BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan suatu institusi pelayanan kesehatan perorangan yang secara paripurna menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2022). Salah satu pelayanan pengelolaan kesehatan pasien di rumah sakit adalah pengelolaan data yang berisikan rekam medis pasien. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan rekam medis elektronik (Kemenkes RI, 2022).

Menurut PMK No. 24 Tahun 2022, Rekam medis sendiri merupakan dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2022). Adapun pengertian dari rekam medis elektronik yakni rekam medis yang dibuat dengan menggunakan system elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis (Kemenkes RI, 2022). Dalam pemeliharaan dan pengelolaan rekam medis tentunya dibutuhkan seorang Perekam Medis dan Informasi Kesehatan.

Perekam Medis dan Informasi Kesehatan adalah seorang yang telah lulus pendidikan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan (Kemenkes RI, 2022). Kegiatan penyelenggaraan rekam medis elektronik terdiri atas registrasi pasien, pendistribusian data rekam medis elektronik, pengolahan informasi rekam medis elektronik, penginputan data klaim pembiayaan, penyimpanan rekam medis elektronik, penjaminan mutu rekam medis elektronik, dan transfer isi rekam medis elektronik yang dilaksanaakan perekam medis dan informasi kesehatan dan dapat berkoordinasi dengan unit kerja lain (Kemenkes RI, 2022).

Menurut Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 dokter dan dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis (Pemerintah Indonesia, 2004). Praktik kedokteran mengatakan bahwasanya setiap dokter dan dokter gigi wajib mengacu pada standar, pedoman, dan prosedur yang berlaku agar masyarakat mendapat pelayanan medis secara professional dan aman, termasuk kewajiban membuat rekam medis yang harus segera dilengkapi setelah dokter selesai melakukan pelayanan kesehatan. Setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan (Pemerintah Indonesia, 2004). Salah satu data yang penting dalam melakukan dokumentasi rekam medis adalah kode diagnosis pasien, karena kode diagnosis tersebut dapat digunakan sebagai acuan dalam penentuan besar biaya pelayanan kesehatan, (Purwanti, Novita and Asgiani, 2020).

Kodefikasi penyakit merupakan hal yang memiliki peran penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan. Kodefikasi penyakit dalam pengerjaannya harus sesuai dengan aturan yang ada dalam ICD 10. ICD 10 memuat tentang statistik serta klasifikasi penyakit yang berkaitan dengan masalah kesehatan. Tujuan dari ICD sendiri adalah untuk memungkinkan pencatatan yang sistematis, analisis, interpretasi, dan perbandingan data mortalitas dan morbiditas yang nantinya dikumpulkan (Ageng, 2019). ICD merupakan terjemahan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan dari kata-kata kedalam kode alfanumerik yang dapat memudahkan penyimpanan, pengambilan, dan analisis data. Keakuratan dalam melakukan kodefikasi penyakit sangat dibutuhkan untuk menghasilkan data yang akurat dalam mencapai tujuan sistem klasifikasi penyakit, (Luiza Tara L, 2020). Tujuan dari sistem klasifikasi sendiri adalah sebagai penyeragaman nama dan golongan penyakit, cedera. Gejala, serta faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan.

Pengkodean salah satunya dianalisis dibagian catatan resume medis/*discharge summary*. Keakuratan kode diagnosis dapat dipengaruhi oleh

beberapa faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi keakuratan kode penyakit diantaranya adalah tenaga rekam medis (koder), dokter yang menuliskan diagnosis, kelengkapan sarana dan prasarana yang menunjang rekam medis, dan SOP atau kebijakan koding yang dimiliki oleh rumah sakit, (Garmelia, Irmawati and Hanifah, 2022). Tenaga medis seperti halnya dokter memiliki kewajiban, hak, dan tanggung jawab dalam penetapan diagnosis seorang pasien. Disamping itu seorang koder bertanggungjawab atas keakuratan kode dari diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis. Seorang koder harus mengkaji data rekam medis pasien untuk menemukan hal yang kurang jelas atau tidak lengkap dalam memberi kode penyakit.

Pentingnya keakuratan kode penyakit dalam dokumen rekam medis dengan pemanfaatannya yang digunakan sebagai perencanaan dan pengelolaan data rumah sakit, sebagai riset klinis dan pengembangan kebijakan oleh Pemerintah Daerah. Ketidakakuratan kode diagnosis penyakit masih sering terjadi di beberapa rumah sakit dan puskesmas yang ada di Indonesia. Adapun dampak yang terjadi dari ketidakakuratan kode penyakit yang dapat berpengaruh terhadap pembiayaan kesehatan dengan kasus *pending claim* BPJS Kesehatan. Ketidaksepakatan kode dengan BPJS Kesehatan dikirim kembali kepada koder untuk dikode ulang. Pengkodean ulang ini yang menambah beban kerja petugas koder. Ketidakakuratan kode penyakit juga mengakibatkan tidak maksimalnya pelaporan pada fasilitas pelayanan yang ada di rumah sakit.

Penelitian terdahulu yang berjudul "Analisis Faktor-Faktor yang Memengaruhi Ketidakakuratan Kode Diagnosis Penyakit Rawat Jalan di Puskesmas Pandanwangi Kota Malang" dengan melakukan sampel penelitian sejumlah 98 dokumen rekam medis pasien rawat jalan. Diperoleh hasil sejumlah 40 (40,8%) kode diagnosis yang akurat dan sejumlah 58 (59,2%) kode diagnosis yang tidak akurat. Kekode diagnosis belum menuliskan sampai dengan kode karakter keempat ataupun kode karakter kelima dan penulisan kode hanya

menggunakan kode bloknya saja. Faktor-faktor yang memengaruhi ketidakakuratan kode diagnosis tersebut dikarenakan petugas kodefikasi pada poli umum yaitu dokter dan perawat. Sedangkan pada poli gigi dan poli KIA perekam medis. Semua petugas perekam medis belum pernah melakukan pelatihan. Kelengkapan dokumen belum lengkap terutama pada bagian SOAP. SOP sudah tersedia akan tetapi SK penetapan petugas belum ada. Sarana dan prasarana penunjang seperti ICD sudah ada akan tetapi kamus bahasa inggris belum tersedia. (Zein, Gholiyahita dan Wijaya, 2024).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Rumah Sakit Tk IV DKT Kediri beralamat Jl. Mayjend Sungkono No.44, Semampir, Kec. Kota, Kota Kediri, Jawa Timur. Data pasien rawat inap tahun 2024 tepatnya pada triwulan I di Rumah Sakit Tk IV DKT Kediri berjumlah 2.816 kasus. Jumlah petugas rekam medis yang ada di rumah sakit tersebut berjumlah 13 orang dengan 2 orang petugas koding. Peneliti mengambil 10 sampel dokumen dengan hasil yang menunjukkan 4 (40%) kode diagnosis akurat sesuai dengan ICD 10 dan 6 (60%) kode diagnosis tidak akurat sesuai dengan ICD 10. Beberapa ketidakuratan kode diagnosis tersebut disebabkan pada diagnosis G2P1 UK38MG BSC dengan riwayat SC 2018 rumah sakit mengkode dengan kode O75.7 akan tetapi seharusnya dikode O34.2, O82.0, dan Z37.0. Kode tersebut tidak akurat karena kodefikasi persalinan terdiri atas kode kondisi ibu yang bisa menjadi penyulit persalinan (O00-O99), metode atau cara persalinan (O80-O84), dan hasil persalinan *outcome of delivery* (Z37.-), terdapat diagnosis Cholelithiasis K80 akan tetapi seharusnya dikode K80.2, terdapat diagnosis G1P0 uk 38 mgg dengan PFL O63.1 akan tetapi seharusnya ditambah kode cara melahirkan dan keadaan bayi saat lahir bukan hanya komplikasi yang dialami ibu sehingga dikode O63.0, O82, dan Z37.0, serta terdapat diagnosis G2P1A1 UK25MG PPI O60.0 akan tetapi seharusnya dikode O47.0. Dari hasil observasi awal terhadap dokumen rekam medis rawat inap ada beberapa diagnosis yang sulit terbaca dan terdapat formulir-formulir kosong yang

seharusnya diisi dengan lengkap seperti kartu catatan obat, informed consent tindakan operasi, identitas pasien pada tiap formulir, tanda tangan DPJP pada resume medis.

Berdasarkan permasalahan tersebut penulis tertarik melakukan penelitian yang berjudul "Analisis Faktor Ketidakakuratan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan ICD 10 Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Tahun 2024 di Rumah Sakit Tk IV DKT Kediri".

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana analisis faktor ketidakakuratan kode diagnosis penyakit berdasarkan ICD 10 dokumen rekam medis pasien rawat inap triwulan I tahun 2024 di Rumah Sakit Tk IV DKT Kediri

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui analisis faktor ketidakakuratan kode diagnosis penyakit berdasarkan ICD 10 dokumen rekam medis pasien rawat inap triwulan I tahun 2024 di Rumah Sakit Tk IV DKT Kediri

1.3.2 Tujuan Khusus

1) Mengetahui persentase keakuratan dan ketidakakuratan kode diagnosis penyakit berdasarkan ICD 10 dokumen rekam medis pasien rawat inap triwulan I tahun 2024 di Rumah Sakit Tk IV DKT Kediri
2) Mengetahui faktor ketidakakuratan kode diagnosis penyakit berdasarkan ICD 10 dokumen rekam medis pasien rawat inap triwulan I tahun 2024 di Rumah Sakit Tk IV DKT Kediri melalui metode 5 M:
    a. Mengetahui karakteristik petugas koder di Rumah Sakit Tk IV DKT Kediri ditinjau dari faktor *Man*

b. Mengetahui pelatihan dan seminar yang diikuti oleh petugas rekam medis di Rumah Sakit Tk IV DKT Kediri ditinjau dari faktor *Money*
c. Mengetahui SOP atau kebijakan tentang koding yang ada di Rumah Sakit Tk IV DKT Kediri ditinjau dari faktor *Methode*
d. Mengetahui keterbacaan penulisan diagnosis yang ditegakkan oleh dokter di Rumah Sakit Tk IV DKT Kediri ditinjau dari faktor *Material*
e. Mengetahui kelengkapan sarana dan prasarana rekam medis yang ada di Rumah Sakit Tk IV DKT Kediri ditinjau dari faktor *Machine*

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Diharapkan dapat menambah wawasan, pengalaman dan pengetahuan terkait ketepatan kode diagnosis penyakit berdasarkan ICD 10 pada berkas rekam medis serta dapat menjadikan peneliti lebih baik dalam melakukan kegiatan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang ada.

1.4.2 Manfaat Praktis

Sebagai bahan masukan dan bahan evaluasi sehingga dapat meningkatkan mutu rumah sakit dalam hal ketepatan pengkodean diagnosis penyakit berdasarkan ICD 10 triwulan I tahun 2024 di Rumah Sakit Tk IV DKT Kediri.