaikan klaim *pending*.

Kurniawan dan Rahmah (2025) menegaskan bahwa CRR di bawah 1,0 pada mayoritas layanan bukan sekadar indikator ketidakefisienan, melainkan sinyal ancaman terhadap keberlanjutan finansial jangka panjang, rumah sakit yang terus menyediakan layanan dengan CRR rendah tanpa strategi subsidi silang yang jelas akan mengalami kekurangan modal kerja secara bertahap. Indrawan et al. (2025) menambahkan bahwa keterlambatan pembayaran BPJS menekan bagian keuangan untuk terus mengelola likuiditas di tengah piutang besar namun kas terbatas, kondisi yang dalam jangka panjang menghambat investasi dan pengembangan layanan baru.

Strategi Manajemen Klaim dan Keuangan yang Diterapkan Rumah Sakit

a. Optimasi Manajemen Klaim

Strategi paling mendasar dan paling sering muncul di literatur adalah peningkatan akurasi koding diagnosis dan kelengkapan dokumentasi medis sebagai pencegahan primer terhadap klaim *pending* atau *downgrading*. Maryati et al. (2021) merekomendasikan sertifikasi wajib untuk seluruh koder, audit koding berkala oleh tim *Clinical Documentation Improvement* (CDI), dan penyelarasan berkelanjutan antara interpretasi diagnosis klinisi dengan standar ICD-10 yang dipakai koder. Zahara et al. (2025) menekankan kepatuhan penuh terhadap

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

petunjuk teknis BPJS dalam alur pengajuan klaim, batas waktu, dan format dokumen.

Panduwinata dan Akhirruddin (2023) menunjukkan bahwa perbaikan verifikasi klaim internal terbukti meningkatkan RTO secara signifikan, dari 6,16 kali (2020) menjadi 14,21 kali (2021), disertai penurunan ACP dari 59,25 hari menjadi 25,69 hari, ketika RS Benowo memperbaiki kebijakan kredit dan penagihan internalnya. Kurniawan dan Rahmah (2025) merekomendasikan integrasi *Activity-Based Costing* dengan *clinical pathway*, sehingga rumah sakit bisa menghitung *unit cost* aktual per episode layanan secara akurat, membandingkannya dengan tarif INA-CBGs yang berlaku, dan mengidentifikasi sejak awal layanan mana yang berpotensi defisit.

b. Efisiensi Biaya Berbasis Clinical Pathway dan Kendali Mutu-Biaya

Kurniawan dan Rahmah (2025) menemukan bahwa satu-satunya layanan dengan CRR di atas 1,0 dalam kajian mereka adalah rehabilitasi medis untuk *Low Back Pain* (CRR 1,31), dengan profit margin 24% dari layanan BPJS, justru karena rumah sakit tersebut sudah menerapkan *clinical pathway* secara konsisten sehingga biaya aktual bisa dikelola di bawah tarif INA-CBGs. Arofah et al. (2022) mendokumentasikan strategi *low-cost hospital* di RS Dr. Iskak Tulungagung dan RS An Nisa Tangerang sebagai respons terhadap tekanan tarif JKN, mencakup penggunaan obat generik, optimasi *Length of Stay*, efisiensi penggunaan alat medis, dan rasionalisasi tenaga kerja, tanpa mengorbankan kualitas klinis sesuai standar akreditasi.

c. Penguatan Manajemen Piutang dan Sistem Penagihan

Sugiati dan Reviandani (2025) merekomendasikan perbaikan menyeluruh pada manajemen administratif dan penagihan aktif sebagai respons atas ACP yang melampaui 1.000 hari di RS XY, mencakup pemantauan saldo piutang bulanan secara *real-time*, identifikasi dini piutang yang mendekati batas waktu penagihan BPJS, tim penagihan khusus untuk piutang bermasalah, dan komunikasi proaktif dengan verifikator BPJS untuk mempercepat resolusi klaim *pending*.

Panduwinata dan Akhirruddin (2023) menekankan pentingnya kebijakan penagihan yang adaptif terhadap perubahan aturan BPJS. Indrawan et al. (2025) merekomendasikan koordinasi rutin dengan pihak BPJS Kesehatan sebagai langkah pencegahan akumulasi piutang bermasalah, termasuk rekonsiliasi data klaim secara periodik dan eskalasi cepat untuk piutang yang sudah melewati batas waktu pembayaran yang ditetapkan regulasi.

d. Diversifikasi Sumber Pendapatan untuk Mengurangi Ketergantungan BPJS

Berdasarkan analisis SWOT, Hendrawan et al. (2025) menjabarkan strategi bertahap RS Restu Ibu Balikpapan yaitu dalam 0–1 tahun membangun layanan MCU premium untuk korporasi tambang dan perkebunan di Kalimantan Timur, dalam 1–3 tahun mengembangkan layanan bermargin tinggi seperti estetik medis dan bedah elektif dan dalam 3–5 tahun berekspansi ke *home care* dan *telemedicine* untuk menjangkau pekerja tambang di wilayah terpencil. Target akhirnya adalah menurunkan kontribusi pendapatan BPJS dari 69,3% ke di bawah 50% dalam lima tahun.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Kurniawan dan Rahmah (2025) melengkapi ini dengan menunjukkan bahwa layanan seperti rehabilitasi medis dengan *clinical pathway* yang baik dan layanan kelas VIP/kelas 1 konsisten menghasilkan CRR di atas 1,0, yang berarti diferensiasi layanan berdasarkan segmen pasar yang tepat bisa menjadi strategi internal untuk menciptakan subsidi silang antara layanan surplus dan layanan defisit dalam perjalanan rumah sakit.

KESIMPULAN

Pada dimensi piutang, keterlambatan klaim BPJS menyebabkan akumulasi piutang dengan RTO rendah dan ACP yang mencapai ratusan hingga ribuan hari, jauh di atas standar ideal, piutang BPJS terbukti menjadi determinan dominan (R^2 = 0,999) terhadap total posisi piutang rumah sakit. Pada dimensi arus kas, ketergantungan pendapatan sebesar 65–90% pada klaim BPJS menciptakan masalah likuiditas, di mana rumah sakit memiliki piutang besar tetapi kas riil terbatas, sehingga terpaksa menunda pembayaran ke pemasok dan tenaga kesehatan.

Pada dimensi profitabilitas, tarif INA-CBGs yang secara struktural lebih rendah dari *unit cost* aktual (CRR 0,29–0,95 pada mayoritas layanan) menyebabkan defisit operasional per episode layanan, diperparah oleh kehilangan pendapatan akibat *coding error* yang rata-rata mencapai 17,5%. Pada keberlanjutan operasional, dampak-dampak ini saling terkait secara sirkuler dan mengancam kelangsungan jangka panjang, terutama bagi rumah sakit yang sangat bergantung pada klaim BPJS tanpa diversifikasi pendapatan.

Ada empat langkah yang bisa diambil rumah sakit, pertama optimasi manajemen klaim lewat peningkatan akurasi koding, kelengkapan dokumen, dan audit CDI berkala, kedua efisiensi biaya berbasis *clinical pathway* dan strategi *low-cost hospital*, ketiga penguatan manajemen piutang lewat pemantauan aktif, percepatan penagihan, dan rekonsiliasi rutin dengan BPJS, dan keempat diversifikasi sumber pendapatan secara bertahap untuk menurunkan ketergantungan struktural pada klaim BPJS hingga di bawah 50%. Keempat strategi ini saling melengkapi dan perlu dijalankan secara bersamaan dan terencana agar rumah sakit bisa mencapai stabilitas finansial yang berkelanjutan di era JKN.

DAFTAR PUSTAKA

Alvianto, M. J., dkk. (2025). Analysis of Indonesian Case-Based Groups with Global Budget Pilot Project Implementation. Indonesian Journal of Innovation Studies.

Arofah, A. N., Noor, V. M. M., Setyawan, F. E. B., & Shihab, D. A. S. (2022). Dampak Implementasi Program JKN terhadap Biaya Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan. CoMPHI Journal, 3(2), 64–72.

Handayani, R., dkk. (2025). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Efarina Pangkalan Kerinci Riau. Al-Kharaj: Jurnal Ekonomi, Keuangan & Bisnis Syariah.

Hendrawan, T., Rohendi, A., & Lestari, Y. (2025). Product Service Diversification Strategy to Increase Revenue and Maintain Financial Stability of Restu Ibu

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Hospital Balikpapan. Research of Service Administration Health and Sains Healthys, 6(2), 73–85.

Indrawan, B., Juwanda, H., & Isyagiawan, O. M. (2025). Pengaruh Piutang Asuransi BPJS terhadap Total Piutang Asuransi Kesehatan (Studi Kasus pada RSAU dr. Salamun). Jurnal EKBIS (Ekonomi & Bisnis) Politeknik Piksi Ganesha, 13(1), 305–312.

Kurniawan, N. A., & Rahmah, S. N. (2025). Comparing *Unit cost*s, INA-CBGs, and Hospital Tariffs in Indonesia: A Literature Review. Journal of Public Administration Studies, 10(1), 1–8.

Martadinata, I. P. H., dkk. (2025). Cost-to-Revenue Dynamics of Indonesia's National Health Insurance (BPJS Kesehatan) Services: Evidence from a Government Hospital Case Study. E-Jurnal Akuntansi.

Maryati, H., dkk. (2021). Reduced Hospital Revenue Due to Error Code Diagnosis in the Implementation of INA-CBGs. International Journal of Public Health Science.

Nugraheni, W. P., dkk. (2021). Best Practice of Hospital Management Strategy to Thrive in the National Health Insurance (JKN) Era. Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia.

Panduwinata, S., & Akhirruddin, A. (2023). Efisiensi Pengelolaan Keuangan dengan Menghitung Turnover Receivable pada Pasien BPJS Kesehatan Rumah Sakit Daerah Benowo Surabaya. Masyrif: Jurnal Ekonomi, Bisnis dan Manajemen Perbankan Syariah, 4(2), 241–252.

Paramarta, V., dkk. (2025). Optimizing BPJS Claims Management: An Analysis of Submission Accuracy, Administrative Process Efficiency and Its Impact on Hospital Financial Sustainability. MORFAI Journal.

Prabowo, R. B., dkk. (2021). Strategi Bisnis Rumah Sakit dalam Perspektif Universal Health Coverage: Studi Empiris Berbasis Bukti pada Rumah Sakit Tipe B.

Pradhana, A., dkk. (2025). Selisih Klaim INA-CBGs dengan Tarif Aktual di RS X Surabaya. Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS Dr. Soetomo.

Sari, A. N., dkk. (2025). Evaluasi Implementasi Pengelolaan Piutang BPJS di BLUD Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat. Journal of Business, Finance, and Economics (JBFE).

Sariyani, M. D., dkk. (2025). Operational Efficiency and Profitability: A Comparative Financial Performance Analysis of Listed Hospital Corporations (MIKA, SILO, HEAL) on the Indonesia Stock Exchange During the JKN Era. Journal of Health Service Administration and Hospital Management.

Situmorang, B. A., dkk. (2025). Analysis of Factors Causing Pending BPJS Health Claims for Inpatients at Kartika Husada Setu Hospital in 2024. International Journal of Business, Law, and Education.

Sugiati, I., & Reviandani, W. (2025). Analisis Perputaran Piutang Pasien BPJS Ketenagakerjaan pada Rumah Sakit XY di Surabaya. Management Studies and Entrepreneurship Journal, 6(6), 126–141.

Syah, I., dkk. (2025). An Integrated Framework for Health Claim Classification and Hospital Financial Viability. Lex Localis – Journal of Local Self-Government.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Syakurah, R. A., dkk. (2025). Comparative Analysis of INA-CBGs Tariffs and *Unit cost* of Cesarean Section: A Systematic Review in Indonesian Hospitals. Journal of Public Health Sciences.

Widiyaningsih, M. V., dkk. (2025). Human Resource and Financial Management Strategies of Hospitals in Collaboration with BPJS: A Systematic Literature Review. Journal Informatic, Education and Management (JIEM).

Yulianti, F., dkk. (2025). Kebijakan Pengelolaan Keuangan terhadap Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di Rumah Sakit Tipe C: Studi Komparatif antara Rumah Sakit Swasta X dan Rumah Sakit Umum Daerah Y di Kota Bandung. Jurnal Teras Kesehatan.

Yurika. (2025). Factors Contributing to Delayed Health Insurance Outpatient Claims and Administrative Optimization Strategies. Journal of Evidence-based Nursing and Public Health.

Zahara, L. A., Fitriani, B. U., & Bambang. (2025). Analisis Perbedaan Tarif Pelayanan Rumah Sakit dengan Tarif INA-CBGs pada RSIA Permata Hati Lotim. Jurnal Riset Mahasiswa Akuntansi Universitas Mataram, 5(3), 318–336.

Zalukhu, L. A., dkk. (2025). Scoping Review: Factors Causing Claim Pending in Indonesian Hospitals. Jurnal Health Sains.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.