BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 dan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes), rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2009). Mutu dan kualitas pelayanan di rumah sakit sangat bergantung pada sistem pengelolaan administrasi klinis, di mana rekam medis mengambil peran paling sentral. Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen yang memuat identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, serta pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien selama masa perawatan (Sihite, 2026). Penyelenggaraan rekam medis yang tertib dan baik harus bisa menghasilkan data yang lengkap, akurat, dan dapat dipertanggungjawabkan guna mendukung proses pengambilan keputusan medis yang optimal.

Dalam siklus pengelolaan rekam medis yang utuh, salah satu proses inti yang tidak dapat dipisahkan adalah kodefikasi. Kodefikasi atau pengkodean adalah proses pemberian kode klasifikasi klinis menggunakan huruf dan angka yang mewakili diagnosis penyakit dan tindakan medis, dengan mengacu pada standar International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) serta ICD-9-CM untuk tindakan medis (Warouw et al., 2025). Ketepatan dalam penentuan kode ini sangat krusial, karena kode diagnosis merupakan instrumen vital yang menentukan keakuratan statistik morbiditas rumah sakit, sekaligus menjadi rujukan mutlak dalam proses klaim pembiayaan sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's) ke pihak asuransi seperti BPJS Kesehatan (Aisy et al., 2025). Jika kode diagnosis tidak akurat, rumah sakit akan menghadapi potensi kerugian finansial akibat penolakan atau pending klaim.

Guna memastikan bahwa klaim yang diajukan tidak dikembalikan oleh pihak BPJS, rumah sakit dituntut untuk membangun sistem kendali mutu koding yang kuat. Dalam struktur yang ideal, tugas memverifikasi kelayakan kode ini biasa dijalankan oleh tim casemix (Bella et al., 2024). Mengingat rumah sakit saat ini belum memiliki tim casemix khusus, tanggung jawab tersebut secara penuh diemban oleh tim verifikator internal. Verifikator internal yaitu tim yang bertugas meninjau ulang, mengaudit, serta memeriksa kesesuaian antara dokumen rekam medis klinis dengan kode yang telah diinput oleh koder ruangan sebelum berkas tersebut final (Juliandari et al., 2024). Validasi ini mutlak diperlukan karena kode diagnosis yang ditetapkan secara sepihak oleh koder di ruangan belum tentu sepenuhnya presisi dan sesuai dengan spesifikasi koding BPJS.

Praktik pengkodean oleh koder ruangan sering terbentur oleh empat hambatan utama yang memicu tingginya angka koreksi oleh tim verifikator. Hambatan pertama adalah keterlambatan hasil pemeriksaan penunjang medis, seperti laboratorium dan radiologi, yang belum selesai atau belum keluar di saat pasien sudah direncanakan pulang. Kondisi ini menyebabkan koder kehilangan sumber informasi esensial untuk memastikan diagnosis komorbiditas secara presisi. Hambatan kedua adalah ketidakjelasan diagnosis medis yang ditegakkan, yang bermuara dari pengisian Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) yang tidak lengkap oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP). Padahal, kelengkapan catatan di dalam CPPT merupakan fondasi klinis wajib yang harus ada agar koder dapat mengidentifikasi derajat keparahan penyakit (Minarsih & Jepisah, 2025). Hambatan ketiga adalah tingkat kelengkapan pengisian informasi medis pada rekam medis secara keseluruhan yang masih sangat minim, sehingga membatasi analisis koder dalam merumuskan kode akhir yang komprehensif. Hambatan keempat yaitu kompetensi koder yang belum merata. Kompetensi koder merupakan perpaduan antara tingkat pengetahuan, kemampuan analitis, dan keterampilan teknis petugas dalam menerjemahkan rekam medis menjadi kode ICD-10 secara tepat (Sipayung & Khairani, 2024). Kurangnya pemahaman koder di ruangan terkait

update aturan dan spesifikasi koding sering kali menghasilkan kode yang salah, sehingga tim verifikator internal harus bekerja keras melakukan peninjauan ulang.

Dampak nyata dari belum optimalnya implementasi keempat faktor tersebut terlihat secara empiris pada tingginya beban revisi oleh tim verifikator. Berikut adalah rekapitulasi data konfirmasi internal koder rawat inap pada ruangan yang diamati:

Tabel 1. 1 Rekapan IRNA 1

No	Ruangan	Jumlah Pasien	Total Jumlah Pasien	Konfirmasi Koder	Total Konfirmasi Koder	Persentase
1.	Mawar	190	190	49	49	25.79%
2.	Suparjo Rustam	306	306	14	14	4.58%
3.	Aster	152	152	18	18	11.84%
4.	Asoka	149	149	12	12	8.05%
5.	Dahlia	155	155	11	11	7.10%
6.	Anggrek	102	102	1	1	0.98%
7.	Cendana	168	168	28	28	16.67%
8.	Bugenvil Isolasi	31	31	10	10	32.26%
9.	Azalea	99	99	11	11	11.11%

Tabel 1. 2 Rekapan IRNA 2

No	Ruangan	Jumlah Pasien	Total Jumlah Pasien	Konfirmasi Koder	Total Konfirmasi Koder	Persentase
1.	Kenanga	158	158	14	14	8.86%
2.	Seruni	368	368	28	28	7.61%

3.	Teratai	562	562	33	33	5.87%
4.	Rosela	122	122	6	6	4,92%
5.	Wijaya Kusuma	555	555	5	5	0.90%

Tabel 1. 3 Rekapan IRNA 3

No	Ruangan	Jumlah Pasien	Total Jumlah Pasien	Konfirmasi Koder	Total Konfirmasi Koder	Persentase
1.	Adenium	273	273	7	7	2.56%
2.	Alamanda	172	172	2	2	1.16%
3.	Anyelir	182	182	2	2	1.10%
4.	Amarilis	168	168	0	0	0.00%

Berdasarkan Tabel Rekapan IRNA 1 di atas, tim verifikator internal harus melakukan konfirmasi dan koreksi kodefikasi pada 154 kasus dari total 1.352 pasien di sembilan ruangan tersebut. Apabila data tersebut dianalisis secara lebih mendalam, tingkat konfirmasi atau revisi kode menunjukkan beban tertinggi secara signifikan terjadi pada Ruang Mawar. Meskipun secara persentase Ruang Bugenvil Isolasi mencapai angka 32.26%, volume pasien yang ditangani di ruangan tersebut sangat kecil, yakni hanya 31 pasien. Sebaliknya, Ruang Mawar menangani volume pasien yang sangat besar yaitu 190 pasien, di mana 49 kasus di antaranya (25.79%) harus dikonfirmasi atau direvisi ulang oleh verifikator. Tingginya angka pada Ruang Mawar ini secara kuantitas jauh melampaui beban revisi di seluruh ruangan lainnya. Angka konfirmasi di Ruang Mawar ini menjadi representasi dan bukti nyata bahwa proses kodefikasi di tingkat koder ruangan masih rentan terhadap ketidakakuratan akibat lemahnya faktor-faktor pengikat 5M (Man, Material, Method, Machine dan Milieu)

Oleh karena itu, peran verifikator internal menjadi sangat mutlak diperlukan sebagai gerbang kendali mutu terakhir. Menilik pada vitalnya kualitas koding di tingkat ruangan dan tingginya urgensi pemberian umpan balik (feedback) hasil verifikasi sebagai bahan evaluasi serta pembelajaran bagi koder, khususnya di ruangan dengan volume revisi tertinggi seperti Ruang Mawar, penulis termotivasi untuk melakukan kajian komprehensif. Laporan ini diangkat dengan judul "Analisis Faktor Penyebab Ketidaksesuaian Kode Diagnosis Berdasarkan Hasil Verifikasi Oleh Tim Verifikator Internal Kepada *Coder* Ruang Mawar Pada Bulan Agustus 2026 Di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto".

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.2.1 Tujuan Umum

Menganalisis proses kodefikasi diagnosis pasien rawat inap berdasarkan hasil verifikasi tim verifikator internal dengan menggunakan pendekatan 5M (*Man, Money, Material, Method,* dan, *Machine*) pada koder ruangan.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi temuan pada proses kodefikasi yang berkaitan dengan terjadinya ketidaksesuaian kode diagnosis berdasarkan hasil verifikasi tim verifikator internal dengan pendekatan.
2. Mengidentifikasi unsur *Man* terhadap pelaksanaan kegiatan kodefikasi diagnosis pasien rawat inap pada instalasi rekam medis di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.
3. Mengidentifikasi unsur *Money* terhadap pelaksanaan kegiatan kodefikasi diagnosis pasien rawat inap pada instalasi rekam medis di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.
4. Mengidentifikasi unsur *Method* terhadap pelaksanaan kegiatan kodefikasi diagnosis pasien rawat inap pada instalasi rekam medis di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

5. Mengidentifikasi unsur *Material* terhadap pelaksanaan kegiatan kodefikasi diagnosis pasien rawat inap pada instalasi rekam medis di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.
6. Mengidentifikasi unsur *Machine* terhadap pelaksanaan kegiatan kodefikasi diagnosis pasien rawat inap pada instalasi rekam medis di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

1.2.3 Manfaat Magang

a. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi dan masukan bagi rumah sakit dalam meningkatkan ketepatan kodefikasi diagnosis rawat inap berdasarkan hasil verifikasi, tim verifikator internal dalam proses pengkodean diagnosis.

b. Bagi Politeknik Negeri Jember

Hasil kegiatan ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan akademik di lingkungan Politeknik Negeri Jember serta menjadi bahan referensi bagi pengembangan penelitian selanjutnya dalam bidang rekam medis dan informasi kesehatan.

c. Bagi Peneliti (Harus digabungkan dengan hasil tujuan khusus)

Kegiatan ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman peneliti dalam penerapan ilmu rekam medis secara langsung di lingkungan rumah sakit serta memperluas pemahaman terhadap pelaksanaan pelayanan rekam medis.

1.3 Lokasi dan Waktu

1.3.1 Lokasi Penelitian

Lokasi magang dilaksanakan di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto yang terdiri dari dua tempat, yaitu terletak di Jl. Dr. Gumbreg No. 1, Kebontebu, Berkoh, Kecamatan Purwokerto Selatan, Kabupaten Banyumas, Jawa Tengah 53146 dan Paviliun Abiyasa Geriatri Jl. Dr. Angka No. 1, RW. 2, Karangjengkol, Sokanegara, Kecamatan Purwokerto Timur, Kabupaten Banyumas, Jawa Tengah 53131.

1.3.2 Waktu Penelitian

Kegiatan magang dilaksanakan mulai tanggal 03 Agustus 2026 hingga 24 Oktober 2026 di Unit Rekam Medis RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Pelaksanaan magang dilakukan pada hari kerja, yaitu Senin hingga Sabtu, dengan jam kerja sebagai berikut:

a. Hari Senin – Kamis : Pukul 07.00 – 14.00 WIB
b. Hari Jum'at : Pukul 07.00 – 11.00 WIB
c. Hari Sabtu : Pukul 07.00 – 12.30 WIB

1.4 Metode Pelaksanaan

1.4.1 Sumber Data

1. Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh secara langsung dari sumber utama di lapangan yang memiliki keterkaitan dan relevansi langsung dengan penelitian (Sango et al., 2026). Dalam penelitian ini, data primer diperoleh dari petugas yang terlibat dalam proses klaim kesehatan, khususnya yang berkaitan dengan kegiatan coding, yaitu petugas *coder* ruangan dan petugas verifikasi internal rumah sakit.

1.4.2 Teknik Pengumpulan Data

a. Observasi

Observasi merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mengamati secara langsung objek, kondisi, atau kegiatan yang berkaitan dengan penelitian. Melalui observasi, peneliti dapat memperoleh informasi berdasarkan keadaan yang ditemukan di lapangan, kemudian mencatat hasil pengamatan secara sistematis sesuai dengan kebutuhan penelitian. Teknik ini digunakan untuk memperoleh data yang dapat membantu peneliti memahami kondisi atau fenomena yang sedang diteliti (Pratiwi et al., 2024). Observasi dalam penelitian ini dilakukan dengan menelaah hasil kodefikasi diagnosis pasien rawat inap yang dilakukan oleh *coder* ruangan serta hasil verifikasi yang dilakukan oleh tim verifikator internal. Data yang diamati meliputi kode diagnosis yang diberikan oleh *coder*, hasil koreksi atau kesesuaian kode berdasarkan verifikasi

tim verifikator internal, serta perbedaan kode yang ditemukan antara hasil kodefikasi *coder* dan hasil verifikasi. Observasi dilakukan untuk memperoleh gambaran mengenai ketepatan kode diagnosis rawat inap dan faktor-faktor yang berkaitan dengan terjadinya koreksi kodefikasi.

b. Wawancara

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui proses tanya jawab antara peneliti dengan responden atau informan yang memiliki informasi sesuai dengan kebutuhan penelitian. Wawancara dapat dilakukan secara langsung dengan sumber data maupun melalui pihak lain yang memiliki informasi mengenai objek yang diteliti. Melalui wawancara, peneliti dapat memperoleh informasi secara lebih mendalam mengenai kondisi dan permasalahan yang berkaitan dengan penelitian (Rahmawati et al., 2024). Dalam penelitian ini, wawancara dilakukan kepada *coder* ruangan rawat inap dan tim verifikator internal untuk memperoleh informasi mengenai proses kodefikasi diagnosis, pelaksanaan verifikasi, serta faktor-faktor yang berkaitan dengan terjadinya koreksi kode diagnosis. Melalui wawancara, peneliti dapat memperoleh informasi yang lebih mendalam mengenai pelaksanaan kodefikasi diagnosis rawat inap berdasarkan hasil verifikasi tim verifikator internal.

c. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan memanfaatkan berbagai dokumen atau sumber data yang telah tersedia sebelumnya dan berkaitan dengan variabel penelitian. Data dokumentasi dapat berupa dokumen tertulis, gambar, maupun hasil karya yang dapat memberikan informasi pendukung bagi penelitian. Melalui teknik ini, peneliti dapat memperoleh data yang relevan tanpa melakukan pengumpulan data secara langsung kepada responden (Susanto & Jailani, 2023). Dokumentasi dalam penelitian ini meliputi data pengembalian kode diagnosis berdasarkan hasil verifikasi tim verifikator internal kepada *coder* ruangan rawat inap di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo, Purwokerto.