

**KETEPATAN PENGODEAN DIAGNOSA UTAMA PENYAKIT PADA REKAM
MEDIS PASIEN RAWAT INAP JKN (JAMINAN KESEHATAN NASIONAL) DI RSI
SITI RAHMAH PADANG TAHUN 2016**

Oleh:

Oktamianiza, SKM, M.Kes

ABSTRAK

Rekam medis yang berkualitas dapat dilihat dari diagnosa yang dituliskan oleh dokter hingga didapatkan kode diagnosa yang tepat. Kegiatan pengodean adalah kegiatan yang paling penting bagi rumah sakit. Dimana kegiatan pengodean merupakan pengklasifikasian hasil diagnosa pasien dan akhirnya memudahkan dalam penentuan tarif atau biaya pelayanan pasien, namun dalam pelaksanaannya masih terdapat kesalahan. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai ketepatan pengodean diagnosa utama penyakit pasien yang bertujuan untuk mengetahui dan menambah wawasan peneliti dalam pelaksanaan pengodean diagnosa utama penyakit pasien. Dalam hal ini peneliti melakukan penelitian di RSI Siti Rahmah Padang. Rumah Sakit Islam Siti Rahmah Padang adalah rumah sakit yang melakukan pelayanan kesehatan secara paripurna dan merupakan rumah sakit swasta dengan peralatan medis terlengkap di wilayah Sumatera Barat.

Penelitian ini dilakukan di RSI Siti Rahmah Padang Dari Bulan Desember s/d Mei 2016 dan pengambilan data pada tanggal 14 s/d 19 Mei 2016. Dengan jumlah populasi 2010 rekam medis, sampel 100 dengan teknik pengambilan sampel *systematic random sampling*. Penelitian ini dilaksanakan dengan cara observasi menggunakan tabel ceklis untuk mengetahui kejelasan penulisan diagnosa utama, kelengkapan diagnosa utama, ketepatan diagnosa utama, dan ketepatan pengodean diagnosa utama penyakit pada rekam medis pasien rawat inap JKN.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejelasan penulisan diagnosa utama tidak jelas sebanyak 29 (29,0%), kelengkapan penulisan diagnosa utama tidak lengkap sebanyak 18 (18,0%), ketepatan diagnosa utama tidak tepat sebanyak 24 (24,0%), dan ketepatan kode diagnosa utama tidak tepat sebanyak 48 (48,0%). Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa ketepatan pengodean diagnosa utama penyakit pasien masih kurang baik, maka peneliti menyarankan bahwa petugas koding harus aktif dan teliti dalam pengodean diagnosa utama pasien agar menghasilkan pelaporan yang baik sehingga mutu rumah sakit menjadi lebih baik kedepannya.

Kata Kunci : Pengodean, Rekam Medis, JKN, Kejelasan dan Kelengkapan

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan menghadapi banyak tantangan, termasuk peningkatan usia harapan hidup yang cenderung mengubah pola penyakit populasi, kebutuhan pemeliharaan sumber daya kesehatan yang tersedia, peningkatan IPTEK kedokteran. Menghadapi tantangan ini, organisasi pelayanan kesehatan harus mampu mengoperasikan sistem pelayanan secara efisien dan efektif, dengan memanfaatkan data medis dan ilmu pengetahuan yang mutakhir, dalam kebutuhan konsumen. Untuk menjawab kebutuhan ini, diperlukan keseragaman perbendaharaan istilah yang digunakan dalam pengembangan sistem informasi di fasilitas pelayanan, agar keluaran sistem secara bersama di tingkat nasional, regional, ataupun internasional (Gemala Hatta, 2008).

Undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit sangat berkaitan dengan penyelenggaraan rekam medis, karena rekam medis merupakan penunjang baik atau buruknya pelayanan kesehatan. Hal-hal yang menjadi latar belakang perlunya dibuat rekam medis adalah untuk mendokumentasikan semua kejadian yang berkaitan dengan kesehatan pasien serta

menyediakan media komunikasi diantara tenaga kesehatan. Catatan medis yang awalnya tidak ada (kurang lengkap) ditingkatkan menjadi lebih baik dengan nama dokumen medis.

Kemudian ditingkatkan lagi menjadi rekam medis atau rekam kesehatan sebagai pengganti istilah *medical records* (Sunny, 2008). Permenkes RI No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis pada pasal 1, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Setiap rumah sakit harus membuat rekam medis baik itu rekam medis rawat jalan maupun rekam medis rawat inap. Rekam medis juga berguna sebagai bukti tertulis atas tindakan-tindakan pelayanan terhadap seseorang pasien, juga mampu melindungi kepentingan hukum bagi pasien yang bersangkutan, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya, apabila dikemudian hari terjadi suatu hal yang tidak diinginkan menyangkut rekam medis itu sendiri (Gemala Hatta, 2008).

Penulisan diagnosa dokter yang sulit dibaca akan berpengaruh terhadap informasi yang dihasilkan, karena adanya ketidaklengkapan data yang disajikan sehingga dapat berdampak terhadap kualitas informasi dan ketepatan kode, selain itu berdampak bagi rumah sakit adalah sistem pembayaran. Kualitas data terkode merupakan hal penting bagi kalangan tenaga personal manajemen informasi kesehatan. Ketepatan data diagnosis sangat krusial dibidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan (Gemala Hatta, 2008). Pemberian kode adalah penggunaan huruf dan angka atau kombinasi angka yang mewakili komponen data. Kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada di dalam rekam medis harus di kode dan selanjutnya di indeks agar memudahkan pelayanan data penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen, dan riset bidang kesehatan. Sejak tahun 1993 WHO mengharuskan negara anggotanya termasuk indonesia menggunakan klasifikasi penyakit revisi-10 (*ICD-10, International Statistical Clasification Diseases And Related Health Problem 10 Revision*), menggunakan kode kombinasi yaitu menggunakan abjad dan angka (*Alpha Numeric*).

Kecepatan dan ketepatan pemberian kode dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksanaan yang menangani rekam medis tersebut yaitu, diagnosis yang kurang spesifik, keterampilan petugas koding dalam memilih kode, tulisan dokter yang sulit dibaca, dan tenaga kesehatan lainnya (Depkes RI, 2006).

Berdasarkan survei awal dan wawancara dengan salah satu petugas rekam medis tanggal 17 Desember 2015, RSI Siti Rahmah beralamatkan di Jln. Bypass KM. 15 Aie Pacah Padang. RSI Siti Rahmah Padang merupakan salah satu rumah sakit swasta yang melaksanakan pelayanan kesehatan secara Paripurna dan merupakan rumah sakit swasta dengan peralatan medis terlengkap di wilayah Sumatera Barat. Jumlah pasien yang bekunjung rata - rata 500 orang per hari dan petugas rekam medisnya terdiri dari 19 orang yaitu 13 orang tamatan Ahli Madya rekam medis, dan 6 orang tamatan SMA. Penulis menemukan masalah ketidaktepatan pengodean diagnosa utama pada rekam medis pada berkas rawat inap pasien JKN. Hasil wawancara dengan salah satu petugas pengodean, mengatakan bahwa ketidaktepatan dalam pengodean diagnosa utama tersebut dikarenakan ketidakjelasan dari penulisan diagnosa utama penyakit, adanya singkatan-singkatan baru yang digunakan oleh dokter serta ketidakkonsistenan dokter dalam penetapan diagnosa utama penyakit pasien antara lembaran RM 1 dengan lembaran RM 2 dan RM 3c.

Pada tanggal 15 Maret 2016 penulis melakukan survei lanjutan dengan melakukan observasi pada 20 rekam medis rawat inap pasien JKN, ditemukan sebanyak 2 (10%) rekam medis dengan tidak ditulis diagnosa pasien pada lembaran RM 1, 5 (25%) rekam medis yang tidak dituliskan kode diagnosa, 4 (20%) rekam medis yang tidak tepat pengodeannya. Contoh pengodean yang tidak tepat seperti pre-eclampsia berat dikode dengan O14.9 seharusnya pre-eclampsia berat dikode dengan O14.1. Pemberian kode diagnosa petugas hanya melihat pada rekapan kode penyakit tetapi tidak mengecek kembali kebenarannya pada ICD-10.

Jika diagnosa utama pasien tidak jelas atau tidak diisi oleh dokter maka akan

timbul keraguan terhadap petugas koding atas kebenaran kodenya, sehingga akan terjadi kesalahan dalam penetapan kode diagnosa utama penyakit pasien JKN sewaktu petugas melakukan pengindeksan dan pengentrian kode penyakit pasien, hal demikian juga akan mempengaruhi pelaporan yang akan dihasilkan, serta pada tarif atau biaya yang dikeluarkan oleh pasien dan menyebabkan kerugian pada rumah sakit.

Berdasarkan permasalahan diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Ketepatan Pengodean Diagnosa Utama penyakit Pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) Di RSI Siti Rahmah Padang Tahun 2016”.

METODE

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui ketepatan pengodean diagnosa utama penyakit pada rekam medis pasien rawat inap JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) di RSI Siti Rahmah Padang tahun 2016. Penelitian ini dilakukan pada bulan Desember s/d Mei 2016 dan pengambilan data pada tanggal 14 s/d 19 Mei 2016. Penelitian ini dilakukan dengan cara observasi menggunakan tabel ceklis pada 100 rekam medis pasien rawat inap JKN untuk melihat kejelasan penulisan diagnosa utama, kelengkapan penulisan diagnosa utama, ketepatan diagnosa utama serta ketepatan pengodean diagnosa utama. Sampel dalam penelitian ini adalah rekam medis pasien rawat inap JKN. Teknik pengambilan sampel yaitu *systematic sampling* (pengambilan sampel secara acak sistematis).

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dari bulan Desember s/d Mei 2016 dengan pengambilan data pada tanggal 14 s/d 19 Mei 2016 di RSI Siti Rahmah Padang hususnya pada rekam medis pasien rawat inap JKN (Jaminan Kesehatan Nasional). Jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 100 rekam medis. Data yang terkumpul dianalisa secara univariat yang terdiri dari variabel distribusi frekuensi kejelasan penulisan diagnosa utama penyakit, kelengkapan penulisan diagnosa utama penyakit, ketepatan diagnosa utama penyakit dan ketepatan pengodean diagnosa utama penyakit pasien JKN di RSI Siti Rahmah Padang Tahun 2016. Hasil penelitian dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

1. Kejelasan Penulisan Diagnosa Utama Penyakit Pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap JKN di RSI Siti Rahmah Padang Tahun 2016

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 100 rekam medis pasien rawat inap JKN diperoleh hasil presentasi kejelasan penulisan diagnosa utama pasien sebagai berikut :

Tabel 1

Kejelasan Penulisan Diagnosa Utama Penyakit Pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap JKN di RSI Siti Rahmah Padang Tahun 2016

Variabel	<i>f</i>	%
Jelas	71	71
Tidak Jelas	29	29
Total	100	100

Berdasarkan tabel 1, diketahui bahwa kurang dari separuh (29,0%) kejelasan penulisan diagnosa utama pada rekam medis pasien rawat inap JKN tidak jelas.

2. Kelengkapan Penulisan Diagnosa Utama Penyakit Pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap JKN di RSI Siti Rahmah Padang Tahun 2016

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 100 rekam medis pasien rawat inap JKN diperoleh hasil presentasi kelengkapan penulisan diagnosa utama pasien sebagai berikut :

Tabel 2
Kelengkapan Penulisan Diagnosa Utama Penyakit Pada Rekam Medis
Pasien Rawat Inap JKN di RSI Siti Rahmah
Padang Tahun 2016

Variabel	<i>f</i>	%
Lengkap	82	82
Tidak Lengkap	18	18
Total	100	100

Berdasarkan tabel 2, diketahui bahwa sebagian kecil (18,0%) kelengkapan penulisan diagnosa utama penyakit pada rekam medis pasien rawat inap JKN diisi tidak lengkap.

3. Ketepatan Diagnosa Utama Penyakit Pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap JKN di RSI Siti Rahmah Padang Tahun 2016

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 100 rekam medis pasien rawat inap JKN diperoleh hasil presentasi ketepatan diagnosa utama pasien sebagai berikut

Tabel 3
Ketepatan Diagnosa Utama Penyakit Pada Rekam Medis Pasien
Rawat Inap JKN di RSI Siti Rahmah

Variabel	<i>f</i>	%
Tepat	76	76
Tidak Tepat	24	24
Total	100	100

Berdasarkan tabel 3, diketahui kurang dari separuh (24,0%) ketepatan diagnosa utama penyakit pada rekam medis pasien rawat inap JKN tidak tepat.

4. Ketepatan Pengodean Diagnosa Utama Penyakit Pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap JKN di RSI Siti Rahmah Padang Tahun 2016

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 100 rekam medis pasien rawat inap JKN diperoleh hasil presentasi ketepatan diagnosa utama pasien sebagai berikut :

Tabel 4
Ketepatan Pengodean Diagnosa Utama Penyakit Pada Rekam Medis
Pasien Rawat Inap JKN di RSI Siti Rahmah
Padang Tahun 2016

Variabel	<i>f</i>	%
Tepat	52	52
Tidak Tepat	48	48
Total	100	100

Berdasarkan tabel 4, diketahui bahwa kurang dari separuh (48,0%) ketepatan pengodean diagnosa utama penyakit pada rekam medis pasien rawat inap JKN tidak tepat.

PEMBAHASAN

1. Kejelasan Penulisan Diagnosa Utama Penyakit Pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap JKN di RSI Siti Rahmah Padang Tahun 2016

Hasil penelitian yang dilakukan di RSI Siti Rahmah Padang terhadap 100 rekam medis pasien rawat inap JKN dari bulan Januari sampai Maret 2016 menunjukkan bahwa masih ditemukannya penulisan diagnosa utama penyakit 71 (71,0%) sudah jelas dan 29 (29,0%) yang tidak jelas. Ketidakjelasan penulisan diagnosa menunjukkan angka lebih tinggi dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Rizqan Karima Fitri Arias di RSUD Rasidin Padang Tahun 2015 yaitu 19 (20,9%) penulisan diagnosa masih tidak jelas. Hal ini disebabkan kurangnya tanggung jawab dokter dalam menuliskan diagnosa utama pasien dengan jelas akibat dari

terburu-buru akhirnya tidak terselesaikan dengan baik penulisan rekam medis, sehingga menyulitkan petugas untuk membaca diagnosa utama yang diberikan dokter, maka hal ini akan berdampak terhadap upaya penyelesaian pekerjaan dengan baik dan berpengaruh terhadap kualitas ketepatan kode diagnosa penyakit yang diberikan.

Penulisan diagnosa sulit terbaca akan berpengaruh terhadap informasi yang dihasilkan, karena adanya ketidaklengkapan data yang disajikan sehingga dapat berdampak terhadap kualitas informasi dan ketepatan kode, selain itu juga berdampak terhadap rumah sakit yaitu dalam hal sistem pembayaran. Kualitas data terkode merupakan hal penting bagi kalangan tenaga personal manajemen informasi kesehatan. Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter yang terkait tidak boleh diubah, oleh karenanya diagnosis yang ada dalam rekam medis harus diisi lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada ICD-10. Ketepatan data diagnosis sangat krusial dibidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2006).

Berdasarkan hasil penelitian, maka untuk mengurangi ketidakjelasan penulisan diagnosa pada rekam medis, sebelum kode ditetapkan, perlu dilakukan dengan cara petugas koding menanyakan atau meminta penjelasan kepada dokter yang membuat diagnosis tersebut. Jika petugas tidak bisa menemukan dokter yang bersangkutan, maka petugas bisa mendiskusikan diagnosa tersebut kepada dokter penanggung jawab sebelum diajukan langsung kepada dokter yang bersangkutan. Cara lain yang dilakukan petugas koding dengan menelusuri diagnosa yang telah ditulis dokter dan melihatnya pada data dasar (resume pasien), agar petugas koding tahu kejelasan diagnosa yang ditulis dokter. Teori juga menjelaskan bahwa setiap pasien yang telah selesai mendapatkan pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap, maka dokter yang memberikan pelayanan harus segera membuat diagnosis akhir dengan jelas (Depkes RI, 2006)

2. Kelengkapan Penulisan Diagnosa Utama Penyakit Pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap JKN di RSI Siti Rahmah Padang Tahun 2016

Hasil penelitian yang didapatkan tentang kelengkapan penulisan diagnosa utama pada rekam medis rawat inap pasien JKN pada 100 rekam medis sebesar 82 (82,0%) penulisan diagnosa utama sudah lengkap dan 18 (18,0%) yang belum lengkap penulisan diagnosa utama. Meskipun demikian masih terdapatnya penulisan diagnosa yang disingkat seperti GEA (*Gastroenteritis Akut*). Singkatan tersebut mempunyai kepanjangan yang sudah sesuai dengan penulisan diagnosa yang terdapat pada ICD-10 dan spesifik dan dapat diidentifikasi. Namun adakalanya singkatan-singkatan tersebut tidak sesuai dengan ICD-10 dimana singkatan tidak dijelaskan lebih lanjut diagnosanya seperti TB paru yang tidak dijelaskan penyebabnya yaitu antar dengan (*with*) ataupun tanpa (*without*) bakteri atau histologi. Maka penulis yang sebenarnya yaitu TB Paru *mention with bacteriological or hystological confirmation* atau TB Paru *mention without bacteriological or hystological confirmation*. Penelitian kelengkapan penulisan diagnosa dengan hasil 82 (82,0%) menunjukkan lebih tinggi dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Rizqan Karima Fitri Arias di RSUD Rasidin Padang Tahun 2015 yaitu 65 (71,4%) penulisan diagnosa sudah lengkap.

Ketidaklengkapan pengisian rekam medis mempengaruhi mutu pelayanan rekam medis dan berdampak pada kesinambungan pelayanan dan keselamatan pasien karena belum tergambarnya tanggung jawab dokter dalam informasi rekam medis. Ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis oleh dokter yang melakukan tindakan medis dapat disebabkan rendahnya motivasi atau kinerja dokter dalam melaksanakan pekerjaannya.

Berdasarkan hasil penelitian ketidaklengkapan penulisan diagnosa disebabkan oleh kurangnya kepedulian dokter dalam menuliskan diagnosa dengan lengkap serta dokter yang terburu-buru dalam menangani seorang pasien pada saat kegiatan pengobatan. Pendapat peneliti juga didukung oleh pendapat Izha Sukma Rahmadhani (2008) dalam jurnalnya "*Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Dalam Batas Waktu Perlengkapan Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta*" menyatakan bahwa "faktor yang menyebabkan terjadinya ketidaklengkapan penulisan diagnosa penyakit

pasien pada rekam medis dapat dilihat dari dua aspek antara lain, aspek sumber daya manusia dan aspek prosedur pelaksanaannya. Aspek sumber daya manusia terlihat dari tingkat kedisiplinan dokter dalam pengisian diagnosa penyakit pada dokumen rekam medis. Sedangkan aspek prosedur pelaksanaannya terlihat dari prosedur tetap pengelolaan dokumen rekam medis, dokumen rekam medis yang tidak lengkap harus dikembalikan melebihi batas waktu 2x24 jam”.

Diagnosa yang tidak lengkap dan tidak jelas pada rekam medis pasien akan mempengaruhi ketepatan suatu kode. Bila pengodean diagnosis penyakit ditulis tidak benar dan tidak lengkap bahkan tidak ditulis (terdapat kekosongan) maka dapat menyebabkan kesulitan dalam proses selanjutnya yaitu proses pengindeksan akan mencerminkan kekurangan serta data yang dihasilkan tidak akurat dalam penyajian statistik dan laporannya (Gemala Hatta, 2008) Menurut peneliti salah satu upaya untuk mengurangi ketidaklengkapan penulisan diagnosa, dokter sebagai penegak diagnosis agar dapat menuliskan diagnosa dengan lengkap dan spesifik sehingga dapat diidentifikasi. Untuk penggunaan singkatan pada penulisan diagnosa maka perlu penjelasan makna dari singkatan tersebut oleh dokter kepada petugas koder, sehingga perbedaan atau pengertian singkatan tersebut dapat dihindari dan penetapan kode diagnosa pasien lebih mudah. Apabila rekam medis pasien rawat inap dalam proses perlengkapan sudah baik, maka rumah sakit dapat mempertahankan kelengkapan dokumen rekam medis tersebut untuk pelayanan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan.

Upaya lainnya yang dapat mengurangi ketidaklengkapan penulisan diagnosa yang dilakukan menurut Izha Sukma Rahmadhani (2008) dalam jurnalnya menyatakan bahwa “peningkatan kesadaran dan kedisiplinan dokter dalam tanggung jawab pengisian diagnosa pada rekam medis. Para dokter harus mempunyai tingkat kedisiplinan yang baik dalam melaksanakan ketentuan tentang pengembalian dokumen rekam medis yang tidak lengkap untuk dilengkapi.

3. Ketepatan Diagnosa Utama Penyakit Pada Rekam Medis Rawat Inap Pasien JKN di RSI Siti Rahmah Padang Tahun 2016

Hasil penelitian tentang ketepatan diagnosa utama pada rekam medis rawat inap pasien pada 100 rekam medis sebesar 76 (76,0%) sudah tepat, dan 24 (24,0%) yang belum tepat diagnosa utamanya. Seperti, Pleura efusi (*Pleural Effusion*) sebagai diagnosa utama dan Abses Hepar (*abscess of liver*) yang diletakkan pada diagnosa sekunder, padahal anamnesa dan pemeriksaan fisik yang diterima pasien lebih menekankan pada penyakit Abses Hepar.

Ketidaktepatan dalam pemilihan diagnosa utama ini menunjukkan angka lebih rendah dari penelitian yang dilakukan oleh Dika Bayu Setianto di Rumah Sakit Permata Medika Semarang Tahun 2012 yaitu 28 (28,0%). Hal ini disebabkan oleh kurangnya kepedulian dokter dalam menuliskan diagnosa utama yang tepat dan ketidakkonsistenan dokter dalam penetapan diagnosa utama (dilihat dari lembar RM 1 dengan lembar RM 2 dan lembar RM 3c yang berbeda diagnosa pasien), dikarenakan waktu dokter yang sempit, pasien yang banyak, beban kerja yang banyak (dituntut kerja cepat tapi masih ditambah kerja yang lain), memakan waktu yang banyak.

Diagnosa utama merupakan diagnosa yang paling relevan dalam masa perawatan dan ditegakan pada akhir episode pelayanan setelah dilakukan pemeriksaan yang lebih mendalam. Penentuan diagnosa utama merupakan tanggung jawab dokter yang merawat pasien selama masa perawatan, dimana dari diagnosa yang telah ditetapkan oleh dokter merupakan salah satu peran penting dalam keakuratan kode diagnosis yang akan mempengaruhi sistem pembiayaan (Depkes RI, 2006).

Berdasarkan hasil penelitian, salah satu upaya yang harus dilakukan oleh petugas koding adalah dengan cara pro-aktif dalam meneliti atau mencari informasi mengenai diagnosa utama yang tidak tepat dengan menganalisis lembar-lembar RM lain. Jika perlu petugas koder dapat menanyakan kepada dokter yang menuliskan diagnosa. Teori juga menjelaskan apabila dokter yang merawat atau bertanggung jawab tidak dapat menetapkan keadaan utama pasien, atau

tidak mungkin memberikan penjelasan lebih lanjut maka kondisi utama baru dipilih melalui lima ketentuan / aturan (*rules*) yang disediakan dalam ICD-10 volume 2. Pemilihan *rule* yang akan diterapkan harus menjamin bahwa kondisi utama yang dipilih dan dikode menggambarkan kondisi yang dapat dipertanggungjawabkan dalam satu episode pelayanan. Pengode harus memahami dan terbiasa dengan ketentuan ini dan mampu menggunakan ketentuan Rules MB1-MB5 ini. Ada baiknya apabila dokter sebagai provider asuhan medis-klinis pasiennya juga memahami makna aturan penggunaan aturan (*rules*) terkait (Gemala Hatta, 2008)

4. Ketepatan Pengodean Diagnosa Utama Penyakit Pada Rekam Medis Rawat Inap Pasien JKN di RSI Siti Rahmah Padang Tahun 2016

Hasil penelitian yang didapatkan tentang ketepatan pengodean diagnosa utama pada rekam medis rawat inap pasien JKN pada 100 rekam medis sebesar 52 (52,0%) yang tepat dan 48 (48,0%) pengodean yang tidak tepat. Hal tersebut dikarenakan kurangnya ketelitian petugas dalam memberikan pengodean. Misalnya, pada *Pleural Effusion* petugas memberikan kode R16.0. Kode yang diberikan tidak tepat, karena kode R16.0 adalah *Hematomegaly NOS*. Kode yang tepat untuk *Pleural Effusion* adalah J90.

Penelitian ketidaktepatan pengodean diagnosa utama dengan hasil 48 (48,0%) menunjukkan lebih tinggi dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Rizqan Karima Fitri Arias di RSUD Rasidin Padang Tahun 2015 yaitu 26 (28,6%) masih tidak tepat. Sedangkan ketepatan kode sangat penting bagi rumah sakit seperti proses pengindeksan, penyajian statistik laporan serta pembiayaan. 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. Faktor lain yang menyebabkan ketidaktepatan kode diagnosa pasien adalah karena petugas yang melakukan pengodean diagnosa merangkap dengan tugas lainnya seperti assembling dan indeks, sehingga kurangnya ketelitian petugas dalam melakukan pengodean diagnosa utama pasien. Dan sebab lainnya juga dikarenakan petugas yang masih menggunakan pedoman pengkodean yang dibuat sendiri di *Microsoft Excel*. Pedoman ini digunakan berdasarkan kasus-kasus yang sering terjadi terkadang tanpa menganalisis dan tidak ditelusuri kembali kebenarannya pada ICD-10.

Kepastian diagnosa dan ketepatan kode sangat diperlukan agar informasi morbiditas dan mortalitas relevans sehingga dapat dipertanggungjawabkan dengan memaparkan kualitas fakta, sehingga memungkinkan retrieval informasinya dapat memenuhi kebutuhan manajemen pasien, edukasi, riset, ataupun kebutuhan pihak ketiga yang lebih luas dan mampu melindungi kepentingan provider pelayanan (dokter), pemilik institusi ataupun pasien sendiri sebagai konsumen pelayanan (Mayang Anggaraini, 2004).

Kode yang akurat akan mampu menekan resiko manajemen, kode pasien dianggap akurat apabila sesuai dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan (Mayang Anggaraini, 2004). Kode pada pasien dianggap akurat bila itu sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan (Mayang Anggraini, 2004). Kualitas data terkode merupakan hal penting bagi kalangan tenaga personal manajemen informasi kesehatan, fasilitas asuhan kesehatan, dan para profesional manajemen informasi kesehatan. Ketepatan data diagnosis sangat krusial di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan (Gemala Hatta, 2008).

Berdasarkan Hasil penelitian ketidaktepatan kode diagnosa utama maka upaya yang dapat dilakukan yaitu diharapkan petugas rekam medis sebagai pemberi kode diagnosa lebih teliti dalam memberikan kode diagnosa maupun kode tindakan pasien dan petugas juga harus mencek lagi kebenaran kodenya pada ICD-10, dan bagi pihak rumah sakit khususnya bagian rekam medis melakukan restrukturisasi supaya pembagian tugas yang diberikan sesuai dengan beban kerja masing-masing petugas rekam medis, serta perlunya pelatihan koding untuk

petugas yang tamatan SMA agar tercapainya ketepatan kode yang baik dan juga dapat menghasilkan pelaporan yang baik sehingga mutu rumah sakit menjadi lebih baik kedepannya.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Dari hasil penelitian di RSI Siti Rahmah Padang Tahun 2016, maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Kurang dari separuh yaitu 29 (29,0%) penulisan diagnosa utama pada rekam medis pasien rawat inap JKN yang tidak jelas.
2. Sebagian kecil yaitu 18 (18,0%) penulisan diagnosa utama pada rekam medis pasien rawat inap JKN yang tidak lengkap.
3. Kurang dari separuh yaitu 24 (24,0%) ketepatan diagnosa utama pada rekam medis pasien rawat inap JKN tidak tepat.
4. Kurang dari separuh yaitu 48 (48,0%) pengodean diagnosa utama pada rekam medis pasien rawat inap JKN tidak tepat.

Saran

Penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mengurangi ketidakjelasan penulisan diagnosa utama pada rekam medis pasien, perlu dilakukan dengan cara petugas koding menanyakan atau meminta penjelasan kepada dokter yang membuat diagnosis tersebut. Jika petugas tidak bisa menemukan dokter yang bersangkutan, maka petugas bisa mendiskusikan diagnosa tersebut kepada dokter penanggung jawab sebelum diajukan langsung kepada dokter yang bersangkutan. Cara lain yang dilakukan petugas koding dengan menelusuri diagnosa yang telah ditulis dokter dan melihatnya pada data dasar (resume pasien), agar petugas koding tahu kejelasan diagnosa yang ditulis dokter.
2. Dokter sebagai penegak diagnosis agar dapat menuliskan diagnosa dengan lengkap dan spesifik sehingga dapat diidentifikasi. Untuk penggunaan singkatan pada penulisan diagnosa maka perlu penjelasan makna dari singkatan tersebut oleh dokter kepada petugas koder, sehingga perbedaan atau pengertian singkatan tersebut dapat dihindari dan penetapan kode diagnosa pasien lebih mudah.
3. Untuk mengurangi ketidaktepatan dalam pemilihan diagnosa utama, dengan cara pro-aktif dalam meneliti atau mencari informasi mengenai diagnosa utama yang tidak tepat dengan menganalisis lembar-lembar RM lain. Jika perlu petugas koder dapat menanyakan kepada dokter yang menuliskan diagnosa.
4. Untuk mengurangi ketidaktepatan pengodean diagnosa utama pasien, diharapkan petugas rekam medis sebagai pemberi kode diagnosa lebih aktif dan teliti dalam memberikan kode diagnosa maupun kode tindakan dan petugas harus mengecek kembali kebenaran kode diagnosa utama pasien pada ICD-10, agar tercapainya ketepatan kode yang baik dan juga dapat menghasilkan pelaporan yang baik sehingga mutu rumah sakit menjadi lebih baik kedepannya.
5. Sebaiknya pihak rumah sakit khususnya bagian rekam medis melakukan restrukturisasi supaya pembagian tugas yang diberikan sesuai dengan beban kerja masing-masing petugas rekam medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, Mayang. 2004. 2006. *Materi Pelatihan Manajemen Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan (Audit Coding)*. Jakarta : Rajawali Pers.
- Arias, Rizqan Karima Fitri. 2015. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketepatan Pengkodean Diagnosa Penyakit Pasien Rawat Inap Bangsal Penyakit Dalam RSUD Rasidin*. Padang : Program Studi DIII Rekam Medis Informasi Kesehatan Stikes Dharma Landbouw.
- Bustan, M.N. 2006. *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta : Rineka Cipta

- Erkardius, D.r. M.S.c. 2009. *Terminologi Medis I*. Padang
Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. 2006. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia Revisi II*. Jakarta : Depertemen Kesehatan RI
- Firdaus, Sunny Ummul. 2008. *Rekam Medik Dalam Sorotan Dan Etika*. Surakarta : Sebelas Maret University Press
- Hatta, Gemala R. 2008. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Universitas Indonesia
- PERMENKES RI No.269/Menkes/SK/III/2008. *Tentang Rekam Medis*. Jakarta : Menteri Kesehatan RI
- Notoatmodjo, soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Dan Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Rahmadhani, Izha Sukma. 2008. Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Dalam Batas Waktu Perlengkapan Di Rumah Sakit Umum Daerah
Dr. Moewardi. Surakarta : Apikes Mitra Husada Karanganyar [online].
- Riyanto, Agus. 2011. *Pengolahan dan Analisis Data Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Setianto, Dika Bayu. 2012. *Tinjauan Keakuratan Penetapan Kode Diagnosa Utama Berdasarkan Spesifikasi Penulisan Diagnosa Utama Pada Dokume Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Permata Medika*. Semarang : Universitas Dian Nuswantoso [online].
(http://eprints.dinus.ac.id/6595/1/jurnal_12863.pdf#page=10&zoom=auto,-73,659, diakses tanggal 17 Mei 2016)
- Siswanto, D.r. Dkk. 2011. *Metodologi penelitian kesehatan*. Yogyakarta : Buku Kesehatan STIKes Dharma Landbouw, 2015. *Pedoman Penulisan Karya Tulis Ilmiah/SKRIPSI*. Padang
- WHO, 2010. *International Statistic Classification Of Diseases and Related Health Problems (Tenth Revision) Volume I*. Geneva
- _____. 2010. *International Statistic Classification Of Diseases and Related Health Problems (Tenth Revision) Volume II*. Geneva
- _____. 2010. *International Statistic Classification Of Diseases and Related Health Problems (Tenth Revision) Volume III*. Geneva