

PENINGKATKAN KUALITAS PENGKODEAN PADA KETEPATAN DAN KECEPATAN PENGKODEAN PENYAKIT UNTUK PENAGIHAN KLAIM BPJS DI RSUD PETALA BUMI PEKANBARU

Haryani Octaria

Prodi Rekam Medik dan Informasi Kesehatan STIKes Hang Tuah Pekanbaru
Haryani.octaria@gmail.com

Abstract

RSUD Petala Bumi Pekanbaru in encoding the disease is still found inaccuracies coding thus slowing the process of claim BPJS. The aim of research to know the difference before and after the officer received training pengkodean as enhancing the quality of the encoding on accuracy and speed of disease coding for billing claims BPJS in RSUD Petala Bumi Pekanbaru Year 2015 Type of research using quantitative analytical method with pre post test with control and intervention of each variable by coding training. The data were analyzed using univariate and bivariate with marginal homogeneity test. Results of the study there are differences in reliability ($P = 0.000$), validity code ($P = 0.002$), completeness diagnosis ($P = 0.000$), accuracy and speed of encoding disease ($P = 0.000$) before and after training in RSUD Petala Bumi Pekanbaru. RSUD Bangkinang (controls) there was no difference in reliability ($P = 0.083$), validity ($P = 0.180$), completeness ($P = 0.083$), accuracy and speed ($P = 0.083$) in assessment I and II without training. In this study, researchers concluded there is a difference in the disease coding quality reliability, validity, completeness and accuracy of the speed of coding after coding training is suggested the need for technical development and training material coding diseases, and monitoring and evaluation of the quality of coding diseases.

Keywords: Coding Quality, Accuracy and speed

Abstrak

RSUD Petala Bumi Pekanbaru dalam pengkodean penyakit masih ditemukan ketidaktepatan pengkodean sehingga memperlambat proses klaim BPJS. Tujuan penelitian mengetahui perbedaan ketepatan dan kecepatan pengkodean sebelum dan sesudah petugas mendapatkan pelatihan pengkodean untuk penagihan klaim BPJS di RSUD Petala Bumi Pekanbaru Tahun 2015. Jenis penelitian adalah kuantitatif analitik dengan *pre post test*. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat dengan uji marginal homogeneity. Hasil penelitian ada perbedaan *reliability* (kehandalan) ($P=0.000$), *validity* (keakuratan) kode ($P=0.002$), *completeness* (kelengkapan) diagnosa ($P= 0.000$), ketepatan dan kecepatan pengkodean penyakit ($P=0.000$) sebelum dan setelah pelatihan di RSUD Petala Bumi Pekanbaru. Sedangkan RSUD Bangkinang (Kontrol) tidak ada perbedaan pada *reliability* (kehandalan) ($P=0.083$), *validity* (keakuratan) ($P=0,180$), *completeness* (kelengkapan) ($P=0,083$), ketepatan dan kecepatan ($P=0,083$) pada penilaian I dan II tanpa pelatihan. Simpulan penelitian ini adalah ada perbedaan kualitas pengkodean penyakit pada reliability, validity, completeness dan kecepatan ketepatan pengkodean setelah dilakukan pelatihan pengkodean Disarankan perlunya pengembangan materi dan teknis pelatihan pengkodean penyakit, dan monitoring dan evaluasi kualitas pengkodean penyakit.

Kata Kunci: Kualitas Pengkodean, Ketepatan dan kecepatan

PENDAHULUAN

RSUD Petala Bumi Pekanbaru Berada di bawah naungan Dinas Kesehatan dimana masih ada yang harus dilakukan pembenahan, terutama bagian rekam medis yang bertanggung jawab dalam pengkodean penyakit yang ditulis oleh dokter dengan menggunakan ICD 10. Menurut Kepmenkes RI Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, seorang perkam medis harus mampu menetapkan

kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia yaitu menggunakan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revisions*). Menurut Depkes RI, 2008 sekitar 65% rumah sakit di Indonesia yang ikut berpartisipasi dalam sistem case mix/ INA CBG's (*Indonesian Case Base Groups*) belum membuat diagnosis yang lengkap dan jelas berdasarkan ICD-10 serta belum tepat pengkodeannya

Berdasarkan penelusuran dokumen rekam medis dan laporan 3 bulan terakhir dimana pada bulan Januari sampai Maret 2015 pasien rawat jalan BPJS berjumlah 2314 orang, dimana pengkodean diagnosa penyakit yang dikembalikan dari verivikator BPJS ke petugas rekam medis berjumlah rata-rata 60 kode diagnosa penyakit tiap bulannya, sedangkan untuk jumlah pasien rawat inap BPJS berjumlah 333 orang, dimana pengkodean diagnosa penyakit yang dikembalikan dari verivikator BPJS ke petugas rekam medis berjumlah rata-rata 20 kode diagnose penyakit tiap bulannya. Hal ini disebabkan petugas rekam medis salah dalam membaca diagnosa akhir dokter dan tidak lengkapnya penulisan diagnosa penyakit sehingga tidak dapat memberi kode diagnosis yang sesuai dengan tindakan. Kode diagnosa yang tidak tepat tersebut tidak dapat diklaim sebelum diperbaiki terlebih dahulu oleh karena itu dapat mempengaruhi dalam proses klaim BPJS. Untuk ketepatan pengkodean diagnosa penyakit pasien masih ditemukan kode diagnosa yang tidak tepat seperti halnya penyakit diabetes melitus dengan koma dikode E10 seharusnya berdasarkan ICD 10 E14.0, kode diagnosa penyakit arthritis dikode M19 seharusnya M19.9.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian kuantitatif analitik dengan *pre post test* dengan kontrol yang bertujuan untuk mengetahui peningkatan kualitas pengkodean pada ketepatan dan kecepatan pengkodean untuk penagihan klaim BPJS antara sebelum dan sesudah petugas mendapatkan pelatihan pengkodean penyakit di RSUD Petala Bumi Pekanbaru Tahun 2015. Penelitian dilakukan untuk mengidentifikasi kualitas pengkodean yang meliputi *reliability* (kehandalan), *validity* (keakuratan), *completeness* (kelengkapan) serta ketepatan dan kecepatan mengkode penyakit. *Pre-test* dilakukan untuk mengetahui data dasar yang digunakan untuk mengetahui efek dari setiap variabel dan setelah itu dilakukan *post-test*.

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan secara *total sampling* yaitu dengan mengambil jumlah semua populasi petugas rekam medis dan dokter yang bekerja di RSUD Petala Bumi Pekanbaru sebagai sampel. Adapun jumlah semua petugas rekam medis dan dokter yang ada di RSUD Petala Bumi Pekanbaru tahun 2015 adalah sebanyak 36 orang yang terdiri dari 15 petugas rekam medis dan 21 dokter, sedangkan untuk RSUD Bangkinang berjumlah 36 orang yang terdiri dari 14 petugas rekam medis dan 22 dokter.

HASIL

Analisis Univariat Ketepatan dan Kecepatan Pengkodean

Tabel 1 Distribusi Ketepatan dan Kecepatan Pengkodean Diagnosa Menurut Pengukuran I (Sebelum) dan pengukuran II (setelah) di RSUD Petala Bumi Pekanbaru (Intervensi) dan RSUD Bangkinang (Kontrol)

Variabel	RSUD Petala Bumi (Intervensi)				RSUD Bangkinang (Kontrol)			
	Pengukuran I (Sebelum)		Pengukuran II (Setelah)		Pengukuran I		Pengukuran II	
	N	%	N	%	n	%	N	%
1 Tidak tepat dan cepat	21	58,3	3	8,3	12	33,3	9	25,0
2 Tepat dan Cepat Sangat	12	33,3	14	38,9	21	58,3	24	66,7
3 Tepat dan Cepat	3	8,3	19	52,8	3	8,3	3	8,3
Jumlah	36	100	36	100	36	100	36	100

Pada Tabel 1 di RSUD Petala Bumi Pekanbaru (Intervensi) untuk kategori kecepatan dan ketepatan pengkodean terjadi peningkatan kecepatan dan ketepatan pengkodean petugas dalam mengkode diagnose penyakit setelah petugas diberi pelatihan sebesar 40,0%, sedangkan di RSUD Bangkinang (Kontrol) tidak mengalami peningkatan.

Analisis Univariat

Tabel 2 Distribusi Variabel Independen Pada Kualitas Pengkodean Pada Ketepatan dan Kecepatan di RSUD Petala Bumi Pekanbaru

Variabel	RSUD Petala Bumi (Intervensi)				RSUD Bangkinang (Kontrol)			
	Pengukuran I (Sebelum)		Pengukuran II (Setelah)		Pengukuran I		Pengukuran II	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Reliability (kehandalan) petugas								
1 Tidak handal	4	11,1	1	2,8	10	27,8	7	19,4
2 Handal	24	66,7	11	30,6	23	63,9	26	63,9
3 Sangat handal	8	22,2	24	66,7	3	8,3	3	8,3
Jumlah	36	100	36	100	36	100	36	100
Validity (Keakuratan)								
1 Tidak akurat	7	9,4	3	8,3	6	16,7	2	5,6
2 Akurat	27	5,0	24	66,7	28	77,8	33	91,7
3 Sangat akurat	2	5,6	9	25,0	2	5,6	1	2,8
Jumlah	36	100	36	100	36	100	36	100
Completeness (Kelengkapan)								
1 Tidak lengkap	8	22,2	2	5,6	11	30,6	8	22,2
2 Lengkap	28	77,8	26	72,2	21	58,3	24	66,7
3 Sangat lengkap	0	0	8	2,2	4	11,1	4	11,1
Jumlah	36	100	36	100	36	100	36	100

Hasil analisis univariat pada tabel 2 tersebut adalah sebagai berikut:

1. RSUD Petala Bumi Pekanbaru (Intervensi) untuk kategori *reliability* (kehandalan) terjadi peningkatan *reliability* (kehandalan) petugas dalam mengkode diagnose penyakit setelah petugas diberi pelatihan sebesar 44,5%, sedangkan di RSUD Bangkinang (Kontrol) tidak mengalami peningkatan

2. RSUD Petala Bumi Pekanbaru (Intervensi) untuk kategori Validity (Keakuratan) terjadi peningkatan Validity (Keakuratan) pengkodean diagnose penyakit setelah petugas diberi pelatihan sebesar 19,4%, sedangkan di RSUD Bangkinang (Kontrol) mengalami penurunan sebesar 2,8%.
3. RSUD Petala Bumi Pekanbaru (Intervensi) untuk kategori *Completeness* (Kelengkapan) terjadi peningkatan *Completeness* (Kelengkapan) dalam diagnose penyakit setelah petugas diberi pelatihan sebesar 22,2 %, sedangkan di RSUD Bangkinang (Kontrol) tidak mengalami peningkatan.

Analisis Bivariat

Perbedaan *reliability* (kehandalan) sebelum dan setelah pelatihan di RSUD Petala Bumi Pekanbaru

Tabel 3 Perbedaan *Reability* (Kehandalan) Sebelum dan Setelah Pelatihan di RSUD Petala Bumi Pekanbaru Tahun 2015

Variabel	<i>Reability</i> II (Setelah)								P value
	Tidak Handal		Handal		Sangat Handal		Jumlah		
	N	%	n	%	n	%	n	%	
<i>Reability</i> I (Sebelum)									0,0
Tidak Handal	1	2,05	3	75,0	0	0	4	100	
Handal	0	0	8	33,3	16	66,7	24	100	
Sangat Handal	0	0	0	0	8	100	8	100	
Jumlah	1	2,8	11	30,6	24	66,7	36	100	

Dari tabel 3 terlihat bahwa sebelum dan sesudah pelatihan ada 1 responden (25,0%) memberi nilai tidak handal, 8 responden (33,3%) member nilai handal dan 8 responden (100%) memberi nilai sangat handal. Terlihat ada perubahan sebanyak 3 responden (75,0%) dari tidak handal menjadi handal dan 16 responden (66,7%) dari handal menjadi sangat handal. Dari hasil uji *marginal homogeneity* didapat *Pvalue* 0,000 (*Pvalue* < 0,05), artinya ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel *Reliability* (Kehandalan) sebelum dengan sesudah pelatihan di RSUD Petala Bumi Pekanbaru.

Perbedaan *validity* (keakuratan) sebelum dan setelah pelatihan di RSUD Petala Bumi Pekanbaru

Tabel 4 Perbedaan *Validity* (Keakuratan) Sebelum dan Setelah Pelatihan di RSUD Petala Bumi Pekanbaru Tahun 2015

Variabel	Validity II (Setelah)								P value	
	Tidak Akurat		Akurat		Sangat Akurat		Jumlah			
	N	%	n	%	n	%	n	%		
Validity I (Sebelum)	Tidak Akurat	3	42,9	3	42,9	1	14,3	7	100	0,002
	Akurat	0	0	21	77,8	6	22,2	27	100	
	Sangat Akurat	0	0	0	0	2	100	2	100	
Jumlah	3	8,3	24	66,7	9	25	36	100		

Dari tabel 4 terlihat bahwa sebelum dan sesudah pelatihan ada 3 responden (42,9%) memberi nilai tidak akurat, 21 responden (77,8%) memberi nilai akurat dan 2 responden (100%) memberi nilai sangat akurat. Terlihat ada perubahan sebanyak 3 responden (42,9%) dari tidak akurat menjadi akurat, dan 6 responden (22,2%) dari akurat menjadi sangat akurat. Dari hasil uji *marginal homogeneity* didapat *Pvalue* 0,002 (*Pvalue* < 0,05), artinya ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel *validity* (keakuratan) sebelum dengan sesudah pelatihan di RSUD Petala Bumi Pekanbaru.

Perbedaan *Completeness* (kelengkapan) sebelum dan setelah pelatihan di RSUD Petala Bumi Pekanbaru

Tabel 5 Perbedaan *Completeness* (Kelengkapan) Sebelum dan Setelah Pelatihan di RSUD Petala Bumi Pekanbaru

Variabel	Completeness II (Setelah)								P value	
	Tidak Lengkap		Lengkap		Sangat Lengkap		Jumlah			
	N	%	n	%	n	%	n	%		
Completeness I (Sebelum)	Tidak Lengkap	2	5,0	6	75,0	0	0	8	00	0,00
	Lengkap	0	0	20	71,4	8	8,6	28	100	
	Jumlah	2	5,6	26	72,2	8	22,2	6	100	

Dari tabel 5. terlihat bahwa sebelum dan sesudah pelatihan ada 2 responden (25,0%) memberi nilai tidak lengkap, dan 20 responden (71,4%) memberi nilai lengkap. Terlihat ada perubahan sebanyak 6 responden (75,0%) dari tidak lengkap menjadi lengkap, dan 8 responden (28,6%) dari lengkap menjadi sangat lengkap. Dari hasil uji *marginal homogeneity* didapat *Pvalue* 0,000 (*Pvalue* < 0,05), artinya ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel *completeness* (Kelengkapan) sebelum dengan sesudah pelatihan di RSUD Petala Bumi Pekanbaru.

Perbedaan ketepatan dan kecepatan pengkodean diagnose penyakit sebelum dan setelah pelatihan di RSUD Petala Bumi Pekanbaru

Tabel 6 Perbedaan Ketepatan dan Kecepatan Sebelum dan Setelah Pelatihan di RSUD Petala Bumi Pekanbaru

Variabel	Ketepatan dan Kecepatan II (Setelah)								P value	
	Tidak tepat dan cepat		L Tepat dan cepat		Sangat tepat dan cepat		Jumlah			
	N	%	n	%	n	%	n	%		
Ketepatan dan Kecepatan I (Sebelum)	Tidak tepat dan cepat	3	4,3	7	33,3	11	52,4	21	100	0,000
	Tepat dan cepat	0	0	7	58,3	5	41,7	2	00	
	Sangat tepat dan cepat	0	0	0	0	3	100	3	00	
Jumlah	3	8,3	14	38,9	9	52,8	6	100		

Dari tabel 6 terlihat bahwa sebelum dan sesudah pelatihan ada 3 berkas rekam medis (14,3%) dikode sangat tidak tepat dan cepat, 7 berkas rekam medis (33,3%) dikode tepat dan cepat dan 3 berkas rekam medis (100%) dikode sangat tepat dan cepat. Dari hasil uji *marginal homogeneity* didapat *Pvalue* 0,000 (*p value* < 0,05), artinya ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel ketepatan dan kecepatan pengkodean penyakit sebelum dengan sesudah pelatihan di RSUD Petala Bumi Pekanbaru.

Perbedaan *reliability* (kehandalan) Penilaian I dan Penilaian II Tanpa Pelatihan di RSUD Bangkinang

Tabel 7 Perbedaan *Reliability* (Kehandalan) Penilaian I dan Penilaian II Tanpa Pelatihan di RSUD Bangkinang Tahun 2015

Variabel	<i>Reliability</i> II						P value		
	Tidak Handal		Handal		Sangat Handal				
	N	%	n	%	n	%			
Tidak Handal	7	70,0	3	30,0	0	0,0	10	100	0,083
<i>Reliability</i> I Handal	0	0,0	23	100	0	0,0	23	100	
Sangat Handal	0	0,0	0	0,0	3	100	3	100	
Jumlah	7	19,4	26	2,2	3	8,3	36	100	

Dari tabel 7 terlihat bahwa penilaian I dan penilaian II tanpa pelatihan ada 7 responden (70,0%) memberi nilai tidak handal, 23 responden (100%) memberi nilai handal dan 3 responden (100%) memberi nilai sangat handal. Terlihat ada perubahan sebanyak 3 responden (30,0%) dari tidak handal menjadi handal. Dari hasil uji *marginal homogeneity* didapat *Pvalue* 0,0083 (*Pvalue* < 0,05), artinya tidak ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel *Reliability* (Kehandalan) penilaian I dengan penilaian II tanpa pelatihan di RSUD Bangkinang.

Perbedaan *validity* (keakuratan) Penilaian I dan Penilaian II Tanpa Pelatihan di RSUD Bangkinang

Tabel 8 Perbedaan *Validity* (Keakuratan) Penilaian I dan Penilaian II Tanpa Pelatihan di RSUD Bangkinang

Variabel	<i>Validity</i> II						P value		
	Tidak Akurat		Akurat		Sangat Akurat				
	N	%	n	%	n	%			
Tidak Akurat	2	33,3	4	66,7	0	0,0	6	100	0,180
<i>Validity</i> I Akurat	0	0,0	28	100	0	0,0	28	100	
Sangat Akurat	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	100	
Jumlah	2	5,6	33	91,7	1	2,8	36	100	

Dari tabel 8 terlihat bahwa penilaian I dan penilaian II tanpa pelatihan ada 2 responden (33,3%) memberi nilai tidak akurat, 28 responden (100%) memberi nilai akurat dan 1 responden (100%) memberi nilai sangat akurat. Terlihat ada perubahan sebanyak 4 responden (66,7%) dari tidak akurat menjadi akurat. Dari hasil uji *marginal homogeneity* didapat *Pvalue* 0,180 (*Pvalue* > 0,05), artinya tidak ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel *validity* (keakuratan) penilaian I dengan penilaian II tanpa pelatihan di RSUD Bangkinang.

Perbedaan *Completeness* (kelengkapan) Penilaian I dan Penilaian II Tanpa Pelatihan di RSUD Bangkinang

Tabel 9 Perbedaan *Completeness* (Kelengkapan) Penilaian I dan Penilaian II Tanpa Pelatihan di RSUD Bangkinang Tahun 2015

Variabel	<i>Completeness</i> II						P value		
	Tidak Lengkap		Lengkap		Sangat Lengkap				
	N	%	n	%	n	%			
Tidak Lengkap	8	25,0	3	27,3	0	0,0	11	100	0,083
<i>Completeness</i> I Lengkap	0	0,0	21	100	0	0,0	21	100	
Sangat Lengkap	0	0,0	0	0,0	4	100	4	100	
Jumlah	8	22,2	26	66,7	4	11,1	36	100	

Dari tabel 9 terlihat bahwa penilaian I dan penilaian II tanpa pelatihan ada 8 responden (25,0%) memberi nilai tidak lengkap, 21 responden (100%) memberi nilai lengkap dan 4 responden (100%) member nilai sangat lengkap. Terlihat ada perubahan sebanyak 3 responden (27,3%) dari tidak lengkap menjadi lengkap. Dari hasil uji *marginal homogeneity* didapat *Pvalue* 0,083 (*Pvalue* > 0,05), artinya tidak ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel *completeness* (Kelengkapan) penilaian I dengan penilaian II tanpa pelatihan di RSUD Bangkinang.

Perbedaan ketepatan dan kecepatan pengkodean diagnose penyakit Penilaian I dan Penilaian II Tanpa Pelatihan di RSUD Bangkinang

Tabel 10 Perbedaan Ketepatan dan Kecepatan Penilaian I dan Penilaian II Tanpa Pelatihan di RSUD Bangkinang

Variabel	Ketepatan dan Kecepatan II						P value					
	Tidak tepat dan cepat		L Tepat dan cepat		Sangat tepat dan cepat							
	N	%	n	%	n	%						
Ketepatan dan Kecepatan I	Tidak tepat dan cepat	9	75,0	3	25,0	0	0,0	12	100	0,083		
	Tepat dan cepat	0	0,0	21	100	0	0,0				21	100
	Sangat tepat dan cepat	0	0,0	0	0,0	3	100				3	100
Jumlah	9	25,0	24	66,7	3	8,3	36	100				

Dari tabel 10 terlihat bahwa penilaian I dan penilaian II tanpa pelatihan ada 9 berkas rekam medis (75,0%) dikode sangat tidak tepat dan cepat, 21 berkas rekam medis (100%) dikode tepat dan cepat dan 3 berkas rekam medis (100%) dikode sangat tepat dan cepat. Terlihat ada perubahan sebanyak 3 berkas rekam medis (25,0%) dikode dari tidak tepat dan cepat menjadi tepat dan cepat. Dari hasil uji *marginal homogeneity* didapat *p value* 0,083 (*p value* < 0,05), artinya tidak ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel ketepatan dan kecepatan pengkodean penyakit penilaian I dengan penilaian II tanpa pelatihan di RSUD Bangkinang.

PEMBAHASAN

Reliability (Kehandalan) petugas dalam pengkodean penyakit

Dari hasil analisa data, didapat *Pvalue* 0,000 (*Pvalue* < 0,05), artinya terdapat perbedaan hasil pengukuran antara variabel *Reliability* (Kehandalan) sebelum dengan sesudah pelatihan di RSUD Petala Bumi Pekanbaru (Intervensi), sedangkan di RSUD Bangkinang (Kontrol) didapat *Pvalue* 0,083 (*Pvalue* > 0,05), artinya artinya tidak ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel *Reliability* (Kehandalan) penilaian I dengan penilaian II tanpa pelatihan. Kedua rumah sakit memiliki perbedaan hasil,

dimana RSUD Petala Bumi Pekanbaru (intervensi) mendapatkan pelatihan untuk pengukuran 1 dan pengukuran 2 terhadap variabel *Reliability* (Kehandalan) mengalami perubahan, sedangkan RSUD Bangkinang (kontrol) tanpa mendapatkan pelatihan tidak mengalami perubahan hasil.

Ketidaktepatan pengkodean diakibatkan oleh *coder* yang kurang teliti, kurang pengalaman mengenai pengkodean, kurang mengetahui tentang bahasa terminologi medis maupun salah persepsi. Adanya pelatihan *coder* yang cukup akan memberikan pengaruh terhadap kehandalan untuk mensintesis sejumlah informasi dan menetapkan kode yang tepat. Selain itu, pengalaman, perhatian, dan ketekunan *coder* juga mempengaruhi ketepatan pengkodean sehingga dapat meningkatkan kehandalan petugas (Kimberly *et al*, 2005).

Kehandalan petugas dalam pengkodean penyakit sangat penting dalam menentukan kode diagnose yang tepat. Dengan adanya pelatihan, sehingga terjadi peningkatan *Reliability* (Kehandalan) di RSUD Petala Bumi sebanyak 75,0% dari tidak handal menjadi handal dan 66,7% dari handal menjadi sangat handal. Dalam meningkatkan ketepatan dan kecepatan pengkodean penyakit untuk penagihan klaim BPJS salah satu upaya yang dapat dilakukan dengan cara pelatihan karena dengan pelatihan merupakan kegiatan yang pada umumnya lebih menekankan pada kemampuan psikomotor dengan didasari pengetahuan dan sikap. Dengan adanya BPJS hendaknya pihak yang terkait lebih memperhatikan masalah kehandalan petugas dalam pengkodean penyakit karena ketidakakuratan kode diagnose penyakit yang tidak sesuai dengan diagnosa umum pasien akan mempengaruhi biaya yang akan dibayarkan oleh pihak BPJS.

Validity (Keakuratan) pengkodean penyakit

Dari hasil analisis data, didapat *Pvalue* 0,002 (*Pvalue* < 0,05), artinya terdapat perbedaan hasil pengukuran antara variabel *validity* (keakuratan) sebelum dengan sesudah pelatihan di RSUD Petala Bumi Pekanbaru (Intervensi), sedangkan di RSUD Bangkinang (Kontrol) didapat *Pvalue* 0,180 (*Pvalue* > 0,05), artinya tidak ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel *validity* (keakuratan) penilaian I dengan penilaian II tanpa pelatihan. Kedua rumah sakit memiliki perbedaan hasil, dimana RSUD Petala Bumi Pekanbaru (intervensi) mendapatkan pelatihan untuk pengukuran 1 dan pengukuran 2

terhadap variabel *validity* (keakuratan) mengalami perubahan, sedangkan RSUD Bangkinang (kontrol) tanpa mendapatkan pelatihan tidak mengalami perubahan hasil.

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perakam Medis, salah satu kompetensi perekam medis adalah klasifikasi dan kodifikasi penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis artinya bahwa seorang profesi perekam medis dan informasi kesehatan harus mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia (ICD-10) tentang penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan. Oleh karena itu, perekam medis atau *coder* harus mengkode penyakit atau diagnosis seakurat mungkin agar tidak terjadi kesalahan dalam pengambilan keputusan. Dalam hal ini, apabila *coder* salah mengkode penyakit, maka jumlah pembayaran klaim juga akan berbeda.

Menurut penelitian Ifalahma (2013) menyatakan bahwa dampak dari ketidakakuratan kode diagnose penyakit akan berpengaruh terhadap besarnya klaim yang dibayarkan karena besarnya biaya klaim tergantung dari keakuratan kode diagnosis yang dimasukkan kedalam program INA-CBG's, sehingga ketidakakuratan ini akan berdampak besar terhadap pendapatan rumah sakit. Rumah sakit akan mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian jumlah klaim yang dibayar dengan besaran biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit untuk satu pelayanan.

Besarnya biaya klaim tergantung dari keakuratan kode diagnosis yang dimasukkan kedalam program INA-CBG's, sehingga keakuratan maupun ketidakakuratan kode diagnosis akan berdampak besar terhadap pendapatan rumah sakit. Dengan adanya pelatihan, terjadi peningkatan *validity* (keakuratan) di RSUD Petala Bumi Pekanbaru sebanyak 42,9% dari tidak akurat menjadi akurat, dan 22,2% dari akurat menjadi sangat akurat, dengan meningkatnya keakuratan dalam pengkodean diagnose penyakit dapat mempercepat proses klaim BPJS oleh karena itu seorang dokter harus menuliskan diagnose secara lengkap sehingga *coder* tidak perlu sering-sering bertanya tentang kejelasan diagnosis yang dimaksud kepada dokter yang merawat, sehingga kode yang dihasilkan tersebut dapat akurat.

Completeness (kelengkapan) diagnose penyakit

Dari hasil analisis data, didapat *Pvalue* 0,000 (*Pvalue* < 0,05), artinya terdapat perbedaan hasil pengukuran antara variabel *completeness* (Kelengkapan) sebelum dengan sesudah pelatihan di RSUD Petala Bumi Pekanbaru (Intervensi), sedangkan di RSUD Bangkinang (Kontrol) didapat *Pvalue* 0,083 (*Pvalue* > 0,05), artinya tidak ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel *completeness* (Kelengkapan) penilaian I dengan penilaian II tanpa pelatihan. Kedua rumah sakit memiliki perbedaan hasil, dimana RSUD Petala Bumi Pekanbaru (intervensi) mendapatkan pelatihan untuk pengukuran 1 dan pengukuran 2 terhadap variabel *completeness* (Kelengkapan) mengalami perubahan, sedangkan RSUD Bangkinang (kontrol) tanpa mendapatkan pelatihan tidak mengalami perubahan hasil.

Menurut Depkes RI, 2008 sekitar 65% rumah sakit di Indonesia yang ikut berpartisipasi dalam sistem case mix/ INA CBG's belum membuat diagnosis yang lengkap dan jelas berdasarkan ICD-10 serta belum tepat pengkodeannya. Apabila informasi yang dicantumkan pada dokumen rekam medis penulisannya tidak lengkap, maka kemungkinan kode diagnosis juga tidak akurat dan berdampak pada biaya pelayanan kesehatan. Ketidakakuratan kode diagnosis akan mempengaruhi data dan informasi laporan, ketepatan tarif INA CBG's yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan pasien jamkesmas, jamkesda, jampersal, askes PNS yang diselenggarakan oleh BPJS di Indonesia. Apabila petugas kodifikasi salah dalam menetapkan kode diagnosis maka jumlah pembayaran klaim juga akan berbeda (Suyitno, 2007).

Kimberly *et al* (2005) menyebutkan bahwa dalam catatan manual atau elektronik, dokter sering menggunakan sinonim dan singkatan untuk menggambarkan kondisi yang sama. Hal ini bermasalah karena setiap kode diagnostik harus mewakili satu dan hanya satu identitas penyakit. Dari catatan diagnosis yang ditulis oleh dokter, petugas *coder* harus memilih kode ICD yang tepat dan cocok dengan terminologi medis. Penggunaan sinonim dan singkatan menyebabkan ketidaktepatan.

Meningkatnya kelengkapan diagnose penyakit dalam kualitas pengkodean dapat menghasilkan pengkodean penyakit yang tepat yang akan mempercepat dalam proses klaim BPJS. Dengan adanya pelatihan terjadi peningkatan *completeness* (Kelengkapan) di RSUD Petala Bumi Pekanbaru sebesar 75,0% dari tidak lengkap menjadi lengkap, dan 28,6% dari lengkap menjadi sangat lengkap. Dengan demikian, maka sebaiknya ada komunikasi antara *coder* dan dokter agar persepsi antara keduanya sama dan menghasilkan kode yang akurat. Selain dengan adanya komunikasi, untuk lebih memperlancar pengkodean maka perlu juga dibuat mengenai aturan tertulis tentang penulisan diagnosis pada rekam medis, khususnya kelengkapan diagnose penyakit tanpa menggunakan singkatan terminology medis yang tidak dimengerti oleh *coder* sehingga akan mempermudah untuk penagihan klaim BPJS.

Ketepatan dan kecepatan pengkodean penyakit

Dari hasil analisis data, didapat *Pvalue* 0,000 (*p value* < 0,05), artinya terdapat perbedaan hasil pengukuran antara variabel ketepatan dan kecepatan pengkodean penyakit sebelum dengan sesudah pelatihan di RSUD Petala Bumi Pekanbaru (Intervensi), sedangkan RSUD Bangkinang (Kontrol) didapat *p value* 0,083 (*p value* < 0,05), artinya tidak ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel ketepatan dan kecepatan pengkodean penyakit penilaian I dengan penilaian II tanpa pelatihan. Kedua rumah sakit memiliki perbedaan hasil, dimana RSUD Petala Bumi Pekanbaru (intervensi) mendapatkan pelatihan untuk pengukuran 1 dan pengukuran 2 terhadap ketepatan dan kecepatan pengkodean penyakit mengalami perubahan, sedangkan RSUD Bangkinang (kontrol) tanpa mendapatkan pelatihan tidak mengalami perubahan hasil.

Menurut Hata (2008) hal-hal yang penting dalam pengkodean untuk dapat menciptakan ketepatan dan kecepatan pengkodean penyakit yaitu kualitas pengkodean, standard dan etika pengkodean, elemen kualitas pengkodean, kebijakan dan prosedur. Proses rumah sakit terhadap pengkodean harus dimonitor untuk beberapa elemen kualitas pengkodean sebagai berikut; Konsisten bila dikode petugas berbeda kode tetap sama (*reliability*), kode tepat sesuai diagnosis dan tindakan (*validity*), mencakup semua diagnosis dan tindakan yang ada di rekam medis (*completeness*).

Ketepatan dan kecepatan terhadap pengkodean penyakit dimonitor oleh *reliability* (kehandalan), *validity* (keakuratan) dan *completeness* (kelengkapan) dengan meningkatnya ketepatan dan kecepatan pengkodean penyakit menghindari terjadinya piutang yang besar bagi rumah sakit. Dengan adanya pelatihan, terjadi peningkatan ketepatan dan kecepatan pengkodean penyakit di RSUD Petala Bumi Pekanbaru sebesar 39,1% dari tidak tepat dan cepat menjadi tepat dan cepat, 38,5% dari tepat dan cepat menjadi sangat tepat dan cepat, meningkatnya ketepatan dan kecepatan pengkodean diagnose penyakit mempercepat proses klaim BPJS yang cepat dan tidak adanya pengklaiman yang tidak dibayar tepat waktu ke rumah sakit.

SIMPULAN

Terdapat perbedaan ketepatan dan kecepatan pengkodean sebelum dan sesudah petugas diberi pelatihan pada nilai $p=0,083$

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T.Y. (2007). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: UI-Press
- Abdelhak M., Grostick S., Hanken M. A., and Jacobs E. B. 2001. *Health Information of A Strategic Resource 2nd Edition*. Philadelphia: Sanders Company.
- Depkes RI. 2006. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.
- Depkes RI, (2004), *Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 81/MENKES/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kabupaten atau Kota serta Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan R.I
- Fathoni, A. (2006). *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Rhineka Cipta, Jakarta
- Fitasari D. N. 2010. *Hubungan Kesesuaian Penulisan Diagnosis dengan Keakuratan kode diagnosis Pasien Jamkesmas Di Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru Yogyakarta*. [Skripsi]. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan UMS.

- Gomes, C.F. (2003). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta, ANDI
- Hariyanto, Maiga dan Ansyori (2014) *Peran Pengetahuan dan Sikap Dokter dalam Ketepatan Koding Diagnosis berdasar ICD 10, Jurnal Kedokteran Brawijaya, Vol. 28, Suplemen No. 1, 2014*
- Hatta, G. 2008. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press
- Hatta, G. 2011. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press
- Huffman E. K. 1994. *Health Information Management*. Illinois: Phsycians' Record Company.
- Ifalhma.D. 2013. *Hubungan Pengetahuan Coder Dengan Keakurtan Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap Jaminan Kesehatan Masyarakat Berdasarkan ICD 10 di RSUD Simo Boyolali*. Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Vol 3 No 2, 2013
- Kimberly J. O., Karon F. C., Matt D. P., Kimberly R. W., John F. H., and Carol M. A. 2005. *Health Research and Education Trust V40 (5 Pt 2), 1620-1639: Measuring Diagnoses; ICD Code Accuracy*. Diakses dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361216/> pada tanggal 27 Mei 2015.
- Keputusan Menteri Kesehatan, Nomor: 1161/Menkes/SK/X/2007 tentang Penetapan Tarif Ruma Sakit Berdasarkan Indonesia Diagnostic Related Group (INA DRG)
- Konsil Kedokteran Indonesia. 2006. *Manual Rekam Medis*. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia
- Lapau,B. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia
- Naga, M.A. 2001. *Pemanfaatan Kodefikasi Diagnosis Sistem ICD-X bagi Kepentingan Informasi Medis*. Jakarta: PORMIKI DKI.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan Republik Indonesia
- Sadiyah, A. 2004. *Evaluasi Ketepatan Kodefikasi Diagnosis Utama Pasien Rawat Inap Berdasarkan ICD-10 di Rumah Sakit Pertamina Cirebon*. Yogyakarta: Program D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan UGM
- Sugiyono. 2008. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. Bandung: CV. Alfabeta
- Suyitno. 2007. *Membangun Sistem Casemix Tingkat Rumah Sakit (Experience Sharing)*. Kumpulan Makalah Seminar dan Pelatihan Sistem Casemix INA-DRG's Yogyakarta
- Notoadmodjo, S. (2009), *Pengembangan Sumber Daya Manusia*, Jakarta: Rhineka Cipta.
- Maimun, Nur (2014), *Peningkatan Manfaat Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Pada Kualitas Pelayanan Bagian Pendaftaran Dan Poliklinik Di Rumah Sakit Ibnu Sina Islam Pekanbaru Tahun 2014*, Tesis, STIKes Hang Tuah Pekanbaru
- Maryun, Yayun. 2007. *Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Program TB PARU Terhadap Cakupan Penemuan Kasus Baru BTA (+) di Kota Tasikmalaya Tahun 2006*. Tesis Universitas Diponegoro. Diakses paa eprints.undip.ac.id/17492 tanggal 27 Mei 2015.
- Tarmizi, (2010), *Analisis Efektifitas Pengelolaan Laporan Di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau*, Skripsi. STIKes Hang Tuah Pekanbaru
- Prabowo S. 2010. *Kelengkapan dan Keakuratan Kodefikasi Diagnosa Penyakit Berdasarkan ICD-10 di Poli Interna Rumah Sakit Bhayangkara H.S. Samsoeri Mertojoso Surabaya Bulan Januari Tahun 2010*. [Karya Tulis Ilmiah]. Kediri: Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri.
- Pramono, Angga Eko. 2012. *Pengaruh Jenis Coder (Dokter Dan Perawat) Terhadap Keakuratan Kode Diagnosis Berdasarkan Icd-10 Di Puskesmas Gondokusuman Ii Kota Yogyakarta Tahun 2012*. Surakarta: Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah
- Pratama.S. 2014. *Tinjauan Hubungan Antara Spesifikasi Diagnosis Utama Dengan Akurasi Kode Kasus Penyakit Bedah Priode Triwulan I Tahun 2014*. Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang