

Audit Informasi Klinis dengan Aturan Morbiditas di Puskesmas Kota Yogyakarta

Riska Annisa¹, Nuryati²

^{1,2} Universitas Gadjah Mada

E-mail : riskaannisa@mail.ugm.ac.id

Abstract

Background: Has never done an audit clinical information at primary health care regions Yogyakarta and there were inaccurate diagnosis that affect the accuracy of the main main diagnosis code. *Objective:* To conduct an audit of clinical information using morbidity rules to analyze accuracy of the primary diagnosis and the main diagnostic code. Knowing the difference in the level of accuracy of the main diagnosis code of medical record files and medical record electronic applications. *Methods:* Quantitative analytic cross sectional. Population research is the top 10 cases at 18 primary health care. The total sample 30 medical record each primary health care. The sample collection with purposive sampling. Data collection with study documentation. Data analysis by mann withney test. *Results:* Audit of clinical information from the main diagnosis selection resulted in the main diagnosis being correct by 74%, the most widely used morbidity rule was MB2, the highest accuracy was MB5. The audit of clinical information from the main diagnostic code resulted in the correct main diagnosis code in SIMPUS by 52%, the category of accuracy of the main diagnosis code was mostly in Category A. Sig value. < 0.05 on BRM versus SIMPUS, BRM versus P-Care, SIMPUS versus P-Care, and BRM versus ERM application. *Conclusion:* Clinical information audit produce comparison accuracy level BRM < SIMPUS. Accuracy level BRM < P-Care. Accuracy level SIMPUS < P-Care. Accuracy level BRM < electronic medical record (SIMPUS and P-Care).

Keywords: Clinical informations audit, Rule of morbidity, Accuracy of diagnose code.

Abstrak

Latar Belakang: Belum pernah dilakukan audit informasi klinis di puskesmas wilayah Kota Yogyakarta sehingga terdapat ketidaktepatan pemilihan diagnosis utama yang memengaruhi ketepatan kode diagnosis utama. Tujuan: Melakukan audit informasi klinis menggunakan aturan morbiditas untuk menganalisis ketepatan diagnosis utama dan kode diagnosis utama. Mengetahui perbedaan tingkat ketepatan kode diagnosis utama berkas rekam medis dan aplikasi elektronik rekam medis. Metode: Kuantitatif analitik *cross sectional*. Populasi penelitian adalah 10 besar kasus di 18 puskesmas dengan sampel 30 rekam medis setiap puskesmas. Pengambilan sampel dengan *purposive sampling*. Pengumpulan data dengan studi dokumentasi. Analisis data dengan uji *mann withney*. Hasil: Audit informasi klinis dari pemilihan diagnosis utama menghasilkan diagnosis utama tepat sebesar 74%, aturan morbiditas paling banyak digunakan yaitu MB2, ketepatan tertinggi pada MB5. Audit informasi klinis dari kode diagnosis utama menghasilkan kode diagnosis utama tertepat pada SIMPUS sebesar 52%, kategori ketepatan kode diagnosis utama terbanyak pada Kategori A. Nilai sig. < 0,05 pada BRM dibandingkan SIMPUS, BRM dibandingkan P-Care, SIMPUS dibandingkan P-Care, dan BRM dibandingkan aplikasi ERM. Kesimpulan: Audit informasi klinis menghasilkan perbandingan ketepatan kode diagnosis utama BRM < SIMPUS. Ketepatan kode diagnosis utama BRM < P-Care. Ketepatan kode diagnosis utama SIMPUS < P-Care. Ketepatan kode diagnosis utama BRM < aplikasi ERM.

Kata Kunci: Audit informasi klinis, Aturan morbiditas, Ketepatan kode.

PENDAHULUAN

Audit informasi klinis merupakan kegiatan yang seharusnya dilakukan secara regular oleh divisi atau bagian yang melakukan penjaminan mutu dan

performance. Tujuan dilakukannya audit informasi klinis adalah untuk memeriksa data pasien yang bermuara pada akurasi atau ketepatan kode diagnosis dan tindakan medis. Audit informasi klinis

disebut juga audit pengkodean klinis yaitu proses pemeriksaan pendokumentasian rekam medis untuk memastikan bahwa proses dan hasil pengkodean diagnosis dan tindakan yang dihasilkan adalah akurat, presisi dan tepat waktu sesuai dengan aturan ketentuan kebijakan dan perundang-undangan yang berlaku (Nasution and Hosizah, 2020).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan Januari 2022 di sebagian puskesmas wilayah Kota Yogyakarta diketahui bahwa tidak pernah dilakukan audit informasi klinis atau audit koding. Belum pernah diadakannya audit informasi klinis di puskesmas membuat ketepatan pemilihan diagnosis utama dari masing – masing sepuluh sampel pada berkas rekam medis, SIMPUS, dan P-Care 30% diagnosis utama dari berkas rekam medis, 60% diagnosis utama dari SIMPUS, dan 60% diagnosis utama dari P-Care tidak tepat. Ketidaktepatan pemilihan diagnosis utama akan berpengaruh kepada ketepatan kode diagnosis utama. Jika masih terdapat banyak ketidaksesuaian diagnosis nantinya akan berdampak pada pemberian obat pada pasien dan juga data pelaporan yang kurang valid (Sa'adah, 2020).

Oleh karena itu kesesuaian saat pengisian diagnosis pada berkas rekam medis dengan SIMPUS dan P-Care perlu sangat diperhatikan dan berpengaruh pada proses pengodean diagnosis. Dari permasalahan belum pernah dilakukannya audit informasi klinis sehingga mempengaruhi adanya ketidaktepatan pemilihan diagnosis utama dan ketidaktepatan kode diagnosis utama tersebut peneliti tertarik untuk mengambil judul dalam penelitian yaitu “Audit Informasi Klinis Berdasarkan Berkas Rekam Medis, Simpus, dan P-Care Pada Puskesmas di Kota Yogyakarta”.

METODE

Penelitian ini Menggunakan 540 sampel terdiri dari 30 sampel dari 18 puskesmas mewakili 10 diagnosis terbanyak di kota Yogyakarta. Ketepatan pemilihan diagnosis dilakukan menggunakan aturan morbiditas. Ketepatan kode diagnosis utama menggunakan ICD-10 (WHO, 2010) dan dikategorikan menjadi 5 kategori (Sa'adah, 2020). Masing – masing kategori menunjukkan tingkatan ketepatan kode. Tingkat ketepatan kode dalam berkas rekam medis, SIMPUS, dan P-Care dibandingkan menggunakan Uji Mann Whitney.

HASIL

Audit informasi klinis yang dilakukan pada penelitian ini mengambil sumber data dari diagnosis dan diagnosis utama pada berkas rekam medis, simpus, dan pcare. Diagnosis utama tepat sebanyak 398 sampel dengan persentase sebesar 74% dan diagnosis utama tidak tepat sebanyak 142 sampel dengan persentase sebesar 26%. Ketepatan diagnosis utama tertinggi berada di Puskesmas Wirobrajan dengan persentase sebesar 87% dan ketepatan diagnosis utama terendah berada di Puskesmas Kraton dengan persentase sebesar 60% saja. Penggunaan Rule MB 5 paling banyak yang sesuai yaitu 98% dan persentase kriteria tepat terkecil terdapat pada Rule MB 3 yaitu sebesar 17%.

Ketepatan kode diagnosis utama tertinggi pada aplikasi rekam medis elektronik yaitu SIMPUS dengan jumlah kode diagnosis utama yang tepat sebanyak 52%. Ketepatan kode diagnosis utama terendah terdapat pada berkas rekam medis yaitu hanya 28%. Ketepatan kode diagnosis utama pada SIMPUS tertinggi berada di Puskesmas Tegalrejo dengan persentase sebesar 73% dan ketepatan kode diagnosis utama SIMPUS terendah berada di Puskesmas Gedongtengen dengan persentase sebesar 37% saja. Ketepatan kode diagnosis utama pada berkas rekam medis tertinggi berada di Puskesmas Danurejan 2 dan Puskesmas Gondokusuman 1 dengan persentase sebesar 60% dan ketepatan kode diagnosis utama berkas rekam medis terendah berada di Puskesmas Kraton dengan persentase sebesar 0% atau tidak ada kode diagnosis utama yang tepat. Kode diagnosis utama pada P-Care yang tepat tertinggi berada di Puskesmas Tegalrejo dengan persentase sebesar 70% dan ketepatan kode diagnosis utama P-Care terendah berada di Puskesmas Kraton dengan persentase sebesar 23% saja. Kategori ketepatan kode diagnosis utama pada penelitian ini terbanyak pada Kategori A di SIMPUS sebanyak 52% dan terendah ada pada Kategori E di SIMPUS sebanyak 0%.

Nilai sig. < 0,05 pada BRM dibandingkan SIMPUS, BRM dibandingkan P-Care, SIMPUS dibandingkan P-Care, dan BRM dibandingkan aplikasi ERM sehingga ketepatan kode diagnosis utama BRM lebih rendah dari SIMPUS. Ketepatan kode diagnosis utama BRM lebih rendah dari P-Care. Ketepatan kode diagnosis utama SIMPUS

lebih rendah dari P-Care. Ketepatan kode diagnosis utama BRM lebih rendah dari aplikasi ERM.

PEMBAHASAN

Audit informasi klinis yang dilakukan pada penelitian ini di seluruh puskesmas wilayah Kota Yogyakarta menggunakan aturan morbiditas. Aturan morbiditas diterapkan untuk mengetahui ketepatan pada diagnosis utama pasien rawat jalan dengan melihat berkas rekam medis pasien pada bagian diagnosis dokter. Hasil analisis ketepatan reseleksi diagnosis utama pada penelitian ini sesuai dengan penelitian (Palupi, 2020) dan (Utami, 2015) bahwa masih terdapat ketidaktepatan pemilihan diagnosis utama. Pada penelitian ini masih ditemukan ketidaktepatan diagnosis utama. Ketidaktepatan tersebut terjadi karena koder masih menempatkan gejala penyakit yang masuk dalam BAB XVIII ICD-10 sebagai diagnosis utama, sedangkan terdapat diagnosis lain yang memiliki gejala tersebut dan tercatat pada kondisi lain yang dialami oleh pasien. Dokter dalam menentukan urutan diagnosis di berkas rekam medis belum sesuai dengan peralatan yang dikeluarkan oleh puskesmas. Dokter sebagai tenaga kesehatan yang memberikan perawatan bertanggung jawab untuk merawat pasien dan harus menentukan penyakit utama maupun penyakit lainnya tergantung pada lamanya perawatan (Karimah, Setiawan and Nurmalia, 2016). Seharusnya dokter di masing – masing puskesmas Wilayah Kota Yogyakarta harus dapat mengurutkan diagnosis utama pada berkas rekam medis.

Berdasarkan hasil penelitian ketidaktepatan diagnosis utama berdasarkan aturan morbiditas, ketidaktepatan pemilihan diagnosis utama di puskesmas wilayah Kota Yogyakarta disebabkan karena berbagai macam faktor seperti dokter, perawat, maupun perekam medis di puskesmas belum menerapkan aturan morbiditas. Selain itu dokter juga tidak mencantumkan diagnosis utama dan diagnosis sekundernya sehingga perekam medis kesulitan dalam menentukan diagnosis utamanya. Tidak adanya aturan harus diterapkan penggunaan aturan morbiditas dalam pemilihan diagnosis utama di puskesmas juga menjadi salah satu alasan ketidaktepatan pemilihan diagnosis utama.

Penggunaan aturan morbiditas sebagai instrumen dalam melakukan audit informasi klinis menyebabkan adanya perbedaan pada pemberian kode diagnosis utama. Pemberian kode diagnosis utama

pasien rawat jalan dilakukan setelah diagnosis utama ditentukan. Dalam penelitian ini kode diagnosis utama tepat dan akurat jika sama dengan kode yang telah ditentukan dari diagnosis utama sebelumnya (setelah reseleksi). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ditemukan banyak ketidaktepatan pada pemberian kode diagnosis utama. Ketidaktepatan ini disebabkan oleh berbagai faktor seperti belum pernah dilakukan audit informasi klinis sehingga diagnosis utama yang dipilih tidak sesuai dengan diagnosis utama yang sesungguhnya. Kurang mampunya koder dalam menentukan diagnosis utama dan kode diagnosis utama menambah ketidaktepatan diagnosis serta kode diagnosis tersebut.

Hasil analisis kode diagnosis yang dilakukan pada penelitian ini membedakan tingkat ketepatan kode diagnosis utama menjadi 5 kategori yaitu Kategori A, B, C, D, dan E sesuai dengan tingkatan ketepatan kode menurut Nasution and Hosizah, 2020 dan Sa'adah, 2020 yang telah dimodifikasi oleh peneliti. Kategori A pada berkas rekam medis mempunyai angka ketepatan sebesar 28%, SIMPUS 52%, dan P-Care 49%. Dari hasil tersebut pemberian kode diagnosis pada berkas rekam medis dan P-Care masih kurang cukup baik karena ketepatan kode diagnosis berdasarkan ICD-10 menunjukkan masih dibawah angka 50% (Sa'adah, 2020), sedangkan untuk ketepatan kode diagnosis berdasarkan SIMPUS sudah baik karena berada diatas 50%.

Kategori B apabila kode pada SIMPUS, berkas rekam medis, dan P-Care karakter keempat tidak sesuai/kurang/salah dan tidak spesifik atau hanya tepat tiga karakter serta tidak menggunakan kode *dagger asterisk*. Pada berkas rekam medis mempunyai persentase sebesar 14%, untuk SIMPUS sebesar 6%, dan P-Care memiliki angka 11%. Dari ketiga obyek diatas yang memiliki persentase ketepatan terbesar yaitu SIMPUS Kategori C apabila kode pada SIMPUS, berkas rekam medis, dan P-Care karakter keempat atau karakter kelima atau tepat sampai karakter ketiga. Pada berkas rekam medis mempunyai persentase sebesar 3%, untuk SIMPUS sebesar 10%, dan P-Care memiliki angka 8%. Kategori D apabila kode pada SIMPUS, berkas rekam medis, dan P-Care tidak tepat. Berkas rekam medis sebesar 12%, SIMPUS sebesar 24%, dan P-Care 26% Kategori E apabila kode diagnosis pada SIMPUS, berkas rekam medis, dan P-Care kosong tidak terisi. Persentase pada berkas rekam medis sebesar 50%, SIMPUS sebesar 0%, dan P-Care 6%. Angka persentase terbesar pada

kategori ini terletak di berkas rekam medis. Hasil tersebut sesuai dengan studi dokumentasi dimana kode diagnosis utama lebih banyak tidak diisi dalam berkas rekam medis. Hal itu terjadi karena berkas rekam medis diisi oleh dokter dan dokter yang memeriksa pasien tidak mengisi kode dengan alasan sudah mengentry kodenya pada aplikasi SIMPUS. Sesuai dengan pernyataan dokter tersebut diketahui bahwa persentase Kategori E pada SIMPUS sebesar 0% artinya kode diagnosis utama pada SIMPUS selalu terisi.

Ketidaktepatan kode dapat disebabkan karena tidak dikode dan salah dalam pemilihan kode (Rahmawati and Utami, 2020) sesuai dengan hasil penelitian ini yang terdapat banyak diagnosis utama yang tidak diberikan kode diagnosis. Selain itu ketidaktepatan kode juga dikarenakan pemilihan diagnosis utama yang tidak sesuai dengan aturan morbiditas sehingga kode yang dihasilkan tidak sama dengan kode diagnosis utama yang benar. Ketidaktepatan pemberian kode ini tentu akan memengaruhi analisis kuantitatif pada berkas rekam medis sehingga dapat memengaruhi mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh masing – masing puskesmas dan hasil laporan morbiditas yang ada di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta.

Setelah dilakukan uji statistic menggunakan uji mann whitney diketahui bahwa ketepatan kode diagnosis utama BRM lebih rendah dari SIMPUS. Ketepatan kode diagnosis utama BRM lebih rendah dari P-Care. Ketepatan kode diagnosis utama SIMPUS lebih rendah dari P-Care. Ketepatan kode diagnosis utama BRM lebih rendah dari aplikasi rekam medis elektronik (SIMPUS dan P-Care)

SIMPULAN

Terdapat ketidaktepatan diagnosis utama pada seluruh puskesmas di wilayah Kota Yogyakarta. Ketidaktepatan diagnosis utama tersebut berpengaruh terhadap ketepatan kode diagnosis utama sehingga masih banyak ditemukan kode diagnosis yang tidak tepat penggunaannya. Ketidaktepatan ini disebabkan oleh berbagai faktor seperti belum pernah dilakukan audit informasi klinis sehingga diagnosis utama yang dipilih tidak sesuai dengan diagnosis utama yang sesungguhnya. Kurang mampunya koder dalam menentukan diagnosis utama dan kode diagnosis utama menambah ketidaktepatan diagnosis seta kode diagnosis tersebut. Setelah dilakukan uji statistic menggunakan uji mann whitney diketahui bahwa

ketepatan kode diagnosis utama BRM lebih rendah dari SIMPUS. Ketepatan kode diagnosis utama BRM lebih rendah dari P-Care. Ketepatan kode diagnosis utama SIMPUS lebih rendah dari P-Care. Ketepatan kode diagnosis utama BRM lebih rendah dari aplikasi rekam medis elektronik (SIMPUS dan P-Care).

DAFTAR PUSTAKA

- Karimah, R. N., Setiawan, D. and Nurmalia, P. S. (2016) 'Diagnosis Code Accuracy Analysis Of Acute Gastroenteritis Disease Based on Medical Record Document in Balung Hospital Jember', *Journal of Agromedicine and Medical Sciences*, 2(2), p. 12. doi: 10.19184/ams.v2i2.2775.
- Nasution, K. S. and Hosizah, H. (2020) 'Perancangan Instrumen Audit Pengkodean Klinis di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati', *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 8(1), p. 30. doi: 10.33560/jmiki.v8i1.255.
- Palupi, A. H. (2020) *Evaluasi Reseleksi Diagnosis dan Kode Utama serta Perbedaan Pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Rizki Amalia Medika*. Universitas Gadjah Mada.
- Rahmawati, E. N. and Utami, T. D. (2020) 'Hubungan Ketepatan Penulisan Terminologi Medis terhadap Keakuratan Kode pada Sistem Cardiovascular', *Jmiki*, 8(2), pp. 93–101. Available at: <https://jmiki.aptirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/251>.
- Sa'adah, P. E. L. (2020) *Analisis Kesesuaian Pengisian Diagnosis dan Ketepatan Kode Diagnosis antara Berkas Rekam Medis, SIMPUS, dan P-Care di Puskesmas Kalasan*. Universitas Gadjah Mada.
- Utami, D. H. N. (2015) *Evaluasi Ketepatan Reseleksi Diagnosis Utama Sebelum dan Setelah Verifikasi pada Kasus Pasien BPJS di Rumah Sakit Hidayah Boyolali*. Universitas Gadjah Mada.
- WHO (2010) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems of Tenth Revision*. Geneva.