

ARTIKEL ILMIAH

**TINJAUAN KEAKURATAN PENETAPAN KODE DIAGNOSIS UTAMA
BERDASARKAN SPESIFIKASI PENULISAN DIAGNOSA UTAMA
PADA DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT
PERMATA MEDIKA SEMARANG PERIODE 2012**



Oleh :

DIKA BAYU SETIANTO

NIM D22.2009.00863

**PROGRAM STUDI DIII REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS DIAN NUSWANTORO
SEMARANG**

2013

TINJAUAN KEAKURATAN PENETAPAN KODE DIAGNOSIS UTAMA BERDASARKAN SPESIFIKASI PENULISAN DIAGNOSA UTAMA PADA DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PERMATA MEDIKA SEMARANG PERIODE 2012

Dika Bayu Setianto*), Kriswiharsi Kun S**)

*) Alumni Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

***) Staf Pengajar Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

Jl. Nakula I No 5-11 Semarang

E-mail : dikabayu81@yahoo.com

ABSTRACT

Permata Medika hospital Semarang is a type C hospital, that has been used ICD-10 as guidelines coding. The hospital had not conducted a study to determine the accuracy of primary diagnosis code based on specification of primary diagnosis in inpatient medical record document.

From the results of the initial survey using interviews with officers, the code is not accurate because the coder clerk serves as clerk of assembly, the number of heavy workload can lead to impaired concentration.

This research use an observational method with crosssectional approach and type of analytical research, while the population of the study were 6.553 inpatient medical record. The sample are 99 files that are retrieved by using a random sampling techniques.

The result of observations, the accuracy of the primary diagnosis code on the disease as much as 73,7 %, while the specific primary diagnosis as much as 71,7 %, and accuracy of primary, diagnosis code which was not specific 13,7 %.

Conclusion of the reseach, an accuration of disease code, do not only influenced by writing diagnosed, but also by correctness of coder and also other factor. Therefore, coder should be active in searching information when he find unspecified diagnose and also he needed to increase the knowledge by joining in training of ICD-10Coding.

Key Word:Specification of primary diagnosis, the accuracy of ICD-10 Code

PENDAHULUAN

Rekam medis bertujuan untuk menyediakan informasi guna memudahkan pengelolaan dalam pelayanan kepada pasien dan memudahkan pengambilan keputusan, manajerial (perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan, penilaian dan pengendalian) oleh pemberi pelayanan klinis dan administrasi pada sarana pelayanan kesehatan.⁽¹⁾

Dalam upaya memperoleh informasi kesehatan yang akurat, tepat waktu, dan sesuai kebutuhan dalam pengambilan keputusan, digunakanlah standar tentang pencatatan data morbiditas, dengan berpedoman pada *International Classification of Diseases 10th Revision* (ICD-10) sebagai sistem klasifikasi penyakit. Sistem klasifikasi diagnosis penyakit adalah suatu tatanan pengelompokan satuan penyakit yang disusun berdasarkan abjad dan angka yang bertujuan untuk mempermudah *retrieval* dan analisis data. Penggunaan ICD-10 ini diperkuat dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI No 50 / Menkes / SK / I / 1998 tentang perberlakuan ICD-10 tertanggal 13 Januari 1998.⁽²⁾

Dalam penggunaannya, ICD-10 kini digunakan sebagai buku pedoman standar yang digunakan oleh rumah sakit untuk menentukan kode diagnosis utama pasien. Dalam proses koding, ICD-10 menyediakan pedoman khusus untuk menyeleksi kausa atau kondisi yang akan dikode dan proses kodingnya. 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 revisi ICD.⁽³⁾⁽⁴⁾

Salah satu penentu keakuratan kode diagnosis utama penyakit, adalah spesifisitas diagnosis utama, masing-masing pernyataan diagnostik harus bersifat informatif atau mudah dipahami agar dapat menggolongkan kondisi-kondisi yang ada kedalam kategori ICD yang paling spesifik. Penulisan diagnosis yang detail dan spesifik, akan memudahkan penentuan rincian kode.

Rumah Sakit Permata Medika Semarang, merupakan rumah sakit yang telah melakukan standar pengkodean dengan menggunakan ICD-10. Namun dalam pelaksanaannya, masih dijumpai ketidakakuratan kode diagnosis utama. Dari hasil survei pendahuluan pada 20 dokumen rekam medis rawat inap yang dipilih secara acak, penulisan diagnosa yang tidak spesifik terdapat 65%, dan penulisan diagnosa yang spesifik terdapat 35%. Dari penulisan diagnosa yang tidak spesifik terdapat 61,53% kode yang akurat dan 38,47% kode yang tidak akurat, sedangkan dari penulisan diagnosa yang spesifik terdapat 85,72% kode yang akurat dan 14,28% kode yang tidak akurat.

Dari hasil survei awal dengan menggunakan wawancara dengan petugas koding didapatkan keterangan bahwa kode yang tidak akurat dikarenakan petugas koding merangkap sebagai petugas assembling, banyaknya beban kerja yang dapat mengakibatkan konsentrasi petugas menjadi terganggu.

Mengingat pentingnya spesifikasi penulisan diagnosa utama terhadap keakuratan kode diagnosa utama yang 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 tentangan “Tinjauan Keakuratan Penetapan Kode Diagnosa Utama Berdasarkan Spesifikasi Penulisan Diagnosa Utama”.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif artinya peneliti memaparkan hasil – hasil penelitian secara obyektif. Metode penelitian yang digunakan ialah observasi, maksudnya peneliti mengamati obyek penelitian secara langsung untuk memperoleh gambaran hasil sesuai dengan keadaan dilapangan. Sedangkan metode yang digunakan adalah observasi dengan pendekatan *cross sectional* yakni pengumpulan data variabel dilakukan pada saat bersamaan.⁽⁵⁾

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di unit rekam medis bagian coding dengan menggunakan 99 sampel yang diambil dari pasien rawat inap tahun 2012 penulis memperoleh hasil sebagai berikut :

1. Spesifikasi Diagnosa Utama

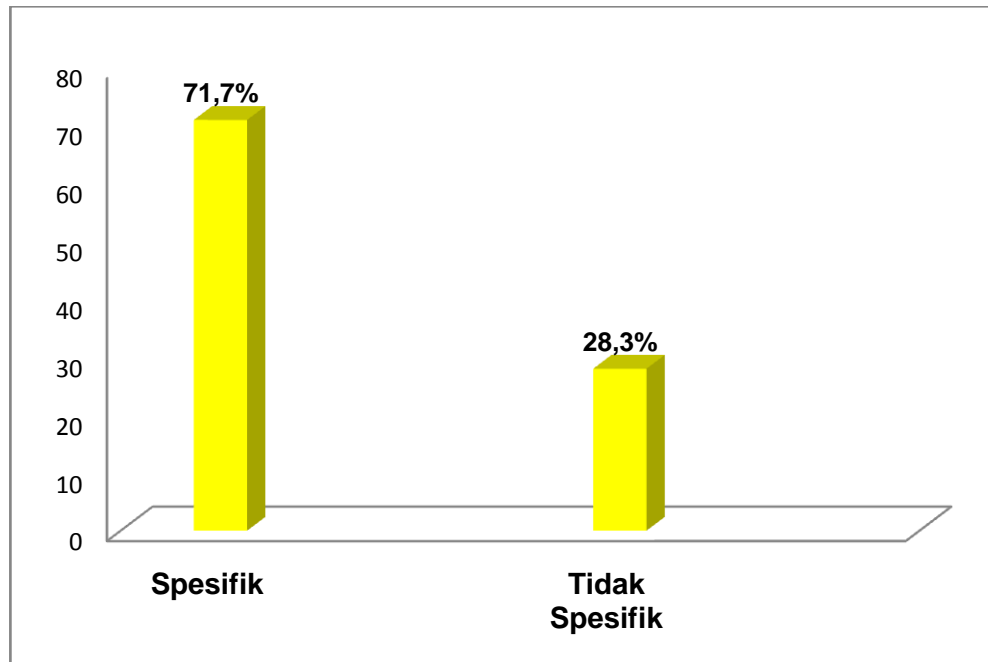
Dari 99 sampel yang diteliti diperoleh data sebagai berikut :

Tabel 4.2 : Spesifikasi Diagnosa Utama Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RS. Permata Medika Semarang periode 2012.

| Spesifikasi | Σ Diagnosa Utama |
|----------------|-------------------------|
| Spesifik | 71 |
| Tidak Spesifik | 28 |
| Jumlah | 99 |

Hasil penelitian diatas dapat diperjelas dengan gambaran grafik batang dibawah ini :

Grafik 4.2 : Spesifikasi Diagnosa Utama Dokumen Rekam Medis Rawat Inap



Dari hasil grafik diatas dapat disimpulkan bahwa penulisan diagnosa utama yang spesifik 71 (71,7%) lebih besar dari pada yang tidak spesifik 28 (28,3%).

2. Akurasi Kode Diagnosa Utama

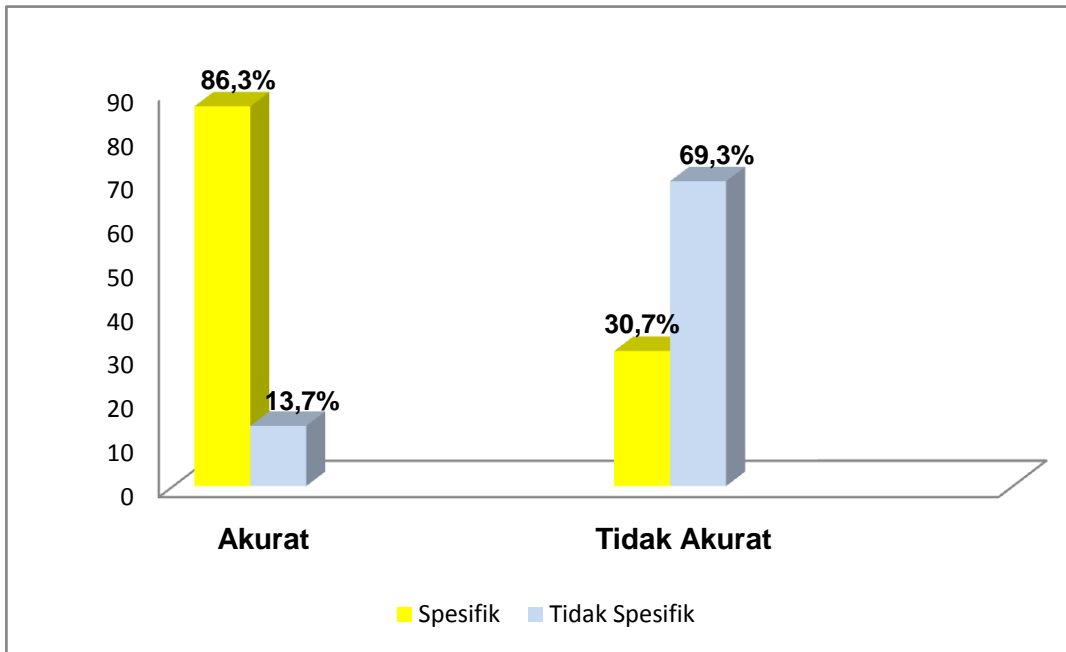
Dari 99 sampel yang diteliti diperoleh data sebagai berikut :

Tabel 4.1 : Akurasi Kode Diagnosa Utama Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RS. Permata Medika Semarang periode 2012.

| Akurasi Kode | | Σ Kode Diagnosa Utama | | Total |
|--------------|-------------------------|-----------------------|----|-------|
| Akurat | Diagnosa Spesifik | 63 | 73 | 99 |
| | Diagnosa Tidak Spesifik | 10 | | |
| Tidak Akurat | Diagnosa Spesifik | 8 | 26 | |
| | Diagnosa Tidak Spesifik | 18 | | |

Hasil penelitian diatas dapat diperjelas dengan gambaran grafik batang dibawah ini :

Grafik 4.1 : Akurasi Kode Diagnosa Utama Dokumen Rekam Medis Rawat Inap



Dari hasil grafik diatas dapat disimpulkan bahwa kode diagnosa utama yang akurat dari diagnosa spesifik 63 (86,3%) kode diagnosa utama yang akurat dari diagnosa tidak spesifik 10 (13,7%), dan kode diagnosa utama tidak akurat dari diagnosa spesifik 8 (30,7%) kode diagnosa utama tidak akurat dari diagnosa tidak spesifik 18 (69,3%).

3. Spesifikasi Diagnosa Utama terhadap Akurasi Kode Diagnosa Utama

Dari 99 sampel yang diteliti diperoleh data sebagai berikut :

Tabel 4.3 : Tabel akurasi kode penyakit pada diagnosa yang spesifik dan tidak spesifik dokumen rekam medis rawat inap berdasarkan ICD-10 di RS. Permata Medika Semarang periode 2012.

| Diagnosa Utama | | Kode Penyakit | | | |
|----------------|----------|---------------|-------|--------------|-------|
| | | Akurat | | Tidak Akurat | |
| | | Σ | % | Σ | % |
| Spesifik | Σ | 63 | 86,3% | 8 | 30,7% |
| Tidak Spesifik | Σ | 10 | 13,7% | 18 | 69,3% |
| Total | Σ | 73 | 100% | 26 | 100% |

Persentase kode tidak akurat pada diagnosa yang tidak spesifik 18 (69,3%) lebih besar dari pada persentase kode tidak akurat pada diagnosa yang spesifik 8 (30,7 %).

PEMBAHASAN

1. Spesifikasi Diagnosa Utama

Dari hasil penelitian diketahui bahwa penulisan diagnosa utama yang spesifik 71 (71,7%) dan diagnosa yang tidak spesifik 28 (28,3%). Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaksesuaian penulisan diagnosa utama terhadap ICD-10 diantaranya diagnosa utama tidak ditulis, tulisan dokter yang sulit dibaca, penggunaan singkatan dan istilah-istilah baru. Faktor-faktor yang menyebabkan seringnya diagnosa utama tidak terisi diantaranya waktu dokter yang sempit, pasien yang banyak, pasien yang datang tidak terdaftar sebelumnya, beban kerja yang banyak (dituntut kerja cepat tapi masih ditambah kerja yang lain), memakan waktu yang banyak, dokumen rekam medis sudah terdistribusi ke bagian lain akan tetapi semua itu tergantung dari masing-masing dokternya juga. Selain itu juga belum adanya kebijakan yang memberlakukan singkatan dan belum adanya kebijakan yang mengatur jalannya pengisian diagnosa utama.

Terkadang perawat ruangan juga membantu dalam hal mengkomunikasikannya dengan dokter, sehingga komunikasi antar petugas juga sangat diperlukan. Mungkin belum sepenuhnya semua petugas terkait menyadari akan pentingnya kelengkapan pengisian dokumen rekam medis khususnya RM 01 dan resume medis yang isinya mengandung informasi yang penting, karena hal ini berpengaruh terhadap mutu dan hal-hal yang terkait didalamnya.

2. Keakuratan Kode Diagnosa Utama

Dari hasil penelitian diketahui bahwa kode diagnosa utama akurat dari diagnosa yang spesifik 63 (86,3%) kode diagnosa utama yang akurat dari diagnosa tidak spesifik 10 (13,7%), dan kode diagnosa utama tidak akurat dari diagnosa spesifik 8 (30,7%) kode diagnosa utama tidak akurat dari diagnosa tidak spesifik 18 (69,3%). Kode tidak akurat tersebut disebabkan karena dokter seringkali menuliskan diagnosa utama yang kurang spesifik seperti yang diisyaratkan ICD-10 yang meliputi kondisi akut dan kronis, letak anatomik yang detail, tahapan penyakit, ataupun komplikasi dan kondisi penyerta. Seperti contoh dalam penulisan diagnosis utama Fraktur Radius pada nomor 5 (lampiran checklist), seharusnya dokter dapat menuliskan diagnosis yang lebih spesifik yaitu dengan menambahkan keterangan yang menunjukkan rincian letak fraktur sehingga kode yang dihasilkan akan lebih spesifik.

Sesuai dengan aturan morbiditas dalam ICD-10 volume 2, bahwa petugas medis yang bertanggung jawab atas pengobatan pasien harus dapat menetapkan diagnosa seinformatif mungkin sesuai ICD-10 dan disusun secara sistematis dengan menggunakan metode standar pencatatan, sedangkan petugas rekam medis bertanggung jawab untuk mengevaluasi kualitas rekam medis guna menjamin konsistensi dan kelengkapan isinya, sehingga kode penyakit yang dihasilkan akurat dan sesuai dengan aturan umum koding morbiditas ICD-10. ⁽²⁾

Selain itu ketidakakuratan kode diagnosa utama juga dikarenakan faktor-faktor lain, diantaranya yaitu karena kurang telitinya petugas koding dalam menganalisis lembar-lembar rekam medis rawat inap seperti Anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan lembar-lembar rekam medis lainnya yang dapat memberikan informasi tambahan terkait dengan diagnosa utama yang tertera dalam RM 01. Seperti contoh dalam penulisan diagnosis utama Hernia Fomoralis pada nomor 61 (lampiran checklist), seharusnya petugas coding melihat lembar pendukung seperti anamnesa agar didapatkan kode yang akurat.

Petugas coding juga lebih bergantung pada buku bantu yang dibuat sendiri. Buku ini didasarkan pada kasus yang sering terjadi terkadang tanpa menganalisis kembali dan tidak ditelusuri dengan teliti kode diagnosanya. Buku bantu yang digunakan untuk acuan mengkode tidak tertulis kode diagnosa penyakit yang spesifik, namun kenyataan di lapangan pengkodean masih menggunakan buku bantu ini sebagai acuan dan buku bantu yang digunakan untuk acuan mengkode dari tahun 2008 belum pernah ada pembaharuan.

Petugas masih mengalami kesulitan dalam kegiatan mengkode, hal ini dikarenakan petugas koding juga merangkap sebagai petugas assembling yang mengakibatkan beban kerja menjadi meningkat. Dilihat dari segi pendidikan petugas koding sudah DIII rekam medis tetapi pengalaman kerja petugas yang masih kurang sehingga masih merasa kesulitan dalam mengkode.

3. Spesifikasi Diagnosa Utama terhadap Keakuratan Kode

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa kode tidak akurat pada diagnosa yang tidak spesifik 18 (69,3%) lebih besar dari pada persentase kode tidak akurat pada diagnosa yang spesifik 8 (30,7%). Ketidakakuratan kode diagnosis utama pada RM 1 dikarenakan penulisan diagnosa yang tidak lengkap, penggunaan singkatan yang tidak standar atau tidak sesuai kesepakatan dan diagnosa yang tidak ditulis pada RM 1, hal ini menunjukkan bahwa pada penulisan diagnosa utama yang tidak spesifik akan

menghasilkan kode diagnosa utama yang tidak akurat yang lebih besar dibandingkan dengan penulisan diagnosa utama yang spesifik. Untuk mendapatkan persentase kode yang lebih akurat, sebaiknya dalam pengkodean diagnosa utama dilaksanakan berdasarkan ketentuan yang terdapat pada ICD-10 sehingga data yang didapatkan akurat.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat disimpulkan :

1. Untuk spesifikasi penulisan diagnosa utama pada dokumen rekam medis rawat inap didapatkan sebesar 71 (71,7%) dokumen rekam medis penulisan diagnosa yang spesifik, dan 28 (28,3%) dokumen rekam medis dengan penulisan diagnosa yang tidak spesifik. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaksesuaian penulisan diagnosa utama terhadap ICD-10 diantaranya diagnosa utama tidak ditulis, tulisan dokter yang sulit dibaca, penggunaan singkatan dan istilah-istilah baru. Faktor-faktor yang menyebabkan seringnya diagnosa utama tidak terisi diantaranya waktu dokter yang sempit, pasien yang banyak, pasien yang tidak terdaftar sebelumnya, beban kerja yang banyak dan belum adanya kebijakan yang memberlakukan singkatan dan belum adanya kebijakan-kebijakan yang mengatur jalannya pengisian diagnosis utama.
2. Persentase kode penyakit yang akurat adalah pada diagnosa utama akurat dari diagnosa yang spesifik 63 (86,3%) kode diagnosa utama yang akurat dari diagnosa tidak spesifik 10 (13,7%), dan kode diagnosa utama tidak akurat dari diagnosa spesifik 8 (30,7%) kode diagnosa utama tidak akurat dari diagnosa tidak spesifik 18 (69,3%). Penyebab kode tidak akurat karena dokter seringkali menuliskan diagnosa utama yang kurang spesifik seperti yang diisyaratkan ICD-10 yang meliputi kondisi akut dan kronis, letak anatomik yang detail, tahapan penyakit ataupun komplikasi dan kondisi penyerta dan petugas coding juga lebih bergantung pada buku bantu yang dibuat sendiri.
3. Persentase kode penyakit yang akurat pada diagnosa utama yang spesifik adalah sebesar 63 (86,3%) dokumen rekam medis rawat inap, dan persentase kode penyakit yang akurat pada diagnosa yang tidak spesifik adalah sebesar 10 (13,7%) dokumen rekam medis rawat inap.

Saran

1. Untuk Manajemen Rumah Sakit
 - a. Perlu peningkatan kualitas SDM melalui pelatihan atau pembelajaran tentang pengkodean diagnosis utama untuk menambah pengetahuan dan keterampilan coder.
 - b. Perlu adanya audit terhadap koding yang ditulis secara spesifik dan akurat sebagai pengawasan terhadap mutu koding ICD-10.
 - c. Meningkatkan evaluasi di setiap bagian dengan membuat kebijakan agar dapat lebih terkontrol dan menghasilkan mutu yang berkualitas.
2. Untuk Tenaga Rekam Medis
 - a. Petugas koding sebaiknya lebih aktif dan teliti dalam mencari informasi jika menemukan diagnosa utama yang tidak spesifik dengan menganalisis lembar-lembar RM lain, atau jika perlu menanyakan pada dokter yang menuliskan diagnosa.
3. Untuk Peneliti Lain
 - a. peneliti lain, perlu adanya pengembangan penelitian selanjutnya untuk menggali faktor penyebab penulisan diagnosa utama tidak spesifik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI, Dirjen Yanmed. Pedoman Pengolahan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. DepKes RI, Jakarta. 1997.
2. Kresnowati, Lily. Hand out KPT I General Koding Tidak dipublikasikan. Semarang. 2010.
3. Kresnowati, Lily. Hand out KPT II Morbiditas Koding Tidak dipublikasikan. Semarang. 2010.
4. Depkes RI, Dirjen Yanmed. Pelatihan Penggunaan Klasifikasi International Mengenai Penyakit Revisi X (ICD-10). Jakarta. 2000.
5. Mahawati, Eni. Modul Metodologi Penelitian. D III Rekam Medis Informasi Kesehatan Fakultas Kesehatan. Universitas Dian Nuswantoro Semarang (tidak dipublikasikan).