

Akurasi Penulisan Diagnosis Terhadap Risiko Kesalahan Koding Pada Lembar RM 1 Ruang Rawat Inap IRNA 2 Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram

Lalu Muhammad Amin¹⁾, Heru Purnama^{1)*}

1. Fakultas Kesehatan Universitas Qamarul Huda Badaruddin

DOI : 10.37824/pai.v2i2.103

Abstrak

Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram telah melakukan standar koding menggunakan ICD-10. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan April 2019 pada dokumen rekam medis rawat inap ruang IRNA 2 bahwa masih ditemukan ketidakakuratan koding dalam dokumen rekam medis. Hal ini didukung pada saat pendataan peneliti mengambil sebanyak 10 dokumen rekam medis triwulan terakhir tahun 2019, ditemukan 6 yang akurat dan 4 tidak akurat. mengingat pentingnya hubungan antara penulisan diagnosis terhadap kode diagnosis yang akan dihasilkan dan sebagai tolak ukur untuk kontrol kualitas dibagian koding unit rekam medis maka dalam penulisan tugas akhir ini, peneliti ingin membahas tentang “ Akurasi Penulisan Diagnosis Terhadap Risiko Kesalahan Koding Pada Lembar RM 1 Ruang Rawat Inap IRNA 2 di RSUD Kota Mataram Tahun 2019. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif dengan desain crosssectional. Populasi penelitian ini adalah 547 dokumen rekam medis rawat inap dengan sampel 100 yang diambil secara random sampling dengan tingkat kesalahan 10%. Dari 100 dokumen yang dijadikan sampel ditemukan ketidakjelasan penulisan diagnosis sebesar 10 (10%) dan yang jelas sebesar 90 (90%) diagnosis, kode yang tidak akurat sebesar 8 (8%) dan yang akurat sebesar 92 (92%). Faktor-faktor penyebabnya adalah tulisan yang kurang terbaca disebabkan karena petugas coder kurang teliti, serta dituntut untuk kerja lebih cepat

Korespondensi:

Heru Purnama

Fakultas Kesehatan UNIQHBA

*Universitas Qamarul Huda
Badaruddin*

*E-mail:
Herupurnama@gmail.com*

Keywords: Akurasi, Diagnosis, Koding

Pendahuluan

Dalam rangka upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan perlu adanya dukungan dari beberapa faktor, diantaranya yaitu terkait dengan perekaman data medis yang informatif, lengkap dan berkesinambungan, unit rekam medis di rumah sakit merupakan salah satu faktor

penunjang yang diharapkan dapat memberikan pelayanan dan informasi yang berkesinambungan pada pasien, dokter, dan tenaga medis lainnya.

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah sakit melakukan beberapa jenis pelayanan

diantaranya pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan, pelayanan rehabilitas, pencegahan dan peningkatan kesehatan, sebagai tempat pendidikan dan atau pelatihan medik dan sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi di bidang kesehatan serta untuk menghindari resiko dan gangguan kesehatan, sehingga perlu adanya penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit sesuai dengan persyaratan kesehatan (Kepmenkes, 2010).

Rekam Medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan. Manajemen Pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan adalah kegiatan menjaga, memelihara dan melayani rekam medis baik secara manual maupun elektronik sampai menyajikan informasi kesehatan di rumah sakit, praktik dokter klinik, asuransi kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan lainnya yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan menjaga rekaman (Permenkes No. 55 Tahun 2013).

Koding merupakan salah satu bagian penting dari unit rekam medis yang fungsinya memberi kode pada diagnosis utama yang sesuai dengan aturan ICD-10. Sistem klasifikasi penyakit merupakan pengelompokan penyakit-penyakit yang sejenis ke dalam satu group nomor kode penyakit sejenis sesuai dengan International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision (ICD-10) untuk istilah penyakit dan masalah yang berkaitan dengan kesehatan (Kasim dalam Hatta, 2011). Untuk pengodean yang akurat diperlukan rekam medis pasien yang lengkap setiap fasilitas kesehatan mengupayakan supaya pengisian rekam medis harus lengkap sesuai dengan peraturan yang berlaku. Pengode harus melakukan analisis kualitatif terhadap isi rekam medis tersebut untuk menemukan diagnosis, kondisi, terapi, dan pelayanan yang diterima pasien. Rekam medis harus memuat dokumen yang akan dikode, seperti pada lembar RM 1, lembar operasi dan laporan tindakan, laporan patologi dan resume pasien keluar (Hatta, 2016).

Berdasarkan hasil observasi awal pada bulan April tahun 2019 di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram pada ruangan IRNA 2 triwulan terakhir terdapat 547 pasien yang dirawat pada periode tersebut. Dari 10 Dokumen diantaranya yang tidak akurat 4 DRM dan yang akurat 6 DRM, 4 diantaranya yaitu hypertensive renal disease with renal failure, measles without complication, rheumatic heart disease, followup examination after psychotherapy. Mengingat pentingnya hubungan antara penulisan diagnosis terhadap kode diagnosis yang akan dihasilkan dan sebagai tolak ukur untuk kontrol kualitas dibagian koding unit Rekam Medis maka dalam penulisan tugas akhir ini, peneliti ingin membahas tentang “Akurasi Penulisan Diagnosis Terhadap Risiko Kesalahan Koding Pada Lembar RM 1 Ruang Rawat Inap IRNA 2 Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram Tahun 2019”.

Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis dapat merumuskan masalah “Bagaimana Akurasi Penulisan Diagnosis Terhadap Risiko Kesalahan Koding Pada Lembar RM 1 Ruang Rawat Inap IRNA 2 Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram Tahun 2019 ?”

Tujuan Penelitian

Tujuan umum

Mengetahui akurasi penulisan diagnosis terhadap risiko kesalahan koding diagnosis di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram.

Tujuan khusus

Mengidentifikasi ketidakjelasan penulisan diagnosis pada lembar RM 1 dokumen rekam medis rawat inap.

Mengidentifikasi keakuratan kode diagnosis pada lembar RM 1 dokumen rekam medis rawat inap berdasarkan ICD-10.

Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi ketidak jelasan penulisan diagnosis.

Desain Penelitian

Desain penelitian adalah suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun peneliti pada seluruh proses penelitian (Nursalam, 2011). Berdasarkan tujuan penelitian, desain yang digunakan adalah deskriptif, yang merupakan penelitian yang dilakukan terhadap sekumpulan objek yang biasanya bertujuan untuk melihat gambaran fenomena (termasuk kesehatan) yang terjadi didalam populasi tertentu (Notoatmodjo, 2012). Pada penelitian ini menggunakan crossectional.

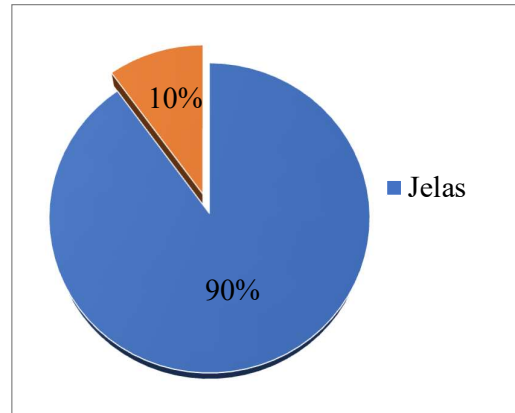
Hasil

Mengidentifikasi ketidakjelasan penulisan diagnosis pada lembar RM 1 dokumen rekam medis rawat inap

Penulisan diagnosis yang ditulis pada resume medis dan formulir ringkasan masuk dan keluar (lembar RM 1) oleh dokter yang merawat pasien sesuai dengan temuan dan penanganan yang telah dilakukan oleh tenaga medis. tentang prosedur pelayanan yang berbunyi untuk memenuhi kesesuaian INA CBGs, dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosis yang tepat dan jelas sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9 CM. Dokter penanggung jawab harus menuliskan nama dengan jelas serta menanda tangani berkas pemeriksaan (resume medik). Dan aturan penulisan dalam ICD-10 diagnosis singkatan tidak diperbolehkan (Permenkes No. 40 Tahun 2012). Salah satu faktor penyebab ketidaktepatan penulisan diagnosis adalah karena dokter tidak menggunakan bahasa terminologi medis dengan benar sehingga terjadi kesalahan diagnosis. Dampak yang terjadi bila penulisan 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 beresiko mengancam jiwa pasien. (Hatta. 2011).

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, penulisan yang tidak jelas disebabkan oleh berbagai faktor seperti kurangnya waktu dokter untuk menulis diagnosis serta beban kerja yang banyak sehingga menyebabkan

masalah tulisan dokter yang sulit dibaca dengan jelas oleh petugas. Kurangnya pemahaman dokter mengenai penulisan diagnosis seperti yang disyaratkan ICD-10. Dukungan dari petugas medis lain sangat diperlukan untuk membantu dokter dalam menulis diagnosis yang jelas, terutama untuk mengingatkan dokter untuk melengkapi isi rekam medis. Persentase tingkat ketidakjelasan penulisan bisa dilihat pada diagram dibawah ini:



Gambar 1. Diagram Persentase Ketidakjelasan Penulisan Diagnosis

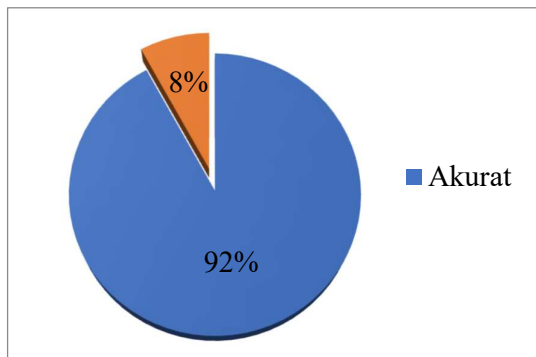
Penulisan diagnosis yang jelas sangat berpengaruh terhadap ketepatan kode yang dihasilkan sebaliknya jika penulisan diagnosis tidak jelas akan berisiko menghasilkan kode yang tidak tepat. Pemahaman dokter tentang mengenai penulisan diagnosis seperti yang disyaratkan ICD-10 sangat diperlukan.

Mengidentifikasi keakuratan kode diagnosis pada lembar RM 1 dokumen rekam medis rawat inap,

Pemberian kode penyakit dilakukan setelah dokumen rekam medis diantarkan ke unit rekam medis bagian kodefikasi rawat inap. Petugas pada bagian koding akan memberikan kode sesuai diagnosis penyakit dengan menggunakan ICD-10 pada dokumen rekam medis. Standar dan etik pengodean yang dikembangkan AHIMA (the american health information management association), meliputi beberapa standar yang harus dipenuhi oleh seorang pengode atau coder salah satunya adalah akurat, komplet, dan konsisten untuk menghasilkan data yang berkualitas (Hatta 2013). Ketepatan koding dari suatu

diagnosis dan tindakan dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya tulisan dokter yang sulit dibaca, diagnosis dan tindakan yang tidak spesifik, dan keterampilan petugas koder, kegiatan pengkodean adalah penetapan kode dengan menggunakan huruf dan angka yang mewakili komponen data (Budi 2010).

Kode yang kurang tepat adalah kode yang tidak sesuai dengan ketentuan ICD-10 dan ICD-9-CM, kelengkapan informasi penunjang pada dokumen rekam medis oleh tenaga medis sehingga perlu kerja sama yang baik antara tenaga medis untuk menghasilkan kode yang tepat dan akurat (Dyah 2013). Pengkodean diagnosis maupun tindakan, petugas rekam medis diharuskan mengkaji data rekam medis pasien untuk menemukan kekurangan, kekeliruan atau adanya kesalahan. Oleh karena itu ketepatan isi rekam medis merupakan persyaratan untuk menemukan diagnosis dan tindakan, sehingga kerjasama dokter dengan petugas koding menentukan dalam ketepatan kode diagnosis dan tindakan (Hamid, 2013)



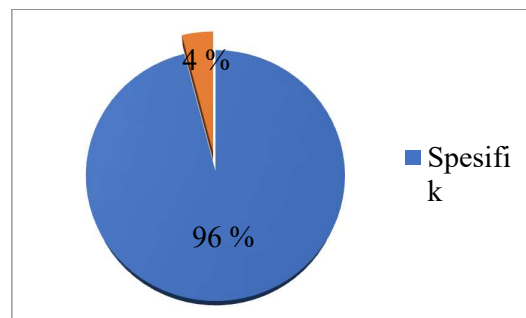
Gambar 2. Diagram Persentase Kode Akurat Dan Tidak Akurat

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 100 dokumen rekam medis tingkat keakuratan kode berkisar antara 92 berkas (92%) sedangkan ketidakakuratan berkisar antara 8 berkas (8%), dari jenis diagnosis yang ada pada dokumen rekam medis.

Identifikasi kode diagnosis yang tidak spesifik

Standar dan etik pengodean yang dikembangkan AHIMA (the american health information management association), meliputi beberapa standar yang harus dipenuhi oleh seorang pengode atau koder salah satunya adalah akurat, komplet, dan konsisten untuk menghasilkan data yang berkualitas (Hatta 2013). Kode yang kurang tepat adalah kode yang tidak sesuai dengan ketentuan ICD-10 dan ICD-9-CM, kelengkapan informasi penunjang pada dokumen rekam medis oleh tenaga medis sehingga perlu kerja sama yang baik antara tenaga medis untuk menghasilkan kode yang tepat dan akurat (Dyah 2013). Sebagai koder yang baik dalam menentukan suatu diagnosa yaitu dengan menyeleksi kembali diagnosa yang telah di tegakkan. Untuk itu aturan dalam menyeleksi suatu diagnosa utama adalah Penulisan diagnosis harus lengkap dan spesifik atau menunjukkan letak, topografi, dan etiologinya (Permenkes No. 27 thn 2014).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terdapat dokumen rekam medis 96 (96%) yang spesifik dan 4 (4%) yang tidak spesifik, antara lain sebagai berikut:



Gambar 3. Diagram Persentase Kode Spesifik dan Tidak Spesifik

Untuk kasus Fracture of other toe, open kode ICD-10 oleh petugas koding adalah S92.5, sedangkan di dalam ICD-10 volume 1 Tabular List halaman 910 kode S92.5 itu untuk kasus Fracture of other to, sehingga kode yang tepat untuk kode Fracture of other toe, open adalah S92.51 sudah ditetapkan dalam ICD-10 volume 1 Tabular List halaman 910. Untuk kasus

Fracture of other toe, open yang dikode dengan tidak tepat sebanyak 1 (1%).

Fracture of other toe (S92.5)

0	closed
1	open

Gambar 4. Kode Fraktur Of Other Toe, open yang Tidak Spesifik

Sehingga kode yang tepat untuk Fraktur Of Other Toe, open adalah S92.51

S92 Fracture of foot, except ankle Sub bagian tindak lanjut disediakan untuk penggunaan opsional dalam posisi karakter tambahan di mana tidak mungkin atau tidak diinginkan untuk menggunakan beberapa penyebab pengkodean untuk mengidentifikasi fraktur dan luka terbuka, fracture tidak diindikasikan sebagai tertutup atau terbuka harus diklasifikasikan sebagai tertutup.

0 closed

1 open

Excludes: ankle (S82.-)

malleolus (S82.-)

S92.0 Fracture of calcaneus

Heel bone

Os calcis

S92.1 Fracture of talus

Astragalus

S92.2 Fracture of other tarsal bone(s)

Cuboid

Cuneiform, foot
(intermediate)(lateral)(medial)

Navicular, foot

S92.3 Fracture of metatarsal bone

S92.4 Fracture of great toe

S92.5 Fracture of other toe

Gambar 5. Kode Fraktur Of Other Toe, Open yang Spesifik

Untuk kasus Unstable angina kode ICD-10 oleh petugas koding adalah I20, sedangkan di dalam ICD-10 volume 1 Tabular List halaman 449 kode I20 itu untuk kasus Angina pectoris, sehingga kode yang tepat untuk kasus Unstable angina adalah I20.0 sudah ditetapkan dalam ICD-10 volume 1 Tabular List halaman

1. 449. Untuk kasus unstable angina yang dikode dengan tidak tepat sebanyak 1 (1%).

Ischaemic heart diseases

(I20-I25)

Note: Untuk morbiditas, durasi seperti yang digunakan dalam kategori I21, I22, I24 dan I25 mengacu pada interval yang berlalu antara onset episode iskemik dan masuk ke perawatan. Untuk mortalitas, durasi mengacu pada interval yang berlalu antara onset dan kematian.

Includes: with mention of hypertension (I10-I15)

Use additional code, if desired, to identify presence of hypertension.

I20 Angina pectoris

Gambar 6. Kode Unstable Angina yang Tidak Spesifik

I20.0 Unstable angina

Angina:

- crescendo
- de novo effort
- worsening effort

Intermediate coronary syndrome

Preinfarction syndrome

Gambar 7. Kode Unstable Angina yang Spesifik

Untuk kasus Congestive heart failure kode ICD-10 oleh petugas koding adalah I50, sedanngkan di dalam ICD-10 volume 1 Tabular List halaman 464 kode I50 itu untuk kasus Heart failure, sehingga kode yang tepat untuk kasus Congestive heart failure adalah I50.0, sudah ditetapkan dalam ICD-10 volume 1 Tabular List halaman 464. Untuk kasus Congestive heart failure yang dikode dengan tidak tepat sebanyak 1 (1%).

I50 Heart failure
Excludes: complicating:
· abortion or ectopic or molar pregnancy (000-007 , 008.8)
· obstetric surgery and procedures (075.4) due to hypertension (I11.0)
· with renal disease (I13.-) following cardiac surgery or due to presence of cardiac prosthesis (I97.1) neonatal cardiac failure (P29.0)

Gambar 8. Kode Congestive Heart Failure yang Tidak Spesifik

I50.0 Congestive heart failure
Congestive heart disease
Right ventricular failure (secondary to left heart failure)

Gambar 9. Kode Congestive Heart Failure yang Spesifik

Untuk kasus Fracture of other metacarpal bone, open kode ICD-10 oleh petugas koding adalah S62.2, sedangkan di dalam ICD-10 volume 1 Tabular List halaman 897 kode S62.2 itu untuk kasus Fracture of other metacarpal bone, sehingga kode yang tepat untuk kasus Fracture of other metacarpal bone, open adalah S62.21, sudah ditetapkan dalam ICD-10 volume 1 Tabular List halaman 897. Untuk kasus Fracture of other metacarpal bone, open dikode dengan tidak tepat sebanyak 1 (1%).

Fracture of first metacarpal bone (S62.2)
Bennett's fracture
0 cloed
1 open

Gambar 10 Kode Fracture Of Metacarpal Bone yang Tidak Spesifik

Sehingga kode yang tepat untuk Fracture of first metacarpal bone, open adalah S62.21

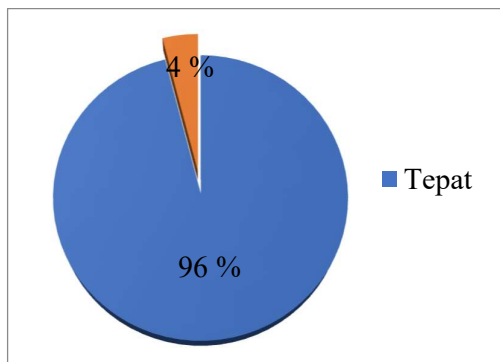
S62 Fracture at wrist and hand level
Subdivisi berikut disediakan untuk penggunaan opsional dalam a posisi karakter tambahan di mana tidak mungkin atau tidak ingin menggunakan banyak kode untuk mengidentifikasi fraktur dan luka terbuka, fraktur yang tidak diindikasikan sebagai tertutup atau terbuka harus diklasifikasikan sebagai tutup.
0 closed
1 open
Excludes: fracture of distal parts of ulna and radius (S52.-)
S62.0 Fracture of navicular [scaphoid] bone of hand
S62.1 Fracture of other carpal bone(s)
Capitate [os magnum]
Hamate [unciform]
Lunate [semilunar]
Pisiform
Trapezium [greater multangular]
Trapezoid [lesser multangular]
Triquetrum [cuneiform of carpus]
S62.2 Fracture of first metacarpal bone
Bennett's fracture

1. Identifikasi kode diagnosis yang kurang tepat

Elemen kualitas pengodean salah satunya yaitu kode tepat sesuai diagnosis dan tindakan (Hatta 2013). Ketepatan koding dari suatu diagnosis dan tindakan dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya tulisan dokter yang sulit dibaca, diagnoosis dan tindakan yang tidak spesifik, dan keterampilan petugas koder,

kegiatan pengkodean adalah penetapan kode dengan menggunakan huruf dan angka yang mewakili komponen data (Budi 2010). Menurut Lily Kresnowati, 2013 peran coder dalam proses koding bersifat sentral, karena sangat menentukan tingkat akurasi kode diagnosis penyakit atau prosedur medis. Pengetahuan akan tata cara koding serta ketentuan-ketentuan dalam ICD-10 akan membuat coder menentukan kode dengan lebih akurat.

Berdasarkan hasil penelitian terdapat 96 (96 %) kode diagnosis yang tepat dan 4 (4 %) kode diagnosis yang kurang tepat, antara lain sebagai berikut:



Gambar 12 Diagram Persentase Kode Tepat Dan Kurang Tepat

Untuk kasus Hepatitis A without hepatic coma kode ICD-10 oleh petugas koding adalah B15.0, sedangkan di dalam ICD-10 volume 1 Tabular List halaman 137 kode B15.0 itu untuk kasus hepatitis A with hepatic coma, sehingga kode yang tepat untuk kasus Hepatitis A without hepatic coma adalah B15.9 sudah ditetapkan dalam ICD-10 volume 1 Tabular List halaman 137. Untuk kasus hepatitis A without hepatic coma yang dikode dengan tidak tepat sebanyak 1 (1%).

Viral hepatitis

(B15-B19)

Excludes: cytomegaloviral hepatitis (B25.1)

hepatitis herpesviral [herpes simpleks] (B00.8)

sekuele hepatitis virus (B94.2)

Gunakan kode tambahan (Bab XX), jika diinginkan,

untuk mengidentifikasi obat, jika hepatitis pasca transfusi.

B15 Acute hepatitis A

B15.0 Hepatitis A with hepatic coma

Gambar 13. Kode Hepatitis A Without Hepatic Coma yang Kurang Tepat

B15.9 Hepatitis A without hepatic coma

Hepatitis A (acute)(viral) NOS

Gambar 14. Kode Hepatitis A Without Hepatic Coma yang Tepat

Untuk kasus Rectal polyp kode ICD-10 oleh petugas koding adalah K62.3, sedangkan di dalam ICD-10 volume 1 Tabular List halaman 552 kode K62.3 itu untuk kasus rectal prolapse, sehingga kode yang tepat untuk kasus Rectal polyp adalah K62.1 sudah ditetapkan dalam ICD-10 volume 1 Tabular List halaman 552. Untuk kasus Rectal polyp yang dikode dengan tidak tepat sebanyak 1 (1%).

K62.3 Rectal prolapse

Prolapse of rectal mucosa

Gambar 14. Kode Rectal Polyp yang Kurang Tepat

K62 Other diseases of anus and rectum

Includes: anal canal

Excludes: colostomy and enterostomy malfunction (K91.4)

faecal incontinence (R15)

haemorrhoids (I84.-)

ulcerative proctitis (K51.2)

K62.0 Anal polyp

K62.1 Rectal polyp

Excludes: adenomatous polyp (D12.8)

K62.2 Anal prolapse

Prolapse of anal canal

Gambar 15. Kode Rectal Polyp yang Tepat

Untuk kasus Hypo-osmolality and hyponatraemia kode ICD-10 oleh petugas koding adalah E87.0, sedangkan di dalam ICD-10 volume 1 Tabular List halaman 290 kode E87.0 itu untuk kasus Hyperosmolality and hypernatraemia, sehingga kode yang tepat untuk kasus Hypo-osmolality and hyponatraemia adalah E87.1, sudah ditetapkan dalam ICD-10 volume 1 Tabular List halaman 290. Untuk kasus Hypo-osmolality and hyponatraemia yang dikode dengan tidak tepat sebanyak 1 (1%).

E87 Other disorders of fluid, electrolyte and acid-base balance
E87.0 Hyperosmolality and hypernatraemia Sodium [Na] excess
Sodium [Na] overload

Gambar 17 . Kode Hypo-Osmolality And Hyponatraemia yang Kurang Tepat

E87.1 Hypo-osmolality and hyponatraemia Sodium [Na] deficiency
Excludes: Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone (E22.2)

Gambar 18. Kode Hypo-osmolality and hyponatraemia yang Tepat

Untuk kasus Calculus in bladder kode ICD-10 oleh petugas koding adalah N21.1, sedangkan di dalam ICD-10 volume 1 Tabular List halaman 663 kode N21.1 itu untuk kasus Calculus in urethra, sehingga kode yang tepat untuk kasus Calculus in bladder adalah N21.0, sudah ditetapkan dalam ICD-10 volume 1 Tabular List halaman 663. Untuk kasus Calculus in bladder dikode dengan tidak tepat 1 (1%).

N21.1 Calculus in urethra
N21.8 Other lower urinary tract calculus

N21.9 Calculus of lower urinary tract, unspecified

Gambar 19 Kode Calculus In Bladder yang Kurang Tepat

N21 Calculus of lower urinary tract
Includes: with cystitis and urethritis
N21.0 Calculus in bladder
Calculus in diverticulum of bladder
Urinary bladder stone
Excludes: staghorn calculus (N20.0)

Gambar 20. Kode Calculus In Bladder yang Tepat

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakjelasan penulisan diagnosis

Ketidakjelasan penulisan diagnosis dan adanya singkatan-singkatan baru yang digunakan oleh dokter yang merawat. Dimana telah dijelaskan dalam PerMenKes Nomor 40 tahun 2012 tentang “pedoman pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat” Bab iv tatalaksana pelayanan kesehatan, bagian B tentang prosedur pelayanan, yang berbunyi “untuk memenuhi kesesuaian INA CBGs, dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosis yang tepat dan jelas sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9 CM. Dokter penanggung jawab harus menuliskan nama dengan jelas serta menanda tangani berkas pemeriksaan (resume medik). Dan aturan penulisan dalam ICD-10 diagnosis singkatan tidak diperbolehkan.

Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter (tenaga medis) yang terkait tidak boleh di ubah, oleh karenanya diagnosis yang ada dalam rekam medis harus diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada buku ICD-10. Dan di dalam SOP pengkodean (coding) yang di tetapkan di RSUD Kota Mataram telah di jelaskan bahwa “tenaga rekam medis harus memberi kode diagnosis yang sudah ada. Sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis karenanya apabila diagnosis kurang jelas

atau tidak lengkap sebelum di koding di komunikasikan dulu kepada dokter yang membuat diagnosis tersebut.

Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan tingkat keakuratan pemberian kode diagnosis ICD-10 rawat inap ruang IRNA 2 di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram, dari 100 dokumen rekam medis yang diteliti yang dikode dengan tidak akurat 8 (8%) dan yang akurat sebanyak 92 (92%). Sehingga pemberian kode diagnosis ICD-10 rawat inap ruang IRNA 2 di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram sudah memenuhi standar ICD-10.

saran

Untuk manajemen rumah sakit

Meningkatkan evaluasi disetiap bagian pelayanan rekam medis, khususnya bagi dokter dan petugas koding agar tidak terjadi ketidakterbacaan penulisan diagnosis, penulisan yang tidak spesifik dan kesalahan pengodean pada dokumen rekam medis agar menghasilkan mutu yang berkualitas.

Perlu adanya audit terhadap kode yang ditulis secara spesifik dan ketepatan kode diagnosis sebagai pengawasan terhadap mutu koding.

Untuk tenaga rekam medis

Petugas koding harus lebih teliti lagi di dalam mengkode diagnosis, agar tingkat ketepatan kode yang dihasilkan sesuai dengan diagnosis yang ada pada dokumen rekam medis, atau jika perlu menanyakan pada dokter yang menuliskan diagnosis atau yang merawat pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Arif, Sumantri. (2011). Metodologi penelitian kesehatan edisi pertama . Jakarta: kencana.

Anggraini, Mayang. (2004). Diagnosis, Informasi Klinis, dan Struktur ICD-10, Jakarta: Universitas Esa Unggul

Budi, Ketepatan Kode Diagnosis Pada Klinik Bedah Berdasarkan Icd-10 Di RSUD Wates Triwulan 1 2017 tahun 2010

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan

Republik Indonesia
No.340/MENKES/PER/III tentang
Klasifikasi Rumah Sakit. Jakarta.
2010.

Dyah, Akurasi Kode Diagnosiss Cronic Kidney Disease Berdasarkan ICD-10 Pasien Rawat Innap Di RSUD dr. Sayidman Magetan Tahun 2013.

Erkadius, "ICD-10 Vol 2 terjemahan Bahasa Indonesia, 2014.

Rustiyanto, Ery. Statistik Rumah Sakit Untuk Pengambilan Keputusan. Edisi Pertama. Graha Ilmu. Yogyakarta. 2010.

Hatta, Gemala R. 2011. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta : Universitas Indonesia.

Hatta, Gemala R. 2013. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. (Jakarta: UI-Press)

Hamid, (2013) Hubungan Ketepatan Dan Penulisan Diagnosis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Kasus Obstetri Gynecology Pasien Rawat Inap. Surakarta: Universitas Muhamadiyah Surakarta.

Liliy, Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Akurasi Koding Diagnosis Dan Prosedur Medis Pada Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Kota Semarang, Tahun 2013

Nursalam. (2011) Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Jakarta : Salemba Medika.

Notoatmodjo S. (2012). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.

**Permenkes RI, No. 56 / 2014, Tentang
Klasifikasi Perizinan Rumah
Sakit.(Jakarta : Depkes RI. 2014).**

**Menkes RI. 2014. Peraturan Menteri
Kesehatan RI Nomor 27 Tahun 2014
tentang Petunjuk Teknis Sistem
Indonesian Case Base Groups (CBGs).**

**Menkes RI. 2008. Peraturan Menteri
Kesehatan RI Nomor
269/MENKES/PER/III/2008 tentang
Rekam Medis.**