

# **TINJAUAN HUBUNGAN ANTARA SPESIFISITAS DIAGNOSIS UTAMA DENGAN AKURASI KODE KASUS PENYAKIT BEDAH PERIODE TRIWULAN I TAHUN 2014**

Andreas Surya Pratama

## **Abstract**

Based on the initial survey that has been conducted on 10 samples of inpatient medical records document cases of surgical diseases in hospitals Tugurejo Semarang accurate code showed 40% and 60% code is not accurate. Of the code is not accurate 60% showed 67% specific principal diagnosis, primary diagnosis of non-specific 33%

This research use observational method with cross sectional approach and type of descriptive research, while the population were 552 inpatient medical record bundles january to march the period 2014 to obtain a sample of 85 bundles which taken with technic simple of sampel random.

The observation of the data, the result code that is 42% accurate, 58% code is not accurate. From the results obtained by writing the writing of primary diagnosis with a specific principal diagnosis code that is 48 % accurate, the primary diagnosis is not specific to accurately code is 0%, writing with a specific principal diagnosis code is not accurate is 52%, the primary diagnosis is not specific to an inaccurate code is 100 %.

Therefore obtained conclusion that to get disease accuracy code is not only need spesific primary diagnosis but is also influenced by correctness of coding officer when given of disease code. Because of that coding officer have to find information to the doctor if to find is not spesific primary diagnosis.

**Key Words : Primary diagnosis specificity, accuracy Diseases ICD-10 codes**

## **PENDAHULUAN**

Pada perkembangan jaman saat ini manusia sangat membutuhkan kesehatan secara fisik untuk dapat menunjang aktivitas hidupnya. Rumah Sakit sebagai penyelenggara kesehatan dituntut memberikan pelayanan kesehatan secara maksimal kepada

setiap orang yang hendak berobat. Dalam memberikan pelayanan kesehatan tersebut Rumah Sakit harus memperhitungkan berbagai hal secara matang, salah satu diantaranya yaitu akurasi ketepatan dalam memberikan kodefikasi penyakit. Untuk dapat mewujudkan hal tersebut maka pihak Rumah

Sakit sangat membutuhkan tenaga ahli rekam medis yang salah satu kompetensi yang dimilikinya adalah mampu melakukan kodefikasi dan klasifikasi penyakit, masalah-masalah kesehatan dan tindakan medis. Dalam mengode diagnosis pasien, petugas koding menggunakan buku ICD-10 untuk pedoman klasifikasi penyakit berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 50/MENKES/SK/I/1998 tentang Pemberlakuan Klasifikasi Statistik Internasional Mengenai Penyakit Revisi ke-Sepuluh.

Keakuratan kodefikasi penyakit memberikan pengaruh yang penting untuk proses pengindeksan penyakit dan penyusunan laporan Rumah Sakit. Apabila kode diagnosis tidak akurat maka akan berpengaruh pada jumlah kasus laporan morbiditas, laporan mortalitas dan perhitungan statistik Rumah Sakit. Keakuratan kode juga dipengaruhi oleh penulisan diagnosis yang jelas dan terbaca. Masing-masing pernyataan diagnostik harus se-informatif mungkin agar dapat menggolongkan kondisi-kondisi yang ada ke dalam kategori ICD yang paling spesifik. Penulisan diagnosis utama yang detail dan spesifik akan memudahkan penentuan rincian

kode sampai dengan karakter ke-4 atau ke-5. Rincian informasi yang disyaratkan menurut ICD-10 dapat berupa kondisi akut/kronis, letak anatomik yang ideal, tahapan penyakit, ataupun komplikasi atau kondisi penyerta. Penulisan diagnosis yang tidak spesifik akan menyulitkan koder dalam menentukan kode penyakit sehingga dapat mengakibatkan kesalahan penetapan kode (*misscoding*).

Berdasarkan survei awal yang sudah dilakukan terhadap 10 sampel dokumen rekam medis rawat inap kasus penyakit bedah di RSUD Tugurejo Semarang didapatkan hasil kode akurat 40 % dan kode tidak akurat 60 %. Dari kode tidak akurat 60 % didapatkan hasil diagnosis utama spesifik 67%, diagnosis utama tidak spesifik 33%.

Dengan pertimbangan tentang pentingnya keakuratan kode diagnosis utama khususnya pada dokumen rekam medis rawat inap, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “ Tinjauan Hubungan Antara Spesifitas Diagnosis Utama Dengan Akurasi Kode Kasus Penyakit Bedah Di RSUD Tugurejo Semarang Periode Triwulan I Tahun 2014 “

## **TUJUAN PENELITIAN**

Mendesripsikan hubungan antara spesifitas diagnosis utama dengan akurasi kode kasus penyakit bedah di RSUD Tugurejo Semarang periode triwulan I tahun 2014

### Tujuan Khusus

- a. Mengetahui data pasien kasus bedah pada triwulan I tahun 2014 berdasarkan sistem komputerisasi
- b. Mengetahui diagnosis utama pada DRM rawat inap lembar RM 1

- c. Mengetahui kode diagnosis utama pada DRM rawat inap lembar RM 1
- d. Menganalisis keakuratan kode diagnosis utama berdasarkan aturan morbiditas ICD-10
- e. Menganalisis spesifitas diagnosis utama
- f. Menganalisis hubungan keakuratan kode dengan spesifitas diagnosis utama

### **METODOLOGI PENELITIAN**

Hubungan spesifitas diagnosis utama dengan akurasi kode kasus penyakit bedah periode triwulan I tahun 202014

### **JENIS PENELITIAN DAN RANCANGAN PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan metode observasional dengan pendekatan cross sectional. Jenis penelitian adalah deskriptif yaitu mengetahui keakuratan dan ketidakakuratan kode diagnosis utama pada dokumen rekam medis. Instrumen yang digunakan adalah *check list* untuk mengetahui dan mengidentifikasi akurasi kode kasus penyakit bedah dan ICD-10 digunakan untuk mengetahui akurasi kode penyakit yang terdiri dari volume 1,2, dan 3. Dalam penelitian ini digunakan data primer yaitu data yang diperoleh secara observasi / langsung dalam dokumen rekam medis pada Lembar Ringkasan Masuk dan Keluar, Lembar Ringkasan Keluar (*Resume*), Lembar *Resume* Perawatan, Lembar Perjalanan Penyakit, Lembar Hasil Pemeriksaan Penunjang yaitu diagnosis utama dan kode penyakit bedah.

### **Populasi dan Sampel**

Populasi yaitu jumlah dokumen rekam medis rawat inap kasus penyakit bedah pada bulan Januari-Maret tahun 2014 sejumlah 552 dokumen. Jumlah sampel adalah 85 DRM kasus bedah, yang diambil secara *simple random sampling* (sampel acak sederhana), dengan menggunakan ujung pensil yang dijatuhkan di atas tabel random.

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

1. Data Pasien Kasus Bedah di RSUD Tugurejo Semarang Periode Triwulan I Tahun 2014  
Berdasarkan sistem komputerisasi yang ada jumlah pasien kasus bedah di RSUD Tugurejo Semarang periode triwulan I tahun 2014 sejumlah 552 pasien. Berdasarkan perhitungan dengan rumus sehingga diperoleh sampel 85 DRM kasus bedah dengan menggunakan teknik *simple random sampling* (sampel acak sederhana), dengan menggunakan ujung pensil yang dijatuhkan di atas tabel random.
2. Diagnosis Utama Pada DRM Rawat Inap lembar RM 1  
Diagnosis utama yang diberikan oleh dokter tercantum di lembar Ringkasan Masuk dan Keluar (RM 1). Diagnosis utama yang diamati adalah kasus penyakit bedah.
3. Kode Diagnosis Utama Pada DRM Rawat Inap Lembar RM 1  
Kode diagnosis utama ditentukan oleh seorang koder yang ditulis pada lembar Ringkasan Masuk dan Keluar (RM 1).

4. Keakuratan Kode Diagnosis Utama

bedah yang diteliti diperoleh hasil sebagai berikut :

Dari 85 sampel Dokumen Rekam Medis Rawat inap kasus penyakit

Tabel 4.1 : Tabel Akurasi Kode Kasus Penyakit Bedah di RSUD Tugurejo Semarang Periode Triwulan I Tahun 2014

Keakuratan kode	$\Sigma$ Kode Akurat dan Tidak Akurat	% Kode Akurat dan Tidak akurat
Kode Akurat	36 DRM	42 %
Kode Tidak Akurat	49 DRM	58 %
Jumlah	85 DRM	100%

Dari hasil tabel di atas dapat disimpulkan bahwa persentase kode akurat 42 % lebih kecil daripada kode tidak akurat 58 %. Hal ini menunjukkan tingkat keakuratan kode di RSUD Tugurejo Semarang belum baik.

hasil diagnosis utama spesifik 79 dokumen rekam medis, diagnosis utama tidak spesifik 6 dokumen rekam medis.

5. Spesifisitas Diagnosis Utama

Berdasarkan hasil pengamatan dari 85 sampel dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah di RSUD Tugurejo Semarang periode triwulan I tahun 2014, didapatkan

6. Hubungan Keakuratan Kode Dengan Spesifisitas Diagnosis Utama

Dari 85 sampel Dokumen Rekam Medis Rawat inap kasus penyakit bedah yang diteliti diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.2 : Tabel Hubungan Spesifisitas Diagnosis Utama Dengan Akurasi Kode Kasus Penyakit Bedah di RSUD Tugurejo Semarang Periode Triwulan I Tahun 2014

Diagnosis Utama	Kode Penyakit				Total	
	Akurat		Tidak Akurat		$\Sigma$	%
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%		
$\Sigma$ Spesifik	38	48	41	52	79	100
$\Sigma$ Tidak Spesifik	0	0	6	100	6	100

Persentase kode penyakit yang tidak akurat pada diagnosis yang tidak spesifik ( 100 % ), lebih besar

7. Faktor Penyebab Ketidakakuratan kode

Beberapa hal yang menyebabkan ketidakakuratan kode diagnosis utama kasus penyakit bedah di RSUD Tugurejo Semarang adalah sebagai berikut :

a. Diagnosis utama yang tidak spesifik.

Dokter tidak menjelaskan etiologi, letak anatomik, sifat tumor ganas atau jinak, serta komplikasi yang menyertai. Sebagai contoh dokter tidak menjelaskan etiologi ( adanya obstruction pada kasus hernia ), tidak menjelaskan letak anatomik secara spesifik ( nyeri perut kanan atas pada kasus colic abdomen ), tidak menjelaskan sifat tumor ganas atau jinak, tidak menjelaskan komplikasi yang menyertai ( adanya incarceration pada hernia scrotalis ). Hal ini akan berpengaruh pada ketidakakuratan kode yang akan diberikan oleh petugas koding.

b. Kurangnya komunikasi antara petugas koding dan dokter

Komunikasi antara petugas koding dan dokter sangatlah penting dalam rangka mewujudkan tertib administrasi di rumah sakit. Petugas koding kurang aktif dalam mencari informasi mengenai diagnosis utama yang tidak spesifik kepada dokter. Hal ini dibuktikan dari persentase diagnosis utama tidak spesifik dengan kode tidak akurat yaitu 100 %. Sehingga petugas koding harus

daripada diagnosis yang spesifik ( 52 % ).

aktif mencari informasi kepada dokter terkait, supaya dokter dapat menjelaskan diagnosis secara spesifik.

c. Petugas koding yang kurang teliti dalam memberi kode penyakit.

Hal ini dapat dibuktikan dari persentase diagnosis utama yang spesifik dengan kode tidak akurat sebesar 52 %. Sebagai contoh, misalnya petugas koding lupa mengkode diagnosis appendicitis kronik sebagai appendicitis acute. Sehingga petugas koding harus lebih teliti dalam menentukan kode. Petugas koding juga harus menganalisis lembar RM lain, selain lembar RM 1, untuk dapat mengetahui diagnosis yang spesifik sehingga dapat menentukan kode secara akurat. Petugas koding tidak mencantumkan kode morfologi pada kasus tumor, padahal hal ini sangat penting dalam pengkodean penyakit kasus tumor yang bersifat ganas.

## SIMPULAN

Berdasarkan hasil pengamatan dan pembahasan pada Bab IV maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Dari 85 sampel dokumen rekam medis rawat inap RSUD Tugurejo Semarang didapatkan hasil tingkat keakuratan kode untuk kasus penyakit bedah pada triwulan I tahun 2014 , kode akurat yaitu 42 %, kode tidak akurat 58 % . Ketidakakuratan

- kode disebabkan karena kurangnya komunikasi antara petugas koding dan dokter. Berdasarkan data yang ada persentase penulisan diagnosis utama spesifik dengan kode tidak akurat yaitu 52 %.
2. Dari 85 sampel dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah periode triwulan I tahun 2014 didapatkan hasil persentase diagnosis utama spesifik dengan kode akurat yaitu 48 %, persentase diagnosis utama tidak spesifik dengan kode akurat yaitu 0 %, persentase diagnosis utama spesifik dengan kode tidak akurat yaitu 52 %, persentase diagnosis utama tidak spesifik dengan kode tidak akurat yaitu 100 %. Hal ini menunjukkan bahwa diagnosis utama spesifik mempengaruhi besarnya persentase keakuratan kode, serta diagnosis utama tidak spesifik mempengaruhi besarnya persentase ketidakakuratan kode penyakit.
  3. Ketidakakuratan kode umumnya disebabkan oleh penulisan diagnosis utama yang tidak spesifik yang diberikan oleh dokter ( tidak menjelaskan etiologi, letak anatomik, sifat tumor ganas atau jinak serta komplikasi yang menyertai ). Tetapi ada faktor lain yaitu petugas koding yang kurang teliti dalam memberi kode penyakit tanpa menganalisis lembar RM lain selain lembar RM 1, kurangnya komunikasi antara petugas koding dan dokter, serta petugas koding yang tidak mencantumkan kode morfologi pada kasus tumor bersifat ganas.

## SARAN

1. Petugas Koding sebaiknya lebih teliti dalam memberi kode penyakit, terutama harus mencantumkan kode morfologi pada kasus tumor bersifat ganas.
2. Petugas koding sebaiknya lebih aktif mencari informasi kepada dokter apabila menemukan diagnosis utama yang tidak spesifik. Petugas koding sebaiknya tidak hanya melihat diagnosis utama pada lembar RM 1 tetapi juga harus menganalisis lembar rekam medis lain untuk mengetahui diagnosis yang spesifik, sehingga dapat menentukan kode secara akurat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, Dirjen Yanmed. *Pelatihan Penggunaan Klasifikasi International Mengenai Penyakit Revisi X ( ICD-10 )*. Jakarta. 2000
- Kresnowati Lily, Ariyani Dessi. *Modul KPT I General Koding*. Semarang. 2008. ( Tidak Dipublikasikan )
- Manangka, F. *Klasifikasi Statistik International Tentang Penyakit dan Masalah Kesehatan ( ICD-10 )*. Surabaya. 1998
- dr.Lily Kresnowati. *Modul KPT II Morbiditas Coding*. Semarang. 2010. ( Tidak Dipublikasikan )
- Shofari, Bambang. *Pengelolaan Sistem Rekam Medis Kesehatan*. Semarang. 2004 ( Tidak Dipublikasikan )
- Kresnowati, Lily. *Hand out ICD-*

10. Semarang.2005. ( Tidak  
Dipublikasikan )
- Permanasari,Indri. *Dasar – Dasar  
Ilmu Bedah*. Jakarta. 2012
- Vincent, Gaspers. Penarikan  
Contoh Acak Sederhana ( *Simple Random Sampling* )  
Departemen Kesehatan Republik  
Indonesia.*Pedoman  
Penyelenggaraan Dan  
Prosedur Rekam Medis  
Rumah Sakit  
Indonesia*.Jakarta.2006
- Shofari, Bambang. *Pengelolaan  
Sistem Rekam Kesehatan*.  
PORMIKI. Semarang. 1998
- Shofari, Bambang. *Pengelolaan  
Rekam Medis dan  
Dokumentasi Rekam Medis*.  
PORMIKI. Semarang. 2002