

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Rumah Sakit

Rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Undang-Undang RI No. 17, 2023). Rumah sakit berfungsi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan terjangkau bagi masyarakat, serta berperan sebagai institusi pendidikan, penelitian, dan pengembangan di bidang kesehatan (Flora, 2024).

Penyelenggaraan rumah sakit diklasifikasikan berdasarkan kriteria bangunan dan prasarana, kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, dan peralatan (Permenkes RI No. 3, 2020), yaitu:

- a. Rumah Sakit Umum Kelas A merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 250 (dua ratus lima puluh) buah.
- b. Rumah Sakit Umum Kelas B merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 200 (dua ratus) buah.
- c. Rumah Sakit Umum Kelas C merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 (seratus) buah.

- d. Rumah Sakit Umum Kelas D merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 50 (lima puluh) buah.

Peran rumah sakit tidak hanya terbatas pada penyediaan layanan kesehatan, tetapi juga sebagai mitra pemerintah dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan (Situmorang, Aprileony dan Erinaldi, 2026). Rumah sakit menjadi bagian dari Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang bertanggung jawab terhadap pelayanan, klaim pembiayaan, serta pelaporan data peserta JKN melalui sistem digital yang terintegrasi (Putri, 2025).

Dalam mekanisme pembiayaan berbasis JKN, rumah sakit menggunakan sistem klaim berbasis kelompok kasus yang dikenal dengan *Indonesian Case-Based Groups* (INA-CBG). Sistem ini berfungsi untuk menentukan besaran pembayaran klaim berdasarkan diagnosis dan prosedur medis yang tercatat dalam rekam medis pasien. Seiring dengan kebijakan transformasi kesehatan nasional, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan RI mengembangkan sistem klaim baru bernama *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG) sebagai penyempurnaan dari INA-CBG (Kemenkes RI, 2025).

Rumah sakit juga memiliki tanggung jawab dalam menjaga mutu pelayanan dan keselamatan pasien (Permenkes RI No. 11, 2017). Implementasi sistem pembiayaan berbasis digital, termasuk iDRG, merupakan bagian dari upaya peningkatan mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit agar proses administrasi dan pembiayaan lebih transparan,

akurat, dan berkeadilan.

2. Rekam Medis Elektronik (RME)

Rekam Medis Elektronik (RME) adalah rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis. Rekam medis memiliki tujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis, menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, serta ketersediaan data rekam medis, dan mewujudkan penyelenggaraan serta pengelolaan rekam medis berbasis digital yang terintegrasi (Permenkes No. 24, 2022).

Rekam medis memiliki manfaat atau nilai guna yang dikenal dengan konsep ALFRED, yang meliputi aspek administratif, hukum, keuangan, penelitian, pendidikan, dan dokumentasi (Sugiarti, Satria dan Sukawan, 2023).

a. Aspek Administrasi

Data dan informasi yang dihasilkan dari rekam medis dimanfaatkan oleh pihak manajemen sebagai dasar pengambilan keputusan dalam menjalankan fungsi manajerial, seperti perencanaan, pengorganisasian, pengawasan, serta pengendalian berbagai sumber daya di fasilitas pelayanan kesehatan.

b. Aspek Hukum

Rekam medis memiliki nilai hukum karena berfungsi sebagai alat bukti tertulis yang sah mengenai proses pelayanan kesehatan yang

telah diberikan kepada pasien. Dokumen ini dapat digunakan untuk melindungi hak dan kewajiban pasien, tenaga kesehatan (dokter, perawat, perekam medis, dan lainnya), serta pihak pengelola fasilitas pelayanan kesehatan apabila terjadi permasalahan hukum.

c. Aspek Keuangan

Isi rekam medis menjadi dasar dalam penentuan biaya pelayanan kesehatan dan pengajuan klaim pembiayaan, baik untuk pasien umum maupun peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Melalui data diagnosis dan tindakan yang tercatat dalam rekam medis, pihak manajemen dapat melakukan penelusuran terhadap jenis penyakit, frekuensi tindakan, serta pola penggunaan sumber daya untuk memprediksi pendapatan dan biaya operasional rumah sakit secara lebih akurat.

d. Aspek Penelitian

Rekam medis memiliki nilai strategis sebagai sumber data ilmiah dalam penelitian bidang kesehatan. Informasi yang terkandung di dalamnya dapat dimanfaatkan untuk mengidentifikasi pola penyakit, mengevaluasi hasil tindakan medis, mengembangkan metode terapi baru, serta mendukung pengambilan kebijakan berbasis bukti (*evidence-based policy*).

e. Aspek Pendidikan

Dokumen rekam medis dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran bagi mahasiswa dan tenaga kesehatan dalam memahami kasus klinis

yang terjadi di lapangan. Analisis terhadap isi rekam medis memungkinkan peserta didik mempelajari proses penegakan diagnosis, pengambilan keputusan medis, serta evaluasi hasil tindakan yang diberikan kepada pasien.

f. Aspek Dokumentasi

Dokumen ini memuat seluruh perjalanan penyakit, tindakan medis, serta hasil pemeriksaan penunjang yang pernah dilakukan terhadap pasien, sehingga menjadi arsip penting bagi keberlanjutan pelayanan kesehatan.

Kegiatan penyelenggaraan RME paling sedikit terdiri atas registrasi pasien, pendistribusian data RME, pengisian informasi klinis, pengolahan informasi RME, penginputan data untuk klaim pembiayaan, penyimpanan RME, penjaminan mutu RME, dan transfer isi RME. Kegiatan penyelenggaraan RME dilakukan oleh tenaga perekam medis dan informasi kesehatan dengan berkoordinasi dengan unit kerja lain dan tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan (Permenkes No. 24, 2022).

Rekam medis tidak hanya berperan sebagai sarana dokumentasi klinis, tetapi juga sebagai instrumen utama dalam sistem pembiayaan berbasis klaim di era digitalisasi kesehatan. Ketepatan, keakuratan, dan integritas data rekam medis menjadi faktor penentu dalam keberhasilan penerapan sistem klaim berbasis *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG) yang efisien, transparan, dan berkeadilan di fasilitas pelayanan kesehatan (Pujilestari, 2020). Setiap diagnosis dan tindakan dikodekan menggunakan

klasifikasi ICD-10 untuk penyakit dan ICD-9 CM untuk tindakan medis, yang selanjutnya dikelompokkan ke dalam sistem klaim *Indonesia Case-Based Groups* (INA-CBG) dan kini mulai beralih ke *iDRG* (Susanty dan Hardisman, 2025).

3. 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 jaminan kesehatan atau iuran jaminan kesehatannya dibayar oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah (Peraturan Presiden RI No. 82, 2018). Program JKN menjadi bagian dari pelaksanaan amanat Pasal 28H ayat (1) yang menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan (Undang-Undang Dasar Negara RI, 1945).

Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan dan Bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan. Setiap penduduk Indonesia wajib ikut serta dalam program Jaminan Kesehatan dengan cara mendaftar atau didaftarkan oleh BPJS Kesehatan (Peraturan Presiden RI No. 82, 2018). Setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang di perlukan (Peraturan

Presiden RI No. 82, 2018).

BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan (Permenkes RI No. 36, 2015). Pelaksanaan JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, yang merupakan badan hukum yang dibentuk untuk melaksanakan dan mengawasi penyelenggaraan program JKN (Undang-Undang RI No. 24, 2011), meliputi:

- a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta.
- b. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja.
- c. Menerima bantuan iuran dari pemerintah.
- d. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta.

Dalam konteks pelayanan di rumah sakit, BPJS Kesehatan berfungsi sebagai penghubung antara fasilitas kesehatan dan peserta JKN melalui sistem klaim berbasis digital (Permenkes RI No. 36, 2015). Melalui penguatan sistem klaim dan penerapan iDRG, BPJS Kesehatan berupaya meningkatkan efisiensi, ketepatan pembayaran, serta akurasi pembiayaan berbasis kasus di seluruh fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan program JKN (Susanty dan Hardisman, 2025).

4. Klaim

Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan atau BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) secara kapitasi dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL)

secara INA-CBGs (Permenkes RI No. 36, 2015).

Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) mengajukan klaim kolektif kepada BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap. BPJS Kesehatan harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari sejak klaim diajukan oleh FKRTL dan diterima oleh BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran kepada FKRTL berdasarkan klaim yang diajukan (Peraturan Presiden RI No. 82, 2018), yaitu:

- a. Diverifikasi paling lambat 15 (lima belas) hari sejak diterbitkannya berita acara kelengkapan berkas klaim.
- b. Jika BPJS tidak melakukan pembayaran, maka BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada FKRTL, yaitu sebesar 1 % (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.

Proses verifikasi terhadap kelengkapan berkas klaim yang diajukan dan kesesuaian diagnosis serta tindakan yang ditulis oleh dokter di *resume* medis dengan ICD-10 dan ICD-9 CM merupakan tugas dan tanggung jawab verifikator BPJS Kesehatan (Permenkes RI No. 26, 2021). Hasil pengkodean ini digunakan untuk menentukan kelompok kasus dan tarif klaim yang sesuai, dokumen klaim yang telah lengkap diverifikasi oleh verifikator internal rumah sakit dan selanjutnya diajukan ke BPJS Kesehatan melalui *e-Claim*.

Pelaksanaan klaim pembiayaan di Fasilitas Kesehatan Tingkat

Lanjutan (FKRTL) dilakukan dengan menggunakan sistem *Indonesia Case-Based Groups* (INA-CBG). Sistem ini dikelola bersama oleh Kementerian Kesehatan RI dan BPJS Kesehatan untuk menentukan tarif paket pelayanan berdasarkan diagnosis utama, diagnosis sekunder, dan tindakan medis. Mekanisme klaim ini menuntut ketelitian dan keakuratan data rekam medis, karena kesalahan dalam pengkodean dapat menyebabkan ketidaksesuaian tarif dan penolakan klaim (Ekawaty *dkk.*, 2024).

Data yang dihasilkan dari proses klaim digunakan untuk keperluan evaluasi mutu pelayanan, perencanaan anggaran, serta pengambilan kebijakan di tingkat nasional. Oleh karena itu, pelaksanaan klaim harus didukung oleh sumber daya manusia yang kompeten, sistem informasi yang handal, serta pedoman pelaporan yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (BPJS Kesehatan, 2023).

5. Koding

Pengkodean merupakan proses penerjemahan diagnosis penyakit dan prosedur medis ke dalam kode standar internasional yang digunakan dalam sistem informasi kesehatan. Setiap diagnosis, tindakan, dan hasil pemeriksaan penunjang wajib dicatat dan dikodekan secara benar oleh perekam medis sesuai dengan standar klasifikasi penyakit dan tindakan yang berlaku (Permenkes No. 24, 2022).

Sistem pengkodean diagnosis menggunakan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision/ICD-10* (World Health Organization, 2010), sedangkan prosedur medis

menggunakan *International Classification of Diseases 9th Revision, Clinical Modification/ICD-9 CM* (World Health Organization, 2015). Penggunaan kode ini bertujuan untuk menyeragamkan pencatatan diagnosis dan tindakan medis di seluruh dunia, sehingga data kesehatan dapat dianalisis, dibandingkan, dan dimanfaatkan untuk berbagai keperluan pelayanan kesehatan, penelitian, serta pembiayaan.

Penginputan data klaim pembiayaan merupakan kegiatan penginputan kode klasifikasi penyakit pada aplikasi pembiayaan berdasarkan hasil diagnosis dan tindakan yang ditulis oleh tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan sesuai dengan rekam medis, dalam rangka pengajuan penagihan biaya pelayanan (Permenkes No. 24, 2022).

Dalam konteks manajemen rumah sakit, pengkodean memiliki peranan penting dalam proses klaim pembiayaan terutama pada sistem Jaminan Kesehatan Nasional/JKN (Permenkes RI No. 26, 2021). Hasil pengkodean yang akurat menjadi dasar penentuan kelompok kasus (*casemix*) dalam sistem pembiayaan berbasis *Indonesia Case-Based Groups* (INA-CBG) maupun *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG). Setiap kesalahan dalam penentuan kode diagnosis atau tindakan dapat menyebabkan ketidaksesuaian tarif klaim, keterlambatan verifikasi, bahkan potensi kerugian finansial bagi rumah sakit (Pujilestari, 2020).

Proses pengkodean dilakukan oleh Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) yang memiliki kompetensi dalam klasifikasi dan terminologi medis. Kompetensi tersebut mencakup kemampuan memahami

istilah medis, menganalisis ringkasan rekam medis, dan menentukan kode yang tepat sesuai dengan pedoman resmi seperti Pedoman *Indonesia Coding Standard* (ICS) yang mulai diterapkan pada sistem klaim berbasis iDRG. Pedoman ini merupakan hasil kolaborasi antara Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan organisasi profesi sebagai upaya standarisasi nasional dalam pengkodean berbasis *Indonesia Modification/IM* (Kemenkes RI, 2025).

Kualitas hasil pengkodean dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu pengetahuan koder, kelengkapan dan kejelasan isi rekam medis, serta pemahaman terhadap aturan klasifikasi (Ekawaty *dkk.*, 2024). Oleh karena itu, peningkatan kemampuan PMIK bagian koder di Instalasi Penjaminan klaim melalui pelatihan dan supervisi menjadi hal penting untuk menjamin keakuratan data yang berdampak langsung terhadap validitas klaim pembiayaan dan analisis data kesehatan rumah sakit.

6. Pergantian Sistem Klaim Berbasis INA-CBG dengan iDRG

Sistem klaim berbasis *Indonesian Case-Based Groups* (INA-CBG) telah digunakan sejak tahun 2010 sebagai dasar pembayaran klaim dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan (Permenkes RI No. 76, 2016). Sistem ini bekerja dengan cara mengelompokkan diagnosis utama, diagnosis sekunder, tindakan medis, dan tingkat keparahan pasien menjadi satu kelompok kasus dengan tarif tertentu (Permenkes RI No. 3, 2023). Namun, dalam implementasinya masih ditemukan beberapa kendala, seperti ketidaksesuaian antara kode

diagnosis dan tindakan yang digunakan dokter dengan kode yang tersedia dalam sistem, keterbatasan pembaruan terminologi medis, serta kurangnya representasi terhadap kondisi klinis khas di Indonesia (Ibrahim *dkk.*, 2024).

Sebagai bentuk penyempurnaan, Kementerian Kesehatan RI mulai mengembangkan sistem klaim baru bernama *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG) yang mengadopsi prinsip *Diagnosis Related Group* (DRG). Sistem klaim berbasis iDRG ini dirancang untuk memastikan kesamaan kasus secara klinis dan penggunaan sumber daya dalam grup DRG yang sama, rumah sakit seharusnya dapat merawat pasien dalam 1 grup DRG dengan/atau mendekati biaya rata-rata di semua rumah sakit jika menggunakan protokol pelayanan standar nasional maka dapat meningkatkan akurasi klasifikasi, transparansi pembiayaan, serta keadilan dalam pembayaran klaim antar rumah sakit (Kemenkes RI, 2025).

Berdasarkan pernyataan resmi dari Kementerian Kesehatan dalam kegiatan sosialisasi iDRG tanggal 27 Agustus 2025, sistem klaim berbasis iDRG akan menggantikan INA-CBG secara nasional mulai dari 1 Oktober 2025 dan paling lambat 15 Oktober 2025 (Kemenkes RI, 2025). iDRG dikembangkan melalui kolaborasi antara Kementerian Kesehatan, organisasi profesi kedokteran, asosiasi rumah sakit, BPJS Kesehatan, serta para pakar di bidang klasifikasi penyakit. Prinsip utama sistem klaim ini adalah pengelompokan kasus berdasarkan keseragaman klinis dan kesesuaian dalam aspek biaya bagi rumah sakit terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien (Azzahra, 2025)

Perbedaan paling mendasar antara iDRG dan INA-CBG terletak pada mekanisme pengkodean yang kini menggunakan pengkodean *Indonesian Modification* (IM). Kode IM dikembangkan untuk menyesuaikan dengan kondisi penyakit, prosedur medis, serta terminologi yang umum digunakan di Indonesia, sehingga klasifikasi kasus menjadi lebih representatif terhadap praktik klinis di lapangan (Azzahra, 2025). Selain itu, 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 (Kemenkes RI, 2025).

Sebagai acuan teknis, Kementerian Kesehatan menerbitkan Pedoman *Indonesian Coding Standard* (ICS) yang berisi panduan pengkodean diagnosis dan prosedur pada sistem klaim berbasis iDRG. Pedoman ini menjadi rujukan utama bagi PMIK bagian koder di Instalasi Penjaminan dalam menetapkan kode penyakit dan tindakan secara tepat serta konsisten. Selain itu, dilakukan pula uji coba nasional di lima regional wilayah Indonesia yang dimulai pada 1 Oktober 2025 untuk memastikan fasilitas pelayanan kesehatan dalam beralih dari sistem klaim berbasis INA-CBG ke iDRG (Kemenkes RI, 2025).

Implementasi iDRG diharapkan mampu meningkatkan efisiensi pembiayaan dan akuntabilitas sistem klaim melalui proses verifikasi yang lebih cepat, akurat, dan transparan (Azzahra, 2025). Perubahan sistem klaim ini juga menuntut keberhasilan bagi sumber daya manusia, khususnya

PMIK bagian koder di Instalasi Penjaminan karena kompleksitas struktur kode IM serta pembobotan kasus yang lebih rinci dibandingkan sistem klaim sebelumnya. Oleh karena itu, analisis terhadap gambaran pengguna menjadi aspek penting dalam mendukung keberhasilan penerapan iDRG di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan.

7. Metode *Technology Readiness Index* (TRI)

Metode *Technology Readiness Index* (TRI) diperkenalkan pertama kali oleh Parasuraman (2000). Metode TRI mengacu pada kecenderungan seseorang untuk mendukung dan menggunakan teknologi baru untuk mencapai tujuan dalam kehidupan sehari-hari dan di tempat kerja. Metode tersebut dapat dipandang sebagai seluruh yang dihasilkan dari persepsi yang mendukung dan menghambat mental yang secara kolektif menentukan kecenderungan seseorang untuk menggunakan teknologi baru (Parasuraman, 2000). *Technology Readiness Index* (TRI) dapat digunakan untuk mendeskripsikan gambaran penerapan dari sisi pengguna atau dalam kata lain, yaitu menentukan kecenderungan seseorang dalam menggunakan teknologi baru (Rakhmayani dan Dwianto, 2024).

Sikap positif dan negatif seseorang juga berpengaruh terhadap penerimaan suatu teknologi, dapat bersifat positif, yaitu kepribadian optimis menyikapi teknologi serta kecenderungan menjadi pionir dalam penggunaan teknologi baru, maupun pandangan negatif, yaitu kecenderungan untuk merasa tidak nyaman dan skeptis terhadap teknologi (Ristikadhea, 2024). Terdapat empat komponen dasar, yaitu kepribadian

optimis, kepribadian inovatif, perasaan ketidakamanan, dan perasaan ketidaknyamanan. Kepribadian optimis dan inovatif adalah komponen penggerak (positif) dalam TRI, sedangkan perasaan ketidakamanan dan ketidaknyamanan adalah komponen penghambat (negatif) dalam TRI (Parasuraman dan Colby, 2015).

Berdasarkan keempat dimensi yang berbeda tersebut, hal itu dapat diartikan bahwa seseorang dapat memiliki perbedaan pada kombinasi dan sifat yang berhubungan dengan teknologi, yang mengarah pada keadaan yang bertolak belakang yang terdiri dari motivasi yang kuat serta hambatan yang kuat juga. Metode *Technology Readiness Index* (TRI) dapat digunakan untuk melihat keadaan pikiran keseluruhan yang dihasilkan dari 4 aspek penting (Parasuraman dan Colby, 2015), yaitu:

a. Kepribadian Optimis (*Optimism*)

Variabel kepribadian optimis (*optimism*) merupakan aspek yang menggambarkan pandangan positif seseorang terhadap teknologi dan keyakinan bahwa teknologi dapat meningkatkan kontrol, fleksibilitas, dan efisiensi kepada pengguna dalam kehidupan mereka maupun dalam pekerjaannya sehari-hari. Individu yang optimis cenderung percaya bahwa penggunaan teknologi akan mempermudah pekerjaan sehari-hari, termasuk dalam proses pengkodean dan pengelolaan klaim berbasis iDRG.

b. Kepribadian Inovatif (*Innovativeness*)

Variabel kepribadian inovatif (*innovativeness*) menggambarkan

kecenderungan seseorang menjadi pionir atau pelopor teknologi dan pemimpin pemikiran. Individu yang inovatif biasanya memiliki rasa ingin tahu yang tinggi, proaktif mengikuti perkembangan teknologi, serta percaya diri dalam mengeksplorasi sistem klaim baru, yaitu iDRG.

c. Perasaan Ketidakamanan (*Insecurity*)

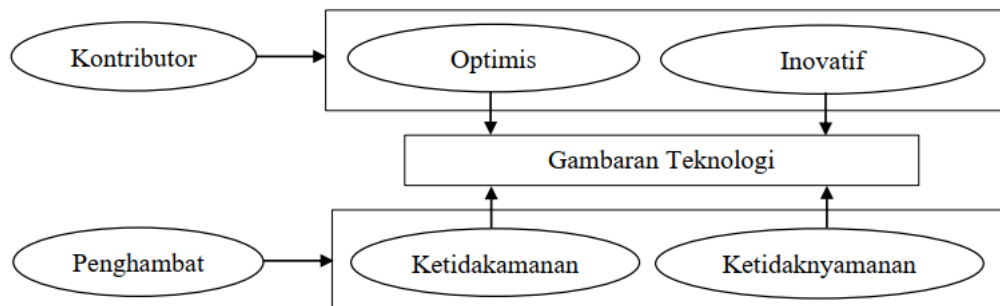
Variabel perasaan ketidakamanan (*insecurity*) yang menggambarkan seorang pengguna ketika mereka merasa tidak percaya terhadap teknologi dan merasa ragu atas kemampuan bahwa sistem klaim baru tersebut dapat bekerja dengan baik. Dalam penerapan iDRG, aspek ini dapat berkaitan dengan kekhawatiran PMIK bagian koder di Instalasi Penjaminan terhadap validitas pengkodean, risiko kesalahan pada sistem klaim, serta keraguan terhadap hasil *grouping* otomatis klaim.

d. Perasaan Ketidaknyamanan (*Discomfort*)

Variabel perasaan ketidaknyamanan (*discomfort*) akan menggambarkan seorang pengguna yang merasa kurang paham atas teknologi sehingga tidak dapat mengendalikan dan merasa kewalahan dengan adanya sistem klaim baru tersebut. Dalam konteks iDRG, ketidaknyamanan dapat muncul akibat perubahan struktur kode IM, dan akan ada aturan *multiplicity* dan *setting*, serta kebutuhan penyesuaian terhadap sistem klaim baru yang dianggap lebih rumit dibandingkan sistem sebelumnya.

B. Kerangka Teori

Penelitian ini didasarkan pada teori *Technology Readiness Index* (TRI) yang menjelaskan tentang setiap individu yang menerima dan menggunakan teknologi baru dalam konteks pekerjaan atau lingkungannya (Parasuraman, 2000). TRI menilai gambaran individu berdasarkan empat aspek utama, yaitu:

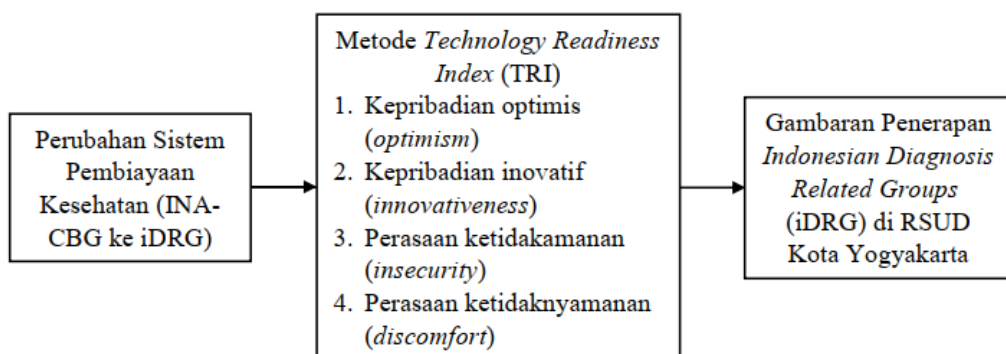


Gambar 1. Kerangka Teori.

Sumber : Modifikasi Teori *Technology Readiness Index* (TRI), Parasuraman dan Colby, (2015).

C. Kerangka Konsep

Dalam penelitian ini, kerangka konsep disusun berdasarkan teori keterkaitan antara faktor-faktor psikologis pengguna teknologi dalam mengadopsi sistem baru.



Gambar 2. Kerangka Konsep.

D. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep yang telah dijelaskan, penelitian ini difokuskan untuk mengetahui dan menganalisis gambaran pengguna dalam penerapan sistem klaim berbasis *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG) di RSUD Kota Yogyakarta dengan menggunakan pendekatan *Technology Readiness Index* (TRI). Peneliti menentukan beberapa pertanyaan penelitian, sebagai berikut:

1. Bagaimana gambaran kepribadian optimis (*optimism*) pengguna dalam penerapan *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG)?
2. Bagaimana gambaran kepribadian inovatif (*innovativeness*) pengguna dalam penerapan *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG)?
3. Bagaimana gambaran perasaan ketidakamanan (*insecurity*) pengguna dalam penerapan *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG)?
4. Bagaimana gambaran perasaan ketidaknyamanan (*discomfort*) pengguna dalam penerapan *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG)?