



## Evaluasi Screening Dokumen Verifikasi Internal dalam Menentukan Kodingan di Era BPJS

Tri Jenny Minarsih<sup>1\*</sup>, Doni Jepisah<sup>2</sup>, Nofiyadi<sup>3</sup><sup>1,2</sup> Hang Tuah University, Pekanbaru, Riau, Indonesia<sup>3</sup> RS Mesra, Kabupaten Kampar, Riau, Indonesia

Email: \*trijenny25@gmail.com (Corresponding Author)

### Abstract

The completeness of medical record documents is a critical factor in the internal verification of BPJS Kesehatan claims and the determination of INA-CBGs coding. Incomplete documentation may hinder the coding process, increase the number of pending claims, and delay claim submission, ultimately affecting hospital cash flow. This study aimed to analyze the level of completeness of medical record documents in the BPJS claim verification process at RS Mesra, identify key problems and contributing factors, and formulate solutions along with an improvement intervention plan. This study employed a qualitative approach with a case study design, using direct observation and document review of BPJS claims in the Casemix Unit and Medical Records Unit of RS Mesra. Problem identification was conducted using the Urgency, Seriousness, and Growth (USG) method, while root cause analysis was performed using Fishbone Analysis. A Plan of Action (PoA) was subsequently developed as a system improvement intervention. The findings revealed that the completeness of medical record documents at the internal verification stage remained low. Essential documents, including medical resumes, supporting examination results, treatment summaries, and medication usage logs, were frequently incomplete. The main issues identified included inaccurate ICD-10 diagnosis documentation, the absence of Service Level Agreements (SLA) and Standard Operating Procedures (SOP) for document screening, ineffective inter-unit coordination, and limited functionality of the Hospital Information System (SIMRS) in automatically verifying document completeness. These systemic problems directly contributed to the increasing number of pending BPJS claims. In conclusion, improving medical record completeness requires an integrated approach involving enhancement of human resource competencies, strengthening internal regulations, optimization of SIMRS, and improved inter-unit coordination to support effective BPJS claim management at RS Mesra.

**Keywords:** Medical Records; BPJS Claims; INA-CBGs.

*Received December 26, 2025**Revised December 30, 2025**Published December 31, 2025*

This is an open access article distributed under the Creative Commons 4.0 Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. ©2018 by author.

### Pendahuluan

Implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan telah mengubah paradigma pembiayaan kesehatan di Indonesia menjadi sistem pembayaran prospektif berbasis kasus, yaitu Ina-CBGs (Indonesian Case Based Groups). Dalam sistem ini, penetapan besaran tarif klaim rumah sakit sangat bergantung pada akurasi koding diagnosis dan prosedur medis yang dikumpulkan dari rekam medis pasien. Akurasi koding yang tinggi merupakan prasyarat mutlak untuk menjamin kelayakan klaim dan keberlanjutan finansial fasilitas pelayanan kesehatan (Fasyankes) (Maryati et al., 2020).

Tingginya volume ini menimbulkan tantangan signifikan, yaitu tingginya risiko kesalahan dokumentasi klinis, ketidaklengkapan berkas, dan inakurasi koding, yang pada akhirnya memicu klaim pending atau dispute dari pihak BPJS Kesehatan (Jayanti et al., 2025). Salah satu studi menunjukkan bahwa masalah kelengkapan berkas menjadi penyebab dominan klaim pending di berbagai rumah sakit (Michael et al., 2025).

Kegagalan dalam screening internal, baik karena dokumen tidak lengkap atau kode diagnosis/prosedur tidak didukung oleh eviden klinis, menjadi penyebab utama klaim ditunda atau dikembalikan (Mellsanday et al., 2023). Ketika klaim ditunda (*pending*) atau ditolak (*dispute*) akibat verifikasi internal yang lemah, rumah sakit menghadapi risiko finansial yang tersembunyi. Rumah sakit telah menanggung seluruh biaya operasional dan pelayanan, tetapi penundaan pembayaran atau pemotongan klaim mengganggu arus kas (cash flow). Fenomena ini memperburuk potensi kesenjangan antara tarif rumah sakit dan tarif INA-CBGs yang mungkin sudah lebih rendah. Oleh karena itu, fungsi verifikasi internal harus dipandang sebagai komponen kritis dalam *Revenue Cycle Management* rumah sakit (Sukawan et al., 2022).

Berbagai penelitian nasional menegaskan bahwa akurasi koding diagnosis yang rendah (seringkali mencapai 33,75% hingga 34% inakurasi) memiliki dampak signifikan terhadap hasil klaim INA-CBGs dan kesenjangan pendapatan rumah sakit. Penyebab utama klaim pending berkisar antara kelengkapan berkas tidak memadai (tertinggi), kesalahan pengkodean, hingga kurangnya pemeriksaan penunjang dan eviden terapi. Faktor SDM, khususnya pengetahuan VIM yang kurang, menjadi prediktor kinerja verifikasi yang buruk. Lebih lanjut, penelitian tentang manajemen POAC menunjukkan bahwa kurangnya SDM dan kendala sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) yang sering bermasalah dan tidak terintegrasi secara optimal, turut menghambat penanganan klaim pending secara efektif. Dengan demikian, perbaikan verifikasi internal memerlukan intervensi multi-aspek yang mencakup perbaikan metode kerja, peningkatan kompetensi, dan optimalisasi sistem dukungan (Maryati et al., 2020).

Berdasarkan analisis situasi awal di Rumah Sakit Mesra, ditemukan bahwa persentase klaim pending dan dispute dalam enam bulan terakhir rata-rata melebihi target mutu yang ditetapkan oleh manajemen melebihi 5%. Hal ini mengindikasikan adanya kelemahan sistematis pada proses screening dokumen klaim di unit Casemix/Rekam Medis. Diperlukan evaluasi mendalam menggunakan pendekatan manajemen mutu terstruktur, seperti *Problem Solving Cycle (PSC)*, untuk mengidentifikasi akar masalah secara holistik dan merumuskan solusi berbasis bukti. Sehingga *Problem Solving Cycle (PSC)* ini memiliki tujuan mengisi kekosongan analitis tersebut dengan fokus pada peningkatan efektivitas screening dokumen verifikasi internal.

## Tinjauan Kepustakaan

### *Konsep Dasar Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program pemerintah yang memberikan kepastian jaminan perlindungan finansial kepada penduduk Indonesia dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya. JKN hadir dalam bentuk mekanisme asuransi sosial dengan memberikan cakupan manfaat kesehatan yang komprehensif baik itu promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Jaminan kesehatan nasional (JKN) adalah program pemerintah yang bertujuan untuk memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia untuk dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera (Besse Wahyuni, 2022).

Program Jaminan Kesehatan Nasional diatur dalam beberapa undang-undang utama, seperti Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) (Nasional, 2004) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Indonesia, 2011). Undang-undang tersebut menetapkan bahwa standar pelayanan berfungsi sebagai panduan dalam penyelenggaraan layanan dan sebagai acuan untuk menilai kualitas layanan. Ini mencerminkan komitmen penyelenggara layanan kepada masyarakat untuk menyediakan pelayanan yang berkualitas, efisien, mudah diakses dan terukur (Setiawan et al., 2022).

---

### ***INA-CBGs***

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016, sistem INACBGs terdiri dari beberapa komponen yang saling terkait satu sama lain. Komponen yang berhubungan langsung dengan output pelayanan adalah clinical pathway, coding, dan teknologi informasi, sedangkan secara terpisah terdapat komponen costing yang secara tidak langsung memengaruhi proses penyusunan tarif INA-CBG untuk setiap kelompok kasus. Dasar pengelompokan dalam INACBG menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur, dengan acuan ICD-10 Revisi tahun 2010 untuk diagnosis dan ICD-9-CM revisi tahun 2010 untuk tindakan/prosedur(Permenkes, 2016). Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.075 group/kelompok kasus yang terdiri dari 786 kelompok kasus rawat inap dan 289 kelompok kasus rawat jalan. Untuk tarif INA-CBG's dikelompokan dalam 4 jenis RS, yaitu RS kelas D, C, B, dan A yang ditentukan berdasarkan akreditasi rumah sakit (Indonesian, 2021).

INA-CBGs merupakan sistem pembayaran dengan sistem paket yaitu berdasar pada penyakit yang diderita pasien. Sistem INA-CBGs merupakan sistem pembayaran prospektif dan tujuan yang ingin dicapai dari penerapan sistem ini yaitu pelayanan kesehatan yang berkualitas dan cost effective. Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan grouper. BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada rumah sakit secara Indonesian Case Based Groups (Perpres Nomor 82, 2018)

### ***Tinjauan Verifikasi Internal Dokumen Klaim (Screening)***

Verifikasi internal adalah langkah proaktif yang dilakukan rumah sakit sebelum mengajukan klaim. Verifikator Internal Rumah Sakit (VIM), yang seringkali merupakan dokter atau staf medis terlatih, memiliki tanggung jawab utama untuk memastikan Pengajuan Klaim JKN yang berkualitas. VIM bertugas melakukan pengecekan terhadap kelengkapan dokumen klaim, termasuk ketersediaan checklist dispute, serta memvalidasi Resume Dokter yang harus jelas, lengkap, dan spesifik sesuai dengan peraturan yang berlaku (Tarigan & Lestari, 2022).

Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) yang bertugas sebagai VIM dan koder sangat memengaruhi kinerja verifikasi. Penelitian menunjukkan bahwa kinerja verifikasi klaim JKN secara langsung dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan VIM. Dokter VIM dengan pengetahuan yang kurang baik tentang kaidah coding, pedoman klinis, atau regulasi BPJS, cenderung memiliki kinerja yang buruk, yang pada akhirnya meningkatkan potensi error rate dalam coding. Selain itu, kelengkapan dokumen rekam medis merupakan komponen fundamental. Kelengkapan dokumen, terutama Resume Medis, diagnosis, dan eviden terapi, adalah prasyarat penting untuk keakuratan coding dan penentuan kelayakan klaim. Kegagalan dalam memastikan kelengkapan ini berkontribusi pada klaim pending atau dispute, yang seringkali disebabkan oleh berkas tidak lengkap, kurang tepatnya coding, kurangnya pemeriksaan penunjang, atau kurangnya eviden terapi (Supriadi and Rosania, 2019).

### ***Teori Manajemen Kesehatan (POAC)***

Manajemen didefinisikan sebagai rangkaian kegiatan sistematis yang meliputi *Planning* (Perencanaan), *Organizing* (Pengorganisasian), *Actuating* (Pelaksanaan), dan *Controlling* (Pengawasan) untuk mencapai tujuan organisasi. Dalam konteks unit Casemix, fungsi *Actuating* (implementasi pelayanan) telah terbukti menjadi faktor paling dominan yang memengaruhi mutu layanan dan persepsi pasien, termasuk dalam proses klaim. Terdapat model manajemen guna mencapai tujuan organisasi secara efektif dan efisien yang dikemukakan oleh George R. Terry dalam “*Principles of Management*” dengan pendekatan POAC (*Planning, Organizing, Actuating, Controlling*) (Lidya Paramitha Moha, 2025), antara lain :

- a) *Planning* (Perencanaan) Langkah awal dengan menetapkan tujuan dan sasaran yang hendak dicapai, mengidentifikasi kebutuhan, serta merumuskan strategi untuk mewujudkan tujuan tersebut.

- b) *Organizing* (Pengorganisasian) Proses ini mencakup instruksi yang diberikan kepada individu maupun kelompok, mendistribusikan sumber daya dan mengatur kegiatan secara terkoordinasi untuk melaksanakan rencana yang telah ditetapkan.
- c) *Actuating* (Pelaksanaan/ Penggerakan) Upaya memotivasi karyawan agar bekerja secara efektif dan efisien guna mencapai tujuan.
- d) *Controlling* (Pengawasan) Memastikan seluruh kegiatan operasional organisasi berjalan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya.

Namun, dalam konteks manajemen klaim, fungsi *Controlling* (pengawasan dan evaluasi) sangat krusial. Analisis manajemen pending klaim menunjukkan bahwa meskipun aspek *planning* dan *organizing* mungkin berjalan baik, kelemahan pada *actuating* dan *controlling* seringkali menjadi kendala, seperti kurangnya jumlah SDM yang memadai atau tidak rutinnya evaluasi. Implementasi POAC yang efektif, terutama dalam fungsi *controlling* melalui audit rekam medis rutin, adalah kunci untuk mencegah masalah berulang pada proses koding dan verifikasi (Michael et al., 2025).

#### **Siklus Pemecahan Masalah (Problem Solving Cycle/PSC)**

*Problem Solving Cycle* (PSC), yang menekankan partisipasi aktif masyarakat dalam setiap tahap: mulai dari identifikasi masalah, analisis penyebab, perumusan solusi, pelaksanaan, hingga evaluasi. Pendekatan PSC mendorong intervensi yang bersifat partisipatif dan kontekstual, sehingga mendorong terjadinya perubahan perilaku yang lebih tahan lama. Strategi ini juga mencerminkan prinsip-prinsip promosi kesehatan modern yang tidak hanya menekankan pada edukasi individu, tetapi juga memperhatikan pengaruh lingkungan sosial dan budaya (Nasution et al., 2025).

PSC memastikan bahwa masalah tidak hanya diselesaikan secara reaktif, tetapi diatasi hingga ke akar penyebabnya. Tahapan PSC meliputi analisis situasi, identifikasi masalah, penetapan prioritas masalah menggunakan metode seperti USG (*Urgency, Seriousness, Growth*), analisis akar penyebab menggunakan Diagram Tulang Ikan (*Fishbone Diagram*), perumusan alternatif solusi, dan perencanaan aksi (*Plan of Action*) (Meirina Darmastuti, 2023).

#### **Metode Penelitian**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus untuk memperoleh pemahaman mendalam mengenai proses screening dokumen verifikasi internal dalam penentuan koding INA-CBGs di era BPJS Kesehatan. Studi kasus dipilih karena penelitian berfokus pada satu lokasi dengan karakteristik spesifik, yaitu Unit Casemix dan Rekam Medis RS Mesra, sehingga memungkinkan eksplorasi mendalam terhadap permasalahan sesuai kondisi nyata di lapangan. Pendekatan *Problem Solving Cycle* (PSC) juga diterapkan, mencakup tahapan analisis situasi, identifikasi masalah, penentuan prioritas, analisis akar penyebab, perumusan solusi, dan penyusunan rencana tindak lanjut.

Informan penelitian ditentukan melalui teknik purposive sampling, dengan memilih informan berdasarkan keterlibatan langsung dan pemahaman terhadap proses screening dokumen dan koding INA-CBGs. Informan terdiri dari informan kunci, yaitu Kepala Unit Casemix RS Mesra; informan utama, seperti petugas *Verifikator Internal* (VIM) dan petugas Rekam Medis/koder; serta informan pendukung, termasuk Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan manajemen rumah sakit. Kriteria informan meliputi keterlibatan langsung dalam proses klaim BPJS, pengalaman kerja yang memadai, dan kesediaan memberikan informasi mendalam.

Pengumpulan data dilakukan melalui observasi langsung terhadap alur screening dokumen klaim dan proses koding, wawancara mendalam dengan para informan, serta telaah dokumentasi seperti rekap klaim BPJS, data klaim pending dan dispute, resume medis, dan SOP verifikasi internal. Analisis data dilakukan secara kualitatif dengan tahapan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Penentuan prioritas masalah menggunakan metode *Urgency, Seriousness, Growth* (USG), dan identifikasi akar penyebab menggunakan *Fishbone Analysis*. Keabsahan data dijaga melalui triangulasi sumber dan metode, sehingga temuan penelitian dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah.

---

## Hasil Penelitian dan Pembahasan

Berdasarkan hasil observasi langsung di Unit Casemix dan Rekam Medis RS Mesra serta telah dilakukan dokumentasi klaim BPJS, diketahui bahwa pelaksanaan screening dokumen verifikasi internal dalam penentuan koding INA-CBGs di RS Mesra masih belum berjalan secara optimal. Kondisi ini tercermin dari masih ditemukannya klaim pending dan dispute yang disebabkan oleh permasalahan pada kelengkapan dokumen, penulisan diagnosis, koordinasi antarunit, serta keterbatasan dukungan sistem informasi.

Permasalahan utama yang pertama adalah dokumen rekam medis yang tidak lengkap pada saat dilakukan pemeriksaan verifikasi internal. Hasil telaah dokumen menunjukkan bahwa beberapa berkas klaim belum dilengkapi dengan resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, serta catatan tindakan dan penggunaan obat secara lengkap. Ketidaklengkapan dokumen tersebut menyebabkan proses verifikasi tidak dapat dilanjutkan dan klaim harus dikembalikan untuk dilengkapi, sehingga berpotensi meningkatkan jumlah klaim pending dan memperlambat proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan.

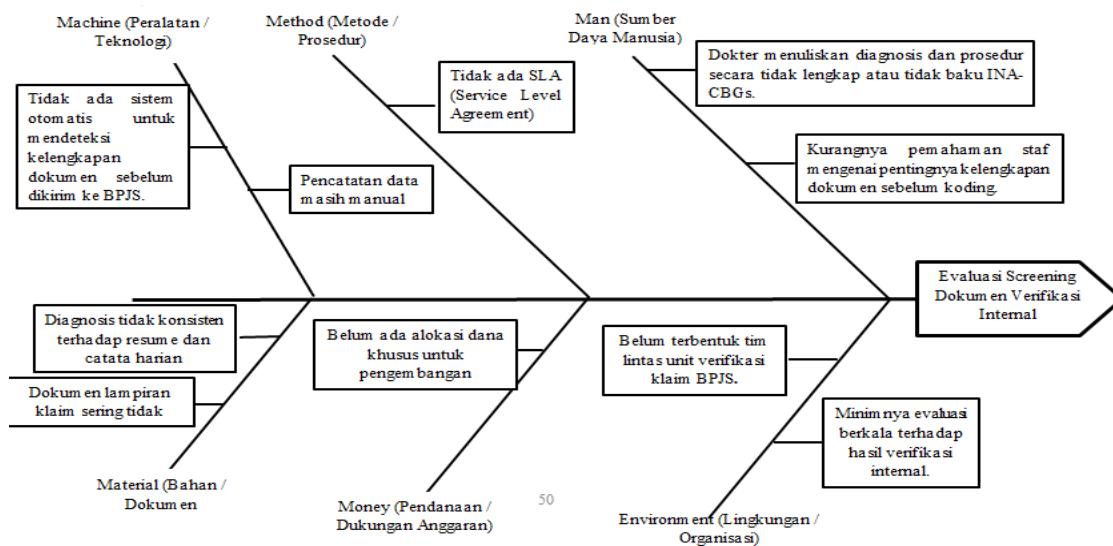
Permasalahan kedua yang ditemukan adalah penulisan diagnosis yang belum spesifik dan tidak sepenuhnya sesuai dengan kaidah ICD-10. Diagnosis yang masih bersifat umum menyulitkan petugas koder dalam menentukan diagnosis utama dan diagnosis penyerta secara tepat sesuai ketentuan INA-CBGs. Kondisi ini berpotensi menimbulkan perbedaan penilaian antara verifikasi internal dan verifikasi BPJS, yang selanjutnya dapat menyebabkan klaim dispute.

Permasalahan ketiga berkaitan dengan koordinasi lintas unit yang belum berjalan secara efektif antara Unit Casemix, Rekam Medis, DPJP, dan unit penunjang. Hasil observasi menunjukkan bahwa belum terdapat alur koordinasi yang terdokumentasi secara jelas dalam proses klarifikasi dokumen dan diagnosis. Akibatnya, proses perbaikan dokumen membutuhkan waktu lebih lama dan pelaksanaan verifikasi internal menjadi kurang efisien.

Permasalahan keempat adalah dukungan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang belum optimal dalam mendukung verifikasi kelengkapan dokumen secara otomatis. Proses screening dokumen klaim masih dilakukan secara manual tanpa adanya fitur notifikasi atau validasi otomatis terhadap kelengkapan berkas. Kondisi ini menyebabkan tingginya ketergantungan pada ketelitian petugas dan meningkatkan risiko keterlambatan serta kesalahan dalam proses verifikasi internal.

Berdasarkan keempat permasalahan tersebut, dapat disimpulkan bahwa hambatan utama dalam proses screening dokumen verifikasi internal dan penentuan koding INA-CBGs di RS Mesra bersifat sistemik, mencakup aspek dokumen, sumber daya manusia, metode kerja, koordinasi pelayanan, dan dukungan sistem informasi. Selanjutnya, untuk menentukan prioritas masalah yang perlu segera ditangani, dilakukan analisis menggunakan metode *Urgency, Seriousness, Growth* (USG). Hasil analisis USG menunjukkan bahwa ketidaklengkapan dokumen rekam medis pada tahap verifikasi internal merupakan masalah prioritas karena paling sering terjadi dan berdampak langsung terhadap meningkatnya klaim pending serta keterlambatan pembayaran klaim BPJS.

Setelah prioritas masalah ditetapkan, dilakukan analisis akar penyebab menggunakan pendekatan *Fishbone Analysis* dengan mengelompokkan faktor penyebab ke dalam aspek sumber daya manusia, metode kerja, sistem/sarana pendukung, dan manajemen pelayanan. Hasil analisis ini menjadi dasar dalam penyusunan alternatif pemecahan masalah dan Plan of Action (PoA) sebagai upaya perbaikan berkelanjutan terhadap proses verifikasi internal dan peningkatan akurasi koding INA-CBGs di RS Mesra.

**Gambar 1. Analisis Fish Bone****Tabel 1. Alternatif Pemecahan Masalah**

Kategori Masalah (Fishbone)	Penyebab Masalah (Dari File)	Alternatif Pemecahan Masalah
<b>Man (Sumber Daya Manusia)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter menuliskan diagnosis dan prosedur secara tidak lengkap atau tidak baku INA-CBGs.</li> <li>2. Kurangnya pemahaman staf mengenai pentingnya kelengkapan dokumen sebelum koding.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelatihan penulisan diagnosis sesuai ICD-10 dan prosedur sesuai ICD-9-CM bagi DPJP.</li> <li>• Sosialisasi kelengkapan dokumen wajib sebelum verifikasi (resume, penunjang, log obat, prosedur).</li> <li>• Penyusunan checklist kelengkapan resume medis untuk DPJP dan coder.</li> </ul>
<b>Method (Metode/Prosedur)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada SLA (Service Level Agreement) untuk penyelesaian dokumen dan unggahan penunjang.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan SOP Skrining Dokumen dan SLA kelengkapan (misal: resume 24 jam, penunjang 2 jam, ringkasan operasi 1x24 jam).</li> <li>• Membuat alur kerja (flowchart) standar dan menerapkan pre-screening sebelum verifikasi internal.</li> </ul>
<b>Machine (Peralatan / Teknologi)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada sistem otomatis mendeteksi kelengkapan dokumen.</li> <li>2. Pencatatan data klaim masih manual.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrasi dashboard monitoring kelengkapan dokumen berbasis digital.</li> </ul>
<b>Environment (Lingkungan / Organisasi)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum terbentuk tim lintas unit verifikasi klaim BPJS.</li> <li>2. Minim evaluasi berkala hasil verifikasi internal.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pembentukan Tim Verifikasi Lintas Unit (Casemix – Rekam Medis – DPJP – Farmasi – Penunjang).</li> <li>• Rapat evaluasi klaim pending dan koreksi BPJS secara berkala (mingguan/bulanan).</li> </ul>
<b>Money (Pendanaan / Dukungan Anggaran)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum ada alokasi dana untuk pengembangan sistem verifikasi dan peningkatan kompetensi SDM.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengajuan anggaran untuk pelatihan coder/verifikator.</li> <li>• Menyusun RKA (Rencana Kerja Anggaran) untuk pengembangan unit Casemix.</li> </ul>
<b>Material (Dokumen / Bahan)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnosis tidak konsisten dengan resume medis dan catatan harian.</li> <li>2. Dokumen lampiran klaim sering tidak lengkap.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyeragaman format resume medis, catatan harian, dan ringkasan tindakan.</li> <li>• Penerapan checklist kelengkapan dokumen klaim sebelum masuk ke coder.</li> <li>• Audit kelengkapan dokumen setiap bulan.</li> </ul>

### ***1. Permasalahan SDM (Man)***

Pelatihan penulisan diagnosis sesuai ICD-10 dan prosedur ICD-9-CM diperlukan untuk memastikan DPJP menggunakan istilah baku sehingga memudahkan coder menentukan diagnosis utama. Sosialisasi pentingnya kelengkapan dokumen juga krusial agar staf memahami fungsi rekam medis sebagai dasar klaim, bukan sekadar pelengkap administrasi. Intervensi ini dapat meningkatkan kompetensi dan kesadaran staf terhadap kelengkapan dokumen.

### ***2. Permasalahan Metode (Method)***

Ketidaaan SLA menyebabkan dokumen sering terlambat masuk ke verifikator. Penyusunan SLA dan SOP skrining dokumen akan menciptakan standar kerja yang seragam dan memastikan batas waktu penyelesaian dokumen jelas bagi semua unit. Pre-screening dokumen sebelum masuk ke coder diperlukan agar berkas yang masuk sudah minimal lengkap.

### ***3. Permasalahan Teknologi (Machine)***

SIMRS yang tidak memiliki fitur alert kelengkapan dokumen meningkatkan risiko berkas tidak lengkap lolos ke tahap verifikasi. Melalui pengembangan fitur otomatis untuk mendeteksi kelengkapan (resume, hasil lab, tindakan, log obat), proses verifikasi akan lebih cepat dan akurat. Digitalisasi pencatatan klaim juga akan mengurangi kesalahan manual.

### ***4. Permasalahan Lingkungan/Organisasi (Environment)***

Tidak adanya tim lintas unit menyebabkan koordinasi terputus-putus. Pembentukan Tim Verifikasi Lintas Unit serta rapat evaluasi rutin dapat mempercepat klarifikasi dokumen dan memperkuat pengawasan klaim pending. Langkah ini meningkatkan respon antarunit dan mengurangi bottleneck dokumen.

### ***5. Permasalahan Pendanaan (Money)***

Pengembangan SIMRS dan pelatihan SDM memerlukan anggaran khusus. Pengajuan anggaran melalui RKA/RBA memastikan kegiatan dapat berjalan secara berkelanjutan.

### ***6. Permasalahan Dokumen (Material)***

Ketidakkonsistenan diagnosis dan lampiran klaim yang tidak lengkap menghambat proses verifikasi. Penyeragaman format resume medis/operasi, serta pembuatan checklist kelengkapan dokumen sebelum koding akan membantu memastikan semua berkas lengkap dan sinkron.

Menurut Permenkes No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib menjaga kelengkapan, keakuratan, dan kejelasan rekam medis sebagai dasar klaim dan pertanggungjawaban hukum. Sementara itu, BPJS Kesehatan dalam Pedoman Verifikasi Klaim (2023) menegaskan bahwa rumah sakit harus memiliki mekanisme kontrol internal (internal verification) untuk memastikan validitas klaim sebelum disampaikan. Menurut Ramadanis (2024) proses melengkapi berkas klaim belum optimal sehingga berkas yang diserahkan tidak lengkap dan terlambat dan beberapa berkas klaim tidak lolos verifikasi. Klaim yang diajukan belum lengkap dan tidak tepat waktu, beberapa klaim dipending akibat adanya kesalahan klaim saat proses verifikasi. Disarankan petugas koding memastikan semua berkas klaim lengkap dan diserahkan tepat waktu (Ramadanis & Yuliza, 2024).

Kualitas pelayanan kesehatan dapat dinilai berdasarkan pelayanannya secara langsung dalam menangani pasien maupun sistem yang diterapkan. Ketidakhadiran SOP yang jelas akan menyebabkan variasi proses dan meningkatkan risiko kesalahan sistemik (Qisti Fauza, 2024).

## **Simpulan**

Berdasarkan hasil analisis situasi, identifikasi masalah, analisis data, serta pembahasan intervensi, dapat disimpulkan bahwa tingkat kelengkapan dokumen rekam medis pada proses verifikasi klaim BPJS di RS Mesra masih belum optimal. Ketidaklengkapan dokumen penting seperti resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, ringkasan tindakan, dan log penggunaan obat pada saat verifikasi internal berdampak pada terhambatnya proses koding INA-CBGs,

meningkatnya jumlah klaim pending, serta keterlambatan pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan. Permasalahan ini diperberat oleh ketidakkonsistenan penulisan diagnosis antar dokumen klinis. Analisis prioritas menggunakan metode Urgency, Seriousness, Growth (USG) dan Fishbone Analysis menempatkan ketidaklengkapan dokumen rekam medis sebagai masalah utama yang bersifat sistemik, mencakup aspek Man, Method, Machine, Environment, Money, dan Material.

Upaya pemecahan masalah dirancang secara komprehensif dan terintegrasi melalui peningkatan kompetensi DPJP dan coder dalam penulisan diagnosis baku, penyusunan dan penerapan SOP serta Service Level Agreement (SLA) skrining dokumen, pengembangan fitur alert pada SIMRS, digitalisasi pencatatan, pembentukan tim lintas unit, serta pelaksanaan evaluasi klaim secara berkala. Rencana intervensi (Plan of Action) difokuskan pada sepuluh faktor penyebab utama, termasuk sosialisasi kelengkapan dokumen klaim, penyeragaman format resume medis, penerapan checklist dokumen klaim, dan penyediaan dukungan anggaran. Intervensi ini dinilai relevan, realistik, dan berpotensi efektif dalam meningkatkan kelengkapan dokumen rekam medis serta menurunkan jumlah klaim pending BPJS di RS Mesra, sesuai dengan pendekatan perbaikan mutu berkelanjutan dalam pelayanan Kesehatan.

## Referensi

- Besse Wahyuni, N. (2022). "Faktor yang mempengaruhi masyarakat mengikuti program Jaminan Kesehatan Nasional". *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 3(1), 157–168.
- Jayanti, A., Waskito, D. Y., & Sugiarso, S. (2025). "Analisis kelengkapan rekam medis dengan kelayakan klaim BPJS pasien rawat inap". *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 6(4), 257–264. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v6i4.6198>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkumham Republik Indonesia. (2011). *Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Jakarta: Kemenkumham.
- Lidya Paramitha Moha, & S. N. A. (2025). "Implementasi POAC (planning, organizing, actuating, controlling) dalam pengelolaan piutang rumah sakit". *Jurnal Manajemen Kesehatan*, 5(2), 2665–2672.
- Maryati, W., Yuliani, N., Justika, A. I., & Duta, U. B. S. (2020). "Karakteristik rumah sakit dan keakuratan kode diagnosis mempengaruhi hasil klaim INA-CBGs. LINK": *Jurnal Kesehatan*, 16(2), 141–148. <https://doi.org/10.31983/link.v16i2.6426>
- Meirina Darmastuti, & B. H. (2023). "Problem-solving cycle analysis in finance department of hospital". *Journal of Health Management*, 10(1), 20–29.
- Mellsanday, N., Andriani, V. I., & Ariani, T. (2023). "Analisis proses pembuatan surat eligibilitas peserta BPJS dan pelaksanaan pengawasannya di Rumah Sakit Nur Hidayah". *Jurnal Administrasi Kesehatan*, 1(3).
- Michael, N., Tarukallo, S., Syaodih, E., & Veranita, M. (2025). "Strategi manajemen penanganan klaim pending BPJS: Studi kualitatif di ruang rawat inap penyakit dalam RSUD Pongtiku Toraja Utara". *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 10(5), 5378–5396.
- Nasution, I. S., Zuliana, M. A., Halimah, R., & Fitri, D. H. (2025). "Penerapan problem solving cycle dalam perencanaan intervensi perilaku kesehatan: Analisis situasi berbasis data sekunder". *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, April 2025.
- Presiden Republik Indonesia. (2004). *Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Kemenkumham RI.
- Presiden Republik Indonesia. (2018). *Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan*
-

*Kesehatan*. Jakarta: Keenkumham.

- Qisti Fauza, A., & P. K. (2024). "Plan-do-check-act (PDCA) dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit: Review artikel". *Jurnal Mutu Pelayanan Kesehatan*, 16, 234–243.
- Ramadanis, N., & Yuliza, W. T. (2024). "Analisis pelaksanaan prosedur klaim rumah sakit pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan". *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 8(2), 394–402.
- Setiawan, M. D., Fauziah, F., Edriani, M., & Gurning, F. P. (2022). "Analisis mutu pelayanan kesehatan program Jaminan Kesehatan Nasional: Systematic review". *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6, 12869–12873.
- Sukawan, A., Rahmawati, F. D., Fauziah, U., & Muhammad, F. (2022). "Faktor penyebab pending klaim BPJS pasien COVID-19". *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 8(2), 121–133.
- Supriadi, & Rosania, S. (2019). "Tinjauan berkas klaim tertunda pasien JKN". *Jurnal Vokasi Indonesia*, 7(2). <https://doi.org/10.7454/jvi.v7i2.145>
- Tarigan, I. N., & Lestari, F. D. (2022). "Penundaan pembayaran klaim Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan di Indonesia: Sebuah scoping review". *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 7(2). <https://doi.org/10.7454/eki.v7i2.6136>.

## **Ucapan Terima Kasih**

Peneliti menyampaikan apresiasi kepada seluruh jajaran Rumah Sakit Mesra yang telah memberikan izin serta dukungan selama proses pengumpulan data, sehingga penelitian ini dapat berjalan dengan lancar.

.