BAB 1PENDAHULUAN

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. Penyelenggaraan rumah sakit diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit. Dalam peraturan tersebut juga mengatur fungsi rumah sakit serta pencatatan dan pelaporan dalam penyelenggaraan rumah sakit (Kementrian Kesehatan Indonesia, 2026).

Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, rumah sakit menghasilkan berbagai informasi yang perlu dicatat dan diolah dengan baik. Salah satu bentuk pengolahan data dilakukan melalui rekam medis. Berdasarkan Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 rekam medis merupakan dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kementrian Kesehatan Indonesia, 2022). Pendokumentasian informasi klinis tersebut harus dilakukan secara lengkap dan jelas agar informasi yang dihasilkan dapat mendukung pelayanan dan pengolahan informasi.

Salah satu kegiatan dalam pengelolaan rekam medis adalah kodefikasi diagnosis, kodefikasi diagnosis dilakukan untuk menentukan kode yang tepat sesuai dengan diagnosis yang tercantum dalam rekam medis pasien berdasarkan klasifikasi penyakit yaitu pemberian kode terhadap diagnosis penyakit berdasarkan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision* (ICD-10). Kode ini nantinya akan digunakan dalam pengolahan informasi kesehatan, statistik penyakit, pelaporan, serta kebutuhan pembiayaan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu setiap kode yang digunakan harus akurat dan tepat.

Ketepatan kode diagnosis memiliki peran penting karena data tersebut akan digunakan untuk memantau riwayat penyakit terutama pada pasien kontrol rutin, menyusun data morbiditas, dan sebagai dasar dalam proses klaim pembiayaan. Apabila kode yang berikan tidak sesuai dengan informasi klinis yang tersedia, maka hal tersebut dapat mempengaruhi kualitas informasi yang digunakan untuk evaluasi pelayanan, pemantauan pola penyakit, perencanaan kebutuhan pelayanan, serta pengambilan keputusan.

Salah satu penyakit yang memerlukan perhatian dalam pengkodean adalah *Chronic Kidney Disease* (CKD) atau penyakit ginjal kronis. Berdasarkan KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease, CKD merupakan kelainan struktur atau fungsi ginjal yang berlangsung selama minimal tiga bulan dan memiliki implikasi terhadap kesehatan. CKD diklasifikasikan berdasarkan penyebab (Cause), kategori laju filtrasi glomerulus (GFR category), dan kategori albuminuria (Albuminuria category), yang dikenal dengan pendekatan CGA. Kategori laju filtrasi glomerulus digunakan untuk menggambarkan tingkat fungsi ginjal dan tingkat keparahan penyakit, sehingga informasi mengenai tingkat atau *stage* CKD merupakan informasi klinis yang penting dalam menggambarkan kondisi pasien (KDIGO, 2024)

CKD merupakan salah satu masalah kesehatan yang besar secara global. Berdasarkan analisis Global Burden of Disease (GBD) 2023 yang diterbitkan pada tahun 2025, diperkirakan terdapat 788 juta orang dewasa berusia 20 tahun atau lebih yang hidup dengan CKD di seluruh dunia pada tahun 2023. Prevalensi CKD yang telah distandarisasi berdasarkan usia diperkirakan sebesar 14,2% pada populasi dewasa global. Analisis tersebut juga memperkirakan bahwa CKD menjadi penyebab kematian ke-9 secara global pada tahun 2023 dengan sekitar 1,48 juta kematian. Besarnya beban CKD tersebut menunjukkan bahwa pencatatan dan pengelolaan informasi mengenai penyakit ginjal kronis perlu dilakukan secara baik agar data yang tersedia dapat

digunakan untuk menggambarkan beban penyakit secara tepat (Kidney & Collaborators, 2023).

Di Indonesia sendiri CKD masih menjadi salah satu masalah kesehatan. Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, prevalensi penyakit ginjal kronis berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk berusia 15 tahun atau lebih sebesar 0,18%. Data tersebut menunjukkan bahwa penyakit ginjal kronis masih ditemukan pada masyarakat Indonesia dan menjadi salah satu penyakit yang perlu mendapatkan perhatian dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Data tersebut juga menunjukkan pentingnya ketersediaan informasi kesehatan yang akurat untuk menggambarkan kondisi penyakit ginjal kronis di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Berdasarkan ICD-10, CKD memiliki kategori kode yang dibedakan berdasarkan *stage*. Oleh karena itu, informasi mengenai *stage* CKD yang dituliskan oleh dokter menjadi informasi penting dalam menentukan kode diagnosis yang spesifik. Penggunaan kode yang tidak spesifik pada kondisi ketika informasi *stage* telah tersedia dapat menyebabkan adanya kesenjangan antara informasi klinis dalam rekam medis dengan data kode diagnosis. Dengan demikian, ketepatan pengkodean CKD tidak hanya berkaitan dengan benar atau tidaknya kode pada satu dokumen rekam medis, tetapi juga berkaitan dengan kualitas informasi yang dihasilkan apabila data tersebut dikumpulkan dalam jumlah yang lebih besar.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Hutasoit et al., 2024) dengan judul "faktor-faktor penentu ketepatan kode diagnosa *Chornic Kidney Disease* (CKD) pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2023" ditemukan 12 dari 31 rekam medis CKD rawat inap (38,70%) memiliki kode yang kurang tepat. Hal ini disebabkan oleh kurangnya pelatihan petugas kodefikasi (*coder*) serta ketidaklengkapan penulisan diagnosa oleh dokter. Temuan ini menunjukkan bahwa ketidaktepatan kode CKD masih terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil observasi awal di RS Panti Rapih, ditemukan beberapa rekam medis, telah dicantumkan *stage* CKD secara spesifik pada diagnosis pasien. Namun, masih menggunakan N18.9 (*Chronic Kideney Disease, unspecified),* selain itu, ditemukan juga CKD dengan penyakit penyerta seperti diabetes melitus (DM) dan hipertensi belum menggunakan kode kombinasi.

Kondisi ini menunjukkan adanya perbedaan antara ketentuan pengkodean diagnosis berdasarkan ICD-10 dengan praktik kodefikasi yang dilakukan di rumah sakit. Apabila kondisi ini berlangsung secara berkelanjutan, hal ini dapat menyebabkan menurunnkan keakuratan informasi pada laporan kesehatan. Dalam jangka panjang, ketidaktepatan kode diagnosis CKD berpotensi memengaruhi kualitas data yang digunakan untuk pemantauan penyakit, evaluasi pelayanan, analisis pola morbiditas, perencanaan kebutuhan pelayanan, hingga pengambilan keputusan strategis di rumah sakit. Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk melakukan "Analisis *Chronic Kidney Dissease* (CKD) pada pasien rawat jalan di RS Panti Rapih".

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.2.1 Tujuan Umum

Menganalisis ketidaktepatan kode diagnosis *Chronic Kidney Disease* (CKD) pada pasien rawat jalan di RS Panti Rapih.

1.2.2 Tujuan Khusus

1 Menghitung persentase ketepatan dan ketidaktepatan kode diagnosis CKD pada pasien rawat jalan.

2 Mengidentifikasi kesesuaian antara diagnosis dan *stage* CKD yang tercantum dalam rekam medis dengan kode diagnosis yang diberikan petugas, serta kode kombinasi yang digunakan apabila penyakit penyerta tercantum dalam reka medis.

3 Menganalisis faktor-faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis CKD berdasarkan unsur *Man, Method, Material, Machine, dan Measurement* (5M).

1.2.3 Manfaat

1 Bagi RS Panti Rapih Yogyakarta

Sebagai masukan dan bahan evaluasi bagi pihak rumah sakit, khususnya petugas yang melakukan proses kodefikasi diagnosis CKD pasien rawat jalan.

2 Bagi Politeknik Negeri Jember

Hasil dari laporan ini dapat dijadikan sebagai referensi bahan pembelajaran yang berhubungan dengan ketidaktepatan kodefikasi diagnosis CKD untuk mahasiswa program studi Manajemen Informasi Kesehatan.

3 Bagi Penulis

Hasil laporan ini dapat menambah wawasan dan pengalaman penulis dalam menerapkan ilmu kodefikasi penyakit yang telah dipelajari semalam perkuliahan.

1.3 Lokasi dan Waktu

1.3.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian praktik kerja lapang ini dilaksanakan di RS Panti Rapih Yogyakarta yang beralamat di Jalan Cik Di Tiro No. 30, Kelurahan Terban, Kecamatan Gondokusuman, Kota Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta 55223.

1.3.2 Waktu Penelitian

Kegiatan praktik kerja lapang ini pada tanggal 03 Agustus 2026 – 24 Oktober 2026, praktik kerja lapang ini dilakukan setiap hari Senin sampai hari Sabtu.

1.4 Metode Pelaksanaan

1.4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan *mixed method* sederhana, yaitu pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif digunakan untuk mengetahui persentase ketepatan dan

ketidaktepatan kode diagnosis CKD. Pendekatan kualitatif digunakan untuk menganalisis dan mengidentifikasi faktor-faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis CKD berdasarkan unsur 5M.

1.4.2 Populasi, Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan elemen yang menjadi sasaran dalam suatu penelitian dan memiliki karakteristik tertentu sesuai dengan tujuan penelitian. Populasi menjadi dasar bagi peneliti dalam menentukan sumber data yang akan digunakan untuk menjawab permasalahan (Swarjana, 2022).

a. Populasi Subjek

Populasi subjek dalam penelitian ini adalah petugas kodefikasi (*coder*) pada bagian Olah Data rekam medis sebanyak 4 orang.

b. Populasi Objek

Populasi objek dalam penelitian ini adalah seluruh dokumen rekam medis pasien rawat jalan dengan diagnosis *Chornic Kidney Disease* (CKD) pada periode Juli - September 2026 di RS Panti Rapih sebanyak 200 dokumen rekam medis.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang dipilih untuk meneliti melalui teknik pengambilan sampel tertentu.

a. Sampel Subjek

Dalam penelitian ini sampel subjeknya adalah 4 orang petugas kodefikasi *(coder)* pada bagian Olah Data rekam medis.

b. Sampel Objek

Sampel objek dalam penelitian ini adalah seluruh dokumen rekam medis pasien rawat jalan dengan diagnosis *Chornic Kidney Disease* (CKD) pada periode Juli - September 2026 yang memenuhi kriteria sebanyak 76 berkas. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Puposive Sampling*, yaitu pengambilan sampel

berdasarkan pertimbangan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan peneliti

Kriteria inklusi:

1) Pasien dengan diagnosis *Chornic Kidney Disease* (CKD)
2) Pasien diagnosis *Chornic Kidney Disease* (CKD) dengan penyakit penyerta seperti hipertensi, dan diabetes melitus (potensi kode gabung)
3) Pasien rawat jalan

Kriteria eksklusi:

1) Pasien dengan diagnosis *Chronic Renal Failure* (CRF)
2) Pasien dengan diagnosa sekunder atau diagnosa banding seperti AKI on CKD atau AKI DD CKD.
3) Pasien dengan kunjungan hemodialisa (HD) rutin.

Diagnosis CRF dikeluarkan karena peneliti ingin fokus pada terminologi CKD. Kunjungan HD dikeluarkan karena memiliki alur pelayanan yang berbeda dari kunjungan poliklinik.

1.4.3 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara dan observasi. Teknik pengambilan data yang dilakukan dalam penelitian ini untuk mencari data primer dan sekunder, yaitu:

1. Wawancara

   Menurut (Arikunto, 2013) wawancara adalah suatu teknik pengumpulan data untuk mendapatkan informasi yang digali dari sumber daya langsung melalui percakapan langsung atau tanya jawab Wawancara dalam penelitian ini dilakukan kepada responden yang telah ditetapkan yaitu petugas kodefikasi di RS Panti Rapih. Wawancara dilakukan berdasarkan 5M di mana unsur Money digantikan oleh *Measurement* untuk menilai indikator serta evaluasi kodefikasi.

2. Observasi

Observasi adalah suatu metode penelitian di mana seorang peneliti turun langsung ke lokasi atau mengamati perilaku individu secara langsung tanpa perantara, singga data yang dapatkan merupakan data dari tangan pertama (John W. Creswell). Observasi dalam penelitian ini dilakukan dengan cara mengamati secara langsung dokumen rekam medis pasien rawat jalan dengan diagnosis CKD.