

Gambaran Pelaksanaan Kodefikasi Diagnosa Pneumonia Berdasarkan Pendidikan, Pengetahuan dan Masa Kerja Coder (Rsud Dr. M.Yunus Bengkulu)

Anggia Budiarti¹, Deno Harmanto², Dinda Sri Rahayu³

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti B, Jl. Mahakam Raya Bengkulu

[*¹anggiadjonaisman@gmail.com](mailto:anggiadjonaisman@gmail.com), [*²deno86@gmail.com](mailto:deno86@gmail.com), [*³dinda Ayu@gmail.com](mailto:dinda Ayu@gmail.com)

Abstrak

Coder bertanggung jawab penuh terhadap ketepatan kodefikasi diagnosis, oleh sebab itu petugas harus berpengetahuan yang baik dan pengalaman yang tinggi agar kegiatan kodefikasi dapat terlaksana dengan baik, berdasarkan survey yang peneliti lakukan di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu, penyakit pneumonia menduduki urutan ke-3 dari 10 penyakit terbanyak pasien rawat inap di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu, dengan cara mengecek lembar masuk dan keluar pada berkas rekam medis yang didiagnosa pneumonia terdapat 11 diagnosa yang kode diagnosisnya tidak tepat, sehingga akan memperlambat proses pengklaiman dan akan berpengaruh dengan mutu pelayanan rekam medis. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Pengetahuan dan Masa Kerja Coder Dalam Melaksanakan Kodefikasi Diagnosa Pneumonia di RSUD Dr. M.Yunus Bengkulu. Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif yaitu mendeskripsikan hasil data yang diperoleh. Objek penelitian berjumlah 65 berkas rekam medis diagnosis pneumonia dan Subjek penelitian berjumlah 5 orang petugas *coder*. Metode yang digunakan adalah observasi dengan menggunakan lembar *check list* dan lembar kuesioner. Pengumpulan data menggunakan data sekunder dan primer. Dari 65 berkas rekam medis diagnosis pneumonia terdapat 54 atau (70%) kodenya tepat dan 11 atau (30%) kodenya tidak tepat. 5 orang atau (100%) *coder* masa kerjanya ≥ 3 tahun. 2 orang responden atau (40%) memiliki pengetahuan yang baik, dan 3 orang atau (60%) petugas memiliki pengetahuan yang cukup.

Kata kunci: Ketepatan Kode, Petugas *Coder*, Pneumonia

Overview Of The Implementation Of Pneumonia Diagnosis Codefication Based On Education, Knowledge and Coder's Period of Work (Dr. Hospital. M. Yunus Bengkulu)

Abstract

Coders are fully responsible for the accuracy of diagnosis coding, therefore officers must have good knowledge and high experience so that coding activities can be carried out well, based on a survey conducted by researchers at RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu, pneumonia ranks 3rd out of the 10 most common illnesses in inpatients at RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu, by checking the entry and exit sheets in the medical record files for those diagnosed with pneumonia, there were 11 diagnoses whose diagnosis codes were incorrect, which would hamper the claim process and would affect the quality of medical record services. The purpose of this research is to determine the knowledge and work experience of coders in carrying out codefication of pneumonia diagnoses at RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. The type of research carried out is descriptive research, namely describing the results of the data obtained. The research objects were 65 medical record

files for pneumonia diagnosis and the research subjects were 5 coders. The method used is observation using a check list sheet and questionnaire sheet. Data collection uses secondary and primary data. Of the 65 medical record files for pneumonia diagnosis, 54 or (70%) had correct codes and 11 or (30%) had incorrect codes. 5 people or (100%) coders have worked for ≥ 3 years. 2 respondents or (40%) had good knowledge, and 3 people or (60%) officers had sufficient knowledge.

Keywords: Code Accuracy, Coder Officer, Pneumonia

PENDAHULUAN

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44, 2009, Rumah Sakit merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang lengkap, guna menunjang pelayanan yang terbaik kepada masyarakat khususnya pasien, maka rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan medis dan non medis, dimana salah satu dari pelayanan non medis adalah penyelenggaraan rekam medis.

Rekam Medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen mengenai identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lainnya yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis dapat berupa rekaman dalam bentuk sistem informasi yang dapat digunakan untuk dapat mengumpulkan segala informasi terkait dengan pelayanan yang diberikan di fasilitas pelayanan kesehatan sehingga dapat digunakan berbagai kepentingan, seperti pengambilan keputusan pengobatan kepada pasien, bukti legal pelayanan yang telah diberikan dan dapat juga sebagai bukti tentang kinerja sumber daya manusia di fasilitas sumber daya pelayanan kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis).

Satu diantara sistem pengolahan data yang penting dalam rekam medis adalah pemberian kode (*coding*). Pemberian kode adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka dan kombinasi huruf dalam yang mewakili komponen data (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006). Kegiatan yang dilakukan dalam kode meliputi kegiatan pengkodean tindakan medis. Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode (Budi, 2011). Kegiatan *coding* sangat bermanfaat untuk memudahkan pelayanan pada penyajian informasi dan menunjang fungsi perencanaan, manajemen dan riset kesehatan (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

Pengkodean atau kodifikasi adalah salah satu cara yang mampu menyeragamkan pendataan individual penyakit pasien demi kepastian akurasi, presisi, ketepatan waktu dan tindakan yang akan dijadikan input suatu sistem informasi manajemen yang dikembangkan (Naga, 2013).

Kualitas data dan informasi pelayanan kesehatan membutuhkan keakuratan dan kekonsistensian data yang dikode. Kualitas dari data yang dikode sangat penting bagi fasilitas penggunaan kesehatan. Ketepatan pengkodean sangat penting dalam manajemen data, pembayaran, dan lainnya. Kualitas data pengkodean harus dapat dipertanggung jawabkan, valid, lengkap dan tepat waktu serta hasil pengkodean dengan rekam medis oleh beberapa petugas pengkodean akan menghasilkan kode yang sama, begitu juga apabila seorang petugas pengkodean melakukan pengkodean diagnosis yang sama. Hasil pengkodean harus mencerminkan keadaan pasien dan tindakan atau prosedur yang diterima (Valid). Selain itu, pengkodean harus lengkap dalam artian

harus mencerminkan semua diagnosis dan semua prosedur yang diterima oleh pasien. Rekam medis dapat dikode dengan hasil dapat dipercaya, benar dan lengkap serta dilakukan dengan tepat waktu sehingga dapat digunakan untuk pengambilan keputusan rekam medis (Skurka, 2003).

Pelaksanaan pengkodean yang dilakukan pada berkas rekam medis harus dilakukandengan sangat teliti, tepat dan akurat sesuai kode diagnosa yang ada didalam ICD-10. Jika terjadi kesalahan dalam pengkodean akan berdampak buruk pada pasien maupun rumah sakit. Namun, pada kenyataan yang ditemui dilapangan masih di temukan permasalahan- permasalahan dalam pelaksanaan ketepatan pengkodean diagnosa penyakit berdasarkan ICD- 10 (Rusliyanti dkk, 2016).

Kepastian dan ketepatan kode diagnosa pada berkas rekam medis sangat diperlukan agar informasi dapat dipertanggung jawabkan memaparkan kualitas fakta yang telah terjadi. Ini akan memungkinkan *retrieval* informasinya dapat memenuhi kebutuhan manajemen pasien, institusi, edukasi, riset ataupun kebutuhan pihak ketiga yang lebih luas dan mempunyai tingkat validasi data yang rendah. Hal ini, akan mengakibatkan ketidakakuratan laporan, misalnya laporan morbiditas rawat jalan, laporan 10 besar penyakit ataupun klaim jemkesmas(Hatta, 2011).

Salah satu faktor yang sangat mempengaruhi ketepatan kode diagnosis penyakit pasien adalah sumber daya manusia yaitu dimana seorang *coder* harus memiliki pengetahuan yang tinggi terkait dengan pengkodean diagnosis penyakit (Pramitasari, 2015). Sejalan dengan Rohiman (2016), bahwa ketepatan dan keakuratan kode diagnosis dipengaruhi oleh petugas *codefikasi (coder)*. Selain itu pengetahuan, masa kerja, dan proses pelaksanaan pengkodean juga sangat mempengaruhi kodefikasi diagnosis.

Pengetahuan merupakan hasil tahu dari manusia dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra penglihatan, melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Dimana sebagian besar manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoadmojo, 2013). Menurut Notoadmojo (2005) tingkat pengetahuan terdiri atas 6 tingkat yaitu, Tahu (*Know*), Memahami (*Comprehension*), Aplikasi (*Application*), Analisis (*Analysis*), Sintesis (*Syntesis*), dan Evaluasi (*Evaluation*).

Sejalan dengan hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh penelitian Yeni (2013), tentang pengetahuan *coder* dari responden yang diamati dihasilkan data sebagai berikut: pengetahuan cukup yaitu 28,6% (2 petugas), pengetahuan kurang baik yaitu 28,6% (2 petugas), dan pengetahuan tidak baik 42,8% (3 petugas), terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan *coder* dengan ketepatan kode diagnosis pasien rawat inap berdasarkan ICD-10 di RSUD Simo Boyolali.

Hal ini sesuai dengan yang tertuang dalam Permenkes RI (2008) bahwa yang menyebabkan ketidaktepatan kode diagnosis salah satunya adalah petugas rekam medis (*coder*) yang bertanggung jawab dalam pemberian kode diagnosis pasien yang telah ditetapkan oleh dokter. Salah satu faktor yang menyebabkan *coder* salah dalam pemberian kode diagnosis adalah kurangnya pengetahuan *coder* tentang prosedur penggunaan ICD-10 dan ketentuan-ketentuan yang ada didalamnya serta pengetahuan penunjang lainnya yang berkaitan dengan *coding* dan yang mendukung ketepatan dalam pemberian diagnosis.

Selain memiliki pengetahuan yang baik, Rohman (2011) menyebutkan bahwa masa kerja petugas *coder* juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi ketepatan kode diagnosis. Semakin lama seorang bekerja pada suatu organisasi maka

akan berpengalaman orang tersebut sehingga kecakapan kerjanya semakin baik.

Masa kerja adalah suatu kurun waktu atau lamanya tenaga kerja itu bekerja disuatu tempat (Handoko, 2007). Masa kerja dapat menjadi salah satu indikator tentang kecenderungan para pekerja dalam melaksanakan aktivitas kerjanya, Kinerja petugas rekam

medis dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal antara lain Pendidikan, Pelatihan, lama kerja dan motivasi. Dengan terbentuknya kinerja pegawai yang baik maka diharapkan rumah sakit mampu bersaing dengan rumah sakit lain sehingga menjadi rumah sakit yang berkualitas.

Selain memiliki pengetahuan yang baik dan masa kerja, pendidikan juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi ketepatan kode diagnosis. Semakin tinggi pendidikan seorang petugas maka akan membuat wawasan semakin luas.

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi baik dari orang lain maupun dari media masa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan, dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seseorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak pengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan non formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tentang sesuatu objek juga mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Semakin banyak aspek positif dari objek yang diketahui, akan menimbulkan sikap positif terhadap objek tersebut (Notoadmojo, 2010). Tingkat pendidikan terdiri atas 3 tingkat yaitu, pendidikan dasar, pendidikan menengah, pendidikan tinggi.

Hal ini didukung oleh penelitian Nova (2019) menjelaskan bahwa faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis yaitu dari tingkat pendidikan dari 17 petugas rekam medis hanya 4 orang berpendidikan rekam medis, sedangkan 13 orang berpendidikan non rekam medis, yang dimana pada saat memberikan kode diagnosis penyakit tidak berpedoman pada buku ICD-10.

Selain memiliki pengetahuan yang baik, masa kerja yang lama, dan pendidikan yang tinggi, pelaksanaan pengkodean juga merupakan salah satu faktor yang sangat mempengaruhi ketepatan kode diagnosis dalam menentukan kode diagnosis agar mendapatkan kode yang akurat (Prमितasari, 2015).

Hal ini didukung penelitian Ardian (2014), Ketepatan diagnosis penyakit berdasarkan ICD-10 yang mana menemukan bahwa terdapat 54,8% kodefikasi penyakit tidak tepat dikarenakan pengetahuan dan masa kerja. Petugas *coder* dengan masa kerja ≥ 3 tahun memiliki pengetahuan yang baik karena pengalaman, perhatian, ketekunan *coder* juga mempengaruhi ketepatan.

Diagnosa adalah determinasi seorang dokter tentang kausa masalah kesehatan seseorang. Pada umumnya ini meliputi pengidentifikasian proses penyakit beserta agen yang bertanggung jawab terhadap timbulnya masalah terkait (Anggraini, 2014). Diagnosa ini seharusnya ditulis dengan terminologi medis yang tepat dan memiliki nilai informatif agar dapat membantu petugas *coding* mengklasifikasikan pada kondisi dalam kategori ICD yang paling spesifik (Maryati, 2013).

Ketepatan pengkodean diagnosis yang di pengaruhi oleh faktor Sumber Daya Manusia *coder* salah satunya jenis penyakit yang sering timbul yaitu jenis penyakit pneumonia. Pneumonia merupakan peradangan pada paru- paru yang disebabkan oleh mikroorganisme seperti bakteri, jamur, virus, dan parasit. Dan yang disertai dengan eksudasi maupun konsolidasi (Dorland, 2010). Sedangkan gejala yang dialami pada penderita pneumonia adalah batuk disertai dengan sesak nafas yang disebabkan oleh agen infeksius seperti virus, bakteri, mycoplasma, aspirasi benda asing. (Nurarif & Kusuma, 2013).

Hal ini tentunya akan sangat mempengaruhi bersihan jalan nafas, be rsihan jalan nafastidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan penumpukan sputum dari saluran pernafasan yang bertujuan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas (Deni dkk, 2017). Sputum atau bisa disebut dengan dahak yang dikeluarkan dari bronki, bukan yang dari tenggorokan, hidung, ataupun mulut (Gandasoebrata, 2010).

Sedangkan menurut (Kemnkes RI, 2018) di indonesia sendiri pneumonia merupakan salah satu penyakit yang mendapat peringkat ke sepuluh di rumahsakit rawat inap diseluruh penjuru indonesia. Pada tahun 2017 presentase kasus di indonesia sebanyak 3,55% yang dikarenakan adanya perubahan angka perkiraan kasus dari 10%, selain itu ada peningkatan dalam kelengkapan pelaporan data dari 91,91% yaitu pada tahun 2015, 94,12% pada tahun 2016 dan pada tahun 2017 97,30% (Kemenkes, 2017).

Sejalan dengan hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Putri, (2021) Hasil penelitian diperoleh bahwa ketepatan kode diagnosis utama Pneumonia adalah sebanyak 25 kode (52,8%) dan tidak tepat sebanyak 6 kode (42,2%). Ketidaktepatan kode diagnosis ini disebabkan ketidaktepatan petugas dalam melakukan kodefikasi penyakit pneumonia, karenapetugas tidak melaksanakan pengkodean sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan WHO menurut pedoman ICD-10.

Berdasarkan survei awal yang dilakukan penulis pada bulan Oktober 2021 di RSUD Dr.

M. Yunus Bengkulu yang merupakan Rumah Sakit rujukan akhir tipe B dan telah terakreditasi berbasis elektronik, memiliki 5 orang petugas bagian *coding* (*Coder*) dengan latar belakang 5 orang petugas *coder* pendidikanya Diploma Tiga(DIII) Rekam Medis. Dari hasil wawancara dengan salah satu petugas rekam medis diketahui bahwa penyakit pneumonia saat ini menduduki posisi ke-3 setelah penyakit degeneratif lainnya, yang berjumlah 307 pasien rawatinap. Oleh karena itu dengan tingginya angka kejadian pneumonia ini akan semakin tinggi resiko ketidaktepatan dan kesalahan petugas *coder* dalam menentukan kode diagnosis.

Berdasarkan hasil observasi dari 10 sampel berkas rekam medis pasien pneumonia yang diteliti, ditemukan 8 (80%) berkas rekam medis yang dikode oleh petugas *coder* kodenya tepat dan 2 (20%) berkas rekam medis kodenya tidak tepat, yaitu Diagnosa Utama (KU) : Pneumonia , kode yang diberikan petugas *coder* J18.0 yang seharusnya kode ICD-10 yaitu J18.9 yang dimana J18.0 itu untuk *Bronchopneumoniadan* J18.9 itu untuk Pneumonia, *unspecifeid*. Ketidaktepatan kode diagnosa ini disebabkan oleh petugas *coder* langsung memberikan kode yang ia ketahui tanpa mengecek kembali buku pedoman ICD-10 volume 3 melihat *leadtrem*, *modifier*, dan *kualifier*.

Hasil wawancara dengan Penanggung Jawab *Coding*, *Indeksing* dan Laporan Instalasi Rekam Medis di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu, dampak yang terjadi dari ketidaktepatan *coding* penyakit pneumonia adalah pasien akan mengorbankan biaya yang sangat besar apabila pasien tersebut pasien umum dan akan mempengaruhi tarif INA-CBG's yang berlaku jika pasien tersebut adalah pasien Badan Pelayanan Jaminan

Sosial (BPJS) Kesehatan. Ketidaktepatan *coding* penyakit pneumonia juga berdampak pada turunya mutu pelayanan rumah sakit dan informasi laporan.

Menurut Hatta (2012), dampak yang terjadi bila penulisan kode diagnosis tidak tepat adalah pasien akan mengeluarkan biaya yang sangat besar. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Ayu (2012), dampak dari ketidaksesuaian di dalam pengkodean suatu diagnosis akan berpengaruh terhadap klaim biaya perawatan, administrasi rumah sakit serta kualitas pelayanan yang ada di dalam rumah sakit tersebut, dan dipertegas Dewi (2014) dalam penelitiannya bahwa hasil *coding* yang tidak berpotensi menurunkan pendapatan rumah sakit rata-rata sebesar 4.04% dari klaim yang seharusnya diterima oleh rumah sakit.

Apabila terjadi kesalahan coder dalam menetapkan kode diagnosa tidak sesuai dengan kode berdasarkan ICD_10 sehingga dapat mengakibatkan kerugian bagi rumah sakit tersebut yang mengakibatkan biaya yang ditagihkan pada Pihak BPJS akan lebih rendah sehingga rumah sakit dapat dirugikan.

Berdasarkan latar belakang diatas Tujuan penelitian ini untuk mengetahui bagaimanakah gambaran Pengetahuan dan Masa Kerja Coder Dalam Melaksanakan Kodefikasi Diagnosa Pneumonia di RSUD Dr. M.Yunus Bengkulu?.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan menggunakan metode observasional dan wawancara dengan pendekatan *cross section*. Subjek dalam penelitian ini adalah 5 orang petugas *coder* di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. Objek penelitian ini adalah

65 berkas rekam medis diagnosis pneumonia, untuk mengukur berkas rekam medis didapatkan dengan cara menggunakan rumus besar sampel menurut Slovin.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar checklist dan lembar kuesioner. *Chek List* dalam penelitian ini berisi tentang ketepatan kode, masa kerja dan pendidikan petugas *coder* di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. Kuesioner dalam penelitian ini berisi hal-hal yang diamati, meliputi pengetahuan *coder* dalam menentukan kode diagnosis pneumonia berdasarkan ICD-10.

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 28 Januari sampai dengan 28 Februari Tahun 2022 di Ruang *Filing* Instalasi Rekam Medis RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu.

Teknik pengumpulan data Penelitian ini menggunakan data sekunder dan primer, data sekunder untuk melihat ketepatan kode diagnosis pneumonia dan data primer untuk melihat pengetahuan petugas *coder* dan untuk mengetahui masa kerja petugas coding. Pengolahan data menggunakan *Editing, Coding, Cleaning, dan Processing*. Data akan dianalisis dengan menggunakan analisis univariat yaitu suatu teknik analisis data terhadap satu variabel secara mandiri, tiap variabel dianalisis tanpa dikaitkan dengan variabel lainnya.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Distribusi Frekuensi Ketepatan Kode Diagnosis Pneumonia Pada Berkas Rekam Medis Rawat Inap Di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu

Hasil penelitian ketepatan kode diagnosis pneumonia rawat inap di RSUD Dr. M.

Yunus Bengkulu dengan menggunakan lembar *check list* hingga didapatkan data seperti pada tabel berikut ini :

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Ketepatan Kode Diagnosis Pneumonia Pasien RawatInap Di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu

No	Kodefikasi Pneumonia	Jumlah	Persentase
1	Tepat	54	70
2	Tidak Tepat	11	30
	Total	65	100%

Sumber : Data Sekunder Terolah 2022

Dari Tabel 1 menunjukkan bahwa dari 65 berkas rekam medis terdapat 54 (70%) pengkodean berkas diagnosis pneumonia sudah tepat dan namun masih terdapat 11 (30%) pengkodean berkas rekam medis diagnosis pneumonia.

Ketepatan penulisan diagnosis penyakit yang ditentukan oleh tenaga medis harus tepat dan lengkap berserta tanda tangan dokter penanggung jawab pasien. Ketepatan diagnosis sangat ditentukan oleh tenaga medis, dalam hal ini sangat bergantung pada dokter sebagai penentu diagnosis karena hanya profesi dokter yang mempunyai hak dan tanggung jawab untuk menentukan diagnosis pasien. Dokter yang merawat juga bertanggung jawab atas pengobatan pasien, serta harus memilih kondisi utama dan kondisi lain yang sesuai dalam periode perawatan.

Pneumonia merupakan peradangan pada paru- paru yang disebabkan oleh mikroorganisme seperti bakteri, jamur, virus, dan parasit. Dan yang disertai dengan eksudasi maupun konsolidasi (Dorland, 2010). Sedangkan gejala yang dialami pada penderita pneumonia adalah batuk disertai dengan sesak nafas yang disebabkan oleh agen infeksius seperti virus, bakteri, mycoplasma, aspirasi benda asing, dan yang berupa radang paru-paru disertai dengan eksudasi dan konsolidasi (Nurarif & Kusuma,2013).

Terdapat empat jenis pneumonia berdasarkan penyebabnya yaitu, *pneumonia bacterial/tipikal, pneumonia atipikal*, pneumonia virus, dan pneumonia fungal (jamur). Adapun klasifikasi pneumonia berdasarkan anatomi (pola keterlibatan paru) yaitu, pneumonia lobal, bronchopneumonia, pneumonia interstitial, dan pneumonia milier.

Coder sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas ketepatan kode diagnosis yang sudah ditetapkan oleh petugas medis. Oleh karena itu, untuk hal yang kurang jelas atau tidak tepat dan tidak lengkap sebelum menetapkan kode diagnosis, dikomunikasikan terlebih dahulu kepada dokter yang membuat diagnosis tersebut untuk lebih meningkatkan informasi dalam rekam medis, petugas *coder* harus memberikan kode yang diawali dengan *leadrem, modifier, kualifier* (Hamid, 2013).

Pada tabel 1 dari 65 berkas rekam medis terdapat 54 (70%) kodenya tepat dan 11 (30%) kodenya tidak tepat. Ketidaktepatan kode diagnosis pneumonia ini disebabkan oleh petugas *coder* yang kurang teliti dalam menentukan *leadrem, modifier*, dan *kualifier* pada diagnosis pneumonia, salah satu contoh pada diagnosis *bronchopneumonia* tertulis J18.9 yang seharusnya J18.0 dan petugas *coder* langsung menentukan kode diagnosis tersebut serta mencatatnya di lembar ringkasan masuk dan keluar.

Nurhayati (2003) menyatakan tidak digunakannya buku ICD-10 dalam

memberi kode diagnosis penyakit berpengaruh terhadap penentuan kode diagnosis. Pentingnya buku ICD-10 sebagai pedoman untuk melakukan kegiatan kode penyakit, sistem klasifikasi penyakit masalah terkait kesehatan (Hatta, 2013).

Hal ini sejalan dengan penelitian Putri, (2021). Hasil penelitian diperoleh bahwa ketepatan kode diagnosis utama Pneumonia adalah sebanyak 25 kode (52,8%) dan tidak tepat sebanyak 6 kode (42,2%). Ketidaktepatan kode diagnosis ini disebabkan ketidaktepatan petugas dalam melakukan kodifikasi penyakit pneumonia, karena petugas tidak melaksanakan pengkodean sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan WHO menurut pedoman ICD-10.

Dampak yang akan timbul apabila petugas sering melakukan kesalahan dalam memberikan kode diagnosis suatu penyakit, maka akan mengakibatkan turunya mutu rekam medis petugas *coder* rumah sakit, serta mempengaruhi data, informasi laporan dan ketepatan tarif INA-CBG,s, selain itu juga pihak rumah sakit akan mengalami penng hambatan dalam proses pembayaran klaim oleh pihak BPJS sehingga berdampak pada kerugian finansial yang sangat besar bagi rumah sakit.

Upaya untuk meminimalisir kesalahan ketidaktepatan kode pada diagnosis pasien ialah sebaiknya petugas *coder* saling berkoordinasi pada saat pelaksanaan pengkodean petugas harus melalui, menentukan dan memberikan tahapan mencari istilah medis yang tepat untuk diagnosis lalu menentukan *leadterm*, *modifier*, *kualifier* pada ICD volume 3, kemudian mencocokkan kode yang ditemukan tersebut dengan yang ada di volume 1 agar mengurangi ketidaktepatan kode diagnosis.

2. Distribusi Frekuensi Masa Kerja Petugas Rekam Medis di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu

Hasil penelitian untuk mengetahui masa kerja petugas *coder* di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu dengan menggunakan lembar *check list* responden hingga didapatkan data seperti pada tabel berikut ini :

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Masa Kerja Petugas *Coder* Terhadap Ketepatan Kode Diagnosis Pneumonia Di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu

No	Masa Kerja	Jumlah	Persentase
1.	≤3 Tahun	5	100%
2.	≥3 Tahun	0	0
	Total	5	100%

Sumber : Data Primer Terolah 2022

Dari Tabel 2 menunjukkan dari 5 petugas *coder* yang diteliti bahwa masa kerja *coder* seluruhnya ≥ 3 tahun.

Pada tabel 2 diketahui dari 5 orang *coder* yang diteliti didapatkan bahwa masa kerja petugas yaitu ≥ 3 tahun sebanyak 5 (100%) orang *coder*. Dari hasil wawancara langsung terhadap 5 orang petugas *coder* dapat diketahui rata-rata masa kerja petugas ≥ 10 sampai 15 tahun dibagian rekam medis.

Masa kerja adalah suatu kurun waktu atau lamanya tenaga kerja itu bekerja disuatu tempat (Handoko, 2008). Pada umumnya, petugas dengan pengalaman kerja yang banyak tidak memerlukan bimbingan dibandingkan dengan petugas yang pengalaman kerjanya sedikit. Masa kerja dapat menjadi salah satu indikator

tentang kecenderungan para pekerja dalam melaksanakan aktivitas kerjanya. Faktor-faktor yang mempengaruhi masa kerja menurut Hani (2007) yaitu : Tingkat kepuasan kerja, Stress lingkungan kerja, Pengembangan karir, dan Kompensasi hasil kerja.

Hal ini didukung penelitian Ardian (2014), Ketepatan diagnosis penyakit berdasarkan ICD-10 yang mana menemukan bahwa terdapat 54,8% kodefikasi penyakit tidak tepat dikarenakan pengetahuan dan masa kerja petugas. Petugas *coder* dengan masa kerja ≥ 3 tahun memiliki pengetahuan yang baik karena pengalaman, perhatian, ketekunan *coder* juga mempengaruhi ketepatan.

Dampak positif yang ditimbulkan terhadap lama kerja *coder* ialah *coder* memberikan kode dengan cepat, serta dampak negatifnya ialah adanya kejenuhan petugas *coder* terhadap pekerjaannya sehingga terburu-buru dan tidak menentukan pelaksanaan pengkodean melalui tahapan pemberian yang diawali dengan *leadterm*, *modifier* dan *kualifier* sehingga petugas kurang teliti pada saat memberikan kode diagnosis.

Upaya untuk meminimalisir ketidaktepatan kode terhadap masa kerja *coder* untuk *coder* yang sudah lama bekerja pada bagian *coding* sebaiknya memberikan kode sesuai dengan teori yang sesuai dengan standar pengkodean yaitu berpedoman pada ICD-10 yang melalui tahapan pemberian *leadterm*, *modifier* dan *kualifier*.

3. Distribusi Frekuensi Pendidikan Petugas Rekam Medis di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu

Tabel 3 Hasil penelitian pendidikan petugas *coder* diagnosis pneumonia di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu

No	Pendidikan	Jumlah	Persentase
1.	D3 Rekam Medis	5	100%
2.	Non Rekam medis	0	0
	Total	5	100%

Sumber : Data Primer Terolah 2022

Dari Tabel 3 menunjukandari 5 orang petugas *coder* yang diteliti bahwa pendidikan petugas *coder* yaitu D3 Rekam Medis sebanyak 5 orang petugas *coder* (100%).

Pada tabel 3 diketahui dari 5 orang *coder* yang diteliti didapatkan bahwa pendidikanpetugas *coder* yaitu D3 rekam medis sebanyak 5 (100%) orang *coder*. Dari hasil wawancara langsung terhadap 5 orang petugas *coder* dapat diketahui rata-rata pendidikan petugas D3 rekam medis.

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi baik dari orang lain maupun dari media masa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan, dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seseorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak pengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan non formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tentang sesuatu objek juga mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Semakin banyak aspek positif dari objek yang diketahui, akan menimbulkan sikap positif terhadap objek tersebut (Notoadmojo, 2010). Tingkat Pendidikan terdiri atas 3 tingkat yaitu, Pendidikan Dasar, Pendidikan Menengah, Pendidikan Tinggi.

Hal ini didukung oleh penelitian Nova (2019) menjelaskan bahwa faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis yaitu dari tingkat pendidikan dari 17 petugas rekam medis hanya 4 orang berpendidikan rekam medis, sedangkan 13 orang berpendidikan non rekam medis, yang dimana pada saat memberikan kode diagnosis penyakit tidak berpedoman pada buku ICD-10. Dampak yang akan timbul apabila pendidikan *coder* yang tidak berlatang belakang rekam medis yaitu akan berpengaruh pada pencapaian kinerja yang optimal. Dampak positif dari pendidikan *coder* yaitu semakin baik pengetahuan *coder*.

Upaya untuk meminimalisir ketidaktepatan kode terhadap pendidikan *coder* yaitu *coder* sebaiknya banyak mengikuti pelatihan tentang teori pengkodean yang diawali dengantahapan pemberian *leadterm*, *modifier*, dan *kualifier*.

4. Distribusi Frekuensi Pendidikan Petugas Rekam Medis di RSUD Dr. M. Yunus

Bengkulu

Hasil penelitian pengetahuan petugas *coder* diagnosis pneumonia di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu dengan cara memberikan lembar kuesioner kepada responden hingga didapatkan data seperti pada tabel berikut ini :

Tabel 4 Distribusi Frekuensi Pengetahuan *Coder* Terhadap Ketepatan Kode Diagnosis Pneumonia Di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu

No	Tingkat pengetahuan Coder	Jumlah	Persentase
1	Baik	2	40
2	Cukup	0	60
3	Kurang	3	0
	Total	5	100%

Sumber : Data primer Terolah 2022

Dari Tabel 4 menunjukkan bahwa dari 5 *coder* 2 (40%) petugas *coder* memiliki pengetahuan baik, 3 (60%) petugas *coder* memiliki pengetahuan cukup.

Pada tabel 4 terdapat 5 *coder* yang diteliti, bahwa pengetahuan petugas *coder* tentang kode diagnosis pneumonia tertinggi yaitu komponen pengetahuan yang dinilai baik sebanyak 2 orang (40%), komponen pengetahuan yang dinilai cukup sebanyak 3 orang (60%), berdasarkan kuesioner dari 20 pertanyaan yang diajukan rata-rata pertanyaan pada nomor 1 responden menjawab dengan jawaban yang salah, yang mana pertanyaan nomor 1 mengenai pemeriksaan diagnostik pneumonia. Hal ini dikarenakan petugas rekam medis belum terpaparnya mengenai pemeriksaan diagnostik khususnya pada kasus pneumonia.

Pengetahuan merupakan hasil tau dari manusia dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Dimana sebagian besar manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoadmojo, 2013). Menurut Notoadmojo (2005) tingkat pengetahuan terdiri atas 6 tingkat yaitu, Tahu (*Know*), Memahami (*Comprehension*), Aplikasi (*Application*), Analisis (*Analysis*), Sintesis (*Syntesis*), dan Evaluasi (*Evaluation*).

Sejalan dengan hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh penelitian Yeni (2013), tentang pengetahuan *coder* dari responden yang diamati dihasilkan data sebagai berikut: pengetahuan cukup yaitu 28,6% (2 petugas), pengetahuan kurang baik yaitu 28,6% (2 petugas), dan pengetahuan tidak baik 42,8% (3 petugas), terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan *coder* dengan ketepatan kode diagnosis pasien rawat inap berdasarkan ICD-10 di RSUD Simo Boyolali.

Dampak yang akan timbul apabila pengetahuan *coder* yang minim yaitu akan berpengaruh terhadap pencatatan dan pelaporan administrasi rumah sakit serta informasi yang diberikan untuk kepentingan hukum menjadi baik dan akurat. Dampak positif dari pengetahuan *coder* akan lebih cepat dalam pemberian kode.

Upayah untuk meminimalisir kesalahan ketidaktepatan kode diagnosis pada pasien ada baiknya petugas *coder* saling berkoordinasi dalam menggunakan buku pedoman ICD-10 yang melalui tahapan pemberian dan penentuan *leadterm*, *modifier* dan *kualifier* yang telah ditetapkan oleh WHO. Hal ini bertujuan agar dalam pemberian kode diagnosis petugas *coding* lebih teliti sehingga kode diagnosis yang dihasilkan tetap sesuai dengan pedoman *coding* (Ayu dan Ernawati, 2012).

SIMPULAN

Dari 65 berkas rekam medis diagnosis pneumonia sebagian besar 54 (70%) kode diagnosisnya tepat. Dari 5 orang petugas *coder*, masa kerja ≥ 3 tahun sebanyak 5 (100%), Dari 5 orang petugas *coder*, pendidikan D3 rekam medis sebanyak 5 (100%), Dari 5 orang petugas *coder*, pengetahuan dikategorikan baik yaitu 2 (40%) dan 3 (60%) petugas *coder* berpengetahuan cukup.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, 2014. Evaluasi Pelaksanaan Sistem Identifikasi Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Vol. 28, Suplemen No. 1, 99-103.
- Arikunto. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ayu, R.2012. *Tinjauan Penulisan Diagnosis Utama dan Ketepatan Kode ICD-10 pada Pasien Umum di RSUD Kota Semarang Triwulan I Tahun 2012*. *Jurnal Kesehatan*.
- Bradley, dkk. 2011. *The Management of Community-Acquired Pneumonia in Infants and Children Older Than 3 Months of Age : Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America, Clinical Infectious Diseases, 1-52*.
- Budi, S. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta. Quantum Sinergis Media.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Jakarta: Dirjen Yanmed.
- Dorland WA, Newman. 2010. *Kamus Kedokteran Dorland edisi 31*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.p.702, 1003.
- Ernawati, D. 2012. *Peran Faktor Kepemimpinan dalam Penerapan Kelengkapan Penulisan Diagnosa sesuai dengan Terminologi ICD-10 pada Dokumen Rekam medis Rawat Inap Rumah Sakit Permata Medika Semarang Tahun 2012*. Thesis. Magister Administrasi Rumah Sakit. Universitas Diponegoro.
- Gandasoebrata, R, 2010. *Penentuan Laboratorium Klinik*, cetakan ke-16, Jakarta: Dian rakyat.
- Naga, M. 2003. *Pemanfaatan Kodefikasi Diagnosis Sistem In ICD-10 bagi Kepentingan Informasi Media*. Jakarta: MR Pustaka.
- Hamid, G. 2013. *Hubungan Ketepatan Penulisan Diagnosis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Kasus Obstetri Gynecology Pasien Rawat Inap di RSUD. Dr. Saiful Anwar Malang*. Skripsi, Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Handoko, T. Hani. 2008. *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*. Liberty: Yogyakarta.
- Hatta, G. 2013. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Hatta, G.2011. Tujuan Kegunaan, Pengguna dan Fungsi Rekam Medis Kesehatan, dalam Hatta, G, editor. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan*, Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Hatta, Gemala R. 2013. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan*, Jakarta: UI-Press.
- Hernawan, H. 2017. *Ketepatan Kode Diagnosis Sistem Sirkulasi di Klinik Jantung RSUD Wates*. *Jurnal Kesehatan Vokasional* Vol.2 No.1 Hal 148-153.
- Kementrian Kesehatan RI. 2018. *Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta: Kemenkes RI. Diakses pada tanggal 31 Januari 2019 dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-tahun-2017.pdf>

- Kementerian Kesehatan RI. 2016. *INFODATION Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI Situasi Balita Pendek*. Jakarta Selatan.
- Morissan, M. 2012. *Metode Penelitian Survei*. Jakarta: Kencana.
- Notoadmojo, S. (2013) *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmojo, Soekidjo. (2005). *Promosi Kesehatan : Teori dan Aplikasi*, Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Notoadmojo. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmojo dalam Octavia, 2017. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoadmojo. 2010. *Pengetahuan dan Pola Pikir*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nurarif & Kusuma. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) NIC-NOC*. Mediacion Publishing.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan-Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Surabaya: Salemba Medika.
- Octavia, H. 2017. *Hubungan Beban Kerja Coder Dengan Keakuratan Kode Diagnosa Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Syafira Pekan Baru*. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia: ISSN: 2337-6007. Vol 5. No. 1. Maret 2017. Halaman: 92-95.
- Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor 844/Menkes/SK/X/2008 *Tentang Penetapan Standar Kode Data Bidang Kesehatan*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/2008
Tentang Rekam Medis.
- Riduwan, 2010. *Skala Pengukuran Variabel-variabel Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Sastroasmora, S dan Ismael, S. 2011. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Binarupa Aksara : Jakarta.
- Skurka, M. 2003. *Health Information Management*. Chicago: AHA Press.
- Sudra, I. 2009. *Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis*, Depok : Graha Ilmu.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 *Tentang Rumah Sakit*.
- Windari, A. 2016. *Analisis Ketepatan Coding yang Dihasilkan Koder di RSUD Ungaran*. Jurnal Riset Kesehatan Vol 5 No.1 Hal. 35-39