



Jurnal Rekam Medis (Medical Record Journal)

e-ISSN 2776-6314

<https://jom.htp.ac.id/index.php/rmik>

Tinjauan Ketepatan Pencatatan Diagnosis Pada Ringkasan Pulang Rawat Inap Elektronik Terhadap Keakuratan Kodefikasi Penyakit Di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau

Maria Christine Simbolon¹, Sy. Effi Daniati²

^{1,2}Program Studi DIII Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Pekanbaru

Email: ¹ mariachristinesimbolon123@gmail.com

Histori artikel

Received:
11 September 2024

Accepted:
30 Juli 2025

Published:
31 Juli 2025

Abstrak

Rangka upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan perlu adanya dukungan dari berbagai faktor, diantaranya yaitu terkait dengan perekaman data medis pasien yang informatif, lengkap dan berkesinambungan. Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamneses penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang di rawat inap, rawat jalan, maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat. Seorang perekam medis harus mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi internasional tentang penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan agar menghasilkan kodefikasi penyakit yang tepat dan akurat sehingga dapat dipertanggungjawabkan. Data yang diperoleh dari DepKes pada tahun 2008 sekitar 65% rumah sakit di Indonesia belum membuat diagnosis yang lengkap dan jelas berdasarkan ICD-10 serta belum

tepat pengkodeanya. Salah satunya terjadi di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui jumlah atau persentase Ketepatan Pencatatan Pada Rekam Medis Elektronik dan Keakuratan Kodefikasi Menggunakan ICD-10 di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau. Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah pendekatan *cross-sectional*, yaitu penelitian yang dimana menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel dependen dan variabel *independent* dihitung sekaligus dalam waktu yang sama atau satu kali. Hasil penelitian mengenai Ketepatan Pencatatan Diagnosis Pada Ringkasan Pulang Rawat Inap Elektronik Terhadap Keakuratan Kodefikasi Penyakit di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau berdasarkan dari 95 sampel menunjukkan bahwa ketepatan pencatatan diagnosis pada ringkasan pulang rawat inap elektronik yang tepat sebanyak 74 berkas sebesar 77,9% dan tidak tepat sebanyak 21 berkas sebesar 21,1%. Kemudian, dari 95 sampel menunjukkan bahwa keakuratan kodefikasi penyakit pada ringkasan pulang rawat inap elektronik yang akurat sebanyak 82 berkas sebesar 86,3% dan tidak akurat sebanyak 13 berkas sebesar 13,7%.

Kata Kunci: *Ketepatan, Pencatatan, Ringkasan, Keakuratan, Kodefikasi*

Latar Belakang

Seiring perkembangan zaman terjadi, adaptasi dalam penulisan diagnosis karena adanya pengaruh Bahasa lokal menyebabkan petugas koder kesulitan dalam menentukan kode diagnosis pasien, sehingga diperlukan keseragaman penulisan diagnosis berdasarkan terminologi medis yang sesuai dengan ICD10 untuk menghasilkan ketepatan kode diagnosis. Koding berdasarkan ICD-10 yaitu proses pemberian kode dengan menggunakan huruf dan angka yang mewakili komponen data yang bertujuan untuk memastikan ketepatan kode

terpilih untuk mewakili sebutan diagnosis penyakit yang merupakan kewajiban hak dan tanggung jawab dokter. Diagnosis yang ada tidak boleh diubah, harus diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan ICD-10 (Depkes RI, 2006).

Seorang koder bertanggung jawab atas keakuratan kode diagnosis yang telah diberikan oleh tenaga medis. Keakuratan kode diagnosis pada berkas rekam medis dipakai sebagai dasar pembuatan laporan. Kode diagnosis pasien apabila tidak terkode dengan akurat akan mengakibatkan ketidakakuratan pembuatan laporan misalnya laporan morbiditas penyakit, laporan sepuluh besar penyakit maupun untuk klaim BPJS. Dengan demikian kode yang mutlak harus diperoleh agar laporan yang dibuat dapat dipertanggungjawabkan (Depkes RI, 2006).

Sebagian rumah sakit di Indonesia (sekitar 65%) belum membuat diagnosis yang lengkap dan jelas berdasarkan ICD-10 serta belum tepat pengodeannya. Rata-rata persentase ketidaktepatan kode diagnosis di 30 fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia adalah 56,64%. Sedangkan tingkat ketidakakuratan koding pada beberapa negara seperti Inggris dan Arab Saudi yaitu sekitar 20%, sampai 50%. Salah satu faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis adalah karena penulisan diagnosis oleh dokter yang tidak spesifik sesuai kondisi penyakit masing-masing pasien dan tidak mengacu pada standar klasifikasi ICD-10 (Laela, 2017).

Keakuratan kode diagnosis sangat bergantung pada dokter, tenaga medis lain, dan tenaga non medis (coder) sehingga diperlukan komunikasi yang baik untuk menghasilkan kode diagnosis yang akurat. Selain itu, keakuratan kode sangat dipengaruhi oleh penulisan terminologi medis yang tepat, misalnya penggunaan istilah, singkat, dan simbol dalam berkas rekam medis. Kelengkapan diagnosis yang tidak disertai dengan ketepatan penulisan diagnosis berdasarkan terminologi medis di ICD-10 akan menyebabkan tenaga non medis (coder) kesulitan dalam melakukan kodefikasi.

Salah satu faktor penyebab ketidaktepatan penulisan kode diagnosis adalah dokter tidak menuliskan diagnosis sesuai dengan terminologi medis dengan lengkap sehingga terjadi kesalahan petugas rekam medis dalam menentukan kode diagnosis (Hatta, 2013). Menurut Khabibah & Sri (2013, diagnosis seharusnya ditulis dengan terminologi medis yang tepat sehingga memiliki nilai informatif. Bentuk dari pengolahan dan penyajian diagnosis berupa kegiatan pengkodean yang akan menghasilkan kode untuk diagnosis tersebut.

Data yang diperoleh dari DepKes pada tahun 2008 sekitar 65% rumah sakit di Indonesia yang ikut berpartisipasi dalam sistem *case mix/ INA CBG's* belum membuat diagnosis yang lengkap dan jelas berdasarkan ICD-10 serta belum tepat pengkodeannya. Apabila informasi yang dicantumkan pada dokumen rekam medis penulisannya tidak lengkap, maka kemungkinan kode diagnosis juga tidak akurat dan berdampak pada biaya pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil survey awal di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru diperoleh data mengenai hasil analisa rekam medis pasien rawat inap pada bulan Januari - Desember 2023, dimana diperoleh hasil bahwa masih ditemukan kasus tidak tepatnya pencatatan rekam medis yaitu sebesar 20,22%. Hal ini menunjukkan ketidaktepatan pencatatan rekam medis masih terjadi khususnya di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tujuan penelitian adalah untuk diketahuinya ketepatan pencatatan diagnosis pada ringkasan pulang rawat inap elektronik terhadap keakuratan kodefikasi penyakit di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau tahun 2024

Metode

Metode penelitian adalah deskriptif dengan pendekatan kuantitatif dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau pada bulan Mei 2024. Populasi dalam penelitian ini adalah berkas rekam medis yang berisikan formulir pulang rawat inap tahun 2023 yang berjumlah 1.771 formulir dengan jumlah sampel 95 formulir. Pengambilan sampel dilakukan secara acak sederhana. Instrumen penelitian ini dapat berupa pedoman observasi dan lembar cek list. analisis data dilakukan secara deskriptif untuk mendapatkan gambaran persentase ketepatan pencatatan diagnosis yang menggunakan rekam medis elektronik dan keakuratan kodefikasi penyakit berdasarkan ICD-10

Hasil dan Pembahasan

1. Hasil

- a. **Persentase ketepatan pencatatan diagnosis pada ringkasan pulang rawat inap elektronik di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau Tahun 2024**

Tabel 1: Distribusi frekuensi ketepatan pencatatan diagnosis pada ringkasan pulang rawat inap elektronik di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau Tahun 2024

No.	Item	Ketepatan Pencatatan Diagnosis					
		Tepat		Tidak Tepat		Jumlah	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Nomor Rekam Medis Pasien	95	100	0	0	95	100
2.	Nama Pasien	95	100	0	0	95	100
3.	Tanggal Lahir	95	100	0	0	95	100
4.	Jenis Kelamin	95	100	0	0	95	100
5.	Tanggal Masuk	95	100	0	0	95	100
6.	Tanggal Keluar	95	100	0	0	95	100
7.	Dokter Konsulan	94	98,9	1	1,1	95	100
8.	Dokter yang Mengirim	94	98,9	1	1,1	95	100
9.	Alamat	93	97,9	2	2,1	95	100
10.	Indikasi Pasien Dirawat	93	97,9	2	2,1	95	100
11.	Riwayat Penyakit	88	92,6	7	7,4	95	100
12.	Pemeriksaan Fisik	94	98,9	1	1,1	95	100
13.	Pemeriksaan Diagnostik	91	95,8	4	4,2	95	100
14.	Diagnosa Utama	93	97,9	2	2,1	95	100
15.	Komorbiditas Lain	94	98,9	1	1,1	95	100
16.	Tindakan atau Prosedur	95	100	0	0	95	100
17.	Obat Yang Diberikan Selama Rawat Inap	95	100	0	0	95	100
18.	Obat Yang Diberikan Setelah Pasien Keluar Rumah Sakit	95	100	0	0	95	100
19.	Kondisi Pasien Saat Pulang (<i>Status Present</i>)	95	100	0	0	95	100
20.	Instruksi Tingkat Lanjut	95	100	0	0	95	100
20.	Pengobatan Dilanjutkan di	95	100	0	0	95	100
21.	Waktu Pengembalian Pengobatan	95	100	0	0	95	100
	Rata-Rata	79	77,9	21	22,1	95	100

Tabel 1. menunjukkan bahwa persentase terbesar ketepatan pencatatan diagnosis pada ringkasan pulang rawat inap elektronik adalah pada item nomor rekam medis pasien, nama pasien, tanggal lahir, jenis kelamin, tanggal masuk, tanggal keluar, tindakan atau prosedur yang lengkap, obat yang diberikan selama rawat inap,

obat yang diberikan setelah pasien keluar rumah sakit, kondisi pasien saat pulang (status *present*), instruksi tingkat lanjut, pengobatan dilanjutkan di, dan waktu pengembalian pengobatan sebesar 100%. Sedangkan persentase terbesar ketidaktepatan adalah pada *item* diagnosa utama yang tidak tepat sebesar 7,4%.

Terminologi medis yang tidak tepat dibagi menjadi empat kategori, yaitu tidak lengkap/tidak diisi, menggunakan bahasa Indonesia untuk diagnosa penyakit, menggunakan singkatan tidak baku dan tidak menggunakan terminologi medis yang mengandung *unsur root/suffix/prefix*.

Tabel 2 Jenis Penyebab Ketidaktepatan Pencatatan Diagnosis Penyakit Pasien Rawat Inap

Penyebab Ketidaktepatan Pencatatan Diagnosis	Jumlah	%
Tidak lengkap/tidak diisi	4	4,2
Bahasa Indonesia untuk diagnosa penyakit	6	6,3
Menggunakan singkatan tidak baku	8	8,4
Tidak menggunakan terminologi medis yang mengandung unsur root/suffix/prefix	3	3,2
Total	21	22,1

b. Persentase keakuratan kodefikasi penyakit pada ringkasan pulang rawat inap elektronik di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau Tahun 2024

Keakuratan kodefikasi penyakit terdiri dari dua item yang menjadi objek analisis yaitu akurat apabila menggunakan kode ICD-10 dan tidak akurat apabila tidak menggunakan kode ICD-10. Dari 95 sampel yang telah diteliti ada item yang akurat dan tidak akurat. Terdapat 2 (dua) kategori yang digunakan yaitu akurat dan tidak akurat sebagaimana terlihat pada tabel 3.

Tabel 3: Distribusi frekuensi keakuratan kode penyakit pada ringkasan pulang rawat inap elektronik di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau Tahun 2024

No.	Item	Keakuratan Kode Penyakit					
		Akurat		Tidak Akurat		Jumlah	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Menggunakan ICD-10	82	86,3	13	13,7	95	100

Tabel 3 menunjukkan bahwa persentase keakuratan kode penyakit pada ringkasan pulang rawat inap elektronik adalah menggunakan ICD-10 sebesar 86,3%. Sedangkan persentase ketidaklengkapan adalah tidak menggunakan ICD-10 sehingga yang tidak akurat sebesar 13,7%.

Kode diagnosis penyakit pasien rawat inap yang tidak akurat sesuai dengan standar klasifikasi pada ICD-10 dan didukung dengan verifikasi dari *validator* kodefikasi, terbagi atas beberapa penyebab yang tertulis pada Tabel 4.

Tabel 4 Jenis Penyebab Ketidakakuratan Kode Diagnosis Penyakit Pasien Rawat Inap

Penyebab Ketidakakuratan Kode Diagnosis Penyakit	Jumlah	%
Kesalahan saat membaca kode karena pencatatan kurang jelas	6	6,3
Pengodean hanya pada 1 diagnosis saja	2	2,1
Kesalahan penentuan blok kode	2	2,1
Kesalahan menentukan chapter dalam ICD-10	3	3,2
Total	13	13,7

2. Pembahasan

a. Persentase ketepatan pencatatan diagnosis pada ringkasan pulang rawat inap elektronik di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau Tahun 2024

Hasil analisis terhadap ringkasan pulang rawat inap elektronik di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau mengungkap bahwa dari total 95 ringkasan resume medis dengan tingkat ketepatan sebesar 77,9%. Diketahui ada 12 item yang telah diisi secara tepat (100%), yaitu nomor rekam medis pasien, nama pasien, tanggal lahir, jenis kelamin, tanggal masuk, tanggal keluar, tindakan atau prosedur yang lengkap, obat

yang diberikan selama rawat inap, obat yang diberikan setelah pasien keluar rumah sakit, kondisi pasien saat pulang (*status present*), instruksi tingkat lanjut, pengobatan dilanjutkan di, dan waktu pengembalian pengobatan. Sedangkan yang tidak tepat sebanyak 9 item yaitu dokter konsulan, dokter yang mengirim, alamat, indikasi pasien dirawat, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, diagnosa utama, dan komorbiditas lain sehingga yang tidak tepat sebesar 22,1%.

Terdapat lima item yang berhubungan dengan identifikasi pasien, termasuk nomor rekam medis, nama pasien, tanggal lahir atau usia, jenis kelamin, dan alamat. Ketepatan dalam hal identifikasi pasien ini tercatat sangat tinggi, yang diakibatkan oleh penggunaan kode barcode pada gelang pasien sebagai sarana pencatatan identitas. Dalam analisis kelengkapan terkait identifikasi pasien ini mencapai 99,65%.

Menurut Hatta dalam "Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan" (2013) menjelaskan langkah-langkah identifikasi pasien. Proses identifikasi ini melibatkan sejumlah komponen, termasuk namanya, nomor rekam medis, tanggal lahir, pemasangan gelang pasien berkode bar, serta unsur-unsur lain yang relevan. Dengan melibatkan pengulasan yang komprehensif terhadap langkah-langkah identifikasi pasien ini, tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan keselamatan pasien dengan menghindari kemungkinan kesalahan identifikasi yang berpotensi mengakibatkan risiko cedera bagi pasien (Rahmah, 2019).

Dari hasil penelitian yang dilakukan dan teori yang mendukung, maka peneliti berpendapat bahwa penelitian ini belum memenuhi standar kelengkapan pengisian formulir sebesar 100% karena masih ada beberapa tabel yang kelengkapannya dibawah 100%. Didalam Depkes RI (2006) menjelaskan bahwa rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam harus ditulis dalam lembaran rekam medis, dan semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter/tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal.

Selanjutnya, berdasarkan hasil observasi dengan petugas koding bahwa faktor yang mempengaruhi ketidaktepatan penulisan terminologi medis adalah penulisan diagnosis yang ditegakkan oleh DPJP menggunakan bahasa Indonesia, singkatan yang tidak sesuai dengan singkatan baku di RSJ dan penulisan terminologi medis tidak menggunakan *root/suffix/prefix*. Hal ini disebabkan petugas medis kurang memahami penulisan diagnosis dengan menggunakan terminologi medis yang benar, dan RSJ

belum memiliki daftar singkatan baku yang menjadi acuan dalam penulisan terminologi medis dan belum memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang penulisan terminologi medis yang sesuai dengan ejaan di ICD-10, sehingga menyebabkan ketidakseragaman dalam penulisan diagnosis yang berakibat pada sulitnya *coder* dalam memahami dan mengerti diagnosis yang tuliskan tersebut, yang dapat mempengaruhi kualitas data rekam medis.

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2006) mengatakan bahwa penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab tenaga medis yang terkait. Diagnosis yang ada dalam rekam medis harus diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada buku ICD-10. Hal ini diperkuat Astuti, dkk (2007) dalam penelitiannya mengatakan bahwa perlu dibuat daftarsingkatan diagnosis utama yang sering digunakan dokter agar penulisan diagnosis sesuai dengan arahan ICD-10.

Menurut Hatta (2013) dokter yang merawat pasien mempunyai tugas dan tanggungjawab atas penegakkan dan penulisan diagnosis sesuai dengan ICD-10 dan diagnosis yang ditulis dalam rekam medis harus lengkap, tepat dan jelas sesuai ejaan terminologi medis dengan arahan yang ada pada ICD-10. Semua diagnosis dan prosedur harus dituliskan secara penuh tanpa simbol dengan istilah terminologi yang dapat diterima (Huffman, 1999). Penulisan terminologi medis sesuai arahan ICD-10 bertujuan untuk keseragaman bahasa pada terminologi medis, sehingga terminologi medis yang dituliskan pada berkas rekam medis pasien dapat dapat dibaca, mudah dimengerti dan tepat penulisannya. Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2010), apabila penulisan diagnosis yang dicantumkan pada berkas rekam medis tidak tepat maka akan berdampak pada kode diagnosis yang dihasilkan oleh seorang *coder*.

Sejalan dengan hasil penelitian Maryani (2016) yang mengatakan bahwa ketidaktepatan penulisan diagnosis disebabkan karena dokter menggunakan Bahasa Indonesia, singkatan yang tidak sesuai dengan singkatan baku di rumah sakit dan ejaan terminologi yang sesuai dengan ejaan di ICD-10, dan Saraswati & Sudra (2015) dalam penelitiannya mengatakan bahwa penulisan diagnosis dengan istilah yang tidak sesuai dapat terjadi karena petugas medis kurang memahami penulisan diagnosis dengan menggunakan terminologi medis yang benar.

Menurut pendapat peneliti, ketidaktepatan penulisan diagnosis disebabkan karena rekam medis yang diisi dokter tidak lengkap/kosong, menggunakan Bahasa

Indonesia, singkatan yang tidak sesuai dengan singkatan baku di rumah sakit dan ejaan terminologi yang sesuai dengan ejaan di ICD-10, dan tidak menggunakan terminologi medis yang mengandung unsur root/suffix/prefix. Oleh sebab itu, agar penulisan terminologi medis tepat, maka sebaiknya RSJ Tampan Provinsi Riau perlu membuat daftar singkatan baku untuk meminimalkan kebingungan *coder* dalam menentukan diagnosis yang ditegakkan dokter dan perlu membuat kebijakan tentang penulisan diagnosis dan pengenalan tentang ICD10 kepada dokter agar dokter mampu menuliskan diagnosis sesuai dengan terminologi yang ada di ICD-10 yang tertuang dalam SOP.

b. Persentase keakuratan kodifikasi penyakit pada ringkasan pulang rawat inap elektronik di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau Tahun 2024

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014, koding yaitu kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9-CM. Kode Diagnosa dikatakan tepat dan akurat apabila sesuai dengan yang tertulis dalam ICD-10 sebagaimana penggunaannya di Indonesia diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI. Dalam pengkodean diagnosa yang akurat, komplet dan konsisten akan menghasilkan data yang berkualitas. Keakuratan dalam pemberian kode diagnosa merupakan hal penting bagi kalangan tenaga personel manajemen informasi kesehatan. Keakuratan data diagnosa sangat krusial di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan (Hatta dalam Maimun *et al*, 2018).

Menurut WHO (2010), pelaksanaan kodifikasi diagnosis harus lengkap dan tepat sesuai dengan arahan ICD-10. Setiap Bab yang dalam ICD-10 dibagi menurut blok. Setiap blok terdiri atas daftar kategori tiga karakter. Setiap kategori dibagi menjadi sub kategori empat karakter. Sub kategori empat karakter paling tepat digunakan untuk identifikasi, seperti variasi tempat yang berbeda pada kategori tiga karakter atau penyakit yang berdiri sendiri pada kategori tiga karakter untuk kondisi yang berkelompok agar kode yang dihasilkan tepat.

Ketidaktepatan penulisan diagnosa yang ditegakkan oleh DPJP dan ketidakakuratan kode diagnosis yang dikode oleh *coder* sesuai dengan arahan ICD-10 sangat mempengaruhi kualitas data statistik, tidak akuratnya laporan morbiditas dan tidak tepat penentuan tarif pembayaran biaya kesehatan pasien yang mengakibatkan

turunnya mutu rumah sakit. Sejalan dengan hasil penelitian Pramono & Nuryati (2012) kode diagnosis pasien yang tidak dikode dengan akurat akan menyebabkan informasi yang dihasilkan mempunyai validasi data yang rendah dan mengakibatkan kesalahan dalam penentuan tarif pembayaran.

Ketidakakuratan koding dapat diartikan sebagai defisiensi pendapatan rumah sakit. Suryandari (2019) menemukan bahwa adanya selisih perhitungan yang dapat mengakibatkan bahwa rumah sakit akan mengalami kerugian pendapatan. Dimungkinkan juga terjadi pending claim atau dispute claim karena ketidaktepatan kode dengan kode yang sesuai dengan BPJS Kesehatan sehingga akan dikirim kembali kode ke dalam INA-CBGs dari berkas klaim yang dikembalikan yang tentu akan mengakibatkan bertambahnya beban kerja petugas koding. Selain itu, kesalahankesalahan kodifikasi juga menyumbang besarnya kualitas data pada hasil pelaporan baik internal maupun eksternal dari fasilitas pelayanan kesehatan itu sendiri.

Ketidakakuratan kode diagnosa disebabkan karena masih adanya dokter yang menggunakan penulisan diagnosa yang tidak mengacu pada aturan penulisan yang resmi dengan ejaan terminologi yang tidak sesuai dengan ICD-10. Hal ini akan berdampak langsung pada penegakan kode yang ditetapkan petugas *coder* akan tidak akurat. Sehingga sesuai dengan faktor-faktor yang dapat menyebabkan kesalahan dalam menetapkan kode berdasarkan hasil penelitian Institute of Medicine (Abdelhak, dkk) yaitu sering terjadi kesalahan dalam membaca dan menentukan diagnosa utama yang dilakukan oleh dokter yang terdapat didalam berkas rekam medis.

Menurut Budi (2011) bahwa dalam proses koding mungkin terjadi beberapa kemungkinan diantaranya; penetapan diagnosa yang salah oleh dokter sehingga menyebabkan hasil pengkodean salah, penetapan diagnosa yang benar tetapi petugas pengkodean salah menentukan kode, sehingga hasil pengkodean salah dan penetapan diagnosa dokter kurang jelas kemudian dibaca salah oleh petugas pengkodean sehingga hasil pengkodean salah. Oleh karena itu, kualitas pengkodean bergantung pada kelengkapan diagnosa, kejelasan tulisan dokter, serta profesionalisme dokter dan petugas pengkodean.

Hal ini sejalan dengan penelitian Sudra (2008) faktor – faktor yang mempengaruhi kode akurat diagnosa yaitu kelengkapan diagnosa, kemampuan petugas coding dalam membaca diagnosa yang ditulis dokter. Oleh karenanya, perlu adanya kebijakan yang sebaiknya dipertimbangkan untuk diterapkan dalam penulisan diagnosa yang dilakukan oleh dokter maupun petugas rekam medis dalam melakukan

pengkodean diagnosis penyakit agar tidak terjadinya kesalahan.

Menurut Kimberly et al dalam Riyanti (2013) bahwa dengan adanya pelatihan koder yang cukup akan memberikan pengaruh terhadap kemampuannya untuk mensintesis sejumlah informasi dan menetapkan kode yang tepat. Selain itu, pengalaman, perhatian dan ketekunan atau ketelitian *coder* juga mempengaruhi keakuratan pengkodean.

Menurut pendapat peneliti, ketidakakuratan kode diagnosis penyakit disebabkan oleh kesalahan saat membaca kode karena pencatatan kurang jelas, kesalahan menentukan chapter dalam ICD-10, pengodean hanya pada 1 diagnosis saja, dan kesalahan penentuan blok kode. Oleh sebab itu, agar kode diagnosis pada kasus-kasus rawat inap dapat terjamin keakuratannya, maka sebaiknya RSJ Tampan Provinsi Riau perlu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan *coder* melalui pelatihan kodefikasi sesuai ICD-10, serta membuat kebijakan prosedur tentang pengisian diagnosis dan keakuratan kode diagnosis menjadi pedoman bagi petugas pengkodean agar dapat melaksanakan pengkodean dengan konsisten.

Kesimpulan

1. ketepatan pencatatan diagnosis pada ringkasan pulang rawat inap elektronik yang tepat sebanyak 74 berkas sebesar 77,9% dan tidak tepat sebanyak 21 berkas sebesar 21,1%
2. Keakuratan kodefikasi penyakit pada ringkasan pulang rawat inap elektronik yang akurat sebanyak 82 berkas sebesar 86,3% dan tidak akurat sebanyak 13 berkas sebesar 13,7%.

Daftar Pustaka

- Hatta, G. 2013. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan Edisi Revisi 2*. Jakarta: UI Press.
- Hatta. 2016. *Health Information Management*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press).
- Irmawati., & Nadelia Nazillahtunnisa. 2019. *Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan Icd-10 pada Rekam Medis Rawat Jalan Di Puskesmas*. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 2: (2), hal.100-105.

- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 377/Menkes/SK/III/2007 *tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan*. 2007. Jakarta: Menkes RI.
- Laela, I. 2017. *Identifikasi Unsur 5M Dalam Ketidaktepatan Pemberian Kode Penyakit Dan Tindakan (Systematic Review)*. Skripsi, Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat. Universitas Esa Unggul. Peraturan Menteri Kesehatan Republik
- Suryandari, Endang Sri Dewi Hastuti., et al. 2023. *Hubungan Ketepatan Penulisan Diagnosis Penyakit dengan Keakuratan Kode Diagnosis pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit*. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 11: (3), hal. 249-259.