

Manajemen Piutang Rumah Sakit: Kajian Literatur Terhadap Faktor-Faktor Penyebab Tingginya Piutang

Nailul Fithri Arrasily¹, Tri Jenny Minarsih², Budi Hartono³, Ilma Wizraa⁴

^{1,2,3}Universitas Hang Tuah Pekanbaru, ⁴Binus University

Corresponding Author: nailulfitriarrasily@gmail.com

Published: July, 2025

ABSTRAK

Manajemen piutang rumah sakit penting untuk menjaga kesehatan finansial dan mutu layanan. Data Kementerian Kesehatan RI (2022) menunjukkan total piutang rumah sakit mencapai Rp 23,7 triliun, meningkat 11,3% dari tahun sebelumnya, dengan 70% berasal dari penjamin asuransi. Pada 2023, 37% rumah sakit mengalami keterlambatan klaim BPJS lebih dari 30 hari, dan piutang macet rata-rata mencapai 8–12% pendapatan tahunan. Kajian literatur ini menganalisis faktor penyebab tingginya piutang, yang meliputi lemahnya tata kelola internal, ketidakakuratan coding, keterlambatan klaim BPJS, dan rendahnya integrasi SIMRS. Solusi strategis menggunakan Revenue Cycle Management (RCM) Mehta melalui tiga tahap: Front-end (verifikasi & edukasi pasien), Mid-cycle (coding akurat & SIMRS terintegrasi), dan Back-end (monitoring real-time & analisis prediktif). Pendekatan ini terbukti mempercepat siklus piutang, menjaga stabilitas finansial, dan meningkatkan kepuasan pasien.

Kata Kunci: piutang rumah sakit, manajemen piutang, klaim BPJS, tata kelola keuangan, sistem informasi kesehatan

ABSTRAK

Hospital receivables management is crucial for financial stability and service quality. Indonesian Ministry of Health (2022) reported total hospital receivables of IDR 23.7 trillion, an 11.3% increase from the previous year, with 70% coming from insurance guarantors. In 2023, 37% of hospitals experienced BPJS claim delays exceeding 30 days, and bad debts averaged 8–12% of annual revenue. This literature review analyzes factors contributing to high receivables, including weak financial governance, inaccurate coding, delayed BPJS claims, and low SIMRS integration. Strategic solutions adopt Mehta's Revenue Cycle Management (RCM) framework through three stages: Front-end (patient verification & education), Mid-cycle (accurate coding & integrated SIMRS), and Back-end (real-time monitoring & predictive analytics). This approach accelerates receivable cycles, maintains financial stability, and improves patient satisfaction.

Keywords: hospital receivables, receivables management, BPJS claims, financial governance, health information system

© The Author(s). 2021 Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai organisasi pelayanan kesehatan masyarakat, berfungsi melayani masyarakat secara luas dalam bentuk jasa. Rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (Komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif)

kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian akademik. Rumah sakit tidak hanya berfungsi untuk memberikan pelayanan medis tetapi juga menyelenggarakan kegiatan pelayanan dan asuhan keperawatan, pelayanan penunjang medis dan non medis, pelayanan kesehatan masyarakat, rujukan, pendidikan, penelitian, pengembangan, administrasi umum dan keuangan (Gunawan, 2018).

Piutang rumah sakit merujuk pada jumlah tagihan belum terbayarkan oleh pasien atau penjamin (asuransi/BPJS) atas layanan medis yang sudah diberikan. Menurut Standar Akuntansi Keuangan RS, piutang rumah sakit biasanya terbagi antara klaim pihak ketiga (asuransi/klaim korporat) dan piutang pasien individu (Sunaryo, 2021). Menurut data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, piutang rumah sakit di Indonesia pada tahun 2022 mencapai Rp 23,7 triliun, naik 11,3% dari tahun 2021 yang sebesar Rp 21,3 triliun. Piutang rumah sakit terbesar berasal dari penjamin asuransi, yaitu sekitar 70% dari total piutang, atau sekitar Rp 16,6 triliun. Piutang rumah sakit dari penjamin asuransi ini terdiri dari piutang dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, asuransi swasta, dan asuransi pemerintah. Data dari Kementerian Kesehatan RI (2023) menunjukkan bahwa sekitar 37% rumah sakit di Indonesia mengalami keterlambatan klaim BPJS lebih dari 30 hari, sementara piutang macet rata-rata mencapai 8–12% dari total pendapatan operasional tahunan. Temuan ini sejalan dengan studi Hanifah & Bastian (2024) yang mencatat bahwa di era JKN, piutang rumah sakit di beberapa daerah meningkat signifikan, dengan rata-rata *days in accounts receivable* mencapai 45 hari, jauh di atas standar keuangan sehat untuk rumah sakit (≤ 30 hari). Di banyak studi disebutkan bahwa piutang pasien menjadi aset lancar terbesar dalam struktur keuangan rumah sakit, Rata-rata perputaran piutang (*Receivable Turnover*) berada di kisaran 4,5–7,9 kali per tahun, dengan *Average Collection Period* (ACP) terendah 46 hari pada 2020. Hal ini menunjukkan efisiensi yang dapat ditingkatkan karena standar keuangan rumah sakit biasanya menargetkan perputaran lebih cepat dan $ACP \leq 30$ hari (Sunaryo, 2021). Sedangkan dalam penelitian Panduwinata disebutkan bahwa Rata-rata perputaran piutang (*Receivable Turnover*) berada di kisaran 4,5–7,9 kali per tahun, dengan *Average Collection Period* (ACP) terendah 46 hari pada 2020. Hal ini menunjukkan efisiensi yang dapat ditingkatkan karena standar keuangan rumah sakit biasanya menargetkan perputaran lebih cepat dan $ACP \leq 30$ hari (Panduwinata & Akhirruddin, 2023).

Keunikan sistem keuangan rumah sakit dibanding industri lain juga tercermin dari fakta bahwa sebagian besar pembayaran rumah sakit difasilitasi oleh pihak ketiga (asuransi/pemerintah). Pengelolaan keuangan ini telah diatur dalam Peraturan Pemerintah RI

No.23 tahun 2005. Asuransi kesehatan, yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), diatur oleh Badan Pembiayaan melalui pihak ketiga. Pembiayaan melalui pihak ketiga yang dimaksud adalah pembiayaan menggunakan kartu asuransi kesehatan, sehingga menimbulkan piutang yang harus ditagih oleh rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan pengobatan dan pelayanan kesehatan rumah sakit terhadap pasien. (Ristilestari & Handayani, 2022).

Tingginya jumlah piutang dibandingkan dengan pendapatan rumah sakit bisa membuat arus modal kerja menjadi kurang lancar. Jika piutang terlalu lama tertagih (days in receivable tinggi), hal ini menunjukkan bahwa proses penagihan berjalan lambat atau mengalami hambatan. Sebagaimana diteliti oleh Wijayanti dkk. (2017) di RSAB Harapan Kita, keterlambatan dan ketidaksesuaian jumlah klaim BPJS menimbulkan piutang tinggi(Wijayanti et al., 2017). Studi lain juga melaporkan masalah serupa: misalnya, Rosyidah & Purnomosidhi (2023) menemukan bahwa pengelolaan klaim COVID-19 di RSUD Cibinong tidak optimal karena SIMRS tidak memadai, rasio staf tidak sebanding beban kerja, dan ketiadaan SOP khusus(Jihan Putri Rosyidah, 2024). Temuan-temuan tersebut menggarisbawahi perlunya pemahaman faktor penyebab piutang tertunggak agar intervensi manajemen dapat tepat sasaran. Dengan kata lain, rumusan masalah dalam kajian ini difokuskan pada identifikasi faktor internal dan eksternal penyebab tingginya piutang rumah sakit.

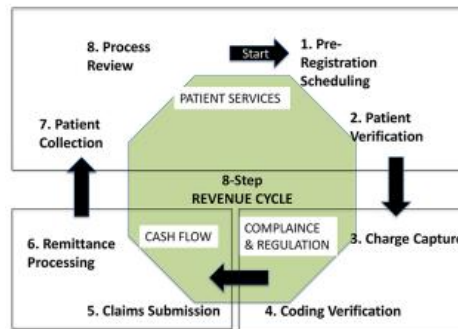
Rumusan Masalah

Berdasarkan tinjauan literatur terdahulu, rumusan masalah yang diajukan dalam kajian ini adalah:

- Faktor internal: Bagaimana kebijakan keuangan internal (misalnya sistem uang muka, SOP, pelatihan SDM) memengaruhi tingginya piutang rumah sakit
- Faktor eksternal: Bagaimana proses asuransi kesehatan (klaim BPJS, prosedur klaim, perbedaan tarif) dan karakteristik pasien (pembayaran mandiri, kelas perawatan) memicu piutang yang tinggi
- Akibat operasional: Apa implikasi piutang tinggi terhadap kinerja operasional (arus kas, kelangsungan pelayanan) rumah sakit

Tinjauan Teoritis

Siklus pendapatan rumah sakit ("revenue cycle") menggambarkan proses mulai dari pendaftaran pasien hingga pelunasan tagihan.



Gambar 1
Chandawarkar,2024

Gambar 1 di atas mengilustrasikan delapan langkah utama siklus pendapatan mulai dari pra-registrasi pasien hingga proses penagihan akhir (Chandawarkar et al., 2024). Pada tahap akhir siklus ini, manajemen piutang memegang peran kunci dalam memastikan penerimaan kas berjalan lancar. Menurut Neumann (1988), tujuan manajemen piutang antara lain meminimalkan biaya pelayanan yang tidak tertagih dan mempercepat penyelesaian siklus piutang (Muhrojin et al., n.d.). Beberapa studi menyatakan bahwa pengelolaan piutang efektif akan mengurangi days in accounts receivable dan memperbaiki likuiditas(Sunaryo, 2021).

Piutang rumah sakit muncul karena layanan kesehatan umumnya diberikan secara kredit. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 69/2013, piutang timbul dari klaim tagihan atas pelayanan rawat jalan, rawat inap, maupun jasa medis lainnya yang pembayarannya belum diselesaikan. Beberapa faktor eksternal memengaruhi besaran dan kecepatan penagihan piutang, misalnya perbedaan standar tarif pelayanan antara rumah sakit dan tarif INA-CBGs, serta persyaratan dokumen klaim asuransi(Wening Palupi Dewi, 2023). Selain itu, kondisi makro seperti kebijakan BPJS (misalnya aturan verifikasi klaim) sangat menentukan. Penelitian internasional menunjukkan bahwa kompleksitas kebijakan asuransi seperti beragam prosedur klaim dan klaim yang bergantung pada pihak ketiga memperumit verifikasi dan sering menyebabkan klaim tertunda atau ditolak.

Faktor internal rumah sakit juga krusial. Tenaga administrasi yang memproses klaim harus memiliki kompetensi coding dan regulasi asuransi yang memadai. Pada RSUD Cibinong, misalnya, kekurangan staf coding dan minimnya pelatihan terkait regulasi berkontribusi pada proses klaim COVID-19 yang lambat (Jihan Putri Rosyidah, 2024). Begitu pula, ketiadaan SOP baku penagihan seperti yang terjadi di beberapa RS menghambat konsistensi proses pengumpulan piutang(Wijayanti et al., 2017). Sistem Informasi

Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang belum terintegrasi dengan baik juga menambah pekerjaan manual dan risiko kesalahan data. Dalam beberapa literatur disebutkan bahwa prosedur administrasi yang tidak efisien (misalnya panjangnya waktu verifikasi berkas dan pengkodean) dapat memperpanjang periode piutang (Wening Palupi Dewi, 2023).

Secara keseluruhan, tinjauan ini menunjukkan ada dua kelompok besar faktor penyebab piutang tinggi: faktor internal rumah sakit (kebijakan keuangan, tata kelola SDM, teknologi informasi, dan SOP) serta faktor eksternal (kompleksitas klaim pihak ketiga, regulasi asuransi, dan karakteristik pasien)(Wijayanti et al., 2017).

METODE PENELITIAN

Kajian ini mengadopsi metodologi tinjauan literatur sistematis. Data dikumpulkan dari berbagai publikasi sekunder: jurnal ilmiah, prosiding, dan laporan penelitian terkait manajemen piutang rumah sakit di Indonesia (periode 2015–2025). Sumber utama diperoleh melalui portal Garuda Kemdikbud, Google Scholar, dan perpustakaan universitas. Kriteria inklusi meliputi: (a) artikel terbit dalam 10 tahun terakhir; (b) studi dengan fokus manajemen piutang atau klaim di rumah sakit; dan (c) sumber primer (jurnal atau prosiding), bukan situs web populer. Analisis isi (content analysis) dilakukan dengan cara mengelompokkan temuan berdasarkan tema (faktor internal vs eksternal) dan mengkaji kesimpulan penulis sebelumnya.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil kajian literatur mengungkapkan beberapa tema utama terkait penyebab tingginya piutang RS:

- **Kebijakan Keuangan Internal:** Rumah sakit yang tidak menerapkan kebijakan uang muka (pre-payment) cenderung memiliki piutang lebih tinggi. Sebaliknya, kewajiban uang muka dapat menekan tingkat piutang. Selain itu, peraturan internal mengenai kredit pasien dan mekanisme penagihan yang baku (SOP) sangat memengaruhi keberhasilan penagihan (Wijayanti et al., 2017).
- **Kapasitas SDM dan Administrasi:** Kekurangan personel administrasi, khususnya di bagian pengkodean (coding), memperlambat proses klaim sehingga klaim asuransi sering menumpuk. Kurangnya pelatihan dan pemahaman regulasi asuransi oleh staf juga menambah frekuensi kekeliruan dokumen(Wening Palupi Dewi, 2023).
- **Sistem Informasi dan Teknologi:** Integrasi SIMRS dengan sistem keuangan yang buruk menimbulkan penginputan ganda dan keterlambatan. Beberapa studi menyarankan

penggunaan software manajemen piutang terintegrasi untuk mempercepat proses(Pemprov DKI, 2021)

- Proses Klaim Asuransi: Kompleksitas prosedur klaim BPJS/penjamin meningkatkan risiko klaim tertunda atau gagal. Penggantian tarif asuransi yang tidak sesuai tarif rumah sakit (perbedaan standar tarif) menyebabkan rumah sakit menanggung selisih, sementara proses verifikasi dokumen yang panjang menambah piutang tertunda (Wening Palupi Dewi, 2023).
- Karakteristik Pasien: Pasien tanpa penjamin (pembayaran mandiri) dan kelas perawatan yang lebih tinggi (biaya lebih besar) cenderung menimbulkan nilai piutang lebih besar. Faktor demografis seperti tingkat pendidikan dan lokasi pasien pun pernah dikaitkan dengan risiko piutang tak tertagih

Temuan tersebut dirangkum sebagai tema hasil penelitian yang menjadi fokus kelompok, menunjukkan interaksi antara faktor internal (SDM, kebijakan, SOP) dan eksternal (BPJS, pasien) dalam memengaruhi piutang tinggi di rumah sakit.

Pembahasan

Bagian ini membahas lebih dalam temuan yang disajikan dalam "Hasil Penelitian", memberikan interpretasi analitis terhadap faktor-faktor yang teridentifikasi yang berkontribusi pada tingginya piutang di rumah sakit Indonesia. Ini menguraikan keterkaitan antar faktor, membahas implikasinya, dan mengkontekstualisasikannya dalam kerangka teoritis yang lebih luas serta lanskap perawatan kesehatan Indonesia.

Secara keseluruhan, kajian literatur menegaskan bahwa manajemen piutang rumah sakit bukan masalah satu dimensi. Piutang tinggi biasanya disebabkan kombinasi dari faktor internal dan eksternal. Dari sisi internal, lemahnya proses administrasi (kurangnya staf, SOP tidak standar, SIMRS kurang optimal) memperlambat laju penagihan. Misalnya, jika tim coding terlambat memproses dokumen klaim, klaim tidak dikirim tepat waktu ke asuransi, sehingga pembayaran tertunda. Dari sisi eksternal, kebijakan dan prosedur asuransi menyulitkan klaim. Kompleksitas klaim BPJS dan waktu tunggu persetujuan asuransi sering menjadi hambatan utama. Kajian juga menunjukkan bahwa tanpa penegakan kebijakan keuangan rumah sakit (seperti keharusan uang muka atau batas waktu penagihan), akumulasi piutang menjadi tinggi karena pasien berpeluang menunda bayar(Pemprov DKI, 2021).

Pentingnya faktor-faktor ini konsisten dengan literatur internasional yang menekankan *days in receivable* sebagai indikator vital. Peningkatan *days receivable*

menunjukkan proses penagihan yang bermasalah. Dengan kata lain, piutang tinggi tidak hanya berdampak finansial (mengikat modal kerja), tetapi juga indikasi kegagalan efisiensi manajerial. Oleh karena itu, rumah sakit perlu melakukan perbaikan integratif: meningkatkan kapasitas SDM (misalnya menambah staf coding), memperjelas SOP klaim, serta menjalin komunikasi aktif dengan penjamin (BPJS) untuk mempercepat penyelesaian klaim.

Keterkaitan Faktor Internal

Faktor-faktor internal seringkali saling berhubungan dan menciptakan efek berjenjang. Sebagai contoh, kurangnya dukungan dari manajemen puncak dapat menyebabkan investasi yang tidak memadai dalam teknologi atau pelatihan staf yang tidak memadai. Pada gilirannya, hal ini mengakibatkan proses penagihan yang tidak efisien dan kontrol internal yang lemah. Namun dukungan manajemen puncak, pelibatan pengguna, dan pelatihan staf memiliki dampak signifikan terhadap kinerja Sistem Informasi Akuntansi di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta. Ini menegaskan pentingnya manajemen tingkat atas dalam mengalokasikan sumber daya teknologi dan pelatihan staf. Kesalahan di satu elemen berpotensi memengaruhi keseluruhan sistem informasi akuntansi, termasuk administrasi piutang (Teri et al., 2022).

Sistem Pengendalian Internal Penerimaan Kas Studi Kasus pada RS ABC menunjukkan bahwa meskipun kontrol internal RS ABC cukup efektif, ada kebutuhan untuk menambahkan prosedur tertulis dan kebijakan resmi, terutama saat terjadi gangguan sistematis seperti kegagalan SIMRS. Hal ini menegaskan bahwa tanpa dukungan manajemen dan investasi dalam SOP dan teknologi, pengendalian kas dan piutang dapat terganggu efek berjenjang tampak jelas (Fauziah & Amalia, 2024).

Ini menyoroti bahwa manajemen piutang bukanlah fungsi yang terisolasi, melainkan membutuhkan pendekatan holistik dan terintegrasi di seluruh departemen dan tingkat kepemimpinan. Jika manajemen tidak memprioritaskan piutang, sumber daya tidak akan dialokasikan untuk pelatihan atau teknologi. Ini menciptakan efek berjenjang: staf yang tidak terlatih membuat kesalahan, proses manual menjadi lambat, dan kontrol menjadi lemah, semuanya berkontribusi pada piutang. Akar masalahnya mungkin adalah budaya organisasi atau prioritas strategis, bukan hanya kegagalan operasional.

Dinamika Pasien-Pembayar-Penyedia

Hubungan antara perilaku pembayaran pasien, kerumitan sistem asuransi (terutama BPJS), dan manajemen rumah sakit memang sangat rumit. Edukasi kepada pasien penting,

tetapi dampaknya terbatas jika proses verifikasi asuransi bermasalah atau klaim BPJS sering tertunda bahkan ditolak. Tingginya piutang bukan hanya kesalahan satu pihak, melainkan masalah bersama yang bersifat sistemik. Manajemen piutang yang baik harus melibatkan kerja sama dan komunikasi yang jelas di seluruh ekosistem layanan kesehatan. Keterlambatan klaim BPJS disebabkan oleh kendala administratif (berkas tidak lengkap), teknis (ketidakselarasan SIMRS–INA-CBGs), dan regulasi eksternal. Para peneliti menekankan bahwa edukasi pasien saja tidak cukup; manajemen RS, SDM, dan teknologi juga harus bekerja sama guna menyelesaikan piutang yang menumpuk secara sistemik (Anika et al., 2024).

Sebagai contoh, meskipun pasien bersedia membayar, piutang tetap bisa menumpuk jika klaim BPJS mereka ditolak akibat kesalahan administratif rumah sakit, seperti pengkodean yang salah, atau jika penggantian dari BPJS mengalami keterlambatan. Hal ini menunjukkan bahwa kepatuhan pasien saja tidak cukup, karena hambatan juga bisa muncul dari faktor operasional baik internal maupun eksternal rumah sakit.

Dampak Menyeluruh BPJS Kesehatan

Dampak BPJS Kesehatan terhadap piutang sangat mendalam. Tujuan mulia sistem ini untuk cakupan universal datang dengan beban administratif yang secara inheren meningkatkan piutang bagi rumah sakit. Pergeseran dari pembayaran langsung pasien ke sistem berbasis klaim yang kompleks mengharuskan rumah sakit untuk mengadaptasi seluruh infrastruktur keuangan mereka. BPJS Kesehatan bukan hanya faktor, tetapi kekuatan transformatif yang secara fundamental membentuk kembali manajemen piutang di Indonesia. Rumah sakit harus mengembangkan strategi khusus untuk menavigasi kompleksitasnya, termasuk manajemen klaim yang kuat, pengkodean yang akurat, dan tindak lanjut yang proaktif, di luar praktik piutang umum. Dalam penelitian *devi dampak Keterlambatan Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan terhadap Mutu Pelayanan RSIJ Sukapura* menunjukkan bahwa keterlambatan klaim BPJS, yang sering disebabkan oleh kesalahan administratif, pengkodean yang tidak tepat, dan koordinasi antar unit yang buruk, berdampak langsung pada gangguan arus kas dan kualitas layanan rumah sakit. Meskipun pasien siap membayar, penundaan ini tetap menjadi tanggung jawab bersama antara pasien, pihak asuransi, dan rumah sakit (Devi Anyaprita, 2015).

Jika BPJS secara fundamental mengubah cara rumah sakit dibayar, maka seluruh strategi manajemen piutang perlu dipikirkan ulang. Ini bukan hanya tentang menagih dari pasien; ini tentang menavigasi birokrasi pemerintah yang kompleks. Ini berarti rumah sakit mungkin perlu berinvestasi dalam tim klaim BPJS khusus, sistem IT yang kuat untuk

pelacakan klaim, dan bahkan terlibat dalam advokasi untuk perbaikan kebijakan. Ini adalah tantangan sistemik, bukan hanya operasional.

Peran Teknologi dan Analisis Data dalam Mitigasi

Adopsi sistem IT terintegrasi dan analisis data bukan hanya peningkatan operasional tetapi kebutuhan strategis. Teknologi dapat mengotomatisasi penagihan, meningkatkan akurasi, memfasilitasi pemantauan *real-time*, dan memberikan wawasan prediktif tentang tren piutang. Dalam penelitian Saputri penerapan SIM keuangan terintegrasi dapat meningkatkan akurasi data, transparansi, dan efisiensi pelaporan waktu nyata (Sevtiyani et al., 2018). Teknologi mempercepat proses penagihan dan pengendalian anggaran, yang berdampak positif pada pengelolaan piutang.

Investasi dalam teknologi dan analisis data adalah pendorong kritis untuk manajemen piutang yang proaktif, bergeser dari penagihan reaktif ke strategi pencegahan. Ini merupakan pendekatan modern dan berbasis bukti untuk kesehatan finansial. Dalam penelitian SIM di RS Columbia Asia Medan" Ditemukan bahwa kesuksesan SIMRS terletak pada infrastruktur TI yang kuat, framework yang tepat, dan sistem terintegrasi pusat data(Farah Ananda Lubis & Muhammad Irwan Padli Nasution, 2024).

Otomatisasi data keuangan dan klaim meminimalkan kesalahan manual dan mempercepat siklus piutang. Proses manual rentan terhadap kesalahan manusia dan lambat. Teknologi dapat merampingkan seluruh siklus piutang, mulai dari pendaftaran pasien hingga pengajuan klaim dan tindak lanjut. Analisis data dapat mengidentifikasi pola tidak bayar atau penolakan klaim, memungkinkan rumah sakit untuk mengatasi akar penyebab secara proaktif daripada hanya mengejar utang lama. Ini menggerakkan rumah sakit dari posisi reaktif ke proaktif.

Implikasi Strategis dan Rekomendasi

Temuan ini memiliki implikasi strategis yang luas bagi manajemen rumah sakit dan pembuat kebijakan. Penting untuk menekankan perlunya pendekatan multi-cabang: memperkuat tata kelola internal, berinvestasi pada sumber daya manusia, memanfaatkan teknologi, meningkatkan komunikasi dengan pasien, dan secara aktif berinteraksi dengan pembayar dan regulator. Pentingnya pemantauan dan audit berkelanjutan juga harus ditekankan untuk memastikan kepatuhan dan efektivitas strategi piutang(hanifah zainab, 2020).

Hubungan antara manajemen piutang dan kepuasan pasien menunjukkan bahwa proses keuangan secara tidak langsung dapat memengaruhi reputasi rumah sakit dan

pendapatan di masa depan. Pengalaman penagihan yang buruk dapat menghalangi pasien di masa depan, bahkan jika perawatan klinis sangat baik. Jika pasien memiliki pengalaman negatif dengan penagihan atau pengumpulan piutang, hal itu dapat merusak persepsi keseluruhan mereka terhadap rumah sakit, terlepas dari kualitas perawatan medis. Ini dapat menyebabkan berkurangnya loyalitas pasien, kabar buruk dari mulut ke mulut, dan pada akhirnya, penurunan volume pasien, menciptakan lingkaran setan di mana masalah keuangan memengaruhi operasi klinis dan sebaliknya.

Solusi Permasalahan Manajemen Piutang Dengan Konsep Mehta

1. Front-end (Verifikasi Data dan Edukasi pasien)

Pada tahap ini, fokus utama adalah verifikasi pasien secara ketat, edukasi pasien mengenai hak dan kewajiban pembayaran, serta penyelarasan data administrasi dengan sistem BPJS. Dalam penelitian Aulia (2024) menunjukkan bahwa rumah sakit yang menerapkan verifikasi ganda data pasien di awal rawat inap mampu mengurangi klaim pending hingga 20%. Edukasi pasien juga mengurangi kesalahpahaman terkait biaya dan prosedur klaim (Aulia & Amri, 2024).

2. Mid-Cycle (Ketepatan Pengkodean dan Kelengkapan Dokumen)

Tahap ini menekankan pada pengkodean medis (coding) yang akurat, pengarsipan dokumen klaim yang lengkap, dan penggunaan SIMRS terintegrasi. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh (Cahyono et al., 2021) yang menyatakan bahwa koder melakukan koding pada resume sesuai diagnosa yang telah dibuat oleh dokter, namun terjadi pending klaim karena hasil pemeriksaan penunjang tidak sesuai dengan hasil koding. Dampak yang dapat terjadi apabila pending klaim akibat koding tidak segera diperbaiki adalah adanya indikasi upcoding yakni penulisan diagnosis yang dilebihkan dengan tujuan mendapatkan tarif yang lebih tinggi.

3. Back-End (Monitoring Piutang dan Follow-Up Klaim)

Tahap akhir berfokus pada pemantauan piutang secara real-time, follow-up klaim yang tertunda, serta penggunaan analisis data prediktif untuk mengidentifikasi tren klaim bermasalah. Mehta menekankan pentingnya *aging report* mingguan untuk memantau klaim yang mendekati jatuh tempo. Dengan analisis ini, rumah sakit dapat beralih dari pola reaktif (menagih setelah jatuh tempo) menjadi proaktif, misalnya dengan menghubungi BPJS lebih awal jika ditemukan pola klaim berisiko ditolak.

Penerapan RCM ini terbukti tidak hanya mempercepat siklus piutang tetapi juga berdampak positif pada kepuasan pasien. Pengalaman penagihan yang baik akan meningkatkan persepsi pasien terhadap rumah sakit. Sebaliknya, penagihan

yang buruk akan menurunkan reputasi dan loyalitas pasien. Oleh karena itu, penguatan tata kelola keuangan melalui pendekatan RCM menjadi langkah strategis untuk menjaga kesehatan finansial sekaligus meningkatkan mutu layanan.

Keterbatasan Tinjauan Literatur

Meskipun komprehensif, tinjauan ini memiliki keterbatasan yang melekat pada metodologi tinjauan literatur sistematis. Temuan didasarkan pada ketersediaan jurnal akademik yang diterbitkan dalam kerangka waktu dan fokus geografis yang ditentukan. Oleh karena itu, kajian ini mungkin tidak menangkap setiap nuansa praktik dunia nyata atau perkembangan yang sangat baru dan belum dipublikasikan. Ketergantungan pada data sekunder berarti studi ini dibatasi oleh ruang lingkup dan metodologi artikel penelitian asli yang ditinjau.

KESIMPULAN

Hasil kajian menunjukkan bahwa tingginya piutang rumah sakit di Indonesia merupakan akibat dari interaksi kompleks antara faktor internal dan eksternal. Dari sisi internal, lemahnya dukungan manajemen puncak, kurangnya pelatihan staf, dan belum optimalnya pemanfaatan SIMRS menciptakan efek berjenjang yang memperlambat proses penagihan. Dari sisi eksternal, kerumitan prosedur klaim BPJS, ketidakselarasan tarif, dan keterlambatan verifikasi memperburuk akumulasi piutang. Implikasi strategisnya menekankan perlunya rumah sakit menerapkan pendekatan holistik: memperkuat tata kelola keuangan, menginvestasikan sumber daya manusia, memanfaatkan teknologi berbasis data untuk pemantauan real-time, serta membangun kolaborasi intensif dengan penjamin dan regulator. Manajemen piutang yang efektif bukan hanya soal menjaga arus kas, tetapi juga berdampak pada reputasi dan kepuasan pasien. Pengalaman negatif dalam proses penagihan dapat mengurangi loyalitas pasien, menurunkan volume layanan, dan menciptakan lingkaran setan antara masalah finansial dan penurunan kualitas layanan. Oleh karena itu, strategi manajemen piutang yang proaktif dan berbasis bukti menjadi kebutuhan strategis dalam memastikan keberlanjutan operasional rumah sakit dan peningkatan mutu pelayanan. Untuk mengatasi hal ini, penerapan Revenue Cycle Management (RCM) Mehta secara terintegrasi direkomendasikan. Tiga tahap RCM—Front-end (verifikasi ketat & edukasi pasien), Mid-cycle (pengkodean akurat & SIMRS terintegrasi), dan Back-end (monitoring real-time & analisis prediktif)—terbukti mempercepat penagihan piutang, mencegah klaim bermasalah secara proaktif, menjaga stabilitas finansial rumah sakit, serta meningkatkan kepuasan dan loyalitas pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Anika, [Maisaroh, R., Lalu Sulaiman], [Qamarul, U., & Bagu, H. B. (2024). Faktor Pending Klaim Bpjs Di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Ntb. *Jurnal Kesehatan Qamarul Huda*, 12(1), 42–47. <https://doi.org/10.37824/jkqh.v12i1.2024.680>
- Anyaprita, D., Siregar, K. N., Hartono, B., Fachri, M., Ariyanti, & Fajar. (2015). DAMPAK KETERLAMBATAN PEMBAYARAN KLAIM BPJS KESEHATAN TERHADAP MUTU PELAYANAN RUMAH SAKIT ISLAM JAKARTA SUKAPURA. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 3(1), 1–15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpj.2015.06.056><https://academic.oup.com/bioinformatics/article-abstract/34/13/2201/4852827>[internal-pdf://semisupervised-3254828305/semisupervised.ppt](https://academic.oup.com/bioinformatics/article-abstract/34/13/2201/4852827/internal-pdf)[http://dx.doi.org/10.1016/j.str.2013.02.005](https://academic.oup.com/bioinformatics/article-abstract/34/13/2201/4852827/internal-pdf)[http://dx.doi.org/10.1016/j.str.2013.02.005](https://academic.oup.com/bioinformatics/article-abstract/34/13/2201/4852827/internal-pdf)[http://dx.doi.org/10.1016/j.str.2013.02.005](https://academic.oup.com/bioinformatics/article-abstract/34/13/2201/4852827/internal-pdf)
- Aulia, A., & Amri, U. (2024). Analisis Klaim Pending, Verifikasi dan Audit Pascaklaim Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 9(2). <https://doi.org/10.7454/eki.v9i2.1132>
- Cahyono, N. P. D., Munawir, A., & Rokhman, D. (2021). Pengaruh Faktor Predisposing terhadap Perilaku Ketepatan Pengisian Kode Penyakit Rawat Inap Pada Klaim JKN(Di Era Vedika (Verifikasi Di Kantor) Rumah Sakit Daerah Lumajang. *Jurnal MID-Z (Midwifery Zigot) Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 4(1), 17.
- Chandawarkar, R., Nadkarni, P., Barmash, E., Thomas, S., Capek, A., Casey, K., & Carradero, F. (2024). Revenue Cycle Management: The Art and the Science. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*, 12(7), e5756. <https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000005756>
- Farah Ananda Lubis, & Muhammad Irwan Padli Nasution. (2024). Analisis Implementasi Sistem Informasi Manajemen Pada Rumah Sakit Columbia Asia Medan. *Jurnal Ekonomi Bisnis Dan Manajemen*, 2(1), 69–75. <https://doi.org/10.59024/jise.v2i1.544>
- Fauziah, N., & Amalia, D. (2024). Sistem Pengendalian Internal Penerimaan Kas Studi Kasus pada Rumah Sakit ABC. *Journal of Management and Bussines (JOMB)*, 6(1), 231–241. <https://doi.org/10.31539/jomb.v6i1.7048>
- Gunawan, H. (2018). Analisis Sistem Manajemen Piutang Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Al Ihsan Provinsi Jawa Barat. *Prosiding FRIMA (Festival Riset Ilmiah Manajemen Dan Akuntansi)*, 1, 19–24. <https://doi.org/10.55916/frima.v0i1.169>

- hanifah zainab, I. B. (2020). Hospital Financial Reports of Debt and Receivable in Jkn Era : *E-Prosiding Akuntansi*, 1–16.
- Jihan Putri Rosyidah, B. P. (2024). Reaksi 01.07.2024. *ANALISIS MANAJEMEN PIUTANG KLAIM COVID-19 PADA RSUD CIBINONG*, 3(3), 630–637.
- Muhrojin, A., Polytechnic, P. G., Purnamasari, R., & Polytechnic, P. G. (n.d.). *ANALYSIS OF INPATIENT RECEIVABLES MANAGEMENT INSURANCE COVERAGE AT XYZ*. 36, 66–79.
- 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*, 4(2), 241. <https://doi.org/10.28944/masyrif.v4i2.1401>
- Pemprov DKI. (2021). *Penguatan Sistem Kesehatan Publik Perkotaan Jakarta: Pendekatan Lintas Sektor dan Kolaboratif Menuju Pelayanan Kesehatan Publik yang Promotif dan Preventif*. 1–255.
- Ristilestari, R., & Handayani, A. (2022). Analisis Perputaran Piutang Pada Pasien Rawat Inap Bpjs Kesehatan Pada Rumah Sakit Xyz Di Gresik. *Jurnal Ekonomi Dan Bisnis*, 11(3), 329–339.
- Sevtiyani, I., Sedyono, E., & Nugraheni, S. A. (2018). Analisis Penerimaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit menggunakan Technology Acceptance Model di RSUD Kajan Kabupaten Pekalongan. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 6(1), 14–21. <https://doi.org/10.14710/jmki.6.1.2018.14-21>
- Sunaryo, D. (2021). *PENGARUH PERPUTARAN PIUTANG JAMINAN KESEHATAN DAERAH (JAMKESDA) TERHADAP RASIO KAS STUDI KASUS PADA RSUP Dr . HASAN SADIKIN BANDUNG*. 2(2), 1–17.
- Teri, T., Dentika, L., Mujur, I. M., Jabir, M., & Nurbayani, N. (2022). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerja Sistem Informasi Akuntansi pada Rumah Sakit Umum Daerah Kota Palopo. *Tangible Journal*, 7(1), 90–99. <https://doi.org/10.53654/tangible.v7i1.255>
- Wening Palupi Dewi, S. R. W. (2023). Journal of Hospital Management and Services. *The Influence of organizational culture using the ocai approach on the performance of health personelatintan medika dalamongan hospital*, 5(2). <https://thejhms.org/index.php/JHMS>
- Wijayanti, I. S., Rahayu, S., & Rachmad, R. (2017). Analisis Pengelolaan Piutang Pasien BPJS

Dalam Rangka Mengoptimalkan Kinerja Keuangan Di Direktorat Keuangan RSAB Harapan Kita Jakarta. *Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia* (MARSJ), 1(1), 64–81.
<http://ejournal.urindo.ac.id/index.php/MARSJ/article/view/435>