

**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 Auliyana<sup>3</sup>  
<sup>1</sup> STIKES Husada Borneo, Jl. A. Yani Km 30,5 No. 4 Banjarbaru, Kalimantan Selatan  
<sup>2</sup> 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 resources 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 Perekam 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 international, 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 (rotavirus, 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, tirotoksikosis, Ca Thyroid*) 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 KE

PMENKES 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

*laksatif, antibiotik, asetaminophen, kemoterapi dan antasida*).

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 :

$$\begin{aligned}n &= \frac{N}{1 + N (d)^2} \\&= \frac{144}{1 + 144 (0,05)^2} \\&= \frac{1 + (0,0025)^2}{144} \\&= \frac{1 + 0,36}{144} \\&= \frac{1,36}{144} \\&= 105,88 = 106 \text{ Rekam} \\&\quad \text{medis}\end{aligned}$$

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).

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

6. Pelaporan yang

Informasi

memuat

Tabel .1. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Operasi
1.	Keakuratan	Ketepatan memberikan an 10 secara teliti, cermat, lengkap dan tepat sesuai dengan diagnosis yang ditulis dokter serta informasi tambahan pada hasil laboratorium.	<b>Instrument Penelitian</b> <b>Check list</b> dalam instrumen penelitian adalah <b>Check list</b> diagnosis Gastroenteritis berdasarkan ICD-10. <i>Check List</i> adalah daftar untuk men"cek", yang berisi nama subjek dan beberapa gejala serta identitas lainnya dari sasaran pengamatan. Pengamat tinggal memberikan tanda <i>check</i> (√) pada daftar tersebut yang menunjukkan adanya gejala atau ciri dari sasaran pengamatan. Dalam penelitian ini <i>check list</i> digunakan untuk menganalisis keakuratan kode diagnosis Gastroenteritis pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru yang akan disesuaikan dengan kode ICD- 10.
2.	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Keterangan yang menyatakan bahwa pasien dengan diagnosis Gastroenteritis terinfeksi atau non infeksi. Catatan atau dokumen yang berisi tentang diagnosis penyakit Gastroenteritis dan informasi tambahan seperti hasil laboratorium yang telah diberikan kepada pasien dengan penyakit rawat inap dengan penyakit Gastroenteritis.	<b>Pedoman Wawancara</b> Dalam penelitian ini wawancara dilakukan kepada kepala Instalasi rekam medis, petugas koding ( <i>coder</i> ) dan dokter. Wawancara ini digunakan untuk mendapatkan informasi yang berkaitan dengan keakuratan kode diagnosis Gastroenteritis
3.	Rekam medis pasien	hasil laboratorium yang telah diberikan kepada pasien dengan penyakit rawat inap dengan penyakit Gastroenteritis.	<b>Teknik Pengumpulan Data Pengamatan (Observasi)</b> Observasi dalam penelitian ini yaitu 4. SPO koding Suatu pedoman

tatacara serta ketentuan memberi kode penyakit di Rumah Sakit Umum Daerah Banjarbaru.

5. SDM

Seorang pemberi

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 *filig* 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 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 kedalam *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*

berdasarkan ICD-10). Ketidaksesuaian kode ini lebih banyak

*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 kodefikasi 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 diagnosa 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

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 dikodefikasi 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 Perekam 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 Statistical Classification of 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/II/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  
Perekam 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  
Perekam dan Informasi  
Kesehatan STIKES Husada  
Borneo.Banjarbaru.
22. Skurka, Margareta A. 2003.  
*Health Information  
Management Principles and  
Organiztion 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.

**ANALISIS KELENGKAPAN DATA PENUNJANG DALAM  
PENENTUAN KODE DIAGNOSIS UTAMA GASTROENTERITIS PASIEN  
RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
dr. SOEDIRAN MANGUN SUMARSO  
KABUPATEN WONOGIRI  
TAHUN 2011**

**Hanjrah Fatmawati, Rano Indradi Sudra, Nurifa'atul M.A**  
APIKES Mitra Husada Karanganyar  
apikesmitra@yahoo.co.id

Dalam menetapkan kode diagnosis harus memperhatikan data penunjang yang digunakan untuk menegakkan kode diagnosis, dalam hal ini pada pasien *gastroenteritis*. Berdasarkan survei awal di RSUD Kabupaten Wonogiri, didapatkan ketidaklengkapan pengisian data penunjang dalam penentuan diagnosis utama pasien *gastroenteritis* sebesar 30% pada dokumen rekam medis rawat inap. Tujuan penelitian untuk mengetahui kelengkapan data penunjang dalam penentuan kode diagnosis pasien *gastroenteritis*.

Jenis penelitian *deskriptif* dengan menggunakan pendekatan *retrospektif*. Populasi pada penelitian ini adalah dokumen rekam medis pasien *gastroenteritis* sejumlah 482 dokumen rekam medis. Teknik pengambilan sampel menggunakan *quota sampling*, besar sampel 71 dokumen rekam medis. Analisis data yang digunakan adalah analisis *deskriptif*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa data penunjang *gastroenteritis* sebanyak 71 dokumen rekam medis. Pengisian data penunjang lengkap pada 62 dokumen rekam medis (87%) dan tidak lengkap pada 9 dokumen rekam medis (13%). Ketidaklengkapan ini dikarenakan terdapat salah satu data penunjang seperti: diare cair, muntah, demam, dehidrasi, tidak nafsu makan, lemah dan pemeriksaan laboratorium *sekresi/ekresi* pada *faeces* positif adanya *protozoa*, *amoeba* atau bakteri tidak dituliskan secara lengkap, akibatnya terjadi kesalahan dalam pengodean.

Disarankan dalam penentuan kode diagnosis lebih memperhatikan pengisian data penunjang untuk mempermudah kodefikasi dari diagnosis *gastroenteritis*.

**Kata kunci : Kelengkapan Data Penunjang, Kode Diagnosis Utama, Gastroenteritis**

**Kepustakaan : 8 (2000 – 2010)**

**PENDAHULUAN**

Peraturan Menteri Kesehatan No. 269/Menkes/Per/III/2008 Bab III pasal 7 tentang tentang rekam medis yaitu saran pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang

diperlukan dalam rangka penyenggaraan rekam medis. Oleh karena itu, rumah sakit merupakan pusat di mana pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan sertapenelitian kedokteran diselenggarakan sehingga setiap tindakan dan pelayanan

yang diberikan kepada pasien harus dicatat ke dalam dokumen rekam medis dan rumah sakit berkewajiban untuk menyimpan dan menjaga kerahasiaan dokumen rekam medis pasien. Oleh karena itu, dokumen rekam medis sangat diperlukan untuk mencatat penyakit dan seluruh pelayanan yang telah diberikan oleh pihak rumah sakit kepada pasien.

Upaya mendapatkan informasi yang bermanfaat untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit, perlu didukung oleh adanya ketersediaan data yang lengkap, akurat, tepat waktu serta dapat dipercaya untuk menegakkan diagnosis yang tepat. Diagnosis digunakan untuk membuat data statistik dan laporan. Apabila data penunjang diagnosis yang ditulis tidak benar dan tidak lengkap, maka akan berpengaruh dalam penentuan diagnosis.

Sistem pengodean yang digunakan di Indonesia adalah ICD-10 (*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision*), dimana ICD-10 adalah klasifikasi statistik internasional tentang penyakit dan masalah kesehatan berisi pedoman untuk merekam dan memberi kode penyakit. *Coding* memerlukan diagnosis penyakit yang salah satunya *gastroenteritis* dengan diagnosis penunjang dalam penentuan *coding*.

Di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri, *gastroenteritis* ada di urutan pertama daftar 10 besar penyakit tahun 2011 yaitu sekitar 482 pasien. Berdasarkan survey pendahuluan di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso

Kabupaten Wonogiri, didapatkan ketidaklengkapan pengisian data penunjang dalam penentuan kode diagnosis utama pasien *gastroenteritis* sebanyak 3 dokumen rekam medis rawat inap (30%) dari 10 dokumen rekam medis (70%) yang diambil secara acak pada periode tahun 2011.

Hal ini dikarenakan dalam formulir RM 6 (Catatan Perawat/Bidan) tidak dituliskan data penunjang, seperti: diare cair, muntah, demam, dehidrasi, tidak nafsu makan, lemah dan pemeriksaan laboratorium *sekresi/ekresi* pada *feces* positif adanya *protozoa*, *amoeba* atau bakteri. Sehingga dalam pengisian kelengkapan data penunjang, seperti: seperti: diare cair, muntah, demam, dehidrasi, tidak nafsu makan, lemah dan pemeriksaan laboratorium *sekresi/ekresi* pada *feces* positif adanya *protozoa*, *amoeba* atau bakteri sangat dibutuhkan dalam penentuan kode diagnosis utama *gastroenteritis*.

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti tertarik untuk mengambil penelitian dengan judul "Analisis Kelengkapan Data Penunjang Dalam Penentuan Kode Diagnosis Utama *Gastroenteritis* Pasien Rawat Inap Tahun 2011 Di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri". Tujuan penelitian untuk mengetahui kelengkapan data penunjang dalam penentuan kode diagnosis utama *gastroenteritis* pada pasien rawat inap tahun 2011 di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri.

### ***Gastroenteritis***

Diare adalah defekasi encer lebih dari tiga kali sehari dengan/tanpa darah dan lendir dalam tinja. Diare akut adalah diare yang terjadi secara mendadak dan berlangsung kurang dari tujuh hari pada bayi dan anak yang sebelumnya sehat.

Gastroenteritis Akut (GEA) diartikan sebagai buang air besar (defekasi) dengan tinja berbentuk cairan/setengah cair (setengah padat) dengan demikian kandungan air pada tinja lebih banyak dari biasanya berlangsung kurang dari 7 hari terjadi secara mendadak.

### Diagnosis

Diagnosis adalah penetapan jenis penyakit tertentu berdasarkan analisis hasil anamnesa dan pemeriksaan yang teliti. Terdapat macam-macam jenis diagnosis, antara lain:

- 1) Diagnosis sekunder yaitu diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode pelayanan.
- 2) Diagnosis komorbiditas yaitu penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi pasien saat masuk dan membutuhkan pelayanan atau asuhan khusus setelah masuk dan selama dirawat.
- 3) Diagnosis komplikasi yaitu penyakit yang timbul dalam masa pengobatan dan memerlukan pelayanan tambahan sewaktu episode pelayanan, baik yang disebabkan

oleh kondisi yang ada atau muncul sebagai akibat dari pelayanan yang diberikan kepada pasien (Hatta, 2010).

### METODE

Jenis penelitian ini adalah deskriptif. Penelitian deskriptif yaitu penelitian yang dilakukan dengan menjelaskan atau menggambarkan variabel penelitian (Arif TQ, 2003). Pendekatan yang digunakan retrospektif yaitu data penelitian yang menggunakan data masa lampau.

Populasi dalam penelitian ini adalah dokumen rekam medis rawat inap pasien gastroenteritis di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonorejo tahun 2011. Besar populasi sebanyak 482 dokumen rekam medis rawat inap.

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *quota* sampling. Dalam penelitian ini sampel yang digunakan sebanyak 71 dokumen rekam medis.

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil

1. Data Penunjang Dalam Penentuan Kode Diagnosis Utama Pasien Gastroenteritis

Berdasarkan hasil analisis kelengkapan data penunjang sebanyak 71 dokumen rekam medis, terdapat 62 (87%) dokumen rekam medis lengkap, dan tidak lengkap pada 9

(13%) dokumen rekam medis. Untuk dokumen rekam medis yang tidak lengkap dikarenakan tidak ditulis data penunjang pada riwayat penyakit pasien, seperti: muntah, mual, nyeri ulu hati, demam, tidak nafsu makan, lemah, dan pemeriksaan laboratorium seperti: pemeriksaan laboratorium *sekresi/ekresi* pada *feces* pasien positif adanya *protozoa*, *amoeba* atau *bakteri*.

Apabila data penunjang tidak dituliskan secara lengkap pada dokumen rekam medis pasien *gastroenteritis*, maka akan mengakibatkan kesalahan dalam pengodean. Contoh kasus ketidaklengkapan pengisian data penunjang yang berpengaruh dalam penentuan kode diagnosis utama *gastroenteritis* pada dokumen rekam medis dengan nomor rekam medis 35.62.07 umur 75 tahun. Setelah dilakukan pemeriksaan pada riwayat penyakit pasien tertuliskan data penunjang seperti: diare (+) selama 2 hari, muntah darah 1 hari sebelum masuk rumah sakit, panas (-). Pada hasil pemeriksaan laboratorium yaitu:

a. Pemeriksaan laboratorium *sekresi/ekresi* pada *feces*

- 1) Makroskopis:
  - warna: kuning coklat
  - Konsist: lunak
  - Lendir: negatif
  - Pus: negatif
  - Darah: negatif

- Makan tidak cerna: negatif

2) Mikroskopis: - Sel epitel: negatif

- Eritrosit: negatif
- Leukosit: negatif
- Protozoa: positif
- Telur cacing: negatif
- Lain-lain: negatif

b. Pemeriksaan patologi kimia klinik:

- Gula Darah Puasa: 96 mg/dl, normal 76-120
- Gula Darah 2 jam PP: 111 mg/dl
- Gula Darah Sewaktu: 175 mg/dl, normal 76-120
- SGOT: 43 u/l, normal 0-25
- SGPT: 20 u/l, normal 0-29
- Ureum: 67 mg/dl, normal 10-50
- Kreatinin: 0,9 mg/dl, normal 0,5-1,3

c. Pemeriksaan Hematologi:

- WBC: 7,3
- RBC: 4,89 m/
- HGB: 14,3 m/
- HCT: 42,1
- MCV: 86,1
- RDW: 13,7 %
- PLT: 270 k/u

## B. Pembahasan

### 1. Data

Penunjang Dalam Penentuan Kode Diagnosis Utama Pasien *Gastroenteritis*

Berdasarkan hasil penelitian tentang kelengkapan pengisian data

penunjang dalam penentuan kode diagnosis utama *gastroenteritis* di RSUD Dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri, dari 71 dokumen rekam medis didapatkan 9 dokumen rekam medis tidak lengkap. Ketidakeengkapan dokumen rekam medis dikarenakan pada riwayat penyakit pasien tidak dituliskan, seperti: diare cair, muntah, mual, nyeri ulu hati, demam, tidak nafsu makan, lemah, dan data penunjang pada hasil pemeriksaan laboratorium seperti: pemeriksaan laboratorium *sekresi/ekresi* pada *faeces* pasien positif adanya *protozoa*, *amoeba* atau *bakteri*.

Dari 9 dokumen rekam medis yang tidak lengkap pengisian data penunjang yang berpengaruh dalam penentuan kode diagnosis utama *gastroenteritis*, terdapat 5 dokumen rekam medis dengan diagnosis *other protozoal intestinal diseases* yang disebabkan karena adanya *protozoa*. Pada contoh kasus ketidakeengkapan pengisian data penunjang, seperti: hasil pemeriksaan laboratorium *sekresi/ekresi* pada *faeces* yang berpengaruh dalam penentuan kode diagnosis utama *gastroenteritis*, pada dokumen rekam medis dengan nomor rekam medis 35.62.07 umur 75 tahun. Setelah dilakukan pemeriksaan pada riwayat penyakit pasien dituliskan seperti: diare (+) selama 2 hari, muntah darah 1 hari sebelum masuk

rumah sakit, panas (-). Dengan data penunjang, seperti: hasil pemeriksaan laboratorium *sekresi/ekresi* pada *faeces* pasien menunjukkan positif adanya *protozoa*.

Pada ringkasan masuk dan keluar (RM 1), diagnosis akhir dari pasien tersebut dituliskan *gastroenteritis acute* dengan kode A09, seharusnya kode yang dimasukkan adalah A07 (*other protozoal intestinal diseases*) bukan A09 (*gastroenteritis acute*). Hal ini dikarenakan pada hasil pemeriksaan laboratorium *sekresi/ekresi* pada *faeces* positif adanya *protozoa*.

Pada 3 dokumen rekam medis dengan diagnosis *other bacterial foodborne intoxications* yang disebabkan karena adanya bakteri. Contoh kasus ketidakeengkapan pengisian data penunjang, seperti: hasil pemeriksaan laboratorium *sekresi/ekresi* pada *faeces* yang berpengaruh dalam penentuan kode diagnosis utama *gastroenteritis*, pada dokumen rekam medis dengan nomor rekam medis 35.41.56 umur 4 tahun. Setelah dilakukan pemeriksaan pada riwayat penyakit pasien dituliskan seperti: pasien muntah-muntah dan mual disertai dengan diare cair kurang lebih 5 kali, dehidrasi ringan, tidak nafsu makan, lemas (+), panas (+). Dengan data penunjang, seperti: hasil pemeriksaan laboratorium

*sekresi/ekresi* pada *feces* pasien menunjukkan positif adanya *bakteri*.

Pada ringkasan masuk dan keluar (RM 1), diagnosis akhir dari pasien tersebut tertuliskan *gastroenteritis* dengan kode A09, seharusnya kode yang dimasukkan adalah A05 (*other bacterial foodborne intoxications*) bukan A09 (*gastroenteritis*). Hal ini dikarenakan pada hasil pemeriksaan laboratorium *sekresi/ekresi* pada *faeces* positif adanya *bakteri*.

Pada 1 dokumen rekam medis dengan diagnosis *other salmonella infectious* yang disebabkan karena adanya *salmonella*. Contoh kasus ketidaklengkapan pengisian data penunjang seperti: hasil pemeriksaan laboratorium *sekresi/ekresi* pada *faeces*, yang berpengaruh dalam penentuan kode diagnosis utama *gastroenteritis*, pada dokumen rekam medis dengan nomor rekam medis 35.63.27 umur 88 tahun. Setelah dilakukan pemeriksaan pada riwayat penyakit pasien tertuliskan seperti: diare cair 3 kali sehari, muntah (+), lendir (+), lemas, perut terasa nyeri, tidak nafsu makan. Dengan data penunjang, seperti: hasil pemeriksaan laboratorium *sekresi/ekresi* pada *faeces* pasien menunjukkan positif adanya *salmonella*.

Pada ringkasan masuk dan keluar (RM 1), diagnosis akhir dari pasien tersebut tertuliskan

*gastroenteritis* dengan kode A09, seharusnya kode yang di masukkan adalah A02 (*other salmonella infectious*) bukan A09 (*gastroenteritis*). Hal ini dikarenakan pada hasil pemeriksaan laboratorium *sekresi/ekresi* pada *faeces* positif adanya *salmonella*.

Sehingga dapat diketahui bahwa kelengkapan data penunjang, seperti: hasil pemeriksaan laboratorium *sekresi/ekresi* pada *faeces* sangat dibutuhkan dalam penentuan kode diagnosis utama pasien *gastroenteritis*.

## SIMPULAN

Pengisian data penunjang pada dokumen rekam medis *Gastroenteritis* sebanyak

71 dokumen rekam medis sudah terisi lengkap sebanyak 62 dokumen rekam medis

(87%) dan tidak lengkap sebanyak 9 dokumen rekam medis (13%). Hal ini dikarenakan dalam formulir Catatan Perawat/Bidan (RM 6)

pasien tidak dituliskan data penunjang, seperti: muntah, mual, demam, *dehidrasi*, tidak nafsu makan, lemah dan pemeriksaan laboratorium seperti: pemeriksaan laboratorium *sekresi* pasien positif adanya *protozoa*, *amoeba* atau *bakteri*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arief TQ, 2003. *Metodologi Penelitian Kesehatan dan Kesehatan. CSGF (Community of Self Help Group Forum)*: Klaten.

Depkes RI, 2006. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta.

Kasim F dan Erkadius (ed. Hatta G), 2010. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan Edisi Revisi*, UI-Press, Jakarta, hal 134 dan 140.

Mansjoer A. 2000. *Kapita selekta Kedokteran. Media Aesculapius Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia* : Jakarta.

PerMenKes RI No  
269/MENKES/PER/III/2008  
*Tentang Rekam Medis*,  
Jakarta.

Sugiyono, 2010. *Metode Penelitian Pendidikan*. Alfabeta :  
Bandung

Suharyono. dkk. 2003. *Gastroenterologi Anak Praktis*. 2003. Edisi Keempat. FK UI, Gaya Baru : Jakarta.

WHO. 2004. *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision*. Volume 1, 2 dan 3. WHO. Geneva.

**Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Gastroenteritis Acute Berdasarkan Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Balung Jember**

***Diagnosis Code Accuracy Analysis Of Acute Gastroenteritis Disease Based on Medical Record Document in Balung Hospital Jember***

Rinda Nurul Karimah, Dony Setiawan, Puput  
Septining Nurmalia Program Studi Rekam Medis Jurusan  
Kesehatan Politeknik Negeri Jember Jl. Mastrip Timur Po  
Box 164 Jember, Indonesia, Tlp/Fax +62 331 333532  
e-mail korespondensi: rinda\_md@yahoo.com

**Abstrak**

Analisis ketepatan pengisian kode diagnosis pada dokumen rekam medis sangat penting karena apabila kode diagnosis tidak tepat / tidak sesuai dengan ICD-10 maka dapat menyebabkan turunnya mutu pelayanan di rumah sakit serta mempengaruhi data, informasi laporan, dan ketepatan tarif INA-CBG's yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan pasien. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis ketepatan kode diagnosis penyakit *gastroenteritis acute* pada pasien rawat inap berdasarkan dokumen rekam medis triwulan I tahun 2015 di Rumah Sakit Daerah Balung Jember. Jenis penelitian ini menggunakan kualitatif. Perolehan data dari penelitian ini melalui wawancara dan observasi. Hasil yang didapatkan dari observasi dokumen rekam medis di bagian unit rawat inap pada triwulan I tahun 2015 di RSD. Balung Jember, terdapat angka ketepatan penentuan kode diagnosis penyakit yaitu sebanyak 17 dokumen rekam medis dengan penyakit *gastroenteritis acute* dan penentuan kode diagnosis tidak tepat sebanyak 63 dokumen rekam medis penyakit *gastroenteritis acute*. Dari hasil analisis yang menjadi penyebab masalah adalah ketepatan penulisan diagnosis yang mempengaruhi ketepatan kode, selain itu tidak pernahnya dilakukan sosialisasi kepada dokter dan petugas rekam medis terkait pengelolaan rekam medis. Oleh sebab itu, perlu dilaksanakan kegiatan yang dapat meningkatkan ketepatan kode diagnosis penyakit dan kualitas sumberdaya manusia yang diantaranya mengikutsertakan dokter dan petugas rekam medis dalam pelatihan dan sosialisasi terkait pengelolaan rekam medis.

Kata kunci : Kode diagnosis, rekam medis, *gastroenteritis acute*

**Abstract**

*Accuracy analysis of replenishment diagnosis codes on the document medical records is very important because if the diagnosis code is not right or not in accordance with the ICD-10, it can cause a decline in the quality of care in hospitals as well as the influence of data, information reporting, and accuracy rates of INA-CBG's that are currently used as a method of payment for patient care. The purpose of this study was to analyze the accuracy of diagnosis codes acute gastroenteritis disease in hospitalized patients by medical record documents in the first quarter of 2015 in the Balung Hospital Jember. This research used qualitative data. Acquisition of data from this study through interviews and observations. Results obtained from the observation of medical record documents at the inpatient unit in the first quarter 2015 in Balung Hospital Jember, there are some numbers determining the accuracy of disease diagnosis codes as many as 17 medical record documents with acute gastroenteritis illness and the determination of improper diagnosis codes as many as 63 medical records document acute gastroenteritis illness. After analyzing, the*

*cause of the problem is the accuracy of the diagnosis that affects the accuracy of writing code, beside it has never been disseminated to physicians and medical records personnel related to the management of medical records. Therefore, it is necessary to carry out activities that can improve the accuracy of disease diagnosis code and quality of human resources, among others, include doctors and medical records personnel in training and socialization related to the management of medical records.*

*Key Words : Diagnosis codes , medical record, acute gastroenteritis*

## PENDAHULUAN

Menurut kutipan Budi, 2011 rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana, dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan, yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang diperoleh serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan serta merekam hasilnya.

Hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga rekam medis adalah ketepatan dalam pemberian kode diagnosis. Pengkodean yang tepat dan akurat diperlukan rekam medis yang lengkap. Rekam medis harus memuat dokumen yang akan dikode seperti pada lembar depan seperti; ringkasan masuk keluar, lembaran operasi dan laporan tindakan, laporan patologi dan resume pasien keluar. Salah satu faktor penyebab ketidaktepatan penulisan kode diagnosis adalah karena dokter tidak menuliskan diagnosis dengan lengkap sehingga terjadi kesalahan petugas rekam medis dalam melakukan kode diagnosis. Dampak yang terjadi bila penulisan kode diagnosis tidak tepat adalah pasien mengorbankan biaya yang sangat besar, pasien yang seharusnya tidak minum obat antibiotika tetapi harus diberi antibiotika dan dampak yang lebih fatal berisiko mengancam jiwa pasien (Hatta, 2012).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan 4 milyar kasus terjadi di dunia dan 2,2 juta diantaranya meninggal, dan sebagian besar anak-anak di bawah umur 5 tahun. Di Amerika, setiap anak mengalami 7- 15 gastroenteritis dengan rata-rata usia 5 tahun. Di Negara berkembang rata-rata tiap anak di bawah usia 5 tahun mengalami gastroenteritis 3 sampai 4 kali pertahun (WHO, 2009). Saat ini kasus gastroenteritis masih menjadi masalah

kesehatan masyarakat di negara berkembang seperti Indonesia karena memiliki insidensi dan mortalitas yang tinggi. Kematian terutama disebabkan karena penderita mengalami dehidrasi berat (Kemenkes, 2013).

Di Jawa Timur, berdasarkan diagnosis / gejala, estimasi jumlah penderita penyakit gastroenteritis akut pada tahun 2013 sebanyak 375.127 orang (1,3%) (Kementerian, 2013). Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dari bulan Januari sampai Oktober 2014 diketahui bahwa terdapat 1146 kasus gastroenteritis pada balita di

wilayah Balung, dimana daerah tersebut merupakan kasus kejadian tertinggi.

Berdasarkan studi pendahuluan di Rumah Sakit Daerah Balung Jember dilaporkan selama bulan Januari sampai Maret 2015 tercatat jumlah penderita yang dirawat dengan diagnosis gastroenteritis berjumlah 80 dokumen rekam medis. Peneliti mengambil 10 dokumen rekam medis yang diambil secara random, dari 10 dokumen rekam medis terdapat 6 dokumen rekam medis yang menunjukkan ketidaktepatan kode diagnosis penyakit *gastroenteritis acute* dengan kode ICD – X (A09).

Pentingnya dilakukan analisis ketepatan pengisian kode diagnosis pada dokumen rekam medis karena apabila kode diagnosis tidak tepat/ tidak sesuai dengan ICD-10 maka dapat menyebabkan turunnya mutu pelayanan di rumah sakit serta mempengaruhi data, informasi laporan, dan ketepatan tarif INA- CBG's yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan pasien. Tarif pelayanan kesehatan yang rendah tentunya akan merugikan pihak rumah sakit, sebaliknya tarif pelayanan kesehatan yang tinggi terkesan rumah sakit diuntungkan dari perbedaan tarif tersebut sehingga merugikan pihak penyelenggara jaminan kesehatan maupun pasien. Dampak bagi rumah sakit apabila kode diagnosis penyakit *gastroenteritis acute* tidak tepat maka akan berpengaruh pada klaim pembiayaan jaminan kesehatan serta pemberian obat yang tidak sesuai. Sedangkan dampak bagi pasien *gastroenteritis acute* adalah mendapat tindakan medis yang tidak sesuai dan akibatnya akan menyebabkan kondisi pasien semakin buruk (Mukhtadi, 2013).

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Daerah Balung khususnya pada unit rekam medis pasien rawat inap. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif

#### ***Subyek Penelitian***

Pada penelitian ini subyek penelitian ditentukan menggunakan teknik *purposive sampling*. Sebagaimana perekam medis dipilih dari

## **BAHAN DAN METODE**

### ***Lokasi dan Rancangan Penelitian***

pertimbangan lama kerja dan sebagai *coder* sedangkan dokter dipilih karena mempunyai informasi mengenai data yang dibutuhkan dalam penelitian ini yaitu sebagai penegak diagnosis penyakit khususnya *gastroenteritis acute*.

#### **Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu, meliputi wawancara mendalam terhadap petugas rekam medis, dokter dan verifikator. Disamping wawancara, penelitian ini juga melakukan observasi. Observasi yang dilakukan saat penelitian yaitu ketepatan kode diagnosis penyakit *gastroenteritis acute* pada dokumen rekam medis pasien rawat inap triwulan I tahun 2015.

#### **Analisis Data**

Proses analisis data dimulai dari seluruh data yang ada dan berbagai sumber yakni melalui observasi dan wawancara, maka analisis data yang digunakan peneliti adalah analisis isi (*content analysis*). Pelaksanaan analisis isi dalam penelitian ini yaitu dengan pembahasan mendalam terhadap isi suatu informasi dari hasil wawancara dengan perekam medis dan dokter terkait dengan ketepatan kode diagnosis penyakit *gastroenteritis acute*.

rekam medis tersebut terdapat angka ketepatan penentuan kode diagnosis penyakit *Gastroenteritis Acute* yaitu sebanyak 19 dokumen rekam medis dan penentuan kode diagnosis tidak tepat sebanyak 61 dokumen rekam medis. Proses pengkodean yang ditetapkan oleh *coder* yaitu menggunakan ICD-10 versi 2005 dan ICD – 10 elektronik dengan melihat pada volume 3 dan melakukan *cross check* pada volume 1.

Sebelum pengkodean diagnosis penyakit, petugas rekam medis diharuskan mengkaji data rekam medis

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **Ketepatan Penentuan Kode Diagnosis Penyakit Gastroenteritis Acute Pada Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Daerah Balung Jember**

Hasil observasi dokumen rekam medis di bagian unit rawat inap pada triwulan I tahun 2015 terdapat penyakit *Gastroenteritis Acute* sebanyak 80 dokumen rekam medis di Rumah Sakit Daerah Balung Jember. Dari 80 dokumen

pasien untuk menemukan kekurangan, kekeliruan atau terjadinya kesalahan. Oleh karena itu, ketepatan isi rekam medis merupakan persyaratan untuk menentukan diagnosis. Sehingga kerjasama antara dokter dan *coder* sangat berperan dalam ketepatan diagnosis penyakit (Hamid, 2013).

Kriteria ketepatan kode diagnosis dapat dilihat dari perjalanan penyakit, anamnesis dan pemeriksaan fisik yang telah dilakukan oleh dokter, dengan mematuhi ketentuan pengkodean diagnosis penyakit yang berada didalam SOP pengkodean diagnosis penyakit dan kematian yang telah ditetapkan di Rumah Sakit Daerah Balung.

Pada proses *coding* ada beberapa kemungkinan yang dapat mempengaruhi hasil pengkodean dari *coder* yaitu bahwa penetapan diagnosis pasien merupakan hak, kewajiban, dan tanggung jawab dokter yang memberikan perawatan pada pasien, dan *coder* di bagian unit rekam medis tidak boleh mengubah (menambah atau mengurangi) diagnosis yang ada. Perekam medis bertanggung jawab atas ketepatan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh dokter. Apabila ada hal yang kurang jelas, perekam medis mempunyai hak dan kewajiban menanyakan atau berkomunikasi dengan dokter yang bersangkutan.

Apabila dokter tidak menuliskan diagnosis pada formulir rekam medis maka petugas rekam medis mengembalikan dokumen rekam medis tersebut kepada dokter untuk dilengkapi dan apabila terdapat penulisan diagnosis yang kurang jelas maka petugas rekam medis menanyakan kembali kepada dokter.

Menurut Kepmenkes RI Penerapan pengkodean digunakan untuk mengindeks pencatatan penyakit,

masukannya bagi sistem pelaporan diagnosis medis, memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia layanan, bahan dasar dalam pengelompokan DRG's (*diagnostic related groups*) untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan, pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas, tabulasi data pelayanan

Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis

kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis, menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman, analisis pembiayaan pelayanan kesehatan, serta untuk penelitian epidemiologi dan klinis (Kepmenkes, 2007).

Berdasarkan fakta dan teori di atas maka penentuan ketepatan kode diagnosis dilakukan dengan mencocokkan hasil pengkodean dengan aturan sesuai dengan prosedur WHO yang ada pada ICD-10. Ketidaktepatan kode diagnosis tersebut menghambat pembayaran asuransi karena diagnosis dan gejala pasien tidak runtut dan lengkap sehingga perlu dilakukan perbaikan. Waktu yang dibutuhkan dalam melakukan perbaikan cukup lama sehingga proses klaim asuransi pada pasien terhambat. Hal tersebut akan berpengaruh terhadap pengelolaan dokumen rekam medis selanjutnya.

Berdasarkan hasil observasi pada dokumen rekam medis, pernyataan dari informan dan teori tentang ketepatan kode diagnosis penyakit *gastroenteritis acute*, banyaknya ketidaktepatan kode diagnosis disebabkan oleh proses pengkodean oleh *coder* yang hanya melihat diagnosis utama, tanpa melihat anamnesis, pemeriksaan penunjang pasien, dan diagnosis yang ditulis dokter kemudian menentukan kode diagnosis penyakit pada ICD-10. Ketidaktepatan kode diagnosis akan menghambat proses klaim asuransi dan pelaporan, sehingga *coder* harus menerapkan teknik pengkodean yang benar.

#### **Analisis Ketepatan Penentuan Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap Penyakit Gastroenteritis Acute Pada Dokumen Rekam Medis**

##### **1. Sumber Daya Manusia**

Dari wawancara dengan beberapa

informan mengenai penentuan kode diagnosis dengan melihat riwayat penyakit pasien dan pemeriksaan penunjang, petugas rekam medis Rumah Sakit Daerah Balung melakukan evaluasi terhadap kelengkapan dokumen rekam medis, namun untuk ketepatan kode diagnosis hanya dilakukan saat pembuatan laporan. Berdasarkan temuan tersebut dan teori di atas, untuk dapat meningkatkan ketepatan kode diagnosis penyakit di Rumah Sakit Daerah Balung jember setiap 3 bulan sekali dilakukan evaluasi sebagai bentuk upaya mengurangi ketidaktepatan kode diagnosis. Oleh

karena itu petugas rekam medis tidak hanya sekedar mengkode diagnosis penyakit melainkan juga mengkomunikasikan sebagai bentuk klarifikasi kepada dokter dan meningkatkan kemampuan dalam bidang pengkodean guna mencegah terjadinya ketidaktepatan kode diagnosis penyakit.

## 2. Ketepatan Penulisan Diagnosis

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, ketepatan penulisan diagnosis penyakit yang ditentukan oleh tenaga medis harus tepat dan lengkap beserta tanda tangan dokter penanggung jawab pasien. Ketepatan diagnosis sangat ditentukan oleh tenaga medis, dalam hal ini sangat bergantung pada dokter sebagai penentu diagnosis karena hanya profesi dokter yang mempunyai hak dan tanggung jawab untuk menentukan diagnosis pasien. Dokter yang merawat juga bertanggung jawab atas pengobatan pasien, serta harus memilih kondisi utama dan kondisi lain yang sesuai dalam periode perawatan. *Coder* sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas ketepatan kode diagnosis yang sudah ditetapkan oleh petugas medis. Oleh karena itu, untuk hal yang kurang jelas atau tidak tepat dan tidak lengkap sebelum menetapkan kode diagnosis, dikomunikasikan terlebih dahulu kepada dokter yang membuat diagnosis tersebut untuk lebih meningkatkan informasi dalam rekam medis, petugas *coding* harus membuat kode sesuai dengan aturan yang ada pada ICD-10 (Hamid, 2013).

Berdasarkan fakta dan teori di atas maka peneliti dapat menyimpulkan bahwa, *coder* harus mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang baik tentang cara mengkode diagnosis penyakit sesuai dengan aturan morbiditas yang telah ditentukan.

## 3. Pelatihan Kode Diagnosis Penyakit

Berdasarkan hasil wawancara dengan

dokter dan petugas rekam medis di Rumah Sakit Daerah Balung Jember, dokter dan salah satu petugas rekam medis belum pernah mengikuti pelatihan yang berhubungan dengan rekam medis, sedangkan menurut Kepmenkes Nomor 377 Tahun 2007, salah satu kompetensi pendukung yang dimiliki perekam medis adalah menerapkan latihan bagi staf yang berkaitan dengan sistem data pelayanan kesehatan. Menurut petugas rekam medis yang belum mengikuti pelatihan tentang mengkode diagnosis dan dokter yang belum pernah mengikuti sosialisasi mengenai rekam medis, berharap dengan adanya

pelatihan dan sosialisasi dapat menjalin komunikasi dan kerjasama yang baik antara dokter dan petugas rekam medis serta memudahkan dan meringankan beban kerja mereka jika sama – sama menemui kesulitan dalam menangani hal – hal yang berkaitan dengan rekam medis, selain itu juga dapat meningkatkan keterampilan yang akan memberikan dampak positif bagi rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang prima dan melaksanakan pekerjaan menjadi lebih efektif, efisien dan tepat waktu.

#### 4. Sarana

Sarana pendukung kerja untuk meningkatkan produktifitas *coding* yaitu ICD-10 (*International Classification of Disease and Reatd Health Problems Revision*) dan kamus kedokteran. Selain sarana pendukung kerja, sarana komunikasi di tempat kerja juga perlu dipertimbangkan, seperti telepon agar petugas *coding* mudah berkonsultasi dengan dokter penulis diagnosis (Ayu, 2012). Berdasarkan fakta dan teori di atas maka peneliti dapat menyimpulkan bahwa sarana pendukung dalam proses pengkodean yang digunakan adalah ICD-10 untuk mengkode diagnosis penyakit dan ICD 9-CM untuk mengkode tindakan medis, serta telepon untuk berkomunikasi dengan dokter mengenai diagnosis pada dokumen rekam medis.

#### 5. Beban Kerja

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ketepatan kode diagnosis penyakit *gastroenteritis acute* pada pasien rawat inap berdasarkan dokumen rekam medis triwulan I tahun 2015 di Rumah Sakit Daerah Balung Jember disebabkan oleh kesibukan dokter yang tidak sempat menuliskan diagnosis pada formulir ringkasan masuk keluar, yang di dalamnya terdapat kolom kode diagnosis yang harus terisi secara lengkap. Kesibukan dokter disebabkan oleh beberapa hal diantaranya menangani

pasien yang dirawat secara lengkap. Kesibukan dokter disebabkan oleh beberapa hal diantaranya menangani pasien di ruang rawat inap juga di poli dan setiap hari dokter masih membuka praktik di klinik pribadi dan ditambah lagi pengisian dokumen rekam medis yang harus diisi terlalu banyak.

#### KESIMPULAN DAN SARAN

Ketepatan kode diagnosis penyakit *Gastroenteritis Acute* pada pasien rawat inap berdasarkan dokumen rekam medis triwulan I Tahun 2015 di Rumah Sakit

Daerah Balung Jember dinyatakan tepat sejumlah 19 dokumen rekam medis dan sejumlah 61 kode diagnosis penyakit *Gastroenteritis Acute* tidak tepat berdasarkan ICD – 10. Penyebab ketidaktepatan kode diagnosis penyakit *gastroenteritis acute* antara lain dokter yang tidak mengisi diagnosis, beban kerja petugas rekam medis, sarana seperti buku ICD – 10, kamus Dorland, buku terminologi medis dan kurangnya pelatihan mengenai pengkodean diagnosis penyakit khususnya *gastroenteritis acute*. Seluruh petugas rekam medis perlu mengikuti pelatihan terkait pengkodean diagnosis dan pengelolaan rekam medis. Oleh karena itu penetapan kode diagnosis *Gastroenteritis Acute* harus menerapkan teknik pengkodean yang benar. Dokter dan perawat perlu saling bekerja sama dan saling mengoreksi dalam pengisian dokumen rekam medis. Dokter juga wajib mengikuti sosialisasi terkait pengkodean diagnosis dan pengelolaan rekam medis serta perlu adanya peningkatan dalam ketepatan kode diagnosis penyakit sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan.

#### Daftar Pustaka

- Anggraeni, T. 2014. *Diagnosa Keperawatan*. <http://titikanggraeni.file.wordpress.com> (28 mei 2015).
- Arofani, R. 2010. *Analisis peran perekam medis*. Skripsi. Program Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. <http://lib.u>
- Ayu, R. 2012. *Tinjauan Penulisan Diagnosis Utama Dan Ketepatan Kode Icd-10 Pada Pasien Umum Di Rsud Kota Semarang Triwulan I Tahun 2012*. Skripsi. Program Sarjana Fakultas Kesehatan UDINUS. <http://eprint.dinus.ac.id> (17 Mei 2015).
- Budi, S.C. 2011. *Manajemen Unit Kerja*
- Rekam Medis. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
- Fitasari, D. N. 2011. *Hubungan Kesesuaian Penulisan Diagnosis Dengan Keakuratan Kode Penyakit Pasien Jamkesmas Di Balai Pengobatan Penyakit Paru Yogyakarta*. Skripsi. Program Sarjana Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. <http://etd.eprints.ums.ac.id> (29 Agustus 2015).

- Hamid. 2013. *Hubungan Ketepatan Penulisan Diagnosis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Kasus Obstetri Gynecology Pasien Rawat Inap Di Rsud. Dr. Saiful Anwar Malang*. Skripsi. Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. <http://eprint.ums.ac.id> (25 Mei 2015).
- Hatta, G. 2012. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan*. Edisi Revisi 2. Jakarta: Universitas Indonesia Press.
- Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 377/Menkes/SK/III/2007. *Tentang Standar Profesi Perkam Medis Dan Informasi Kesehatan*.
- Konsil Kedokteran Indonesia. 2006. *Manual Rekam Medis*.
- Mawarni, D. 2013. *Identifikasi Ketidaklengkapan Rekam Medis Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan*. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya. <http://media.unair.ac.id> (25 Mei 2015).
- Mukhtadi, K.I. 2013. *Diagnosis Medis dan Ekspektasi Pasien*. Yogyakarta. Universitas Gajah Mada.
- Mulyana, A. 2013. *Konsep Pendidikan Indonesia*. Universitas Pendidikan Indonesia. <http://perpustakaan.upi.edu> (September 2015).
- Notoatmodjo, S. 1998. *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuryati, M.P.H. 2011. *Terminologi Medis*. Cet-1. Bantul: Quantum Sinergis Media.
- Peraturan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 129/Menkes/PER/III/2008. *Tentang Standar Pelayanan Minimal*.
- Peraturan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 269/Menkes/PER/III/2008. *Tentang Rekam Medis*.

Purnamasari, E. 2014. *Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Pengisian Autentifikasi Catatan Medis Rawat Inap*. Skripsi. Rekam Medik. Politeknik Negeri Jember.

Putra, R. 2012. *Metode Observasi Psikologis: Checklist*. Surabaya: Universitas Muhamadiyah Surabaya.

Undang – undang R.I. Nomor 44 Tahun 2009 .  
*Tentang Rumah Sakit*.

**Tinjauan Ketepatan Koding Penyakit Gastroenteritis  
Pada Pasien BPJS Rawat Inap di UPTD RSUD Kota  
Salatiga**

**Review of the Accuracy of Coding for Gastroenteritis  
in Inpatient BPJS Patients in UPTD RSUD Kota  
Salatiga**

**Elise Garmelia  
Maulida Sholihah**

*<sup>1)</sup>Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan ;  
Poltekkes Kemenkes Semarang Jl. Tirta Agung,  
Pedalangan, Banyumanik, Semarang*

*<sup>2)</sup>RSUD Dr. Moewardi Surakarta*

*Jl. Kolonel Sutarto o. 132, Jebres, Surakarta*

*Email: [elsa0306@gmail.com](mailto:elsa0306@gmail.com), [maulidasholihah10@gmail.com](mailto:maulidasholihah10@gmail.com),*

**Abstract**

One of the factors causing the inaccuracy of writing diagnosis code is sometimes doctors do not write the diagnosis in the complete form so that medical record errors occur in determining the diagnosis code. Based on preliminary studies that researchers have done in UPTD RSUD Salatiga, the researchers found the results of encoding gastroenteritis disease is inappropriate. Researchers took a random sample, from 8 medical records of patients with BPJS gastroenteritis inpatient there were 6 medical records showing the inaccuracy of encoding diagnosis with 75% percentage of incorrect code and there was different writing of gastroenteritis diagnosis on admission discharge form and discharge summary form. The purpose of this study to determine the accuracy of coding disease gastroenteritis. The type of the research is descriptive quantitative research using cross sectional approach. The population in this research is medical record of inpatients of BPJS gastroenteritis case in January 2017 until October 2017, with the sample of 82 medical record by using simple random sampling method. The results showed the percentage of appropriateness of writing diagnosis on the outline forms form outgoing and returning home is 93.9%, the percentage of accuracy of gastroenteritis disease code is 91.5% and the percentage of appropriateness of diagnosis with the result of laboratory examination is 89%. Factors affecting the inaccuracy of coding results are that medical personnel (physicians) write incomplete and incompatible

patients' diagnostic diagnosis of the form sheet, the coder does not check the results of the laboratory to determine the correct code, the lack of update activity of the ICD-10 coding latest version. Of these factors can affect the quality of medical records with the results of coding, claims results and analysis of hospital reporting data.

**Keywords:** ICD-10; Coding Gastroenteritis

### **Abstrak**

Salah satu faktor penyebab dari ketidaktepatan penulisan kode diagnosis adalah terkadang dokter tidak menuliskan diagnosis dengan lengkap sehingga terjadi kesalahan perekam medis dalam menentukan kode diagnosis. Berdasarkan studi pendahuluan yang telah peneliti lakukan di UPTD RSUD Kota Salatiga ditemukan hasil pengkodean penyakit gastroenteritis yang tidak tepat. Peneliti mengambil sampel secara random, dari 8 rekam medis pasien BPJS rawat inap penyakit gastroenteritis terdapat 6 rekam medis yang menunjukkan ketidaktepatan pengkodean diagnosis dengan persentase 75 % kode tidak tepat dan terdapat perbedaan penulisan diagnosis gastroenteritis pada formulir ringkasan masuk keluar dan ringkasan pulang. Tujuan penelitian untuk mengetahui ketepatan koding penyakit gastroenteritis. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kuantitatif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah rekam medis rawat inap pasien BPJS kasus gastroenteritis pada bulan januari 2017 sampai bulan oktober 2017, dengan sampel 82 rekam medis dengan menggunakan metode *simple random sampling*. Hasil penelitian menunjukkan persentase kesesuaian penulisan diagnosis pada

lembar formulir ringkasan masuk keluar dan ringkasan pulang 93,9 %, persentase ketepatan pemberian kode penyakit gastroenteritis 91,5 % dan persentase kesesuaian penulisan diagnosis dengan hasil pemeriksaan laboratorium 89 %. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaktepatan hasil pengkodean adalah tenaga medis (dokter) menuliskan diagnosis gastroenteritis pasien secara tidak lengkap dan tidak sesuai antar lembar formulir, *coder* tidak mengecek hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium) untuk menentukan kode yang tepat, kurangnya kegiatan *update* koding ICD-10 Versi terbaru. Dari faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi mutu rekam medis dengan hasil pengkodean, hasil klaim dan analisa data pelaporan rumah sakit.

**Kata Kunci :** ICD-10; Koding Gastroenteritis

### 1. Pendahuluan

Rumah Sakit menurut Undang - undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 (Pasal 1), Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan terhadap masyarakat perlu tercatat atau terekam sebagai dokumen penting yang bersifat rahasia yang dinamakan rekam medis.

Rekam Medis menurut Edna K Huffman adalah berkas yang menyatakan siapa, apa, mengapa, dimana, kapan dan bagaimana pelayanan yang diperoleh seorang pasien selama dirawat atau menjalani pengobatan. Rekam medis yang baik merupakan cerminan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 377/MenKes/SK/III/ 2007 Tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan disebutkan bahwa kompetensi pertama dari seorang perekam

medis adalah menentukan kode penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan. Acuan yang digunakan dalam pengkodean penyakit yaitu ICD-10 dan acuan pengkodean tindakan medis yaitu ICD-9 CM.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesia Case Base Groups (INA- CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional disebutkan bahwa Jaminan Kesehatan Nasional adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iuran yang dibayar oleh pemerintah. Dalam pemberlakuan Jaminan

Kesehatan Nasional, pengajuan pembiayaan kesehatan klaim pada INA-CBG's dengan menggunakan kode.

Salah satu faktor penyebab ketidaktepatan penulisan kode diagnosis terkadang dokter tidak menuliskan diagnosis dengan lengkap sehingga terjadi kesalahan perekam medis dalam menentukan kode diagnosis dan penyakit. Ketepatan koding penyakit dan tindakan medis penting dalam rekam medis pasien selain kelengkapan rekam medis yang bermutu, diagnosis juga diperukan dalam pelayanan medis lainnya.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 Tentang Panduan Praktis Klinis (PPK) Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer, Gastroenteritis adalah peradangan mukosa lambung dan usus halus yang ditandai dengan diare, buang air besar lembek atau cair, dapat bercampur darah atau lendir dengan frekuensi 3 kali atau lebih dalam waktu 24 jam disertai muntah, demam, dan rasa tidak enak diperut.

UPTD RSUD Kota Salatiga merupakan Rumah Sakit bertipe B Pendidikan dan telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pada umumnya jenis pasien yang ada di UPTD RSUD Kota Salatiga adalah pasien BPJS yang melakukan pembayaran pelayanan kesehatan berdasarkan tarif yang ada pada software INA-

CBG's. UPTD RSUD Kota Salatiga telah melaksanakan standar pengkodean dengan menggunakan ICD-10 dan ICD-9CM Versi 2010.

Dari sumber data yang ada di UPTD RSUD Kota Salatiga pada tahun 2017 diagnosis Gastroenteritis termasuk dalam daftar 10 besar penyakit pasien rawat inap dengan morbiditas tertinggi Berdasarkan studi pendahuluan yang

telah peneliti lakukan di UPTD RSUD Kota Salatiga, didapatkan hasil observasi sebagai berikut : ditemukan hasil pengkodean penyakit gastroenteritis pada rekam medis pasien BPJS rawat inap yang tidak tepat/kurang spesifik dikarenakan tidak ada karakter ke-4 yang menjelaskan patologi penyakit gastroenteritis infeksi maupun non infeksi dan terdapat penentuan kode yang tidak sesuai dengan hasil pemeriksaan laboratorium. Peneliti mengambil sampel secara random, dari 8 rekam medis pasien BPJS rawat inap penyakit gastroenteritis terdapat 6 rekam medis yang menunjukkan ketidaktepatan pengkodean diagnosis dengan persentase 75 % kode tidak tepat misalnya gastroenteritis acute dengan kode ICD-10 (A09) saja, selain itu terdapat penulisan diagnosis gastroenteritis yang kurang lengkap dan berbeda penulisan diagnosis pada lembar formulir ringkasan masuk keluar dan ringkasan pulang.

Dampak yang terjadi bila terdapat ketidaktepatan kode maupun ketidaksesuaian penulisan diagnosis akan berpengaruh pada turunnya mutu pelayanan serta mempengaruhi analisa data pelaporan dan ketepatan tarif INA-CBG's dalam pengantian biaya kepada pihak rumah sakit. Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik ingin mengambil judul "Tinjauan Ketepatan Koding Penyakit Gastroenteritis Pada Pasien BPJS Rawat Inap UPTD RSUD Kota Salatiga".

## 2. Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* yaitu variable sebab atau resiko dan

ringkasan masuk keluar dan ringkasan pulang, ketepatan pemberian kode gastroenteritis, kesesuaian hasil pemeriksaan laboratorium dengan penulisan diagnosis gastroenteritis serta faktor-faktor yang mempengaruhi ketepatan koding gastroenteritis.

### a. Kesesuaian Penulisan Diagnosis Gastroenteritis yang Tertulis Pada Lembar Formulir Ringkasan Masuk Keluar dan Ringkasan Pulang

Dari sampel acak pasien gastroenteritis 2017 yang telah peneliti kelompokkan berdasarkan usia pasien gastroenteritis yang dirawat oleh DPJP dan berdasarkan jenis kelamin pasien yang menderita gastroenteritis dengan persentase sebagai berikut :

**Tabel 1.** Persentase Berdasarkan Usia Pasien Gastroenteritis Yang Dirawat Dokter Penanggungjawab Pasien

DPJP	Usia Pasien				Σ	(%)
	1 - 4 tahun	5 - 14 tahun	15 - 24 tahun	> 25 tahun		
Spesialis Penyakit Anak	34	5	-	-	39	47,6 %
Spesialis Penyakit Dalam	-	-	12	31	43	52,4 %
Σ Total Pasien					82	100 %

akibat atau kasus yang terjadi pada objek penelitian yang diukur atau

dikumpulkan secara simultan (dalam waktu yang bersamaan) (Notoatmodjo, 2010).

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Januari - Mei 2018 di Instalasi Rekam Medis UPTD RSUD Kota Salatiga dengan 82 sampel rekam medis pasien BPJS rawat inap kasus GE dan melakukan wawancara dengan 2 petugas rekam medis bagian koding. Metode pengumpulan data menggunakan metode observasi dan wawancara. Analisis dilakukan dengan analisis statistik yang bersifat deskripsi.

### 3. Hasil dan Pembahasan

Ketepatan kode penyakit gastroenteritis di kelompokkan berdasarkan beberapa kriteria ketepatan yaitu kriteria kesesuaian penulisan diagnosis yang tertulis pada lembar formulir

Sumber : Data Primer Rekam Medis

**Tabel 2.** Persentase Berdasarkan Jenis

Kelamin Pasien			
Gastroenteritis			
No	Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien	( $\Sigma$ )	(%)
1.	Laki-laki	44 pasien	53,7 %
2.	Perempuan	38 pasien	46,3 %
<b><math>\Sigma</math> Total</b>		<b>82 pasien</b>	<b>100 %</b>

Sumber : Data Primer Rekam Medis

Dari 82 sampel rekam medis didapatkan : 77 penulisan diagnosis pada rekam medis pasien gastroenteritis yang sesuai dan hanya ada 5 penulisan diagnosis gastroenteritis yang tidak sesuai antara lembar formulir ringkasan masuk keluar dan ringkasan pulang dengan persentase sebagai berikut :

**Tabel 3.** Kesesuaian Penulisan Diagnosis Gastroenteritis pada Formulir Ringkasan Masuk Keluar dan Ringkasan Pulang

No	Kriteria Penulisan Diagnosis	( $\Sigma$ )
1.	Sesuai (Sama)	77 kasus
2.	Tidak sesuai (berbeda)	5 kasus
$\Sigma$ Total		82 kasus

**Tabel 4** Distribusi Usia Pasien dengan Perbedaan Penulisan Diagnosis Gastroenteritis pada Formulir Ringkasan Masuk Keluar dan Ringkasan Pulang

No	Usia Pasien	Formulir Ringkasan Masuk Keluar	Formulir Ringkasan Pulang
1.	$\geq 15$ tahun	GE, Ca. Rectum	Ca. Recti
2.	$\geq 15$ tahun	GEA Dehidrasi Sedang, Disentri	GEA Dehidrasi Sedang
3.	1 tahun - 4 Tahun	DCA Disentri	Diare Cair Akut
4.	$\geq 15$ tahun	Disentri, Anemia Hemoroids	Disentri, Anemia
5.	1 tahun - 4 tahun	Diare Cair Akut Dehidrasi Sedang (ada amoeba)	Diare Cair Akut

Dari hasil analisa ketidaksesuaian antara lembar formulir ringkasan masuk keluar dan ringkasan pulang didapatkan penulisan diagnosis terbanyak yang tidak sesuai pada rekam medis pasien usia  $\geq 15$  tahun yang dilakukan penulisan diagnosis oleh Dokter Spesialis Penyakit Dalam.

Adapun ketidaksesuaian penulisan diagnosis tersebut dikarenakan terdapat penulisan diagnosis yang tidak lengkap dan

tidak konsisten antara lembar formulir ringkasan masuk keluar dan ringkasan pulang, dan terdapat penulisan singkatan diagnosis yang tidak konsisten pada diagnosis penyakit gastroenteritis pasien

Penulisan diagnosis yang berbeda atau tidak lengkap ini akan mempengaruhi pada hasil pengkodean yang akan dilakukan oleh *coder* sehingga akan berpengaruh pada analisa data pelaporan rumah sakit dan terutama akan berpengaruh dalam sistem pembiayaan pelayanan kesehatan oleh BPJS kepada rumah sakit.

Oleh karena itu, isi formulir ringkasan masuk keluar dan ringkasan pulang harus saling berkaitan sesuai dan lengkap agar memudahkan dokter dalam memberikan pengobatan kembali kepada pasien sehingga pasien mengetahui riwayat penyakitnya secara jelas dan runtut.

**b. Ketepatan Pemberian Kode Penyakit Gastroenteritis**

Dari 82 sampel rekam medis pasien BPJS rawat inap penyakit gastroenteritis pada tahun 2017, terdapat 7 kode diagnosis gastroenteritis yang tidak tepat dan 75 kode diagnosis gastroenteritis yang tepat dengan persentase ketepatan pemberian kode diagnosis penyakit gastroenteritis pasien BPJS rawat inap di UPTD RSUD Kota Salatiga sebagai berikut :

**Tabel 5** Ketepatan Pemberian Kode Penyakit Gastroenteritis Pada Lembar Formulir Ringkasan Masuk Keluar (RMK)

No	Ketepatan Pemberian Kode RMK	( $\Sigma$ )	(%)
1.	Tepat (Sesuai)	75 kasus	91,5 %
2.	Tidak Tepat	7 kasus	8,5 %
	$\Sigma$ Total	82 kasus	100 %

Sumber : Data Primer Rekam Medis Pasien Gastroenteritis

**Tabel 6.** Ketidaktepatan Pemberian Kode dengan Diagnosis Pada Formulir Ringkasan Masuk Keluar Maupun Pada Formulir Ringkasan Pulang

No	Diagnosis pada Ringkasan Masuk Keluar / pada Ringkasan Pulang	Kode Petugas	Kode Peneliti
1.	GEA pada Gravida 7 Bulan	A09 O98.8	O98.8 A09.0
2.	GEA pada Gravida 7 Bulan	A09. O98.8	O98.8 A09.0

UPTD RSUD Kota Salatiga sudah menggunakan buku pedoman ICD-10 Versi 2010 dan berdasarkan wawancara dengan *coder* diketahui bahwa untuk pengkodean kasus gastroenteritis pada aplikasi BPJS dulu hanya support dengan ICD-10 Versi 2005 dengan kode gastroenteritis kode A09 saja, akan tetapi berdasarkan observasi peneliti pada aplikasi SIMRS hanya support dengan ICD-10 versi 2005 dengan kode gastroenteritis A09 saja dan aplikasi klaim BPJS sudah berganti ke versi ICD-10 versi 2010. Persentase

ketepatan kode sebesar 91,5 % sesuai standar pengkodean jika dibandingkan dengan versi

2005 dan ketidaktepatan kode sebesar 6,1 % dikarenakan salah dalam menentukan kode yang tepat sehingga tidak sesuai dengan standar pengkodean.

**c. Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Laboratorium dengan Penulisan Diagnosis Kasus Gasroenteritis**

Hasil penelitian di UPTD RSUD Kota Salatiga didapatkan dari 82 sampel rekam medis pasien BPJS rawat inap penyakit gastroenteritis pada tahun 2017, terdapat 73 diagnosis pasien kasus gastroenteritis yang sesuai (lengkap) dengan hasil pemeriksaan laboratorium, 4 diagnosis pasien kasus gastroenteritis yang tidak diagnosis pasien kasus gastroenteritis yang dilakukan pemeriksaan laboratorium terdapat hasil pemeriksaan bakteri amoeba hystolitica (+). Hasil tersebut setelah dilakukan pengolahan data didapatkan persentase kesesuaian hasil pemeriksaan laboratorium dengan diagnosis kasus gastroenteritis sebagai berikut :

**Tabel 8.** Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Laboratorium Dengan Diagnosis Kasus Gastroenteritis UPTD RSUD Kota Salatiga

No	Kesesuaian Diagnosis dengan Hasil Lab	(Σ)	(%)
1.	Sesuai	73 kasus	89 %
2.	Tidak sesuai (Bakteri Amoeba Hystolitica (+))	5 kasus	6,1 %

3. Tidak ada pemeriksaan laboratorium	4 kasus	4,9 %
<u>Jumlah Total</u>	<u>82 kasus</u>	<u>100 %</u>

Sumber : Data Primer Rekam Medis Pasien Gastroenteritis

Menurut buku panduan praktik klinis bagi dokter bahwa untuk penyakit gastroenteritis dilakukan pemeriksaan penunjang atau laboratorium misalnya mencakup :

- 1) Pemeriksaan tinja Makroskopis dan mikroskopis, ph dan kadar gula dalam tinja, dan resistensi feces (colok dubur) Analisa gas darah apabila didapatkan tanda-tanda gangguan keseimbangan asam basa (pernafasan kusmaul).

- 2) Pemeriksaan kadar ureum dan keratin untuk mengetahui faal ginjal
  - 3) Pemeriksaan elektrolit terutama kadar Na, K, Kalsium dan posfat.
- Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis bahwa Indikator Mutu Rekam Medis mencakup beberapa indikator salah satunya yaitu indikator kelengkapan isian rekam medis penunjang medis dan diagnosis.

**d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Hasil Pengkodean Penyakit Gastroenteritis**

Faktor pertama yang mempengaruhi hasil pengkodean penyakit yang dilakukan *coder* adalah tenaga medis sebagai pemberi pelayanan kesehatan dalam menetapkan diagnosis pasien Berdasarkan tabel 4.3 dan tabel 4.4 menunjukkan terdapat perbedaan penulisan diagnosis sebanyak 5 kasus dengan ini petugas *coder* belum melakukan evaluasi dan review terhadap rekam medis pasien gastroenteritis.

Faktor kedua yang mempengaruhi hasil pengkodean penyakit yang dilakukan *coder* adalah tidak melihat hasil pemeriksaan penunjang untuk menentukan kode yang tepat. Berdasarkan tabel 4.7 menunjukkan bahwa ketidaktepatan pemberian

kode dikarenakan ketidaksesuaian penulisan diagnosis dengan hasil pemeriksaan laboratorium.

Faktor ketiga yang mempengaruhi hasil pengkodean penyakit yang dilakukan *coder* adalah kurang mengupdate buku pedoman koding WHO.

**4. Simpulan dan Saran**

**a. Simpulan**

Berdasarkan hasil dan pembahasan diatas dapat ditarik simpulan bahwa :

- 1) Persentase kesesuaian penulisan diagnosis gastroenteritis pada lembar formulir ringkasan masuk keluar dan ringkasan pulang sebesar 93,9 %, sedangkan persentase ketidaksesuaian sebesar 6,1 %
- 2) Persentase ketepatan pemberian kode diagnosis gastroenteritis sebesar 91,5 %, sedangkan ketidaktepatan

- 3) Dari total sampel diperoleh persentase kesesuaian hasil pemeriksaan laboratorium sebesar 4,9 %.
- 4) Faktor-faktor yang mempengaruhi hasil koding gastroenteritis yaitu tenaga medis (dokter) menuliskan

dengan baik dan dapat diagnosis gastroenteritis sebesar 8,5%! dipertanggungjawabkan. Oleh karena itu dengan segala hormat dan kerendahan hati perkenankan penulis pemeriksaan laboratorium dengan diagnosis kasus Gastroenteritis mengucapkan terimakasih untuk seluruh pihak yang terlibat dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

## 6. Daftar Pusataka

diagnosis gastroenteritis pasien secara tidak lengkap dan t

### b. Saran

- 1) Petugas koding (PMIK) selalu melakukan update koding berdasarkan ICD-10 Versi terbaru.
- 2) Petugas coding melakukan pengembangan keilmuan yang berhubungan audit coding dengan hasil pemeriksaan laboratorium.
- 3) Jika rumah sakit mengadakan kegiatan audit klinis dengan dokter sebaiknya mengikut sertakan PMIK.
- 4) Meningkatkan komunikasi dan kolaborasi *coder* dengan bagian pengelolaan klaim.
- 5) Sebaiknya mensosialisasikan kepada dokter mengenai pentingnya menuliskan diagnosis pasien dengan lengkap.

### 5. Ucapan Terimakasih

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah penulis banyak mendapat saran, kritik, dorongan, bimbingan serta keterangan-keterangan dari banyak pihak, yang menjadikan penulis dapat menyusun karya tulis ini

- Aru W, Sudoyo. (2009). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : Interna Publishing.
- Digdowirogo, Hadjat S, dkk. (2014). *Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter*. (Online), ([Http://Fk.Unila.ac.id](http://Fk.Unila.ac.id) diakses 3 Maret 2018).
- (2010). *Pedoman Praktik Dokter Spesialis Anak*. (Online). (<http://spesialis1.ika.fk.unair.ac.id/wpcontent/uploads/2017/03/Pedoman-Praktik-Dokter-Spesialis-Anak.pdf>). Diakses tanggal 24 April 2018.
- Hatta, Gemala R. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Ui-Press.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Health Statistics*. (online) (<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profilkesehatan/profil-kesehatan-indonesia-2011.pdf>). Diakses tanggal 20 April 2018. Jakarta :
- Kementrian Kesehatan RI. *Keputusan Menteri Kesehatan RI No 377/Menkes/Sk/Iii/2007 Tentang Standar Profesi Perkam Medis*
- Kresnowati, Lily dan Ernawati. (2012). *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Akurasi Koding Diagnosis Dan Prosedur Medis Pada Dokumen Rekam Medis Di Rumah Sakit Kota Semarang*. Semarang : Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. — (2017). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi I* (Online). ([http://www.pdpersi.co.id/kajemen\\_mutu/data/snars\\_edisi1.pdf](http://www.pdpersi.co.id/kajemen_mutu/data/snars_edisi1.pdf) diakses tanggal 25 April 2018).
- Nani. BAB 1 PENDAHULUAN. (<http://eprints.undip.ac.id/32688/1/1.pdf>, diakses tanggal 27 April 2018).
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesia Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. 2016. Jakarta : Menkes RI.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 Tentang
- Panduan Praktis Klinis (PPK) Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer*. 2014. Jakarta :Menkes RI.

*Peraturan Menteri  
Kesehatan  
Republik  
Indonesia Nomor  
269 / Menkes /  
Per / III/ 2008  
Tentang Rekam  
Medis. 2008.  
Jakarta : Menkes  
RI.*

*Peraturan Menteri  
Kesehatan  
Republik  
Indonesia Nomor  
55 Tahun 2013  
Tentang  
Penyelenggaraan  
Pekerjaan  
Perekam Medis.  
Jakarta : Menkes  
RI.*

ISBN 978-602-6363-78-7

**KEAKURATAN KODE DIAGNOSIS GASTROENTERITIS  
ACUTE  
DI RUMAH SAKIT UMUM ASSALAM GEMOLONG**

**<sup>1</sup>Warsi Maryati, <sup>2</sup>Anggita Sari**

<sup>1</sup> Prodi D3 RMIK Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa  
Surakarta, warsi\_maryati@udb.ac.id

<sup>2</sup> Prodi D3 RMIK Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa  
Surakarta, anggita25797@gmail.com

**ABSTRAK**

Gastroenteritis acute merupakan passage faeces dengan konsistensi lebih encer dan defekasi lebih dari tiga kali dalam sehari berlangsung kurang atau sama dengan 14 hari. RSUD Assalam Gemolong merupakan Rumah Sakit Umum di Gemolong, kasus Gastroenteritis acute merupakan peringkat pertama 10 besar penyakit. Berdasarkan survei awal tingkat ketidakakuratan kode diagnosis Gastroenteritis Acute 100%. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penyebab ketidakakuratan kode diagnosis Gastroenteritis Acute. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif, dengan pendekatan retrospektif. Besar sampel dalam penelitian ini 146 dokumen rekam medis kasus Gastroenteritis Acute dengan teknik sampel jenuh. Instrumen penelitian berupa pedoman observasi, pedoman wawancara, checklist dan ICD-10. Pengolahan data dengan collecting, editing, classification dan penyajian data. Jenis analisis yang digunakan dalam penelitian ini analisis deskriptif. Persentase ketidakakuratan kode diagnosis Gastroenteritis Acute 100%. Penyebab ketidakakuratan yaitu salah kode, tidak dispesifikasikan dengan karakter keempat dan tidak dikode. Faktor yang mempengaruhi ketidakakuratan kode diagnosis Gastroenteritis Acute tenaga medis yaitu dokter kurang jelas dalam menuliskan diagnosis, tenaga rekam medis yaitu petugas tidak melihat lembar penunjang yang lainnya dan tenaga kesehatan lainnya yaitu petugas laboratorium tidak menambahkan hasil laboratorium.

**Kata Kunci :** Gastroenteritis, Kode, Diagnosis

**ABSTRACT**

*Acute gastroenteritis is a stool passage with a more watery consistency and defecation more than three times a day lasting less than or equal to 14 days. RSUD Assalam Gemolong is a General Hospital in Gemolong, acute gastroenteritis cases are ranked as the first 10 major diseases. Based on the initial survey the level of inaccuracy of the diagnosis code for Gastroenteritis is 100%. This study aims to determine the cause of inaccuracies in the diagnosis of acute gastroenteritis. This research is a descriptive study, with a retrospective approach. The sample size in this study was 146 medical records documents of Acute Gastroenteritis cases with saturated sample technique. The research instrument was in the form of observation*

*guidelines, interview guidelines, checklists and ICD-10. Processing data by collecting, editing, classification and presenting data. The type of analysis used in this study is descriptive analysis. Percentage of inaccuracy of the 100% Gastroenteritis diagnosis code. The cause of the inaccuracy is incorrect code, not specified with the fourth character and not coded. Factors that influence the inaccuracy of the Acute Gastroenteritis diagnosis code of medical personnel, namely the doctor is less clear in writing the diagnosis, the medical record staff, the officers did not see other supporting sheets and other health workers, namely laboratory staff did not add laboratory results.*

**Keywords:** *Gastroenteritis, Code, Diagnosis*

## **PENDAHULUAN**

Rekam medis diartikan sebagai “suatu pencatatan data, laporan atau instruksi medis yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan sebagai pertanggung jawabannya terhadap pasien. Data ini dibuat apabila pasien mengunjungi instansi pelayanan kesehatan baik sebagai pasien berobat jalan maupun sebagai pasien rawat inap ” (Depkes RI, 2006; Firdaus, 2012). Tugas seorang perekam medis di antaranya *coding*,

*indexing, assembling analyzing and reporting.* Hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga rekam medis salah satunya adalah ketepatan dalam pemberian kode (*coding*) diagnosis.

*Coding* adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data dengan menggunakan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revision (ICD-10)* (Depkes RI, 2006). Salah satu faktor penyebab ketidaktepatan penulisan kode diagnosis adalah karena dokter tidak menuliskan diagnosis dengan lengkap sehingga terjadi kesalahan petugas rekam medis dalam melakukan kode diagnosis (Hatta, 2014). Dampak yang terjadi apabila penulisan kode diagnosis tidak tepat maka dapat menyebabkan turunnya mutu pelayanan di rumah sakit serta mempengaruhi data, informasi laporan dan ketepatan tarif INA CBG's yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan rumah sakit (Karimah dkk, 2016).

*Gastroenteritis acute* adalah peradangan pada mukosa lambung dan usus halus yang menyebabkan pengeluaran tinja yang tidak normal berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat) dan defekasi lebih dari tiga kali per hari serta berlangsung kurang dari 15 hari (Tanto dkk, 2014). Pengkodean dianggap tepat dan akurat apabila sesuai dengan struktur kategori 3 karakter ataupun struktur kategori 4 karakter. Pada struktur kategori 3 karakter, karakter pertama menunjukkan abjad A-Z kemudian diikuti oleh 2 (dua) digits. Pada struktur kategori 4 karakter, karakter pertama menunjukkan abjad A-Z, diikuti oleh 2 (dua) digits, kemudian tanda baca titik (.) digit terakhir menunjukkan karakter ke-4 (khususnya), pada karakter ke-4 ditunjukkan dengan angka 0 sampai dengan 9. Kodefikasi *Gastroenteritis acute* dengan infeksi dilakukan dengan pemberian kode pada blog A00-A09, Kodefikasi *Gastroenteritis* non-infeksi dilakukan pemberian kode pada blog K50-K52, Kodefikasi *Gastroenteritis* pada bayi baru lahir dilakukan pemberian kode pada blog P75-P78.

Data WHO tahun 2009 menunjukkan angka kejadian *Gastroenteritis acute* diseluruh dunia mencapai 2 miliar kasus per tahun (WHO, 2010). Di Indonesia berdasarkan diagnosis atau gejala, estimasi jumlah penderita penyakit pada tahun 2016 adalah sebanyak 9.441.547 jiwa. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan perkiraan diare di fasilitas kesehatan sebanyak 6.897.463, sedangkan diare ditangani sebanyak 2.544.547 jiwa (Kemenkes, 2017). Saat ini kasus *Gastroenteritis* masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di negara berkembang seperti Indonesia karena memiliki insidensi dan mortalitas yang tinggi. Kematian terutama disebabkan karena dehidrasi berat (Kemenkes, 2013).

Menurut Karimah dkk (2016), analisis ketepatan pengisian kode diagnosis pada dokumen rekam medis sangat penting karena apabila kode diagnosis tidak tepat/ tidak sesuai dengan ICD-10 maka dapat menyebabkan turunnya mutu pelayanan di rumah sakit serta mempengaruhi data, informasi laporan, dan ketepatan tarif INA-CBG's yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan pasien. Hasil yang didapatkan dari observasi dokumen rekam medis di bagian unit rawat inap pada triwulan I tahun 2015 di RSD Balung Jember sebanyak 80

dokumen, terdapat penentuan kode dan diagnosis tidak tepat sebanyak 79% dokumen rekam medis penyakit *Gastroenteritis acute* angka ketepatan penentuan kode diagnosis penyakit yaitu sebanyak 21% dokumen rekam medis dengan penyakit *Gastroenteritis acute*. Dari hasil analisis yang menjadi penyebab masalah adalah ketepatan penulisan diagnosis yang mempengaruhi ketepatan kode, selain itu tidak pernahnya dilakukan sosialisasi kepada dokter dan petugas rekam medis terkait pengelolaan rekam medis.

Menurut Margawati (2014), ketidakakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* disebabkan oleh tenaga medis (dokter) karena kurang tepat dalam pemberian diagnosisnya serta tenaga perekam medis (*coder*) karena kurang teliti dalam mengkode. Persentase ketidakakuratan sebanyak 41,26% dan keakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* adalah sebanyak 58,74%. Ketidakakuratan tersebut disebabkan oleh tenaga medis (dokter) adalah sebanyak 81,25% dan tenaga perekam medis (*coder*) sebanyak 18,28%. Menurut Susanti (2014), ketidakakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* disebabkan oleh kesalahan penulisan kode, tidak ditulisnya kode diagnosis, serta salah pemilihan kode diagnosis. Persentase ketidakakuratan sebanyak 47,5% dan keakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* sebanyak 52,5%. Ketidakakuratan tersebut disebabkan karena kesalahan penulisan kode sebanyak 47,37%, tidak ditulis kode diagnosis sebanyak 7,02% serta salah pemilihan kode diagnosis sebanyak 45,61%.

Rumah Sakit Umum Assalam Gemolong yang terletak di Jl. Gatot Subroto KM 1,5 Kulon Palang Gemolong Sragen mencatat penyakit *Gastroenteritis acute* dalam peringkat pertama dalam daftar 10 besar penyakit

ISBN 978-602-6363-78-7

rawat inap tahun 2017. Peneliti telah melakukan analisis keakuratan terhadap 10 dokumen rekam medis rawat inap pasien *Gastroenteritis acute*, peneliti menemukan seluruh kode diagnosis *Gastroenteritis acute* yang tidak akurat. Berdasarkan survei pendahuluan ketidakakuratan disebabkan karena tidak dituliskannya kode pada kolom yang telah disediakan, kesalahan dalam penulisan diagnosis dengan tidak melihat hasil pemeriksaan laboratorium, serta tidak dispesifikasikan dengan karakter ke-4. Dari hasil survei pendahuluan, persentase ketidakakuratan sebesar 100%, sehingga dari data di atas peneliti melakukan penelitian dengan judul "Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis *Gastroenteritis acute* pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Assalam Gemolong Tahun 2017".

## METODE

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk menggambarkan atau mendeskripsikan keadaan secara obyektif (Notoatmodjo, 2010). Penelitian deskriptif dalam penulisan ini yang dilakukan untuk menjelaskan keakuratan kode diagnosis dan faktor-faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* di RSU Assalam Gemolong. Jenis rancangan (pendekatan) yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan retrospektif yaitu penelitian yang berusaha melihat ke belakang (*backward looking*), artinya pengumpulan data dimulai dari efek atau akibat yang telah terjadi (Notoatmodjo, 2010). Peneliti membuka dokumen rekam medis pasien rawat inap tahun 2017 untuk diteliti keakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* di RSU Assalam Gemolong.

Variabel adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, obyek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014). Variabel dalam penelitian tersebut antara lain:

### 1. **Persentase keakuratan dan ketidakakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* dengan infeksi**

*Gastroenteritis acute* dengan Infeksi adalah peradangan pada mukosa lambung dan usus halus yang menyebabkan pengeluaran tinja yang berbentuk cair atau setengah cair disebabkan karena infeksi bakteri, parasit dan virus. Untuk mengetahui *Gastroenteritis acute* termasuk infeksi dapat melihat hasil laboratorium dengan melihat angka WBC (*White Blood Cell*), jika angka WBC lebih dari 10 maka termasuk *Gastroenteritis acute*.

- a. Jumlah dokumen yang akurat dibagi seluruh dokumen yang diteliti dikali 100% dengan cara sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah dokumen akurat}}{\text{jumlah dokumen yang teliti}} \times 100\%$$

- b. Jumlah dokumen yang tidak akurat dibagi seluruh dokumen yang diteliti dengan cara sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah dokumen tidak akurat}}{\text{jumlah dokumen yang teliti}} \# 100\%$$

**2. Faktor-faktor yang berkaitan dengan ketidakakuratan kode diagnosis Gastroenteritis acute**

- a. Tenaga medis : penetapan diagnosis yang dapat dilihat dari perjalanan penyakit, anamnesis dan pemeriksaan fisik yang telah dilakukan.
- b. Tenaga rekam medis : ketepatan kode suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh dokter.
- c. Tenaga kesehatan lainnya : kelengkapan pengisian rekam medis

Populasi dalam penelitian ini dokumen rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosis *Gastroenteritis acute* di RSUD Assalam Gemolong Tahun 2017 yang berjumlah 146 dokumen rekam medis. Sampel yang diambil adalah sebanyak 146 dokumen rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosis *Gastroenteritis acute*. Teknik pengambilan sampel ini adalah menggunakan sampel jenuh yaitu teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel (Saryono dan Anggraeni, 2013). Sumber data penelitian diperoleh dari data primer maupun sekunder. Data primer diperoleh secara langsung dengan melakukan observasi terhadap dokumen rekam medis untuk diagnosis *Gastroenteritis acute* dan melakukan

wawancara langsung dengan petugas *coding* dan kepala rekam medis tentang keadaan *coding* di Rumah Sakit Assalam Gemolong. Data sekunder diperoleh dari indeks penyakit, laporan atas morbiditas 10 besar penyakit, profil rumah sakit dan Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam pemberian kode diagnosis. Instrumen penelitian yang digunakan meliputi pedoman observasi, pedoman wawancara, *checklist* dan ICD-10. Data penelitian diolah dengan tahapan *collecting*, *editing*, *classification* dan penyajian data.

## HASIL

### 1. Persentase Keakuratan dan Ketidakakuratan Kode Diagnosis Gastroenteritis Acute

Persentase keakuratan dan ketidakakuratan kode diagnosis penyakit *Gastroenteritis acute* Infeksi pada dokumen rekam medis rawat inap tahun 2017 di RSU Assalam dapat dilihat pada Tabel 1 sebagai berikut :

**Tabel 1. Persentase Keakuratan Dan Ketidakakuratan Kode Diagnosis Gastroenteritis Acute**

No	Hasil Analisis	Jumlah Dokumen	Persentase (%)
1.	Kode Akurat	0	0
2.	Kode Tidak akurat	146	100
Jumlah sampel		146	100

Adapun perincian ketidakakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 2. Persentase Ketidakakuratan Kode Diagnosis Gastroenteritis acute**

No	Penyebab Ketidakakuratan	Jumlah Dokumen	Persentase (%)
1.	Salah kode	53	36,3
2.	Kurang pemberian karakter ke empat atau tidak spesifik	61	41,78
3.	Tidak diberi kode	32	21,92
Jumlah		146	100

Ketidakakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis Acute* pada dokumen rekam medis rawat inap di RSU Assalam Gemolong tahun 2017 dapat dilihat pada rincian berikut :

- a. Kesalahan kode yang tidak sesuai dengan diagnosis  
Ketidakakuratan kode yang tidak sesuai dengan diagnosis sebanyak 36,3 % atau 53 dokumen dari 146 dokumen yang tidak

akurat. Ketidakakuratan kode diagnosis berdasarkan kesalahan dalam pemberian kode diagnosis dengan kode rumah sakit A09, sedangkan kode yang digunakan oleh peneliti adalah K52.9. Hal tersebut tidak akurat karena dalam hasil Laboratorium terdapat WBC yang masih normal (5-10) sehingga termasuk GEA Non-infeksi dengan kode yang tepat yaitu K52.9.

Berdasarkan data di atas dapat dilihat bahwa ketidakakuratan kode diagnosis penyakit *gastroenteritis acute* berdasarkan Kesalahan kode yang tidak sesuai dengan diagnosis terjadi pada diagnosis *gastroenteritis acute*, dengan kode rumah sakit A09 dan kode penulis K52.9

- b. Penulisan kode yang tidak disertai karakter keempat atau tidak spesifik  
Ketidakakuratan kode diagnosis *gastroenteritis acute* karena kurang disertai karakter keempat sebanyak atau 61 dokumen dari 146 dokumen yang tidak akurat, hal ini dapat dilihat pada Tabel berikut:

**Tabel 3. Ketidakakuratan Kode Diagnosis Gastroenteritis acute Berdasarkan Kode Yang Tidak Disertai Karakter Keempat**

No	Diagnosis	Jumlah Dokumen	Kode Diagnosis				Keterangan
			RS	Peneliti	A	TA	
1	GEA	60	A09	A09.9		√	Tidak akurat, karena kode di rumah sakit belum dispesifikasikan dengan karakter ke 4.
2	GEA	1	A09	A09.0		√	Tidak akurat, karena kode di rumah sakit belum dispesifikasikan dengan karakter ke 4 serta dijelaskan <i>gastroenteritis acute</i> disertai dengan perdarahan.

Berdasarkan data di atas ketidakakuratan kode diagnosis penyakit *gastroenteritis acute* dengan penulisan kode tidak disertai karakter keempat kasus terbanyak yaitu dokumen dengan diagnosis *gastroenteritis acute unspecified* dengan kode rumah sakit A09 dan kode penulis A09.9 sebanyak 60 dokumen serta dokumen dengan diagnosis *gastroenteritis acute unspecified* lainnya yang disertai perdarahan dengan kode rumah sakit A09 dan kode penulis A09.0 sebanyak 1 dokumen.

c. Tidak ada pemberian kode

Ketidakakuratan kode diagnosis *gastroenteritis acute* karena tidak ada pemberian kode pada lembar masuk dan keluar sebanyak atau 31 dokumen dari 146 dokumen yang tidak akurat, hal ini dapat dilihat pada Tabel 4.4 berikut:

**Tabel 4. Ketidakakuratan Kode Diagnosis Gastroenteritis acute Berdasarkan Tidak**

No	Diagnosis	Jumlah Dokumen	Adanya Kode				Keterangan
			RS	Peneliti	A	TA	
1	GEA	14	-	A09.9		√	Tidak akurat, karena pada Lembar Masuk dan Keluar tidak dikode.
2	GEA	17	-	K52.9		√	Tidak Akurat, karena pada Lembar Masuk dan Keluar tidak dikode dalam hasil Laboratorium terdapat WB yang masih normal (5-10) sehingga kode yang tepat yaitu K52.9

3	GEA	1	-	P78.3	√	Tidak akurat, karena pada Lembar Masuk dan Keluar tidak dikode serta pasien berumur 7 hari sehingga kode yang tepat adalah P78.3
---	-----	---	---	-------	---	--

Berdasarkan data di atas menunjukkan bahwa ketidakakuratan kode diagnosis penyakit *gastroenteritis acute* karena tidak dikode yaitu *gastroenteritis acute* non-infeksi (K52.9) sebanyak 17 dokumen, *gastroenteritis acute* (A09.9) sebanyak 14 dokumen seta dokumen dengan diagnosis *gastroenteritis acute* pada bayi baru lahir (P78.3) sebanyak 1 dokumen.

212

Prosiding Call For Paper SMKNAS

Program Studi D3 Rekam Medik dan Informasi Kesehatan Universitas Duta Bangsa Surakarta Tahun 2019

## 2. Faktor-Faktor yang Berkaitan dengan Ketidakakuratan Kode Diagnosis Gastroenteritis Acute

### a. Faktor Tenaga Medis

Ketidakakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis* di RSUD Assalam Gemolong dipengaruhi karena tulisan dokter yang kurang jelas, ini menyebabkan petugas koding sulit membaca diagnosis sehingga menyebabkan ketidakakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* di RSUD Assalam Gemolong. Diagnosis yang salah atau tulisan yang tidak bisa dibaca merupakan awal dari penulisan kode yang salah serta tidak dituliskannya diagnosis pada lembar masuk keluar yang menyebabkan *coder* tidak dapat menuliskan kode penyakit.

### b. Tenaga Rekam Medis

Seorang *coder* sebagai pemberi kode bertanggungjawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh seorang dokter. Ketidakakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* di RSUD Assalam Gemolong dipengaruhi karena petugas koding kurang teliti dalam memberikan kode. Ketidaktelitian dalam memberikan kode diagnosis dapat dibagi menjadi beberapa faktor :

- 1) Kurang teliti dalam pemberian kode diagnosis, misalnya : pasien dengan diagnosis *Gastroenteritis acute* infeksi diberi kode A09, kode tersebut tidak akurat karena tidak disertai dengan karakter ke empat karena masih menggunakan ICD-10 yang belum ter-*update*.
- 2) Petugas *coder* dalam memberikan kode penyakit hanya melihat pada lembar masuk keluar saja, seharusnya petugas koding dalam memberikan kode penyakit harus melihat lembar rekam medis lainnya seperti lembar anamnesis, perjalanan penyakit, pemeriksaan penunjang untuk menghasilkan diagnosis akhir yang tepat sehingga kode yang dihasilkan akurat.
- 3) Petugas *coder* menggunakan buku pintar dalam proses pengkodean yang menyebabkan kode yang dihasilkan tidak akurat sesuai dengan ICD-10.

### c. Tenaga Kesehatan Lainnya

Tenaga kesehatan lainnya yang mempengaruhi dalam penetapan kode diagnosis yang akurat yaitu petugas Laboratorium terkadang tidak menambahkan hasil laboratorium pada dokumen rekam medis. Sehingga petugas *coding* tidak bisa melihat hasil laboratorium pada WBC/ angka leukositnya untuk melihat apakah termasuk *Gastroenteritis Acute* Infeksi atau *Gastroenteritis Acute* Non-Infeksi.

## PEMBAHASAN

### 1. Persentase Keakuratan dan Ketidakakuratan Kode Diagnosis *Gastroenteritis Acute*

a. *Kesalahan kode yang tidak sesuai dengan diagnosis*

Salah satu penyebab ketidakakuratan kode pada diagnosis *gastroenteritis acute* yaitu kesalahan kode yang tidak sesuai dengan diagnosis terjadi pada diagnosis *gastroenteritis acute* sebanyak

53 dokumen, petugas koding memberi kode A09. Sedangkan penulis mengkode K52.9. Ketidakakuratan kode yang tidak sesuai dengan diagnosis dikarenakan tenaga medis atau dokter yang menuliskan diagnosis tidak jelas dengan bahasa yang hanya dimengerti tenaga medis atau dokter saja serta petugas koding yang kurang teliti dalam menganalisis dokumen rekam medis. Dokter bertanggung jawab menuliskan diagnosis secara jelas dan mudah dibaca sehingga mudah di pahami oleh *coder* serta penulisannya harus lengkap dan jelas spesifik. Selain itu, *coder* sebaiknya lebih teliti dalam menganalisis lembar formulir dokumen rekam medis diantaranya seperti pada lembar anamnesis, hasil laboratorium, serta resume medis. Hal ini sesuai dengan penelitian Karimah dkk (2016) yang menyatakan bahwa banyaknya ketidaktepatan kode diagnosis *gastroenteritis acute* disebabkan oleh proses pengkodean oleh *coder* yang hanya melihat diagnosis utama, tanpa melihat anamnesis, pemeriksaan penunjang pasien. Dampak yang terjadi apabila penulisan kode diagnosis tidak tepat maka dapat menyebabkan turunnya mutu pelayanan di rumah sakit serta mempengaruhi data, informasi laporan dan ketepatan tarif INA CBG's yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan rumah sakit. Tarif INA CBG's untuk kasus infeksi dan non-infeksi berbeda karena sesuai peraturan yang ditetapkan oleh Permenkes No. 52 Tahun 2016 bahwa diagnosis *Gastroenteritis acute* infeksi lebih besar pembiayaannya dibandingkan *Gastroenteritis acute* kasus non-infeksi.

b. *Penulisan Kode yang Tidak Disertai Karakter Keempat atau Tidak Spesifik*

Ketidakakuratan kode diagnosis penyakit *Gastroenteritis acute* berdasarkan penulisan kode tidak disertai karakter keempat sebanyak 61 kasus dari 146 dokumen yang tidak akurat yaitu dokumen dengan diagnosis *gastroenteritis acute, unspecified* dengan kode rumah sakit A09 dan kode penulis A09.9 hal ini karena dalam lembar diagnosis tertera tanpa adanya komplikasi kemudian kasus kedua adalah *gastroenteritis acute* infeksi dengan perdarahan dan kode rumah sakit A09 dan kode penulis A09.0 karena pada lembar anamnesis dijelaskan bahwa Buang Air Besar disertai darah.

Ketidakakuratan kode diagnosis penyakit *gastroenteritis acute* berdasarkan penulisan kode tidak disertai karakter keempat ini disebabkan karena masih menggunakan ICD-10 versi 2010 yang belum *ter-update*. Penyebab lainnya juga disebabkan karena petugas koding yang kurang teliti dalam menganalisis dokumen rekam medis serta petugas koding menulis kode berdasarkan kebiasaan yang dilakukan dalam mengkode diagnosis penyakit *Gastroenteritis acute* cukup sampai dengan karakter ketiga tanpa menambahkan karakter keempatnya sehingga hal inilah yang mempengaruhi kode diagnosis menjadi tidak spesifik. Kode karakter keempat pada ICD-10 merupakan kode tambahan. Sesuai dengan aturan yang ada di dalam ICD-10 kode tambahan wajib untuk dicantumkan pada diagnosis utama.

c. *Tidak dikode*

Hal ini dikarenakan tidak adanya diagnosis penyakit pada lembar masuk keluar. Selain itu petugas lupa tidak menulis pada lembar masuk keluar melainkan hanya ditulis pada indeks penyakit. Adapun upaya yang dilakukan petugas yaitu memberikan kode penyakit pada lembar masuk keluar sebelum ditulis di indeks penyakit.

2. **Faktor-Faktor yang Berkaitan dengan Ketidakakuratan Kode Diagnosis *Gastroenteritis Acute***

a. *Faktor Tenaga Medis*

Tenaga medis (dokter) sebagai pembuat rekam medis harus menetapkan diagnosis secara jelas, namun di RSUD Assalam Gemolong masih terdapat dokumen yang tidak terbaca secara jelas. Hal ini sesuai dengan penelitian Karimah dkk (2016) yang menyatakan bahwa ketepatan penulisan diagnosis penyakit yang ditentukan oleh tenaga medis harus tepat dan lengkap beserta tanda tangan dokter penanggung jawab pasien. Ketepatan diagnosis sangat ditentukan oleh tenaga medis, dalam hal ini sangat bergantung pada dokter sebagai penentu diagnosis karena hanya profesi dokter yang mempunyai hak dan tanggung jawab untuk menentukan diagnosis pasien. *Coder* sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas ketepatan kode diagnosis yang sudah ditetapkan oleh petugas medis. Oleh karena itu, untuk mengurangi ketidaktepatan pemberian kode diagnosis dikarenakan diagnosis

yang tidak terbaca, karena penetapan diagnosis pasien merupakan hak, kewajiban dan tanggung jawab tenaga medis yang memberikan perawatan pada pasien. Apabila ada hal yang kurang jelas, tenaga rekam medis mempunyai hak dan kewajiban menanyakan atau berkomunikasi dengan tenaga medis yang bersangkutan.

b. *Faktor Tenaga Rekam Medis*

Tenaga rekam medis sebagai seorang *coder* bertanggungjawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang telah ditetapkan oleh tenaga medis atau dokter, sebelum memberikan kode penyakit *coder* harus mengkaji data rekam medis pasien untuk menemukan hal yang kurang jelas atau tidak lengkap. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Karimah dkk (2016), yang mengatakan bahwa proses *coding* ada beberapa kemungkinan yang dapat mempengaruhi hasil pengkodean dari *coder* yaitu bahwa penetapan diagnosis pasien merupakan hak, kewajiban dan tanggung jawab dokter yang memberikan perawatan pada pasien, dan *coder* tidak boleh mengubah (menambah atau mengurangi) diagnosis yang ada. Perakam medis bertanggung jawab atas ketepatan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh dokter. Apabila ada hal yang kurang jelas, perakam medis mempunyai hak dan kewajiban menanyakan atau berkomunikasi dengan dokter yang bersangkutan.

Berdasarkan hasil wawancara, *coder* di RSUD Assalam Gemolong bertugas mengkode dokumen rekam medis rawat inap dan rawat jalan. Dokumen rekam medis rawat inap yang dikode setiap hari rata-rata 20 dokumen. *Coder* hanya melihat pada lembar masuk keluar, sehingga dapat

terjadi ketidakakuratan antara diagnosis pada lembar masuk keluar dengan lembar anamnesis, perjalanan penyakit, pemeriksaan penunjang untuk menghasilkan diagnosis akhir yang tepat sehingga kode yang dihasilkan akurat. Seorang perekam medis harus mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia (ICD-10) tentang penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara diatas, petugas *coder* mengatakan bahwa belum pernah mengikuti pelatihan yang berhubungan dengan rekam medis. Sedangkan salah satu kompetensi pendukung yang dimiliki perekam medis adalah menerapkan latihan bagi staf yang berkaitan dengan sistem data pelayanan kesehatan.

c. *Tenaga Kesehatan Lainnya*

Hasil pemeriksaan penunjang sangat penting untuk ditambahkan pada dokumen rekam medis untuk mendukung dalam penegakan diagnosis dokter serta penentuan kode diagnosis. Berdasarkan hasil wawancara kepada petugas *coding* salah satu yang menyebabkan ketidakakuratan yaitu tidak ditambahkan pemeriksaan penunjang yang menyebabkan petugas *coding* tidak bisa melihat hasil laboratorium pada WBC/ angka leukositnya untuk melihat apakah termasuk *Gastroenteritis Acute* Infeksi atau *Gastroenteritis Acute* Non-Infeksi.

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Assalam Gemolong dapat diambil kesimpulan bahwa:

- a. Persentase ketidakakuratan kode diagnosis penyakit *Gastroenteritis acute* pada dokumen rekam medis rawat inap tahun 2017 di RSUD Assalam Gemolong adalah sebesar 100% atau sebanyak 146 dokumen rekam medis. Ketidakakuratan kode diklasifikasikan menjadi 3 yaitu kesalahan dalam pemberian kode sebanyak 53 dokumen dengan persentase 36,3 %, tidak dispesifikasikan dengan karakter keempat sebanyak 61 dokumen dengan persentase 41,78 % serta tidak dilakukan pengkodean sebanyak 32 dokumen dengan persentase 21,92%.
- b. Ketidakakuratan kode penyakit tersebut disebabkan 3 faktor yaitu faktor tenaga medis atau dokter, faktor tenaga rekam medis atau petugas *coding* dan faktor tenaga lainnya yaitu perawat. Faktor tenaga medis yaitu dokter diketahui bahwa tulisan dokter tersebut sulit untuk dibaca, dan terkadang dokter lupa menuliskan diagnosis. Sedangkan dari faktor tenaga rekam medis yaitu petugas koding diketahui bahwa petugas *coding* kesulitan dalam membaca tulisan dokter, selain itu petugas koding tidak meninjau ulang pada lembar anamnesis, perjalanan penyakit, pemeriksaan penunjang serta dalam proses pengkodean menggunakan ICD-10 versi 2010 yang belum *ter-update* yang menyebabkan kode yang diberikan menjadi tidak spesifik dan penggunaan buku pintar dalam proses pengkodean menyebabkan

kode yang dihasilkan tidak akurat sesuai dengan ICD-10. Untuk faktor tenaga lainnya berpengaruh pada penetapan kode diagnosis karena tidak menambahkan pemeriksaan penunjang.

## DAFTAR PUSTAKA

Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Dirjen Yanmed. Departmen Kesehatan RI. Jakarta.

Firdaus, S.U. 2012. *Rekam Medik dalam Sorotan Hukum dan Etika. Lembaga Pengembangan dan Pendidikan (LPP) UNS dan UPT Penerbitan dan Pencetakan UNS (UNS Press)*. Surakarta

Hatta, G.R. 2014. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan Revisi Buku Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis/Medical Record Rumah Sakit (1991) dan Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia (1994, 1997)*

Karimah, N.K., Setiawan, D dan Nurmalia, P.S. 2016. Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit *Gastroenteritis acute* Berdasarkan dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Balung Jember. *Journal of Agromedicine ang Medical Series*. 2 (2); 12-17

Kementerian Kesehatan RI. 2017. Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia.

ISBN 978-602-6363-78-7

- Margawati, R. 2014. *Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosa Gastroenteritis acute pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap berdasarkan ICD-10 di Rumah Sakit Anak Astrini Wonogiri Tahun 2014*. KTI. Surakarta, APIKES Citra Medika Surakarta.
- Menteri Kesehatan RI. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan. Jakarta.
- Menteri Kesehatan RI. 2008. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/ MENKES/ PER/ III/ 2008 Tentang Rekam Medis. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Saryono dan Anggraeni M.D. 2013. *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan*.  
Yogyakarta : Nuha Medika
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta
- Susanti, S. 2014. *Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis Utama Gastroenteritis acute pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Berdasarkan ICD-10 di Rumah Sakit Islam Amal Sehat Sragen tahun 2014*. KTI. Surakarta, APIKES Citra Medika Surakarta.
- Tanto, C., Liwang, F., Hanifati, S., Pradipta, E.A. 2014. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jilid1. Fakultas Kedokteran UI. Jakarta : Media Aesculapius
- Republik Indonesia. 2004. Undang-undang Republik Indonesia No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- WHO. 2010. *International Statistical Classification Of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision volume 1, 2 dan 3*. Geneva.