

---

## Studi Kualitatif tentang Kompetensi Tenaga Koder dalam Proses Reimbursement Berbasis System Case-mix di Beberapa Rumah Sakit yang Melayani Jamkesmas di Kota Semarang

DYAH ERNAWATI<sup>1</sup>, LILY KRESNOWATI<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro, Semarang 50131  
E-mail : [dyahernawatikhanza@yahoo.co.id](mailto:dyahernawatikhanza@yahoo.co.id)

<sup>2</sup>Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang 50131  
E-mail : [lily\\_sutopo@yahoo.com](mailto:lily_sutopo@yahoo.com)

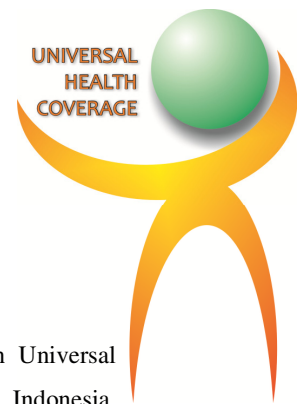
### ABSTRAK

Penyelenggaraan Jamkesmas dengan sistem Case-mix berbasis INA-DRG (yang kemudian berganti dengan INA CBG's) beberapa tahun terakhir ternyata masih menghadapi berbagai kendala dalam implementasinya, khususnya terkait proses reimbursement dari tagihan biaya pelayanan RS. Salah satu aspek yang paling berpengaruh terhadap keberhasilan proses klaim adalah kode diagnosis penyakit dan tindakan yang dilakukan oleh tenaga koder yang profesional di RS. Tenaga koder yang dipilih oleh RS untuk menangani case-mix memiliki kompetensi yang memadai ditinjau dari latarbelakang pendidikan sebagai DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Namun pada praktiknya di lapangan masih dijumpai kendala-kendala dalam proses koding untuk reimbursement ini.

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif untuk mengetahui Kompetensi Tenaga Koder dalam menunjang Proses Reimbursement Berbasis Sistem Case-mix di Beberapa Rumah Sakit di Kota Semarang. Objek penelitian adalah tenaga koder di RS yang bertugas di bagian koding case-mix dan Supervisornya (atasan langsung). Data dikumpulkan dengan metode wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah. Selanjutnya data dianalisis secara kualitatif dan dibandingkan dengan teori yang ada untuk kemudian dibuat suatu kesimpulan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengalaman kerja koder sangat berpengaruh terhadap kinerja koder, baik dalam hal kecepatan maupun akurasi. Kurikulum pendidikan tentang koding dirasakan masih kurang dalam menunjang kemampuan koding. Kompetensi tambahan yang sangat diperlukan untuk menunjang kemampuan tenaga koder adalah dasar pengetahuan tentang anatomi, fisiologi, terminology medis, ilmu penyakit dan farmakologi. Adapun kendala non-teknis yang tidak terkait kompetensi yang sering dialami tenaga koder adalah; penulisan diagnosis yang tidak lengkap, tulisan dokter yang tidak jelas terbaca, serta ketidaklengkapan dokumen RM. Harapan yang disampaikan oleh supervisor koder sebagai wakil dari pihak manajemen terutama adalah agar kode yang dihasilkan bisa lebih akurat sehingga proses klaim reimbursement lancar. Dengan demikian disimpulkan bahwa kompetensi tenaga koder di RS masih perlu ditingkatkan, antara lain melalui pelatihan-pelatihan tingkat mahir.

Kata Kunci : Kompetensi koder, Kode Penyakit, Casemix



## 1. Pendahuluan

Belum lama ini, Pemerintah menggulirkan rencana untuk pencapaian Universal Coverage Assurance yang artinya asuransi kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia. Langkahnya dengan membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau lebih dikenal dengan BPJS, yang akan mulai dilaksanakan pada 1 Januari 2014. Pencapaian Universal Coverage Assurance ini merupakan cita-cita yang sangat besar dan mulia. Namun hal ini tentunya membutuhkan persiapan luar biasa, dikarenakan banyak sekali komponen dalam infrastruktur bidang kesehatan yang akan terlibat secara langsung bersama-sama masyarakat dan regulator.

Salah satu aspek terpenting dalam implementasi Universal Coverage Assurance ini adalah system reimbursement yang berbasis case-mix, sebagaimana yang telah diterapkan selama beberapa tahun terakhir dalam Program Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin), dan Jampersal (Jaminan Kesehatan Persalinan) oleh Kementerian Kesehatan RI di ribuan RS di seluruh Indonesia.

Implementasi Sistem Reimbursement yang sangat berbeda dengan model indemnity insurance ini berdampak sangat besar pada system pelayanan di RS, karena penentuan klaim yang dibayarkan bukan berdasarkan item-per-item cost (Fee For Service) yang dikeluarkan oleh RS melainkan menggunakan model Prospective Payment System (PPS) berdasarkan DRG (Diagnosis Related Groups) yang menghitung berdasarkan volume perawatan dan kompleksitas kasus. Model PPS ini menuntut penyelenggaraan pelayanan yang efektif dan efisien dari RS serta peningkatan mutu pelayanan yang prima.

Dalam penyelenggaraan Jamkesmas dengan system Case-mix berbasis INA-DRG (yang kemudian berganti dengan INA CBG's) beberapa tahun terakhir ternyata banyak menimbulkan permasalahan di berbagai RS. Yang paling terasa imbasnya adalah dari sisi penerimaan pendapatan dari klaim reimbursement yang diajukan ke pemerintah, yang terkadang ditolak atau tak terbayarkan. Meskipun tidak sampai menyebabkan RS gulung tikar sebagaimana yang terjadi di Amerika pada awal berlakunya Case-mix di sana, namun hal ini sudah menyebabkan kegoncangan di RS, khususnya di RS Pemerintah yang banyak menerima pasien Jamkesmas.

Dampak positif adalah upaya berbagai pimpinan RS untuk memperbaiki kualitas data dan pelayanan agar tidak terjadi kasus klaim tak terbayar dan overutilisasi yang menyebabkan kerugian di pihak RS akibat ketidaksesuaian pembiayaan pelayanan dengan jumlah klaim yang dibayarkan.

Salah satu faktor penting yang menentukan suatu klaim dapat terbayarkan atau tidak adalah akurasi koding diagnosis dan tindakan dari dokumen Rekam Medis. Kesalahan koding



diagnosis dan tindakan akan mempengaruhi koding DRG kasus dan berakhir pada reimbursement. Oleh karenanya kelengkapan data rekam medis, khususnya keakurasian koding menjadi salah satu faktor terpenting yang mempengaruhi reimbursement di RS.

Tenaga koder yang dipekerjakan di RS umumnya berlatar belakang pendidikan D3 Rekam Medis, yang memiliki kompetensi kritis di bidang koding diagnosis penyakit maupun tindakan. Namun pada praktiknya, masih banyak tenaga koder di berbagai RS yang belum memiliki keahlian mengkode yang memadai, sesuai dengan tuntutan dan kebutuhan dari implementasi Sistem Case-mix ini, sehingga menimbulkan kendala dan permasalahan dalam hal klaim reimbursement di RS.

Mengingat pentingnya kompetensi tenaga koder, khususnya dalam hal koding diagnosis dan tindakan, terhadap klaim reimbursement berbasis case-mix yang diajukan ke pihak RS, maka perlu adanya suatu penelitian tentang kompetensi tenaga koder di RS dalam proses reimbursement berbasis system case-mix, guna mempersiapkan tenaga praktisi rekam medis (khususnya koding) yang handal menjelang implementasi Universal Coverage Assurance di Indonesia pada th 2014 yang akan datang.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka permasalahan yang muncul yaitu bagaimanakah kompetensi kritis tenaga perekam medis, khususnya koding, yang dibutuhkan dalam proses reimbursement berbasis system case-mix di RS ?

## 2. Metode Penelitian

### a. Metode Penelitian

Metode penelitian yang dilakukan adalah metode kualitatif.

### b. Lokasi Penelitian

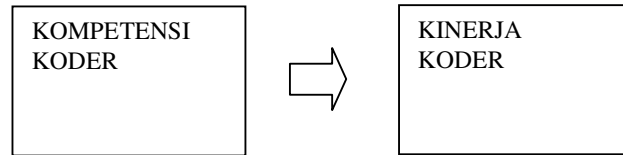
Penelitian ini dilakukan di beberapa RS yang sudah memberlakukan casemix Semarang.

### c. Alur Penelitian

Penelitian ini melalui beberapa tahap , yaitu :

- 1) Tahap I : Survei awal RS yang sudah memberlakukan casemix di wilayah Kota Semarang
- 2) Tahap II : Pengumpulan Data  
Melakukan pengumpulan data dengan indepth interview kepada para manajer RS yang membawahi Unit Rekam Medis. Melakukan *Focus Discusion Group* (FGD) dengan para coder di RS yang sudah melaksanakan Casemix. Observasi dan dokumentasi.
- 3) Tahap III : Analisa Data  
Pengolahan data dan analisis data.
- 4) Tahap IV : Membuat kesimpulan

d. Kerangka Pemikiran



3. Hasil dan Pembahasan

3.1 Gambaran karakteristik Informan

Tabel 3.1 Karakteristik Informan

NO	KODE	UMUR (thn)	PENDIDIKAN TERAKHIR	JENIS KELAMINAN	MASA KERJA (thn)	LAMA KERJA DI BAGIAN KODING (thn)	PELATIHAN YANG PERNAH DIIKUTI
1	IU 1	34	DIII RMIK	P	6,5	1	Pelatihan Mutu Pelayanan RM
2	IU 2	31	S1 Non Kesh	L	3,5	-	Pelatihan software INA-CBGs
3	IU 3	30	DIII RMIK	P	10	3	Pelatihan software INA-CBGs
4	IU 4	33	DIII RMIK	L	6	3	1. Pelatihan ICD-10 2. Pelatihan Casemix
5	IU 5	32	DIII RMIK	L	7	3	-
6	IU 6	29	DIII RMIK	L	6	1	-
7	IU 7	31	DIII RMIK	P	6	3	Pelatihan koding 2007
8	IT 1	36	DIII RMIK + SKM	L	10	4	Pelatihan koding 2007
9	IT 2	28	S1 Non Kesh	P	2	-	Pelatihan software INA-CBGs
10	IT3	32	DIII RMIK + SKM	P	7	4	1. Pelatihan koding 2. Pelatihan INA-CBGs

Gambaran karakteristik Informan Utama didapatkan data bahwa koder berjenis kelamin laki-laki lebih banyak daripada koder berjenis kelamin perempuan yaitu 4 orang. Dari sisi umur, berkisar antara 29 – 34 tahun. Latar belakang pendidikan sebagian besar adalah DIII RMIK dan hanya satu orang yang berpendidikan Non Kesehatan. Masa kerja antara 3,5 – 10 tahun, dan berpengalaman di bagian koding antara 1 – 3 tahun. Dan semua informan utama pernah mengikuti pelatihan tentang kodefikasi penyakit yaitu INA-CBGs dan ICD-10. Gambaran karakteristik Informan Triangulasi didapatkan data informan berjenis kelamin perempuan lebih banyak daripada laki-laki. Sisi umur antara 28 – 36 tahun, 2 diantaranya berlatar pendidikan DIII RMIK dan hanya satu orang yang berpendidikan non kesehatan. Masa kerja antara 2 – 10 tahun, 2 orang mempunyai pengalaman kerja di unit koding 4 tahun. Semua

informan triangulasi pernah mengikuti pelatihan tentang kodefikasi penyakit yaitu INA-CBGs dan ICD-10.

### 3.2 Gambaran tentang kompetensi tenaga koder di RS

Kunci utama dalam pelaksanaan koding adalah koder atau petugas koding. Akurasi koding (penentuan kode) merupakan tanggung jawab tenaga rekam medis, khususnya tenaga koding. Kurangnya tenaga pelaksana rekam medis khususnya tenaga koding baik dari segi kualitas maupun kuantitas merupakan faktor terbesar dari penyelenggaraan rekam medis di RS di Indonesia. Kualitas petugas koding di URM di RS dapat dilihat dari :

a. Pengalaman Kerja

Hasil penelitian menunjukkan bahwa informan mempunyai pengalaman kerja di Unit RM antara 2 – 10 tahun. Namun pengalaman kerja di bagian koding antara 1 – 4 tahun. Pengalaman kerja yang dimiliki oleh petugas koding sangat mendukung dalam pelaksanaan tugasnya. Petugas koding yang berpengalaman dapat menentukan kode penyakit lebih cepat berdasarkan ingatan dan kebiasaan. Terlebih bila mempunyai buku bantu berisikan nomor-nomor kode yang sering digunakan. Petugas yang berpengalaman juga umumnya mampu membaca tulisan dokter dengan lebih baik, serta mempunyai hubungan interpersonal dan komunikasi yang lebih akrab dengan tenaga medis yang menuliskan diagnosis. Namun demikian, pengalaman kerja belum cukup untuk menghasilkan kode yang akurat dan presisi, bila tidak ditunjang dengan pengetahuan dan ketrampilan yang memadai. Kondisi tersebut diungkap dalam kotak 1

Kotak 1 : Apakah lama kerja tenaga koder case-mix dapat mempengaruhi kinerjanya?

*Pengalaman kerja mempengaruhi banget... Kalo Pak X punya background perawat jadi lebih mudah. Kesulitannya pada analisis perjalanan penyakit..Tulisan dokter tidak lengkap ato tidak terbaca. Saya mengkode yang mudah, kalo sudah dapet yang susah tak kasih ke Pak X, pokoknya bagian yang susah pak X.he..he...(U1)*

*Pengalaman kerja penting...karena kalo mengandalkan pendidikan aja masih kurang. Terutama terminology medis, proses perjalanan penyakit, anatomi, membaca tulisan koder. Kalo punya dasar SPK lebih mudah (IU 4)*

*Pengalaman kerja sangat mempengaruhi banget...seperti Bu X sudah lama jadi koder sehingga lebih cepat dalam menentukan kode. Kalo koder baru baca tulisan dokter aja lama, mengkode apa adanya tidak menganalisis lembar RM nya dulu...(IT3)*

b. Pendidikan

Keakuratan pilihan kode diagnosis dalam ICD adalah essensial bagi manajemen kesehatan. Kesalahan mengutip, memindahkan dan memilih kode secara tepat merupakan kesalahan yang sering terjadi pada saat pengkodean diagnosis penyakit. Salah satu penyebab kesalahan tersebut umumnya adalah karena kurangnya pengetahuan mengenai aturan-aturan dalam koding yang menggunakan ICD-10. Dalam kurikulum pendidikan tenaga ahli madya rekam medis dan informasi



kesehatan, kemampuan koding merupakan salah satu kompetensi kritis yang tidak dimiliki oleh tenaga kesehatan lain, karena koding merupakan salah satu tugas pokok tenaga rekam medis. Diharapkan lulusannya mempunyai pengetahuan dan ketrampilan yang memadai dalam menghasilkan kode yang akurat dan presisi, mengingat pentingnya akurasi koding untuk berbagai pihak. Permenkes No 377/Menkes/SK III/2007 Bagian II tentang Kompetensi Perkam Medis, kompetensi klasifikasi dan kodifikasi penyakit merupakan kompetensi pertama dari 7 kompetensi dasar perkam medis, yang menunjukkan pentingnya kemampuan ini bagi seorang ahli madya perkam medis. Dan telah ditetapkan jabatan fungsional perkam medis oleh Dirjen YanMed DepKes RI, maka yang dimaksud dengan pendidikan menurut Juknis Jabatan Fungsional adalah pendidikan sekolah di bidang rekam medis dan mendapatkan gelar / ijazah. Data hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar informan mempunyai latar belakang pendidikan DIII RMIK (Rekam Medis dan Informasi Kesehatan). Meskipun latar belakang pendidikan sudah sesuai belum cukup, jika tidak diimbangi dengan pelatihan atau pendidikan non formal yang sesuai dengan kompetensi, seperti yang diungkap dalam kotak 2

Kotak 2 : Apakah latar belakang pendidikan tenaga koder dapat menunjang pekerjaannya, terutama dibidang koding case-mix

*Dari pendidikan masih kurang karena tidak hanya 1 ilmu yang harus didalami...(IU4)*

*Hanya mengandalkan pendidikan masih kurang, sehingga harus mengikuti pelatihan dan jam terbang karena mempengaruhi hasil dan kualitasnya.(IT1)*

*Lulusan D3 belum cukup, jika belum pengalaman atau ikut-ikutan pelatihan, terutama dalam menganalisis lembar-lembar DRM (IT 3)*

c. Pelatihan

Apabila tenaga koding belum mempunyai kesempatan untuk mendapatkan pendidikan khusus di bidang rekam medis dan informasi kesehatan, maka untuk mendapatkan hasil yang baik, setidaknya petugas memperoleh pelatihan yang cukup tentang seluk-beluk pekerjaannya selaku tenaga rekam medis. Pelatihan yang bersifat aplikatif berupa *in-house* atau *on-the-job training* akan sangat membantu meningkatkan pemahaman dan ketrampilan tenaga koding, terutama bila latar belakang pendidikan sama-sekali tidak menunjang keakuratan penentuan kode. Dan data penelitian menyebutkan bahwa semua informan mempunyai pengalaman pelatihan tentang rekam medis yaitu pelatihan mutu pelayanan RM, pelatihan INA-CBGs dan pelatihan koding dengan menggunakan ICD-10, namun ada 2 informan yang latar belakang pendidikan dari non kesehatan, sehingga dia dapat menyimpulkan



perlu kompetensi tambahan yang didapat melalui pelatihan, seperti yang diungkap pada kotak 3.

Kotak 3 : Kompetensi tambahan apa yang diperlukan oleh tenaga koder, untuk menunjang praktek koding case-mix?

*Kemampuan mengkode cukup, namun perlu ditambah pelatihan yang menunjang supaya kualitas lebih bagus lagi (IU 2)*

*Yang perlu ditambah anatomi, fisiologi, terminology medis, farmakologi, ICD-10, kalo perlu bahasa inggris...(IT 1)*

*Perlu pemahaman diagnosis penyakit, dan data penunjangnya (IT3)*

d. Faktor lain

Sebagaimana halnya tenaga kerja/SDM pada umumnya, kualitas tenaga juga dipengaruhi oleh berbagai faktor SDM, salah satunya adalah usia. Dan informan pada penelitian ini didapatkan rentang usia antara 28 – 36 tahun, dimana rentang usia merupakan usia produktif yaitu kematangan seseorang dalam bekerja.

### 3.3 Kegiatan Utama tenaga koder di RS dalam proses reimbursement berbasis casemix

Pendokumentasian rekam medis dibutuhkan guna merekam semua fakta, temuan, dan hasil observasi yang penting mengenai riwayat kesehatan seseorang, termasuk riwayat penyakit dahulu dan sekarang, hasil pemeriksaan, tes, pengobatan, dan hasil pelayanan yang telah diberikan. Data yang ada dalam dokumen dapat digunakan untuk berbagai kepentingan, baik manajemen, riset medis dan edukasi, asuransi dan reimbursement, maupun untuk kepentingan epidemiologi dan perencanaan kebijakan kesehatan. Data tersebut akan dapat bermanfaat apabila disimpan dan di-*retrieve* secara tepat guna diolah lebih lanjut menjadi informasi. Mengingat berbagai kepentingan tersebut, perlu diakomodasi dalam bentuk kode, dan rincian kode yang dibuat dapat sesuai dan memenuhi kebutuhan penggunaannya. Format penyimpanan dan pelaporan data penyakit disajikan berdasarkan pemanfaatan dan kepentingan pihak pengguna.

Dalam menentukan kode secara akurat perlu ditunjang dengan keberadaan dan kebenaran data-data terkait. Untuk menentukan kode dengan tepat banyak informasi pendukung diagnosis yang perlu dianalisis oleh petugas koding. Dan mengingat sebagian besar penulisnya merupakan tenaga medis yang bertanggungjawab terhadap pelayanan, maka hal-hal tersebut perlu diketahui dan dipahami oleh tenaga rekam medis.

Secara umum, tahapan proses koding mencakup dua aktivitas tersebut di bawah ini :

- a) Analisis lembar-lembar dokumen rekam medis untuk menentukan bagian mana yang akan di-kode dan data-data yang mendukung.
- b) Alokasi /penentuan kode dengan tepat.

- c) Kualitas kode yang dihasilkan oleh petugas koding terutama ditentukan oleh data dasar yang ditulis dan ditentukan oleh tenaga medis penanggung jawab pasien. Oleh karena itu, penting bagi tenaga medis terkait untuk mengetahui dan memahami proses koding dan data dasar yang dibutuhkan, sehingga dalam proses perekaman dapat memenuhi beberapa persyaratan kelengkapan data guna menjamin keakurasian kode. Di sisi lain, petugas koding bertanggung jawab atas keakurasian kode diagnosis, oleh karenanya apabila ada kesulitan, kurang jelas atau meragukan dalam penentuan kode, perlu dikomunikasikan terhadap **dokter penanggungjawab**.

### 3.4 Hambatan yang dialami tenaga koder di RS dalam proses reimbursement berbasis casemix

Beberapa hal yang dapat menyulitkan petugas koding antara lain adalah penulisan diagnosis tidak lengkap, tulisan yang tidak terbaca, penggunaan singkatan atau istilah yang tidak baku atau tidak dipahami, dan keterangan atau rincian penyakit yang tidak sesuai dengan sistem klasifikasi yang digunakan. Seperti yang diungkap dalam kotak 4

Kotak 4 : Masalah apa saja yang sering muncul, berhubungan dengan kompetensi bidang tenaga koder case-mix?

*Kendalanya tulisan dokter tidak terbaca, ato tidak lengkap, dokumen tidak lengkap, kurang paham perjalanan penyakit dan terminologinya. Terdapat perbedaan (IU1)*

*Kendalanya jika penulisan diagnosis tidak lengkap, urutan kebalik, tulisan diagnosis tidak terbaca....(IU4)*

*Kendalanya DRM nya tidak lengkap, tulisan dokter tidak lengkap ato tidak terbaca(IT 2)*

Disamping itu peneliti juga menggali harapan-harapan dari pihak manajemen untuk kualitas koder di masa yang akan datang, yaitu :

1. Kode yang dihasilkan bisa lebih cepat dan akurat sehingga menghasilkan klem reimbursement yang lancar
2. Untuk kelancaran proses koding casemix dan reimbursement dua hal penting harus dibenahi dan ditingkatkan yaitu kualitas dokumen RM dan kemampuan koder

## 4. Penutup

### 4.1 Kesimpulan

1. Pengalaman kerja sangat berpengaruh terhadap kinerja koder, baik dalam hal kecepatan maupun akurasi. Termasuk untuk kasus-kasus penyakit yang sulit di kode





- karena banyaknya informasi yang harus di analisis. Dasar pendidikan keperawatan sebelum menempuh DIII RMIK dirasakan banyak manfaatnya karena lebih memahami perjalanan penyakit, terminology dan farmakologi
2. Pendidikan tentang koding yang didapatkan dibangku kuliah dirasakan masih kurang dalam menunjang kemampuan koding sehingga perlu ditambah pelatihan-pelatihan dan pengalaman kerja di lapangan.
  3. Kompetensi tambahan sangat diperlukan untuk menunjang kemampuan tenaga koder untuk menghasilkan kode yang tepat dan akurat, diantaranya tentang anatomi fisiologi, terminology medis, farmakologi, ICD-10 dan bahasa Inggris
  4. Kegiatan utama tenaga koder dalam proses reimbursement berbasis casemix adalah melakukan kodifikasi penyakit dan tindakan dari diagnosis medis yang ditulis dokter dalam lembar dokumen rekam medis dengan menggunakan ICD-10
  5. Hambatan yang sering dialami tenaga koder dalam proses reimbursement berbasis casemix adalah penulisan diagnosis yang tidak lengkap, tulisan dokter yang tidak terbaca, dan DRM tidak lengkap.
  6. Harapan-harapan yang diinginkan oleh supervisor koder sebagai wakil dari pihak manajemen antara lain kode yang dihasilkan bisa lebih cepat dan akurat sehingga menghasilkan klem reimbursement yang lancar dan membenahi kualitas dokumen RM dan kemampuan koder

#### 4.2 Saran

##### A. Bagi Manajemen RS

1. Perlu memberi kesempatan kepada Petugas Koder untuk mengikuti pelatihan tentang koding
2. Perlunya petunjuk teknis tentang kelengkapan penulisan diagnosis medis oleh dokter dan kelengkapan DRM
3. Perlu di lengkapi sarana untuk koding selain Kamus ICD-10 juga disiapkan Kamus kedokteran dan kamus Bahasa Inggris

##### B. Bagi Petugas Koder

1. Perlu menambah kompetensi dengan mengikuti pelatihan-pelatihan tentang koding
2. Membiasakan berdiskusi atau berkomunikasi dengan tenaga medis tentang diagnosis-diagnosis medis. Dan mengingatkan untuk melengkapi penulisan diagnosis medisnya

#### 5. Ucapan terima kasih

Puji syukur kepada Allah SWT karena atas rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan penelitian di bidang ilmu pengetahuan dan teknologi dengan topik Studi Kualitatif tentang



Kompetensi Tenaga Koder dalam Proses Reimbursement Berbasis System Case-mix di Beberapa Rumah Sakit di Kota Semarang yang Melayani Jamkesmas.

Kelancaran penelitian ini tidak lepas dari dukungan dan kerjasama pihak-pihak yang terkait. Untuk itu kami ucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Dr.Ir.Edi Noersasongko, M.Kom selaku Rektor Universitas Dian Nuswantoro Semarang
2. LP2M Rektor Universitas Dian Nuswantoro Semarang yang telah mendanai penelitian ini
3. Ibu Dr.dr.Sri Andarini Indreswari,M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Rektor Universitas Dian Nuswantoro Semarang

Hasil penelitian ini masih jauh dari sempurna, untuk itu peneliti mengharapkan saran dan masukan guna perbaikan dan penyempurnaan selanjutnya, semoga hasil penelitian ini bermanfaat.

## 6. DAFTAR PUSTAKA

1. <http://indosdm.com/model-7p-pada-manajemen-sdm-di-rumah-sakit>
2. Hatta, G., *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, Penerbit Universitas Indonesia, Jakarta, 2008
3. <http://pintarnyakami.blogspot.com/2012/01/proses-manajemen-sdm-rs.html>
4. Permenkes RI No 161/MENKES/PER/I/2012
5. Ardana Komang, Ni Wayan Mujiati, Anak Agung Ayu Sriati, *Perilaku Keorganisasian*, Edisi 2, PT Graha Ilmu,2009
6. INA-DRG Casemix Membantu Penagihan Rumah Sakit
7. France, et.al . Case Mix : Global Views, Local Actions. IOS Press. 2001
8. Pengenalan UNU Case-Mix Grouper Dan IT Sistem Case-Mix. Bulletin Dirjen BUK Kemkes RI.  
([http://buk.depkes.go.id/index.php?option=com\\_content&view=article&id=202:pengenalan-unu-case-mix-grouper-dan-it-sistem-case-mix&catid=37:berita](http://buk.depkes.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=202:pengenalan-unu-case-mix-grouper-dan-it-sistem-case-mix&catid=37:berita))
9. <http://tenreng.wordpress.com/2009/02/18/ina-drg-casemix-membantu-penagihan-rumah-sakit/>
10. Pengenalan UNU Case-Mix Grouper Dan IT Sistem Case-Mix. Bulletin Dirjen BUK Kemkes RI.



([http://buk.depkes.go.id/index.php?option=com\\_content&view=article&id=202:pengenal-an-unu-case-mix-grouper-dan-it-sistem-case-mix&catid=37:berita](http://buk.depkes.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=202:pengenal-an-unu-case-mix-grouper-dan-it-sistem-case-mix&catid=37:berita))

11. Sudirman Saleng. Casemix dan INA-DRG. Nov 2010.  
(<http://soedy.blogspot.com/2010/11/casemix-dan-indonesia-diagnosis-related.html>)
12. Prof Dr Hasbullah Thabrany MPH, PhD . Sistem Pembiayaan dan Pembayaran Pelayanan Kesehatan dalam Gemala R. Hatta : Pedoman manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Edisi Revisi. UI Press, 2012