

*Research / Review*

# Evaluasi Implementasi Pengelolaan Piutang BPJS di BLUD Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat

Alisza Novrita Sari<sup>1\*</sup>, Erliany Syaodih<sup>2</sup>, Yuniati Lestari<sup>3</sup><sup>1</sup> Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya; Kota Bandung, Jawa Barat; e-mail : [aliszanov@gmail.com](mailto:aliszanov@gmail.com)<sup>2</sup> Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya; Kota Bandung, Jawa Barat<sup>3</sup> Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya; Kota Bandung, Jawa Barat

\* Corresponding Author : Alisza Novrita Sari

**Abstract:** The Regional General Hospital (RSUD) of West Nusa Tenggara Province, as a major referral hospital, faces a serious issue of accumulated receivables from the National Health Insurance Agency (BPJS Kesehatan) due to claim payment delays of 60–120 days. This situation strains cash flow and affects drug procurement, medical staff remuneration, and service continuity. This study aims to evaluate the management of BPJS receivables and their impact on the hospital's financial and operational conditions, as well as to formulate improvement strategies. A qualitative descriptive method was employed through interviews, observation of claim submission processes, and document review. The analysis covered receivable conditions, claim procedures, management strategies, operational impacts, and recommendations. The results indicate challenges related to incomplete medical records, limited coding personnel, and the lack of integration between the hospital information system and the BPJS e-Claim application, which lengthen receivable periods and weaken cash flow. Management efforts such as establishing a claim team, administrative digitalization, and routine coordination with BPJS have reduced claim rejection risks. Recommendations include strengthening electronic medical records, enhancing human resource capacity, integrating the hospital information system with BPJS applications, and conducting regular evaluations using average collection period and receivables turnover ratio to improve receivable management effectiveness and ensure service sustainability.

**Keywords:** BPJS Receivables; Financial Sustainability; Hospital Management; INA-CBGs Claims; RSUD Province Hospital.

**Abstrak:** Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Provinsi Nusa Tenggara Barat sebagai rumah sakit rujukan utama menghadapi masalah serius berupa akumulasi piutang BPJS Kesehatan akibat keterlambatan pembayaran klaim 60–120 hari. Kondisi ini menekan arus kas dan berdampak pada pengadaan obat, pembayaran jasa tenaga medis, serta keberlanjutan layanan. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi pengelolaan piutang BPJS dan dampaknya terhadap kondisi keuangan dan operasional rumah sakit serta merumuskan strategi perbaikannya. Metode yang digunakan adalah deskriptif kualitatif melalui wawancara, observasi proses pengajuan klaim, dan telaah dokumen. Analisis mencakup kondisi piutang, prosedur klaim, strategi pengelolaan, dampak operasional, serta evaluasi dan rekomendasi. Hasil menunjukkan adanya kendala berupa kelengkapan rekam medis, keterbatasan SDM koder, dan belum terintegrasinya sistem rumah sakit dengan e-Klaim sehingga memperpanjang umur piutang dan melemahkan arus kas. Upaya manajemen seperti pembentukan tim klaim, digitalisasi administrasi, dan koordinasi dengan BPJS telah mengurangi risiko klaim tertolak. Rekomendasi penelitian meliputi penguatan rekam medis elektronik, peningkatan kapasitas SDM, integrasi SIM-RS dengan aplikasi BPJS, serta evaluasi berkala menggunakan average collection period dan receivables turnover ratio guna meningkatkan efektivitas pengelolaan piutang dan menjaga keberlanjutan layanan.

**Kata Kunci:** Keberlanjutan Keuangan; Klaim INA-CBGs; Manajemen Rumah Sakit; Piutang BPJS; RSUD Provinsi NTB.

## 1. Pendahuluan

Fenomena piutang BPJS di rumah sakit Indonesia telah menjadi perhatian nasional, sebagaimana disampaikan BPK dalam IHPS 2022–2023 yang menyoroti keterlambatan pencairan klaim akibat tingginya volume pelayanan, ketidaklengkapan dokumen, dan ketidaksesuaian coding *INA-CBGs* (BPK, 2022). BPJS Kesehatan (2024) menegaskan bahwa

Naskah Masuk: 22 Oktober 2025;

Revisi: 21 November 2025;

Diterima: 28 Desember 2025;

Terbit: 31 Desember 2025;

Versi sekarang: 31 Desember 2025;



Copyright: © 2025 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY SA) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>)

ketidaktepatan pengisian berkas, perbedaan interpretasi dengan verifikator, serta beban administrasi tinggi turut memperpanjang proses klaim, sementara verifikasi berlapis yang tidak sinkron menyebabkan piutang menumpuk. Dampaknya signifikan bagi RSUD yang pendapatannya didominasi pasien JKN, sebagaimana dicatat PKMK UGM (2021–2023) terkait gangguan likuiditas, penundaan pembayaran vendor, keterlambatan pengadaan obat, dan menurunnya kualitas pemeliharaan alat. Temuan Kemenkes (2023) juga menunjukkan bahwa keterlambatan klaim dapat memicu pembatasan layanan dan penurunan kepuasan pasien.

Permasalahan pengelolaan piutang di RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat (RSUDP NTB), evaluasi Agustus 2024 hingga Januari 2025 menunjukkan penumpukan piutang dan keterlambatan pencairan yang mengganggu arus kas serta menuntut perbaikan sistem pengelolaan klaim. Penelitian mengenai piutang BPJS memang telah membahas aspek dokumen, verifikasi, dan beban administratif, namun kajian yang menelaah konteks BLUD di luar Jawa masih terbatas. Selain itu, penelitian terdahulu umumnya belum menilai pengelolaan piutang secara terintegrasi dari pencatatan awal hingga monitoring *aging*, termasuk kesiapan menghadapi transisi *INA-CBGs* ke *i-DRG* yang berpotensi meningkatkan risiko piutang menua. Kondisi ini menunjukkan adanya research gap terkait implementasi pengelolaan piutang BPJS pada RSUD Provinsi NTB.

RSUD Provinsi NTB sebenarnya memiliki SOP klaim, tetapi praktiknya masih terkendala ketidaklengkapan dokumen, ketidakkonsistenan pengumpulan berkas, dan verifikasi internal yang sering tertunda akibat tingginya beban kerja (BPK, 2023). Klaim yang tertahan lama juga menunjukkan lemahnya monitoring dan tindak lanjut *dispute*, diperburuk oleh SIMRS yang belum terintegrasi penuh sehingga pelacakan klaim masih manual tanpa *dashboard aging* real time (PKMK UGM, 2022). Sebagai BLUD, rumah sakit seharusnya memiliki fleksibilitas pengelolaan pendapatan, namun kapasitas SDM seperti koder dan verifikator masih terbatas, integrasi sistem belum optimal, dan belum ada tim khusus yang memantau indikator kinerja piutang seperti *dispute rate*, *claim return rate*, *collection period*, dan matriks *aging* (JDIH BPK RI, 2023). Akibatnya, pengendalian piutang cenderung reaktif dan koordinasi lintas-unit tidak efektif.

Temuan akademik turut memperkuat permasalahan ini, di mana keterlambatan klaim banyak dipengaruhi ketidaksesuaian dokumen, lemahnya koordinasi, dan keterbatasan kapasitas koder dalam menerapkan *INA-CBGs* (Darmawan & Lestari, 2021). Penelitian lain menunjukkan bahwa *incomplete medical records* dan verifikasi internal yang tidak optimal merupakan penyebab utama piutang menua, sejalan dengan temuan (Nugroho et al., 2023) tentang minimnya integrasi sistem dan tingginya ketergantungan pada proses manual. Dalam konteks BLUD, fleksibilitas pengelolaan pendapatan harus diimbangi manajemen piutang yang kuat karena BLUD dengan kontrol piutang lemah lebih rentan defisit kas (Prasetyo et al., 2022). Sebagai rumah sakit tipe A sekaligus rumah sakit pendidikan, RSUD Provinsi NTB memerlukan stabilitas keuangan untuk menjaga layanan dan fungsi akademik, sementara distribusi pasien berdasarkan penjamin menjadi indikator penting tingkat ketergantungannya pada klaim BPJS dan tekanan terhadap arus kas.

**Tabel 1.** Kunjungan Pasien Berdasarkan Cara Bayar RSUD Provinsi NTB Tahun 2023 – Semester I 2025.

Cara Bayar	Rawat Darurat			Rawat Jalan			Rawat Inap		
	2023	2024	Semester I Tahun 2025	2023	2024	Semester I Tahun 2025	2023	2024	Semester I Tahun 2025
NON PBI	16394	15299	3338	126065	117722	55850	12824	13285	5736
PBI	12749	15686	4403	96396	108933	51998	14338	18246	8941
UMUM	4570	6901	6542	19697	19089	11066	1260	1245	645
ASURANSI LAIN	127	6	45	1436	1204	666	362	116	81
TOTAL	33840	38952	14328	243549	246948	119580	28784	32892	15403

Dari data tersebut terlihat bahwa pasien dengan pembiayaan BPJS, baik PBI maupun Non-PBI, merupakan mayoritas kunjungan di instalasi rawat jalan dan rawat inap. Tingginya ketergantungan pada BPJS berimplikasi langsung pada besarnya piutang yang harus dikelola rumah sakit, sehingga efektivitas sistem klaim BPJS menjadi faktor penting dalam menjaga stabilitas keuangan. Wawancara dengan pihak internal RSUD Provinsi NTB menunjukkan adanya perubahan signifikan sejak kebijakan baru diberlakukan pada Februari 2025. Sebelumnya, pemisahan antara petugas koder dan verifikator sering menimbulkan hambatan

komunikasi dan menyebabkan tingginya klaim *pending*, rata-rata 5.000–6.000 berkas per bulan. Setelah sistem baru menggabungkan koder dan verifikator dalam satu alur kerja, komunikasi menjadi lebih efektif, dan jumlah klaim *pending* menurun drastis hingga di bawah 2.000 berkas per bulan.

Tingginya akumulasi piutang BPJS dan belum optimalnya mekanisme pengelolaan piutang di RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat menunjukkan perlunya kajian yang lebih mendalam. Kompleksitas hubungan antara layanan berbasis JKN dan arus kas rumah sakit menuntut sistem pengelolaan keuangan yang adaptif terhadap dinamika pembiayaan nasional. Meskipun RSUD Provinsi NTB sebagai BLUD telah memiliki regulasi dan SOP terkait pengelolaan piutang, implementasinya masih menghadapi kendala seperti ketidaklengkapan dokumen klaim, keterlambatan verifikasi, dan rendahnya integrasi sistem informasi. Kondisi ini berdampak langsung pada likuiditas rumah sakit, dengan meningkatnya aging piutang dan risiko gangguan arus kas. Selain itu, belum terdapat kajian komprehensif yang mengevaluasi pengelolaan piutang BPJS secara terintegrasi, termasuk kesiapan rumah sakit menghadapi transisi menuju sistem i-DRG. Berdasarkan urgensi tersebut, penelitian ini bertujuan mengidentifikasi akar permasalahan pengelolaan piutang, mengevaluasi kebijakan internal maupun eksternal yang mempengaruhi likuiditas, serta merumuskan strategi pengelolaan piutang berbasis data yang dapat diimplementasikan, sehingga hasilnya diharapkan menjadi pedoman praktis bagi manajemen rumah sakit dan memberikan masukan strategis bagi BPJS Kesehatan dan pemerintah dalam memperkuat tata kelola keuangan serta mendukung keberlanjutan layanan kesehatan yang efektif dan berkualitas di RSUD Provinsi NTB.

## 2. Metode yang Diusulkan

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus deskriptif, yang dipilih untuk memungkinkan eksplorasi mendalam mengenai implementasi pengelolaan piutang BPJS di BLUD RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat. Pendekatan kualitatif relevan digunakan untuk memahami proses dan dinamika organisasi dalam konteks nyata, studi kasus efektif untuk menelaah fenomena kompleks dalam lingkungan institusional. Penelitian dilaksanakan pada Agustus 2025 di RSUD Provinsi NTB, sebuah rumah sakit BLUD Kelas A yang memiliki ketergantungan signifikan terhadap pembayaran klaim BPJS. Informan ditentukan melalui teknik purposive sampling untuk menjangkau perspektif teknis, operasional, dan manajerial, meliputi pimpinan rumah sakit, pejabat keuangan, unit penjaminan dan klaim, rekam medis, verifikator internal, casemix, SIMRS, tim mutu, DPJP, kepala ruangan, serta perwakilan BPJS Kesehatan Cabang Mataram.

Data penelitian terdiri atas data primer yang dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan observasi terhadap proses klaim, serta data sekunder berupa laporan aging piutang, SOP, laporan keuangan, notulen rapat, dan regulasi dari BPJS maupun Kementerian Kesehatan. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara semi-terstruktur, observasi partisipatif terbatas, dan studi dokumentasi untuk penelitian kualitatif yang berorientasi proses. Analisis data dilakukan menggunakan model interaktif Miles dan Huberman (1994) yang meliputi reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan dan verifikasi. Reduksi data dilakukan dengan mengelompokkan informasi ke dalam kategori tematik seperti kondisi piutang, alur klaim, strategi pengelolaan, dan dampak operasional; sedangkan penyajian data disusun dalam narasi deskriptif dan matriks tematik untuk memudahkan interpretasi pola. Penarikan kesimpulan dilakukan secara bertahap dan diverifikasi melalui triangulasi sumber, triangulasi metode, serta member check untuk menjamin kredibilitas dan konsistensi temuan penelitian. Dengan strategi ini, penelitian diharapkan mampu menghasilkan gambaran komprehensif mengenai praktik pengelolaan piutang BPJS di RSUD Provinsi NTB dalam kerangka kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional.

## 3. Hasil dan Pembahasan

### Hasil

RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat merupakan rumah sakit milik Pemerintah Provinsi NTB yang berstatus BLUD sesuai Permendagri 79/2018, sehingga memiliki fleksibilitas dalam pengelolaan pendapatan, termasuk klaim BPJS Kesehatan. Sebagai rumah sakit rujukan utama dan pusat layanan spesialisik di wilayah NTB, sebagian besar pasien yang dilayani merupakan peserta BPJS, sehingga kelancaran proses klaim menjadi penentu stabilitas keuangan dan keberlanjutan operasional rumah sakit. Sejak 2025, rumah sakit ini juga telah mengintegrasikan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dengan aplikasi *e-Claim* BPJS Kesehatan untuk mempercepat pengajuan klaim, mengurangi kesalahan administratif, dan meningkatkan transparansi pelaporan.

Selain bermitra dengan BPJS Kesehatan dalam proses verifikasi dan pembayaran berbasis INA-CBGs, RSUD NTB bekerja sama dengan Dinas Kesehatan, BPKAD, dan BPKP dalam pelaporan dan pengawasan pengelolaan keuangan untuk memastikan kepatuhan terhadap regulasi dan prinsip akuntabilitas publik. Rumah sakit juga melakukan penguatan kapasitas SDM melalui pelatihan rutin terkait prosedur klaim, standar koding, dan tata kelola keuangan BLUD. Secara keseluruhan, RSUD NTB menunjukkan komitmen menuju sistem pengelolaan pelayanan dan keuangan yang lebih efisien, terintegrasi, dan responsif, sehingga memberikan konteks institusional yang relevan dalam memahami dinamika pengelolaan piutang BPJS dalam penelitian ini.

### **Pembahasan**

Bagian ini menginterpretasikan temuan penelitian dengan mengacu pada lima fokus analisis, yaitu: (1) implementasi pencatatan dan administrasi klaim, (2) sistem penjadwalan dan pengawasan jatuh tempo piutang, (3) pemanfaatan teknologi informasi dalam pelacakan piutang, (4) pengembangan kapasitas sumber daya manusia, dan (5) koordinasi dengan BPJS Kesehatan serta instansi terkait. Seluruh temuan dianalisis secara kritis dengan membandingkannya pada hasil studi terdahulu untuk memperkuat penjelasan empiris mengenai praktik pengelolaan piutang BPJS di RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat.

#### ***Implementasi Proses Pencatatan dan Pengelolaan Administrasi Klaim***

Temuan penelitian menunjukkan tiga perubahan kunci sepanjang 2025, yaitu (1) peralihan dari pencatatan manual berlapis menuju integrasi SIMRS–e-Claim, (2) reposisi kerja koder–verifikator dalam satu alur/ruang, dan (3) pengetatan disiplin kelengkapan resume DPJP sebelum pasien pulang. Ketiganya bekerja sebagai satu paket perubahan yang menurunkan retur dan memangkas waktu siklus klaim per Februari 2025.

Pertama, integrasi data dari rekam medis ke modul klaim menghilangkan input ganda dan inkonsistensi antarberkas. Notifikasi otomatis pada saat koding tidak sesuai standar mendorong koreksi dini sehingga berkas yang terkirim telah “bersih”. Pola ini konsisten dengan penelitian terdahulu yang menekankan bahwa digitalisasi lintas-unit adalah faktor terkuat untuk menekan retur administratif; beberapa studi rumah sakit daerah juga melaporkan tren yang sama, yakni penurunan retur setelah validasi dan sinkronisasi data dilakukan di hulu alur, bukan saat berkas sudah sampai di mitra pembayar. Dengan kata lain, titik kendali dipindah dari “akhir proses” ke “awal proses”.

Kedua, kolokasi koder–verifikator mengubah pola kerja dari serial menjadi paralel. Koreksi tidak lagi menunggu siklus pengembalian berkas; begitu ada gap, perbaikan dilakukan “di meja yang sama”. Praktik ini selaras dengan studi-studi terdahulu yang menunjukkan bahwa sinergi tim klaim (koding, verifikasi, dan keuangan) menurunkan waktu siklus dari hitungan minggu ke beberapa hari. Data wawancara di RSUD NTB memperlihatkan efek yang sama: pengumpulan klaim yang semula 7–10 hari terkonsolidasi menjadi  $\pm 2$ –3 hari. Selain mempercepat, kolokasi menstandarkan tafsir antartugas atas aturan INA-CBGs, isu yang dalam penelitian terdahulu sering disebut sebagai sumber variasi retur.

Ketiga, penguncian kelengkapan resume DPJP sebelum pasien pulang menjadi pengaman terakhir kualitas berkas. Mekanisme reminder harian dari tim verifikator kepada DPJP (daftar pasien yang belum lengkap) memastikan dokumen klinis dan administratif bergerak serempak. Penguncian kelengkapan resume DPJP sebelum pasien pulang berperan sebagai pengendali akhir mutu berkas, diperkuat oleh mekanisme pengingat harian bagi DPJP. Literatur terdahulu menegaskan bahwa kepatuhan dokumentasi klinis adalah faktor utama keberhasilan klaim; teknologi hanya efektif bila disertai disiplin kelengkapan di titik pelayanan. RSUD Provinsi NTB mengonfirmasi hal itu: keterlibatan DPJP melalui kanal komunikasi rutin menutup celah retur karena “resume terlambat/kurang”.

RSUD Provinsi NTB pada awal 2025 menerapkan alur pemeriksaan data yang berlapis namun ringkas, mencakup validasi otomatis melalui SIMRS, pengecekan koding oleh koder, verifikasi administratif, dan pengiriman akhir, yang terbukti menurunkan retur administratif maupun koding. Pola perbaikan ini konsisten dengan temuan beberapa penelitian RSUD lain yang menekankan tiga faktor keberhasilan yang standar input tunggal, kolaborasi lintas-unit, dan audit kelengkapan pra-kirim yang seluruhnya telah diadopsi RSUD NTB. Pada tahun yang sama, pengelolaan dokumen juga beralih dari ketergantungan pada berkas fisik menuju rekam digital yang dapat ditelusuri, di mana praktik *track and trace* memberikan visibilitas penuh terhadap alur kerja dan membantu memetakan hambatan secara cepat. Literatur terdahulu menunjukkan bahwa transparansi proses meningkatkan akuntabilitas dan mempercepat klarifikasi, selaras dengan temuan lapangan berupa penurunan waktu tunggu akibat berkas. Selain itu, sejak Februari 2025 rapat koordinasi mingguan berfungsi sebagai *feedback loop* yang memastikan perbaikan berkelanjutan melalui identifikasi pola retur, pencatatan akar masalah, dan pembaruan SOP secara segera; praktik ini sejalan dengan penelitian yang merekomendasikan interval evaluasi pendek untuk mencegah akumulasi kesalahan.

Terakhir, peran SDM merupakan faktor penentu dalam keberlangsungan efektivitas pengelolaan klaim BPJS di rumah sakit. Pelatihan koding INA-CBGs, simulasi penyusunan berkas klaim, serta pendampingan bagi staf baru berkontribusi langsung terhadap peningkatan ketelitian dan konsistensi kerja petugas. Kompetensi koding yang memadai juga menjadi prasyarat penting dalam menjaga mutu klaim, sebagaimana ditegaskan berbagai studi yang menempatkan keterampilan koder sebagai determinan utama akurasi data pelayanan. Pemberlakuan pelatihan triwulanan sejak Februari 2025 menghasilkan penurunan koreksi ulang dan berkurangnya kebutuhan klarifikasi kepada dokter penanggung jawab pasien, yang menandakan peningkatan kualitas verifikasi serta penguatan disiplin administratif di lingkungan rumah sakit.

### ***Penjadwalan dan Pengawasan Jatuh Tempo Piutang***

Hasil penelitian menunjukkan bahwa per Februari 2025 RSUD Provinsi NTB telah membangun sistem pengawasan piutang yang lebih terukur dan berbasis data melalui pemanfaatan dashboard monitoring yang terintegrasi dengan SIMRS dan e-Claim BPJS. Perubahan ini menandai pergeseran dari model pengawasan manual dan pasif menuju sistem kendali aktif yang memungkinkan pelacakan jatuh tempo klaim secara real time serta meminimalkan potensi piutang mengendap.

Sebelum tahun 2025, pengawasan piutang dilakukan secara manual dengan rekapitulasi data dari Unit Penjaminan dan Rekam Medis yang baru diterima pada akhir bulan. Pola lama tersebut sering menimbulkan keterlambatan dalam mendeteksi klaim yang belum dibayar. Setelah penerapan sistem digital, RSUD Provinsi NTB kini dapat mengetahui status klaim secara langsung dari dashboard yang menampilkan kategori *in process*, *pending*, dan *paid*, disertai tanggal pengajuan dan lama waktu verifikasi. Kondisi ini mempercepat deteksi dini terhadap klaim yang mendekati jatuh tempo.

Di RSUD Provinsi NTB, penerapan jadwal *aging piutang* mingguan memungkinkan klaim yang berumur lebih dari 30 hari langsung masuk ke daftar prioritas tindak lanjut. Staf akuntansi menjelaskan bahwa daftar tersebut digunakan sebagai dasar untuk menghubungi pihak BPJS atau melakukan koreksi internal bila diperlukan.

Koordinasi antarunit menjadi elemen penting dalam menjaga kedisiplinan jadwal pengawasan. Pertemuan rutin mingguan yang terjalin sejak Februari 2025 antara Unit Penjaminan, Rekam Medis, Keuangan, dan SIMRS menjadi wadah pembahasan kendala serta perbaikan sistem pelaporan. Kepala Unit Penjaminan menuturkan bahwa rapat ini digunakan untuk memeriksa berkas retur dan menentukan langkah koreksi cepat, seperti memperbaiki koding atau melengkapi dokumen pasien.

Hasil observasi di bagian keuangan juga menunjukkan adanya penerapan notifikasi otomatis di dashboard SIMRS untuk klaim yang melebihi ambang waktu verifikasi. Sistem memberikan tanda warna berbeda pada daftar klaim sesuai dengan tingkat urgensi seperti hijau untuk klaim baru, kuning untuk klaim dalam proses, dan merah untuk klaim yang sudah melewati 30 hari. Indikator ini membantu staf keuangan dan penjaminan dalam menentukan prioritas kerja setiap minggu. Praktik serupa telah dilaporkan dalam penelitian Gunawan (2024), yang menemukan bahwa sistem peringatan otomatis berbasis warna mempercepat pengambilan keputusan dan meningkatkan efektivitas kerja tim keuangan.

Selain pengawasan digital, rumah sakit juga menetapkan kebijakan evaluasi triwulanan yang dipimpin oleh manajemen. Dalam forum tersebut, dilakukan peninjauan terhadap rasio piutang terhadap total klaim, tren retur, serta efektivitas tindak lanjut antarunit. Kepala Subbagian Keuangan menjelaskan bahwa apabila rasio piutang tertunda melebihi 10% dari total klaim, manajemen segera mengidentifikasi sumber keterlambatan dan menetapkan langkah koreksi administratif.

Salah satu hasil positif penting per February 2025 ini dari dilakukannya pengawasan yang lebih teratur adalah meningkatnya kemampuan manajemen dalam memprediksi arus kas masuk. Dengan memanfaatkan data real time, bagian keuangan dapat memperkirakan waktu pencairan klaim dan menyesuaikan rencana pembayaran operasional seperti jasa pegawai, obat-obatan, serta kebutuhan logistik. Temuan ini mendukung hasil penelitian Laksono, (2025), yang menunjukkan bahwa prediksi kas berbasis status klaim memperkuat ketepatan waktu pembayaran kewajiban rumah sakit.

Pelaksanaan pengawasan piutang di RSUD Provinsi NTB juga diperkuat melalui kerja sama aktif dengan BPJS Cabang Mataram yang baru terjalin sejak februari 2025. Perwakilan BPJS menjelaskan bahwa rumah sakit ini termasuk yang paling cepat menindaklanjuti klaim pending, karena setiap klarifikasi langsung dikirim ulang melalui sistem tanpa harus menunggu pertemuan fisik. Hal ini mempercepat proses verifikasi eksternal dan meminimalkan backlog klaim antarperiode.

Hasil wawancara dengan staf akuntansi juga menunjukkan bahwa sistem digital yang lebih baik di tahun ini memudahkan penyusunan laporan arus kas berbasis prediksi

penerimaan dari BPJS. “Sekarang laporan keuangan bisa menampilkan estimasi dana yang akan masuk setiap minggu,” ungkapnya. Transparansi ini tidak hanya membantu bagian keuangan, tetapi juga menjadi alat kontrol bagi pimpinan dalam pengambilan keputusan. Dalam penelitian Bustanuddin et al. (2023), transparansi informasi piutang melalui pelaporan elektronik terbukti meningkatkan akuntabilitas dan efektivitas perencanaan anggaran BLUD; hal serupa kini terjadi di RSUD NTB.

Hasil lapangan dan berbagai temuan penelitian relevan tersebut menunjukkan bahwa sistem pengawasan dan penjadwalan piutang di RSUD Provinsi NTB sejak februari 2025 telah berkembang menjadi mekanisme yang lebih sistematis, berbasis data, dan responsif terhadap risiko keterlambatan. Penggunaan dashboard digital, jadwal *aging* mingguan, serta evaluasi lintas-unit menjadikan fungsi pengawasan bukan hanya administratif, tetapi juga sebagai alat strategis untuk menjaga kelancaran likuiditas rumah sakit.

### ***Peran Teknologi Informasi dalam Pelacakan Piutang***

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerapan teknologi informasi di RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat, khususnya melalui integrasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan *e-Claim* BPJS, memiliki peran strategis dalam meningkatkan efektivitas pelacakan piutang dan mempercepat proses klaim. Transformasi digital ini menjadikan seluruh alur pengelolaan piutang mulai dari pencatatan, verifikasi, hingga pelaporan berbasis data elektronik yang dapat dipantau secara *real time* oleh berbagai unit terkait.

Kepala Unit SIMRS menjelaskan bahwa sistem baru memungkinkan seluruh data pasien, diagnosis, tindakan medis, serta tarif pelayanan tersinkronisasi otomatis ke modul klaim BPJS. “Sebelum dikirim, sistem langsung memberi notifikasi kalau ada diagnosis yang tidak sesuai INA-CBGs, jadi petugas bisa memperbaikinya,” ujarnya. Mekanisme ini menghapus kebutuhan verifikasi manual berlapis dan mencegah kesalahan administratif.

Sebelum integrasi sistem dilakukan ditahun sebelumnya, pelacakan klaim masih bersifat manual. Kepala Subbagian Keuangan menyebutkan bahwa rumah sakit baru mengetahui klaim yang ditolak atau pending setelah laporan resmi dari BPJS keluar di akhir bulan. Hal ini sering menyebabkan keterlambatan koreksi dan menghambat proses pencairan dana. Setelah implementasi SIMRS terintegrasi lebih baik ditahun 2025 ini, status klaim dapat dipantau secara langsung melalui *dashboard* yang menampilkan data posisi klaim, tanggal pengajuan, durasi verifikasi, serta alasan pending. Sistem ini memungkinkan pengawasan aktif oleh seluruh unit, termasuk pimpinan rumah sakit.

Di RSUD NTB, fitur tersebut tidak hanya menampilkan status klaim, tetapi juga riwayat perubahan dan log aktivitas petugas, sehingga setiap langkah perbaikan terekam dan dapat ditelusuri kembali. Petugas verifikator menyebutkan bahwa “kalau ada klaim pending, kami bisa tahu siapa yang terakhir mengedit data dan kapan diperbaiki. Jadi tidak ada berkas yang hilang atau tidak jelas statusnya.”

Integrasi SIMRS juga memperkuat komunikasi internal antarunit. Sebelum sistem ini berjalan, koordinasi antara petugas verifikator, koder, dan DPJP sering dilakukan secara manual melalui surat atau pesan informal ditahun sebelumnya. Kini sejak Februari 2025, seluruh data dapat diakses melalui jaringan internal dan terhubung langsung dengan server BPJS. Kepala Unit Penjaminan menjelaskan bahwa “kami dan BPJS melihat data yang sama di sistem. Kalau ada kesalahan, langsung muncul peringatan di layar.” Penerapan sistem bersama ini meniadakan perbedaan persepsi antarlembaga, dan hal yang sama ditemukan dalam penelitian Purba et al. (2025), yang menekankan bahwa sinkronisasi sistem informasi antara rumah sakit dan BPJS mempercepat proses klarifikasi klaim dan meningkatkan kepercayaan antarinstansi.

Dari sisi efisiensi kerja, penerapan teknologi informasi yang lebih baik di tahun 2025 ini memperpendek waktu pelacakan klaim secara signifikan. Berdasarkan data observasi, waktu yang diperlukan untuk memverifikasi dan mengonfirmasi status klaim menurun dari rata-rata tujuh hari menjadi kurang dari tiga hari kerja. Pencatatan otomatis juga mengurangi beban administratif petugas, karena laporan klaim dan piutang dapat dihasilkan langsung dari sistem tanpa perlu rekap manual. Staf keuangan menuturkan bahwa “kami sekarang tinggal unduh laporan dari sistem, sudah lengkap dengan nilai klaim, status verifikasi, dan tanggal pembayaran.”

Peran teknologi informasi tidak hanya terbatas pada efisiensi administratif, tetapi juga memperkuat aspek transparansi dan pengawasan keuangan. Kepala Subbagian Keuangan menyampaikan bahwa pimpinan rumah sakit kini dapat memantau posisi piutang kapan pun melalui dashboard keuangan yang terhubung dengan SIMRS. “Kami bisa lihat berapa klaim yang sudah dibayar, mana yang masih pending, bahkan bisa urutkan per ruangan atau per dokter,” jelasnya. Transparansi ini membantu manajemen membuat keputusan berbasis data dan mempercepat proses penyusunan laporan keuangan BLUD. Temuan ini sejalan dengan

penelitian Yanto & Andriastuti (2019), yang menunjukkan bahwa pelaporan digital terintegrasi mempercepat audit internal dan meningkatkan akurasi laporan keuangan publik.

Penerapan teknologi informasi juga memfasilitasi analisis tren piutang secara berkala. Berdasarkan wawancara, Unit Keuangan RSUD NTB kini membuat laporan *aging piutang* mingguan langsung dari sistem. Laporan ini memuat data klaim berdasarkan umur piutang, dari yang baru diajukan hingga yang sudah melewati batas 30 hari. “Kalau ada klaim yang sudah lama tidak cair, sistem otomatis menandai dengan warna merah supaya segera kami tindak lanjuti,” ujar staf keuangan. Fitur ini menjadikan sistem pelacakan bukan sekadar alat administrasi, tetapi juga instrumen pengendalian risiko keuangan. Penelitian Az-Zahra (2025) juga menemukan bahwa penggunaan laporan digital *aging receivable* mempermudah deteksi dini atas klaim bermasalah dan mengurangi tunggakan piutang secara signifikan.

Selain untuk pelacakan internal, penerapan teknologi informasi juga memperlancar hubungan eksternal antara RSUD Provinsi NTB dan BPJS. Pihak BPJS Cabang Mataram menyampaikan bahwa sejak sistem digital digunakan, klaim dari RSUD Provinsi NTB menjadi yang paling cepat diverifikasi di wilayahnya. “Sekarang kami tidak perlu menunggu kiriman manual karena data masuk otomatis dari sistem rumah sakit ke server BPJS,” ujarnya. Hubungan kerja sama berbasis sistem ini mengurangi waktu antre verifikasi, menghilangkan risiko duplikasi data, dan mempercepat pembayaran klaim yang telah disetujui.

Secara keseluruhan, hasil wawancara dan observasi menunjukkan bahwa teknologi informasi berperan sebagai fondasi utama pengawasan piutang di RSUD Provinsi NTB. Sejak Februari 2025 melalui sistem pelacakan digital yang sudah diperbaiki, proses verifikasi menjadi lebih cepat, akurat, dan transparan, sementara koordinasi lintas-unit dan antarinstansi semakin efisien. Pengalaman empiris ini selaras dengan berbagai penelitian relevan yang menyimpulkan bahwa digitalisasi pengelolaan klaim tidak hanya mengurangi beban administratif, tetapi juga meningkatkan efektivitas pengambilan keputusan keuangan di rumah sakit daerah.

### ***Peningkatan Kapasitas SDM dan Pelatihan Staf Administrasi***

Hasil penelitian menunjukkan bahwa peningkatan kapasitas sumber daya manusia (SDM) menjadi salah satu faktor penentu keberhasilan pengelolaan piutang BPJS di RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat. Reformasi sistem administrasi klaim yang dilakukan sejak awal tahun 2025 hanya dapat berjalan efektif karena diimbangi dengan penguatan kompetensi teknis, kedisiplinan, dan tanggung jawab pegawai dalam mengelola data klaim. Seluruh unit yang terlibat terutama Unit Penjaminan, Keuangan, Rekam Medis, dan SIMRS mengalami peningkatan kemampuan melalui program pelatihan, pendampingan, serta evaluasi kinerja yang terstruktur.

Kepala Subbagian Keuangan menjelaskan bahwa permasalahan utama sebelum tahun 2025 adalah keterbatasan pemahaman petugas terhadap standar pengisian klaim BPJS dan koding INA-CBGs. “Kesalahan kecil seperti kode diagnosis yang tidak sesuai atau berkas tanpa tanda tangan bisa menyebabkan klaim ditolak,” ujarnya. Karena itu, manajemen menetapkan kebijakan pelatihan berkala bagi seluruh staf klaim dan keuangan agar memahami standar terbaru BPJS. Pelatihan dilakukan setiap triwulan, melibatkan narasumber dari BPJS Cabang Mataram dan tim Casemix internal rumah sakit.

Kepala Unit Penjaminan dan Klaim menuturkan bahwa materi pelatihan difokuskan pada *case-based learning* dari berkas klaim retur yang benar-benar terjadi di lapangan. “Kami bahas langsung kasus yang ditolak oleh BPJS, kenapa bisa ditolak, lalu diperbaiki bersama,” jelasnya. Metode ini membuat pelatihan lebih aplikatif dan relevan dibandingkan pelatihan teori umum.

Selain pelatihan formal, RSUD Provinsi NTB juga menerapkan sistem pendampingan antarpegawai melalui *mentoring internal*. Kepala Unit Penjaminan menjelaskan bahwa “staf senior mendampingi staf baru selama masa adaptasi supaya mereka terbiasa menggunakan SIMRS dan memahami alur klaim.” Pendampingan dilakukan di ruang kerja dengan supervisi langsung dari petugas berpengalaman. Praktik ini mempercepat transfer pengetahuan dan mengurangi ketergantungan pada pelatihan klasikal.

Selain peningkatan kompetensi teknis, pembentukan budaya disiplin dan tanggung jawab administratif juga menjadi fokus manajemen. Kepala Instalasi Rekam Medis menegaskan bahwa “dokter dan perawat wajib melengkapi resume medis maksimal dua hari setelah pasien pulang, karena keterlambatan satu berkas bisa menahan klaim seluruh unit.” Kedisiplinan ini diperkuat dengan daftar pemantauan harian yang memuat nama pasien, status kelengkapan berkas, dan nama DPJP penanggung jawab. Setiap minggu, daftar tersebut dibahas dalam rapat koordinasi untuk memastikan tidak ada dokumen yang tertunda.

Peningkatan kapasitas SDM juga mencakup aspek teknologi informasi. Kepala Unit SIMRS menjelaskan bahwa sejak awal tahun 2025 setiap staf diberi pelatihan untuk mengoperasikan sistem secara mandiri, termasuk melakukan *troubleshooting* sederhana dan sinkronisasi data dengan server BPJS. “Kami tidak lagi tergantung vendor. Kalau ada error,

staf internal bisa perbaiki langsung,” katanya. Kemampuan ini mempercepat proses klaim dan mengurangi waktu henti sistem.

Hasil observasi juga memperlihatkan bahwa pelatihan dan pengembangan SDM di RSUD NTB bersifat berkelanjutan. Setiap kali BPJS mengeluarkan pembaruan aturan klaim atau format e-Claim, rumah sakit segera mengadakan sesi *refreshment training*. Menurut petugas verifikator, “kami biasanya dikumpulkan dua sampai tiga hari setelah ada surat edaran BPJS untuk pelatihan singkat, supaya semua tahu perubahan terbaru.” Sistem ini memastikan setiap pegawai selalu mengikuti regulasi terkini dan mengurangi risiko penolakan klaim akibat ketidaksesuaian format atau kode layanan.

Selain peningkatan kemampuan teknis dan disiplin kerja, pelatihan juga memperkuat koordinasi antarunit. Kepala Unit Penjaminan menyebutkan bahwa pelatihan lintas-unit yang melibatkan Keuangan, Rekam Medis, dan SIMRS membantu pegawai memahami keterkaitan antarbagian. “Sekarang semua tahu bahwa kesalahan di rekam medis bisa berdampak ke keuangan. Jadi tanggung jawabnya terasa Bersama, kalau ditahun-tahun sebelumnya sama-sama tidak paham”, ujarnya.

Secara keseluruhan, hasil wawancara dan observasi menunjukkan bahwa semenjak tahun 2025 peningkatan kapasitas SDM di RSUD Provinsi NTB telah dilakukan secara menyeluruh, mencakup pelatihan teknis, pendampingan lapangan, pembinaan disiplin, serta sistem evaluasi berbasis kinerja. Program ini menciptakan tenaga administrasi yang lebih profesional, adaptif terhadap teknologi, dan mampu bekerja secara kolaboratif dalam mendukung efisiensi pengelolaan klaim BPJS. Temuan ini konsisten dengan hasil berbagai penelitian terdahulu yang menekankan pentingnya pengembangan SDM sebagai fondasi keberhasilan implementasi sistem administrasi digital dan pengelolaan keuangan berbasis BLUD.

### ***Sistem Koordinasi antara BPJS dan Instansi Terkait***

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sistem koordinasi antara RSUD Provinsi NTB dengan BPJS Kesehatan dan instansi terkait sejak Februari 2025 berjalan lebih aktif, terstruktur, dan terintegrasi melalui sistem digital. Perubahan pola koordinasi ini menjadi bagian penting dari strategi pengelolaan piutang BPJS karena keberhasilan klaim tidak hanya ditentukan oleh kelengkapan dokumen internal, tetapi juga oleh efektivitas komunikasi antarinstansi dalam proses verifikasi dan pembayaran.

Kepala Subbagian Keuangan menjelaskan bahwa sebelum diterapkannya sistem baru, komunikasi dengan BPJS Kesehatan bersifat manual dan bergantung pada pertemuan tatap muka. “Dulu kalau ada retur atau data tidak cocok, kami harus bawa berkas ke kantor BPJS untuk klarifikasi. Kadang bisa menunggu berhari-hari karena antrean rumah sakit lain,” ujarnya. Sejak diterapkannya integrasi antara SIMRS dan portal *e-Claim* BPJS pada tahun 2025, proses klarifikasi dilakukan secara daring, dan informasi perubahan status klaim dapat diakses secara langsung melalui sistem. Perubahan ini mempersingkat waktu penyelesaian retur dan menurunkan jumlah klaim tertunda.

Kepala Unit Penjaminan dan Klaim menuturkan bahwa koordinasi kini dilakukan secara dua arah dan berkelanjutan. “Kami punya grup komunikasi dengan tim BPJS Cabang Mataram. Setiap ada retur, mereka langsung kirim catatan koreksi lewat sistem atau grup koordinasi, dan kami bisa memperbaikinya hari itu juga,” jelasnya. Mekanisme komunikasi cepat ini terbukti efektif menurunkan waktu respons terhadap retur klaim dari beberapa hari menjadi hanya beberapa jam.

Perwakilan BPJS Kesehatan Cabang Mataram yang diwawancarai juga memberikan pandangan yang serupa. Menurutnya, RSUD NTB merupakan salah satu rumah sakit dengan kinerja koordinasi terbaik di wilayahnya. “Kami lihat petugas RSUD NTB sangat aktif menanyakan perkembangan klaim dan segera mengirim revisi dokumen. Kalau ada retur, jarang lewat dari dua hari sudah diperbaiki,” ujarnya. Komunikasi yang intensif ini memperkuat kepercayaan antara BPJS dan rumah sakit, serta mempercepat proses pencairan dana klaim.

Koordinasi tidak hanya dilakukan dengan BPJS, tetapi juga dengan instansi lain seperti Dinas Kesehatan Provinsi, Badan Pengelola Keuangan Daerah (BPKAD), dan Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP). Kepala Subbagian Keuangan menjelaskan bahwa setiap triwulan, rumah sakit wajib menyampaikan laporan posisi piutang dan realisasi pendapatan kepada Dinas Kesehatan dan BPKAD sebagai bagian dari mekanisme pengawasan BLUD. “Sekarang semua laporan kami kirim dalam format digital yang diambil langsung dari SIMRS, jadi data antara kami dan pemerintah daerah sudah sinkron,” katanya. Integrasi pelaporan digital ini mendukung hasil penelitian Kahfi et al. (2025), yang menunjukkan bahwa digitalisasi koordinasi antarinstansi mempercepat proses validasi pendapatan dan memperkuat transparansi pengelolaan dana publik.

Koordinasi internal antarunit di RSUD NTB juga diperkuat melalui pertemuan rutin lintas bidang setiap minggu. Dalam rapat ini, Unit Penjaminan, Rekam Medis, Keuangan, dan



SIMRS bersama-sama meninjau daftar klaim yang masih tertunda atau dikembalikan oleh BPJS. Kepala Unit Penjaminan menjelaskan bahwa “kami bahas satu per satu klaim retur, cari tahu penyebabnya, dan langsung tentukan siapa yang memperbaiki. Tidak menunggu surat resmi, supaya proses jalan cepat.” Proses ini mencerminkan bentuk koordinasi operasional yang responsif dan adaptif. Temuan ini sejalan dengan tulisan Windarti & Nadya (2023) di RSUD Margono Purwokerto, yang menekankan bahwa koordinasi lintas-unit yang intensif menurunkan kesalahan administratif dan meningkatkan efektivitas komunikasi vertikal serta horizontal dalam siklus klaim BPJS.

Hasil observasi menunjukkan bahwa koordinasi dengan Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya juga berperan dalam memperkuat validasi klaim. Tim ini bertugas mengidentifikasi potensi retur dari sisi medis dan biaya pelayanan sebelum klaim dikirim ke BPJS. Salah satu anggota menjelaskan bahwa “kalau ada perbedaan kode diagnosis atau tarif layanan, kami langsung rapat kecil dengan tim klaim dan DPJP supaya tidak salah kirim.” Prosedur ini terbukti menekan jumlah retur medis yang berulang dan sejalan dengan temuan penelitian Wulandari (2022) di RSUD Palangkaraya, yang menyebutkan bahwa keterlibatan dalam pra-verifikasi klaim mampu menurunkan retur medis hingga 35%.

Selain koordinasi formal, hasil wawancara dengan petugas verifikator menunjukkan bahwa komunikasi informal juga sangat berpengaruh terhadap kelancaran kerja sama antarinstitusi. Grup komunikasi daring antara petugas klaim RSUD NTB dan staf verifikator BPJS menjadi media untuk menyampaikan pembaruan aturan, perubahan tarif INA-CBGs, atau format dokumen terbaru. “Kalau ada aturan baru dari BPJS, langsung dikirim di grup. Kami bisa menyesuaikan hari itu juga tanpa harus menunggu surat resmi,” ujar salah satu petugas klaim. Cara komunikasi informal seperti ini juga ditemukan dalam tulisan karya Zulfikar (2025), yang menyatakan bahwa *informal coordination network* berperan besar dalam mempercepat adaptasi rumah sakit terhadap kebijakan BPJS yang dinamis.

Kepala Unit SIMRS menambahkan bahwa teknologi informasi menjadi tulang punggung koordinasi antarinstitusi. Sistem yang digunakan RSUD NTB dan BPJS kini berbagi basis data yang sama, sehingga proses klarifikasi tidak perlu melalui pengiriman ulang manual. “Begitu kami kirim berkas, BPJS bisa lihat langsung di server mereka. Kalau ada kesalahan, mereka beri tanda di sistem, dan kami perbaiki di tempat,” jelasnya. Penerapan sistem *shared access* ini mengurangi risiko perbedaan versi data antarinstitusi dan mendukung akuntabilitas klaim.

Koordinasi eksternal dengan instansi pemerintah juga berimplikasi pada peningkatan akuntabilitas keuangan RSUD NTB sebagai BLUD. Kepala Subbagian Keuangan menjelaskan bahwa data klaim BPJS yang sudah diverifikasi secara digital otomatis terhubung ke sistem pelaporan keuangan rumah sakit, sehingga audit internal dapat dilakukan lebih cepat dan transparan. “Kami bisa langsung cetak laporan piutang dan realisasi pendapatan kapan saja,” ujarnya. Pola ini memperlihatkan bahwa koordinasi tidak hanya bersifat administratif, tetapi juga berfungsi sebagai mekanisme pengendalian keuangan publik.

Secara empiris, sistem koordinasi yang diterapkan RSUD NTB menunjukkan sinergi yang solid antara proses administratif internal dan jejaring eksternal. Kolaborasi digital dengan BPJS mempercepat penyelesaian retur, rapat lintas-unit internal memperkuat konsistensi data, dan hubungan dengan instansi pemerintah memastikan akuntabilitas pengelolaan dana publik. Temuan ini menggambarkan bahwa koordinasi yang efektif tidak lagi bergantung pada birokrasi formal, melainkan pada keterhubungan sistem, komunikasi cepat, dan budaya kerja kolaboratif yang telah terbentuk di lingkungan rumah sakit.

Secara umum, hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan kinerja yang signifikan dalam proses pengelolaan piutang BPJS setelah diberlakukannya perubahan sistem klaim. Seluruh informan menyampaikan bahwa kebijakan baru yang diterapkan sejak awal 2025 telah membuat proses kerja lebih cepat, komunikasi antar-unit lebih efisien, dan pencairan klaim berlangsung lebih tepat waktu.

## 5. Kesimpulan

Hasil penelitian mengenai implementasi pengelolaan piutang BPJS di BLUD RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat menunjukkan bahwa digitalisasi proses klaim melalui integrasi SIMRS dan e-Claim BPJS telah meningkatkan akurasi data, mempercepat waktu pengajuan, serta menurunkan tingkat retur secara signifikan. Pengawasan jatuh tempo piutang menjadi lebih efektif melalui pemanfaatan dashboard digital dan laporan aging mingguan, yang didukung oleh mekanisme koordinasi rutin lintas-unit. Penerapan teknologi informasi pada tahun 2025 juga memperkuat transparansi proses, memungkinkan pelacakan status klaim secara real time, dan meningkatkan akuntabilitas keuangan melalui pelaporan digital terintegrasi. Di samping itu, peningkatan kompetensi sumber daya manusia melalui pelatihan teknis, mentoring, serta evaluasi berbasis kinerja turut memperbaiki ketelitian administrasi dan profesionalisme staf dalam pengelolaan klaim. Efektivitas pengelolaan piutang semakin

diperkuat melalui koordinasi digital dengan BPJS Kesehatan, yang mempercepat proses klarifikasi serta meningkatkan keandalan tata kelola keuangan BLUD secara keseluruhan.

Implikasi manajerial dari pengelolaan piutang BPJS di RSUD Provinsi NTB menekankan perlunya penguatan pengendalian internal, integrasi SIMRS, dan peningkatan kompetensi SDM untuk mempercepat verifikasi dan pencairan klaim. Manajemen juga disarankan menetapkan KPI, membentuk unit Revenue Cycle Management, serta menerapkan kebijakan arus kas berbasis risiko untuk menjaga stabilitas keuangan BLUD, sekaligus mempersiapkan transisi ke sistem pembayaran i-DRG agar piutang tidak membebani likuiditas di masa depan.

Kontribusi Penulis : Penulis pertama bertanggung jawab atas penyusunan desain penelitian, pengumpulan data, analisis, dan penulisan naskah. Penulis kedua dan ketiga berperan sebagai dosen pembimbing yang memberikan arahan ilmiah, supervisi metodologis, serta penelaahan kritis dalam penyempurnaan naskah.

## Daftar Pustaka

- Az-Zahra, S. (2025). *Analisis Pengendalian Internal Piutang Usaha Untuk meminimalkan Piutang Tak Tertagih Pada Rumah Sakit JIH Yogyakarta*.
- BPJS. (2024). *Laporan pengelolaan program tahun 2023 dan laporan keuangan tahun 2023*. BPJS Kesehatan. <https://web.bpjs-kesehatan.go.id/uploads/information/05072024032036-d0e43b7b-4628-4963-8cb4-a2104605a2e6.pdf>
- BPK. (2022). *Ikehtisar Hasil Pemeriksaan Semester*. Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia. <https://www.bpk.go.id/ihrs/2022/II>
- BPK. (2023). *Laporan Hasil Pemeriksaan*. Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia. [https://www.bpk.go.id/laporan\\_hasil\\_pemeriksaan](https://www.bpk.go.id/laporan_hasil_pemeriksaan)
- Bustanuddin, B., Yamin, A., & Zulkieflimansyah, Z. (2023). Pengaruh Penerapan Sistem Informasi Pemerintahan Daerah (SIPD) terhadap Fleksibilitas Pola Pengelolaan Keuangan pada Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) di RSUD Asy-Syifa'Sumbawa Barat. *JHIP-Jurnal Ilmiah Ilmu Pendidikan*, 6(10), 8405–8410.
- Gunawan, R. (2024). EFEKTIVITAS SIMRS PADA INA-CBGS TERHADAP KETEPATAN TARIF KLAIM BPJS RAWAT INAP DI RSUD X. *Journal of Health Analysis Student (JHAS)*, 1(2), 67–81.
- Kahfi, A., Naufal, Z., & Johannes, A. W. (2025). *EFEKTIVITAS SISTEM INFORMASI PEMERINTAHAN DAERAH DALAM MENINGKATKAN PENGELOLAAN KEUANGAN DAERAH DI PROVINSI LAMPUNG*.
- Kemenkes. (2023). Surat Edaran Nomor HK.02.01/MENKES/1048/2023 tentang Penyelenggaraan Akreditasi Rumah Sakit, Rumah Sakit Kelas D Pratama, Puskesmas, dan Klinik. In *serta Pelaporan Indikator Nasional Mutu bagi Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi*. [https://keslan.kemkes.go.id/unduhuan/fileunduhuan\\_1704762732\\_8.pdf](https://keslan.kemkes.go.id/unduhuan/fileunduhuan_1704762732_8.pdf)
- Laksono, A. (2025). Optimalisasi Manajemen Logistik Rumah Sakit untuk Meningkatkan Efisiensi Pengadaan dan Distribusi Obat di Era Digital. *Journal Scientific of Mandalika (JSM)*, 6(9), 2745–5955 – 2809–0543.
- Nugroho, R., Hidayat, M., Rianti, E. D. D., Mutiarahati, N., & Rosyid, A. F. (2023). Pemanfaatan teknologi digital dalam pelayanan kesehatan publik: Sebuah tinjauan analisis kebijakan. *Minist. J. Birokrasi Dan Pemerintah. Drb*, 5(2), 277–285.
- Prasetyo, A., Nugroho, D., & Suryani, L. (2022). Efisiensi Layanan Home care terhadap Biaya Kesehatan Keluarga. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 11(1), 45–52.
- Purba, S. H., Khairunnisa, K., Khairani, C., & Wanny, N. (2025). Strategi Optimalisasi Penggunaan SIMRS untuk Meningkatkan Kinerja Rumah Sakit. *Jurnal Riset Ilmu Kesehatan Umum Dan Farmasi (JRIKUF)*, 3(1), 01–12.
- RI, J. B. (2023). *Peraturan Bupati Bulukumba Nomor 47 Tahun 2023 tentang Pola Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Unit Pelaksana Teknis Puskesmas pada Dinas Kesehatan*. Pemerintah Kabupaten Bulukumba.
- Windarti, S., & Nadya, A. (2023). *Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)*. Penerbit NEM.
- Yanto, Y., & Andriastuti, A. (2019). Studi Kualitatif Pelaksanaan Metode Akuntansi Berbasis Akrua Pada Puskesmas Tahunan Setelah Menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). *Jurnal Rekognisi Akuntansi*, 3(1), 50–64.
- Zulfikar, S. (2025). *Smart Health Promotion: Era Globalisasi Dan Transformasi Digital*. AMU Press.