

Overview of the Accuracy of Inpatient Dyspepsia Diagnosis Codes Based on ICD-10 at Hospital X Bengkulu City

Gambaran Keakuratan Kode Diagnosis Dyspepsia Rawat Inap Berdasarkan ICD-10 di Rumah Sakit X Kota Bengkulu

Liza Putri^{1*}, Agusianita², Alfi Khairunnisa³

^{1,2,3}Prodi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan StIKes Saptta Bakti, Indonesia

²Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada, Indonesia

lizaputri363@gmail.com

Abstract— Problem of Coding activities for disease diagnosis are very important during medical record services in hospital installations. To get the correct coding, the activities carried out look at the medical resume, admission and discharge summary and supporting sheet where the coding is carried out by the medical record staff, who is responsible for the accuracy of the Dyspepsia code. If coding is not carried out accurately, it will result in errors in disease recording indexes and procedures, inaccurate report information data and inaccurate INA-CBG rates. Objective for Known description of the accuracy of inpatient dyspepsia diagnosis codes based on ICD-10 at Rafflesia Hospital, Bengkulu City. Method: This type of research is descriptive observational through direct observation of the population and a sample of 57 medical record files with a diagnosis of dyspepsia cases. The data used in this research is secondary data which was processed univariately. Results of the 57, the majority, namely 36(63,1%) of the dyspepsia diagnosis codes in the medical record files were accurate and 21 (36,9%) of the dyspepsia diagnosis codes in the medical record files were inaccurate. The completeness of the recording files was 36 files (63,1%), the completeness of the incomplete recording files was 31 files (36.9%). Suggestion: Coders should refer to ICD-10 in assigning codes and attend training to deepen their understanding of the implementation of classification and codification.

Keywords— Medical Record, Accuracy, Dyspepsia

Abstrak— Kegiatan pengkodean pada diagnosis penyakit sangatlah penting dilakukan pada saat pelayanan rekam medis di instalasi rumah sakit. Untuk mendapatkan coding yang tepat maka kegiatan yang dilakukan melihat pada resume medis, ringkasan masuk dan keluar serta lembar penunjang dimana pemberian kode dilakukan oleh tenaga rekam medis, bertanggung jawab atas keakuratan kode Dyspepsia. Jika kodefikasi tidak dilaksanakan dengan akurat akan berdampak pada kesalahan indeks pencatatan penyakit dan tindakan, data informasi laporan tidak akurat serta ketidaktepatan tarif INA- CBG's.tujuan untuk Gambaran Keakuratan Kode Diagnosis Dyspepsia Rawat Inap Berdasarkan ICD- 10 di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu. Metode ini menggunakan jenis penelitian ini adalah deskriptif observasional melalui pengamatan secara langsung dengan populasi dan sampel 57 berkas rekam medis dengan diagnosis kasus dyspepsia. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diolah secara univariat. Hasil penelitian didapatkan 57 terdapat 36(63,1%) berkas akurat di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu. Sebanyak 36 berkas (63,1%) lengkap dan 21 (36,9%) berkas tidak lengkap di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu. Diharapkan petugas koder mengacu pada ICD-10 dalam menetapkan kode dan mengikuti pelatihan untuk memperdalam pemahaman tentang pelaksanaan klasifikasi dan kodefikasi.

Kata Kunci— Berkas Rekam Medis, Keakuratan, Dyspepsia.

I. PENDAHULUAN

Satu di antara sistem pengelolahan data yang penting alm rekam medis adalah pemberi kode (coding). Pengkodean atau kodefikasi adalah salah satu cara yang mampu menyeragamkan pendapatan individual penyakit pasien demi kepastian akurasi, presisi, yang dikembangkan. Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode. Kegiatan koding sangat bermanfaat untuk memudahkan pelayanan pada penyajian informasi dan menunjang fungsi perencanaan, manajemen dan riset kesehatan. Pengkodean atau kodefikasi adalah salah satu cara yang mampu menyeragamkan pendapatan individual penyakit pasien demi kepastian akurasi, presisi, yang dikembangkan (Budi, 2011; Naga, 2013; Permenkes, 2021)

Kualitas data informasi pelayanan kesehatan membutuhkan keakuratan dan kekonsistensian data yang dikode. Kualitas dari data yang dikode sangat penting bagi fasilitas penggunaan kesehatan. Keakuratan pengkodean sangat penting dalam manajemen data, pembayaran, dan lainnya. Kualitas data pengkodean harus dapat dipertanggungjawabkan, berarti hasil

pengkodean dengan rekam medis oleh petugas akan menghasilkan kode yang sama, begitu juga apabila seorang petugas pengkodean melakukan pengkodean diagnosis yang sama (Kasim,2013)

Hasil pengkodean harus mencerminkan keadaan pasien dan tindakan atau prosedur yang diterima pasien (valid). Selain itu, pengkodean harus lengkap dalam artian harus mencerminkan semua diagnosis dan semua prosedur yang diterima oleh pasien. Rekam medis dapat dikode dengan hasil dapat dipercaya, benar dan lengkap serta dilakukan dengan tepat waktu sehingga dapat digunakan pengambil keputusan rekam. Kualitas hasil pengkodean bergantung pada kelengkapan diagnosis, keterbacaan tulisan dokter serta profesional antara dokter dan coder (Hernawan,2017)

Diagnosis adalah pentuan sifat penyakit atau membedakan satu penyakit dengan penyakit ini berdasarkan tanda, gejala dan pemeriksaan laboratorium selama kehidupan (WHO, 2016). Penetapan diagnosis seorang pasien diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada buku Internasional Statical Classification Of Disease And Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) berdasarkan diagnosis dokter (WHO,2016)

Dyspepsia menjadi salah satu penyakit yang paling banyak diderita oleh penduduk dunia persentase kejadian dyspepsia di dunia mencapai 13-40% dari total populasi setiap tahun. Berdasarkan data dari World Health Organization (WHO) mengenai jumlah penderita dyspepsia, Indonesia berada pada urutan ke-3 terbanyak setelah Amerika dan Inggris (Sherly,2023). Kasus dyspepsia di Indonesia mencapai 40-50%, yang mengalaminya kebanyakan pada usia 40 tahun, serta diperkirakan terjadi sekitar 10 juta jiwa atau dipersentasekan sebanyak 6,5% dari total populasi penduduk. Pada tahun 2020 di perkirakan angka kejadian penyakit dyspepsia mengalami peningkatan dari 10 juta jiwa menjadi 28 juta jiwa setara dengan 11,3% dari keseluruhan penduduk di Indonesia (Naimatul, 2021).

Dyspepsia berasal dari Bahasa Yunani, adalah dys- buruk serta peptin yang merupakan pencernaan. Dyspepsia adalah istilah yang menggambarkan suatu kumpulan gejala atau sindrom yang meliputi rasa nyeri serta rasa tidak nyaman di bagian ulu hati, merasa kembung, mual, muntah, sendawa, dan terasa cepat kenyang, perut terasa penuh seperti begah (Oktaviani, 2023). Karena adanya perubahan dalam perilaku, gaya hidup dan situasi di lingkungan yang berupa ketidakteraturan pada pola makan, dan meningkatnya populasi lingkungan, serta disebabkan pula dengan perkembangan teknologi, industri, perbaikan sosio-ekonomi yang dapat mempengaruhi perubahan tersebut.

Berdasarkan bahasan tentang dyspepsia di atas maka dyspepsia perlu mendapatkan perhatian baik dari sisi pelayanan medis maupun non-medis di pelayanan kesehatan seperti di rumah sakit. Pelayanan non medis yaitu penyelenggaraan rekam medis pada dyspepsia terutama pada keakuratan pengkodean dyspepsia akan berpengaruh tidak hanya bagi pasien yang berdampak terhadap biaya, sementara bagi rumah sakit berdampak ke pembiayaan dan sistem pelayanan rumah sakit.

Menurut Permenkes No. 26 Tahun 2021 tentang pedoman Ina-CBG's, dalam pemberian kode diagnosis dengan menentukan lead term terlebih dahulu untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda dari kondisi patologi pada ICD- 10 vol 3, setelah itu tentukan modifier dan kualifier, kemudian rujuk ke ICD-10 vol 1 untuk memastikan kode diagnosis penyakit tersebut tepat atau tidak. sering terjadi kesalahan yaitu pada saat setelah ditemukan diagnosis pada vol. 3 tidak di rujuk kembali ke vol 1, dan tidak mengklarifikasi kebenaran diagnosis yang diberikan dokter yang tidak jelas sehingga coder menentukan sendiri kode penyakit dengan cara hanya melihat dari keluhan.

Berdasarkan hasil survey awal yang dilakukan peneliti pada bulan februari 2023 di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu yang merupakan Rumah Sakit tipe C dan telah berbasis elektronik, pada penyakit dyspepsia saat ini menduduki posisi ke-1 di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu dimana pada tahun 2020 sebanyak 141 berkas rekam medis ditemukan 98 berkas rekam medis atau sekitar 70% kode diagnosis akurat dan 43 berkas rekam medis atau 30% kode diagnosis tidak akurat, dan tahun 2021 didapatkan sebanyak 406 berkas rekam medis ditemukan 243 berkas rekam medis atau sekitar 60% kode diagnosis akurat dan 163 berkas rekam medis atau 40% kode diagnosis tidak akurat.

Berdasarkan analisis penulisan 10 berkas tersebut 4(4%) berkas tertulis diagnosis sekunder seharusnya diagnosis utamanya adalah dyspepsia. 2(2%) berkas salah kode karena tidak terdapat riwayat penyakit sebelumnya dan perjalanan penyakit yang terdahulu yang membuat diagnosis tersebut adalah diagnosis utamanya. 4(4%) berkas alah kode tidak terdapat pemeriksaan penunjang pasien yang tidak terdapat karena terdapat kesalahan seharusnya ada pemeriksaan penunjang menjadi tidak ada pemeriksaan penunjang.

Ketidaktekuran pengkodean ini disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya Man berupa adanya coretan diagnosis yang ditulis dokter tanpa diparaf salah satu berkas rekam medis yang diobservasi, dimana penetapan diagnosis pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter, tidak boleh diubah sehingga diagnosis yang ada di BRM harus diisi dengan lengkap dan jelas sesuai arahan ICD 10 dan belum pernah dilakukannya audit coding di instalasi rekam medis, (material berupa diagnosis yang dicoret, dan method berupa kurang jelasnya informasi tentang coding yang disampaikan melalui standar operasional prosedur (SOP) (Saputro, 2015).

Menurut Rahmi (2014), ketidaktepatan pengkodean kode dyspepsia akan mendapatkan tindakan medis non medis yang tidak sesuai dan akibatnya akan menyebabkan pasien tidak tepat menerima tindakan medis, obat-obatan, nutrisi, dan asuhan keperawatan selama dirawat di rumah sakit. Disamping itu juga, mengorbankan biaya yang sangat besar apabila pasien tersebut pasien umum dan akan mempengaruhi tarif INA-CBG's yang berlaku jika pasien tersebut pasien BPJS. Pada rumah sakit juga berdampak turunnya mutu pelayanan rumah sakit. Sementara menurut Sianipar (2011) mengatakan keakuratan penulisan kode dyspepsia, dari 49 rekam medis terdapat 17 (35%) kode yang akurat dan 32 (65%) kode yang tidak akurat.

Menurut Rahmawati (2018) dalam penelitiannya, faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan pengisian diagnosis yaitu tidak adanya SOP pengisian diagnosis dan urutan penulisan yang belum sesuai dengan ICD-10 oleh dokter, dan faktor yang menyebabkan ketidakakuratan kode diagnosis yaitu tidak adanya SOP, penulisan diagnosis dan pengkodean adalah dokter sesuai aturan ICD-10 dan audit koding. Faktor lain ketidakakuratan pengkodean adalah dokter yang menuliskan diagnosis dan prosedur medis yang dilakukan pada pasien tidak lengkap, kelengkapan dokumen rekam medis, sarana dan prasarana koding serta kebijakan terkait koding yang dikeluarkan oleh rumah sakit.

II. METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Dimana penelitian deskriptif merupakan penelitian yang dilakukan untuk mengetahui keberadaan nilai variabel mandiri, baik satu variabel atau lebih (independent) tanpa membuat perbandingan atau menghubungkan dengan variabel lain. Analisis digunakan yaitu univariat menghasilkan data distribusi frekuensi dan Persentase dari tiap variabel untuk menggambarkan keakuratan kode diagnosis dyspepsia.

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Analisis Univariat

1. Distribusi Frekuensi Keakuratan Kode Diagnosis Dyspepsia di Unit Rekam Medis

Hasil penelitian yang diperoleh dari data sekunder mengenai tinjauan perbedaan tarif riil rumah sakit dengan INA-CBG's pada pelayanan pasien komplikasi pneumonia rawat inap untuk efisiensi biaya rumah di RSUP Dr Sardjito pada periode 01 Januari dengan 31 Mei 2024 dengan sampel yang diambil adalah 52 pasien yang memiliki perbedaan tarif riil rumah sakit dengan INA-CBG's.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi keakuratan kode diagnosis dyspepsia di unit rekam medis Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu

No.	Keakuratan Kode Diagnosis	Jumlah (n)	Persentase (%)
1.	Akurat	36	63,1
2.	Tidak Akurat	21	36,9
	Total	57	100

2. Faktor Man

Tabel 1. Pengetahuan dan kemampuan (man) dalam pengkodean di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu

No.	Pengetahuan dan Kemampuan	Jumlah (n)	Persentase (%)
1.	Baik	2	66,7

2. Cukup	1	33,3
3. Kurang Baik	0	
Total	3	100

3. Faktor Material

Tabel 3. Kelengkapan berkas rekam medis (material) di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu.

No.	Kelengkapan Berkas Rekam	Jumlah (n)	Persentase (%)
1.	Lengkap	36	63,1
2.	Tidak Lengkap	21	36,9
	Total	57	100

4. Faktor Machine

Tabel 4. Sarana penunjang (machine) dalam pelaksanaan pengkodean di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu.

No.	Sarana Penunjang	Keterangan
1.	Alat Manual (Buku ICD 10, dan ICD 9 CM)	Ada
2.	SIMRS	Ada

5. Faktor Method

Tabel 5. Mekanisme kerja tindakan pengkodean (method) di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu.

No.	Standar Operasional Prosedur Koding	Keterangan
1.	SOP koding Manual (Buku ICD 10, dan ICD 9 CM)	Ada
2.	SOP Koding Elektronik (SIMRS INA CBG's)	Ada

PEMBAHASAN

Keakuratan Kode Diagnosis Dyspepsia di Unit Rekam Medis Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu

Keakuratan kode diagnosis merupakan penulisan kode diagnosis penyakit yang ditentukan oleh tenaga medis harus tepat dan lengkap berserta tanda tangan dokter penanggung jawab pasien (Rahmawati, 2016). Kode dianggap tepat dan akurat

bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan (WHO, 2016).

Coder sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan 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 kode sesuai dengan aturan yang ada pada ICD-10 (Hamid, 2013).

Pada tabel 4.1 ini didapatkan bahwa dari 57 berkas terdapat 36(63,1%) berkas penyakit dyspepsia yang sudah sesuai ICD-10 volume 3 dan volume 1 serta ICD-9 CM (tindakan medis). Di dalam penelitian ini masih terdapat 21(36,9%) berkas rekam medis penyakit dyspepsia yang tidak akurat kode diagnosis-nya. Pada 21 berkas tersebut 3(14%) berkas tidak terdapat resume medis, 5(23%) berkas tidak terdapat catatan dokter, 3 (14%) berkas tidak terdapat riwayat penyakit, 3(14%) berkas tidak terdapat pemeriksaan penunjang, 7(33%) berkas tidak terdapat kode tindakan.

Menurut Permenkes No. 312 Tahun 2020, tenaga medis sebagai seorang pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis. Oleh karenanya untuk hal yang kurang jelas atau tidak lengkap, sebelum koding ditetapkan komunikasikan terlebih dahulu pada dokter yang membuat diagnosis tersebut. Setiap pasien mendapatkan pelayanan baik rawat inap maupun rawat jalan, maka dokter harus segera membuat diagnosis akhir. Kelancaran dan kelengkapan pengisian rekam medis di unit rawat inap atas kerja sama tenaga medis dan tenaga kesehatan lain yang ada di masing-masing unit kerja tersebut. Untuk lebih meningkatkan informasi dalam rekam medis, petugas rekam medis harus membuat koding sesuai dengan klasifikasi yang tepat.

Sejalan dengan Hamid (2013), dalam penelitiannya bahwa ketepatan penulisan diagnosis penyakit yang ditentukan oleh tenaga medis harus akurat dan lengkap berserta tanda tangan dokter penanggung jawab pasien. Keakuratan 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 memiliki kondisi utama dan kondisi lain yang sesuai dalam periode pesawat. Coder sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan 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 kode sesuai dengan aturan yang ada pada ICD-10.

Hal ini juga dipertegas oleh Windari (2016), yang menyatakan bahwa untuk mendapatkan data yang akurat dalam koding ICD-10 dan ICD-19 CM sangat bergantung pada pemahaman dan kedisiplinan tenaga medis dalam merekam seluruh data dan informasi terkait pemeriksaan dan pemberian pelayanan terhadap pasien, serta kualifikasi tenaga koding dalam menentukan dan menghasilkan kode kode diagnosis penyakit maupun kode prosedur.

Menurut Ulfa (2016), dalam penelitiannya mengatakan bahwa proses rumah sakit terhadap pengkodean harus dimonitor untuk beberapa elemen kualitas pengkodean yaitu konsisten bila dikode petugas berbeda kode tetap sama (reability), kode tepat sesuai diagnosis dan tindakan (validity), dan mencakup semua diagnosis dan tindakan yang ada di rekam medis (completeness).

Menurut Hatta (2013), mengatakan dampak yang terjadi bila penulisan kode diagnosis tidak akurat adalah pasien akan mengeluarkan biaya yang sangat besar. Hal ini sejalan dengan hasil Ayu (2012), dampak dari ketidaksesuaian di dalam pengkodean suatu diagnosis akan berpengaruh terhadap klaim biaya perawatan, administrasi rumah sakit serta kualitas pelayanan yang ada di dalam rumah sakit tersebut.

Penyebab Keakuratan Kode Dys- pepsia Rawat Inap Berdasarkan ICD-10 di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu

Berdasarkan hasil di atas, ketidak- akuratan penentuan kode penyakit dyspepsia di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu dipengaruhi oleh Man, Material, Machine, dan Method.

1. Man

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2022 tentang Tenaga Kesehatan, bahwa Perkam Medis merupakan tenaga kesehatan yang termasuk dalam jenis tenaga keteknisian medis. Untuk menjalani pekerjaan di rekam medis diperlukan SDM yang memenuhi kompetensi perkam medis. Seorang perkam medis merupakan lulusan dari program Diploma III pendidikan rekam medis dan informasi kesehatan.

Menurut Saputro (2015), faktor – faktor yang mempengaruhi akurasi koding ditinjau dari man (petugas coder kurang teliti, pengalaman kerja, komunikasi efektif antara tenaga medis dan coder, beban kerja, masa kerja, koding yang dilakukan oleh profesi lain (perawat), dan kompetensi perekam medis atau coder)

Pada penelitian didapatkan dari 3 petugas coder di ruang rekam medis Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu bahwa sebanyak 2 orang petugas (66,7%) coder memiliki pengetahuan dan ke- mampuan yang baik dan 1 orang petugas (33,3%) coder memiliki pengetahuan dan kemampuan yang cukup. Dari pengetahuan petugas baik sebanyak 2 orang berlatar belakang pendidikan D3 Rekam Medis, dan 1 orang yang memiliki latar belakang D3 Keperawatan pengetahuannya dan kemampuan yang cukup. Hal ini dilihat dari jawaban kuesioner yang diberikan. Pengetahuan petugas rekam medis yang berlatar belakang pendidikan DIII rekam medis mempengaruhi dalam pelaksanaan pengkodean penyakit dyspepsia.

Berdasarkan hasil observasi dengan cara menelusuri berkas rekam medis pasien dyspepsia di unit rekam medis di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu sebanyak 57 berkas terdapat 36 (63,1%) berkas akurat dan terdapat 21(36,9%) berkas tidak akurat. Ketidakakuratan koding tersebut sebagian besar berasal dari pengkodean coder yang belum mengikuti pelatihan klasifikasi penyakit. Keakurasian koding di- tinjau dari man (petugas coder kurang teliti, pengalaman kerja, komunikasi efektif antara tenaga medis antara coder, beban kerja, masa kerja, koding yang dilakukan oleh profesi lain (perawat), dan kompetensi perekam medis).

Menurut Windari (2016), dalam penelitian mengatakan bahwa akurasi kode diagnosis dan prosedur medis dipengaruhi oleh coder yang menentukan kode diagnosis dan prosedur berdasarkan data dalam berkas rekam medis. Karakteristik coder yang berpengaruh terhadap akurasi koding yang dihasilkan antara lain latar belakang pendidikan, pengalaman kerja, dan lama kerja serta pelatihan terkait kodefikasi penyakit.

Oleh karena itu, dokter dan coder harus mengikuti pelatihan tentang kaidah koding untuk menjalin komunikasi dan kerja sama yang baik antara dokter dan coder serta meningkatkan skill pengkodean yang dapat memberikan pelayanan prima dan melaksanakan pekerjaan lebih efektif, efisien, dan tepat waktu.

2. Material

Meterial yang digunakan di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu berupa kelengkapan berkas rekam medis. Pada penelitian didapatkan bahwa kelengkapan berkas rekam dari 57 berkas rekam medis pasien yang merupakan sampel penelitian sebanyak 36 berkas (63,1%) lengkap dan 21 (36,9%) berkas tidak lengkap. Berkas rekam medis akan dilakukan tinjauan kelengkapan dan isi sesuai standar berkas rekam medis. Unsur pada material yang digunakan di dalam kegiatan pengkodean dilihat pada berkas rekam medis dan menentukan lengkap dan tidak lengkapnya berkas rekam medis harus ada kode diagnosis utama pada lembar resume medis, catatan dari dokter, lembar laboratorium, riwayat penyakit, pemeriksaan penunjang lainnya.

Berkas rekam medis berisi data individual yang bersifat rahasia, maka setiap lembar formulir berkas rekam medis harus dilindungi dengan cara dimasukkan ke dalam folder atau map. Berkas rekam medis pasien rawat inap dalam satu map/folder dikatakan terstandar jika terdiri dari ringkasan masuk dan keluar, pemeriksaan penunjang, pemeriksaan fisik, daftar pemberian terapi/obat, dan resume medis pasien.

Diagnosis penyakit dyspepsia di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu setelah melalui beberapa tahapan, yaitu anamnesis, pe- meriksaan fisik, uji laboratorium (jika dibutuhkan) dan pemberian tindakan medis. Diagnosis ditegak- kan oleh dokter dan menuliskan di berkas rekam medis pasien, setelah diagnosis ditegakkan barulah petugas coder akan mengkode diagnosis akhir tersebut.

Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter yang terkait boleh diubah oleh karenanya diagnosis yang ada dalam rekam medis diisi dengan lengkap dan jelas sesuai ICD-10. Dampak dari tidak lengkapnya berkas rekam medis yaitu pasien mendapatkan tindakan medis tidak sesuai dan akibatnya akan menyebabkan kondisi pasien seakin buruk dan mempengaruhi tarif INA-CBG's yang berlaku jika pasien tersebut adalah pasien BPJS kesehatan.

Menurut Sari (2017), yang me- ngatakan dalam proses klaim diperlukan kelengkapan informasi mengenai diagnosis dan tindakan pasien, sehingga nantinya akan menghasilkan kode yang tepat agar tarif yang dikeluarkan pun sesuai dengan pembiayaan rumah sakit. Jika berkas rekam medis tidak lengkap, maka informasi mengenai pelayanan pasien tidak dapat diketahui dan akan berpengaruh pada keakuratan kode dan tindakan.

Oleh karena itu, untuk meminimal- kan berkas rekam medis yang tidak lengkap maka coder harus lebih meningkatkan informasi dalam rekam medis dikarenakan coder harus membuat kode sesuai dengan aturan yang ada pada ICD-10 serta perekam medis harus melakukan analisis kualitatif pada saat assembling.

3. Machine

Machine yang digunakan terkait pengkodean dyspepsia di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu yaitu SIMRS, ICD Vol 1, 2, 3, dan ICD 9CM. Menurut Pujilestari (2016), mesin digunakan untuk memberi kemudahan atau menghasilkan keuntungan yang lebih besar serta menciptakan efisiensi kerja. Unsur pada machine yang digunakan di dalam pengkodean yaitu SIMRS, ICD 10 Vol 2, ICD 10 Vol 3, ICDN10 Vo 1, dan ICD 9 CM.

Pada penelitian ini diperoleh data dengan observasi bahwa sarana penunjang manual (Buku ICD- 10 dan ICD 9 CM) dan elektronik SIMRS sudah ada di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu.

4. Method

Sop merupakan sistem yang disusun untuk memudahkan, dan menertibkan suatu pekerjaan, dimana berisi urutan proses pekerjaan mulai dari awal sampai dengan selesai dilaksanakan (Saputro, 2015).

Pada penelitian ini didapatkan data dengan cara observasi dan wawancara bahwa adanya SOP tentang Koding yang menyebutkan sarana dan prasarana yang digunakan dalam mendukung kelancaran pengkodean, yaitu ICD-10 dan ICD-9 CM, serta berisi kegiatan pengkodean secara elektronik (SIMRS) di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu.

Hasil sejalan dengan penelitian Sari (2017), yang menyatakan bahwa SOP tentang pengkodean di Rumah Sakit Pekanbaru sudah ada dan sudah berjalan akan tetapi untuk kedepannya SOP tersebut akan direvisi.

IV. SIMPULAN

1. Keakuratan Kode Diagnosis Dyspepsia pada Berkas Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu bahwa sebagian besar dari 57 berkas terdapat 36(63,1%) pengkodean berkas akurat di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu.
2. Penyebab keakuratan kode penyakit Dyspepsia, adalah :
 - a. Berdasarkan Man; sebanyak 2 orang petugas (66,7%) coder memiliki pengetahuan dan kemampuan yang baik dan 1 orang petugas (33,3%) coder memiliki pengetahuan dan kemampuan yang cukup.
 - b. Berdasarkan Material; dari 57 berkas rekam medis sebanyak 36 berkas (63,1%) lengkap dan 21 (36,9%) berkas tidak lengkap di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu.
 - c. Berdasarkan Machine; diperoleh data dengan observasi bahwa sarana penunjang manual (Buku ICD- 10 dan ICD 9 CM) dan elektronik SIMRS sudah ada di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu.
 - d. Berdasarkan Method; diperoleh data dengan cara observasi dan wawancara bahwa adanya SOP tentang Koding yang menyebutkan sarana dan prasarana yang digunakan dalam mendukung kelancaran pengkodean, yaitu ICD-10 dan ICD-9 CM, serta berisi kegiatan pengkodean secara elektronik (SIMRS) di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kami ucapkan kepada seluruh pimpinan aktivitas Stikes Sapta Bakti yang telah memberikan support kepada kami baik secara personal maupun materiil. Semoga penelitian ini bermanfaat bagi masyarakat.

REFERENSI

- Ayu. (2012). Tinjauan Penulisan Diagnosis Utama dan Ketepatan Kode ICD 10 pada Pasien Umum di RSUD Kota Semarang.
- Budi, S. 2011. Manajemen Unit Kerja Rekam Medis. Yogyakarta. Quantum Sinergi Media.
- Friska. (2015). Hubungan Kualifikasi Coder dengan Keakuratan Kode Diagnosa Rawat Jalan Berdasarkan ICD-10 di dr RSPAU dr S Hardjolukito Yogyakarta 2015. 1, 1–27.
- Garmelia, E., & Sholihah, M. (2019). Tinjauan Ketepatan Koding Penyakit Gastroenteritis pada Pasien BPJS Rawat Inap di UPTD RSUD Kota Salatiga. Jurnal Rekam Medis dan informasi Kesehatan, 2(2), 84-90.
- Hamid. (2013). Hubungan Ketepatan Penulisan Diagnosis dengan Ke- akuratan Kode Diagnosis Kasus Obstetri Gynecology Pasien Rawat Inap di RSUD. Dr. Saiful Anwar Malang.
- Hasibuan, MSP. (2015). Manajemen Sumber Daya Manusia. Jakarta : Bumi Aksara.

- Hatta, G. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. UI-Press.
- Ihsan, M. (2017). *Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kesiapan kerja (Doctoral dissertation, Pascasarjana)*.
- Ilyas, Y. (2011). *Kinerja, Teori, Penilaian dan Penelitian*. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Irmawati, I., & Nazillahtunnisa, N. (2019). Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan ICD-10 pada Rekam Medis Rawat Jalan di Puskesmas. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 2(2), 100-105.
- Karimah, R. N., Setiawan, D., & Nurmalia, P. S. (2016). 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>. KMK No. HK.01.07/MENKES/1424/2022,
- R. (2022). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Standar Kompetensi Kerja Bidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Nomor HK.0, 1–278. KMK No 312 Tahun 2020 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, 2(1), 1–12.
- Murti, B. (2013). *Desain Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta : UGM Press.
- Mardhatillah. (2018). Hubungan Kelengkapan Informasi Penunjang Diagnosis Birth Asphyxia dengan Keakuratan Kode Diagnosis di Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta.
- Maryani, D. (2016). *Analisis Dampak Keterlambatan Pengembalian Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit KIA PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta*.
- Maryati, S. (2012). *Kajian Penulisan Diagnosis Dokter dalam Penentuan Kode Diagnosis Lembar Ringkasan Masuk dan Keluar di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Wonogiri*. *Jurnal Manajemen dan Informasi Kesehatan Indonesia*.
- Maryati, W. (2016). Hubungan Antara Ketepatan Penulisan Diagnosis dengan Keakuratan Kode Diagnosis Kasus Obstetri di RSPKU Muhammadiyah Sukoharjo.
- Maryati, W. (2019). Hubungan Kelengkapan Informasi Medis dan Keakuratan Diabetes Mellitus.
- Notoatmodjo. (2015). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Oktaviani, R. (2023). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Dispepsia Pasien Rawat Jalan Poli Penyakit Dalam di RSUD Dr. SOEKARDJO Tasikmalaya Tahun 2022 (Studi Kasus di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya) (Doctoral dissertation, Universitas Siliwangi).
- Pamungkas, D. (2015). Identifikasi Ketidakeengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*
- Permenkes, R. I. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA- CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.
- Permenkes, R. I. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 83 Tahun 2019 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan.
- Rahim, E., Daud, A. C., & Pakaya, S. (2021). Faktor-Faktor yang Berpengaruh pada Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Pasien Rujukan di Puskesmas Berlian Tahun 2021. *BAKTARA Journal of Health Information*, 1(1), 32–36.
- Rinda Nurul, Dony Setiawan, and Puput Septining Nurmalia. “Analisis ketepatan kode diagnosis penyakit gastroenteritis acute berdasarkan dokumen rekam medis di Rumah Sakit Balung Jember.” *Journal of Agromedicine and Medical Sciences* 2.2 (2016): 12-17.
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Pendekatan Kualitatif Kuantitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta
- WHO. (2010). *ICD-10 10th revision : International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*. United States of America: WHO.
- WHO. (2016). *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems 10th Revision (ICD- 10)*. United States of America: WHO.
- WHO. (2020). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Vol. 1, 2, 3 Second Edition Th. 2010. GENEVA.
- Windari, A., & Anton, K. (2016). Analisis Ketepatan Koding yang Dihasilkan Koder di RSUD Ungaran Semarang.
- Wirayanti, S. A. (2013). Hubungan Kelengkapan Informasi Medis dengan Keakuratan Kode Diagnosis pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar.