

FAKTOR PENYEBAB KETIDAKAKURATAN KODE DIAGNOSIS PENYAKIT PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT X

Endang Sri Dewi Hastuti Suryandari¹⁾, Fitri Eka Setyawati²⁾, Gunawan³⁾
Hartaty Sarma Sangkot⁴⁾ Avid Wijaya⁵⁾
Email: wiwik.esd@gmail.com

^{1),2),3),4),5)} Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Poltekkes Kemenkes Malang, Indonesia

ABSTRAK

Kegiatan kodefikasi penyakit merupakan kegiatan yang penting guna sebagai pembuatan laporan internal dan eksternal rumah sakit, perencanaan dan pengelolaan rumah sakit hingga penentuan tarif pelayanan rumah sakit. Hasil observasi 10 sampel DRM pasien rawat inap di RS. X, ditemukan 2 DRM kode penyakit tidak akurat (20%). Tujuan penelitian adalah mengidentifikasi faktor penyebab tidak akuratnya kode penyakit pasien yang dirawat di RS. X. Jenis metode yang digunakan ialah *mixed method* dengan pendekatan retrospektif, dengan menggabungkan penelitian kuantitatif dan kualitatif. Sampel yang dianalisis sejumlah 100 DRM pasien rawat inap periode bulan Desember 2022 yang diambil dengan teknik *simple random sampling* melalui undian serta 2 koder sebagai responden. Hasil penelitian menunjukkan 82% kode diagnosis yang akurat dan 18% kode tidak akurat. Penyebab ketidakakuratan kode diagnosis karena kurangnya pengetahuan tentang koding dan 1 petugas belum pernah mengikuti pelatihan koding (faktor *man*); kurangnya sosialisasi SOP koding yang berisi penjelasan penggunaan ICD 10 sebagai acuan dalam kodifikasi (faktor *method*); belum adanya buku ICD 10 Volume 2 tahun 2010 (faktor *material*) dan kurangnya dukungan dana untuk kegiatan pelatihan koding bagi petugas dan pengadaan buku ICD 10 volume 2 tahun 2010 (faktor *money*). Perlunya peningkatan pengetahuan dan ketrampilan dalam kodifikasi melalui kegiatan pelatihan koding bagi petugas, melakukan revisi dan sosialisasi terkait SOP koding dan pengadaan buku ICD 10 volume 2 guna meningkatkan keakuratan kode diagnosis.

Kata kunci: faktor penyebab, ketidakakuratan, kode diagnosis

ABSTRACT

The activity of coding disease diagnosis was an important activity for preparing internal and external hospital reports, planning and managing hospitals and determining hospital service rates. Based on observations of 10 files samples from inpatients at Hospital X, 2 files were found with inaccurate disease codes (20%). The aim of the research was to identify factors that cause inaccurate disease codes for patients treated at RS X. The research method used a mixed method with retrospective approach by combined quantitative and qualitative research. The sample analyzed were 100 files inpatients for the period December 2022 using a simple random sampling by lottery and 2 coders as respondents. The results showed that 82% of the diagnosis codes were accurate and 18% of the diagnosis codes were inaccurate. The factors causing inaccurate diagnosis codes at Hospital X were lack of knowledge in coding and 1 officer had never attended coding training (man factor); lack of socialization of coding SOPs which contain explanations of the use of ICD 10 as a reference in codification (method factor); there was no ICD 10 Volume 2 version for 2010 (material factor); and lack of financial support for coding training activities for officers and procurement of ICD 10 volume 2 version for 2010 (money factor). There was a need to increase knowledge and skills in codification through coding training activities for officers, carrying out revisions and socialization regarding coding SOPs and procurement of ICD 10 volume 2 to increase the accuracy of diagnosis codes.

Keywords: causative factors, diagnostic codes, inaccuracies

1. LATAR BELAKANG

Kodifikasi diagnosis penyakit dan prosedur medis merupakan kegiatan mengelompokkan penyakit dan tindakan yang mengacu pada kriteria khusus yang telah disahkan. Pengkodean diagnosis penyakit merupakan kegiatan yang penting guna sebagai pembuatan laporan internal dan eksternal rumah sakit, pengelolaan rumah sakit, penentuan tarif pelayanan rumah sakit, hingga perencanaan. Keakuratan kodifikasi penyakit dapat ditentukan oleh beberapa faktor, diantaranya yaitu tingkat pengetahuan koder terhadap kodifikasi diagnosis penyakit, ketersediaan standar operasional prosedur (SOP) sebagai pedoman, serta pengkodean diagnosis penyakit berdasarkan ICD 10 sebagai acuan pengkodean yang digunakan secara nasional di Indonesia [1]. Keakuratan kodifikasi penyakit berpengaruh penting untuk proses penyusunan laporan rutin dan pengindeksan penyakit di rumah sakit serta kesesuaian terhadap analisis pembiayaan pelayanan kesehatan dalam proses pengklaiman. Pengkodean diagnosis yang tidak akurat menyebabkan adanya ketidakvalidan data yang disajikan, sehingga mempengaruhi kualitas informasi dan keakuratan kode.

Hasil observasi 10 sampel DRM pasien rawat inap yang diteliti, diperoleh 20% kode diagnosis penyakit yang tidak akurat. Pelaksanaan kodifikasi pasien rawat inap di RS. X dilakukan oleh 2 orang koder dengan latar belakang pendidikan D-3 rekam medis. Pengkodean di RS. X berdasarkan standar operasional prosedur (SOP) koding dan beracuan pada standar klasifikasi penyakit sesuai dengan ICD-10 tahun 2005.

Hasil penelitian yang berjudul “*Tinjauan Ketidaklengkapan Kode Diagnosis pada Rawat Inap Anak di Rumah Sakit Tentara Dr. Reksodiwiryo*” menunjukkan sejumlah 69 berkas rekam medis rawat inap anak, ditemukan 11,6% kode penyakit yang tidak tepat. Penyebab ketidaktepatan kode diagnosis pada faktor *Man*, kegiatan kodifikasi penyakit dilakukan oleh petugas yang tidak memiliki

kompetensi dalam hal tersebut. Faktor *machine*, karena kurang lengkapnya kode dan istilah yang digunakan pada database SIMRS tidak mengacu pada terminologi medis. Faktor *method*, prosedur penetapan kode diagnosis hanya berpedoman pada daftar jenis-jenis penyakit yang sering muncul dan tidak adanya SOP sebagai pedoman koding [2].

Hasil penelitian lainnya juga menyatakan bahwa ketidaktepatan penentuan kode penyakit disebabkan oleh beberapa faktor, salah satunya ialah faktor *method* yaitu masih belum adanya kebijakan atau prosedur (SPO) yang mengatur tentang pengkodean penyakit [3]. Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini dilakukan untuk mengidentifikasi faktor-faktor ketidakakuratan kode dari diagnosis penyakit pasien yang dirawat di Rumah Sakit X.

2. METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam penelitian adalah metode *Mix Method* melalui pendekatan retrospektif yaitu mengamati kode diagnosis yang terdapat pada DRM pasien rawat inap setelah berkas selesai dievaluasi kelengkapannya (KLPCM) oleh petugas dan tersimpan didalam rak *filing*. Dalam penelitian ini, variabel yang diteliti adalah ketidakakuratan kode diagnosis serta penyebab-penyebab tidak akuratnya kode diagnosis pada DRM pasien rawat inap di RS.X, meliputi faktor *Man*, *Method*, *Material* dan *Money*. Pada sub faktor *Man* diukur 4 parameter diantaranya latar belakang pendidikan, masa kerja, pelatihan dan pengetahuan, sub faktor *Method* mengenai ketersediaan SOP koding, sub faktor *Material* mengenai ketersediaan dari buku ICD 10 (volume 1,2 dan 3) tahun 2010, sub faktor *Money* mengenai dukungan dana untuk pelatihan dan pengadaan sarana dan prasarana.

Populasi dalam penelitian ini menggunakan DRM pasien rawat inap pada bulan Desember 2022 sejumlah 616 DRM dan total petugas rekam medis sebanyak 15 petugas di RS.X. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini ditentukan melalui teknik *Simple Random*

Sampling dengan teknik pengambilan sampel secara undian. Diperoleh sampel sejumlah 100 berkas menggunakan rumus *Slovin* dengan tingkat kesalahan pengambilan data pada penelitian yaitu 10% dan 2 koder sebagai responden yang masing-masing mengkode 50 berkas rekam medis.

Instrumen dalam penelitian ini menggunakan lembar *checklist* untuk mencatat variabel keakuratan dan ketidakakuratan kode diagnosis. Kode dinyatakan akurat apabila kode diagnosis pada DRM pasien rawat inap berdasarkan ICD 10 baik karakter ke-3 atau karakter ke-4 akurat dan kode telah divalidasi oleh validator ahli koding dengan pengalaman sebagai koder lebih dari 5 tahun. Instrumen lain yang digunakan dalam penelitian adalah pedoman wawancara yang berisi sepuluh (10) daftar pertanyaan mengenai SDM, sarana/prasarana, metode dan alat yang digunakan dalam kegiatan pengkodean diagnosis di RS. X. Wawancara dilakukan secara terstruktur berisi pertanyaan yang telah dibuat oleh peneliti dan dipakai sebagai panduan peneliti dalam melakukan wawancara.

Hasil wawancara kemudian disajikan dalam bentuk transkrip data dengan cara menyalin semua yang disampaikan oleh masing-masing responden atas setiap pertanyaan yang diajukan oleh peneliti saat diwawancara tanpa melakukan parafrase. Instrumen penelitian selanjutnya yaitu lembar observasi yang digunakan peneliti sebagai data dari pengamatan secara langsung pada obyek penelitian melalui observasi yang dilakukan saat responden sedang melakukan kegiatan kodifikasi tanpa diketahui oleh masing-masing responden. Pada lembar observasi berisi penarikan kesimpulan dan bentuk validasi data penelitian melalui observasi dan kegiatan wawancara dengan narasumber. Instrumen selanjutnya yaitu lembar kuesioner yang digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan petugas koding.

Tahap pengumpulan data ada 2 yaitu observasi untuk mengukur persentase keakuratan dan ketidakakuratan kode diagnosis

penyakit terhadap 100 sampel DRM pada bulan Desember 2022 dengan cara peneliti melakukan pengecekan ulang kode penyakit yang telah dikoding oleh koder, selanjutnya data diserahkan kepada validator koding untuk dilakukan validasi kode penyakit yang telah dikoding oleh koder dan peneliti. Tahap pengumpulan data observasi selanjutnya ialah mengukur faktor *Man* untuk mengetahui tingkat pengetahuan koder mengenai pekerjaan koding dengan menggunakan kuesioner yang berisi 10 butir soal pilihan ganda dengan opsi abjad a-e. standar penilaian pada kuesioner yaitu skor >7 dikatakan baik, sedangkan skor ≤ 7 dikatakan kurang. Kuesioner diperoleh dari penelitian yang dilakukan oleh Suryandari dkk (Suryandari dkk, 2019) yang kemudian dikembangkan oleh peneliti. Pengumpulan data selanjutnya berupa wawancara terhadap 2 responden untuk menghasilkan data deskriptif mengenai SDM, alat yang digunakan sebagai penunjang kegiatan kodifikasi penyakit, dan sarana/prasarana yang mendukung kegiatan koding. Analisis data univariat ditunjukkan dalam bentuk tabel frekuensi dan persentase.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil

3.1.1 Mengidentifikasi Persentase Ketidakakuratan Kode Diagnosis Pada DRM Pasien Rawat Inap di RS.X

Peneliti melakukan observasi terhadap 100 DRM rawat inap pada bulan Desember 2022 yang disajikan dalam bentuk tabel. Hasil analisis univariat disajikan dalam Tabel 1 berikut:

Tabel 1.

Persentase Ketidakakuratan Kode Diagnosis pada DRM Pasien Rawat Inap di RS.X

No.	Keakuratan kode diagnosis	Frek.	%
1	Kode akurat	82	82%
2	Kode tidak akurat	18	18%
Total		100	100%

Hasil analisis univariat pada tabel 1, menunjukkan 82% atau sejumlah 82 rekam medis dengan kode akurat dan sebesar 18% atau sejumlah 18 rekam medis kode tidak akurat. Berdasarkan analisis terhadap 100 DRM pasien rawat inap, peneliti mengklasifikasikan diagnosis penyakit berdasarkan sistem organ yang paling banyak terjadi kesalahan dalam pengkodean penyakit yang dilakukan oleh koder di RS.X.

Hasil rekapitulasi ketidakakuratan dalam kode diagnosis penyakit berdasarkan pengelompokan sistem organ sesuai Bab-bab dalam ICD 10 dipresentasikan dalam Tabel 2.

Tabel 2.
Rekapitulasi Klasifikasi Kode Diagnosis Tidak Akurat Berdasarkan Sistem Organ

No.	Sistem Organ	Frek.
1.	Bab XIX (<i>Injury, External Cause, Poisoning</i>)	9
2.	Bab IV (<i>System Endocrine, Nutritional, Metabolic</i>)	4
3.	Bab XIV (<i>System Genitourinary</i>)	2
4.	Bab II (<i>Neoplasm</i>)	1
5.	Bab X (<i>System Respiratory</i>)	1
6.	Bab XII (<i>Diseases of the Skin and Subcutaneous Tissue</i>)	1
Total		18

Dari tabel 2, diperoleh sistem organ terbanyak untuk kode diagnosis tidak akurat yaitu pada bab XIX tentang cedera, keracunan dan akibat lain penyebab luar sebanyak 9 kode diagnosis yang tidak akurat. Sistem organ terbanyak kedua pada bab IV tentang sistem endokrin, gizi dan metabolik sebanyak 4 kode diagnosis tidak akurat. Untuk sistem organ pada bab XIV tentang sistem kemih terdapat 2 kode diagnosis yang tidak akurat. Selanjutnya, sistem organ pada bab II (*Neoplasm*), bab X (*System respiratory*) dan bab XII (*Diseases of the Skin and Subcutaneous Tissue*) masing-masing terdapat 1 kode diagnosis penyakit tidak akurat.

3.1.2 Menganalisis Faktor Penyebab Ketidakakuratan Kode Diagnosis Pada DRM Pasien Rawat Inap di RS.X

1. Man

Pada unsur *man*, peneliti melakukan observasi dan wawancara terhadap tingkat latar belakang pendidikan, masa kerja, pelatihan dan tingkat pengetahuan petugas koding. Berikut merupakan hasil penelitian yang telah dilakukan pada faktor :

A. Latar Belakang Pendidikan

Hasil wawancara dengan responden menunjukkan kedua koder berlatar belakang pendidikan profesi D-3 Rekam Medis dengan tahun lulus pada tahun 2016.

B. Masa Kerja

Dari hasil wawancara, diperoleh keterangan yang disampaikan oleh dua responden menyatakan bahwa responden 1 memiliki masa kerja sebagai petugas koding di RS.X selama 6 tahun, sedangkan responden 2 menjadi petugas koding selama 7 tahun terhitung sampai saat ini.

C. Pelatihan

Dari hasil kegiatan wawancara mengenai pelatihan petugas koding, kedua responden memberikan pernyataan bahwa belum ada pelatihan mengenai kompetensi khusus terkait kodefikasi penyakit di RS.X, dari kedua responden diketahui bahwa responden 2 pernah mengikuti pelatihan sebanyak 1 kali mengenai kesiapan profesi perekam medis dalam implementasi ICD 11 pada tahun 2019, hal tersebut dibuktikan melalui kegiatan observasi yang dilakukan oleh peneliti kepada responden yaitu dengan adanya sertifikat pelatihan yang ditunjukkan oleh responden kepada peneliti. Sedangkan pada responden 1 belum pernah mengikuti kegiatan pelatihan mengenai kodefikasi penyakit.

D. Pengetahuan

Pada tahap ini, untuk mengukur tingkat pengetahuan petugas koding terkait kodefikasi penyakit, peneliti memberikan kuesioner berisi pertanyaan mengenai pengetahuan tentang koding dalam bentuk 10 butir soal pilihan ganda dengan 5 pilihan jawaban a-e. Data hasil kuesioner dapat dilihat pada tabel 3 berikut :

Tabel 3.

Hasil Kuesioner Tingkat Pengetahuan Coder

No.	Variabel	Frek.
	Pengetahuan Petugas Koding	
1.	- Skor > 7	1
2.	- Skor ≤ 7	1

Dari tabel 3, diperoleh hasil bahwa responden 1 menjawab pertanyaan mengenai kodefikasi penyakit dengan jumlah jawaban benar 8 dari 10 soal. Hal ini menunjukkan bahwa responden 1 memiliki pengetahuan mengenai pekerjaan klasifikasi dan kodefikasi penyakit yang baik dikarenakan jumlah jawaban yang terjawab benar >7 soal. Pada responden 2 menjawab pertanyaan dengan jumlah jawaban benar 6 dari 10 soal. Dari hasil skor yang diperoleh responden 2, menunjukkan bahwa pengetahuan mengenai pekerjaan klasifikasi dan kodefikasi penyakit yang dimiliki oleh responden 2 masih kurang dikarenakan jumlah jawaban yang terjawab benar ≤7 soal.

2. Method

Hasil observasi dan wawancara yang didapat oleh peneliti mengenai faktor *method* ialah sudah terdapat/adanya SOP koding sebagai acuan proses pengkodean di RS.X. Data tersebut juga dibuktikan dengan observasi yang dilakukan pada tanggal 22 Februari 2023. Pada data observasi didapatkan bahwa sudah terdapat SOP Koding, namun koder tidak melakukan kegiatan pengkodean sesuai prosedur SOP koding yang telah berlaku yaitu pada prosedur pertama tertera “Petugas menerima berkas yang sudah di *assembling*” namun pada saat dilakukan observasi langsung, petugas

melakukan proses koding pada saat berkas belum di *assembling*.

3. Material

Berdasarkan hasil observasi peneliti pada faktor *material* mengenai tersedianya buku ICD 10 volume 1, 2 dan 3 yakni sudah terdapat 2 buku ICD 10 tahun 2005 dan tahun 2010 volume 1 dan 3 di bagian koding, namun untuk buku ICD 10 volume 2 tidak ada di bagian koding. Dari hasil observasi, hanya terdapat 1 buah buku ICD 10 volume 1 dan 3, sedangkan terdapat 2 orang petugas koding di RS.X. Pada kegiatan pengkodean diagnosis penyakit, koder menggunakan ICD 10 tahun 2005 sebagai dasar acuan untuk melakukan kodefikasi penyakit pada DRM pasien rawat inap di RS.X.

4. Money

Money yang dimaksud ialah ada/tidaknya dana/biaya yang dikeluarkan untuk kegiatan pelatihan dan pengadaan sarana/prasarana guna menunjang kegiatan kodefikasi penyakit. Dari hasil kegiatan wawancara yang dilakukan, terdapat dana/biaya untuk kegiatan pelatihan atau pengadaan sarana prasarana di RS.X untuk menunjang kegiatan kodefikasi penyakit, namun dana tersebut tidak bersifat tetap atau harus melalui proposal/program kerja yang dibuat oleh petugas rekam medis terlebih dahulu.

3.2 Pembahasan

3.2.1 Mengidentifikasi Persentase Ketidakakuratan Kode Diagnosis Pada DRM Pasien Rawat Inap di RS.X

Pemberian kode diagnosa pada rekam medis pasien sangat penting guna memudahkan pelayanan pada penyajian informasi kesehatan yang ada di suatu pelayanan kesehatan. Apabila diagnosis pasien tidak dikode secara akurat akan menyebabkan informasi yang diperoleh memiliki validitas data yang rendah, dan tentunya berdampak pada kualitas ketepatan data laporan, misalnya Laporan data morbiditas

dan data mortalitas, Laporan sepuluh besar penyakit [1].

Berdasarkan hasil pada tabel 1, yang menunjukkan persentase kode tidak akurat sebesar 18%. Hasil analisa data menunjukkan bahwa ketidakakuratan kode diagnosis terbanyak terjadi pada sistem organ pada bab XIX tentang cidera sebanyak 9 kode diagnosis yang tidak akurat. Penyebab ketidakakuratan kode pada kasus tersebut disebabkan koder salah dalam menentukan blok kode cedera dan tidak ditulis kode *external cause*-nya maupun kesalahan dalam pemberian subkarakter ke-4 dan subkarakter ke-5. Contoh kasus pada kode diagnosis yang tidak akurat ialah terdapat kasus pasien mengalami nyeri pergelangan tangan kiri setelah jatuh dari pohon mangga dengan diagnosis "*fracture of lower radius ulna*", kemudian koder memberi kode diagnosis tersebut S52.7. Kesalahan kode diagnosis pada kasus tersebut dikarenakan koder hanya mengkode diagnosis sampai subkarakter ke-4 saja, sedangkan pada bab kasus cedera terdapat subkarakter ke-5 untuk mengidentifikasi jenis fraktur (*closed/open*). Apabila jenis fraktur tidak dijelaskan maka berdasarkan ICD 10 jenis fraktur dianggap sebagai fraktur tertutup dengan kode subkarakter ke-5 yaitu .0, sehingga kode yang benar untuk kasus diatas berdasarkan ICD 10 adalah S52.70. koder juga tidak menambahkan kode untuk *external cause*-nya yaitu "jatuh dari pohon mangga", sedangkan pada kasus cedera, kode *external cause* harus di kode berdasarkan ICD 10. Pengkodean *external cause* harus pada subkarakter ke-4 yang menjelaskan tempat kejadian (*place of occurrence*) dan subkarakter ke-5 untuk menunjukkan aktivitas pada saat peristiwa terjadi (*activity code*). Pada kasus "jatuh dari pohon", kode berdasarkan ICD 10 adalah W14 (*Fall from tree*), kasus tersebut tidak spesifik menjelaskan tempat kejadian dan aktivitas pada saat peristiwa terjadi, sehingga kode pada subkarakter ke-4 yaitu .9 (*Unspecified, place*) dan kode pada subkarakter ke-5 yaitu .9 (*during unspecified activity*). Hasil akhir kode diagnosis

yang tepat pada *fracture of lower radius ulna* adalah S52.70 W14.99. Penulisan diagnosis penyakit pada kasus cedera harus dituliskan secara lengkap dan spesifik mulai dari diagnosis cedera, *external cause*, sampai dengan jenis fraktur (*closed/open*).

Hal ini selaras dengan hasil penelitian lain yang menyebutkan bahwa dari 106 sampel rekam medis kasus cedera, diperoleh hasil keakuratan kode diagnosis sebesar 66,1 % an 33,9% kode yang tidak akurat. Penyebab ketidakakuratan tersebut sebagian sebesar (51,9%) terletak pada pemberian kode untuk subkarakter ke-5 sebagian besar tidak dituliskan dan kode *external cause* yang tidak dikode oleh koder [4].

3.2.2 Menganalisis Faktor Penyebab Ketidakakuratan Kode Diagnosis Pada DRM Pasien Rawat Inap di RS.X

1. Man

Penyebab tidak akuratnya kode diagnosis pada faktor *Man* di RS.X dapat ditinjau dari 4 parameter diantaranya latar belakang pendidikan, masa kerja, pelatihan dan tingkat pengetahuan petugas. Data diperoleh melalui kegiatan wawancara dan observasi terhadap 2 koder sebagai responden.

Pada parameter pertama mengenai latar belakang pendidikan, kedua petugas sudah mengacu pada Permenkes RI Nomor 55 Tahun 2013 yang mengatur bahwa seorang profesi ahli madya rekam medis mempunyai kewenangan penuh untuk melaksanakan pengodean diagnosis penyakit [5]. Berdasarkan pernyataan tersebut, kedua petugas koding di RS.X sudah sesuai dengan kompetensinya yaitu lulusan D-3 Rekam Medis.

Hal ini didukung oleh penelitian yang menyatakan bahwa latar belakang pendidikan koder di rumah sakit tersebut sudah memenuhi standar yaitu berlatar belakang pendidikan D-3 Rekam Medis yang kompeten dalam melakukan klasifikasi kodifikasi penyakit [6].

Masa kerja merupakan satu indikator mengenai kecenderungan pegawai untuk

melakukan tugas mereka. Ada kemungkinan bahwa masa kerja yang lama menunjukkan tingkat keterampilan yang lebih tinggi dibandingkan dengan rekan kerja yang lain dan berpengaruh terhadap produktivitas dan kompetensi tenaga kerja [7].

Dari hasil wawancara yang telah dilakukan terhadap kedua responden, diperoleh data bahwa kedua petugas memiliki masa kerja yang cukup sebagai petugas koding yaitu lebih dari 5 tahun pengalaman kerja atau dengan rentang waktu jabatan 6-7 tahun. Dengan lamanya masa kerja sebagai petugas koding di RS.X, kedua petugas sudah cukup memiliki keahlian dan keterampilan dalam melaksanakan kegiatan kodifikasi penyakit.

Parameter selanjutnya mengenai pelatihan petugas. Dalam buku yang berjudul "Manajemen Sumber Daya Alam" dijelaskan tentang pelatihan yang merupakan suatu aktivitas untuk meningkatkan keahlian, kecakapan, keterampilan serta mutu yang dilaksanakan setelah dan selama menjabat di posisi atau posisi tertentu [8]. Untuk meningkatkan kemampuan dan profesionalisme kerjanya, petugas koding harus selalu mengikuti perkembangan ilmu rekam medis khususnya dalam kodifikasi penyakit dengan sering mengikuti pelatihan tentang koding. Hasil wawancara dan observasi yang dilakukan oleh peneliti, didapat data bahwa responden 1 belum pernah mengikuti pelatihan mengenai kodifikasi penyakit. Pada responden 2 pernah satu kali mengikuti pelatihan terkait kodifikasi penyakit dengan topik pelatihan yaitu "*Kesiapan Profesi PMIK dalam Implementasi ICD 11 pada Tahun 2019*" yang diselenggarakan oleh instansi lain. Sedangkan di RS.X belum pernah mengadakan kegiatan pelatihan kepada petugas koding. Meskipun petugas koding berlatar belakang pendidikan D-3 RMIK, akan tetapi guna meningkatkan kompetensi di bidangnya, petugas koding tetap harus mengikuti pelatihan koding.

Hal tersebut selaras dengan hasil penelitian lain yang berjudul "*Hubungan Pengetahuan*

Coder dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Jalan BPJS berdasarkan ICD-10 di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo" mengatakan bahwa pengetahuan koder dari 6 petugas yang diamati didapatkan hasil ukur sebagai berikut: 2 petugas memiliki pengetahuan cukup (33,3%), 3 petugas dengan pengetahuan kurang baik (50%), dan 1 petugas dengan pengetahuan tidak baik (16,7%). Dari 95 berkas yang diamati, sejumlah 66 berkas (66,5%) kode diagnosis akurat. Hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh p value 0,050, yang menunjukkan adanya hubungan pengetahuan koder terhadap keakuratan kode diagnosis penyakit dengan nilai keakuratan sebesar 0,707 [9].

Parameter terakhir pada variabel *Man* ialah pengetahuan petugas koding. Pengetahuan adalah hasil dari pemahaman manusia tentang sesuatu melalui proses penginderaan, yang lebih dominan terjadi melalui penginderaan mata dan pendengaran. Faktor penyebab ketidakakuratan kode penyakit juga dapat ditinjau dari tingkat pengetahuan petugas koding. Seorang koder harus faham dan memiliki pengetahuan yang baik mengenai kodifikasi penyakit sesuai dengan acuan buku ICD 10. Petugas koding yang kurangnya pengetahuan dalam memberikan kode diagnosis menyebabkan kode diagnosis yang ditulis pada berkas pasien menjadi tidak akurat. Hal tersebut dibuktikan pada kegiatan observasi dengan menggunakan kuesioner yang dilakukan oleh peneliti terhadap kedua petugas koding di RS.X. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan petugas koding mengenai kodifikasi penyakit, peneliti memberikan kuesioner dengan memberi pertanyaan dalam bentuk soal-soal pilihan ganda sejumlah 10 butir dengan pilihan jawaban a-e. Terdapat 2 faktor yang berpengaruh pada pengetahuan yaitu unsur internal dan unsur eksternal. Salah satu unsur internal yang berpengaruh pada tingkat pengetahuan petugas yaitu pada pengalaman kerja, kedua petugas koding sudah cukup memiliki keahlian dan keterampilan dalam melaksanakan kegiatan

kodefikasi penyakit dengan rentang masa kerja sebagai koder selama 6-7 tahun. Sedangkan salah satu faktor eksternal yaitu pada pelatihan petugas koding. Petugas koding belum cukup mengikuti pelatihan mengenai kodefikasi penyakit karena rumah sakit belum pernah mengadakan pelatihan petugas koding terkait kompetensinya. Hal tersebut dapat berpengaruh pada tingkat pengetahuan petugas karena semakin banyak pelatihan yang diikuti petugas, maka wawasan mengenai kodefikasi penyakit yang dimiliki oleh petugas koding semakin luas.

Hasil tersebut selaras dengan penelitian lain tentang “faktor-faktor yang berpengaruh pada akurasi kode diagnosis di puskesmas rawat jalan kota Malang” menyatakan bahwa dari segi pengetahuan tentang kode diagnosis, dari 15 responden terdapat 53.3% petugas memiliki skor pengetahuan dibawah 60. Hal ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan koder mengenai prosedur pemakaian ICD 10 dan ketentuan-ketentuan lain yang diatur didalamnya serta pengetahuan tambahan tentang kode diagnosis penyakit dan bagaimana membuat kode diagnosis tepat [10].

2. Method

Berdasarkan Permenkes RI No. 55 Tahun 2013 dijelaskan bahwa dalam melaksanakan pekerjaan keprofesiannya, seorang perekam medis berkewajiban untuk mematuhi standar pekerjaan, layanan dan prosedur [5]. Pengkodean yang berpedoman pada SOP koding akan menghasilkan kode diagnosis yang terekam pada berkas rekam medis menjadi akurat dan berdampak pada kualitas isi berkas rekam medis yang menjadi tanggung jawab perekam medis. Apabila proses pengodean tidak mengacu pada SOP akan menyebabkan kodefikasi tidak akurat dan berpengaruh pada pelaporan morbiditas dan mortalitas, pencatatan penyakit dan pembiayaan klinis.

Dari hasil penelitian, sudah terdapat SOP koding di RS.X, namun kegiatan pengkodean tidak sepenuhnya dilakukan sesuai SOP koding yang ada dan belum dijelaskan mengenai acuan

versi ICD 10 yang digunakan untuk penentuan kodefikasi penyakit. Ketidakpatuhan petugas terhadap SOP yaitu pengkodean diagnosis dilakukan sebelum berkas pasien di *assembling*, sedangkan pada SOP koding tertera prosedur pengkodean dimulai dari *assembling* berkas, pengkodean diagnosis dan tindakan, selanjutnya hasil kode diagnosis dimasukkan pada SIMRS. Kegiatan *assembling* dilakukan guna mempermudah koder dalam meninjau penyakit yang diderita pasien sehingga koder dapat menentukan kode diagnosis yang akurat sesuai dengan penyakit yang diderita pasien. Apabila tidak dilakukan *assembling* berkas terlebih dahulu, dapat mengakibatkan tingginya tingkat ketidakakuratan kode diagnosis dikarenakan berkas masih belum urut sehingga koder kesulitan dalam membaca lembar-lembar penunjang sebagai penentu kode diagnosis. Dari hasil observasi sebesar 18% kode diagnosis yang tidak akurat, kemungkinan salah satunya dapat disebabkan oleh faktor *method* (SOP).

Keadaan ini selaras dengan hasil penelitian lain yang menyebutkan bahwa dari 9 poin prosedur kegiatan pengkodean diagnosis penyakit tuberkulosis paru berdasarkan SOP, hanya 5 poin prosedur yang dikerjakan oleh petugas koding. Pengkodean berdasarkan sembilan langkah dasar yang tercantum pada SOP menjadi acuan seorang koder dalam melaksanakan pengodean diagnosis penyakit yang harus dilakukan agar dapat menghasilkan kode yang akurat [11].

3. Material

Pada unsur *Material* yakni sudah terdapat alat bantu dalam klasifikasi dan kodefikasi diagnosis penyakit yaitu buku ICD 10 volume 1 dan 3 tahun 2010, sedangkan ICD 10 volume 2 tidak ada di unit rekam medis khususnya di bagian koding. Pada saat observasi, kedua petugas tidak menggunakan buku ICD 10 tahun 2010 sebagai bahan acuan pemberian kode penyakit, hal tersebut dibuktikan pada saat melakukan pengkodean diagnosis petugas menggunakan buku ICD 10 tahun 2005 sebagai

acuan pengkodean diagnosis di RS.X. Penetapan kodefikasi diagnosis yang masih mengacu pada buku ICD 10 tahun 2005 berpotensi menghasilkan kode yang tidak akurat karena beberapa kode diagnosis yang berdasarkan ICD 10 tahun 2005 berbeda atau mengalami beberapa penambahan kode yang ada di ICD 10 tahun 2010.

Contoh ketidakakuratan dalam pemberian kode diagnosis di RS.X berdasarkan buku ICD 10 tahun 2005 sebagai acuan pengkodean ialah terdapat diagnosis CKD st 5 pada lembar resume medis pasien, kemudian koder memberi kode diagnosis tersebut N18.9 *Chronic kidney disease, unspecified*. Berdasarkan buku ICD 10 tahun 2010, kode diagnosis untuk kasus *Chronic kidney disease, stage stage 5* yang akurat yaitu N18.5. Kode diagnosis dari koder tidak akurat disebabkan ketidaktepatan dalam penentuan pada subkarakter ke-4. Hal ini dikarenakan pada ICD 10 tahun 2005 pada volume 1 kode untuk diagnosis CKD st. 5 masuk pada kode N18.9 yaitu *Chronic kidney disease, unspecified*. Sedangkan pada ICD 10 tahun 2010 kode pada penyakit CKD mengalami penambahan kode (*new code*) pada subkarakter ke-4 sesuai dengan tahapan/stage dari penyakit tersebut.

Pada penelitian yang terdahulu menyatakan bahwa dari hasil observasi 183 berkas rekam medis rawat jalan di puskesmas sukodono lumajang terdapat 22 berkas rekam medis dengan kode akurat sesuai dengan ICD 10, 41 berkas rekam medis tidak akurat dan 119 berkas rekam medis tidak terdapat kode. Ketidakakuratan kode tersebut salah satunya disebabkan oleh tidak adanya buku ICD 10 sebagai acuan pengkodean, sehingga petugas melakukan kodefikasi menggunakan internet untuk mencari kode diagnosis tersebut [12].

4. Money

Money merupakan salah satu elemen yang tidak boleh diabaikan. Jumlah dana atau uang yang dikeluarkan oleh perusahaan dapat menentukan besar-kecilnya hasil kegiatan. Hal

ini terkait dengan besaran dana yang harus dianggarkan oleh rumah sakit untuk pembiayaan kegiatan pelatihan petugas koding guna meningkatkan keahlian dan keterampilan dibidangnya. Uang juga digunakan sebagai alat untuk pengadaan sarana/prasarana dalam menunjang kegiatan kodefikasi penyakit.

Hasil pengamatan penelitian menunjukkan sudah terdapat dana/biaya khusus yang dikeluarkan untuk kegiatan pelatihan petugas koding guna menambah pengetahuan mengenai pekerjaan klasifikasi dan kodefikasi diagnosis penyakit dan pengadaan sarana/prasarana guna menunjang kegiatan kodefikasi penyakit. Namun dana tersebut bersifat tidak tetap dikarenakan petugas harus mengajukan permohonan/proposal program kerja tahunan terlebih dahulu agar dana/biaya tersebut bisa dicairkan. Permasalahan terkait unsur *money* dalam kegiatan pengkodean diagnosis di RS.X yaitu perlu adanya dana untuk kegiatan pelatihan petugas koding dan pengadaan sarana dan prasarana berupa buku ICD 10 volume 1,2 dan 3 tahun 2010.

Hal ini sejalan dengan penelitian Utami (2022), yang menyatakan bahwa salah satu penyebab ketidaksesuaian kodefikasi penyakit pada unsur *money* ialah tidak adanya tunjangan khusus kepada petugas koding seperti *reward* dan *punishment* untuk penilaian kinerja petugas koding [13].

4. KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan keakuratan kode diagnosis sebesar 82% dan 18% kode diagnosis tidak akurat. Faktor-faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis di RS.X terdapat 4 unsur yaitu pada unsur *man* (pengetahuan petugas tentang koding dan pelatihan koding), *method* (ketidakpatuhan petugas terhadap SOP), *material* (ketersediaan buku ICD 10 tahun 2010) dan *money* (kebutuhan anggaran untuk pelatihan koding dan pengadaan buku ICD 10 tahun 2010). Untuk meningkatkan keakuratan kode diagnosis, rumah sakit diharapkan lebih meningkatkan pelatihan koding bagi petugas,

melakukan sosialisasi SOP koding dan pengadaan buku ICD 10 guna meningkatkan keakuratan kode diagnosis, adanya dana untuk kegiatan pelatihan tentang koding guna meningkatkan penguasaan teori dan keterampilan bagi petugas koding.

5. UCAPAN TERIMA KASIH

Pada kesempatan ini, peneliti mengucapkan terima kasih kepada direktur rumah sakit X yang telah memberikan izin untuk dapat melakukan penelitian. Peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada seluruh petugas rekam medis di rumah sakit X yang telah banyak membantu untuk memperoleh data yang diperlukan dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] linda handayuni, *REKAM MEDIS DALAM MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN*. cv insan cendekia mandiri.
- [2] T. Wijayanto, “Tinjauan Ketidaklengkapan Kode Diagnosis pada Rawat Inap Anak di Rumah Sakit Tentara Dr. Reksodiwiryo,” no. 1, pp. 178–182, 2020.
- [3] L. Indawati, “Identifikasi Unsur 5M dalam Pemberian Kode Penyakit Dan Tindakan (Systematic Review),” *Indones. Heal. Inf. Manag. J.*, vol. 5, no. 2, pp. 59–64, 2017.
- [4] A. T. Iman, M. Y. Ismail, and D. Setiadi, “Tinjauan Akurasi Kode Diagnosis Dan Kode Penyebab luar Pada Kasus Cedera Kepala Yang Disebabkan Kecelakaan Lalu Lintas Di Rumah Sakit Umum Pusat,” *J. Rekam Medis dan Inf. Kesehat.*, vol. 4, no. 1, pp. 24–31, 2021, doi: 10.31983/jrmik.v4i1.6792.
- [5] Kemenkes, “Permenkes No.55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Rekam Medis,” *Permenkes No.55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerj. Rekam Medis*, vol. 66, no. 1997, pp. 37–39, 2013.
- [6] A. Ferdianto and L. “Analisis Keakuratan Kodefikasi Rekam Medis Pasien Rawat Inap Bedah Orthopedi Berdasarkan ICD-10 di RSUD dr. Mohammad Zyn Kabupaten Sampang,” *J. Manaj. Inf. Kesehat. Indones.*, vol. 9, no. 2, p. 179, 2021, doi: 10.33560/jmiki.v9i2.344.
- [7] M. Muhammad Syarkawi, “Pengaruh Keterlibatan Krja, Masa Kerja, dan Kepuasan kerja Terhadap Komitmen Organisasi Karyawan Di Rumah Sakit Surya Insani Kabupaten Rokan Hulu,” *Pengaruh Keterlibatan Krja, Masa Kerja, dan Kepuasan kerja Terhadap Komitmen Organ. Karyawan Di Rumah Sakit Surya Insa. Kabupaten Rokan Hulu*, vol. 11, no. 1, p. 12, 2022.
- [8] H. Riniwati, A. Hakim, U. B. Press, and U. B. Media, *Manajemen Sumberdaya Manusia: Aktivitas Utama dan Pengembangan SDM*. Universitas Brawijaya Press, 2016.
- [9] W. Kurnianingsih, “Hubungan Pengetahuan Coder dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Jalan BPJS berdasarkan ICD – 10 Di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo,,” *J. Manaj. Inf. dan Adm. Kesehat.*, vol. 3, no. 01, 2020, doi: 10.32585/jmiak.v3i01.680.
- [10] E. S. D. Hastuti and M. Ali, “Faktor-faktor yang Berpengaruh pada Akurasi Kode diagnosis di Puskesmas Rawat Jalan Kota Malang,” *J. Kedokt. Brawijaya*, vol. 30, no. 3, pp. 228–234, 2019, doi: 10.21776/ub.jkb.2019.030.03.12.
- [11] N. galuh Budi, “Journal Health Information Management Indonesian (JHIMI) Analisis Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Diabetes Mellitus Journal Health Information Management Indonesian (JHIMI),” vol. 03, no. 01, pp. 21–28, 2022.

- [12] V. A. Isnaini, “Strategi Perbaikan Ketidaktepatan Kodefikasi Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Jalan Berdasarkan ICD-10 dengan PDCA di Puskesmas Sukodono Lumajang,” *Pros. Semin. Rekam Med. dan Inf. Kesehat.*, vol. 1, no. 1, pp. 7–8, 2019.

- [13] S. W. Bhina Awitiya Utami, “Faktor Penyebab Ketidaksesuaian Kode Diagnosis pada Berkas Rekam Medis dengan SIMRS di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta,” *Gend. Dev.*, vol. 120, no. 1, pp. 0–22, 2018, [Online].