

**Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis Gastroenteritis Pada Pasien Rawat Inap
Berdasarkan ICD-10 Dan Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Di RSUD Banjarbaru Pada Triwulan III
Tahun 2013**

Scientific Papers. Medical Record and Health Information Program 2014.
(xviii + 41 + attachment)

Dion Angger Priyatama, Deasy Rosmala Dewi, Ratna Auliyana³

¹ STIKES Husada Borneo, Jl. A. Yani Km 30,5 No. 4 Banjarbaru, Kalimantan Selatan

² Alumni STIKES Husada Borneo, Jl. A. Yani Km 30,5 No. 4 Banjarbaru, Kalimantan Selatan
Korespondensi : nan_cdy@yahoo.co.id

Abstract

Coding is a key of health treatment organization. The accurate coding is a very important thing in data organizing, reimbursement, and another problems. Inaccuracy of Gastroenteritis diagnosis code found in Banjarbaru hospital which caused by there is no recheck toward additional information such as laboratory report in coding process.

This research has purpose to confirm the accuracy of Gastroenteritis diagnosis code of inpatient based on ICD-10. This research use descriptive analysis with 106 medical records of inpatient of Gastroenteritis diagnosis case as the sample. Data collection methods which used in this research are observation and interview. This research use univariate analysis and the result presented in tabulation and text explanation.

The result of research shows that only 2,83% Gastroenteritis code is accurate and 97,17% is not. The output of Gastroenteritis diagnosis code use as RL 4a report, disease index, top 10 of common disease list, and hospital activity/service data. Human resouces who involved in Gastroenteritis diagnosis coding process are manager of medical record department, inpatient coder, and doctor.

Keywords : *Diagnosis Code Accuracy, Gastroenteritis, ICD-10*

Pendahuluan

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Rowland dan Rowland dalam buku *Hospital Administration Handbook* (1984) yang dikutip dari buku Aditama (1) menyampaikan bahwa rumah sakit adalah salah satu sistem kesehatan yang paling kompleks dan paling efektif di dunia .

Rumah sakit selaku penyelenggara pelayanan kesehatan diwajibkan untuk menyelenggarakan rekam medis seperti yang tercantum dalam Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 (2) tentang Rekam Medis yang menyebutkan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib memuat rekam medis. Menurut Huffman (3) rekam medis adalah himpunan fakta-fakta yang berhubungan dengan riwayat hidup

dan kesehatan seorang pasien, termasuk penyakit sekarang dan masa lampau dan tindakan-tindakan yang diberikan untuk pengobatan/perawatan kepada pasien yang ditulis oleh professional di bidang kesehatan

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 377/MenKes/SK/III/2007 (4) tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan disebutkan bahwa kompetensi pertama dari seorang petugas rekam medis adalah menentukan kode penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan. Acuan yang digunakan dalam pengkodean penyakit yaitu ICD-10 (*International Statistical Clasification of Diseases and Related Health Problem, Tenth Revision*). Dari WHO ICD-10 merupakan standar klasifikasi diagnosa internasional yang berguna untuk epidemiologi umum dan manajemen kesehatan. Klasifikasi penyakit dapat didefinisikan sebagai suatu sistem

penggolongan (katagori) di mana kesatuan penyakit (*morbid entities*) disusun berdasarkan kriteria yang telah ditentukan.

Sistem klasifikasi penyakit adalah sistem yang mengelompokkan penyakit-penyakit dan prosedur-prosedur yang sejenis ke dalam satu grup nomor kode penyakit dan tindakan yang sejenis. *International Statiscal Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) dari WHO, adalah sistem klasifikasi yang lengkap atau mencakup semua hal yang diperlukan dan diakui secara internasional, Hatta (5).

ICD (*International Statiscal Classification of Diseases and Related Health Problems*) atau klasifikasi internasional mengenai penyakit dan masalah yang terkait adalah suatu klasifikasi penyakit, merupakan suatu system katagori yang mengelompokkan suatu penyakit menurut kriteria yang telah disepakati menurut buku ICD 10 volume 2 (6). Banyak sistem klasifikasi yang sudah dikenal di Indonesia, namun demikian, sesuai peraturan Depkes, sistem klasifikasi yang harus digunakan sejak tahun 1996 sampai saat ini adalah ICD-10 dari WHO (Klasifikasi Statistik Internasional mengenai Penyakit dan Masalah yang berhubungan dengan kesehatan, Revisi ke sepuluh), sedangkan sistem klasifikasi yang lain-lain masih dalam tahap pengenalan. Sistem klasifikasi memudahkan pengaturan pencatatan, pengumpulan, penyimpanan, pengambilan, dan analisis data kesehatan. Terlebih lagi, sistem ini juga membantu pengembangan dan penerapan sistem pencatatan dan pengumpulan data pelayanan klinis pasien secara manual maupun elektronik.

Menurut Suratun dan Lusianah (7) Gastroenteritis/GE adalah radang pada lambung dan usus yang memberikan gejala diare, dengan atau tanpa disertai muntah, dan sering kali disertai peningkatan suhu tubuh. Diare yang dimaksudkan adalah buang air besar berkali-kali (dengan jumlah yang melebihi 4 kali, dan bentuk feses yang cair, dapat disertai dengan darah atau lendir). Gastroenteritis terbagi dua, GE terinfeksi dan non infeksi. GE terinfeksi, yaitu infeksi oleh bakteri (*salmonella spp*, *compylobacter jejuni*, *stafilococcus aureus*, *bacillus cereus*, *clostridium perfringens* dan

enterohemorrhagic escherichia coli (EHEC), virus (rota-virus, adenovirus enteris, virus Norwalk), parasite (*biardia lambia*, *cryptosporidium*). Bakteri penyebab diare di Indonesia adalah *Shigella*, *Salmonella*, *Compylobacter jejuni*, *escherichia coli* dan *Entamoeba histolytica*. Disentri berat umumnya disebabkan oleh *Shigella flexneri*, *Salmonella* dan *Enteroinvasive E.coli (EIEC)*. Infeksi oleh mikroorganisme ini menyebabkan peningkatan sekresi cairan. GE non infeksi, seperti diare yang disebabkan oleh obat-obatan (*replacement hormone tiroid*, *laksatif*, *antibiotik*, *asetaminophen*, *kemoterapi* dan *antasida*). Pemberian makan melalui NGT, gangguan motilitas usus seperti *diabetic enteropathy*, *scleroderma visceral*, *sindrom karsinoid*, *vagotomi*. Penyakit pada pasien seperti gangguan metabolic dan endokrin (*diabetes*, *addisson*, *tirotoksikosis*, *Ca Tyroid* sehingga terjadi peningkatan pelepasan *calsitonin*), gangguan nutrisi dan malabsorpsi usus (*colitis ulseratif*, *syndrome usus peka*, penyakit seliaka), *paralitik ileus* dan obstruksi usus.

Dari sumber data di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru pada tahun 2013 diagnosis Gastroenteritis termasuk dalam daftar 10 besar penyakit terbanyak dengan peringkat pertama.

Menteri Kesehatan RI juga telah menerbitkan KEPMENKES No.50/MenKes/SK/II/1998 (8) tentang Penggunaan kode diagnosis ICD-10. Kode ICD-10 memiliki beberapa manfaat, pemanfaatan kualitas pelayanan, *monitoring* evaluasi program, *surveilans* dan bahkan dapat dikembangkan meluas untuk pelayanan kesehatan lainnya. Dengan kebijakan diatas maka, suatu instalasi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit wajib menggunakan sistem klasifikasi penyakit dengan menggunakan ICD-10, dalam pencatatan rekam medis dan membuat pelaporan maupun penetapan biaya dalam pembiayaan kesehatan.

Pengkodean diagnosis akurat yang sesuai ICD-10 dan menghasilkan rekam medis yang bermutu, pengkodean harus selalu dimulai dari pengkajian (*review*) meneliti rekam medis pasien. Seorang pemberi kode (*coder*) memperoleh gambaran yang jelas secara menyeluruh

dari rekam medis tentang masalah dan asuhan yang diterima oleh pasien, untuk menetapkan kode diagnosis pasien rawat inap yang akurat juga perlu diperhatikan informasi tambahan seperti hasil laboratorium. Untuk mengkode suatu penyakit tidak bisa hanya melihat diagnosis yang tertulis di lembar RM 1 (lembar ringkasan masuk keluar) saja, namun perlu memeriksa lembaran lainnya untuk memperoleh informasi tambahan sehingga pengkodean suatu penyakit tidak bisa dilakukan dengan tergesa-gesa.

Dari studi pendahuluan yang telah dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru, pada tanggal 14 Maret sampai 12 April 2014, dari 10 sampel rekam medis pasien rawat inap dengan penyakit Gastroenteritis terdapat sebanyak 10 rekam medis atau 100% yang tidak akurat. Ada pun ketidakakuratan tersebut, misalnya rekam medis pasien dengan penyakit Gastroenteritis yang disebabkan amoebapositif (+) diberi kode A09 seharusnya kode yang diberikan dilakukan dengan melihat penyebabnya terlebih dahulu pada hasil laboratorium, berdasarkan ICD-10 yaitu dengan kode A06.0. Adapun contoh lainnya yaitu diagnosis Gastroenteritis non infeksi diberi kode A09, seharusnya kode yang diberikan berdasarkan ICD-10 yaitu K52.8.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis Gastroenteritis pada Pasien Rawat Inap Berdasarkan ICD-10 dan Hasil Pemeriksaan Laboratorium di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru pada Triwulan III Tahun 2013".

Metode Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Dalam penelitian ini, penelitian deskriptif bertujuan untuk menggambarkan atau mendeskripsikan mengenai Keakuratan Kode Diagnosis Gastroenteritis Pasien Rawat Inap Berdasarkan ICD-10 di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru pada Triwulan III Tahun 2013.

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di bagian Unit Kerja Rekam Medis di Rumah Sakit Umum

Daerah Banjarbaru pada bulan Mei sampai bulan Juni Tahun 2014.

Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosis Gastroenteritis di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru Tahun 2013 dengan jumlah 144 rekam medis pasien rawat inap diagnosis Gastroenteritis.

Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosis Gastroenteritis di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru pada triwulan III yaitu pada bulan Juli, Agustus dan September tahun 2013. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *Purposive Sampling*.

Adapun jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N}{1 + N(d)^2} \\
 &= \frac{144}{1 + 144(0,05)^2} \\
 &= \frac{144}{1 + (0,0025)} \\
 &= \frac{144}{1,0025} \\
 &= 143,6 \\
 &= 105,88 = 106 \text{ Rekam medis}
 \end{aligned}$$

Keterangan :

- n : besar sampel
- N : besarnya populasi
- d : tingkat kepercayaan = 0,05 → 95%

Variabel penelitian

Variabel pada penelitian ini adalah :

- 1) Keakuratan
- 2) Rekam medis pasien rawat inap dengan penyakit Gastroenteritis
- 3) Hasil pemeriksaan Laboratorium
- 4) SPO koding
- 5) SDM

6) Pelaporan

Definisi Operasional

Agar variabel dapat diukur menggunakan instrumen atau alat ukur, maka variabel harus diberi batasan atau definisi yang operasional atau "definisi operasional variabel" berpedoman pada Notoatmodjo(9).

Tabel .1. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional
1.	Keakuratan	Ketepatan dalam memberikan kode diagnosis Gastroenteritis berdasarkan ICD-10 secara teliti, cermat, lengkap dan tepat sesuai dengan diagnosis yang ditulis dokter serta informasi tambahan pada hasil laboratorium.
2.	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Keterangan yang menyatakan bahwa pasien dengan diagnosis Gastroenteritis terinfeksi atau non infeksi.
3.	Rekam medis pasien rawat inap dengan penyakit Gastroenteritis	Catatan atau dokumen yang berisi tentang diagnosis penyakit Gastroenteritis dan informasi tambahan seperti hasil laboratorium yang telah diberikan kepada pasien dengan penyakit Gastroenteritis.
4.	SPO koding	Suatu pedoman tatacara serta ketentuan memberi kode penyakit di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru.
5.	SDM	Seorang pemberi

kode (*coder*) yang turut terlibat dalam proses pengkodean diagnosis Gastroenteritis.

6.	Pelaporan	Informasi yang memuat data terkait kode diagnosis Gastroenteritis, seperti RL 4a, 10 besar penyakit dan data Kegiatan/Pelayanan Rumah Sakit.
----	-----------	--

Instrumen Penelitian**Check list**

Check List adalah daftar untuk men"cek", yang berisi nama subjek dan beberapa gejala serta identitas lainnya dari sasaran pengamatan. Pengamat tinggal memberikan tanda *check* (√) pada daftar tersebut yang menunjukkan adanya gejala atau ciri dari sasaran pengamatan. Dalam penelitian ini *check list* digunakan untuk menganalisis keakuratan kode diagnosis Gastroenteritis pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru yang akan disesuaikan dengan kode ICD-10.

Pedoman Wawancara

Dalam penelitian ini wawancara dilakukan kepada kepala Instalasi rekam medis, petugas koding (*coder*) dan dokter. Wawancara ini digunakan untuk mendapatkan informasi yang berkaitan dengan keakuratan kode diagnosis Gastroenteritis

Teknik Pengumpulan Data Pengamatan (Observasi)

Observasi dalam penelitian ini yaitu mengamati langsung rekam medis rawat inap dengan diagnosis Gastroenteritis pasien rawat inap.

Wawancara

Pada penelitian ini wawancara yang dilakukan adalah wawancara terstruktur, dimana peneliti telah menyiapkan instrumen penelitian berupa pertanyaan-pertanyaan tertulis sebagai panduan. Peneliti juga

mewawancarai langsung kepada kepala rekam medis dan petugas koding (*coder*) serta dokter atau kepala ruang perawatan.

Teknik Analisis Data

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat. Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan setiap variabel yang berhubungan dengan keakuratan kode diagnosis. Teknik analisis data ini disajikan dalam bentuk tabular dan tekstular.

Prosedur Penelitian

Tahap Persiapan Penelitian

Penelitian ini dimulai dengan peneliti meminta surat izin penelitian dari akademik sebagai persyaratan dan mempersiapkan judul penelitian serta mengajukan ke rumah sakit. Setelah pihak rumah sakit membalas surat izin dan menyetujui judul penelitian, kemudian peneliti melakukan studi pendahuluan dengan observasi atau tinjauan keakuratan kode diagnosis.

Tahap Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data, berupa observasi, *checklist* dan wawancara.

Tahap Akhir Penelitian

Mengolah data yang telah dikumpulkan sehingga dapat disusun menjadi sebuah laporan.

Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah peneliti hanya meneliti rekam medis rawat inap diagnosis Gastroenteritis pada Triwulan III tahun 2013 di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru.

Kelemahan Penelitian

Kelemahan yang terdapat dalam penelitian ini adalah proses pengambilan sampel pada ruang *filling* yang kurang tertata rapi sesuai dengan nomor urut rekam medis dan peneliti hanya dapat menilai keakuratan kode Gastroenteritis yang disebabkan oleh Amoeba dan Bakteri dikarenakan hasil Laboratorium yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru hanya mencantumkan pemeriksaan Amoeba dan Bakteri saja.

Hasil Penelitian

Persentase Keakuratan Kode Diagnosis Gastroenteritis pada Pasien Rawat Inap pada Triwulan III Tahun 2013

Di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru, dapat diketahui ada 3 rekam medis termasuk dalam kategori akurat (kode yang ditulis sesuai dengan ringkasan masuk dan keluar berdasarkan ICD-10) dan 103 rekam medis yang belum akurat (kode yang ditulis tidak berdasarkan penyebabnya).

Dari hasil penelitian dapat diketahui persentase keakuratan kode diagnosis Gastroenteritis ada 2,83% rekam medis yang sesuai dengan ICD-10 (kode yang ditulis sesuai dengan ringkasan masuk dan keluar berdasarkan ICD-10). Ketidaksesuaian kode ini lebih banyak terdapat pada pengkodean yang dilihat hanya dari ringkasan masuk dan keluar, tidak berdasarkan hasil laboratorium atau informasi tambahan lainnya. Pada ringkasan masuk dan keluar, diagnosis tidak ditulis dokter secara spesifik apakah terinfeksi atau non infeksi, serta penyebab lainnya, dalam artian diagnosis yang ditulis oleh dokter kurang lengkap. Jika petugas koding (*coder*) melakukan pengkodean hanya berdasarkan diagnosis yang tertulis pada lembar ringkasan masuk dan keluar saja, kode yang diberikan sebagian memang sudah sesuai dengan ICD-10, tapi jika pengkodean dilakukan berdasarkan aturan kodifikasi ICD-10 volume 1, seperti hasil laboratorium atau informasi tambahan lainnya maka ditemukan banyak ketidaksesuaian kode berdasarkan ICD-10. Contohnya: jika hasil laboratorium positif Amoeba maka berdasarkan ICD-10 pengkodean dikelompokkan ke dalam *Acute amoebic dysentery*, dan jika hasil laboratorium positif bakteri maka pengkodean dikelompokkan ke dalam *Bacterial intestinal infection, unspecified* (A04.9). Dan jika tidak diketahui penyebabnya atau non infeksi maka pengkodean dikelompokkan ke dalam *Noninfective gastroenteritis and colitis, unspecified* (K52.9). Sedangkan di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru petugas koding (*coder*) dalam pengkodean mengelompokkannya sebagai *Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious*

origin (A09) tanpa melihat hasil laboratorium terlebih dahulu atau informasi tambahan lainnya sebelum melakukan pengkodean.

Kegunaan Kode Diagnosis Gastroenteritis

Hubungan keakuratan kode diagnosis Gastroenteritis dengan kegunaan kode diagnosis Gastroenteritis adalah untuk manfaat data primer dan data sekunder, data primer digunakan untuk eksternal dan data sekunder digunakan untuk internal (misal: riwayat penyakit yang berkelanjutan). Hasil kodifikasi diagnosis Gastroenteritis di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru digunakan sebagai laporan RL 4a (Data keadaan morbiditas pasien rawat inap Rumah Sakit), indeks penyakit dan daftar 10 besar penyakit terbanyak, serta data kegiatan/pelayanan Rumah Sakit.

- a. Daftar 10 Besar Penyakit Terbanyak
Laporan 10 besar penyakit terbanyak adalah jumlah semua diagnosis pasien yang berobat di Rumah Sakit kemudian diambil 10 terbesar penyakit yang terbanyak. Kode Gastroenteritis di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru termasuk dalam daftar 10 besar penyakit terbanyak dengan urutan pertama. Daftar 10 besar penyakit terbanyak dibuat untuk keperluan intern Rumah Sakit saja, yang dilaporkan kepada direktur Rumah Sakit.
- b. Laporan RL 4a (Data keadaan morbiditas pasien rawat inap Rumah Sakit)
Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru menggunakan format laporan RL 4a untuk pasien rawat inap. Format RL 4a yang dimaksud adalah RL 4a yang dibuat berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011 (10) tentang Sistem Informasi Rumah Sakit yang berfungsi untuk melaporkan data keadaan morbiditas pasien rawat inap. Data keadaan morbiditas pasien rawat inap rumah sakit (RL 4a) adalah laporan harian yang berasal dari berkas rekam medis yang dikodifikasi berdasarkan ICD-

10, direkapitulasi secara mingguan, yang kemudian dibuatkan secara bulanan dan dilaporkan secara triwulan. Hal ini dilakukan baik secara manual maupun komputerisasi melalui proses indeks untuk masing-masing jenis penyakit yang dikelompokkan menurut DTD seperti yang terdapat pada formulir RL 4a dan 4b. Laporan ini dibuat secara berkala ke Dinas Kesehatan kab/kota setempat dan ke Dinas Kesehatan Provinsi. Dari hasil laporan RL 4a pada Triwulan III (Juli, Agustus, September) tahun 2013, ditemukan diagnosis Gastroenteritis lebih banyak diderita oleh anak-anak dibandingkan orang dewasa dan lebih banyak diderita oleh pasien laki-laki. Pada kasus diagnosis Gastroenteritis hanya sedikit ditemukan jumlah pasien keluar mati, jadi pasien dengan diagnosis Gastroenteritis lebih banyak jumlah pasien keluar hidup..

- c. Data Kegiatan/Pelayanan Rumah Sakit

Penyajian data kegiatan/pelayanan Rumah Sakit di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru dalam bentuk tabel dan dilaporkan dalam kurun waktu per tahun. Data kegiatan/pelayanan Rumah Sakit ini tidak didistribusikan langsung kepada pihak badan statistik, melainkan pihak badan statistik daerah sendiri yang mengambil ke rumah sakit. Data kegiatan/pelayanan Rumah Sakit ini dibuat untuk keperluan Badan Statistik dan dilaporkan pada Badan Statistik.

SDM yang Terlibat dalam Proses Pengkodean Diagnosis Gastroenteritis

SDM yang terlibat dalam proses pengkodean diagnosis Gastroenteritis adalah kepala instalasi rekam medis, petugas koding (*coder*) rawat inap dan dokter.

- a. Kepala Instalasi Rekam Medis

Menurut Savitri (11), kepala instalasi rekam medis sebagai pimpinan di unit rekam medis mempunyai tugas melakukan perencanaan, pengorganisasian, dan pengontrolan kegiatan. Salah satu kegiatan yang dapat dilakukan oleh kepala rekam

medis dalam rangka memenuhi fungsinya adalah melakukan pengawasan dan pengendalian pelaksanaan kegiatan di unit rekam medis, termasuk kegiatan kodefikasi penyakit/tindakan yang dilakukan oleh petugas koding (*coder*). Sehingga kepala rekam medis merupakan salah satu SDM yang terlibat dalam proses pengkodean diagnosis gastroenteritis meskipun tidak terlibat secara langsung dalam melakukan pengkodean diagnosis gastroenteritis. Dari hasil pengamatan peneliti di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru kepala instalasi rekam medis belum melakukan pengawasan/evaluasi dan pengendalian pelaksanaan kegiatan di unit kerja rekam medis dengan baik dan benar, terutama pada kegiatan kodefikasi penyakit/tindakan yang dilakukan oleh petugas koding (*coder*).

b. Petugas Koding (*coder*) Rawat Inap

Untuk menjalankan pekerjaan di rekam medis diperlukan sumber daya manusia yang memenuhi kompetensi perekam medis. Seorang profesi perekam medis merupakan lulusan dari program diploma 3 pendidikan rekam medis dan informasi kesehatan. Profesi perekam medis harus menguasai kompetensinya sebagai seorang perekam medis. Kepmenkes Nomor 377 tahun 2007 (4) tentang standar profesi perekam medis dan informasi kesehatan, menyebutkan tentang kompetensi perekam medis yang digolongkan menjadi 2 kompetensi, yaitu kompetensi pokok dan pendukung. Kompetensi pokok merupakan kompetensi mutlak harus dimiliki oleh perekam medis dan informasi kesehatan. Sedangkan kompetensi pendukung merupakan kemampuan yang harus dimiliki sebagai pengembangan pengetahuan dan ketrampilan dasar untuk mendukung tugas. Salah satu kompetensi pokok seorang perekam medis adalah klasifikasi dan kodefikasi penyakit/tindakan.

Kegiatan pengkodean adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf dan angka atau kombinasi antara huruf dan angka yang mewakili komponen data. Kegiatan yang dilakukan dalam *coding* meliputi kegiatan

pengkodean diagnosis penyakit dan pengkodean tindakan medis. Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode bertanggungjawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis.

Di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru petugas koding (*coder*) pasien rawat inap melakukan pengkodean dengan melihat diagnosis pada lembar ringkasan masuk dan keluar saja, sehingga kode yang dihasilkan sebagian sudah sesuai, namun jika diagnosis Gastroenteritis berdasarkan penyebab dari hasil laboratorium dan diagnosis yang dituliskan dokter pada lembar resume maka kode yang dihasilkan lebih banyak ketidakakuratan berdasarkan ICD-10. Berdasarkan panduan praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan, kelengkapan lainnya yang diperlukan dalam persyaratan BPJS, antara lain : BPJS (12)

- 1) Rekapitulasi pelayanan
- 2) Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:
 - a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
 - b) Resume medis/laporan status pasien/keterangan diagnosa dari dokter yang merawat bila diperlukan
 - c) Bukti pelayanan lainnya, misal:
 - Protokol terapi dan regimen (jadual pemberian obat) pemberian obat khusus
 - Perincian tagihan Rumah Sakit (manual atau *automatic billing*)
 - Berkas pendukung lain yang diperlukan

Jadi, lembar resume digunakan untuk salah satu persyaratan klaim BPJS, sehingga seorang petugas koding (*coder*) sangat perlu memperhatikan diagnosis pada lembar resume dalam melakukan pengkodean.

Jika diagnosis penyakit tidak lengkap dan akurat, maka akan berdampak pada pembiayaan klaim BPJS. Hal tersebut akan berpengaruh pada untung atau ruginya rumah sakit.

c. Dokter

Kecepatan dan ketepatan kode dari suatu diagnosis dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya tulisan dokter yang sulit dibaca, diagnosis yang tidak spesifik, dan keterampilan petugas *coding* dalam pemilihan kode. Pada proses *coding* ada beberapa kemungkinan yang dapat mempengaruhi hasil pengkodean dari petugas *coding*, yaitu bahwa penetapan diagnosis pasien merupakan hak, kewajiban, dan tanggung jawab tenaga medis yang memberikan perawatan pada pasien, Savitri (11).

Dokter di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru memberikan diagnosis pada lembar ringkasan masuk dan keluar tidak lengkap penulisannya, seperti Gastroenteritis terinfeksi ataupun non infeksi dan lain sebagainya, tidak ada kekonsistensian dokter terhadap lembar ringkasan masuk dan keluar dengan lembar resume, sehingga menyebabkan petugas koding (*coder*) melakukan kesalahan dalam keakuratan kode penyakit berdasarkan ICD-10.

Dokter harus membuat pola kerja disiplin mengenai penulisan diagnosa pada lembar ringkasan masuk dan keluar dan pada lembar resume, serta memperbaiki pola kerja perawat atau tenaga medis lainnya yang terlibat dalam penulisan diagnosa, misalnya diberikan sosialisasi tatacara penulisan diagnosa yang baik dan benar sesuai dengan aturan yang berlaku. Sehingga akan berdampak pada kode yang dihasilkan menjadi lebih akurat.

Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan di atas, peneliti dapat menyimpulkan beberapa hal sebagai berikut :

- 1) Persentase keakuratan kode Gastroenteritis ada 2,83% rekam medis termasuk dalam kategori akurat (kode yang ditulis sesuai dengan ringkasan masuk dan keluar berdasarkan ICD-10), dan ada 97,17% rekam medis yang belum akurat (kode yang diberikan tidak berdasarkan hasil laboratorium atau penyebabnya sesuai dengan ICD-10).
- 2) Hasil (*output*) kode diagnosis Gastroenteritis di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru digunakan sebagai laporan RL 4a (Data keadaan morbiditas pasien rawat inap Rumah Sakit), indeks penyakit dan daftar 10 besar penyakit terbanyak, serta data kegiatan/pelayanan Rumah Sakit. Diagnosis Gastroenteritis masuk dalam daftar 10 besar penyakit dengan urutan pertama pada Triwulan III tahun 2013.
- 3) Di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru SDM yang terlibat dalam proses pengkodean diagnosis Gastroenteritis dan faktor yang menyebabkan atau mempengaruhi keakuratan kode diagnosis Gastroenteritis diantaranya adalah kepala instalasi rekam medis, petugas koding (*coder*) rawat inap dan dokter yang bersangkutan berkaitan dengan pola kerja yang tidak disiplin terhadap penulisan kelengkapan lembar ringkasan masuk dan keluar serta lembar resume.

Daftar Pustaka

1. Aditama, Tjadra Yoga. 2010. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*, Edisi 2. Sribawa, S. Ed. Jakarta: Universitas Indonesia (UI-Press)
2. Menkes Republik Indonesia 2008 *Peraturan Menteri Kesehatan No. 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis*. Jakarta: Depkes.
3. Huffman, E. K. 1994 *Health Information Management*. Berwyn, Illinois: Physicians' Record Company.

4. Menkes Republik Indonesia. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 377/MENKES/SK/III/2007 Tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan*. Jakarta: Depkes.
5. Hatta. Gemala R. 2008. *Pedoman Manajemen Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
6. WHO. 2010. *International Statical Classification or Diseases and Related Health Problems of Tenth Revision (ICD-10) Volume 2 Instruction Manual*. Geneva: WHO.
7. Suratun dan Lusianah. 2010. *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: Trans Info Media.
8. Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
9. Menkes Republik Indonesia. 2011. *Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Informasi Rumah Sakit*. Jakarta.
10. BPJS. 2011. *Panduan Praktis Administrasi Klaim Faskes BPJS Kesehatan*. [diakses tanggal 20 Juni 2014]
11. Savitri Citra, M.PH. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
12. 2014. *Panduan Penulisan Karya Ilmiah*. Banjarbaru. STIKES Husada Borneo. Banjarbaru.
13. AHIMA. 2010. *Health Information Management Concept, Principles, and Practice Third Edition*. Chicago, Illinois: AHIMA
14. Bowman. D. Elizabeth. 1996. *Health Information Management a Strategic Resource*. Chapter 7. Saunders Company.
15. Depdikbud RI. 2007. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka
16. Laksman, Hendra T. 2005. *Kamus Kedokteran*. Jakarta: Djambaran.
17. Menkes Republik Indonesia. 1998. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Nomor. 50/MenKes/Sk/I/1998 Tentang Pemberlakuan Klasifikasi Statistik Internasional Mengenai Penyakit Revisi Kesepuluh*. Jakarta: Depkes.
18. Menkes Republik Indonesia. 2008. *Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/MENKES/SK/III/2008 Tentang Standar Pelayanan Medis*.
19. Nuratif, AH dan Kusuma, H. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) NIC-NOC*. Edisi Revisi Jilid 1. Yogyakarta.
20. Qorbaniati, Nita. 2013. *Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis Neoplasma di RSUD Banjarbaru Tahun 2013. Karya Tulis Ilmiah*. Banjarbaru. Program DIII Perkam dan Informasi Kesehatan STIKES Husada Borneo. Banjarbaru.
21. Rahman. Rizki Yulia. 2012. *Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis Diabetes Mellitus pada Pasien Rawat Inap Berdasarkan ICD-10 di RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin Tahun 2012. Karya Tulis Ilmiah*. Banjarbaru. Program DIII Perkam dan Informasi Kesehatan STIKES Husada Borneo. Banjarbaru.
22. Skurka, Margareta A. 2003. *Health Information Management Principles and Organization for Health Information Services*. AHA Company Chicago. Chapter 8.
23. Sodikin. 2011. *Asuhan Keperawatan Anak Gangguan Sistem Gastrointestinal dan Hepatobilier*. Jakarta: Salemba Medika.
24. Sugiyono. 2011. *Metodologi Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung. Alfabeta.
25. WHO. 2004. *International Statical Classification or Diseases and Related Health Problems of Tenth Revision (ICD-10) Volume 1 Tabular List*. Geneva: WHO.