

## **BAB 1. PENDAHULUAN**

### **1. 1. Latar Belakang**

Fasilitas pelayanan kesehatan memiliki tanggung jawab untuk memastikan kualitas layanan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan dan untuk mematuhi regulasi yang berlaku. Oleh karena itu, penting bagi fasilitas pelayanan kesehatan untuk menjalankan operasional mereka dengan efisien, dengan tujuan mengoptimalkan penggunaan sumber daya dan mengendalikan biaya. Melalui cara ini, fasilitas pelayanan kesehatan dapat berperan aktif dalam menjaga keseimbangan antara pemberian layanan kesehatan yang berkualitas dan berkelanjutan. Sehingga, fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan klinik yang bertanggung jawab langsung atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada pasien (Undang-Undang RI, 2023).

Efisiensi dan efektivitas merupakan elemen penting dalam manajemen rumah sakit. Efisiensi diperlukan agar operasional rumah sakit berjalan dengan baik, sementara efektivitas memastikan bahwa layanan yang diberikan mampu menyembuhkan pasien. Di era BPJS Kesehatan, perubahan sistem pembayaran dari *“fee for service”* ke INA-CBG’s menuntut rumah sakit untuk terus meningkatkan efisiensi pelayanan. Rumah sakit harus menekan biaya agar tetap dibawah tarif yang ditetapkan BPJS Kesehatan, namun tetap mengutamakan keselamatan dan kualitas pelayanan pasien. Penerapan prinsip keselamatan pasien menjadi faktor penting untuk menjaga arus kas rumah sakit tetap positif, yang dapat mencerminkan stabilitas dan kesehatan keuangan rumah sakit dalam menjalankan kegiatan operasionalnya (Sriningsih and Marlina, 2020).

Prinsip kendali mutu dan kendali biaya tercantum pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 99 tahun 2015 tentang pelayanan kesehatan pada jaminan kesehatan nasional. Kendali mutu menekankan pada usaha untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan kepada pasien memenuhi standar kualitas yang telah ditetapkan (MENKES RI, 2015). Aspek-aspek tersebut mencakup keamanan pasien, efektivitas, pengobatan, keterjangkauan, dan

kepuasan pasien. Penerapan sistem manajemen mutu dilakukan untuk memastikan pemenuhan standar ini melalui kegiatan evaluasi, perbaikan berkelanjutan, dan peningkatan proses pelayanan. Kendali biaya dilakukan dengan usaha untuk mengelola dan mengendalikan biaya pelayanan rawat inap agar tetap efisien dan terkendali. Kegiatan ini mencakup perencanaan anggaran, pemantauan pengeluaran, identifikasi potensi pemborosan, dan pengembangan strategi untuk mengoptimalkan penggunaan sumber daya tanpa mengurangi kualitas. BPJS Kesehatan menerapkan prinsip kendali mutu dan kendali biaya dalam pembiayaan kesehatan. Prinsip ini diterapkan secara menyeluruh di setiap tingkatan pelayanan, mengingat adanya karakteristik dalam pelayanan kesehatan yang berpotensi menyebabkan terjadinya inefisiensi (Wahidah and Yusuf, 2022).

Implementasi *updating koding grouping* awal sebagai upaya kendali mutu dan kendali biaya, RSUD Dr. Soetomo menyusun strategi yang berfokus pada optimalisasi *clinical documentation improvement* (CDI) untuk memastikan pelayanan optimal dengan pembiayaan yang efisien, peran koder dalam kendali mutu dan kendali biaya menjadi sangat penting. Peran koder secara umum adalah melakukan kodefikasi diagnosis dan tindakan yang telah ditetapkan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dalam proses mengoptimalkan proses *reimbursement* klaim pelayanan ke BPJS Kesehatan. Kegiatan lainnya meliputi memantau pendokumentasian rekam medis pasien setiap harinya, memantau kemajuan kondisi pasien dalam rangka penegakan diagnosis pasien berdasarkan penunjang medis dan terapi yang diberikan, mengingatkan dokter mengenai prosedur yang tidak diklaim dan memastikan sumber-sumber klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan.

Petugas koding rawat inap di RSUD Dr. Soetomo terbagi menjadi 2 yakni petugas koding *grouping* awal dan petugas koding *grouping* final. Petugas koding *grouping* awal bertugas melakukan kodefikasi dimulai dari 1 hari setelah pasien dinyatakan masuk rumah sakit (MRS), kemudian akan dilakukan *updating* kodefikasi setiap 3 hari sebagai upaya kendali mutu dan kendali biaya. Tarif *grouping* ini akan muncul pada akun dokter di menu informasi pasien, selain itu dokter pula akan menerima notifikasi yang dikirimkan langsung melalui pesan *chat*

otomatis yang menginformasikan disparitas dan harmonisasi baik selisih positif maupun selisih negatif antara tarif rumah sakit dengan tarif INA-CBG's. Sehingga peran petugas koding *grouping* awal ini harus secara berkala melakukan *updating grouping* agar upaya kendali mutu dan kendali biaya dapat termonitoring hingga pasien keluar rumah sakit (KRS).

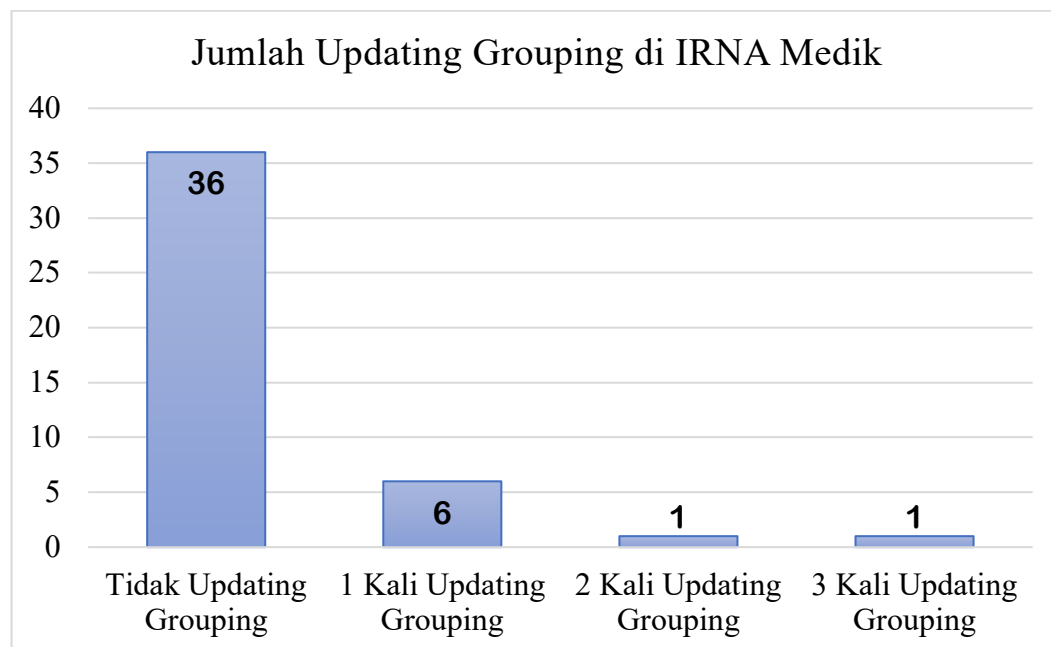
Petugas koding *grouping* final memiliki petugas yang ditempatkan di ruang instalasi rekam medis, petugas berjumlah 9 orang. Peran dan fungsi petugas koding *grouping* final yakni melakukan validasi kodefikasi antara diagnosis dan prosedur dengan penunjang dan terapi yang diberikan kepada pasien sudah sesuai dengan *clinical pathway* dan regulasi berita acara kesepakatan klaim ke BPJS Kesehatan. Temuan pada data pasien yang masih tidak lengkap pencatatannya oleh PPA baik kekurangan oleh karena ketidaklengkapan tatalaksana, penunjang, terapi, maka petugas koding *grouping* akhir akan memberikan *feedback* ke PIC koding *grouping* awal ruangan rawat inap untuk melakukan konfirmasi ke PPA untuk melakukan konfirmasi ke PPA untuk melengkapi sebelum diajukannya klaim ke pihak BPJS Kesehatan.

Kemudian, dengan tersebarnya petugas koding *grouping* awal yang berjumlah 8 tempat, peneliti memilih IRNA Medik sebagai tempat yang akan diobservasi karena jenis KSM (Kelompok Staf Medik) dan diagnosis yang ditangani lebih bervariasi. Kunjungan rawat inap di RSUD Dr. Soetomo pada tahun 2025 didominasi pasien dengan jenis penjaminan jaminan kesehatan nasional (JKN) baik itu penerima bantuan iuran (PBI) dan non penerima bantuan iuran (Non PBI). Berdasarkan hasil observasi PKL di stase PLRI (Pelayanan Rawat Inap) Medik pada tanggal 1 hingga 3 oktober 2025, terhadap data pasien yang dilakukan *grouping* awal oleh petugas IRNA Medik. Kegiatan *updating* koding *grouping* awal belum terlaksana secara efektif dalam meningkatkan upaya kendali mutu dan kendali biaya. Temuan tersebut dikarenakan hingga pasien KRS (Keluar Rumah Sakit) tidak dilakukan *updating* koding *grouping* awal, seharusnya dilakukan setiap 3 hari untuk memantau perjalanan penyakit pasien.

Kegiatan *updating* koding *grouping* awal dilakukan bertujuan untuk menganalisis pencatatan dokter yang tidak lengkap sehingga mempengaruhi

kodefikasi, melakukan konfirmasi atas diagnosis dan prosedur, serta melakukan kodefikasi sesuai dengan diagnosis dan prosedur yang telah tegak oleh DPJP. Kemudian, selisih tarif antara tarif rumah sakit dengan tarif INA CBG's pada menu KMKB yang sudah secara otomatis akan menampilkan tarif hasil *grouping* yang terkini sesuai dengan kompleksitas selama pasien dirawat.

Berikut ini hasil observasi data pasien yang MRS (Masuk Rumah Sakit) pada tanggal 1 September 2025. Observasi dilakukan dengan pengamatan pada aplikasi S-Klaim untuk mencatat kegiatan *updating grouping* dilaksanakan atau tidak hingga pasien KRS oleh petugas IRNA Medik. Berikut hasil observasi jumlah *updating grouping* data pasien IRNA Medik:



Gambar 1. 1 Jumlah *Updating Grouping* Data Pasien IRNA Medik MRS 1 September 2025

Berdasarkan gambar 1.1 di atas, diketahui bahwa petugas IRNA Medik melakukan *updating* koding *grouping* awal apabila diberikan intruksi oleh PIC, sehingga angka tidak dilaksanakannya *updating grouping* tinggi yakni 36 data pasien dari seluruh jumlah pasien yang MRS pada tanggal 1 September 2025. Berikut ini hasil observasi data pasien IRNA Medik yang dilihat berdasarkan rata-rata LOS (*Length of Stay*) data yang MRS pada tanggal 1 September 2025. Observasi dilakukan dengan pengamatan pada aplikasi S-Klaim dan SIPP (Sistem

Informasi Pendaftaran Pasien) untuk memvalidasi tanggal MRS dan KRS pasien. Berikut hasil observasi jumlah *updating grouping* berdasarkan rata-rata LOS pasien IRNA Medik :

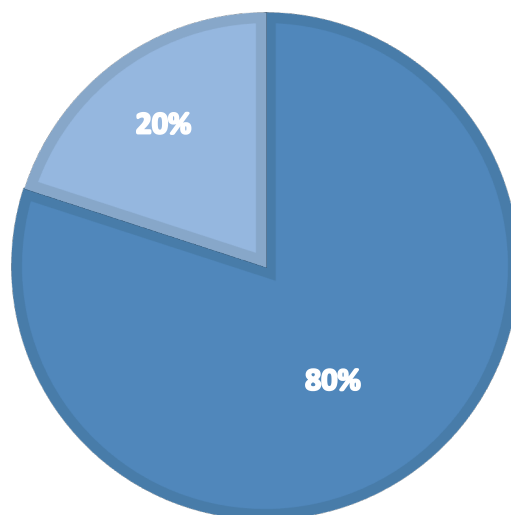
Tabel 1. 1 Jumlah *Updating Grouping* Berdasarkan Rata-Rata LOS Data Pasien IRNA Medik MRS 1 September 2025

| Rata-Rata<br>Los | Frekuensi <i>Updating Grouping</i>    |                                        |                                        |                                        |
|------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
|                  | Tidak<br><i>Updating<br/>Grouping</i> | 1 Kali<br><i>Updating<br/>Grouping</i> | 2 Kali<br><i>Updating<br/>Grouping</i> | 3 Kali<br><i>Updating<br/>Grouping</i> |
| < 5 Hari         | 22                                    | 1                                      | 0                                      | 0                                      |
| 6 - 10 hari      | 12                                    | 3                                      | 0                                      | 0                                      |
| 11 - 15 Hari     | 1                                     | 2                                      | 1                                      | 0                                      |
| 16 - 20 Hari     | 0                                     | 0                                      | 0                                      | 0                                      |
| 21 - 25 Hari     | 1                                     | 0                                      | 0                                      | 1                                      |
| <b>Total</b>     | <b>36</b>                             | <b>6</b>                               | <b>1</b>                               | <b>1</b>                               |

Berdasarkan tabel 1.1 di atas, diketahui bahwa petugas IRNA Medik melakukan *updating koding grouping* awal apabila memiliki LOS > 5 hari. Namun, saat observasi ditemukan pasien dengan LOS pada rentang 21 sampai 25 hari tidak dilakukan *updating koding grouping* awal. Kemudian, dilihat dari keakuratan kodefikasi petugas koding IRNA Medik yang telah melakukan *updating koding grouping* awal hingga pasien KRS lalu dilakukan verifikasi oleh petugas koding akhir diperoleh perbedaan penetapan kode. Perbedaan ditemukan baik pada penetapan kode diagnosis menggunakan ICD-10 maupun kode tindakan menggunakan ICD-9-CM, sehingga petugas koding akhir harus melakukan reseleksi untuk penetapan kode agar sesuai dengan kaidah koding dan regulasi klaim yakni BA kesepakatan klaim ke BPJS Kesehatan. Berikut disajikan dalam *pie chart* persentase kode yang dilakukan reseleksi oleh petugas koding akhir:

### PERSENTASE RESELEKSI KODE

■ Ada reseleksi kode    ■ Tidak ada reseleksi kode



Gambar 1. 2 Persentase Reseleksi Kode ICD-10 dan ICD-9-CM

Berdasarkan gambar 1.2 di atas, diketahui bahwa 80% kode dari total 44 pasien yang telah dilakukan *updating* koding *grouping* awal oleh petugas IRNA Medis harus dilakukan reseleksi kode. Kemudian, hasil wawancara yang telah dilakukan kepada petugas koding akhir saat studi pendahuluan, reseleksi kode tersebut disebabkan oleh kode yang telah ditetapkan petugas IRNA Medik tidak sesuai dengan diagnosis akhir yang ditegakkan oleh DPJP pada ringkasan pasien pulang rawat inap, serta kurang akuratnya kode yang ditetapkan setelah dilakukan analisis pada penunjang medis dan terapi yang diperoleh pasien selama perawatan. Ketidakkakuratan kode tersebut juga disebabkan karena terdapat penegakan diagnosis pada saat perawatan pasien yang tercatat pada CPPT (catatan pelayanan pasien terintegrasi) dan asesmen gizi pasien, namun tidak terdokumentasi pada ringkasan pasien pulang rawat inap.

Penyebab inilah yang mengakibatkan petugas koding akhir melakukan reseleksi serta *grouping* ulang pada aplikasi S-Klaim dan melakukan konfirmasi kepada PIC IRNA Medik untuk melengkapi pada EMR. Hal ini akan menyebabkan upaya kendali mutu dan kendali biaya tidak berjalan secara optimal di RSUD Dr. Soetomo. Kemudian, peneliti melakukan observasi terhadap data pasien yang

memerlukan konfirmasi serta melengkapi pendokumentasian pada EMR dari hasil temuan petugas koding akhir yang disampaikan kepada PIC IRNA Medik, berikut disajikan jumlah data pasien IRNA Medik yang memerlukan konfirmasi untuk melengkapi pada EMR:

Tabel 1. 2 Jumlah Konfirmasi Data di Instalasi Rawat Inap Medik RSUD Dr. Soetomo bulan September tahun 2025.

| No | Ruang Rawat  | Jumlah KRS | Jumlah RITL | Persentase (%) |
|----|--------------|------------|-------------|----------------|
| 1. | Kemuning I   | 128        | 16          | 8%             |
| 2. | Kemuning II  | 112        | 15          | 7%             |
| 3. | Pandan Wangi | 115        | 18          | 6%             |
| 4. | Pandan I     | 100        | 21          | 5%             |
| 5. | Pandan II    | 54         | 13          | 4%             |
| 6. | Palem I      | 59         | 15          | 4%             |
| 7. | Palem II     | 89         | 15          | 6%             |
| 8. | Seruni A     | 103        | 24          | 4%             |
| 9. | Seruni B     | 104        | 19          | 5%             |

Berdasarkan tabel 1.2 di atas, diketahui bahwa rata-rata konfirmasi data pasien untuk dilengkapi pada EMR kurang dari 10% dari total pasien KRS pada bulan September 2025. Ruang rawat yang memerlukan konfirmasi terbanyak pada ruang rawat Kemuning I yakni sebesar 8%. Hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti kepada perekam medis penanggung jawab di ruang IRNA Medik, data pasien yang dikonfirmasi disebabkan oleh pengisian diagnosis pada resume medis yang tidak lengkap, seperti adanya penegakan diagnosis pada CPPT, temuan pada laporan operasi yang belum terdokumentasi pada ringkasan pasien pulang, dan kurangnya pendokumentasian TTV (tanda-tanda vital), kondisi klinis pasien untuk menunjang penetapan kode diagnosis. Kemudian, konfirmasi data pasien juga disebabkan oleh adanya hasil penunjang medis dan terapi, namun diagnosis dokter masih berupa suspek. Konfirmasi juga disebabkan karena ketidaklengkapan surat keterangan penggunaan alat seperti ventilator, HNFC (*High Flow Nasal Cannula*), dan laporan operasi. Kemudian di bawah ini merupakan tabel data jumlah konfirmasi ringkasan pasien pulang rawat inap pada bulan September tahun 2025.

Tabel 1. 3 Jumlah Konfirmasi Ringkasan Pasien Pulang Rawat Inap di Instalasi Rawat Inap Medik RSUD Dr. Soetomo bulan September tahun 2025.

| No | Ruang Rawat  | Jumlah KRS | Jumlah RITL |
|----|--------------|------------|-------------|
| 1. | Kemuning I   | 128        | 20          |
| 2. | Kemuning II  | 112        | 17          |
| 3. | Pandan Wangi | 115        | 12          |
| 4. | Pandan I     | 100        | 14          |
| 5. | Pandan II    | 54         | 24          |
| 6. | Palem I      | 59         | 13          |
| 7. | Palem II     | 89         | 14          |
| 8. | Seruni A     | 103        | 24          |
| 9. | Seruni B     | 104        | 11          |

Berdasarkan tabel 1.3 di atas, diketahui bahwa ruang rawat Pandan II yang memiliki jumlah konfirmasi ringkasan pasien pulang rawat inap paling tinggi. Hal ini, disebabkan kompleksitas perawatan pasien pada IRNA Medik yang beragam, sehingga membutuhkan analisis data yang baik dan ketepatan penentuan kode diagnosis serta prosedur agar dapat menghasilkan tarif INA CBG's yang menggambarkan kompleksitas pasien. Kemudian, peneliti konfirmasi melalui wawancara yang dilakukan kepada perekam medis penanggung jawab di ruang IRNA Medik, hal ini disebabkan oleh kurangnya analisis terhadap data pasien selama perawatan pasien, sehingga diagnosis utama dan sekunder serta penatalaksanaan tidak sesuai antara pendokumentasian DPJP pada ringkasan pasien pulang dengan penetapan kode oleh petugas IRNA Medik. Proses *updating* koding *grouping* awal ini bertujuan untuk memastikan bahwa setiap perubahan kondisi klinis pasien dan prosedur yang diberikan terdokumentasi secara akurat, sehingga dapat mendukung monitoring mutu pelayanan, evaluasi biaya perawatan serta validasi klaim pembiayaan.

RSUD Dr. Soetomo sebagai rumah sakit yang menjadi pusat rujukan, dituntut untuk dapat memberi pelayanan yang berkualitas, efisien dan sesuai standar. Pelayanan yang berfokus kepada pasien, manajemen keuangan yang baik dan kualitas data yang bermutu harus tetap terjaga, dengan adanya mekanisme tersebut diperlukan monitoring dalam upaya kendali mutu dan kendali biaya melalui kegiatan *updating* koding *grouping* awal. Kegiatan monitoring dilakukan

dengan menganalisis besaran tarif rumah sakit selama perawatan dengan tarif hasil *grouping* dari aplikasi INA CBG's. Kemudian, perbandingan tarif tersebut dapat mencerminkan kompleksitas pasien selama dirawat, sehingga DPJP dapat melakukan optimalisasi dalam pelayanan kepada pasien dengan tetap berpedoman pelayanan pasien merupakan prioritas utama. Namun, *updating* koding *grouping* awal dalam upaya kendali mutu dan kendali biaya di RSUD Dr. Soetomo kurang optimal pelaksanaannya, sehingga perlu dilakukan dianalisis penyebabnya. Oleh karena itu, peneliti ingin melakukan analisis faktor penyebab kurang optimalnya pelaksanaan *updating* koding *grouping* awal menggunakan *fishbone analysis* dengan metode 5M, serta menyusun rekomendasi yang dapat diterapkan sebagai upaya optimalisasi pelaksanaan *updating* koding *grouping* awal dalam kendali mutu dan kendali biaya di RSUD Dr. Soetomo.

## **1. 2. Tujuan dan Manfaat**

### **1.2.1 Tujuan Umum MAGANG/ PKL**

Menganalisis faktor penyebab kurang optimalnya pelaksanaan *updating* koding *grouping* awal dalam upaya kendali mutu dan kendali biaya pelayanan rawat inap di RSUD Dr. Soetomo menggunakan analisis *fishbone* dengan metode 5M.

### **1.2.2 Tujuan Khusus MAGANG/ PKL**

1. Mengidentifikasi faktor sumber daya manusia (*man*) meliputi jumlah ketersediaan tenaga, pendidikan, pelatihan, masa kerja, mekanisme kerja, kompetensi serta sikap dan motivasi yang menyebabkan kurang optimalnya pelaksanaan *updating* koding *grouping* awal pelayanan rawat inap di RSUD Dr. Soetomo.
2. Mengidentifikasi faktor uang (*money*) meliputi manajemen keuangan dan anggaran rumah sakit yang menyebabkan kurang optimalnya pelaksanaan *updating* koding *grouping* awal pelayanan rawat inap di RSUD Dr. Soetomo.
3. Mengidentifikasi faktor bahan (*material*) meliputi sarana dan prasarana yang menyebabkan kurang optimalnya pelaksanaan *updating* koding *grouping* awal pelayanan rawat inap di RSUD Dr. Soetomo.

4. Mengidentifikasi faktor peralatan (*machine*) meliputi EMR dan S-Klaim yang menyebabkan kurang optimalnya pelaksanaan *updating* koding *grouping* awal pelayanan rawat inap di RSUD Dr. Soetomo.
5. Mengidentifikasi faktor proses (*method*) meliputi SPO koding dan regulasi klaim yang menyebabkan kurang optimalnya pelaksanaan *updating* koding *grouping* awal pelayanan rawat inap di RSUD Dr. Soetomo.
6. Menyusun akar penyebab masalah kurang optimalnya pelaksanaan *updating* koding *grouping* awal pelayanan rawat inap menggunakan *fishbone diagram*.
7. Merumuskan pemecahan masalah menggunakan metode USG sebagai dasar penetapan prioritas solusi penyelesaian kurang optimalnya pelaksanaan *updating* koding *grouping* awal dalam upaya kendali mutu dan kendali biaya pelayanan rawat inap di RSUD Dr. Soetomo.
8. Menyusun rekomendasi inovatif berupa perancangan *design user interface* sistem informasi monitoring dan audit koding dalam upaya kendali mutu dan kendali biaya pelayanan rawat inap di RSUD Dr. Soetomo.

### 1.2.3 Manfaat MAGANG/ PKL

- a. Bagi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soetomo
  1. Dapat memperoleh suatu gambaran faktor penyebab kurang optimalnya pelaksanaan *updating* koding *grouping* awal dalam upaya kendali mutu dan kendali biaya pelayanan rawat inap di RSUD Dr. Soetomo
  2. Dapat menjadi bahan masukan serta upaya perbaikan terhadap RSUD Dr. Soetomo dalam optimalisasi *updating* koding *grouping* awal dalam upaya kendali mutu dan kendali biaya.
- b. Bagi Politeknik Negeri Jember
  1. Dapat menjadi tambahan studi literatur dan bahan kajian dalam pengembangan program studi Manajemen Informasi Kesehatan (MIK).
  2. Dapat menjadi referensi peserta magang selanjutnya mengenai faktor penyebab kurang optimalnya pelaksanaan *updating* koding *grouping* awal dalam upaya kendali mutu dan kendali biaya.

c. Bagi Peneliti

1. Mengimplementasikan ilmu dan wawasan yang telah dipelajari selama masa perkuliahan dan dapat melakukan studi banding antara teori dengan kajian tentang penyelenggaraan rekam medis elektronik di rumah sakit.
2. Menambah pengetahuan peneliti dengan mengetahui faktor penyebab kurang optimalnya pelaksanaan *updating* koding *grouping* awal dalam upaya kendali mutu dan kendali biaya di RSUD Dr. Soetomo.

### 1. 3. Lokasi dan Waktu

#### 1.3.1 Lokasi Magang/PKL

Magang/PKL dilaksanakan di RSUD Dr. Soetomo yang berlokasi di Jalan Prof. Dr. Moestopo No.6-8, Airlangga, Kecamatan Gubeng, Surabaya, Provinsi Jawa Timur. Kegiatan dilakukan pada bagian koding IRNA medik di Instalasi Rekam Medis RSUD Dr. Soetomo.

#### 1.3.2 Waktu Kegiatan Magang/PKL

Magang/PKL dilakukan dalam waktu 12 minggu diluar pra pendidikan (pradik), mulai dari tanggal 25 Agustus 2025 sampai dengan 14 November 2025. Studi pendahuluan dilakukan 26 – 29 Agustus 2025 kemudian pengambilan data penelitian pada tanggal 29 September – 20 Oktober 2025.

### 1. 4. Metode Pelaksanaan

#### 1.4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan untuk menganalisis faktor penyebab kurang optimalnya pelaksanaan *updating* koding *grouping* awal dalam upaya kendali mutu dan kendali biaya pelayanan rawat inap di RSUD Dr. Soetomo adalah penelitian kualitatif menggunakan analisis *fishbone* dengan metode 5M. Analisis *fishbone* merupakan salah satu metode yang dapat digunakan untuk menganalisis penyebab dari sebuah masalah atau kondisi adalah diagram *fishbone* atau *Ishikawa diagram*. Diagram ini biasa digunakan untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab terjadinya suatu masalah, dengan menggunakan faktor sebagai sarana untuk mengelompokkan jenis penyebab permasalahan ke dalam kategori (Qurrotu'aini and Ardan, 2023).

Metode penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif. Metode penelitian kualitatif adalah pendekatan ilmiah yang digunakan untuk memahami fenomena sosial atau perilaku manusia melalui pengumpulan dan analisis data berupa teks, gambar, atau suara. Teknik pengumpulan data pada penelitian ini adalah wawancara.

#### 1.4.2 Sumber Data

##### a. Data Primer

Data primer adalah data yang bersumber dari narasumber penelitian, didapat langsung dalam bentuk verbal, baik yang disampaikan secara lisan maupun disimpulkan berdasarkan pengamatan terhadap tingkah laku yang dilakukan oleh narasumber penelitian. Data primer dikumpulkan secara langsung dari pelaku atau subjek penelitian (Agustini *et al.*, 2023). Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari hasil wawancara, observasi dan dokumentasi terkait analisis ketidakterlaksanaan *updating* koding *grouping* awal dalam upaya kendali mutu dan kendali biaya pelayanan rawat inap di Instalansi Rekam Medik RSUD Dr. Soetomo menggunakan metode 5M.

##### b. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari sumber yang telah ada sebelumnya seperti dokumen arsip, data survei dan data statistik (Agustini *et al.*, 2023). Data sekunder pada penelitian ini berupa dokumen petunjuk teknis kodefikasi rawat inap RSUD Dr. Soetomo, hasil tangkap layar S-Klaim atau data *grouping* awal rawat inap IRNA medik di RSUD Dr. Soetomo.

#### 1.4.3 Unit Analisis

Unit analisis dalam penelitian ini adalah petugas rekam medis yang bertugas di IRNA medik RSUD Dr. Soetomo. Objek penelitian ini adalah S-Klaim (Soetomo Klaim) yang digunakan oleh petugas IRNA medik untuk melakukan kodefikasi diagnosis dan tindakan. Informan penelitian berjumlah 10 orang dengan rincian 9 informan utama dan 1 informan pendukung. Informan utama terdiri dari petugas koding dan informan pendukung merupakan penanggung jawab pelayanan yang bertanggung jawab atas kegiatan koding *grouping* awal.

Tabel 1. 4 Informan utama dan informan pendukung

| No                        | Informan                                                                       | Jumlah Petugas      | Keterangan                                                                                            |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Informan Utama</b>     |                                                                                |                     |                                                                                                       |
| 1                         | Petugas koding <i>grouping</i> awal dan <i>updating grouping</i> awal          | 9<br>(Informan 1-9) | Merupakan petugas rekam medis yang memiliki tugas pokok dan fungsi di bagian IRNA medik.              |
| <b>Informan Pendukung</b> |                                                                                |                     |                                                                                                       |
| 2                         | Penanggung jawab koding <i>grouping</i> awal dan <i>updating grouping</i> awal | 1<br>(Informan 10)  | Perekam medis yang bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan rekam medis di bagian IRNA medik. |

#### 1.4.4 Teknik Pengumpulan Data

##### a. Observasi

Observasi adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat, mendengar, dan mencatat aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2018). Observasi penelitian ini diperoleh dengan mengamati secara langsung terhadap pelaksanaan koding *grouping* awal dan *updating grouping* awal dimulai dari pasien MRS hingga pasien KRS di IRNA Medik RSUD Dr. Soetomo. Sehingga, peneliti bisa melihat kegiatan yang dilakukan oleh koder, mendengar diskusi baik yang dilakukan antar sesama koder dan dokter untuk melakukan konfirmasi, serta peneliti mencatat aktivitas yang dilakukan oleh koder dalam melakukan koding *grouping* awal dan *updating grouping* awal.

##### b. Wawancara

Wawancara digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari responden atau informan penelitian secara tatap muka (Notoatmodjo, 2018). Pelaksanaan wawancara yang akan dilakukan peneliti yakni dengan mengumpulkan informasi-informasi untuk mengetahui hal-hal yang lebih mendalam tentang partisipan dalam menginterpretasikan situasi dan fenomena yang terjadi (Sugiyono, 2023). Wawancara dilakukan secara mendalam (*indepth interview*) kepada 7 informan

yang merupakan petugas koding *grouping* awal dan *updating grouping* awal di IRNA Medik dalam proses kerjanya.

#### 1.4.5 Instrumen Penelitian

##### a. Pedoman Observasi

Pedoman observasi adalah langkah atau prosedur yang digunakan untuk memastikan pengumpulan data secara sistematis dan objektif selama kegiatan observasi. Pedoman observasi pada penelitian ini berisi lembar *checklist* yang digunakan untuk mengamati sejumlah kegiatan yang dilakukan selama penelitian berdasarkan variabel sumber daya manusia (*man*), uang (*money*), bahan (*material*), peralatan (*machine*), dan proses (*method*).

##### b. Pedoman Wawancara

Pedoman wawancara adalah langkah atau prosedur yang digunakan untuk mengumpulkan data melalui interaksi langsung antara peneliti dan informan. Pedoman observasi pada penelitian ini berisi lembar wawancara yang berisi daftar pertanyaan yang akan ditanyakan kepada informan selama pelaksanaan penelitian berdasarkan variabel sumber daya manusia (*man*), uang (*money*), bahan (*material*), peralatan (*machine*), dan proses (*method*).

#### 1.4.6 Uji Keabsahan Data

Pada penelitian ini uji keabsahan data dilakukan dengan menguji kredibilitas data melalui triangulasi. Triangulasi dalam pengujian kredibilitas diartikan sebagai pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara, dan berbagai teknik (Sugiyono, 2023). Berikut merupakan jenis triangulasi yang digunakan pada penelitian ini:

##### a. Triangulasi Sumber

Triangulasi sumber digunakan untuk menguji kredibilitas data yang dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber atau informan penelitian yang terlibat (Sugiyono, 2023). Pada penelitian ini akan dilakukan uji kredibilitas data dengan cara mengecek data dari sumber yang berbeda yaitu petugas IRNA Medik yang melakukan kegiatan *updating* koding *grouping* awal dan perekam medis penanggung jawab IRNA Medik. Triangulasi

sumber pada penelitian ini akan dilakukan untuk meneliti variabel sumber daya manusia (*man*), bahan (*material*), dan proses (*method*).

b. Triangulasi Teknik

Triangulasi teknik digunakan untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda, yaitu melalui observasi, wawancara dan juga dokumentasi (Sugiyono, 2023). Hasil penelitian akan dicek dari data yang diperoleh berdasarkan teknik observasi, dan wawancara. Triangulasi teknik pada penelitian ini akan dilakukan untuk meneliti variabel sumber daya manusia (*man*), uang (*money*), bahan (*material*), peralatan (*machine*), dan proses (*method*).