

Analisis Peningkatan Kualitas Dokumentasi Kasus DHF Dengan *Clinical Documentation Improvement (CDI)* Di Rumah Sakit Jasa Kartini

Analysis Of Improving The Quality Of DHF Case Documentation With Clinical Documentation Improvement (CDI) At Jasa Kartini Hospital

Meuthia Jasmine Nabila^{1*}, Dewi Lena Suryani Kurniasih²

^{1*, 2} Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Korespondensi e-mail: meuthiajasminenabila@gmail.com

ABSTRAK

Dokumentasi klinis yang akurat menjadi landasan penting dalam pemberian layanan kesehatan yang berkualitas. Tidak lengkapnya dokumentasi klinis dapat menyebabkan kesalahan pengkodean. Salah satu upaya yang dilakukan dengan peningkatan dokumentasi klinis guna meningkatkan kualitas dokumentasi. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui bagaimana pendokumentasian sebelum diterapkan CDI dan kebutuhan rumah sakit terhadap penerapan CDI. Penelitian menggunakan *mixed method* dengan *equential explanatory designs*, pelaksanaan penelitian tahap pertama menggunakan kualitatif dengan melakukan wawancara kepada 3 informan dilanjutkan dengan kuantitatif dengan menilai kejelasan, konsistensi, dan ketepatan kasus DHF pasien Rawat Inap dengan *total sampling* sebanyak 52 berkas. Hasil penelitian menunjukkan pendokumentasian rawat jalan sudah menggunakan RME, sedangkan rawat inap masih kombinasi dikarenakan dalam tahap pengembangan tanda tangan elektronik. Belum ada SOP mengenai CDI sehingga CDI belum dipahami oleh keseluruhan petugas. Dari 52 berkas ditemukan ketidakjelasan penegakkan diagnosis sebanyak 18 berkas (35%), ketidakkonsistenan penulisan sebanyak 5 berkas (10%), dan ketidaktepatan sebanyak 1 berkas (2%). Pelaksanaan ketiga komponen belum mencapai 100%. Pemahaman koder mengenai pengkodean dan melakukan konfirmasi kembali kepada dokter sangat diperlukan. Penerapan CDI dibutuhkan dan dapat menjadi salah satu peningkatan kualitas dokumentasi yang berperan dalam meningkatkan mutu pelayanan.

Kata kunci: Kualitas dokumentasi, CDI, DHF, ICD-10, catatan medis

ABSTRACT

Accurate clinical documentation is an important foundation in providing quality health services. Incomplete clinical documentation can cause coding errors. One of the efforts made is to improve clinical documentation to improve the quality of documentation. The purpose of this study was to determine how the documentation was before CDI was implemented and the hospital's needs for CDI implementation. The study used a mixed method with sequential explanatory designs, the implementation of the first stage of the study used qualitative by conducting interviews with 3 informants followed by quantitative by assessing the clarity, consistency, and accuracy of DHF cases in inpatient patients with a total sampling of 52 files. The results showed that outpatient documentation had used RME, while inpatient care was still a combination because it was in the electronic signature development stage. There was no SOP regarding CDI so that CDI was not understood by all officers. Of the 52 files, there was an unclear diagnosis in 18 files (35%), inconsistency in writing in 5 files (10%), and inaccuracy in 1 file (2%). The implementation of the three components has not reached 100%. The coder's understanding of coding and reconfirming with the doctor is very necessary. The implementation of CDI is needed and can be one of the improvements in the quality of documentation that plays a role in improving the quality of service.

Keywords: Documentation quality, CDI, DHF, ICD-10, medical records

Pendahuluan

Clinical Documentation Improvement sangat penting diantaranya untuk menyediakan catatan lengkap mengenai pasien, rencana perawatan dan diagnosis pasien. Catatan medis pasien dimulai dari pasien masuk atau mendapatkan layanan sampai dengan pasien keluar *atau* sudah tidak mendapatkan pelayanan dari rumah sakit. Sehingga, untuk membentuk suatu CDI yang akurat diperlukan kolaborasi dari semua tenaga kesehatan di rumah sakit, termasuk tenaga PMIK yang berperan dalam pengolahan data klinis pasien sesuai dengan diagnosis dan tindakan (Adepoju, 2024).

Bagian penting dalam pelayanan rekam medis adalah melakukan koding penyakit yang merupakan proses menerjemahkan suatu penyakit menjadi kode terdiri dari huruf, angka, atau gabungan penggunaan huruf serta angka. Proses pengkodean di rumah sakit perlu dilakukan monitor terhadap elemen konsisten (*reliability*), tepat (*validity*), dan lengkap (*complete*) artinya mencakup semua diagnosis dan tindakan pada rekam medis (Ulfa dkk., 2016). Hasil penelitian oleh Sitorus, dkk (2023) dari 25 berkas kategori tidak tepat yang tidak disetujui sebanyak 69,5% lebih besar daripada kategori tepat yang disetujui sehingga menyebabkan pending klaim. Pending klaim yang terjadi di rumah sakit disebabkan karena ketidaktepatan kode yang berpengaruh dalam keakuratan dan kekonsistenan kode *diagnosis* (Sitorus dkk., 2023).

Penelitian yang dilakukan oleh Nabilatul (2020) didapatkan tidak konsistennya pencatatan diagnosa sebesar 56%, hal tersebut mempengaruhi kualitas informasi yang dihasilkan rekam medis serta kualitas mutu di rumah sakit (Fanny, 2020). Hal yang sama didapat dari penelitian Muroli, dkk (2020) terdapat ketidaklengkapan pada *resume* medis sebanyak 41,8% yang menyebabkan pending klaim sehingga diperlukan konsultasi kembali ke Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) untuk peningkatan dokumentasi klinis yang akan mempengaruhi kualitas dokumentasi (Muroli dkk., 2020).

Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) disebabkan karena virus *dengue* pada manusia dan merupakan penyakit menular. *World Health Organization* (WHO) tahun 2020 memperkirakan infeksi *dengue* aetiop tahunnya terjadi sekitar 50 – 100 juta orang terinfeksi di seluruh dunia, termasuk Indonesia (Kemenkes, 2020). Bulan Juni tahun 2024 di Indonesia tercatat kasus DHF sebanyak 119.709 kasus dengan 777 kasus meninggal (Kemenkes, 2024). Tingginya kasus DHF juga didapatkan di Rumah Sakit Jasa Kartini, ditemukan sebanyak 915 kasus DHF dan merupakan urutan pertama dalam 10 besar penyakit tahun 2024. Selain itu RS Jasa Kartini belum menerapkan CDI dan tidak dilakukannya konsultasi kembali dengan dokter dalam menentukan diagnosis pada kasus selain BPJS. Sehingga dalam pelaksanaan pengkodean masih terdapat penegakkan diagnosis yang tidak jelas. Pengambilan 10 berkas rekam medis secara acak dengan diagnosis DHF ditemukan sebanyak 7 berkas (70%) tidak jelas hasil laboratorium yang mempengaruhi penegakkan diagnosis. Hasil laboratorium berperan besar dalam penegakkan diagnosis, sehingga dilakukannya pelayanan laboratorium agar dapat meningkatkan pelayanan yang tepat, akurat, dan profesional (Safitri & Fatriyawan, 2022). Pentingnya CDI dan sedikitnya referensi mengenai penerapan CDI menjadikan penulis tertarik melakukan penelitian lebih lanjut.

Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian campuran (*mixed method*) merupakan penelitian yang menggabungkan jenis kualitatif dan kuantitatif, dengan desain *exploratory sequential designs* yaitu menggunakan metode kualitatif terlebih dahulu dalam tahap pertama penelitian dan tahap kedua menggunakan metode kuantitatif. Penelitian kualitatif dilakukan dengan wawancara kepada 3 informan diantaranya informan kunci yaitu kepala instalasi rekam medis, informan utama merupakan koder rawat inap dan informan pendukung adalah kepala *casemix*. Hasil dari wawancara akan disajikan dalam bentuk uraian. Penelitian kuantitatif menggunakan lembar observasi untuk menganalisis kejelasan, konsistensi, dan ketepatan berkas rawat inap dengan *total sampling* kasus DHF usia dewasa (19-59 tahun) Triwulan IV tahun 2024 sebanyak 52 orang dan akan diketahui persentase setiap komponen

Hasil

1. Kejelasan Penegakkan Diagnosis Kasus DHF

Tabel 1. Kejelasan Penegakkan Diagnosis Kasus DHF

Variabel	Jelas		Tidak Jelas		Jumlah	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Diagnosis DHF	34	65%	18	35%	52	100%

Sumber: Data Primer (2025)

Kejelasan tertinggi ditemukan pada kebocoran plasma hematokrit sebanyak 16 kasus (47%), dan kejelasan terendah ditemukan pada 1 berkas (3%) diantaranya pada *Efusi Pleura* dan *Hematokrit*, *Hematokrit* dan *Hypoalbuminemia*, serta *Efusi Pleura*, *Ascites*, dan *Hypoalbuminemia*. Ketidaktejelasan penegakkan diagnosis kasus DHF dapat terlihat dengan tidak adanya tanda kebocoran plasma seperti *Hematokrit*, *Ascites*, dan *Hypoalbuminemia* dari hasil pemeriksaan.

Hal tersebut terjadi disebabkan karena dalam melakukan pengkodean koder sebatas melihat pemeriksaan penunjang saja apakah reaktif atau tidak yang masih sangat umum dibandingkan kesesuaiannya dengan ciri diagnosis DHF dalam PNP. "...diagnosis DHF hanya melihat saja laboratorium reaktif sedangkan kita belum mengetahui bahwa obat yang digunakan harus apa dan tindakan lainnya juga harus apa kita belum mengetahui sejauh itu..." (Informan 2).

2. Konsistensi Penulisan Diagnosis Kasus DHF

Hasil wawancara menyebutkan bahwa dalam mengkode diagnosis, koder tetap mengkode dengan melihat hasil pemeriksaan penunjang, tetapi untuk dilihat kesesuaiannya saja apakah pemeriksaan penunjang tersebut sudah sesuai dengan yang ditulis dalam *Subjective*, *Objective*, *Assesment*, and *Plan* (SOAP) terakhir atau *resume* medis. Sehingga dalam melakukan pengkodean koder tetap mengacu pada *resume* medis, apabila *resume* medis belum terisi koder akan melihat pada SOAP terakhir.

Tabel 2. Konsistensi Penulisan Diagnosis Kasus DHF

Variabel	Konsisten		Tidak Konsisten		Jumlah	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Diagnosis DHF	47	90%	5	10%	52	100%

Sumber: Data Primer (2025)

Ketidakkonsistenan dapat terjadi karena perbedaan diagnosis yang ditulis dalam *resume* medis dengan diagnosis yang dikode oleh koder. Ketika praktiknya koder pernah menemukan ketidaksesuaian atau kekurangan dalam pendokumentasian yang dapat mempengaruhi pengkodean tepatnya dalam menentukan diagnosis utama yang dapat membuat kebingungan. Hal tersebut ditindaklanjuti dengan disesuaikannya diagnosis utama sesuai dengan SOAP, sulitnya untuk melakukan konfirmasi secara langsung dengan dokter menjadi salah satu permasalahan yang disebabkan karena banyaknya berkas yang harus dilakukan pengkodean serta padatnya jadwal dokter. "kalau untuk konfirmasi ke dokter nya langsung kemungkinan tidak, sulit apabila harus langsung konfirmasi ke dokter biasanya disebabkan karena banyak nya berkas yang harus dikoding dan padatnya jadwal dokter..." (Informan 2).

Sedangkan pengkodean yang dilakukan untuk kebutuhan klaim BPJS tim nya akan melakukan konfirmasi kembali dengan dokter yang merawat terkait keseluruhan isi rekam medis pasien baik itu diagnosis, tindakan, hasil laboratorium, ke berbagai unit di rumah sakit apabila diperlukan.

"casemix akan mempertanyakan kepada dokter apakah benar atau tidak diagnosis dan tindakan ini." (Informan 3).

3. Ketepatan Pengkodean Diagnosis Kasus DHF

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam melakukan pengkodean koder

melaksanakan sesuai dengan ICD 10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan, meskipun antara ICD elektronik dan ICD dalam sistem teramedik terdapat perbedaan versi, tetapi pengalaman serta kemampuan koder sangat baik.

Tabel 3. Ketepatan Pengkodean Diagnosis Kasus DHF

Variabel	Tepat		Tidak Tepat		Jumlah	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Diagnosis DHF	51	98%	1	2%	52	100%

Sumber: Data Primer (2024)

Ketepatan tertinggi berdasarkan *Rule* MB 5 sebanyak 26 berkas (51%), disusul dengan *Rule* MB 4 sebanyak 21 berkas (41%) dan terakhir berdasarkan *Rule* MB 2 sebanyak 4 berkas (8%). Pelaksanaan pengkodean sama seperti yang dipelajari dari volume 3 terlebih dahulu kemudian melihat volume 1.

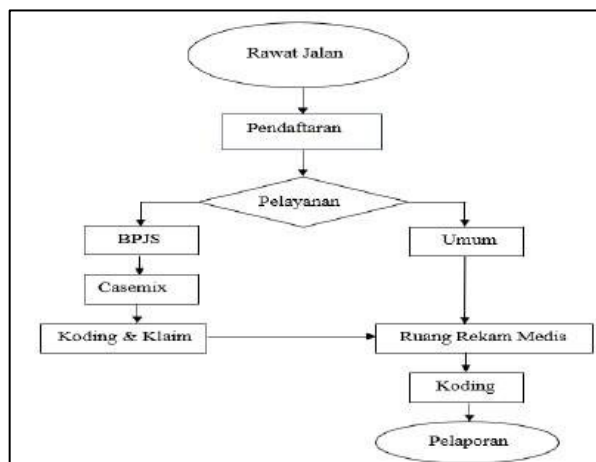
“...kita melaksanakan pengkodean sesuai dengan kaidah yang kita pelajari sesuai dengan ICD 10 dari volume 3, ke volume 1...” (Informan 1).

Kesulitan koder dalam melakukan pengkodean biasanya ketika mendapatkan kata singkatan yang tidak terdapat dalam pedoman singkatan dan penggunaan bahasa daerah ikut dituangkan dalam pencatatan klinis.

“terdapat singkatan yang tidak ada dalam buku singkatan sehingga menggunakan campuran bahasa indonesia dengan bahasa sunda dalam berkas rekam medis.” (Informan 2)

4. Pendokumentasian di Rumah Sakit Jasa Kartini

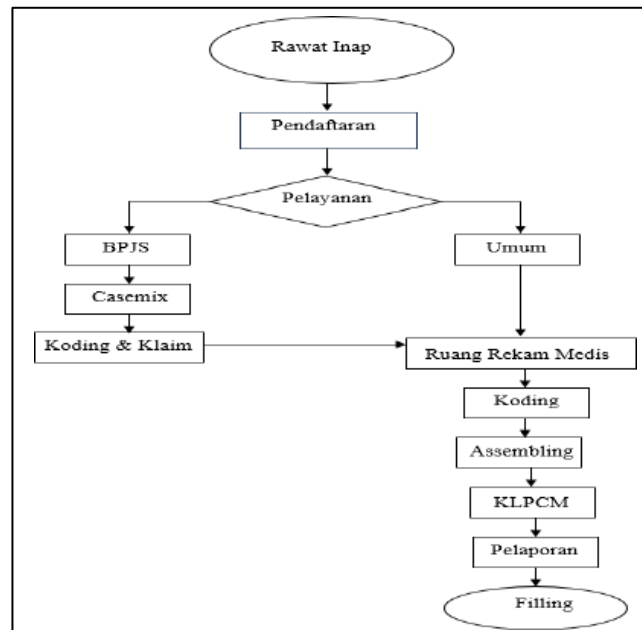
Pendokumentasian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Jasa Kartini dapat dilihat dari alur berikut ini:



Sumber: Data Primer (2025)

Gambar 1. Alur Berkas Pasien Rawat Jalan

Pendokumentasian di rawat jalan sudah *full* menggunakan Rekam Medis Elektronik (RME) yaitu memakai aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Teramedik terhitung sejak bulan Februari tahun 2024. Penggunaan RME ini sangat efektif digunakan karena dapat memudahkan dalam pekerjaan khususnya bagian koding sehingga lebih mudah untuk melihat dan membaca keseluruhan isi dokumen pasien seperti hasil pemeriksaan penunjang dan catatan keperawatan. Selain itu sistem yang digunakan sudah sangat mendukung dalam proses pendokumentasian dan dapat menghasilkan suatu laporan yang valid.



Gambar 2. Alur Berkas Pasien Rawat Inap

Pendokumentasian rawat inap di Rumah Sakit Jasa Kartini dilaksanakan secara kombinasi antara manual dan elektronik. Masih terdapat berkas manual karena sedang dalam proses legitimasi tanda tangan elektronik. Pendokumentasian yang lengkap dan akurat tentunya dapat berjalan dengan baik dengan kesinambungan antara sistem yang digunakan dengan Sumber Daya Manusia (SDM) yang menjalankannya, masih terdapat SDM yang belum mampu menguasai penggunaan elektronik sehingga menjadi salah satu kendala dalam pendokumentasian.

“kendala nya mungkin di SDM nya karena memang tidak semua nya SDM itu bisa menguasai terkait dengan elektronik contohnya seperti perawat-perawat ataupun dokter-dokter yang sudah senior” (Informan 1).

Pendokumentasian yang dilakukan sudah sangat baik dengan hasil analisis kuantitatif atau kelengkapan sebelum RME mencapai 100%, namun angka tersebut menurun dengan beralihnya pendokumentasian menggunakan RME. Hal tersebut terjadi karena dalam penyesuaian penggunaan sistem baru. Namun ketidaklengkapan diantisipasi dengan pengecekan ulang oleh kepala instalasi rekam medis. *Clinical Documentation Improvement* (CDI) belum diterapkan di Rumah Sakit Jasa Kartini. Sehingga belum ada SPO mengenai CDI. Oleh karena itu, CDI belum dipahami oleh keseluruhan petugas, namun penjelasan singkat mengenai CDI ditanggapi antusias mengenai manfaat diberlakukannya CDI. Permasalahan yang sering terjadi dapat diminimalisir bahkan dihilangkan terutama mengenai diagnosis dan tindakan yang diberikan kepada pasien.

“Saat mendengar CDI aku tidak mengetahui mengenai CDI, kemudian ketika dijelaskan secara singkat menjadi lebih paham ternyata CDI itu manfaat nya banyak untuk keakuratan diagnosa. Mungkin kalau CDI diterapkan disini kita akan jadi lebih banyak pengetahuannya. Kalau sekarang pengetahuannya lebih ke umum ya DHF lab nya reaktif disimpulkan kasus DHF sedangkan kita belum tau bahwa obatnya harus apa dan tindakan lainnya juga harus apa kita belum tau sampai situ” (Informan 2).

Pembahasan

1. Kejelasan Penegakkan Diagnosis Kasus DHF

Penegakkan diagnosis DHF berdasarkan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) harus terdapat salah satu tanda kebocoran plasma diantaranya *Hematokrit*, *Ascites*, *Hypoalbuminemia*. *Efusi Pleura*. Pernyataan tersebut dapat diartikan apabila dalam hasil

pemeriksaan tidak terdapat salah satu tanda kebocoran plasma, tidak dapat dikatakan DHF (Kemenkes, 2020). Berdasarkan tabel 1 ditemukan bahwa kejelasan penegakkan diagnosis kasus DHF sebanyak 34 berkas (65%). Hal tersebut berada lebih rendah dari konsistensi juga ketepatan penegakkan diagnosis nya. Penyebab kejelasan penegakkan diagnosis rendah disebabkan karena petugas koder kurang mengetahui lebih dalam pemahaman terhadap hasil pemeriksaan penunjang, sejalan dengan penelitian Indawati (2017) dalam menetapkan kode diagnosis koder tidak menganalisis informasi yang terdapat dalam pemeriksaan penunjang serta formulir-formulir pendukung lainnya dapat mempengaruhi suatu diagnosis (Laela Indawati, 2017). Selain itu, ketidaksesuaian dalam penulisan diagnosis dengan hasil laboratorium juga dapat mempengaruhi pengkodean (Garmelia & Sholihah, 2019).

Berkaitan dengan hal tersebut, penetapan CDI dapat meminimalisir informasi yang kurang jelas pada berkas rekam medis pasien, dan spesialis CDI dalam melakukan peninjauan catatan kesehatan pasien dapat melakukan identifikasi suatu kondisi pasien yang sebelumnya terabaikan. Selain itu, spesialis CDI dapat menemukan laporan dokter yang saling bertentangan terkait hal apapun itu. Sehingga, peran CDI ini dapat membantu dalam mengidentifikasi bagian yang kurang ataupun hilang dalam berkas rekam medis pasien (Shafii, 2024).

2. Konsistensi Penulisan Diagnosis Kasus DHF

Pencatatan berkas rekam medis di Rumah Sakit Jasa Kartini berdasarkan hasil ditemukan bahwa dalam pengkodean, koder cenderung mengacu pada *resume* medis sebagai sumber utama. Namun, apabila *resume* medis belum terisi lengkap koder akan merujuk pada catatan SOAP terakhir. Begitu juga dengan penggunaan hasil pemeriksaan penunjang digunakan hanya sebagai validasi untuk memastikan kesesuaian dengan diagnosis yang tercatat, bukan sebagai acuan utama dalam pengkodean diagnosis. Penegakkan kode diagnosis tidak cukup hanya melihat dari lembar *resume* medis, tetapi perlu melihat isi rekam medis lainnya seperti anamnesa pasien, lembar catatan pengobatan, hasil pemeriksaan laboratorium dan hasil penunjang lainnya serta diagnosis pasien (Harmanto dkk., 2022).

Terdapat perbedaan hasil kodefikasi yang diperoleh dari melihat keseluruhan berkas rekam medis dengan kodefikasi yang didapatkan hanya melihat lembar *resume* medis dan pemeriksaan penunjang seadanya, karena pada keseluruhan berkas rekam medis terdapat komponen yang dapat mempertegas hasil kodefikasi (Weningsih & Arintaka, 2022). Berdasarkan hasil penelitian tingkat konsistensi penulisan diagnosis untuk kasus DHF menunjukkan sebanyak 90% memiliki konsistensi penulisan diagnosis antara lembar *resume* medis dan lembar diagnosis. Adapun ketidakkonsistenan sebanyak 10% disebabkan karena perbedaan penulisan diagnosis yang tercatat antara lembar *resume* medis dengan lembar diagnosis.

Ketika prosesnya apabila koder menemukan diagnosis lain yang sekiranya dapat dimasukkan sebagai tambahan diagnosis sekunder atau lebih memungkinkan sebagai diagnosis utama dan bahkan diagnosis gabung yang diperoleh dari melihat berkas rekam medis pasien sebaiknya melakukan konfirmasi kembali ke DPJP. Apabila disetujui, dokter harus melakukan perubahan pada *resume* medis agar pendokumentasian konsisten. Hal ini dapat saja terjadi karena dokter terfokus pada aspek klinis, sedangkan koder melihat dari standar klasifikasi atau aturan pengkodean. Karena bagaimanapun penegakkan diagnosis dilakukan oleh dokter, tetapi peran koder juga dapat memastikan apakah diagnosis yang diberikan dokter sesuai dengan keseluruhan berkas rekam medis pasien (Heltiani, 2018).

Tantangan dalam proses pengkodean juga terungkap dari hasil wawancara, informan 2 menyampaikan bahwa kendala utama adalah sulitnya melakukan konfirmasi langsung dengan dokter apabila terdapat kekurangan atau keraguan informasi. Disebabkan karena padatnnya jadwal dokter serta tingginya jumlah berkas yang harus dikode oleh koder dalam waktu terbatas. Sebaliknya, informan 3 menyampaikan bahwa dalam unit *casemix* BPJS, koordinasi dengan DPJP tetap dilakukan. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan pendekatan antara koder umum dan tim *casemix* dalam menangani ketidaksesuaian data. Pentingnya penerapan CDI ini karena dalam CDI koder hanya perlu melaksanakan tugasnya yaitu memberikan kode sesuai diagnosis yang diberikan oleh dokter.

Permasalahan mengenai ditemukan nya diagnosis lain yang sekiranya dapat

ditambahkan ke dalam berkas akan dilaksanakan peninjauan oleh spesialis CDI secara serentak untuk keseluruhan berkas pasien dan akan meminta klarifikasi berdasarkan fakta dalam penyajian catatan medis kepada penyedia layanan. Apabila dalam menyarankan diagnosis tertentu tidak dapat diterima, kesempatan klarifikasi akan digunakan sebagai edukasi menyadari pentingnya penyedia layanan menggunakan istilah yang lebih spesifik dan menyertakan status semua kondisi dalam pengambilan keputusan medis, spesialis CDI akan memberi tahu penyedia layanan mengenai bagaimana dokumentasi mempengaruhi pengkodean (AAPC, 2024).

3. Ketepatan Pengkodean Diagnosis Kasus DHF

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketepatan pengkodean koder dalam mengkode kasus DHF berdasarkan ICD 10 sebanyak 98% angka tersebut sangat tepat. Hal ini mencerminkan bahwa kemampuan teknis dan pemahaman koder terhadap sistem klasifikasi penyakit dan tindakan berada pada tingkat yang memadai, meskipun terdapat perbedaan versi antara ICD yang digunakan tidak menjadi permasalahan karena koder melakukan penyesuaian dengan mengambil kode dasar dari ICD versi lama serta menyesuaikan dengan kode versi terbaru. Pemahaman koder mengenai pengkodean tata cara koding menggunakan ICD 10 dari volume 3 kemudian dilanjutkan menggunakan volume 1 menunjukkan pengalaman dalam menjaga ketepatan pengkodean (Anggraini dkk., 2019).

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi ketepatan koder dalam melakukan pengkodean diantaranya:

- a. Penemuan penggunaan singkatan yang tidak umum;
- b. Penulisan istilah medis tidak sesuai terminologi medis.

Faktor tersebut dapat mempengaruhi ketepatan koder dalam melakukan pengkodean karena dapat mengakibatkan salah pemahaman, serta penulisan istilah medis yang tepat dipengaruhi oleh peran tenaga medis yang memahami penggunaan terminologi medis dengan benar dalam pencatatan diagnosis. Oleh karena itu, penggunaan singkatan umum dapat membantu koder dalam ketepatan diagnosis (Budiyani dkk., 2021). Ketepatan dalam pengkodean diagnosis memiliki dampak yang sangat luas diantaranya dapat mempengaruhi statistik rumah sakit dan biaya pelayanan medis serta perbedaan signifikan pembayaran klaim yang dapat merugikan (Kumala Dewi dkk., 2024).

Pentingnya penerapan CDI di pelayanan kesehatan dapat meningkatkan analisis dan kualitas data yang akurat, dan kepatuhan terhadap peraturan. Profesional tenaga kesehatan harus mematuhi standar dokumentasi yang ditetapkan oleh badan pengatur secara ketat diantaranya seperti singkatan, penggunaan bahasa daerah yang sebaiknya lebih layak diterapkan menggunakan bahasa medis. Spesialis CDI akan membantu menjaga kepatuhan terhadap standar, dan menjauhkan dari permasalahan hukum. Catatan pasien yang terperinci dengan tidak menggunakan singkatan yang tidak ada dalam pedoman dapat memungkinkan organisasi layanan kesehatan melakukan analisis tren, dan pengukuran kinerja (Shafii, 2024).

4. Pendokumentasian di Rumah Sakit Jasa Kartini

Proses pendokumentasian rawat jalan dan rawat inap terdapat perbedaan diantaranya untuk pendokumentasian rawat inap lebih beragam dibandingkan dengan pendokumentasian rawat jalan. Penggunaan elektronik di pelayanan rawat jalan menjadikan berkas dapat langsung dilakukan pengolahan baik itu di ruang *casemix* atau ruang rekam medis. Pendokumentasian rawat inap dilaksanakan setelah selesai pelayanan, berkas manual akan terlebih dahulu diserahkan ke ruang *casemix* untuk dilakukan pengolahan diantaranya koding dan juga klaim, setelah selesai akan diserahkan ke ruang rekam medis untuk dilakukan koding, *assembly*, KLPCM, pelaporan sampai dengan *filling*. Penggunaan berkas manual di pelayanan rawat inap diantaranya pada laporan operasi dan *resume* medis yang harus memiliki tanda tangan serta cap basah sebagai syarat dalam melakukan klaim BPJS.

Penggunaan RME mempengaruhi pendokumentasian karena semakin sedikitnya penggunaan kertas untuk berkas rekam medis. Selain itu, penggunaan RME juga menyebabkan pendokumentasian rekam medis mengalami perubahan lebih baik terutama dalam pengelolaan informasi medis pasien dengan terintegrasi nya sistem elektronik. Pendokumentasian secara kombinasi disebabkan karena belum diterapkannya tanda tangan elektronik dan masih dalam proses pengembangan. Sehingga berkas yang masih terdapat kolom tanda tangan masih

menggunakan kertas. Tanda tangan elektronik diperlukan dalam mengatasi permasalahan mengenai keamanan dan integritas data dalam penggunaan RME sehingga menjadi perhatian bagi pengembang aplikasi karena maraknya pemalsuan data oleh pihak yang tidak berwenang dapat dicegah dengan penerapan tanda tangan elektronik (Putra dkk., 2023).

Penggunaan pencatatan secara elektronik memiliki manfaat lebih banyak dibandingkan dengan pencatatan secara manual. Pencatatan RME tidak hanya menjadi alat bantu administratif tetapi juga mendukung kualitas pelayanan diantaranya:

- a. Memudahkan membaca keseluruhan rekam medis pasien termasuk hasil pemeriksaan penunjang dan catatan keperawatan;
- b. Menghasilkan suatu laporan yang akurat;
- c. Memudahkan dalam membaca tulisan dokter.

Kemudahan akses terhadap data pasien juga menjadi nilai tambah yang sangat penting dari penggunaan SIMRS dengan mengaplikasikan Teramedik petugas hanya perlu memasukkan nomor rekam medis pasien untuk dapat melihat seluruh riwayat kesehatan dan tindakan yang telah dilakukan. Ini menjadi sangat penting terutama dalam kondisi gawat darurat atau ketika pasien memiliki riwayat penyakit kronis yang membutuhkan pemantauan jangka panjang. Selain itu, didukung dengan *desain interface* yang baik dalam segi warna dan penempatan menu yang mudah dijangkau akan mempercepat dalam pencarian data (Belrado dkk., 2024).

Meskipun manfaat pelaksanaan RME dapat dirasakan, pelaksanaan RME diperlukan proses dan tidak semudah yang dibayangkan. Kurangnya pemahaman SDM mengenai teknologi yang semakin maju dapat menghambat dalam proses pendokumentasian, pencatatan menjadi terlewat atau bahkan tidak diisi. Sehingga SDM di rumah sakit terutama terkait dengan pelayanan pasien dan pendokumentasian dari masuk sampai dengan keluar rumah sakit perlu diberi motivasi, arahan, mengenai pelayanan elektronik. Selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurfitri (2022) kendala RME paling utama terletak pada SDM, tepatnya pada keterampilan dan pengetahuan tenaga pelayanan kesehatan mengenai RME yang akan mempengaruhi pendokumentasian (Nurfitri dkk., 2022).

Pendokumentasian yang dilakukan oleh setiap tenaga pelayanan kesehatan harus dilakukan verifikasi atau pengecekan ulang. Pengecekan ulang merupakan suatu hal yang penting untuk memastikan akurasi, kelengkapan, serta validitas data yang dicatat oleh tenaga kesehatan. Mengingat beban kerja yang tinggi dalam proses dokumentasi, risiko kesalahan menjadi hal yang tidak dapat dihindari. *American Medical Association* (AMA) menemukan bahwa dokter menghabiskan waktu 5.9 jam dari 11.4 jam kerja setiap harinya untuk melakukan EHR. Apabila dihitung keseluruhan, rata-rata yang waktu dihabiskan oleh pelayan kesehatan dalam melakukan pendokumentasian sebanyak 44% dari waktu kerja yang dihabiskan untuk kegiatan dokumentasi. Dilihat dari beban kerja serta tekanan waktu seperti ini, kesalahan seperti data yang tertinggal atau bahkan duplikasi informasi sangat mungkin terjadi. Sehingga pengecekan ulang menjadi mekanisme kontrol untuk memastikan semua informasi telah dicatat dengan lengkap serta menjadi bagian dalam upaya menjaga mutu pelayanan (Berg, 2017).

Artinya verifikasi dalam berkas rekam medis merupakan hal yang penting dan tentu dapat dilaksanakan oleh tim CDI, kekurangan pendokumentasian yang terjadi apabila dilakukan berulang akan menghambat dalam pendokumentasian sehingga dapat menghabiskan waktu oleh kelengkapan. Penerapan CDI akan memastikan setiap berkas yang selesai dari pelayanan akan langsung ditinjau untuk memastikan kelengkapan dan keakuratan berkas (AAPC, 2024). Tetapi CDI masih belum dipahami secara keseluruhan oleh petugas pelayanan khususnya bagian rekam medis, dikarenakan CDI di Indonesia masih dalam tahap sosialisasi dan itupun penyebarannya belum merata, serta belum ada peraturan mengenai pelaksanaan CDI diterapkan.

Simpulan dan saran

Secara keseluruhan, sistem dokumentasi diagnosis DHF di RS Jasa Kartini masih memerlukan perbaikan agar dapat menghasilkan data yang akurat, dapat dipertanggungjawabkan, dan sesuai standar pelayanan. Pendekatan *Clinical Documentation Improvement (CDI)* dapat menjadi solusi strategis untuk meningkatkan kualitas dokumentasi

melalui kolaborasi antara klinisi dan tim dokumentasi medis, pelatihan berkelanjutan, serta optimalisasi pemanfaatan Rekam Medis Elektronik (RME).

Daftar Pustaka

- AAPC. (2024). What Is Clinical Documentation? AAPC. <https://www.aapc.com/resources/what-is-clinical-documentation?srltid=AfmBOoquL8Z9hhqgtJe4vFyenYwLFdpz3XknZa8zZVv0moD2Ve4xlyGw>
- Adepoju, K. O. (2024). Review Of The Impact Of Clinical Documentation Improvement (CDI) Programs On Coding Accuracy, Reimbursement, And Quality Of Care. *Unizik Journal of Educational Research and Policy Studies*, 18(1), 24–35. <https://unijerps.org/index.php/unijerps/article/view/719>
- Anggraini, M., Irmawati, Garnelia, E., & Kresnowati, L. (2019). Klasifikasi, Kodefikasi Penyakit dan Masalah Terkait: Anatomi, fisiologi, patologi, terminologi medis dan tindakan pada sistem kardiovaskuler, respirasi, dan muskuloskeletal. In *bahan ajar teknologi laboratorium medik (TLM)* (Vol. 2006, Nomor Desember).
- Belrado, R. N., Harmendo, & Wahab, S. (2024). Analisis Penggunaan Rekam Medis Elektronik Di Rumah Sakit. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(5474), 1796.
- Berg, S. (2017). Family doctors spend 86 minutes of “pajama time” with EHRs nightly. AMA. https://www.ama-assn.org/practice-management/digital/family-doctors-spend-86-minutes-pajama-time-ehrs-nightly?utm_source=chatgpt.com
- Budiyani, V. Y., Wariyanti, A. S., & Wahyuningsih, S. (2021). Literature Review Faktor Yang Mempengaruhi Ketepatan Petugas Koding Diagnosis Berdasarkan Unsur 5M. *Indonesian Journal of Health Information Management*, 1(1), 14–20.
- Fanny, N. (2020). Kualitas Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Berdasarkan Analisis Kualitatif. *Infokes: Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan*, 10(2), 28–29. <http://ojs.uadb.ac.id/index.php/infokes/article/view/2492>
- Garmelia, E., & Sholihah, M. (2019). Tinjauan Ketepatan Koding Penyakit Gastroenteritis Pada Pasien BPJS Rawat Inap di UPTD RSUD Kota Salatiga. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 2(2), 88. <https://doi.org/10.31983/jrmik.v2i2.5350>
- Harmanto, D., Budiarti, A., & Herisandi, A. (2022). Gambaran Kelengkapan Informasi Medis Dan Keakuratan Kode Diagnosis Di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu. *Manajemen Informasi Kesehatan*, 7(2), 65–75.
- Heltiani, N. (2018). Analisis Ketepatan Koding Jantung Iskemik Stemi di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2018. *Manajemen Informasi Kesehatan*, 59.
- Kemendes. (2020). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/9845/2020 tentang pedoman nasional pelayanan kedokteran tata laksana infeksi dengue pada dewasa. 2507(February), 23.
- Kemendes. (2024). Waspada DBD Di Musim Kemarau. Kemendes. <https://kemendes.go.id/id/waspada-dbd-di-musim-kemarau>
- Kumala Dewi, R., Evita Aurilia Nardina, & Ferdiansyah Hari Nugroho. (2024). Akurasi Dan Ketepatan Pengkodean Diagnosis Pada Kasus Obstetric Di Rst Dr. Asmir Dkt Salatiga. *Jurnal Rekam Medis & Manajemen Informasi Kesehatan*, 4(1), 37–45.
- Laela Indawati. (2017). Identifikasi Unsur 5M Dalam Ketidaktepatan Pemberian Kode Penyakit Dan Tindakan (Systematic Review). *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM)*, 5(2), 61.
- Muroli, C. J., Rahardjo, T. B. W., & Kodyat, A. G. (2020). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Pending Klaim Rawat Inap Oleh BPJS Di RSAB Harapan Kita Jakarta Barat Tahun 2019. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 4(2), 191–197.
- Nurfitri, B., Rania, F., & Rahmadiani, N. W. (2022). Literature Review: Implementasi Rekam Medis Elektronik di Institusi Pelayanan Kesehatan di Indonesia. *ResearchGate*, October, 11.
- Putra, D. S., Syazili, A., I, S. R. R., & Oktaviani, N. (2023). Implementasi Tanda Tangan Digital Pada Aplikasi Rekam Medis Elektronik. *KLIK: Kajian Ilmiah Informatika dan Komputer*, 4(1), 152–153. <https://doi.org/10.30865/klik.v4i1.1047>
- Safitri, D. F., & Fatriyawan, A. A. (2022). Peranan Laboratorium Dalam Penegakkan Diagnosis di Puskesmas MASBAGIK tahun 2022. *Jurnal of Multidisciplinary Studies*, 1(1), 1–2.
- Shafii, K. (2024). *The Role of CDI in Healthcare: Strategies for Effective Documentation*.

- consensus. <https://www.consensus.com/blog/the-role-of-cdi-in-healthcare/>
- Sitorus, M. S., Simanjuntak, E., Hutasoit, T., & Lumbantoruan, M. A. (2023). Hubungan Ketidaktepatan Kode Diagnosa Pasien Rawat Inap Dengan Pending Klaim INA- CBG's Di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 4, 6038–6039. <https://doi.org/10.31004/jkt.v4i4.21495>
- Ulfa, H. M., Octaria, H., & Sari, T. P. (2016). Analisis Ketepatan Kode Diagnosa Penyakit Antara Rumah Sakit Dan BPJS Menggunakan ICD-10 Untuk Penagihan Klaim di Rumah Sakit Kelas C Sekota Pekan Baru Tahun 2016. *Indonesian of Health Information Management Journal*, 5(2), 119–124.
- Weningsih, I. R., & Arintaka, F. K. (2022). Tinjauan Pengodean Klinis Pasien Bpjs Guna Mendukung Ketepatan Gruping Ina-Cbg'S Di Rumah Sakit Cimahi. *Jurnal Kesehatan*, 10(1), 82.