

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kompetensi perekam medis yaitu perekam medis diharuskan mampu melakukan tugas dalam memberikan pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan yang bermutu tinggi dengan memperhatikan beberapa kompetensi, salah satunya klasifikasi dan kode klasifikasi penyakit yang didalamnya dijelaskan bahwasanya seorang petugas rekam medis harus mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai petunjuk dan peraturan pada pedoman buku *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems* (ICD) yang berlaku, tentang penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan (1) (2).

Petugas rekam medis sebagai seorang pemberi kode (*clinical coder*), sesuai dengan kompetensinya bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis/dokter. Seorang *clinical coder* profesional harus memenuhi standar dan etik pengkodean salah satunya selalu berkonsultasi dengan dokter untuk klarifikasi dan kelengkapan pengisian data diagnosis dan tindakan. Selain itu juga kedisiplinan dalam mematuhi aturan-aturan penggunaan ICD-10 dalam penetapan kode diagnosis. Karena keakuratan kode diagnosis tersebut akan mempengaruhi keakuratan laporan. Kode diagnosis yang tidak tepat akan mempengaruhi pelaksanaan pengelolaan rekam medis selanjutnya, yaitu pelaksanaan indeks penyakit dan pelaporan rumah sakit serta berpengaruh terhadap proses klaim untuk pasien yang ditanggung asuransi (2) (3) (4).

Penelitian Ernawati (2016) di Rumah Sakit Pertamina Jaya menyatakan bahwa perilaku petugas rekam medis bagian koding yang menetapkan kode hanya melihat dari buku ICD-10 volume 3 saja dan petugas tersebut paling sering memverifikasi kode NIDDM dengan kode E11.8 sedangkan kode E11.8 adalah kode NIDDM untuk *unspecified complication*, padahal komplikasi pada pasien diketahui. Pada penelitian Winanda (2015) di RSJ DR Soeharto Heerdjan

menyatakan bahwa kurang tepatnya pengkodean dikarenakan petugas yang kurang teliti dalam mengkode diagnosis dan salah membaca diagnosis. Misalnya pada diagnosis gangguan tingkah laku (*conduct disorder*) seharusnya menggunakan kode F91.9, bukan F84.9. Penelitian Maulida (2018) di RSUD Cengkareng menyatakan bahwa penyebab ketidaktepatan kode diagnosis katarak adalah petugas koding tidak melakukan konfirmasi kembali jika menemukan diagnosis yang tidak jelas terbaca kepada dokter terkait. (5) (6) (7).

Satu diantara faktor yang mempengaruhi perilaku petugas yang kurang baik adalah kurangnya disiplin kerja dan tanggung jawab terhadap pekerjaan sehingga petugas sudah terbiasa bekerja dengan budaya kerja yang ada.

Berdasarkan dari beberapa penelitian bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi *clinical coder* terhadap keakuratan kode yaitu pendidikan, usia, masa kerja, pengetahuan, sikap, perilaku, pelatihan, dan beban kerja (8).

Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang menyebabkan *clinical coder* salah dalam pemberian kode diagnosis. Kurangnya pengetahuan *clinical coder* tentang tata cara penggunaan ICD-10 dan ketentuan-ketentuan yang ada didalamnya serta pengetahuan penunjang lainnya yang berkaitan dengan koding dan yang mendukung ketepatan dalam pemberian kode diagnosis.

Dari hasil penelitian Widjaya, dkk (2014) menyatakan bahwa dari total 24 koder dari beberapa rumah sakit di Jakarta yang dijadikan responden, jumlah koder yang akurat mengkode hanya berjumlah 37,5% (9 koder). Hasil penelitian Ernawati (2016) di Rumah Sakit Pertamina Jaya menyatakan bahwa, dari 59 rekam medis kasus NIDDM tahun 2016 yang diteliti, hanya terdapat 1 kode NIDDM tepat (1,69%). Hasil penelitian Octhareja (2017) di Rumah Sakit Medika Permata Hijau menyimpulkan bahwa dari 96 sampel rekam medis, hanya terdapat 32 (32,29%) kode diagnosis yang tepat sesuai ICD-10. Hasil penelitian Mussy (2018) di RSPAD Gatot Subroto menyatakan bahwa, dari 75 rekam medis sampel kasus bedah hanya terdapat 45 rekam medis (64,7%) yang tepat. Hasil penelitian Muryanti (2019) di Departemen Radioterapi RSCM Jakarta menyatakan bahwa dari 175 sampel, terdapat kode tofografi tepat sebanyak 110 rekam medis (62,8%) dan ketidaktepatan kode tofografi sebanyak 65 rekam

medis (37,2%) dan kode morfologi tidak tepat sebanyak 175 rekam medis (100%) (5) (9) (10) (11) (12).

Hasil penelitian Rohani (2019) di Rumah Sakit Kanker “Dharmais” menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan *clinical coder* dengan kualitas koding klinis dengan nilai $p\text{-value} = 0,043 < 0,05$ (8). Pada penelitian Utami (2015), Sudra, Pujihastuti (2016) dan Widjaya, Rumana (2014) juga membuktikan bahwa pengetahuan petugas tentang kodefikasi diagnosis penyakit yang baik dapat meningkatkan keakuratan kode diagnosis penyakit (13) (14) (9).

Berdasarkan beberapa penelitian di Jakarta yang setiap tahunnya masih ditemukan ketidakakuratan kode pada rekam medis, untuk itu penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Pengetahuan tentang Kodefikasi Klinis dengan Perilaku *Clinical Coder* di DKI Jakarta”

1.2 Rumusan Masalah

Pelaksanaan pengkodean harus lengkap dan akurat sesuai dengan arahan ICD-10. Kode diagnosis pasien apabila tidak terkode dengan akurat mengakibatkan informasi yang dihasilkan akan mempunyai tingkat validasi yang rendah. Berdasarkan beberapa penelitian, di DKI Jakarta setiap tahunnya masih ditemukan ketidaktepatan pengkodean rekam medis. Hal ini tentu akan mengakibatkan ketidakakuratan pembuatan laporan misalnya laporan morbiditas penyakit, laporan sepuluh besar penyakit, maupun untuk proses klaim BPJS. Oleh karena itu, peneliti ingin mengetahui apakah ada hubungan pengetahuan tentang kodefikasi klinis dengan perilaku *clinical coder* di DKI Jakarta?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis hubungan pengetahuan tentang kodefikasi klinis terhadap perilaku *clinical coder* dalam pengkodean rekam medis di DKI Jakarta

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mendeskripsikan pengetahuan *clinical coder* tentang kodefikasi klinis
2. Mendeskripsikan perilaku *clinical coder* dalam pengkodean rekam medis
3. Menganalisis hubungan pengetahuan tentang kodefikasi klinis terhadap perilaku *clinical coder* dalam pengkodean rekam medis di DKI Jakarta

1.4 Manfaat Penelitian

1. DPD PORMIKI

Dapat digunakan sebagai informasi, masukan dan bahan pertimbangan untuk penyusunan program kerja berikutnya dalam peningkatan kompetensi PMIK anggota DPD PORMIKI DKI Jakarta khususnya pada kompetensi klasifikasi dan kodefikasi penyakit.

2. Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai bahan referensi penelitian dan pengetahuan serta memberikan masukan materi sebagai pembelajaran bagi mahasiswa Manajemen Informasi Kesehatan.

3. Penulis

Menambah wawasan bagi penulis, sebagai bahan perbandingan antara teori yang didapat selama perkuliahan dengan yang ada dilapangan.

1.5 Ruang Lingkup

Penelitian yang akan peneliti ambil yaitu Hubungan Pengetahuan tentang Kodefikasi Klinis terhadap Perilaku *Clinical Coder* di DKI Jakarta. Penelitian ini dilakukan di DPD PORMIKI DKI Jakarta. Waktu Penelitian dilakukan pada bulan Oktober 2019 - Maret 2020. Subjek penelitiannya yaitu anggota DPD PORMIKI DKI Jakarta yang bekerja sebagai *Clinical Coder*. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian *cross sectional*. Alasan peneliti melakukan penelitian dengan topik ini karena dari beberapa penelitian masih ditemukan ketidaktepatan pengkodean rekam medis setiap tahunnya di beberapa rumah sakit di DKI Jakarta, pengetahuan dan perilaku merupakan bagian dari faktor yang mempengaruhi *clinical coder* terhadap keakuratan kode.