BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan menyatakan bahwa rumah sakit adalah sebuah institusi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang terdiri dari pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan instalasi gawat darurat. Sebagai institusi yang memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, rumah sakit diwajibkan untuk mendokumentasikan pelayanannya dalam bentuk rekam medis. Hal ini sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, yang menjelaskan bahwa setiap rumah sakit berkewajiban untuk menyelenggarakan rekam medis.

Rekam medis merupakan berkas yang berisi catatan tentang data identitas pasien, pemeriksaan, tindakan, pengobatan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2022). Rekam medis harus dikelola dengan baik agar menghasilkan informasi yang bermutu. Menurut Setyorini (2022), rekam medis dikatakan bermutu apabila rekam medis berisi informasi yang akurat, lengkap, valid, dan tepat waktu. Dengan demikian, catatan yang didokumentasikan dalam rekam medis dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan klinis. Salah satu komponen yang penting dalam pendokumentasian rekam medis adalah pemberian kode diagnosis (Purwanti *et al.*, 2020).

Diagnosis merupakan suatu prosedur yang dilakukan oleh dokter untuk menentukan suatu kondisi dari pasien. Penentuan kondisi pasien dilakukan melalui beberapa tahapan pemeriksaan, mulai dari anamnesa, temuan fisik, dan informasi lain yang diperoleh melalui pemeriksaan medis (Mauli, 2018). Tujuannya adalah untuk menentukan jenis penyakit yang mungkin menimbulkan serangkaian gejala. Setelah dokter mendiagnosis penyakit dan melakukan pencatatan pada rekam medis, selanjutnya akan diolah melalui proses pemberian kode diagnosis.

Pemberian kode diagnosis adalah sebuah proses penentuan kode dari diagnosis penyakit yang dituliskan oleh dokter dengan berpedoman pada klasifikasi penyakit

yang berlaku di Indonesia, yaitu *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revisions* (ICD-10). Kode diagnosis tersebut terdiri dari kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data dengan tujuan untuk mempermudah pengelompokan penyakit (Depkes RI, 2006). Menurut Anggraeni dalam Wahyudi (2023), pengkodean diagnosis berguna untuk memberikan informasi tentang kelompok penyakit sebagai sumber pelaporan, dasar pengambilan keputusan klinis, sumber evaluasi mutu pelayanan, mendapatkan *reimbursement* yang sesuai dengan layanan kesehatan yang diberikan, serta mempertahankan mutu dan akreditasi rumah sakit. Oleh karena pentingnya kegunaan dari kode diagnosis, maka *coder* perlu memastikan bahwa setiap pemberian kode diagnosis dilakukan secara tepat dan akurat.

Berdasarkan hasil observasi, ditemukan adanya ketidaktepatan pemberian kode diagnosis pada kunjungan rawat jalan. Observasi ini dilakukan pada penyakit yang menempati 10 besar morbiditas rawat jalan. Berikut merupakan 10 besar penyakit rawat jalan tahun 2024 di Rumah Sakit Husada Utama Surabaya.

Tabel 1.1 10 Besar Penyakit Rawat Jalan Tahun 2024

No.	ICD-10	Golongan Sebab Penyakit	Jumlah Kunjungan
1.	E11	<i>Non-insulin-dependent diabetes mellitus</i>	9.921
2.	I11.9	<i>Hypertensive heart disease without (congestive) heart failure</i>	8.125
3.	I25.9	<i>Chronic ischaemic heart disease</i>	5.098
4.	I63	<i>Cerebral infarction</i>	3.439
5.	M54.5	<i>Low back pain</i>	1.859
6.	N40	<i>Hyperplasia of prostate</i>	1.852
7.	I11.0	<i>Hypertensive heart disease</i>	1.667
8.	M17.9	<i>Gonarthrosis</i>	1.613
9.	J44.9	<i>Chronic obstructive pulmonary disease</i>	944
10.	I10	<i>Essential (primary) hypertension</i>	719

Sumber: Data Sekunder, 2025

Berdasarkan 10 besar penyakit rawat jalan di atas, peneliti mengambil 3 penyakit teratas untuk dilakukan identifikasi terkait ketepatan pemberian kode diagnosis. Tiga penyakit yang diteliti yakni *non-insulin-dependent diabetes mellitus* (E11), *hypertensive heart disease without (congestive) heart failure* (I11.9), serta *chronic ischaemic heart disease* (I25.9). Hal ini dilakukan dengan cara

membandingkan assesmen yang ditulis oleh dokter pada catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) dengan kode diagnosis yang diinputkan oleh *coder* rawat jalan pada Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang bernama *WinCare*. Untuk mendapatkan kode yang tepat, peneliti berpedoman pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan, Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG 2018, serta verifikator eksternal untuk memvalidasi kode yang tepat. Berdasarkan 30 sampel yang diambil dari masing-masing penyakit, diperoleh hasil ketepatan pemberian kode sebagai berikut.

Tabel 1.2 Persentase Ketepatan Pemberian Kodefikasi Kasus NIDDM, HHD, dan PJK

No.	Golongan Sebab Penyakit	Tepat	Persentase	Tidak Tepat	Persentase
1.	<i>Non-insulin-dependent diabetes mellitus</i> (NIDDM)	12	40%	18	60%
2.	<i>Hypertensive heart disease without (congestive) heart failure</i> (HHD)	28	93,3%	2	6,7%
3.	<i>Chronic ischaemic heart disease</i> (PJK)	30	100%	0	0%

Sumber: Data Primer, 2024

Berdasarkan tabel 1.2, diketahui bahwa penyakit NIDDM memiliki persentase ketidaktepatan kode diagnosis tertinggi yakni sebesar 60% (18 dari 30 berkas) dibandingkan dengan 2 penyakit lainnya. Hal ini berarti bahwa tingkat ketepatan kode diagnosis pasien NIDDM pada pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit Husada Utama Surabaya masih kurang optimal. Berikut merupakan hasil observasi terhadap 30 sampel rekam medis dengan kasus NIDDM pada kunjungan rawat jalan bulan Juli-September 2024.

Tabel 1.3 Ketidaktepatan Kode Diagnosis NIDDM

No.	RM	Diagnosis	Kode Rumah Sakit	Kode yang Tepat	Keterangan	
					Tepat	Tidak Tepat
1.	RM1	DM	E11.9	E11.9	√	
2.	RM2	Polineuropati DM	E11.4+ G63.2*	E11.4+ G63.2*	√	
3.	RM3	DM	E11.9	E11.9	√	
4.	RM4	DM + Ulkus pedis D	E11.6	E11.5		√
5.	RM5	DM type II	E11.9	E11.9	√	
6.	RM6	DM + Ulkus pedis Dextra	E11.6	E11.5		√

No.	RM	Diagnosis	Kode Rumah Sakit	Kode yang Tepat	Keterangan	
					Tepat	Tidak Tepat
7.	RM7	DM	E11.9	E11.9	√	
8.	RM8	DM + Ulkus selulitis cruris	E11.6	E11.5		√
9.	RM9	DM + Ulkus pedis D	E11.6	E11.5		√
10.	RM10	Retinopathy DM	E11.3	E11.3+ H36.0*		√
11.	RM11	DM + Retinopatya	E11.3	E11.3+ H36.0*		√
12.	RM12	DM + HHD	E11.9, I11.9	E11.9, I11.9	√	
13.	RM13	DM + Retinopati	E11.3	E11.3+ H36.0*		√
14.	RM14	DM + Dyspepsia sindrom	E11.9, K30	E11.9, K30	√	
15.	RM15	DM	E11.9	E11.9	√	
16.	RM16	DM Neuropati	E11.4	E11.4+ G63.2*		√
17.	RM17	DM + Neuropati + ISK	E11.4, N39.0	E11.4+ G63.2*, N39.0		√
18.	RM18	DM	E11.9	E11.9	√	
19.	RM19	DM Neuropati	E11.4	E11.4+ G63.2*		√
20.	RM20	DM CKD + Katarak	E11.2, H26.8	E11.7, E11.2+N08.3*, E11.3+H28.0*		√
21.	RM21	DM + HHD + Nefropati + S. Colic abdomen	E11.2, I11.9, R10.4	E11.2+N08.3*, I11.9, R10.4		√
22.	RM22	DM + Neuropati, Herpes	E11.4, B00.9	E11.4+ G63.2*, B00.9		√
23.	RM23	DM	E11.9	E11.9	√	
24.	RM24	DM Neuropati	E11.4	E11.4+ G63.2*		√
25.	RM25	DM + Nefropati	E11.2	E11.2+ N08.3*		√
26.	RM26	DM	E11.9	E11.9	√	
27.	RM27	DM Nefropati + Ulkus DM	E11.2, E11.5	E11.7, E11.2+N08.3*, E11.5		√
28.	RM28	DM Neuropati + HHD	E11.4, I11.9	E11.4+ G63.2*, I11.9		√
29.	RM29	DM + Gangrene pedis S	E11.5	E11.5	√	
30.	RM30	Neuropati DM	E11.4	E11.4+ G63.2*		√
Total					12	18
Persentase					40%	60%

Sumber: Data Primer, 2024

Berdasarkan tabel 1.3, ketidaktepatan pemberian kode diagnosis kasus NIDDM terletak pada kesalahan penggunaan karakter ke-4. Kasus NIDDM pada kunjungan rawat jalan memiliki kasus komplikasi yang bervariasi, sehingga bergantung pada ketepatan penggunaan karakter ke-4 (Nugraha *et al.*, 2021). Kesalahan penggunaan karakter ke-4 ini disebabkan oleh pelaksanaan pemberian kode diagnosis masih

berpedoman pada *microsoft excel* yang berisi diagnosis dan kodenya untuk memudahkan *coder*. Dengan demikian, *coder* rawat jalan tidak dapat melihat *note* yang terletak sebelum *section* E10-E14 tentang penentuan karakter ke-4 pada kode diagnosis diabetes melitus. Selain itu, ketidaktepatan pemberian kode diagnosis kasus NIDDM juga terletak pada ketidaklengkapan pemberian kode diagnosis *dagger* (+) dan *asterisk* (*). Hal tersebut berdampak pada kualitas data atau informasi yang digunakan untuk pelaporan rumah sakit menjadi kurang valid. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahmadhani *et al.* (2020) bahwa ketidaktepatan kode akan berdampak pada ketidakakuratan pelaporan morbiditas 10 besar penyakit sehingga menyebabkan rumah sakit tidak dapat membaca tren penyakit yang sedang terjadi saat ini.

Uraian permasalahan tersebut dapat dikaitkan dengan teori kinerja Gibson. Kinerja merupakan hasil kerja yang dicapai seseorang dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya (Silaen *et al.*, 2021). Ketidaktepatan pemberian kode diagnosis NIDDM pada rekam medis pasien rawat jalan merupakan hasil dari kinerja *coder*. Berdasarkan teori kinerja Gibson *et al.* (1985a), kinerja seseorang dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu faktor individu, faktor psikologis, dan faktor organisasi. Faktor individu meliputi kemampuan dan keterampilan, latar belakang, serta demografis. Faktor psikologis meliputi persepsi, sikap, kepribadian, pembelajaran, serta motivasi. Faktor organisasi meliputi sumber daya, kepemimpinan, struktur, dan desain pekerjaan.

Faktor individu dapat diidentifikasi berdasarkan hasil studi pendahuluan bahwa *coder* rawat jalan masih berpedoman pada *microsoft excel* yang berisi diagnosis dan kodenya untuk memberikan kode diagnosis. Sehingga *coder* rawat jalan tidak dapat melihat *note* yang terletak sebelum *section* E10-E14 tentang penentuan karakter ke-4 pada kode diagnosis diabetes melitus. Selain itu, *coder* juga belum pernah mengikuti seminar maupun pelatihan terkait koding penyakit. *Coder* yang tidak memiliki latar belakang pendidikan rekam medis dan belum pernah mengikuti pelatihan dapat memungkinkan menjadi salah satu faktor penyebab ketidaktepatan pemberian kode diagnosis. Berdasarkan teori Gibson *et al.* (1985a), petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan dapat diidentifikasi pada faktor psikologis.

Faktor organisasi dapat diidentifikasi berdasarkan hasil studi pendahuluan bahwasanya terdapat ketidaklengkapan pengisian catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) oleh perawat atau dokter, sehingga *coder* tidak dapat memberikan kode diagnosis yang tepat. Beberapa permasalahan yang ada akan ditentukan prioritas penyebab masalah, sehingga penentuan upaya rekomendasi perbaikan akan terfokus pada permasalahan yang telah diprioritaskan. Penentuan prioritas masalah pada penelitian ini menggunakan metode reinke yang merupakan salah satu cara penentuan prioritas masalah menggunakan metode *scoring*. Keunggulan dari metode reinke adalah dapat membantu manajemen untuk mengalokasikan biaya seefisien mungkin dalam mengatasi permasalahan yang ada. Sehingga manajemen dapat menghindari pengeluaran yang tinggi untuk masalah yang kurang diprioritaskan atau berdampak kecil.

Berdasarkan permasalahan tersebut, maka peneliti tertarik untuk menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan ketidaktepatan kode diagnosis NIDDM dengan mengangkat judul “Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode *Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus* di Unit Rawat Jalan Rumah Sakit Husada Utama Surabaya”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, rumusan masalahnya adalah “Apa saja faktor yang menjadi penyebab ketidaktepatan kode diagnosis *non-insulin-dependent diabetes mellitus* di unit rawat jalan Rumah Sakit Husada Utama Surabaya?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis *non-insulin-dependent diabetes mellitus* di unit rawat jalan Rumah Sakit Husada Utama Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis faktor penyebab ketidaktepatan kode NIDDM berdasarkan faktor individu (kemampuan dan keterampilan, pendidikan, serta pengalaman kerja) di unit rawat jalan Rumah Sakit Husada Utama Surabaya.

- b. Menganalisis faktor penyebab ketidaktepatan kode NIDDM berdasarkan faktor psikologis (persepsi, sikap, pembelajaran, dan motivasi) di unit rawat jalan Rumah Sakit Husada Utama Surabaya.
- c. Menganalisis faktor penyebab ketidaktepatan kode NIDDM berdasarkan faktor organisasi (sumber daya, kepemimpinan, *job description*, dan SPO) di unit rawat jalan Rumah Sakit Husada Utama Surabaya.
- d. Menentukan prioritas masalah terkait faktor penyebab ketidaktepatan kode NIDDM di Rumah Sakit Husada Utama Surabaya dengan metode reinke.
- e. Menyusun upaya rekomendasi perbaikan dari masalah yang menjadi penyebab ketidaktepatan kode NIDDM di Rumah Sakit Husada Utama Surabaya dengan diskusi.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan pertimbangan bagi pihak rumah sakit terkait peningkatan ketepatan pemberian kode diagnosis. Dengan demikian, dapat tercapainya keakuratan kode diagnosis agar kualitas laporan morbiditas dan mortalitas tepat dan akurat guna peningkatan mutu pelayanan rekam medis.

1.4.2 Bagi Politeknik Negeri Jember

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan referensi pendidikan atau sumbangan pemikiran bagi peneliti lain yang akan melakukan penelitian dengan topik yang berkaitan dengan dengan judul penelitian ini.

1.4.3 Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang pengkodean kasus *non-insulin-dependent diabetes mellitus* (NIDDM), serta sebagai sarana untuk menerapkan ilmu yang diperoleh selama kegiatan perkuliahan dengan yang ada di lapangan.