

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan Permenkes Nomor 269/Menkes/per/III tahun 2008 tentang Rekam Medis, terdapat 7 kompetensi pokok Rekam Medis yaitu Klasifikasi dan kodefikasi penyakit, Aspek hukum dan etika profesi, Manajemen rekam medis & informasi kesehatan, Menjaga mutu rekam medis, Statistik kesehatan, Manajemen unit kerja rekam medis, Kemitraan profesi.

Kompetensi pertama terkait klasifikasi dan kodefikasi penyakit menjelaskan bahwa perekam medis harus mampu menentukan dan menganalisa *code* primer suatu diagnosa dan *code* sekunder yang lain berdasarkan resume dokter dan hasil penunjang lain serta harus mampu menentukan kode tindakan yang telah diberikan kepada pasien dilihat dari laporan pembedahan (kasus bedah) dan resume pasien.

Petugas *coder* juga harus memperhatikan hal-hal penting dalam pengodean, yaitu Kualitas Pengodean, Standar dan Etik, Elemen Kualitas Pengodean, Kebijakan dan Prosedur Pengodean, Tahapan Proses Pengodean, Kode Bagi *Reimbursement*, Kepatuhan dalam Pengodean (Hatta, 2008).

Kualitas data *tercode* merupakan hal terpenting bagi kalangan tenaga personel Manajemen Informasi Kesehatan, fasilitas asuhan

kesehatan, dan para profesional Manajemen Informasi Kesehatan. Ketepatan data diagnosis sangat krusial di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya beserta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan.

Salah satu standar dan etik pengodean (*coding*) yang dikembangkan AHIMA meliputi beberapa standar yang harus dipenuhi oleh seorang pengode (*coder*) profesional, antara lain : akurat, komplet, dan konsisten untuk menghasilkan data yang berkualitas; pengode harus mengikuti sistem klasifikasi yang sedang berlaku dengan memilih pengodean diagnosis dan tindakan yang tepat (Hatta, 2008).

Keakuratan *code* penyakit sangat bergantung pada pengetahuan tentang terminologi medis bagi seorang koder. Jumlah tenaga koder yang tersedia juga bisa berdampak pada keakuratan *coding* itu sendiri. Menurut Putri (2011) tidak ada hubungan antara beban kerja *coder* dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap.

Beban Kerja adalah banyaknya jenis pekerjaan yang harus diselesaikan oleh tenaga kesehatan profesional dalam satu tahun dalam satu sarana pelayanan kesehatan (Permenkes 81/Menkes/Sk/I/2004). Menurut Riyanti (2012) terdapat pengaruh variabel beban kerja *coder* dan ketepatan terminologi medis terhadap keakuratan kode diagnosis penyakit gigi ($p=0,007$). Petugas *coder* tidak menggunakan tehnik pengodean yang benar dengan alasan terlalu banyak dokumen rekam medis yang harus *tercode* dan membutuhkan waktu yang lama.

Menurut Hatta (2008) keakuratan kode rawat inap salah satu syaratnya yaitu pengode harus memperoleh gambaran jelas secara menyeluruh dari dokumentasi rekam medis tentang masalah dan asuhan yang diterima pasiennya. Menurut Maya (2013) menjelaskan bahwa dari dokumen rekam medis yang tidak lengkap banyak yang tidak akurat. Selain itu, ternyata ketidakakuratan masih bisa terjadi pada dokumen lengkap.

Runtutan proses pengodean bisa bervariasi antara satu fasilitas dengan fasilitas lain. Pengodean harus selalu dimulai dari pengkajian (*review*) teliti rekam medis pasien sehingga *coder* memperoleh gambaran jelas secara menyeluruh dari dokumentasi rekam medis tentang masalah dan asuhan yang diterima pasiennya. Penulisan rekam medis bisa lengkap memuat semua dokumentasi yang diperlukan pengode, termasuk ringkasan pulang pasien (Hatta, 2008).

Berdasarkan hasil Perjanjian Kerjasama antara pihak RSPAU dr. S Hardjolukito dan pihak BPJS, klaim rawat inap harus melampirkan biaya habis pakai, resume dokter, laporan pembedahan (kasus bedah), hasil penunjang pemeriksaan. Kelengkapan informasi penunjang merupakan salah satu hal penting bagi petugas koder untuk menentukan kode utama dan kode sekunder. *Coder* harus memperhatikan antara tulisan resume dokter dan hasil informasi penunjang agar dalam menentukan diagnosa utama dan diagnosa sekunder harus lebih akurat. Pengetahuan akan istilah

medis dan penyakit-penyakit juga harus dimiliki oleh petugas *coder* agar bisa menentukan *code* diagnosa utama dan diagnosa sekunder.

Menurut hasil pengamatan pada bulan Januari 2015, petugas *coder* rawat inap BPJS berjumlah 2 orang. Setiap petugas mempunyai beban kerja berbeda, tidak terpaku pada koding rawat inap saja. Sejumlah 1 (satu) orang petugas *coder* merangkap pekerjaan sebagai Kepala Bagian Diklat RSPAU dr. S Hardjolukito. Oleh sebab itu, tidak setiap saat bisa mengode rawat inap. Selain tidak bisa menyelesaikan *coding* rawat inap dalam satu hari oleh petugas *coder*, terdapat juga beberapa berkas rawat inap yang tidak ada kelengkapan hasil penunjang seperti hasil radiologi, hasil laboratorium, dan lain sebagainya (tergantung jenis diagnosanya). Hal ini berpengaruh dalam proses menentukan diagnosa utama dan diagnosa sekunder oleh petugas *coder*. Petugas *coder* tidak hanya menentukan diagnosa utama dan diagnosa sekunder dari hasil *resume* dokter karena terkadang dokter juga kurang lengkap dalam mengisi *resume*, petugas *coder* juga harus bisa menentukan diagnosa utama dan diagnosa sekunder berdasarkan hasil penunjang. Hasil laporan pembedahan pada kasus pasien bedah juga sebaiknya dilampirkan karena hasil laporan pembedahan juga berpengaruh dalam menentukan kode tindakan.

Kelengkapan informasi penunjang yang harus dilampirkan pada berkas klaim merupakan tanggung jawab petugas bangsal. Banyaknya pasien rawat inap dan jumlah petugas bangsal yang terbatas terkadang ada

beberapa hasil penunjang yang tidak dilampirkan. Hal ini berdampak pada tugas tambahan petugas *coder* untuk melakukan revisi berkas rawat inap BPJS. Jika ada berkas rawat inap yang tidak lengkap informasi penunjangnya, maka petugas koder harus mencari sendiri hasil informasi penunjangnya.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada Bulan Februari 2015, ditemukan jumlah *code* rawat inap yang tidak akurat sebanyak 35 berkas dalam satu bulan, sedangkan dalam sehari *coder* bisa mengode kurang lebih 38 klaim rawat inap dan ada 16 berkas klaim rawat inap yang tidak ada kelengkapan informasi penunjangnya. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk mengetahui apakah ada pengaruh beban kerja dan kelengkapan informasi penunjang terhadap keakuratan *code* rawat inap.

B. Masalah Penelitian

Apakah ada pengaruh beban kerja *coder* rawat inap BPJS dan kelengkapan informasi penunjang terhadap keakuratan *code* pada berkas rekam medis rawat inap pasien BPJS?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh beban kerja *coder* dan kelengkapan informasi penunjang terhadap keakuratan *code* pada berkas rekam medis rawat inap pasien BPJS.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui beban kerja petugas *coder* rawat inap pasien BPJS
- b. Mengetahui kelengkapan informasi penunjang pada berkas rekam medis rawat inap pasien BPJS
- c. Mengetahui keakuratan *code* pada berkas rekam medis rawat inap pasien BPJS
- d. Membuktikan pengaruh beban kerja *coder* dan kelengkapan informasi penunjang terhadap keakuratan *code* pada berkas rekam medis rawat inap pasien BPJS

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan evaluasi bagi Rumah Sakit terhadap beban kerja petugas *coder* dan sebagai bahan pengambilan keputusan manajemen Rumah Sakit.

2. Bagi Peneliti Lain

Sebagai bahan referensi tentang pengaruh beban kerja *coder* rawat inap dan kelengkapan informasi penunjang terhadap keakuratan *code* pada rekam medis rawat inap pasien BPJS