

BAB 1 PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Undang-Undang No.44 Tahun 2009, Rumah sakit merupakan sebuah Institusi pelayanan kesehatan untuk masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang ditentukan oleh suatu perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus mampu meningkatkan sebuah pelayanan agar lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat serta terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Agar dapat memenuhi kebutuhan tersebut, rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang memadai serta memuaskan. Oleh karena itu, rumah sakit harus mampu meningkatkan kualitas pelayanannya, termasuk peningkatan kualitas pendokumentasian rekam medis. Pelayanan kesehatan yang baik secara umum biasanya memiliki rekam medis yang baik pula (Benjamin, 1980).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis. Rekam medis merupakan sebuah berkas yang berisikan catatan dan dokumen mengenai bukti diri pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang sudah diberikan kepada pasien. Setiap rumah sakit wajib membuat rekam medis baik itu rekam medis rawat jalan maupun rekam medis rawat inap. Rekam medis juga berfungsi sebagai bukti tertulis atas tindakan pelayanan kepada pasien, juga mampu melindungi kepentingan hukum bagi pasien yang bersangkutan, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya. Apabila suatu hari terjadi hal yang tidak diinginkan menyangkut rekam medis tersebut, rekam medis dapat digunakan dengan baik untuk menyelesaikan masalah tersebut. Dengan demikian suatu rumah sakit harus melakukan penyelenggaraan rekam medis. Salah satu dari bentuk pengelolaan rekam medis adalah pendokumentasian dan pengkodean diagnosis (Friska Miftachul Janah, 2015). Koding merupakan kegiatan

mengklasifikasikan dan memberikan kode terhadap diagnosis penyakit. Pemberian kode diagnosa harus berdasarkan standar identifikasi dan klasifikasi penyakit yang sesuai dengan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revision* (ICD-10), serta harus tepat dan akurat (Darah Ifalahma,2013).

Menurut Kepmenkes RI Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, seorang perekam medis harus dapat menetapkan suatu kode diagnosa dan tindakan dengan akurat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia (ICD-10) tentang diagnosa penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan. Penerapan pengkodean diagnosa penyakit dilakukan untuk mengindeks pencatatan penyakit, menjadi masukan untuk sistem pelaporan diagnosis medis, memudahkan proses penyimpanan serta pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia layanan, menjadi bahan dasar dalam pengelompokan DRG's (*diagnostic related groups*) untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan, pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas, tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis, menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman, analisis pembiayaan pelayanan kesehatan, serta untuk penelitian epidemiologi dan klinis (Hatta, 2008).

Tenaga rekam medis (*coder*) adalah tenaga rekam medis sebagai seorang pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan, (Depkes, 2006). Seorang koder harus mampu melaksanakan atau melakukan suatu pekerjaan yang dilandasi atas keterampilan, pengetahuan dan kompetensi, serta didukung dengan sikap kerja yang menjadi karakteristik setiap individu. Kompetensi adalah suatu kemampuan untuk melaksanakan atau melakukan suatu pekerjaan atau tugas yang dilandasi atas keterampilan dan pengetahuan serta didukung

oleh sikap kerja yang menjadi karakteristik setiap individu, dituntut oleh pekerjaan tersebut (Wibowo, 2008).

Sistem klasifikasi dan kodefikasi penyakit adalah pengelompokan penyakit-penyakit yang sejenis ke dalam satu kelompok nomor kode penyakit sejenis berdasarkan dengan *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tent Revision* (ICD-10) untuk istilah penyakit dan masalah yang berkaitan dengan penyakit. ICD-10 mempunyai tujuan untuk mendapatkan rekaman sistematis, melakukan analisis, interpretasi dan membandingkan data morbiditas dan mortalitas dari negara yang berbeda atau antar wilayah dan waktu yang berbeda. Dengan ICD-10, semua nama dan golongan penyakit, cedera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan akan menjadi sama di seluruh dunia dengan diterjemahkan ke dalam *alphabet*, numerik maupun alfanumerik sesuai dengan kode yang terdapat dalam ICD-10 (WHO, 2004).

Pelaksanaan pengkodean diagnosis harus lengkap dan akurat berdasarkan dengan arahan ICD-10 (WHO, 2002). Keakuratan kode diagnosis pada berkas rekam medis digunakan sebagai dasar pembuatan laporan. Kode diagnosis pasien apabila tidak terkode dengan akurat menyebabkan informasi yang dihasilkan akan mempunyai tingkat validasi data yang rendah. Hal ini tentu akan menyebabkan ketidakakuratan pembuatan laporan, contohnya laporan morbiditas rawat jalan, laporan sepuluh besar penyakit ataupun klaim Jamkesmas. Dengan demikian kode yang akurat dan mutlak harus didapatkan agar laporan yang dibuat dapat dipertanggungjawabkan (Angga Eko Pramono, 2012).

Selama penegakan kode diagnosa, banyak ditemukan adanya ketidakakuratan dalam pengkodean yang berhubungan dengan pengetahuan koder, Menurut penelitian (Adhani Windari ; Anton Kristijono, 2016) dari hasil penelitiannya didapatkan persentase

ketepatan koding hanya 74,67% sedangkan angka ketidaktepatan koding mencapai 25,33%. Ketidakakuratan tersebut disebabkan karena kompetensi koder rawat inap yang perlu ditingkatkan lagi dengan memberikan pelatihan lanjut untuk meningkatkan kompetensinya.

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “*Literature Review: Pengaruh Kompetensi Koder Terhadap Keakuratan dan Kelengkapan Kode Diagnosis Berdasarkan ICD 10*” karena masih ada kode yang tidak akurat dan tidak lengkap yang menyebabkan informasi yang dihasilkan akan mempunyai tingkat validasi data yang rendah, hal tersebut dapat menyebabkan ketidakakuratan dalam pembuatan laporan. Baik laporan mortalitas maupun morbiditas.

Tujuan penulis mengambil *literature review* agar mendapatkan suatu gambaran yang berkaitan dengan apa yang sudah diteliti orang lain sebelumnya. Melakukan penelusuran pustaka untuk menghindari kesamaan dari pelaksanaan penelitian dan mengetahui penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya (Suryanarayana and Mistry, 2016; Alahi and Mukhopadhyay, 2019). Hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti lain dimasukkan sebagai pembandingan dari hasil penelitian yang akan dilakukan. Semua pernyataan dari hasil penelitian yang bukan berasal dari penulis harus disebutkan sumbernya, dan tatacara berdasarkan sumber pustaka yang mengikuti ketentuan kaidah. (Wright *et al.*, 2007; Denney and Tewksbury, 2013).

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah disusun menggunakan *framework* PICO, yang dimana P = koder dan O = keakuratan dan kelengkapan kode diagnosa berdasarkan ICD-10, sehingga rumusan masalahnya adalah

1. Bagaimana pengaruh kompetensi koder terhadap keakuratan dan kelengkapan kode diagnosa berdasarkan ICD 10?

2. Berapa rata-rata keakuratan dan kelengkapan kode diagnosa ICD 10 berdasarkan pengaruh kompetensi koder?
3. Apa penyebab ketidakakuratan dalam pemberian kode diagnosa berdasarkan ICD-10?
4. Apa saja faktor-faktor yang mempengaruhi keakuratan kode diagnosa?

C. Tujuan

1. Umum

Tujuan umum pada penelitian *study literature* ini adalah mengetahui deskripsi pengaruh kompetensi koder terhadap keakuratan dan kelengkapan kode diagnosa berdasarkan ICD 10.

2. Khusus

- a. Untuk mengetahui rata-rata keakuratan dan kelengkapan kode diagnosa ICD 10 berdasarkan pengaruh kompetensi koder.
- b. Untuk mengetahui penyebab ketidakakuratan dalam pemberian kode diagnosa berdasarkan ICD-10.
- c. Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi keakuratan kode diagnosa.

D. Manfaat

1. Aspek Teoritis

- a. Bagi institusi hasil *literature review* ini diharapkan dapat menjadi sumber yang bermanfaat bagi peneliti selanjutnya dan diharapkan dapat menjadi bahan bacaan yang bermanfaat dan referensi pengembangan ilmu khususnya rekam medis.
- b. Bagi penulis, hasil penelitian ini merupakan pengalaman yang dapat menambah wawasan dan pengetahuan serta media dalam menerapkan ilmu yang didapatkan selama perkuliahan.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK), hasil *literature review* ini diharapkan bisa menjadi masukan kompetensi koder terhadap keakuratan dan kelengkapan kode diagnosa berdasarkan ICD 10.