

Gambaran Kelengkapan Informasi Medis Dan Keakuratan Kode Diagnosis Di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu

Deno harmanto^{1*}, Anggia Budiarti², Ari Herisandi³

^{1,2,3} Program Studi D III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Stikes Sapta Bakti Bengkulu

Jl. Mahakam Raya No.16 Lingkar Barat, Bengkulu 346300

¹deno86sapta@gmail.com, ²anggiadjonalisman@gmail.com, ³arisandi@gmail.com

Abstrak

Rekam medis harus berisi data medis yang menggambarkan secara rinci semua aspek perawatan pasien yang terjadi. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan adalah 100%. Pengisian rekam medis yang tidak lengkap menggambarkan pelayanan kesehatan yang diberikan dan kualitas pelayanan rekam medis. Dokumen rekam medis yang tidak lengkap akan menyulitkan petugas untuk mengenali riwayat kesehatan pasien dan klaim ke perusahaan asuransi. Tujuannya untuk mengetahui gambaran kelengkapan informasi medis rawat inap terhadap ketepatan kode diagnosis berbasis ICD-10 di RS Bhayangkara Bengkulu. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif yaitu pengumpulan data dengan cara observasi langsung terhadap objek penelitian. Sampel dalam penelitian ini terdiri dari 83 berkas rekam medis rawat inap. Hasil : Dari 83 berkas rekam medis rawat inap, lembar Anamnesa yang terisi sebanyak 42 lembar dengan persentase (51%) tidak terisi lengkap, hasil pemeriksaan laboratorium sebanyak 36 lembar dengan persentase (44%) tidak terisi lengkap, hasil lembar rekam medis lebih dari sebagian berjumlah 46 lembar dengan persentase (55%) tidak terisi lengkap, dan penulisan diagnosa pasien yaitu lebih dari sebagian sebanyak 49 lembar dengan persentase tidak jelas (59%).

Kata Kunci: Kelengkapan, Informasi Medis, Akurasi Kode

Abstract

Medical records must contain medical data that describes in detail all aspects of patient care that occur. Hospital Minimum Service Standard Completeness of medical record filling 24 hours after completion of service is 100%. Incomplete medical record filling describes the health services provided and the quality of medical record services. Incomplete medical record documents will make it difficult for officers to recognize the patient's medical history and claims to insurance companies. The aim is to find out the description of the completeness of inpatient medical information on the accuracy of the ICD-10 based diagnosis code at Bhayangkara Hospital Bengkulu. The research method used was descriptive research, namely collecting data by direct observation of the research object. The sample in this study consisted of 83 inpatient medical record files. Results: Of the 83 inpatient medical record files, 42 sheets were filled out in the Anamnesa sheet with the percentage (51%) not filled in completely, laboratory examination results totaling 36 sheets with the percentage (44%) not filled out completely, the medication record sheet was more than partial totaling 46 sheets with a percentage (55%) not filled in completely, and writing patient diagnoses, namely more than a portion of 49 sheets with an unclear percentage (59%).

Keywords: *Completeness, Medical Information, Code Accuracy*

Pendahuluan

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 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 wajib menyelenggarakan penyimpanan terhadap pencatatan dan pelaporan yang dilakukan untuk jangka waktu tertentu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan. Pencatatan dalam bentuk dokumen yang berkaitan dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien disebut sebagai rekam medis.

Rekam medis merupakan berkas yang berisikan informasi tentang identitas pasien, anamnesis, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Depkes RI, 2006). Rekam medis yang bermutu berperan penting dalam peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit salah satunya membantu dalam pengambilan keputusan serta digunakan sebagai acuan pengobatan pasien selanjutnya, terutama pada saat pasien itu berobat kembali. Rekam medis dikatakan bermutu apabila rekam medis tersebut akurat, lengkap, valid, dan tepat waktu.

Menurut (Hatta, 2013), Untuk mendapatkan kode diagnosis yang akurat tidak hanya didasarkan pada formulir resume medis akan tetapi lembar-lembar lain yang berkaitan dengan proses pengkodean, yaitu pada lembar Anamnesa, hasil pemeriksaan laboratorium, Catatan pengobatan, dan diagnosis pasien yang tepat sesuai dengan terminologi medis dan berhubungan dengan penegakkan diagnosis. Coder sebelum melakukan pengkodean harus melihat setiap lembar rekam medis guna penentuan kode diagnosis yang akurat.

Hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga rekam medis dalam menjaga mutu rekam medis adalah kelengkapan informasi medis yang berhubungan dengan riwayat penyakit pasien yang dimulai dari awal perawatan sampai pulang dari rumah sakit. Assembling salah satu bagian yang bertanggung jawab dalam pengecekan kelengkapan dokumen rekam medis. Tugas bagian assembling salah satunya melakukan analisis kuantitatif dan kualitatif agar tercipta dokumen rekam medis yang bermutu dan menggambarkan informasi medis yang lengkap yang didapat digunakan mendukung dalam pengkodean. Pelaksanaan kodifikasi diagnosis harus lengkap dan akurat sesuai dengan arahan ICD-10 (WHO, 2016). Keakuratan kode diagnosis dan tindakan sangat mempengaruhi kualitas data statistik dan pembayaran biaya kesehatan dengan sistem case-mix. Kode diagnosis yang tidak akurat akan menyebabkan data tidak akurat. Kode yang salah akan menghasilkan tarif yang salah. Pengkodean yang akurat diperlukan rekam medis yang lengkap. Keakuratan dalam pemberian kode diagnosis merupakan hal yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis, ketepatan data diagnosis sangat penting di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dalam asuhan dan pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian Rohman (2016) menyebutkan bahwa salah satu faktor yang berpengaruh terhadap keakuratan kode diagnosis adalah kelengkapan informasi medis. kelengkapan Informasi medis yang dimaksud adalah kelengkapan pengisian anamnesa, pemeriksaan laboratorium, catatan pengobatan, kelengkapan diagnosis pasien. Menurut penelitian (Wariyanti, 2014), kelengkapan informasi medis dan keakuratan dokumen rekam medis sangatlah penting, jika informasi medis dalam suatu dokumen rekam medis tidak lengkap, maka kode diagnosis yang dihasilkan menjadi tidak akurat.

Sebuah studi mengungkapkan bahwa kesalahan koding berpotensi menurunkan pendapatan rumah sakit mencapai 32,6% dan menurunkan pendapatan dari klaim dengan perhitungan sejumlah Rp 559.632.015,00 dengan selisih kurang terhadap standar adalah 8%

atau sebesar Rp. 48.958.416,00. (Yuniati, 2013) Studi lain menunjukkan bahwa rumah sakit mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian jumlah klaim yang dibayar dengan besaran biaya yang telah dikeluarkan oleh rumah sakit untuk suatu pelayanan. (Septianis, Misnaniarti and Alwi, 2010) Studi yang baru-baru ini dilakukan di Malaysia menunjukkan potensi kerugian yang dialami rumah sakit X ketika coder salah menentukan kode diagnosis mencapai RM 654.303,91 (2,2 miliar rupiah) per tahun. (Zafrah, 2018).

Dampak yang akan timbul apabila petugas sering melakukan kesalahan dalam menginput kode suatu penyakit, akan mengakibatkan turun nya mutu Rekam Medis Petugas Coder Rumah Sakit serta mempengaruhi data Informasi Laporan Ketepatan tarif INA-CBG's, indeks pencatatan penyakit, pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas, analisis pembiayaan pelayanan kesehatan, serta untuk penelitian epidemiologi dan klinis, selain itu juga pihak Rumah Sakit akan mengalami penghambatan dalam pengklaiman biaya.

Berdasarkan hasil survey awal yang dilakukan peneliti di Rumah Sakit Bhayangkara Jitra Kota Bengkulu. Peneliti mengambil 10 sampel dokumen rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Jitra Bengkulu untuk diteliti kelengkapan dokumen rekam medis dan keakuratan kodenya. Berdasarkan hasil survey diperoleh persentase kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap sebesar 40% dan ketidaklengkapan dokumen rekam medis rawat inap sebesar 60%. Ketidaklengkapan dokumen rekam medis disebabkan 50% Lembar anamnesa, pemeriksaan laboratorium, catatan pengobatan yang tidak lengkap, 10% ketidaklengkapan pada lembar diagnosis pasien yang tidak lengkap. Presentase keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap sebesar 20% sedangkan ketidakakuratan kode diagnosis 80%. Ketidakakuratan kode diagnosis disebabkan karena 40% dokumen rekam medis hanya sampai digit ke 3, 10% salah kode Diagnosis. 10% salah dalam penggunaan karakter ke 4.

Mengingat pentingnya pengisian kelengkapan informasi medis sehingga mendapatkan kode yang akurat, untuk itu sebaiknya petugas rekam medis dalam melakukan analisis kuantitatif dan kualitatif lebih teliti dan cermat sehingga didapatkan data informasi medis yang lengkap dan benar sehingga mempermudah petugas dalam membuat pelaporan, mengindeks penyakit pasien serta mempermudah proses pengklaiman atau penentuan biaya pada pihak BPJS Kesehatan.

Metode Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif yaitu mengumpulkan data dengan cara pengamatan secara langsung terhadap objek penelitian. Metode yang digunakan adalah metode observasi. Pengumpulan data menggunakan data sekunder.

Hasil Dan Pembahasan

1. Distribusi Frekuensi Kelengkapan Pengisian Lembar Anamnesa Pasien

Tabel .1 Kelengkapan Pengisian Lembar Anamnesa

Kelengkapan pengisian Lembar Anamnesa Pasien	N	%
Lengkap	41	49%
Tidak Lengkap	42	51%
Total	83	

Berdasarkan tabel 4.1 dari 83 dokumen rekam medis rawat inap yang diamati pada kelengkapan lembar Anamnesa pasien terdapat 41 (49%) dengan kategori lengkap dan sebagian besar 42 (51%) dengan kategori tidak lengkap.

2. Distribusi Frekuensi Kelengkapan Pengisian Lembar Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 2. Kelengkapan Pengisian Lembar Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Kelengkapan pengisian Lembar Hasil Pemeriksaan Laboratorium	N	%
Lengkap	47	56%
Tidak Lengkap	36	44%
Total	83	100%

Berdasarkan tabel 4.2 dari 83 dokumen rekam medis rawat inap yang diamati pada kelengkapan Hasil Pemeriksaan lembar Laboratorium terdapat 47 (56%) dengan kategori lengkap dan sebagian besar 36 (44%) dengan kategori tidak lengkap.

3. Distribusi Frekuensi Kelengkapan Pengisian Lembar Catatan Pengobatan Pasien

Tabel 3. Kelengkapan Lembar Pengisian Catatan Pengobatan

Kelengkapan pengisian Lembar Catatan Pengobatan	N	%
Lengkap	37	45%
Tidak Lengkap	46	55%
Total	83	100%

Berdasarkan tabel 4.3 dari 83 dokumen rekam medis rawat inap yang diamati pada kelengkapan lembar Catatan Pengobatan terdapat 37 (45%) dengan kategori lengkap dan sebagian besar 46 (55%) dengan kategori tidak lengkap.

4. Distribusi Frekuensi Ketepatan Penulisan Diagnosis Pasien

Tabel 4. Ketepatan Penulisan Diagnosis

Ketepatan Penulisan Diagnosis Pasien	N	%
Tepat	34	41%
Tidak Tepat	49	59%
Total	83	100%

Berdasarkan tabel 4.4 dari 83 dokumen rekam medis rawat inap yang diamati pada kelengkapan Catatan Pengobatan terdapat 34 (41%) dengan kategori Tepat dan sebagian besar 49 (59%) dengan kategori tidak Tepat.

Pembahasan

1. Kelengkapan Pengisian Lembar Anamnesa

Hasil penelitian ini didapatkan bahwa tingkat kelengkapan pengisian Lembar Anamnesa Pasien di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu belum maksimal yaitu tidak mencapai kelengkapan 100%. adapun tingkat ketidaklengkapan pengisian lembar anamnesa pasien sebagian besar tidak diisi dengan lengkap berjumlah 42 (51%), yaitu pada Anamnesa pasien masih terdapat ketidaklengkapan pengisian riwayat penyakit pasien dimana riwayat penyakit pasien harus dicatat dengan lengkap karena bertujuan untuk mengumpulkan data tentang masalah kesehatan dan medis pasien sehingga dapat mengidentifikasi perkiraan diagnosis/ masalah medis yang dihadapi pasien karena syarat tersebut digunakan untuk menegakkan diagnosis.

Menurut PERMENKES RI No. 269/MENKES/III/2008 pada Bab II pasal 3 ayat 2 tentang jenis dan isi rekam medis disebutkan bahwa formulir yang harus ada dalam dokumen rekam medis pasien rawat inap salah satunya adalah lembar hasil anamnesis, pada

lembar tersebut sekurang kurangnya harus mencangkup keluhan utama dan riwayat penyakit, maka dari itu lembar anamnesis dianggap penting. Kelengkapan pengisian berkas rekam medis harus mencapai angka 100% selama 1x24 jam setelah pasien keluar rumah sakit. Rekam medis sebagai catatan perjalanan penyakit pasien merupakan berkas yang pengisiannya harus terisi secara lengkap. Ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis akan mengakibatkan catatan yang termuat menjadi tidak sinkron serta informasi kesehatan pasien terdahulu sulit diidentifikasi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Bani Sasmita (2011). Dari 91 dokumen yang diteliti terdapat 50,54% (46 dokumen) diantaranya tidak ada informasi pada lembar anamnesa (kosong), informasi yang ada pada lembar anamnesa dapat membantu koder dalam melakukan pengkodean yaitu tentang letak/site fracture yang dapat dilihat dari gambar anatomi dan juga dari keterangan yang tertera pada kolom ekstremitas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara kelengkapan anamnesis dengan keakuratan kode diagnosis pasien kasus kecelakaan pada nilai $p = 0,028$ ($p < 0,05$).

Pengisian lembar anamnesa harus lengkap karena informasi yang ada pada lembar anamnesa dapat membantu koder dalam melakukan pengkodean yaitu tentang letak/site fracture yang dapat dilihat dari gambar anatomi dan juga dari keterangan yang tertera pada kolom ekstremitas. Sebagai contoh pada kasus fracture tibia dikode hanya sampai digit ke 3 yaitu S82 yang harusnya berdasarkan ICD-10 yaitu S82.2 dimana kode pada kasus tersebut tidak dilengkapi karakter ke 4 untuk menunjukan letak anatomi (*site code*) atau menunjukan lokasi fraktur dan cedera. Hal ini menunjukkan bahwa petugas dalam mengkode hanya melihat diagnosis utama pasien tidak melihat riwayat penyakit yang ada pada lembar anamnesis pasien sehingga terjadi ketidakakuratan kode diagnosis.

Ketidaklengkapan pengisian lembar anamnesa disebabkan karena dokter terlalu banyak pasien sehingga tidak sempat menuliskan riwayat penyakit pasien dan riwayat konsumsi obat melainkan langsung membuat diagnosis pasien, serta kurangnya komunikasi petugas rekam medis dengan dokter yang harus mengisi informasi medis dengan lengkap.

Dampak yang akan timbul apabila Anamnesa pasien tidak diisi dengan lengkap, Riwayat penyakit pasien harus terisi karena digunakan sebagai informasi penunjang yang informatif untuk menunjang keakuratan kode diagnosis. Kelengkapan informasi penunjang sangat penting dalam proses penentuan kode diagnosis yang akurat, maka dari itu seorang koder tidak hanya melihat diagnosis saja melainkan harus mereview semua informasi pada lembar yang ada dalam dokumen rekam medis, seperti teori dari Kasim dan Erkadius (2013) yang menyatakan bahwa pengodean harus selalu dimulai dari pengkajian (review) teliti rekam medis pasien. Hal ini dilakukan guna memperoleh gambaran jelas secara menyeluruh dari dokumentasi rekam medis tentang masalah dan asuhan yang diterima pasiennya.

Kementerian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129 Tahun 2008. Kelengkapan pengisian berkas rekam medis harus mencapai angka 100% selama 1x24 jam setelah pasien keluar rumah sakit. Rekam medis sebagai catatan perjalanan penyakit pasien merupakan berkas yang pengisiannya harus terisi secara lengkap. Ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis akan mengakibatkan catatan yang termuat menjadi tidak sinkron serta informasi kesehatan pasien terdahulu sulit diidentifikasi.

Diharapkan kepada Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu sebaiknya memperhatikan kelengkapan pengisian anamnesa pasien dengan lengkap karena hasilnya akan berkaitan langsung dengan penegakan diagnosis pasien sehingga kode yang dihasilkan akan akurat.

2. Kelengkapan Pengisian Lembar Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Hasil penelitian ini didapatkan bahwa tingkat kelengkapan pengisian Lembar Hasil Pemeriksaan Laboratorium di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu belum maksimal yaitu tidak mencapai kelengkapan 100%. Adapun tingkat ketidaklengkapan pengisian lembar Hasil Pemeriksaan Laboratorium hampir sebagian tidak diisi dengan lengkap berjumlah 36 (44%), yaitu masih terdapat ketidaklengkapan pengisian jenis pemeriksaan, hasil pemeriksaan dan nilai rujukan dimana kelengkapan pengisian formulir ini sangat berpengaruh pada penegakan diagnosis penyakit pasien karena berisi informasi yang spesifik dalam menentukan diagnosis yang akan ditegakan dokter.

Menurut Hatta (2013) Hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis dalam menjaga mutu dokumen rekam medis adalah kelengkapan informasi medis yang berhubungan dengan hasil dari pemeriksaan laboratorium dimana berisi tentang pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang lainnya. Pada lembar pemeriksaan laboratorium sekurang-kurangnya harus diisi yaitu jenis pemeriksaan, hasil pemeriksaan dan nilai rujukan karena hasilnya sangat berpengaruh dalam penegakan diagnosis yang ditulis oleh dokter.

Hasil penelitian ini didukung penelitian Wariyanti (2013) dari 66 dokumen didapatkan hasil kelengkapan pemeriksaan laboratorium sebanyak 10 dokumen persentase 15% dan tidak lengkap 56 dokumen persentase 85%. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara kelengkapan Lembar Hasil Pemeriksaan Laboratorium dengan keakuratan kode diagnosis pada dokumen rekam medis rawat inapdi RSUD Kabupaten Karanganyar tahun 2013 dengan nilai $p= 0,012$. Selain melihat diagnosisnya, juga perlu melihat informasi yang terdapat dalam setiap lembar rekam medis yang ditulis dokter untuk menghasilkan kode yang akurat.

Sebagai contoh kasus ketidaklengkapan pengisian lembar hasil pemeriksaan laboratorium dalam menentukan kode diagnosis I10 Essential Primary Hypertension maka terlebih dahulu harus memperhatikan informasi penunjang meliputi tekanan darah systole dan diastole serta laboratorium, umur, jenis kelamin dikarenakan systole kurang dari 150 mmhg dan diastole kurang dari 100 mmhg serta hasil laboratorium yang menunjukkan pemeriksaan USG dengan hasil Effusi pleura sinistra maka kode diagnosis tidak pada kode I10 Essential Primary Hypertension melainkan pada I27.0 Primary pulmonary hypertension. Hal ini akan berdampak pada mutu dokumen rekam medis dan dapat mempengaruhi dalam menentukan keakuratan kode.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Fitriah (2015) faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan pada lembar hasil pemeriksaan laboratorium karena dokter lebih mengutamakan memberikan pelayanan, banyaknya pasien sehingga dokter berusaha untuk memberikan pelayanan dengan cepat, dokter tidak melihat hasil pemeriksaan laboratorium untuk lebih memastikan diagnosis yang lebih spesifik, sehingga ada diagnosis yang tidak sesuai dengan hasil pemeriksaan laboratorium sehingga petugas koder dalam menentukan kode diagnosis tidak akurat.

Mengingat dampak yang akan timbul apabila tidak mengisi hasil pemeriksaan laboratorium dengan lengkap akan mengakibatkan kurangnya informasi dokter dalam menegakan diagnosis karena hasilnya pemeriksaan laboratorium merupakan hasil pemeriksaan penunjang yang hasilnya sangat mempengaruhi ketepatan dalam pemberian diagnosis sehingga akan terjadi kesalahan dalam penentuan diagnosis yang berakibat tidak akuratnya kode diagnosis pasien serta informasi medis yang tidak konsisten (Savitri, 2011).

Diharapkan kepada Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu agar dapat melengkapi hasil pemeriksaan Laboratorium agar mempermudah dokter dalam menentukan diagnosis pasien dengan tepat dan hasilnya akan mempengaruhi keakuratan kode diagnosis pasien.

3. Kelengkapan Pengisian Catatan Pengobatan Pasien

Hasil penelitian ini didapatkan bahwa tingkat kelengkapan pengisian Catatan Pengobatan Pasien di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu belum maksimal yaitu tidak mencapai kelengkapan 100%. Adapun tingkat ketidaklengkapan pengisian catatan pengobatan pasien sebagian besar tidak diisi dengan lengkap berjumlah 46 (55%), yaitu masih terdapat ketidaklengkapan karena tidak tertulisnya nama obat, jenis obat, dosis dan cara penggunaan obat serta tanggal, pemberian obat serta tanda tangan dokter yang menangani tidak terisi dengan lengkap. Dimana hal ini sangat berpengaruh pada saat dokter menegakkan diagnosis karena pentingnya melihat lembar catatan pengobatan yaitu kesinambungan Antara diagnosis yang diberikan sesuai dengan pemberian obat karena jika dokter salah dalam menegakkan diagnosis akan menyebabkan resiko yang besar terhadap pasien.

Pentingnya kelengkapan catatan pengobatan pasien dikemukakan dalam penelitian Mamarimbing dkk., (2012), yang menyebutkan bahwa pengisian data yang lengkap merupakan salah satu aspek penting yang terdiri dari nama obat, dosis, cara penggunaan obat yang diperlukan dalam menentukan jenis obat, khususnya dosis untuk anak dan dosis untuk orang dewasa harus tepat agar tidak terjadi kesalahan dalam pemberian obat. Pencantuman nama dan paraf dokter dalam resep juga merupakan hal yang penting untuk dicantumkan, jika terjadi kesalahan dalam hal peresepan maka petugas kefarmasian dapat langsung menghubungi dokter yang bersangkutan untuk melakukan verifikasi terkait dengan terapi obat yang diberikan kepada pasien (Akoria dan Isah, 2008), sedangkan pencantuman SIP dalam resep diperlukan untuk menjamin keamanan pasien, bahwa dokter tersebut mempunyai hak dan dilindungi undang-undang dalam memberikan terapi pengobatan kepada pasien (Mamarimbing dkk., 2012).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Wariyanti (2013), menggambarkan bahwa tingkat kelengkapan pengisian lembar catatan pengobatan pasien dengan kategori lengkap berjumlah 15 (34,10%) dan dengan kategori tidak lengkap berjumlah 29 (69,10%). Dimana catatan pengobatan pasien digunakan setelah dilakukan anamnesa dan pemeriksaan maka dilakukan pengobatan yang dilakukan oleh dokter dan perawat bangsal. Namun pada lembar catatan pengobatan tidak terisi dengan lengkap. Hasil uji statistik hubungan antara kelengkapan pengisian lembar catatan pengobatan pasien dengan keakuratan kode diagnosis dengan menggunakan uji statistik Chi Square diperoleh nilai p sebesar 0,012 Hal ini terdapat hubungan antara pengisian lembar catatan pengobatan pasien dengan keakuratan kode diagnosis pada dokumen rekam medis rawat inap.

Penyebab dari ketidaklengkapan pengisian catatan pengobatan pasien karena adanya ketidaksesuaian penulisan instruksi di catatan medik dan di resep, lupa dalam mengisi setiap kolom dengan lengkap seperti identitas pasien, nama obat, dosis, cara penggunaan, jam pemberian obat, serta tanda tangan dokter yang sering tidak di isi, dan yang paling sering terjadi pada saat pelayanan farmasi adalah kesalahan waktu pemberian obat, kesalahan teknik pemberian obat, dan obat tertukar pada pasien yang namanya sama (*right drug for wrong patient*). Salah satu contoh akibat tidak di isinya catatan pengobatan pasien yang tidak lengkap, misalnya obat diberikan informasi diminum sesudah makan yang seharusnya sebelum makan atau yang seharusnya siang atau malam diberikan pagi hari. Contoh lain dokter menuliskan R/ Flunarizin 5 mg signa 1×1 malam, Instalasi Farmasi

memberikan Sinral 5mg, tetapi perawat tidak mengetahui bahwa obat tersebut komposisinya sama dengan Flunarizin, mungkin juga karena kurang teliti, sampai terjadi pasien tidak diberikan obat karena di CPO ditulis Flunarizine 5 mg, signa 1×1 (Sarmalina dkk, 2011).

Faktor penyebab pada pengisian kelengkapan catatan pengobatan pasien dikarenakan beban kerja yaitu rasio antara beban kerja dan SDM tidak seimbang, gangguan bekerja yaitu terganggu dengan dering telepon, edukasi yaitu tidak tepat waktu pemberian obat, kondisi lingkungan yaitu jarak unit farmasi tidak memudahkan tenaga kesehatan dalam pemberian obat dan komunikasi yaitu kurangnya komunikasi tenaga kesehatan dan pasien dalam penggunaan obat (Yosefin dkk, 2016).

Dampak yang akan timbul apabila tenaga medis sering tidak melengkapi pengisian catatan pengobatan pasien ini akan sangat fatal akibatnya jika terjadi kesalahan pemberian jenis obat, dosis, serta cara penggunaan obat tersebut yang bisa merugikan pasien tersebut, serta menyulitkan dokter dalam penentuan diagnosis pada pasien (Putu N dkk, 2017).

Diharapkan kepada Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu agar dapat memperhatikan lagi kelengkapan pengisian catatan pengobatan pasien agar tidak terjadi kesalahan dalam pemberian obat serta mempermudah dokter dalam menegakan diagnosis dan jika diagnosis sudah sesuai dengan kelengkapan informasi medis yang ada petugas koder dalam menentukan kode diagnosis akan akurat.

4. Ketepatan Penulisan diagnosis Pasien

Hasil penelitian ini didapatkan bahwa tingkat Ketepatan Penulisan diagnosis Pasien di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu belum maksimal yaitu tidak mencapai ketepatan 100%. Adapun Penulisan diagnosis Pasien sebagian besar tidak ditulis dengan tepat berjumlah 49 (59%). Ketidaktepatan penulisan diagnosis disebabkan karena masih adanya dokter yang menggunakan penulisan diagnosis yang tidak mengacu pada aturan penulisan yang resmi dan ejaan terminologi yang tidak sesuai dengan ICD-10. Dan hal ini menyebabkan sulitnya tenaga koder dalam menetapkan kode karena dokter masih sering menggunakan istilah medis dengan singkatan yang tidak baku serta masih ada diagnosis yang ditulis dokter tidak sesuai dengan root, prefix, dan suffix yang ada pada buku terminologi medis. Hal ini akan berdampak langsung ada penegakan kode yang ditetapkan petugas koder akan tidak akurat.

Menurut Maryati W. (2016), Hal terpenting yang harus diperhatikan coder adalah ketepatan dalam menentukan kode diagnosis. Dimana dalam proses pengodean coder juga memerlukan kelengkapan dan ketepatan penulisan diagnosis agar menghasilkan keakuratan kode diagnosis. Pengkodean yang akurat memerlukan penulisan diagnosis yang sesuai dengan terminologi medis yang tepat sehingga membantu petugas coding dalam memilih lead term dan melakukan pengkodean penyakit yang sesuai dengan ICD-10. Diagnosis yang dituliskan dengan lengkap dan tepat oleh seorang dokter sangat berpengaruh terhadap ketepatan dan keakuratan kodifikasi penyakit. ketepatan berasal dari kata tepat yang mendapat awalan ke- dan akhiran -an. Kata tepat berarti suatu hal yang betul atau lurus, tidak ada selisih sedikitpun, tidak kurang dan tidak lebih. Keakuratan kode diagnosis memiliki peran yang penting sebagai dasar pembuatan statistik rumah sakit untuk mengetahui trend penyakit/laporan morbiditas dan sebab kematian/laporan mortalitas. keakuratan kode merupakan kunci ketepatan klaim asuransi bagi pasien dengan asuransi Jaminan Kesehatan Nasional.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Hamid (2013). Ketepatan penulisan diagnosis dari 96 Berkas rekam medis menunjukkan bahwa sebanyak 39 berkas (40,9%)

penulisan diagnosis tidak tepat dan 57 berkas (59,4%) penulisan diagnosis sudah tepat menggunakan bahasa terminologi medis. Uji χ^2 ini dilakukan untuk mengetahui hubungan ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis, dengan didapatkan nilai χ^2 hitung sebesar nilai signifikansi p lebih kecil dari $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$) sehingga dapat disimpulkan H_0 ditolak. Artinya terdapat hubungan yang signifikan antara ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis kasus obstetri gynecology pasien rawat inap di RSUD. Dr. Saiful Anwar Malang.

Dokter memiliki peran yang sangat penting dalam ketepatan dan kelengkapan penulisan diagnosis. Diagnosis yang ditulis sesuai dengan terminologi medis yang ada di ICD-10 akan mempermudah coder dalam melakukan kodifikasi. Sebagai contoh kasus pada diagnosis yang ditulis dokter anemia + melena dikode D64.9 sehingga menyebabkan petugas koder salah dalam mengkoding dimana berdasarkan ICD-10 kode nya yaitu D62.9 dengan diagnosis anemia post haemorrhage post melena.

Penetapan dan penulisan diagnosis harus sesuai dengan ICD-10 merupakan tanggung jawab dokter, sedangkan tenaga non medis khususnya petugas coding harus saling berkomunikasi dengan baik agar menghasilkan kodefikasi penyakit yang tepat dan akurat sehingga dapat dipertanggungjawabkan. Diagnosis harus ditulis secara konsisten dengan menggunakan terminologi medis yang bertujuan untuk keseragaman, berlaku umum, agar dapat dipahami oleh dokter di seluruh dunia (Hatta, 2013).

Menurut Maryati W. (2016), Hal terpenting yang harus diperhatikan coder adalah ketepatan dalam menentukan kode diagnosis. Dimana dalam proses pengodean coder juga memerlukan kelengkapan dan ketepatan penulisan diagnosis agar menghasilkan keakuratan kode diagnosis. Pengkodean yang akurat memerlukan penulisan diagnosis yang sesuai dengan terminologi medis yang tepat sehingga membantu petugas coding dalam memilih lead term dan melakukan pengkodean penyakit yang sesuai dengan ICD-10. Diagnosis yang dituliskan dengan lengkap dan tepat oleh seorang dokter sangat berpengaruh terhadap ketepatan dan keakuratan kodefikasi penyakit. ketepatan berasal dari kata tepat yang mendapat awalan ke- dan akhiran -an. Kata tepat berarti suatu hal yang betul atau lurus, tidak ada selisih sedikitpun, tidak kurang dan tidak lebih. Keakuratan kode diagnosis memiliki peran yang penting sebagai dasar pembuatan statistik rumah sakit untuk mengetahui trend penyakit/laporan morbiditas dan sebab kematian/laporan mortalitas. keakuratan kode merupakan kunci ketepatan klaim asuransi bagi pasien dengan asuransi Jaminan Kesehatan Nasional.

Dampak yang akan timbul apabila penggunaan istilah dan singkatan diagnosis medis tidak tepat disamping akan mempengaruhi keakuratan koding, akan berdampak pada pasien yaitu memungkinkan dokter dalam melakukan tindakan kepada pasien juga salah, sehingga mengakibatkan terjadinya malpraktik. Selain itu juga ketepatan penulisan diagnosis, maka dapat mempengaruhi ketepatan dalam menentukan kode diagnosis dan dapat berdampak terhadap biaya pelayanan kesehatan. Hal ini dapat menunjukkan ketidak efektifan pengelolaan data pelayanan kesehatan pada sarana pelayanan kesehatan (DepkesRI, 2008).

Diharapkan kepada Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu agar dapat memperhatikan lagi ketepatan dalam penulisan diagnosis pasien dan petugas menjalin hubungan komunikasi terhadap dokter jika ada diagnosis yang sulit terbaca atau tidak tepat, agar mempermudah petugas koder dalam menentukan kode diagnosis yang akurat.

SIMPULAN

1. Dari 83 Lembar Anamnesa Pasien sebagian besar 42 (51%) Tidak Lengkap.
2. Dari 83 Lembar Hasil Pemeriksaan Laboratorium hampir sebagian 36 (44%) Tidak Lengkap.
3. Dari 83 Lembar Catatan Pengobatan sebagian besar 46 (55%) Tidak Lengkap.
4. Dari 83 Diagnosis sebagian besar 49 (59%) Tidak Tepat.

REFERENSI

Agustine, D. M., & Pratiwi, R. D. (2017). Hubungan Ketepatan Terminologi Medis dengan Keakuratan Kode Diagnosis Rawat Jalan oleh Petugas Kesehatan di Puskesmas Bambanglipuro Bantul. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 2(1), 113-121.

Arikunto, S. 2002. *Metodologi Penelitian*. Jakarta PT. Rineka Cipta

Apriyantini, D. (2018). Analisis Hubungan Kelengkapan Pengisian Resume Medis Terhadap Kesesuaian Standar Tarif INA-CBG's Instalasi Rawat Inap Teratai RSUP Fatmawati Jakarta. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*.

Dewi, S. C. (2012). *Hubungan Kelengkapan Pengisian Resume Medis dengan Keakuratan Kode Diagnosis Kasus Obstetri Berdasarkan ICD-10 di RSUD DR Moewardi Surakarta* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).

Hatta, G. 2013. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Universitas Indonesia

Hastuti, E. S. D., & Ali, M. (2019). Faktor-faktor yang Berpengaruh pada Akurasi Kode diagnosis di Puskesmas Rawat Jalan Kota Malang. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 30(3), 228-234.

Harsono, H., & Sugiharto, S. (2020). Representasi Kualitas Informasi Dokumen Rekam Medis Berbasis Permenkes RI Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 di Klinik Pratama Surya Medika Semarang. *Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan*, 11(2).

Republik Indonesia. 2009. Undang- undang No. 36 Tahun 2009 *Tentang Kesehatan*. Jakarta : Republik Indonesia

Rachmawati, H., Pristianty, L., Wirasti, W. S., & Hidayati, I. R. Profil Peresepan Antibiotika Untuk Ispa Di Apotek Ashvin Kota Malang.

Saputro NT dan Nuryati. Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis di Puskesmas Mojolaban Sukoharjo Jawa Tengah. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. 2015, 3(1), 59-64.

Suriawan NLES, Kartiko BH, dan Adhiwirawan B. Factors Affecting the Inaccuracy of Outpatient Disease Diagnosis Coding in General Surgery and Neurosurgery Polyclinics, Hospital X, Badung Regency. *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*. 2017, 6(3): 232-238.

Sari, T. P., & Dewi, N. H. (2016). Keakuratan Kode Diagnosis Hepatitis Berdasarkan Icd-10 Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Lancang Kuning Pekanbaru. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMIKI)*, 4(1).

- Samarinda, K. S. S. K. (2019). Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Wariyanti, A. S. (2014). *Hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode diagnosis pada dokumen rekam medis rawat inap di rumah sakit umum daerah kabupaten karanganyar tahun 2013* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).
- Widjaya, L., & Rumana, N. A. (2014). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keakurasian Koding Ibu Melahirkan dan Bayi di Beberapa Rumah Sakit Tahun 2014. *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM)*, 2(2), 114-122.
- World Health Organization. 2010. *ICD-10 Volume 1 Tabular List*. Geneva : World Health Organization
- World Health Organization. 2010. *ICD-10 Volume 2 Instruction Manual*. Geneva : World Health Organization
- World Health Organization. 2010. *ICD-10 Volume 3 Alphabetical Index*. Geneva : World Health Organization