

Periode : Semester Genap
Tahun : 2023
Skema Penelitian : Penelitian Dasar
Tema RIP Penelitian : Kualitas Kesehatan, Penyakit Tropis, Gizi & Obat-obatan

PROGRAM PENELITIAN

**Identifikasi Faktor Yang Berpengaruh Dalam Penggunaan Sistem Pembiayaan
Layanan Kesehatan Dengan Diagnosis Penyakit (Ina-Cbgs) Di Rumah Sakit Islam
Jakarta Pondok Kopi**



Oleh:

Daniel Happy Putra, M.K.M (0319019501)

Dina Sonia, S.ST., MM

Deasy Rosmala Dewi, SKM., M.Kes

Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan

Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Universitas Esa Unggul

Tahun 2023

Halaman Pengesahan Program Penelitian

Universitas Esa Unggul

1. Judul Kegiatan Penelitian : Identifikasi Faktor Yang Berpengaruh Dalam Penggunaan Sistem Pembiayaan Layanan Kesehatan Dengan Diagnosis Penyakit (Ina-Cbgs) Di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi
2. Nama mitra sasaran : Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi
3. Ketua tim :
 - a. Nama : Daniel Happy Putra, M.K.M
 - b. NIDN : 0319019501
 - c. Jabatan Fungsional : Asisten Ahli
 - d. Fakultas/Prodi : Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan/ Rekam Medis & Informasi Kesehatan (D3)
 - e. Bidang Keahlian : Epidemiologi, Data dan Sistem Informasi Kesehatan
 - f. Telepon : 085311239083
 - g. Email : danielhappyg@gmail.com, daniel.putra@esaunggul.ac.id
4. Jumlah Anggota Dosen : 2 Orang
5. Jumlah Anggota Mahasiswa : 1 Orang
6. Lokasi Kegiatan Mitra
 - Alamat : Jl. Pd. Kopi Raya, RT.1/RW.3 13460 Daerah Khusus Ibukota Jakarta
 - Kabupaten/Kota : Jakarta Timur
 - Provinsi : DKI Jakarta
7. Periode/Waktu Kegiatan : Januari – April 2023

8. Luaran yang dihasilkan : Laporan akhir penelitian (hasil evaluasi sistem),
Publikasi internasional/nasional
9. Usulan Anggaran : Rp. 1.000.000

Jakarta, 19 Januari 2023

Menyetujui
Dekan Fakultas

Pengusul
Ketua Tim Pelaksana



Prof. Dr. Apt. Aprilita Rina Yanti Eff,
M.Biomed
0318046802

Daniel Happy Putra, M.K.M
0319019501

Mengetahui,
Ka. LPPM

Laras Sitoayu, S.Gz, MKM, RD
NIK. 215080596

**Surat Pernyataan Ketua Pelaksana
Program Penelitian Dasar**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Daniel Happy Putra, M.K.M
NIDN/NIK : 0319019501/219080813
Fakultas/Prodi : Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan/Rekam Medis dan Informasi
Kesehatan (D3)
Jabatan Fungsional : Asisten Ahli

Dengan ini saya menyatakan bahwa proposal program penelitian yang diajukan dengan judul:
Identifikasi Faktor Yang Berpengaruh Dalam Penggunaan Sistem Pembiayaan Layanan Kesehatan Dengan Diagnosis Penyakit (Ina-Cbgs) Di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi

Yang saya usulkan dalam skema penelitian dasar internal Universitas Esa Unggul tahun 2023 bersifat original dan belum pernah dibiayai oleh lembaga/sumber dana lain.

Bilamana diketahui di kemudian hari adanya indikasi tidak jujur/itikad kurang baik sebagaimana dimaksud di atas, maka kegiatan ini dibatalkan dan saya bersedia mengembalikan dana yang telah diterima kepada pihak Universitas Esa Unggul melalui LPPM.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dengan sebenar-benarnya

Jakarta, 19 Januari 2023

Yang menyatakan



Daniel Happy Putra, M.K.M

0319019501/219080813

Daftar Tim Pelaksana Penelitian

Universitas Esa Unggul

1. Ketua Pelaksana :
Nama : Daniel Happy Putra
NIDN : 0319019501
Jabatan Fungsional : Asisten Ahli
Fakultas/Prodi : Fakultas Ilmu Kesehatan/Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (D3)
Tugas : 1. Melaksanakan analisis statistik data penelitian
2. Melakukan penyusunan laporan penelitian
2. Anggota 2
Nama : Deasy Rosmala Dewi
NIDN : -
Jabatan Fungsional : Asisten Ahli
Fakultas/Prodi : Fakultas Ilmu Kesehatan/Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (D3)
Tugas : Melakukan analisa data kuesioner penelitian
3. Mahasiswa 1 :
Nama : Niken Kirani
NIM : 20190306217
Fakultas/Prodi : Fakultas Ilmu Kesehatan/Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (D3)
Tugas : 1. Melakukan wawancara pengumpulan data
2. Melakukan penginputan data ke dalam sistem pengolahan Data

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	2
DAFTAR GAMBAR	3
BAB I PENDAHULUAN	4
1.1	4
1.2	7
1.3	7
1.3.1	7
1.3.2	Error! Bookmark not defined.
1.4	7
1.4.1	7
1.4.2	Error! Bookmark not defined.
1.4.3	8
1.5	8
RENSTRA DAN PETA JALAN PENELITIAN PERGURUAN TINGGI	8
3.1	11
3.1.1	11
3.1.2	12
3.1.3	14
3.2	22
3.2	24
METODE PENELITIAN	18
3.3	25
BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN	21
DAFTAR PUSTAKA	30

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2 1 RIP Penelitian Prodi RMIK	9
Gambar 3 7 Kerangka Teori	16
Gambar 4 1 Tahapan Penelitian.....	19

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan terbaik suatu fasilitas pelayanan kesehatan akan menunjang terlaksananya kegiatan sesuai prosedur yang telah ditetapkan. Bertambahnya kemajuan teknologi menyebabkan kompetensi pada setiap rumah sakit. Oleh karena itu, hanya rumah sakit yang memiliki mutu pelayanan yang baik dengan pembiayaan yang relatif terjangkau akan maju dalam persaingan yang ketat di era saat ini. Salah satu jenis dari fasilitas pelayanan kesehatan ialah rumah sakit.

Rumah sakit adalah fasilitas medis yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan mandiri yang komprehensif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Pemerintah Indonesia, 2009). Peningkatan mutu suatu rumah sakit pada saat ini didukungnya sistem informasi kesehatan guna mempermudah akses informasi dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat sebagai salah satu tujuan SIK.

Sistem Informasi Kesehatan (SIK) adalah seperangkat aturan yang mencakup data, informasi, indikator, prosedur. Perangkat, teknologi dan sumber daya manusia yang berkaitan dan dapat dikelola dalam mengarahkan suatu kebijakan yang berguna sebagai pembangunan kesehatan (Pemerintah Indonesia, 2014). SIK sangat berperan dalam sistem kesehatan, salah satunya sebagai sistem pembiayaan kesehatan dimana mayoritas sarana pelayanan kesehatan pada saat ini telah menerapkan sistem pembiayaan kesehatan yaitu INA-CBGs sebagai asuransi kesehatan untuk seluruh rakyat Indonesia.

Asuransi kesehatan merupakan jaminan perlindungan kesehatan yang diberikan kepada peserta asuransi ketika peserta tersebut ada masalah dengan status kesehatan. Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan sesuai mekanisme Asuransi Sosial dimana setiap peserta wajib membayar iuran sebagai perlindungan atas resiko yang menyimpannya. Dalam SJSN, terdapat Jaminan Kesehatan Nasional yang merupakan program pemerintah yang bertujuan memberikan jaminan kesehatan kepada seluruh rakyat Indonesia dalam memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak, sejahtera, adil dan makmur (Pemerintah Indonesia, 2004).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Permenkes, 2013). Pembiayaan kesehatan adalah bagian yang terpenting dalam penerapan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Di Indonesia

telah diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dengan menggunakan INA-CBGs.

Pelaksanaan sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs) diatur dalam Permenkes No. 76 Tahun 2016. Sistem INA-CBGs merupakan sistem pembiayaan dengan kodefikasi dari diagnosis atau tindakan terakhir yang menjadi output dari pelayanan, berbasis data *costing* atau *coding* penyakit yang mengacu pada *International Classification Of Disease* (ICD) yang disusun WHO dengan acuan ICD-10 sebagai kode diagnosis dan ICD-9 CM sebagai kode tindakan/prosedur (Wunari et al, 2016). Pelaksanaan pembayaran pada INA-CBGs dikenal dengan *casemix* (*case based payment*).

Sistem *casemix* adalah pengelompokkan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip atau sama dengan biaya perawatan yang sama, pengelompokkan dilakukan dengan menggunakan software grouper (Kemenkes RI, 2016). Terlaksananya kegiatan pengolahan rekam medis diperlukan manajemen yang baik sebagai pedoman untuk proses dalam kegiatan pengaturan, perencanaan, pengorganisasian, pengarahan serta pengendalian untuk mencapai tujuan yang efektif dan efisien. Maka dengan itu diperlukannya unsur manajemen.

Menurut (Faida & Muhadi, 2019) dalam bukunya berjudul "*Dasar Organisasi dan Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*" unsur-unsur manajemen terdiri dari 6M (*Man, Money, Machines, Methods, Materials, Market*). *Man* (manusia) mencakup manajer dan karyawan yang menjelaskan mengenai tenaga kerja, pengalaman kerja petugas dan kualifikasi perekam medis yang profesional. *Money* (uang) merupakan elemen penting sebagai media pertukaran dan sebagai alat untuk mengukur nilai perusahaan. Unsur keuangan menjelaskan mengenai pengeluaran biaya yang mencakup jumlah tenaga kerja yang dibayarkan, jumlah produk medis dan bahan habis pakai yang dipergunakan. *Machines* (mesin) berperan sebagai alat bantu kerja sangat penting dalam setiap organisasi. Mesin lebih ringan dan lebih mudah digunakan. Contoh mesin yang dibutuhkan untuk pelayanan medis adalah pendeteksi detak jantung, ultrasound, dan CT scan. Contoh mesin unit rekam medis berupa komputer, printer, penghancur kertas, alat scan dan mesin fotokopi. *Methods* (cara/metode) adalah cara kerja dilakukan untuk mencapai tujuan tertentu menentukan hasil kerja seseorang. Metode ini diperlukan untuk semua kegiatan manajemen seperti : perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pemantauan. Contoh metode yang digunakan untuk memberikan pelayanan medis di unit kerja rekam medis adalah perekam medis yang berpedoman sesuai dengan standar prosedur operasional yang telah ditetapkan. *Materials* (bahan) dikategorikan sebagai unsur penting manajemen pada sarana dan prasarana di rekam medis. Contoh material di unit

rekam medis antara lain : perlengkapan kantor, rak penyimpanan, meja, kursi, kertas, formulir dan map. *Market* (target pasar) merupakan target sasaran dalam layanan kesehatan yang sangat penting bagi kelangsungan produksi jasa kesehatan. Hal ini mengungkapkan bahwa yang dimaksud target pasar adalah seorang pasien yang berobat, pembagian kelas rawat pada pasien BPJS dan kepuasan pasien. Diterapkannya unsur-unsur manajemen pada setiap perusahaan atau instansi yang dibutuhkan agar berjalannya suatu kegiatan.

Pengelolaan sistem dapat berjalan dengan efektif dan efisien dikarenakan adanya faktor yang berpengaruh terhadap sistem. Maka dari itu dengan mengidentifikasi faktor pengaruh pada sistem INA-CBGs berguna dalam meningkatkan kualitas mutu dalam pelayanan pembiayaan kesehatan dan juga sebagai bahan evaluasi agar sistem tersebut dapat berjalan sesuai prosedurnya.

Penyelenggaraan INA-CBGs berjalan sejak tahun 2014, pada penerapan INA-CBGs terdapat faktor pendukung dan penghambat dalam penggunaannya. Hasil *literature review* (Nawir, 2021) menyatakan bahwa faktor pendukung pada sistem INA-CBGs diantaranya seperti : mutu rekam medis, kesolidaritasan tim rumah sakit atau tim *casemix*, standarisasi dan kecepatan dalam klaim BPJS, sedangkan penghambat yang terjadi pada sistem INA-CBGs antara lain : merubah atau membongkar *software*, menambah diagnosis pada pasien yang sebenarnya tidak terdapat pada pasien tersebut guna untuk meningkatkan tingkat keparahan dan mendapatkan pembiayaan lebih mahal, menambah prosedur yang tidak dilakukan, memberikan coding dengan sengaja, memanipulasi data kedalam sistem, dan memperpanjang durasi waktu pelayanan. Akan tetapi, berdasarkan penelitian (Leonard et al., 2020) yang dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil dijelaskan bahwa faktor penghambat berasal dari ketidakefektifan petugas saat bekerja dalam pengisian dan perlengkapan data pasien di setiap klinik yang bersumber dari petugas registrasi, dokter ataupun petugas *casemix*, tidak adanya SPO mengenai INA-CBGs di rumah sakit, tidak sesuainya data administrasi oleh dokter yang berada di setiap klinik seperti nomor rekam medis, nomor SEP, jaringan sering bermasalah, minimnya pelatihan petugas mengenai penggunaan sistem INA-CBGs, adanya selisih biaya antara rumah sakit dan tarif INA-CBGs dan terlalu banyak user yang menggunakan wifi ketika mengakses data dan menginput data sehingga pekerjaan petugas tidak tepat waktu.

Berdasarkan hasil observasi, Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi telah menggunakan sistem INA-CBGs dengan versi terbaru tahun 2022. Pada saat mengelola sistem ditemukannya beberapa hambatan atau kendala diantaranya, sistem INA-CBGs belum terupdate hal itu dapat menyebabkan petugas tidak dapat mengerjakan pekerjaannya, keterlambatan dalam pengajuan klaim data kepada BPJS dikarenakan rekam medis bersifat manual atau kertas, faktor lain

diantaranya jaringannya tidak stabil atau server error dari kemenkes sehingga petugas sulit dalam mengakses sistem tersebut, serta penguasaan terkait kodefikasi penyakit dengan ICD 10 sebagai kode diagnosa dan ICD 9-CM sebagai kode tindakan.

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian berjudul “Identifikasi Faktor yang Berpengaruh dalam Penggunaan Sistem Pembiayaan Layanan Kesehatan dengan Diagnosis Penyakit (INA-CBGs) di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi”.

1.2 Permasalahan

Penelitian terdahulu terkait karakteristik dari sistem informasi Buku KIA Online yang sudah berjalan, didapatkan data bahwa penerimaan dari sistem buku KIA *Online* belum sesuai dengan tingkat capaian yang diharapkan. Buku KIA *Online* sendiri merupakan sistem baru untuk mengintervensi kurang lengkapnya data terkait pelayanan poliklinik Ibu dan Anak. Karakteristik sistem dan *user* dinilai merupakan salah satu aspek yang berpengaruh terhadap penerimaan pengguna terhadap sistem Buku KIA *Online* di Puskesmas Cengkareng.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi faktor yang berpengaruh dalam penggunaan sistem pembiayaan layanan kesehatan dengan diagnosis penyakit (INA-CBGs)

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi penerapan sistem INA-CBGs di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi
- b. Mengidentifikasi variabel pendukung/penghambat sistem berdasarkan 6M (Man, Materials, Machines, Methods, Money, Market) di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi

Hasil penelitian berguna sebagai bahan evaluasi peningkatan sistem INA-CBGs di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi yang berjalan dengan efektif dan efisien. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan penelitian mengenai identifikasi faktor yang berpengaruh terhadap penerimaan sistem ini dapat digunakan sebagai bahan referensi dan kajian yang berguna dalam bidang informasi kesehatan khususnya dalam pengelolaan sistem dan pengembangan sistem di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

1.4.2 Bagi Peneliti

Menambah wawasan dan pengalaman peneliti dalam melakukan penelitian serta dapat memperdalam pengetahuan dan keterampilan peneliti melakukan evaluasi terhadap sistem informasi kesehatan.

1.5 Hasil yang diharapkan

Luaran dari penelitian ini adalah 1 (satu) laporan penelitian serta naskah jurnal yang akan dipublikasikan ke jurnal terakreditasi nasional (SINTA).

BAB II

RENSTRA DAN PETA JALAN PENELITIAN PERGURUAN TINGGI

Proposal penelitian ini berhubungan dengan 2 tema unggulan penelitian di universitas esa unggul yaitu

- a) **Kualitas Kesehatan, Penyakit Tropis, Gizi & Obat-obatan** (*Health, Tropical Diseases, Nutrition & Medicine*)
- b) **Penerapan Pengelolaan Bencana** (*Disaster Management*) dan **Integrasi Nasional & Harmoni Sosial** (*Nation Integration & Social Harmony*)

Proposal penelitian ini mengangkat topik sistem informasi kesehatan di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan primer/tingkat pertama. Tujuan secara umum dari proposal penelitian ini adalah untuk mengetahui penyebab dari tidak maksimalnya penerimaan sistem Buku KIA *Online* pada para pengguna di lingkungan Puskesmas Cengkareng. Secara langsung hasil dari penelitian ini akan memberikan gambaran terhadap karakteristik pengguna dan sistem dalam penggunaan sistem itu sendiri. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran terhadap sistem lain di lingkungan Puskesmas Cengkareng. Hal lain yang dapat memberikan dampak langsung adalah terkait dengan sistem Buku KIA *Online* yang berhubungan langsung dengan pelayanan kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas. Hasil dari penelitian ini dapat memberikan gambaran terhadap aspek sistem yang harus diperbaiki khususnya terkait dengan karakteristik pengguna di Puskesmas Cengkareng serta sistem itu sendiri. Gabungan dari 2 hal tersebut yang menyebabkan secara langsung proposal penelitian ini sejalan dengan 2 tema unggulan penelitian Universitas Esa Unggul.

Pada Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan (FIKES) Universitas Esa Unggul proposal penelitian ini sejalan dengan salah satu tema fakultas yaitu **Kebijakan dan Informasi: Peningkatan Kualitas Hidup dan Harmonisasi Sosial** dengan topik Sistem Informasi Kesehatan. Keluaran penelitian ini adalah cetak biru dari sebuah sistem informasi yang diharapkan akan memberikan solusi terhadap permasalahan yang dihadapi.

Program studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan memiliki beberapa tema yang diturunkan melalui tema Universitas Esa Unggul dan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan yaitu sebagai berikut

Tema :

1. Kualitas Kesehatan, penyakit tropis, & gizi (Health, tropical diseases, & nutrition)
2. Penerapan pengelolaan bencana (Disaster Management) dan Integrasi Nasional & Harmoni Sosial (Nation Integration & Social Harmony)

Tujuan:

Peningkatan kualitas pencatatan rekam kesehatan

Peningkatan teknologi tepat guna

Pemetaan sebaran penyakit

Peningkatan kualitas kesehatan

Peningkatan pelayanan kesehatan terpadu

Alternatif Solusi:

1. Merancang dan meningkatkan mutu manajemen data dan informasi kesehatan
2. Meningkatkan akurasi pengodean klasifikasi klinis, kodifikasi penyakit dan masalah kesehatan lainnya serta prosedur klinis
3. Perancangan dan penerapan aplikasi statistik kesehatan, melakukan pemetaan kesehatan berdasarkan kajian epidemiologi dan biomedis
4. Meningkatkan pelayanan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan baik secara manual maupun elektronik

Gambar 2 1 RIP Penelitian Prodi RMIK

Penelitian ini sejalan dengan tema Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yaitu Kualitas Kesehatan, Penyakit Tropis dan Gizi. Tujuan dari penelitian ini dilihat dari Rencana Induk Penelitian Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan adalah peningkatan kualitas pencatatan rekam kesehatan, peningkatan teknologi tepat guna serta peningkatan kualitas kesehatan. Seluruh tujuan tersebut diharapkan dapat terlaksana saat penelitian ini selesai dan menghasilkan masukan terkait dengan pengembangan sistem Buku KIA *Online* di lingkungan Puskesmas Cengkareng.

BAB III

TINJAUAN PUSTAKA DAN LANDASAN TEORI

3.1 Tinjauan Pustaka

3.1.1 Sistem

3.1.1.1 Pengertian Sistem

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), sistem adalah perangkat unsur yang secara teratur saling berkaitan sehingga membentuk suatu totalitas. Sistem juga diartikan sebagai susunan yang teratur dari pandangan, teori, asas, dan sebagainya. KBBI juga mendefinisikan pengertian sistem sebagai sebuah metode.

Sistem adalah seperangkat elemen yang membentuk kumpulan atau prosedur-prosedur/bagan-bagan pengolahan yang mencari suatu tujuan bagian atau tujuan bersama dengan mengoperasikan data dan/atau barang pada waktu rujukan tertentu untuk menghasilkan informasi dan/atau energi dan/atau barang. Sistem mengandung arti kumpulan-kumpulan dari komponen-komponen yang dimiliki unsur keterkaitan antara satu dengan yang lainnya (Magnuson & Dixon, 2020).

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa sistem merupakan kumpulan dari beberapa bagian yang memiliki keterkaitan dan saling bekerja sama serta membentuk suatu kesatuan untuk mencapai suatu tujuan dari sistem tersebut, maksud dari suatu sistem adalah untuk mencapai suatu tujuan dan sasaran dalam ruang lingkup yang sempit.

3.1.1.2 Karakteristik Sistem

a. Komponen

Suatu sistem terdiri dari sejumlah komponen- komponen yang saling berinteraksi, yang artinya saling bekerja sama membentuk satu kesatuan. Komponen sistem terdiri dari komponen yang berupa subsistem atau bagian-bagian dari sistem.

b. Batasan Sistem (Boundary)

Batasan sistem merupakan daerah yang membatasi antara suatu sistem dengan sistem yang lain atau dengan lingkungan luarnya. Batasan sistem ini memungkinkan suatu sistem dipandang sebagai suatu kesatuan. Batasan suatu sistem menunjukkan ruang lingkup (scope) dari sistem tersebut.

c. Lingkungan luar sistem (environment)

Lingkungan luar sistem (environment) adalah diluar batas dari sistem yang mempengaruhi operasi sistem. Lingkungan dapat bersifat menguntungkan yang harus tetap dijaga dan yang merugikan yang harus dijaga dan dikendalikan, kalau tidak akan mengganggu kelangsungan hidup dari sistem.

d. Penghubung sistem (interface)

Penghubung sistem merupakan media penghubung antara satu subsistem dengan subsistem lainnya. Melalui penghubung ini memungkinkan sumber- sumber daya mengalir dari subsistem ke subsistem lain. Keluaran (output) dari subsistem akan menjadi masukan (input) untuk subsistem lain melalui penghubung.

e. Masukkan Sistem (input)

Masukkan adalah energi yang dimasukkan kedalam sistem, yang dapat berupa perawatan (maintenance input), dan masukkan sinyal (signal input). Maintenance input adalah energi yang dimasukkan agar sistem dapat beroperasi. Signal input adalah energi yang diproses untuk didapatkan keluaran. Contoh dalam sistem computer program adalah maintenance input sedangkan data adalah signal input untuk diolah menjadi informasi.

f. Keluaran sistem (output)

Keluaran sistem adalah hasil dari energi yang diolah dan diklasifikasikan menjadi keluaran yang berguna dan sisa pembuangan. Contoh computer menghasilkan panas yang merupakan sisa pembuangan, sedangkan informasi adalah keluaran yang dibutuhkan.

g. Pengolah sistem

Suatu sistem menjadi bagian pengolah yang akan merubah masukan menjadi keluaran. Sistem produksi akan mengolah bahan baku menjadi bahan jadi, system akuntansi akan mengolah data menjadi laporan-laporan keuangan

h. Sasaran sistem

Suatu sistem pasti mempunyai tujuan (goal) atau sasaran (objective). Sasaran dari sistem sangat menentukan input yang dibutuhkan sistem dan keluaran yang akan dihasilkan sistem (Mantas et al., 2020).

3.1.2 Sistem Informasi

3.1.2.1 Konsep Dasar Data dan Informasi

a. Definisi Data

Data adalah bahan mentah bagi informasi, dirumuskan sebagai kelompok lambang-lambang tidak acak menunjukkan jumlah- jumlah, tindakan-tindakan, hal-hal dan sebagainya. Terkait dengan metode pengumpulannya, data dikumpulkan melalui beberapa teknik yaitu :

- Melalui pengamatan sendiri secara langsung
- Melalui wawancara
- Melalui perkiraan korespondensi
- Melalui daftar perlanaan

b. Definisi Informasi

Informasi adalah data yang diolah menjadi bentuk yang lebih berguna dan lebih berarti bagi penerimanya. sumber informasi adalah data. Data kenyataan yang menggambarkan suatu kejadian-kejadian dan kesatuannya. Kejadian-kejadian (event) adalah kejadian yang terjadi pada saat tertentu.

Informasi adalah data yang telah diolah menjadi suatu bentuk yang penting bagi penerima dan mempunyai nilai nyata atau yang dapat dirasakan dalam keputusan-keputusan yang sekarang atau keputusan-keputusan yang akan datang.

- Fungsi Informasi

Fungsi utamanya, yaitu : menambah pengetahuan atau mengurangi ketidakpastian pemakai informasi, karena informasi berguna memberikan gambaran tentang suatu permasalahan sehingga pengambil keputusan dapat menentukan keputusan lebih cepat, informasi juga memberikan standard, aturan maupun indikator bagi pengambil keputusan.

- Kegunaan Informasi tergantung pada beberapa hal diantaranya adalah tujuan penerima, ketelitian, waktu, tempat, bentuk dan semantik

c. Siklus Informasi

Data yang diolah untuk menghasilkan informasi menggunakan model proses yang tertentu sebagai contoh suhu dalam fahrenheit diubah ke celcius. Dalam hal ini digunakan model matematik berupa rumus konversi dari derajat Fahrenheit menjadi satuan derajat celcius, Data yang diolah melalui suatu model menjadi informasi, kemudian penerima menerima informasi tersebut, yang berarti menghasilkan keputusan dan melakukan tindakan yang lain yang akan membuat sejumlah data kembali, Data tersebut akan ditangkap sebagai input, diproses kembali lewat suatu model dan seterusnya yang disebut dengan siklus informasi

(information cycle). Siklus ini juga disebut dengan siklus pengolahan data (data processing cycles).

d. Nilai Informasi (Value Of Information)

Nilai informasi ditentukan oleh dua hal yaitu manfaat dan biaya mendapatkannya. Suatu informasi dikatakan lebih bernilai jika manfaatnya lebih efektif dibandingkan dengan biaya mendapatkannya. Biaya informasi terdiri dari:

- Biaya Perangkat keras:
Merupakan biaya tetap atau biaya tertanam dan akan meningkat untuk tingkat-tingkat mekanisasi yang lebih tinggi.
- Biaya untuk analisis:
Merupakan biaya tertanam, dan biasanya akan meningkat sesuai dengan tingkat mekanisasi yang lebih tinggi
- Biaya untuk tempat dan faktor control lingkungan
Biaya ini setengah berubah/ semivariabel, Biasanya biaya ini meningkat sesuai dengan tingkat mekanisasi yang tinggi.
- Biaya perubahan:
Biaya ini merupakan biaya tertanam dan meliputi setiap jenis perubahan dari satu metode ke metode yang lain.
- Biaya operasi:
Biaya ini pada dasarnya merupakan biaya variable dan meliputi biaya macam-macam pegawai, pemeliharaan fasilitas dan sistem (Herasevich & Pickering, 2022).

3.1.2 Tinjauan tentang Pembiayaan Kesehatan

a. Pengertian Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan adalah besarnya anggaran yang harus dipersiapkan untuk menyelenggarakan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Pembiayaan kesehatan perlu stabil dan harus berkesinambungan untuk menjamin terselenggaranya kecukupan (*adequacy*), pemerataan (*equity*), efisiensi (*efficiency*), dan efektifitas (*effectiveness*) pada pembiayaan kesehatan itu sendiri (Suprianto & Mutiarin, 2017).

Pembiayaan perawatan kesehatan adalah bagian yang sangat mendasar dari sistem perawatan kesehatan dengan dukungan pembiayaan kesehatan, sistem kesehatan akan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan manusia. Dalam keadaan yang sangat ekstrim, ketiadaan pembiayaan kesehatan mempersulit pelayanan kesehatan, pengobatan,

pelaksanaan, program, pencegahan dan promosi kesehatan, pembiayaan bukan hanya sekedar menghasilkan pendanaan, melainkan negara mampu memantau dan mengevaluasi pembiayaan untuk sistem kesehatan dengan menggunakan berbagai indikator. Pembiayaan kesehatan bukan hanya membahas cara meningkatkan dana pelayanan kesehatan, melainkan juga mencangkup alokasi pendanaan yang ada. Sumber pembiayaan kesehatan suatu negara berasal dari pemerintah dan non-pemerintah yang akan digunakan secara luas untuk membiayai upaya kesehatan (Kemenkes RI, 2016).

b. **Komponen Biaya Kesehatan**

Menurut (Setyawan, 2015) disebutkan biaya kesehatan dapat dilihat dari dua sudut yaitu :

1. **Penyedia Pelayanan Kesehatan (*Health Provider*)**, yaitu besarnya dana yang harus dipersiapkan agar dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Dari pengertian ini bahwa biaya kesehatan dari penyedia pelayanan adalah persoalan utama pemerintah ataupun swasta, yakni pihak-pihak yang akan menyelenggarakan upaya kesehatan. Besarnya dana untuk penyedia pelayanan kesehatan lebih menunjuk kepada seluruh biaya investasi.
2. **Pemakai Jasa Pelayanan (*Health Consumer*)**, yaitu besarnya dana yang harus disediakan dalam memanfaatkan jasa pelayanan. Hal ini biaya kesehatan menjadi persoalan utama dari para pemakai jasa pelayanan, akan tetapi dalam batas-batas tertentu pemerintah juga turut serta dalam rangka terjaminnya pemenuhan kebutuhan pada pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkan.

c. **Metode Pembayaran Kesehatan**

Terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan antara lain :

1. **Metode Pembayaran Retrospektif**

Metode pembayaran retrospektif adalah cara pembayaran yang dilakukan atas pelayanan kesehatan yang ditawarkan kepada pasien berdasarkan setiap kegiatan pelayanan yang dilakukan. Semakin banyak layanan kesehatan yang ditawarkan, semakin tinggi pembayaran yang harus dilakukan.

2. **Metode Pembayaran Prospektif**

Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran untuk layanan kesehatan yang besarnya diketahui sebelum layanan kesehatan diberikan.

Tidak ada satupun sistem pembiayaan yang sempurna, setiap sistem pembiayaan memiliki kelebihan dan kekurangan. Berikut tabel perbandingan kelebihan sistem pembayaran prospektif dan retrospektif (Kemenkes RI, 2016).

3.1.3 Tinjauan tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

a. **Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi

kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Pemerintah RI, 2013).

b. Manfaat Jaminan Kesehatan

- 1) Setiap peserta berhak mendapatkan manfaat jaminan kesehatan jenis pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat-obatan dan bahan habis pakai sesuai kebutuhan medis yang diperlukan.
- 2) Manfaat asuransi kesehatan menurut ayat 1 terdiri dari manfaat medis dan manfaat non medis.
- 3) Tunjangan sakit menurut ayat 2 tidak terkait dengan jumlah pembayaran yang dilakukan.
- 4) Pelayanan non medis menurut ayat 2 meliputi pelayanan perumahan dan ambulan.
- 5) Pendapatan perumahan menurut ayat 4 ditentukan sebesar premi asuransi yang dibayarkan.
- 6) Ambulans sebagaimana dimaksud pada ayat (4) hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS kesehatan.

c. Peserta Jaminan Kesehatan

Peserta jaminan kesehatan meliputi :

- a) PBI jaminan kesehatan; dan
- b) Bukan PBI jaminan kesehatan

Berdasarkan pasal 3 dan 4 dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia, 2013 disebutkan bahwa pasal 3 berisi

- 1) Peserta PBI Jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 (a) mencakup orang yang tergolong miskin yang tidak mampu.
- 2) Penetapan peserta PBI jaminan kesehatan tersebut pada ayat 1 dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan..

Pasal 4 meliputi :

- 1) Peserta yang tidak memiliki jaminan kesehatan PBI sesuai pasal 2 huruf b adalah peserta yang tidak dianggap miskin dan membutuhkan, terdiri dari :
 - a. Karyawan dan anggota keluarganya
 - b. karyawan yang tidak dibayar dan anggota keluarganya; dan
 - c. Tidak ada karyawan dan anggota keluarga.
- 2) Karyawan yang menerima gaji sesuai dengan ayat 1 huruf a terkait adalah :
 - a. Pegawai Pemerintahan
 - b. Anggota TNI
 - c. Anggota Polisi
 - d. Badan negara
 - e. Pejabat non pemerintah

- f. Pegawai swasta
 - g. Pegawai yang tidak memuat huruf a - f yang menerima upah.
- 3) Pekerja bukan penerima upah menurut ayat (1) huruf b adalah :
- a. Karyawan tidak aktif atau wiraswasta; dan
 - b. Karyawan yang tidak tercakup dalam huruf a yang bukan karyawan
- 4) Bukan pegawai yang tercantum pada ayat (1) huruf c terdiri atas :
- a. Investor
 - b. seorang pegawai
 - c. Pensiunan
 - d. Seorang veteran
 - e. Pahlawan kemerdekaan; dan
 - f. Tidak ada karyawan yang tidak tercakup dalam ayat a sampai e yang dapat membayar bonus.
- 5) Pensiunan menurut ayat (4) huruf c terdiri atas :
- a. PNS yang pensiun dengan hak pensiun;
 - b. Anggota TNI dan Polri yang pensiun dengan hak pensiun
 - c. Pengunduran diri PNS dari hak pensiunnya
 - d. Penerima pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c dan
 - e. Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun.
 - f. Warga negara asing yang telah bekerja di Indonesia sekurang-kurangnya 6 (enam) bulan dianggap sebagai pekerja sebagaimana dimaksud dalam ayat 1 a dan b.
 - g. Jaminan kesehatan bagi warga negara Indonesia yang bekerja di luar negeri tunduk pada peraturan perundang-undangan tersendiri.

3.1.4 Tinjauan tentang Sistem INA-CBGs

a. Sejarah Penerapan Sistem INA-CBGs

Sistem *casemix* pertama kali dikembangkan di Indonesia pada tahun 2006 dengan nama INA-DRG (*Indonesia-Diagnosis Related Group*). Pelaksanaan pembayaran INA-DRG dimulai pada 1 September 2008 di 15 rumah sakit vertikal dan diperluas ke seluruh rumah sakit peserta program Jamkesmas pada 1 Januari 2009. Pada tanggal 31 September 2010, nomenklatur diubah dari INA-DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) menjadi INA-CBG (*Indonesia Case Based Group*) bertepatan dengan perubahan grouper dari grouper 3M menjadi grouper UNU (*United Nation University*). Mulai sejak Oktober 2010 hingga Desember 2013, pembayaran kepada penyelenggara pelayanan kesehatan (PPK) untuk kelanjutan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) menggunakan INA-CBG. Sejak diperkenalkannya sistem *casemix* di Indonesia, ada tiga perubahan tarif : tarif INA-DRG 2008, tarif INA-CBG 2013, dan tarif INA-CBG 2014. Tarif INA-CBG memiliki 1.077 kelompok tarif yang terdiri dari 789 kode kelompok/kelompok rawat inap dan 288 kode kelompok/kelompok rawat jalan, dengan sistem pengkodean ICD-10 untuk diagnostik dan ICD-9-CM untuk prosedur/prosedur penggunaan. Pengelompokan kode dan prosedur diagnostik

dilakukan dengan menggunakan UNU Grouper). UNU-Grouper adalah Grouper *casemix* yang dikembangkan oleh *United Nations University* (UNU) (Kemenkes RI, 2016).

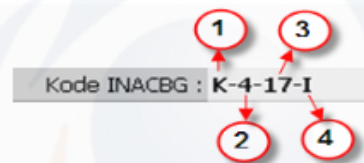
b. Pengertian Sistem INA-CBGs

Sistem INA-CBGs adalah pembayaran yang dilakukan dengan tarif paket meliputi seluruh komponen sumber daya di rumah sakit yang digunakan pada pelayanan baik pelayanan medis ataupun non medis yang bertujuan :

- a) Mengendalikan biaya kesehatan
- b) Mendorong pelayanan kesehatan tetap bermutu sesuai standar
- c) Membatasi pelayanan kesehatan yang tidak dibutuhkan
- d) Mempermudah dalam administrasi klaim
- e) Mendorong provider untuk melakukan kendali biaya (Purwadi, 2019).

c. Struktur Kode INA-CBGs

Pengelompokan dasar INA-CBG mengacu pada ICD-10 untuk diagnostik dan ICD-9-CM untuk praktik/prosedur, menggunakan sistem kodifikasi diagnosis



definitif dan praktik/prosedur pelayanan. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa aplikasi INA-CBG, menghasilkan 1.077 kelompok kasus yang terdiri dari 789 kelompok rawat inap dan 288 kelompok rawat jalan. Setiap group dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik dengan contoh sebagai berikut (Kemenkes RI, 2016) :

Gambar 2.1 Struktur kode INA-CBGs

Keterangan :

1. Digit ke-1 adalah CMG (Grup Utama *Casemix*)
2. Digit ke-2 adalah tipe kasus
3. Digit ke-3 adalah kasus spesifik CBG
4. Digit ke-4 berupa angka romawi merupakan *severity level*

d. Tarif INA-CBGs dalam Jaminan Kesehatan Nasional

Tarif INA-CBGs, yang akan digunakan mulai 1 Januari 2014 dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), akan diberlakukan berdasarkan prinsip-prinsip berikut, berdasarkan peraturan Kementerian Kesehatan.

1. Pengelompokan Tarif 7 kluster rumah sakit, yaitu :
 - a) Tarif rumah sakit Kelas A
 - b) Tarif rumah sakit Kelas B
 - c) Tarif rumah sakit pendidikan Kelas B
 - d) Tarif rumah sakit Kelas C
 - e) Tarif rumah sakit Kelas D

- f) Tarif Rujukan Rumah Sakit Nasional Khusus
- g) Tarif Rumah Sakit Umum Rujukan Nasional

Pengelompokan biaya berdasarkan penyesuaian setelah mempertimbangkan biaya dasar rumah sakit (HBR) rumah sakit yang diperoleh dari perhitungan total biaya rumah sakit meningkat. Jika ada beberapa rumah sakit dalam grup, tarif dasar menengah akan digunakan..

2. Regionalisasi, tarif dibagi menjadi 5 wilayah berdasarkan Indeks Harga Konsumen (IHK) dan disepakati antara BPJS Kesehatan dengan Perhimpunan Fasilitas Medis Lanjutan.
3. Untuk kasus tertentu yang termasuk dalam *Special Casemix Main Group* (CMG), terdapat pembayaran tambahan (top-up) ke sistem INA-CBG versi 4.0 diantaranya meliputi :
 - a) Obat-obatan khusus
 - b) Pemeriksaan khusus
 - c) Prostesis Khusus
 - d) Golongan Khusus Subakut dan Kronis

Peningkatan CMG khusus tidak diberikan untuk semua kasus atau kondisi, hanya untuk kasus dan kondisi tertentu. Apalagi dalam banyak kasus atau kondisi dimana rasio tarif INA-CBG yang dihasilkan berbeda jauh dengan tarif RS. Pembahasan lebih detail mengenai isi ulang ada pada poin D.

4. Tidak ada perbedaan biaya antara rumah sakit umum dan khusus. Sesuai dengan penetapan kelas yang berlaku untuk semua layanan di dalam rumah sakit berdasarkan SK Penetapan Kelas yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI.
5. Tarif INA-CBGs adalah tarif paket yang mencakup seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan untuk pelayanan medis dan non medis.

Untuk rumah sakit yang belum memiliki penetapan kelas , tarif INA-CBG yang digunakan sesuai dengan tarif rumah sakit kelas D sesuai dengan lokalisasinya. Perhitungan tarif INA CBG didasarkan pada biaya rumah sakit dan data coding. Data biaya diperoleh dari rumah sakit terpilih (rumah sakit model) yang mewakili kelas rumah sakit, jenis rumah sakit, dan pemilik rumah sakit (rumah sakit swasta dan pemerintah), dan obat-obatan yang sumber pendanaannya dari program pemerintah, dan lain-lain. Meliputi semua data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit, kecuali untuk Data coding diperoleh dari data coding RS PPK Jamkesmas. Kami membuat tarif JKN menggunakan data yang dihitung dari 137 rumah sakit pemerintah dan swasta dan 6 juta data pengkodean (kasus).

Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan diubah dengan Peraturan Presiden No. 111 Tahun 2013, yang mewajibkan tarif ditinjau minimal dua tahun sekali. Upaya meninjau tarif ditujukan untuk membantu tarif yang lebih mencerminkan biaya sebenarnya dari layanan yang disediakan oleh rumah sakit. Selain membuat sistem biaya yang ada lebih

berkelanjutan, kami dapat memberikan penghargaan kepada rumah sakit yang mendukung kebutuhan perawatan kesehatan esensial dan memberikan layanan dengan hasil yang positif. Oleh karena itu, proses pembaruan tarif mengharuskan rumah sakit untuk terlibat dalam pengumpulan data biaya dan coding yang lengkap dan akurat.

3.1.5 Tinjauan tentang Diagnosa Penyakit

Diagnosis penyakit adalah salah satu kata pada terminologi yang merujuk usaha untuk menegakkan atau mengetahui, mengidentifikasi jenis penyakit dan masalah kesehatan yang diderita oleh seorang pasien. Sedangkan hasil dari penentuan kondisi kesehatan seorang pasien sebagai dasar dalam pengambilan keputusan medis disebut diagnosa penyakit (Permana & Sumaryana, 2018). Diagnosa penyakit sangat berpengaruh terhadap tarif pembayaran yang dilakukan pada sistem INA-CBGs.

3.1.6 Tinjauan tentang Manajemen

a. Pengertian Manajemen

Menurut (Suprihanto, 2018), manajemen merupakan proses merencanakan, mengorganisasikan, memimpin, dan mengendalikan pekerjaan anggota organisasi dan menggunakan sumber daya organisasi untuk mencapai sasaran organisasi yang sudah ditetapkan. Sumber daya organisasi yang dimaksud adalah seluruh asset yang dimiliki oleh organisasi, baik manusianya dan keterampilan, *know-how*, serta pengalaman mereka, maupun mesin, bahan mentah, teknologi, citra organisai, modal finansial. Manajemen juga diartikan sebagai pengambilan keputusan dalam menentukan strategi.

b. Unsur-Unsur Manajemen

Unsur-unsur manajemen dibutuhkan dengan bertujuan untuk menyempurnakan kinerja . Menurut (Faida & Muhadi, 2019) dalam bukunya berjudul “*Dasar Organisasi dan Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*” disimpulkan unsur-unsur manajemen terdiri dari 6M (*Man, Money, Machines, Methods, Materials, Market*).

1) Man (manusia, orang-orang, tenaga kerja)

Tanpa adanya tenaga kerja, maka tidak akan ada proses kerja. Manajemen lahir karena ada orang yang bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama. Di fasilitas medis, pekerja utama berada di unit kerja rekam medis. Tentunya berasal dari petugas rekam medis yang berkompeten di bidang rekam medis diperoleh dan disahkan melalui rekam medis atau seseorang yang memiliki pengalaman professional di bidang rekam medis. Unit rekam medis tentu saja pada fasilitas pelayanan kesehatan, mereka juga tidak bekerja sendiri, akan tetapi berkerja dengan professional lain seperti dokter, bidan, perawat dan staff medis.

2) Money (dana yang dibutuhkan dalam mencapai tujuan)

Dana merupakan faktor terpenting juga selain faktor manusia dan faktor lainnya dalam mencapai suatu tujuan. Di dunia modern, ini merupakan elemen penting sebagai media pertukaran dan sebagai alat untuk mengukur nilai perusahaan. Perusahaan yang baik juga diukur dari jumlah uang yang beredar

di dalam perusahaan. Namun, tidak hanya perusahaan yang mengeluarkan uang, rumah sakit dan klinik pun juga mengeluarkan uang. Oleh karena itu, segala aktivitas manusia membutuhkan uang untuk mencapai tujuan tersebut. Pertimbangkan dengan serius faktor keuangan, terutama ketika melakukan manajemen ilmiah, karena semuanya diperhitungkan secara wajar, yaitu dengan memperhitungkan jumlah pekerjaan yang dibayarkan, jumlah produk medis, dan bahan habis pakai yang digunakan, perlu dilakukan berapa banyak hasil yang dapat dibeli dan dicapai.

3) *Machines* (mesin)

Peranan mesin sebagai alat bantu kerja sangat penting dalam setiap organisasi. Mesin lebih ringan dan lebih mudah digunakan. Perlu diingat bahwa penggunaan mesin sangat tergantung untuk orang-orang, bukan mereka yang bergantung pada mesin. Mesin dibuat untuk mempromosikan atau mendukung suatu tujuan, Contoh mesin yang dibutuhkan untuk pelayanan medis adalah pendeteksi detak jantung, ultrasound, dan CT scan. Contoh mesin unit rekam medis berupa komputer, printer, penghancur kertas, alat scan dan mesin fotokopi.

4) *Methods* (cara/metode)

Cara kerja dilakukan untuk mencapai tujuan tertentu menentukan hasil kerja seseorang. Metode ini diperlukan untuk semua kegiatan manajemen seperti : perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pemantauan. Cara kerja yang baik akan memudahkan dan mempermudah pelaksanaan pekerjaan. Namun, meskipun metode kerja yang diformalkan atau diidentifikasi itu baik, hasilnya tetap tidak baik jika orang yang dipercayakan pekerjaan itu tidak memahaminya atau tidak berpengalaman. Contoh metode yang digunakan untuk memberikan pelayanan medis di unit kerja rekam medis adalah perekam medis yang berpedoman sesuai dengan standar prosedur operasional yang telah ditetapkan.

5) *Materials* (bahan atau perlengkapan yang diperlukan)

Seseorang yang tidak memiliki bahan tidak dapat melupakan unsur penting manajemen karena tidak dapat mencapai tujuan yang diinginkan. Contoh material di unit rekam medis antara lain : perlengkapan kantor, rak penyimpanan, meja, kursi, kertas, formulir dan map.

6) *Market* (target pasar)

Bagi penyedia layanan kesehatan, pemasaran jasa yang dihasilkan tentunya sangat penting bagi kelangsungan proses produksi jasa kesehatan itu sendiri. Pasar penguasaan terhadap keberlangsungan proses kegiatan pelayanan medis sangatlah penting. Untuk menguasai pasar, kualitas dan harga perlu memenuhi kebutuhan dan daya beli masyarakat. Memberikan pelayanan medis yang berkualitas rendah dengan harga yang relatif tinggi sulit dicapai oleh kebanyakan orang (pasien) dan cenderung memilih pesaing yang berkualitas tinggi.

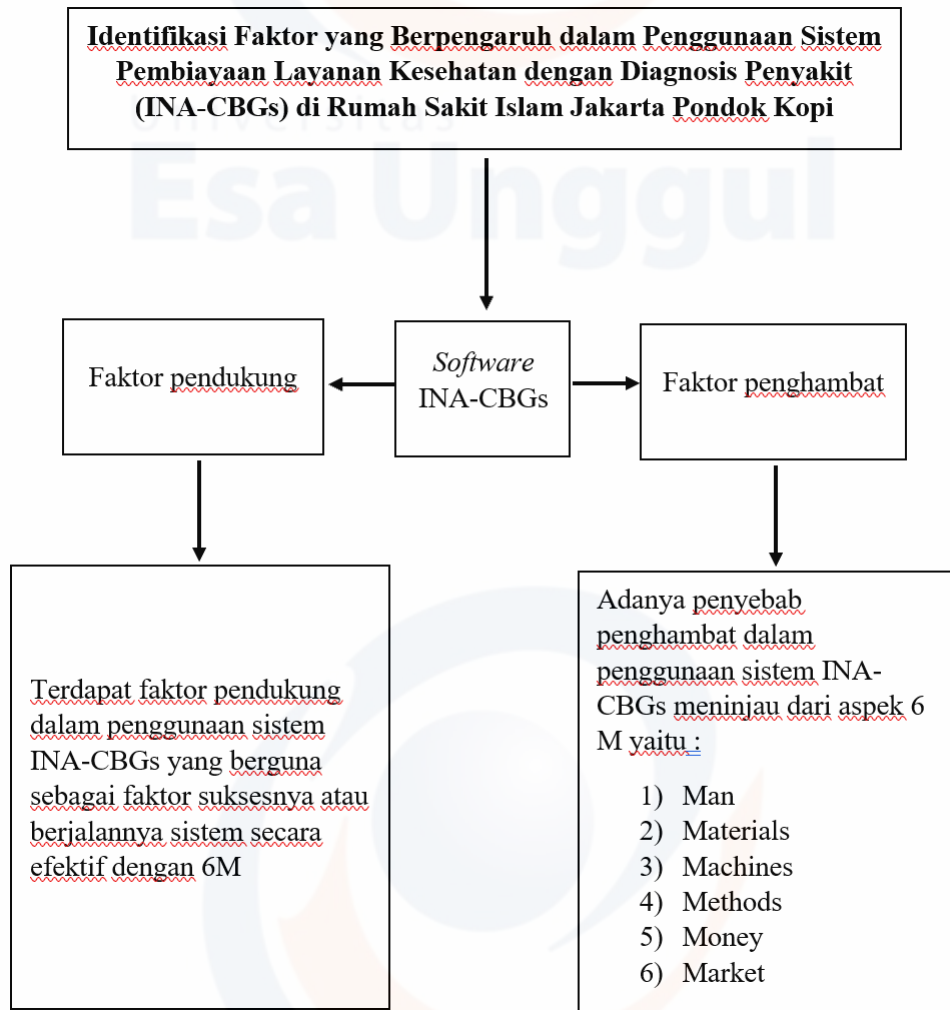
Apabila dikaitkan dengan penyelenggaraan rekam medis, segala bentuk pelayanan kegiatan rekam medis dimulai dari pemasukan pasien, pendaftaran,

pemasukan data, pendistribusian, penyimpanan, perakitan, pengkodean, pengolahan data pasien lengkap, akurat dan perlu untuk diteliti. Prosedur, kualitas rekam medis itu sendiri meningkat dan fungsinya adalah agar masyarakat (pasien) merasa puas dan terciptanya layanan medis yang lebih baik.

Berdasarkan hasil penelitian (Purwadi, 2019) yang dilakukan di RS Emanuel Banjarnegara ditemukan bahwa faktor pendukung yang mempengaruhi penerapan sistem INA-CBGs adalah hubungan hukum antara rumah sakit dengan BPJS mengenai perjanjian kerjasama pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan bagi peserta BPJS dan faktor penghambatnya yaitu cenderung terhadap ketidakonsistenan perubahan sistem pembayaran dari *fee for service* ke sistem INA-CBGs dan berpengaruh pada penerapan sistem INA-CBGs. Sedangkan menurut penelitian (Andhani & Yanitama, 2021) penghambat dalam sistem INA-CBGs di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung antara lain ketidaklengkapan pengajuan berkas klaim seperti hilangnya SEP dan nama serta tanda tangan dokter yang kosong di resume medis, terdapat permasalahan pending klaim akibat kesalahan dalam diagnosa, *bridging* sistem yang belum optimal dan pemeliharaan dan pembaharuan yang dilakukan pada saat jam kerja. Akan tetapi, (Wunari et al, 2016) meneliti bahwa faktor keefektifan penggunaan sistem INA-CBGs pada RSUD Bahteramas Kota Kendari diperoleh dari SDM yang cukup, petugas yang telah mengikuti pelatihan-pelatihan serta fasilitas penunjang seperti komputer yang memadai. Selain itu ditemukannya permasalahan yaitu dokter belum melengkapi rekam medis pasien, ketidakjelasan pada penulisan tulisan dokter, administrasi klaim yang tidak lengkap dan pengetahuan petugas terhadap sistem INA-CBGs yang masih minim.

3.2 Kerangka Teori

Suatu sistem akan dapat berjalan dengan baik jika adanya faktor pendukung dalam suatu sistem tersebut. Akan tetapi terkadang sistem tersebut mengalami masalah atau hambatan dalam penggunaannya yang dapat dikembangkan dengan unsur 6M yang dijabarkan dalam kerangka berfikir yaitu sebagai berikut :



Gambar 3 1 Kerangka Teori

3.3 Hipotesis

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif sehingga tidak ada hipotesis yang disusun. Penelitian dilakukan untuk melihat dasar serta fungsi pengaruh dari sistem pembiayaan yang dibangun dalam proses klaim di RSIJ Pondok Kopi

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Bahan dan Alat Penelitian

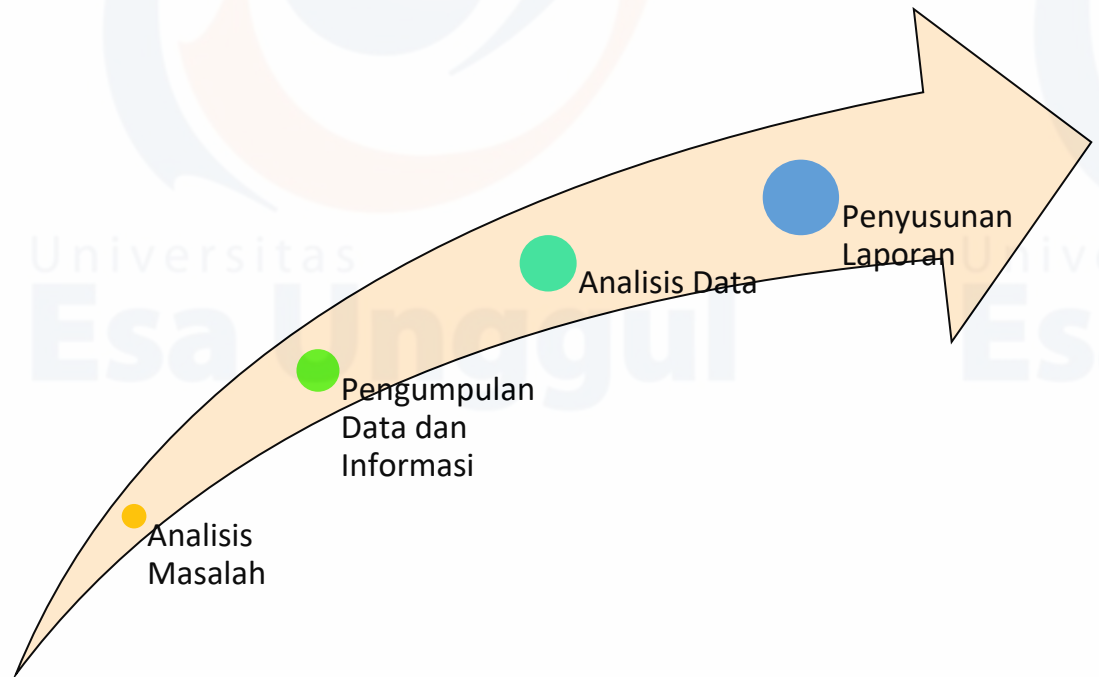
Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis deskriptif dengan pendekatan secara kualitatif. Analisis deskriptif yaitu proses menganalisis, menjelaskan dan meringkas kejadian dan fenomena dari data yang diperoleh melalui wawancara dan observasi lapangan secara langsung mengenai penggunaan terhadap sistem INA-CBGs. Tujuan analisis deskriptif kualitatif adalah bertujuan untuk mendapatkan informasi yang jelas tentang unsur manajemen 6M dalam faktor yang berpengaruh pada sistem INA-CBGs.

4.2 Waktu dan Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi yang beralamat di Jl. Pondok Kopi II, Pd. Kopi, Kec. Duren Sawit, Kota Jakarta Timur, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 13460. Waktu penelitian ini dilakukan pada bulan Januari – April 2023

4.3 Prosedur Penelitian

Prosedur dari penelitian ini adalah sebagai berikut



Gambar 4 1 Tahapan Penelitian

4.4 Pengamatan/Pengumpulan Data

Pada penelitian ini, pengumpulan data dilakukan dengan beberapa metode yaitu:

a) Telaah dokumen

Melakukan studi dan telaah dokumen yaitu melakukan identifikasi dokumen yang berhubungan dengan pemanfaatan sistem informasi kesehatan (Sistem pembiayaan) di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi.

b) Wawancara/Angket

Melakukan wawancara dengan responden terkait untuk mendapatkan informasi mendalam mengenai letak permasalahan yang perlu diselesaikan dengan melakukan pengembangan sistem. Pengumpulan angket dilakukan kepada 77 orang pengguna sistem Buku KIA *Online*. Tim peneliti juga berencana akan menggali data dengan wawancara mendalam (terbuka) untuk mengetahui informasi terkait dengan pengaplikasian aplikasi Buku KIA *Online* serta penerimaan petugas terhadap sistem tersebut.

c) Observasi

Pelaksanaan observasi pada penelitian ini dilakukan di unit *casemix* Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi pada bulan Juni -Juli 2022 dengan mengamati penggunaan sistem INA-CBGs yang sedang digunakan oleh petugas.

4.5 Analisis Data

Pada penelitian ini menggunakan teknik analisis deskriptif kualitatif yang menjelaskan hasil dari observasi dan wawancara, setelah itu dilakukan penarikan kesimpulan. Adapun analisis datanya sebagai berikut :

1. Reduksi Data

Data yang telah dikumpulkan dari lapangan dirangkum hal penting saja untuk memberikan gambaran yang lebih jelas, mencari tema dan pola yang memudahkan peneliti untuk mengupulkan data lebih banyak dengan meringkas dan fokus pada inti masalah.

2. Penyajian Data

Setelah reduksi data, selanjutnya menyajikan data agar semakin mudah dipahami dengan bentuk seperti tabel, gambar, grafik dan sebagainya

3. Penarikan Kesimpulan

Langkah ketiga setelah reduksi dan penyajian data adalah penarikan kesimpulan. Kesimpulan pertama yang disajikan masih tentatif kecuali bukti kuat ditemukan. Namun jika kesimpulan yang disajikan di tahap awal didukung oleh bukti yang valid dan konsisten pada saat peneliti kembali ke

lapangan untuk mengumpulkan data, maka kesimpulan yang disajikan merupakan kesimpulan kredibel (Syam, 2017)

BAB V

BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN

5.1 Biaya Penelitian

Perkiraan biaya secara garis besar untuk melaksanakan penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 5 1 Tabel Anggaran Biaya

No.	Uraian Kegiatan	Biaya Yang Diusulkan
1	Transportasi Tim Peneliti selama penelitian	Rp. 300.000
2	Pembelian ATK (FC dll)	Rp. 200.000
3	Penyusunan laporan	Rp. 300.000
4	Biaya komunikasi tim peneliti selama penelitian	Rp. 200.000
	JUMLAH	RP. 1.000.000

5.2 Jadwal Penelitian

Penelitian ini direncanakan dilakukan selama 6 bulan. Rencana jadwal penelitian adalah sebagai berikut:

No.	Kegiatan	Waktu															
		Januari				Februari				Maret				April			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Proses Administrasi																
2	Proses Pengumpulan Data																
3	Analisis Data																

4	Penyusunan Laporan																	
---	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gambar 5.1 Rencana Jadwal Penelitian

BAB VI

HASIL DAN PEMBAHASAN

6.1 Hasil Penelitian

6.1.1 Sejarah Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi

Pada awal berdiri, RS Islam Jakarta Pondok Kopi bernama RS Islam Cabang Klender yang diresmikan pada tanggal 10 Rabiul Awal 1407 H atau 12 Desember 1986 M oleh Bapak R. Soeprpto , Gubernur DKI masa itu . Berdiri di atas lahan seluas 17.681 m² , pada awal berdiri fasilitas yang ada meliputi pelayanan rawat jalan , UGD serta ruangan perawatan dengan kapasitas 40 tempat tidur. Pada tahun 1993 RS Islam Cabang Klender berganti nama menjadi RS Islam Jakarta Timur. Seiring berjalannya waktu RS itupun berganti menjadi RS Islam Jakarta Pondok Kopi di tahun 2004 sampai saat ini sesuai dengan SK BP Yayasan Rumah Sakit Islam Nomor028/SKYRSIJ/IV/2.a.2004 penetapan istilah nama baku Rumah Sakit Islam Jakarta di lingkungan Yayasan RS Islam Jakarta.

Status kepemilikan rumah sakit ini swasta keagamaan, yang beralamat di Jalan Raya Pondok Kopi, 13460 Jakarta Timur. Telp. 021 8630654, 8610471 (hunung) dan berbadan hukum yayasan : No. 01 Tanggal 2 Juni 2009 akte notaris Elvina Maisyarah, SH, MH sesuai SK Menkes RI No. C279-HT 03.02-Th 1999. Seiring dengan perkembangannya, saat ini rumah sakit Islam Jakarta Pondok Kopi telah memiliki Akreditasi 16 bidang , sertifikasi ISO 9001 serta merupakan rumah sakit type B dengan luas bangunan 9.864.4 m² serta melayani pelayanan dokter spesialis dan sub spesialis dengan kapasitas 201 tempat tidur.

6.1.2 Visi, Misi dan Tujuan Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi

1. Visi

Pada tahun 2025, RS Islam Jakarta Pondok Kopi sebagai rumah sakit yang berkualitas dan menjadi kepercayaan masyarakat yang peduli pada kaum dhu'afa, dan pusat pengkaderan Persyarikatan Muhammadiyah dibidang kesehatan se-Jakarta dan sebagai pusat pendidikan kedokteran.

2. Misi

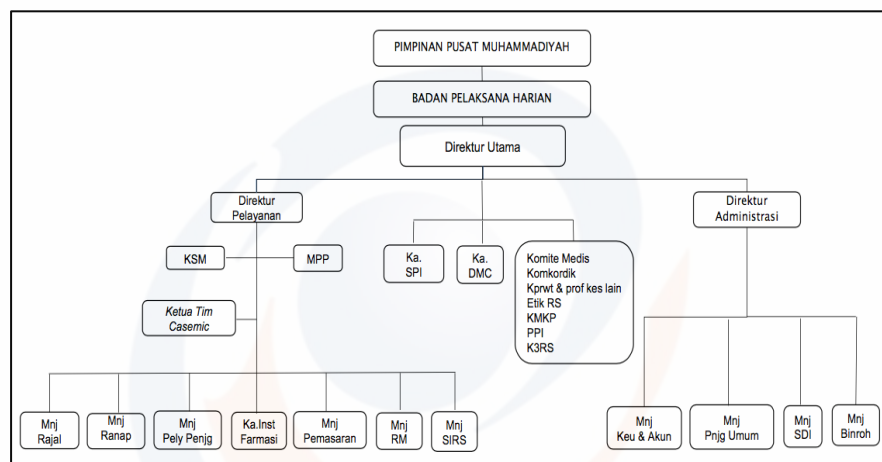
- a. Memberikan pelayanan kesehatan yang professional kepada seluruh lapisan masyarakat secara adil.
- b. Menyediakan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan dengan mempertimbangkan ilmu pengetahuan dan teknologi agar pelayanan mampu bersaing di era globalisasi.
- c. Menyelenggarakan pelatihan, penelitian dan pengembangan manajemen yang berkesinambungan untuk menghasilkan sumber daya insani yang memiliki kompetensi dan berakhlak mulia.
- d. Mampu menyelenggarakan pendidikan kedokteran dan pengkaderan bagi tenaga kesehatan.

3. Tujuan

RS Islam Jakarta Pondok Kopi melakukan penyelenggaraan kesehatan dengan mewujudkan nilai "**BEKERJA sebagai IBADAH , IHSAN dalam PELAYANAN**". Ihsan diwujudkan dengan melayani dengan ikhlas didukung sumber daya insani dan fasilitas yang handal dengan membangun sinergi sebagai wujud menunaikan amanah guna memberikan rasa nyaman bagi setiap pelanggan .

Mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dengan pendekatan pemeliharaan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara menyeluruh sesuai dengan peraturan undang-undang dan tuntutan ajaran islam dengan tidak membedakan agama, golongan serta kedudukan.

4. Struktur Organisasi Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi

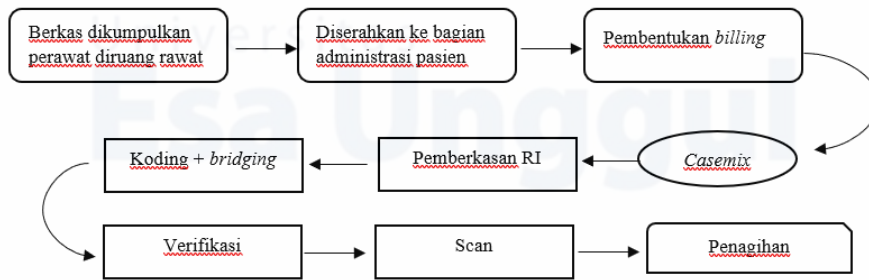


Gambar 4. 1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi

6.1.3 Mengidentifikasi Penerapan Sistem INA-CBGs di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi

Berdasarkan hasil penelitian terkait penerapan penggunaan sistem INA-CBGs di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi yang berjalan sejak 2020 akhir dan sudah terupdate dengan versi terbaru yang di *upgrade* oleh KEMENKES (Kementerian Kesehatan) pada tanggal 27 September 2022. Penggunaan sistem INA-CBGs di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi terlaksana dengan baik akan tetapi, tidak ditetapkannya/disempurnakannya kebijakan atau SPO (Standar Prosedur Operasional) dikarenakan petugas sudah merasa bekerja sesuai kebiasaannya masing-masing. Pelaksanaan pengiriman berkas klaim kepada BPJS dilakukan setiap 1 bulan pengiriman sekitar 80-90% terselesaikan dan 10% belum terselesaikan dikarenakan berkas belum terlengkapi sehingga petugas harus mencari status pasien untuk kelengkapan syarat berkas klaim. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara berikut alur pelaksanaan penggunaan sistem INA-CBGs pada pasien rawat inap dan rawat jalan :

1. Alur pemberkasan pasien rawat inap



Gambar 4. 2 Alur Pemberkasan Pasien Rawat Inap

Berikut adalah alur pemberkasan pasien rawat inap pada penerapan sistem INA-CBGs :

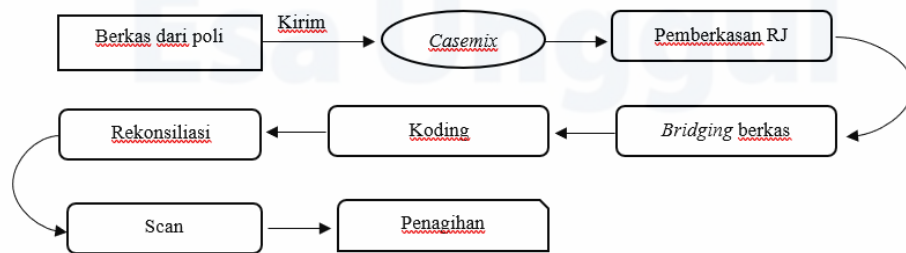
- Berkas pasien rawat inap dikumpulkan oleh perawat diruang perawatan.
- Setelah itu, berkas tersebut diserahkan perawat kepada bagian administrasi pasien.
- Setelah dari administrasi pasien, kemudian di setting dan dibentuk billing untuk penagihan.
- Setelah sudah dibentuk billing, berkas diserahkan di unit *casemix* untuk mengurus pengklaiman rawat inap dengan sistem INA-CBGs.
- Pertama menerima berkas di unit *casemix* adalah petugas pemberkasan rawat inap.
- Petugas pemberkasan rawat inap menyerahkan kepada koder rawat inap yang bertugas sebagai *bridging* dan koding untuk dilakukan pengkodingan dan perhitungan mengenai status penyakit pasien.
- Setelah dikoding, berkas di verifikasi oleh petugas verifikator untuk mencocokkan atau mengoreksi diagnosa serta tindakan yang diberikan kepada pasien.
- Verifikator menyerahkan berkan kepada petugas scan untuk syarat pengklaiman.
- Terakhir, berkas dikirimkan ke bagian penagihan.

Berdasarkan hasil penelitian untuk pemberkasan pasien rawat inap dan rawat jalan berbeda.

Informan 1

“Untuk pemberkasan pasien rawat inap dan rawat jalan berbeda ya. Tugas kami di unit casemix yaitu dari pemberkasan sampai penscanan, sebelum masuk unit casemix berkas itu ada pada perawat dan setelah dari unit casemix berkas ada di bagian penagihan bukan disini tapi.”

2. Alur pemberkasan pasien rawat jalan



Gambar 4. 3 Alur Pemberkasan Pasien Rawat Jalan

Berikut adalah alur pemberkasan pasien rawat inap pada penerapan sistem INA-CBGs :

- Berkas dari poli langsung dikirim ke unit *casemix*.
- Pertama kali diterima di unit *casemix* adalah bagian pemberkasan rawat jalan.
- Setelah pemberkasan selesai, petugas pemberkasan menyerahkan berkas kepada petugas *bridging*.
- Setelah itu, berkas di koding oleh koder rawat jalan.
- Setelah berkas selesai di koding, kemudian di lakukan rekonsiliasi untuk mengecek mengenai input kodingan diagnosa dan tindakan sudah sesuai.
- Berkas yang sudah di rekonsiliasi diserahkan kepada petugas bagian *scanner* untuk di *scan* berkasnya.
- Terakhir, berkas dikirimkan ke bagian penagihan.

Informan 2

“Petugas koder disini ada 2 untuk rawat jalan dan rawat inap, untuk rawat jalan sendiri dilakukan petugas *bridging* dan petugas koding berarti ada 2 petugas sedangkan pada rawat inap itu *bridging* dan koding dilakukan oleh hanya 1 petugas.”

6.1.4 Mengidentifikasi Variabel Pendukung/Penghambat Sistem Berdasarkan 6M (Man, Materials, Machines, Methods, Money, Market) di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi.

a. *Man*

Faktor man pada penelitian ini menjelaskan jumlah SDM, kualifikasi pendidikan, pengalaman bekerja, pendidikan terakhir dan pelatihan yang pernah diikuti petugas unit *casemix* Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok kopi yang berjumlah 16 petugas dengan kualifikasi pendidikan yaitu

Tabel 4. 1 Kualifikasi SDM unit *casemix* Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi

Jenis Pekerjaan	Kualifikasi Pendidikan	Jumlah
Petugas pemberkasan RJ	SMA	1

Petugas <i>bridging</i> RJ	SMA/Diploma	2
Petugas koding RJ	S1 Keperawatan	3
	S1 Rekam Medis	0
Petugas <i>scanning</i> RJ	SMA	1
Petugas plafon RJ	Diploma/Sarjana	1
Petugas pemberkasan RI	SMA	1
Petugas <i>bridging</i> dan koding RI	Dokter umum	2
Petugas verifikator RI	Dokter umum	2
Petugas <i>scanning</i> RI	SMA	1
Petugas asuransi swasta	Diploma/Sarjana	1
Petugas rekonsiliasi	Sarjana	1
Jumlah		16

Peneliti sudah melakukan wawancara, hasil wawancara berdasarkan analisis beban kerja yang diperhitungkan total SDM seharusnya ada 19 petugas yang dimana saat ini jumlah SDM hanya ada 16 petugas. Terdapat selisih jumlah pekerja pada bagian *scanning* rawat jalan yang membutuhkan 3 petugas namun hanya terdapat 1 petugas saja dan petugas koding rawat jalan yang membutuhkan 4 petugas dan hanya terdapat 3 petugas. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara berikut

Informan 1

“Masih kurang SDM disini, berdasarkan analisis beban kerja yang kita perhitungkan total seharusnya ada 19 petugas ini hanya 16 petugas, sudah meminta SDM tapi belum ada info lagi”

Hasil penelitian diketahui bahwa adanya kemungkinan ABK yang dilakukan oleh rumah sakit belum sesuai standar dikarenakan 3 petugas yang dibutuhkan tidak sesuai dengan penemuan dari peneliti selama observasi dimana ada seseorang yang memegang 3 pekerjaan sekaligus yaitu sebagai kepala casemix, petugas koder rawat inap, dan petugas verifikator tetapi tidak sesuai dengan kebutuhan ABK yang dibutuhkan dimana ABK yang dibutuhkan terdiri dari 2 orang petugas *scanning* rawat jalan dan 1 orang petugas koder rawat jalan. Hal ini tidak sesuai dengan ABK yang dibutuhkan dan seseorang yang memegang 3 pekerjaan sekaligus.

Peneliti juga menemukan adanya ketidaksesuaian latar belakang pendidikan dengan standar profesi pada petugas koder rawat jalan yang berlatar belakang D3 Keperawatan. Sebaiknya untuk petugas koder lulusan PMIK (Perekam Medis dan Informasi Kesehatan) karena PMIK merupakan profil lulusan yang memang dijelaskan pada regulasi standar profesi wajib memiliki dan menguasai kompetensi

ke 5 yaitu keterampilan klasifikasi klinis, kodefikasi penyakit dan masalah kesehatan lainnya serta prosedur klinis.

Untuk rata-rata petugas yang bekerja di unit *casemix* khususnya petugas yang terlibat langsung pada sistem INA-CBGs belum pernah mengikuti pelatihan



internal maupun eksternal, hanya petugas yang sudah lama mengoperasikan sistem tersebut dimana para petugas yang sudah mengikuti pelatihan ini sudah cukup diikuti walaupun hanya sekali karena tingkat pengetahuan petugas di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi sudah memahami terkait penerapan sistem INA-CBGs.

Gambar 4. 4 Petugas di unit *casemix*

Berdasarkan deskripsi diatas, dapat disimpulkan bahwa faktor yang menghambat dari aspek *man* yaitu ketidaksesuaian antara ABK yang dibutuhkan dengan petugas yang mengerjakan 3 pekerjaan sekaligus maka dari itu diperlukannya analisis beban kerja ulang untuk memastikan bahwa apa yang dibutuhkan rumah sakit sesuai dengan yang direkomendasikan oleh unit terkait, ketidaksesuaian latar belakang petugas koder rawat jalan dengan standar profesi, kurangnya pelatihan khusus mengenai sistem INA-CBGs yang seharusnya rumah sakit tersendiri melaksanakan pelatihan internal untuk penguasaan petugas khususnya petugas yang terkait dengan sistem tersebut.

b. *Materials*

Materials dibutuhkan sebagai bahan dalam pengolahan data di sistem INA-CBGs. Bahan yang diperlukan dalam proses penginputan pasien rawat inap maupun rawat jalan pada *casemix* Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi terdiri dari :

- a. Pasien rawat inap : Nomor SEP, TXT (hasil kodingan), surat rawat, resume medis, hasil penunjang (*bila ada*), laporan pembedahan/tindakan (*bila ada*), billing dan lembar konsultasi.
- b. Pasien rawat jalan : Nomor SEP, hasil penunjang (*bila ada*), laporan pembedahan/tindakan (*bila ada*), billing, lembar konsultasi, konsultasi internal.

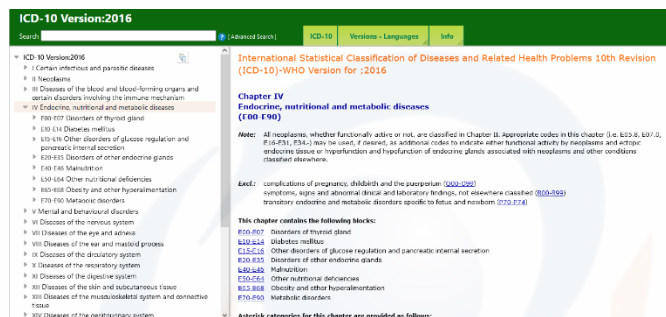
Dalam proses *entry* data koding diagnosa pasien, petugas membutuhkan berkas rawat jalan maupun rawat inap dan buku pedoman pengkodean yaitu ICD-10 sebagai pedoman diagnosa dan ICD-9CM sebagai acuan prosedur tindakan. Pengkodean rawat inap dilakukan sesuai hasil resume dan presentase tertinggi pada kelengkapan berkas klaim yang di input pada sistem INA-CBGs adalah ketidaklengkapan pada pengisian resume medis yang diisi oleh DPJP dan ketidaklengkapan hasil penunjang didalam berkas rekam medis. Untuk hal ini, yang menangani adalah petugas verifikator dalam mencocokkan hasil kodingan dan

kelengkapan berkas klaim. Petugas koder *casemix* hanya menuliskan catatan kecil di halaman depan berkas rawat inap.

Informan 1

“Terkadang data medis tidak lengkap seperti dokter spesialis tidak menulis resume dan biasanya sih DPJP disini hanya menuliskan diagnosa akhirnya saja. Tapi jika ada diagnosa lain bisa menambah severity”

Selain syarat klaim rawat jalan dan rawat inap, *materials* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah buku ICD-10 dan ICD-9CM yang digunakan koder untuk pengkodean diagnosis dan tindakan. Berdasarkan hasil penelitian petugas koder rawat inap dan rawat jalan disana menggunakan ICD-10 dan ICD-9CM *online* tidak menggunakan buku yang seharusnya fasilitas disana terdapat buku ICD-10 dan ICD-9CM. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara



Gambar 4. 5 ICD-10 *online* sebagai acuan dalam pengkodean

Informan 3

“Kalau waktu itu pakainya buku, sekarang cuma pake yang online bukunya ilang kayanya”

Informan 5

“Kalau saya sih berharap ICD yang offline ya yang dalam bentuk buku soalnya udah kebiasa megang yang buku, kadang kalo yang online tuh suka ga lengkap kalo yang buku kan ada volume 1,2,3 nya jadi ngeceknnya lebih spesifik”

Berdasarkan hasil penelitian, disimpulkan bahwa dari segi *materials* sudah terlaksana sesuai dengan ketentuan. Hanya saja tidak tersedianya buku ICD 10 untuk kode diagnosa dan ICD 9CM untuk kode tindakan.

c. Machines

Machines atau mesin yang dibutuhkan sebagai alat penunjang berjalannya sistem INA-CBGs di unit *casemix* Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi. Berikut ini adalah sarana dan prasarana yang terdapat di unit *casemix* yaitu :

Tabel 4. 2 Sarana dan Prasarana Unit Casemix

No	Nama Alat	Jumlah	Layak	Tidak Layak
1	Aplikasi INA-CBGs			

2	Scanner	8	4	4
3	Printer dot matrix	5	3	2
4	Koneksi internet (LAN)			
5	Komputer	20	16	4
6	Mesin printer	1	1	0
7	Telepon	3	3	0
8	Meja kerja	22	16	6
9	Kursi kantor	23	15	8
10	Lemari penyimpanan	7	7	0

Keterangan pada hasil tabel 4.2 menjelaskan Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi sudah menggunakan sistem INA-CBGs dengan versi terbaru tahun 2022 yang



dimana sistem tersebut terakhir diperbaharui pada tanggal 27 September 2022. Alat pendukung lainnya yang membantu proses berjalannya sistem INA-CBGs yaitu jumlah scanner yang dapat dipakai hanya 4 sedangkan jumlah yang dibutuhkan yaitu 8, printer dot matrix sudah memenuhi standar kebutuhan, koneksi internet yang terkadang sering mengalami gangguan, komputer yang sudah memenuhi standar kebutuhan, printer yang digunakan untuk mencetak dokumen atau memfotokopi dokumen hanya terdapat 1 seharusnya untuk rawat jalan dan rawat inap berbeda agar mempercepat kegiatan petugas, jumlah telepon yang layak, meja kursi dan kursi kantor yang sudah memenuhi standar kebutuhan, lemari penyimpanan terdapat kurang lebih 7 yang dikategorikan sebagai layak pakai. Untuk alat sarana dan prasarana yang sudah tidak layak masih terdapat di ruang casemix dan dapat diperbaiki oleh petugas perawatan (*maintenance*). Contoh alat sarana dan prasarana yang terdapat di casemix

Gambar 4. 6 Mesin *printer*

Gambar 4. 7 Mesin scan

Berdasarkan hasil observasi dan penelitian diketahui bahwa faktor yang berpengaruh pada *machines* dalam penggunaan sistem INA-CBGs terkadang internet kurang stabil, kendala server BPJS down sehingga menyulitkan dan memperlambat pekerjaan para petugas dalam mengakses INA-CBGs , kurangnya printer untuk mencetak dokumen dan memfotokopi.

d. *Methods*



Metode merupakan cara yang dibutuhkan dalam manajemen agar kegiatan dapat berjalan dengan baik. Dengan menggunakan cara kerja yang baik maka akan terselenggaranya kelancaran dalam bertugas seperti terbentuknya pedoman bekerja atau standar prosedur operasional. Berdasarkan hasil observasi dan penelitian, peneliti tidak dapat menemukan SPO khusus mengenai sistem INA-CBGs. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara terhadap kepala *casemix*.

Informan 1

“Sampai saat ini SPO salah satunya penggunaan sistem INA-CBGs disini belum dibuatkan belum terbentuk sempurna, ya jadi mereka bekerja sesuai kebiasaannya masing-masing atau kalau misalkan ada pegawai baru ya kita ketikin misalkan cara koding gimana”.

Hasil wawancara dari segi metode disimpulkan bahwa di unit *casemix* Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi belum terbentuknya SPO terkait tugas dan tanggung jawab yang dilakukan oleh para pekerja disana. Berdasarkan hasil observasi yang telah dilakukan para petugas yang bekerja tidak ada yang merasa kesulitan dan pekerjaan berjalan sesuai tugasnya. Terkait dengan proses pekerjaan yang dilakukan pada umumnya disini adalah jika memakai INA-CBGs maka menggunakan panduan dari pemerintah yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGS) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa penghambat dari faktor *methods* yaitu belum disempurnakannya SPO terkait sistem INA-CBGs dari rumah sakit.

e. *Money*

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan diketahui bahwa faktor *money* (dana) yang ditemukan dalam penelitian adalah hasil *reward* (penghargaan) pada para petugas yang melakukan lembur atau waktu kerja tambahan untuk menyelesaikan tugasnya masing-masing. Pegawai yang bekerja khususnya di unit *casemix* rumah sakit bekerja kurang lebih 8 jam dimulai pada pukul 07.30-16.30. Jika ada pegawai yang telah ditentukan untuk lembur mereka akan melakukannya maksimal 8 jam dengan 1 jam istirahat nominal Rp500.000/ 8jam lembur. *Reward* diberikan sekitar sebulan selesai lemburan, dibawah tanggal 20 diberikan pada bulan itu juga sedangkan diatas tanggal 20 akan diberikan bulan depan. Rata-rata pegawai lemburan menyelesaikan lemburannya sesuai dengan banyaknya berkas yang harus dilemburkan.

Informan 1

“Reward disini ada dek, biasanya ada lembur untuk semua petugas yang memang harus lembur buat nyelesain pekerjaannya lemburnya biasanya 6 jam hari itu juga dan kita mulai bekerja itu sekitar pukul 07.30-16.30”

Selain hasil *reward*, peneliti menemukan adanya faktor selisih antara biaya rumah sakit dan paket INA-CBGs. Adanya perbedaan/selisih tarif tersebut dikarenakan lama rawat pasien dan ada beberapa penunjang yang tidak ada dalam perhitungan paket INA-CBGs BPJS. Dalam kondisi saat ini, yang menanggung selisih pembiayaan tersebut adalah rumah sakit tersendiri. Adapun upaya yang dilakukan rumah sakit dalam menangani hal ini yaitu dengan evaluasi unit, untuk lebih efisiensi dalam pengeluaran.

Berdasarkan hasil penelitian, disimpulkan bahwa adanya faktor pendukung dan penghambat dari faktor *money*. Faktor yang mendukung adalah adanya *reward* yang diberikan kepada petugas yang telah melakukan lembur, hal itu memotivasi petugas agar lebih semangat dalam bekerja. Sedangkan faktor penghambatnya yaitu adanya selisih antara biaya rumah sakit dengan paket INA-CBGs yang menjadikannya rumah sakit harus menanggung selisih pembiayaan tersebut.

f. *Market*

Penentuan segmentasi pasar pada penelitian ini ditentukan berdasarkan pilihan kelas pasien di rumah sakit dan jaminan pembiayaan pelayanan di rumah sakit. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi merupakan rumah sakit dengan tipe B yang dimana rata-rata pasien tersebut menjalani perawatan menggunakan asuransi pemerintah yaitu BPJS dan pembiayaannya di proses melalui sistem yang disebut sistem INA-CBGs dengan

pilihan kelas rawat mayoritas pasien disana menggunakan kelas rawat kelas 3 dan fasilitas ruang rawat inap berjumlah 5-7 orang. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa :

Informan 1

“Rumah sakit masih menerapkan pembagian kelas rawat, BPJS kelas rawat masih ada rata-rata kelas rawat inap disini kelas 3”.

Hasil penelitian diatas, dapat disimpulkan dari segi *markets* adanya faktor pendukung yaitu target pasa pemilihan kelas rawat inap pasien BPJS dengan mayoritas pilihan kelas 3.

6.2 Pembahasan

6.2.1 Mengidentifikasi Penerapan Sistem INA-CBGs di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi

Berdasarkan hasil penelitian penerapan sistem INA-CBGs di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi dimulai dari pendaftaran hingga proses pengiriman klaim. Semua dilakukan dengan menggunakan internet untuk mengakses SIMRS, aplikasi E-klaim, aplikasi V-klaim.

Proses penginputan data pasien pada aplikasi INA-CBGs dilakukan setelah pasien mendapatkan pelayanan atau perawatan dari rumah sakit dengan data yang diperlukan berasal dari hasil *resume* medis. Pada pasien rawat inap setelah pasien pulang dari rumah sakit berkas dikumpulkan perawat kemudian diserahkan ke bagian administrasi pasien untuk mencetak *billing*, setelah itu berkas diberikan ke unit *casemix* untuk dilakukan pemberkasan, penginputan data, koding dan *bridging*, klaim, sehabis di koding berkas di *scan* dan di verifikasi untuk pengecekan dan mencocokkan hasil data identitas dan koding, semua data dan berkas selesai dikirim ke bagian penagihan. Untuk pasien rawat jalan dilakukan dengan berkas dikirim dari poli ke unit *casemix* untuk dilakukan pemberkasan, penginputan *bridging*, koding dan klaim, setelah itu berkas di *scan* dan dikirim ke bagian penagihan. Terdapatnya perbedaan alur pasien rawat jalan dan rawat inap yaitu untuk rawat inap petugas *bridging* dan koding dilakukan oleh 1 petugas sedangkan rawat jalan dilakukan oleh petugas yang berbeda.

Pelaksanaan penerapan sistem INA-CBGs disana sudah sesuai dengan alurnya hal ini didukung oleh penelitian (Taufiq, 2019) menyatakan bahwa dalam meningkatkan kinerja di rumah sakit secara efektif dan efisien diperlukannya SOP atau alur yang bertujuan untuk mempertahankan pekerjaan dengan menghasilkan kerjasama yang baik sebagai pedoman dalam pelaksanaan kerja di rumah sakit.

6.2.3 Mengidentifikasi variabel pendukung/penghambat sistem berdasarkan 6M (Man, Materials, Machines, Methods, Money, Market) di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi.

a. *Man* (Manusia)

Berdasarkan hasil penelitian mengenai faktor manusia di unit *casemix* Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi diketahui bahwa jumlah SDM yaitu 16 petugas dengan kualifikasi yang merupakan gabungan dari tenaga medis, tenaga non medis, dan tenaga yang berlatar belakang non kesehatan. Berdasarkan perhitungan ABK rumah sakit seharusnya membutuhkan 19 petugas tetapi hanya saja petugas disana terdapat 16 orang. Diketahui bahwa ketepatan ABK merupakan hal penting disini ada kemungkinan kesalahan dalam menganalisis perhitungan ABK karena ada temuan dimana seseorang mengerjakan 3 pekerjaan sekaligus sebagai kepala *casemix*, koder rawat inap dan petugas verifikator, yang tidak sesuai dengan kebutuhan ABK sebenarnya. Penelitian (Chrismawanti, 2020) metode ABK-Kes adalah metode perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan jumlah pekerjaan yang dilakukan oleh masing-masing jenis SDM sesuai dengan tanggung jawab dan fungsi masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan.

Dalam pengkodingan, untuk petugas koder tersendiri yaitu petugas koder rawat inap berlatar belakang S1 kedokteran dikarenakan dalam hal pengkodingan pada pasien

rawat inap lebih spesifik dan harus detail dalam melakukan pengkodean seperti diagnosa, prosedur yang sesuai dengan diagnosa serta obat yang diberikan, sedangkan petugas koder rawat jalan berlatar belakang D3 Keperawatan, Hasil penelitian sesuai dengan penelitian sebelumnya menyebutkan dalam pemberian kode dilakukan oleh perawat tidak dengan petugas rekam medis (Vera Yulianti Budiyani et al., 2021). Hal ini belum sesuai dengan Permenkes No. 312 Tahun 2020 tentang Standar Profesi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan menyebutkan seorang lulusan PMIK mampu menguasai dan menerapkan ilmu terkait klasifikasi klinis, kodefikasi penyakit.

Mengenai penggunaan dan pengaplikasian sistem INA-CBGs di rumah sakit disebutkan bahwa kebutuhan perencanaan tenaga kesehatan diselenggarakan melalui pelatihan maupun pendidikan yang dilakukan baik oleh pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat maupun swasta (Pemerintah RI, 2014). Hasil penelitian ditemukan bahwa petugas yang terlibat langsung terhadap penggunaan sistem INA-CBGs rata-rata belum mengikuti pelatihan terutama pelatihan khusus mengenai INA-CBGs. Akan tetapi terdapat juga petugas yang sudah mengikuti pelatihan walaupun hanya sekali. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa pelatihan workshop internal INA-CBGs sudah pernah dilakukan walaupun hanya 2 kali, akan tetapi RS sering melakukan workshop lainnya terkait INA-CBGs (Wunari et al, 2016).

Dapat disimpulkan bahwa kualifikasi pendidikan dan pelatihan seorang petugas di unit *casemix* khususnya petugas koder sebaiknya berlatar belakang minimal D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan karena kemampuan seorang PMIK dapat memahami mengenai klasifikasi dan kodefikasi diagnosa serta prosedur. Jika tidak sesuai, hal tersebut akan berpengaruh terhadap ketidaktepatan dalam pengkodean yang nantinya juga akan berpengaruh terhadap pembiayaan di sistem INA-CBGs. Untuk pelatihan sebaiknya para petugas yang diberi kewenangan mengoperasikan sistem tersebut sudah melaksanakan pelatihan khusus.

b. *Materials* (Bahan)

Berdasarkan hasil penelitian mengenai unsur bahan/alat di *casemix* Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi adalah berkas persyaratan klaim baik rawat jalan maupun rawat inap serta pedoman ICD 10 dan ICD 9CM dalam pengkodean. Dalam pelaksanaannya ditemukan faktor penghambat terkait penginputan data melalui sistem INA-CBGs yaitu ketidaklengkapan pada resume medis dan ketidaklengkapan berkas hasil penunjang. Ketika koder ingin melakukan pengkodean, DPJP tidak menuliskan diagnosa lengkap di dalam resume medis. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yaitu (Sander et al., 2022) menyebutkan bahwa penghambat berkas persyaratan klaim petugas saat melakukan pekerjaannya adalah ketidaklengkapan diagnosa pada resume medis. (Herman et al., 2020) menyatakan bahwa penghambat dalam unsur *material* tidak lengkapnya dan tidak tercantumnya hasil penunjang di berkas rekam medis untuk syarat klaim. Hal ini akan berpengaruh terhadap pengembalian berkas klaim yang akan menghambat pembiayaan BPJS ke rumah sakit. Selain hal tersebut, tidak tersedianya buku ICD-10 dan ICD-9CM untuk pengkodean hanya saja terdapat ICD *online* yang seharusnya terdapat buku ICD untuk melihat dan mengecek kembali hasil pengkodean diagnosa ataupun tindakan didukung oleh (Loren et al., 2020) salah satu

bahan pendukung untuk pengkodean diagnosis dan tindakan pada petugas koder adalah buku ICD-10 dan ICD-9CM.

c. *Machines* (Mesin)

Mesin adalah alat yang digunakan untuk memberikan fasilitas kemudahan dalam menciptakan kinerja yang efektif. Mesin sangat dibutuhkan di pelayanan kesehatan untuk menunjang tercapainya proses pekerjaan. Variabel pada mesin ini terkait sarana dan prasarana sebagai penunjang dalam penggunaan INA-CBGs. Pada faktor mesin didukungnya unit komputer yang memadai yang sejalan dengan penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa rumah sakit telah memahami bahwa sistem INA-CBGs sudah terkomputerisasi, maka dari itu penyediaan komputer yang cukup dan internet (Syam, 2017) selain itu ditemukannya juga hambatan dalam berjalannya penggunaan sistem INA-CBGs diantaranya internet yang terkadang suka eror, server BPJS down dan kurangnya alat printer untuk mencetak dokumen hal ini didukung oleh peneliti (Leonard et al., 2020) menyebutkan terdapat masalah adanya gangguan jaringan yang sering terjadi selama 2 kali dalam seminggu sekitar 2 jam hal tersebut mengganggu pekerjaan petugas dan proses pelayanan terganggu.

d. *Methods* (Metode)

Faktor metode yang dimaksud pada penelitian ini terkait pedoman atau SPO yang menjadi acuan petugas untuk bekerja sesuai aturannya. Hasil observasi dan penelitian di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi tidak ditemukannya SPO di unit *casemix* baik itu SPO mengenai sistem INA-CBGs, pengkodean ataupun verifikasi BPJS. SPO merupakan acuan dalam melakukan pekerjaan (Sakidjan, 2014). Tidak adanya SPO dapat mempengaruhi keefektifan dalam bekerja, hal ini sesuai dengan penelitian (Leonard et al., 2020) RSUP Dr. M. Djamil Padang belum memiliki SPO khusus terkait pelaksanaan sistem INA-CBG yang menyebabkan tidak adanya acuan bagi petugas dalam melaksanakan pekerjaannya. (Vera Yulianti Budiyan et al., 2021) menyebutkan tidak adanya SPO dalam menentukan kode membuat petugas merasa tidak wajib ketika melakukan koding.

e. *Money* (Dana)

Money atau dana adalah suatu alat yang penting sebagai alat tukar atau alat pengukur nilai untuk mencapai tujuan yang diperhitungkan berdasarkan keperluan yang dituju. Faktor dana yang dimaksud pada penelitian ini adalah mengenai *reward* dan adanya perbedaan antara tarif rumah sakit dan paket INA-CBGs. Sistem *reward* diberikan kepada petugas yang melakukan lemburan bertujuan untuk memberikan semangat petugas saat sedang bekerja, pernyataan ini sesuai dengan penelitian (Loren et al., 2020) ditetapkannya *reward* dengan tujuan untuk mendorong petugas agar aktif dalam melakukan tugasnya dan untuk bekerja secara maksimal dengan memberikan penghargaan atas kinerja para petugas. Faktor *money* lainnya terkait perbedaan antara biaya rumah sakit dan INA-CBGs yaitu perbedaan tarif disebabkan karena lamanya rawat pasien pada pasien rawat inap dan pelayanan yang diberikan kepada pasien yang didukung oleh (Damara et al., 2022) perbedaan tarif dapat terjadi karena lama pasien dirawat yang mempengaruhi perbedaan pada biaya rill dan tarif INA-CBGs.

f. *Market* (Target Pasar)

Pemasaran rumah sakit adalah perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian suatu program untuk meningkatkan penjualan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit, yang pada akhirnya menghasilkan profit atau keuntungan yang diharapkan oleh manajemen rumah sakit (Dewi, 2018). Penetapan target pasar pada penelitian ini adalah pemilihan kelas rawat dan penjamin biaya pelayanan kesehatan yang rata-rata pasien tersebut pasien BPJS dengan pilihan kelas rawat kelas 3. Saat menentukan harga, sangat penting untuk memperhatikan biaya satuan dan tarif pesaing, persepsi dan harapan pasien tentang harga produk dan tingkat keuntungan yang diharapkan. Tujuannya adalah untuk meningkatkan penggunaan layanan, memperluas dan mempercepat jaringan rujukan, memperluas jangkauan pasar dan berpartisipasi aktif dalam peningkatan kesehatan dan kualitas layanan kesehatan.

BAB VII

KESIMPULAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi dapat disimpulkan :

1. Penerapan sistem INA-CBGs dimulai dari pendaftaran hingga proses penginputan pengajuan klaim dan sudah berjalan sesuai dengan alurnya baik itu pasien rawat inap maupun rawat jalan.
2. Faktor yang mempengaruhi dari (*man*) adalah ketidaksesuaian antara ABK yang dibutuhkan dengan petugas yang mengerjakan 3 pekerjaan sekaligus, ketidaksesuaian latar belakang pendidikan petugas koding rawat jalan dengan standar profesi dan kurangnya pelaksanaan pelatihan khusus mengenai sistem INA-CBGs untuk petugas yang berkaitan langsung dengan sistem. Faktor yang berpengaruh dari (*materials*) adalah tidak tersedianya buku ICD-10 dan ICD-9CM di *casemix* dan petugas hanya berpacu dari ICD *online*. Faktor yang berpengaruh dari (*machines*) terkadang internet kurang stabil dan kurangnya mesin printer yang disediakan untuk proses klaim pasien rawat inap dan rawat jalan. Faktor yang berpengaruh dari (*methods*) belum terbentuknya SPO mengenai penggunaan sistem INA-CBGs dari rumah sakit dan berpacu pada Permenkes Nomor 76 Tahun 2016. Faktor yang berpengaruh dari (*money*) adalah terdapatnya *reward* mengenai lemburan yang dilakukan petugas dan adanya perbedaan selisih antara tarif biaya rumah sakit dengan paket INA-CBGs. Faktor yang berpengaruh dari (*market*) adalah target pasar pasien di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi pada asuransi BPJS pemilihan kelas rawat kelas 3.

7.2 Saran

1. Sebaiknya rumah sakit menyempurnakan SPO khusus terkait sistem INA-CBGs dan pengkodean penyakit di unit *casemix*.
2. Perlu dilakukan analisis beban kerja ulang untuk memastikan bahwa apa yang dibutuhkan di rumah sakit sesuai dengan yang direkomendasikan oleh unit terkait
3. Seharusnya ada penambahan petugas di unit *casemix* terkait jenis pekerjaan yang dibutuhkan.
4. Sebaiknya rumah sakit memfasilitasi ketersediaan buku ICD-10 dan ICD-9CM agar petugas koder lebih spesifik dalam mengkode.

DAFTAR PUSTAKA

- Andhani, A. Z., & Yanitama, G. (2021). Analisis Penerapan Sistem Ina-Cbg'S Rawat Jalan Guna Menunjang Efektivitas Kerja Pmjk Di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung. *Infokes-Politeknik Piksi Ganesha*, 17–27. <http://journal.piksi.ac.id/index.php/INFOKES/article/view/308/212>
- Christmawanti, M. (2020). Injauan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Di Rekam Medis Berdasarkan Metode Analisis Beban Kerja Kesehatan (Abk-Kes) Di Rumah Sakit Umum Darmayu Ponorogo. *Jurnal Delima Harapan*, 7(1), 48–57. <https://doi.org/10.31935/delima.v7i1.95>
- Damara, A. Y., Sari, F. E., Samino, & Sari, N. (2022). Perbedaan Tarif Rumah Sakit Dan Tarif Ina- CBGs. 2(3), 322–332.
- Dewi, N. L. P. E. K. (2018). Strategi Pemasaran Produk Program BPJS/JKN di Rumah Sakit Swasta. *Jurnal Manajemen Dan Bisnis*, 15(2), 81–99.
- Faida, E. W., & Muhadi. (2019). Dasar Organisasi dan Manajemen Unit Kerja Rekam Medis. In *Indomedia Pustaka* (1st ed.). Indonesia Pustaka.
- Herman, L. N., Farlinda, S., Ardianto, E. T., & Abdurachman, A. S. (2020). Tinjauan Keterlambatan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap di RSUP dr. Hasan Sadikin. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 575–581. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v1i4.2030>
- Hidayat, F. (2020). *Konsep Dasar Sistem Informasi Kesehatan*. Deepublish. [https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=dJfwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=sistem+informasi+kesehatan&ots=Gk3BAGxFS8&sig=05Uph-NcqvyoCQkBkk7v89yf8DM&redir_esc=y#v=onepage&q=sistem informasi kesehatan&f=false](https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=dJfwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=sistem+informasi+kesehatan&ots=Gk3BAGxFS8&sig=05Uph-NcqvyoCQkBkk7v89yf8DM&redir_esc=y#v=onepage&q=sistem%20informasi%20kesehatan&f=false)
- Kemendes RI. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. In *Menteri Kesehatan RI* (Vol. 85, Issue 1, pp. 2071–2079).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). Pembiayaan Kesehatan. In *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*.
- Leonard, D., Oktamianiza, O., & ... (2020). Analisis Pelaksanaan Sistem INA-CBGs Menggunakan Metode HOT-FIT di RSUP Dr. M. Djamil. *2-Trik: Tunas ...*, 10(November), 295–302. <http://2trik.jurnalelektronik.com/index.php/2trik/article/view/2trik10414>
- Loren, E. R., Wijayanti, R. A., & Nikmatun, N. (2020). Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Penyakit Diabetes Mellitus di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(3), 129–140. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v1i3.1974>
- Nawir, N. R. R. (2021). *Literature Review Pembayaran Layanan Kesehatan Dengan Sistem Diagnosis Penyakit (INA-CBGs) Literature Review Pembayaran Layanan Kesehatan Dengan Sistem Diagnosis Penyakit (INA-CBGs)*.
- Nikmatun, R. (2017). Proses Penelitian, Masalah, Variabel dan Paradigma Penelitian. *Jurnal Hikmah*, 14(1), 63.
- Pemerintah RI. (2009). *UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38789>
- Pemerintah RI. (2014). UU No 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. In *Presiden Republik*

- Indonesia (pp. 1–78).
http://www.pdpersi.co.id/diknakes/data/regulasi/undang_undang/uu362014.pdf
- Pemerintah RI. (2016). Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2016 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan. In *Pelayanan Kesehatan.2016 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan* (pp. 1–16). <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/5768/pp-no-47-tahun-2016>
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia. (2013). Kumpulan Peraturan Jaminan Kesehatan. In *Public Health* (pp. 1–156).
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia. (2014). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan. In *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan* (pp. 1–66). <http://jdih.kkp.go.id/peraturan/pp-46-2014.pdf>
- Permana, I. S., & Sumaryana, Y. (2018). Sistem Pakar Untuk Mendiagnosa Penyakit Hati Menggunakan Metode Forward Chaining. *JUITA : Jurnal Informatika*, *1*(4), 143–155.
- Permenkes. (2020). Permenkes No 312 Tahun 2020 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan. In *Kaos GL Dergisi* (Vol. 8, Issue 75, pp. 147–154). <https://doi.org/10.1016/j.jnc.2020.125798%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.smr.2020.02.002%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/810049%0Ahttp://doi.wiley.com/10.1002/anie.197505391%0Ahttp://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978085709040950205%0Ahttp://>
- Permenkes, 2013. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan Nasional. In *Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional* (Issue June).
- Permenkes RI. (2020). Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. In *Implementation Science* (Vol. 39, Issue 1, pp. 1–15). <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/152506/permenkes-no-3-tahun-2020>
- PERPRES No. 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. (n.d.). Retrieved May 22, 2022, from <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/41327/perpres-no-72-tahun-2012>
- Purwadi, K. (2019). Efektivitas Penerapan INA-CBG di Rumah Sakit (Analisis Penerapan Permenkes RI No. 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan JKN di Rumah Sakit Emanuel Banjarnegara). *Jurnal Idea Hukum*, *5*(2), 1475–1490. <https://doi.org/10.20884/1.jih.2019.5.2.121>
- Sakidjan, I. (2014). Analisis Kelengkapan Catatan Rekam Medis Kasus Tetralogy of Fallot pada Implementasi INA-CBGS di RSPJN Harapan Kita. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, *1*(1), 26–31. <https://doi.org/10.7454/arsi.v1i1.2167>
- Sander, A., Indawati, L., Widjaja, L., & Rumana, N. A. (2022). *Tinjauan Faktor Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2021*. *1*(4), 387–398. <https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v1i4.1180>
- Setyawan, F. E. B. (2015). *Sistem Pembiayaan Kesehatan*. *11*. <https://doi.org/10.1038/271360a0>
- Suprianto, A., & Mutiarin, D. (2017). Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. *Journal of Governance and Public Policy*, *4*(1), 71–107. <https://doi.org/10.18196/jgpp.4172>
- Suprihanto, J. (2018). *Manajemen* (Sutarno (Ed.); 1st ed.). UGM Press.
- Syam, N. A. (2017). *Gambaran Pelaksanaan Sistem Pembayaran Layanan Kesehatan dengan Sistem Diagnosis Penyakit (INA-CBGs) di Rawat Inap RSUD Tenriawaru Kab. Bone Tahun* 1–167.
- Taufiq, A. R. (2019). Penerapan Standar Operasional Prosedur (Sop) Dan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit. *Jurnal Profita*, *12*(1), 56. <https://doi.org/10.22441/profita.2019.v12.01.005>
- Vera Yulianti Budiyani, Astri Sri Wariyanti, & Sri Wahyuningsih. (2021). Literature Review

Faktor Yang Mempengaruhi Ketepatan Petugas Koding Diagnosis Berdasarkan Unsur 5M. *Indonesian Journal of Health Information Management*, 1(1), 14–20. <https://doi.org/10.54877/ijhim.v1i1.3>

Wunari et al, 2016. (2016). Studi Penerapan Sistem Pembayaran Layanan Kesehatan dengan Sistem Diagnosis Penyakit (Indonesia Case Based Groups / Ina-cbgs) di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Bahteramas Kota Kendari Tahun 2015. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat UnsyiaSisth*, 1(3), 184458.

LAMPIRAN

Biodata Tim Program Penelitian

A. Identitas Diri

Nama Lengkap	: Daniel Happy Putra, M.K.M
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Jabatan Fungsional	: Tenaga Pengajar
NIP/NIK/Identitas Lainnya	: 1202031901950002/219080813
NIDN	: 0319019501
Tempat dan Tanggal Lahir	: Jakarta, 19 Januari 1995
Email	: danielhappyg@gmail.com , daniel.putra@esaunggul.ac.id
No. Telepon/HP	: 085311239083
Alamat Kantor	: Jl. Arjuna Utara No. 9 Kelurahan Duri Kupa Kecamatan Kebon Jeru
No. Telepon/Faks	
Mata Kuliah Yang Diampu	1. Aplikasi Perangkat Lunak dan Jaringan Komputer di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 2. Basis Data dan Analisis Perancangan Sistem Informasi Kesehatan 3. Sistem Informasi Geografis 4. Epidemiologi Dasar

B. Riwayat Pendidikan

	S1	S2
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Sumatera Utara	Universitas Indonesia
Bidang Ilmu	Kesehatan Masyarakat (Epidemiologi)	Kesehatan Masyarakat
Tahun Masuk – Lulus	2011-2015	2016-2018
Judul Skripsi- Tesis	Analisa Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Penyakit Ispa Pada	Rancangan Sistem Informasi Kesehatan di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo untuk

	Anak Batita Di Wilayah Kerja Puskesmas Hutabaginda Kecamatan Tarutung	Meningkatkan Kualitas Pelayanan Terhadap Pasien
Nama Pembimbing/Promotor	1. Prof. dr. Sori Muda Sarumpaet, MPH 2. drh. Hiswani, M.Kes	Dr. drs. Tris Eryando, M.A

C. Pengalaman Penelitian dalam 5 tahun terakhir

No	Tahun	Judul Penelitian
1	2015	Analisa Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Penyakit Ispa Pada Anak Batita Di Wilayah Kerja Puskesmas Hutabaginda Kecamatan Tarutung
2	2016	Evaluasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR) Di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
3	2016	Penyusunan Model Prediksi Diabetes Melitus Tipe 2 Berdasarkan Data Riskesdas
4	2017	Analisis dan Perancangan Manajemen Program Kolaborasi TB-HIV di Indonesia
5	2017	Rancangan Sistem Pencatatan Hiv/Aids Dan Pemantauan Terapi Arv (Sphpta)
6	2018	Rancangan Sistem Informasi Kesehatan di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo untuk Meningkatkan Kualitas Pelayanan Terhadap Pasien
7	2021	Evaluasi Sistem Informasi Kesehatan dalam Menunjang Pelayanan di Lingkungan Puskesmas Kelurahan Malaka Sari

D. Pemakalah Seminar Ilmiah dalam Jurnal dalam 5 tahun terakhir

No	Nama Pertemuan Ilmiah	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1	2 nd International Meeting of Public Health	<i>Analysis Of Factors Related To The Occurrence Of Accute Respiratory Infection Disease In Children Under Three Yeras Old On The Work Area Of Hutabaginda Community Health Center Tarutung 2015</i>	Depok
2	Association of Pacific Rim Global Conference 2017	Case of Program to Reduce Smokers from Universitas Indonesia	Manila, Phillipine

Biodata Tim Program Penelitian

A. Identitas Diri

Nama Lengkap	: Laela indawati, S.St.MIK.,MKM
Jenis Kelamin	: Perempuan
Jabatan Fungsional	: Asisten Ahli
NIP/NIK/Identitas Lainnya	: 1202031901950002/219080813
NIDN	: 210070429
Tempat dan Tanggal Lahir	: Ciamis, May 6 1978
Email	: Laela.indawati@esaunggul.ac.id
No. Telepon/HP	: 083896309675
Alamat Kantor	: Jl. Arjuna Utara No. 9 Kelurahan Duri Kepa Kecamatan Kebon Jeru
No. Telepon/Faks	
Mata Kuliah Yang Diampu	1. KKPMT 2. Terminologi Medis

B. Riwayat Pendidikan

	S1	S2
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Esa Unggul	Universitas Indonesia
Bidang Ilmu	Manajemen Informasi Kesehatan	Kesehatan Masyarakat
Tahun Masuk – Lulus	2011-2015	2016-2018
Judul Skripsi- Tesis	Identification of the 5M Elements in accuracy of disease codes and procedures (Systematic Review)	Analysis of Coding Accuracy in Returning Inpatient BPJS Claims at Fatmawati Hospital

C. Pengalaman Penelitian dalam 5 tahun terakhir

No	Tahun	Judul Penelitian
----	-------	------------------

1	2015	Identification of the 5M Elements in accuracy of disease codes and procedures (Systematic Review)
2	2016	Review of Koder Competence in Determining Disease Codes and Procedure at Fatmawati Hospital
3	2016	Analysis of Coding Accuracy in Returning Inpatient BPJS Claims at Fatmawati Hospital
4	2017	Design of Inpatient Administration Information System at Midwife Clinic
5	217	The Influence Of Individual Factors And Social-Cultural Environment of Drug Prevention In The Students

D. Publikasi Ilmiah dalam Jurnal dalam 5 tahun terakhir

Title of Publication	Publication Name	Year	Indexed
Identification of the 5M Elements in accuracy of disease codes and procedures (Systematic Review)	Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM) 5 (2), 59-64	2017	National Accredited
Review of Koder Competence in Determining Disease Codes and Procedure at Fatmawati Hospital	Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM) 5 (1), 22-29	2017	National Accredited
Analysis of Coding Accuracy in Returning Inpatient BPJS Claims at Fatmawati Hospital	Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMIKI) 7 (2), 113	2019	National Accredited
Design of Inpatient Administration Information System at Midwife Clinic	Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM) 3 (2)	2015	National Accredited
The Influence Of Individual Factors And Social-Cultural Environment of Drug Prevention In The Students	Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM) 1 (2)	2013	National Accredited

Biodata Tim Program Penelitian

A. Identitas Diri

Nama Lengkap	: Puteri Fannya, SKM, M.Kes
Jenis Kelamin	: Perempuan
Jabatan Fungsional	: Tenaga Pengajar
NIP/NIK/Identitas Lainnya	: 219080811
NIDN	:
Tempat dan Tanggal Lahir	: Bukittinggi, December 19 1989
Email	: puteri.fannya@esaunggul.ac.id
No. Telepon/HP	: 0852 6307 5050
Alamat Kantor	: Jl. Arjuna Utara No. 9 Kelurahan Duri Kepa Kecamatan Kebon Jeru
No. Telepon/Faks	
Mata Kuliah Yang Diampu	1. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan 2. Asuransi dan Pembiayaan Kesehatan 3. Epidemiologi

B. Riwayat Pendidikan

	S1	S2
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Andalas	Universitas Andalas
Bidang Ilmu	Manajemen Informasi Kesehatan	Kesehatan Masyarakat
Tahun Masuk – Lulus	2010-2014	2015-2017
Judul Skripsi- Tesis	Identification of the 5M Elements in accuracy of disease codes and procedures (Systematic Review)	Analysis of Coding Accuracy in Returning Inpatient BPJS Claims at Fatmawati Hospital

C. Pengalaman Penelitian dalam 5 tahun terakhir

No	Tahun	Judul Penelitian
----	-------	------------------

1	2018	Analysis of Factors Relating to Quality of Health Services at Health Centers in Padang, Indonesia (Year 2018)
2	2016	Temporal Spatial Analysis of Climatology Relations, Population Density and Residence Height with DHF Events through Geographic Information Systems (GIS) in Padang City 2005 – 2015 (Year 2016)

D. Publikasi Ilmiah dalam Jurnal dalam 5 tahun terakhir

Title of Publication	Publication Name	Year
Analisis Mutu Pelayanan Puskesmas Kota Padang Menggunakan Teknik Importance-Performance Analysis	Jurnal Kesehatan Medika Sainatika	2018
Quality of Polyclinic Services at Public Health Centers in Padang City, Indonesia	International Journal Of Community Medicine And Public Health	
Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Tenaga Kesehatan di Rawat Inap RSUD Batusangkar	Jurnal Endurance: Kajian Ilmiah Problema Kesehatan	2018
Analisis Spasial Temporal Hubungan Kepadatan Kependudukan dan Ketinggian Tempat dengan Kejadian DBD Kota Padang	Jurnal Medika Sainatika	2018

Informan 1

Nama : Dr. Andang Taruna

No	Pertanyaan	Jawaban
1.	Bagaimana penerapan sistem INA-CBGs disini?	<i>"Alhamdulillah sampai saat ini berjalan lancar-lancar aja dek, paling kendalanya hanya ada ketidaklengkapan di pengisian resume medis"</i>
2.	Setiap berapa waktu sekali pengiriman berkas ke BPJS center?	<i>"Pengiriman dilakukan setiap satu bulan"</i>
3.	Apakah perbulan itu semua pekerjaan terselesaikan ?	<i>"...hmm sekitar 80-90% terselesaikan, dan 10% nya masih ada berkas yang belum lengkap jadi kita harus crosscheck lagi"</i>
4.	Berapa jumlah SDM di unit casemix disini?	<i>"Jumlah petugas disini ada sekitar 16 petugas dengan tanggung jawab dan kualifikasinya masing-masing"</i>
5.	Apakah jumlah SDM disini sudah cukup ?	<i>"Belum sih dek, berdasarkan perhitungan analisis beban kerja yang telah diperhitungkan total seharusnya itu ada 19 petugas tapi disini hanya 16, sudah coba untuk meminta SDM tambahan namun belum ada info lagi dek"</i>
6.	Apa pendidikan terakhir saudara?	<i>"Pendidikan terakhir saya S1 kedokteran (dokter umum)"</i>
7.	Sudah berapa lama mengaplikasikan sistem INA-CBGs?	<i>"Kalau di unit casemix tersendiri saya sudah 2 tahunan dek, kalau jadi kepala casemixnya baru 4 bulanan"</i>
8.	Apakah saudara sudah pernah mengikuti pelatihan?	<i>"Hehe... belum dek belum pernah ikut pelatihan, tapi kan nanti kalau ga salah tahun depan ada pelatihan ya, insha allah saya ikut"</i>
9.	Bagaimana alur penginputan data ke sistem INA-CBGs pada pasien rawat inap	<i>"Pertama itu berkas dikumpulkan oleh perawat di ruang perawatan, lalu perawat menyerahkannya ke bagian administrasi pasien untuk dilakukan setting dan dibentuk bilingnya, habis dari administrasi pasien, berkas diserahkan di unit"</i>

		<p><i>casemix yang pertama petugas nerima itu petugas pemberkasan rawat inap, kemudian dilakukan bridging + koding oleh koder rawat inap, setelah dikoding berkas di scan, lalu di rekonsiliasi (menyinkronkan) yang terakhir kita kirim ke bagian penagihan””</i></p> <p><i>“Untuk casemix sendiri itu kita yang kerjanya dari bagian pemberkasan sampai rekonsiliasi ya, yang pertama ada yang tugas perawat, terus administrasi pasien dan penagihan tapi ruangnya bukan disini”</i></p>
10.	Apa saja persyaratan dalam klaim BPJS pasien rawat inap ?	<i>“Syarat klaim rawat inap itu ada nomor SEP, terus TXT (hasil kodingan), surat rawat, resume medis, hasil penunjang dan laporan tindakan (jika ada), billing dan lembar konsultasi”</i>
11.	Ada berapa petugas untuk koder rawat inap tersendiri ?	<i>“koder rawat inap disini ada 2 “</i>
12.	Berapa lama saat melakukan koding?	<i>“Tergantung dek hehe, kadang kita harus cek-cek resume medis nya kalau ga lengkap kita lihat di lembar konsultasi itu yang bikin lama DPJP kadang ngga ngelengkapin diagnosa pasien di resume medis”</i>
13.	Ada berapa pasien per harinya ?	<i>“ pasien pulang itu ada 40 an “</i>
14.	Berapa berkas yang terselesaikan dalam setiap harinya ?	<i>“sehari itu bisa nyelesaiin sekitar 30an berkas”</i>
15.	Adakah bahan yang diperlukan saat mengkoding?	<i>“Kita berpacu sama ICD 10 dan ICD-9cm bisa online juga sih yakan sekarang, sama berkas pendukung seperti resume medis”</i>
16.	Apa yang menjadi presentase tertinggi terhadap syarat kelengkapan berkas	<i>“Paling sering sih di sini itu yang tidak lengkap resume medis, kadang tulisannya tidak terbaca terus DPJP hanya menuliskan diagnosa akhir tidak ada diagnosa</i>

		<i>lain jadi berkas dikembalikan lagi untuk dilengkapi”</i>
17.	Mesin apa yang dibutuhkan saat melakukan koding?	<i>“Untuk dari segi mesin itu kita kan butuh komputer sama koneksi internet aja sih”</i>
18.	Apakah jaringan internet disini berjalan lancar?	<i>“Lancar-lancar aja si dek cuma kadang suka lemot tapi sebentar doang”</i>
19.	Adakah SPO khusus terkait sistem INA-CBGs?	<i>“.... SPO belum dibuatkan dek belum kebentuk sempurna ya kita juga maunya sih punya SPO cuma sekarang belum ada juga”</i>
20.	Jika tidak ada SPO, lalu landasan kerjanya pakai apa?	<i>“Ngga ada SPO kita bekerja kaya kebiasaan sehari-hari aja gitu, kalau misalkan ada petugas baru kita ketikin cara pengkodean gimana-gimana”</i>
21.	Ada masalah terkait tidak adanya SPO dalam bekerja?	<i>“Sampai saat ini sih alhamdulillah lancar aja dek, karena petugas disini juga pengalaman kerjanya sudah lama dan juga pengetahuan mengenai tugas masing-masing sudah paham”</i>
22.	Apakah ada <i>reward</i> untuk karyawan?	<i>“Iyaaa, ada dek untuk lemburan biasanya kita kasih reward”</i>
23.	Berapakah nominalnya?	<i>“Untuk nominal nya Rp500.000/ 8 jam lembur. Maksimal lemburan disini kan 8 jam ya, kita bekerja mulai pukul 07.30-16.30”</i>
24.	Kapan lemburan dibayarkan?	<i>“Sebulan sekitar selesai lemburan”</i>
25.	Menurut saudara, apakah lemburannya dan <i>reward</i> yang diberikan standar?	<i>“Standar sih dek menurut saya segitu”</i>
26.	Berapa jam rata-rata para petugas lembur?	<i>“Buat mereka yang lembur tergantung banyak atau engganya yang harus diselesaikan sih yaaa”</i>
27.	Bagaimana pembagian kelas rawat inap di rumah sakit ini?	<i>“BPJS kelas rawat disini masih ada, kelas 1,2,3 dan rata-rata pasien kelas rawat nya kelas 3”</i>
28.	Apakah ada selisih antara biaya rill dan paket INA-CBGs?	<i>“Ada perbedaan, lebih besar biaya rumah sakit itu karena bisa</i>

		<i>tergantung lama rawat dan pelayanan apa aja yang diberi ke pasien”</i>
29.	Kenapa bisa ada perbedaan/selisish antara RS dan paket INA-CBGs?	<i>“Mungkin karna ada beberapa penunjang yang ngga dalam perhitungan paket INA-CBGs</i>
30.	Untuk kondisi saat ini jika memang terdapat sesilish, siapa yang menanggung biayanya?	<i>“Rumah sakit yang menanggung kelebihannya”</i>

Informan 2

Nama : Dr. Rendy Septian

No	Pertanyaan	Jawaban
1.	Apakah sistem disini berjalan dengan lancar? Jika tidak, apa saja faktornya?	<i>“Alhamdulillah sih lancar-lancar aja ya mbak, faktor-faktornya sih yang berpengaruh itu banyak ya itukan dari data-data pasien harus lengkap, sesuai. Untuk saat ini sih insha allah lancar ya”</i>
2.	Apa pendidikan terakhir saudara?	<i>“Saya sendiri pendidikan terakhir S1 Kedokteran mba”</i>
3.	Berapa lama pengalaman kerja saudara?	<i>“Baru sih hehe kurang lebih 7 tahunan dari 2015 sampai sekarang”</i>
4.	Apakah pernah mengikuti pelatihan terkait INA-CBGs?	<i>“Alhamdulillah udah pernah mbak waktu itu”</i>
5.	Berapa lama saat melakukan koding?	<i>“Sebentar sih mbak, karna sudah terbiasa ya jadi yaa sudah hafal-hafal mengenai kode-kode penyakitnya ataupun tindakannya”</i>
6.	Adakah bahan yang diperlukan saat melakukan koding?	<i>“Kita butuh ICD 10 dan ICD 9CM, kalau saya sih biasanya suka mastiin lagi atau cek lagi lewat yang ICD online kan lebih praktis tuh”</i>
7.	Apa yang menjadi presentase tertinggi terhadap syarat kelengkapan berkas rawat inap ?	<i>“Kelengkapan berkas kan ada resume, surat rawat, dll tuh. Kalau dari ketidaklengkapannya sih dari resume yah ya gitu kadang DPJP nulisnya ga lengkap”</i>
8.	Mesin apa yang dibutuhkan saat melakukan koding?	<i>“Komputer sih yaa utama sama jaringan internet sebagai pendukungnya”</i>

9.	Apakah jaringan internet disini berjalan lancar?	<i>“Lancar kok mbak, ya kadang suka lemot gitu wajar sih yakan banyak yang akses juga banyak yang gunain</i>
10.	Adakah SPO khusus terkait sistem INA-CBGs?	<i>“Ngga ada mbak belum kebetuk SPO nya”</i>
11.	Jika tidak ada SPO, lalu landasan kerjanya pakai apa?	<i>“Kebiasaan kerja masing-masing aja sih mbak kebiasaan sehari-hari kita”</i>
12.	Ada masalah terkait tidak adanya SPO dalam bekerja?	<i>“Alhamdulillah ngga ada sih mbak kita juga kerja disini lancar-lancar aja engga ada masalah”</i>
13.	Apakah ada <i>reward</i> untuk karyawan?	<i>“Paling lemburan ya, diharuskan lembur karena ada pekerjaan yang harus diselesaikan. Disini juga ketentuan lembur maksimal 8 jam kalau gasalah”</i>
14.	Berapakah nominalnya?	<i>“Jumlahnya sih 500ribu/8 jam mbak”</i>
15.	Kapan lemburan dibayarkan?	<i>“Biasanya dibayarkan itu sekitar satu bulan setelah lemburan”</i>
16.	Menurut saudara, apakah lemburannya dan <i>reward</i> yang diberikan standar?	<i>“hehehe kalau menurut saya sih yaa standar-standar aja mbak”</i>
17.	Berapa jam rata-rata para petugas lembur?	<i>“Kalau saya sendiri sih tergantung pekerjaan yang harus diselesaikannya mba “</i>
18.	Bagaimana pembagian kelas rawat inap di rumah sakit ini?	<i>“Untuk kelas rawat disini dibagi jadi tiga kelas ya itukan ada kelas 1,2,3”</i>

Informan 3

Nama : Ibu Sundari

No	Pertanyaan	Jawaban
1.	Apakah sistem disini berjalan dengan lancar? Jika tidak, apa saja faktornya?	<i>"Alhamdulillah lancar, selama disini selagi di BPJS centernya ya ngga ada masalah insha allah rumah sakit ngga ada masalah juga"</i>
2.	Apa pendidikan terakhir saudara?	<i>"Perawat, D3 Keperawatan"</i>
3.	Berapa lama pengalaman kerja saudara?	<i>"Kalau di rumah sakit ini sudah mau 22 tahun tapi kalau di INA-CBGsnya sudah 8 tahun dari pertama ada sistem itu"</i>
4.	Apakah pernah mengikuti pelatihan terkait INA-CBGs?	<i>"Pernah hanya sekali, awal dulu pas ada BPJS tahun 2014"</i>
5.	Ada berapa petugas tersendiri untuk koder rawat jalan?	<i>"Petugas koder rawat jalan disini tadinya ada 2, tapi karna saking banyaknya pasien rawat jalan jadi bertambah totalnya ada 3 petugas"</i>
6.	Berapa lama saat melakukan koding untuk pasien rawat jalan?	<i>"Untuk satu berkas itu semenit kurang lebih"</i>
7.	Ada berapa pasien per harinya ?	<i>"Jumlah pasien perharinya bisa 450 an"</i>
8.	Berapa berkas yang terselesaikan dalam setiap harinya ?	<i>"Bisa 250 an berkas selesai per harinya sih"</i>
9.	Apa saja syarat berkas klaim rawat jalan?	<i>"Persyaratan penagihan UGD, poliklinik dan HD beda-beda loh ya. Kalau UGD itu ada SEP, form emergency, billing. Kalau poliklinik SEP, rujukan dari puskes yang terdaftar online dan billing. Untuk yang HD (Hemodialisa) SEP, resume rajal, billing, surat keterangan dokter, pengantar dari RS sebelumnya"</i>
10.	Adakah bahan yang diperlukan saat mengkoding?	<i>"Panduannya dari ICD 10 dan ICD 9 CM online, dulu ada bukunya kalo sekarang hilang kayanya kalau lupa paling browsing aja"</i>
11.	Apa yang menjadi presentase tertinggi terhadap syarat kelengkapan berkas	<i>"SEP sih harus ada"</i>
12.	Mesin apa yang dibutuhkan saat melakukan koding?	<i>"Komputer sama internet neng palingan yaa"</i>

13.	Apakah jaringan internet disini berjalan lancar?	<i>“Alhamdulillah lancar-lancar aja”</i>
14.	Adakah SPO khusus terkait sistem INA-CBGs?	<i>“Belum ada, kalau SPO koding ada cuma belum diresmikan”</i>
15.	Jika tidak ada SPO, lalu landasan kerjanya pakai apa?	<i>“Yaaa kerjanya kaya kebiasaan sehari-hari aja sih”</i>
16.	Ada masalah terkait tidak adanya SPO dalam bekerja?	<i>“Engga ada sih”</i>
17.	Apakah ada <i>reward</i> untuk karyawan?	<i>“Iyaaa ada lemburan biasanya”</i>
18.	Berapakah nominalnya?	<i>“500 ribu / 8 Jam (7 jam kerja + 1 jam istirahat)”</i>
19.	Kapan lemburan dibayarkan?	<i>“Upah dikasih 1 bulan kemudian, kalo dibawah tanggal 20 dibayarin bulan ini juga kalo lewat tanggal 20 dibayar bulan depan”</i>
20.	Menurut saudara, apakah lemburannya dan <i>reward</i> yang diberikan standar?	<i>“Menurut saya engga hehe kalau sesuai golongan ya, kalo golongan saya bisa lebih harusnya”</i>
21.	Berapa jam rata-rata para petugas lembur?	<i>“Disaat penumpukan berkas aja”</i>

Informan 4

Nama : Ibu Wahyuningsih

No	Pertanyaan	Jawaban
1.	Apakah sistem disini berjalan dengan lancar? Jika tidak, apa saja faktornya?	<i>"Lancar-lancar aja kok"</i>
2.	Apa pendidikan terakhir saudara?	<i>"D3 Keperawatan"</i>
3.	Berapa lama pengalaman kerja saudara?	<i>"Kalau di rumah sakit ini sudah 26 tahun dari tahun 96, pegang INA-CBGs 4 tahunan deh"</i>
4.	Apakah pernah mengikuti pelatihan terkait INA-CBGs?	<i>"Enggaaaaa..."</i>
5.	Ada berapa petugas tersendiri untuk koder rawat jalan?	<i>"ada 3 orang"</i>
6.	Berapa lama saat melakukan koding untuk pasien rawat jalan?	<i>"Tergantung tingkat kesulitan diagnosa, kalau jelas bisa kurang lebih 1 menit"</i>
7.	Ada berapa pasien per harinya ?	<i>"400 pasien"</i>
8.	Berapa berkas yang terselesaikan dalam setiap harinya ?	<i>"250 berkas selesai"</i>
9.	Apa saja syarat berkas klaim rawat jalan?	<i>"Di poliklinik itu ada SEP, hasil penunjang sama rujukan, kalau UGD SEP, penunjang. HD itu ada SEP, resume, billing"</i>
10.	Adakah bahan yang diperlukan saat mengkoding?	<i>"ICD 10 & 9 online"</i>
11.	Apa yang menjadi presentase tertinggi terhadap syarat kelengkapan berkas	<i>"Kalau rawat jalan itu SEP presentase kelengkapan tertinggi"</i>
12.	Mesin apa yang dibutuhkan saat melakukan koding?	<i>"Komputer sama koneksi internet"</i>
13.	Apakah jaringan internet disini berjalan lancar?	<i>"Lancar sih, lancarr"</i>
14.	Adakah SPO khusus terkait sistem INA-CBGs?	<i>"Engga ada, kalau SPO koding ada cuma belum disahkan"</i>
15.	Jika tidak ada SPO, lalu landasan kerjanya pakai apa?	<i>"Kerja kebiasaan ajaa"</i>
16.	Ada masalah terkait tidak adanya SPO dalam bekerja?	<i>"Selama ngga ada SPO tidak ditemukan masalah"</i>
17.	Apakah ada reward untuk karyawan terkait lemburan?	<i>"Selama ini belum pernah lembur, karna memang target yang dicapai tidak perlu perpanjangan lagi gituloh"</i>

Informan 5

Nama : Ibu Mila

No	Pertanyaan	Jawaban
1.	Apakah sistem disini berjalan dengan lancar? Jika tidak, apa saja faktornya?	<i>"Lancar alhamdulillah ..."</i>
2.	Apa pendidikan terakhir saudara?	<i>"D3 Keperawatan"</i>
3.	Berapa lama pengalaman kerja saudara?	<i>"22 tahun, di R. An-nas 1 (1 tahun), An-nas 2 (5 tahun), bayi (6 tahun), rekam medis (10 tahun), kalau disini (casemix) baru 2 setengah bulan"</i>
4.	Apakah pernah mengikuti pelatihan terkait INA-CBGs?	<i>"Belum pernah, karna masih baru kan disini"</i>
5.	Ada berapa petugas tersendiri untuk koder rawat jalan?	<i>"Ada 3"</i>
6.	Berapa lama saat melakukan koding untuk pasien rawat jalan?	<i>"Tergantung kalau ada yang tindakan bisa 1 menit setengah, kalau itu berkas penyakit dalam, syaraf, anak itu satu berkas bisa 1 menitan"</i>
7.	Ada berapa pasien per harinya ?	<i>"Sekitar 400an, kalau hari senin bisa 500an"</i>
8.	Berapa berkas yang terselesaikan dalam setiap harinya ?	<i>"250-350 berkas, itu tergantung berkasnya"</i>
9.	Apa saja syarat berkas klaim rawat jalan?	<i>"Disini kan ada cara masuk pasien rawat jalan ada 3 ya, itu poliklinik, UGD dan HD" "Kalau dari poliklinik ada SEP, surat rujukan (bila ada), dan billing, cara masuk dari UGD itu SEP, form emergency dan billing, terus HD nya SEP, resume rajal, billing, surat keterangan dari dokter sama pengantar dari rs sebelumnya"</i>
10.	Adakah bahan yang diperlukan saat mengkoding?	<i>"Koding ICD 10 dan ICD 9CM, kalau sekarang online tapi sih saya berharap ada offlinenya" "Kalo yang online kadang suka ngga ada ga lengkap, yang offline kan ada volumenya ya 1,2,3 lebih lengkap lebih spesifik"</i>

11.	Apa yang menjadi presentase tertinggi terhadap syarat kelengkapan berkas	<i>“SEP sih kalau rawat jalan”</i>
12.	Mesin apa yang dibutuhkan saat melakukan koding?	<i>“Komputer dan internet”</i>
13.	Apakah jaringan internet disini berjalan lancar?	<i>“Jaringan internet lancar alhamdulillah”</i>
14.	Adakah SPO khusus terkait sistem INA-CBGs?	<i>“Saya masih baru, kalau begitu saya kurang tau, tapi memang seharusnya ada SPO karena membantu sebenarnya”</i>
15.	Jika tidak ada SPO, lalu landasan kerjanya pakai apa?	<i>“Kebiasaan aja sih”</i>
16.	Ada masalah terkait tidak adanya SPO dalam bekerja?	<i>“Hmm karena untuk ICD 10, sudah 10 tahun saya sudah hafal, yang bermasalah cuma di ICD 9CM”</i>
17.	Apakah ada <i>reward</i> untuk karyawan?	<i>“Iya adaaa, lemburan saya pernah”</i>
18.	Berapakah nominalnya?	<i>“500 rb/ 8 jam”</i>
19.	Kapan lemburan dibayarkan?	<i>“Sebulan setelah lemburan”</i>
20.	Menurut saudara, apakah lemburannya dan <i>reward</i> yang diberikan standar?	<i>“Hmmm kurang tau yaa, karena kalau dibawah aku gapernah lembur”</i>
21.	Berapa jam rata-rata para petugas lembur?	<i>“Banyaknya kerjaan yang harus selesai”</i>

Informan 6

Nama : Dr. Iin Inayah

No	Pertanyaan	Jawaban
1.	Apakah sistem disini berjalan dengan lancar? Jika tidak, apa saja faktornya?	<i>"Lancar alhamdulillah selama ini lancar-lancar saja"</i>
2.	Apa pendidikan terakhir saudara ?	<i>"SI Kedokteran"</i>
3.	Berapa lam pengalaman kerja saudara?	<i>"Disini (casemix) sih baru 6 bulanan"</i>
4.	Apakah pernah mengikuti pelatihan terkait INA-CBGs?	<i>"Belum pernah"</i>
5.	Apa peran tugas verifikator disini?	<i>"Jadi ya kalo verifikasi itu ya tugasnya memverifikasi atas kerjaan yang dilakukan sama koder mulai dari data pasien, hari masuknya, diagnosanya cocok ngga dengan kriteria"</i>
6.	Alur input verifikator?	<i>"Sesudah di koding baru kesini, habis dari verifikator ke scanner"</i>
7.	Selama mengerjakan tugas ini apakah ada hambatan?	<i>"Banyakkk.... Banyakkk misalkan berkas tidak lengkap yang sering tidak ada tidak ada bukti penunjang seperti bukti transfuse, rontgen. Nah itu memperlambat kadang statusnya ngga ada harus cari dulu"</i>
8.	Apakah ada SPO terkait verifikator?	<i>"Harusnya ada, tapi belum ada. Mungkin nanti diadakan agar siapapun yang bekerja sesuai"</i>
9.	Berapa berkas terselesaikan perharinya?	<i>"Sekitar 40-50an berkas, kalau berkasnya tidak lengkap ya bisa 10-40an"</i>
10.	Mesin apa yang dibutuhkan untuk petugas verifikator?	<i>"Komputer dan internet itu juga kalau ada yang kurang mengenai diagnosanya di cek di komputer di aplikasi INA-CBGs nya"</i>
11.	Bagaimana jika terdapat berkas yang tidak ditemukan?	<i>"Ya gimana ya gamaju apa engga rubah diagnosis, tapi gamungkin ya dan jangan sampe jarang juga sih kejadian seperti itu"</i>
12.	Apakah ada reward untuk karyawan terkait lemburan?	<i>"Verifikator belum pernah lembur selama ini"</i>