

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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 (Pemerintah Indonesia, 2023). Setiap fasilitas pelayanan kesehatan memiliki tanggung jawab untuk menyediakan layanan kesehatan sesuai dengan sasaran pokoknya masing-masing dan juga memiliki kewajiban administratif untuk mencatat dan menjaga catatan medis pasien. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan disebutkan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan rekam medis yang dilakukan sesuai dengan standar yang secara bertahap diupayakan mencapai standar internasional (Pemerintah Indonesia, 2023). Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo merupakan rumah sakit umum milik pemerintah tipe A dan sebagai pusat rujukan nasional sudah mulai menerapkan rekam medis elektronik. Rekam Medis Elektronik adalah Rekam Medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan Rekam Medis (Kementerian Kesehatan RI, 2022). Selain sebagai upaya mencapai standar internasional dan mengikuti perkembangan teknologi, penerapan rekam medis elektronik ini juga bertujuan untuk meningkatkan efisiensi, kualitas pelayanan, serta pengelolaan data dan akurasi pelaporan rumah sakit. Setiap pasien yang melakukan kunjungan ke rumah sakit, segala data selama pelayanan tercatat dalam rekam medis elektronik, mulai dari tanggal dan jam kunjungan, keluhan, diagnosis, prosedur, obat, hingga cara pulang pasien. Data ini tidak hanya berfungsi sebagai catatan medis tetapi juga dapat diolah untuk menghasilkan informasi yang berguna bagi peningkatan pelayanan kesehatan.

Kodefikasi atau koding merupakan salah satu proses pengolahan data medis yang melibatkan pemberian kode pada diagnosis dan tindakan medis. Proses ini bertujuan untuk mengklasifikasikan informasi medis agar lebih mudah diakses, dianalisis, dan digunakan dalam berbagai aspek pelayanan kesehatan (Marlina, 2022). *International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10)* adalah sistem klasifikasi penyakit yang diterapkan secara internasional dan telah menjadi standar di rumah sakit di Indonesia. Sistem ini berfungsi untuk mengkodekan berbagai jenis penyakit, gangguan, dan kondisi kesehatan lainnya, serta mendukung proses administrasi dan pembiayaan kesehatan. ICD-10 merupakan alat penting dalam sistem kesehatan Indonesia yang mendukung standarisasi diagnosis dan efisiensi dalam proses klaim asuransi (Kementerian Kesehatan, 2023). Menurut WHO dalam Putri et al., 2024), Keakuratan kode diagnosis merupakan penulisan kode diagnosis penyakit yang sesuai dengan klasifikasi yang ada di dalam ICD-10. Kode dianggap tepat dan akurat bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan. Bila kode mempunyai 3 karakter dapat diasumsikan bahwa kategori tidak dibagi. Seringkali bila kategori dibagi, kode nomor pada indeks akan memberikan 4 karakter. Suatu *dash* pada posisi ke-4 mempunyai arti bahwa kategori telah dibagi dan karakter ke-4 yang dapat ditemukan dengan merujuk ke daftar tabular. Sistem *dagger* (†) dan *asterisk* (*) mempunyai aplikasi pada istilah yang akan diberi dua kode.

RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo melakukan pengkodean diagnosis pasien rawat inap menggunakan *Electronic Health Record (EHR)* yang sudah ter-*bridging* dengan e-Klaim berdasarkan kaidah koding dan ICD-10 tahun 2010. Berdasarkan observasi terhadap 30 rekam medis pasien rawat inap bangsal bedah Gedung A pada bulan Oktober 2024 masih ditemukan ketidakakuratan kode diagnosis. Hasil observasi terhadap 30 rekam medis tersebut sudah diverifikasi oleh penanggung jawab unit kerja koding. Berikut merupakan data hasil observasi ketidakakuratan kode diagnosis:

Tabel 1. 1 Ketidakakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap Bangsal Bedah Gedung A Bulan Oktober 2024

| No | Ketidakakuratan Kode Diagnosis Sesuai ICD-10 | Jumlah | Persentase (%) |
|----|--|--------|----------------|
| 1 | Akurat | 14 | 46,7 |
| 2 | Tidak Akurat | 16 | 53,3 |
| | Total | 30 | 100 |

Sumber: Data Primer RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo 2024

Berdasarkan tabel 1.1 dengan total 30 sampel diketahui persentase ketidakakuratan kode diagnosis pasien rawat inap bangsal bedah Gedung A yakni 53,3%. Rincian ketidakakuratan pada tabel 1.1 selanjutnya dijelaskan pada tabel 1.2 dan 1.3 berikut :

Tabel 1. 2 Identifikasi Kelengkapan Kode Diagnosis

| No | Kelengkapan Kode Diagnosis | Jumlah | Persentase (%) |
|----|----------------------------|--------|----------------|
| 1 | Lengkap | 8 | 50 |
| 2 | Tidak lengkap | 8 | 50 |
| | Total | 16 | 100 |

Sumber: Data Primer RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo 2024

Tabel 1. 3 Identifikasi Letak Ketidakakuratan Kode Diagnosis

| No | Letak Ketidakakuratan Kode | Jumlah | Persentase (%) |
|----|----------------------------|--------|----------------|
| 1 | Tiga karakter | 6 | 37,5 |
| 2 | Karakter keempat | 2 | 12,5 |
| 3 | Karakter kelima | 8 | 50 |
| | Total | 16 | 100 |

Sumber: Data Primer RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo 2024

Berdasarkan tabel 1.2 diketahui 50% ketidakakuratan kode disebabkan oleh ketidaklengkapan kode diagnosis yang dikoding oleh koder. Berdasarkan observasi dan wawancara, hal ini disebabkan oleh alur kerja yang dimana verifikator internal medis (VIM) harus memverifikasi rekam medis pasien dan selanjutnya diagnosa dan tindakan dituliskan pada resume medis pasien di EHR untuk selanjutnya dikoding oleh koder, sehingga terkadang terdapat diagnosa ataupun tindakan yang tidak di tulis oleh VIM yang akhirnya juga tidak di koding oleh koder.

Pada tabel 1.3 letak ketidakakuratan paling banyak yakni pada karakter kelima sebanyak 50%, sedangkan tiga karakter sebanyak 37,5% dan karakter keempat 12,5%. Selain karena tidaklengkapnya penulisan pada resume medis oleh VIM, berdasarkan observasi dan wawancara, diduga penyebab terjadinya ketidakakuratan kode diagnosis yakni kurangnya ketelitian koder, tidak terfasilitasinya kode karakter kelima di sistem yang digunakan, dan kurangnya motivasi untuk meningkatkan kinerja koder. Menurut Harmanto et al. (2022), ketidaktepatan dan ketidakakuratan kode diagnosis dengan ICD-10 dapat menyebabkan turunnya mutu pelayanan di rumah sakit serta mempengaruhi data, informasi laporan, dan ketepatan tarif INA-CBGs yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan pasien, khususnya pasien yang menggunakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Berdasarkan observasi, berapa faktor yang diduga menyebabkan ketidakakuratan kode diagnosis dapat ditinjau dari faktor yang mempengaruhi hasil koding seperti tidak adanya faktor pendorong, kesempatan dalam meningkatkan kinerja, dan kemampuan individu dalam mengkoding. Berdasarkan uraian tersebut, faktor penyebab ketidakakuratan dapat dikaitkan dengan teori kinerja MOA. Menurut Robbins dalam Sinuhaji (2019), kinerja dipengaruhi oleh 3 faktor yakni, *motivation* (motivasi), *opportunity* (kesempatan) dan, *ability* (kemampuan). Dalam laporan ini, faktor *motivation* meliputi *reward* dan *punishment*. Faktor *opportunity* meliputi SOP, pelatihan, dan sistem yang digunakan. Faktor *ability* meliputi variabel pendidikan, pengetahuan, dan masa kerja Berdasarkan latar belakang yang telah dijabarkan, penulis tertarik untuk mengangkat laporan praktik kerja lapang dengan judul “Analisis Faktor Penyebab Ketidakakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap Bangsal Bedah Gedung A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo”.

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.2.1 Tujuan Umum Magang/PKL

Untuk menganalisis faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis pasien rawat inap di bangsal bedah Gedung A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo.

1.2.2 Tujuan Khusus Magang/PKL

Tujuan Khusus pada magang ini adalah:

- a. Menganalisis faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis pasien rawat inap di bangsal bedah Gedung A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo berdasarkan faktor *motivation*.
- b. Menganalisis faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis pasien rawat inap di bangsal bedah Gedung A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo berdasarkan faktor *opportunity*.
- c. Menganalisis faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis pasien rawat inap di bangsal bedah Gedung A RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo berdasarkan faktor *ability*.

1.2.3 Manfaat Magang/PKL

- a. Bagi Rumah Sakit

Hasil laporan ini diharapkan dapat dijadikan menjadi bahan masukan dan evaluasi bagi RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo guna meningkatkan pelaksanaan keakuratan pengkodean diagnosis pasien rawat inap.

- b. Bagi Penulis

Sebagai wadah bagi penulis untuk menerapkan ilmu dan materi yang telah didapatkan ketika kegiatan perkuliahan serta memberikan pengalaman dan pengetahuan yang bermanfaat untuk pengembangan diri dan keahlian penulis dalam keilmuan rekam medis.

- c. Bagi Politeknik Negeri Jember

Hasil laporan ini diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi khususnya untuk lingkup ilmu Manajemen Informasi Kesehatan yang berhubungan dengan ketidakakuratan kode diagnosis.

1.3 Lokasi dan Waktu

1.3.1 Lokasi Magang/PKL

Magang ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo yang beralamat di Jalan Pangeran Diponegoro No. 71, Kenari Senen, Kota Jakarta Pusat, Daerah Khusus Ibu Kota Jakarta.

1.3.2 Waktu Magang/PKL

Magang ini dilaksanakan pada tanggal 7 Oktober 2024 sampai dengan 27 Desember 2024.

1.4 Metode Pelaksanaan

Penulisan laporan ini menggunakan deskriptif kualitatif untuk mengetahui faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis pada rekam medis rawat inap pasien bangsal bedah Gedung A di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo berdasarkan teori kinerja yang terdiri dari faktor motivation, opportunity, dan ability.

1.4.1 Sumber Data

a. Data Primer

Data yang dikumpulkan sendiri oleh penulis langsung. Data primer pada laporan ini berupa hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi terkait ketidakakuratan kode diagnosis pada rekam medis rawat inap pasien bangsal bedah Gedung A di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo.

b. Data Sekunder

Data yang diperoleh secara tidak langsung dari hasil pengumpulan sumber atau pihak lain. Data sekunder pada laporan ini yakni struktur organisasi, SPO, Kunjungan Rawat Inap.

1.4.2 Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan tanya jawab secara lisan, baik langsung maupun tidak langsung dengan sumber data informan (Sugiyono, 2020). Wawancara yang dilakukan yakni terkait masalah yang diangkat dimana pada laporan ini

wawancara dilakukan bersama koder rawat inap guna mengetahui dan memahami secara mendalam permasalahan pada kodifikasi penyakit rawat inap.

b. Observasi

Observasi merupakan alat pengumpulan data dimana peneliti dapat melihat, mendengar, atau mendapatkan informasi secara langsung dengan terjun langsung ke lapangan (Sugiyono, 2014). Observasi dilakukan guna mengumpulkan data dan mengamati terkait masalah yang akan diangkat. Pada laporan ini observasi dilakukan dengan mengamati kegiatan dan proses kodifikasi diagnosa pada rekam medis rawat inap.

c. Dokumentasi

Dokumentasi adalah informasi yang didapatkan dari hasil catatan penting, baik dari instansi maupun dari informan (Sugiyono, 2020). Dokumentasi yang dilakukan yakni dengan pengambilan gambar guna memperkuat hasil dan pembahasan. Dokumentasi berupa foto dan catatan yang mendukung data yang diperoleh melalui wawancara dan observasi.

d. Kajian Literatur

Kajian literatur adalah penelusuran kepustakaan melalui buku, jurnal, dan terbitan-terbitan lain yang berkaitan dengan topik penelitian (Marzali, 2017). Dalam laporan ini, kajian literatur digunakan untuk membandingkan hasil laporan ini dengan hasil-hasil penelitian yang pernah dilakukan orang lain.

1.4.3 Uji Keabsahan data

Dalam laporan ini penulis menggunakan uji kredibilitas data untuk menguji keabsahan data dengan triangulasi. Triangulasi merupakan pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara, dan berbagai waktu (Sugiyono, 2020). Teknik yang digunakan, yaitu:

a. Triangulasi Sumber

Triangulasi sumber merupakan pengecekan data yang diperoleh dari sumber yang berbeda-beda dengan teknik yang sama (Sugiyono, 2020).

Pengecekan data dilakukan dengan wawancara mendalam dengan informan yakni petugas koding rawat jalan dan penanggung jawab koding.

b. Triangulasi Teknik

Triangulasi teknik merupakan pengecekan data kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda (Sugiyono, 2020). Triangulasi teknik dilakukan untuk membandingkan data yang diperoleh dengan cara pengumpulan data melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi.

1.5 Subjek Laporan

Subjek pada laporan ini menggunakan *purposive sample* dengan memilih orang tertentu yang dipertimbangkan akan memberikan data yang diperlukan (Sutriyawan, 2021). Pada laporan ini subjeknya yaitu 1 Penanggung Jawab Koding Rawat Inap dan 5 petugas koding rawat Inap RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo.

1.6 Objek Laporan

Objek dalam laporan ini adalah data hasil pengkodean pasien rawat inap bangsal bedah Gedung A di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Bulan Oktober 2024.