

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. (UU. No 44 2009). Kompleksitas dalam pelayanan rumah sakit menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan, dan penelitian serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin, agar rumah sakit mampu melaksanakan fungsi yang profesional baik dibidang teknis medis maupun administrasi kesehatan. Oleh karena itu, untuk melaksanakan tugas tersebut diperlukan suatu sistem informasi yang akurat, andal, dan memadai untuk meningkatkan pelayanan kepada pasien dan lingkungan terkait lainnya. Selain itu, diperlukan pula dukungan dari unit penunjang yang memiliki tugas spesifik, seperti unit rekam medis. Guna mengetahui mutu pelayanan medis di suatu rumah sakit, diperlukan data atau informasi dari rekam medis yang memadai dan lengkap.

Selain itu, rumah sakit memiliki peran strategis dalam mendukung keberhasilan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program ini dikelola oleh BPJS Kesehatan, yang sejak awal implementasinya menggunakan sistem pembayaran berbasis paket layanan INA-CBGs (Indonesia Case-Based Groups). Sistem ini mengelompokkan diagnosis dan tindakan medis ke dalam paket klaim tertentu. Namun, seiring perkembangan kebutuhan pelayanan, INA-CBGs dinilai masih memiliki keterbatasan, seperti belum sepenuhnya menggambarkan variasi klinis, tingkat keparahan penyakit, komplikasi, serta lama rawat inap. Kondisi ini berdampak pada ketidakadilan pembayaran klaim dan kurang optimalnya efisiensi pembiayaan di Rumah Sakit. (Kementerian Kesehatan RI, 2025).

Sebagai penyempurnaan sistem lama, Kementerian Kesehatan bersama BPJS Kesehatan mengembangkan sistem *iDRG* sebagai penyempurnaan dari sistem sebelumnya, yaitu INA-CBGs, yang direncanakan akan diimplementasikan secara nasional pada Oktober 2025. Sistem *iDRG* dirancang lebih rinci karena memperhitungkan berbagai faktor, seperti diagnosis utama, diagnosis sekunder,

tindakan medis, usia pasien, komplikasi/komorbiditas, serta lama rawat inap. (Kementerian Kesehatan RI, 2025).

Transformasi sistem pembayaran klaim pelayanan kesehatan merupakan salah satu langkah strategis dalam meningkatkan efisiensi dan transparansi pembiayaan di rumah sakit. Sebagai bagian dari upaya tersebut, pada tanggal 6 pelaksanaan uji coba sistem Indonesia Diagnosis Related Groups (*iDRG*) di beberapa rumah sakit di Indonesia. Uji coba ini menjadi tahap awal penerapan tata cara koding baru berbasis *iDRG* dalam proses kodifikasi penyakit dan/atau tindakan pada aplikasi E-Klaim yang telah disesuaikan untuk memberikan potensi peningkatan akurasi klaim dan transparansi pembiayaan. Pada tahap awal, hasil kelompok *iDRG* ini belum memengaruhi besaran klaim yang diterima rumah sakit, melainkan difokuskan untuk melihat kesiapan sistem dan tenaga pelaksana di lapangan. (Kementerian Kesehatan RI, 2025).

Saat ini	Ke depan
23 CMG pada INA-CBG	27 MDC pada iDRG
1. G – Central nervous system 2. H – Eye and adnexa 3. U – Ear, nose, mouth & throat 4. J – Respiratory system 5. I – Cardiovascular system 6. K – Digestive system 7. B – Hepatobiliary & pancreatic system 8. M – Musculoskeletal system & connective tissue 9. L – Skin, subcutaneous tissue & breast 10. E – Endocrine system, nutrition & metabolisme 11. N – Nephro-urinary system 12. V – Male reproductive system 13. W – Female reproductive system 14. O – Deliveries 15. P – Newborns & neonates 16. D – Haematopoietic & immune system 17. C – Myeloproliferative system & neoplasia 18. A – Infectious & parasitic diseases 19. F – Mental health and behavioural 20. T – Substance abuse & dependence 21. S – Injuries, poisonings & toxic effects of drugs 22. Z – Factors influencing health status & other contacts with health services 23. Q – Rawat jalan	1. 10 – Pre MDC 2. 11 – Nervous System 3. 12 – Eye Diseases and Disorders 4. 13 – Ear, Mouth and Throat 5. 14 – Respiratory System 6. 15 – Circulatory System 7. 16 – Digestive System 8. 17 – Hepatobiliary System and Pancreas 9. 18 – Musculoskeletal System and Connective Tissue 10. 19 – Skin, Subcutaneous Tissue and Breast 11. 20 – Endocrine, Nutritional and Metabolic 12. 21 – Kidney and Urinary Tract 13. 22 – Male Reproductive System 14. 23 – Female Reproductive System 15. 24 – Pregnancy, Childbirth and Puerperium 16. 25 – Newborns and Other Neonates with Conditions Originating in the Perinatal Period 17. 26 – Blood and Blood Forming Organs and Immunological Disorders 18. 27 – Myeloproliferative Diseases and Disorders 19. 28 – Infectious and Parasitic Diseases 20. 29 – Mental Diseases and Disorders 21. 30 – Factors Influencing Health Status and Other Contacts with Health Services 22. 31 – Multiple Significant Trauma (hanya rawat inap) 23. 32 – Burns 24. 33 – Injuries, Poisonings and Toxic Effects of Drugs 25. 34 – Neoplasia 26. 35 – Rehabilitation (hanya rawat jalan) 27. 36 – Diagnostic Procedure (hanya rawat jalan)

Gambar 1.1 Perubahan INA-CBGs Menuju *iDRG*

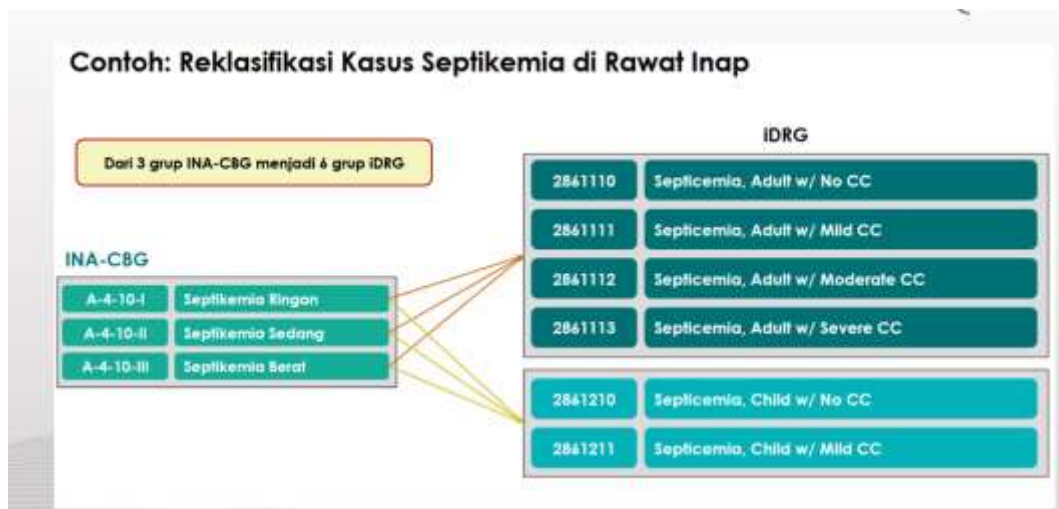
Berdasarkan gambar 1.1 perubahan sistem pembayaran klaim dari INA-CBGs menuju *iDRG* membawa implikasi besar bagi rumah sakit, khususnya pada layanan rawat inap. Salah satu perbedaan mendasar terletak pada struktur klasifikasinya. Jika pada INA-CBGs kasus dikategorikan dalam 23 Case-Mix Group (*CMG*), maka pada *iDRG* klasifikasi diperluas menjadi 27 Major Diagnostic Categories (*MDC*). Penambahan kategori ini meliputi kasus-kasus khusus seperti significant trauma untuk rawat inap, burns (luka bakar), rehabilitation untuk rawat

jalan, serta diagnostic procedure yang sebelumnya tidak terakomodasi pada sistem lama. Perluasan klasifikasi ini mencerminkan upaya *iDRG* untuk lebih komprehensif dalam menangkap variasi klinis yang ada di rumah sakit. (Kementerian Kesehatan RI, 2025).



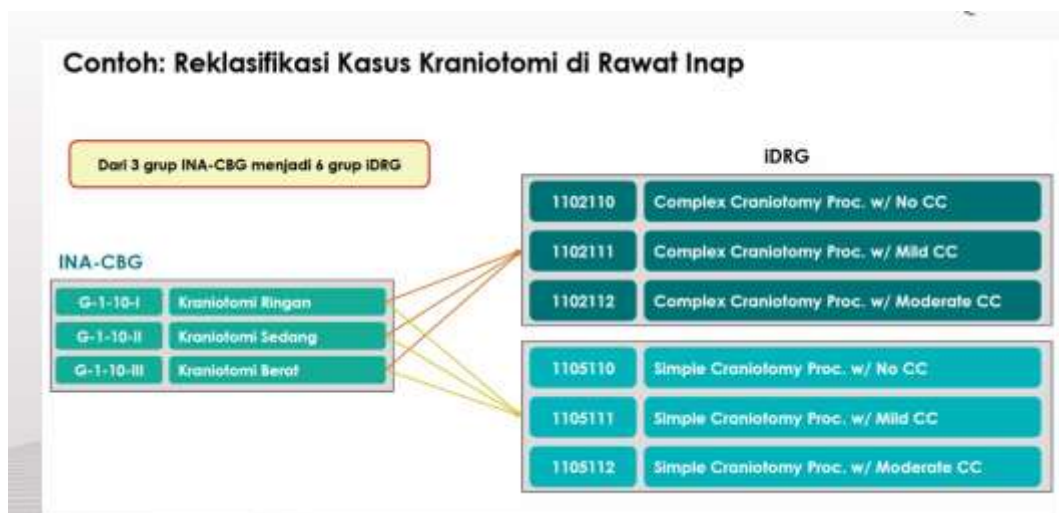
Gambar 1.2 Reklasifikasi kasus Kemoterapi di rawat Jalan

Selain itu, perubahan juga tampak pada gambar 1.2 kasus tertentu kemoterapi rawat jalan. Pada sistem lama, kemoterapi dibagi menjadi 13 kelompok berdasarkan organ, seperti paru, kolon, payudara, kulit, dan sebagainya. Sementara pada *iDRG*, pengelompokan disederhanakan menjadi hanya dua kelompok, yaitu berdasarkan metode pemberian obat kemoterapi chemotherapy injection dan chemotherapy oral. Hal ini menunjukkan bahwa *iDRG* lebih menekankan pada metode tindakan medis dibandingkan lokasi organ yang terkena tumor. (Kementerian Kesehatan RI, 2025).



Gambar 1.3 Reklasifikasi kasus Septikemia di Rawat Inap

Perbedaan signifikan juga terlihat pada gambar 1.3 kasus septikemia rawat inap. INA-CBGs hanya membagi septikemia ke dalam tiga kelompok: ringan, sedang, dan berat. Namun, *iDRG* memperluasnya menjadi enam kelompok dengan memperhitungkan usia pasien (dewasa dan anak) serta tingkat komplikasi dan komorbiditas (*No CC*, *Mild CC*, *Moderate CC*, *Severe CC*). Dengan demikian, *iDRG* dinilai lebih detail karena mampu membedakan beban kasus berdasarkan faktor usia sekaligus tingkat keparahan penyakit. (Kementerian Kesehatan RI, 2025).

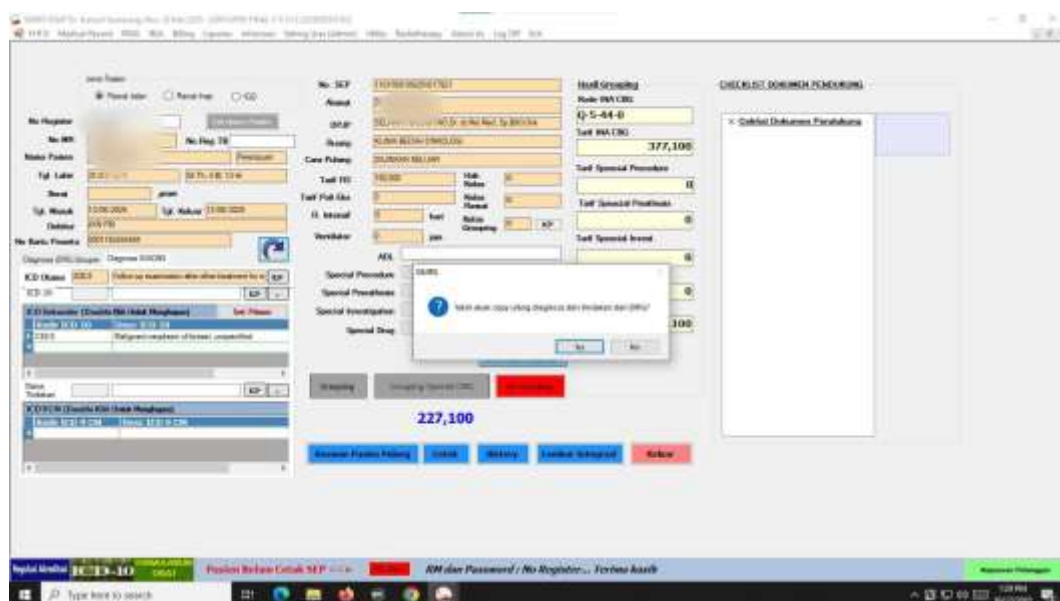


Gambar 1.4 Reklasifikasi kasus Kraniotomi di Rawat Inap

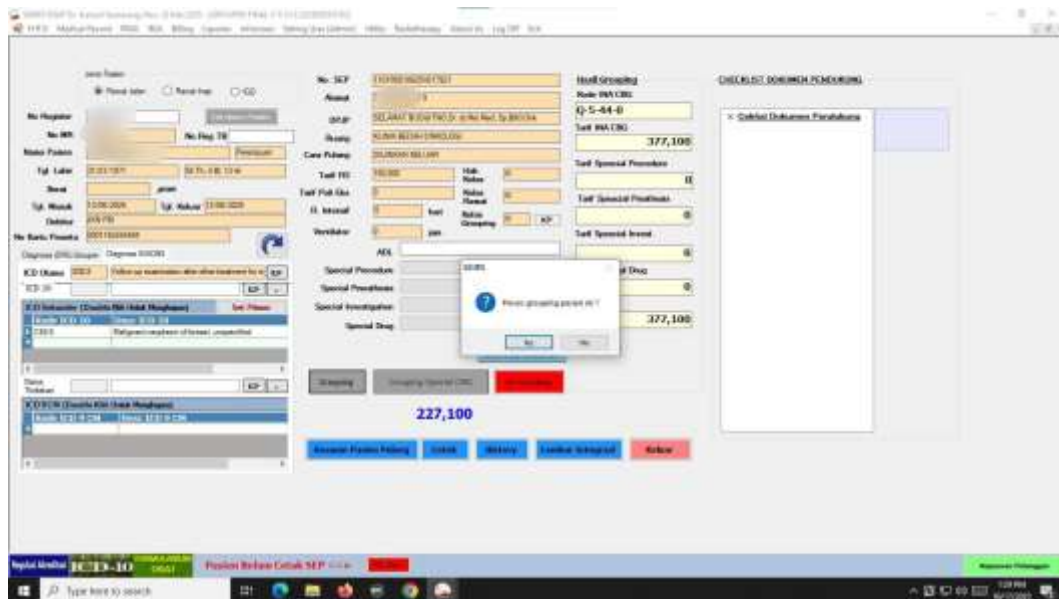
Hal yang sama juga ditemukan pada gambar 1.4 kasus kraniotomi rawat inap. Pada INA-CBGs, pengelompokan hanya terdiri dari tiga kategori: ringan,

sedang, dan berat. Sedangkan *iDRG* mengelompokkan menjadi enam kategori dengan tambahan pembeda berupa kompleksitas tindakan (simple atau complex craniotomy) serta kondisi komorbiditas pasien (*No CC, Mild CC, Moderate CC*). Perubahan ini menjadikan *iDRG* lebih spesifik dalam menggambarkan variasi klinis dan tingkat kesulitan tindakan yang dilakukan. (Kementerian Kesehatan RI, 2025).

Penerapan sistem Indonesian Diagnosis Related Groups (*iDRG*) masih tergolong baru dan saat ini dijalankan secara paralel dengan sistem INA-CBGs. Kondisi tersebut menyebabkan proses pengkodean belum berjalan secara optimal. Berdasarkan hasil observasi, koder harus melakukan input kode diagnosis secara ganda, yaitu pertama pada sistem *iDRG* dan kemudian pada sistem INA-CBGs. Hal ini terjadi karena sistem INA-CBGs belum sepenuhnya dapat mengenali dan menyesuaikan dengan kode-kode yang dihasilkan oleh *iDRG*. Akibatnya, koder perlu melakukan penghapusan dan penginputan ulang agar proses grouping dapat berlangsung dengan benar. Situasi ini berdampak pada meningkatnya beban kerja serta memperpanjang waktu penyelesaian tugas koder. Selain itu, kendala teknis seperti kinerja sistem yang lambat turut memperlambat proses administrasi pengkodean di rumah sakit, sehingga efisiensi kerja secara keseluruhan menjadi berkurang.



Gambar 1. 5 Input ulang kode diagnosa dan tindakan dari *iDRG*



Gambar 1. 6 Proses Grouping

Penerapan teknologi selalu dikaitkan dengan penerimaan penggunaanya. Kompleksitas yang timbul dari proses paralel ini sangat memengaruhi penerimaan petugas coding terhadap sistem baru. Tingkat penerimaan ini dapat diukur menggunakan model Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (*UTAUT*). Model *UTAUT* (dikembangkan oleh Vakantesh, et al. pada tahun 2003) merupakan model teoretis yang menjelaskan faktor-faktor yang memengaruhi penerimaan dan penggunaan teknologi. *UTAUT* mampu mengidentifikasi empat konstruk utama yang memengaruhi niat dan perilaku koder dalam menggunakan *iDRG*.

Harapan kinerja (*performance expectancy*), merupakan sebuah faktor dalam mengukur tingkat kepercayaan seseorang dalam menggunakan teknologi informasi akan membantunya meningkatkan pencapaian kinerjanya (Aprianto, 2022). Mengukur tingkat kepercayaan koder bahwa penggunaan *iDRG* akan meningkatkan pencapaian kinerja, seperti akurasi dan kecepatan klaim.

Harapan usaha (*effort expectancy*), digunakan dalam mengukur tingkat kemudahan untuk seseorang dalam penggunaan teknologi informasi, hal ini akan berdampak langsung terhadap kemudahan dalam pekerjaannya (Aprianto, 2022). Untuk Mengukur tingkat kemudahan yang dirasakan koder dalam menggunakan *iDRG*, yang menjadi krusial karena adanya proses input ganda yang tidak efisien.

Pengaruh sosial (social influence), digunakan dalam mengukur tingkat kepercayaan seseorang dipengaruhi oleh lingkungan sekitarnya untuk menggunakan teknologi informasi yang diimplementasikan (Aprianto, 2022). Mengacu pada sejauh mana koder merasa terdorong untuk menggunakan *iDRG* karena adanya pengaruh dari pimpinan, rekan kerja, maupun kebijakan institusi. Dukungan pimpinan rumah sakit, adanya pelatihan resmi dari manajemen, serta arahan dari tim kerja *iDRG* berperan penting dalam membangun kepercayaan dan motivasi koder untuk mengadopsi sistem baru ini.

Kondisi pemfasilitasi (facilitating conditions), digunakan untuk mengukur tingkat kepercayaan seseorang dipengaruhi oleh pengorganisasian dan infrastruktur yang disediakan dapat membantu mengoperasikan teknologi informasi yang diimplementasikan.(Aprianto, 2022). Mencakup ketersediaan sarana pendukung seperti infrastruktur SIMRS yang kompatibel, kecepatan server, dokumentasi dan SOP yang jelas, serta pelatihan penggunaan sistem *iDRG*. Faktor ini sangat penting dan teruji karena adanya kendala kinerja sistem yang lambat, terutama diakibatkan oleh alur kerja paralel pada dua sistem berbeda.

Niat Perilaku (behavioral intention), Kebutuhan pengguna pada suatu teknologi merefleksikan perilaku untuk menggunakan teknologi (behavioral intention) untuk mempermudah pekerjaan yang dimiliki (Aprianto, 2022). Dalam konteks ini, mengukur sejauh mana niat koder untuk menggunakan sistem *iDRG* secara berkelanjutan dalam pekerjaannya.

Oleh karena itu, penelitian berjudul “Analisis Penerimaan Sistem *iDRG* pada Petugas Coding di RSUP Dr. Kariadi Semarang Menggunakan Metode *UTAUT*” penting untuk dilakukan, guna mengidentifikasi tingkat penerimaan petugas coding, sehingga dapat menjadi dasar dalam pengambilan kebijakan, penyusunan pelatihan, dan penguatan sistem informasi rumah sakit. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar bagi rumah sakit dalam menyusun strategi pelatihan, memperkuat dukungan organisasi, serta mengembangkan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) yang adaptif, sehingga tujuan penerapan *iDRG* untuk meningkatkan efisiensi, transparansi, dan mutu pelayanan dapat tercapai.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimana tingkat penerimaan petugas coding terhadap penerapan sistem *iDRG* di RSUP Dr. Kariadi Semarang berdasarkan model Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (*UTAUT*)?”

1.3 Tujuan dan Manfaat

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk menganalisis tingkat penerimaan petugas coding terhadap penerapan sistem Indonesia Diagnosis Related Groups (*iDRG*) di RSUP Dr. Kariadi Semarang dengan menggunakan model Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (*UTAUT*).

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis tingkat ekspektansi kinerja (*performance expectancy*) terhadap penerimaan petugas coding dalam menggunakan sistem *iDRG*.
- b. Menganalisis tingkat ekspektansi usaha (*effort expectancy*) terhadap penerimaan petugas coding dalam menggunakan sistem *iDRG*.
- c. Menganalisis tingkat sosial (*social influence*) terhadap penerimaan petugas coding dalam menggunakan sistem *iDRG*.
- d. Menganalisis tingkat kondisi pendukung (*facilitating conditions*) terhadap penerimaan petugas coding dalam menggunakan sistem *iDRG*.
- e. Menganalisis tingkat niat perilaku (*behavioral intention*) petugas coding dalam mendukung dan menggunakan sistem *iDRG* secara berkelanjutan di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

1.3.3 Manfaat Magang

a. Bagi RSUP Dr. Kariadi Semarang

Sebagai bahan evaluasi dan masukan dalam mengidentifikasi penerimaan sumber daya manusia, khususnya koder, terhadap penerapan sistem *iDRG* sehingga dapat mendukung efektivitas pelaksanaan klaim rumah sakit.

b. Bagi Peneliti

Bagi Peneliti Laporan ini di harapkan dapat menambah wawasan serta pengalaman dalam penerapan ilmu yang telah diperoleh selama perkuliahan dengan praktik lapangan khususnya penerapan rekam medis elektronik.

c. Politeknik Negeri Jember

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi penellitian selanjutnya dan bahan referensi Pendidikan bagi Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan Politeknik Negeri Jember.

1.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

1.4.1 Lokasi

Lokasi penelitian di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang bagian coding rawat inap dan rawat jalan.

1.4.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan dari bulan Oktober – November 2025

1.5 Metode Pelaksanaan

1.5.1 Jenis Penelitan

Penelitian ini menggunakan penelitian campuran menggabungkan metode kualitatif dan kuantitatif (MIXED METHOD) untuk memperoleh pemahaman yang lebih komprehensif terhadap suatu fenomena melalui penggabungan kekuatan kedua pendekatan tersebut (Creswell & Creswell, 2018). Meskipun demikian, penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif deskriptif dengan metode Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (*UTAUT*) untuk menganalisis penerimaan petugas coding terhadap sistem *iDRG*. Pendekatan ini dipilih karena mampu menggambarkan tingkat penerimaan dan faktor-faktor yang memengaruhinya secara sistematis dan terukur.

Metode *UTAUT* digunakan untuk mengetahui sejauh mana faktor-faktor seperti harapan kinerja, harapan usaha, pengaruh sosial, dan kondisi fasilitas memengaruhi kesiapan koder terhadap penerapan sistem baru *iDRG* di RSUP Dr. Kariadi Semarang. Menurut Nasir (dalam Rukajat, 2018), penelitian deskriptif berupaya menggambarkan suatu kejadian atau peristiwa secara langsung, nyata, dan aktual. Tujuannya adalah memberikan deskripsi yang sistematis, akurat, serta

berdasarkan fakta mengenai karakteristik dan hubungan antarfenomena yang diteliti (Sugiyono, 2022). Analisis kuantitatif dilakukan dengan menggunakan skala Likert untuk menilai nilai masing-masing variabel penelitian.

1.5.2 Populasi Penelitian

Menurut Sugiyono (2014), populasi merupakan sekumpulan objek atau subjek yang memiliki jumlah dan karakteristik tertentu yang telah ditentukan oleh peneliti sebagai fokus kajian untuk kemudian ditarik kesimpulannya. Dalam penelitian ini, yang menjadi populasi adalah seluruh koder rawat inap dan rawat jalan yang terlibat dalam penggunaan *iDRG*, dengan total sebanyak 40 orang.

1.5.3 Sampel Penelitian

Dalam penelitian kuantitatif, sampel diartikan sebagai bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2014). Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu total sampling di mana seluruh anggota populasi dijadikan sebagai sampel penelitian. Penelitian yang dilakukan pada populasi di bawah 100 sebaiknya menggunakan total sampling, sehingga seluruh anggota populasi dijadikan sampel semua sebagai subyek yang dipelajari atau sebagai responden pemberi informasi (Sugiyono, 2014). Adapun anggota sampel yang termasuk dalam total sampling di RSUP Dr. Kariadi Semarang adalah sebagai berikut:

No	Subjek	Jumlah
1	Koder Rawat Inap	28
2	Koder Rawat Jalan	12
	Total	40

Tabel 1.1 Sampel Penelitian

1.5.4 Sumber Data

a. Data Primer

Data primer diperoleh melalui kuesioner dengan koder rawat inap dan rawat jalan terkait kesiapan penerapan *iDRG* di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari dokumen, arsip, literatur, jurnal, kebijakan Kementerian Kesehatan, serta data rekam medis yang berkaitan dengan pelaksanaan uji coba *iDRG*.

1.5.5 Teknik Pengumpulan Data

a. Observasi

Teknik observasi dilakukan untuk mengamati kesiapan dan penerapan sistem *iDRG* pada proses coding, termasuk penggunaan sistem informasi yang mendukung pelaksanaannya.

b. Kuesioner

Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner yang disusun berdasarkan indikator dari masing-masing variabel dalam model Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (*UTAUT*), yaitu performance expectancy, effort expectancy, social influence, dan facilitating conditions. Instrumen kuesioner ini diadopsi dan dimodifikasi dari penelitian terdahulu yang relevan, yaitu penelitian yang dilakukan oleh Nahdlatul Nurul Murhum (2023) dengan judul “Pengukuran Penerimaan Pengguna pada Aplikasi Kesehatan Mobile dengan Menggunakan Model Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (*UTAUT*) 2” dari Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta. Penyesuaian dilakukan agar instrumen tersebut sesuai dengan konteks penelitian ini, yaitu penerapan sistem *iDRG* pada petugas coding di rumah sakit. Kuesioner menggunakan skala Likert untuk mengukur tanggapan responden dan memperoleh pemahaman mendalam mengenai faktor-faktor yang memengaruhi kesiapan koder terhadap penerapan *iDRG*.

c. Dokumentasi

Metode dokumentasi digunakan sebagai pelengkap dari data yang diperoleh melalui observasi dan kuesioner. Teknik ini dilakukan dengan mengumpulkan data dari berbagai dokumen tertulis, serta dokumentasi visual seperti foto atau gambar terkait penggunaan *iDRG*. Dalam konteks penelitian ini, dokumentasi dilakukan dengan mengarsipkan segala bentuk

data dan informasi mengenai implementasi *iDRG* di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

1.5.6 Teknik Analisis Data

Penelitian ini menggunakan pendekatan analisis deskriptif kuantitatif yang bertujuan untuk menguraikan dan menjelaskan masing-masing variabel berdasarkan data yang diperoleh. Teknik analisis data yang diterapkan adalah teknik pemberian skor (scoring). Skor berfungsi sebagai nilai numerik yang digunakan untuk membedakan data antar responden serta menggambarkan kondisi masing-masing variabel penelitian. Nilai-nilai skor tersebut kemudian diklasifikasikan ke dalam kategori tertentu sesuai dengan pedoman penilaian yang telah ditentukan. (Sugiyono, 2016).

1 = Sangat Kurang

2 = Kurang

3 = Cukup

4 = Baik

5 = Sangat Baik

Langkah awal dalam analisis data adalah menghitung jumlah skor berdasarkan jawaban responden terhadap setiap item pernyataan dalam kuesioner. Setiap pilihan jawaban memiliki nilai skor tertentu, yaitu:

a. Sangat Kurang (1) $\rightarrow$ Jumlah responden $\times$ 1 $= n_1$

b. Kurang (2) $\rightarrow$ Jumlah responden $\times$ 2 $= n_2$

c. Cukup (3) $\rightarrow$ Jumlah responden $\times$ 3 $= n_3$

d. Baik (4) $\rightarrow$ Jumlah responden $\times$ 4 $= n_4$

e. Sangat Baik (5) $\rightarrow$ Jumlah responden $\times$ 5 $= n_5$

Selanjutnya, total skor keseluruhan dihitung dari penjumlahan seluruh skor responden (Σn) (Riduwan, 2015: 15). Untuk mengetahui seberapa tinggi atau rendah persepsi responden, dilakukan perbandingan dengan skor ideal dan skor terendah:

a. Skor ideal (maksimal) $= 5 \times$ jumlah responden $\times$ jumlah item

b. Skor minimal Keterangan $= 1 \times$ jumlah responden $\times$ jumlah item

$$\frac{\text{Jumlah Skor } (\Sigma n)}{\text{Jumlah Skor Ideal } (5n)} \times 100\%$$

Keterangan :

Rentang nilai 0-20%	= Sangat Kurang
Rentang nilai 21%-40%	= Kurang
Rentang nilai 41%-60%	= Cukup
Rentang nilai 61%-80%	= Baik
Rentang nilai 81%-100%	= Sangat Baik