

## ANALISIS KETEPATAN KODE DIAGNOSIS PASIEN RAWAT JALAN PADA POLI SARAF DI RSUD DR. RASIDIN PADANG

SITI HANDAM DEWI<sup>1\*</sup>, RAHMADHANI<sup>2</sup>, ARIF PRIMA<sup>3</sup>, SATRIO BHAGAS YUDHANTO<sup>4</sup>, SITI NUR HAWA<sup>5</sup>

STIKes Dharma Landbouw Padang<sup>1,2,3,4,5</sup>

Email: dewisitihandam@gmail.com<sup>1</sup>, rahmadhani@gmail.com<sup>2</sup>, arifpriima@gmail.com<sup>3</sup>, sbhagas@gmail.com<sup>4</sup>, sitinurhawaa08@gmail.com<sup>5</sup>

**Abstract:** *The clarity of diagnosis writing is an important factor in coding determination. One of the issues found is the illegibility of diagnoses and the lack of completeness in filling out medical resumes, which is caused by the use of terminology in Indonesian and abbreviations that do not conform to standard norms, making it difficult for coders to read and interpret the diagnoses. The research aims to examine the accuracy of the diagnostic codes for outpatient patients in the neurology clinic. The type of research used is quantitative with a cross-sectional method, conducted at the Dr. Rasidin General Hospital in Padang. The research population consists of 532 medical record files, and the sample taken amounts to 84 outpatient medical record files using simple random sampling techniques. The type of research used is quantitative with a cross-sectional method, conducted at the Dr. Rasidin General Hospital in Padang. The research population consists of 532 medical record files, and the sample taken amounts to 84 outpatient medical record files using simple random sampling technique. The research was conducted using observations and a checklist, as well as univariate analysis. Data processing includes editing, coding, tabulation, and data cleaning. The research results indicate that out of 84 medical record files, 28 (33.3%) had unclear diagnoses due to illegible handwriting, 34 (40.5%) were incomplete due to time constraints, and 26 (31.0%) had incorrect codes due to the ambiguity and incompleteness of the diagnosis writing. The ambiguity and incompleteness of diagnosis writing affect the accuracy of coding. In the future, it is hoped that diagnosis writing will adhere to ICD-10 guidelines to facilitate the assignment of diagnosis.*

**Keyword:** *Code Accuracy, Patient Diagnosis, Outpatient Care.*

**Abstrak:** Kejelasan penulisan diagnosis merupakan faktor penting dalam penentuan kode. Salah satu masalah yang ditemukan adalah ketidakterbacaan diagnosis dan kurangnya kelengkapan dalam pengisian resume medis, yang disebabkan oleh penggunaan terminologi dalam Bahasa Indonesia dan singkatan yang tidak sesuai dengan norma standar, sehingga menyulitkan koder untuk membaca dan menafsirkan diagnosis. Penelitian ini bertujuan untuk memeriksa keakuratan kode diagnostik untuk pasien rawat jalan di klinik neurologi. Jenis penelitian yang digunakan adalah kuantitatif dengan metode cross-sectional, yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Dr. Rasidin Padang. Populasi penelitian terdiri dari 532 berkas rekam medis, dan sampel yang diambil berjumlah 84 berkas rekam medis rawat jalan dengan menggunakan teknik simple random sampling. Jenis penelitian yang digunakan adalah kuantitatif dengan metode cross-sectional, yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Dr. Rasidin Padang. Populasi penelitian terdiri dari 532 berkas rekam medis, dan sampel yang diambil berjumlah 84 berkas rekam medis rawat jalan dengan menggunakan teknik simple random sampling. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan observasi dan daftar periksa, serta analisis univariat. Pengolahan data meliputi penyuntingan, pengkodean, tabulasi, dan pembersihan data. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 84 berkas rekam medis, 28 (33,3%) memiliki diagnosis yang tidak jelas karena tulisan tangan yang tidak terbaca, 34 (40,5%) tidak lengkap karena keterbatasan waktu, dan 26 (31,0%) memiliki kode yang salah karena ambiguitas dan ketidaklengkapan penulisan diagnosis. Ambiguitas dan ketidaklengkapan penulisan diagnosis memengaruhi keakuratan pengkodean. Ke depannya, diharapkan penulisan diagnosis dapat mengikuti pedoman ICD-10 untuk memudahkan penetapan diagnosis.

**Kata Kunci :** Akurasi Kode, Diagnosis Pasien, Perawatan Rawat Jalan

## A. Pendahuluan

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan rumah sakit sebagai komponen penting dari organisasi sosial dan kesehatan yang menyediakan layanan lengkap, meliputi pengobatan dan pencegahan penyakit. Keputusan Menteri Kesehatan RI tersebut menetapkan bahwa rumah sakit sebagai fasilitas layanan kesehatan berpotensi menjadi tempat penularan penyakit dan pencemaran lingkungan [3]. Rekam medis dalam layanan kesehatan berfungsi sebagai catatan komprehensif tentang proses operasional di dalam lingkungan rumah sakit. Permenkes No. 24 tahun 2022 mendefinisikan rekam medis sebagai dokumentasi yang mencakup informasi identitas pasien, rincian pemeriksaan, perawatan, kegiatan, dan layanan lain yang diberikan kepada pasien [7].

Kegiatan utama Instalasi Rekam Medis meliputi perakitan dan pengendalian (manufaktur, pengkodean, pengindeksan), bersama dengan analisis data dan pelaporan. Rekam medis berkualitas tinggi adalah rekam medis yang diproses dengan cepat untuk menghasilkan informasi yang tepat dan dapat diandalkan [9]. Sistem pengkodean merupakan langkah penting dalam rekam medis yang berkontribusi pada peningkatan kualitas layanan rumah sakit (Peraturan Menteri Kesehatan No. 24, 2022). Tanggung jawab utama departemen Rekam Medis adalah mengkodekan diagnosis utama pasien pada lembar ringkasan masuk dan keluar, serta alasan kematian. Pengkodean profesional dilakukan oleh individu yang sangat kompeten, disebut sebagai koder, dengan memanfaatkan alat khusus seperti buku ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), yaitu ICD-10 untuk diagnosis penyakit dan ICD 9 CM untuk prosedur medis [6].

Faktori penyebab ketidaktepatan dalam penulisan kode diagnosis meliputi penulisan diagnosis oleh dokter yang tidak jelas dan tidak lengkap, yang kemudian menyebabkan kesalahan penulisan kode oleh petugas rekam medis [7]. Beberapa faktor lainnya termasuk kurang jelasnya tulisan tangan, data rekam medis yang tidak lengkap, penggunaan sinonim dan singkatan yang tidak familiar, serta pengalaman dan pendidikan petugas koding yang kurang memadai [10]. Sistem saraf manusia, yang kompleks dan mengatur interaksi individu dengan lingkungan serta aktivitas sistem tubuh lainnya, dapat mengalami gangguan akibat trauma, infeksi, tumor, gangguan kekebalan tubuh, atau kelainan aliran darah, yang mengakibatkan kesulitan dalam bergerak, berbicara, berpikir, atau hilang ingatan [1]

Ketepatan pengisian kode diagnosis sangat penting karena ketidaktepatan dapat menurunkan mutu pelayanan rumah sakit, mempengaruhi data dan informasi laporan, serta ketepatan tarif INA-CBG's untuk pembayaran pelayanan pasien [2]. Penelitian Wulandari Alfionika (2014) menemukan bahwa 85% penulisan diagnosis jelas dan 15% tidak jelas, serta 65% pengkodean sesuai ICD-10 dan 35% tidak tepat, yang menunjukkan pentingnya ketepatan dalam pengkodean untuk proses pengindeksan, statistik laporan, dan pembiayaan [5].

Berdasarkan observasi di RSI Siti Rahmah, proses rekam medis elektronik pada rawat jalan menunjukkan penulisan diagnosis yang jelas dan lengkap, dengan dokter bertanggung jawab untuk pengkodean (penulis, 2024). Sebaliknya, di RSUD dr. Rasidin Padang ditemukan permasalahan signifikan dalam kejelasan dan kelengkapan penulisan diagnosis, dengan beberapa poli seperti poli saraf, penyakit dalam, dan bedah umum menunjukkan tingkat ketidakjelasan dan ketidaklengkapan yang tinggi. Dari 17 poli, poli saraf adalah yang paling banyak mengalami kesulitan, yang berdampak pada keterlambatan pengklaiman BPJS.

Survey awal pada 26 Maret 2024 di RSUD dr. Rasidin Padang menunjukkan dari 10 berkas rekam medis penyakit saraf, 40% tidak jelas, 30% tidak lengkap, dan 30% tidak tepat sesuai ICD-10. Ketidaktepatan ini berdampak langsung pada besarnya klaim yang dibayarkan dan pendapatan pelayanan kesehatan, karena biaya klaim bergantung pada ketepatan kode diagnosis yang dimasukkan ke dalam programi INA-CBGs (penulis, 2024).

## B. Metodologi Penelitian

Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rasidin Padang pada tanggal 20 s/d 21 Juni 2024. Populasi berjumlah 532 berkas rekam medis yang dijadikan sampel sebanyak 84 berkas rekam medis rawat jalan dengan menggunakan

tekniki simple randomi isampling. Penelitian ini dilakukan dengan cara observasi dan menggunakan tabel checklist, dengan memakai teknik analisa univariat. Pengolahan data penelitian ini dengan cara editing, coding, tabulasi, cleaning data.

### C. Pembahasan dan Analisa

#### Kejelasan Penulisan Diagnosis Pasien Rawat Jalan Pada Poli Saraf di RSUD dr. Rasidin Padang

Berdasarkan hasil pengamatan melalui tabel checklist yang peneliti lakukan terhadap 84 rekam medis pasien rawat jalan pada poli saraf diperoleh hasil presentase kejelasan penulisan diagnosa penyakit yang dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Kejelasan Penulisan Diagnosis Pasien Rawat Jalan Pada Poli Saraf di RSUD dr. Rasidin Padang

Kejelasan Penulisan Diagnosa	f	%
Tidak Jelas	28	33,3%
Jelas	56	66,7%
Total	84	100%

Berdasarkan tabel 1 dari total 84 berkas rekam medis didapatkan bahwa kurang dari separuh 28 (33,3%) berkas rekam medis dengan penulisan diagnosa yang tidak jelas.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian (Salehudin, 2021) bahwa pada 120 dokumen rekam medis rawat inap yang dipelajari kejelasan penulisan diagnosa di Resume medis pasien sebanyak 80 (66,7%) termasuk kelompok yang jelas. 40 (33,3%) termasuk kelompok tidak jelas. Hal ini disebabkan karena tulisan dokter yang sulit dibaca bahkan adanya rekam medis yang kelengkapan penulisan tidak di tulis (kosong) pada RM 1 (resume medis) sehingga tidak dapat terbaca oleh peneliti.

Pasal 1 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 24 Tahun 2022 mengatur bahwa dokter atau dokter gigi wajib mendokumentasikan seluruh kegiatan yang dilakukan terhadap pasien dalam memberikan pelayanan kesehatan. Pasal 2 ayat 1 mengatur bahwa rekam medis wajib didokumentasikan secara tertulis, lengkap, dan tidak ambigu, baik dalam bentuk tertulis maupun elektronik. Diagnosis yang sulit diinterpretasikan akan mempengaruhi informasi yang dihasilkan, karena data yang disajikan cenderung tidak lengkap, sehingga mempengaruhi kualitas informasi dan keakuratan kode diagnosis [4].

Berdasarkan hasil pengamatan peneliti diagnosis yang tidak jelas disebabkan karena penulisan diagnosis yang sulit terbaca. Petugas tenaga kesehatan (Dokter, Perawat, dan tenaga kesehatan lainnya) yang berhubungan langsung dengan pasien menuliskan diagnosa penyakit pasien menggunakan singkatan, dan diagnosa sulit terbaca oleh petugas kode, sehingga petugas kode kesulitan dalam pemberian kode berkas rekam medis.

Berdasarkan asumsi peneliti untuk meminimalisasi terjadinya penulisan yang tidak jelas maka perlu adanya upaya pencegahan ketidakjelasan penulisan diagnosa berkas rekam medis dengan cara dilakukan dengan adanya komunikasi antara petugas coding dengan DPJP terkait diagnosa pasien yang diberikan, sehingga tidak adanya penggunaan kata singkatan dalam diagnosis pasien dan sesuai dengan aturan penulisan diagnosa pada ICD-10. Untuk mengurangi ketidakjelasan penulisan diagnosis seharusnya DPJP menuliskan diagnosa penyakit mengacu pada ketentuan terminologi medisi serta jelas mudah dibaca, sehingga petugas Rekam Medis mudah menginput serta membuat kode berdasarkan ICD-10.

#### Kelengkapan Penulisan Diagnosis Pasien Rawat Jalan Pada Poli Saraf di RSUD dr. Rasidin Padang

Berdasarkan hasil pengamatan melalui tabel checklist yang peneliti lakukan terhadap 84 rekam medis pasien rawat jalan pada poli saraf diperoleh hasil presentase kelengkapan penulisan diagnosis penyakit yang dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2  
Distribusi Frekuensi Kelengkapan Penulisan Diagnosis Pasien Rawat Jalan Pada Poli Saraf di RSUD Dr. Rasidin Padang

Kelengkapan Penulisan Diagnosa	f	%
Tidak Lengkap	34	40,5%
Lengkap	50	59,5%
Total	84	100%

Tabel 2 dari total 84 berkas rekam medis didapatkan bahwa kurang dari separuh 34 (40,5%) berkasi rekami medisi dengan penulisan diagnosa yang tidak ilengkap.

Penelitian ini merupakan hasil validasi dari penelitian Oktamianiza (2016) tentang "Ketepatan Pengodean Diagnosis Primer Penyakit pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap JKN di RSI Siti Rahmah Padang". Hasil penelitian ini diperoleh dari 100 lembar rekam medis, yang mana 82 lembar (82,0%) diantaranya memiliki diagnosis lengkap, sedangkan sebagian kecil (18%) memiliki diagnosis tidak lengkap. Untuk mengurangi ketidaklengkapan diagnosis, dokter sebagai pihak yang berwenang dalam diagnosis harus mengartikulasikan diagnosis secara lengkap dan tepat agar dapat diidentifikasi secara akurat [10].

Penyelesaian rekam medis yang tidak memadai disebabkan oleh kurangnya kesadaran staf medis mengenai konsekuensi dari penyelesaian data yang buruk. Lebih jauh, staf medis kurang memiliki pengetahuan tentang keuntungan dan aplikasi rekam medis pasien dalam memastikan penyediaan layanan yang tidak terputus dan standar perawatan yang tinggi di rumah sakit. Hal ini akan berdampak pada koder yang ahli dalam mengkode diagnosis pasien [8].

Berdasarkan hasil pengamatan peneliti ketidaklengkapan penulisan diagnosis disebabkan oleh kurangnya kepedulian dokter dalam menuliskan diagnosis dengan lengkap berdasarkan pernyataan diagnosis yang terdapat pada ICD-10 sehingga dokter menulis diagnosa tidak lengkap dan menggunakan singkatan dengan tulisan tegak bersambung. Kurangnya diagnosis yang komprehensif dan tidak ambigu dalam catatan medis pasien akan membahayakan ketepatan kode.

Menurut hipotesis peneliti tentang penggunaan singkatan dalam pencatatan diagnosis, dokter harus menjelaskan arti penting singkatan tersebut kepada pembuat kode. Hal ini akan membantu mencegah kesalahpahaman atau salah tafsir terhadap singkatan tersebut dan memudahkan identifikasi kode diagnosis pasien. Dengan catatan rekam medis pasien rawat inap dalam proses peralatan akurat, rumah sakit dapat memastikan kelengkapan dokumen rekam medis untuk layanan sesuai dengan protokol yang ditentukan.

#### D. Penutup

Darii hasil penelitian yang dilakukan di RSUD dr. Rasidin Padang pada tahun 2024, dapat disimpulkan penemuan dari beberapa masalah terkait penulisan diagnosis pasien rawat jalan di poli saraf. Dari sampel yang digunakan berjumlah 84 , kurang dari separuh berkas rekam medis, yaitu 28 (33,3%), menunjukkan penulisan diagnosis yang tidak jelas, 34 (40,5%) berkas rekam medis memiliki penulisan diagnosis yang tidak lengkap, dan 26 (31,0%) berkas menunjukkan ketidaktepatan kode. Temuan ini mengindikasikan adanya masalah signifikan dalam penulisan dan pengkodean diagnosis yang perlu diperbaiki untuk meningkatkan akurasi dan efektivitas dokumentasi medis di rumah sakit tersebut.

Diharapkan agar petugas kesehatan menuliskan diagnosis penyakit dengan mengacu pada ketetapan terminologi medisi serta memastikan tulisan tersebut jelas dan mudah dibaca. Hal ini penting agar petugas Rekam Medis dapat dengan mudah menginput dan membuat kode berdasarkan ICD-10. Selain itu, pemberian pelatihan kepada petugas koding mengenai tata cara pengkodean yang tepat sesuai panduan ICD-10 yang telah ditetapkan oleh WHO juga sangat diperlukan. Pelatihan ini akan membantu meningkatkan akurasi dalam pengkodean. Selanjutnya, komunikasi antara petugas koding dan dokter yang memberikan diagnosis perlu ditingkatkan untuk memastikan bahwa kode yang dihasilkan akurat dan tepat.

Peningkatan komunikasi ini akan memfasilitasi proses penentuan kode yang lebih baik dan sesuai dengan diagnosa yang diberikan.

#### **Ucapan Terima Kasih**

Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada seluruh pihak yang telah memberikan dukungan dalam proses penyusunan artikel ini. Terima kasih disampaikan kepada individu maupun lembaga yang telah meluangkan waktu, memberikan masukan, serta menyediakan informasi yang membantu penulis dalam menyelesaikan artikel ini.

#### **Daftar Pustaka**

- [1]Ericca. (2020). *Sistem Pakar Penyakit Gangguan Saraf Hemoragik Menggunakan Metode Certainty Factor*. Jurnal SAINTIKOM (Jurnal Sains Manajemen Informatika dan Komputer).
- [2]Karimah. (2019). *Aspek Keamanan Pada Pengelolaan Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan RSUD Kota Semarang*. Semarang.
- [3]Kementerian Kesehatan RI, “KMK RI nomor HK.01.07/menkes/5673/2021 Tentang petunjuk teknis klaim penggantian biaya pelayanan pasien,” Petunjuk Tek. Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien, vol. 2019, pp. 1–83, 2021.
- [4]Nurmalinda, Puspitasari. (2017). Evaluasi Tingkat Ketidaktepatan Pemberian Kode Diagnosis dan Faktor Penyebab di Rumah Sakit X di Jawa Timur pada Tahun 2017. Surabaya : Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, STIKES Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo.
- [5]Rekam Medis Pasien Rawat Inap JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) di RSI Siti Rahmah Padang Tahun 2016. *Penelitian Dan Kajian Menara Ilmu*, 10(72), 159–167.
- [6]Pepo, A. A. H., & Yulia, N. (2020). Kelengkapan Penulisan Diagnosa Pada Resume Medis Terhadap Ketepatan Pengkodean Klinis Kasus Kebidanan. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 3(2). <https://doi.org/10.33560/.v3i2.8>
- [7]Safitri, Z., & Yulia, Y. (2021). Hubungan Kelengkapan dan Ketepatan penulisan Diagnosa dengan
- [8]Salehudin, M., Deno, H., & Anggia, B. (2021). *Tinjauan Kejelasan dan Ketepatan Diagnosa Pada Resume Medis Pasien Rawat Inap dengan Keakuratan Kode Berdasarkan ICD-10 di RSHD Kota Bengkulu*. Jurnal: Manajemen Informasi Kesehatan. ISSN: 2503-5118.
- [9]Simanjutak, Marta. (2021). Tinjauan Kepatuhan Dokter Dalam Pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (Rsu Ipi) Medan. *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)* 3(2):518-523.
- [10]Oktaminiza. (2019). Mortalitas Coding. Padang: CV. Delta Agung Jaya.
- [11]Yulfa, Y., dkk. (2023). *Tinjauan Kejelasan Kelengkapan Penulisan Diagnosa Dalam Ketepatan Pengodean Berkas Pending Klaim di RSUD M. Natsir Solok*. Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Volume 6 No 2 (Oktober 2023). DOI: <https://doi.org/10.31983/jrmik.v6i2.10505>.