**Gambaran Kejelasan dan Ketepatan Diagnosa Pada Resume Medis Pasien Rawat Inap Dengan Keakuratan Kode Berdasarkan Icd-10**

 **di RSHD Kota Bengkulu**

## Muhammad Salehudin¹, Deno Harmanto²Nur Elly3

### Program Studi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

### Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti

### Email: deno86sapta@gmail.com

### Tanggal submission : 17 November 2021

**ABSTRAK**

**Masalah :** Kelengkapan, kejelasan dalam pengisian formulir resume medis merupakan hal yang mutlak harus dilaksanakan dikarenakan semua informasi data kesehatan pasien ada pada lembar resum medis, namun berdasarkan survei awal yang peneliti lakukan pada tanggal 23 Januari 2021 di rumah sakit Harapan dan Do’a Kota Bengkulu, dari 14 dokumen rekam medis rawat inap terdapat 7 (50%) dokumen rekam medis yang kurang jelas penulisannya dengan kaidah terminologi medis ICD-10 dan 7 (50%) dokumen rekam medis tidak tepat penulis diagnosanya dengan kaidah terminologi medis ICD-10

**Tujuan** : Penelitian ini bertujuan Mengetahui Gambaran Kejelasan dan Ketepatan Diagnosa pada Lembar Resume Medis Pasien Rawat Inap dengan Keakuratan Kode berdasarkan ICD-10 di RSHD Kota Bengkulu.

 **Metode** : Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan rancangan *cross sectional.* Populasi dalam penelitian ini adalah berkas rekam medis pasien rawat inap pada bulan April 2021 yang berjumlah 120 berkas dengan sampel total sampeling, menggunakan data sekunder yang diolah secara univariat. Penelitian ini di laksanakan pada tanggal 03 sampai dengan 10 Mei 2021 di Unit Rekam Medis RSHD Kota Bengkulu.

**Hasil** : Dari 120 berkas lembar Resume medis pasien rawat inap dirumah sakit harapan dan Do’a kota bengkulu, ketidakjelasan penulisan diagnosa pasien rawat inap sebagian kecil 40 diagnosa (33,3%) tidak jelas penulisanya dan ketidaktepatan penulisan diagnosa pasien rawat inap sebgian kecil 40 diagnosa (33,3%) tidak tepat penulisanya serta penetapan kode diagnosis juga sebagian kecil yaitu 40 kode (33,3) tidak akurat. Diharapkan kepada dokter dan tenaga koder untuk selalu berpatokan pada terminologi medis sesuai dengan ICD-10 dalam penulisan diagnisa pasien sehingga didapatkan diagnosa yang Jelas,tepat dan kode yang akurat.

**Kata kunci** : Kejelasan, ketepatan, Diagnosa, Resume Medis.

**Description Of Clarity And Accuracy Of Diagnosis In Medical Esume Of Inpatients With Code Accuracy Based On Icd-10**

**At RSHD Bengkulu City**

**Abstract**

***Problem :*** *Completeness, clarity in filling out the medical resume form is an absolute must because all patient health data information is on the medical resume sheet, but based on an initial survey that researchers conducted on January 23, 2021 at the Harapan and Prayer Hospital in Bengkulu City , from 14 inpatient medical record documents there are 7 (50%) medical record documents that are not clearly written with the rules of ICD-10 medical terminology and 7 (50%) medical record documents are not written correctly with the ICD-10 medical terminology rules*

***Objective****: This study aims to determine the description of the clarity and accuracy of the diagnosis on the Medical Resume Sheet of Inpatients with Code Accuracy based on ICD-10 at the Bengkulu City Hospital.*

***Methods*** *: This type of research is a descriptive study using a cross sectional design. The population in this study was the medical record files of inpatients in April 2021, which amounted to 120 files with a total sample of sampling, using secondary data that was processed univariately. This research was carried out from 03 to 10 May 2021 at the Bengkulu City Hospital Medical Record Unit.*

***Results*** *: From 120 medical resume sheets for inpatients at the Harapan Hospital and Prayers in Bengkulu City, the lack of clarity in writing the diagnoses of inpatients in a small percentage of 40 diagnoses (33.3%) was not clearly written and the inaccuracy of writing diagnoses for inpatients was a small percentage of 40. diagnoses (33.3%) were written incorrectly and the determination of the diagnosis code was also a small part, namely 40 codes (33.3) were not accurate. It is expected that doctors and coders always rely on medical terminology in accordance with ICD-10 in writing patient diagnoses so that a clear, precise and accurate diagnosis is obtained.*

*.*

**Keywords:** Clarity, Accuracy, Diagnosis, Medical Resume

**PENDAHULUAN**

Resume medis merupakan ringkasan dari seluruh masa perawatan dan pengobatan pasien sebagaimana yang telah diupayakan oleh para tenaga kesehatan dan pihak terkait (Hatta, 2013). Resume medis pasien adalah alat komunikasi antar berbagai tenaga medis mengenai kondisi klinis pasien yang akan digunakan apabila pasien hendak berobat lagi dikemudian hari, salah satunya melalui kelengkapan penulisan Diagnosa (Pepo dan Yulia, 2015).

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 (Naga, Mayang Anggraini 2014). Diagnosa ini seharusnya ditulis dengan terminologi medis yang tepat dan memiliki nilai informatif agar dapat membantu petugas koding mengklasifikasikan pada kondisi dalam kategori ICD yang paling spesifik (Maryati, 2013). Akan tetapi pada kenyataannya masih banyak ditemukannya penulisan Diagnosa pada Resume medis yang belum mengacu pada terminologi atau istilah medis Klasifikasi Statistik Internasional tentang Penyakit dan Masalah Kesehatan (ICD-10).

ICD-10 merupakan pengkodean atas penyakit dan tanda-tanda, gejala, temuan-temuan yang abnormal, keluhan, keadaan sosial dan eksternal yang menyebabkan cedera atau penyakit, seperti yang diklasifikasikan oleh *World Health Organization* (WHO). Tujuan ICD-10 diantaranya adalah untuk mendapatkan rekaman sistematis, melakukan analisis,interprestasi serta membandingkan data morbiditas dari negara yang berbeda atau antar wilayah pada waktu yang berbeda, untuk menerjemahkan Diagnosa penyakit dan masalah kesehatan dari kata-kata menjadi kode alfanumerik yang akan memudahkan penyimpanan, mendapatkan data kembali dan analisis data, memudahkan *entry* data ke database komputer yang tersedia, menyediakan data yang diperlukan oleh sistem pembayaran atau penagihan biaya yang dijalankan, memaparkan indikasi alasan mengapa pasien memperoleh asuhan atau perawatan atau pelayanan dan menyediakan informasi Diagnosa serta tindakan bagi riset, edukasi dan kajian assesment kualitas keluaran ICD-10 *(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)* Terdiri dari 3 volume dan21 BAB dengan rincian sebagai berikut : Volume 1 merupakan daftar tabulasi, Volume 2 merupakan manual instruksi dan pedoman pengunaan ICD-10, Volume 3 merupakan Indeks alfabetis.

Hal yang penting yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis adalah ketepatan dalam pemberian kode Diagnosa. Pengkodean yang tepat dan akurat diperlukan rekam medis yang lengkap. Rekam medis harus memuat dokumen yang akan dikode seperti pada lembar depan (RM 1,Lembaran operasi dan laporan tindakan, Laporan patologi dan Resume pasien keluar) (Gemala Hatta R, 2016).

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

Penulisan diagnosa dokter yang sulit dibaca dengan menginput diagnosa yang tidak tepat akan berpengaruh terhadap informasi yang dihasilkan karna adanya ketidakakuratan data yang disajikan sehingga dapat berdampak terhadap kualitas informasi dan keakuratan kode. Selain itu berdampak bagi rumah sakit dalam sistem pembayaran. Kualitas data yang terkode merupakan hal penting bagi kalangan tenaga personal manajemen informasi kesehatan, keakuratan data Diagnosa sangat krusial di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan (Gemala Hatta R, 2011).

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 mampunyai tingkat validasi data yang rendah. Hal ini, akan mengakibatkan ketidakakuratan laporan, misalnya laporan morbiditas rawat jalan, laporan 10 besar penyakit ataupun klaim jemkesmas (Gemala Hatta R, 2011).

Berdasarkan penelitian Wulandari Alfionika, (2014) yang dilakukan di RSUP.Dr.M.Djamil Padang ditemukan kejelasan penulisan diagnosa 85,0% dan 15,0% tidak jelas. Penulisan diagnosa penyakit pasien pada berkas rekam medis berpengaruh terhadap kegiatan pengkodean. Selain itu ditemukan ketepatan pengkodean pada berkas rekam medis (65%) tepat sesuai dengan ICD-10 dan (35,0%) pengkodean diagnosa tidak tepat, sedangkan ketepatan pengkodean sangat penting bagi rumah sakit maupun puskesmas seperti proses pengindeksan, penyajian statistik laporan serta pembiayaan.

Berdasarkan penelitian sebelumnya dilakukan oleh Mela Oktavia 2018, di Rumah Sakit Sumber Waras, dari 6 dokumen yang diobservasi rawat inap di Rumah Sakit Sumber Waras menunjukkan 66,67% belum mengacunya pada penulisan Diagnosa pada Resume medis dengan terminologi medis ICD-10 yang masih ditulis dengan cara manual, diantaranya 50% masih menggunakan bahasa indonesia dan

16,67% tulisan Diagnosa yang sulit dibaca, sehingga akan berdampak pada pengkodingan Diagnosa yang tidak akurat.

Berdasarkan survei awal yang peneliti lakukan pada tanggal 23 Januari 2021 di rumah sakit Harapan dan Do’a Kota Bengkulu, dari 14 dokumen rekam medis rawat inap terdapat 7 (50%) dokumen rekam medis yangkurang jelas penulisannya dengan kaidah terminologi medis ICD-10 dan 7 (50%) dokumen rekam medis tidak tepat penulis diagnosanya dengan kaidah terminologi medis ICD-10. Hasil wawancara terhadap salah satu petugas rekam medis yang mengatakan bahwa penulisan diagnosa yang ditulis oleh dokter sulit terbaca dengan jelas sehingga petugas rekam medis sering mempertanyakan ulang kejelasan diagnosa, sehingga hal tersebut cukup menghambat kelancaran proses pengkodingan yang dilakukan oleh koder, serta berdasasrkan observasi yang dilakukan peneliti masih terdapat kode penyakit tidak sesuai dengan yang tertera pada ICD-10. Seharusnya dokter dalam menuliskan diagnosa penyakit mengacu pada ketetapan terminologi medis serta jelas mudah dibaca, sehingga petugas Rekam Medis mudah menginput serta membuat kode berdasarkan ICD-10, hal tersebut juga akan mempermudah proses klaim pada pihak BPJS

#### METODE PENELITIAN

Penelitian yang dilakukan adalahpenelitian deskriptif yaitu mengumpukan data dengan cara pengamatan secara langsung terhadap objek penelitian*.*.

#### HASIL DAN PEMBAHASAN

**Table 1.**

**Distribusi Frekuensi Kelengkapan Pengisian Lembar Anamnesa Pasien**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kelengkapan pengisian Lembar Anamnesa Pasien | N | % |
| Lengkap | 41 | 49% |
| Tidak Lengkap | 42 | 51% |
| Total | 83 | 100% |

Dari table 1. Menunjukan bahwa sebagian besar 51% Pengisian Lembar Anamnesa pasien tidak lengkap.

**Table 2.**

**Distribusi Frekuensi Kelengkapan Pengisian Lembar**

**Hasil Pemeriksaan Laboratorium**

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

Dari tabel 2. Menunjukan bahwa hampir sebagian 44 % Pengisian Lembar Hasil Pemeriksaan Laboratorium tidak lengkap.

#### Table 3.

#### Distribusi Frekuensi Kelengkapan Pengisian Lembar

#### Catatan Pengobatan Pasien

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

#### Dari table 3. Menunjukan bahwa pengisian Lembar Catatan Pengobatan Pasien sebanyak 55% tidak lengkap.

#### Table 4.

#### Distribusi Frekuensi Ketepatan Penulisan Diagnosis Pasien

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

Dari table 4. Menunjukan bahwa pengisian diagnosis sebanyak 5,9% tidak lengkap.

* + 1. **Kelengkapan Pengisian Lembar Anamnesa**

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

Menurut PERMENKES RI No. 269/MENKES/III/2008 pada Bab II pasal 3 ayat 2 tentang jenis dan isi rekam medis disebutkan bahwa formulir yang harus ada dalam dokumen rekam medis pasien rawat inap salah satunya adalah lembar hasil anamnesis, pada lembar tersebut sekurang kurangnya harus mencangkup keluhan utama dan riwayat penyakit, maka dari itu lembar anamnesis dianggap penting. Kelengkapan pengisian berkas rekam medis harus mencapai angka 100% selama 1x24 jam setelah pasien keluar rumah sakit. Rekam medis sebagai catatan perjalanan penyakit pasien merupakan berkas yang pengisiannya harus terisi secara lengkap. Ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis akan mengakibatkan catatan yang termuat menjadi tidak sinkron serta informasi kesehatan pasien terdahulu sulit diidentifikasi.

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

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

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

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

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

* + 1. **Kelengkapan Pengisian Lembar Hasil Pemeriksaan Laboratorium**

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

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

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

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

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

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

* + 1. **Kelengkapan Pengisian Catatan Pengobatan Pasien**

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

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

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

Penyebab dari ketidaklengkapan pengisian catatan pengobatan pasien karena adanya ketidaksesuaian penulisan instruksi di catatan medik dan di resep, lupa dalam mengisi setiap kolom dengan lengkap seperti identitas pasien, nama obat, dosis, cara penggunaan, jam pemberian obat, serta tanda tangan dokter yang sering tidak di isi, dan yang paling sering terjadi pada saat pelayanan farmasi adalah kesalahan waktu pemberian obat, kesalahan teknik pemberian obat, dan obat tertukar pada pasien yang namanya sama (right drug for wrong patient). Salah satu contoh akibat tidak di isinya catatan pengobatan pasien yang tidak lengkap*,* misalnya obat diberikan informasi diminum sesudah makan yang seharusnya sebelum makan atau yang seharusnya siang atau malam diberikan pagi hari. Contoh lain dokter menuliskan R/ Flunarizin 5 mg signa 1×1 malam, Instalasi Farmasi memberikan Sinral 5mg, tetapi perawat tidak mengetahui bahwa obat tersebut komposisinya sama dengan Flunarizin, mungkin juga karena kurang teliti, sampai terjadi pasien tidak diberikan obat karena di CPO ditulis Flunarizine 5 mg, signa 1×1 (Sarmalina dkk, 2011).

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

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

* + 1. **Ketepatan Penulisan diagnosis Pasien**

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

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

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Hamid (2013). Ketepatan penulisan diagnosis dari 96 Berkas rekam medis menunjukkan bahwa sebanyak 39 berkas (40,9%) penulisan diagnosis tidak tepat dan 57 berkas (59,4%) penulisan diagnosis sudah tepat menggunakan bahasa terminologi medis. Uji χ2 ini dilakukan untuk mengetahui hubungan ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis, dengan didapatkan nilai χ2 hitung sebesar nilai signifikansi p lebih kecil dari α = 0,05 (p < 0,05) sehingga dapat disimpulkan H0 ditolak. Artinya terdapat hubungan yang signifikan antara ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis kasus obstetri gynecology pasien rawat inap di RSUD. Dr. Saiful Anwar Malang.

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

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

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

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

#### SIMPULAN

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

**LIMITASI DAN STUDI LANJUT**

Hambatan dalam penelitian ini yaitu masih adanya berkas rekam medis tidak ditemukan di ruang *filling* sehingga mengharuskan peneliti melihat kode di ruang *Casemix*, Akan dilakukan pengambdian masyarakat berupa membuat lebar observasi sehingga dapat berguna untuk dilakukan pengawasan dan evaluasi terhadap kelengkapan informasi medis dan kode diagnosis yang tercantum pada berkas rekam medis.

**UCAPAN TERIMA KASIH**

Dalam Penelitian ini, banyak pihak yang terlibat sehingga pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih kepada:

* 1. Pihak rumah sakit yang telah memberikan izin penelitian dalam melakukan penelitian di rumah sakit yang dipimpin, serta semua bagian yang bersedia terlibat dalam penelitian ini.
	2. Sekolah tinggi ilmu Kesehatan sapta bakti Bengkulu yang telah memberikan bantuan dan dukungan dalam menyelesaikan penelitian ini.
	3. Kemensristekdikti yang telah memberikan bantuan material dalam mendukung terlaksananya penelitian ini.

#### DAFTAR PUSTAKA

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

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

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

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

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

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

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

Republik Indonesia. 2009. Undang- undang No. 36 Tahun 20009 *Tentang Kesehata*n. Jakarta : Republik Indonesia

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

Saputro NT dan Nuryati. Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis di Puskesmas Mojolaban Sukoharjo Jawa Tengah. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia. 2015, 311), 59-64.

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

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

Samarinda, K. S. S. K. (2019). Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.

Wariyanti, A. S. (2014). *Hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode diagnosis pada dokumen rekam medis rawat inap di rumah sakit umum daerah kabupaten karanganyar tahun 2013* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).

Widjaya, L., & Rumana, N. A. (2014). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keakurasian Koding Ibu Melahirkan dan Bayi di Beberapa Rumah Sakit Tahun 2014. *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM)*, *2*(2), 114-122.

World Health Organization. 2010*. ICD-10 Volume 1 Tabular List.* Geneva : World Health Organization

World Health Organization. 2010. *ICD-10 Volume 2 Instruction Manual*. Geneva : World Health Organization

World Health Organization. 2010. *ICD-10 Volume 3 Alphabetical Index.* Geneva : World Health Organization