

HUBUNGAN ANTARA SPESIFITAS PENULISAN DIAGNOSIS TERHADAP AKURASI KODE PADA RM 1 DOKUMEN RAWAT INAP RUMAH SAKIT BHAYANGKARA SEMARANG

Maulana Tomy Abiyasa^{*)}, Dyah Ernawati^{**)}, Lily Kresnowati ^{**)}

^{*)} Alumni Fakultas Kesehatan Univeritas Dian Nuswantoro

^{**)} Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

Jl. Nakula I No5-11 Semarang

Email; dyahernawatikhanza@yahoo.co.id

ABSTRACT

Coding is one of the Medical Record Services to support quality in Hospital. One of The duty coding is giving code of primary diagnosed as according to order ICD-10. Bhayangkara hospital Semarang is a type C Hospital, that has been used as guidelines ICD-10 for coding, the hospital had not conducted a study to determine the relationship between the specificity of the writing a primary diagnosis with accuration primary diagnose code of medical record take care document in hospital.

Kind research is analitik by using observation method and cross sectional approach. Population of the study were 3833 inpatient medical record file the period 2011 to obtain a sample of 98 files that are retrieved by using a random sample of sampling techniques for processing data while using the chi-square (X^2) formuls. The instrument is used check list, ICD-10 volume 1 and 3. Analysis of data used tabulation form.

The results of observations the writing specific primary diagnosis on inpatient medical record documents as much as 78,57% inpatient medical record documents, while the accuracy of the primary diagnosis code on the disease as much as 94.80% specific documents, and accuracy of disease at primary diagnosis code is not specific documents as much as 28.57% medical record hospitalization. The accuration od disease code, do not only influenced by writing diagnosed just specific especial, but influenced also by correctness of officer coding and also other factor which influencing in consequence officer coding better be active in searching information if finding diagnosed especial which is not specific and also need the existence of the make-up of knowledge of officer coding by joining training of Coding ICD-10

Key Word : *Specification of primary diagnosis, the accuracy of ICD-10 disease codes*

ABSTRAK

Rumah sakit Bhayangkara Semarang merupakan rumah sakit tipe C yang telah menggunakan ICD-10 sebagai pedoman koding, di rumah sakit tersebut belum pernah diadakan penelitian untuk mengetahui adanya hubungan antara spesifisitas penulisan diagnosis utama terhadap akurasi kode diagnosis utama pada lembar RM 1 dokumen rekam medis rawat inap di rumah sakit Bhayangkara Semarang periode 2011.

Penelitian ini menggunakan metode observasi dengan pendekatan crossectional dan jenis penelitian analitik, sedangkan populasi dari penelitian ini adalah 3.833 berkas rekam medis rawat inap periode 2011 sehingga diperoleh sampel sebanyak 98 berkas yang diambil dengan menggunakan tehknik sampel random sampling sedangkan untuk pengolahan data menggunakan rumus Chi-Square (x^2).

Hasil pengamatan jumlah penulisan diagnosis utama yang spesifik pada dokumen rekam

medis rawat inap sebanyak 78,57 % dokumen rekam medis rawat inap, sedangkan akurasi kode penyakit pada diagnosis utama yang spesifik sebanyak 94,80 % dokumen, dan akurasi kode penyakit pada diagnosis utama yang tidak spesifik sebanyak 28,57 % dokumen rekam medis rawat inap. Dari hasil pengolahan data diperoleh hasil $X^2_{tabel} = 2,71$ dan $X^2_{hitung} = 46,31$ jadi $X^2_{hitung} > X^2_{tabel}$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang artinya ada hubungan antara spesifisitas diagnosis utama dan akurasi kode penyakit. Maka kesimpulan yang diperoleh yaitu, bahwa untuk mendapatkan akurasi kode penyakit, tidak hanya dipengaruhi oleh penulisan diagnosis utama yang spesifik saja tetapi dipengaruhi juga oleh ketelitian petugas koding serta factor-faktor lain yang mempengaruhi. Oleh karena itu petugas koding sebaiknya aktif dalam mencari informasi jika menemukan diagnosis utama yang tidak spesifik serta perlu adanya peningkatan pengetahuan petugas koding dengan diikutkan dalam pelatihan koding ICD-10.

Kata kunci : spesifitas diagnosis utama, akurasi kode penyakit menurut ICD-10

PENDAHULUAN

Dalam rangka upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan perlu adanya dukungan dari berbagai faktor, diantaranya yaitu terkait dengan perekaman data medis pasien yang informatif, lengkap dan berkesinambungan, unit rekam medis di rumah sakit merupakan salah satu faktor penunjang yang diharapkan dapat memberikan pelayanan dan informasi yang berkesinambungan pada pasien, dokter, dan tenaga medis lainnya.

Koding merupakan salah satu bagian dari unit rekam medis yang fungsinya dari unit rekam medis yang fungsinya memberi kode pada diagnosa utama yang sesuai dengan aturan ICD-10. Tujuan penggunaan ICD-10 itu sendiri menyeragamkan yaitu untuk nama dan golongan penyakit serta faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, sedangkan manfaatnya untuk mempermudah perekaman yang sistematis, analisa, interpretasi dan perbandingan data, sedangkan dalam kegiatannya dapat mempermudah pelayanan dan penyajian informasi untuk pelayanan dan penyajian informasi untuk tujuan epidemiologi umum dan manajemen kesehatan. ⁽¹⁾

Dalam penggunaannya, ICD-10 kini digunakan sebagai buku pedoman standar yang digunakan oleh rumah sakit untuk

menentukan kode diagnosis utama pasien. dalam proses koding, ICD -10 menyediakan pedoman khusus untuk menyediakan pedoman khusus untuk menyeleksi kausa atau kondisi yang akan dikode dan proses kodingnya. Aturan dan pedoman tentang seleksi kondisi atau sebab tunggal yang dipakai untuk tabulasi rutin dalam sertifikat kematian atau rekaman morbiditas ini telah diadopsi oleh WHO dalam sidang World Health Assembly, khususnya berkaitan dengan revisi ICD. pedoman dan aturan koding morbiditas dan mortalitas dicantumkan secara rinci dalam buku volume 2 tentang pedoman penggunaan (*instruction manual*).

Data morbiditas merupakan data rekam medik yang berisi tentang kesakitan. Data ini sangat berperan penting dalam formulasi perencanaan program dan kebijakan kesehatan, disamping itu data ini juga digunakan dalam manajemen pemantauan dan evaluasi program untuk tujuan epidemiologi, identifikasi risiko dalam populasi serta riset klinik. Untuk itu, keakuratan koding morbiditas sangat diperlukan, seorang pengkoder harus benar-benar paham dengan aturan-aturan yang digunakan untuk menegakkan sebuah kode diagnosis pasien, sehingga menghasilkan

kode yang akurat.⁽¹⁾

Salah satu penentu keakuratan kode diagnosis utama penyakit, adalah spesifitas diagnosis utama, masing-masing pernyataan diagnostik harus bersifat informatif atau mudah dipahami agar dapat menggolongkan kondisi-kondisi yang ada kedalam kategori ICD yang paling spesifik, penulisan diagnosis yang detail dan spesifik, akan memudahkan penentuan rincian kode.

Rincian informasi yang disyaratkan menurut ICD-10 dapat berupa kondisi akut/kronis, letak anatomik yang detail, tahapan penyakit, ataupun komplikasi atau kondisi penyerta, penulisan diagnosis yang tidak spesifik seringkali menyulitkan koder dalam pemilihan kode penyakit yang sesuai, dan berujung pada kesalahan pengkodean (miscoding).⁽³⁾

Berdasarkan Survei awal, terdapat 40 % dokumen rekam medis rawat inap yang penulisan diagnosis utamanya tidak spesifik, dan menghasilkan kode diagnosis yang tidak akurat. Mengingat pentingnya spesifitas diagnosis utama terhadap penentuan kode diagnosis berdasarkan ICD-10, dan sebagai salah satu tolak ukur untuk kontrol kualitas di bagian koding pada unit Rekam Medis maka perlu dilakukan penelitian tentang hubungan antara spesifitas penulisan diagnosis utama terhadap akurasi kode diagnosis pada lembar RM 1 Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang Periode 2011.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah analitik yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk menguji hubungan antara variabel yang satu dengan yang lain dengan menggunakan uji statistik, metode penelitian yang digunakan adalah observasi sedangkan pendekatannya adalah *cross sectional* yaitu pengumpulan

data variabel dilakukan secara simultan (dalam waktu yang bersamaan).

Populasi dalam penelitian ini adalah lembar RM 1 dokumen rekam medis rawat inap seluruh dokumen rekam medis rawat inap pada bagian filling sebanyak 3833 DRM. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik semi *systematic random sampling*. Besar sampel yang diperoleh dari hasil perhitungan dengan rumus slovin, didapatkan hasil 98 sampel dokumen rekam medis rawat inap. Instrumen penelitian ini adalah :

1. Check list

Untuk memasukkan kode yang sudah diperoleh dan untuk mengetahui akurat atau tidaknya kode yang dihasilkan.

2. Tabulating

Digunakan untuk mengidentifikasi diagnosis yang spesifik atau tidak spesifik maupun kode diagnosis yang akurat dan tidak akurat untuk menganalisis hubungan menggunakan perhitungan rumus chi square.

3. ICD-10

Untuk mengoreksi kode yang sudah dihasilkan.

Metode pengumpulan data menggunakan sumber data primer, yaitu dengan cara observasi atau pengamatan secara langsung pada lembar RM 1 pada dokumen rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang.

HASIL

Berdasarkan hasil pengamatan di bagian koding unit rekam medis RS Bhayangkara Semarang diperoleh data sebagai berikut :

Dari tabel 1 dapat disimpulkan bahwa penulisan diagnosis utama yang spesifik adalah sebesar 78,57% dan diagnosis yang tidak spesifik sebesar 21,42%.

Dari tabel 2 dapat disimpulkan bahwa kode diagnosis utama yang akurat adalah sebesar 80,61% dan kode diagnosis utama yang tidak akurat sebesar 19,38%.

Prosentase kode tidak akurat pada diagnosis yang tidak spesifik adalah sebesar (71,42%) dokumen rekam medis rawat inap lebih besar daripada prosentase kode tidak akurat pada diagnosis yang spesifik (5,19%)

Dari hasil pengolahan data diperoleh hasil $X^2_{hitung} = 46,31$ jadi $X^2_{hitung} > X^2_{tabel} (2,71)$, Maka H_0 ditolak dan H_a diterima, artinya adanya hubungan antara spesifitas diagnosis utama dengan akurasi kode penyakit.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pengamatan di bagian koding Unit Rekam Medis RS Bhayangkara Semarang diperoleh data sebagai berikut :

Terdapat hubungan antara spesifitas penulisan diagnosis utama dan akurasi kode diagnosis utama. Dari sampel 98 dokumen rekam medis didapatkan prosentase diagnosis utama tidak spesifik dengan kode penyakit tidak akurat sebesar (71.42%) dan

prosentase diagnosis utama spesifik dengan kode penyakit tidak akurat sebesar (5,19%) hal ini menunjukkan bahwa pada penulisan diagnosis utama yang tidak spesifik akan menghasilkan kode diagnosis utama yang tidak akurat yang lebih besar dibandingkan penulisan diagnosis utama yang spesifik. Penyebab diagnosis tidak spesifik dikarenakan dokter kurang spesifik dalam menuliskan diagnosis utama seperti contoh dalam penulisan diagnosis embolism of artery, seharusnya dokter dapat menuliskan diagnosis yang lebih spesifik yaitu dengan menambahkan letak topografi sehingga kode yang dihasilkan akan lebih spesifik.

Tingginya kode tidak akurat tersebut diatas disebabkan karena dokter seringkali menuliskan diagnosis utama yang kurang spesifik seperti yang diisyaratkan ICD-10 yang meliputi kondisi akut dan kronis, letak anatomik yang detail, tahapan penyakit,

Tabel 1. Spesifitas Diagnosis Utama Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RS Bhayangkara Semarang Periode Tahun 2011

Spesifitas	Σ Diagnosis Utama	% Diagnosis Utama
Spesifik	77	78,57%
Tidak Spesifik	21	21,42%
Jumlah	98	100%

Tabel 2. Akurasi Diagnosis Utama Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RS Bhayangkara Semarang Periode 2011

Akurasi Kode	Σ Kode Diagnosis Utama	% Akurat dan tidak Akurat
Akurat	79	80,61%
Tidak Akurat	19	19,38%
Jumlah	98	100%

Tabel 3. Tabel bivariat akurasi kode penyakit pada diagnosis yang spesifik dan tidak spesifik dokumen rekam medis rawat inap berdasarkan ICD -10 di RS Bhayangkara Semarang periode 2011.

Diagnosis Utama	Kode penyakit				Total		
	Akurat		Tidak akurat		Σ	%	
	Σ	%	Σ	%			
Spesifik	Σ	73	94,80	4	5,19	77	100
Tidak spesifik	Σ	6	28,57	15	71,42	21	100

ataupun komplikasi dan kondisi penyerta.

Sesuai dengan aturan morbiditas dalam ICD-10 volume 2, bahwa petugas medis yang bertanggungjawab atas pengobatan pasien harus dapat menetapkan diagnosis seinformatif mungkin sesuai ICD-10 dan disusun secara sistematis dengan menggunakan metode standart pencatatan, sedangkan petugas rekam medis bertanggung untuk mengevaluasi kualitas rekam medis guna menjamin konsistensi dan kelengkapan isinya, sehingga kode penyakit yang dihasilkan akurat dan sesuai dengan aturan umum koding morbiditas ICD-10 ⁽¹⁾

Selain itu ketidakakuratan kode diagnosis utama juga dikarenakan faktor-faktor lain, diantaranya yaitu karena kurang telitinya petugas koding dalam menganalisis lembar-lembar rekam medis rawat inap seperti anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan lembar-lembar rekam medis lainnya yang dapat memberikan informasi tambahan terkait dengan diagnosis utama yang tertera dalam RM 1.

Dari pengolahan data diperoleh hasil $X^2_{tabel} = 2,71$ dan $X^2_{hitung} = 46,31$ ($X^2_{hitung} > X^2_{tabel}$), maka H_0 ditolak dan H_a diterima, hal ini menunjukkan adanya hubungan antara spesifitas diagnosis utama dengan akurasi kode penyakit.

SIMPULAN

1. Spesifitas diagnosis utama pada dokumen rekam medis rawat inap didapatkan sebesar 78.57% dengan penulisan diagnosis utama yang telah spesifik
2. Prosentase kode penyakit yang tidak akurat pada diagnosis utama yang spesifik adalah sebesar 5,19% lebih kecil dibandingkan pada diagnosis yang tidak spesifik ketiakakuratan kode mencapai 71.42%

3. Berdasarkan hasil perhitungan didapatkan $X^2_{hitung} = 46,31$ ($X^2_{hitung} > X^2_{tabel}$) hal ini menunjukkan adanya hubungan antara spesifitas diagnosis utama dengan akurasi kode penyakit

SARAN

Perlu adanya peningkatan pengetahuan dan ketrampilan petugas koding dengan cara mengikuti pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan Kodefikasi Penyakit dengan menggunakan ICD-10, selain itu petugas koding juga harus lebih aktif dan teliti dalam mencari informasi jika menemukan diagnosis utama yang tidak spesifik dengan menganalisis lembar-lembar RM lainnya, atau jika perlu menanyakan pada dokter sebagai pemberi pelayanan medis pada pasien dan yang menulis diagnosis pada lembar RM 1, sedangkan untuk peneliti selanjutnya, perlu adanya pengembangan penelitian untuk menggali faktor-faktor penyebab penulisan diagnosis yang tidak spesifik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kresnowati, Lily. Hand out KPT I, General Koding, Tidak dipublikasikan, Semarang, 2010.
2. Shofari Bambang, Pengolahan Sistem Rekam Medis Kesehatan, Semarang, 2004 (tidak dipublikasikan).
3. Kresnowati Lily, Hand out KPT II, Koding Morbiditas, Tidak dipublikasikan, Semarang. 2010.
4. Huffman, Edna K Health, Information Management Physician Record Company, Borwyn, Llinois. 1999
5. Dirjen YanMed, Depkes RI, Pedoman Pengelolaan Rekam Medis, Rumah Sakit di Indonesia. DepKes RI, Jakarta : 1997

6. Depkes RI. Dirjen Yanmed, Pelatihan Penggunaan Klasifikasi International Mengenai Penyakit Revisi X, (ICD-10), Jakarta,2000
7. Mahawati, Eni, Modul Metodologi, Penelitian. D III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Fakultas Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro Semarang, (tidak dipublikasikan)
8. Jihad, Winner, Uji Kebebasan Chi Square, Winner statistic blogspot, , diakses pada 1 Juli 2011
9. Rahmat, Teknik Pengambilan Sampel, Simple Random Sampling, Blogger.or.id 2011 diakses pada 30 Juni 2011.