

Analisis Pelaksanaan Koding Diagnosis Dan Tindakan Cdl Dan Av-Shunt Pada Rme Dalam Proses Klaim Bpjs Di Rs Lavalette Malang Yayuk Intan Agustina¹ dan Sinta Novratilova²

^{1,2} Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Politeknik Indonusa Surakarta

25.yayuk.agustina@poltekindonusa.ac.id

Abstrak

Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) di fasyankes dituntut mampu menghasilkan kodifikasi klinis yang valid demi kelancaran klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Penelitian ini bertujuan mengevaluasi pelaksanaan koding diagnosis serta prosedur Catheter Double Lumen (CDL) dan Arteriovenous Shunt (AV-Shunt) pada RME, sekaligus mengidentifikasi akar masalah pengalihan berkas rawat inap menjadi rawat jalan di RS Lavalette Malang. Menggunakan metode kualitatif deskriptif, analisis dilakukan melalui kerangka manajemen 3M (Man, Method, Machine). Data dikumpulkan melalui observasi dokumen RME sejumlah 264 dokumen periode November 2025-Maret 2026, serta wawancara dengan 5 informan (3 laki-laki dan 2 perempuan). Hasil studi menunjukkan bahwa alur kerja koding bermula dari dokumentasi rekam medis yang diisi oleh dokter dan PPA lewat sistem RME Sinusa dengan fitur free text untuk pengisian diagnosis pada resume medis, laporan operasi, asesmen awal medis, dan pengantar rawat inap, yang kemudian diolah dan diurutkan berkas rawat inap pasien berdasarkan tanggal layanan (assembling) kemudian dilakukan pengkodean oleh koder ke kode ICD-10 dan ICD-9-CM (kode 39.27 untuk AV-Shunt) sebelum dikirim via bridging E-Claim. Faktor penyebab perubahan klaim mencakup aspek Man (koder tunggal yang mengalami overload ± 1.200 berkas/bulan, ketiadaan pelatihan formal, dan keterlambatan submit oleh dokter, ketidaksesuaian pengisian dan pendokumentasian pelayanan pasien); aspek Method (belum tersedianya SOP koding tertulis, ketidaksesuaian penginputan antar-PPA, dan peraturan dari BPJS Malang); serta aspek Machine (error mapping tarif SIMRS dan ketiadaan sistem pengingat otomatis). Hasil pengujian menyarankan adanya penambahan staf koder, peresmian SOP vaskular, dan tata ulang konfigurasi tarif RME bersama manajemen dan tim IT Dev.

Kata kunci: BPJS, Koding Klinis, Rekam Medis Elektronik, AV-Shunt, CDL.

Abstract

The adoption of Electronic Medical Records (EMR) in healthcare facilities demands accurate clinical codification to ensure seamless National Health Insurance (JKN) claim processing. This study aims to evaluate the implementation of diagnosis and procedure coding for Catheter Double Lumen (CDL) and Arteriovenous Shunt (AV-Shunt) within EMR, alongside identifying root causes of the shift from inpatient to outpatient claims at Lavalette Hospital Malang. Employing a qualitative descriptive approach, the analysis was framed around the 3M management framework (Man, Method, Machine). Data were gathered through system observations, interdisciplinary reviews of 264 EMR files from November 2025 to March 2026, and in-depth interviews with 5 key informants (3 males and 2 females). The findings indicate that the coding workflow starts with postoperative documentation by physicians via

free-text tools, followed by digital assembling and manual transcription by coders into ICD-10 and ICD-9-CM codes (code 39.27 for AV-Shunt) prior to E-Claim integration via bridging. Factors driving claim degradation include Man components (a single coder handling an overload of $\pm 1,200$ files/month, absence of formal training, and delayed submission by doctors); Method factors (lack of standardized written coding SOPs, input discrepancies among clinicians, and rigid local BPJS regulations); and Machine issues (initial tariff error mapping in SIMRS, absence of automated alert systems, and a strict 1x24-hour locking system). Recommendations include expanding coding staff, legalizing vascular SOPs, and reconfiguring the EMR tariff setup with the IT developer.

Keywords: BPJS, Clinical Coding, Electronic Medical Record, AV-Shunt, CDL.

PENDAHULUAN

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan bertindak sebagai regulator jaminan kesehatan nasional yang mengikat kerja sama dengan rumah sakit melalui skema tarif yang disepakati bersama pemerintah. Dalam mengelola pendapatan atau cashflow rumah sakit, rekam medis menjadi fondasi krusial karena menyimpan seluruh rekam jejak klinis yang menjadi rujukan utama penentuan kode penyakit dan prosedur. Hambatan berupa ketidaklengkapan ataupun ketidaksesuaian isi rekam medis memicu keakuratan coding, yang berujung pada tingginya angka pending klaim serta ketidakvalidan laporan keuangan fasyankes [1].

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022, digitalisasi rekam medis dalam bentuk elektronik (RME) kini bersifat wajib bagi

seluruh institusi pelayanan kesehatan. Kebijakan ini diharapkan mampu meningkatkan mutu efisiensi administrasi, meskipun pada realitasnya memicu problematika adaptasi baru [2]. Evaluasi empiris di berbagai rumah sakit menunjukkan bahwa sistem RME sudah dioperasikan, ketidaksesuaian akurasi coding akibat absennya standar operasional yang spesifik serta inkonsistensi rujukan klasifikasi masih kerap dijumpai di lapangan [3]. Pada rawat inap, ketidaktepatan penetapan kode diagnosis dan tindakan klinis bahkan menyumbang hingga sepertiga dari total dokumen yang dikembalikan oleh verifikator BPJS [4].

Sejumlah studi terdahulu telah mengkaji kendala seputar ketepatan kodifikasi klaim kesehatan. Mardiawati (2017) menyatakan bahwa penghambat

kelancaran pengodean tindakan pasien JKN dipicu oleh ketidakjelasan tulisan dokter dan ketidaklengkapan resume [8]. Sementara itu, Ulfa (2017) menemukan adanya perbedaan persepsi penentuan kode diagnosis yang tajam antara pihak fasilitas kesehatan dengan verifikator BPJS [6]. Dalam konteks digitalisasi, Fajarwati (2022) menegaskan bahwa defisit keakuratan kode pada RME rawat jalan dan IGD murni dipengaruhi oleh rendahnya kualitas serta kelengkapan dokumentasi medis [3]. Lebih lanjut, penelitian oleh Pujilestari (2020) mengonfirmasi bahwa angka ketidaktepatan kodifikasi tindakan pada pasien rawat inap masih menyentuh angka 30,68% [9]. Kebaruan ilmiah dari penelitian ini dibuktikan melalui perbedaan yang jelas dengan studi-studi di atas, di mana kajian ini berfokus spesifik pada integrasi fungsional RME sistem paperless pada kasus bedah vaskular (CDL dan AV-Shunt) yang secara langsung mengurai polemik perubahan klaim rawat inap menjadi rawat jalan menggunakan pembedahan akar masalah berbasis kerangka kerja manajemen 3M (Man, Method, Machine) demi keakuratan

pengajuan klaim BPJS sesuai dengan layanan yang diberikan.

Alasan utama melakukan penelitian ini berdasarkan temuan pada studi pendahuluan peneliti, adanya perubahan klaim layanan rawat inap yang diubah menjadi penagihan klaim rawat jalan pada kasus tindakan CDL dan AV- Shunt di Rumah Sakit Lavalette Malang. Berdasarkan data sirkulasi klaim fasyankes, kerap terjadi pengalihan klaim rawat inap pada tindakan CDL dan AV-Shunt menjadi klaim rawat jalan secara sepihak oleh verifikator eksternal. Pergeseran status ini dipicu oleh inkonsistensi input rekam medis antar-PPA, lemahnya bukti pendukung klinis, serta tidak selarasnya surat pengantar rawat inap dengan laporan operasi dokter. Ketidaksesuaian dokumen penunjang dan lemahnya penulisan indikasi medis ini menempatkan rumah sakit pada risiko tinggi kehilangan pendapatan operasional, sehingga evaluasi objektif mengenai pelaksanaan koding vaskular ini mendesak untuk diteliti.

Melalui perumusan masalah tersebut, penelitian ini mengarah untuk mencapai beberapa tujuan khusus yang relevan dalam mendukung ketepatan klaim.

Pertama, menganalisis pelaksanaan koding diagnosis dan tindakan CDL dan AV-Shunt. Kedua, mengetahui secara mendalam faktor-faktor penyebab perubahan klaim rawat inap menjadi klaim rawat jalan dari unsur Man, Method, dan Machine yang melatarbelakangi terjadinya pending (dispute) klaim yang merugikan fasyankes secara finansial.

Rumah Sakit Lavalette Malang telah menjalankan RME rawat inap sejak tanggal 4 September 2025. Walau demikian, temuan di lapangan menunjukkan adanya ketidaksesuaian pengisian Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) serta berkas penunjang antar-Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Isu paling sering ditemukan pada berkas klaim pasien tindakan vaskular berupa Catheter Double Lumen (CDL) dan Arteriovenous Shunt (AV-Shunt/Cimino). Berkas yang semula diajukan sebagai pasien rawat inap diubah menjadi pelayanan rawat jalan oleh verifikator internal dan eksternal karena dinilai minim justifikasi indikasi medis dan bukti pendukung [5]. Temuan dari perubahan status klaim ini memicu kerugian finansial yang signifikan bagi cashflow rumah sakit.

METODE

Studi ini menerapkan metode kualitatif deskriptif untuk mengevaluasi realisasi pengkodean klinis kasus vaskular pada sistem informasi rumah sakit. Lokasi penelitian di RS Lavalette Malang, Adapun objek penelitian ini mencakup dokumen RME pasien JKN rawat inap dengan tindakan CDL dan AV-Shunt periode November 2025 sampai Maret 2026 dengan akumulasi total sebanyak 264 berkas. Rincian distribusi populasi objek per bulan terdiri atas bulan November 2025 sebanyak 37 berkas CDL dan 12 berkas AV-Shunt, bulan Desember 2025 sebanyak 49 berkas CDL dan 14 berkas AV-Shunt, serta bulan Januari 2026 sebanyak 31 berkas CDL dan 16 berkas AV-Shunt. Selanjutnya, pada bulan Februari 2026 tercatat populasi objek sebanyak 31 berkas CDL dan 17 berkas AV-Shunt, yang diakhiri pada bulan Maret 2026 dengan volume sebanyak 33 berkas CDL dan 24 berkas AV-Shunt. Penentuan subjek riset menggunakan teknik purposive sampling, dengan kriteria inklusi yang terlibat aktif dalam siklus penagihan klaim BPJS berbasis komputerisasi.

Variabel yang diteliti dalam riset ini meliputi dua komponen utama: 1) Pelaksanaan koding diagnosis dan prosedur tindakan CDL serta AV-Shunt dalam ekosistem RME, 2) Faktor-faktor penyebab ketidaksesuaian jenis klaim berdasarkan tinjauan unsur manajemen Man (SDM & Kompetensi), Method (SOP & Prosedur), dan Machine (Aplikasi RME/SIMRS).

Informan berjumlah lima orang, meliputi koder rawat inap, kepala unit IT, verifikator internal (perawat), DPJP Spesialis Bedah Toraks, Kardiak, dan Vaskular Subspesialis Bedah Vaskular dan Endovaskular (Sp.BTKV, Subsp.BVE), serta Koordinator Casemix. Adapun objek penelitian mencakup dokumen RME pasien JKN ranap dengan tindakan vaskular hemodialisis sebanyak 264 berkas, yang terdistribusi atas 83 berkas AV-Shunt dan 181 berkas CDL.

Instrumen pengumpulan data mengandalkan pedoman wawancara mendalam, observasi dokumen RME Sinusa, serta panduan audit kesesuaian dokumen medis terhadap e-Klaim. Validitas data dijaga ketat melalui teknik triangulasi sumber untuk memvalidasi sudut pandang medis, administratif, dan

teknologi. Proses analisis data kualitatif mengadopsi model Sugiyono, yang meliputi reduksi data (transkripsi wawancara dan pengelompokan tema 3M), penyajian data struktural, hingga penarikan konklusi [7]. Seluruh prinsip etika riset dipenuhi sepenuhnya sebelum pengambilan data.

HASIL PENELITIAN

1. Karakteristik Responden

Realisasi pemetaan data kualitatif dalam penelitian ini diawali dengan mengidentifikasi kualifikasi informan yang terlibat langsung dalam tata kelola klaim JKN berbasis komputerisasi. Distribusi demografi informan secara spesifik terbagi atas 3 orang laki-laki dan 2 orang perempuan.

Tabel 1. Karakteristik Demografi Informan Kunci

Informan	Peran Klinis	Pendidikan Terakhir	Masa Kerja
Informan 1 (F)	Coder Rawat Inap	D4 Rekam Medis	4 Tahun
Informan 2 (A)	Kepala unit IT	S1 Teknologi Informasi	13 Tahun
Informan 3 (H)	Verifikator Internal JKN	D3 Keperawatan	Senior
Informan 4 (B)	DPJP Bedah Vaskular	Sp.BTKV, Subsp.BVE	Klinisi Ahli
Informan 5 (S)	Koordinator Casemix	S1 Kedokteran & MARS	Kepala Unit

Berdasarkan Tabel diatas, komposisi informan telah memenuhi kriteria sesuai dengan kompetensi rekam medis, klinis operatif, hingga manajerial pembiayaan. Petugas koder rawat inap memiliki latar belakang keilmuan yang linear (D4 MIK), sementara unit IT dan verifikator internal dipimpin oleh tenaga senior yang menguasai arsitektur sistem informasi rumah sakit serta indikasi bedah secara mendalam untuk tindakan bedah vaskuler.

2. Pengalihan Klaim

Audit terhadap berkas RME pasien tindakan vaskular hemodialisis selama periode November 2025 hingga Maret 2026 mencatat total akumulasi sebanyak 264 dokumen rekam medis elektronik.

Tabel 2. Rekapitulasi Kasus Bulanan dan Pergeseran Klaim Ranap ke Rajal

Bulan	CDL (Case)	AV-Shunt (Case)	Jumlah Klaim	Klaim Sesuai	Tidak Sesuai (Rajal)
November 2025	37	12	49	48	1
Desember 2025	49	14	63	61	2
Januari 2026	31	16	47	46	1
Februari 2026	31	17	48	44	4
Maret 2026	33	24	57	55	2
TOTAL	181	83	264	254	10

Pada Tabel 2 adanya fluktuasi penolakan atau perubahan status jenis pelayanan oleh verifikator BPJS Kesehatan Regional Malang. Kasus tertinggi ketidaksesuaian terjadi pada bulan Februari 2026, dimana terdapat 4 berkas klaim rawat inap tindakan vaskular yang diturunkan status pembiayaannya menjadi

rawat jalan murni karena dokumen dinilai tidak lengkap dan kurang kuat justifikasi medisnya. Pada bulan Maret 2026, terdapat 2 berkas klaim rawat inap yang tidak sesuai.

3. Faktor Penyebab Pengalihan Klaim

Tabel 3. Matriks Jawaban Informan Kunci Terkait Kendala Klaim

Komponen	Materi	Jawaban
Man (SDM)	Beban kerja koder rawat inap.	Informan 1 (Koder): Beban kerja sangat tinggi, menangani sendiri ± 1.200 berkas/bulan hingga terjadi penumpukan dokumen (bottleneck) di akhir bulan.
	Kedisiplinan penyelesaian berkas.	Informan 5 (Casemix): DPJP belum disiplin menyelesaikan laporan secara real-time karena padatnya jadwal operasi, sehingga berkas menggantung lama dalam status incomplete.
Method (Metode)	Ketersediaan regulasi dan SOP.	Informan 1 & 5: Belum ada SOP tertulis yang baku dari manajemen terkait petunjuk teknis pengodean kasus bedah

		vascular, dan baru saja dilakukan penyusunan SOP setelah adanya masukan dari penelitian ini yang bertepatan juga dengan adanya akreditasi rumah sakit.		fluktuasi internet dan downtime mendadak dari server BPJS, tanpa adanya sistem backup otomatis internal.
	Sinkronisasi data antar-PPA.	Informan 3 (Verifikator): Perawat ruangan sering menginput rencana tindakan sebelum operasi selesai secara faktual, menyebabkan deskripsi asuhan tidak sinkron dengan laporan operasi DPJP.		
Machine (Sistem)	Malfungsi setelan aplikasi RME.	Informan 3 (Verifikator): Ada kesalahan konfigurasi awal (error mapping default) SIMRS, membuat tarif operasi melompat salah masuk ke kolom gizi/alkes atau kolom yang lain pada E-Claim.		
	Keandalan infrastruktur server.	Informan 2 (Kepala IT): Jaringan bridging sering terganggu oleh		

Tabel 3 memaparkan bahwa polemik pengalihan klaim di RS Lavalette Malang dipengaruhi oleh interaksi sistemik tiga komponen utama. Pada aspek manusia (Man), koder mengalami ketimpangan beban kerja akibat rasio personal yang tidak seimbang serta belum adanya pelatihan formal koding vaskular, yang diperparah oleh kebiasaan DPJP menunda finalisasi berkas. Pada aspek metode (Method), belum tersedianya SOP tertulis membuat koder bekerja secara subjektif, sementara kebiasaan subjek tertentu dalam mendokumentasikan layanan terhadap pasien yang kurang patuh memicu ketidaksinkronan data keperawatan dan medis. Pada aspek teknologi (Machine), sistem RME Sinusa mengalami perbedaan pandangan dalam mapping/pemetaan tarif serta kekakuan birokrasi locking system 1x24 jam yang justru memicu PPA sengaja menunda klik submit.

Prosedur verifikasi keabsahan data kualitatif dilakukan dengan menyilangkan sudut pandang klinis dokter, administratif koder, kendali mutu verifikator internal, serta analisis sistem unit IT. Hasil triangulasi menegaskan adanya titik temu (konvergensi) data: informan 4B memvalidasi bahwa pengisian laporan tertunda karena padatnya jadwal pelayanan operatif; hal ini divalidasi oleh informan 1F yang mengonfirmasi bahwa penundaan tersebut membuat berkas incomplete menggantung lama di sistem dan menghambat penarikan klaim di akhir bulan. Di sisi lain, 3H memverifikasi bahwa ketidaksesuaian pemetaan/mapping tarif SIMRS benar-benar terjadi dan memaksanya melakukan penyisiran ulang biaya pembedahan secara manual, yang diperkuat oleh informan 2A bahwa ketidaksesuaian pemetaan/mapping tarif bawaan tersebut bersumber dari inkonsistensi integrasi basis data awal dengan aplikasi E-Claim Kemenkes, sehingga memerlukan perbaikan konfigurasi menyeluruh bersama vendor pusat.

PEMBAHASAN

1. Pelaksanaan Koding Diagnosis dan Tindakan CDL serta AV-Shunt pada RME

Hasil penelitian riil di lapangan menunjukkan bahwa alur pelaksanaan koding vaskular di RS Lavalette Malang telah memanfaatkan RME, dimana diagnosis, laporan operasi dan tindakan, CPPT, resume medis dan semua pendokumentasian layanan diinput DPJP serta PPA lain menggunakan tipe inputan bebas (free text), dan semua dokumen penunjang sudah ter-bridging ke dalam layanan SIMRS Sinusa yang kemudian ditelaah secara digital oleh koder melalui modul casemix pada menu assembling untuk dilakukan assembling berkas rekam medis pasien, dan modul klaim digunakan untuk mengkode diagnosis serta tindakan ke dalam kode alfanumerik ICD-10 dan kode prosedur ICD-9-CM (kode 39.27 untuk AV-Shunt) sebelum dikirim lewat sistem bridging SIMRS dengan E-Claim INA-CBGs.

Kondisi objektif ini jika disandingkan dengan regulasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis telah sesuai dalam konteks kewajiban fasyankes menyelenggarakan digitalisasi atau RME pelayanan kesehatan

secara komprehensif. Teori klasifikasi internasional WHO (2016) juga menetapkan bahwa penentuan kode alfanumerik diagnosis utama wajib diberikan secara akurat berdasarkan dokumentasi klinis spesifik sesuai dengan layanan atau tindakan yang diberikan.

Hasil pada penelitian ini sesuai dengan hasil Permenkes No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, yang menegaskan bahwa pengajuan klaim harus dilakukan melalui prosedur administratif yang sistematis, termasuk kelengkapan dokumen dan verifikasi internal sebelum dikirim ke BPJS juga sejalan dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) Pengajuan Klaim BPJS versi BPJS Kesehatan, yang menjelaskan bahwa proses klaim mencakup pengumpulan berkas/ assembling, pengkodean oleh tenaga koder, verifikasi internal, dan upload melalui aplikasi e-klaim dan JKN Drive.

Dengan demikian dapat diketahui bahwa pelaksanaan koding diagnosis dan tindakan CDL dan AV- Shunt pada RME dalam klaim BPJS di RS. Lavelette sudah sesuai dengan peraturan dan kaidah koding yang berlaku, meskipun perlu

adanya peningkatan serta pembaruan sistem untuk memunculkan pop up/peringatan jika ada yang kurang lengkap atau belum terisi dengan lengkap. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Fajarwati (2022) dimana permasalahan ketidakakuratan kode juga muncul pada layanan lain. Studi pada RME rawat jalan dan IGD di RSUD Kota Yogyakarta melaporkan bahwa 52% kode diagnosis diisi akurat dan 48% belum akurat, menunjukkan bahwa walaupun sudah menggunakan RME, kualitas koding tetap memerlukan pelatihan, penggunaan SOP dan pedoman yang sama, berbeda dengan penelitian saat ini yang berfokus pada peralihan klaim rawat inap diubah menjadi klaim rawat jalan, pada diagnosis dan tindakan CDL dan AV- Shunt pada RME dalam klaim BPJS yang dipengaruhi juga oleh kelengkapan berkas, kesesuaian kode tindakan dengan laporan operasi yang diisikan oleh DPJP serta CPPT yang diisi oleh PPA lain.

Hasil penelitian ini dinilai sudah sesuai dengan pembanding teori klasifikasi internasional. Penggunaan metode penulisan diagnosis, laporan operasi, resume medis, berciri free text oleh DPJP memberikan fleksibilitas penuh bagi klinis

vaskular untuk menuliskan istilah medis yang sangat rumit tanpa terikat kaku oleh antarmuka sistem, dan dengan menggunakan RME dinilai mempermudah serta mempercepat kinerja koder dalam memberikan kode diagnosis secara tepat dan cepat. Namun, dampak negatif dari kesesuaian ini melahirkan beban kerja ekstra (transcription workload) bagi koder tunggal yang dipaksa membaca narasi bebas tersebut dan menerjemahkannya secara manual satu per satu ke kode 39.27 demi menghindari kesalahan pengelompokan tarif gruper INA-CBGs.

Kesimpulannya, alur RME koding secara prosedural telah berjalan runtut, namun memerlukan optimalisasi pada efisiensi transkripsi administrasi rekam medis.

2. Analisis Faktor Penyebab Pengalihan Klaim Rawat Inap Menjadi Rawat Jalan Berdasarkan Aspek 3M

Hasil penelitian di lapangan membuktikan bahwa faktor penyebab dialihkannya klaim tindakan vaskular elektif dari rawat inap menjadi rawat jalan oleh verifikator BPJS dipicu oleh komplikasi tiga faktor manajemen, yaitu Man, Method, dan Machine, sebagaimana terungkap dari

matriks jawaban informan kunci pada Tabel 3.

Pada aspek Man (SDM), Informan 1 selaku koder menyatakan bahwa beban kerja yang ditanggung sangat tinggi karena hanya seorang diri menangani sekitar 1.200 berkas per bulan, sehingga terjadi penumpukan dokumen (bottleneck) terutama pada akhir bulan. Kondisi ini diperparah oleh temuan dari Informan 5 selaku petugas Casemix, yang mengungkapkan bahwa DPJP belum disiplin menyelesaikan laporan secara real-time akibat padatnya jadwal operasi, sehingga berkas menggantung lama dalam status incomplete. Kombinasi antara koder tunggal yang overload dan DPJP yang tidak disiplin dalam pelaporan ini menciptakan rantai keterlambatan yang berdampak langsung pada ketidaksiapan dokumen saat akan diverifikasi.

Pada aspek Method, Informan 1 dan Informan 5 secara konsisten menyampaikan bahwa belum ada SOP tertulis baku dari manajemen terkait petunjuk teknis pengodean kasus bedah vaskular, dan penyusunan SOP baru dilakukan setelah adanya masukan dari penelitian ini, yang kebetulan bertepatan dengan momentum akreditasi rumah

sakit. Ketidadaan acuan baku ini berkontribusi pada inkonsistensi praktik di lapangan. Hal ini diperkuat oleh keterangan Informan 3 selaku verifikator, yang menemukan bahwa perawat ruangan sering menginput rencana tindakan sebelum operasi selesai secara faktual, sehingga deskripsi asuhan tidak sinkron dengan laporan operasi DPJP. Ketidaksinkronan antar-PPA (Profesional Pemberi Asuhan) inilah yang kemudian menjadi salah satu alasan utama verifikator menilai berkas tidak layak diklaim sebagai rawat inap.

Pada aspek Machine (Sistem), Informan 3 juga mengungkapkan adanya kesalahan konfigurasi awal atau error mapping default pada SIMRS, yang menyebabkan tarif tindakan operasi salah masuk ke kolom gizi, alkes, atau kolom lain pada sistem E-Claim. Permasalahan teknis ini diperparah oleh kondisi infrastruktur yang disampaikan Informan 2 selaku Kepala IT, yaitu jaringan bridging yang kerap terganggu oleh fluktuasi internet dan downtime mendadak dari server BPJS, tanpa adanya sistem backup otomatis internal. Dengan demikian, kegagalan sistem tidak hanya terjadi pada level mapping data, tetapi juga pada level

keandalan infrastruktur yang mendukung proses pengajuan klaim secara keseluruhan.

Apabila dikomparasikan dengan studi empiris terdahulu, hasil riset ini memperkuat teori Mardiawati (2017) dan Pujilestari (2020) yang menyatakan bahwa kelambatan klaim JKN rawat inap dipicu oleh ketidaklengkapan berkas penunjang dan tingginya defisit akurasi kodifikasi tindakan yang mampu menyentuh angka 30,68%. Secara normatif, PMK Nomor 26 Tahun 2021 menegaskan bahwa ketidaksinkronan dokumen medis akan memicu status dispute (klaim perselisihan) yang berujung penolakan oleh verifikator JKN.

Temuan dalam riset ini belum sesuai dengan ekspektasi tata kelola klaim yang ideal dan efisien sebagaimana diatur dalam pedoman Casemix Nasional. Inkonsistensi ini terjadi karena sistem locking 1x24 jam di RME Sinusa justru menciptakan beban bagi perawat dan DPJP akan terkuncinya dokumen sebelum lengkap. Alih-alih mempercepat pengisian, mereka sengaja menunda mengklik tombol submit agar berkas tetap bisa diedit di hari berikutnya.

Dari perilaku ini, dokumen menjadi terbengkalai lama dalam status incomplete, yang berbenturan langsung dengan kebijakan verifikasi ketat BPJS Regional Malang untuk kasus AV-Shunt elektif tanpa komplikasi. Akibat data medis pendukung dinilai tidak layak atau kurang sesuai dan tidak konsisten dengan resume, CPPT, serta laporan operasi paska-operasi, verifikator BPJS langsung mengubah klaim menjadi rawat jalan, atau verifikator internal mengubah klaim tersebut sebelum diajukan kepada BPJS. Ditambah lagi dengan ketidaksesuaian mapping tarif SIMRS yang salah sasaran, tim casemix terpaksa bekerja manual dua kali untuk menyisir data. Kesimpulannya, pengalihan klaim bukan disebabkan oleh kegagalan teknologi RME secara mutlak, melainkan akibat lemahnya integrasi mapping tarif, belum adanya standardisasi SOP vaskular saat penelitian ini berlangsung, serta pola perilaku PPA yang belum adaptif terhadap manajemen waktu pelaporan RME.

Beberapa langkah perbaikan dapat diusulkan pada masing-masing komponen. Pada aspek Man, rumah sakit perlu menambah jumlah tenaga koder atau melakukan distribusi beban kerja agar

tidak bertumpu pada satu orang, disertai pelatihan koding berkelanjutan khususnya untuk kasus bedah vaskular, serta penegakan kedisiplinan DPJP dalam penyelesaian laporan secara real-time melalui mekanisme reminder atau evaluasi kinerja berkala.

Pada aspek Method, penyusunan dan pengesahan SOP pengodean kasus bedah vaskular yang telah diinisiasi perlu segera disosialisasikan dan diimplementasikan secara konsisten, disertai penguatan koordinasi antar-PPA agar pencatatan rencana tindakan, asuhan keperawatan, dan laporan operasi dapat sinkron sejak awal proses pelayanan, misalnya melalui briefing pra-operasi yang melibatkan seluruh PPA terkait.

Pada aspek Machine, perbaikan konfigurasi mapping tarif pada SIMRS perlu dilakukan secara menyeluruh dan diuji ulang (retesting) untuk mencegah kesalahan penempatan tarif tindakan, sementara keandalan infrastruktur dapat ditingkatkan melalui penyediaan sistem backup otomatis internal sebagai antisipasi terhadap gangguan jaringan bridging atau downtime server BPJS. Selain itu, evaluasi berkala terhadap sistem locking RME juga diperlukan agar

durasi penguncian dokumen tidak menjadi celah bagi PPA untuk menunda penyelesaian berkas, melainkan justru mendorong kepatuhan terhadap waktu pelaporan yang telah ditetapkan.

KESIMPULAN

Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan koding diagnosis dan tindakan CDL dan AV- Shunt pada RME dalam klaim BPJS sudah sesuai dengan kaidah pengkodean serta alur yang sesuai, namun ada beberapa hal yang masih perlu ditingkatkan dan diperbarui yaitu terkait SOP pengkodean yang selama ini petugas koder rawat inap hanya melakukan pengkodean berdasarkan kebiasaan dan warisan turunan dari petugas sebelumnya. Dan dari penelitian ini juga dapat diketahui beberapa faktor penyebab yang mempengaruhi beralihnya beberapa klaim rawat inap yang diubah menjadi klaim rawat jalan dari segi 3M (Man, Method, Machine) di RS Lavalette Pada aspek manusia (Man), koder mengalami ketimpangan beban kerja akibat rasio personal yang tidak seimbang serta belum adanya pelatihan formal koding vaskular, yang diperparah oleh kebiasaan DPJP menunda finalisasi berkas. Pada aspek

metode (Method), belum tersedianya SOP tertulis membuat koder bekerja secara subjektif, sementara kebiasaan subjek tertentu dalam mendokumentasikan layanan terhadap pasien yang kurang patuh memicu ketidaksinkronan data keperawatan dan medis. Pada aspek teknologi (Machine), sistem RME Sinusa mengalami perbedaan pandangan dalam mapping/pemetaan tarif serta kekakuan birokrasi locking system 1x24 jam yang justru memicu PPA sengaja menunda klik submit.

PENUTUP

Penulis menyampaikan ucapan terima kasih setinggi-tingginya kepada Jajaran Manajemen JKN/Casemix Rumah Sakit Lavalette Malang atas izin dan keterbukaan akses data selama riset berlangsung. Selain itu penulis menyampaikan terimakasih kepada kampus Politeknik Indonusa Surakarta yang sudah memberikan ruang dan akses belajar sehingga penelitian ini bisa diselesaikan

DAFTAR PUSTAKA

Fajarwati, R. (2022). Analisis Keakuratan Kode Diagnosis Rawat Jalan dan IGD

- (Instalasi Gawat Darurat) di RSUD Kota Yogyakarta. Jurnal Manajemen Informasi dan Administrasi Kesehatan (JMIAK) Volume 05 Nomor 01 Halaman 109-115.
- Indawati, L. (2019). Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap di RSUP Fatmawati Tahun 2016. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia Vol. 7 No.2 Oktober 2019. ISSN: 2337-6007 (online); 2337-585X (Printed).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Inacbg dalam Tata Kelola Klaim Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis.
- Mardiawati, D. (2017). Analisis Pelaksanaan Pengodean Tindakan Medis Pasien JKN di RSI Siti Rahmah Padang. Jurnal Endurance 3(3) Oktober 2018 (624-634).
- Novratilova, S. Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung. Jurnal Kesehatan Tropis Indonesia. 2025. e-ISSN: 2986-6332, Hal 244-270.
- Pujilestari, I. (2020). Analisis Ketepatan Pemberian Kode Diagnosa dan Tindakan terhadap Pembayaran Klaim JKN Rawat Inap di RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung. TEDC Vol. 14 No. 2, Mei 2020:120-127.
- Sugiyono. Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta; 2019.
- Susanto, Anton. (2025). Akurasi Pengkodean Diagnosis dan Prosedur Medis serta Implikasinya terhadap Klaim JKN di RSUD Pandan Arang. Jurnal Ilmiah Kedokteran dan Kesehatan Volume 4 Nomor 3 September 2025:109-115.
- Ulfa, H. M. (2017). Analisis Ketepatan Kode Diagnosa Penyakit antara Rumah Sakit dan BPJS Menggunakan ICD-10 untuk Penagihan Klaim di Rumah Sakit Kelas C Sekota Pekanbaru Tahun 2016. Jurnal INOHIM, Volume 5 Nomor 2, Desember 2017:78-85.
- WHO. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision (ICD-10) user guide. Jenewa: World Health Organization; 2016.