

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan aspek fundamental dalam keberlangsungan hidup manusia dan menjadi investasi penting bagi setiap individu (Anggraini *dkk.*, 2021). Upaya kesehatan didefinisikan sebagai bentuk kegiatan yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan untuk memelihara serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Undang-Undang RI No. 17, 2023). Dalam sistem kesehatan nasional, pembiayaan menjadi fondasi utama yang menopang keberlangsungan layanan medis dan menjamin akses pelayanan yang merata serta berkeadilan.

Sistem pembiayaan pelayanan kesehatan di Indonesia terus berkembang seiring dengan upaya pemerintah meningkatkan mutu layanan (Evarista, Purnomo dan Putra, 2025). Salah satu perubahan besar dalam proses klaim adalah penerapan *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG) sebagai pengganti *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG) dalam mekanisme klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Berdasarkan pernyataan resmi dari Kepala Pusat Pembiayaan Kementerian Kesehatan RI, Irsan Moeis, dalam kegiatan sosialisasi iDRG pada 27 Agustus 2025, disebutkan bahwa mekanisme pembiayaan pelayanan kesehatan melalui JKN yang sebelumnya menggunakan INA-CBG akan digantikan secara nasional oleh iDRG mulai dari 1 Oktober 2025 dan paling lambat 15 Oktober 2025 (Kemenkes RI, 2025).

Sistem klaim berbasis *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG) dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan RI bersama berbagai pemangku kepentingan, termasuk organisasi profesi, asosiasi rumah sakit, BPJS Kesehatan, serta para pakar. Sistem ini menerapkan prinsip *Diagnosis Related Group* (DRG) yang mengelompokkan kasus berdasarkan keseragaman klinis dan kesesuaian dalam aspek biaya bagi rumah sakit terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien (Susanty dan Hardisman, 2025). Dalam proses klaim berbasis iDRG, terjadi perubahan mendasar pada mekanisme pengkodean dengan diterapkannya kode *Indonesia Modification* (IM) sebagai standar nasional (Kemenkes RI, 2025).

Kode *Indonesia Modification* (IM) dikembangkan karena dalam praktiknya, PMIK sering kali tidak menemukan kode diagnosis maupun prosedur yang sepenuhnya sesuai dengan penetapan dokter pada klasifikasi internasional. Oleh karena itu, pengkodean ini telah dimodifikasi dan disesuaikan dengan kondisi penyakit serta tindakan medis yang umum terjadi di Indonesia melalui kolaborasi antara Kementerian Kesehatan dan organisasi profesi kedokteran. Penyesuaian ini diharapkan dapat menghasilkan klasifikasi penyakit yang lebih representatif terhadap praktik klinis di lapangan serta mendukung proses verifikasi klaim BPJS Kesehatan secara lebih cepat, akurat, dan transparan (Azzahra, 2025).

Dalam sistem klaim berbasis iDRG, terdapat penyempurnaan pada aspek klasifikasi diagnosis, prosedur medis, serta pembobotan biaya pelayanan yang lebih detail dibandingkan dengan INA-CBG. Hal ini diharapkan dapat

meminimalkan ketimpangan biaya antar kasus dan meningkatkan akurasi pembiayaan kesehatan (Susanty dan Hardisman, 2025).

Berdasarkan informasi dari Kementerian Kesehatan, penerapan iDRG diawali dengan uji coba di lima kota besar, yaitu Medan, Semarang, Balikpapan, Denpasar, dan Makassar, yang telah dilaksanakan sejak Maret 2025, dengan tujuan mendapatkan masukan dari rumah sakit mitra JKN untuk penyempurnaan sistem yang mulai berlaku nasional secara bertahap pada tanggal 1 Oktober 2025 dengan dilakukan uji coba kembali di wilayah regional 1 hingga 5 (Azzahra, 2025). Uji coba ini melibatkan berbagai pihak, antara lain, BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, serta sejumlah rumah sakit dan klinik utama di wilayah regional 1 hingga 5 yang menjadi bagian dari jejaring pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional/JKN (Azzahra, 2025). Kementerian Kesehatan juga telah menerbitkan Pedoman *Indonesian Coding Standard* (ICS) sebagai acuan resmi dalam pelaksanaan pengkodean dan klasifikasi kasus iDRG (Kemenkes RI, 2025). Pemahaman dan keterlibatan PMIK di setiap rumah sakit masih beragam, mengingat ICS merupakan dokumen baru yang mulai disosialisasikan bersamaan dengan uji coba iDRG nasional pada Agustus–Oktober 2025, dan masih dalam tahap penerapan di berbagai fasilitas kesehatan di Indonesia.

RSUD Kota Yogyakarta menjadi salah satu contoh fasilitas pelayanan kesehatan yang relevan dalam konteks penerapan sistem pembiayaan baru. Rumah sakit ini merupakan Rumah Sakit Pemerintah Kota Yogyakarta yang menjadi jejaring pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di wilayah

Daerah Istimewa Yogyakarta dan termasuk dalam regional 1 sesuai pembagian wilayah uji coba iDRG (Kemenkes RI, 2025). RSUD Kota Yogyakarta telah mulai melaksanakan uji coba secara nasional sistem klaim berbasis *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG) sejak 2 Oktober 2025. Keterlibatan rumah sakit dalam penerapan iDRG ini bertujuan untuk mendukung kebijakan pemerintah dalam mewujudkan sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang lebih efisien, transparan, dan berkeadilan bagi peserta JKN secara nasional (Susanty dan Hardisman, 2025).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada Rabu, 19 November 2025 melalui wawancara dengan Kepala Instalasi Penjaminan RSUD Kota Yogyakarta, diperoleh informasi bahwa rumah sakit telah melakukan integrasi (*bridging*) antara Sistem Manajemen RSUD Kota Yogyakarta (SMARTA), yang dibuat oleh vendor dan dikembangkan bersama pihak IT RSUD Kota Yogyakarta, dengan sistem *e-Claim* BPJS Kesehatan. Proses klaim yang berjalan saat ini telah disesuaikan dengan kebijakan nasional, di mana sistem klaim berbasis *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG) mulai diterapkan sejak 2 Oktober 2025. Namun demikian, pelaksanaan iDRG masih berada pada tahap penyesuaian. Hal ini disebabkan PMIK bagian koder di Instalasi Penjaminan masih harus mengoperasikan dua fitur koding secara paralel, yaitu iDRG dan INA-CBG, selama masa transisi menuju penerapan iDRG secara penuh.

Proses klaim dilakukan dengan menyesuaikan hasil pengkodean diagnosis dan tindakan yang ditetapkan oleh PMIK bagian koder di Instalasi Rekam

Medis berdasarkan ketentuan yang berlaku pada mekanisme iDRG oleh PMIK bagian koder di Instalasi Penjaminan. Berdasarkan informasi dari Kepala Instalasi Penjaminan RSUD Kota Yogyakarta, sistem klaim berbasis iDRG memiliki sejumlah perbedaan mendasar dibandingkan dengan INA-CBG, terutama dalam aspek pengkodean. Perubahan ini meliputi penggunaan kode khusus *Indonesia Modification* (IM), dan akan ada penentuan *multiplicity* yang diperlukan untuk satu tindakan yang dilakukan pada 2 *body site* atau lebih, serta penetapan *setting* yang menggambarkan satu tindakan yang dilakukan 2 kali di waktu yang berbeda.

Perbedaan-perbedaan tersebut menyebabkan proses klaim belum dapat berjalan secara optimal. PMIK bagian koder di Instalasi Penjaminan mengungkapkan bahwa adaptasi terhadap komponen baru dalam iDRG masih membutuhkan waktu serta pemahaman teknis yang baik, terutama karena struktur kode IM, aturan validasi, dan mekanisme proses klaim berbeda signifikan dari sebelumnya. Selain itu, hingga saat ini belum pernah dilakukan analisis terkait gambaran PMIK bagian koder di Instalasi Penjaminan yang berjumlah 4 orang di RSUD Kota Yogyakarta dalam menghadapi transisi dari INA-CBG menuju iDRG, sehingga belum diketahui sejauh mana penerimaan pengguna, hambatan yang dialami, maupun dukungan yang diperlukan agar implementasi sistem klaim berbasis iDRG ini dapat berjalan efektif dan sesuai regulasi.

Pentingnya analisis gambaran penerapan iDRG tersebut didasari oleh kenyataan bahwa keberhasilan penerapan iDRG tidak hanya ditentukan oleh

infrastruktur dan teknologi yang baru, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh faktor psikologis, perilaku, serta kemampuan adaptasi sumber daya manusia (Ristikadhea, 2024). Pada penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit TK. II 14.05.01 Pelamonia Makassar ditemukan adanya hubungan antara PMIK bagian koder di Instalasi Penjaminan dengan pending klaim dalam menjaga akurasi pengkodean dan kelancaran proses pembiayaan INA-CBG, sehingga jika tidak sesuai akan berdampak pada kesalahan klaim, keterlambatan pembayaran, dan ketidaksesuaian tarif pelayanan (Ekawaty *dkk.*, 2024).

Penelitian lain menunjukkan bahwa iDRG dapat meningkatkan efisiensi klaim melalui mekanisme pembayaran berbasis kompleksitas kasus, dan untuk memaksimalkan efektivitas kebijakan (Susanty dan Hardisman, 2025). Penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Islam Surakarta Yarsis menunjukkan upaya untuk memahami pengguna dalam menggunakan sistem baru akan memberikan gambaran menyeluruh mengenai potensi keberhasilan maupun hambatan dalam penerapan suatu sistem (Az-zahro, Andriani dan Pertiwi, 2025).

Salah satu metode yang sesuai untuk mendeskripsikan gambaran penerimaan pengguna terhadap sistem baru adalah *Technology Readiness Index* (TRI). *Technology Readiness Index* (TRI) diperkenalkan pertama kali oleh Parasuraman (2000). Metode ini menilai 4 aspek penting dalam menerima teknologi baru, yaitu kepribadian optimis (*optimism*) berarti kecenderungan positif seseorang terhadap teknologi dapat membantu pekerjaan sehari-hari, kepribadian inovasi (*innovativeness*) berarti kecenderungan seseorang dalam

menggunakan teknologi lebih awal dari orang lain, perasaan ketidakamanan (*insecurity*) berarti kecenderungan seseorang merasa tidak aman dalam menggunakan teknologi, dan perasaan ketidaknyamanan (*discomfort*) berarti kecenderungan seseorang tidak nyaman menggunakan teknologi dan lebih memilih menggunakan cara tradisional (Parasuraman, 2000).

Berdasarkan uraian tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Gambaran Penerapan *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG) dengan Metode *Technology Readiness Index* (TRI) di RSUD Kota Yogyakarta”. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai penerapan iDRG serta menjadi dasar dalam penyusunan strategi dan langkah tindak lanjut proses klaim yang lebih terarah.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan kondisi di RSUD Kota Yogyakarta yang sedang berada dalam masa transisi dari sistem klaim berbasis INA-CBG menuju *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG), diperlukan pemahaman mendalam mengenai bagaimana pengguna, yaitu PMIK bagian koder di Instalasi Penjaminan terkait pengkodean dan klaim dalam merespons, serta beradaptasi terhadap penerapan sistem baru tersebut. Melalui pendekatan *Technology Readiness Index* (TRI), penelitian ini berupaya menggali gambaran penerapan iDRG ditinjau dari empat aspek, yaitu kepribadian optimis, kepribadian inovatif, perasaan ketidakamanan, dan perasaan ketidaknyamanan pengguna.

Berdasarkan uraian masalah yang telah disebutkan, maka rumusan

masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana gambaran penerapan *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG) dengan metode *Technology Readiness Index* (TRI) di RSUD Kota Yogyakarta?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran penerapan *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG) dengan metode *Technology Readiness Index* (TRI) di RSUD Kota Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus:

- a. Mengetahui gambaran kepribadian optimis (*optimism*) pengguna dalam penerapan *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG).
- b. Mengetahui gambaran kepribadian inovatif (*innovativeness*) pengguna dalam penerapan *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG).
- c. Mengetahui gambaran perasaan ketidakamanan (*insecurity*) pengguna dalam penerapan *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG).
- d. Mengetahui gambaran perasaan ketidaknyamanan (*discomfort*) pengguna dalam penerapan *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG).

D. Ruang Lingkup

1. Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Penjaminan RSUD Kota Yogyakarta

yang berlokasi di Jl. Ki Ageng Pemanahan No. 1-6, Sorosutan, Umbulharjo, Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta, 55162.

2. Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 9 Februari - 7 Maret 2026.

3. Ruang Lingkup Materi

Materi penelitian dalam Karya Tulis Ilmiah ini difokuskan pada gambaran penerapan *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG) pada proses penjaminan dan klaim berdasarkan aspek kepribadian optimis, kepribadian inovatif, perasaan ketidakamanan, dan perasaan ketidaknyamanan di RSUD Kota Yogyakarta.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya dalam pembiayaan dan klaim BPJS Kesehatan. Temuan penelitian ini dapat memperkaya literatur terkait penerapan *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG) dan memperkuat teori mengenai analisis gambaran pengguna teknologi melalui pendekatan *Technology Readiness Index* (TRI).

2. Manfaat Praktis:

a. Bagi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Yogyakarta

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi manajemen rumah sakit dalam memahami kondisi nyata di lapangan

terkait gambaran penerapan iDRG. Informasi mengenai aspek kepribadian optimis, kepribadian inovatif, perasaan ketidakamanan, dan perasaan ketidaknyamanan pengguna diharapkan dapat membantu rumah sakit dalam menyusun strategi pendampingan, pelatihan, serta perbaikan proses pada masa transisi dari INA-CBG menuju iDRG.

b. Bagi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Penelitian ini dapat dijadikan referensi pembelajaran, khususnya di Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Program Diploma Tiga terkait gambaran penerapan iDRG.

c. Bagi Peneliti

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai sarana untuk menerapkan ilmu pengetahuan yang didapatkan selama perkuliahan serta dapat memperluas wawasan dan pengetahuan tentang klaim pembiayaan kesehatan dengan iDRG.

F. Keaslian Penelitian

Penelitian mengenai “Gambaran Penerapan *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG) dengan Metode *Technology Readiness Index* (TRI) di RSUD Kota Yogyakarta”, hingga saat ini belum pernah dilakukan. Penelitian ini memiliki pembaruan pada objek penelitian, yaitu beberapa penelitian dengan tema yang hampir serupa dan tempat yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan lain, sebagaimana ditunjukkan pada tabel berikut:

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No.	Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1.	Susanty dan Hardisman, (2025).	Integrasi Kris, Rujukan Kompetensi, dan IDRG dalam JKN: Pendekatan Walt dan Gilson.	Tinjauan dokumen kebijakan dan analisis literatur resmi.	Setiap kebijakan mendukung peningkatan ekuitas, mutu layanan, dan efisiensi klaim, namun harmonisasi dan koordinasi antarpemangku kepentingan tetap diperlukan.	Membahas objek iDRG, meninjau dokumen kebijakan dan analisis literatur resmi dari Kemenkes, BPJS Kesehatan, dan menganalisis rekomendasi kedepannya.	Tidak terlalu fokus mengenai penerapan iDRG di fasyankes dan perbedaan dalam metode yang digunakan.
2.	Ekawaty dkk., (2024).	Peran Coder Terkait Keakuratan Pengkodean ICD-10 Pada Pelaksanaan Sistem INA-CBG's Rumah Sakit TK. II 14.05.01 Pelamonia Makassar.	Metode penelitian kualitatif yang tidak menggunakan model matematika, statistik, atau komputer.	Keakuratan coding dipengaruhi kelengkapan rekam medis, penulisan dokter, kompetensi koder, rekomendasi pelatihan, dan konsultasi klinis.	Menekankan peran koder dan pentingnya kompetensi pengkodean (relevan untuk iDRG).	Fokus pada akurasi ICD-10/ICD-9 CM, belum membahas kode IM (<i>Indonesia Modification</i>), dan implikasi transisi INA-CBG ke iDRG.
3.	Az-zahro, Andriani dan Peritiwi, (2025).	Kesiapan Penggunaan Rekam Medis Elektronik Menggunakan Metode <i>Technology</i>	Metode kuantitatif dengan pendekatan deskriptif.	Menunjukkan kategori kesiapan (TRI 3.28 = medium), mengusulkan intervensi pelatihan.	Membahas aspek psikologis pengguna, yaitu optimis, inovatif, ketidaknyamanan,	Metode kuantitatif RME, penelitian ini dengan kualitatif (wawancara mendalam) dan fokus spe-

No.	Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
		<i>Readiness Index</i> (TRI) di Rumah Sakit Islam Surakarta Yarsis.			dan ketidakamanan.	sifik pada koder penjaminan dalam konteks iDRG, aspek koding dan verifikasi klaim dalam transisi iDRG.
4.	Azzahra, (2025).	Transisi INA-CBGs ke iDRG dalam Program JKN: Perspektif Sistem Pembayaran Rumah Sakit di Indonesia.	<i>Narrative literature review</i> dengan menelaah artikel ilmiah dan publikasi resmi yang diterbitkan pada periode 2015–2025.	iDRG memiliki keunggulan dibandingkan INA-CBGs karena mempertimbangkan diagnosis, tindakan, tingkat keparahan, serta kompleksitas klinis pasien secara lebih komprehensif, sehingga menghasilkan pembiayaan yang lebih adil dan transparan.	Meneliti tentang objek yang sama yaitu transisi INA-CBG ke iDRG dan fokus ke pengembangan sistem pembayaran di rumah sakit.	Penelitian ini dengan kualitatif (wawancara mendalam) dan fokus spesifik pada koder penjaminan dalam konteks iDRG, sedangkan ini dengan <i>literatur review</i> .
5.	Asqia, Zulkarnain dan Fadhlila, (2022).	Evaluasi Sistem ELena Berdasarkan Aspek Penggunaan Dalam Proses Pembelajaran Dengan Menggunakan Metode <i>Tech-</i>	Metode survei dengan kuesioner.	Kesiapan teknologi ELena dalam menunjang pembelajaran perkuliahan di Sekolah Tinggi Terpadu Nurul Fikri untuk mahasiswa sebesar 3,32, masih perlu dilakukan per-	Membahas tentang sistem informasi dalam pihak pengguna dan metode yang digunakan TRI.	Tidak membahas pembiayaan kesehatan, pengumpulan data yang berbeda yaitu kuesioner, sedangkan peneliti kualitatif.

No.	Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
		<i>nology Readiness Index.</i>		baikan dan peningkatan, untuk dosen sebesar 3,17, sistem ELena juga perlu dilakukan perbaikan dari pengguna dosen, khususnya dalam hal monitoring.		
6.	Salnabila dkk., (2025).	Menumbuhkan Harapan dan Memelihara Optimisme: Studi Psikologi Positif.	Metode <i>literature riview</i> dari berbagai jurnal yang berkaitan dengan artikel psikologi.	Harapan dan optimisme bisa diartikan sebagai sebuah suasana hati atau sikap yang saling berhubungan dengan ekspektasi terhadap keadaan sosial maupun material yang biasanya terjadi di masa mendatang.	Membahas aspek optimisme dan harapan seseorang dalam lingkungan.	Metode yang digunakan dengan <i>literature riview</i> , sedangkan peneliti menggunakan kualitatif. Tidak membahas sistem iDRG dalam pembiayaan kesehatan dan perasaan ketidakamanan serta ketidaknyamanan pengguna.