

KEBIJAKAN PENGELOLAAN KEUANGAN TERHADAP KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT TYPE C

(Studi Komparatif antara Rumah Sakit Swasta X dan Rumah Sakit Umum Daerah Y di Kota Bandung)

Finny Yulianti ^{1*}, Farida Yuliaty ², Rulia ³, Mutiafani Hanafi ⁴

¹²³Program Studi Magister Manajemen, Universitas Sangga Buana YPKP Bandung

⁴Program Studi Administrasi Rumah Sakit, Politeknik Al Islam Bandung

^{14*}Email: finnyyulianti@gmail.com, mutiafani71@gmail.com

ABSTRAK

Permasalahan dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit tipe C menjadi tantangan dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Rumah sakit mitra BPJS Kesehatan kerap menghadapi kendala seperti keterlambatan pembayaran klaim, ketidaksesuaian data dalam sistem INA-CBG's, serta perbedaan efisiensi administrasi antara rumah sakit swasta dan rumah sakit umum daerah. Keterlambatan pencairan klaim ini berdampak negatif terhadap arus kas rumah sakit dan kualitas pelayanan bagi peserta BPJS. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kebijakan pengelolaan keuangan dalam pencairan klaim BPJS Kesehatan rawat jalan dengan pendekatan kualitatif dan metode komparatif. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi, dari pengelola keuangan, petugas klaim BPJS Kesehatan, wakil direktur, dan direktur rumah sakit sebagai subjek penelitian. Objek penelitian meliputi rumah sakit swasta dan rumah sakit pemerintah tipe C di Kota Bandung. Hasil analisis menggunakan perangkat lunak Nvivo untuk proses koding dan identifikasi tema. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rumah sakit swasta memiliki sistem administrasi klaim yang lebih efisien dibandingkan rumah sakit umum daerah, yang sering menghadapi keterlambatan verifikasi klaim serta birokrasi kompleks. Faktor utama keterlambatan pencairan klaim BPJS meliputi ketidaksesuaian data, keterbatasan pemahaman terhadap regulasi, serta kurangnya kapasitas SDM. Penelitian ini merekomendasikan perbaikan sistem administrasi, peningkatan kompetensi SDM, dan penyempurnaan regulasi sebagai langkah strategis mempercepat proses klaim.

Kata kunci: BPJS Kesehatan, kebijakan kesehatan, klaim rumah sakit, pengelolaan keuangan, rumah sakit tipe C.

FINANCIAL MANAGEMENT POLICY ON BPJS HEALTH CLAIMS FOR OUTPATIENT SERVICES IN TYPE C HOSPITALS (A COMPARATIVE STUDY BETWEEN PRIVATE HOSPITAL X AND REGIONAL PUBLIC HOSPITAL Y IN BANDUNG CITY)

ABSTRACT

The issue of BPJS Kesehatan claim management in type C hospitals present a significant challenge to the healthcare system in Indonesia's. Partner hospitals of BPJS Health often face problem such as delays in claim payments, data mismatches within the INA-CBG's system, and differences in administrative efficiency between private and public hospitals. These delays negatively affect hospital cash flow and the quality of services provided to BPJS participants. This study aims to analyze financial management policies related to outpatient B -PJS claim disbursement using a qualitative approach and comparative method. Data were collected through interviews, observations, and documentation involving finansial managers, BPJS Health claim officers, deputy directors, and hospital directors as research subjects. The objects of study include private and public type C hospitals in Bandung City. Data analysis

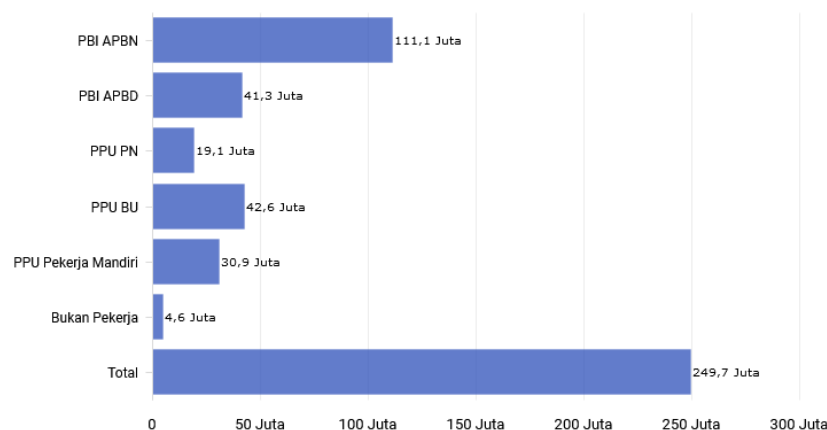
was conducted using NVivo software for coding and thematic identification. The results show that private hospitals have more efficient claim administrative systems compared to public hospitals, which often experience delays in claim verification and more complex bureaucratic processes. The main factors contributing to claim disbursements delays include data inconsistencies, limited understanding of regulations, and insufficient human resource capacity. The study recommends improving administrative systems, enhancing human resource competencies, and refining regulations as strategic efforts to accelerate the claim process.

Keywords: BPJS Kesehatan, financial management, health policy, hospital claims, type C hospitals.

PENDAHULUAN

Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN menunjukkan komitmen pemerintah dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat melalui sistem jaminan sosial nasional. Sebagai pelaksanaanya, dibentuk BPJS yang terdiri dari dua lembaga: BPJS Kesehatan untuk layanan jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan untuk perlindungan bagi pekerja. BPJS Kesehatan tidak hanya bertujuan sebagai lembaga penjamin pembiayaan, tetapi juga berperan dalam mendukung sistem pelayanan kesehatan nasional yang efisien dan berorientasi pada kepuasan pasien (Widyaningsih, E., & Nugroho, 2023). Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diselenggarakan secara nasional dengan prinsip perlindungan sosial dan kesetaraan, menyediakan layanan medis mulai dari pencegahan hingga pemulihan. Fasilitas pelayanan kesehatan berperan sebagai organisasi kesehatan global yang juga menjadi penyedia layanan dengan pendapatan tinggi di sektor jasa (Kurnianto & Janis dalam Paramarta et al., 2023).

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan diyakini mampu memberikan pengaruh signifikan terhadap fasilitas medis di Indonesia. Salah satu aspek utama yang mendapat perhatian adalah perubahan dalam proses pencairan klaim oleh BPJS Kesehatan kepada sarana layanan medis, mencakup Puskesmas, Klinik, serta Rumah Sakit. Sejak diberlakukan pada tahun 2014, jumlah peserta serta fasilitas kesehatan yang bermitra dengan BPJS Kesehatan terus mengalami peningkatan. Berdasarkan data BPJS Kesehatan hingga akhir Januari 2023, lebih dari 249,67 juta penduduk Indonesia telah terdaftar dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), mencakup sekitar 91% dari total populasi. Selain itu, data tersebut juga menunjukkan bahwa lebih dari 23.389 Sarana medis rujukan awal (FKRTP) serta 2.943 pusat layanan kesehatan rujukan lanjutan (FKRTL) telah berkolaborasi dengan BPJS Kesehatan. Fasilitas rujukan tingkat lanjut (FKRTL) meliputi rumah sakit milik negara, rumah sakit pribadi, serta pusat kesehatan utama. Perkembangan ini membuka peluang besar bagi rumah sakit dalam meningkatkan layanan kesehatan (Annur, 2023).



Gambar 1. Jumlah Peserta Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan (31 Januari 2023) (Annur, 2023)

Dalam pelaksanaan JKN, rumah sakit rujukan lanjutan menggunakan sistem pembayaran INA-CBGs berdasarkan Perpres No. 82 Tahun 2018 yang diperbarui dengan Perpres No. 64 Tahun 2020. Tarif INA-CBGs disesuaikan sejak 2014, mengacu pada tarif Jamkesmas sebelumnya. Klaim diajukan bulanan secara kolektif dengan berkas pendukung seperti kuitansi, SEP, dan hasil pengelompokan diagnosis (Amran, 2023). Skema pembiayaan casemix digunakan untuk menentukan biaya layanan berdasarkan jenis penyakit. (Joko Manaida et al., 2017). Rumah sakit masih menghadapi tantangan dalam penagihan klaim JKN, terutama keterlambatan pencairan dari BPJS Kesehatan yang berdampak pada keuangan. Di RSUD Bojonegoro, keterlambatan disebabkan oleh kekurangan petugas untuk mengelola lebih dari 11.346 dokumen klaim pada tahun 2018. Sementara itu, RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano mengalami kendala karena koordinasi tim yang lemah, dokumen klaim yang tidak lengkap, keterlambatan pengajuan, dan belum adanya sistem *billing* yang terintegrasi. (Malonda et al., 2015).

Pada tahun 2019, Kuntjoro Adi Purjanto, selaku Ketua Umum Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), keterlambatan pembayaran klaim BPJS Kesehatan menyebabkan gangguan arus kas di sejumlah rumah sakit. Penundaan pembayaran antara 7 hingga 45 hari setelah jatuh tempo memengaruhi operasional dan mutu pelayanan, karena rumah sakit harus memprioritaskan pelunasan kebutuhan yang mendesak. (Anyaprita et al., 2020). Keterlambatan pembayaran klaim BPJS Kesehatan yang telah melewati jatuh tempo berdampak signifikan terhadap arus kas Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura, menyebabkan penurunan drastis dalam keuangan. Gangguan arus kas ini ditandai dengan ketidakmampuan rumah sakit dalam memenuhi kewajiban pembayaran kepada rekanan serta ketidakstabilan kondisi finansial (Anyaprita, 2020).

Manajemen berperan penting dalam mencapai tujuan organisasi melalui keterampilan, seni membimbing, dan komunikasi. Menurut Manullang dalam (Agusiady, R.Ricky; Sedarmayanti; Mulyani, Sri Rochani; Sunarsi, 2022) terdapat empat fungsi utama manajemen, yaitu: fungsi-fungsi manajemen terdiri dari empat hal utama, yaitu: 1) Perencanaan (*Planning*) merupakan proses perumusan tujuandan menyusun rencana aksi; 2) Pengorganisasian (*Organizing*) mengelola tugas, struktur dan sumber daya; 3) Pengarahan (*Directing*) menggerakkan elemen organisasi untuk bekerja sama; 4) Pengawasan (*Controlling*) merupakan proses mengevaluasi kinerja dan melakukan perbaikan jika diperlukan. Menurut Kasmir (2023), Rotasi tagihan mengukur seberapa cepat piutang tertagih dalam periode tertentu. Rasio yang tinggi menunjukkan perputaran dana yang cepat dan stabilitas keuangan yang baik, sedangkan rasio rendah mengindikasikan kelebihan investasi dalam piutang dan potensi masalah likuiditas. Sedangkan menurut (Hadjarati, Farah Mulyani., Dama, Hais., Pakaya, 2024), persentase rotasi tagihan (*account receivable turnover*) digunakan untuk menilai likuiditas atau tingkat aktivitas piutang dalam suatu perusahaan. Semakin tinggi rasio perputaran piutang, semakin efektif pengelolaan piutang perusahaan.

Rumah Sakit Tipe C yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan menghadapi tantangan dalam pengelolaan klaim, terutama terkait keterlambatan pembayaran dan piutang yang tidak terbayar penuh. Perubahan skema pembiayaan dari langsung ke sistem pihak ketiga melalui BPJS menyebabkan rumah sakit harus menanggung beban finansial sementara jika tidak dikelola dengan baik, piutang ini dapat mengurangi modal dan mengganggu operasional. Oleh karena itu, pengelolaan klaim harus dilakukan secara cermat untuk meminimalkan risiko kerugian keuangan. Piutang dapat menjadi aset yang menguntungkan jika dikelola secara efektif, tetapi jika pengelolaannya buruk, hal ini bisa menimbulkan risiko kerugian. Risiko kerugian piutang rumah sakit dapat terjadi akibat pembayaran yang tidak sepenuhnya diterima atau keterlambatan pelunasan piutang oleh BPJS. (Wahyuni, Musa dan Akbar, 2018 dalam (Ristilestari et al., 2022))

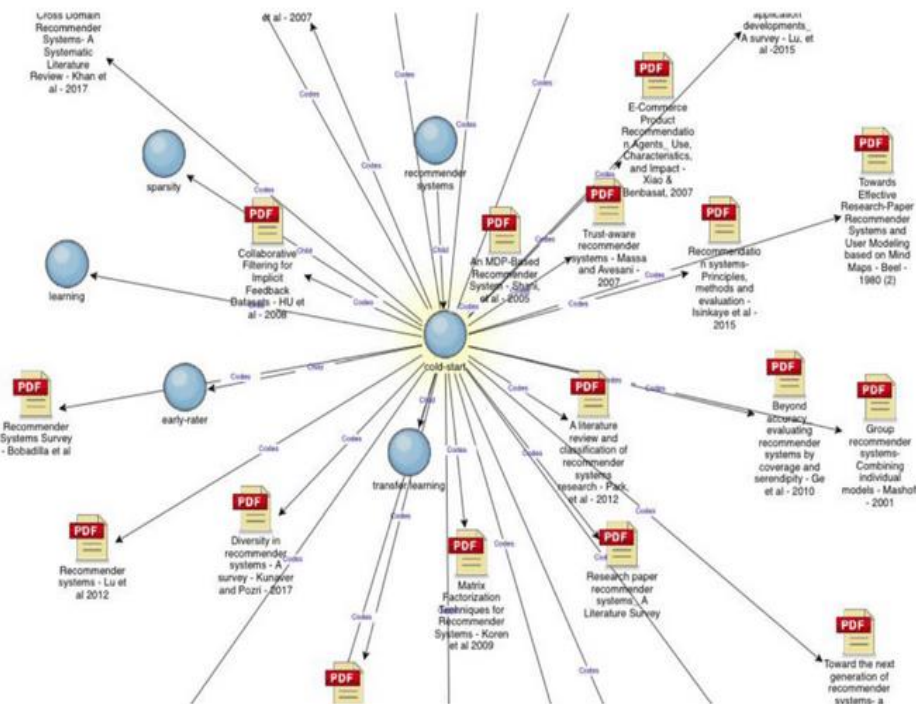
Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) memberikan layanan kesehatan dasar, sedangkan FKRTL menangani layanan spesialisik dan lanjutan. Klaim BPJS adalah proses pengajuan biaya perawatan oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif setiap bulan (Ardhitya & Nuswantoro, 2015). Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), dalam hal ini rumah sakit, bertanggung jawab untuk menyelesaikan kelengkapan dokumen klaim BPJS Kesehatan sebelum proses pengajuan dilakukan. Hal ini bertujuan agar biaya perawatan dapat diganti sesuai dengan tarif yang ditetapkan dalam *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBG's) (Olivia Susan et al., 2016). Pembayaran kepada FKRTL wajib dilakukan oleh BPJS Kesehatan paling lambat 15 hari setelah berita acara kelengkapan berkas klaim diterbitkan (Nomor 82 Tentang Jaminan Kesehatan, 2018) Pasal 76 ayat 1 sampai 4). Verifikasi klaim terdiri dari verifikasi administrasi dan pelayanan. Klaim yang tidak lengkap akan ditunda oleh BPJS Kesehatan melalui Berita Acara Pengembalian. Kesalahan umum seperti pengkodean (*coding*) dan penagihan (*billing*) menjadi penyebab utama klaim ditolak atau ditunda hingga diperbaiki. (Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan, 2014).

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan membawa pengaruh besar terhadap pengelolaan keuangan rumah sakit, khususnya dalam pelayanan rawat jalan. Rumah sakit type C menjadi ujung tombak layanan tingkat lanjutan, namun masih dihadapkan pada tantangan terkait klaim BPJS seperti keterlambatan pembayaran dan ketidaksesuaian nominal. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kebijakan pengelolaan keuangan terhadap klaim BPJS rawat jalan di dua rumah sakit berbeda di Kota Bandung: RS Swasta X dan RSUD Y dan juga proses pencairan klaim BPJS Kesehatan rawat jalan. Merujuk pada dasar pemikiran itu, penulis berminat untuk meneliti Kebijakan Pengelolaan Keuangan dalam Klaim BPJS Kesehatan untuk Layanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Tipe C (Studi perbandingan antara Rumah Sakit Swasta X dan Rumah Sakit Umum Daerah Y di Kota Bandung). Manfaat dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran tentang kebijakan, proses dan upaya dari rumah sakit type C dalam mengelola keuangan terhadap klaim BPJS Kesehatan rawat jalan, disamping itu dapat melihat dengan jelas alur proses dalam pencairan klaim BPJS Kesehatan rawat jalan, serta diharapkan pemangku kebijakan khususnya di rumah sakit dapat membuat kebijakan yang lebih tegas dalam upaya mengatasi kendala penagihan klaim BPJS Kesehatan rawat jalan.

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode komparatif untuk menggali secara mendalam praktik pengelolaan keuangan terhadap klaim BPJS Kesehatan rawat jalan di rumah sakit tipe C di Kota Bandung. Pendekatan kualitatif dipilih karena sesuai dengan tujuan penelitian, yakni memahami fenomena sosial secara kontekstual berdasarkan perspektif para pelaku langsung, termasuk petugas keuangan, klaim, dan manajemen rumah sakit. Metode komparatif digunakan untuk membandingkan praktik antara rumah sakit pemerintah dan swasta dalam pengelolaan keuangan klaim BPJS Kesehatan, sehingga dapat diidentifikasi persamaan dan perbedaannya. Lokasi dilakukan secara purposif, dengan mempertimbangkan keterlibatan aktif rumah sakit dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Penelitian berlangsung selama tiga bulan yaitu dari bulan Oktober hingga Desember 2024. Dua rumah sakit tipe C di Kota Bandung dipilih sebagai objek penelitian dan pemilihan subjek dilakukan dengan teknik *purposive sampling*, yaitu memilih informan yang memiliki pengetahuan mendalam dan pengalaman langsung terhadap fenomena yang dikaji, yakni petugas klaim BPJS Kesehatan, petugas verifikasi, pengelola keuangan rumah sakit, wakil direktur, dan direktur rumah sakit. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam, sedangkan data sekunder dikumpulkan dari dokumen pendukung seperti laporan keuangan, arsip kebijakan, dan literatur yang relevan. Untuk menjamin keabsahan data, penelitian ini menggunakan teknik triangulasi sumber dan metode, serta ketekunan pengamatan guna memastikan konsistensi informasi. Dalam pengolahan dan visualisasi data, peneliti menggunakan perangkat lunak Nvivo. Dengan bantuan NVivo, analisis tematik, komparatif, hingga hubungan antarvariabel dapat dilakukan secara lebih efisien dan terstruktur (Tri

Priyatni, Endah; Wilujeng, Suryani Ani; Fachrunnisa, 2020). Aplikasi ini digunakan untuk melakukan koding data, mengelompokkan tema, serta menyusun visualisasi pola hubungan antar konsep dan kategori temuan. Proses koding dilakukan secara manual dan otomatis (*auto code*), sehingga data dapat diproses lebih akurat dan efisien serta penarikan kesimpulan. Data yang dianalisis mencakup hasil wawancara, sumber pustaka, dan hasil observasi. Data dianalisis dalam bentuk naratif dan visual seperti tabel, model tematik, serta jaringan hubungan topik. Dengan demikian proses analisis menjadi lebih sistematis, transparan, dan dapat direplikasi oleh peneliti lain.



Gambar 2. Contoh Visualisasi Hasil Analisis Data dengan NVivo

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Analisis Penelitian

Rumah Sakit Swasta dan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) memiliki perbedaan mendasar dalam aspek kepemilikan, orientasi, dan layanan yang diberikan. Rumah sakit swasta dikelola oleh entitas non-pemerintah, seperti individu, kelompok usaha, atau badan hukum swasta, dengan tujuan yang sering kali berorientasi pada keuntungan. Mereka umumnya fokus pada peningkatan kualitas pelayanan demi menarik pasien, menawarkan layanan kesehatan yang lebih cepat dan personal. Fasilitas di rumah sakit swasta sering kali lebih modern dan canggih, dengan penerapan teknologi terbaru untuk meningkatkan kenyamanan dan efektivitas pelayanan medis. Dalam konteks regulasi, baik rumah sakit swasta maupun RSUD tetap harus mematuhi standar operasional yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Rumah sakit swasta mungkin memiliki fleksibilitas yang lebih besar dalam pengembangan layanan, sedangkan RSUD menjalankan program-program kesehatan pemerintah untuk mendukung aksesibilitas layanan medis yang lebih luas. Dengan demikian, peran kedua jenis rumah sakit ini saling melengkapi dalam sistem kesehatan Indonesia, di mana rumah sakit swasta memberikan pilihan layanan premium, sementara RSUD menjamin keterjangkauan dan akses kesehatan bagi semua lapisan masyarakat.

Rumah Sakit Swasta

Dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan, Direktur Rumah Sakit Swasta menyoroti beberapa aspek utama yang memengaruhi sistem ini. Salah satu aspek yang dibahas adalah dasar penetapan iuran, di mana beliau menjelaskan bahwa iuran BPJS Kesehatan ditetapkan melalui peraturan presiden dan keputusan menteri. Penetapan ini dilakukan dengan mempertimbangkan evaluasi terhadap kemampuan peserta serta kelangsungan dana jaminan sosial agar sistem tetap berjalan secara berkelanjutan. Beliau menyoroti bahwa pengelolaan keuangan BPJS Kesehatan dilakukan oleh manajemen, khususnya bagian keuangan, dengan pengawasan dari dewan pengawas dan lembaga terkait seperti BPK. Ia juga menekankan bahwa tantangan utama dalam pengelolaan keuangan adalah menjaga keseimbangan antara penerimaan iuran dan pembayaran klaim, karena terkadang jumlah klaim melebihi pendapatan yang diterima. Kepala Bagian Keuangan Rumah Sakit Swasta menjelaskan bahwa klaim BPJS Kesehatan memang mempengaruhi arus kas rumah sakit secara signifikan. Meskipun mereka memiliki sumber pendapatan lain yang dapat menutupi kekurangan akibat keterlambatan pencairan klaim dari BPJS, Kepala Bagian Keuangan menekankan pentingnya efisiensi dalam pengolahan klaim. Hal ini menunjukkan betapa pentingnya pengelolaan klaim yang baik untuk menjaga stabilitas keuangan rumah sakit. Kepala Bagian Keuangan Rumah Sakit Swasta Tipe C menjelaskan bahwa mereka memiliki tim khusus untuk mengelola klaim BPJS Kesehatan, terutama untuk rawat jalan. Dengan sistem terkomputerisasi, proses klaim dapat dilacak secara *real-time*, memastikan pengajuan tepat waktu dan meminimalkan kesalahan administrasi. Ia juga menambahkan bahwa timnya rutin berkoordinasi dengan BPJS untuk mempercepat verifikasi klaim, sehingga pengelolaan menjadi lebih efisien.

Rumah Sakit Umum Daerah

Pengelolaan klaim BPJS Kesehatan untuk layanan rawat jalan di RSUD merupakan aspek krusial dalam menjaga stabilitas operasional di rumah sakit. Sebagai fasilitas kesehatan yang melayani masyarakat luas, RSUD bertanggung jawab untuk memastikan pelayanan berjalan lancar dan berkelanjutan. Salah satu faktor utama yang mendukung keberlangsungan ini adalah sistem pengelolaan klaim BPJS Kesehatan yang efektif. Namun, dalam praktiknya, berbagai tantangan masih kerap muncul, mulai dari kendala administratif hingga keterlambatan pencairan klaim yang berdampak pada kondisi finansial rumah sakit. Pentingnya pencairan klaim BPJS Kesehatan dalam mendukung operasional rumah sakit diakui oleh Kepala Bagian Keuangan RSUD. Dalam pengelolaan keuangan RSUD, pencairan klaim dari BPJS Kesehatan memegang peranan penting dalam menjaga kelangsungan operasional rumah sakit. Sebagai institusi layanan kesehatan yang melayani masyarakat luas, RSUD sangat bergantung pada pendanaan dari klaim BPJS untuk memastikan bahwa semua kebutuhan rumah sakit dapat terpenuhi. Dana yang diterima dari klaim tersebut digunakan untuk membiayai berbagai aspek penting, mulai dari pengadaan obat-obatan dan peralatan medis hingga pembayaran gaji tenaga kesehatan. Selain itu, dana ini juga berperan dalam pemeliharaan fasilitas rumah sakit, peningkatan kualitas layanan, serta pembiayaan program kesehatan yang berkelanjutan. Namun, dalam praktiknya, pencairan dana dari BPJS Kesehatan tidak selalu berjalan lancar. Rumah sakit kerap menghadapi keterlambatan pencairan klaim, yang tidak hanya memengaruhi stabilitas finansial tetapi juga berdampak pada kelangsungan pelayanan kepada pasien. Keterlambatan ini dapat terjadi karena berbagai faktor, seperti proses verifikasi yang memakan waktu lama, ketidaksesuaian data dalam dokumen klaim, atau kendala administratif lainnya. Dampak dari keterlambatan ini dapat dirasakan secara luas, mulai dari penundaan pembelian kebutuhan medis hingga ketidakmampuan rumah sakit dalam memenuhi kewajiban keuangan lainnya. Meskipun sistem klaim dirancang untuk memastikan layanan kesehatan dapat berjalan dengan baik, dalam praktiknya terdapat berbagai kendala yang sering kali menghambat kelancaran pencairan dana. Kendala ini dapat berasal dari kesalahan administrasi, ketidaksesuaian data, kelengkapan dokumen yang belum terpenuhi, atau faktor teknis lainnya yang menyebabkan klaim ditolak atau tertunda. Selain itu, perubahan regulasi dari BPJS Kesehatan juga dapat menjadi tantangan tersendiri bagi rumah sakit, terutama jika tidak diiringi dengan pembaruan sistem administrasi yang memadai. Jika klaim mengalami penolakan atau keterlambatan, RSUD harus segera mengambil langkah-langkah tertentu untuk memastikan klaim tersebut dapat diproses

kembali. Proses ini memerlukan koordinasi yang baik antara berbagai pihak, termasuk tim administrasi, tenaga medis, serta pihak BPJS Kesehatan. Sayangnya, keterbatasan sumber daya di RSUD, baik dalam hal tenaga kerja maupun teknologi, membuat proses perbaikan dan pengajuan ulang klaim menjadi lebih lama dari yang seharusnya. Tanpa sistem yang terotomatisasi, tim administrasi harus melakukan pengecekan secara manual, yang tidak hanya memakan waktu tetapi juga meningkatkan risiko terjadinya kesalahan yang berulang.

Analisis ini berfokus pada tema, kategori, dan *insight* yang dapat diambil dari data wawancara atau dokumen yang telah diolah. Analisis ini menggunakan software Nvivo untuk mengkategorikan dan menganalisis data kualitatif yang diperoleh dari wawancara dengan pihak terkait di rumah sakit swasta dan RSUD. Berdasarkan analisis data, beberapa tema utama yang muncul adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Analisis Data

Kategori			RS Swasta	RSUD
Pengelolaan Kesehatan	Klaim	BPJS	<p>Efisiensi Sistem: Menggunakan sistem klaim terkomputerisasi untuk pemantauan <i>real-time</i>, mengurangi kesalahan dan memastikan klaim tepat waktu. Audit internal dan eksternal dilakukan untuk transparansi.</p> <p>Tim Terstruktur: Tim khusus klaim BPJS melakukan verifikasi internal sebelum pengajuan, memantau klaim tertunda, dan mengevaluasi klaim yang ditolak</p>	<p>Keterbatasan Sumber Daya: Tim kecil dengan beban kerja tinggi, volume pasien besar, kurangnya pelatihan khusus yang menyebabkan kesalahan administrasi dan penolakan klaim.</p> <p>Proses Manual: Sistem klaim masih manual, memperlambat proses dan meningkatkan risiko kesalahan input, kurangnya dokumen, serta ketidaksesuaian kode diagnosis.</p>
Proses Pencairan Klaim			<p>Keterlambatan Pencairan: Meskipun tidak bergantung sepenuhnya pada BPJS, keterlambatan klaim tetap memengaruhi arus kas. Mengatasi ini dengan efisiensi pemrosesan klaim, koordinasi BPJS, dan sistem informasi keuangan terintegrasi.</p>	<p>Ketergantungan pada BPJS: Keterlambatan pencairan berdampak besar pada operasional, termasuk pengadaan obat dan gaji tenaga kesehatan. Sering kali harus meminjam dana dari pemerintah daerah untuk menutup defisit.</p>
Dampak Terhadap Keuangan			<p>Diversifikasi Pendapatan: Keterlambatan pembayaran klaim dapat mengganggu arus kas, tetapi masih bisa ditutupi oleh pasien umum dan asuransi swasta. Mengelola arus kas dengan ketat, bekerja sama dengan bank untuk dana talangan, dan menggunakan sistem klaim berbasis teknologi.</p>	<p>Ketergantungan pada BPJS: Keterlambatan pembayaran berdampak pada ketersediaan obat, alat medis, dan pembayaran tenaga kesehatan. Sering mengalami kesulitan operasional dan harus mencari alternatif pendanaan. Risiko finansial meningkat, karena sistem manual yang lambat.</p>
Analisis Kode			<p>a. Efisiensi Pengelolaan</p> <p>b. Kecepatan Pencairan</p> <p>c. Diversifikasi pendapatan</p>	<p>a. Keterbatasan Sumber Daya</p> <p>b. Keterlambatan Pencairan</p> <p>c. Ketergantungan pada Klaim</p>
Temuan Utama			<p>Pengelolaan Klaim Lebih Efisien: Adminsitration lebih terstruktur, sistem klaim lebih lancar, dan koordinasi dengan BPJS lebih baik.</p>	<p>Keterlambatan Pencairan Klaim: Verifikasi lama, kesalahan pengajuan, dan antrian panjang dalam persetujuan memperlambat pencairan klaim</p>

Kualitas Layanan Lebih Baik: Efisiensi sistem klaim meningkatkan kepuasan pasien	Dampak pada Kualitas Layanan: Keterbatasan dana menghambat fasilitas, obat, dan kesejahteraan tenaga medis.
--	--

Analisis data menggunakan Nvivo menunjukkan adanya perbedaan signifikan dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan antara rumah sakit swasta dan RSUD. Dengan mengidentifikasi tema dan kategori, penelitian ini memberikan wawasan yang jelas tentang tantangan yang dihadapi masing-masing jenis rumah sakit, serta rekomendasi yang dapat diterapkan untuk meningkatkan proses pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di masa depan.

Pembahasan Hasil Penelitian

Kebijakan Pengelolaan Keuangan Terhadap Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di Rumah Sakit Type C (Studi Komparatif antara Rumah Sakit Swasta dan Rumah Sakit Umum Daerah)

Rumah sakit type C, yang umumnya berperan sebagai rumah sakit rujukan tingkat pertama di daerah, memiliki peran vital dalam mendukung implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Namun, kebijakan pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit type C sangat berbeda tergantung pada status kepemilikan dan jenis rumah sakit, yakni antara rumah sakit swasta dan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD). Rumah sakit swasta, dengan orientasi profit, sering kali memiliki sistem yang lebih fleksibel dan canggih dalam pengelolaan keuangan, termasuk dalam menangani klaim BPJS Kesehatan. Di sisi lain, RSUD yang dikelola oleh pemerintah daerah, berfokus pada pelayanan publik dan sering kali menghadapi kendala dalam hal anggaran serta ketergantungan tinggi pada pendapatan dari BPJS Kesehatan. Hal ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2. Perbedaan Kebijakan Pengelolaan Keuangan Terhadap Klaim BPJS Kesehatan

Kategori		Rumah Sakit Swasta	Rumah Sakit Umum Daerah
Sistem Keuangan	Pengelolaan	Berorientasi pada keuntungan, manajemen keuangan dirancang untuk memastikan arus kas yang sehat dan stabil Memiliki tim atau divisi yang bertanggung jawab untuk memantau klaim, mengajukan klaim, serta memastikan proses pencairan dilakukan secepat mungkin.	Bergantung pada pendapatan dari klaim BPJS Kesehatan untuk menjaga kelangsungan operasional. Keterbatasan dalam hal sumber daya manusia dan teknologi. Sistem pencatatan manual, yang memperlambat proses pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan.
		Sistem pencatatan terkomputerisasi Memiliki akses ke berbagai sumber pendapatan lainnya, seperti pasien umum atau asuransi kesehatan swasta. Sistem insentif cenderung lebih terstruktur	Kekurangan staf yang berpengalaman dalam mengelola klaim BPJS RSUD terpaksa meminjam dana atau mengurangi kualitas layanan karena kekurangan dana operasional akibat klaim BPJS yang belum cair. Ketergantungan ini membuat RSUD rentan terhadap gangguan finansial
Tantangan		dalam Tantangan utama sering kali	Tantangan lebih kompleks,

Kategori	Rumah Sakit Swasta	Rumah Sakit Umum Daerah
Pengelolaan Kalim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Type C	berkaitan dengan birokrasi BPJS Kesehatan yang rumit, serta penundaan proses verifikasi klaim.	selain birokrasi BPJS yang serupa, RSUD juga harus mengatasi keterbatasan internal seperti kekurangan sumber daya manusia dan teknologi, serta ketergantungan yang tinggi pada pendapatan dari klaim BPJS.
Implikasi Kebijakan Terhadap Pengelolaan Keuangan Rumah Sakit Type C	Kebijakan yang lebih fleksibel dalam hal pengelolaan keuangan memungkinkan untuk lebih mudah menyesuaikan diri dengan keterlambatan klaim BPJS. Namun tetap harus terus berupaya meningkatkan efisiensi pengelolaan klaim agar tidak terganggu oleh regulasi yang ketat.	Pengelolaan klaim BPJS harus lebih diperkuat untuk menghadapi berbagai kendala internal yang. Pemerintah daerah, sebagai pengelola RSUD, perlu memberikan dukungan lebih dalam hal teknologi informasi dan sumber daya manusia, agar RSUD dapat mengelola klaim BPJS dengan lebih efisien.

Dengan demikian, perbandingan antara rumah sakit swasta dan RSUD dalam hal pengelolaan klaim BPJS Kesehatan menunjukkan perbedaan signifikan dalam sistem manajemen keuangan. Sementara rumah sakit swasta memiliki lebih banyak fleksibilitas, RSUD harus mengandalkan klaim BPJS sebagai sumber pendapatan utama, yang menempatkan mereka pada posisi yang lebih rentan. Kebijakan yang lebih baik dan dukungan yang tepat dari pemerintah dan BPJS Kesehatan diperlukan untuk memastikan bahwa rumah sakit type C, baik swasta maupun RSUD, dapat terus memberikan layanan kesehatan yang berkualitas dan berkelanjutan bagi masyarakat.

Kebijakan Proses Pencairan Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di Rumah Sakit Type C (Studi Komparatif antara Rumah Sakit Swasta dan Rumah Sakit Umum Daerah)

Proses pencairan klaim ini melibatkan beberapa tahapan mulai dari pengajuan klaim oleh rumah sakit, verifikasi oleh BPJS Kesehatan, hingga pembayaran klaim yang telah disetujui. Dalam konteks rumah sakit type C, yang umumnya berfungsi sebagai penyedia layanan kesehatan primer di daerah dan di tingkat lokal, kebijakan ini memiliki dampak langsung pada efisiensi pelayanan, kepuasan pasien, serta keseimbangan operasional rumah sakit. Dalam penelitian ini, membahas kebijakan proses pencairan klaim BPJS Kesehatan pada kedua jenis rumah sakit, serta membandingkan tantangan, efisiensi, dan dampak kebijakan tersebut terhadap pengelolaan keuangan dan kualitas layanan, yang dapat terlihat dalam tabel berikut.

Tabel 3. Perbandingan Kebijakan Proses Pencairan Klaim BPJS Kesehatan

Kategori	Rumah Sakit Swasta	Rumah Sakit Umum Daerah
Tahapan Proses Pengajuan Klaim BPJS Rawat Jalan	Proses pengajuan klaim cenderung lebih terorganisir karena memiliki tim khusus yang bertanggung jawab menangani klaim BPJS. Sistem administrasi yang lebih canggih untuk melacak dan memverifikasi dokumen pasien	Meskipun memiliki tim administrasi yang menangani klaim, seringkali menghadapi tantangan dalam hal volume pasien yang lebih besar dan beban administrasi yang lebih tinggi. Keterbatasan sumber daya manusia dan teknologi di RSUD juga mempengaruhi efektivitas pengajuan klaim.
Verifikasi Klaim oleh BPJS Kesehatan	Cenderung lebih mudah memenuhi syarat verifikasi BPJS karena sistem administrasi yang lebih terstruktur dan efisien Memantau status klaim secara real-time	Tingginya volume pasien dan keterbatasan sumber daya menyebabkan banyak klaim yang memerlukan waktu lebih lama untuk diproses Verifikasi klaim dari RSUD oleh BPJS sering kali memerlukan revisi atau pengajuan ulang karena adanya kesalahan administrasi atau ketidaksesuaian Keterbatasan teknologi informasi membuat kesulitan dalam memantau status klaim
Pencairan Klaim dan Dampaknya terhadap keuangan Rumah Sakit	Keterlambatan pencairan klaim oleh BPJS tidak selalu mengancam keberlanjutan operasional karena memiliki cadangan dana yang cukup untuk menutupi kekurangan sementara sebelum klaim BPJS dicairkan.	Ketertagungan pada pencairan klaim menjadi salah satu sumber utama pendapatan, sehingga seringkali menyebabkan masalah keuangan jika terjadi keterlambatan dalam pencairan klaim. Keterlambatan pembayaran oleh BPJS dapat menyebabkan terganggunya operasional termasuk keterlambatan pembayaran kepada supplier, gaji tenaga kesehatan, dan penyediaan obat-obatan.
Tantangan dan Implikasi Kebijakan	Meskipun lebih fleksibel dalam hal keuangan, juga menghadapi tantangan dalam menjaga keseimbangan antara memberikan layanan berkualitas dan memenuhi persyaratan administrasi yang ketat dari BPJS	Ketertagungan yang tinggi pada pendapatan dari klaim BPJS serta keterbatasan sumber daya manusia dan teknologi.

Implikasi dari temuan ini adalah perlunya reformasi kebijakan yang lebih efisien dan responsif, baik dari sisi BPJS Kesehatan maupun rumah sakit. BPJS Kesehatan perlu meningkatkan sistem verifikasi dan pencairan klaim agar lebih cepat dan transparan, sementara RSUD perlu diberikan dukungan lebih dalam hal penguatan sistem informasi dan sumber daya manusia untuk meningkatkan efisiensi pengajuan klaim.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis, dapat disimpulkan bahwa perbedaan kebijakan dan kapasitas manajerial antara rumah sakit swasta dan RSUD type C berdampak signifikan terhadap efektivitas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan. Rumah Sakit Swasta, dengan dukungan sistem digital dan struktur organisasi yang fleksibel, mampu mempercepat proses klaim dan menjaga kestabilan keuangan serta sumber pendapatan tambahan (non-BPJS). Sebaliknya, RSUD menghadapi berbagai kendala struktural, termasuk keterbatasan teknologi dan ketergantungan tinggi terhadap dana klaim BPJS Kesehatan yang berpotensi mengganggu kelangsungan operasional jika pencairan tertunda. Oleh karena itu, dibutuhkan intervensi kebijakan yang lebih strategis, baik dari pihak rumah sakit maupun pemerintah, untuk memperkuat sistem pengelolaan keuangan di RSUD, serta reformasi birokrasi pada proses klaim BPJS Kesehatan agar rumah sakit type C sebagai garda depan layanan kesehatan masyarakat, dapat menjalankan perannya secara optimal dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agusiady, R.Ricky; Sedarmayanti; Mulyani, Sri Rochani; Sunarsi, D. (2022). *Manajemen Rumah Sakit*. Deepublish.
- Amran, R. (2023). Prosedur BPJS dan Klaim BPJS oleh Rumah Sakit. *Health and Medical Journal*, 5(2), 147–154. <https://jurnal.unbrah.ac.id/index.php/heme/issue/view/49>
- Annur, C. M. (2023). *Jumlah Peserta Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan (31 Januari 2023)*. Katadata Media Network.
- Anyaprita, D., Siregar, K. N., Hartono, B., Fachri, M., & Ariyanti, F. (2020). Dampak Keterlambatan Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan Terhadap Mutu Pelayanan Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura. *Muhammadiyah Public Health Journal*, 1(1), 1–14.
- Ardhitya, T., & Nuswantoro, A. P.-J. U. dian. (2015). Faktor-Faktor Yang Melatar Belakangi Penolakan Klaim BPJS Oleh Verifikator BPJS Di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015. *Eprints.Dinus.Ac.Id*.
- Pradani, Estri Aditya., Lelonowati, Dewi., Sujianto, Sujianto. (2017). Keterlambatan Pengumpulan Berkas Verifikasi Klaim BPJS di RS. X Apa Akar Masalah dan Solusinya?. *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*. Vol.6 No. 2
- Hadjarati, Farah Mulyani., Dama, Hais., Pakaya, S. I. (2024). Dampak Rasio Perputaran Kas dan Rasio Perputaran Piutang Terhadap Current Ratio (Studi pada Perusahaan Sektor Manufaktur Sub Sektor Makan dan Minuman). *Jurnal Ilmiah Manajemen Dan Bisnis*, 6(3), 1208–1220. <http://ejurnal.ung.ac.id/index.php/JIMB>
- Hidayat, Hanifditya Naufal. (2021). Analisis Pengelolaan Dana Kapitasi JKN pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). *Researchgate.net*
- Joko Manaida, R., Rumayar, A. A., & Kandou, G. D. (2017). Analisis Prosedur Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pancaran Kasih GMIM Manado. *KESMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi*, 6(3).
- Kasmir. (2023). *Analisis Laporan Keuangan*. Raja Grafindo Persada.
- Malonda, T. D., Rattu, A. J., & Soleman, T. (2015). Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano. *Jikmu*, 436–447.
- Olivia Susan, F., Pawelas Arso, S., & Asmita Wigati, P. (2016). Analisis Administrasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Jalan RSUD Kota Semarang Tahun 2016. *Ejournal3.Undip.Ac.Id*, 4, 2356–3346.
- Paramarta, V., Wicaksono, S. T., Risnawaty, N., & Triana, I. A. (2023). *Implementasi Balance Scorecard Dalam Analisis Kinerja Rumah Sakit Di Indonesia*. 1(3).
- Peraturan Presiden Republik Indonesia. Nomor 82 Tentang Jaminan Kesehatan, (2018). Jakarta
- Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan, (2014).
- Ristilestari, R., Dan, & Handayani, A. (2022). Analisis Perputaran Piutang pada Pasien Rawat Inap

- BPJS Kesehatan pada Rumah Sakit XYZ di Gresik. *Eqien - Jurnal Ekonomi Dan Bisnis*, 11(03), 329–339. <https://doi.org/10.34308/EQIEN.V11I03.1162>
- Sophia, S., & Darmawan, E.S. (2017). Analisis Keterlambatan Pengajuan Klaim kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada Rumkital Dr. Mintohardjo DKI Jakarta. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 20(3).83-88. Article 3
- Tri Priyatni, Endah; Wilujeng, Suryani Ani; Fachrunnisa, R. et. a. (2020). *Pemanfaatan NVivo dalam Penelitian Kualitatif*. Pusat Pendidikan Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LP2M) Universitas Negeri Malang.
- Widyaningsih, E., & Nugroho, H. (2023). Efektivitas Pelayanan BPJS Kesehatan terhadap Kepuasan Pasien di Rumah Sakit Tipe C. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 12(1), 15–27.
- Undang-Undang Republik Indonesia. NOmor 40 Tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (2004). Jakarta.



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).