

ANALISIS FAKTOR KETIDAKAKURATAN KODEFIKASI PENYAKIT PADA PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT WAVA HUSADA

Eiska Rohmania Zein¹⁾, Ainin Aliyah²⁾ Prima Saultoni Akbar³⁾

*^{1), 2)} D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Poltekkes Kemenkes Malang
Email : eiskazein@poltekkes-malang.ac.id*

ABSTRAK

Pengkodean penyakit diperlukan untuk memberikan input pada sistem pelaporan diagnosis medis dan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosa karakteristik pasien. Ketidakakuratan kodefikasi menyebabkan informasi yang dihasilkan memiliki tingkat validasi data yang rendah, yang tentunya dapat menyebabkan pelaporan yang tidak akurat, misalnya laporan kejadian dinamis dan laporan sepuluh besar penyakit. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor penyebab ketidakakuratan kodefikasi penyakit pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Wava Husada, menggunakan pendekatan kualitatif yang didukung data kuantitatif. Penelitian dilakukan terhadap 98 sampel rekam medis rawat inap periode Januari–Maret 2024, dengan analisis berdasarkan metode 5M (Man, Money, Material, Machine, dan Method). Hasil penelitian menunjukkan bahwa 75,51% kodefikasi penyakit dinyatakan akurat, sedangkan 24,49% tidak akurat. Ketidakakuratan kodefikasi terutama disebabkan oleh kesalahan pada digit keempat (50%), tidak adanya digit keempat (20,9%), dan kesalahan digit ketiga (12,5%). Faktor penyebab ketidakakuratan meliputi keterbatasan pelatihan petugas koder, diagnosis yang tidak terbaca, serta kurangnya konsistensi dalam penerapan pedoman ICD-10. Selain itu, sistem pendukung seperti SOP kodefikasi dan sarana pelatihan yang memadai juga masih perlu ditingkatkan. Penelitian ini menyarankan peningkatan kapasitas koder melalui pelatihan berkelanjutan, penyediaan alat bantu yang memadai, serta penerapan standar operasional prosedur yang lebih tegas. Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi acuan untuk meningkatkan kualitas pengelolaan rekam medis di rumah sakit.

Kata Kunci : ketidakakuratan kodefikasi, pasien rawat inap, ICD-10, metode 5M, rekam medis

ABSTRACT

Disease coding is required to provide input for medical diagnosis reporting systems and for the storage and retrieval processes of data related to patients' diagnostic characteristics. Coding inaccuracies result in low data validation levels, which can lead to inaccurate reporting, such as dynamic incident reports and the top ten disease reports. This study aims to analyze the factors contributing to coding inaccuracies in inpatient medical records at Wava Husada Hospital using a qualitative approach supported by quantitative data. The research was conducted on 98 inpatient medical record samples from January to March 2024, analyzed based on the 5M method (Man, Money, Material, Machine, and Method). The results showed that 75.51% of the coding was accurate, while 24.49% was inaccurate. The primary causes of coding inaccuracies were errors in the fourth digit (50%), missing fourth digits (20.9%), and errors in the third digit (12.5%). The

factors causing inaccuracies include limited training for coders, unreadable diagnoses, and inconsistent application of ICD-10 guidelines. Additionally, supporting systems such as coding SOPs and adequate training resources need improvement. This study recommends enhancing coders' capacity through continuous training, providing adequate tools, and enforcing stricter implementation of standard operating procedures. The findings of this study are expected to serve as a reference for improving the quality of medical record management in hospitals.

Keywords: coding inaccuracies, inpatients, ICD-10, 5M method, medical records

PENDAHULUAN

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2020) menyebutkan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan rekam medis elektronik. Rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis elektronik adalah rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis (Menteri Kesehatan, 2022).

Salah satu kewenangan PMIK adalah menerapkan system untuk mengklasifikasikan dan mengkodifikasikan penyakit terkait kesehatan dan medis menurut terminologi medis yang benar. Pengkodean merupakan kegiatan pemberian kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan medis yang terbaru / *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan (Menteri Kesehatan, 2022). PMIK harus benar mengidentifikasi kode penyakit sesuai dengan klasifikasi Indonesia saat ini dan menggunakan buku *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD-10)* yang diterbitkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Pengelola rekam medis sebagai pembuat kode bertanggung jawab atas kebenaran kode diagnostik yang ditetapkan oleh dokter sesuai dengan kompetensinya (Galuh Nugrahaning *et al.*, 2022). Jika tenaga medis (dokter) tidak melakukan pemberian diagnosis secara tepat dan lengkap maka pengkodean pada berkas rekam medis tersebut dinyatakan tidak akurat. Ketepatan pemberian kodefikasi

penyakit dikatakan tepat dan akurat jika sesuai aturan ICD-10. Pelaksanaan pengkodean diagnosis harus lengkap dan akurat sesuai ICD-10 (Rasyidah & Widiastuti, 2022)

Pengelola rekam medis sebagai pembuat kode bertanggung jawab atas kebenaran kode diagnostik yang ditetapkan oleh dokter sesuai dengan kompetensinya. Penerapan pengkodean penyakit untuk pengindeksan catatan dan tindakan penyakit di institusi medis, memberikan input pada sistem pelaporan diagnosis medis, dan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosa karakteristik pasien dan pemberi perawatan, bahan dasar dalam bahasa Indonesia, memfasilitasi INA-CBG untuk penagihan pembayaran manfaat yang sistematis, pelaporan morbiditas dan mortalitas nasional dan internasional, tabulasi data kesehatan, analisis pembiayaan kesehatan, dan penelitian epidemiologis dan klinis untuk proses evaluasi program manfaat medis. Dampak yang terjadi ketika diagnosis pasien tidak dikodekan secara akurat, maka informasi yang dihasilkan memiliki tingkat validasi data yang rendah, yang tentunya dapat menyebabkan pelaporan yang tidak akurat, misalnya laporan kejadian dinamis, laporan sepuluh besar penyakit, atau aplikasi BPJS. Oleh karena itu, kode yang benar-benar akurat harus diperoleh untuk memperhitungkan laporan yang dibuat (Galuh Nugrahaning *et al.*, 2022)

Penelitian yang dilakukan Nanjo *et al.*, 2022 dengan judul Analisis Pengaruh Ketidaktepatan Kode Diagnosis dan Kode

Tindakan Pasien Rawat Inap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Terhadap Tarif di Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya Kota Denpasar menunjukkan hasil perhitungan pada 132 rekam medis pasien didapatkan ketidaktepatan kode diagnosis sebanyak 90 dokumen rekam medis atau sebanyak 68,2%. Ketepatan kode diagnosis sebanyak 42 dokumen rekam medis atau 31,8%. Ketidaktepatan kode diagnosis menyebabkan lebih tingginya tarif yang dibebankan kepada pasien daripada yang seharusnya.

Penelitian yang dilakukan Simorangkir *et al.*, 2021 dengan judul Tinjauan Ketepatan Pengkodean Penyakit pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap Peserta BPJS di Rumah Sakit Angkatan Udara dr. M. Hassan Toto Bogor Tahun 2021 menunjukkan dari total 90 sampel, didapatkan hasil ketepatan pengkodean penyakit pada rekam medis rawat inap peserta BPJS sebesar 72,2% dan ketidaktepatan pengkodean sebesar 27,8%. Ketidaktepatan pengkodean disebabkan karena penulisan diagnosis yang tidak terbaca, kurangnya SDM PMIK, petugas koder kurang teliti, SPO untuk karakter ke – 5 dalam pengkodean belum ada, koder juga cenderung menggunakan hafalan dan pengembalian berkas dari ruang perawatan yang terlambat.

Hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan di Rumah Sakit Wawa Husada pada unit rekam medis bagian pengolahan data ditemukan dari 13 sampel yang diteliti terdapat persentase keakuratan kode sebanyak 46,16% dan persentase ketidakakuratan kode sebanyak

53,84%. Ketidakkuratan kode tersebut disebabkan ketidaksesuaian kode pada digit ketiga dan keempat. Keakuratan dalam penetapan kode diagnosis memiliki dampak yang signifikan terutama dalam pembiayaan, asuhan keperawatan, serta mutu pelayanan. Pemberian kode harus dilakukan dengan teliti dan akurat karena ketidakakuratan pemberian kode yang tidak sesuai ICD 10 akan berdampak buruk pada pasien maupun rumah sakit.

Berdasarkan permasalahan tersebut, peneliti tertarik untuk mengangkat ide penelitian dengan judul “Analisis Faktor Ketidakkuratan Kodefikasi Penyakit pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Wava Husada” mengingat pentingnya keakuratan kode diagnosis yang dihasilkan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Pengumpulan data pada penelitian ini diprioritaskan pada data kuantitatif dan data kualitatif. Variabel yang akan diteliti adalah ketidakakuratan kodefikasi penyakit pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Wava Husada dan faktor 5M (*Man, Money, Material, Machine, dan Method*) ketidakakuratan kodefikasi penyakit pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Wava Husada. Dalam penelitian ini, peneliti akan menggunakan populasi pada dokumen rekam medis pada pasien rawat inap periode Januari–Maret 2024 di Rumah Sakit Wava Husada yaitu sebanyak 6738 dokumen rekam medis dan seorang kepala instalasi rekam medis serta tiga orang petugas koding. Sampel nya berjumlah 99

dokumen rekam medis dengan menggunakan rumus slovin. Instrumen yang digunakan yaitu lembar checklist, pedoman wawancara, ICD 10 Revisi 2010 volume 1,2,3. Cara pengumpulan data yaitu observasi dan wawancara.

HASIL PENELITIAN

1. Mengidentifikasi Persentase Ketidakkuratan Kode Diagnosis pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Wava Husada

Penelitian ini menggunakan 98 sampel rekam medis rawat inap dengan diagnosis penyakit secara acak pada bulan Januari – Maret 2024. Dari 98 rekam medis tersebut dilakukan analisis data kemudian hasil observasi koding tersebut diserahkan kepada validator ahli koding. Lembar checklist penilaian yang diberikan kepada validator berupa table yang berisi SOAP, kode diagnosis rumah sakit, kode diagnosis dari peneliti, dan tabel nilai akurasi. Hasil analisis data menunjukkan bahwa tingkat persentase keakuratan dan ketidakakuratan kode diagnosis pada dokumen rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit Wava Husada pada bulan Januari – Maret 2024 adalah sebagai berikut.

Tabel 1. Persentase keakuratan dan ketidakakuratan kodefikasi penyakit pada pasien rawat inap di RS Wava Husada

No	Kode	Jumlah	Persentase
Diagnosis			
1	Kode Akurat	74	75,51%
2	Kode Tidak Akurat	24	24,49%
Total		98	100%

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa persentase keakuratan kode diagnosis sebesar 75,51% dengan jumlah 74 dokumen rekam medis, sedangkan persentase ketidakakuratan diagnosis sebesar 24,49% dengan jumlah 24 dokumen rekam medis. Ketidakakuratan kode tersebut terjadi karena kesalahan kode yang itdisebabkan beberapa hal diantaranya sebagai berikut.

Tabel 2. Penyebab ketidakakuratan kode diagnosis pada dokumen rekam medis pasien rawat inap

No	Penyebab Ketidakakuratan Kode	Jumlah	Persentase
1	Kesalahan pada digit ke-4 kode diagnosis	12	50%
2	Tidak adanya digit ke-4 kode diagnosis	5	20,9%
3	Kesalahan pada digit ke-3 kode diagnosis	3	12,5%
4	Ketidaksesuaian dengan diagnosis	2	8,4%
5	Tidak adanya digit ke-5 pada kasus fraktur	1	4,1%
6	Kesalahan kode pada Ibu hamil	1	4,1%
	Total	24	100%

Berdasarkan table diatas diketahui bahwa ketidakakuratan kode disebabkan oleh kesalahan

pada digit keempat kode diagnosis, tidak adanya digit keempat pada kode diagnosis, kesalahan digit ketiga pada kode diagnosis, ketidaksesuaian kode dengan diagnosis, tidak adanya digit kelima pada kasus fraktur, dan kesalahan kode pada kondisi ibu hamil . Penyebab terbanyak ketidakakuratan kode disebabkan oleh adanya kesalahan pada digit keempat kode diagnosis sebanyak 12 kode diagnosis, tidak adanya digit keempat kode diagnosis sebanyak 5 kode, dan kesalahan digit ketiga atau blok pada kode diagnosis sebanyak 3 kode.

2. Menganalisis Faktor Ketidakakuratan Kode Diagnosis pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Wawa Husada

a. Man

Faktor unsur man yang dapat berpengaruh pada ketidakakuratan kodefikasi adalah koder. Analisis faktor man diperoleh dari hasil wawancara tiga informan selaku petugas kodefikasi diagnosis penyakit di Rumah Sakit Wawa Husada terkait latar belakang pendidikan, lama masa bekerja, serta pengalaman mengikuti pelatihan atau seminar terkait kodefikasi. Pengalaman koder dalam mengikuti pelatihan akan mempengaruhi ketrampilan koder dalam melakukan kodefikasi penyakit. Dari hasil wawancara tersebut, diperoleh untuk koder dengan lama kerja 7-8 tahun sudah pernah mengikuti pelatihan sebanyak satu kali dan koder dengan lama kerja 1,5 bulan belum pernah mengikuti pelatihan.

b. Money

Keterampilan dan pengetahuan koder sangat penting untuk menunjang keakuratan kode dimana sangat diperlukan peran rumah sakit. Rumah sakit memfasilitasi petugas koder dengan kegiatan pelatihan kodefikasi penyakit dan tindakan bagi koder. Berdasarkan hasil wawancara peneliti diperoleh bahwa sudah tersedianya anggaran untuk pelatihan koder. Petugas koding mendapat pelatihan secara bergantian, namun pelatihan tersebut sudah lama sehingga untuk petugas koding yang baru belum mendapat pelatihan.

c. Material

Pada unsur *material*, peneliti melakukan wawancara kepada informan terkait ketidakterbacaan diagnosis yang tertera pada dokumen rekam medis. Berdasarkan hasil wawancara diperoleh bahwa koder sempat kesulitan ketika diagnosis tidak terbaca atau diagnosis belum terisi, namun masalah tersebut dapat teratasi dengan melakukan konfirmasi ulang kepada dokter yang bersangkutan. Selain ketidakterbacaan diagnosis, singkatan singkatan pada diagnosis juga membuat koder bingung dan menimbulkan beberapa persepsi sehingga dapat menyebabkan ketidakakuratan kode diagnosis. Hal tersebut dapat diatasi koder dengan saling berdiskusi dan melakukan kesepakatan kode apa yang paling tepat digunakan sesuai dengan buku saku yang tersedia.

d. Machine

Pada unsur *machine*, peneliti melakukan analisis melalui wawancara

mengenai penggunaan ICD dalam proses pengkodean. Berdasarkan hasil wawancara, pelaksanaan pengkodean diagnosis menggunakan ICD 10. Berdasarkan observasi, petugas koding sering mengecek kodefikasi dengan memastikan melalui google dan ICD 10 online.

e. Methode

Faktor terakhir yang menjadi penyebab ketidakakuratan kodefikasi dari unsur *method* adalah SOP Kodefikasi. SOP kodefikasi berisi prosedur atau tata cara pelaksanaan kodefikasi penyakit di Rumah Sakit Wawa Husada. Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan, pada Rumah Sakit Wawa Husada sudah terdapat SOP yang mengatur tata cara pelaksanaan pengkodean kemudian pelaksanaan pengkodean sudah berjalan sesuai dengan SOP yang berlaku.

PEMBAHASAN

1. Mengidentifikasi Persentase Ketidakakuratan Kode Diagnosis pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Wawa Husada

Untuk memperoleh informasi terkait pelaksanaan kodefikasi diagnosis di Rumah Sakit Wawa Husada, peneliti melakukan wawancara kepada tiga orang koder dan melakukan observasi terhadap pelaksanaan kodefikasi diagnosis oleh koder. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan peneliti di Rumah Sakit Wawa Husada, pelaksanaan kodefikasi untuk kebutuhan klaim BPJS dilakukan oleh unit casemix yang dilakukan pada aplikasi INA CBGs,

sedangkan kodifikasi untuk keperluan pelaporan rumah sakit dilakukan oleh perekam medis pada unit rekam medis di SIMRS Rumah Sakit Wawa Husada. Rekam medis yang digunakan pada rawat inap Rumah Sakit Wawa Husada saat ini sedang dalam masa peralihan menuju rekam medis elektronik. Adapun dalam penelitian ini, peneliti menggunakan kode diagnosis dari dokumen rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit Wawa Husada sehingga ketidakakuratan kode yang diteliti akan berpengaruh pada data pelaporan Rumah Sakit Wawa Husada.

Berdasarkan table 1 penyebab terbanyak ketidakakuratan kode diagnosis penyakit disebabkan karena tidak adanya digit keempat pada kode diagnosis sebanyak 12 dokumen rekam medis. Contohnya pada kasus *Abcess axilla* dengan kode L04.2 namun dikode dengan L04.9. Pada ICD 10 volume 1, kode L04.9 tertera *Acute lymphadenitis, unspecified* sedangkan diagnosis yang dituliskan adalah *Abcess axilla* masuk pada kode L04.2 *Acute lymphadenitis of upper limb* dibawahnya termasuk *axilla*. Hal ini juga terjadi pada kasus *Obstructive jaundice bileduct stone* yang dikode dengan K80.4. Jika dilihat dari *leadterm jaundice* kemudian indentasi *obstructive* maka akan didapatkan *see also obstruction, bileduct* dengan kode K83.1 namun pada kasus ini didapatkan “stone” atau batu sehingga dilihat pada indentasi with calculus K80.5. pada ICD 10 volume 1 kode K80.5 adalah *Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis*. Hal tersebut sejalan dengan penelitian (Simorangkir et al., 2021) yang menyebabkan ketidaktepatan

pengkodean di Rumah Sakit Angkatan Udara dr. M. Hassan Toto disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya karena tidak ada keterangan yang lebih spesifik tentang diagnosis yang ditulis oleh dokter dengan persentase 44% atau sejumlah 11 dokumen rekam medis.

Selanjutnya yang menjadi penyebab kedua terbanyak ketidakakuratan kode diagnosis pada rawat inap adalah tidak adanya kode pada digit keempat. Contohnya pada kasus asfiksia pada bayi baru lahir dengan diagnosis *Asphyxia* dikode dengan P21. Kode tersebut kurang spesifik karena hanya menyebutkan sampai digit ketiga atau blok kode seharusnya dikode dengan P21.9 *Birth asphyxia, unspecified*. Selain itu untuk diagnosis kejang demam yang dikode dengan R56 seharusnya dikode dengan R56.0. Pada ICD 10 volume 1 tertulis bahwa R56 *Convulsions, not elsewhere classified*, sedangkan dibawahnya terdapat kode R56.0 *Febrile convulsions* yang berarti kejang demam. Hal ini sejalan dengan penelitian (Simorangkir et al., 2021) yang menyebabkan ketidaktepatan pengkodean di Rumah Sakit Angkatan Udara dr. M. Hassan Toto disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya karena tidak ada kode untuk karakter ke-4 dengan persentase 12% atau 3 dokumen rekam medis.

Berdasarkan table 1 penyebab terbanyak ketidakakuratan kode diagnosis penyakit disebabkan karena kesalahan pada digit ketiga, dalam hal ini adalah kasus demam. Ditemukan kasus DHF pada dokumen rekam medis dikode dengan A90 dengan hasil pemeriksaan haemoglobin rendah, leukosit tinggi, dan

trombosit rendah. Jika dilihat dari anamnesa pasien sempat mengalami mimisan, hal tersebut masuk dalam salah satu indikasi dengue haemorrhagic fever yang dikode dengan A91. Pada salah satu dokumen didapatkan diagnosis DBD dengan kode A91, namun saat dilihat hasil pemeriksaannya tidak ditemukan adanya tanda-tanda pendarahan sehingga seharusnya DBD dikode dengan A90 Dengue fever. Hal tersebut sejalan dengan penelitian (Yeni Tri et al., 2024), Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 154 dokumen diperoleh ketepatan dengan persentase 70% lebih besar dibandingkan ketidaktepatan dengan persentase 30% dan diantara faktor penyebab ketidakakuratannya adalah coder tidak teliti dalam meninjau lembar-lembar penunjang dan tenaga kesehatan.

2. Menganalisis Faktor Ketidakakuratan Kode Diagnosis pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Wava Husada

a. Man

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis (Menteri Kesehatan, 2013), pendidikan minimal perekam medis merupakan lulusan D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang berwenang dalam proses kegiatan klasifikasi dan kodefikasi penyakit dan tindakan medis sesuai terminologi yang benar. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti melalui wawancara kepada tiga petugas koding di

Rumah Sakit Wava Husada, ketiga petugas rekam medis yang melakukan kodefikasi diagnosis merupakan lulusan D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sesuai dengan standar profesi rekam medis dan informasi kesehatan.

Faktor unsur man yang selanjutnya yang mempengaruhi ketidakakuratan kodefikasi adalah lama masa kerja petugas koding. Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan peneliti, lama kerja petugas koding sebagai informan 1 kurang lebih adalah 8 tahun dan lama kerja petugas koding sebagai informan 3 adalah 7 tahun sedangkan petugas koding sebagai informan 2 adalah 1,5 bulan yang mana sebelumnya bekerja pada bagian pengembang SIMRS. Berdasarkan hasil observasi, petugas koding dengan masa kerja yang lebih lama lebih terlatih menentukan kode diagnosis karena sudah sering berkomunikasi dengan tenaga medis serta terbiasa dengan penulisan dokter. Menurut penelitian (Fajarwati & Ariningtyas, 2022) pengalaman kerja petugas coding juga berpengaruh, pengetahuan dan pengalaman petugas lebih banyak apabila di banding dengan petugas yang bekerja dalam hal coding kurang dari 5 tahun.

Selanjutnya faktor unsur man yang mempengaruhi ketidakakuratan kode diagnosis pada rekam medis pasien rawat inap adalah pelatihan. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada tiga petugas koding di Rumah Sakit Wava Husada diketahui bahwa pelatihan kepada

petugas koding sudah pernah dilakukan sekitar 10 – 11 tahun yang lalu. Dari ketiga petugas koding, dua diantaranya sudah pernah mendapat pelatihan satu kali, sedangkan satu petugas koding belum pernah mendapat pelatihan sama sekali. Menurut penelitian (Pramono et al., 2021) Petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan coding juga dapat menyebabkan ketidaktepatan kode diagnosis karena kompetensinya kurang memadai. Dengan adanya pelatihan, seorang perekam medis dapat memperoleh pengetahuan tentang tata cara menentukan kode diagnosis yang tepat sesuai standar pengkodean yaitu ICD – 10.

b. Money

Faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis berdasarkan unsur manajemen *money* merupakan uang atau dana yang dibutuhkan untuk menunjang kegiatan kodefikasi. Unsur ini mencakup anggaran yang dibutuhkan untuk menunjang kegiatan kodefikasi diagnosis di rumah sakit untuk meningkatkan pengetahuan koder terkait menentukan kode yang benar sesuai ICD 10. Pengadaan anggaran merupakan bentuk dukungan rumah sakit terhadap peningkatan kualitas pelayanan mengingat keakuratan kodefikasi yang ditetapkan oleh koder mempengaruhi pelaporan dan kevalidan data yang dihasilkan.

Untuk meningkatkan kualitas petugas koding perlu dukungan rumah sakit berupa disediakannya anggaran untuk menunjang

kegiatan kodefikasi dengan terpenuhinya sarana prasarana dan kegiatan pelatihan untuk petugas koding. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada tiga petugas koding, diperoleh bahwa Rumah Sakit Wava Husada sudah memiliki anggaran untuk pemenuhan sarana dan prasarana untuk menunjang kegiatan pengkodean. Rumah Sakit Wava Husada telah memfasilitasi segala keperluan petugas koding baik dari buku ICD 10, ICD 9CM, kamus kedokteran, buku saku, komputer, internet yang memadai, dan fasilitas yang nyaman. Untuk kegiatan pelatihan juga disediakan anggaran dari rumah sakit, namun koder mengikuti pelatihan secara bergantian sesuai dengan bagian masing – masing. Sejalan dengan penelitian (Ferly et al., 2020) aspek *money* berkaitan dengan ketiadaan dukungan finansial (keuangan) yang mantap guna memperlancar proyek peningkatan kualitas yang akan diterapkan.

c. Material

Variabel yang peneliti analisis dari faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis berdasarkan unsur manajemen *material* adalah keterbacaan diagnosis yang tertera pada dokumen rekam medis. Ketepatan diagnosis sangat ditentukan oleh tenaga medis, dalam hal ini sangat bergantung pada dokter sebagai penentu diagnosis karena hanya profesi dokter yang mempunyai hak dan tanggung jawab untuk menentukan diagnosis pasien. Dokter yang

merawat juga bertanggung jawab atas pengobatan pasien, serta harus memilih kondisi utama dan kondisi lain yang sesuai dalam periode perawatan. Coder sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas ketepatan kode diagnosis yang sudah ditetapkan oleh petugas medis. Oleh karena itu, untuk hal yang kurang jelas atau tidak tepat dan tidak lengkap sebelum menetapkan kode diagnosis, dikomunikasikan terlebih dahulu kepada dokter yang membuat diagnosis tersebut untuk lebih meningkatkan informasi dalam rekam medis, petugas coding harus membuat kode sesuai dengan aturan yang ada pada ICD-10. Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, koder beberapa kali kesulitan membaca diagnosis dokter. Masalah tersebut diatas dengan mengecek kembali pada catatan perkembangan pasien dan pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan serta konfirmasi langsung kepada dokter yang bersangkutan melalui whatsapp.

Selain itu, penggunaan singkatan singkatan pada diagnosis membuat petugas koding menghasilkan persepsi yang berbeda. Hal tersebut sejalan dengan penelitian (Indawati, 2017) yang menyebutkan beberapa penggunaan singkatan yang tidak lazim membuat koder salah persepsi sehingga salah dalam pemberian kode. Berdasarkan observasi yang dilakukan, untuk mengatasi perbedaan persepsi akan adanya singkatan singkatan diagnosis yang

dituliskan dokter, sudah terdapat buku saku pedoman terkait jenis singkatan yang sudah disepakati. Pada pelaksanaannya buku tersebut jarang digunakan karena petugas koding memilih untuk mengkonfirmasi langsung kepada dokter yang bersangkutan.

d. Machine

Keakuratan kode diagnosis bergantung pada alat yang digunakan. Alat yang dimaksud dapat berupa buku ICD 10 (International Classification of Diseases, Tenth Revision) volume 1, volume 2, dan volume 3 selain itu ICD 9CM untuk pengkodean tindakan serta kamus kedokteran untuk menunjang pengkodean.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi yang dilakukan peneliti, pada unit rekam medis Rumah Sakit Wawa Husada sudah terdapat berbagai macam buku untuk menunjang pelaksanaan pengkodean diagnosis seperti buku ICD 10 volume 1, volume, 2 dan volume 3, kemudian ICD 9CM, kamus kedokteran, kamus terminologi, dan buku saku. Selain buku – buku tersebut, petugas koding juga menggunakan google sebagai penunjang pengkodean. Ketersediaan buku – buku tersebut seringkali digunakan dengan tidak optimal karena petugas merasa lebih mudah dan cepat menggunakan komputerisasi dan mengandalkan hafalan, sehingga buku tersebut hanya digunakan sesekali saja. Pada penelitian (Ferly et al., 2020) disebutkan bahwa *machine* sangat diperlukan untuk mendukung pekerjaan agar

lebih mudah dalam proses pelayanan kesehatan yaitu peralatan untuk pelayanan. Pemanfaatan alat harus digunakan dengan maksimal, buku singkatan yang sudah disepakati harus dimanfaatkan sebaik mungkin.

e. Metode

Variabel yang peneliti analisis untuk menganalisis faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis berdasarkan unsur *method* adalah pelaksanaan Standar Operasional Prosedur (SOP). Penggunaan dan pengetahuan SOP sangat penting diketahui petugas karena SOP merupakan pedoman petugas dalam melakukan pekerjaannya.

Berdasarkan hasil wawancara peneliti kepada ketiga petugas koding di Rumah Sakit Wava Husada sudah terdapat SOP untuk pelaksanaan pengkodean dan pengkodean dilakukan sesuai dengan SOP yang berlaku. SOP Pengkodean di Rumah Sakit Wava Husada berisi tata cara pengkodean mulai dari penentuan leadterm hingga memasukkan data kedalam SIMRS. Pelaksanaan pengkodean di Rumah Sakit Wava Husada sudah sesuai dengan SOP, namun berdasarkan observasi yang dilakukan petugas koding mengandalkan hafalan untuk mengkode diagnosis yang sering keluar tanpa melakukan crosscheck pada buku ICD 10. Petugas koding sudah hafal kode diagnosis untuk penyakit tertentu langsung menginputkan pada SIMRS tanpa membuka

ICD 10 terlebih dahulu. Apabila ada penyakit yang jarang atau petugas koding tidak mengetahui kodenya barulah petugas koding membuka ICD 10. Hal tersebut memungkinkan terjadinya kekeliruan kode diagnosis, karena meskipun petugas koding sudah hafal kode diagnosis, seharusnya diperlukan crosscheck pada ICD 10 volume 1. Hal ini sejalan dengan penelitian (Indawati, 2017) yang menyebutkan baik profesi PMIK maupun profesi lain yang melakukan pengkodean, cenderung menggunakan hafalan ataupun menggunakan buku bantu. Hal ini rentan terhadap ketidakakurasian kode, karena tidak merujuk langsung pada buku ICD 10. Penelitian yang dilakukan (Rasyidah & Widiastuti, 2022) juga menyebutkan petugas koding harus lebih teliti dan mengacu pada aturan ICD-10 dan tidak lagi mengacu pada kebiasaan atau hafalan diagnosa yang dilakukan secara turun- menurun dan apabila didapatkannya dokumen rekam medis yang tidak lengkap agar menghubungi langsung kepada dokter yang bersangkutan agar pengkodean dan proses selanjutnya dapat berjalan dengan lancar. Sesuai dengan penelitian (Ida Ayu Putu Feby et al., 2023) yang menyebutkan bahwa ketersediaan SOP dan pengetahuan tentang SOP Koding dapat menunjang tingkat ketepatan kode diagnosis yang ditetapkan oleh koder ataupun petugas lainnya yang bertugas melakukan koding diagnosis.

PENUTUP

Tingkat keakuratan kode diagnosis pada dokumen rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Wawa Husada sebesar 75,51% dengan jumlah 74 dokumen rekam medis, sedangkan persentase ketidakakuratan diagnosis sebesar 24,49% dengan jumlah 24 dokumen rekam medis. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan faktor man yang mempengaruhi ketidakakuratan kode diagnosis pada rawat inap di Rumah Sakit Wawa Husada yaitu sumber daya manusia yang sudah sesuai dengan kompetensinya namun kurangnya pelatihan koding untuk meningkatkan kompetensi sebagai seorang koder.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan faktor *money* yang mempengaruhi ketidakakuratan kode diagnosis pada rawat inap di Rumah Sakit Wawa Husada yaitu sudah tersedianya anggaran untuk menunjang kegiatan pengkodean baik untuk pelatihan maupun pemenuhan sarana dan prasarana.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan faktor *material* yang mempengaruhi ketidakakuratan kode diagnosis pada rawat inap di Rumah Sakit Wawa Husada yaitu tidak terbacanya diagnosis yang ditulis oleh dokter dan jarang digunakannya buku saku pedoman yang berisi singkatan diagnosis yang sudah disepakati

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan faktor *machine* yang mempengaruhi ketidakakuratan kode diagnosis pada rawat inap di Rumah Sakit Wawa Husada yaitu penggunaan google sebagai penunjang pengkodean yang tidak

diiringi dengan crosscheck kembali pada ICD 10 volume

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan faktor *methode* yang mempengaruhi ketidakakuratan kode diagnosis pada rawat inap di Rumah Sakit Wawa Husada yaitu tidak berjalannya pengkodean sesuai SOP karena petugas cenderung mengandalkan hafalan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustine, D. M., & Pratiwi, R. D. (2017). Hubungan Ketepatan Terminologi Medis dengan Keakuratan Kode Diagnosis Rawat Jalan oleh Petugas Kesehatan di Puskesmas Bambanglipuro Bantul. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 2(1), 113. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.30315>
- Budi. (2011). Manajemen Unit Kerja Rekam Medis. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media. *Jurkessia*.
- Fajarwati, R., & Ariningtyas, R. E. (2022). Analisis Keakuratan Kode Diagnosis Rawat Jalan dan IGD (Instalasi Gawat Darurat) di RSUD Kota Yogyakarta. *Skripsi*, 1–10. http://repository.unjaya.ac.id/id/eprint/641/3/Bab_1_182303018_Fa_niy_Gading_Psikologi.pdf
- Ferly, F., Wijayanti, R. A., & Nuraini, N. (2020). Analisis Pelaksanaan Sensus Harian Rawat Inap di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 594–603. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v1i4.2163>
- Galuh Nugrahaning, B., Sri, S., & Wahyu Wijaya, W. (2022). *Journal Health Information*

- Management Indonesian (JHIMI) Analisis Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Journal Health Information Management Indonesian (JHIMI). 01(02), 1–6.*
- Hatta, G. (2013). Pedoman Manajemen Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. *Hatta, Gemala R.*
- Ida Ayu Putu Feby, P., Putu Chrisdayanti Suada, P., Gede Wirabuana, P., Putu Erma, P., Luh Yulia, A., & Deva Eddy, R. (2023). *The Journal of Management Information and Health Technology. 1, 21–28.*
- Indawati, L. (2017). Identifikasi Unsur 5M dalam Pemberian Kode Penyakit Dan Tindakan (Systematic Review). *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM), 5(2), 59–64.*
- Karimah, R. N., Setiawan, D., & Nurmalia, P. S. (2015). Diagnosis Code Accuracy Analysis Of Acute Gastroenteritis Disease Based on Medical Record Document in Balung Hospital Jember. *Journal of Agromedicine and Medical Sciences, 2(2), 12.* <https://doi.org/10.19184/ams.v2i2.2775>
- Kemendes RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem INA CBGs.*
- Kemendes RI. (2020). Permenkes No 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. *Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit, 3, 1–80.* <http://bppsdmk.kemkes.go.id/web/filesa/peraturan/119.pdf>
- Menteri Kesehatan. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022, 151(2), 10–17.*
- Menteri Kesehatan, R. (2013). Permenkes No 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis. *Integration of Climate Protection and Cultural Heritage: Aspects in Policy and Development Plans. Free and Hanseatic City of Hamburg, 26(4), 1–37.*
- Nanjo, Y. F., Hadi Kartiko, B., Luh, N., Ari, G., Yudha, N., Dan, P., & Kesehatan, I. (2022). Analisis Pengaruh Ketidaktepatan Kode Diagnosis Dan Kode Tindakan Pasien Rawat Inap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Terhadap Tarif Di Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya Kota Denpasar. In *Health Care Media (Vol. 6, Issue 2).*
- Nazilatur, R. (2023). *Analisis Ketepatan Kodefikasi Penyakit Diabetes Mellitus Di Rsi Masyithoh Bangil. 1–23.*
- Pramono, A. E., Santoso, D. B., Salim, M. F., Layanan, D., Vokasi, S., & I, S. U. (2021). *Ketepatan Kodifikasi Klinis Berdasarkan ICD-10 di Puskesmas dan Rumah Sakit di Indonesia : Sebuah Studi Literatur Accuracy of Clinical Codefication based-on ICD-10 in Primary Health Center and Hospitals in Indonesia : A Literature Review. 4(2), 42–50.*