

**PERAN PENTING PENULISAN DIAGNOSIS UTAMA DAN KETEPATAN KODE ICD-10
SEBAGAI DATA BASE SURVEILANS MORBIDITAS
STUDI KASUS DI RS KOTA SEMARANG**

Retno Dwi Vika Ayu^{*)}, Dyah Ernawati^{)}**

^{*)} Asri Medical Center Yogyakarta

^{**)} Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang

ABSTRAK

Latar Belakang : Rumah Sakit Kota Semarang merupakan rumah sakit umum tipe B yang telah menggunakan ICD-10 sebagai pedoman koding. Dalam survei awal yang dilakukan peneliti terhadap 30 dokumen rekam medis, ditemukan sebanyak 47% dokumen rekam medis dengan penulisan kode diagnosis yang kurang sesuai. Untuk itu, peneliti melakukan penelitian untuk mengetahui tingkat kesesuaian antara penulisan diagnosis utama dengan koding ICD-10, pada pasien umum.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode observasi dengan pendekatan crosssectional dengan jenis penelitian deskriptif analitik, sementara populasi dari penelitian ini adalah 1323 dokumen rekam medis rawat inap dengan sampel 93 dokumen diambil dengan teknik systematic random sampling.

Hasil : Hasil pengamatan penulisan kode diagnosis utama yang sesuai pada dokumen rekam medis rawat inap sebanyak 83,87 % dokumen , dan kode diagnosis utama yang tidak sesuai sebanyak 16,13 % dokumen rekam medis rawat inap . Penyebab ketidaksesuaian pemberian kode adalah penulisan diagnosis utama yang tidak spesifik dan penentuan kode diagnosis yang tidak memperhatikan lembar-lembar pemeriksaan lainnya dan petugas koding belum pernah mengikuti pelatihan di bidang kodefikasi penyakit.

Kesimpulan yang diperoleh adalah bahwa untuk mendapatkan kesesuaian kode diagnosis tidak hanya dipengaruhi oleh penulisan diagnosis utama spesifik , tetapi juga dipengaruhi ketelitian petugas koding serta faktor-faktor lain yang terkait . Oleh karena itu , petugas koding sebaiknya diberi kesempatan untuk mengikuti pelatihan yang berkaitan dengan tugasnya sebagai petugas koding . Selain itu petugas koding harus lebih aktif dan teliti dalam mencari informasi jika menemukan diagnosis utama yang tidak spesifik dengan menganalisis lembar-lembar pemeriksaan lainnya , atau jika perlu menanyakan pada dokter yang menulis diagnosis.

Kata kunci : Diagnosis Utama, Kode Penyakit , ICD - 10

PENDAHULUAN

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.(UU No 44 Tahun 2009 *tentang Rumah Sakit*). Untuk menunjang mutu pelayanan Rumah Sakit maka wajib menyelenggarakan rekam medis. Berdasarkan data pada rekam medis tersebut akan dapat dinilai apakah pelayanan yang diberikan sudah cukup baik mutunya atau tidak.(Sunny Ummul, Firdaus, 2008)

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Termasuk didalamnya adalah penulisan diagnosis oleh dokter pada lembar resume keluar/resume medis. Dalam penentuan diagnosis, peran dokter adalah dominan dan tidak dapat digantikan oleh profesi atau petugas lain. Ketepatan dalam penulisan diagnosis juga menjadi tanggung jawab dokter. (Rustiyanto, 2009). Di Indonesia pemberlakuan ICD-10 sebagai pedoman klasifikasi penyakit telah diatur pada *Keputusan Menteri Kesehatan RI*

No. 50/ MENKES/ SK/ I/ 1998 yaitu tentang Pemberlakuan Klasifikasi Statistik Internasional Mengenai Penyakit Revisi ke-10 tertanggal 13 Januari 1998.

RS Kota Semarang merupakan rumah sakit umum tipe B yang bertujuan memberikan pelayanan masyarakat, informasi kesehatan, penelitian atau pendidikan dibidang kesehatan. RS Kota Semarang telah menggunakan ICD-10 sebagai pedoman koding. Pada bagian rawat inap, terdapat dua petugas koding (koder) yang melayani pasien umum maupun pasien asuransi. Setiap harinya, lebih kurang 30 DRM rawat inap pasien umum yang akan di koding. DRM rawat inap yang akan di koding adalah DRM rawat inap yang tiba pada hari sebelumnya, sedangkan DRM rawat inap yang datang hari ini akan di koding di hari berikutnya. Dalam melakukan pengkodean, petugas mempunyai SOP (Standart Oprasional Prosedur) yang dipergunakan sebagai acuan dalam bekerja. Sebelum peneliti melakukan penelitian di RS Kota Semarang, peneliti melakukan survey awal dengan meninjau kesesuaian penulisan diagnosis utama pada 30 DRM rawat inap dengan koding ICD-10. Berdasarkan hasil survey peneliti, ditemukan sebanyak 47% DRM dengan penulisan diagnosis yang kurang sesuai. Ketidakesesuaian didalam pengkodean suatu diagnosis akan berpengaruh terhadap klaim biaya perawatan, administrasi RS, dan kualitas pelayanan yang ada didalam rumah sakit tersebut, oleh karena itu peneliti merasa tertarik untuk mengambil topik Tinjauan Kesesuaian Antara Diagnosis Utama Dokter dan Koding ICD-10 Pada Pasien Umum di RS Kota Semarang

METODE

Dalam penelitian ini menggunakan metode survei deskriptif yaitu penelitian yang menguraikan suatu keadaan dalam suatu populasi. Identifikasi Variabel : Diagnosis utama, Kode ICD-10, Ketepatan kode ICD-10, Persentase ketepatan kode ICD-10.

Populasi pada penelitian ini adalah berkas rekam medis rawat inap pada lembar RM 1 bulan Januari – Maret tahun 2012 dengan jumlah sebanyak 1323 dokumen rekam medis. Sampel, menggunakan *systematic random sampling* (pengambilan sampel secara random sistematis), ditentukan berdasarkan rumus slovin, dihasilkan jumlah sampel 93 dokumen.

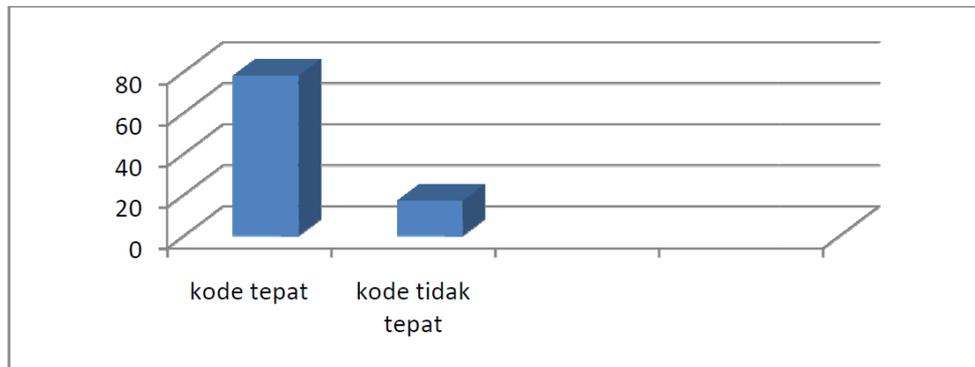
Data primer yaitu diagnosis utama pada lembar masuk dan keluar (RM1), serta wawancara langsung pada petugas koding khususnya tentang pelaksanaan koding indeksing di RS Kota Semarang. Cara pengumpulan data dengan melakukan pengamatan langsung pada dokumen rekam medis rawat inap khususnya pada RM1. Instrumen pengumpulan data : Check-list, ICD-10 Volume 1 dan Volume 3, Wawancara. Pengolahan Data dengan Cross-check (editing), Koding , Calculating. Dalam penelitian ini menggunakan analisa data deskriptif yaitu dengan menggunakan tingkat kesesuaian kode diagnosis utama dokumen rekam medis rawat inap apakah sesuai dengan keadaan sebenarnya tanpa melakukan uji statistik.

HASIL

1. Diagnosis utama pada dokumen rekam medis
Di RS Kota Semarang dilakukan observasi pada lembar masuk dan keluar (RM 1). Dari hasil observasi pada lembar masuk dan keluar (RM 1). Dari hasil observasi, ditemukan penulisan diagnosis utama yang tidak spesifik. Penulisan diagnosis utama yang tidak spesifik akan mempengaruhi ketepatan kode pada diagnosis utama. Dari jenis diagnosis yang ada pada dokumen rekam medis yang digunakan sebagai sampel, ditemukan ketidaktepatan antara lain pada diagnosis penyakit : keloid, malocclusion, hepatitis, KPD (ketuban pecah dini), febris, BBLR (berat bayi lahir rendah), TB paru, DM (diabetes mellitus)
2. Kode diagnosis utama
Sehubungan dengan ketepatan kode diagnosis utama pada dokumen rekam medis, masih ditemukan kode yang belum sesuai dengan kriteria. Ketidaktepatan kode diagnosis utama sering dijumpai didalam penulisan pada karakter keempat. Ketidaktepatan dalam penulisan kode diagnosis karakter ke empat dipengaruhi oleh tidak spesifiknya penulisan pada diagnosis utama yang ada
3. Ketepatan kode ICD-10 pada Diagnosis Utama

Hasil penelitian didapat total sampel sejumlah 93 DRM. Jumlah kode diagnosis utama yang tidak tepat sebesar 15 DRM rawat inap tahun 2012 triwulan 1

Grafik 1 Hasil Tingkat Ketepatan Kode Diagnosis Utama



4. Persentase ketepatan kode ICD-10 pada diagnosis utama
Berdasarkan data yang didapatkan dari tingkat ketepatan kode ICD-10 pada kode diagnosis utama, diperoleh persentase ketepatan sebesar 83,87%

PEMBAHASAN

Di RS Kota Semarang dilakukan observasi pada lembar masuk dan keluar (RM1). Dari hasil observasi, ditemukan penulisan diagnosis utama yang tidak spesifik. Penulisan diagnosis utama yang tidak spesifik akan mempengaruhi ketepatan kode pada diagnosis utama.

Sehubungan dengan ketepatan kode diagnosis utama pada dokumen rekam medis, masih ditemukan kode yang belum sesuai dengan kriteria. Ketidaktepatan kode diagnosis utama sering dijumpai didalam penulisan pada karakter ke empat. Ketidaktepatan pada penulisan kode diagnosis karakter ke empat di pengaruhi oleh tidak spesifiknya penulisan pada diagnosis utama yang ada.

Hasil penelitian didapat dari total sampel sejumlah 93 DRM. Jumlah kode diagnosis utama yang tepat 78 DRM (83,87%) dan jumlah kode diagnosis utama yang tidak tepat sebesar 15 DRM (16,13%) rawat inap tahun 2012 triwulan I.

Dari jenis diagnosis yang ada pada dokumen rekam medis yang digunakan sebagai sampel, ditemukan ketidaktepatan antara lain :

1. **Keloid**

Pada diagnosis Keloid, petugas memberikan kode Z47.0. Kode yang diberikan tidak tepat, karena kode Z47.0 adalah kode yang diberikan kepada pasien yang *follow up care* (datang untuk kontrol) sedangkan pasien disini adalah pasien yang menjalani rawat inap. kode yang tepat adalah L91.0.

2. **Malocclusion**

Pada diagnosis Malocclusion, petugas memberikan kode S00.5. Kode yang diberikan tidak tepat, karena kode S00.5 adalah kode yang diberikan kepada pasien yang mengalami trauma karna kecelakaan sedangkan pasien disini adalah pasien yang menderita Malocclusion dengan jahitan pada bibir.

3. **Hepatitis**

Pada diagnosis Hepatitis, petugas memberikan kode K30. Kode yang diberikan tidak tepat, karena kode K30 adalah kode diagnosis penyakit Dyspepsia. Kode yang tepat untuk diagnosis Hepatitis adalah B15.9.

4. **KPD (Ketuban Pecah Dini)**

Pada diagnosis KPD (Ketuban Pecah Dini), petugas memberikan kode O42.1. Kode yang diberikan pada karakter ke empat tidak tepat, kode tersebut memang diberikan pada diagnosis KPD (Ketuban Pecah Dini) akan tetapi pada ibu hamil yang ketubannya pecah

setelah 24 jam. Pada lembar pemeriksaan penunjang diketahui bahwa ketuban pecah pada saat 16 jam. Kode yang tepat untuk diagnosis KPD (Ketuban pecah Dini) dengan kondisi tersebut adalah O42.0.

5. Febris

Pada diagnosis Febris, petugas memberikan kode J06.9. Kode yang diberikan tidak tepat, karena kode tersebut adalah kode untuk penyakit ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Atas). Hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan perjalanan penyakit tidak memperlihatkan pasien menderita batuk pilek atau gejala yang menunjukkan penyakit ISPA. Kode yang sesuai untuk diagnosis Febris adalah R50.6.

6. BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah)

Pada diagnosis BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah), petugas memberikan kode Z30.8. Kode yang diberikan tidak tepat. Z30.8 adalah kode yang digunakan untuk diagnosis Neunatus Aterm. Kode Z30.8 adalah kode yang diberikan kepada ibu yang melahirkan, bukan pada bayi. Kode yang tepat untuk diagnosis BBLR adalah P07.1 dengan berat bayi antara 1000-2499 gram.

7. TB Paru

Pada diagnosis TB Paru, adalah diagnosis yang paling sering dijumpai dengan penulisan kode yang tidak tepat. Pada dasarnya kode penyakit TB Paru yang disertai dengan pemeriksaan sputum yang positif menggunakan kode A15.0, akan tetapi kode diagnosis yang digunakan adalah A16.2. Begitu juga sebaliknya, diagnosis utama TB Paru yang tidak disertai dengan pemeriksaan sputum yang positif diberikan kode A15.0 yang seharusnya kode yang sesuai adalah A16.2. Pemeriksaan sputum pada penyakit TB Paru dapat dilihat di hasil pemeriksaan penunjang, pada pemeriksaan penunjang biasanya tertera apakah pasien yang bersangkutan melakukan pemeriksaan sputum. Jika pasien melakukan pemeriksaan sputum, dapat dilihat apakah sputum pasien bernilai positif atau negatif. Hal ini membuktikan bahwa petugas koding di RSUD Kota Semarang kurang teliti dalam menentukan kode diagnosis yang ada, karena untuk menentukan kode diagnosis utama tidak hanya dilihat dari lembar masuk dan keluar pasien yang bersangkutan. Lembar-lembar pemeriksaan lainnya yang ada di DRM pasien juga sangat menentukan kode diagnosis utama.

8. DM (Diabetes Melitus)

Selain ketidaksesuaian dalam kode diagnosis utama yang ditulis oleh petugas, dalam penelitian ini dijumpai penulisan diagnosis yang kurang sesuai. Misalnya pada kasus berikut ini, pasien dirawat dengan diagnosis utama adalah DM (Diabetes Melitus), kode yang diberikan adalah E11.8. Pada dasarnya pasien tersebut dirawat karena mengalami diare akut selama 7hari dan DM adalah penyakit yang pernah diderita oleh pasien. Penyakit DM tidak pernah muncul di riwayat perjalanan penyakit pasien selama periode perawatan. Pada kasus seperti ini seharusnya petugas koding lebih jeli dan teliti lagi. Dan seharusnya petugas koding mengklarifikasi ke dokter yang bersangkutan. Agar diperoleh diagnosis utama yang sesuai dan kode diagnosis utama yang sesuai dengan koding ICD 10.

SIMPULAN

1. Ditinjau dari diagnosis utama pada dokumen rekam medis, ditemukan penulisan diagnosis yang tidak spesifik sehingga kode yang dihasilkan tidak tepat.
2. Ditinjau dari kode diagnosis utama, kode yang digunakan oleh petugas tidak mencakup diagnosis yang dituliskan. Hal ini dibuktikan dengan adanya penulisan kode diagnosis yang tidak tepat sesuai dengan diagnosis yang ada.
3. Ditinjau dari tingkat kesesuaian kode diagnosis utama yang tepat sebanyak 76 dokumen rekam medis rawat inap dan kode diagnosis yang tidak tepat sebanyak 17 dokumen rekam medis rawat inap.
4. Ditinjau dari perhitungan persentase, kode diagnosis utama yang tepat adalah 83,87% sedangkan kode diagnosis utama yang tidak tepat adalah 16,13%

SARAN

1. Petugas koding diberikan kesempatan untuk mengikuti pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan kompetensi pengkodean.
2. Petugas koding harus lebih aktif dan teliti dalam mencari informasi jika menemukan diagnosis utama yang tidak spesifik dengan menganalisis lembar-lembar pemeriksaan lainnya, atau jika perlu menanyakan pada dokter yang menulis diagnosis.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI Dirjen Pelayanan Medik. Pedoman Pengolahan RM Rumah Sakit di Indonesia Revisi 1. Jakarta, 1997
- Depkes RI. Dirjen Yanmed. Pelatihan Penggunaan Klasifikasi International Mengenai Penyakit Revisi X (ICD-10). Jakarta. 2000
- Depkes RI. PERMENKES NO 269/MENKES/PER/III.2008.
- Hapsari, Anita. Tinjauan Penulisan Kode ICD-10 Berdasarkan Diagnosa Pertama Pada Lembar Masuk dan Keluar Dokumen Rekam Medis RS Islam Sultan Agung Triwulan IV Tahun 2003. Semarang, 2004.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth Revision, Volume 1, WHO, Genewa, 2004
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth Revision, Volume 2, WHO, Genewa, 2004
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth Revision, Volume 2, WHO, Genewa, 2004
- Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 50/ MENKES/ SK/ I/ 1998* yaitu tentang Pemberlakuan Klasifikasi Statistik Internasional Mengenai Penyakit Revisi ke-10 tertanggal 13 Januari 1998
- Kresnowati, Lily. & Ariyani, Dessi. Modul Klasifikasi Penyakit dan Tindakan I General Koding. Semarang, 2011.
- Kresnowati, Lily. Hand Out ICD-10 tidak dipublikasikan. Semarang. 2005
- Kresnowati, Lily. Modul Klasifikasi Tindakan II Morbiditas Coding. Semarang, 2012.
- Rustiyanto, E, *Etika Profesi Perkam Medis Informasi Kesehatan, Graha Ilmu, Cetakan Pertama, Yogyakarta, 2009*
- Shofari, Bambang. Pengelolaan Sistem Rekam Medis 1 & 2. Semarang, 2004. (tidak dipublikasika)
- Shofari, Bambang. Pengelolaan Sistem Rekam Medis Kesehatan, Semarang. 2004
- Sunny Ummul, Firdaus, *Rekam Medik dalam Sorotan Hukum dan Etika*, LPP UNS, 2008
- UU No 44 Tahun 2009 *tentang Rumah Sakit*