

HALAMAN PERSETUJUAN

ARTIKEL

Tinjauan Spesifisitas Penulisan Diagnosis Dan Ketepatan Kode Berdasarkan ICD-10 Pada
Pasien Jamkesmas Kasus Fraktur Di Rumah Sakit Umum Kota Semarang

Periode 2012

Disusun Oleh :

Saka Indra Pratama

D22.2009.00859

Pembimbing

Dyah Ernawati, Skep, M,kes

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya mahasiswa yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Saka Indra Pratama

Nim : D22.2009.00859

Judul : Tinjauan Spesifisitas Penulisan Diagnosis Dan
Ketepatan Kode Berdasarkan ICD-10 Pada Pasien
Jamkesmas Kasus Fraktur Di Rumah Sakit Umum
Kota Semarang Periode 2012

Pembimbing : Dyah Ernawati, Skep, M,kes

Menyatakan mengizinkan artikel saya sebagaimana tersebut diatas untuk dipublikasikan dengan mencantumkan nama pembimbing.

Demikian surat pernyataan saya ini untuk digunakan sebagaimana mestinya

Semarang, 24 Oktober 2013

(Saka Indra Pratama)

**TINJAUAN SPESIFISITAS PENULISAN DIAGNOSIS DAN KETEPATAN KODE
BERDASARKAN ICD-10 PADA PASIEN JAMKESMAS KASUS FRAKTUR DI RUMAH SAKIT
UMUM KOTA SEMARANG PERIODE 2012**

Saka Indra Pratama *), Dyah Ernawati**)

*)alumni Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

**) Staf Pengajar Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

Jl. Nakula 1 No 5-11 Semarang

Email : kutarkeren@yahoo.com

ABSTRACT

Background. Semarang city public hospital hospital type C is a class B non-education who have used the ICD-10 coding guidelines, the hospital has never conducted research on writing a review between specificity and accuracy of primary diagnosis codes based on ICD-10 in patients Jamkesmas fractures in the general hospital in Semarang period of 2012. Based on the initial survey of the 10 DRM hospitalization, researchers conducted observations get 30% incorrect code where 70% of them writing DRM nonspecific diagnosis.

Methods. This study uses cross-sectional observation method with the approach and descriptive research, while the population of this study were 174 inpatient medical record file on the case of fracture patients Jamkesmas 2012 period in order to obtain a sample of 63 files were taken using random sampling techniques.

Result. Observations principal amount of writing specific diagnoses on the patient's medical record documents Jamkesmas fractures as much as 84.12% jamkesmas medical records document cases of fracture, whereas the accuracy of disease at diagnosis code code specific document as much as 85.71%, and accuracy of disease at diagnosis code no specific major as much as 10% jamkesmas patient's medical record documents fractures.

Conclusion. The conclusion is obtained, namely, that in order to get the accuracy of disease code, not only influenced the writing of the specific primary diagnosis alone, but is also influenced by the accuracy of coding personnel and other factors that influence it, and therefore the coding clerk shall actively seek information if found diagnosis no specific major as well as a need to increase knowledge officer with coding in ICD-10 coding training. Obtained advice that is necessary to have a specific audit of coding and coding staff knowledge increased participation in the way coding training. Besides coding staff should be more active and thorough in finding information by analyzing strands other medical records.

Keywords :primary diagnosis specificity, ICD-10 disease code

PENDAHULUAN

Seiring dengan perkembangan zaman, unit rekam medis sangat diperlukan dalam berbagai pelayanan kesehatan terutama rumah sakit. Rekam medis merupakan sebuah catatan atau berkas yang berisikan sebuah perekaman mengenai hasil pengobatan pasien. Catatan tersebut berupa identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.

Rekam medis juga dapat membantu meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, tetapi hal ini perlu didukung oleh beberapa faktor, diantaranya terkait dengan perekaman data medis pasien yang informatif, lengkap dan berkesinambungan. Oleh sebab itu, unit rekam medis diharapkan mampu memberikan pelayanan dan informasi yang berkesinambungan pada pasien, dokter, dan tenaga medis.⁽¹⁾

Tidak hanya dalam segi medis saja, rekam medis juga berperan besar dalam menentukan besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien dalam kegiatan pengobatannya. Terutama biaya pengobatan yang berhubungan jasa asuransi, informasi rekam medis berupa kode penyakit sangat diperlukan informasi dan kesesuaiannya. Kode penyakit akan digunakan pihak asuransi sebagai dasar untuk mengklaim asuransi yang sudah disepakati bersama oleh pihak penyedia asuransi dan pengguna asuransi tersebut.

Koding merupakan salah satu bagian dari unit rekam medis yang fungsinya memberi kode pada diagnosa utama yang sesuai dengan aturan ICD-10. Tujuan penggunaan ICD-10 itu sendiri untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit serta faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, sedangkan manfaatnya untuk mempermudah perekaman yang sistematis, analisa, interpretasi dan perbandingan data, sedangkan dalam kegiatannya dapat mempermudah pelayanan dan penyajian informasi untuk tujuan epidemiologi umum dan manajemen kesehatan.⁽¹⁾

Dalam penggunaannya, ICD-10 kini digunakan sebagai buku pedoman standar untuk menentukan kode diagnosis utama pasien. Dalam proses coding, ICD-10 menyediakan pedoman khusus untuk menyeleksi kausa atau kondisi yang akan dikode dan proses codingnya. Aturan dan pedoman tentang seleksi kondisi atau sebab tunggal yang dipakai untuk tabulasi rutin dalam sertifikat kematian atau rekaman morbiditas ini telah diadopsi oleh WHO dalam sidang *World Health Assembly*, khususnya berkaitan dengan dengan revisi ICD. Pedoman dan aturan coding morbiditas dan mortalitas dicantumkan secara rinci dalam buku volume 2 tentang pedoman penggunaan (*instruction manual*).⁽²⁾

Salah satu penentu ketepatan kode diagnosis utama penyakit adalah spesifitas diagnosis utama, bahwa masing-masing pernyataan diagnostik harus bersifat informatif atau mudah dipahami agar dapat menggolongkan kondisi-kondisi yang ada ke dalam kategori ICD yang paling spesifik sehingga akan memudahkan penentuan rincian kode.

Rincian informasi yang disyaratkan menurut ICD-10 dapat berupa kondisi akut/kronis, letak anatomik yang detail, tahapan penyakit, ataupun komplikasi atau kondisi penyerta, penulisan diagnosis yang tidak spesifik seringkali menyulitkan koder dalam pemilihan kode penyakit yang sesuai, dan berujung pada kesalahan pengkodean (*miscoding*).⁽³⁾

Pengkodean penyakit yang tidak tepat dapat merugikan rumah sakit terutama dalam bidang mutu di unit rekam medis. Hal ini akan menyebabkan kerugian pada rumah sakit dimana klaim yang diajukan tidak dapat dipenuhi oleh pihak asuransi karena kode penyakit yang tidak tepat. Selain itu pihak pasien juga dirugikan jika pengkodean tidak sesuai dengan pelayanan kesehatan yang mereka terima.

Berdasarkan survei awal terhadap 10 DRM rawat inap, peneliti melakukan observasi mendapatkan 30 % kode tidak tepat di mana 70 % dokumen rekam medis diantaranya penulisan diagnosisnya tidak spesifik. Sehingga dalam hal ini peneliti ingin mendeskripsikan

spesifitas penulisan diagnosis dan ketepatan kode berdasarkan ICD-10 pada pasien Jamkesmas Rumah Sakit Umum Kota Semarang .

Mengingat pentingnya hubungan antara spesifisitas diagnosis dengan ketepatan kode terhadap kode diagnosis yang akan dihasilkan, dan sebagai salah satu tolak ukur untuk kontrol kualitas di bagian koding unit Rekam Medis maka dalam penulisan tugas akhir ini, peneliti ingin membahas tentang Tinjauan Spesifisitas Penulisan Diagnosis Dan Ketepatan Kode Berdasarkan ICD-10 Pada Pasien Jamkesmas Kasus Fraktur Di Rumah Sakit Umum Kota Semarang Periode 2012.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang telah dilakukan serta pengamatan yang telah dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Kota Semarang telah dihasilkan data-data sebagai berikut :

1. Spesifitas Diagnosis Utama

Dari 63 sampel yang diambil, diketahui bahwa penulisan diagnosis utama yang spesifik (87,71 %) dan diagnosis yang tidak spesifik (14,29%). Penulisan diagnosis utama yang tidak spesifik disebabkan oleh berbagai faktor seperti kurangnya waktu dokter untuk menulis diagnosis dan beban kerja yang banyak sehingga menyebabkan masalah lain seperti tulisan dokter yang tidak terbaca dengan jelas oleh petugas. Kurangnya pemahaman dokter mengenai penulisan diagnosis seperti yang diisyaratkan ICD-10 juga mempengaruhi spesifikasi diagnosis. Selain itu dukungan dari petugas medis lain sangat diperlukan untuk membantu dokter dalam menulis diagnosis yang spesifik, terutama dalam mengingatkan dokter untuk melengkapi isi rekam medis.

2. Ketepatan Kode Diagnosis Utama

Dari 63 sampel yang diambil, diketahui bahwa kode diagnosis utama yang tepat (87,30%) dan diagnosis yang tidak tepat sebesar(12,70%). Tepat atau tidaknya kode diagnosis utama sangat dipengaruhi oleh penulisan diagnosis yang spesifik. Oleh sebab itu penulisan diagnosis yang diisyaratkan ICD-10 yang meliputi kondisi akut dan kronis, letak anatomik yang detail, tahapan penyakit, ataupun komplikasi dan kondisi penyerta, wajib digunakan sebagai pedoman untuk menetapkan diagnosis guna menghasilkan kode diagnosis yang tepat.

Selain itu ketelitian petugas koding dalam menganalisis lembar-lembar rekam medis rawat inap seperti anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, resume dan lembar-lembar rekam medis juga berpengaruh dalam menghasilkan kode diagnosis yang tepat dan data yang informatif.

Seperti pada kasus yang saya teliti yaitu kasus fraktur, sebagai petugas koding harus lebih teliti dalam menganalisa diagnosis fraktur . Hal-hal yang perlu diperhatikan yaitu letak anatomik yang detail, komplikasi dan keadaan fraktur tersebut apakah dengan luka terbuka atau tertutup.

3. Spesifikasi Diagnosis Utama terhadap Ketepatan Kode

Dari 63 sampel yang diambil, diketahui bahwa persentase kode tidak tepat pada diagnosis yang spesifik (90%) lebih besar daripada persentase kode tidak tepat pada diagnosis yang tidak spesifik (1,80%). Penulisan diagnosis yang lengkap dan spesifik sangat mempengaruhi ketepatan kode. Penulisan diagnosis yang spesifik akan menghasilkan kode diagnosis yang tepat sebaliknya penulisan diagnosis yang tidak spesifik akan beresiko menghasilkan kode penyakit yang tidak tepat. Oleh sebab itu penggunaan ICD-10 sangat diperlukan dalam kegiatan pengkodean diagnosis dan petugas koding wajib menguasai penggunaannya serta mampu menganalisis lembar-lembar rekam medis yang mendukung dalam kegiatan pengkodean.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian spesifisitas diagnosis utama dan ketepatan kode berdasarkan ICD-10 pada pasien jamkesmas kasus fraktur di RSUD Kota Semarang periode 2012 yang diambil secara sampel dan hasil wawancara, dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Penulisan diganosa utama dan kode pada RM1 pasien Jamkesmas kasus fraktur sudah spesifik dan tepat.
2. Untuk spesifitas penulisan diagnosis utama pada dokumen rekam medis pasien jamkesmas pada kasus fraktur didapatkan sebesar 84,12% dokumen rekam medis dengan penulisan diagnosis yang telah spesifik.
3. Untuk ketepatan kode diagnosis utama pada pasien jamkesmas pada kasus fraktur didapatkan sebesar 85,71% dokumen rekam medis dengan ketepatan kode diagnosis utama.
4. Persentase kode diagnosis utama pada pasien Jamkesmas kasus fraktur yang tidak tepat pada diagnosis yang tidak spesifik sebesar (90%) lebih besar daripada persentase diagnosis yang spesifik (1,80%).

SARAN

1. Bagi peneliti lain
Perlu adanya pengembangan penelitian selanjutnya untuk menggali faktor penyebab penulisan diagnosis utama tidak spesifik.
2. Bagi Manajemen Rumah Sakit
 - a. Perlu adanya audit terhadap koding yang ditulis secara spesifik dan akurat sebagai pengawasan terhadap mutu koding ICD-10.
 - b. Perlu adanya peningkatan pengetahuan petugas koding dengan cara diikuti sertakan dalam pelatihan koding.

3. Bagi Petugas Koding

Petugas koding sebaiknya lebih aktif dan teliti dalam mencari informasi jika menemukan diagnosis utama yang tidak spesifik dengan menganalisis lembar-lembar RM lain.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kresnowati, Lily. Hand out KPT I General Koding Tidak dipublikasikan. Semarang. 2010.
2. Shofari, Bambang. Pengolahan Sistem Rekam Medis Kesehatan, Semarang. 2004(tidak dipublikasikan).
3. Kresnowati, Lily. Hand out KPT II Morbiditas Coding Tidak dipublikasikan. Semarang.2010.
4. Huffman, Edna K Health Information Management Physician Record Company. Borwyn. Llinois. 1999.
5. Depkes RI. Dirjen Yanmed. Pelatihan Penggunaan Klasifikasi Internasional Mengenai Penyakit Revisi X (ICD). Jakarta. 2000.
6. Mahawati , Eni. Modul Metodologi Penelitian. D III Rekam Medis Informasi Kesehatan Fakultas Kesehatan. Universitas Dian Nuswantoro Semarang (tidak dipublikasikan).
7. Dirjen Yanmed, Depkes RI. Pedoman Penegeloaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Depkes RI, Jakarta : 1997
8. Jihad, Winner. Uji Kebebasan Chi Square. Winner statistic blogspot.2008 diakses pada 2 Juli 2012
9. Rahmat. Teknik Pengambilan Sampel Simple Random Sampling.bloger.or.id 2011 diakses pada 2 Juli 2012.

