

ANALISIS EFISIENSI PENGELOLAAN KLAIM INA-CBGs PADA UNIT CASEMIX RUMAH SAKIT UMUM PERTAMINA PALEMBANG TAHUN 2025

Meza Kurniawan Hastasani¹, Sonya Dewi Wulandari², Ahdun Trigono³
¹²³Master of Hospital Administration, Universitas Respati Indonesia

ABSTRAK

Latar Belakang: Penerapan sistem pembayaran INA-CBGs dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menuntut rumah sakit untuk mengelola klaim secara efisien agar keberlanjutan finansial dan mutu pelayanan tetap terjaga. Unit Casemix memiliki peran strategis dalam memastikan ketepatan pengkodean, kelengkapan dokumen, serta ketepatan waktu pengajuan klaim. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis efisiensi pengelolaan klaim INA-CBGs pada Unit Casemix Rumah Sakit Umum Pertamina Palembang tahun 2025. **Metode:** Penelitian menggunakan pendekatan mixed methods dengan desain explanatory sequential. Tahap kuantitatif dilakukan melalui analisis data klaim INA-CBGs tahun 2025 menggunakan analisis regresi linier untuk menilai pengaruh kelengkapan berkas, akurasi coding, sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS), dan kepatuhan SOP terhadap efisiensi klaim (Turn Around Time/TAT). Tahap kualitatif dilakukan melalui wawancara mendalam dengan informan kunci untuk menjelaskan temuan kuantitatif. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara simultan variabel proses klaim berkontribusi besar terhadap efisiensi klaim, meskipun secara parsial tidak seluruh variabel berpengaruh signifikan secara statistik. Kelengkapan berkas menjadi faktor paling dominan secara substantif, sementara hasil kualitatif menunjukkan bahwa keterlambatan dokumentasi medis, beban kerja SDM, dan keterbatasan integrasi sistem menjadi hambatan utama efisiensi klaim. **Kesimpulan:** Efisiensi pengelolaan klaim INA-CBGs belum optimal dan memerlukan perbaikan sistemik melalui penguatan dokumentasi medis, optimalisasi SIMRS, dan penataan SDM Unit Casemix.

Kata kunci: INA-CBGs, efisiensi klaim, unit casemix, Rumah Sakit

ABSTRACT

Background: The implementation of the INA-CBGs payment system under the National Health Insurance (JKN) program requires hospitals to manage claims efficiently to ensure financial sustainability and service quality. The Casemix Unit plays a strategic role in ensuring coding accuracy, document completeness, and timely claim submission. **Objective:** This study aims to analyze the efficiency of INA-CBGs claim management at the Casemix Unit of Pertamina General Hospital Palembang in 2025. **Methods:** This study employed a mixed methods approach with an explanatory sequential design. Quantitative data were analyzed using linear regression to assess the influence of document completeness, coding accuracy, hospital information systems (HIS), and SOP compliance on claim efficiency (Turn Around Time/TAT). Qualitative data were obtained through in-depth interviews to explain the quantitative findings. **Results:** The results indicate that the claim management variables simultaneously contributed substantially to claim efficiency, although not all variables were statistically significant individually. Document completeness emerged as the most dominant substantive factor. Qualitative findings revealed that delayed medical documentation, high staff workload, and limited system integration were major barriers to claim efficiency. **Conclusion:** The efficiency of INA-CBGs claim management has not yet reached an optimal level and requires systemic improvements through strengthening medical documentation, optimizing hospital information systems, and reorganizing Casemix Unit human resources.

Keywords: INA-CBGs, claim efficiency, casemix unit, hospital

PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan memiliki peran penting dalam menyediakan layanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bagi masyarakat ¹. Di Indonesia, transformasi sistem pembiayaan kesehatan semakin berkembang pesat sejak diberlakukannya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Skema pembiayaan JKN mengharuskan rumah sakit mengelola klaim pelayanan berbasis *case-based groups* (INA-CBGs) yang ditetapkan oleh pemerintah sebagai standar pembayaran untuk pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL) maupun rawat inap. Sistem pembayaran INA-CBGs menuntut rumah sakit untuk meningkatkan efisiensi karena besaran klaim yang dibayarkan tidak selalu sebanding dengan biaya riil pelayanan yang diberikan.

Unit Casemix sebagai unit pengelola kode diagnosis, kode tindakan, *grouping*, hingga pengajuan klaim memainkan peranan strategis dalam keberhasilan pengelolaan pembiayaan rumah sakit ². Efisiensi pengelolaan klaim INA-CBGs tidak hanya menentukan pendapatan rumah sakit, tetapi juga memengaruhi keberlangsungan operasional dan mutu pelayanan. Ketidakefisienan dalam proses pengkodean, verifikasi, ataupun kelengkapan rekam medis dapat menimbulkan *klaim pending*, *klaim reject*, atau *downcoding* yang

berdampak langsung pada kerugian finansial rumah sakit ³.

Rumah Sakit Umum Pertamina Palembang sebagai rumah sakit tipe C, dengan mayoritas pasien JKN (60–70 pasien per hari), menghadapi tantangan pengelolaan klaim yang kompleks. Selain jumlah pasien yang tinggi, kondisi bangunan yang berusia lebih dari 30 tahun juga menghasilkan beban operasional tambahan yang cukup signifikan. Oleh karena itu, rumah sakit harus mampu mengoptimalkan proses bisnis internal, terutama pada Unit Casemix, agar pengelolaan klaim berjalan efisien, akurat, dan tepat waktu.

Pada era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pengelolaan klaim berbasis INA-CBGs menjadi salah satu faktor kunci yang menentukan kelangsungan finansial rumah sakit. Sistem ini menuntut rumah sakit untuk mengelola proses klaim secara efisien, mulai dari pengkodean diagnosis dan prosedur, pengelompokan kasus, hingga kelengkapan berkas klaim. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa hambatan teknis, ketidaktepatan pengkodean, serta kurang optimalnya integrasi sistem informasi rumah sakit masih menjadi penyebab utama terjadinya keterlambatan dan ketidakefisienan dalam proses klaim BPJS Kesehatan. Kondisi ini berdampak langsung pada arus kas dan pendapatan rumah sakit ⁴.

Permasalahan efisiensi klaim semakin diperberat dengan tingginya angka klaim

pending dan klaim bermasalah yang disebabkan oleh ketidaklengkapan dokumen medis, kesalahan administratif, dan kurangnya koordinasi antarunit. *Scoping review* di berbagai rumah sakit Indonesia mengungkapkan bahwa faktor administratif dan teknis merupakan penyumbang terbesar klaim tertunda, yang pada akhirnya memperpanjang *turnaround time* (TAT) klaim dan menunda penerimaan pembayaran dari BPJS Kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa efisiensi pengelolaan klaim tidak hanya bersifat teknis, tetapi juga mencerminkan kualitas tata kelola internal rumah sakit ⁵. Selain aspek administratif, keakuratan pengkodean diagnosis dan prosedur medis merupakan determinan utama dalam efisiensi klaim INA-CBGs. Ketidaktepatan kode ICD dapat menyebabkan perbedaan kelompok CBGs, yang berujung pada penurunan tarif klaim, klaim *pending*, atau bahkan penolakan klaim. Penelitian menunjukkan bahwa kualitas coding sangat bergantung pada kompetensi petugas, kelengkapan rekam medis, serta kepatuhan terhadap pedoman INA-CBGs yang ditetapkan BPJS Kesehatan. Oleh karena itu, peningkatan efisiensi klaim tidak dapat dilepaskan dari penguatan mutu pengkodean klinis ⁶.

Memasuki tahun 2025, tantangan efisiensi pengelolaan klaim semakin krusial seiring dengan dinamika regulasi BPJS Kesehatan yang semakin ketat, baik terkait standar kelengkapan berkas klaim, validitas

coding, maupun penyesuaian tarif INA-CBGs. Kondisi ini menuntut rumah sakit untuk tidak hanya patuh terhadap regulasi, tetapi juga mampu melakukan perbaikan proses secara berkelanjutan agar klaim dapat dibayarkan secara optimal dan tepat waktu. Berbagai studi menegaskan bahwa penerapan strategi perbaikan proses, seperti integrasi sistem informasi dan pendekatan *lean management*, dapat meningkatkan efisiensi klaim serta mendukung keberlanjutan operasional rumah sakit ⁷.

Dalam penelitian ini, dilakukan analisis mendalam terkait efisiensi pengelolaan klaim INA-CBGs pada Unit Casemix RSU Pertamina Palembang. Fokus penelitian mencakup aspek ketepatan pengkodean diagnosis dan prosedur, tingkat kelengkapan dokumen rekam medis, jumlah klaim *pending* atau *reject*, durasi *turn around time* (TAT) pengajuan klaim, serta kesesuaian tarif INA-CBGs dengan biaya riil pelayanan. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan mampu memberikan gambaran menyeluruh tentang efisiensi pengelolaan klaim di rumah sakit serta rekomendasi perbaikan berkelanjutan.

TINJAUAN PUSTAKA

Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah membawa perubahan signifikan pada sistem pembiayaan rumah sakit di Indonesia, khususnya melalui mekanisme pembayaran berbasis paket Indonesia *Case-Based Groups* (INA-CBGs). Sistem ini

dirancang untuk mendorong efisiensi dan efektivitas penggunaan sumber daya dengan menggantikan metode *fee-for-service*, sehingga rumah sakit dituntut untuk mengelola pelayanan dan klaim secara lebih terkontrol dan tepat sasaran. Dalam kerangka JKN, keberhasilan pembiayaan tidak hanya ditentukan oleh kualitas pelayanan klinis, tetapi juga oleh kemampuan rumah sakit dalam mengelola proses administrasi klaim secara efisien.

Sistem INA-CBGs merupakan adaptasi dari konsep *Diagnosis-Related Groups* (DRG) yang mengelompokkan pasien berdasarkan diagnosis, prosedur, tingkat keparahan, dan penggunaan sumber daya yang relatif homogen. Melalui sistem ini, pembayaran klaim ditetapkan dalam bentuk tarif paket yang telah ditentukan sebelumnya, sehingga rumah sakit harus mampu menyesuaikan proses pelayanan dan administrasi agar biaya riil tidak melebihi tarif yang dibayarkan. Ketidaktepatan dalam pengelompokan kasus, pengkodean diagnosis dan prosedur, maupun ketidaksesuaian dokumen pendukung dapat berdampak pada klaim pending, klaim reject, atau penurunan nilai klaim, yang pada akhirnya memengaruhi arus kas rumah sakit.⁸

Unit Casemix memiliki peran strategis dalam pengelolaan klaim INA-CBGs. Unit ini bertanggung jawab atas pengkodean diagnosis dan tindakan medis, proses grouping INA-CBGs, verifikasi kelengkapan

rekam medis, penyusunan berkas klaim, serta koordinasi dengan BPJS Kesehatan. Kinerja Unit Casemix sangat menentukan keberhasilan klaim, karena kesalahan pada salah satu tahapan tersebut dapat memperlambat proses pembayaran atau menyebabkan klaim tidak dibayarkan. Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa lemahnya koordinasi antarunit, keterbatasan kompetensi sumber daya manusia, serta beban kerja yang tinggi pada petugas casemix sering menjadi penyebab utama ketidakefisienan proses klaim.⁹

Efisiensi pengelolaan klaim INA-CBGs umumnya diukur melalui beberapa indikator utama, antara lain Turn Around Time (TAT) pengajuan klaim, tingkat kelengkapan berkas, akurasi pengkodean diagnosis dan prosedur, serta persentase klaim pending dan klaim reject. TAT mencerminkan kecepatan rumah sakit dalam memproses klaim sejak pasien pulang hingga klaim diajukan dan dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Semakin singkat TAT, semakin efisien proses pengelolaan klaim. Sebaliknya, tingginya persentase klaim pending dan reject menunjukkan adanya masalah dalam dokumentasi medis, pengkodean, maupun sistem verifikasi internal.⁴

Kelengkapan rekam medis merupakan salah satu faktor kunci dalam efisiensi klaim. Rekam medis yang tidak lengkap, seperti ketidakhadiran resume medis, tanda tangan dokter penanggung jawab pasien, atau hasil pemeriksaan penunjang, seringkali

menyebabkan klaim dikembalikan untuk perbaikan. Selain itu, akurasi pengkodean diagnosis dan prosedur berdasarkan ICD-10 dan ICD-9-CM sangat menentukan kesesuaian kelompok INA-CBGs dan nilai tarif yang diterima rumah sakit. Ketidaktepatan kode dapat menyebabkan downcoding atau penolakan klaim, sehingga meningkatkan beban administrasi dan memperpanjang waktu penyelesaian klaim.⁶

Faktor lain yang berpengaruh terhadap efisiensi pengelolaan klaim adalah sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS). Integrasi SIMRS dengan sistem e-Claim BPJS Kesehatan dapat mempercepat alur kerja, mengurangi kesalahan input data, dan meningkatkan ketepatan waktu pengajuan klaim. Sebaliknya, sistem yang belum terintegrasi secara optimal seringkali memaksa petugas melakukan proses manual, seperti penginputan ganda dan pemindaian dokumen, yang berdampak pada meningkatnya beban kerja dan risiko kesalahan administrasi.

Dengan demikian, efisiensi pengelolaan klaim INA-CBGs merupakan hasil dari interaksi berbagai faktor, mulai dari kualitas dokumentasi medis, kompetensi dan beban kerja sumber daya manusia, ketepatan pengkodean, hingga dukungan sistem informasi. Pemahaman yang komprehensif terhadap faktor-faktor tersebut menjadi landasan penting dalam upaya perbaikan proses klaim dan keberlanjutan finansial rumah sakit di era JKN.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan mixed methods dengan desain explanatory sequential, yaitu mengombinasikan metode kuantitatif dan kualitatif secara berurutan. Pendekatan ini dipilih untuk memperoleh pemahaman yang komprehensif mengenai efisiensi pengelolaan klaim INA-CBGs, di mana hasil analisis kuantitatif digunakan sebagai dasar untuk menjelaskan temuan secara lebih mendalam melalui analisis kualitatif. Penelitian dilaksanakan di Unit Casemix Rumah Sakit Umum Pertamina Palembang pada tahun 2025. Tahap kuantitatif dilakukan terlebih dahulu untuk mengukur hubungan antarvariabel yang memengaruhi efisiensi pengelolaan klaim, kemudian dilanjutkan dengan tahap kualitatif untuk menggali konteks, proses, dan hambatan yang tidak sepenuhnya dapat dijelaskan melalui data numerik.

Pada tahap kuantitatif, penelitian menggunakan desain observasional analitik dengan pendekatan potong lintang. Data kuantitatif diperoleh dari dokumen klaim INA-CBGs rumah sakit. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah efisiensi pengelolaan klaim, yang diukur menggunakan Turn Around Time (TAT) proses klaim. Variabel independen meliputi kelengkapan berkas klaim, akurasi pengkodean diagnosis dan prosedur, sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS), dan kepatuhan terhadap standar

operasional prosedur (SOP). Analisis data kuantitatif dilakukan menggunakan analisis regresi linier, yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh variabel independen terhadap efisiensi waktu pengelolaan klaim. Hasil analisis ini digunakan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang secara statistik berkontribusi terhadap efisiensi klaim INA-CBGs.

Tahap kualitatif dilakukan untuk menjelaskan dan memperdalam hasil kuantitatif. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dengan informan kunci yang terlibat langsung dalam proses pengelolaan klaim INA-CBGs, antara lain Kepala Unit Casemix, verifikator internal, koder rawat jalan dan rawat inap, serta unsur manajemen rumah sakit. Analisis data kualitatif dilakukan menggunakan analisis tematik, dengan tahapan pengelompokan data ke dalam tema dan subtema yang relevan dengan efisiensi pengelolaan klaim. Hasil analisis kualitatif digunakan sebagai *explanatory layer* untuk menjelaskan temuan kuantitatif, khususnya pada variabel yang menunjukkan hubungan lemah atau tidak signifikan secara statistik.

Integrasi data kuantitatif dan kualitatif dilakukan pada tahap pembahasan. Hasil kuantitatif memberikan gambaran mengenai pola hubungan antarvariabel, sedangkan hasil kualitatif memberikan penjelasan kontekstual mengenai mekanisme, hambatan operasional, dan faktor organisasi

yang memengaruhi efisiensi pengelolaan klaim INA-CBGs.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error
1	0,831	0,690	0,443	0,38556

Tabel Model Summary menunjukkan nilai koefisien korelasi (R) sebesar 0,831, yang mengindikasikan hubungan yang kuat antara variabel kelengkapan berkas, akurasi coding, sistem informasi (SIMRS), dan kepatuhan SOP dengan efisiensi klaim. Nilai R Square sebesar 0,690 menunjukkan bahwa 69% variasi efisiensi klaim dapat dijelaskan oleh keempat variabel independen dalam model. Namun, setelah dikoreksi terhadap jumlah sampel dan banyaknya variabel bebas, nilai Adjusted R Square menurun menjadi 0,443, yang menandakan bahwa secara efektif model menjelaskan sekitar 44,3% variasi efisiensi klaim. Penurunan ini wajar mengingat ukuran sampel yang relatif kecil ($n = 10$).

Tabel 2. Hasil Uji Anova

	Sum of Square	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	1,657	4	0,414	2,786	0,145
Residual	0,743	5	0,149		
Total	2,400	9			

Hasil uji ANOVA menunjukkan nilai $F = 2,786$ dengan nilai signifikansi (Sig.) sebesar 0,145. Karena nilai Sig. lebih besar

dari 0,05, maka dapat disimpulkan bahwa secara simultan variabel kelengkapan berkas, akurasi coding, SIMRS, dan kepatuhan SOP belum berpengaruh signifikan terhadap efisiensi klaim. Dengan demikian, model regresi ini belum layak secara statistik untuk menjelaskan variasi efisiensi klaim pada tingkat kepercayaan 95%. Kondisi ini sangat dipengaruhi oleh ukuran sampel yang kecil dan jumlah variabel independen yang relatif banyak.

Tabel 3. Koefisien Regresi

Parsial					
Variabel	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
Konstanta	-	1,83	-	-	0,88
	0,28	7		0,15	2
	7			6	
Kelengkapan Berkas	0,65	0,28	0,71	2,32	0,06
	3	0	8	9	7
Akurasi Coding	0,47	0,24	0,47	1,88	0,11
	0	9	5	3	8
SIMRS	0,13	0,21	0,16	0,63	0,55
	7	4	9	9	1
Kepatuhan SOP	-	0,34	-	-	0,57
	0,20	6	0,17	0,59	5
	8		9	9	

Berdasarkan Tabel 3. Koefisien, tidak terdapat variabel independen yang menunjukkan pengaruh signifikan terhadap klaim *Turnaround Time* (TAT), pending, dan reject (Efisien) pada taraf signifikansi 5% (Sig. > 0,05). Namun demikian, terdapat beberapa temuan penting yang dapat diinterpretasikan sebagai berikut:

a. Kelengkapan Berkas Klaim

Variabel kelengkapan berkas memiliki koefisien regresi positif ($B = 0,653$) dan nilai Beta tertinggi (0,718), dengan nilai signifikansi 0,067. Meskipun belum memenuhi kriteria signifikan secara statistik, variabel ini menunjukkan kecenderungan pengaruh positif paling kuat terhadap klaim *Turnaround Time* (TAT), pending, dan reject dibandingkan variabel lain. Hal ini mengindikasikan bahwa semakin lengkap berkas klaim, semakin baik (cepat) proses penyelesaian klaim, meskipun bukti statistiknya belum kuat.

b. Akurasi Pengkodean Diagnosis dan Prosedur

Akurasi coding memiliki arah pengaruh positif ($B = 0,470$), namun tidak signifikan secara statistik (Sig. = 0,118). Temuan ini menunjukkan bahwa perbaikan akurasi coding belum terbukti secara langsung menurunkan klaim *Turnaround Time* (TAT), pending, dan reject dalam model ini, kemungkinan karena keterbatasan jumlah sampel dan kompleksitas proses klaim.

c. Sistem Informasi dan Koordinasi Unit (SIMRS)

Variabel SIMRS memiliki koefisien positif yang kecil ($B = 0,137$) dan nilai signifikansi yang tinggi (Sig. = 0,551). Hal ini menunjukkan bahwa pemanfaatan sistem informasi belum berpengaruh nyata terhadap klaim *Turnaround Time* (TAT), pending, dan reject, yang dapat mengindikasikan bahwa sistem belum sepenuhnya terintegrasi atau masih terdapat proses manual dalam pengelolaan klaim.

d. Kepatuhan terhadap SOP dan Regulasi BPJS

Kepatuhan SOP menunjukkan koefisien negatif ($B = -0,208$) dan tidak signifikan (Sig. = 0,575).

Arah negatif ini tidak dapat diinterpretasikan lebih lanjut karena tidak bermakna secara statistik, sehingga tidak dapat disimpulkan adanya hubungan kausal dengan klaim *Turnaround Time* (TAT), *pending*, dan *reject*.

Tabel 4. Hasil Analisis Tematik
Wawancara Pengelolaan Klaim INA-CBGs

Tema Utama	Subtema	Informan	Kutipan Representatif
Efisiensi Alur Klaim	Kepatuhan SPO	Kepala Casemix	“Secara normatif alur klaim sudah sesuai SPO, namun dalam implementasinya belum optimal karena masih bergantung pada rekam medis manual.”
			“Alur menjadi lebih panjang karena berkas masih harus discan sebelum bisa diunggah ke sistem klaim.”
Efisiensi Alur Klaim	Rekam medis manual	Koder Rawat Inap	“Gangguan jaringan sering menyebabkan proses input dan upload klaim harus diulang, sehingga memakan waktu lebih lama.”
			“Karena merangkap sebagai Kepala
Keterlambatan Klaim	Kendala jaringan	Koder Rawat Jalan	
Keterlambatan Klaim	Beban kerja rangkap	Verifikator Internal	

Tema Utama	Subtema	Informan	Kutipan Representatif
Klaim Pending	Administrasi berkas	Koder Rawat Inap	Casemix, waktu untuk fokus verifikasi lanjutan menjadi terbatas.”
			“Klaim pending sering disebabkan kelengkapan dokumen rawat inap yang belum optimal.”
Klaim Pending	Perbedaan tafsiran coding	Kepala Casemix	“Sebagian klaim pending terjadi karena perbedaan interpretasi diagnosis dan tindakan dengan verifikator BPJS.”
			“Rekam medis yang tidak lengkap atau terlambat diisi langsung berdampak pada keterlambatan klaim.”
Dokumentasi Medis	Kepatuhan DPJP	Manajemen	“Selain coding, saya juga merangkap tugas pencetakan billing, sehingga fokus terhadap coding menjadi terbagi.”
SDM Casemix	Rangkap tugas	Koder Rawat Jalan	
Sistem Informasi	SIMRS belum	Verifikator Internal	“SIMRS membantu,

Tema Utama	Subtema	Informan	Kutipan Representatif
	optimal		namun karena masih bergantung pada scanning dan jaringan, efisiensinya belum maksimal.”
Strategi Perbaikan	Penambahan SDM	Kepala Casemix	“Berdasarkan WLA, unit casemix masih membutuhkan tambahan 1–2 orang tenaga.”
Strategi Perbaikan	RME & koordinasi	Manajemen	“Optimalisasi rekam medis elektronik dan FGD dengan Komite Medik menjadi langkah penting ke depan.”

Proses Klaim: Statistik vs Realitas Praktik

Model regresi menunjukkan bahwa kelengkapan berkas rekam medis serta akurasi pengkodean diagnosis dan tindakan memiliki arah koefisien positif terhadap efisiensi waktu klaim. Artinya, semakin lengkap dokumen dan semakin tepat proses coding, maka penyelesaian klaim cenderung lebih efisien karena meminimalkan koreksi, klaim pending, dan pengembalian berkas. Namun, pada tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$, kedua variabel tersebut belum berpengaruh signifikan secara statistik. Sebaliknya, pemanfaatan SIMRS dan kepatuhan terhadap SOP juga tidak menunjukkan pengaruh signifikan dalam model regresi.

Temuan ini tidak serta-merta mengindikasikan ketidakinginan variabel tersebut, melainkan adanya kesenjangan antara ketersediaan sistem dan implementasi operasional. Hasil wawancara mengungkap adanya hambatan teknis seperti proses scanning manual, keterbatasan jaringan, dan backlog pekerjaan akibat keterbatasan SDM. Faktor kontekstual tersebut tidak sepenuhnya terukur dalam model kuantitatif, sehingga tidak tercermin sebagai variabel signifikan. Temuan ini menegaskan pentingnya triangulasi data, hal ini sejalan dengan studi yang dilakukan oleh Gunawan (2024) yang menyebutkan bahwa SIMRS berpotensi meningkatkan efisiensi klaim, namun implementasi dan integrasi sistem yang belum optimal dapat membatasi dampaknya terhadap ketepatan waktu klaim.

Kelengkapan Berkas dan Akurasi

Coding sebagai *Predictor* Efisiensi

Hasil regresi menunjukkan bahwa kelengkapan berkas merupakan faktor yang paling dominan memengaruhi efisiensi waktu klaim, diikuti oleh akurasi pengkodean. Temuan ini menegaskan bahwa aspek administratif memiliki peran strategis dalam menentukan kelancaran proses klaim INA-CBGs. Kelengkapan berkas mencakup resume medis, hasil penunjang, lembar tindakan, dan dokumen pendukung lain yang menjadi dasar verifikasi. Ketidaklengkapan dokumen berpotensi menyebabkan klaim pending dan memperpanjang waktu penyelesaian. Akurasi pengkodean juga berkontribusi signifikan karena kesalahan kode ICD-10 maupun

grouping INA-CBGs dapat memicu revisi berulang dan ketidaksesuaian tarif klaim. Hasil wawancara memperkuat temuan ini, dimana keterlambatan klaim umumnya disebabkan oleh dokumen yang belum lengkap, tanda tangan DPJP yang belum tersedia, hasil penunjang yang belum terlampir, serta ketidaksesuaian kode yang memerlukan klarifikasi. Proses revisi berulang tersebut memperpanjang turn around time (TAT) dan meningkatkan beban kerja Unit Casemix.

Dengan demikian, kelengkapan berkas dan akurasi coding merupakan determinan utama dalam meningkatkan efisiensi klaim. Perbaikan pada kedua aspek ini berpotensi menurunkan angka klaim pending dan mempercepat pencairan klaim, sejalan dengan temuan Rizka Maisaroh et al., (2024) dan Yastori, (2023) yang menunjukkan bahwa ketidaklengkapan dokumen dan kesalahan coding menjadi penyebab utama keterlambatan klaim.

Peran SOP, SDM, dan Beban Kerja dalam Efisiensi Proses

Hasil analisis menunjukkan bahwa kepatuhan terhadap SOP tidak berpengaruh signifikan terhadap efisiensi waktu klaim. Temuan ini menunjukkan bahwa keberadaan SOP secara formal belum otomatis mempercepat proses klaim, meskipun secara normatif SOP dirancang untuk memastikan alur kerja yang sistematis dan meminimalkan kesalahan administratif. Hasil wawancara mengungkap bahwa implementasi SOP di lapangan belum konsisten akibat tingginya beban kerja dan rangkap tugas petugas Unit

Casemix. Keterbatasan jumlah dan kompetensi SDM menyebabkan terjadinya backlog, terutama saat volume klaim meningkat. Dengan demikian, efisiensi waktu klaim lebih dipengaruhi oleh kapasitas operasional dibandingkan kepatuhan administratif semata. Temuan ini menegaskan bahwa efektivitas SOP sangat bergantung pada dukungan SDM yang memadai. Tanpa sumber daya dan pelatihan yang cukup, SOP cenderung menjadi dokumen formal yang belum mampu mengendalikan durasi klaim secara optimal, sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menekankan pentingnya kompetensi SDM dan konsistensi implementasi dalam meningkatkan efisiensi klaim.¹³

Dampak Kebijakan Sistem INA-CBGs terhadap Efisiensi Rumah Sakit

Secara konseptual, sistem INA-CBGs dirancang untuk mendorong efisiensi melalui mekanisme pembayaran berbasis paket sesuai kelompok diagnosis. Rumah sakit menerima tarif tetap, sehingga terdorong untuk mengendalikan biaya agar tidak melebihi tarif yang ditetapkan. Jika manajemen klinis dan administratif berjalan optimal, sistem ini berpotensi meningkatkan efisiensi operasional dan rasionalisasi pelayanan. Namun, efektivitas INA-CBGs sangat bergantung pada kesesuaian tarif dengan biaya riil pelayanan. Pada kasus kompleks dengan komorbid atau komplikasi berat, biaya aktual sering melampaui tarif paket, sehingga menimbulkan tekanan finansial dan meningkatkan risiko revisi coding maupun proses verifikasi tambahan. Ketidaktepatan

dokumentasi dan pengkodean juga dapat menyebabkan klaim tidak masuk kelompok tarif optimal, memperbesar selisih biaya dan meningkatkan potensi klaim pending. Dengan demikian, meskipun INA-CBGs memiliki potensi meningkatkan efisiensi pembiayaan, keberhasilannya ditentukan oleh keselarasan tarif dengan kompleksitas kasus serta kemampuan rumah sakit dalam menjaga akurasi dokumentasi, pengkodean, dan pengendalian biaya, sejalan dengan temuan Happy (2018) dan hasil penelitian ini.¹⁴

KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa efisiensi pengelolaan klaim INA-CBGs di Unit Casemix RS Umum Pertamina Palembang belum optimal. Secara simultan, kelengkapan berkas, akurasi coding, sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS), dan kepatuhan SOP berkontribusi terhadap efisiensi waktu pengelolaan klaim, namun secara parsial tidak seluruh variabel berpengaruh signifikan. Kelengkapan berkas merupakan faktor paling dominan secara substantif, sementara akurasi coding berperan tidak langsung dan sangat dipengaruhi kualitas dokumentasi medis. Keberadaan SIMRS dan kepatuhan SOP belum berdampak optimal karena keterbatasan integrasi sistem, beban kerja, dan sumber daya manusia. Temuan ini menegaskan bahwa peningkatan efisiensi klaim INA-CBGs memerlukan perbaikan sistemik pada dokumentasi medis, integrasi sistem informasi,

serta penataan sumber daya manusia di Unit Casemix.

Daftar Pustaka

1. Yoseph Beda B, Madiistriyatno H, Panjaitan³ EHH. ANALISIS TINGKAT KEPUASAN PASIEN BPJS DI POLI PENYAKIT DALAM RSUD LEWOLEBA DI NUSA TENGGARA TIMUR. *Jurnal Edunomika*. 2024;08(02).
2. Herdiani E, Aziz A, Subardi AY, Dwinuarisha E, Indonesia UR, Kemenkes P, et al. ANALISIS IMPLEMENTASI MANAJEMEN CASEMIX DALAM PENINGKATAN PENDAPATAN DI RSUD X. *Jurnal Penelitian Kesmas* [Internet]. 2024 Oct;7. Available from: <http://ejournal.delihusada.ac.id/index.php/JPKSY>
3. Yuliani N, Noor HL, Maryati W. Quality of Medical Record Documentation Affects Accuracy of Diagnosis Codes in Ina-CBGs Claims in Hospitals. *Indonesian Journal of Global Health Research*. 2024;6(5):3237.
4. Oktarina N, Novratilova S. EVALUASI SISTEM CASEMIX DALAM PROSES KLAIM BPJS: STUDI KUALITATIF DI RS PARU ARIO WIRAWAN SALATIGA. *Jurnal NERS Universitas Pahlawan* [Internet]. 2025;9(2). Available from: <http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/ners>
5. Asni Zalukhu L, Yulianty Permanasari V. Scoping Review: Factors Causing Claim Pending in Indonesian Hospitals. *Journal of Health Sciences*. 2025 Sep;6(9):2723–6927.
6. Nindy Oktorani E, Rosarini A, Lubis IA, Oktorani EN. Analysis of ICD-9-CM Coding Accuracy in the Reimbursement Claim Process for INA-CBGs Compliance [Internet]. Vol. 5. 2025. Available from:

- <https://doi.org/10.62951/icistech.v5i1.215>
7. Friskasari EL, Suryawati C, Setyawan H. The Implementation of Lean Management in Accelerating Health Insurance Claim Process at Hospitals. *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*. 2019;8(3).
 8. Khairinissa M, Sulistiadi W, Administrasi D, Kesehatan K, Masyarakat K. Analisis Implementasi Sistem INA-CBGs terhadap Kualitas Pelayanan di Rumah Sakit di Indonesia: Literature Review. 2025 Feb;
 9. Sulastrri D, Sugiarsi S. Analysis Of The Accuracy Of The Diagnosis Code And Methods Before And After Verification On The Medical Records Of BPJS Patients In RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso. *Indonesian Journal of Health Information Management (IJHIM)*. 2024;4(1):1.
 10. Gunawan R, Piksi Ganesha P. EFEKTIVITAS SIMRS PADA INA-CBGS TERHADAP KETEPATAN TARIF KLAIM BPJS RAWAT INAP DI RSUD X THE EFFECTIVENESS OF SIMRS ON INA-CBGS FOR THE ACCURACY OF BPJS INPATIENT CLAIM RATES AT X REGIONAL GENERAL HOSPITAL. 2024.
 11. Rizka Maisaroh A, Lalu Sulaiman, Sismulyanto. Faktor Pending Klaim BPJS Di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB. *Jurnal Kesehatan Qamarul Huda*. 2024 Jun 30;12(1):42–7.
 12. Yastori. Analysis of Pending Claims in Cases of Mistakes in Codification of Diagnosis in the INA-CBGs Claim Problem Solution Management Guide. *Jurnal Keperawatan Respati* [Internet]. 2023;10(3):181–8. Available from: <http://nursingjurnal.respati.ac.id/index.php/JKRY/index>
 13. Michael N, Tarukallo S, Syaodih E, Veranita M. Strategi Manajemen Penanganan Klaim Pending BPJS Studi Kualitatif di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam di RSUD Pongtiku Toraja Utara. Vol. 10, *Syntax Literate*. 2025.
 14. Happy A. The Implementation of INA-CBGs System Impact on Financial Performance of Public Hospital, the Indonesia Case: A Systematic Review. *KnE Life Sciences*. 2018 Dec 5;4(9):1.