

PENGARUH KOMPETENSI CODER TERHADAP KEAKURATAN DAN KETEPATAN PENGKODEAN MENGGUNAKAN ICD-10 DI RUMAH SAKIT “X” PEKANBARU TAHUN 2016

Nur Maimun¹, Jihan Natassa², Wen Via Trisna³, Yeye Supriatin⁴
^{1,2,3}STIKes Hang Tuah Pekanbaru, ⁴Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru
nurmainun83@gmail.com

Abstrak

Ketepatan dalam pemberian kode diagnosis merupakan hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis, kualitas data terkode merupakan hal penting bagi kalangan tenaga personel Manajemen Informasi Kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kompetensi *coder* terhadap keakuratan dan ketepatan pengkodean menggunakan ICD-10 di Rumah Sakit “X” Pekanbaru. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan rancangan pendekatan studi kasus (*case study*) dengan jumlah informan 5 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tenaga medis (dokter) belum pernah mendapatkan pelatihan mengenai koding, tulisan dokter sulit dibaca, kesalahan membuat kode diagnose/prosedur, dokter menggunakan singkatan kata yang tidak standar, masih ada petugas belum memahami nomenklatur dan menguasai anatomi dan patologi, sarana dan prasarana dalam mendukung keakuratan dan ketepatan koding sudah ada, kesalahan dalam pengkodean terjadi karena kurang telitnya petugas. Keakuratan dan ketepatan dalam pegkodean sangat berpengaruh terhadap tarif INA CBG’s, dan komite medik sangat berperan dalam kasus *severity level III*, sedangkan Rekam Medik berperan dalam monitoring/evaluasi penatalaksanaan koding. Jika ada resume yang tidak jelas tim *case-mix* memeriksa berkas rekam medis yang dibutuhkan untuk kesesuaian diagnosa/coding.

Kata Kunci : ICD-10, Kompetensi Coder, Keakuratan dan Ketepatan Pengkodean

Abstract

The accuracy in administering the diagnosis code was the important matter for medical recorder, quality of data was the most important thing for health information management of medical recorder. This study aims to know the coder competency for accuracy and precision of using ICD-10 at “X” Hospital in Pekanbaru. This study was a qualitative method with case study implementation from five informan. The result show that medical personnel (doctor) have never received a training about coding, doctor’s writing that hard and difficult to read, failure for making diagnose’s code or procedures, doctor used an usual abbreviations that are not standard, there’s still an officer who are not understand about the nomenclature and mastering anatomy phatology, facilities and infrastructure were supported for accuracy and precision of the existing code. The errors of coding always happen because there is a human error. The accuracy and precision in coding very influence against the cost of INA CBG’s, medical and the committee did most of the work in the case of severity level III, while medical record had a role in monitoring or evaluation of coding implementation. If there are resumes that is not clearly case-mix team check file needed medical record the result the diagnoses or coding for conformity.

Keywords: coder competency, accuracy and precision of coding, ICD-10

PENDAHULUAN

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS sebagai badan hukum publik dibentuk dengan undang-undang khusus dan hanya menyelenggarakan program Jaminan Sosial yang merupakan program Negara sesuai amanat Pasal 28 H ayat (1),(2) dan (3) serta pasal 34 ayat (1) dan (2) UUD 1945. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan (Kemenkes RI, 2013).

BPJS Kesehatan bermitra dengan rumah sakit dan unit-unit pelayanan kesehatan lainnya untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Rumah sakit sebagai organisasi dan manajemen dengan ciri khas, memberikan layanan medis yang dilakukan oleh tenaga medis dan para medis professional seperti: dokter, dokter gigi, dan paramedis yang didukung oleh tenaga non medis, tenaga administrasi dan tenaga teknis lainnya yang memberikan pelayanan umum beserta sarana dan prasarana yang diperlukan. Dari definisi tersebut program peningkatan manajemen dan mutu rumah sakit merupakan peran dari rekam medis (DepKes, 2009).

PERMENKES RI Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 Bab I pasal 1 tentang rekam medis, menjelaskan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien. Manfaat rekam medis dapat dipakai untuk pemeliharaan kesehatan, pengobatan pasien, alat bukti dalam proses penegakan hukum atas tindakan medis, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan, data statistik kesehatan, keperluan pendidikan dan penelitian. Rekam Medis dikatakan bermutu apabila rekam medis tersebut akurat, lengkap, dapat dipercaya, valid, dan tepat waktu. Satu di antara sistem pengolahan data yang penting dalam sistem rekam medis adalah sistem pengkodean (Abdelhak et.al, 2001).

Sistem pengkodean/sistem klasifikasi penyakit merupakan pengelompokan

penyakit-penyakit yang sejenis ke dalam satu grup nomor kode penyakit sejenis sesuai dengan International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem revisi 10 (ICD-10) untuk istilah penyakit dan masalah yang berkaitan dengan kesehatan, dan International Classification of Disease Clinical Modification revisi kesembilan (ICD-9 CM) untuk prosedur/tindakan medis yang merupakan klasifikasi komprehensif (Kasim, 2011).

Dalam pengkodean diagnosis yang akurat, komplet dan konsisten akan menghasilkan data yang berkualitas. Ketepatan dalam pemberian kode diagnosis merupakan hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis, kualitas data terkode merupakan hal penting bagi kalangan tenaga personel Manajemen Informasi Kesehatan. Ketepatan data diagnosis sangat krusial di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan (Hatta. GR, 2008).

Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 377/MenKes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan menyatakan bahwa salah satu atau kompetensi yang harus dimiliki oleh perekam medis adalah klasifikasi dan kodefikasi penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis. Selama beberapa tahun, penggunaan prosedur dan istilah penyakit yang berbeda-beda mengakibatkan pengumpulan dan pengolahan data morbiditas dan mortalitas menjadi tidak akurat. Sebagai usaha untuk mengorganisasikan dan menstandarkan bahasa medis, para ahli penyelenggara kesehatan berhasil mengembangkan nomenklatur penyakit, sistem klasifikasi penyakit, dan perbendaharaan istilah medis klinis.

Seorang coder harus mampu melaksanakan atau melakukan suatu pekerjaan yang dilandasi atas kompetensi, keterampilan dan pengetahuan serta didukung oleh sikap kerja yang menjadi

karakteristik individu. Kompetensi merupakan suatu kemampuan untuk melaksanakan atau melakukan suatu pekerjaan atau tugas yang dilandasi atas keterampilan dan pengetahuan serta didukung oleh sikap kerja yang menjadi karakteristik individu, dituntut oleh pekerjaan tersebut (Wibowo, 2008).

Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 377/MenKes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan menyatakan bahwa salah satu atau kompetensi yang harus dimiliki oleh perekam medis adalah klasifikasi dan kodefikasi penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis. Selama beberapa tahun, penggunaan prosedur dan istilah penyakit yang berbeda-beda mengakibatkan pengumpulan dan pengolahan data morbiditas dan mortalitas menjadi tidak akurat. Sebagai usaha untuk

mengorganisasikan dan menstandarkan bahasa medis, para ahli penyelenggara kesehatan berhasil mengembangkan nomenklatur penyakit, sistem klasifikasi penyakit, dan perbendaharaan istilah medis klinis.

Tenaga coder di Rumah Sakit "X" Pekanbaru berlatar belakang pendidikan D3 Rekam Medis, namun dalam pengkodingannya masih terdapat salah/belum tepat. Berdasarkan survey awal 463 berkas rekam medis rawat inap pada formulir ringkasan masuk dan keluar ditemukan 93 kesalahan atau tidak tepat dalam pengkodean penyakit (diagnosa), penentuan diagnosa utama/diagnosa sekunder serta ketidaktepatan coder dalam pengkodean, diantaranya seperti pada tabel. 1. Hal ini dapat menghambat dalam pengklaiman jaminan kesehatan nasional dan dapat merugikan pihak rumah sakit.

Tabel 1
Ketidaktepatan Pemberian Kode Penyakit Menggunakan ICD-10
Di Rumah Sakit "X" Pekanbaru Tahun 2016

No	Diagnosa	Seharusnya	Hasil koding	Ket
1	<i>Anaemia, unspecified</i>	D64.9	J18.9	Tidak ada di resume medis (<i>coder</i> tidak teliti)
2	<i>Epidural haemorrhage</i>	S06.4	S02.0	Tidak perlu dikoding karena integral dengan diagnose sekunder dan diagnose utama
3	<i>Iron deficiency anaemia, unspecified</i>	D50.9	M32.9	Salah penentuan kode diagnose utama dan diagnose sekunder karena yang menyerap sumber daya adalah D50.9 (sumber daya transfusi)
4	<i>Essential Primary hypertension</i>	I 10	R 10.1	Salah penentuan diagnose utama ada diagnosa yang lebih spesifik selain kode "R"
5	<i>Dengue Haemorrhagic fever</i>	A90	A91	Salah kode karena trombosit masih dalam batas normal 158.000/ul
6	<i>Anemia post haemorrhage</i>	D62	D50.0	Salah koding seharusnya D62 (<i>anemia post haemorrhage</i>) perdarahan saluran cerna bagian atas
7	<i>Calculus of gallbladder without cholecystitis</i>	K80.2	R10.1	Tidak perlu dikoding karena R10.1 sudah integral dengan K80.2 jadi diagnose utama adalah K80.2
8	<i>Anemia + Melena</i>	D62	D64.9	Salah koding seharusnya D62 (<i>anemia post haemorrhage</i>) post melena
9	<i>Benign paroxysmal vertigo</i>	H18.1	R42	R42 (vertigo) tidak perlu dikoding karena sudah integral dengan H18.1
10	<i>Pulmonary oedema</i>	J81	I50.0	Salah penentuan diagnose utama dan diagnosa sekunder

Sumber: Data Primer Rumah Sakit “X” Pekanbaru Tahun 2016

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh Kompetensi Coder Terhadap Keakuratan dan Ketepatan Pengkodean Menggunakan ICD-10 di Rumah Sakit “X” Pekanbaru Tahun 2016”

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini menggunakan kualitatif dengan rancangan pendekatan studi kasus (*case study*), Informan penelitian berjumlah 5 orang terdiri dari koordinator pengolahan data, kepala unit rekam medis, Ketua *case-mix* dan pelaksana koding. Metode yang digunakan adalah metode tehnik observasi, wawancara, dan hasil penelusuran dokumen. Dengan pengolahan data menggunakan triangulasi, triangulasi sumber, triangulasi metode, triangulasi data. Data dianalisis secara deskriptif dengan menggunakan teknik *Content Analysis*.

HASIL

1.1 Kompetensi Petugas

1.1.1 Tenaga Medis

Pada penelitian ini berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap informan, tenaga medis menjelaskan bahwa tenaga *coder* sudah memahami tentang pengkodean sedangkan pelatihan tentang koding belum pernah diikuti oleh dokter. Hal tersebut dapat dilihat pada kutipan berikut ini:

“Petugas sudah memiliki kompetensi /keterampilan dalam mengkoding, ada SPO/Kebijakan khusus terkait koding /penetapan kode sudah ada dan sudah dilaksanakan, dokter belum pernah mendapatkan pelatihan mengenai koding karena di Rumah Sakit ini sistem case-mix baru berjalan sejak maret 2017”(Informan 4)

“Saya mengetahui sedikit tentang struktur dan isi ICD10 dan ICD 9 CM dan tenaga koder membuat kode diagnosa berdasarkan resume DPJP, jika ada diagnosa yang meragukan dilakukan konfirmasi baik via telp/via WA kedokter yang bersangkutan maupun diskusi dengan sistem case-mix, langkah –langkah koding sedikit mengetahui karena ada sedikit

didapatkan waktu mata kuliah psikiatri, permasalahan yang sering terjadi adalah tulisan dokter sulit dibaca, kesalahan membuat kode diagnosa/prosedur, dokter menggunakan singkatan kata yang tidak standar, coder kurang teliti dalam penentuan kode, dokter tidak membuat diagnosa yang sesuai standar. Resume tidak lengkap, pasien ditangani oleh multi spesialisasi, jadi lebih sulit untuk menentukan kode diagnosa utama dan tenaga coder kurang memiliki pengetahuan terminology medis maupun anatomi (Informan 4)

“Pelaksanaan audit koding di sini dilaksanakan berdasarkan hasil koding oleh petugas coder dikoreksi kembali oleh ketua casemix / wakil ketua untuk mengetahui ketepatan pemberian code dengan diagnosa/tindakan/terapi. Jika ditemukan kesalahan pada kode, coder diminta untuk memperbaiki,, jika diperlukan dilakukan konfirmasi dengan melihat berkas rekam medis atau konfirmasi langsung ke dokter yang bersangkutan” (Informan 4)

“Prosedur Audit Kodingnya Seperti Kesalahan membuat code diagnosa/prosedur, tulisan dokter sulit dibaca, dokter menggunakan singkatan yang tidak standar dan kurang teliti dalam penentuan kode misalnya dalam menentukan lokasi yang sulit” (Informan 4)

“hal yang harus kami (dokter) tingkatkan menurut saya ya...dokter perlu mendapatkan pelatihan mengenai koding, pelayanan BPJS/INA CBGs, . coder harus lebih memahami terminologi medis dan tidak melakukan kesalahan koding secara berulang, dan kerjasama dan peran aktif dari komite medik untuk mensosialisasikan terus menerus mengenai pengisian resume medik secara lengkap, tulisan dokter yang terbaca, sosialisasi singkatan yang boleh dan tidak boleh digunakan. coder juga mendapatkan pelatihan berkala untuk meningkatkan kemampuannya”

“Perannya hanya mengetahui penyakit-penyakit atau kasus berdasarkan tingkat keparahan dari pasien itu harus membuat laporan ke BPJS nah itu hanya sampai disitu. Peran komite RM membuat laporan tentang pelaksanaan koding misalnya persentasi kesalahan pengkodean dan diserahkan ke komite rekam medis dan diteruskan ke rapat-rapat komite medis.

pertemuan hanya dilakukan 1 kali karena baru dibentuk” (Informan 5)

1.1.2 Petugas Koding

Pada penelitian ini berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap informan, mereka menjelaskan bahwa pemahaman mereka tentang nomenklatur pengkodean sudah memahami dan ada juga sebagian petugas yang mengatakan masih kurang memahami mengenai nomenklatur atau pengklasifikasian penyakit/tindakan. Hal tersebut dapat dilihat pada kutipan berikut ini:

“Pemahaman tentang ilmu penyakit sedikit-sedikit, kalo terminology medis saya tidak memahami yang memahami hanya diagnosanya aja, tentang diagnose utama dan sekunder kurang memahami” (Informan 1 dan 2)

“Ilmu penyakit memahami, tentang nomenklatur sudah memahami karena sudah ada di sistem aplikasi, klasifikasi tindakan, anatomi, patologi lebih kurang memahami” (Informan 3)

Saat dikonfirmasi kepada kepala rekam medis dan Ketua *case-mix* mengenai pemahaman nomenklatur mereka mengatakan bahwa petugas pasti sudah memahami karena saat perkuliahan diberikan materi tersebut. Hal tersebut dapat dilihat pada kutipan ungkapan berikut ini:

“Mengetahui pasti tahu karena diperkuliahan ada tapi tidak menguasai terutama yang berhubungan dengan medis karena latar belakang mereka ada dari SMA, dan SMK. Anatomi dan patologi kurang, klasifikasi tindakan berpengaruh pada klasifikasi tindakan, terminology medis, anatomi, patologi kurang memahami (Informan 5)

Pada penelitian ini berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap informan, mereka menjelaskan bahwa mereka sudah pernah mengikuti pelatihan tentang pengkodean dan pendidikannya adalah tamatan D3 Rekam Medis. Hal tersebut dapat dilihat pada kutipan berikut ini:

“Latar belakang minimal D3 rekam medis untuk tenaga koding, dan saya latar belakang D3, saya pernah mengikuti pelatihan” (Informan 1, 2, 3)

“Kalo saya basicnya sich D4 Rekam Medis dan pelatihan koding sudah 2 kali lama pelatihan biasanya 4 hari pesertanya terdiri dari tenaga coder yang ada di rumah sakit pemerintah maupun swasta metodenya khusus untuk kaidah koding, kalo untuk coder ada sosialisasi, kalo untuk karyawan baru kita sosialisasikan tata cara kode yang benar, untuk dokter tidak ada karena tidak terlibat dalam pengkodean dokter berperan dalam pembuatan diagnosa” (Informan 5)

1.2 Keakuratan dan Ketepatan

Pada penelitian ini berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap informan, mereka menjelaskan bahwa sarana dan prasarana yang ada sudah mencukupi hal ini digunakan untuk mendukung keakuratan dan ketepatan dalam pelaksanaan koding. Hal tersebut dapat dilihat pada kutipan berikut ini:

“Sarana kerja seperti ICD vol 1, 2 dan 3, kamus bahasa inggris, buku terminology medis dan kamus kedokteran sudah mencukupi, dan ada juga softwrenya di dalam komputer” (Informan 1, 2, 3)

Saat dikonfirmasi kepada kepala instalasi rekam medis, dia mengatakan bahwa keakuratan dan ketepatan pengkodean mempunyai peran penting dalam proses audit seperti yang diungkapkan berikut:

“Komite medik berperan dalam mengkonfirmasi berkas dengan severity level III, ada kalanya dilakukan pertemuan komite medik dengan direksi dan dokter/perawat membahas kasus-kasus severity level III. Rekam Medik berperan dalam monitoring/ evaluasi penatalaksanaan coding, hasilnya diberikan kepada komite medic itu perlu diteruskan kepada direksi. Selain itu jika ada resume yang tidak jelas tim case-mix memeriksa berkas rekam medis yang dibutuhkan untuk kesesuaian diagnosa/koding (Informan 4)

Saat dilakukan wawancara mendalam terhadap informan, keakuratan dan ketepatan koding sangat berpengaruh terhadap tarif INA CBG's seperti yang diungkapkan oleh informan sebagai berikut:

“Salah koding berpengaruh ketarif INA CBG's biaya tidak sesuai bisa rugi atau untung tapi belum tentu di acc atasan kalo uangnya sudah dikasih maka harus dikembalikan. Tarif ada 2 ada tarif INA CBG's dan tarif RS, hasil koding kode INA CBG's lebih besar dan kecil, seandainya lebih kecil RS rugi, dan lebih besar RS bisa untung” (Informan 1)

“Memang ada kejadian contohnya pasien dengan satu koding, kita koding dengan 2 koding contohnya CHF dengan HHD misalnya sipetugas kadang mengkodingnya I50.0 dan I11.9 seharusnya satu koding aja pada umumnya kesalahannya di situ. Kalo seandainya salah diagnose untung tapi sebenarnya rugi maksudnya misalnya Hidroneprosis sama batu ureter sebenarnya 1 koding cuman mengkoding batu ureter + hidroneprosisitu biaya tinggi kalo digabungkan dia rendah” (Informan 2)

“Kesalahan pengkodean ada berpengaruh kepada tarif jadinya, contohnya penyakit TB akan berdampak pada tarifnya karena menggunakan aplikasi misalnya TB 3 Juta Asma 2 juta, kesalahan tersesbut tergantung pada kelebihan dan kekurangan bisa RS untung dan rugi. Dan juga dikonfirmasi kepada dokternya” (Informan 3)

“Kalo ada keraguan misalnya ada keraguan dalam membaca diagnose pada resume biasanya konfirmasi pada DPJP atau saat ini sedang praktek maka konfirmasi langsung kedokter tersebut” (Informan 5)

Saat dilakukan wawancara mendalam terhadap informan, keakuratan dan ketepatan koding kesalahan terjadi karena kurang telitnya petugas seperti yang diungkapkan oleh informan sebagai berikut:

“Sering, kesulitan tidak ada, tapi kalo ada keraguan dalam singkatan akan langsung ditanya ke dokter” (Informan 1)

“Dokter sich sering menggunakan singkatan yang susah dipahami contohnya DHF, DM, HD,

diagnosa tersebut sudah dibakukan karena sudah ada SPO nya, kesulitan dalam singkatan ada satu-satu karena jarang dipakai. Dan dikonfirmasi ke dokter baik melalui telp maupun mendatangi langsung dokternya (Informan 2)

“Ada sekali-kali contoh Paru, contoh tulisan TB dengan HB harus dipahami tentang obatnya, kalo singkatan tidak ada, maka akan ditanyakan kepada dokter” (Informan 3)

Untuk mengurangi kesalahan dalam pengkodean maka, petugas sebaiknya diberikan pelatihan tentang terminologi penyakit dan antara dokter dan petugas koding harus bisa bekerja sama seperti yang diungkapkan oleh Kepala Instalasi rekam medis sebagai berikut:

“Untuk koder kurang memahami numenklatur, terminologi medis, patologi klinik, anatomi tubuh mungkin harus sering diberikan pelatihan karena pembinaan tetap kita bina, kita arahkan. Menurut saya harus rutin diberikan pelatihan setahun sekali. Untuk dokter harus memahami diagnosa utama dan sekunder, pihak manajemen harus mengikuti workshop atau seminar tentang koding untuk menambah pengetahuan agar koding dan dokter bisa sepaham dan sejalan” (Informan 5)

“Hmmm diagnosis utama yang telah ditetapkan oleh dokter tidak sesuai dengan terapi dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien maka saya langsung konfirmasi ke dokter yang merawat (menulis resume), pasien belum pulang atau sudah pulang duluan ada tim khusus untuk mendatangi dokternya langsung” (Informan 3)

PEMBAHASAN

1.1 Kompetensi Petugas

1.1.1 Tenaga Medis

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa tenaga medis (dokter) belum pernah mendapatkan pelatihan mengenai koding, tulisan dokter sulit dibaca, kesalahan membuat kode diagnose / prosedur, dokter menggunakan singkatan kata yang tidak standar.

Tenaga medis sebagai pemberi pelayanan utama pada seorang pasien bertanggung jawab atas kelengkapan dan kebenaran data, khususnya data klinis yang tercantum dalam

dokumen rekam medis. SK Menkes RI No : 377/Menkes/SK III/ 2007 tentang rekam medis menyebutkan bahwa data dalam rekam medis dibuat oleh kedokteran atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien, karena dokterlah yang mempunyai kewajiban, hak dan tanggung jawab untuk menentukan diagnosis dan pelayanan yang diberikan, dan oleh karenanya tidak boleh diubah oleh pihak lain.

Tenaga medis sebagai pemberi pelayanan utama pada seorang pasien bertanggung jawab atas kelengkapan dan kebenaran data, khususnya data klinik, yang tercantum dalam dokumen rekam medis. Data klinik berupa riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, perintah pengobatan, laporan operasi atau prosedur lain merupakan input yang akan dikoding oleh petugas coding di bagian rekam medis.

Menurut Suyitno (2007), peran dokter dalam pengkodean yakni (a) Menulis diagnosis utama selengkap mungkin sesuai dengan convention ICD-10; (b) Menuliskan diagnosis sekunder (diagnosis tambahan), komplikasi dan penyulit (jika ada); (c) Menuliskan prosedur tindakan; (d) Memastikan status pasien ketika pulang lengkap; (e) Pastikan resume lengkap ketika pulang.

Apabila ada hal yang kurang jelas, tenaga rekam medis mempunyai hak dan kewajiban menanyakan atau berkomunikasi dengan tenaga kesehatan yang bersangkutan. Dalam proses coding mungkin terjadi beberapa kemungkinan, yaitu (a) Penetapan diagnosis yang salah sehingga menyebabkan hasil pengkodean salah; (b) Penetapan diagnosis yang benar, tetapi petugas pengkodean salah menentukan kode, sehingga hasil pengkodean salah; (d) Penetapan diagnosis dokter kurang jelas, kemudian dibaca salah oleh petugas pengkodean, sehingga hasil pengkodean salah.

Oleh karena itu, kualitas hasil pengkodean bergantung pada kelengkapan diagnosis, kejelasan tulisan dokter, serta profesionalisme dokter dan petugas pengkodean (Savitri, 2011).

Kompetensi merupakan suatu kemampuan untuk melaksanakan atau melakukan suatu pekerjaan atau tugas yang dilandasi atas keterampilan dan pengetahuan serta didukung oleh sikap kerja yang menjadi karakteristik individu, dituntut oleh pekerjaan tersebut. Dengan demikian, kompetensi menunjukkan keterampilan dan pengetahuan yang dicirikan oleh profesionalisme dalam suatu bidang tertentu (Wibowo, 2012).

Rekam medik merupakan salah satu bagian penting dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Kelengkapan data rekam medik sangat tergantung pada dokter sebagai penentu diagnosis dan petugas rekam medik sebagai pengkaji kelengkapannya. Penulisan diagnosis adalah tanggung jawab dokter yang merawat pasien dan tidak boleh diwakilkan. Ketentuan ini diatur dalam International Statistical Classification of Diseases and Health Problems (ICD) revisi 10.

Peranan dokter dan petugas rekam medis dalam pelayanan kesehatan relatif sangat penting. Apalagi saat ini sebagian besar rumah sakit menggunakan sistem fee for services, yaitu rumah sakit mengenakan biaya pada setiap pemeriksaan dan tindakan akan dikenakan biaya sesuai dengan tarif yang ada. Besarnya biaya pengobatan dan perawatan tergantung pada setiap tindakan pengobatan dan jasa pelayanan yang diberikan rumah sakit. Dengan adanya sistem pembiayaan model case-mix, terjadi perubahan yang signifikan pada aspek pengelolaan dokumen rekam medis, khususnya terkait coding data klinis. Pembiayaan pelayanan kesehatan berbasis DRG sangat ditentukan oleh data klinis (terutama kode diagnosis dan prosedur medis) yang dimasukkan ke dalam software DRG untuk proses 'grouping'. Besaran klaim yang dibayarkan sangat tergantung dari kode DRG yang dihasilkan. Sehingga defisiensi dalam kualitas maupun kuantitas kode diagnosis maupun prosedur ini akan membawa dampak besar terhadap pendapatan rumah sakit (Hatta, G. 2008).

Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Salah satu unsur utama dalam sistem pelayanan kesehatan yang prima adalah tersedianya pelayanan medis oleh dokter dan dokter gigi dengan kualitasnya yang terpelihara sesuai dengan amanah. Dalam penyelenggaraan praktik kedokteran, setiap dokter dan dokter gigi wajib mengacu pada standar, pedoman dan prosedur yang berlaku sehingga masyarakat mendapat pelayanan medis secara profesional dan aman.

Sebagai salah satu fungsi pengaturan dalam UU Praktik Kedokteran yang dimaksud adalah pengaturan tentang rekam medis yaitu pada Pasal 46 dan Pasal 47. Permasalahan dan kendala utama pada pelaksanaan rekam medis adalah dokter dan dokter gigi tidak menyadari sepenuhnya manfaat dan kegunaan rekam medis, baik pada sarana pelayanan kesehatan maupun pada praktik perorangan, akibatnya rekam medis dibuat tidak lengkap, tidak jelas dan tidak tepat waktu.

Di bidang kedokteran dan kedokteran gigi, rekam medis merupakan salah satu bukti tertulis tentang proses pelayanan yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi. Di dalam rekam medis berisi data klinis pasien selama proses diagnosis dan pengobatan (treatment). Oleh karena itu setiap kegiatan pelayanan medis harus mempunyai rekam medis yang lengkap dan akurat untuk setiap pasien dan setiap dokter dan dokter gigi wajib mengisi rekam medis dengan benar, lengkap dan tepat waktu.

Menurut Konsil Kedokteran Indonesia, 2006 dengan berkembangnya evidence based medicine dimana pelayanan medis yang berbasis data sangatlah diperlukan maka data dan informasi pelayanan medis yang berkualitas terintegrasi dengan baik dan benar sumber utamanya adalah data klinis dari rekam medis. Data klinis yang bersumber dari rekam medis semakin penting dengan berkembangnya rekam medis elektronik, dimana setiap entry data secara langsung menjadi masukan (input) dari sistem/manajemen informasi kesehatan.

Agar data di rekam medis dapat memenuhi permintaan informasi diperlukan standar universal yang meliputi (a) Struktur dan isi rekam medis; (b) Keseragaman dalam penggunaan simbol, tanda, istilah, singkatan dan ICD; (c) Kerahasiaan dan keamanan data.

Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran menegaskan bahwa dokter dan dokter gigi wajib membuat rekam medis dalam menjalankan praktik kedokteran. Setelah memberikan pelayanan praktik kedokteran kepada pasien, dokter dan dokter gigi segera melengkapi rekam medis dengan mengisi atau menulis semua pelayanan praktik kedokteran yang telah dilakukannya.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 40 tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat, dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosis yang tepat dan jelas sesuai International Code Diseases (ICD-10) dan International Diseases Ten (ICD-9) Clinical Modification (CM). Dalam hal tertentu, Koder dapat membantu proses penulisan diagnosis sesuai ICD-10 dan ICD-9 CM. Dokter penanggung jawab harus menuliskan nama dengan jelas serta menandatangani berkas pemeriksaan (resume medik).

Hal ini sejalan dengan Konsil Kedokteran Indonesia (2006) yang menyebutkan bahwa salah satu manfaat rekam medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.

1.1.2 Petugas Koding

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa masih ada petugas yang belum memahami nomenklatur dan menguasai anatomi dan patologi karena *basic* pendidikan petugas rekam medis dari SMA dan SMK yang tentu saja ilmu penyakit dan istilah-istilah kesehatan, lebih-lebih bila ada istilah baru yang tidak sering ditemui, nomenklatur pengkodean atau pengklasifikasian penyakit/tindakan. Latar belakang

pendidikan petugas koding di rumah sakit “X” pekanbaru D3 rekam medis, petugas juga sudah pernah mengikuti pelatihan.

Kepmenkes RI Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis menyebutkan bahwa dalam rangka mencapai profesionalisme tenaga rekam medis pemerintah menetapkan standar profesi perekam medis dan informasi kesehatan yang didalamnya berisi 3 kompetensi - kompetensi yang harus dipenuhi seorang perekam medis dan informasi kesehatan. Disebutkan bahwa administrator informasi kesehatan (perekam medis) merupakan profesi yang memfokuskan kegiatannya pada data pelayanan kesehatan dan pengelolaan sumber informasi pelayanan kesehatan dengan menjabarkan sifat alami data, struktur dan menterjemahkannya ke berbagai bentuk informasi demi kemajuan kesehatan dan pelayanan kesehatan perorangan, pasien, dan masyarakat. Salah satu kompetensi utama seorang tenaga rekam medis yaitu tenaga rekam medis 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. Oleh karena itu, perekam medis atau coder harus mengkode diagnosis atau diagnosis seakurat mungkin agar tidak terjadi kesalahan dalam pengambilan keputusan. Kompetensi menjelaskan apa yang dilakukan orang di tempat kerja pada berbagai tingkatan dan memperinci standar masing-masing tingkatan, mengidentifikasi karakteristik, pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan oleh individual yang memungkinkan menjalankan tugas dan tanggung jawab secara efektif sehingga mencapai standar kualitas profesional dalam bekerja, dan mencakup semua aspek catatan manajemen kinerja, keterampilan dan pengetahuan tertentu, sikap, motivasi, aplikasi dan pengembangan (Wibowo, 2012).

Ketidaktepatan pengkodean di sini diakibatkan oleh coder yang kurang teliti, kurang pengalaman mengenai pengkodean

maupun salah persepsi. Adanya pelatihan coder yang cukup akan memberikan pengaruh terhadap kemampuannya untuk mensintesis sejumlah informasi dan menetapkan kode yang tepat. Selain itu, pengalaman, perhatian, dan ketekunan coder juga mempengaruhi akurasi pengkodean (Kimberly dkk, 2005).

Menurut Kimberly dkk (2005) dalam hasil penelitiannya menyebutkan bahwa sumber kesalahan dibagi dua bagian yaitu pada saat alur pasien dan alur berkas. Kesalahan dalam alur pasien yaitu kelengkapan dan kualitas informasi saat pasien masuk, komunikasi antara pasien dan penyedia layanan, dan perhatian khusus dari dokter. Sumber kesalahan dalam alur berkas antara lain variasi penulisan diagnosis dalam catatan elektronik dan manual, pelatihan dan pengalaman coder, kualitas fasilitas pengendali, dan kesalahan yang tidak disengaja dan disengaja oleh coder, seperti misspecification, coder menetapkan kode diagnosis untuk semua bagian secara terpisah (unbundling), dan menetapkan kode diagnosis yang penggantinya lebih tinggi (upcoding).

International Statistical Classification Of Disease And Related Health Problems (ICD 10) dari WHO, adalah sistem klasifikasi statistik penyakit yang komprehensif dan digunakan serta diakui secara international. Fungsi ICD sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan digunakan untuk kepentingan informasi statistik morbiditas dan mortalitas (Hatta, 2008). Dalam menggunakan ICD, perlu diketahui dan dipahami bagaimana cara pencarian dan pemilihan nomor kode penyakit yang diperlukan. Pengkodean dijalankan melalui penahapan mencari istilah pada ICD volume 3, kemudian mencocokkan kode yang ditemukan tersebut dengan yang ada di volume 1. Penerapan pengkodean sistem ICD-10 di gunakan untuk : (a) Mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan; (b) Masukan bagi sistem pelaporan diagnosis medis; (c) Memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait

diagnosis karakteristik pasien dan penyediaan layanan; (d) Bahan dasar dan pengelompokan INA-CBG's (Indonesia Case Base Groups) untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan; (e) Pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas; (f) Tabulasi data pelayanan kesehatan bagi prosevaluasi perencanaan pelayanan medis; (g) Menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman; (h) Untuk penelitian epidemiologi dan klinis.

Menurut Kasim dalam Hatta (2008), pengodean yang sesuai dengan ICD-10 adalah: (a) Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode, dan buka volume 3 Alfabetical Indeks (kamus). Bila pernyataan adalah istilah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada Bab I-XIX dan XXI (Z00-Z99), lalu gunakan ia sebagai "lead term" untuk dimanfaatkan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi 1 indeks (Volume 3). Bila pernyataan adalah penyebab luar (external cause) dari cedera (bukan nama penyakit) yang ada di Bab XX (Volume 1), lihat dan cari kodenya pada seksi II di Indeks (Volume 3); (b) "Lead term" (kata panduan) untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologisnya. Sebaiknya jangan menggunakan istilah kata benda anatomi, kata sifat atau kata keterangan sebagai kata panduan. Walaupun demikian, beberapa kondisi ada yang diekspresikan sebagai kata sifat atau eponym (menggunakan nama penemu) yang tercantum di dalam indeks sebagai "lead term"; (c) Baca dengan seksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul di bawah istilah yang akan dipilih pada Volume 3; (d) Baca istilah yang terdapat dalam tanda kurung "(" sesudah lead term (kata dalam tanda kurung = modifier, tidak akan mempengaruhi kode). Istilah lain yang ada di bawah lead term (dengan tanda (-) minus = idem = indent) dapat memengaruhi nomor kode, sehingga semua kata-kata diagnostik harus diperhitungkan); (e) Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (cross references) dan perintah see dan see also yang terdapat

dalam indeks; (f) Lihat daftar tabulasi (Volume 1) untuk mencari nomor kode yang paling tepat. Lihat kode tiga karakter di indeks dengan tanda minus pada posisi keempat yang berarti bahwa isian untuk karakter keempat itu ada di dalam volume 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indeks (Volume 3). Perhatikan juga perintah untuk membubuhi kode tambahan (additional code) serta aturan cara penulisan dan pemanfaatannya dalam pengembangan indeks penyakit dan dalam sistem pelaporan morbiditas dan mortalitas; (g) Ikuti pedoman Inclusion dan Exclusion pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (chapter), blok, kategori, atau subkategori; (h) Tentukan kode yang anda pilih; (i) Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk memastikan kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan.

1.2 Keakuratan dan Ketepatan

Dari hasil penelitian bahwa sarana dan prasarana dalam mendukung keakuratan dan ketepatan coding sudah ada, karena sangat berpengaruh terhadap tarif INA CBG's. Peran dari komite medik sangat penting dalam proses audit. Kesalahan dalam pengkodean terjadi karena kurang telitinya petugas, untuk mengurangi kesalahan dalam pengkodean maka, petugas sebaiknya diberikan pelatihan tentang terminologi penyakit dan antara dokter dan petugas coding harus bisa bekerja sama.

Sesuai dengan standar pelayanan rekam medis, maka fasilitas dan peralatan yang cukup harus disediakan guna tercapainya pelayanan yang efisien. Buku ICD, Kamus Kedokteran (Kamus Terminologi Medis) dan Kamus Bahasa Inggris merupakan sarana yang penting bagi tenaga coding (Depkes, 2006)

Sarana adalah segala sesuatu benda fisik yang terevaluasi oleh panca indra dan dengan mudah dapat dikenali oleh pasien dan (umumnya) merupakan bagian dari suatu

gedung ataupun bangunan gedung itu sendiri. Sedangkan prasarana adalah benda maupun jaringan/instalasi yang membuat suatu sarana yang bisa berfungsi sesuai dengan sesuai dengan tujuan yang diharapkan (KeMenKes RI, 2010).

Sarana dan Prasarana adalah alat penunjang keberhasilan suatu proses upaya yang dilakukan dalam pelayanan publik, karena apabila kedua hal ini tidak tersedia maka semua kegiatan yang dilakukan tidak akan dapat mencapai hasil yang diharapkan sesuai dengan rencana (Laudesyamri, 2011)

INA-CBG's adalah sistem software yang digunakan dalam pembayaran klaim jamkesmas, skema pembiayaan yang digunakan adalah casemix sehingga yang menjadi perhatian utama adalah bauran kasus, diagnosis utama, dan prosedur utama yang menjadi acuan untuk menghitung biaya pelayanan. Aplikasi INA-CBGs merupakan salah satu perangkat entri data pasien yang digunakan untuk melakukan grouping tarif berdasarkan data yang berasal dari resume medis (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 27 Tahun 2014).

Ketidakkuratan kode diagnosis akan mempengaruhi data dan informasi

laporan, ketepatan tarif INA-CBG's yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan pasien jamkesmas, jamkesda, jampersal, askes PNS yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS). Apabila petugas kodefikasi (coder) salah dalam menetapkan kode diagnosis, maka jumlah pembayaran klaim juga akan berbeda. 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 jamkesmas maupun pasien (Suyitno. 2007).

Dalam (Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011) Komite Medik di Rumah Sakit Peran dan fungsi Komite Medik di rumah sakit adalah menegakkan etik dan mutu profesi medik dengan tugasnya adalah meningkatkan

profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara : (1) melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit; (2) memelihara mutu profesi staf medis; (3) menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang untuk (1) memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (delineation of clinical privilege); (2) memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (clinical appointment); (3) memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (clinical privilege) tertentu; (4) memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (delineation of clinical privilege); (5) memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis; (6) memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan; (7) memberikan rekomendasi pendampingan (proctoring); (8) memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Secara umum, pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting, yaitu (1) Sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit; (2) Sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (clinical privilege) sesuai kompetensi yang dimiliki; (3) Sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (clinical privilege); (5) Sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis; (6) Audit medis dapat pula diselenggarakan dengan melakukan evaluasi berkesinambungan (on-going professional practice evaluation), baik secara perorangan maupun kelompok.

Secara umum tujuan dari audit medik adalah tercapainya pelayanan medis prima di rumah sakit. Sedangkan secara khusus bertujuan untuk melakukan evaluasi mutu layanan medis, mengetahui penerapan standar pelayanan medis dan melakukan perbaikan-perbaikan pelayanan medis sesuai

kebutuhan pasien dan standar pelayanan medis.

KESIMPULAN

1. Kompetensi petugas baik tenaga medis maupun koder di Rumah Sakit "X" Pekanbaru sudah memiliki kompetensi/keterampilan dalam mengkode. Tenaga *coder* telah memiliki kualifikasi yang cukup terkait latar belakang pendidikan maupun pelatihan, namun pengetahuan tentang jenis-jenis tindakan, terminologi medis, anatomi, dan fisiologi penyakit masih kurang sehingga koder belum optimal dalam penentuan kode secara akurat
2. Keakuratan dan ketepatan dalam pengkodean sangat berpengaruh terhadap tarif INA CBG's, dan komite medik sangat berperan dalam kasus *severity level III*, sedangkan Rekam Medik berperan dalam monitoring/evaluasi penatalaksanaan coding. Jika ada resume yang tidak jelas tim *case-mix* memeriksa berkas rekam medis yang dibutuhkan untuk kesesuaian diagnosa/coding.

UCAPAN TERIMA KASIH

Dalam kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada Direktorat Jenderal Penguatan riset dan Pengembangan, Kementerian Riset dan Pendidikan Tinggi yang telah membantu pembiayaan penelitian. Ucapan terima kasih juga peneliti sampaikan kepada semua tim peneliti yang telah membantu dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

Abdelhak M, Grostick S., Hanks M.A., and Jacobs E.B. (2001). *Health Information of A Strategic Resource 2nd Edition*. Philadelphia: Sanders Company.

Depkes RI. (2006). Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II, Jakarta: Direktorat Jendral Pelayanan Medik.

Depkes RI. (2009). Sistem Kesehatan Nasional, Jakarta.

Hatta, G, R, (2008). Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. UI-PRESS.

Kasim, F. Sistem Klasifikasi Utama Morbiditas dan Mortalitas.

Kimberly J. O., Karon F. C., Matt D. P., Kimberly R. W., John F. H., and Carol M. A. 2005. Health Research and Education Trust V40 (5 Pt 2), 1620-1639: Measuring Diagnoses; ICD Code Accuracy. Diakses dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361216/> pada tanggal 20 September 2012.

Republik Indonesia. 2007. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standart Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Republik Indonesia. 2008. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Undang-Undang Kesehatan dan Rumah Sakit Republik Indonesia Tahun 2009.

Undang-Undang BPJS No. 24 Pasal 7 ayat (1) dan ayat (2) Tahun 2011.

Wibowo, (2012). Manajemen Kinerja. Jakarta: Rajawali Persada