

KEAKURATAN KODE DIAGNOSIS DENGAN ICD-10 DI PUSKESMAS PENGASIH I DAN PENGASIH II

Laili Rahmatul Ilmi

Dosen Prodi RMIK Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta
lailiilmi@gmail.com

ABSTRACT

Background: The implementation of Electronic Medical Record (EMR) in Puskesmas Kulon Progo as a tool to communicate and coordinate between health practitioner related with patient's status. On the other hand, it as a monitoring and evaluating morbidity surveillance. The accurateness of Code Diagnosis by using ICD-10 can improve the quality of it. **Objective:** to evaluate the accurateness of code diagnosis to improve the quality of EMR data. **Method:** descriptive study with a qualitative approach by using secondary data from EMR system with using cross sectional design. The object that is used of 234 code diagnosis from Pengasih I and Pengasih II health centres, the participants as an interviewee which is they divided from nurse, a midwife as the officer who filled directly into the EMR diagnosis code in SIMPUS. Data collection techniques used were interview, observation and study document by using EMR data from SIMPUS. **Result:** 234 code diagnosis from EMR data between Pengasih I and Pengasih II are analysed based on ICD-10, there are code diagnosis from EMR in Pengasih I accurateness 30 (26%), not accurateness 87 (74%). In Pengasih II accurateness 35 (30%) and not accurateness 82 (70%). The factors that lead to coding diagnosis inaccuracies are element man, method and machine. **Conclusion:** The results suggest that although they already used the EMR, the quality of the data especially related to the coding diagnosis still low

Key word: EMR, accurateness, Information System, Code diagnosis, Primary Health Centres.

ABSTRAK

Latar belakang: Penerapan RME di Puskesmas Kulon Progo memberikan manfaat sebagai alat komunikasi dan informasi status pasien. Keakuratan kode diagnosis yang diisikan pada data RME digunakan sebagai informasi yang komprehensif laporan morbiditas dan mortalitas, keakuratan pemberian kode diagnosis dengan menggunakan pedoman yang berlaku sangat penting untuk meningkatkan mutu rekam medis. **Tujuan:** Membandingkan keakuratan kode diagnosis di Puskesmas Pengasih I dan Pengasih II. **Metode:** Penelitian ini menggunakan deskriptif kualitatif dengan pendekatan potong lintang. Subjeknya adalah perawat, bidang, petugas kesehatan yang menggunakan RME berjumlah 12 orang. Pengambilan data dengan wawancara dan studi dokumen data RME di dua puskesmas Kulon Progo sebanyak 234 data. **Hasil:** Keakuratan kode diagnosis di Puskesmas Pengasih I akurat 30 (26%), tidak akurat 87 (74%). Sedangkan di Puskesmas Pengasih II Akurat 35 (30%) dan tidak akurat 82 (70%). Hasil wawancara diperoleh bahwa Standar Prosedur Operasional yang memberikan kode dilakukan oleh oerawat, bidan, tenaga kesehatan di masing-masing unit layanan, namun belum ada kontrol dari kepala rekam medis terkait evaluasi ketepatan kode yang diisikan. **Kesimpulan:** Pemanfaat RME telah dilaksanakan, pemberian kode diganosisnya dari keakuratannya masih rendah.

Kata kunci: Sistem Informasi, Puskesmas, Keakuratan, RME, Kode diagnosis

PENDAHULUAN

Seiring dengan kemajuan jaman, pemanfaatan teknologi dan informasi kesehatan seperti penerapan RME banyak diterapkan di Indonesia dan dipercaya dapat meningkatkan kualitas keseluruhan perawatan, meskipun berdampak negatif pada penurunan kualitas interaksi antar petugas medis (Jahanbakhsh *et al.*, 2011).

Rekam medis berbasis kertas maupun elektronik memberikan informasi terkait status kesehatan pasien sebagai alat komunikasi antar petugas kesehatan (Holroyd-leduc *et al.*, 2011). Data yang diisikan harus akurat, sehingga ketika diolah dan dianalisis menjadi data yang komprehensif (Majeed *et al.*, 2008).

Banyak para peneliti di Negara maju yang berfokus kepada kelengkapan dan keakuratan data rekam medis manual maupun elektronik (Staff *et al.* 2016) dan kelengkapan rekam medis tercapai (100%) apabila data yang diisikan dapat langsung dilengkapi, selain itu, keakuratan data berperan meningkatkan kualitas data untuk menurunkan kesalahan multimorbiditas, kesalahan pemberian obat dan mendukung dalam pengambilan keputusan (Jong *et al.*, 2001). Penerapan RME di Puskesmas Pengasih I dan Pengasih II Kabupaten Kulon untuk keakuratan data RME belum pernah dianalisis.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis keakuratan data dari RME khususnya pada kode diagnosis di Puskesmas Pengasih I dan Puskesmas Pengasih II.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif secara kualitatif (John W Creswell 2015). Subjek penelitian adalah perawat, bidang, petugas kesehatan yang mengisi RME di Pengasih I dan Pengasih II sebanyak 12 orang, selanjutnya untuk menganalisis keakuratan kode diagnosis diambil dari data sekunder dari RME periode Januari hingga Maret 2017 secara random sampling. Penelitian dilakukan selama Januari sampai dengan Maret 2017 di Puskesmas Pengasih I dan Puskesmas Pengasih II. Variabel penelitian adalah Keakuratan kode diagnosis dari data RME

Hasil wawancara dianalisis secara kualitatif dan dideskripsikan secara narasi dengan melakukan validasi hasil wawancara dengan triangulasi sumber dan teknik. Selanjutnya hasil perhitungan keakuratan RME di dua puskesmas disajikan dalam bentuk tabulasi dan dideskripsikan.

HASIL

Persepsi pengguna pada keakuratan data RME di Puskesmas Pengasih I dan Pengasih II

Tabel 1
Distribusi Jawaban Informan Wawancara
Mendalam Konstruk Keakuratan Kode
Diagnosis pada RME

Kategori Jawaban	Frekuensi
Kualitas Informasi	
Kelengkapan data	
Data administrasi	
Lengkap	7 (70%)
Cukup	2 (20%)
Tidak lengkap	3 (30%)
Data demografi	
Lengkap	8 (80%)
Cukup	2 (20%)
Tidak lengkap	2 (20%)
Data diagnosis	
Lengkap	3 (30%)
Cukup	5 (50%)
Tidak lengkap	4 (40%)
Vital sign	
Lengkap	2 (20%)
Cukup	4 (40%)
Tidak lengkap	6 (60%)
Keakuratan data RME	
Kode ICD	
Lengkap	5 (50%)
Cukup	3 (30%)
Tidak lengkap	3 (30%)

Informan mempersepsikan bahwa data administrasi (70%) lengkap dan akurat, data demografi (80%) lengkap dan akurat, karena sebelum pasien memperoleh pemeriksaan dilakukan verifikasi pasien berdasarkan cara pembayaran.

Data *vital sign* tidak lengkap (60%), data diagnosis cukup lengkap (50%) dan kode diagnosisnya mengacu pada ICD-10 namun belum dilakukan pengecekan terkait ketepatan kode.

Hasil perhitungan keakuratan kode diagnosis di puskesmas Pengasih I dan Pengasih II

Tabel 2
Prosentase keakuratan kode diagnosis di Puskesmas Pengasih I dan Pengasih II

No	Nama Puskesmas	N	Kode ICD Akurat	Kode ICD Tidak Akurat
1	Pengasih I	117	30 (26%)	87 (74%)
2	Pengasih II	117	35 (30%)	82 (70%)

PEMBAHASAN

Persepsi Petugas Terhadap keakratan kode diagnosis

Dengan adanya rekam medis elektronik dan rekam kesehatan elektronik komunikasi antara dokter, perawat, pasien dan petugas lain menjadi lebih efektif dan meningkatkan kualitas layanan (Holroyd-educ et al. 2011). Pengimpelentasian RME menjadi efisien terhadap SDM, selain itu dapat meminimalisir kesalahan rekam medis pasien, dengan RME data yang tersimpan dapat memenuhi aspek pendidikan, aspek keuangan, aspek pendokumentasian dan aspek hukum (Jong et al. 2001) Namun selain berdampak positif, bagi pengguna langsung juga merasakan kesulitan untuk melengkapi RME dikarenakan perawat, bidan dan tenaga kesehatan atau petugas admin merasa terbebani dikarenakan harus mengisikan RME yang diambil dari data rekam medis manual dan tidak semua dokter mau mengisikan langsung sehingga mereka yang melengkapinya.

Berdasarkan hasil wawancara dengan pengguna perlunya adanya rapat rutin dan evaluasi data RME yang telah terisi sehingga pengguna bisa memahami hal apa yang diperlukan untuk meningkatkan mutu data RME. Menurut (Shoolin, 2010) peran serta organisasi diperlukan untuk meningkatkan kesadaran pengguna dalam melengkapi data RME sehingga dapat meningkatkan kualitas data. Selain itu (Joon et al., 2015) menjelaskan bahwa kelengkapan dan keakuratan data RME diperlukan untuk efisiensi RME dikemudian hari, meningkatkan keselamatan pasien, kesalahan pengobatan dan meningkatkan layanan kepada pasien.

Kelengkapan dan Keakuratan Data Rekam Medis Elektronik

Berdasarkan data yang didapatkan dari perhitungan kuantitatif dan melakukan cross check pada data RME dapat disimpulkan bahwa dari dua puskesmas sebagian besar kode diagnosis yang diisikan belum mengikuti kaidah pengkodean ICD-10. Lebih dari 80% kode diagnosis yang dua puskesmas diperuntukkan untuk pasien rawat jalan sedangkan pengkodean diagnosis untuk pasien rawat jalan berbeda dengan pasien rawat inap. Di dua puskesmas Diagnosis yang dituliskan dan anamnesis ditemukan bahwa untuk kasus pasien kunjungan ulang atau kontrol banyak dikode dengan kasus baru dan dijadikan sebagai diagnosis utama, sehingga akan berdampak kepada pelaporan morbitas pasien.

Pedoman pengkodean (WHO 2010) menjelaskan bahwa pengkodean diagnosis mengacu pada ICD-10 yang telah disediakan untuk klasifikasi penyakit dan masalah kesehatan dan statistik kesehatan yang terdiri dari XXII BAB berdasarkan sistem tubuh, Penerapan RME di Puskesmas memberikan dampak terhadap mutu pelayanan medis yang telah diberikan kepada pasien. Data klinis yang lengkap memberikan informasi terkait penyakit kronis yang membutuhkan perawatan intensif, sehingga dapat dilakukan pencegahan penyakit klinis yang dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian dini (Staroselsky et al. 2006). Selain itu kelengkapan data tersebut sangat membantu para dokter untuk menegakkan diagnosis dengan tepat dan benar, sehingga pengobatan juga disesuaikan dengan apa yang telah ditegakkan.

Kelengkapan RME pada data klinis menurut (Rozenblum, 2011) perlu dukungan kebijakan yang mengatur hal tersebut, kurangnya kesadaran para pemberi layanan atas pentingnya pendokumentasian RME secara lengkap. RME yang lengkap pada penulisan riwayat penyakit sebelumnya, data yang telah dikumpulkan dan dianalisis menginformasikan jumlah angka kesakitan pada surveilans penyakit menular maupun tidak menular sehingga dapat dilakukann deteksi dini dan pencegahan untuk menurunkan angka kesakitan data peresepan obat yang lengkap akan meningkatkan angka keselamatan pasien dan menurunkan angka kesalahan pada peresepan (Lau et al. 2000) .

Menurut (Grebner and Leah A, 2013) pengkodean bagi pasien rawat jalan harus diperhatikan bahwa pasien yang berkunjung ke puskesmas tidak semuanya membutuhkan pengobatan yang dibutuhkan, bisa

jadi pasien datang karena kunjungan ulang atau melakukan deteksi dini terkait masalah terkait. Untuk pengkodean diagnosis, alasan seseorang datang ke layanan kesehatan menggunakan ICD-10, namun apabila diperlukan kode tambahan perlu dicantumkan juga sebagai dasar statistik terkait masalah kesehatan. Untuk kondisi pasien kunjungan ulang dikode sebagai kondisi utama diikuti riwayat penyakit sebelumnya sebagai kode diagnosis sekunder.

Penelitian yang dilakukan oleh (Joon *et al.* 2015) kelengkapan dan ketepatan pengisian RME pada item diagnosis sangat mendukung peningkatan layanan kepada pasien, menurunkan kesalahan pengobatan dan meningkatkan keamanan pasien. Dijelaskan juga oleh (Majeed *et al.* 2008) bahwa kelengkapan dan keakuratan RME di layanan primer untuk meningkatkan kualitas data yang dilaporkan dan dapat mengukur kualitas data RME sehingga mendukung para pengambil keputusan untuk menganalisis data, menghasilkan data yang komprehensif untuk penelitian, pihak survailans kesehatan masyarakat. Sedangkan hasil penelitian (Staff *et al.* 2016) menyebutkan setelah menerapkan RME di layanan primer, kelengkapan data klinis pasien dengan diagnosis *Diabetes Mellitus* meningkat hingga 80%. Selanjutnya penelitian oleh (Jordan *et al.* 2004) mereview dan menganalisis sebanyak 24 studi kasus terkait kelengkapan pengisian kode penyakit, secara umum data RME lengkap lebih dari 90%, tetapi pencatatan kode morbiditas diantara 66-99% lengkap. Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan (Data & Hogan 1996) data persepsan obat perpasien hilang sebesar 36% karena terjadi kesalahan pada pemeriksaan sebelumnya atau karena ada pemberhentian dan persepsan ulang. Dan menurut (Lau *et al.* 2000) menganalisis rekam medis pada lembar pengobatan terkait riwayat pengobatan pasien bahwa angka ketidaklengkapannya mencapai 26%, persepsan obat yang tidak tercatat sebesar 67%. Ketidaklengkapan pengisian data klinis pada penerapan RME di puskesmas bisa disebabkan beberapa hal, diantaranya informasi yang diberikan oleh pasien kurang, RME yang kurang *user friendly* serta kualitas *item* pengisiannya bisa menjadi penyebab praktisi kesehatan tidak rutin mengisi data klinis pasien (Jong *et al.* 2001). Kelengkapan data RME menjadi tolok ukur dan peningkatan kualitas pelayanan yang diberikan (Kaushal *et al.* 2008). Selain itu, kelengkapan data RME berfungsi untuk memenuhi aspek hukum. Penggunaan RME pada praktiknya banyak terjadi kesalahan identifikasi

pasien, kesalahan prosedur pemeriksaan dan perawatan yang diberikan (Staroselsky *et al.* 2006).

Pelaksanaan RME di dua puskesmas belum semuanya multi user untuk yang menggunakan RME, dikarenakan hanya 1 puskesmas yang dokternya mengisi RME secara langsung, sehingga proses pengisian dan melengkapi data RME dilakukan oleh perawat dan admin. Mengacu pada pasal 2 ayat 1 Permenkes No. 269 Tahun 2008.

SIMPULAN

Secara umum kelengkapan dan keakuratan data RME di Puskesmas Pengasih I dan Pengasih II perlu diperhatikan terkait item diagnosis dan kode diagnosis mengacu pada Pemenkes No. 55 Tahun 2013 dan Pemenkes No. 269 kode diagnosis di dua puskesmas tersebut masih tidak lengkap dan tidak akurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Data, M. & Hogan, W.R., 1996. The Accuracy of Medication Data in an Outpatient Electronic Medical Record.
- Grebner, Leah A, S.A., 2013. *Medical Coding Understand ICD-10 CM and ICD-10-PCS*, New York: Mc-Graw-Hill.
- Holroyd-leduc, J.M. *et al.*, 2011. The impact of the electronic medical record on structure, process, and outcomes within primary care : a systematic review of the evidence.
- Jahanbakhsh, M., Tavakoli, N. & Mokhtari, H., 2011. Challenges of EHR implementation and related guidelines in Isfahan. *Procedia Computer Science*, 3, pp.1199–1204. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.procs.2010.12.194>.
- John W Creswell, 2015. *Research Design Kualitatif, Kuantitatif and Mixed Methods Approaches. Third Edition* Third., California.
- Jong, B.M. *et al.*, 2001. Towards improvement of the accuracy and completeness of medication registration with the use of an electronic medical record (EMR) A Hiddema-van de Wal, RJA Smith, GTh van der Werf and. , 18(3), pp.288–291.
- Joon, C. *et al.*, 2015. Accuracy and completeness of electronic medical records obtained from

- referring physicians in a Hamilton , Ontario , plastic surgery practice : A prospective feasibility study. , 23(1), pp.48–50.
- Jordan, K., Porcheret, M. & Croft, P., 2004. Quality of morbidity coding in general practice computerized medical records : a systematic review. , 21(4).
- Kaushal, R. et al., 2008. Electronic Health Records in Ambulatory Care — A National Survey of Physicians.
- Lau, H.S. et al., 2000. The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 49(6), pp.597–603.
- Majeed, A., Car, J. & Sheikh, A., 2008. Accuracy and Completeness of Electronic Patient Records in Primary Care. , pp.213–214.
- Rozenblum, Ro. et al, 2011. A qualitative study of Canada's experience with the implementation of electronic health information technology. , 183(5), pp.281–288.
- Shoolin, J.S., 2010. Change management - recommendations for successful electronic medical records implementation. *Applied clinical informatics*, 1(3), pp.286–92. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3631896&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Staff, M., Roberts, C. & March, L., 2016. The completeness of electronic medical record data for patients with Type 2 Diabetes in primary care and its implications for computer modelling of predicted clinical outcomes. *Primary Care Diabetes*, pp.1–8. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1751991816000255>.
- Staroselsky, M. et al., 2006. Improving electronic health record (EHR) accuracy and increasing compliance with health maintenance clinical guidelines through patient access and input. *International Journal of Medical Informatics*, 75(10-11), pp.693–700.
- WHO, 2010. ICD-10.