

Akurasi Kode Diagnosis Pada Pasien Rujukan Berdasarkan ICD-10 di UPTD Puskesmas Cigeureung

Accuracy of Diagnosis Codes in Referral Patients Based on ICD-10 at UPTD Cigeureung Health Center

Rifa Nursauasan¹, Ari Sukawan²

^{1,2} Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya Prodi DIII Rekam Media dan Informasi Kesehatan
Koresponden e-mail: rnursausan06@gmail.com

ABSTRAK

Pelaksanaan rujukan pasien memiliki keterkaitan dengan pencatatan dan pelaporan penyakit yang dilayani oleh Puskesmas meliputi metode diagnosis penyakit untuk mendapatkan data kesakitan yang lebih akurat. Keakuratan data diagnosis penting dalam bidang manajemen data klinis, manajemen informasi medis dan fasilitas medis. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui akurasi kode diagnosis pada pasien rujukan berdasarkan ICD – 10 di UPTD Puskesmas Cigeureung. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian *mix methods*. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 934 data pasien rujukan pada tahun 2021 dengan sampel sebanyak 90 data pasien rujukan, digunakan juga data pendukung dengan subjek untuk melengkapi data kuantitatif terdiri dari 7 petugas yaitu 2 dokter dan 5 perawat di UPTD Puskesmas Cigeureung dengan cara *accidental sampling*. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh tingkat akurasi kode diagnosis tertinggi dengan kategori tidak akurat sebesar 55.6% sedangkan yang terendah dengan kategori akurat sebesar 44.4% dan faktor yang menjadi kendala dalam pengkodean diagnosis meliputi belum adanya perekam medis untuk mengkodekan, langkah pengkodean belum sesuai pedoman ICD-10, terdapat ketidaklengkapan isi data klinis, dan belum tersedia buku ICD-10 dan penunjang pengkodean diagnosis pasien rujukan.

Kata Kunci: Akurasi, Kode Diagnosis, ICD-10, Rujukan Pasien, Puskesmas

ABSTRACT

The implementation of patient referrals is related to the recording and reporting of diseases served by the Puskesmas including disease diagnosis methods to obtain more accurate morbidity data. The accuracy of diagnostic data is important in the fields of clinical data management, medical information management and medical facilities. The research was conducted to determine the accuracy of the diagnosis code in referral patients based on ICD-10 at UPTD Cigeureung Health Center. This study uses mix methods. The population in this study is 934 referral patient data in 2021 with a sample of 90, also used supporting data with subjects to complete quantitative data consisting of 7 officers, namely 2 doctors and 5 nurses at UPTD Puskesmas Cigeureung by accidental sampling. Based on the results of the study, the highest level of accuracy of the diagnosis code with the inaccurate category was 55.6%, while the lowest was in the accurate category at 44.4% and the factors that become obstacles in coding the diagnosis include the absence of a medical recorder for coding, the coding steps are not in accordance with the ICD-10 guidelines, there is incomplete clinical data content, and the ICD-10 book and support for coding the diagnosis of referral patients are not yet available.

Keywords: Accuracy, Diagnostic Code, ICD-10, Patient Referral, Puskesmas

Pendahuluan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), merupakan institusi pelayanan kesehatan yang dapat menyelenggarakan intervensi kesehatan yang bermutu dan berada pada tingkat pertama di wilayah kerjanya dalam pemberian pelayanan penunjang dan pencegahan masalah kesehatan. Pelayanan kesehatan yang diberikan meliputi perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pendaftaran dan pelaporan yang dilakukan dalam sistem informasi puskesmas. Puskesmas merupakan pelayanan kesehatan perorangan yang utama, bertindak sebagai gatekeeper atau penghubung pertama ke pelayanan kesehatan formal dan melakukan verifikasi rujukan ke pelayanan medis. Puskesmas harus dapat melakukan penanganan awal kasus medis di Puskesmas sebelum diambil keputusan untuk merujuk pasien. (Anita, Febriawati, & Yandrizal, 2019).

Puskesmas melakukan kegiatan rujukan medis yang merupakan pelimpahan kewajiban dan tanggung jawab medis bersama, baik yang dilakukan antar pelayanan sejajar maupun pada tingkat yang berbeda. Pelayanan rujukan membutuhkan pendokumentasian untuk mendukung kegiatan medis yaitu rekam medis. Rekam medis adalah segala bentuk rekam yang memenuhi unsur persyaratan menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku. Pencatatan rekam medis dimulai pada saat pasien datang ke loket pendaftaran sampai pasien pulang, seorang pasien akan mendapatkan satu unit nomor rekam medis sehingga data rekam medis merupakan riwayat kesehatan pasien yang berlaku seumur hidup (Erawantini, Suryana, & Afandi, 2021). Penyelenggara rekam medis atau perekam medis dan informasi kesehatan adalah tenaga kesehatan yang harus ada dalam pemberian pelayanan kesehatan.

Peran penting perekam medis adalah memberikan informasi kepada pasien sehingga tercipta rekam medis yang baik. Salah satu fungsi dari perekam medis adalah untuk dapat bekerja sama dengan dokter, perawat dan tenaga medis lainnya untuk membuat kode diagnosis yang tepat dan akurat. (Mathar, 2018). Sebagaimana yang tercantum pada salah satu kompetensi seorang perekam medis sesuai dengan Peraturan KMK No. 312 Tahun 2020 tentang Standar Profesi Rekam Medis yang mampu menentukan klasifikasi klinis, pengkodean penyakit dan masalah kesehatan lainnya. Maka perekam medis diharapkan tersedia di setiap fasilitas pelayanan kesehatan supaya menyediakan informasi medis yang lengkap untuk pencatatan dan pelaporan yang baik terutama pada pasien yang akan dirujuk oleh Puskesmas.

Pelaksanaan rujukan pasien memiliki keterkaitan dengan pencatatan dan pelaporan penyakit sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No. 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan yang menyebutkan bahwa Pencatatan dan Pelaporan harus dilakukan oleh perujuk maupun penerima rujukan. Salah satu pencatatan dan pelaporan yang dilakukan meliputi diagnosis penyakit untuk mendapatkan data kesakitan yang lebih akurat. Data rujukan yang tidak akurat dapat menyebabkan kesinambungan perawatan yang buruk, diagnosis yang tertunda, polifarmasi (penggunaan 5 obat atau lebih secara bersamaan per hari), peningkatan risiko tuntutan hukum, dan pemeriksaan yang tidak perlu (Ramanayake, 2013). Informasi data rujukan pasien memiliki manfaat untuk memudahkan proses layanan selanjutnya.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di UPTD Puskesmas Cigeurung dari 10 kode diagnosis data laporan pasien rujukan didapatkan 40% kode diagnosis yang akurat dan 60% kode diagnosis yang tidak akurat. Pada laporan rujukan terdapat kode yang tidak akurat sesuai dengan ICD-10 yaitu terdapat kode diagnosis yang hanya menggunakan tiga karakter, pengkodean dilakukan oleh dokter atau perawat, Puskesmas memiliki buku bantu kode ICD-10 tetapi bersumber dari internet, dan belum tersedianya perekam medis yang terampil dalam hal mengkode. Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik untuk mengambil penelitian dengan judul “Akurasi Kode Diganosis Pada Pasien Rujukan Berdasarkan ICD – 10 di UPTD Puskesmas Cigeureung”.

Metode

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian *mix methods*. Populasi penelitian ini yaitu data pasien rujukan pada tahun 2021 sebanyak 934 dengan sampel ditentukan melalui rumus slovin dengan *margin of error* 10% sehingga didapatkan sebanyak 90 sampel data pasien rujukan dan data pendukung dengan subjek untuk melengkapi data kuantitatif terdiri dari 7 informan yaitu 2 orang dokter dan 5 perawat di UPTD Puskesmas Cigeureung. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *accidental sampling dimana* pengambilan sampel saat penelitian dilakukan dengan batasan 4 sampel perhari kerja di UPTD Puskesmas Cigeureung dimulai dari tanggal 1 Maret -16 April 2022. Instrument penelitian menggunakan lembar observasi digunakan untuk akurasi kode diagnosis, kelengkapan isi data klinis, dan langkah pengkodean diagnosis sedangkan pedoman wawancara digunakan untuk data pendukung mengenai sumber daya manusia pada proses pengkodean diagnosis dan ketersediaan sarana/prasarana sebagai pendukung pengkodean diagnosis. Hasil penelitian dianalisis menggunakan analisis data univariat dan data hasil wawancara digunakan untuk melengkapi data kuantitatif.

Hasil

1. Akurasi Kode Diagnosis Pada Pasien Rujukan Berdasarkan ICD – 10 di UPTD Puskesmas Cigeureung

Tabel 1 Akurasi Kode Diagnosis Pada Pasien Rujukan Berdasarkan ICD-10 di UPTD Puskesmas Cigeureung

No	Akurasi Koding	Jumlah
----	----------------	--------

		N	%
1	Akurat	40	44.4
2	Tidak Akurat	50	55.6
Jumlah		90	100

Sumber: Data Primer Maret 2022

Pada tabel 4.2 menunjukkan bahwa tingkat akurasi kode diagnosis tertinggi dengan kategori tidak akurat sebesar 55.6% sedangkan yang terendah dengan kategori akurat sebesar 44.4%. Ketidakakuratan kode diagnosis pada pasien rujukan sebanyak 50 diagnosis diantaranya 10 diagnosis disebabkan oleh kesalahan pemberian kode diagnosis pada pasien yang mengunjungi Puskesmas untuk keterangan kontrol rawat jalan tidak menggunakan kode Z dan 40 diagnosis untuk penggunaan kode karakter ke empat dan kelima yang tidak sesuai berdasarkan ICD-10

2. Kelengkapan Isi Data Klinis

Tabel 2 Persentase Kelengkapan Isi Data Klinis

No	Data Klinis	Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah	
		N	%	N	%	N	%
1.	Anamnesa	49	54.4	41	45.6	90	100
2.	Pemeriksaan Fisik	65	72.2	25	27.8	90	100
3.	Diagnosis	71	78.9	19	21.1	90	100

Sumber: Data Primer Maret 2022

Pada tabel di atas menunjukkan bahwa persentase kelengkapan isi data klinis tertinggi pada data diagnosis dengan kategori lengkap sebesar 78.9% dan yang terendah pada data anamnesa dengan kategori lengkap sebesar 54.4%.

3. Sumber Daya Manusia Pada Proses Pengkodean Diagnosis Di UPTD Puskesmas Cigeureung

Tabel 3 Sumber Daya Manusia Pada Proses Pengkodean Diagnosis

No	Informan	Pendidikan	Pengalaman Kerja
1	Informan 1	S1 Kedokteran	14 tahun
2	Informan 2	S1 Kedokteran	5 tahun
3	Informan 3	S1 Keperawatan	8 tahun
4	Informan 4	S1 Keperawatan	14 tahun
5	Informan 5	D3 Keperawatan	14 tahun
6.	Informan 6	S1 Keperawatan	13 tahun
7.	Informan 7	D3 Keperawatan	14 tahun

a. Sumber Daya Manusia Berdasarkan Jenjang Pendidikan

Tabel 4 Sumber Daya Manusia Berdasarkan Jenjang Pendidikan

No	Jenjang Pendidikan	Jumlah	Persentase
1	D3 Keperawatan	2	28.6
2	S1 Keperawatan	3	42.9
3	S1 Kedokteran	2	28.6
Total		7	100

Pada tabel di atas menunjukkan bahwa jumlah terbesar pada jenjang pendidikan S1 Keperawatan sebesar 42.9% disusul oleh D3 Keperawatan dan S1 Kedokteran sebesar 28.6%. Hal tersebut menunjukkan belum terdapat sumber daya manusia yang berlatar belakang pendidikan rekam medis.

b. Sumber Daya Manusia Berdasarkan Pengalaman Kerja

Berdasarkan tabel 4.4 mengenai pengalaman kerja petugas yang melakukan pengkodean terhadap diagnosis pada pasien rujukan di UPTD Puskesmas Cigeureung memiliki pengalaman kerja rata-rata 12 tahun dengan pengalaman terlama yaitu 14 tahun. Hal itu didukung oleh ungkapan salah informan yaitu:

“Semua yang bekerja sebagai perawat maupun dokter di Puskesmas memiliki pengalaman kerja sudah lama”. (Informan 1)
“Saya lama bekerja sudah 14 tahun”. (Informan 6)

c. Sumber Daya Manusia Berdasarkan Pelatihan Kodifikasi Diagnosis

Tujuh petugas yang melakukan pengkodean diagnosis pasien rujukan di UPTD Puskesmas Cigeureung ternyata semuanya belum pernah melakukan pelatihan mengenai pengkodean diagnosis dan petugas hanya pernah mengikuti pelatihan yang sesuai dengan kompetensi dokter maupun perawat. Hal tersebut diungkapkan oleh informan yaitu:

“Tidak, tetapi sudah ada sosialisasi ICD-10 dari Puskesmas” (informan 1)
“Saya hanya pernah melakukan pelatihan mengenai BCLTS dan GELS” (informan 3)
“Petugas Puskesmas tidak memiliki ilmu dan tidak belajar rekam medis, bahkan tidak memiliki petugas rekam medis dan semuanya dikerjakan bersamaan oleh profesi lain”. (Informan 6)

4. Langkah pengkodean kode diagnosis pasien rujukan di UPTD Puskesmas Cigeureung

Langkah pengkodean diagnosis pada pasien rujukan berdasarkan hasil observasi terhadap petugas adalah sebagai berikut:

- a. Petugas melakukan pemeriksaan terlebih dahulu kepada pasien, kemudian.
- b. Petugas menuliskan anamnesa, hasil pemeriksaan fisik, dan diagnosis.
- c. Selanjutnya, petugas memasukkan data pada SIMPUS.
- d. Terakhir, menentukan kode diagnosis yang tertera pada sistem informasi puskesmas berdasarkan terminologi atau langsung kode diagnosis yang sudah dihafal.

5. Sarana/ Prasarana Sebagai Pendukung Pengkodean Diagnosis

Berdasarkan hasil wawancara untuk mengidentifikasi ketersediaan sarana pendukung pengkodean diagnosis penyakit di UPTD Puskesmas Cigeureung yaitu tersedianya Keputusan Kepala UPTD Puskesmas Cigeureung tentang Standarisasi Kode Klasifikasi Diagnosis dan Terminologi, formulir rujukan pasien tetapi belum tersedia Standar Operasional Perosedur (SOP) tentang Kodifikasi Diagnosis, buku ICD-10 volume 1, volume 2, volume 3, dan kamus kedokteran. Pedoman yang digunakan dalam pengkodean penyakit hanya tersedia berupa kamus kode penyakit yang disusun berdasarkan abjad dan bersumber dari internet dan prasarana yang tersedia sebagai pendukung pengkodean diagnosis penyakit di UPTD Puskesmas Cigeureung yaitu tersedianya ruang penyimpanan rekam medis dan administrasi. Hal tersebut diungkapkan oleh informan yaitu:

“Puskesmas itu tidak memiliki ICD-10 tetapi tersedia buku pedoman pengkodean berupa buku bantu ICD-10 yang bersumber dari google dan disusun sesuai abjad yang dibagikan ke setiap poliklinik” (Informan 1)
“Tidak tahu mengenai ICD-10 sehingga tidak tersedia di Puskesmas.” (Informan 6)

Pembahasan

1. Akurasi Kode Diagnosis Pada Pasien Rujukan

Penyebab kode diagnosis tidak akurat ialah tidak ada kode tambahan karakter keempat maupun kelima dan belum diterapkannya kode Z untuk diagnosis pasien dengan alasan kunjungan kontrol rawat jalan. Kode diagnosis di Puskesmas memiliki perbandingan dengan kode diagnosis oleh peneliti yang sesuai dengan langkah pengkodean berdasarkan ICD-10. Berikut contoh perbandingan kode di puskesmas menggunakan K25 *gastric ulcer*, sedangkan peneliti mendapatkan kode K25.9 *Gastric ulcer unspecified as acute or chronic, without haemorrhage or perforation*, perbandingan berikutnya yaitu kode diagnosis *chronic ischaemic heart disease* di Puskesmas menggunakan kode I25 sedangkan peneliti mendapatkan kode I25.9 *chronic ischaemic heart disease, unspecified*, dan diagnosis *respiratory tuberculosis* di Puskesmas menggunakan kode A16 sedangkan peneliti mendapatkan kode A16.9 *respiratory tuberculosis unspecified, without mention of bacteriological or histological*

confirmation. Sesuai dengan hasil penelitian oleh Irmawati & Nazillahtunnisa (2019) menyebutkan adanya kode diagnostik yang tidak akurat terutama karena kurangnya informasi pada digit keempat. Kode dengan tiga karakter dimasukkan dalam ICD-10 sebagai judul kategori kode yang dapat dibagi lagi dengan penggunaan karakter keempat yang memberikan rincian lebih lanjut.

Penyebab ketidaktepatan berikutnya yaitu tingkat akurasi dalam pengkodean diagnosis penggunaan kode Z untuk terkait faktor yang mempengaruhi keadaan kesehatan dan kontak dengan pelayanan kesehatan. UPTD Puskesmas Cigeureung belum menerapkan sebagian kode Z untuk diagnosis pasien dengan alasan kunjungan kontrol rawat jalan. Menurut Pusat Layanan *Medicare* dan *Medicaid* (CMS) dan Pusat Statistik Kesehatan Nasional (NCHS) menyebutkan Kode Z pada ICD-10 digunakan untuk mengklasifikasikan alasan lain untuk pertemuan perawatan kesehatan dan dapat diberikan untuk menjelaskan lebih lanjut alasan menyajikan layanan kesehatan, termasuk transfer antar fasilitas kesehatan.

Transfer antar pelayanan kesehatan atau rujuk pasien di UPTD Puskesmas cigeureung terbanyak yaitu kontrol *schizophrenia* dengan kode yang ditetapkan oleh Puskesmas yaitu F20 sedangkan kode dari peneliti yaitu Z09.3 *Follow-up examination after psychotherapy, pseudofakia* di Puskesmas menggunakan kode H26.9 *cataract, unspecified* sedangkan kode dari peneliti yaitu Z96.1 *presence of intraocular lens psedophakia, dan postprocedural disorders of eye and adnexa* di puskesmas menggunakan kode H59 *postprocedural disorders of eye and adnexa, not elsewhere classified* sedangkan kode dari peneliti yaitu Z48.9 *surgical follow-up care, unspecified*.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Pengelompokan Case Base Indonesia, yang menyatakan bahwa kasus pasien yang datang untuk kontrol diperlakukan dengan diagnosis yang sama dengan sebelumnya.

2. Kelengkapan Isi Data Klinis

Kelengkapan isi data klinis yaitu anamnesa terhadap diagnosis pada pasien rujukan pada tabel 4 menunjukkan bahwa kelengkapan isi dengan kategori lengkap sebanyak 49 rekam medis (54.4%) sedangkan tidak lengkap sebanyak 41 rekam medis(45.6%). Menurut Hatta (2017) anamnesa merupakan informasi yang lazim terdapat pada riwayat medis yang lengkap sebagai gambaran/pemeriksaan subyektif yang mempertegas alasan diperlukannya pengobatan dan berisi tentang temuan tenaga kesehatan atas penyakit dan meringkas seluruh masalah medis yang ditemui. Dampak ketidak lengkapan penulisan disebutkan pada hasil penelitian oleh Febriyanti dan sugiarti (2015) bahwa ketidaklengkapan pengisian data riwayat kesehatan berdampak buruk pada kelancaran pelayanan kesehatan. Semua tenaga kesehatan, baik dokter maupun tenaga kesehatan lainnya, memiliki kewajiban untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal.

Pemeriksaan fisik menunjukkan bahwa kelengkapan isi dengan kategori lengkap lengkap sebanyak 65 (72.2%) sedangkan tidak lengkap sebanyak 25 (27.8%). Menurut Hatta (2017) Pemeriksaan fisik mempunyai fungsi sebagai hasil pemeriksaan keadaan fisik pasien oleh tenaga medis. Pemeriksaan fisik harus tersedia pada catatan pasien dalam waktu 24 jam sejak pasien mendaftar sebagai pasien. Menurut penelitian Febriyanti dan Sugiarti (2015) menyebutkan kelengkapan Penyelesaian temuan pemeriksaan fisik harus lengkap karena laporan penting ini diperlukan untuk perkembangan pasien dan penentuan diagnosis selanjutnya.

Penulisan diagnosis menunjukkan bahwa kelengkapan isi dengan kategori lengkap sebanyak 71 (78.9%) sedangkan tidak lengkap sebanyak 19 (21.1%). Penyebab ketidak lengkapan pengisian diagnosis ialah tidak adanya diagnosis yang tertulis yang menyebabkan ketidakakuratan pada 19 rekam medis (21.1%). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Pratiwi (2017) menyatakan kelengkapan tertinggi terletak pada pengisian diagnosis yang dilakukan oleh dokter penanggung jawab. Hatta (2017) menyebutkan untuk pengkodean yang akurat membutuhkan rekam medis yang lengkap, dan pembuat kode akan membantu meninjau dokumen untuk memverifikasi diagnosis dan tindakan sehingga kode diagnostik dapat ditetapkan.

3. Sumber Daya Manusia Pada Proses Pengkodean Diagnosis Di UPTD Puskesmas Cigeureung

Proses pengkodean diagnosis pada pasien rujukan di UPTD Puskesmas Cigeureung belum melibatkan petugas koding yang berlatar belakang pendidikan rekam medis dan tanggung jawab pengkodean di UPTD Puskesmas Cigeureung dilaksanakan oleh dokter. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 312 Tahun 2020 tentang Standar Riwayat Kesehatan Profesi yang mampu menetapkan klasifikasi klinis, pengkodean penyakit dan masalah kesehatan lainnya.

Petugas yang bekerja di Puskesmas juga diharapkan mematuhi standar profesi, standar pelayanan, dan etika profesi sehingga dapat meningkatkan akurasi kode diagnostik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa petugas yang menetapkan kode diagnosis di UPTD Puskesmas Cigeureung memiliki pengalaman kerja lebih dari 5 tahun. Sesuai dengan hasil penelitian Endang dan Mulyadi (2019) menyatakan pengalaman kerja sumber daya manusia dalam bidang pengkodean terbanyak mempunyai pengalaman lebih dari 3 tahun, tetapi berbeda dengan hasil penelitian Maryati dan Yuniati (2016) menyebutkan bahwa Pengalaman profesional lebih dari 5 tahun dalam pengkodean diagnosis penyakit dapat mempengaruhi kualitas kode diagnosis, karena semakin lama petugas bekerja di bidang pengkodean diagnostik maka petugas akan semakin berpengalaman dan kompeten dalam pengkodean, dan semakin tepat diagnosis sedangkan tingkat akurasi kode diagnosis tertinggi pada penelitian ini yaitu kategori tidak akurat sebesar 55.6%.

Petugas yang melakukan pengkodean terhadap diagnosis pada pasien rujukan di UPTD Puskesmas Cigeureung belum pernah melakukan pelatihan mengenai pengkodean diagnosis. Hal ini disebabkan petugas yang melakukan pengkodean merupakan dokter dan perawat. Sesuai dengan hasil penelitian Endang dan Mulyadi (2019) menyatakan bahwa dokter dan perawat memiliki tugas utama memberikan pelayanan pengobatan kepada pasien sedangkan penetapan kode diagnosis bukan kompetensi dari dokter dan perawat. Keterampilan dalam pengkodean diagnosis dapat dicapai Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas dalam Pasal 56, ditetapkan bahwa Puskesmas di bidang kesehatan dapat mengembangkan dan meningkatkan sumber daya bidang kesehatan sesuai dengan kebutuhan yang disediakan. Hal ini sejalan dengan Hatta (2017) yang menemukan bahwa upaya pendidikan dan pelatihan memiliki manfaat yang dapat membantu organisasi mencapai tujuan, baik bagi individu maupun bagi kelompok dan organisasi.

4. Langkah Pengkodean Diagnosis Pasien Rujukan

Berdasarkan hasil observasi mengenai langkah pengkodean di UPTD Puskesmas Cigeureung yang dilakukan secara manual belum sesuai dengan pedoman langkah pengkodean berdasarkan ICD-10. Langkah pengkodean yang dilaksanakan oleh dokter atau perawat dimulai dari dokter menetapkan diagnosis pada lembar tersedia kemudian perawat menentukan kode diagnosis pada SIMPUS, terkadang dokter langsung menetapkan kode diagnosis pada lembar tersedia dan perawat mengikuti penetapan kode diagnosis tersebut. Proses pelaksanaan pengkodean yang tidak sesuai pedoman pengkodean pada ICD-10 yaitu petugas tidak mengetahui penentuan keterangan yang ada pada ICD-10 volume 1 dan tidak ditentukannya bagian bawah suatu bab (*chapter*), blok, kategori, atau subkategori. Hal tersebut tidak sesuai dengan langkah pengkodean dalam menentukan kode diagnosis menurut Hatta (2017) Secara garis besar terdapat sembilan langkah dasar dalam penentuan kode diagnosis sebagai berikut:

- a. Menentukan istilah penyakit yang akan dikode.
- b. Menentukan *lead term* (kata panduan) untuk diidentifikasi pada ICD-10 Volume 3.
- c. Baca dengan seksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul di bawah istilah yang akan dipilih pada Volume 3.
- d. Baca istilah yang terdapat dalam tanda kurung “()” sesudah *lead term*.
- e. Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (*cross references*) dan perintah *see* dan *see also* yang terdapat dalam indeks.
- f. Lihat daftar tabulasi (Volume I) untuk mencari nomor kode yang paling tepat.
- g. Ikuti pedoman *inclusion* dan *exclusion* pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (*chapter*), blok, kategori, atau subkategori.
- h. Tentukan kode yang dipilih.
- i. Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk pemastian kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis

5. Sarana/ Prasarana Sebagai Pendukung Pengkodean Diagnosis

Berdasarkan hasil wawancara di puskesmas mengenai sarana yaitu belum tersedia Standar Operasional Prosedur (SOP) yang mengatur tentang pengkodean diagnosis berdasarkan ICD-10, tetapi terdapat Keputusan kepala UPTD Puskesmas Cigeureung tentang Standarisasi Kode Klasifikasi Diagnosis dan Terminologi menyebutkan bahwa standarisasi yang digunakan adalah ICD-10. Begitupula SOP yang mengatur tentang penetapan kode diagnosis pada pasien rujukan belum tersedia. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Setyawan, Nugroho, dan Widyawati (2021)

menyatakan tidak tersedia SOP pengkodean memungkinkan terjadinya ketidakseragaman pengkodean diagnosis antara petugas satu dengan petugas lainnya.

Pada proses penetapan kode diagnosis, petugas menggunakan SIMPUS dan memiliki buku bantu berupa kumpulan kode ICD-10 yang bersumber dari internet dan Puskesmas juga tidak memiliki pedoman untuk proses pengkodean yaitu ICD-10 volume 1 sampai 3 dan tidak tersedia buku bantu berupa kamus kedokteran. Mengingat pada ICD-10 volume 2 terdapat cara penggunaan ICD-10 dan langkah proses pengkodean yang benar sehingga diharapkan dapat membantu meningkatkan akurasi kode diagnosis serta terminologi dalam ICD-10 menggunakan bahasa Inggris, maka bagi tenaga coding yang belum menguasai bahasa tersebut akan sangat terbantu dengan keberadaan fasilitas tambahan berupa kamus kedokteran. Berdasarkan hal tersebut menurut Hatta (2017) Setiap organisasi kesehatan harus memiliki kebijakan dan prosedur untuk membuat kebijakan, mengatur proses pengkodean, dan memastikan konsistensi hasil pengkodean. Standar pelayanan rekam medis memerlukan fasilitas dan peralatan yang memadai untuk menjamin pelayanan yang efisien.

Prasarana sudah memiliki tempat penyimpanan rekam medis tetapi tidak berfungsi dikarenakan tidak ada petugas yang mengelola prasarana tersebut. Berbeda seperti yang disebutkan menurut Siswati (2018) bahwa prasarana adalah segala sesuatu yang merupakan penunjang utama terselenggaranya produksi sedangkan sarana adalah alat atau benda untuk mencapai tujuan pelayanan seperti ruang penyimpanan rekam medis yang harus memiliki akses yang mudah dan cepat. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas menyebutkan bahwa salah satu persyaratan prasarana di Puskesmas ialah ruang administrasi dan administrasi. Begitu pula dengan prasarana yang tersedia sesuai menurut Siswati (2018) menyebutkan Ruang yang dibutuhkan di ruang rekam medis disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta sumber daya manusia yang ada di wilayah tersebut.

Simpulan

1. Akurasi kode diagnosis pada pasien rujukan di UPTD Puskesmas Cigeureung yaitu tingkat akurasi kode tertinggi dengan kategori tidak akurat sebesar 55.6% sedangkan yang terendah dengan kategori akurat sebesar 44.4%.
2. Faktor sumber daya manusia yang menjadi kendala dalam pengkodean diagnosis meliputi latar belakang pendidikan yang bukan rekam medis dan belum pernah melakukan pelatihan kodifikasi diagnosis berdasarkan ICD-10.
3. Langkah pengkodean yang digunakan petugas dalam mengkode diagnosis belum sesuai dengan aturan yang berlaku dan belum sesuai pedoman ICD-10.
4. Kelengkapan isi data klinis tertinggi pada data diagnosis dengan kategori lengkap sebesar 78.9% dan yang terendah pada data anamnesa dengan kategori lengkap sebesar 54.4%.
5. Permasalahan sarana/ prasarana pendukung pengkodean yaitu belum tersedianya SOP pengkodean pasien rujukan, buku pedoman ICD-10, dan kamus kedokteran.

Daftar Pustaka

- Anggraini, M., Irmawati, Garmelia, E., & Kresnowati, L. (2017). *Klasifikasi, Kodifikasi Penyakit dan Masalah Terkait I: Anatomi, Fisiologi, Patologi, Terminologi Medis dan Tindakan Pada Sistem Kardiovaskuler, Respirasi, dan Muskuloskeletal*. BPPSDMK.
- Amanda, A. P. (2018). *Analisis Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan ICD-10 dalam Rekam Medis Rawat Jalan Di Puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang*. <http://r2kn.litbang.kemkes.go.id:8080/handle/1234s56789/56964?show=full>. Diakses 11 Februari 2022.
- Antameng, R. F., Daniati, E., & Sumarda, S. (2021). Implementasi Standar Operasional Prosedur (SOP) di Puskesmas Simpang Tiga Pekanbaru. 271-286.
- Sri, Endang., Ali, Mulyadi. (2019). *Faktor-faktor yang Berpengaruh pada Akurasi Kode Diagnosis di Puskesmas Rawat Jalan Kota Malang*. Jurnal Kedokteran Brawijaya, Vol. 3, No. 3. <http://jkb.ub.ac.id/index.php/jkb/article/view/2384> Diakses 2 Juni 2022
- Febriyanti, Irda., Sugiarti, Ida. (2015). *Analisis Kelengkapan Pengisian Data Formulir Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik Kasus Bedah*. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia, Vol.3, No.1. <https://jmiki.aptirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/67> Diakses 2 Juni 2022
- Hatta, G. (2017). *Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia (UI-Press).

- Irmawati, & Nazillahtunnisa, N. (2019). Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan ICD-10 pada Rekam Medis Rawat Jalan Di Puskesmas. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Volume 2 No 2*, 100-105. doi:<http://dx.doi.org/10.31983/jrmik.v2i2.5359>. Diakses 31 Januari 2022.
- Keputusan Menteri Kesehatan HK.01.07/Menkes/312/2020 Tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan.
- Maryati, W., Murti, B., & Indarto, D. (2016). Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Kode Diagnosis dan Rekam Medis di Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta. *Journal of Health Policy and Management*; 1(2):61-712
- Mathar, I. (2018). *Manajemen Informasi Kesehatan Pengelolaan Dokumen Rekam Medis*. Yogyakarta: Deepublish.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan.
- Pratiwi, Yulian. (2017). *Pengaruh Pengisian Data Administratif dan Data Klinis Terhadap Kelengkapan Resume Kasus Stroke di Rumah Sakit Tk II.04.05.01. dr. Soedjono Magelang*. Diakses 25 Mei 2022.
- Ramanayake, R. (2013). *Structured Printed Referral Letter (Form Letter); Save Time and Improves communication*. *Journal of Famil Medicine and Primary Care*. Diakses 2 Februari 2022.
- Setiawan, H., Nugroho, S., & Widyawati, A. (2021). Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan Kode ICD-10 Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Pleret Bantul. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Setya Medika*, 7, 08-13. Diakses Mei 24, 2022
- Siswati. (2018). *Manajemen Unit Kerja II Perencanaan SDM Unit Kerja RMIK*. PPSDMK
- Sujarweni, V. (2014). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: Penerbit Gava Media.
- Ulya, S. (2020). *Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis Pada Poli Umum Pasien Rawat Jalan Berdasarkan ICD-10 di Puskesmas Tanah Merah Tahun 2020*. Diploma thesis, Stikes Ngudia Husada Madura. Diakses 30 Januari 2022.