

BAB V PEMBAHASAN

A. Pengetahuan *Coder*

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan menuturkan bahwa petugas rekam medis yang berpengalaman harus memberikan pelayanan yang berkualitas berbanding dengan standar kompetensi dan kode etik profesi. Keterampilan yang dimiliki petugas rekam medis salah satunya adalah klasifikasi dan kodefikasi penyakit dan masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis.

Pendidikan dan training mempunyai tautan dengan keahlian dan wawasan supaya seseorang dapat melaksanakan dan menyelesaikan pekerjaan yang dibagikan. Dengan dilakukan pelatihan tentang *coding* dapat meningkatkan kinerja bagi petugas *coder* dalam memberikan kode diagnosis secara efektif (Manullang, 2011). SPO yaitu pedoman yang menyimpan prosedur operasional standar yang ada di dalam suatu organisasi yang dimanfaatkan untuk membuktikan bahwa setiap ketetapan, tindakan, atau pemakaian sarana proses yang dilakukan oleh orang-orang di dalam suatu organisasi, telah berjalan secara lancar, tetap, umum, dan terstruktur (Tambunan, 2013).

Menurut ulasan yang dilakukan oleh Kurnianingsih (2020) bahwa pengetahuan *coder* maupun kompetensi *coder* dengan keakuratan kode berdasarkan ICD-10 dengan *coder* pengetahuannya masih kurang baik dikarenakan petugas *coder* ada yang lulusan SMA dan tidak sama sekali melakukan pelatihan *coding* sehingga untuk ilmu mengkode kurang dikuasai. Namun, menurut penelitian yang dilakukan oleh Nopitri, Putri, Elly (2021) bahwa petugas *coder* memiliki pengetahuan *coder* dan memiliki latar belakang Non Rekam Medis sebanyak 4 orang petugas dan memiliki pengetahuan yang 'baik' sebanyak 80% dan petugas *coder* yang memiliki

latar belakang pendidikan Rekam Medis sebanyak 1 orang petugas dan memiliki pengetahuan yang ‘cukup’ sebanyak 20%.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Asari, Ilmi (2018) bahwa petugas *coder* berlatar pendidikan D-3 Rekam Medis dan memahami cara pengkodean diagnosis kasus neoplasma namun petugas *coder* tidak melaksanakannya karena faktor waktu, beban kerja dan belum ada SPO yang mengatakan untuk memberi kodefikasi morfologi dari rumah sakit.

Pernyataan ini juga sejalan dengan Nurhayati (2013), *coder* yang berprofesional harus didasarkan pendidikan minimal D-3 rekam medis. Untuk itu bagi petugas rekam medis memiliki latar belakang bukan rekam medis diharapkan dapat mengikuti pelatihan tentang rekam medis, terutama pada kegiatan *coding*.

B. Kelengkapan Kode Diagnosis

Menurut Opitasari (2018), kelengkapan kode yang diisikan tidak hanya berpengaruh pada data pelaporan, namun juga berdampak pada kelengkapan dan ketepatan klaim pembayaran kesehatan. Sementara itu menurut beberapa penelitian menjelaskan bahwa faktor internal yang didapatkan dari pengalaman kerja juga dapat berpengaruh pada pemberian kode hal ini dikarenakan kurangnya update ilmu serta motivasi dalam bekerja (Boo et al., 2014).

Menurut Opitasari & Nuwahyuni, 2018 faktor pengetahuan tersebut dapat dioptimalkan dengan memberikan stimulus berupa pelatihan untuk peningkatan pengetahuan. Kode yang diisikan mengacu pada kaidah pengkodean yang baik benar akan sangat berpengaruh pada beberapa aspek, salah satunya keakuratan pembuatan pelaporan yang mendukung pengambilan keputusan (WHO, 2020) (Zellweger et al., 2019).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Asari, Ilmi (2018) bahwa kelengkapan kode morfologi kasus neoplasma di BRM RI tahun 2017 Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, kodefikasi diagnosis yang

'belum lengkap' ada 80 dengan prosentase 100% 'dan yang 'lengkap' ada 0 dengan prosentase 0% . Petugas *coder* berlatar pendidikan D-3 Rekam Medis dan memahami cara pengkodean diagnosis kasus neoplasma namun petugas *coder* tidak melaksanakannya karena faktor waktu, beban kerja dan tidak ada SPO yang menyebutkan untuk memberi kodefikasi morfologi dari rumah sakit. Namun berbeda halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Ilmi, Yen R, Praptana (2021) bahwa kelengkapan pemberian kode diagnosis pada kasus kecelakaan prosentase ketidaklengkapan lebih tinggi dibandingkan dengan kelengkapan yaitu kode yang 'lengkap' ada 44 dengan prosentase 37% dan 'tidak lengkap. ada 76 dengan prosentase 63%. Hasil kelengkapan pemberian kode *external cause* pada kasus kecelakaan prosentase ketidaklengkapan lebih tinggi dibandingkan dengan kelengkapan yaitu kode yang 'lengkap' ada 34 dengan prosentase 28% dan kode yang 'tidak lengkap' ada 86 dengan prosentase 72%. Hal ini disebabkan karena pengalaman kerja petugas *coder* antara 5-10 tahun memiliki kemampuan melengkap lebih tinggi sebesar prosentase 63,7%) dari pada petugas *coder* yang berpengalaman antara 1-5 tahun (7,5%). Petugas *coder* yang latar belakang pendidikan D-3 RMIK lengkap mengisi kode diagnosis sebanyak 50%. Sedangkan dengan pendidikan Non-RMIK dan S1-RMIK hasilnya 0%.

C. Keakuratan Kode Diagnosis

Menurut Depkes RI (2006) variable yang dapat mencetuskan ketidakakuratannya kode diagnosis yaitu sumber daya manusia itu sendiri yaitu seperti dokter, tenaga medis, dan tenaga bukan medis. Pada rekam medis, diagnosis wajib diisi dengan jelas dan utuh dan tidak bisa diganti berbanding dengan aturan buku ICD-10, yang memiliki wewenang dan kewajiban dalam penentuan diagnosis ialah dokter tersebut. Kelengkapan dan keakuratan kode tersebut dapat memengaruhi pelayanan yang diberikan

untuk pasien, mengurangi kesalahan tindakan, pengobatan dan pembelanjaan (Maesaroh *et al*, 2011).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Kurnianingsih (2020) bahwa keakuratan kode diagnosis untuk dokumen pasien rawat jalan BPJS yang akurat 69,5% atau sekitar 66 dokumen dan tidak akurat yaitu ada 30,5% atau sekitar 29 dokumen. Penyebab yang mempengaruhi ketidakakuratan kode diagnosis ialah kesalahan pada karakter 4, kesalahan pada pemberian kode dan penyusunan yang tidak jelas. Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan oleh Nopitri, Putri, Elly (2021) bahwa tingkat keakuratan kode yang didapatkan 54 dokumen rekam medis diagnosis diabetes mellitus tipe 2 rawat inap yang diamati terdapat 48 kode yang akurat dengan presentase 88% dan 6 kode yang tidak akurat ada 11%. Namun pada penelitian yang dilakukan oleh Carono, Siswati, Dewi, Indawati (2020) bahwa *there were 43 samples (72.88%) who had a diagnosis code that did not match the ICD-10. The inaccuracy of the code occurs because the knowledge of health workers about the fracture. There were 16 samples (27,11%) who had a diagnosis code that match the ICD-10.* Sementara itu menurut hasil dari penelitian Asari, Ilmi (2020) bahwa tingkat keakuratan kodifikasi topografi kasus neoplasma pada BRM RI tahun 2017 di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah yang 'tidak akurat' ada 11 dengan presentase 14% dan yang 'akurat' ada 69 dengan presentase 86%.