

**HUBUNGAN PENGETAHUAN CODER DENGAN KEAKURATAN KODE
DIAGNOSIS PASIEN RAWAT INAP JAMINAN KESEHATAN
MASYARAKAT BERDASARKAN ICD-10
DI RSUD SIMO BOYOLALI**

Yeni Tri Utami

APIKES Citra Medika Surakarta

Email : yenie_03@yahoo.co.id

ABSTRAK

Tenaga rekam medis (coder) adalah tenaga rekam medis sebagai seorang pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan (Depkes, 2006). Pengetahuan akan tata cara koding serta ketentuan-ketentuan dalam ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revision) akan membuat coder dapat menentukan kode dengan lebih akurat.

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan pengetahuan coder, mendeskripsikan keakuratan kode diagnosis, dan menganalisis hubungan pengetahuan coder dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas berdasarkan ICD-10 di RSUD Simo Boyolali.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah analitik dengan pendekatan cross sectional. Jumlah sampel yang digunakan 7 responden dan 93 DRM. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner, pedoman wawancara, pedoman observasi, lembar analisis keakuratan dan ICD-10. Analisis data dengan menggunakan uji statistik Chi square $\alpha = 0,05$.

Hasil dari penelitian ini berdasarkan uji statistik Chi square hubungan antara pengetahuan coder dengan keakuratan kode diagnosis didapat hasil p value 0,030 maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan coder dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas berdasarkan ICD-10 di RSUD Simo Boyolali.

Kata kunci : Pengetahuan Coder, Keakuratan kode, Rawat inap jamkesmas

PENDAHULUAN

Rekam medis merupakan salah satu bagian yang penting di rumah sakit dalam membantu pelaksanaan pemberian pelayanan kepada pasien. Hal ini berkaitan dengan isi rekam medis yang mencakup riwayat penyakit pasien, yang meliputi beberapa hal untuk digunakan sebagai dasar pemberian pelayanan selanjutnya dan dasar penentuan diagnosis. Salah satu kegiatan yang dilakukan dibagian rekam medis adalah koding. Koding adalah kegiatan mengklasifikasikan dan memberikan kode terhadap diagnosis penyakit. Pemberian kode harus menggunakan standar identifikasi dan klasifikasi penyakit yang sesuai dengan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revision* (ICD-10), serta harus tepat dan akurat. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi ketepatan kode diagnosis ada 3 yaitu, Tenaga Medis (Dokter pemberi diagnosa), Tenaga Rekam Medis (Coder), dan Tenaga kesehatan Lainnya. (Depkes, 2006)

Tenaga rekam medis (coder) adalah tenaga rekam medis sebagai seorang pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang

sudah ditetapkan, (Depkes, 2006). Berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang sudah diterapkan sejak 2014 di seluruh rumah sakit Indonesia peran petugas *coder* sangat penting, karena berhubungan dengan adanya sistem pembiayaan model case-mix. Pembiayaan pelayanan kesehatan berbasis *Case Base Groups* (CBGs) sangat ditentukan oleh data klinis (terutama kode diagnosis dan prosedur medis) yang dimasukkan ke dalam software. Besaran klaim yang dibayarkan sangat tergantung dari kode CBGs yang dihasilkan, sehingga defisiensi dalam kualitas maupun kuantitas kode diagnosis maupun prosedur ini akan membawa dampak besar terhadap pendapatan Rumah Sakit. Maka dari itu pengetahuan *coder* akan tata cara koding serta ketentuan-ketentuan dalam ICD-10 dalam menunjang keakuratan kode diagnosis sangat diperlukan agar dapat menentukan kode dengan lebih akurat. (Kresnowati, 2013).

Rumah Sakit Umum Daerah Simo Boyolali merupakan rumah sakit milik pemerintah daerah kabupaten Boyolali yang berlokasi di Jl. Kebonijo, Kecamatan Simo Boyolali. RSUD Simo Boyolali di bagian rekam medis yang terdiri atas 7 orang petugas rekam medis sebagai pelaksana tugas di pendaftaran pasien dan di dalam unit rekam medis yakni *assembling, coding indexing, analysing reporting, dan filing*. Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya oleh Purnamasari, (2012) di RSUD Simo Boyolali dengan judul Kesesuaian Kode Klasifikasi Diagnosis Penyakit Berdasarkan ICD-10 Elektronik Terkait Klaim Asuransi Pasien Jamkesmas di RSUD Simo Boyolali tahun 2011, diketahui bahwa dari 74 sampel yang digunakan terdapat ketidakakuratan kode diagnosis sebesar 22% (16 Dokumen). Dari 16 Dokumen tersebut ditemukan 4 dokumen diantara ketidakakuratan kode diagnosisnya memberikan pengaruh terhadap besarnya biaya klaim jamkesmas, dan setelah di lakukan penelitian diketahui rumah sakit mengalami kerugian sebesar Rp. 1.368.260,19, ketidaktepatan tersebut dikarenakan oleh beberapa hal diantaranya adalah penulisan diagnosis yang tidak jelas, tidak lengkap atau tidak sesuai dengan standar dan kurangnya kesadaran petugas rekam medis (*coder*) untuk mengecek diagnosis dan mencocokkan pada berkas Rekam Medis. Oleh karena itu peneliti melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Pengetahuan *Coder* Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap Jamkesmas Berdasarkan ICD-10 Di RSUD Simo Boyolali.”

Tujuan dari penelitian ini untuk Mendeskripsikan pengetahuan *coder* dalam mengkode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas, mendeskripsikan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas, dan Mengalishubungan pengetahuan *coder* dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas berdasarkan ICD-10 di RSUD Simo Boyolali, sebagai upaya bagi *coder* untuk menambah pengetahuan dan kemampuan dalam hal koding untuk mendukung kinerjanya agar bisa menghasilkan kode yang tepat dan akurat.

TINJAUAN PUSTAKA

Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari "tahu" dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap sesuatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. (Notoatmodjo S, 2007).

Aspek *kognitif* dibedakan atas 6 jenjang, menurut taksonomi bloom (1956) yang diurutkan secara hirarki piramidal. Sistem klasifikasi Bloom ini dijabarkan oleh Notoatmodjo sebagai berikut :

1. Tahu (*Know*)
Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan, tingkat ini adalah mengingat (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.
2. Memahami (*Comprehension*)
Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut dengan benar.
3. Aplikasi (*application*)
Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan berbagai abstraksi pemahaman/ materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi kokrit/ kondisi riil (sebenarnya)
4. Analisis (*analysis*)
Analisis adalah suatu kemampuan menguraikan atau menjabarkan suatu integritas atau objek menjadi unsur-unsur atau bagian-bagian sehingga susunannya dapat dimengerti.
5. Sintesis (*synthesis*)
Sintesis adalah kemampuan untuk menyatukan kembali unsur-unsur atau bagian ke dalam bentuk menyeluruh atau dengan istilah lain, sintesis ini menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
6. Evaluasi (*evaluation*)
Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek atau materi. Penilaian ini mengacu pada tujuan, gagasan, metode, cara kerja atau teknik pemecahannya. (Notoatmodjo, S 2007)

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revision (ICD 10)

Menurut Manangka (1998) ICD-10 adalah standar klasifikasi diagnosis internasional yang berguna untuk epidemiologi umum dan manajemen kesehatan termasuk didalamnya analisis situasi keseluruhan secara umum pada sekelompok populasi, monitoring angka kejadian, prevalensi penyakit dan masalah kesehatan dalam hubungannya dengan variabel-variabel lain seperti karakteristik dan keadaan individu yang terkena penyakit.

Ruanglingkup ICD-10 menurut Hatta (2008) terdiri dari:

1. ICD-10 Volume 1
ICD-10 Volume 1 adalah daftar tabulasi yang berupa daftar alfanumerik dari penyakit dan kelompok penyakit, beserta catatan "*inclusion*" dan beberapa cara pemberian kode. Volume 1 berisi daftar tabulasi terdiri atas 22 bab.

2. ICD-10 Volume 2

ICD-10 Volume 2 berisi pengenalan dan petunjuk bagaimana menggunakan volume 1 dan 3, petunjuk membuat sertifikat dan aturan – aturan kode mortalitas serta petunjuk mencatat dan mengkode kode morbiditas.

3. ICD-10 Volume 3

ICD-10 Volume 3 adalah indeks abjad dari penyakit dan kondisi yang terdapat pada daftar tabulasi.

Tata cara menggunakan ICD-10 menurut W.A, Rahayu (2010) adalah sebagai berikut :

1. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode dan lihat pada indeks alfabet yang sesuai. (jika pernyataan adalah penyakit atau cedera atau kondisi lain diklasifikasikan pada chapter I-XIX atau XXI, rujuk pada seksi I indeks alfabet. Jika pernyataan adalah sebab luar dari cedera atau kejadian diklasifikasikan pada chapter XX, rujuk seksi II)
2. Cari *lead terms*. Untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda dari kondisi patologi. Walaupun, beberapa kondisi menunjukkan suatu kata sifat atau eponym yang termasuk pada indeks.
3. Baca dan ikuti catatan yang ada dibawah *lead terms*.
4. Baca kata yang terdapat dalam parentheses setelah *lead terms* (ini tidak dapat berpengaruh pada *code number*) seperti juga untuk terminologi di bawah *lead terms* (ini dapat berpengaruh pada *code number*), hingga kata yang menunjukkan diagnosis yang dimaksud ditemukan.
5. Ikuti secara hati-hati *cross-reference* (*see dan see also*) yang terdapat pada indeks.
6. Rujuk pada daftar tabulasi untuk kesesuaian nomer kode yang dipilih. Catatan kategori 3 karakter dalam indeks dengan dash pada posisi ke-4 berarti bahwa kategori 3 karakter dapat dilihat pada volume 1. Selanjutnya, perincian dapat dilihat dari posisi karakter tambahan yang tidak diindeks, jika digunakan dapat dilihat pada volume I.
7. Ikuti *inclusion* dan *exclusion* dibawah kode ayau dibawah *chapter*, *block* atau diawal kategori.
8. Tetapkan kode.

Ketentuan-ketentuan dalam ICD-10

Banyak kejadian, masalah keluhan utama yang dicatat oleh dokter tidak konsisten dengan definisi WHO. Dengan kata lain, tidak ada keluhan utama yang telah dispesifikan. Untuk mengatasi hal tersebut maka WHO telah mengembangkan satu set ketentuan aturan (*rules*) yang dapat digunakan dan menjamin bahwa kondisi utama yang dipilih dan dikode menggambarkan kondisi yang semata bertanggungjawab bagi satu episode pelayanan. *Coder* harus terbiasa dengan ketentuan ini dan mampu menggunakannya.

*Rulereseleksikondisiutamaadibagimenjadi*5 :

1. *Rule* MB1 (KeluhansederhanadicatatsebagaiKeluhanutama, sedangKeluhan yang lebihsignifikan (bermakna) dinyatakansebagaiKeluhantambahan)
Ketika kondisi minor atau yang telah berlangsung lama, atau masalah insidental, tercatat sebagai 'kondisi utama', sedangkan kondisi yang lebih berarti, relev dengan pengobatan yang diberikandan/atau spesialisasi perawatan, tercatat sebagai 'kondisi lain', maka yang terakhir ini dipilih kembali sebagai 'kondisi utama'.

2. *Rule* MB2 (Beberapakondisi dicatat sebagai kondisi utama)

Kalau beberapa kondisi yang tidak bisa dikode bersama dan dicatat sebagai 'KU', dan catatannya menunjukkan bahwa satu di antaranya adalah kondisi utama pada asuhan pasien, pilihlah kondisi tersebut. Kalau tidak, pilih kondisi yang pertama kali disebutkan.
3. *Rule* MB3 (Kondisi yang dicatat sebagai 'kondisi utama' ternyata merupakan gejala dari kondisi yang telah didiagnosis dan diobati)

Kalau suatu gejala atau tanda (biasanya bisa diklasifikasikan pada Bab XVIII), atau suatu masalah yang bisa diklasifikasikan pada Bab XXI, dicatat sebagai 'KU', dan ini jelas merupakan tanda, gejala atau masalah dari kondisi yang telah didiagnosis di tempat lain dan telah dirawat, pilihlah kondisi yang didiagnosis tersebut sebagai 'KU'.
4. *Rule* MB4 (*Spesifisitas*)

Bilamana diagnosis yang tercatat sebagai 'kondisi utama' menguraikan suatu kondisi secara umum, sedang suatu istilah yang bisa memberikan informasi yang lebih tepat mengenai tempat atau bentuk kondisi tersebut tercatat di tempat lain, pilihlah yang terakhir ini sebagai 'KU'.
5. *Rule* MB5 (*Alternatif Main Diagnosis*)

Bilamana suatu gejala atau tanda dicatat sebagai 'kondisi utama' dengan suatu petunjuk bahwa mereka bisa disebabkan oleh suatu kondisi atau kondisi lain, pilihlah gejala tersebut sebagai 'kondisi utama'. Kalau dua kondisi atau lebih tercatat sebagai pilihan diagnostik untuk kondisi utama, pilihlah kondisi pertama yang tercatat. (Depkes, 1999)

Coding

Coding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data (Depkes RI, 2006).

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecepatan dan ketepatan *coding* dari suatu diagnosis dalam Depkes RI (2006) dipengaruhi oleh :

1. Tenaga Medis

Tenaga medis sebagai pemberi pelayanan utama pada seorang pasien bertanggung jawab atas kelengkapan dan kebenaran data, khususnya klinik, yang tercantum dalam dokumen rekam medis. Data klinik berupa riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, perintah pengobatan, laporan operasi atau prosedur lain merupakan input yang akan di-koding oleh petugas koding di bagian rekam medis. Beberapa hal yang dapat menyulitkan petugas koding antara lain adalah penulisan diagnosis tidak lengkap, tulisan yang tidak terbaca, penggunaan singkatan atau istilah yang tidak baku atau tidak dipahami, dan keterangan atau rincian penyakit yang tidak sesuai dengan sistem klasifikasi yang digunakan.

2. Petugas *Coder*

Kunci utama dalam pelaksanaan koding adalah *coder* atau petugas koding. Akurasi koding (penentuan kode) merupakan tanggung jawab tenaga rekam medis, khususnya tenaga koding. Kualitas petugas koding di URM di RS menurut Lily Kresnowati, 2013 Peran *coder* dalam proses koding bersifat sentral, karena sangat menentukan tingkat akurasi kode diagnosis penyakit atau prosedur medis. Pengetahuan akan tata cara koding serta ketentuan-

ketentuan dalam ICD-10 akan membuat *coder* dapat menentukan kode dengan lebih akurat.

3. Tenaga kesehatan Lainnya

Kelancaran dan kelengkapan pengisian rekam medis di instalasi rawat jalan dan rawat inap atas kerja sama tenaga medis dan tenaga kesehatan lain yang ada dimasing-masing instalasi kerja tersebut, yang meliputi kelengkapan pengisian asuhan keperawatan (Perawat), hasil pemeriksaan laboratorium dan lain sebagainya. (Depkes, 2006)

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode analitik dan pendekatan yang digunakan adalah *cros sectional*. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Simo Boyolali dengan waktu penelitian berlangsung mulai bulan Pebruari 2014 sampai Juni 2014. Populasi dalam penelitian ini adalah 7 orang *coder* dan 1284 dokumen rekam medis pasien rawat inap jamkesmas tahun 2013. Sampel petugas yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh populasi yaitu 7 orang *coder*, dan 93 dokumen rekam medis pasien rawat inap jamkesmas di RSUD Simo Boyolali pada tahun 2013. Variabel bebas dari penelitian ini adalah Pengetahuan *coder*, dan variabel terikat dalam penelitian ini adalah Keakuratan Kode diagnosis pada dokumen rekam medis pasien rawat inap jamkesmas. Data yang digunakan data primer yang berupa pengetahuan *coder* dan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas, serta data sekundernya berupa indeks penyakit pada tahun 2013. Metode pengumpulan data yang digunakan dengan kuesioner, wawancara, dan observasi.

Pengolahan data dengan memberikan penilaian melalui kuesioner yang diberikan kepada responden. Adapun tahapan pengolahan data dalam penelitian ini dilakukan melalui penelitian pada setiap daftar pertanyaan yang diisi pada kuesioner, menjumlah kode diagnosis baik yang akurat maupun tidak akurat, peneliti memberikan tanda pada poin pertanyaan di lembar check list dan lembar observasi, peneliti menata kembali data yang telah diperoleh, dan mengolah data dan hasil jawaban serta hasil observasi dari responden. Teknik Analisa Data dibantu dengan menggunakan komputer program SPSS for windows versi 19. Analisis yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat adalah dengan menggunakan uji statistik yaitu *Chi square*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Sumber Daya Manusia Bagian Rekam medis RSUD Simo Boyolali

Tabel 1. Data Sumber Daya Manusia Di Bagian Rekam Medis RSUD Simo Boyolali Tahun 2014

No	Pendidikan	Jabatan
1	D-III Rekam Medis	Kepala Rekam Medis
2	D-III Rekam Medis	<i>Staf</i>
3	D-III Adminitrasi	<i>Staf</i>
4	D-III Ekonomi Manajemen	<i>Staf</i>

5	SMA	Staf
6	SMA	Staf
7	SMA	Staf

Distribusi frekuensi karakteristik Responden

Penelitian ini mengambil responden *coder* pasien rawat inap jamkesmas di RSUD Simo Boyolali. Hal ini berdasarkan pada sasaran penelitian yang mana peneliti ingin meneliti mengenai pengetahuan *coder* dan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas. Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 7 orang yang merupakan seluruh *coder*. Untuk mengetahui karakteristik responden yang terlibat dalam penelitian ini dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 2. Distribusi Frekuensi karakteristik responden di RSUD Simo Boyolali Tahun 2014

	Karakteristik	Frekuensi	Persentase
Umur (tahun)	21-30	-	-
	31-40	7	100 %
	41-50	-	-
	Total	7	100 %
Jenis Kelamin	Laki-Laki	6	85,7%
	Perempuan	1	14,3%
	Total	7	100 %
Pendidikan formal	SMA	3	42,8 %
	D3-RM	2	28,6 %
	D3-Non RM	2	28,6 %
	Total	7	100 %
Lama bekerja (tahun)	1-5	2	28,6 %
	6-10	5	71,4 %
	Total	7	100 %
Pelatihan coding	Belum pernah (0 kali)	5	71,4 %
	1-5 Kali	2	28,6 %
	6-10 Kali	-	-
	Total	7	100 %

Distribusi Frekuensi Variabel Penelitian

1. Pengetahuan Petugas *Coder* (petugas yang melakukan pengkodean diagnosis pasien rawat inap jamkesmas)

Distribusi frekuensi pengetahuan petugas yang melakukan pengkodean diagnosis pasien rawat inap jamkesmas dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 3. Distribusi Frekuensi variabel pengetahuan *coder* di RSUD Simo Boyolali Tahun 2014

No	Pengetahuan	Frekuensi	Prosentase (%)
1	Baik	-	-
2	Cukup	2	28,6
3	Kurang Baik	2	28,6
4	Tidak Baik	3	42,8
Jumlah		7	100

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar pengetahuan petugas yang melakukan pengkodean diagnosis tentang pengetahuan rekam medis khusus berkaitan dengan tata cara pengkodean yang tepat dan ICD 10 cukup yaitu 28,6 % (2 orang *coder*), kurang baik yaitu 28,6 % (2 orang *coder*), dan tidak baik masing-masing 42,8 % (3 orang *coder*).

- Hasil keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas pada tahun 2013 oleh *coder*.

Distribusi frekuensi keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas oleh *coder* dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4. Distribusi Frekuensi variabel keakuratan kode diagnosis oleh *coder* di RSUD Simo Boyolali

No	Keakuratan Kode	Frekuensi	Prosentase (%)
1	Akurat	2	28,6
2	Tidak Akurat	5	71,4
Jumlah		7	100

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar keakuratan kode diagnosis oleh *coder* tersebut tidak akurat sebanyak 71,4% (5 orang) dan akurat sebesar 28,6 % (2 orang).

Dari data tersebut diketahui hasil pengkodean diagnosis pasien rawat inap jamkesmas, sebagai berikut :

Tabel 5. Distribusi Frekuensi variabel keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas tahun 2013 di RSUD Simo Boyolali

No	Keakuratan Kode Diagnosis	Jumlah (DRM)	Prosentase (%)
1	Akurat	58	62,37
2	Tidak Akurat	35	37,63
Total		93	100

Dari tabel di atas dapat diketahui sebagian besar keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas akurat yaitu 62,37 % (58 Dokumen) dan ketidakakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas sebesar 37,63% (35 Dokumen).

Faktor- faktor yang menyebabkan Ketidakakuratan kode diagnosis pasien

rawat inap jamkesmas tersebut dapat diklasifikasikan menjadi 4 kelompok yaitu sebagai berikut :

Tabel 6. Penyebab ketidakakuratan pengkodean diagnosis di RSUD Simo Boyolali

No	Penyebab ketidakakuratan kode diagnosis	Jumlah
1	Kesalahan pemilihan kondisi utama	5
2	Kesalahan pemilihan untuk karakter ke-4	3
3	Kesalahan pemilihan untuk karakter ke-5	11
4	Kesalahan dalam pemberian kode diagnosis	16
Jumlah		35

Analisis Bivariat Hubungan Pengetahuan *Coder* dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas

Analisis bivariat ini dilakukan untuk menguji hubungan dari kedua variabel yaitu hubungan antara pengetahuan *coder* dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas pada tahun 2013 di RSUD Simo Boyolali. Hasil analisis yang dilakukan diperoleh data sebagai berikut :

Tabel 7. Analisis Bivariat antar variabel di RSUD Simo Boyolali

Pengetahuan <i>Coder</i>	Keakuratan Kode Diagnosis				Jumlah	<i>Sig</i>	C
	Akurat		Tidak Akurat				
	N	%	N	%			
Baik	-	0	-	0	0	0,030	0,707
Cukup	2	28,6	-	0	2	28,6	
Kurang Baik	-	0	2	28,6	2	28,6	
Tidak Baik	-	0	3	42,8	3	42,8	
Jumlah	2	28,6	5	71,4	7	100	

Berdasarkan tabel diatas bahwa sebagian besar pengetahuan *coder* diagnosis pasien rawat inap jamkesmas dengan hasil cukup dan didukung dengan kode diagnosis banyak yang termasuk ke dalam kategori akurat, untuk petugas yang melakukan pengkodean diagnosis pasien rawat inap jamkesmas dengan hasil kurang baik hasil kode diagnosis yang dihasilkan banyak yang termasuk ke dalam kategori tidak akurat, dan petugas yang melakukan pengkodean diagnosis pasien rawat inap jamkesmas dengan hasil tidak baik hasil kode diagnosis yang dihasilkan banyak yang termasuk ke dalam kategori tidak akurat.

Hasil perhitungan *chi square* diperoleh sig (0,030), maka H_0 ditolak dan H_a diterima artinya pengetahuan *coder* mempunyai hubungan yang signifikan dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas. Dari hasil analisis diperoleh nilai C (Koefisien kontingensi) sebesar 0,707, hal ini berarti tingkat atau kekuatan hubungan antara pengetahuan *coder* dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas tergolong tingkat hubungannya kuat.

Pembahasan

Pengetahuan petugas pengkodean diagnosis pasien rawat inap jamkesmas

tahun 2013 di RSUD Simo Boyolali

Berdasarkan tabel 3. hasil analisis pengetahuan *coder* dari ke 7 responden yang diamati menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan *coder* di RSUD Simo Boyolali sebanyak 3 responden (42,8 %) diketahui tingkat pengetahuannya tidak baik, dari hasil kuesioner penelitian dari ke 3 responden tersebut hasilnya sama yaitu sebesar 33 %. Berdasarkan observasi dan wawancara hal itu dikarenakan bahwa dari ketiga responden tersebut jika dilihat dari segi pendidikan merupakan lulusan dari SMA dan dilihat dari pernah atau tidaknya pelatihan mengenai koding dengan menggunakan ICD-10 dari ketiga responden tersebut juga belum pernah melakukan pelatihan secara resmi, hanya secara autodidak atau belajar dari teman sejawat yang lulusan dari D3-RM, dimana mereka melakukan pengkodean diagnosis hanya berdasarkan buku pintar dan tidak langsung melihat pada ICD-10 sehingga menyebabkan pengetahuan mereka mengenai tata cara menggunakan ICD-10 dan ketentuan-ketentuan yang ada didalamnya tidak baik.

Pada penelitian ini dari 2 responden (28,6 %) lainnya diketahui tingkat pengetahuannya kurang baik, dari hasil kuesioner penelitian dari ke 2 responden tersebut hasilnya yaitu sebesar 47 % dan 53 %. Berdasarkan wawancara dan observasi hal itu dikarenakan dari Responden jika dilihat dari segi pendidikan merupakan lulusan dari D-3 non rekam medis, dan untuk Responden yang lain jika dilihat dari segi pelatihan berkaitan dengan koding dengan menggunakan ICD-10 belum pernah melakukan pelatihan, sehingga pengetahuan berkaitan dengan tata cara penggunaan ICD-10 dan ketentuan-ketentuan yang ada di dalamnya dari ke 2 responden tersebut kurang baik.

Hasil pengamatan 2 responden (28,6%) lainnya diketahui tingkat pengetahuannya cukup, dari hasil kuesioner penelitian dari ke 2 responden tersebut hasilnya yaitu sebesar 60 % dan 67 %. Berdasarkan wawancara dan observasi hal itu dikarenakan dari Responden hal itu dikarenakan, Responden dilihat dari segi pendidikan dari D3 Rekam Medis dan belum pernah melakukan pelatihan, akan tetapi responden ini memiliki tanggung jawab yang besar sebagai kepala rekam medis sehingga memiliki pengetahuan yang cukup berkaitan dengan koding dengan menggunakan ICD-10 dan ketentuan-ketentuannya, sedangkan dari Responden yang lain jika dilihat dari segi pendidikan merupakan lulusan D3 Non Rekam Medis, tetapi dilihat dari segi pelatihan sudah pernah melakukan pelatihan sebanyak 5 kali sehingga walaupun pendidikannya tidak dari D-3 RM tetapi kemampuan kodingnya telah didapatkan dari pelatihan-pelatihan yang telah dikutinya, sehingga dari kedua responden tersebut diketahui bahwa hasil pengetahuannya cukup.

Berdasarkan hasil analisis di atas untuk mencapai pengetahuan baik yang paling berpengaruh yaitu dari faktor pendidikan akan tetapi selain sudah didukung dari pendidikannya D3-RM, dari responden tersebut perlu adanya pelatihan tentang koding agar menunjang pengetahuan mereka dalam mengkode diagnosis menggunakan ICD-10 dan mengetahui ketentuan-ketentuan yang ada di dalam ICD-10 yang digunakan sebagai dasar melakukan pengkodean diagnosis pasien.

Keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas pada tahun 2013 di RSUD Simo Boyolali

Keakuratan kode diagnosis untuk pasien rawat inap jamkesmas ini merupakan ketepatan pemberian kode diagnosis berdasarkan ICD 10. Kecepatan

dan ketepatan pengkodean dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksana yang menangani rekam medis tersebut, yaitu tenaga medis (dokter) dalam menetapkan diagnosis, tenaga rekam medis (*coder*) sebagai pemberi kode diagnosis, dan tenaga kesehatan lainnya.

Berdasarkan tabel 4. dapat diketahui hasil distribusi frekuensi diketahui bahwa keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas di RSUD *Simo Boyolali* tahun 2013 diketahui bahwa sebagian besar keakuratan kode diagnosis oleh *coder* tersebut tidak akurat sebanyak 71,4% (5 orang) dan akurat sebesar 28,6 % (2 orang).

Berdasarkan tabel 5. dapat diketahui hasil pengkodean diagnosis pasien rawat inap jamkesmas di RSUD *Simo Boyolali* tahun 2013 secara global yang termasuk kategori tidak akurat ditemukan sebanyak 37,63% (35 dokumen), dan yang termasuk kategori akurat ada 62,37% (58 dokumen).

Berdasarkan hasil analisis di atas di RSUD *Simo Boyolali* masih banyak ditemukan ketidakakuratan kode diagnosis hal ini sangat berdampak terhadap besarnya klaim yang dibayarkan karena besarnya biaya klaim tergantung dari kode diagnosis yang dimasukkan ke dalam program INA-CBGs, sehingga ketidakakuratan kode diagnosis ini akan membawa dampak besar terhadap pendapatan Rumah Sakit. Rumah Sakit dapat mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian jumlah klaim yang dibayar dengan besaran biaya yang telah dikeluarkan oleh Rumah Sakit untuk suatu pelayanan.

Oleh karena itu, ketidakakuratan kode diagnosis yang terjadi tersebut tentunya tidak bisa dibiarkan begitu saja, sehingga Rumah Sakit harus mempunyai solusi untuk mengatasi masalah tersebut. Berdasarkan wawancara dengan responden diperoleh beberapa solusi untuk mengatasi atau meminimalisir ketidaktepatan kode diagnosis, diantaranya yaitu mengembalikan berkas rekam medis pasien yang tidak lengkap ke ruang perawatan agar dilengkapi oleh dokter atau perawat yang bersangkutan, meminta dokter untuk mengisi diagnosis sesuai dengan standar yang ada pada ICD-10 dan ditulis dengan jelas. Hal tersebut sesuai dengan ketentuan yang terdapat dalam Permenkes No. 269 Tahun 2008 bahwa setiap dokter wajib membuat rekam medis dan menegakkan diagnosis yang tepat dan jelas.

Ketidakakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas tersebut dapat diklasifikasikan menjadi 4 kelompok yaitu sebagai berikut :

- a. Kesalahan pemilihan kondisi utama sebanyak 5 DRM
- b. Kesalahan pemilihan untuk karakter ke-4 sebanyak 3 DRM
- c. Kesalahan pemilihan untuk karakter ke-5 sebanyak 11 DRM
- d. Kesalahan dalam pemberian kode diagnosis sebanyak 16 DRM

Penyebab dari ketidakakuratan kode diagnosis tersebut berdasarkan wawancara dan observasi kepada 7 responden adalah sebagai berikut :

- a. Diagnosis utama yang telah ditetapkan oleh dokter tidak sesuai dengan obat, tindakan, terapi, dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien sehingga membingungkan *coder* dalam memilih kode diagnosis utamanya dengan tepat.
- b. Diagnosis yang ditetapkan oleh dokter tidak spesifik misalnya untuk letak anatomi dan fisiologinya tidak dituliskan, sehingga menyulitkan *coder* dalam memilih kode diagnosis utamanya dengan tepat.
- c. Tulisan diagnosis yang ditetapkan oleh dokter tidak terbaca, sehingga menyulitkan petugas *coder* dalam memberikan kode diagnosis.

- d. Dokter tidak atau lupa menuliskan kode diagnosis utama pada formulir RM 1 (Ringkasan masuk dan keluar) dan formulir resume yang biasanya digunakan sebagai patokan *coder* dalam memberikan kode diagnosis tersebut.
- e. Faktor kelelahan dari petugas *coder* karena menjalani 3 shif yaitu pagi, siang, dan malam secara bergantian.
- f. Kurang telitinya petugas *coder* dalam membaca tulisan dokter dan dalam memberikan kode diagnosis pasien, serta petugas kurang teliti dalam memilih kode diagnosis utama karena jarang melakukan tinjauan ulang ke lembar rekam medis hanya terpaku di lembar RM 1 (Ringkasan Masuk dan Keluar).
- g. Petugas *coder* dalam melakukan pengkodean diagnosis tidak sesuai dengan protap yang ada di RSUD Simo Boyolali yaitu ditemukan masih sering tidak menggunakan buku ICD-10 dalam menetapkan kode diagnosis tetapi hanya menggunakan buku pintar atau langsung mencari di dalam program INA-CBGs yang digunakan untuk proses *grouping*.

Hubungan Pengetahuan *Coder* dengan Keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas pada tahun 2013 di RSUD Simo Boyolali

Hubungan pengetahuan *coder* dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas pada tahun 2013 di RSUD Simo Boyolali berdasarkan hasil perhitungan uji statistic dengan *chi square* diperoleh nilai sig 0,030, maka H_0 ditolak dan H_a diterima artinya pengetahuan petugas pemberi kode diagnosis mempunyai hubungan yang signifikan dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas berdasarkan ICD-10. Berdasarkan dari hasil analisis diperoleh nilai C (Koefisien kontingensi) sebesar 0,707, hal ini berarti kekuatan atau tingkat hubungan antara pengetahuan petugas *coding* dengan keakuratan kode diagnosis tergolong tingkat hubungannya kuat.

Hal ini sesuai dengan yang tertuang dalam Depkes (2006) bahwa yang menyebabkan ketidak akuratan kode diagnosis salah satunya adalah petugas rekam medis (*coder*) yang bertanggungjawab dalam pemberian kode diagnosis pasien yang telah ditetapkan oleh dokter. Salah satu faktor yang menyebabkan *coder* salah dalam pemberian kode diagnosis adalah kurangnya pengetahuan *coder* tentang tata cara penggunaan ICD-10 dan ketentuan-ketentuan yang ada didalamnya serta pengetahuan penunjang lainnya yang berkaitan dengan koding dan yang mendukung ketepatan dalam pemberian kode diagnosis.

KESIMPULAN

1. Pengetahuan *coder* dari 7 responden yang diamati dihasilkan data sebagai berikut : Cukup yaitu 28,6 % (2 Petugas), Kurang baik yaitu 28,6 % (2 Petugas), dan Tidak baik 42,8 % (3 Petugas).
2. Keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas pada tahun 2013 berdasarkan penelitian terhadap 7 orang *coder* dan 93 dokumen yang diamati ditemukan data sebagai berikut : pengkodeanya akurat 28,6% (2 Petugas) dan pengkodeanya tidak akurat akurat 71,4% (5 petugas), dan dapat disimpulkan secara keseluruhan bahwa kode diagnosis Akurat yaitu 62,37 % (58 Dokumen) dan kode diagnosis Tidak akurat sebesar 37,63% (35 Dokumen).
3. Ada Hubungan pengetahuan *coder* dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jamkesmas berdasarkan ICD-10 di RSUD Simo Boyolali. Hal ini dibuktikan dari hasil perhitungan *chi square* diperoleh nilai signifikan 0,030

($0,030 < 0,05$), dan dari nilai C (Koefisien kontingensi) sebesar 0,707, hal ini berarti tingkat hubungannya tergolong kuat.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. 2006. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Indonesia*. Jakarta.
- Depkes RI. 1999. *Pedoman Penggunaan ICD-10 Seri 1*. Jakarta.
- Hatta, G. R. 2008. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Saranan Pelayanan Kesehatan Revisi Buku Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis atau Medical Record Rumah Sakit Di Indonesia*. Jakarta : UI Press
- Keputusan Menteri Kesehatan. 2008. No. 269/MENKES/PER/III/2008 *Tentang Rekam Medis*. Jakarta
- Kresnowati, Lily. 2013. *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Akurasi Koding Diagnosis Dan Prosedur Medis Pada Dokumen Rekam Medis Di Kota Semarang*. Semarang : UDINUS.
- Manangka, F. R. 1998. *Klasifikasi Statistik Internasional Tentang Penyakit Dan Masalah Kesehatan (ICD-10) Petunjuk Penggunaan ICD-10*. Surabaya : K.P.R.I Dr. Soetomo
- Notoadmojo, S. 2007. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Rineke Cipta
- Purnamasari, yunita. 2012. *Kesesuaian Kode Klasifikasi Diagnosis Penyakit Berdasarkan ICD-10 Elektronik Terkait Klaim Asuransi Pasien Jamkesmas di RSUD Simo Boyolali tahun 2011*. Skripsi : Surya Global Yogyakarta
- Rahayu, W.A. 2013. *Kode Klasifikasi Penyakit Dan Tidakan Medis ICD-10*. Yogyakarta : Gosyen Publishing