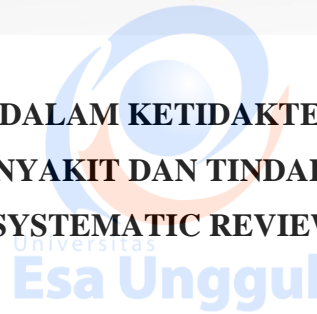


LAPORAN PENELITIAN



**IDENTIFIKASI UNSUR 5M DALAM KETIDAKTEPATAN PEMBERIAN KODE
PENYAKIT DAN TINDAKAN
(SYSTEMATIC REVIEW)**



OLEH :

Laela Indawati, SSt.MIK.,MKM (NIDN: 03060578)



UNIVERSITAS ESA UNGGUL

OKTOBER

2017



HALAMAN PENGESAHAN
PENELITIAN DOSEN PEMULA

Judul Penelitian	Identifikasi Unsur 5M Dalam Ketidaktepatan Pemberian Kode Penyakit Dan Tindakan
Kode>Nama Rumpun Ilmu Nama Lengkap	362/Bidang Kesehatan Umum Lain yang Belum Tercantum Laela Indawati, SST.MIK..MKM
NIDN	0306057803
Jabatan Fungsional	-
Program Studi	Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Nomor HP	085778844703
Alamat surel (e-mail)	Laela.indawati@esaunggul.ac.id
Anggota Peneliti (1)	
Nama Lengkap	
NIDN	
Perguruan Tinggi	Universitas Esa Unggul
Biaya Penelitian	Rp 3.000.000,-

Jakarta, Oktober 2017

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan
Universitas Esa Unggul

(Dr. Aprilita Rina Yanti Effendi, Apt)
NIP/NIK: 215020572

Ketua Peneliti,

(Laela Indawati, SST.MIK..MKM)
NIP/NIK : 210070429

Menyetujui,

Ketua LPPM

(Dr. Hasyim, SE., MM., M.Ed)
NIP/NIK : 201040164

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN PENGESAHAN	
IDENTITAS DAN URAIAN UMUM	
DAFTAR ISI	
RINGKASAN	

BAB I	PENDAHULUAN	1
	1.1. Latar Belakang Masalah	1
	1.2. Perumusan Masalah	3
	1.3. Tujuan Penelitian	3
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA	4
	2.1. Kode Penyakit dan Tindakan	4
	2.1.1 ICD 10	4
	2.1.2 ICD 9 CM	4
	2.2. Unsur 5 M	5
BAB III	METODE PENELITIAN	7
	3.1. Tahapan penelitian	7
	3.2. Lokasi Penelitian	7
	3.3. Variabel yang diamati/diukur	7
	3.4. Model yang digunakan	7
	3.5. Rancangan penelitian	8
	3.6. Teknik Pengumpulan Data	8
	3.7. Analisa Data	8
BAB IV	BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN	
	4.1 Anggaran biaya	9
	4.2 Jadwal Penelitian	9
BAB V	HASIL DAN PEMBAHASAN	
	5.1 Akurasi Koding pada beberapa RS di Indonesia	10
	5.2 Identifikasi Unsur 5M Dalam Ketidaktepatan Pemberian Kode Penyakit Dan Tindakan	10
	5.2.1 Man	11
	5.2.2 Money	11

5.2.3	Material	12
5.2.4	Method	12
5.2.5	Machine	13

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN

6.1	Kesimpulan	16
6.2	Saran	16

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Satu diantara sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang digunakan pada institusi pelayanan kesehatan adalah *prospective payment system* yaitu pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Di Indonesia, metode pembayaran prospektif dikenal dengan Casemix (*case based payment*) yang diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur yang mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*. sistem casemix pertama kali dikembangkan di Indonesia pada Tahun 2006 dengan nama INA-DRG (Indonesia-Diagnosis Related Group). Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) menjadi INA-CBG (*Indonesia Case Based Group*) sebagai sistem pembayaran pembiayaan pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak. Seiring dengan dimulainya JKN per 1 Januari 2014, semua program jaminan kesehatan yang telah dilaksanakan pemerintah tersebut (Askes PNS, JPK Jamsostek, TNI, Polri, dan Jamkesmas), diintegrasikan ke dalam satu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Sama halnya dengan program Jamkesmas, pemerintah bertanggungjawab untuk membayarkan iuran JKN bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu yang terdaftar sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI).

BPJS merupakan badan penyelenggara yang kinerjanya diawasi oleh DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional). BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) sendiri adalah badan atau perusahaan asuransi yang sebelumnya bernama PT Askes yang menyelenggarakan perlindungan kesehatan bagi para pesertanya. Perlindungan kesehatan ini juga bisa didapat dari BPJS Ketenagakerjaan yang merupakan transformasi dari Jamsostek (Jaminan Sosial Tenaga Kerja).

BPJS Kesehatan akan membayar kepada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dengan Kapitasi. Untuk Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan, BPJS Kesehatan membayar dengan sistem paket INA CBG's. INA-CBG merupakan sistem pembayaran dengan sistem "paket", berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh untuk suatu kelompok diagnosis.

BPJS membayar RS berdasarkan klaim yang diajukan oleh RS. BPJS membayar sesuai dengan kode penyakit maupun tindakan yang dikoding oleh koder RS berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM. Kode tersebut digrouping menggunakan aplikasi INA CBGs.

Ketepatan pemberian kode penyakit dan tindakan mempengaruhi jumlah biaya pelayanan kesehatan yang dibayarkan ke RS. Pembiayaan pelayanan kesehatan berbasis *Case Base Groups* (CBGs) sangat ditentukan oleh data klinis (terutama kode diagnosis dan prosedur medis) yang dimasukkan ke dalam software. Besaran klaim yang dibayarkan sangat tergantung dari kode CBGs yang dihasilkan, sehingga defisiensi dalam kualitas maupun kuantitas kode diagnosis maupun prosedur ini akan membawa dampak besar terhadap pendapatan Rumah Sakit. Maka dari itu pengetahuan koder akan tata cara koding serta ketentuan-ketentuan dalam ICD-10 dalam menunjang keakuratan kode diagnosis sangat diperlukan agar dapat menentukan kode dengan lebih akurat (Kresnowati, 2013). Oleh karena itu ketepatan dalam pemberian kode penyakit dan tindakan sangatlah penting.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ketidaktepatan kode diagnosis masih terjadi di beberapa pelayanan kesehatan. Hasil penelitian di berbagai jurnal menunjukkan bahwa tingkat akurasi kode data klinis telah menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun, namun demikian angka keakurasian rata-rata masih berkisar antara 30-70% (Dimick, 2010).

Ketidaktepatan penentuan kode penyakit dan tindakan disebabkan oleh beberapa faktor sesuai kondisi masing-masing institusi pelayanan kesehatan. Penulis mencoba melakukan

sintesis terhadap penelitian-penelitian sebelumnya dengan melihat pada unsur 5M (Man, Money, Material, method, Machine) penyebab hasil koding tidak akurat.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi dan mereview literature yang mempelajari tentang akurasi koding dan faktor – faktor yang mempengaruhinya yaitu pada unsur 5M. Systematic review merupakan metode penelitian yang merupakan ulasan kembali mengenai topik tertentu yang menekankan pada pertanyaan tunggal yang telah diidentifikasi secara sistematis, dinilai, dipilih dan disimpulkan menurut kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya berdasarkan bukti penelitian yang berkualitas tinggi yang relevan dengan pertanyaan penelitian. Systematic review merupakan penelitian yang sistematis (dalam mengidentifikasi literatur), eksplisit (dalam pernyataan tujuan, bahan dan cara) dan berkembang (dalam metodologi penelitian dan kesimpulan) (Campbell, 2001). Keunggulan menggunakan pendekatan systematic review ini adalah mendapatkan temuan yang valid dan dapat diaplikasikan dari beberapa penelitian sebelumnya pada suatu fenomena yang spesifik (Oxman, 1997).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, peneliti ingin mengetahui apa sajakah penyebab ketidaktepatan pemberian kode penyakit dan tindakan berdasarkan unsur 5M?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi dan mereview literature yang mempelajari tentang akurasi koding dan faktor – faktor yang mempengaruhinya dengan melihat pada unsur 5 M.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kode Penyakit dan Tindakan

Klasifikasi dan kodefikasi penyakit merupakan fungsi yang cukup penting dalam jasa pelayanan informasi kesehatan. Data klinis yang terkode dibutuhkan untuk me-*retrieve* informasi guna kepentingan asuhan pasien, penelitian, peningkatan performansi pelayanan, perencanaan dan manajemen sumber daya, serta untuk mendapatkan *reimbursement* yang sesuai bagi jasa pelayanan kesehatan yang diberikan. Di Indonesia, sebagaimana juga berlaku di seluruh negara-negara anggota WHO lainnya, pemberian kode penyakit pada data klinis dilakukan dengan menggunakan ICD-10 (World Health Organization, 1993) sedangkan pemberian kode tindakan dengan berdasarkan ICD 9 CM.

2.1.1 ICD 10

ICD adalah singkatan dari *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. ICD adalah klasifikasi penyakit yang disusun oleh para pakar statistic kesehatan masyarakat, patologi-anatomis, spesialis medis, wakil-wakil resmi dari Negara-negara anggota WHO. Klasifikasi penyakit dimanfaatkan untuk memungkinkan data penyakit yang terkumpul bias disimpan, diambil kembali dan dianalisis untuk komparasi statistic antar rumah sakit, provinsi dan Negara, untuk kepentingan nasional ataupun internasional. (Naga, 2013). International Classification of Diseases and Related Health Problems revisi ke 10 (ICD-10th revision) (1992) atau yang telah diadaptasi (2010,2011,2013) digunakan di banyak Negara anggota WHO, sebagai dasar pengkodean penyakit, cedera dan sebab luar cedera berikut masalah kesehatan yang menyebabkan seseorang berhubungan dengan pelayanan kesehatan

2.1.2 ICD 9 CM

Sampai tahun 2000, di berbagai Negara di luar Indonesia, ICD-revisi ke-9 dan ICD-9 CM masih digunakan. Pada tahun 1987-an bersamaan dengan pemberlakuan pengkodean penyakit

dengan revisi 9 di Indonesia, pengkodean prosedur dan tindakan dilaksanakan berdasarkan ICPM (ICOPIM) 1975 volume 1 dan 2. Koleksi isi ICPM sudah banyak tertinggal oleh pesatnya perkembangan IPTEK diagnostic dan terapeutik di bidang asuhan klinis.

Di Indonesia sejak program pengembangan pelayanan Jamkesmas dan Gakin diselenggarakan pemerintah, Kementerian Kesehatan mengharuskan pemanfaatan ICD-9-CM Volume 3 (USA, Australia dan Malaysia) yakni klasifikasi kode prosedur tindakan medis maupun operasi, untuk menggantikan ICPM (1975), bagi kepentingan paparan informasi besaran penagihan biaya rawat peserta program suransi pemerintah Jamkesmas dan Gakin. Pengkodean diagnosis nya tetap menggunakan ICD-10. (Naga, 2013)

2.2 Unsur 5M

Menurut Harrington Emerson dalam Phiffner John F. dan Presthus Robert V. (1960) manajemen mempunyai lima unsur (5M), yaitu:

1. Men
2. Money
3. Materials
4. Machines, and
5. Methods

5M adalah istilah yang merujuk pada faktor produksi utama yang dibutuhkan oleh suatu organisasi agar dapat beroperasi secara maksimal. Dalam bahasa Inggris dikenal dengan istilah Model 5 M.

Isi dari model 5M adalah:

1. *Man* (Manusia), merujuk pada manusia sebagai tenaga kerja.
2. *Machines* (Mesin), merujuk pada mesin sebagai fasilitas/alat penunjang kegiatan perusahaan baik operasional maupun nonoperasional.
3. *Money* (Uang/Modal), merujuk pada uang sebagai modal untuk pembiayaan seluruh kegiatan perusahaan.

4. *Method* (Metode/Prosedur), merujuk pada metode/prosedur sebagai panduan pelaksanaan kegiatan perusahaan.

5. *Materials* (Bahan baku), merujuk pada bahan baku sebagai unsur utama untuk diolah sampai menjadi produk akhir untuk diserahkan pada konsumen. (Satrianegara, 2009)



BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1. Tahapan Penelitian

Penelitian diawali dengan penelusuran secara online pada jurnal penelitian. Selanjutnya tahap pengumpulan data. Data yang digunakan pada penelitian ini berupa data sekunder berupa studi literatur. Tahap berikutnya dilakukan pengecekan data untuk memastikan data yang diperoleh sudah lengkap. Tahap terakhir pada penelitian ini adalah diseminasi dan pelaporan hasil penelitian. Dimana pada tahap ini akan disimpulkan faktor-faktor yang mempengaruhi ketepatan pemberian kode penyakit dan tindakan dengan melihat pada unsur 5M.

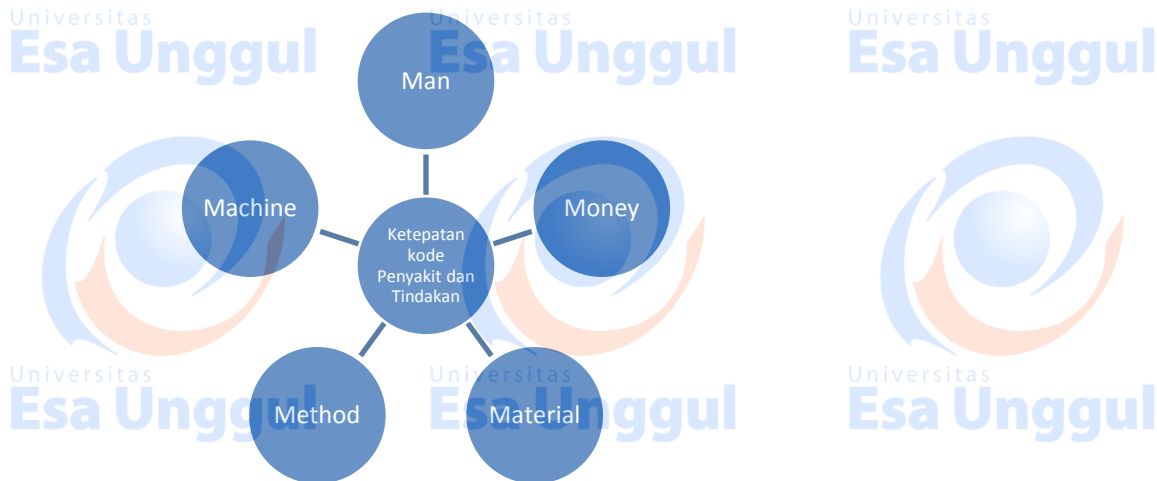
3.2. Lokasi Penelitian

Pengambilan data dilakukan di perpustakaan Universitas Esa Unggul bulan Agustus 2017.

3.3 Variabel yang diamati/diukur

Variabel yang diamati pada penelitian ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaktepatan dalam penentuan kode penyakit dan tindakan.

3.4 Model yang digunakan



Gambar 3.1 Model modifikasi teori Harrington Emerson dalam Phiffner John F. dan Presthus Robert V. (1960)

3.5 Rancangan Penelitian

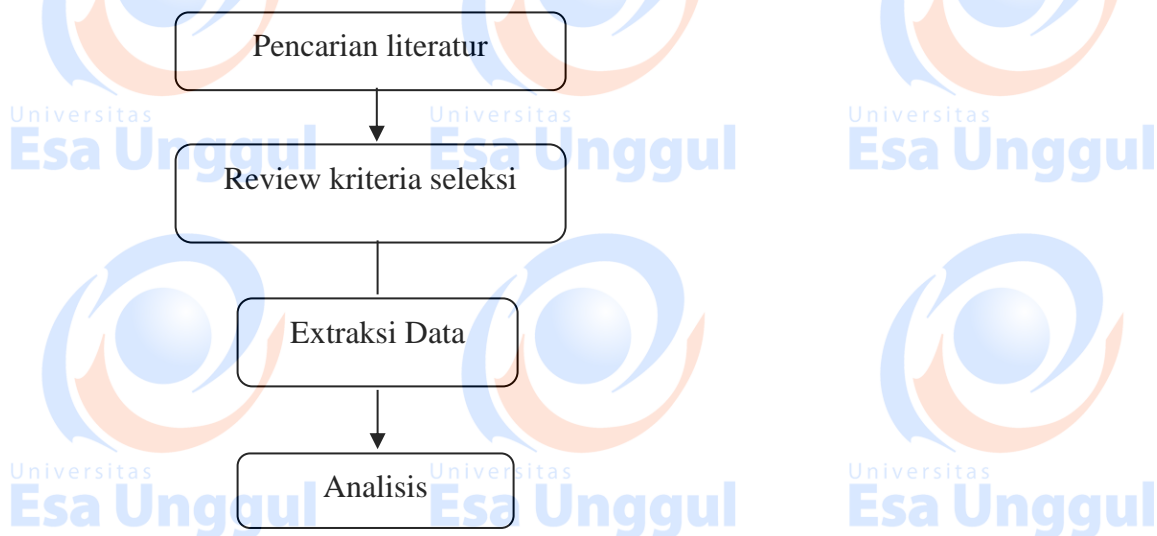
Penelitian merupakan systematic review. Sumber data penelitian ini berasal dari literatur yang diperoleh melalui internet, yaitu penelitian mengenai ketepatan kode penyakit dan tindakan serta faktor faktor yang mempengaruhi ketepatan pemberian kode penyakit yang dipublikasikan di internet.

3.6 Teknik Pengumpulan Data

Data penelitian dengan kata kunci kode penyakit dan tindakan diperoleh hasil 450 penelitian. Data dicari berdasarkan tahun 2017. Hal ini dilakukan untuk menjaga keterkinian penulisan berdasarkan hasil penelitian terbaru. Kriteria eksklusi adalah :

- penelitian yang tidak mencantumkan faktor-faktor terkait ketepatan kode penyakit dan tindakan.
- Duplikasi penelitian
- Tidak ada Full text

3.7 Analisa Data



Gambar 3.1 Proses Pengolahan dan Analisis Data

BAB 4

BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN

4.1 Anggaran Biaya

Tabel. Ringkasan Anggaran Biaya Penelitian Dosen Muda yang Diajukan

No	Jenis Pengeluaran	Biaya yang Diusulkan (Rp)
1	Gaji dan upah (Maks. 30%)	Rp .900.000
2	Bahan habis pakai dan peralatan (Maks. 60%)	Rp. 600.000
3	Publikasi ilmiah	Rp 1.500.000
	Jumlah	Rp.3.000.000

4.2 Jadwal Penelitian

No	Jenis Kegiatan	Tahun ke-1				
		8	9	10	11	12
1	Persiapan Pengumpulan Data					
2	Pengolahan Data					
3	Pengumpulan bahan penelitian					
4	Persiapan pembuatan laporan Penelitian					
5	Menyusun Penulisan Laporan					
6	Penyerahan Laporan Penelitian					
7	Publikasi penelitian					

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil pencarian literature yang teridentifikasi melalui google scholar dengan pencarian akurasi kode penyakit pada tahun 2017 berjumlah 450 artikel dengan rincian, 420 artikel terkait dengan keilmuan lainnya, seperti pengkodean program komputer (tidak terkait dengan kode penyakit), 10 artikel tidak memiliki full text. 5 artikel tidak menyebutkan penyebab ketidakefektifan coding, dan 4 artikel lainnya terdapat duplikasi artikel. Hasil identifikasi dapat dilihat pada tabel 1 (lampiran).

5.1 Akurasi Koding pada beberapa RS di Indonesia

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 1 (lampiran) diketahui bahwa persentase akurasi koding pada beberapa RS di Indonesia berkisar 0% - 73%, dan gambaran rata-rata akurasi koding adalah 21%. Penelitian yang telah dilakukan oleh beberapa ilmuwan terkait akurasi koding juga menggambarkan masih rendahnya tingkat akurasi koding pada beberapa negara. Studi pada 1980-an menunjukkan tingkat kesalahan rata-rata akurasi koding sekitar 20%, dan kebanyakan di bawah 50%. Studi pada 1990-an ditemukan dari 1.980 studi, tingkat kesalahan berkisar 0-70% (O'Malley et al., 2005). Pada beberapa Negara seperti di Inggris, akurasi koding berkisar antara 53-100% (rata-rata 97%), di Arab Saudi tingkat kesalahan pemberian koding dilaporkan 30%, dan studi lain mengungkapkan tingkat akurasi berkisar 85-95% (Campbell, Campbell, Grimshaw, & Walker, 2001; Farhan, 2005; van Walraven & Demers, 2001) . Hasil penelitian di berbagai jurnal menunjukkan bahwa tingkat akurasi koding telah menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun, dengan tingkat keakurasian rata-rata berkisar antara 30-70% (Dimick, 2010).

5.2 Identifikasi Unsur 5M Dalam Ketidaktepatan Pemberian Kode Penyakit Dan Tindakan

Dari hasil identifikasi terhadap 11 artikel pada google scholar, didapatkan informasi bahwa faktor faktor yang mempengaruhi akurasi koding ditinjau dari unsur 5 M adalah sebagai berikut :

5.2.1. Man

1. Petugas Koder kurang teliti

Dari beberapa artikel menyebutkan bahwa koder kurang teliti dalam penentuan kode penyakit, yaitu tidak melihat keseluruhan isi rekam medis, dan tidak melihat hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung diagnosis.

2. Pengalaman kerja

Koder yang memiliki pengalaman lebih lama, cenderung lebih akurat dalam pengkodean dibanding dengan yang pengalamannya masih sedikit.

3. Komunikasi efektif antara tenaga medis dan koder

Bila ditemukan informasi yang tidak lengkap pada rekam medis, beberapa koder tidak melakukan komunikasi dengan tenaga medis terkait, dikarenakan baik koder maupun tenaga medis sama-sama sibuk.

4. Beban kerja koder

Beban kerja yang banyak pada cenderung menghasilkan kode yang tidak akurat.

5. Masa Kerja

Koder yang memiliki masa kerja lebih lama, menghasilkan kode yang lebih akurat.

6. Kompetensi Perekam Medis/koder

Perekam Medis/koder perlu terus diasah keterampilannya agar keilmuannya terus bertambah, melalui pelatihan-pelatihan yang terkait dengan koding.

7. Koding dilakukan oleh profesi lain (Perawat)

Profesi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan kodifikasi penyakit adalah Perekam Medis dan Informasi Kesehatan. Sedangkan perawat memiliki kewenangan lainnya yang terkait dengan perawatan pasien. Sehingga untuk mendapatkan hasil koding yang lebih akurat haruslah dilakukan oleh petugas yang sesuai dengan profess atau keahliannya.

5.2.2. Money

Kode external cause dianggap sepele karena tidak mempengaruhi nominal klaim.

Pada kasus injury ataupun kasus kecelakaan lalu lintas, pada beberapa RS tidak melakukan pengkodean pada karakter ke 4 maupun ke 5, karena dianggap tidak berpengaruh pada penggantian klaim. Padahal hal ini diperlukan oleh pihak Asuransi untuk memutuskan apakah hal ini termasuk kecelakaan kerja atau bukan, atau kecelakaan lalu lintas atau bukan. Agar proses penggantian lebih tepat, Asuransi mana yang berhak mengganti.

5.2.3. Material

1. Tulisan dokter tidak terbaca jelas

Pada beberapa kasus, adanya tulisan dokter yang tidak terbaca dengan jelas sehingga menimbulkan salah persepsi dan akibatnya adalah salah pemberian kode.

2. penggunaan singkatan yang tidak lazim

beberapa penggunaan singkatan yang tidak lazim membuat koder salah persepsi sehingga salah dalam pemberian kode.

3. Kelengkapan pengisian rekam medis

Ketidakkelengkapan pengisian pada rekam medis menyebabkan koder tidak dapat mengkode secara lengkap. Contoh pada beberapa kasus injury dan persalinan.

4. Tidak jelas atau tidak lengkapnya diagnosis yang ditulis

Diagnosis yang tidak lengkap, memerlukan komunikasi yang baik antara koder yang tenaga medis terkait.

5.2.4. Method

1. Tidak melihat dan menganalisis informasi pada hasil pemeriksaan penunjang dan formulir-formulir pendukung

Hasil koding tidak akurat karena koder tidak mereview keseluruhan isi rekam medis, sehingga antara hasil kode dengan hasil pemeriksaan penunjang berbeda.

Contoh pada kasus GEA dan Diare.

2. Petugas cenderung menggunakan hafalan atau buku bantu saat mengkode

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.

3. Ketidaktepatan pemilihan diagnosis utama

Kesalahan dalam pemilihan diagnosis, mana yang termasuk diagnose utama atau diagnose sekunder, menjadi satu diantara penyebab kesalahan kode. Perlu dikomunikasikan dengan tenaga medis terkait bila terdapat keraguan dalam pemilihan kode diagnosis utama.

4. SPO penentuan kode pada karakter ke 5 belum ada

Belum ada informasi yang spesifik yang menjelaskan bahwa untuk kasus injury ada keistimewaan kode, yaitu adanya karakter ke 5 yang harus dikode.

5. SPO Penentuan Kode belum ada

Belum adanya SPO penentuan kode membuat petugas merasa tidak berkewajiban untuk melakukan pengkodean. Biasanya yang terlewat untuk diberi kode adalah untuk kasus penyakit pasien rawat jalan.

6. Kebijakan pengkodean kurang spesifik

Pada SPO penentuan kode penyakit belum ditekankan siapa yang berhak untuk melaksanakan pengkodean penyakit. Pengkodean penyakit maupun tindakan haruslah dilakukan sesuai profesi dan keilmuan yaitu Perekam Medis dan Informasi Kesehatan

7. Belum ada SPO tentang Penggunaan Istilah

Penggunaan istilah yang digunakan di berkas rekam medis haruslah sesuai dengan kesepakatan bersama dan disosialisasikan kepada pihak terkait agar tidak ada pihak yang merasa bingung dengan istilah yang dipergunakan.

5.2.5. Machine

1. Tidak tersedia kamus kedokteran dan kamus bahasa Inggris

Perlu adanya buku-buku penunjang koding yang bisa digunakan oleh koder untuk mencari referensi bila terdapat istilah-istilah yang belum diketahui.

2. SIMRS masih ‘ribet’

Adanya SIMRS membuat pekerjaan petugas menjadi mudah. Namun pada artikel yang diidentifikasi diketahui bahwa adanya SIMRS yang dirasa masih tidak user friendly sehingga membuat petugas merasa ‘ribet’ menggunakannya.

Dari hasil penelusuran literature, faktor-faktor yang mempengaruhi akurasi coding dilihat dari unsur 5M sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan pada tahun-tahun sebelumnya baik di Indonesia maupun beberapa negara lainnya. Pada beberapa penelitian tentang faktor penyebab keakurasian coding di beberapa literatur, diantaranya dijelaskan adalah kurang jelasnya catatan yang dibuat dokter, kejelasan & kelengkapan dokumentasi rekam medis, penggunaan sinonim dan singkatan, pengalaman, lama kerja serta pendidikan koder, perbedaan antara penggunaan rekam medis elektronik dan manual, program jaminan mutu, kesalahan pengindeksan, kualitas koder dimana kurangnya perhatian koder terhadap prinsip-prinsip ICD dan aspek-aspek kunci dari proses pengkodean (Bowman & Abdelhak, 2001; Eramo, 2012; Ernawati, 2013; Hasan; Ifalhma, 2013; Nuryati, 2015; O'Malley et al., 2005; Quan; Silfen; Surján; van Walraven & Demers, 2001). Pada penelitian lainnya, koder disarankan berkonsultasi dengan dokter tentang kasus sulit dimana koder memiliki pengetahuan terbatas (Farzandipour & Sheikhtaheri, 2009; Santos, 2008).

Yang belum dijelaskan pada penelitian sebelumnya, dan teridentifikasi dalam penelitian ini adalah dari sisi Method, yaitu masih belum adanya kebijakan maupun SPO yang mengatur tentang pengkodean penyakit, SPO pengkodean yang masih belum spesifik, dan dari sisi Machine yaitu ketidak tersediaannya buku-buku penunjang coding, dan penggunaan SIM RS yang belum *user friendly*.

SPO merupakan sistem yang disusun untuk memudahkan, dan menertibkan suatu pekerjaan, dimana berisi urutan proses pekerjaan mulai dari awal sampai dengan selesai dilaksanakan. SOP memiliki Tujuan sebagai berikut (Indah Puji, 2014:30):

1. Untuk menjaga konsistensi tingkat penampilan kinerja atau kondisi tertentu dan kemana petugas dan lingkungan dalam melaksanakan sesuatu tugas atau pekerjaan

tertentu. Sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan tertentu bagi sesama pekerja, dan supervisor.

2. Untuk menghindari kegagalan atau kesalahan (dengan demikian menghindari dan mengurangi konflik), keraguan, duplikasi serta pemborosan dalam proses pelaksanaan kegiatan.
3. Merupakan parameter untuk menilai mutu pelayanan.
4. Untuk lebih menjamin penggunaan tenaga dan sumber daya secara efisien dan efektif.
5. Untuk menjelaskan alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas yang terkait.
6. Sebagai dokumen yang akan menjelaskan dan menilai pelaksanaan proses kerja bila terjadi suatu kesalahan atau dugaan mal praktek dan kesalahan administratif lainnya, sehingga sifatnya melindungi rumah sakit dan petugas.
7. Sebagai dokumen yang digunakan untuk pelatihan.
8. Sebagai dokumen sejarah bila telah di buat revisi SOP yang baru.



BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 KESIMPULAN

Dari hasil penelusuran literature, faktor-faktor yang mempengaruhi akurasi koding dilihat dari unsur 5M sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan pada tahun-tahun sebelumnya baik di Indonesia maupun beberapa negara lainnya. Pada beberapa penelitian tentang faktor penyebab keakurasian koding di beberapa literatur, diantaranya dijelaskan adalah kurang jelasnya catatan yang dibuat dokter, kejelasan & kelengkapan dokumentasi rekam medis, penggunaan sinonim dan singkatan, pengalaman, lama kerja serta pendidikan koder, perbedaan antara penggunaan rekam medis elektronik dan manual, program jaminan mutu, kesalahan pengindeksan, kualitas koder dimana kurangnya perhatian koder terhadap prinsip-prinsip ICD dan aspek-aspek kunci dari proses pengkodean, koder disarankan berkonsultasi dengan dokter tentang kasus sulit dimana koder memiliki pengetahuan terbatas. Yang belum dijelaskan pada penelitian sebelumnya, dan teridentifikasi dalam penelitian ini adalah dari sisi Method, yaitu masih belum adanya kebijakan maupun SPO yang mengatur tentang pengkodean penyakit, SPO pengkodean yang masih belum spesifik, dan dari sisi Machine yaitu ketidak tersediaannya buku-buku penunjang koding, dan penggunaan SIM RS yang belum user friendly.

6.2 SARAN

Pentingnya pembuatan SPO tentang pengkodean penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan yang spesifik, sebagai acuan koder di saryankes dalam melaksanakan tugasnya. Serta penggunaan istilah yang disepakati bersama agar tidak terjadi kebingungan dan salah informasi dalam penentuan kode penyakit maupun tindakan. Kelengkapan buku-buku penunjang koding juga perlu diperhatikan agar koder dapat segera mencari rujukan informasi bila mendapati kasus baru atau istilah medis yang kurang dipahami. Perlunya sosialisasi kepada seluruh karyawan terkait tentang penggunaan SIMRS agar pegawai dapat lebih paham dalam penggunaannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Bowman, E, & Abdelhak, Mervat. (2001). Coding, classification, and reimbursement systems. *Health information: management of a strategic resource. 2nd edition. Philadelphia: WB Saunders Company*, 229-258.
- Campbell, S. E., et al. (2001). "A systematic review of discharge coding accuracy." *Journal of Public Health* **23**(3): 205-211.
- Dimick, Chris. (2010). Achieving Coding Consistency. *Journal of AHIMA*, 81. No. 7.
- Eramo, Lisa A. (2012). Don't let fear prevent coders from learning ICD-10.
- Ernawati, D. K., L. (2013). "Studi Kualitatif tentang Kompetensi Tenaga Koder dalam Proses Reimbursement Berbasis System Case-mix di Beberapa Rumah Sakit yang Melayani Jamkesmas." *Penelitian Internal LPPM Universitas Dian Nuswantoro Semarang*.
- Farzandipour, Mehrdad, & Sheikhtaheri, Abbas. (2009). Evaluation of Factors Influencing Accuracy of Principal Procedure Coding Based on ICD-9-CM: An Iranian Study. *Perspectives in Health Information Management*, 6(5), 1-5.
- Hasan, M., R. J. Meara, and B. K. Bhowmick. The Quality of Diagnostic Coding in Cerebrovascular Disease.
- Hartatik, Indah Puji. (2014). *Buku Praktis Mengembangkan SDM*. Jogjakarta. Laksana
- Ifalhma, Darah. (2013). Hubungan Pengetahuan Coder Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap Jaminan Kesehatan Masyarakat Berdasarkan Icd-10 Di Rsud Simo Boyolali. *Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan, INFOKES, VOL. 3 NO. 2 Agustus 2013*.
- Naga, d. M. A. (2013). *Buku Kerja Praktik Pengkodean Klinis Berdasarkan Rules dan Konvensi ICD-10, WHO*.
- Nuryati, Niko Tesni Saputro. (2015). Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis di Puskesmas Mojolaban Sukoharjo Jawa Tengah. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia, ISSN:2337-585X, Vol.3, No.1, Maret 2015*.
- O'Malley, Kimberly J., Cook, Karon F., Price, Matt D., Wildes, Kimberly Raiford, Hurdle, John F., & Ashton, Carol M. (2005). Measuring Diagnoses: ICD Code Accuracy. *Health Services Research*, 40(5p2), 1620-1639. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00444.x
- Oxman. Critical Appraisal Checklist for A Systematic Review, 1997.

Quan, H., G. A. Pearsons, and W. A. Ghali. *Validity of Procedure Codes in International Classification of Diseases*.

Santos, Suong; Murphy, Gregory; et.al., (2008). Organizational Factors Affecting The Quality of Hospital Clinical Coding. *Health Information Management Journal, Vol. 37, No. 1* .

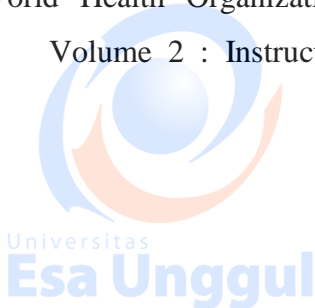
Satrianegara, M. Fais. 2009. Buku Ajar Organisasi Dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Serta Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika, Dasar Dasar Manajemen. Yayasan Trisakti

Silfen, E. . Documentation and Coding of ED Patient Encounters: An Evaluation of the Accuracy of an Electronic Medical Record. *American Journal of Emergency Medicine 24, no. 6 (2006): 664–678*.

Surján, G. . Questions on Validity of International Classification of Diseases-Coded Diagnosis. *International Journal of Medical Informatics 54, no. 2 (1999): 77–95*.

van Walraven, C., & Demers, S. V. (2001). Coding diagnoses and procedures using a high-quality clinical database instead of a medical record review. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice, 7(3), 289-297*.

World Health Organization (1993). " ICD-10." World Health Organization, ICD-10, 1993, Volume 2 : Instruction Manual, Geneva.



No	Judul Penelitian		Akurasi Koding		Kasus	Man	Money	Material	Method	Machine
			Akurat	Tidak Akurat						
1	Akurasi kode Diagnosis Utama pada RM 1 Dokumen Rekam Medis Ruang Karmel dan Karakteristik Petugas Koding Rawat Inap Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus Periode Desember 2009		69,59%	30,41%	Diare dan Gastroenteritis	Petugas kurang teliti, pengalaman kerja		Tulisan dokter tidak terbaca jelas dan penggunaan singkatan yang tidak lazim	Tidak melihat dan menganalisis informasi pada hasil pemeriksaan penunjang dan formulir-formulir pendukung.	
2	Analisis Ketepatan Kode External Cause Kasus Kecelakaan Lalu Lintas Berdasarkan ICD 10 di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya tahun 2014		24,5%	75,5%	KLL	Komunikasi efektif antara tenaga medis dan petugas rekam medis	Kode external cause dianggap sepele karena tidak mempengaruhi nominal klaim	Kelengkapan pengisian rekam medis	Koder tidak melakukan pengecekan terhadap formulir rekam medis lain untuk mendapatkan kode lebih akurat dan spesifik	
3	Analisis Ketepatan Kode Neoplasma di RS Islam Sultan Agung Semarang		0%	100%	Neoplasma					
4	Analisis Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Commotio Cerebri Pasien Rawat Inap Berdasarkan ICD 10 di RS Islam Klaten	karakter ke 4	66,52%	33,48%	Commotio Cerebri	Petugas kurang teliti		Tidak jelas atau tidak lengkapnya diagnosis yang ditulis	Petugas cenderung menggunakan hafalan atau buku bantu saat mengkode, SOP penentuan kode pada karakter ke 5 belum ada	
		Karakter ke 5	0%	100%	Commotio Cerebri					

5	Hubungan Beban Kerja Koder dengan Keakuratan Kode Diagnosa Pasien Rawat Inap di RS Syafira Pekanbaru		73,7%	26,3		Beban kerja koder berpengaruh signifikan			
6	Hubungan Kelengkapan Informasi dengan Keakuratan Kode Diagnosis dan Tindakan pada Dokumen RM Rawat Inap		30%	70%			kelengkapan pengisian informasi pada rekam medis		
7	Hubungan Konsistensi Penulisan Diagnosis Utama pada lembar RM 1 dan Resume Keluar dengan Akurasi Pemilihan Kode pada Kasus Persalinan di RSUD Kota Surakarta		36%	64%	Persalinan	Beban kerja koder, masa kerja		Ketidaktepatan pemilihan diagnosis utama	
8	Ketidaktepatan Kode Kombinasi Hypertensi pada Penyakit Jantung dan Ginjal Berdasarkan ICD 10 di RS Islam Ibnu Sina Pekanbaru		40%	60%	Hypertensi	Kompetensi Perkam Medis			Tidak tersedia kamus kedokteran dan kamus bahasa Inggris
9	Kendala Petugas Rekam Medis dalam Penentuan Kode Penyakit terhadap Klaim BPJS di RSIA Eria Pekanbaru						Diagnosa pada resume medis banyak tidak terisi	SOP Penentuan Kode belum ada	

10	Tinjauan Pelaksanaan Pengodean Penyakit pada Pasien RJ di RSUD Tugurejo Jawa Tengah				Koding dilakukan oleh Perawat				Kebijakan pengkodean kurang spesifik,	SIMRS masih ribet
11	Tinjauan Persepsi Koder terhadap penulisan Diagnosis Medis pada formulir RM 1 pada RM Rawat Inap di RS Bhayangkara Semarang								Belum ada SPO tentang Penggunaan Istilah	
			21%	79%						

Lampiran 2. Biodata Ketua Dan Anggota Tim Pengusul

A. Ketua Penelitian

Nama Lengkap	Laela Indawati
Jenis Kelamin	Perempuan
Jabatan Fungsional	-
NIP/NIK	210070429
NIDN	0306057803
Tempat Tanggal Lahir	Ciamis, 6 Mei 1978
E-mail	Laela.indawati@esaunggul.ac.id
Nomor Telepon/HP	+6285778844703
Alamat Kantor	Jalan Arjuna Utara No.9, Kebon Jeruk, Jakarta 11510
Nomor Telepon/Faks	(021) 5674223 ext. 216; 219 / (021) 5674248
Lulusan yang Telah Dihilkan	D3 : 50 orang
Mata Kuliah yang Diampu	1. Manajemen Informasi Kesehatan 5 2. Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit 4 3. Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit 5 4. Manajemen Informasi Kesehatan 3

B. Riwayat Pendidikan

	S1	S2	S3
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Esa Unggul	Universitas Indonesia	-
Bidang Ilmu	Manajemen Informasi Kesehatan	Ilmu Kesehatan Masyarakat	-
Tahun Masuk-Lulus	2008-2010	2014-2016	-

Judul Skripsi/Thesis/Disertasi	Hubungan pengetahuan dokter dengan kelengkapan pengisian rekam medis	Analisis akurasi klasifikasi dan kodefikasi penyakit pasien BPJS	-
Nama Pembimbing/Promotor	1. Dr. Rokiah Kusumapradja, MHA	1. Prof.Drh. Wiku Adisasmito, Ph.D	-

C. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir

(Bukan Skripsi, Tesis, dan Disertasi)

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Juta Rp)
1	2013	Pengaruh Faktor Individu dan Lingkungan Sosial Budaya terhadap Perilaku Pencegaran Penyalahgunaan Narkoba pada Mahasiswa	Internal	3 jt
2	2015	Peningkatan Kualitas Kode Data Klinis Melalui Pembelajaran Pada Mata Kuliah Klasifikasi Dan Kodefikasi Penyakit	Pribadi	1jt

D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir

No	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Juta Rp)

1	2012	In house training pelatihan rekam medis	Swasta	20jt
---	------	---	--------	------

E. Publikasi Artikel Ilmiah Dalam Jurnal dalam 5 Tahun Terakhir

No	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/ Nomor/Tahun
1	Pengaruh Faktor Individu dan Lingkungan Sosial Budaya terhadap Perilaku Pencegahan Penyalahgunaan Narkoba pada Mahasiswa	INOHIM	Volume 1 No. 2, Desember 2013

F. Pemakalah Seminar Ilmiah (Oral Presentation) dalam 5 Tahun Terakhir

No	Nama Temu ilmiah /Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1	Seminar Nasional “Optimalisasi Tenaga Kesehatan Indonesia Menghadapi ASEAN Community 2015 untuk meningkatkan kompetensi Perekam Medis & Informasi Kesehatan”	Peningkatan Kualitas Kode Data Klinis Melalui Pembelajaran Pada Mata Kuliah Klasifikasi Dan Kodefikasi Penyakit	Universitas Esa Unggul, 27 Juni 2015

G. Karya Buku dalam 5 Tahun Terakhir

No	Judul Buku	Tahun	Jumlah hal	Penerbit
----	------------	-------	------------	----------

