Journal of Innovative and Creativity
Journal Homepage: https://joecy.org/index.php/joecy
e-mail: journaljoecy@gmail.com

Faculty of Education
University of Pahlawan Tuanku Tambusai
ISSN 2775-771X (Online)
ISSN 2962-570X (Printed)
6 (1) 2026, Page: 8076-8084

Evaluasi Screening Dokumen Verifikasi Internal Dalam Menentukan Kodingan Di Era Bpjs

Tri Jenny Minarsih, Herniwanti

Universitas HangTuah Pekanbaru

trijenny25@gmail.com

Published: February, 2026

ABSTRACT

The implementation of the National Health Insurance (JKN) system through BPJS Kesehatan requires accurate diagnosis and procedure coding to ensure appropriate claim reimbursement. Inaccurate coding and incomplete medical documentation often lead to pending and disputed claims, affecting hospital financial sustainability. This study aimed to evaluate the internal verification document screening process in determining BPJS claim coding at Hospital X and to formulate improvement strategies. A qualitative approach using SWOT analysis was applied to identify internal and external factors influencing the coding and verification process. Data were collected through interviews, document review, and SWOT questionnaires, and analyzed using IFAS and EFAS matrices. The results indicated that internal weaknesses were more dominant, particularly related to coder competency, documentation completeness, and manual screening processes, while external opportunities included regulatory support, coding training availability, and health information technology development. The SWOT analysis placed Hospital X in Quadrant III (Weakness–Opportunity), indicating that leveraging external opportunities to address internal weaknesses is essential to improve coding accuracy and reduce pending and disputed BPJS claims.

Keywords: BPJS Kesehatan; coding accuracy; internal verification; document screening; SWOT analysis

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

PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan merupakan program strategis pemerintah dalam menyediakan layanan kesehatan yang merata dan terjangkau bagi seluruh masyarakat Indonesia (Anantya et al., 2024). Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan menuntut rumah sakit untuk memastikan ketepatan koding diagnosis dan prosedur sebagai dasar penetapan tarif pembayaran klaim berbasis INA-CBGs. Sistem pembayaran prospektif ini sangat bergantung pada akurasi koding ICD-10 dan ICD-9-CM, sehingga kesalahan sekecil apa pun dalam penentuan kode dapat berdampak pada ketidaksesuaian tarif, klaim pending, hingga penolakan klaim oleh BPJS Kesehatan (Susanto et al., 2025). Kondisi ini menempatkan proses koding sebagai komponen strategis dalam manajemen klaim dan pengelolaan keuangan rumah sakit.

Ketidaktepatan koding tidak hanya berdampak administratif, tetapi juga berimplikasi langsung pada keberlanjutan finansial rumah sakit. Klaim yang tertunda atau ditolak menyebabkan gangguan arus kas rumah sakit, yang dapat berdampak negatif pada operasi harian rumah sakit. Arus kas yang terganggu menjadikan beban operasional rumah sakit meningkat. Apabila kondisi ini terus berlangsung rumah sakit akan terancam kolaps dan pelayanan terhenti (Tuzzahra et al., 2024). Sejalan dengan hasil penelitian Ningtyas et al., (2021), pengembalian berkas karena ketidakakuratan dan ketidaklengkapan data akan berdampak signifikan terhadap keuangan rumah sakit. Penelitian Susanto et al., (2025) menunjukkan bahwa

18% kode diagnosis dan 1% kode prosedur tidak akurat, yang berdampak pada status klaim menjadi pending dengan nilai pembiayaan sebesar Rp 286.930.600. Kesalahan umum meliputi salah pemilihan kode, reseleksi diagnosis utama, dan penggunaan kode kombinasi serta multiple yang tidak sesuai. Ketidakakuratan ini memperlambat verifikasi, mengganggu arus kas rumah sakit, serta meningkatkan beban kerja administratif .

Dalam konteks tersebut, keberadaan mekanisme screening dokumen dan verifikasi internal menjadi elemen krusial dalam sistem pengendalian mutu klaim BPJS. Proses ini memastikan bahwa setiap klaim yang diajukan benar-benar sesuai dengan standar dan ketentuan yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, sehingga dapat meminimalisir terjadinya fraud dan menjaga efisiensi dalam pengelolaan (Luh et al., 2024). Proses ini bertujuan untuk meminimalkan kesalahan koding yang bersumber dari ketidaksesuaian data klinis dan administratif.

Namun demikian, efektivitas screening dokumen dan verifikasi internal sangat dipengaruhi oleh kompetensi sumber daya manusia yang terlibat, khususnya koder dan verifikator. Ketidaktercukupan sumber daya atau beban kerja yang tinggi dapat menyebabkan keterlambatan pencatatan, ketidaklengkapan dokumen, dan meningkatnya risiko kesalahan administratif. Kondisi ini berdampak langsung pada proses verifikasi klaim dan perhitungan Cost Recovery Rate (CRR). Oleh karena itu, kemampuan rumah sakit dalam menyediakan sumber daya administrasi yang memadai dan mengelola beban kerja secara proporsional menjadi faktor kunci dalam efektivitas pelaksanaan kebijakan administrasi pelayanan reproduksi (Amin & Tawe, 2025).Penelitian Windari (2020) menegaskan bahwa kurangnya pelatihan Koder dapat menyebabkan ketidaktepatan koding mencapai 25,33% sehingga diperlukan pelatihan dan sertifikasi koding dalam meningkatkan akurasi koding dan menurunkan angka klaim pending .

Selain faktor SDM, sistem pendukung berbasis teknologi informasi juga memegang peranan penting dalam optimalisasi proses screening dan verifikasi internal. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) merupakan instrumen penting dalam meningkatkan efisiensi administrasi dan pengelolaan klaim BPJS Kesehatan (Variza, 2025). Penerapan sistem informasi telah menjadi faktor penting dalam meningkatkan efisiensi operasional dan mendukung pengambilan keputusan yang efektif dalam organisasi modern (Arujisaputra, 2025).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif dengan pendekatan analisis SWOT yang bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan screening dokumen verifikasi internal dalam menentukan ketepatan koding diagnosis dan tindakan pada klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit. Pendekatan ini digunakan untuk mengidentifikasi kondisi internal dan eksternal yang memengaruhi proses koding dan verifikasi klaim, serta merumuskan strategi perbaikan dalam upaya menekan klaim pending dan dispute BPJS.

Subjek penelitian ditentukan secara purposive sampling, meliputi petugas yang terlibat langsung dalam proses koding dan verifikasi klaim, yaitu koder, verifikator internal, serta penanggung jawab unit rekam medis. Pemilihan subjek ini didasarkan pada pertimbangan bahwa informan memiliki pemahaman dan pengalaman langsung terhadap alur screening dokumen, penetapan kode ICD-10 dan ICD-9-CM, serta proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Instrumen penelitian yang digunakan terdiri atas pedoman wawancara mendalam, lembar telaah dokumen, dan kuesioner analisis SWOT. Wawancara mendalam digunakan untuk menggali informasi terkait pelaksanaan screening dokumen, kendala dalam penentuan koding, koordinasi antarunit, serta mekanisme verifikasi internal sebelum klaim diajukan ke BPJS. Telaah dokumen dilakukan terhadap resume medis, berkas klaim, serta laporan klaim pending dan dispute untuk menilai kelengkapan dan kesesuaian dokumentasi dengan kode yang ditetapkan.

Perhitungan Bobot Faktor Internal dan Eksternal

Perhitungan bobot faktor internal dan eksternal dilakukan untuk menilai tingkat kepentingan masing-masing faktor yang memengaruhi pelaksanaan screening dokumen verifikasi internal dan ketepatan koding klaim BPJS. Setiap faktor diberi bobot dengan rentang nilai antara 0,0 (tidak penting) hingga 1,0 (sangat penting), dengan ketentuan bahwa total bobot pada masing-masing matriks IFAS dan EFAS berjumlah 1,00.

Matriks IFAS digunakan untuk menganalisis faktor kekuatan dan kelemahan internal yang berkaitan dengan kompetensi koder dan verifikator, kelengkapan dokumentasi medis, SOP koding, serta mekanisme monitoring klaim. Sementara itu, matriks EFAS digunakan untuk menganalisis peluang dan ancaman eksternal, seperti regulasi BPJS Kesehatan, kebijakan audit klaim, serta pemanfaatan teknologi informasi dalam proses koding dan verifikasi. Hasil perhitungan IFAS dan EFAS selanjutnya digunakan untuk menentukan posisi strategi rumah sakit dalam diagram SWOT sebagai dasar perumusan strategi pengelolaan koding dan klaim BPJS.

Pemberian Nilai (Rating)

Pemberian nilai atau rating dilakukan untuk menunjukkan tingkat pengaruh masing-masing faktor terhadap keberhasilan peningkatan mutu pelayanan farmasi rawat jalan. Skala penilaian diberikan dari +3 (sangat kuat) hingga □3 (sangat lemah). Faktor yang bersifat positif atau termasuk dalam kategori kekuatan diberi nilai antara +1 hingga +3, berdasarkan besarnya kontribusi faktor tersebut terhadap peningkatan mutu pelayanan. Sebaliknya, faktor yang bersifat negatif atau termasuk dalam kategori kelemahan diberi nilai antara □1 hingga □3, sesuai dengan tingkat pengaruhnya terhadap penurunan mutu pelayanan. Nilai yang diperoleh kemudian dikalikan dengan bobot masing-masing faktor untuk mendapatkan skor tertimbang yang digunakan dalam penentuan posisi strategi organisasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Analisis Faktor Internal Menggunakan Tabel IFAS

Setelah faktor-faktor strategis internal yang berkaitan dengan screening dokumen verifikasi internal dan penentuan koding klaim BPJS diidentifikasi, selanjutnya disusun Tabel IFAS (Internal Factors Analysis Summary) sebagai dasar analisis kondisi internal proses koding dan verifikasi klaim di rumah sakit. Penilaian terhadap masing-masing faktor internal dilakukan melalui pemberian skor 1–10 yang menunjukkan besarnya pengaruh setiap faktor terhadap ketepatan koding diagnosis dan tindakan serta kelancaran pengajuan klaim BPJS. Skor yang tinggi pada faktor kekuatan (strengths) mengindikasikan bahwa faktor tersebut memberikan kontribusi positif yang signifikan dalam mendukung akurasi koding dan efektivitas verifikasi internal, sehingga perlu dipertahankan dan dioptimalkan. Sebaliknya, skor tinggi pada faktor kelemahan (weaknesses) menunjukkan adanya pengaruh negatif yang signifikan terhadap proses koding dan klaim, sehingga menjadi prioritas utama untuk dilakukan perbaikan.

Berdasarkan hasil perhitungan IFAS, diperoleh total skor kekuatan (Strengths) sebesar 37 dan total skor kelemahan (Weaknesses) sebesar 41, sehingga hasil analisis IFAS (S □ W) menunjukkan nilai □4. Nilai tersebut mengindikasikan bahwa kondisi internal rumah sakit dalam pelaksanaan screening dokumen verifikasi internal dan penentuan koding klaim BPJS masih didominasi oleh faktor kelemahan. Kelemahan utama yang teridentifikasi berkaitan dengan kompetensi koder dan verifikator yang belum merata, ketergantungan pada kelengkapan resume medis dokter, serta proses screening dokumen yang masih dilakukan secara manual, sehingga berdampak pada ketidakkonsistenan koding dan meningkatnya risiko klaim pending maupun dispute. Oleh karena itu, diperlukan upaya pembenahan internal yang lebih terarah melalui peningkatan kompetensi SDM, standardisasi dokumentasi medis, serta penguatan sistem pendukung berbasis teknologi informasi untuk memperkuat kondisi internal rumah sakit dalam pengelolaan klaim BPJS.

b. Analisis Faktor Eksternal Menggunakan Tabel EFAS

Setelah faktor-faktor strategis eksternal yang memengaruhi pelaksanaan screening dokumen verifikasi internal dan penentuan koding klaim BPJS diidentifikasi, selanjutnya disusun Tabel EFAS (External Factors Analysis Summary) sebagai dasar analisis lingkungan eksternal dalam pengelolaan koding dan klaim BPJS di rumah sakit. Penilaian terhadap masing-masing faktor eksternal dilakukan dengan pemberian skor 1–10 yang menunjukkan besarnya pengaruh setiap faktor terhadap ketepatan koding, kelancaran proses klaim, serta risiko klaim pending dan dispute BPJS. Skor yang tinggi pada faktor peluang (opportunities) menunjukkan potensi positif yang besar untuk meningkatkan kualitas koding dan tata kelola klaim, sehingga perlu dimanfaatkan secara optimal oleh rumah sakit. Sebaliknya, skor yang tinggi pada faktor ancaman (threats) mengindikasikan adanya potensi risiko yang signifikan terhadap keberhasilan klaim BPJS, sehingga perlu diantisipasi dan dikelola melalui strategi yang tepat.

Berdasarkan hasil perhitungan EFAS, diperoleh total skor peluang (Opportunities) sebesar 39 dan total skor ancaman (Threats) sebesar 37, sehingga hasil analisis EFAS (O □ T) menunjukkan nilai +2. Nilai tersebut mengindikasikan bahwa lingkungan eksternal rumah sakit dalam konteks pengelolaan koding dan klaim BPJS masih memberikan peluang yang lebih besar dibandingkan ancaman. Peluang utama berasal dari regulasi BPJS Kesehatan yang mendorong peningkatan mutu koding, ketersediaan pelatihan dan sertifikasi koding ICD, pengembangan sistem informasi kesehatan, serta dukungan manajemen rumah sakit terhadap optimalisasi pendapatan klaim. Meskipun demikian, rumah sakit tetap dihadapkan pada ancaman berupa perubahan regulasi BPJS yang cepat, audit klaim yang semakin ketat, serta tingginya risiko klaim pending dan dispute. Oleh karena itu, rumah sakit memiliki kesempatan yang cukup baik untuk memperkuat proses screening dan verifikasi internal, selama mampu memanfaatkan peluang eksternal secara maksimal serta mengelola potensi ancaman secara efektif melalui strategi yang adaptif dan berkelanjutan.

Tabel 1 . Faktor Internal dan Eksternal

Internal/ Eksternal	Opportunities (O)	Threats (T)
Strengths (S)	1. Mengoptimalkan peran verifikator internal dengan dukungan SIMRS untuk meningkatkan akurasi koding 2. Memanfaatkan pelatihan koding untuk memperkuat implementasi SOP 3. Mengembangkan sistem screening dokumen digital berbasis regulasi BPJS	1. Memperkuat SOP verifikasi untuk menghadapi audit BPJS 2. Monitoring klaim secara berkala untuk menekan klaim pending 3. Koordinasi lintas unit untuk adaptasi cepat terhadap perubahan regulasi
Weaknesses (W)	1. Meningkatkan kompetensi koder melalui pelatihan dan sertifikasi resmi 2. Menyempurnakan resume medis dokter melalui sosialisasi dan audit internal 3. Mengurangi proses manual dengan sistem verifikasi elektronik	1. Standardisasi dokumentasi medis untuk meminimalkan dispute klaim 2. Penambahan SDM atau redistribusi beban kerja koder 3. Evaluasi rutin proses screening untuk menekan risiko kerugian RS

Tabel 2 . *Internal Factors Analysis Summary* (IFAS)

No	Faktor Strength	Skor
1	Tim verifikator internal	8
2	SOP verifikasi koding	7
3	Dukungan SIMRS	8
4	Koordinasi antar unit	7
5	Monitoring klaim BPJS	7
Total Strength (S)		37

No	Faktor Weakness	Skor
1	Kompetensi SDM belum merata	9
2	Resume medis tidak lengkap	8
3	Screening manual	8
4	Perbedaan interpretasi koding	8
5	Beban kerja tinggi	8
Total Weakness (W)		41

Tabel 3 . *Eksternal Factors Analysis Summary* (EFAS)

No	Faktor Strength	Skor
1	Tim verifikator internal	8
2	SOP verifikasi koding	7
3	Dukungan SIMRS	8
4	Koordinasi antar unit	7
5	Monitoring klaim BPJS	7
Total Strength (S)		37

No	Faktor Weakness	Skor
1	Kompetensi SDM belum merata	9
2	Resume medis tidak lengkap	8

3	Screening manual	8
4	Perbedaan interpretasi koding	8
5	Beban kerja tinggi	8
Total Weakness (W)		41

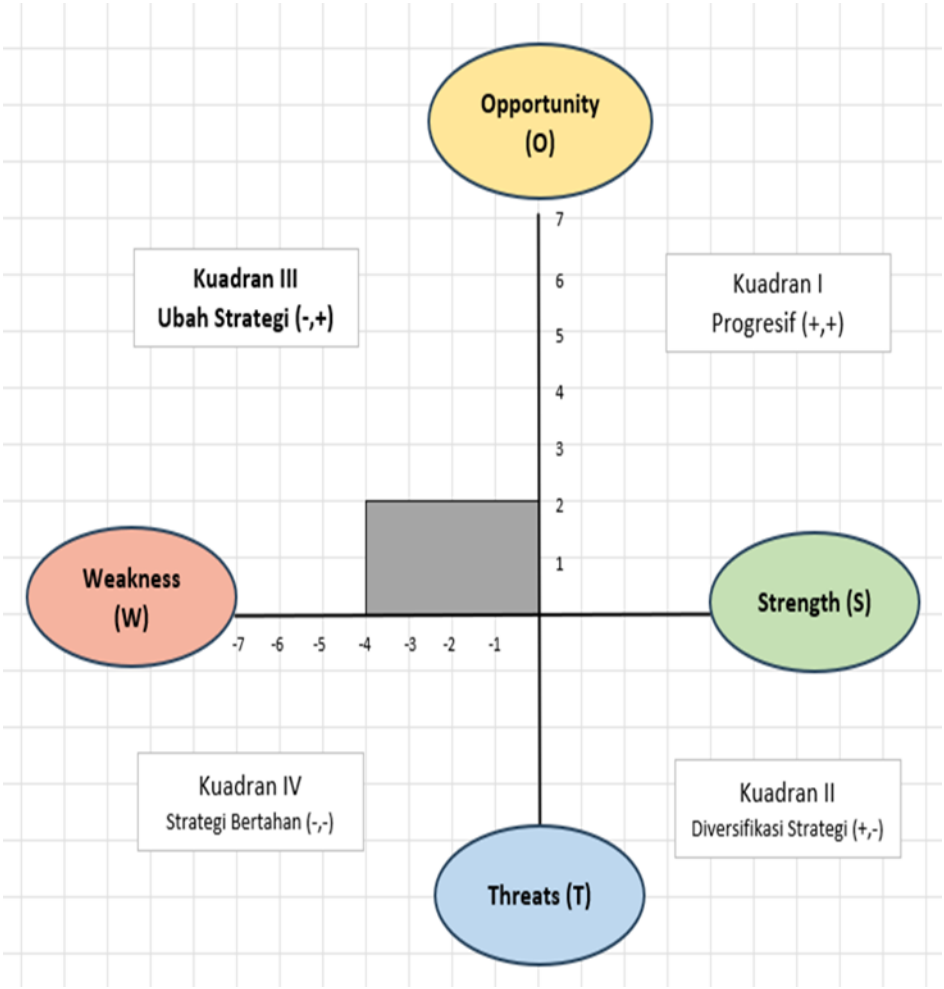


Diagram Kuadran SWOT

c. Analisis Lingkungan Internal

Dalam Dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), lingkungan eksternal rumah sakit dipengaruhi oleh berbagai faktor peluang (opportunities) dan ancaman (threats) yang secara langsung berdampak pada pelaksanaan screening dokumen verifikasi internal serta ketepatan penentuan koding diagnosis dan prosedur klaim BPJS. Peluang dipahami sebagai faktor eksternal yang bersifat positif, antara lain kebijakan BPJS Kesehatan yang menekankan akurasi koding dan kelengkapan dokumen klaim, penguatan sistem verifikasi, serta pemanfaatan teknologi informasi kesehatan. Faktor-faktor tersebut berpotensi mendukung perbaikan tata kelola klaim rumah sakit. Peluang ini mencerminkan kondisi eksternal yang dapat dimanfaatkan secara strategis untuk meningkatkan ketepatan koding, menurunkan angka klaim pending dan dispute, serta menjaga keberlanjutan finansial rumah sakit apabila direspons melalui kebijakan dan strategi yang tepat. Sejumlah penelitian menegaskan bahwa identifikasi peluang eksternal merupakan elemen penting dalam perencanaan strategis rumah sakit, khususnya dalam sistem pembiayaan berbasis klaim seperti BPJS Kesehatan, karena memungkinkan organisasi menyesuaikan kapasitas internal dengan tuntutan regulasi dan dinamika lingkungan eksternal yang menguntungkan (Wardahiljannah et al., 2025).

Hasil analisis faktor peluang menunjukkan bahwa Rumah Sakit X memiliki peluang eksternal yang cukup besar dalam meningkatkan efektivitas screening dokumen dan akurasi koding klaim BPJS. Peluang utama ditunjukkan oleh dukungan regulasi dan kebijakan BPJS Kesehatan yang menekankan ketepatan koding serta kelengkapan dokumen klaim (O1), yang menjadi dasar hukum dan operasional bagi penguatan mekanisme verifikasi internal. Selain itu, ketersediaan pelatihan dan sertifikasi koding ICD-10 dan ICD-9-CM bagi tenaga koder dan verifikator (O2) merupakan peluang strategis dalam meningkatkan kompetensi sumber daya manusia dan menyelaraskan interpretasi koding dengan standar BPJS. Peluang lainnya terlihat pada pengembangan dan optimalisasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) serta aplikasi koding berbasis digital (O3) yang berpotensi mempercepat proses screening dokumen, mengurangi kesalahan manual, dan meningkatkan konsistensi penentuan kode diagnosis dan prosedur. Selanjutnya, dukungan manajemen rumah sakit terhadap peningkatan pendapatan melalui perbaikan klaim BPJS (O4) menjadi faktor pendorong penting dalam memperkuat sistem verifikasi internal secara berkelanjutan.

Sebaliknya, ancaman (threats) merupakan faktor eksternal yang bersifat negatif dan berpotensi menghambat efektivitas screening dokumen serta ketepatan koding klaim BPJS apabila tidak dikelola secara optimal. Ancaman dapat muncul dalam bentuk perubahan regulasi BPJS yang relatif cepat, meningkatnya intensitas audit dan verifikasi klaim, serta tingginya risiko klaim pending dan dispute akibat ketidaksesuaian antara koding dan dokumentasi medis, yang secara langsung berdampak pada keterlambatan pembayaran klaim dan stabilitas keuangan rumah sakit. Perubahan kebijakan dan regulasi yang tidak terduga dapat menyebabkan ketidakpastian dan kebingungan bagi rumah sakit. Rumah sakit mungkin kesulitan untuk beradaptasi dengan perubahan tersebut, yang dapat mengakibatkan penundaan atau penolakan klaim (Prawestirini et al., 2025).

Penelitian sebelumnya menegaskan bahwa identifikasi ancaman eksternal menjadi bagian penting dalam perencanaan strategis karena memungkinkan rumah sakit merumuskan langkah mitigasi risiko, sebelum BPJS Kesehatan melakukan audit klaim yang dilakukan satu bulan setelah verifikasi klaim dari pengajuan klaim di mana tim pencegahan kecurangan akan melakukan audit berdasarkan tematik dan juga bisa melakukan audit menyeluruh (Edy Surlis, 2020).

d. Analisis Lingkungan Eksternal

Berdasarkan hasil perhitungan Matriks IFAS, diperoleh selisih antara total skor Strength (S) dan Weakness (W) yang bernilai negatif, yang menunjukkan bahwa secara internal Rumah Sakit X masih menghadapi kelemahan yang lebih dominan dibandingkan kekuatan dalam pelaksanaan screening dokumen verifikasi internal dan penentuan koding klaim BPJS. Kelemahan tersebut terutama berkaitan dengan ketidakmerataan kompetensi koder dan verifikator, ketergantungan pada kelengkapan resume medis dokter, proses screening yang masih bersifat manual, serta perbedaan interpretasi koding ICD antara rumah sakit dan verifikator BPJS. Kondisi ini berdampak pada meningkatnya risiko klaim pending dan dispute, yang pada akhirnya dapat menghambat optimalisasi pendapatan rumah sakit dari klaim BPJS.

Sementara itu, hasil perhitungan Matriks EFAS menunjukkan nilai positif, yang menandakan bahwa faktor eksternal berupa Opportunity (O) lebih besar dibandingkan Threat (T). Hal ini mengindikasikan bahwa lingkungan eksternal menyediakan peluang yang cukup kuat untuk mendukung perbaikan sistem koding dan verifikasi internal, antara lain melalui dukungan regulasi BPJS Kesehatan yang menekankan ketepatan koding dan kelengkapan dokumen klaim, ketersediaan pelatihan dan sertifikasi koding ICD bagi tenaga koder dan verifikator, serta perkembangan teknologi informasi kesehatan seperti SIMRS dan sistem klaim digital. Peluang ini dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan akurasi koding dan menurunkan angka klaim pending serta dispute BPJS.

Hasil penggabungan Matriks IFAS dan EFAS kemudian divisualisasikan dalam diagram SWOT IFAS–EFAS, yang menempatkan Rumah Sakit X pada Kuadran III (Weakness–Opportunity). Posisi ini menunjukkan bahwa rumah sakit memiliki peluang eksternal yang besar dalam pengelolaan koding dan klaim BPJS, namun masih dibatasi oleh berbagai kelemahan internal yang perlu segera diperbaiki. Oleh karena itu, strategi yang paling tepat untuk diterapkan adalah strategi WO (Weakness–Opportunity), yaitu memanfaatkan peluang eksternal secara optimal untuk mengatasi dan meminimalkan kelemahan internal dalam proses screening dokumen dan penentuan koding klaim BPJS.

Strategi WO dalam konteks penelitian ini dapat diwujudkan melalui peningkatan kompetensi koder dan verifikator melalui pelatihan dan sertifikasi koding ICD, penyempurnaan kualitas dan kelengkapan dokumentasi medis dokter melalui sosialisasi dan audit internal, serta pengembangan sistem screening dokumen berbasis digital yang terintegrasi dengan SIMRS. Selain itu, penguatan koordinasi lintas unit antara dokter, koder, verifikator internal, dan manajemen rumah sakit menjadi langkah penting untuk menyamakan persepsi koding dengan standar BPJS, sehingga dapat menekan risiko klaim pending dan dispute serta meningkatkan efektivitas pengelolaan klaim BPJS secara berkelanjutan.

Perhitungan Matriks IFAS dan EFAS memiliki peran penting dalam analisis SWOT karena memberikan dasar kuantitatif yang sistematis dalam mengevaluasi faktor internal dan eksternal organisasi, termasuk dalam pengelolaan koding dan klaim BPJS. Melalui pemberian bobot dan skor pada setiap faktor strategis, rumah sakit dapat mengidentifikasi tingkat kepentingan relatif dari kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman secara lebih objektif, sehingga mengurangi subjektivitas dalam pengambilan keputusan strategis (Shofiyullah, 2023). Selain itu, hasil perhitungan IFAS dan EFAS menjadi dasar penentuan posisi organisasi dalam diagram SWOT, yang berfungsi untuk menunjukkan arah strategi yang paling sesuai, baik strategi agresif, adaptif, defensif, maupun turn-around (Kemal, 2025).

Dalam konteks organisasi pelayanan kesehatan, khususnya rumah sakit yang beroperasi dalam sistem pembiayaan JKN melalui BPJS Kesehatan, penggunaan Matriks IFAS dan EFAS membantu manajemen memprioritaskan perbaikan sistem verifikasi internal dan koding klaim, serta menyesuaikan strategi organisasi dengan dinamika lingkungan eksternal yang bersifat regulatif dan kompetitif. Dengan demikian, analisis ini menjadi landasan penting dalam merumuskan strategi peningkatan akurasi koding, efisiensi proses klaim, dan keberlanjutan finansial rumah sakit di era BPJS.

SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa screening dokumen verifikasi internal dalam penentuan koding klaim BPJS di Rumah Sakit X masih menghadapi kelemahan internal yang dominan, terutama terkait kompetensi koder dan verifikator, kelengkapan dokumentasi medis, serta proses screening yang belum optimal. Namun demikian, peluang eksternal masih lebih besar dibandingkan ancaman, antara lain dukungan regulasi BPJS, ketersediaan pelatihan koding, dan perkembangan teknologi informasi kesehatan. Berdasarkan analisis SWOT, posisi rumah sakit berada pada Kuadran III (Weakness–Opportunity), sehingga strategi yang tepat adalah memanfaatkan peluang eksternal untuk mengatasi kelemahan internal guna meningkatkan ketepatan koding dan menekan klaim pending serta dispute BPJS.

Rumah sakit disarankan untuk meningkatkan kompetensi koder dan verifikator melalui pelatihan koding, memperbaiki kelengkapan dokumentasi medis, serta mengembangkan sistem screening dokumen dan koding berbasis digital yang terintegrasi dengan SIMRS. Upaya tersebut diharapkan dapat meningkatkan akurasi koding, efisiensi proses klaim, dan keberlanjutan finansial rumah sakit di era BPJS.

DAFTAR PUSTAKA

Amin, A. N., & Tawe, A. A. D. A. R. (2025). ADMINISTRATIVE POLICIES OF REPRODUCTIVE HEALTH SERVICES IN OPTIMIZING COST RECOVERY RATE IN HOSPITALS. 156–168.

Anantya, A. R., Saragih, N. C., & Raja, O. L. (2024). Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai Salah Satu Bentuk Pelayanan Publik.

Arujisaputra, E. T. (2025). Penerapan Sistem Informasi untuk Meningkatkan Efisiensi Operasional dan Pengambilan Keputusan di Perusahaan. Journal Scientific of Mandalika, 6(3), 700–709.

Edy Surlis. (2020). EFEKTIVITAS PENGELOLAAN DAN PENGENDALIAN PENYALAHGUNAAN KLAIM PADA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN-KIS).

Kemal, M. (2025). FORMULASI STRATEGI PEMASARAN BERBASIS ANALISIS SWOT DALAM UPAYA PENINGKATAN DAYA SAING DI CV. BERKAH MAKMUR MANDIRI ABADI.

Luh, N., Maithryasari, P., Arimbi, D., Purnomo, B., Tinggi, S., & Militer, H. (2024). PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN ATAS DUGAAN FRAUD Pendahuluan Hak atas kesehatan merupakan salah satu hak asasi manusia yang dijamin oleh Konstitusi Indonesia , sebagaimana tertuang dalam Pasal 28H ayat (1) UUD 1945 . Pasal ini menekankan bahwa s. 887–898.

Prawestirini, T. H., Syaodih, E., & Veranita, M. (2025). Strategi Manajemen dalam Mempercepat Kelayakan Klaim JKN / BPJS di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan (Studi Kualitatif dengan Analisis SWOT). 4.

Shofiyullah. (2023). Strategi Meraih Keunggulan Kompetitif Berkelanjutan Pasca Pandemi Covid-19 Dengan Metode Analisis SWOT.

Susanto, A., Candraningtyas, G. M., & Trijono, A. (2025). Akurasi Pengkodean Diagnosis dan Prosedur Medis serta Implikasinya terhadap Klaim JKN di RSUD Pandan Arang. 4(September).

Tuzzahra, R., Hakim, A. O., & Romodon, D. (2024). Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di RSUD Majenang. 6(1), 29–39. https://doi.org/10.25047/j-remi.v6i1.5469

Variza, M. A. (2025). Hubungan Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Berbasis Aplikasi Terhadap Percepatan Pengumpulan Berkas Klaim BPJS Di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Mega Ayu Variza. Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia, 10(11), 9523–9534.