

TINJAUAN AKURASI KODE DIAGNOSA UTAMA MENURUT ICD-10 PADA DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT JALAN DI BKPM WILAYAH SEMARANG PERIODE TRIWULAN I TAHUN 2014

Risa Umi Setiawati

Abstrack

The primary diagnosis code accuracy on medical record documents provide an important influence on the information generated in the process of recording and reporting disease morbidity index in Semarang Region BKPM. Based on the initial survey found inaccuracies in the diagnosis code 20 Outpatient medical record Documents reach the 75% due to discrepancies with supporting main Diagnostics checks. Ancillary inspection results are not the reason for the consideration of establishment of the diagnosis. Researchers interested in doing research to find out the level of accuracy of the primary diagnosis code according to ICD-10 on an outpatient medical record documents in the area of Semarang BKPM quarter I in 2014. This research aims to know the primary diagnosis code accuracy review on outpatient medical Record Documents in the area of Semarang BKPM quarter I year 2014.

This research uses the observation method with cross sectional approach as well as the kind of explanatory research. the population is 100 outpatient medical record documents.

Observations the primary diagnosis code accuracy according to ICD-10 on an outpatient medical record document as much as 59 (59%) of accurate diagnosis and as many as 41 (41%) inaccurate diagnosis. In administering diagnostic code in the area of Semarang BKPM using ICD-10 volume 1 and 3, in order to produce an accurate code.

From the observations that the officers properly encode the coding. However, out of a total sample of 100 documents found the number of the appropriate diagnosis of 29 of the document and the number of inappropriate diagnosis of 71 documents. Coding clerk prefer code that is not specific because the doctor's diagnosis that the writing was not specific.

Key word : Accuracy Code, The Primary Diagnosis

PENDAHULUAN

Rumah sakit menurut SK No.983/Menkes/SKI/IX/1992 mempunyai tugas dan fungsi utama sebagai tempat pelayanan kesehatan bagi masyarakat, selain itu rumah sakit dapat digunakan sebagai pelayanan rujukan medis spesialistik yang mempunyai fungsi utama menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan

kesehatan juga berfungsi sebagai tempat pendidikan dan penelitian dan salah satu faktor yang ikut mendukung upaya tersebut adalah melalui penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit.⁽¹⁾ Rumah Sakit wajib menyelenggarakan rekam medis dan peraturan-peraturan lain yang mendukung kewajiban untuk menyelenggarakan rekam medis serta menyimpan, menjaga dan

bertanggung jawab atas kerahasiaan dokumen rekam medis pasien.

Dalam peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 269 tahun 2008 tentang rekam medis disebutkan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.⁽²⁾

Diagnosis adalah suatu penyakit atau keadaan yang diderita oleh seorang pasien yang menyebabkan seorang pasien memerlukan atau mencari dan menerima asuhan medis dan tindakan medis (*medical care*).⁽³⁾Kecepatan dan ketepatan koding dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksana yang menangani rekam medis tersebut. Tenaga medis memiliki tanggung jawab menetapkan diagnosis, kemudian tenaga rekam medis yang bertugas menetapkan kode sesuai diagnosis. Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggungjawab dokter (tenaga medis) yang terkait, tidak boleh diubah, oleh karena itu penetapan diagnosis harus spesifik sehingga dapat dikoding dengan akurat. Koding ini harus tepat dan sesuai dengan arahan yang ada pada buku ICD-10.

Balai Kesehatan Paru Masyarakat Wilayah Semarang juga telah menyelenggarakan rekam medis dan menggunakan ICD-10 sebagai pedoman dalam pelaksanaan koding penyakit. Pada Unit Rawat Jalan pemberian kode diagnosis penyakit di BKPM wilayah Semarang

didasarkan pada diagnosa utama yang terdapat pada formulir RM.2 atau lembar riwayat penyakit rawat jalan dalam dokumen rekam medis.

Berdasarkan survey awal pada bulan Mei 2014 masih ditemukan ketidakakuratan kode diagnosis pada 20 Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan di ruang filling yang mencapai 75%. Ditemukan ketidaksesuaian hasil laboratorium dan hasil radiologi dengan diagnosa utama. Hasil pemeriksaan penunjang tidak menjadi alasan pertimbangan penegakan diagnosis. Oleh karena itu peneliti bermaksud untuk meneliti tentang *“Tinjauan Akurasi Kode Diagnosa Utama Menurut ICD-10 Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan di BKPM Wilayah Semarang Periode Triwulan I Tahun 2014”*.

TUJUAN PENELITIAN

Mengetahui tinjauan akurasi kode diagnosis utama pada Dokumen Rekam Medis rawat jalan di BKPM wilayah Semarang periode triwulan I tahun 2014.

Tujuan khusus

- a. Mengetahui prosedur koding diagnosa utama Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan di BKPM Wilayah Semarang.
- b. Mengetahui diagnosis utama Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan di BKPM Wilayah Semarang.
- c. Menganalisis akurasi kode diagnosis utama pada Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan di BKPM Wilayah Semarang.
- d. Mengetahui persentase kode akurat dan tidak akurat pada Dokumen

Rekam Medis Rawat Jalan di BKPM
Wilayah Semarang.

METODE PENELITIAN

JENIS PENELITIAN DAN RANCANGAN PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *explanatory* dengan metode observasi dan pendekatan *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* merupakan suatu penelitian yang mempelajari hubungan antara faktor risiko (*independen*) dengan faktor efek (*dependen*).⁽⁷⁾

POPULASI DAN SAMPEL

Populasi pada penelitian ini adalah lembar RM-02 atau lembar riwayat poliklinik dokumen rekam medis rawat jalan pada bagian ruang filling pada tahun 2014 yaitu sebanyak 13581 DRM Rawat Jalan. Sedangkan Sampel penelitian ditetapkan 100 DRM Rawat Jalan dari 13581 DRM Rawat Jalan.

Analisis Data :

1. Menghitung prosentase kode diagnosa yang akurat dan tidak akurat dengan rumus sebagai berikut :

a. Kode akurat

$$\frac{\sum \text{kode diagnosa akurat} \times 100\%}{\sum \text{populasi yang diteliti}}$$

\sum populasi yang diteliti

b. Kode tidak akurat

$$\frac{\sum \text{kode diagnosa tidak akurat} \times 100\%}{\sum \text{populasi yang diteliti}}$$

\sum populasi yang diteliti

PEMBAHASAN

1. Tingkat Akurasi Kode Diagnosa Utama

Penulisan diagnosa utama yang spesifik akan membantu petugas koding dalam pemberian kode diagnosa utama dengan tepat dan akurat. Berdasarkan hasil penelitian pada 100 sampel Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan akurasi kode diagnosa utama menurut ICD-10 pada Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan di BKPM wilayah Semarang periode triwulan I tahun 2014 yaitu dokumen yang akurat 59 lebih besar daripada dokumen yang tidak akurat sebanyak 41.

2. Tingkat prosentase akurasi kode diagnosa utama

Jumlah prosentase kode yang tidak akurat sebesar 41% sedangkan prosentase kode yang akurat sebesar 59%. Berdasarkan hasil penelitian di BKPM Wilayah Semarang ditemukan beberapa kasus diantaranya yaitu ketidaksesuaian hasil laboratorium dan hasil radiologi dengan diagnosa utama, diagnosa yang menjadi *focus al triedment* sebagai diagnosa utama, pemeriksaan penunjang tidak menjadi alasan pertimbangan penegakan diagnosis, dokter tidak memberi terapi dan tindakan pada temuan abnormal pada hasil pemeriksaan penunjang, dokter tidak menuliskan diagnosis yang spesifik sehingga petugas koding tidak memilih kode yang spesifik. Dari total sampel 100 dokumen ditemukan jumlah diagnosis yang sesuai sebesar 29 dokumen dan jumlah diagnosis yang tidak sesuai sebesar 71 dokumen.

3. Faktor yang mempengaruhi akurasi kode diagnosa utama

a. Tenaga koding

Pengalaman kerja petugas koding yang bertugas di unit rekam medis rawat jalan di BKPM Wilayah Semarang terdapat 2 orang petugas koding yang sudah bekerja selama 2 tahun dan 5 tahun sudah berpengalaman. Pendidikan terakhir petugas koding di BKPM Wilayah Semarang adalah lulusan D III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Petugas koding di BKPM Wilayah Semarang yang bekerja selama 5 tahun pernah mengikuti pelatihan khusus dibidang koding yaitu pelatihan sesama anggota koding rekam medis di masing – masing BKPM di Indonesia. Sedangkan petugas koding yang bekerja selama setahun belum pernah mengikuti pelatihan khusus dibidang koding.

b. Tenaga medis

Tenaga medis sebagai pemberi pelayanan utama pada seorang pasien bertanggung jawab atas kelengkapan dan kebenaran data, khususnya data klinis yang tercantum dalam dokumen rekam medis. Hasil observasi di BKPM Wilayah Semarang masih ditemukan beberapa hal-hal yang menyulitkan petugas koding antara lain adalah penulisan diagnosis tidak spesifik,

ketidaksesuaian hasil pemeriksaan penunjang dengan diagnosa utama, kondisi abnormal pada hasil pemeriksaan penunjang tidak menjadi alasan pertimbangan penegakan diagnosis dan pemberian terapi.

SIMPULAN

Dari hasil penelitian dan pembahasan maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Di BKPM Wilayah Semarang sudah terdapat kebijakan instruksi kerja koding dan indeksing mencakup tenaga medis. Instruksi kerja koding dan indeksing yang telah disahkan oleh kepala BKPM Wilayah Semarang.
2. Diagnosa utama pada Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan terdiri dari berbagai macam diagnosa yang ditulis oleh dokter yaitu *principal diagnosis* (diagnosis utama) dan *other diagnosis* (diagnosis lain).
3. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sampel acak sederhana (*simple random sampling*) dengan menggunakan tabel random. Dari 100 dokumen rekam medis rawat jalan yang diteliti, didapatkan kode diagnosa utama yang akurat sebanyak 41 dokumen sedangkan yang tidak akurat sebanyak 59 dokumen.
4. Tingkat prosentase akurasi kode diagnosa utama dokumen rekam

medis rawat jalan yaitu sebanyak 25% yang akurat dan 75% tidak akurat.

SARAN

1. Direktur atau kepala BKPM Wilayah Semarang dapat membuat kebijakan tentang penulisan diagnosis utama pada dokumen rekam medis rawat jalan sesuai dengan aturan morbiditas. Untuk mempermudah petugas koding dalam pemberian kode diagnosa utama.
2. Petugas koding :
 - a. Hasil pemeriksaan penunjang penting dilihat untuk mempertimbangkan kode diagnosis yang spesifik apabila diagnosa utama yang ditulis dokter tidak spesifik.
 - b. Aturan morbiditas dan reseleksi koding morbiditas dapat digunakan petugas koding sebagai pedoman untuk melakukan seleksi ulang (reseleksi) kondisi utama yang akan dikode, meskipun tanpa merubah penulisan diagnosis.
 - c. Apabila ditemukan kondisi abnormal pada hasil pemeriksaan penunjang, petugas koding tidak boleh menuliskan kode diagnosa tanpa diagnosa dokter, sehingga perlu mengklarifikasikan kepada dokter bahwa hasil pemeriksaan penunjang bisa menjadi alasan pertimbangan penegakan diagnosis dan dapat diberikan tindakan atau terapi.
3. Dokter :

- a. Dokter sebaiknya mempertimbangkan kondisi abnormal dari hasil pemeriksaan penunjang pasien untuk mendiagnosa dan diberikan tindakan.
- b. Diagnosa yang ditulis dokter harus spesifik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Shofari, Bambang, 2004. *Pengelolaan Sistem Rekam Medis*. Semarang. (Tidak Dipublikasikan)
2. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997. *Dirjen Pelayanan Medis Pedoman Pengelolaan Rekam Medis di Rumah Sakit Indonesia*. Jakarta.
3. Kresnowati, Lily, 2005. *Hand Out ICD-10*. Semarang. (Tidak Dipublikasikan)
4. Huffman.E.K, 1994. *Health Information Management, Physician Record Company, Berwyn, Illinois*.
5. Kresnowati, Lily, 2008. *Modul KPT I General Koding*. Semarang. (Tidak Dipublikasikan)
6. Kresnowati, Lily, 2012. *Modul Klasifikasi Tindakan II Morbiditas Koding*. Semarang. (Tidak Dipublikasikan)
7. Riyanto, Agus, 2011. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta.

8. Notoatmodjo, Soekidjo, 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta.
9. Dirjen RI, Direktorat Pelayanan Medis, 2008. Peraturan Menteri Kesehatan RI no 269 / PERMENKES / PER / III / 2008, Penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit.
10. Ikatan Alumni Akademi Pererekam Kesehatan Indonusa Esa Unggul, 1999. *Pelatihan ICD-10, ICD-0, Indeks Penyakit, Paket III*. Jakarta.
11. Soejoga, 1998. *Kebijakan Departemen Kesehatan Terhadap Pengembangan Program Rekam Medis di Indonesia*. Semarang.
12. Untoro, Sis, 1998. *Mempersiapkan SDM Bagi Profesi dan Rekam Medis Informasi Kesehatan*. Semarang.
13. Depkes RI Direktorat Jendral Pelayanan Medik, 1997. *Pelatihan Penggunaan Klasifikasi Internasional Mengenai Penyakit Revisi I*. Jakarta.
14. Prosedur Tetap BKPM Wilayah Semarang, 2010. *Instruksi Kerja Koding dan Indeksing*. Semarang.
15. Depkes RI. Dirjen Yanmed, 2000. *Pelatihan Penggunaan Klasifikasi Internasional Mengenai Penyakit Revisi X (ICD-10)*. Jakarta.
16. Vicent, Gaspers. *Penarikan Contoh Acak Sederhana (Simple Random Sampling)*.
17. DepKes RI, 1999. *Pedoman Penggunaan ICD-10 Seri 1*. Jakarta.
18. World Health Organization, 2004. *International Statistical Clasification Of Diseases And Related Health Problems (ICD-10, Volume 1)*. Geneva.
19. World Health Organization, 2004. *International Statistical Clasification Of Diseases And Related Health Problems (ICD-10, Volume 2)*. Geneva.
20. World Health Organization, 2004. *International Statistical Clasification Of Diseases And Related Health Problems (ICD-10, Volume 3)*. Geneva.