

Pengaruh Klaim BPJS Kesehatan Terhadap Rasio Perputaran Piutang Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Payakumbuh Periode 2020-2024

Vivi Andhina Zurmi¹, Dwila Maresti², Syarifah Zuhra³

^{1,2,3}Universitas Mohammad Natsir Bukittinggi, Indonesia

E-mail: viviandhzu@gmail.com¹, 17dwila.maresti@gmail.com²

Article History:

Received: 31 Maret 2026

Revised: 08 April 2026

Accepted: 10 April 2026

Keywords: Klaim BPJS

Kesehatan, Rasio Perputaran
Piutang, Kinerja Keuangan
Rumah Sakit, Manajemen
Piutang

Abstract: *Tingginya ketergantungan rumah sakit pada klaim BPJS Kesehatan (60–80% pendapatan) berpotensi menyebabkan keterlambatan pembayaran, klaim pending, dan gangguan arus kas, yang pada akhirnya dapat mempengaruhi kinerja keuangan yang diukur melalui rasio perputaran piutang. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh jumlah klaim, waktu penyelesaian klaim, dan tingkat klaim pending BPJS terhadap rasio perputaran piutang di RSI Ibnu Sina Payakumbuh untuk periode 2020–2024. Metode yang digunakan adalah analitik deskriptif kuantitatif dengan data sekunder dari laporan keuangan tahunan dan laporan klaim BPJS. Analisis data dilakukan menggunakan program SPSS 26 melalui regresi linier berganda, dilengkapi uji asumsi klasik dan uji hipotesis (uji t dan uji F). Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara parsial, hanya jumlah klaim BPJS yang berpengaruh positif dan signifikan terhadap rasio perputaran piutang. Sementara itu, variabel waktu penyelesaian klaim dan tingkat klaim pending tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan. Secara simultan, ketiga variabel independen berpengaruh signifikan terhadap perputaran piutang dengan nilai Adjusted R² sebesar 0,315. Temuan ini mengindikasikan bahwa peningkatan volume klaim justru mempercepat perputaran piutang, sedangkan faktor waktu penyelesaian dan klaim tertunda dapat dimitigasi oleh prosedur internal rumah sakit. Implikasi dari penelitian ini menekankan pentingnya optimasi proses pengajuan klaim dan diversifikasi sumber pendapatan untuk menjaga stabilitas keuangan rumah sakit di tengah ketergantungan pada pembayaran BPJS.*

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan organisasi nirlaba yang bertujuan menyediakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat (Rifandi & Prima, 2019). Penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak tahun 2014 telah mengubah landscape pembiayaan kesehatan di Indonesia, dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai pengelola utama. Sebagai konsekuensinya, klaim BPJS Kesehatan telah menjadi sumber pendapatan dominan bagi rumah sakit, berkontribusi antara 60–80% dari total penerimaan (Rifandi & Prima, 2019; Wijayani, 2018). Namun, ketergantungan yang tinggi pada pembayaran klaim BPJS ini justru menimbulkan kerentanan finansial. Hal ini terutama disebabkan oleh mekanisme klaim yang kompleks, keterlambatan pembayaran yang berkisar antara 7 hingga 45 hari, serta besaran tarif INA-CBG's yang seringkali tidak mencerminkan biaya riil pelayanan (Famel & Hardisman, 2023; Anyaprita, dkk., 2020).

Isu utama yang muncul ditandai dengan ketidakseimbangan antara arus kas operasional rumah sakit dengan siklus pembayaran klaim. Rumah sakit menerapkan pengakuan pendapatan berbasis akrual, di mana pendapatan baru diakui sebagai piutang setelah klaim disetujui BPJS (Maulida & Djunawan, 2022). Proses verifikasi yang lambat dan tingginya tingkat klaim pending (15–30%) akibat ketidaksesuaian administrasi secara langsung menunda pengakuan pendapatan dan mengganggu likuiditas (Anyaprita, dkk., 2020). Dampaknya, rumah sakit seringkali mengalami tekanan arus kas yang mempengaruhi kemampuan mereka dalam membiayai operasional harian, termasuk pengadaan obat dan alat kesehatan, yang pada akhirnya berpotensi mempengaruhi kualitas layanan (Azzam, 2021).

Berbagai penelitian terdahulu telah mengkaji hubungan antara sistem klaim BPJS dan kinerja keuangan rumah sakit. Bougenville (2018) menemukan bahwa program BPJS berdampak pada penurunan rasio profitabilitas meskipun tidak signifikan terhadap rasio likuiditas dan aktivitas. Rifandi & Prima (2019) menegaskan bahwa metode pembayaran BPJS secara langsung mempengaruhi pencatatan pendapatan dan pengelolaan keuangan rumah sakit. Sementara itu, Azzam (2021) dan Anyaprita dkk. (2020) menyoroti tantangan operasional dan gangguan arus kas akibat keterlambatan pembayaran klaim. Di sisi lain, penelitian mengenai pengelolaan piutang, seperti yang dilakukan oleh Nurjanah & Reviandani (2024) dan Ristilestari & Handayani (2022), menunjukkan bahwa perputaran piutang (receivable turnover) pasien BPJS seringkali fluktuatif dan belum optimal, mengindikasikan masalah efisiensi penagihan.

Meskipun demikian, sebagian besar penelitian tersebut bersifat kualitatif atau fokus pada analisis deskriptif. Belum banyak kajian yang mengukur secara kuantitatif dan simultan pengaruh faktor-faktor operasional klaim—seperti jumlah klaim, waktu penyelesaian klaim, dan tingkat klaim pending—terhadap indikator kinerja keuangan yang spesifik, khususnya rasio perputaran piutang di rumah sakit dengan mayoritas pasien BPJS. Rasio perputaran piutang merupakan proksi penting untuk mengukur efektivitas rumah sakit dalam mengkonversi piutang klaim menjadi kas (Petrindasari & Santoso, 2023). Gap penelitian inilah yang hendak diisi oleh studi ini.

Berdasarkan latar belakang dan gap penelitian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh klaim BPJS Kesehatan terhadap Rasio Perputaran Piutang di RSI Ibnu Sina Payakumbuh periode 2020-2024. Secara spesifik, penelitian ini menguji pengaruh jumlah klaim BPJS, waktu penyelesaian klaim, dan tingkat klaim pending terhadap rasio perputaran piutang, baik secara parsial maupun simultan. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan perspektif dan rekomendasi strategis bagi manajemen rumah sakit dalam mengoptimalkan pengelolaan klaim dan piutang untuk menjaga stabilitas keuangan.

LANDASAN TEORI**Teori Stakeholder (*Stakeholder Theory*)**

Teori Stakeholder, yang diperkenalkan oleh Freeman (1984), menyatakan bahwa kesuksesan suatu organisasi bergantung pada dukungan dari seluruh pihak yang terkait dan dapat mempengaruhi pencapaian tujuan organisasi (Atlassian, 2025). Organisasi, termasuk rumah sakit, tidak beroperasi dalam ruang hampa, melainkan membutuhkan dukungan dari berbagai stakeholder untuk keberlangsungan jangka panjangnya (Ramadhani & Maresti, 2021). Stakeholder didefinisikan sebagai individu atau kelompok yang dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh pencapaian tujuan organisasi (Agustine & Ratmono, 2024). Paradigma ini menggeser fokus manajemen dari hanya memenuhi kepentingan pemegang saham (shareholder) menjadi mengelola dan menyeimbangkan kepentingan semua pihak, termasuk karyawan, pelanggan, komunitas, dan pembayar seperti BPJS Kesehatan (Stacy, 2024).

Dalam konteks rumah sakit, stakeholder diklasifikasikan menjadi internal dan eksternal. Stakeholder internal meliputi manajemen, dewan direksi, dokter, perawat, dan seluruh karyawan (Atlassian, 2025; Wang, 2022). Sementara itu, stakeholder eksternal mencakup pasien, BPJS Kesehatan, perusahaan asuransi swasta, pemasok, pemerintah (Kementerian Kesehatan, pemerintah daerah), komunitas lokal, dan untuk rumah sakit swasta, pemilik atau pemegang saham (Brugha & Varvasovszky, 2023). Mengidentifikasi dan mengelola hubungan dengan semua stakeholder ini, terutama stakeholder eksternal yang dominan seperti BPJS Kesehatan, adalah kunci bagi stabilitas dan kinerja rumah sakit (Crowe, 2023).

BPJS Kesehatan, sebagai pembayar utama, merupakan stakeholder eksternal yang sangat krusial. Ketergantungan rumah sakit pada pendapatan dari klaim BPJS yang mencapai 60-80% (Rifandi & Prima, 2019) menciptakan hubungan yang tidak simetris. Tantangan seperti keterlambatan pembayaran dan kesenjangan tarif INA-CBG's dipandang melalui lensa Teori Stakeholder sebagai konflik kepentingan atau disfungsi hubungan yang perlu dikelola secara strategis melalui komunikasi, negosiasi, dan advokasi untuk mencapai hasil yang berkelanjutan dan saling menguntungkan (Halim dkk., 2025; Wijayani, 2018).

Teori Modal Kerja (*Working Capital Theory*)

Teori Modal Kerja berfokus pada pengelolaan aset lancar dan kewajiban lancar untuk menjamin kelancaran operasi sehari-hari perusahaan (Hartono dkk., 2023). Modal kerja didefinisikan sebagai dana yang diperlukan untuk membiayai operasional dan selalu berputar dalam suatu periode. Kasmir (2019) membedakan tiga konsep modal kerja: (1) konsep kuantitatif (jumlah total aset lancar), (2) konsep kualitatif (selisih aset lancar dikurangi kewajiban lancar), dan (3) konsep fungsional (fungsi dana untuk menghasilkan pendapatan periode berjalan).

Dalam konteks rumah sakit, piutang—terutama piutang dari klaim BPJS Kesehatan—merupakan komponen dominan dari aset lancar dan modal kerja (Febrianti, 2022). Efisiensi pengelolaan piutang ini secara langsung mempengaruhi kesehatan modal kerja. Piutang yang tinggi dan tidak tertagih dengan lancar akan mengikat modal kerja, mengurangi likuiditas, dan mengganggu pembiayaan operasional penting seperti pembelian obat dan pembayaran gaji (Sugiati & Reviandani, 2025; Sunaryo, 2021). Oleh karena itu, perputaran piutang yang cepat menjadi indikator vital dari manajemen modal kerja yang sehat, yang memungkinkan rumah sakit menjaga likuiditas dan kelangsungan operasionalnya.

Kinerja Keuangan Rumah Sakit

Kinerja keuangan rumah sakit adalah ukuran kesehatan finansial dan efisiensi operasional

organisasi dalam menyediakan pelayanan kesehatan (Azzam, 2021). Pemantauan kinerja keuangan secara teratur membantu dalam pengambilan keputusan strategis, alokasi sumber daya yang optimal, dan memastikan keberlanjutan finansial (Dubas-Jakóbczyk dkk., 2022).

Indikator kinerja keuangan rumah sakit yang umum digunakan meliputi:

1. *Days in Account Receivable (A/R)*: Rata-rata hari yang dibutuhkan untuk menagih pembayaran.
2. *Operating Profit Margin*: Mengukur profitabilitas operasional.
3. *Claim Denial Rate*: Persentase klaim yang ditolak.
4. *Bad Debt Rate*: Jumlah piutang yang diestimasi tidak tertagih.
5. *Accounts Receivable Turnover Ratio*: Mengukur efektivitas penagihan piutang. Rasio ini menjadi fokus utama penelitian untuk menilai dampak klaim BPJS.

Implementasi JKN telah mengubah metrik kinerja rumah sakit, di satu sisi meningkatkan volume pasien namun di sisi lain menimbulkan tekanan arus kas akibat keterlambatan pembayaran klaim, yang pada akhirnya dapat mempengaruhi kualitas layanan (Azzam, 2021; Bougenville, 2018).

Pendapatan Rumah Sakit

Rumah sakit memperoleh pendapatan dari empat sumber utama: (1) klaim BPJS Kesehatan, (2) klaim asuransi swasta, (3) pembayaran tunai pasien, dan (4) kerjasama institusional (Rifandi & Prima, 2019). Pasca implementasi JKN, klaim BPJS Kesehatan menjadi kontributor dominan (60-80%) dari total pendapatan rumah sakit di Indonesia (Famel & Hardisman, 2023; Wijayani, 2018).

Rumah sakit umumnya menganut pengakuan pendapatan berbasis akrual, di mana pendapatan diakui sebagai piutang setelah klaim disetujui BPJS, bukan saat diajukan (Maulida & Djunawan, 2022). Mekanisme ini, ditambah dengan kendala seperti keterlambatan pembayaran (7-45 hari), risiko penolakan klaim (15-30%), dan tarif INA-CBG's yang sering kali tidak menutupi biaya riil, menciptakan kerentanan finansial yang signifikan (Anyaprita dkk., 2020; Famel & Hardisman, 2023). Oleh karena itu, diversifikasi sumber pendapatan menjadi strategi krusial untuk memitigasi risiko ketergantungan pada satu pembayar utama.

Piutang Rumah Sakit

Piutang rumah sakit (*Accounts Receivable*) merupakan hak klaim atas pembayaran jasa pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien atau pihak ketiga (perusahaan asuransi, BPJS) yang pembayarannya dilakukan secara kredit (Alifa dkk., 2023; Saidah dkk., 2019). Piutang ini merupakan komponen terbesar aset lancar rumah sakit dan memiliki karakteristik khusus: (1) berasal dari transaksi jasa kesehatan yang kompleks, (2) jenisnya beragam (pasien umum, asuransi swasta, BPJS), (3) proses penagihannya rumit dan multi-tahap, serta (4) dampaknya sangat besar terhadap likuiditas dan operasional jika tidak tertagih (Asmarani dkk., 2014; Febrianti, 2022).

Manajemen piutang yang efektif bertujuan untuk meminimalkan periode penagihan, biaya penagihan, dan piutang tak tertagih (Febrianti, 2022). Strateginya meliputi penyusunan SOP yang jelas, akurasi koding dan penagihan, pengendalian internal yang kuat, pemanfaatan teknologi informasi, dan peningkatan koordinasi antar departemen (Alharthi dkk., 2024; Muyassar, 2021; Zuhra & Maresti, 2024). Namun, pengelolaan piutang klaim BPJS menghadapi tantangan berat, seperti: (1) keterlambatan pembayaran sistematis, (2) kompleksitas verifikasi dan koding INA-CBG's, (3) ketidaksesuaian jumlah tagihan, (4) keterbatasan SDM yang kompeten, (5) gangguan teknologi, dan (6) tingginya angka readmission yang menyebabkan klaim pending (F. Hariyanti & Cholifah, 2024; Wijayanti dkk., 2017; Zamharira & Suryono, 2020). Tantangan ini memperpanjang Average Collection Period (ACP) dan mengganggu arus kas rumah sakit.

Rasio Perputaran Piutang (*Receivable Turnover Ratio*)

Rasio Perputaran Piutang mengukur efisiensi perusahaan dalam menagih piutangnya dan mengkonversinya menjadi kas dalam suatu periode (Sunaryo, 2021).

Rumus dasarnya adalah:

$$\text{Receivable Turnover} = \text{Penjualan Kredit Bersih} / \text{Rata-rata Piutang}$$

Dalam konteks rumah sakit, "Penjualan Kredit Bersih" diartikan sebagai total pendapatan jasa dari klaim yang belum dibayar tunai (termasuk klaim BPJS). Rasio yang tinggi menunjukkan efisiensi penagihan yang baik, likuiditas yang sehat, dan kualitas piutang yang tinggi. Rumah sakit dapat memenuhi kewajiban operasional dengan lebih lancar. Sementara rasio yang rendah mengindikasikan masalah dalam penagihan atau kebijakan kredit, masalah likuiditas, dan peningkatan risiko piutang tak tertagih (Sunaryo, 2021). Hal ini sering dikaitkan dengan keterlambatan pembayaran klaim BPJS, proses verifikasi yang rumit, dan tingginya klaim pending (Wijayanti dkk., 2017). Rasio yang rendah membebani modal kerja dan dapat mengganggu operasional serta kualitas layanan. Rasio ini juga dapat dikonversi menjadi Average Collection Period (ACP) dengan rumus:

$$\text{ACP} = 365 / \text{Receivable Turnover}.$$

Penurunan ACP menunjukkan peningkatan efisiensi (Petrindasari & Santoso, 2023).

BPJS Kesehatan dan Mekanisme Klaim

BPJS Kesehatan merupakan badan penyelenggara program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bertujuan memberikan cakupan kesehatan universal (Susanti & Khairani, 2025). BPJS membayar rumah sakit (FKRTL) menggunakan sistem paket Indonesia Case-Based Groups (INA-CBG's), yaitu pembayaran tetap berdasarkan kelompok diagnosis, sedangkan untuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) menggunakan sistem kapitasi (Wijayani, 2018).

Proses klaim BPJS melibatkan tahapan panjang: pengumpulan administrasi (SEP, resume medis), pengkodean INA-CBG's di unit casemix, pengajuan oleh unit penagihan, dan verifikasi ketat oleh BPJS (Irwandy & Sjaaf, 2018). Setiap tahap rentan terhadap kesalahan administrasi, ketidaklengkapan dokumen, atau ketidakakuratan coding, yang berujung pada klaim pending atau ditolak dengan risiko mencapai 15-30% (Anyaprita dkk., 2020). Keterlambatan pembayaran oleh BPJS (7-45 hari) semakin memperparah tekanan arus kas rumah sakit.

1. Kesenjangan Tarif INA-CBG's

Studi menunjukkan adanya kesenjangan signifikan antara tarif INA-CBG's dengan biaya riil pelayanan rumah sakit, yang dapat mencapai 30-50% (Fitri & Sundari, 2023; Halim dkk., 2025). Tarif INA-CBG's yang statis sejak 2016 tidak menyesuaikan dengan inflasi dan variasi biaya riil, menimbulkan tekanan finansial yang menggerus margin rumah sakit dan berpotensi mempengaruhi kualitas layanan.

2. Dampak terhadap Perputaran Piutang

Klaim BPJS secara langsung mempengaruhi Rasio Perputaran Piutang rumah sakit. Keterlambatan pembayaran dan tingginya klaim pending memperpanjang Average Collection Period (ACP), sehingga menurunkan rasio perputaran (Sunaryo, 2021; Wijayanti dkk., 2017). Efisiensi proses internal rumah sakit dalam menangani administrasi dan coding klaim menjadi faktor penentu dalam mempercepat siklus penagihan dan meningkatkan rasio ini (Anyaprita dkk., 2020).

Hipotesis Penelitian**H1: Jumlah klaim BPJS berpengaruh positif terhadap Rasio Perputaran Piutang RSI Ibnu Sina Payakumbuh**

Hipotesis ini menjelaskan bahwa semakin banyak jumlah klaim yang diajukan oleh rumah sakit, semakin besar pula piutang yang harus ditagih. Rasio perputaran piutang (Receivables Turnover Ratio) mengukur seberapa efektif rumah sakit dalam menagih piutang. Jika jumlah klaim BPJS meningkat dan rumah sakit dapat menagihnya dengan efisien, hal ini dapat meningkatkan rasio perputaran piutang, yang menunjukkan bahwa piutang berputar lebih cepat menjadi kas.

H2: Waktu penyelesaian klaim berpengaruh negatif terhadap Rasio Perputaran Piutang RSI Ibnu Sina Payakumbuh

Hipotesis ini menjelaskan bahwa keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan adalah salah satu faktor utama yang dapat menurunkan rasio perputaran piutang rumah sakit. Ketika pembayaran tertunda, periode pengumpulan piutang akan memanjang, yang secara matematis akan menurunkan rasio perputaran piutang. Keterlambatan ini mengganggu arus kas rumah sakit dan menghambat operasional.

H3: Tingkat klaim pending berpengaruh negatif terhadap Rasio Perputaran Piutang RSI Ibnu Sina Payakumbuh

Penjelasan dari hipotesis ini adalah bahwa klaim yang berstatus pending (tertunda) atau ditolak akibat ketidaksesuaian administrasi atau verifikasi, memerlukan waktu tambahan untuk perbaikan dan pengajuan ulang. Proses ini secara langsung memperpanjang siklus penagihan piutang dan pada akhirnya akan menurunkan rasio perputaran piutang.

H4: Secara bersama-sama Jumlah klaim, Waktu penyelesaian klaim, dan Tingkat klaim pending berpengaruh secara simultan terhadap Rasio Perputaran Piutang RSI Ibnu Sina Payakumbuh

Hipotesis ini merupakan pengujian secara simultan atau bersama-sama, yang menunjukkan bahwa variabel-variabel independen (jumlah klaim, waktu penyelesaian klaim, dan tingkat klaim pending) secara keseluruhan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap variabel dependen (rasio perputaran piutang). Artinya, ketiga faktor tersebut, ketika dianalisis secara bersamaan, akan memberikan dampak terhadap efisiensi manajemen piutang rumah sakit.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif analitis. Desain penelitian yang digunakan untuk menguji pengaruh variabel independen, yaitu Jumlah Klaim BPJS (X_1), Waktu Penyelesaian Klaim (X_2), dan Tingkat Klaim Pending (X_3), terhadap variabel dependen, yaitu Rasio Perputaran Piutang (Y). Pengujian hipotesis dilakukan secara statistik menggunakan data numerik.

Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Islam (RSI) Ibnu Sina Payakumbuh, Kota Payakumbuh, Sumatera Barat. Pemilihan lokasi didasarkan pada ketersediaan data yang relevan terkait klaim BPJS Kesehatan. Periode pengamatan data mencakup laporan keuangan dan klaim selama lima tahun, dari Januari 2020 hingga Desember 2024.

Populasi penelitian adalah keseluruhan data klaim BPJS Kesehatan dan laporan keuangan RSI Ibnu Sina Payakumbuh. Sampel yang digunakan adalah laporan keuangan dan data klaim periode bulanan tahun 2020-2024. Mengingat jumlah populasi yang terbatas (data 5 tahun), teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah sensus atau total sampling, di mana seluruh elemen populasi dijadikan sampel.

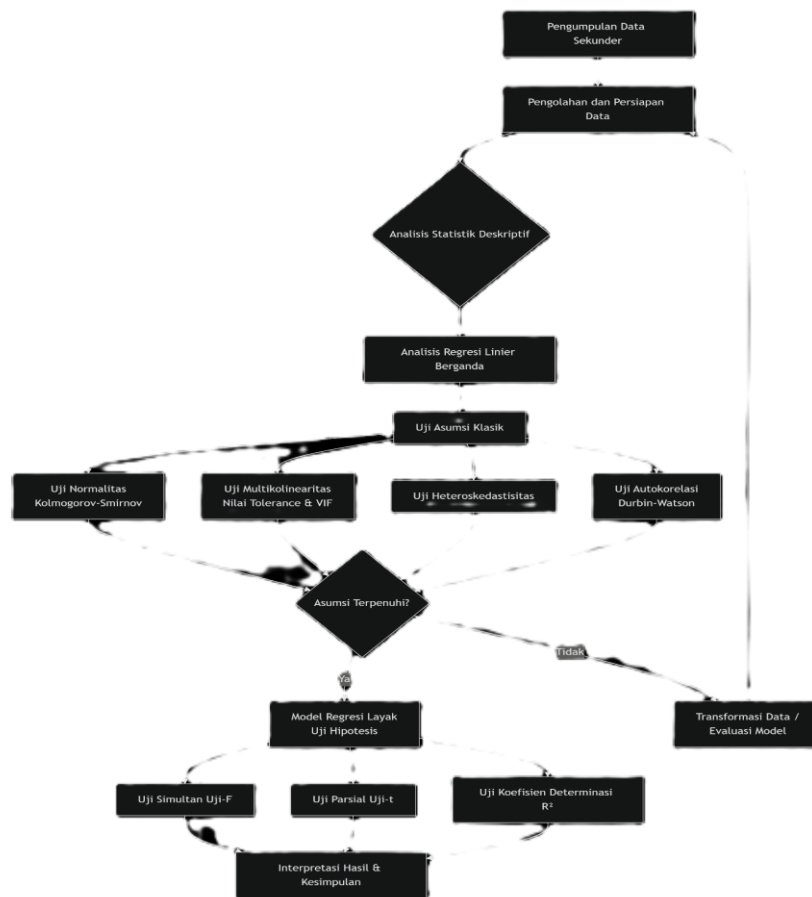
Tabel 1. Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Simbol	Definisi Operasional	Skala	Alat Ukur
Dependen				
Rasio Perputaran Piutang	Y	Efisiensi pengelolaan piutang	Rasio	$RTO = \frac{\text{Penjualan Kredit}}{\text{Piutang Rata-rata}}$
Independen				
Jumlah Klaim BPJS	X_1	Total nilai nominal klaim per bulan	Rasio	Nilai dalam Rupiah
Waktu Penyelesaian Klaim	X_2	Rata-rata hari dari pengajuan hingga pembayaran	Rasio	Jumlah Hari
Tingkat Klaim Pending	X_3	Persentase klaim yang ditunda	Rasio	$(\frac{\text{Jumlah Klaim Pending}}{\text{Total Klaim}}) \times 100\%$

Penelitian menggunakan data sekunder berupa laporan keuangan dan dokumen internal rumah sakit periode 2020-2024. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui:

1. Studi Dokumentasi: Mengumpulkan dan menganalisis dokumen laporan keuangan dan catatan klaim BPJS.
2. Observasi Non-Partisipan: Melakukan pengamatan terhadap sistem dan arus data klaim tanpa intervensi.

Data dianalisis dengan bantuan software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versi 26. Proses analisis mengikuti tahapan yang digambarkan dalam diagram alir pada Gambar 1.



Gambar 1. Tahapan Analisis Data

Secara rinci, metode analisis terdiri dari:

1. Analisis Statistik Deskriptif: Untuk mendeskripsikan karakteristik data sampel (mean, standar deviasi, maksimum, minimum).
2. Analisis Regresi Linier Berganda: Untuk menguji pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen. Model persamaan:

$$Y = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + e$$
3. Uji Asumsi Klasik: Dilakukan sebelum pengujian hipotesis untuk memastikan keabsahan model regresi, meliputi:
 - a. Uji Normalitas dengan Kolmogorov-Smirnov.
 - b. Uji Multikolinearitas dengan nilai Tolerance dan Variance Inflation Factor (VIF).
 - c. Uji Heteroskedastisitas.
 - d. Uji Autokorelasi dengan Durbin-Watson.
4. Uji Hipotesis:
 - a. Uji Statistik F: Untuk menguji pengaruh semua variabel independen secara simultan (bersama-sama) terhadap variabel dependen.
 - b. Uji Statistik t: Untuk menguji pengaruh masing-masing variabel independen secara parsial (individual) terhadap variabel dependen.
 - c. Koefisien Determinasi (R^2): Untuk mengukur seberapa besar variasi variabel dependen dapat dijelaskan oleh variabel independen dalam model.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Uji Statistik Deskriptif

Berdasarkan hasil analisis statistik deskriptif, penelitian ini mengkaji beberapa variabel yang terdiri atas variabel independen yaitu Jumlah Klaim BPJS (X_1), Waktu Penyelesaian Klaim (X_2), dan Tingkat Klaim Pending (X_3), terhadap variabel dependen, yaitu Rasio Perputaran Piutang (Y). Penelitian ini menggunakan data yang mencakup laporan keuangan dan klaim selama lima tahun, dari Januari 2020 hingga Desember 2024.

Data tersebut dianalisis untuk mengetahui nilai rata-rata(mean), nilai minimum, nilai maksimum, serta standar deviasi dari masing-masing variabel, yang secara lengkap ditampilkan dalam Tabel 2 pada bagian berikut.

Tabel 2. Hasil Uji Statistik Deskriptif

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Jumlah Klaim BPJS	60	924320700	4589602800	2915594961.10	832783436.113
Waktu Penyelesaian Klaim BPJS	60	9	51	18.25	8.536
Tingkat Klaim Pending BPJS	60	.02	.21	.0660	.03706
Rasio Perputaran Piutang	60	2.85	11.32	7.1935	2.42121
Valid N (listwise)	60				

Sumber: hasil pengolahan data dengan SPSS

1. Jumlah Klaim BPJS

Rata-rata jumlah klaim BPJS adalah Rp2.915.594.961 per periode, dengan standar deviasi Rp832.783.436 yang menunjukkan variasi tinggi. Nilai klaim berkisar dari Rp924.320.700 hingga Rp4.589.602.800, mencerminkan fluktuasi signifikan akibat faktor seperti jumlah pasien dan kebijakan BPJS. Dari 60 observasi, data ini menegaskan perlunya pengelolaan klaim yang efektif untuk menjaga stabilitas pendapatan rumah sakit.

2. Waktu Penyelesaian Klaim BPJS

Rata-rata waktu penyelesaian klaim adalah 18,25 hari dengan standar deviasi 8,536, mengindikasikan variasi efisiensi proses. Waktu tercepat 9 hari dan terlama 51 hari, menunjukkan ketidakseragaman dan potensi keterlambatan signifikan. Data dari 60 observasi ini menyoroti dampaknya terhadap arus kas dan risiko piutang rumah sakit.

3. Tingkat Pending Klaim BPJS

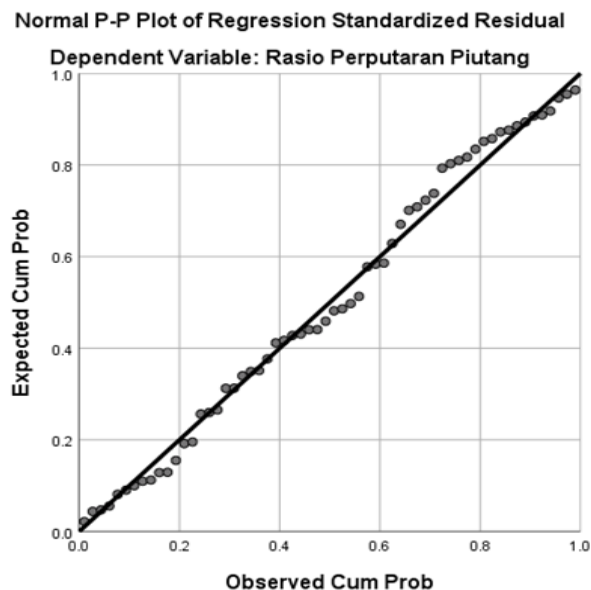
Rata-rata tingkat pending klaim adalah 6,6% dengan standar deviasi 0,037, menunjukkan proporsi tertunda yang relatif rendah namun bervariasi. Rentangnya dari 2% hingga 21%, mengindikasikan fluktuasi yang dapat disebabkan oleh kendala administratif. Berdasarkan 60 observasi, meskipun rata-rata terkendali, lonjakan pending dapat membebani keuangan rumah sakit.

4. Rasio Perputaran Piutang

Rata-rata rasio perputaran piutang adalah 7,19 kali dengan standar deviasi 2,421, menunjukkan efisiensi pemulihan piutang yang bervariasi. Rasio terendah 2,85 kali dan tertinggi 11,32 kali, menggambarkan perbedaan kinerja antar periode. Dari 60 observasi, rasio ini menjadi indikator penting kinerja keuangan, terutama karena ketergantungan pada klaim BPJS sebagai sumber pendapatan utama.

Uji Normalitas

Uji normalitas bertujuan untuk mengevaluasi apakah dalam model regresi, variabel pengganggu atau residual mengikuti distribusi normal. Pengujian ini dilakukan dengan menggunakan normal probability plot of standardized residual yang hasilnya sebagai berikut.



Sumber: Hasil pengolahan data SPSS

Gambar 2. Normal Probability Plot

Gambar tersebut menunjukkan bahwa titik-titik data berada terletak disekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis tersebut. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa data dalam penelitian sudah berdistribusi normal atau sudah memenuhi asumsi normalitas.

Uji Multikolinieritas

Uji multikolinearitas digunakan untuk mengetahui apakah terdapat korelasi antara variabel independen dalam model regresi. Jika ditemukan adanya korelasi, maka ini menandakan ada masalah multikolinieritas Model yang baik sebaiknya tidak terjadi korelasi antara variabel independen. Pengujian terhadap multikolinieritas dapat dilakukan dengan cara mengamati nilai VIF (Variance Inflation Factor) dan tolerance. Regresi dinyatakan bebas dari masalah multikolinearitas jika nilai $VIF < 10$ dan $tolerance > 0,10$. Hasil uji multikolinieritas untuk data yang digunakan dalam pengujian hipotesis dapat dilihat pada tabel 3.

Table 3. Hasil Uji Multikolinieritas Coefficients

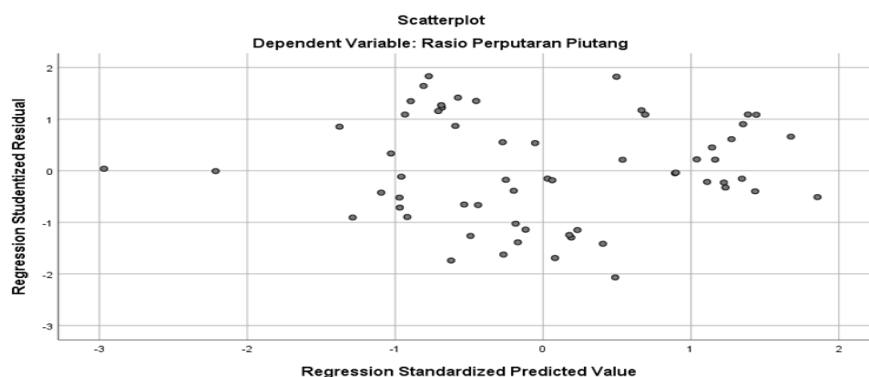
Coefficients			
Model		Collinearity Statistics	
		Tolerance	VIF
1	Jumlah Klaim BPJS	.945	1.058
	Waktu Penyelesaian Klaim BPJS	.928	1.078
	Tingkat Klaim Pending BPJS	.954	1.049

Sumber: Hasil pengolahan data SPSS

Menurut tabel 3, nilai tolerance menunjukkan tidak ada variabel independen yang memiliki nilai tolerance lebih dari 0,10 dan nilai VIF tidak ada yang melebihi dari 10, ini berarti tidak ada multikolinieritas antara variabel independen dalam model regresi. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa berdasarkan nilai VIF dan tolerance model regresi ini layak dipakai dalam pengujian.

Uji Heteroskedastisitas

Uji heteroskedastisitas menguji apakah dalam model regresi terjadi ketidaksamaan variance dari residual satu pengamatan ke pengamatan yang lain. Jika variance dari residual satu pengamatan ke pengamatan lain tetap, maka disebut homoskedastisitas dan jika berbeda disebut heteroskedastisitas. Model regresi yang baik adalah yang homoskedastisitas.



Sumber: Hasil pengolahan data SPSS

Gambar 3. Hasil Uji Heteroskedastisitas

Dari gambar 3. terlihat titik-titik tersebar secara acak, tidak membentuk pola tertentu yang jelas, dan ada yang berada di atas serta dibawah angka nol pada sumbu Y. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terjadi heteroskedastisitas pada model regresi, sehingga model regresi tersebut dapat digunakan.

Uji Autokorelasi

Uji autokorelasi bertujuan mengevaluasi apakah terdapat korelasi antara kesalahan pengganggu pada periode t dengan kesalahan pengganggu pada periode $t-1$ (sebelumnya). Jika terdapat korelasi, maka masalah tersebut disebut autokorelasi. Deteksi adanya autokorelasi dilakukan menggunakan Durbin-Watson (DW) dimana:

1. Apabila nilai d (Durbin-Watson) lebih kecil dari dL atau lebih besar dari $(4-dL)$, maka hipotesis nol ditolak, yang berarti terdapat autokorelasi
2. Apabila nilai d (Durbin-Watson) berada di antara du dan $(4-du)$, maka hipotesis nol diterima, menunjukkan tidak ada autokorelasi
3. Apabila nilai d (Durbin-Watson) berada diantara dL dan du atau diantara $(4-dL)$ dan $(4-du)$, maka tidak bisa menghasilkan disimpulkan secara pasti.

Table 4. Hasil Uji Multikolinieritas Coefficients

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.575 ^a	.330	.294	2.03414	.243

Sumber: hasil pengolahan data SPSS

Menurut tabel 4. pada model summary hasil uji DW menunjukkan nilai 0.234. Untuk mengetahui apakah ada autokorelasi dalam model regresi, nilai tersebut dibandingkan dengan batas atas (du) dan batas bawah (dl) dari tabel DW. Dalam penelitian ini, diketahui bahwa nilai $du = 1,6889$, sehingga interval untuk pengambilan keputusan adalah $1,6889 < DW < (4 - du)$ atau $1,6889 > 0,243 < 2,3111$. Karena nilai DW sebesar 0,243, Nilai ini jauh di bawah batas kritis bawah (umumnya ≈ 1.60 untuk sampel kecil), yang menunjukkan bahwa residual pada periode t berkorelasi positif dengan residual pada periode $t-1$. Hal ini melanggar asumsi klasik regresi linear yang menyatakan bahwa residual harus independen. Oleh karena itu, model regresi yang digunakan tidak memenuhi asumsi klasik terkait autokorelasi.

Untuk mengatasi masalah tersebut dilakukan transformasi data menggunakan metode estimasi Prais-Winsten secara manual, dengan menggunakan rumus:

Untuk baris ke-1 (periode pertama):

$$Y^* = Y_1 * \text{SQRT}(1 - \rho^2)$$

$$X1^* = X1_{\text{miliar}_1} * \text{SQRT}(1 - \rho^2)$$

$$X2^* = X2_1 * \text{SQRT}(1 - \rho^2)$$

$$X3^* = X3_1 * \text{SQRT}(1 - \rho^2)$$

Untuk baris ke-2 sampai 60:

$$Y^* = Y_t - \rho * Y_{t-1}$$

$$X1^* = X1_{\text{miliar}_t} - \rho * X1_{\text{miliar}_{t-1}}$$

$$X2^* = X2_t - \rho * X2_{t-1}$$

$$X3^* = X3_t - \rho * X3_{t-1}$$

Dalam proses transformasi ini, nilai koefisien autokorelasi (ρ) / ρ dihitung dan diperoleh sebesar 0,879, yang kemudian digunakan untuk mentransformasi seluruh variabel dalam model regresi agar residual menjadi tidak saling berkorelasi. Pendekatan Prais-Winsten dipilih karena mampu mempertahankan observasi pertama dalam analisis.

Tabel 5. Uji Autokorelasi dengan metode Cochrane-Orcutt

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.592 ^a	.351	.315	.87735	1.951

Sumber: Hasil pengolahan data SPSS

Setelah transformasi data selesai, dilakukan kembali uji autokorelasi menggunakan metode Cochrane-Orcutt untuk memverifikasi apakah autokorelasi telah teratasi. Hasil uji menunjukkan

nilai Durbin-Watson meningkat menjadi 1,951, yang berada di antara batas atas (dU) dan (4 – dU), mendekati nilai 2 — tanda yang ideal menunjukkan tidak adanya autokorelasi dalam model yang telah ditransformasi.

Uji Regresi Berganda

Pengujian hipotesis dalam penelitian ini menggunakan analisis regresi berganda atau multiple regression analysis untuk menguji jumlah klaim BPJS, waktu penyelesaian klaim BPJS serta tingkat pending klaim BPJS terhadap Rasio perputaran piutang. Hasil uji regresi berganda terdapat pada tabel 6.

Tabel 6. Hasil Analisis Regresi Berganda

Variabel	B (Unstandardized)	Std. Error	Beta (Standardized)	t	Sig.
(Constant)	0.289	0.150	-	1.922	0.060
LAG_X1	1.566	0.296	0.589	5.286	0.000
LAG_X2	-0.001	0.014	-0.010	-0.091	0.928
LAG_X3	-0.656	3.431	-0.021	-0.191	0.849

Sumber: Hasil pengolahan data SPSS

Pada tabel 6. memaparkan bahwa model regresi menunjukkan pengaruh variabel-variabel independen terhadap rasio perputaran piutang (Y). Hasil uji regresi mengindikasikan bahwa dari ketiga variabel independen yang diuji—yaitu jumlah klaim BPJS (X1), waktu penyelesaian klaim (X2), dan tingkat klaim pending (X3)—hanya variabel jumlah klaim BPJS (LAG_X1) yang memiliki pengaruh signifikan terhadap rasio perputaran piutang. Koefisien regresi tidak baku (B) untuk LAG_X1 sebesar 1,566 dengan nilai t sebesar 5,286 dan p-value (Sig.) sebesar 0,000 (< 0,05), yang berarti bahwa setiap kenaikan satu unit jumlah klaim BPJS akan meningkatkan rasio perputaran piutang sebesar 1,566 unit, dengan asumsi variabel lain tetap konstan. Hal ini menunjukkan bahwa semakin banyak klaim yang diproses oleh BPJS, semakin cepat pula piutang rumah sakit berputar, kemungkinan karena aliran kas yang lebih lancar adanya proses klaim yang lebih intensif. Sebaliknya, variabel waktu penyelesaian klaim (LAG_X2) dan tingkat klaim pending (LAG_X3) tidak berpengaruh secara signifikan terhadap rasio perputaran piutang, seperti yang ditunjukkan oleh nilai p-value (Sig.) masing-masing sebesar 0,928 dan 0,849 (> 0,05). Meskipun demikian, koefisien negatif pada LAG_X3 (-0,656) mengindikasikan adanya hubungan negatif antara tingkat klaim pending dengan rasio perputaran piutang, meski hubungan tersebut tidak signifikan secara statistik. Hal ini bisa terjadi karena adanya faktor-faktor lain yang tidak tercantum dalam model atau karena efek dari klaim pending yang masih tergolong rendah sehingga belum cukup mempengaruhi likuiditas piutang secara signifikan.

Secara keseluruhan, hasil ini menunjukkan bahwa jumlah klaim BPJS menjadi faktor utama yang mempercepat perputaran piutang di RSI Ibnu Sina Payakumbuh, sementara efisiensi waktu dan jumlah klaim pending belum menunjukkan dampak langsung yang signifikan terhadap indikator keuangan tersebut.

Uji Hipotesis

Koefisien Determinasi (Uji Adjusted R²)

Koefisien determinasi (R²) digunakan untuk mengukur seberapa jauh kemampuan model variasi dari variabel dependen. Hasil Uji Adjusted R² terdapat pada tabel 7.

Table 7. Uji Adjusted R Square

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.592a	.351	.315	.87735	1.951

Sumber: Hasil pengolahan data SPSS

Berdasarkan hasil analisis, nilai Adjusted R Square sebesar 0,315 menunjukkan bahwa secara simultan, variabel jumlah klaim BPJS (X1), waktu penyelesaian klaim (X2), dan tingkat klaim pending (X3) mampu menjelaskan 31,5% variasi rasio perputaran piutang di RSI Ibnu Sina Payakumbuh, sementara sisanya sebesar 68,5% dipengaruhi oleh faktor lain di luar model seperti kebijakan manajemen piutang dan kondisi ekonomi eksternal. Selisih antara nilai R Square (0,351) dan Adjusted R² mengkonfirmasi adanya penalti akibat penyertaan variabel yang tidak signifikan (X2 dan X3), yang sejalan dengan temuan sebelumnya bahwa hanya X1 yang berpengaruh signifikan secara parsial. Meskipun demikian, model ini tetap layak digunakan karena nilai Durbin-Watson sebesar 1,951 mendekati angka 2, mengindikasikan tidak adanya autokorelasi dan memenuhi asumsi klasik regresi.

Uji Statistik F (Simultan)

Uji statistik F berfungsi untuk menentukan apakah semua variabel independen dalam model mempunyai pengaruh secara bersama-sama terhadap variabel dependen. Pengujian dilakukan dengan menggunakan signifikansi 0,05 ($\alpha=5\%$). Hasil uji statistik F dapat dilihat pada tabel 8.

Table 8. Hasil Uji Statistik F

ANOVA ^a						
	Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	22.872	3	7.624	9.905	.000b
	Residual	42.336	55	.770		
	Total	65.208	58			

Sumber: hasil pengolahan data SPSS

Berdasarkan hasil uji statistik F pada tabel ANOVA, diperoleh nilai F hitung sebesar 9,905 dengan tingkat signifikansi 0,000 yang jauh lebih kecil dari $\alpha = 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa secara simultan (bersama-sama) variabel jumlah klaim BPJS (X1), waktu penyelesaian klaim (X2), dan tingkat klaim pending (X3) berpengaruh signifikan terhadap rasio perputaran piutang (Y) di RSI Ibnu Sina Payakumbuh periode 2020–2024. Temuan ini mengindikasikan bahwa meskipun secara parsial hanya variabel X1 yang terbukti signifikan, kombinasi ketiga variabel yang merepresentasikan faktor-faktor klaim BPJS secara kolektif memiliki kontribusi bermakna dalam menjelaskan dinamika efisiensi perputaran piutang rumah sakit. Dengan demikian, model regresi yang digunakan dinyatakan layak dan valid untuk menjelaskan hubungan antara variabel independen dan dependen dalam penelitian ini.

Uji Statistik t (Parsial)

Uji Parsial (t) dalam penelitian ini digunakan untuk melihat pengaruh variabel independen yaitu jumlah klaim BPJS, waktu penyelesaian klaim BPJS dan tingkat klaim pending BPJS. Berdasarkan hasil uji statistik t (parsial) pada tabel Coefficients, dapat disimpulkan bahwa dari ketiga variabel independen yang diteliti, hanya variabel jumlah klaim BPJS (X1) yang memiliki pengaruh signifikan terhadap rasio perputaran piutang (Y) di RSI Ibnu Sina Payakumbuh. Hal ini

dibuktikan dengan nilai signifikansi X_1 sebesar $0,000 < 0,05$ dan nilai standardized coefficients beta sebesar 0,589 yang menunjukkan arah pengaruh positif; artinya, setiap peningkatan jumlah klaim BPJS akan diikuti oleh peningkatan rasio perputaran piutang secara nyata. Sementara itu, variabel waktu penyelesaian klaim (X_2) dan tingkat klaim pending (X_3) tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan secara parsial, dengan nilai signifikansi masing-masing 0,928 dan 0,849 ($> 0,05$). Meskipun kedua variabel ini memiliki koefisien negatif yang mengindikasikan arah hubungan terbalik, pengaruhnya tidak cukup kuat untuk dianggap berarti dalam model. Temuan ini mengonfirmasi bahwa dalam pengelolaan piutang rumah sakit, volume klaim BPJS menjadi determinan utama, sedangkan aspek waktu dan klaim tertunda perlu ditelaah lebih lanjut atau mungkin dipengaruhi oleh faktor lain di luar model.

Pembahasan

Pengaruh Jumlah Klaim BPJS terhadap Rasio Perputaran Piutang

Hasil uji statistik t menunjukkan bahwa variabel jumlah klaim BPJS (X_1) memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap rasio perputaran piutang (Y) dengan nilai signifikansi sebesar 0,000 ($< 0,05$) dan koefisien beta terstandarisasi sebesar 0,589. Dengan demikian, hipotesis pertama (H_1) yang menyatakan bahwa jumlah klaim BPJS berpengaruh terhadap rasio perputaran piutang diterima. Temuan ini mengindikasikan bahwa semakin tinggi volume klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan, semakin cepat pula perputaran piutang di RSI Ibnu Sina Payakumbuh. Peningkatan intensitas pengajuan klaim mendorong percepatan arus kas masuk karena proses penagihan yang lebih terstruktur dan berkelanjutan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan studi yang dilakukan oleh Rifandi & Prima (2019) yang menyatakan bahwa peningkatan volume klaim BPJS dapat mempercepat perputaran piutang, seiring dengan meningkatnya frekuensi interaksi antara rumah sakit dan BPJS dalam proses verifikasi dan pencairan dana. Namun, temuan ini berbeda dengan hasil penelitian Bougenville (2016) yang justru mengingatkan bahwa dominasi klaim BPJS dalam struktur pendapatan rumah sakit berisiko menekan profitabilitas, meskipun tidak secara langsung berdampak pada efisiensi piutang. Dalam konteks RSI Ibnu Sina Payakumbuh, strategi peningkatan volume klaim yang dibarengi dengan efektivitas administrasi terbukti mampu menjadi pendorong perbaikan kinerja keuangan melalui percepatan konversi piutang menjadi kas.

Dari perspektif Teori Stakeholder (Freeman, 1984), temuan ini memperkuat posisi BPJS Kesehatan sebagai primary stakeholder yang dominan. Peningkatan volume klaim mencerminkan intensitas hubungan rumah sakit dengan pihak pembayar (BPJS), sekaligus menunjukkan bahwa aliran pendapatan dari klaim BPJS merupakan sumber utama piutang yang harus dikelola secara strategis untuk menjaga kelangsungan operasional. Sementara itu, dalam kerangka Teori Modal Kerja (Kasmir, 2019), hasil ini sejalan dengan prinsip efisiensi perputaran aset lancar. Peningkatan klaim yang disertai proses administrasi yang efektif akan mempercepat konversi piutang menjadi kas, sehingga optimalisasi modal kerja dapat tercapai (Febrianti, 2022).

Pengaruh Waktu Penyelesaian Klaim BPJS terhadap Rasio Perputaran Piutang

Berbeda dengan hipotesis yang diajukan, variabel waktu penyelesaian klaim (X_2) tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap rasio perputaran piutang. Hal ini dibuktikan dengan nilai signifikansi sebesar 0,928 ($> 0,05$), sehingga hipotesis kedua (H_2) ditolak. Secara teoritis, keterlambatan penyelesaian klaim seharusnya memperlambat perputaran piutang karena dana yang seharusnya diterima tertunda masuknya. Temuan ini bertentangan dengan penelitian Azzam (2021) serta Rifandi & Shofiani (2019) yang menyatakan bahwa keterlambatan

pembayaran klaim BPJS berdampak negatif terhadap arus kas dan akuntansi pendapatan rumah sakit.

Namun, ketidaksignifikan ini dapat dijelaskan melalui temuan Wijayanti et al. (2017) yang menunjukkan bahwa rumah sakit dengan sistem manajemen klaim yang baik mampu mengatasi dampak keterlambatan melalui pencatatan dan penyimpanan data secara teratur, sehingga pengaruhnya terhadap rasio perputaran piutang menjadi minimal. Dengan kata lain, efektivitas sistem administrasi internal rumah sakit berperan sebagai buffer yang meredam guncangan akibat keterlambatan pembayaran dari BPJS.

Dalam perspektif Teori Stakeholder, kondisi ini mencerminkan adanya upaya kolaboratif yang baik antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan. Komunikasi yang intensif dan perbaikan proses administrasi secara berkelanjutan mampu meminimalkan dampak negatif dari waktu penyelesaian yang panjang. Sementara itu, menurut Teori Modal Kerja, rumah sakit kemungkinan telah mengantisipasi risiko keterlambatan ini melalui manajemen kas yang lebih baik, seperti penyediaan cadangan kas (cash buffer) atau perencanaan modal kerja yang lebih konservatif, sehingga fluktuasi waktu penyelesaian klaim tidak secara langsung mengganggu efisiensi perputaran piutang.

Pengaruh Tingkat Klaim Pending BPJS terhadap Rasio Perputaran Piutang

Variabel tingkat klaim pending (X_3) juga tidak berpengaruh signifikan terhadap rasio perputaran piutang, dengan nilai signifikansi sebesar 0,849 ($> 0,05$). Meskipun koefisien regresi menunjukkan arah negatif (-0,656) yang sesuai dengan hipotesis (semakin tinggi klaim pending, semakin rendah perputaran piutang), pengaruh tersebut tidak cukup kuat untuk dianggap berarti secara statistik. Dengan demikian, hipotesis ketiga (H_3) ditolak.

Temuan ini tidak sepenuhnya mendukung penelitian Mulya et al. (2024) yang menemukan bahwa klaim pending berkontribusi terhadap timbulnya piutang bermasalah dan mengganggu arus dana rumah sakit. Hasil ini juga kontras dengan studi Hariyanti & Cholifah (2024) yang menyatakan bahwa klaim tertunda akibat ketidaklengkapan administrasi atau readmisi menjadi penyebab utama penumpukan piutang dan penurunan efisiensi penagihan. Rendahnya signifikansi dalam penelitian ini dapat disebabkan oleh rata-rata tingkat klaim pending di RSI Ibnu Sina Payakumbuh yang relatif rendah, yaitu 6,6% selama periode pengamatan. Persentase tersebut kemungkinan belum mencapai ambang batas yang mampu mengganggu likuiditas rumah sakit secara signifikan. Meskipun demikian, arah koefisien negatif tetap memberikan sinyal bahwa peningkatan klaim pending berpotensi menurunkan rasio perputaran piutang, sehingga rumah sakit perlu memperkuat pengendalian internal, seperti pelatihan SDM unit casemix dan sinkronisasi data, untuk memitigasi risiko di masa depan.

Dari sudut pandang Teori Stakeholder, rendahnya dampak klaim pending menunjukkan bahwa rumah sakit memiliki mekanisme koordinasi yang efektif dengan BPJS Kesehatan. Proses perbaikan dan pengajuan ulang klaim yang cepat menyebabkan status pending tidak berlarut-larut, sehingga tidak mengganggu hubungan dengan stakeholder utama. Dalam konteks Teori Modal Kerja, hal ini mengindikasikan bahwa manajemen piutang di RSI Ibnu Sina Payakumbuh cukup adaptif dalam meminimalkan risiko piutang tak tertagih, sehingga alokasi modal kerja tetap terjaga meskipun terdapat klaim yang tertunda.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan mengenai pengaruh klaim BPJS Kesehatan terhadap rasio perputaran piutang di RSI Ibnu Sina Payakumbuh periode 2020–2024, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut. Pertama, jumlah klaim BPJS (X_1) terbukti berpengaruh positif dan

signifikan terhadap rasio perputaran piutang (Y). Temuan ini memperkuat Teori Stakeholder yang menempatkan BPJS sebagai pemangku kepentingan utama, sekaligus mengkonfirmasi Teori Modal Kerja bahwa peningkatan volume klaim yang diikuti efektivitas administrasi mampu mempercepat konversi piutang menjadi kas, sehingga meningkatkan efisiensi modal kerja rumah sakit. Kedua, waktu penyelesaian klaim (X_2) dan tingkat klaim pending (X_3) secara parsial tidak berpengaruh signifikan. Meskipun secara teoritis kedua variabel ini seharusnya memperlambat perputaran piutang, ketidaksignifikan tersebut mengindikasikan adanya mekanisme mitigasi internal yang efektif, seperti koordinasi proaktif dengan BPJS dan manajemen cadangan kas, yang berhasil meredam dampak negatifnya. Hal ini sejalan dengan prinsip dalam Teori Modal Kerja bahwa perusahaan dapat mengantisipasi risiko likuiditas melalui perencanaan keuangan yang adaptif. Ketiga, secara simultan ketiga variabel independen berpengaruh signifikan terhadap rasio perputaran piutang dengan kontribusi sebesar 31,5% (Adjusted R^2), sementara sisanya dipengaruhi faktor eksternal seperti kebijakan tarif INA-CBG's dan kondisi makroekonomi. Hasil ini menegaskan bahwa meskipun faktor klaim BPJS memegang peranan penting, pengelolaan piutang rumah sakit tetap memerlukan pendekatan holistik yang mempertimbangkan aspek operasional dan kebijakan eksternal.

Berdasarkan refleksi teoritis dan temuan penelitian, beberapa rekomendasi dapat diajukan. Bagi manajemen RSI Ibnu Sina Payakumbuh, disarankan untuk terus mengoptimalkan volume klaim BPJS melalui penguatan unit casemix dan administrasi guna mempertahankan percepatan perputaran piutang. Meskipun tingkat klaim pending tidak signifikan, potensi risiko yang ditunjukkan oleh koefisien negatif perlu diantisipasi dengan peningkatan kompetensi SDM di bidang rekam medis dan coding, serta diversifikasi pendapatan untuk mengurangi ketergantungan pada BPJS. Bagi peneliti selanjutnya, disarankan untuk memperluas objek penelitian pada beberapa rumah sakit dengan karakteristik berbeda, menambahkan variabel eksternal seperti kebijakan tarif INA-CBG's atau inflasi, serta menggunakan metode campuran (kuantitatif-kualitatif) untuk menggali faktor-faktor laten seperti efektivitas sistem informasi rumah sakit dan budaya organisasi. Penelitian longitudinal dengan periode waktu lebih panjang juga diperlukan untuk memahami tren dampak klaim BPJS secara lebih komprehensif. Bagi BPJS Kesehatan dan pembuat kebijakan, evaluasi berkala terhadap kesesuaian tarif INA-CBG's dengan biaya riil rumah sakit serta percepatan digitalisasi proses klaim (misalnya melalui verifikasi berbasis kecerdasan buatan) menjadi langkah strategis untuk mengurangi hambatan administrasi dan meningkatkan efisiensi arus kas rumah sakit. Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya memberikan kontribusi empiris bagi manajemen piutang di era JKN, tetapi juga membuka ruang bagi pengembangan kajian akademis yang lebih mendalam di masa depan.

DAFTAR REFERENSI

- Agustine, Y. S., & Ratmono, D. (2024). Pengaruh corporate social responsibility terhadap kinerja keuangan dengan kepemilikan institusional dan kompensasi eksekutif sebagai variabel moderating. *Diponegoro Journal of Accounting*, 13(3), 1–14.
- Alharthi, H. D. M., Alsufyani, H. M. S., Alwagdani, N. D. A., Alsufyani, B. H. H., Alghamdi, A. S., Sindi, E. A., Bashar, H. O., Kafyah, M. T., Almalki, A. A., Althagafi, F. A. A., & Althagafi, M. H. (2024). Critical analysis of coding practices in healthcare: Improving accuracy and operational efficiency. *Journal of Ecohumanism*, 3(8), 6660–6668. <https://doi.org/10.62754/joe.v3i8.5327>
- Alifa, G., Fitriyah, N., & Kartikasari, N. (2023). Analisis pengelolaan piutang jasa pelayanan BPJS dalam rangka mengoptimalkan kinerja keuangan (studi kasus pada Rumah Sakit Cahaya

- Medika Praya). *Jurnal Riset Mahasiswa Akuntansi*, 3(3), 12–25. <https://doi.org/10.29303/risma.v3i3.734>
- Anyaprita, D., Siregar, K. N., Hartono, B., Fachri, M., & Ariyanti, F. (2020). Dampak keterlambatan pembayaran klaim BPJS kesehatan terhadap mutu pelayanan rumah sakit. *[Nama jurnal tidak lengkap]*.
- Asmarani, U., Susty, D. A., & Wijaya, H. P. (2014). Patient account receivable. *[Nama jurnal/penerbit tidak lengkap]*.
- Atlassian. (2025). What is stakeholder theory? Examples and overview. <https://www.atlassian.com/work-management/project-collaboration/stakeholder-theory>
- Azzam, A. A. (2021). Evaluasi dampak keterlambatan pembayaran dana BPJS terhadap kinerja rumah sakit (studi empiris pada Rumah Sakit Al-Islam Bandung). <http://digilib.unila.ac.id/id/eprint/62181>
- Bougenville, S. (2018). Analisis perbandingan kinerja keuangan rumah sakit Dr. *[tidak lengkap]*.
- Brugha, R., & Varvasovszky, Z. (2023). Stakeholder. In *Dictionary of ecological economics: Terms for the new millennium* (Vol. 15, No. 3, p. 505). <https://doi.org/10.4337/9781788974912.S.62>
- Crowe, C. (2023). Identifying stakeholders in the healthcare sector. <https://www.boreal-is.com/blog/stakeholders-in-healthcare/>
- Dubas-Jakóbczyk, K., Kocot, E., Tambor, M., Szetela, P., Kostrzevska, O., Siegrist, R. B., & Quentin, W. (2022). The association between hospital financial performance and the quality of care: A scoping literature review. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(12), 2816–2828. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6957>
- Famel, R., & Hardisman. (2023). Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan keterlambatan klaim BPJS di RSUD Sijunjung. *Jurnal Mirai Management*, 8(2), 254–261.
- Febrianti, I. T. D. (2022). Seputar manajemen keuangan kesehatan. ResearchGate.
- Fitri, D. E., & Sundari, S. (2023). The cost difference of hospital rates and INA-CBGs rates of inpatient with national health insurance scheme at private hospital. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(2), 701–708. <https://doi.org/10.30604/jika.v8i2.1986>
- Halim, I. J., Manggala, K. S., & Kaunang, W. F. P. (2025). The economic burden on private hospitals in treating ICU vs non-ICU. *[Nama jurnal tidak lengkap]*.
- Hartono, L. B., Affandi, A., & Suwanda, D. (2023). Strategi pengelolaan modal kerja untuk meningkatkan kualitas laporan keuangan pada rumah sakit umum daerah. *Ekonomis: Journal of Economics and Business*, 7(2), 1477. <https://doi.org/10.33087/ekonomis.v7i2.1543>
- Irwandy, I., & Sjaaf, A. C. (2018). Dampak kebijakan JKN terhadap efisiensi rumah sakit. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 14(4), 360. <https://doi.org/10.30597/mkmi.v14i4.5144>
- Maulida, E. S., & Djunawan, A. (2022). Analisis penyebab pending claim BPJS kesehatan. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 21(6), 374–379. <https://doi.org/10.14710/mkmi.21.6.374-379>
- Muyassar, G. (2021). Manajemen piutang. *[Tidak lengkap]*.
- Nurjanah, Y. D., & Reviandani, W. (2024). Perputaran piutang pasien BPJS di rumah sakit AB Gresik. *[Nama jurnal tidak lengkap]*, 5, 16–30.
- Petrindasari, R. S. M., & Santoso, R. A. (2023). Perputaran piutang dalam aspek kinerja keuangan rumah sakit. *Masyrif: Jurnal Ekonomi, Bisnis dan Manajemen*, 4(2), 191. <https://doi.org/10.28944/masyrif.v4i2.1345>
- Rifandi, M., & Prima, S. (2019). Pengaruh sistem pembayaran BPJS terhadap akuntansi

- pendapatan rumah sakit. *Relasi: Jurnal Ekonomi*, 15(1), 51–68. <https://doi.org/10.31967/relasi.v15i1.301>
- Ristilestari, R., & Handayani, A. (2022). Kinerja keuangan rumah sakit XYZ di Gresik. *Jurnal Ekonomi dan Bisnis*, 11(3), 329–339.
- Saidah, M., Ufyatu, N. S., & Setiawan, H. (2019). Perlakuan akuntansi piutang usaha pada perusahaan jasa medis. *Paradigma Accountancy*, 53(9), 1689–1699.
- Stacy, R. N. (2024). Stakeholder theory. EBSCO Research Starters. <https://www.ebsco.com>
- Sugiati, I., & Reviandani, W. (2025). Analisis perputaran piutang pasien BPJS ketenagakerjaan. *[Nama jurnal tidak lengkap]*, 6(6), 126–141.
- Sunaryo, D. (2021). Pengaruh perputaran piutang Jamkesda terhadap rasio kas. *[Nama jurnal tidak lengkap]*, 2(2), 1–17.
- Susanti, Y., & Khairani. (2025). Performance-based capitation settings in the national health insurance program. *Journal of Law, Politic and Humanities*, 5(3), 2271–2281. <https://doi.org/10.38035/jlph.v5i3.1545>
- Wang, R. (2022). Organizational commitment in the nonprofit sector. *Voluntas*, 33(3), 538–549. <https://doi.org/10.1007/s11266-021-00336-8>
- Wijayani, R. W. (2018). Dampak implementasi JKN terhadap kinerja keuangan rumah sakit. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 7(3), 134–139. <https://doi.org/10.22146/jkki.12090>
- Wijayanti, I. S., Rahayu, S., & Rachmad, R. (2017). Analisis pengelolaan piutang pasien BPJS. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 1(1), 64–81.
- Zamharira, A., & Suryono, A. (2020). Perlindungan hukum terhadap keterlambatan klaim BPJS. *Jurnal Privat Law*, 8(1), 42. <https://doi.org/10.20961/privat.v8i1.40364>
- Zuhra, S., & Maresti, D. (2024). Analysis of internal control of mosque finances. *Asia Pacific Journal of Business Economics and Technology*, 4(1), 20–37.