

## **KEAKURATAN KODE TINDAKAN PADA DOKUMEN REKAM MEDIS MENGGUNAKAN ICD-9 CM SEBELUM DAN SESUDAH DILAKUKAN PELATIHAN PENGKODEAN DI RSUD PETALA BUMI PROVINSI RIAU**

Wen Via Trisna  
STIKes Hang Tuah Pekanbaru, Pekanbaru, Indonesia  
STIKes Hang Tuah Pekanbaru Jl. Mustafa Sari No. 5, Tangkerang Selatan, Bukit Raya, Kota Pekanbaru,  
Riau 2800  
wenvia@htp.ac.id

### **Abstract**

*Medical record was necessary for keeping and raising the quality of service at the hospital. The important things that must be considered by the energy of the recorder is the accuracy of medical in the provision of the diagnosis code. Number of Coders at RSUD Petala Bumi of workers is only one person who has a background as a Diploma III medical record, but in coding still not right. The purpose of research was to know accuracy code the act of on a document record medical use ICD- 9 CM before and after done training encoding. The kind of research uses the quantitative analytic with pre post test and control, and was conducted the intervention of each variable with conduct training encoding. Data analysis was done in univariat and bivariat by test marginal homogeneity. The results of the study there is an increase of the ability before with after the training with p value 0,034. There is a difference in the measurement result between variables code in accordance before with after training with p value 0.014 , and there is a difference in the measurement result between variables accurate , complete, consistent before with after training with p value 0,046. Conclusions this research is significant differences on increased capacity, code appropriate, accurate, complete, consistent, and accuracy officers before and after the training at RSUD Petala Bumi.*

**Keyword :** accuracy, training, ICD 9 CM

### **Abstrak**

Rekam medis diperlukan untuk menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit. Hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis adalah keakuratan dalam pemberian kode diagnosis. Jumlah tenaga koder di RSUD Petala Bumi Provinsi Riau hanya berjumlah satu orang yang berlatar belakang Diploma III Rekam Medis, namun dalam pengkodean masih belum tepat. Tujuan penelitian untuk mengetahui keakuratan kode tindakan pada dokumen rekam medis menggunakan ICD-9 CM sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan pengkodean. Jenis penelitian menggunakan metode kuantitatif analitik dengan *pre post test* dengan kontrol, dan dilakukan intervensi dari setiap variabel dengan melakukan pelatihan pengkodean. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat dengan uji *marginal homogeneity*. Hasil penelitian ada peningkatan kemampuan sebelum dengan sesudah diberikan pelatihan dengan *P value* 0,034, ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel Kode sesuai sebelum dengan sesudah pelatihan dengan *P value* 0,014, dan ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel akurat, komplet, konsisten sebelum dengan sesudah pelatihan dengan *P value* 0,046. Kesimpulan penelitian ini ada perbedaan yang signifikan terhadap peningkatan kemampuan, kode sesuai, akurat, komplet, konsisten, serta keakuratan petugas sebelum dan sesudah diberikan pelatihan di RSUD Petala Bumi Provinsi.

**Kata Kunci :** keakuratan, pelatihan, ICD 9 CM

### **Pendahuluan**

Menurut Azwar (2012) rumah sakit merupakan suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanent menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh

pasien (2). Menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit diperlukan suatu bagian yang penting, yaitu rekam medis. Satu diantara kegiatan penyelenggaraan rekam medis adalah kegiatan koding. Hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis adalah keakuratan dalam pemberian kode diagnosis.

Pemberian kode adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka dan kombinasi huruf dalam angka mewakili komponen data. Kegiatan dan tindakan serta diagnosa yang ada didalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya di indeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen dan riset bidang kesehatan. Diagnosa harus mempunyai nilai informatif sesuai dengan kategori ICD. yang spesifik. Apabila kondisi pencatatan diagnosa ini konsisten atau salah dicatat maka harus dilakukan klarifikasi kepada dokter penanggung jawab pelayanan. Kelengkapan resume medis yang ditulis oleh dokter akan sangat membantu koder dalam memberikan kode diagnosa dan tindakan/prosedur yang tepat (17).

Selain ICD 10 digunakan untuk mengkode diagnosa penyakit di perlukan pula ICD-9 CM untuk mengkode tindakan. ICD-9 CM di gunakan juga AS (Amerika Serikat). ICD-9 CM diterbitkan dalam tiga volume. Volume 1, *tabular list*, berisi daftar angka kode-kode penyakit dalam bentuk tabel. *Indeks alphabet* bagi nama-nama penyakit yang ada pada volume 1 di berikan di dalam volume 2, *alphabetic indeks*.

Menurut kasim dan Erkadius faktor-faktor dalam pengkodean untuk dapat menciptakan ketepatan dan kecepatan pengkodean penyakit yaitu (1) kualitas pengkodean; (2) standar dan etika pengkodean; (3) elemen kualitas pengkodean; (4) kebijakan dan prosedur pengkodean (18).

Dalam penelitian "Evaluasi Ketepatan Diagnosis dan Tindakan di RumahSakit Panti Rapih Yogyakarta Pada Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), masih di temukan kode yang tidak tepat dan tidak terisi. Persentase keakuratan kode tindakan terletak pada kriteria A (kode tindakan tepat /spesifik) sebanyak 377 kode tindakan atau sebesar 57.12% dari jumlah keseluruhan. Berdasarkan hasil analisis ketepatan kode tindakan di RS Panti Rapih Yogyakarta masih terdapat tindakan yang tidak tepat untuk kriteria D (kode tidak tepat) Sebanyak 68 atau 10.30% yang tidak tepat. Selain itu juga terdapat kode tindakan yang tidak dikode untuk kriteria E (kode tindakan yang tidak terisi) sebanyak 90 atau 13.64%. Petugas Rekam Medis harus berupaya untuk meminimalisir ketidaktepatan kode tindakan yang merupakan tanggung jawab petugas

Rekam Medis sebagai pemberi kode tindakan (15).

Menurut Rokhana faktor-faktor ketidaklengkapan dalam mengisi kode tindakan di lembar ringkasan masuk dan keluar adalah petugas koding merasa kewalahan dalam mengkode karena petugas tidak hanya mengkode tapi juga menata berkas dan melengkapi berkas rekam medis, faktor yang kedua adalah belum ada kebijakan yang mengatur tentang pemakaian ICD-9 CM dan rumah sakit belum memberlakukannya.

Tenagakoderyang dipekerjakan di rumah sakit umumnya berlatar belakang pendidikan D3 Rekam Medis, yang memiliki kompetensi kritis di bidang koding diagnosis penyakit maupun tindakan. Namun pada praktiknya, masih banyak tenagakoderdi berbagai rumah sakit yang belum memiliki keahlian mengkoding yang memadai, sesuaidengan tuntutan dan kebutuhan dari implementasi Sistem *Case-Mix*. Tenaga koder di RSUD Petala Bumi Provinsi Riau berlatar belakang pendidikan D3 Rekam Medis yang terdiri dari 1 orang tenaga koder, namun dalam pengkodean masih belum tepat. Berdasarkan survei yang dilakukan melalui wawancara dengan kepala rekam medis, dilihat dari jumlah pasien Rawat Inap 3 bulan terakhir berjumlah 823 orang. Dimana pengkodean diagnosa penyakit yang dikembalikan dari verifikator BPJS ke petugas rekam medis dalam tiap bulannya ada tetapi tidak pernah dihitung berapa jumlahnya. Secara langsung tim BPJS juga pernah memperbaiki kode tersebut jika mereka mengetahui kode tindakannya, tanpa harus mengembalikan ke ruang rekam medis. Hal ini disebabkan petugas rekam medis salah dalam membaca diagnosa akhir dokter dan tidak lengkapnya penulisan diagnosa tindakan 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.

### **Metode Penelitian**

Jenis penelitian ini menggunakan kuantitatif analitik dengan *pre post test* komparatif kategorikal dengan kontrol. Penelitian ini dilakukan di RSUD Petala Bumi Provinsi Riau. Penelitian ini dimulai dari tahap penyusunan proposal yang dimulai dari minggu ketigaFebruari 2017. Pengumpulan

data dimulai pada bulan Juli sampai Agustus 2017.

Populasi penelitian ini adalah seluruh petugas rekam medis di RSUD Petala Bumi Provinsi Riau tahun 2017 dengan jumlah 15 orang. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *sampel jenuh* yaitu teknik pengambilan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel.

Jenis analisis data pada penelitian ini adalah studi komparatif berpasangan yang

mana akan meneliti keakuratan kode tindakan menggunakan ICD 9 CM sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan pengkodean

### **Hasil dan Pembahasan Karakteristik Responden**

Karakteristik responden pada kelompok Intervensi dan kelompok kontrol berdasarkan kelompok umur, jenis kelamin, lama bekerja dan pendidikan.

Tabel 1

Karakteristik Responden pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol					
No	Karakteristik	RSUD Petala Bumi(n=10)		RSUD Bangkinang (n=14)	
		n	%	n	%
1	Umur				
	< 25 Tahun	1	10,0	4	28,6
	25 – 30Tahun	6	60,0	5	35,7
	>30 Tahun	3	30,0	5	35,7
2	Jenis				
	Kelamin	4	40,0	6	42,9
	Laki-laki Perempuan	6	60,0	8	57,1
3	Pendidikan				
	SMA/K	2	20,0	9	64,3
	DIPLOMA 3 Sarjana	5 3	50,0 30,0	4 1	28,6 7,1
4	Lama				
	Bekerja	3	30,0	3	21,4
	< 1 Tahun > 1 Tahun	7	70,0	11	78,6

Gambaran karakteristik responden yang paling dominan pada kelompok intervensi berada pada rentang umur 25-30 Tahun yaitu sebanyak 6 orang responden (60,0%) dan di kelompok kontrol berada pada distribusi yang merata. Gambaran karakteristik responden paling dominan pada jenis kelamin perempuan pada kelompok intervensi berjumlah 6 responden (60,0%) dan dikelompok kontrol perempuan berjumlah 8 responden (57,1%). Menurut karakteristik pendidikan pada kelompok intervensi yang paling menonjol tamatan Diploma 3 sebanyak 5 responden (50,0%) sedangkan kelompok kontrol tamatan SMA 9 responden (64,3%). Berdasarkan Lama bekerja di kelompok intervensi responden yang > 1 tahun adalah berjumlah 7 (70,0%) sedangkan kelompok kontrol responden yang > 1 tahun adalah berjumlah 11 (78,6%).

### **Analisi Variabel**

Analisis komparatif pada penelitian ini adalah Peningkatan kemampuan, kode sesuai, akurat lengkap konsisten di RSUD Petala Bumi Provinsi Riau tahun 2017.

Gambaran keakuratan pengkodean di RSUD Petala Bumi Provinsi Riau (Intervensi) untuk kategori peningkatan kemampuan terjadi peningkatan kemampuan petugas dalam mengkode diagnosa tindakan setelah petugas diberi pelatihan sebesar 50%, sedangkan di RSUD Bangkinang (Kontrol) tidak mengalami peningkatan. Kategori kode sesuai terjadi peningkatan pengkodean diagnose tindakan setelah petugas diberi pelatihan sebesar 50%. Kategori akurat, lengkap dan konsistenterjadi peningkatan dalam diagnose tindakan setelah petugas diberi pelatihan sebesar 40%, sedangkan di RSUD Bangkinang (Kontrol) tidak mengalami peningkatan.

Tabel 2  
Distribusi Variabel Komparatif Tentang Keakuratan Pengkodean Tindakan di RSUD Petala Bumi Provinsi Riau Tahun 2017

Variabel	RSUD Petala Bumi (Intervensi)				RSUD Bangkinang (Kontrol)			
	Pengukuran I (Sebelum)		Pengukuran II (Setelah)		Pengukuran I		Pengukuran II	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Peningkatan Kemampuan</b>								
1 Tidak Mampu	2	20,0	1	10,0	5	35,7	1	7,1
2 Mampu	7	70,0	3	30,0	7	50,0	11	78,6
3 Sangat Mampu	1	10,0	6	60,0	2	14,3	2	14,3
Jumlah	10	100,0	10	100,0	14	100,0	14	100,0
<b>Kode Sesuai</b>								
1 Tidak Sesuai	2	20,0	1	10,0	3	21,4	0	0
2 Sesuai	7	70,0	3	30,0	8	57,1	11	78,6
3 Sangat Sesuai	1	10,0	6	60,0	3	21,4	3	21,4
Jumlah	10	100,0	10	100,0	14	100,0	14	100,0
<b>Akurat, lengkap, konsisten</b>								
1 Tidak akurat, lengkap, konsisten	1	10,0	1	10,0	4	28,6	2	14,3
2 Akurat, lengkap, konsisten	8	80,0	4	40,0	9	64,3	11	78,6
3 Sangat akurat, lengkap, konsisten	1	10,0	5	50,0	1	7,1	1	7,1
Jumlah	10	100,0	10	100,0	14	100,0	14	100,0

### Analisis Komparatif Peningkatan Kemampuan

Peningkatan kemampuan sebelum dan sesudah pelatihan ada 1 responden (50,0%) memberi nilai tidak mampu, 1 responden (14,3%) memberi nilai mampu. Terlihat ada perubahan sebanyak 1 responden (50,0%) dari tidak mampu menjadi mampu dan 6 responden (85,7%) dari mampu menjadi sangat mampu. Dari hasil uji *marginal homogeneity* didapat *Pvalue* 0,034 (*Pvalue* < 0,05), artinya ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel peningkatan kemampuan sebelum dengan sesudah pelatihan di RSUD Petala Bumi Provinsi Riau. Di RSUD Bangkinang hasil uji *marginal homogeneity* didapat *Pvalue* 0,096 (*Pvalue* < 0,05), artinya tidak ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel Peningkatan

kemampuan penilaian I dengan penilaian II tanpa pelatihan.

Salah satu hal adalah standar dan etika pengkodean (koding) yang dikembangkan AHIMA menyatakan bahwa pengkode profesional harus secara rutin meningkatkan kemampuannya dibidang pengkodean<sup>8</sup>. Sedangkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 377/MENKES/SK/III/2007 tentang standar profesi perekam medis, bahwa ada dua kategori kompetensi yang harus dimiliki oleh perekam medis dan informasi kesehatan. Kompetensi pokok yang pertama adalah perekam medis 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 (18).

Dalam penelitian Rohman di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta memaparkan faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis dapat dilihat dari sisi eksternal dan internal, faktor eksternalnya adalah diagnosis utama tidak ditulis, tulisan dokter yang sulit dibaca, penggunaan singkatan dan istilah-istilah baru. Faktor internalnya adalah petugas kodingnya belum terlalu memahami cara mengkode, *basic* petugas rekam medis biasanya dari SMA yang tentu saja belum terlalu memahami ilmu penyakit dan istilah-istilah kesehatan, lebih-lebih bila ada istilah baru yang tidak sering ditemui kemudian alat bantu (patologi anatomi atau peta anatomi tubuh) dan kamus-kamus kedokteran. Hasil penelitian Murtisari di Rumah Sakit Umum Jati Husada Karanganyar periode triwulan I diperoleh hasil bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi ketepatan pengkodean klinis adalah tenaga medis, kerja sama antara tenaga medis dan koder dan petugas koding; kemampuan (pengetahuan, latar belakang pendidikan), ketekunan, ketelatenan dan ketelitiannya, alat bantu yaitu daftar ringkasan diagnosis yang sering digunakan di rumah sakit yang kurang spesifik serta suasana kerja yang kurang mendukung (4).

Kemampuan yang dimiliki seorang tenaga koder harus bisa memahami terminology medis, anatomi fisiologi, serta mampu membaca tulisan dokter dan singkatan yang diberikan oleh dokter. Kelengkapan data rekam medik sangat tergantung pada dokter sebagai penentu diagnosis dan petugas rekam medik sebagai pengkaji kelengkapan data.

### **Kode Sesuai**

Kode sesuai sebelum dan sesudah pelatihan ada 1 responden (50,0%) memberi nilai tidak sesuai, 2 responden (28,6%) memberi nilai sesuai dan 1 responden (100%) memberi nilai sangat sesuai. Terlihat ada perubahan sebanyak 1 responden (50,0%) dari tidak sesuai menjadi sesuai, dan 5 responden (71,4%) dari sesuai menjadi sangat sesuai. Dari hasil uji *marginal homogeneity* didapat *Pvalue* 0,014 (*Pvalue* < 0,05), artinya ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel Kode sesuai sebelum dengan sesudah pelatihan di RSUD Petala Bumi Provinsi Riau. Sedangkan di RSUD Bangkinang hasil uji *marginal homogeneity* didapat *Pvalue* 0,166 (*Pvalue* > 0,05), artinya tidak ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel kode sesuai

penilaian I dengan penilaian II tanpa pelatihan.

Hal ini sesuai dengan Konsil Kedokteran Indonesia yang menyebutkan bahwa salah satu manfaat rekam medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan (11). Dalam hal ini, apabila koder tidak teliti dalam mengkode diagnosis, maka jumlah pembayaran klaim juga akan berbeda. Oleh karena itu, kualitas hasil pengkodean bergantung pada kelengkapan diagnosis, kejelasan tulisan dokter, serta profesionalisme dokter dan petugas pengkodean. Kecepatan dan ketepatan koding dari suatu diagnosis dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya tulisan dokter yang sulit dibaca, diagnosa yang tidak spesifik, dan keterampilan petugas koding dalam pemilihan kode. Pada proses koding ada beberapa kemungkinan yang dapat mempengaruhi hasil pengkodean dari petugas koding, yaitu bahwa penetapan diagnosis pasien merupakan hak, kewajiban, dan tanggung jawab tenaga medis yang memberikan perawatan pada pasien, dan tenaga koding dibagian unit rekam medis tidak boleh mengubah (menambah atau mengurangi) diagnosis yang ada<sup>26</sup>.

Hal ini sejalan dengan penelitian Hamid (2013) yang mengatakan bahwa Sebelum pengkodean diagnosis penyakit, petugas rekam medis diharuskan mengkaji data rekam medis pasien untuk menemukan kekurangan, kekeliruan atau terjadinya kesalahan. Oleh karena itu, ketepatan isi rekam medis merupakan persyaratan untuk menentukan diagnosis. Sehingga kerjasama antara dokter dan *koder* sangat berperan dalam ketepatan diagnosis penyakit. Berdasarkan penyimpulan dari beberapa jurnal penelitian rekam medis dan informasi kesehatan mengenai ketepatan pengkodean klinis diperoleh rata-rata proporsi ketepatan pengkodean klinis yaitu berkisar pada angka 53%-88,23%. Penelitian Hendrajat (2013) di Rumah Sakit Santo Yusup diperoleh hasil proporsi ketidaktepatan 47% dan ketepatan 53%. Jurnal Calvin (2013) hasil penelitian di Rumah Sakit Cahya Kawaluyan dengan hasil proporsi ketidaktepatan 11,76% dan ketepatan 88,23%. Penelitian lain oleh Yuliani, dkk (2008) di Rumah Sakit Islam Klaten diperoleh hasil proporsi kode yang tepat adalah 66,52 % dan tidak tepat sebesar 33,48%. Jurnal Astuti (2007) hasil penelitian

di badan RSUD Sukoharjo periode triwulan IV dengan hasil ketepatan sebesar 55 % an yang tidak tepat sebesar 45 %. Dan jurnal penelitian oleh Rohman, dkk (2011) hasil penelitian di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan hasil proporsi ketepatan sebesar 81,01% dan ketidaktepatan 18,99%.

Koder harus mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang baik tentang cara mengkode diagnosis penyakit sesuai dengan aturan yang telah ditentukan. Pengkodean klinis merupakan satu sistem pengelompokan penyakit, cedera dan kondisi kesehatan serta prosedur yang disusun sesuai kriteria yang telah ditentukan dan disepakati bersama yakni ICD-10 dan ICD9 CM. Petugas koder di rumah sakit harus disesuaikan dengan jumlah kunjungan, kunjungan banyak maka tenaga koder tidak cukup satu orang.

### **Akurat, lengkap, konsisten**

Akurat, lengkap, konsisten sebelum dan sesudah pelatihan ada 1 responden (100,0%) memberi nilai tidak akurat, lengkap, konsisten, 4 responden (50,0%) memberi nilai akurat, lengkap, konsisten dan 1 responden (100,0%) memberi nilai sangat akurat, lengkap, konsisten. Terlihat ada perubahan sebanyak 4 responden (50,0%) dari akurat, lengkap, konsisten menjadi sangat akurat, lengkap, konsisten. Dari hasil uji *marginal homogeneity* didapat *Pvalue* 0,046 (*Pvalue* < 0,05), artinya ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel akurat, lengkap, konsisten sebelum dengan sesudah pelatihan. Sedangkan RSUD Bangkinang hasil uji *marginal homogeneity* didapat *Pvalue* 0,083 (*Pvalue* > 0,05), artinya tidak ada perbedaan hasil pengukuran antara variabel akurat, lengkap, konsisten penilaian I dengan penilaian II tanpa pelatihan.

Pengkodean diagnosis yang akurat, *komplet* dan konsisten akan menghasilkan data yang berkualitas. Ketepatan dalam pemberian kode diagnosis merupakan hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis. Kualitas data terkode merupakan hal penting bagi kalangan personel Manajemen Informasi Kesehatan. Ketepatan data diagnosis sangat krusial dibidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan (8).

Kimberly 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 koder harus memilih kode ICD yang tepat dan cocok dengan terminologi medis. Penggunaan sinonim dan singkatan menyebabkan ketidaktepatan. Ketidaktepatan pengkodean di sini diakibatkan oleh koder yang kurang teliti, kurang pengalaman mengenai pengkodean maupun salah persepsi. Adanya pelatihan koder yang cukup akan memberikan pengaruh terhadap kemampuannya untuk mensintesis sejumlah informasi dan menetapkan kode yang tepat. Selain itu, pengalaman, perhatian, dan ketekunan koder juga mempengaruhi akurasi pengkodean (10).

Dengan adanya pelatihan terjadi peningkatan akurat, lengkap konsisten terhadap berkas rekam medis, maka sebaiknya ada komunikasi antara koder dan dokter agar persepsi antara keduanya sama dan menghasilkan kode yang akurat, lengkap dan konsisten. tenaga rekam medis sebagai pemberi kode bertanggungjawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis. Oleh karenanya untuk hal yang kurang jelas atau tidak lengkap sebelum kode ditetapkan, perlu dikomunikasikan terlebih dahulu kepada dokter yang membuat diagnosis tersebut. Selain itu juga perlu diterapkannya SIMRS yang terintegrasi agar pekerjaan bisa lebih efektif, efisien dan mengurangi kesalahan.

### **Kesimpulan**

Dari hasil penelitian dapat diambil kesimpulan bahwa ada perbedaan yang signifikan terhadap peningkatan kemampuan, kode sesuai dan akurat, lengkap, konsisten sebelum dan sesudah diberikan pelatihan pengkodean tindakan di RSUD Petala Bumi terhadap pengkodean. Dan disarankan kepada pihak rumah sakit untuk dapat meningkatkan kualitas SDM melalui pelatihan, pembelajaran secara terus menerus tentang pentingnya pengkodean diagnosis dan tindakan yang akurat, cepat dan tepat bagi rumah sakit minimal 1 tahun sekali. Melaksanakan SIMRS yang terintegrasi khususnya bagian pendaftaran, poliklinik dan kasir. Melaksanakan supervisi secara berkelanjutan agar kegiatan pengkodean

menggunakan ICD 9 CM dapat menghasilkan kode yang cepat, tepat dan akurat

#### **Daftar Pustaka**

1. Abdelhak M., Grostick S., Hanken M. A., and Jacobs E. B. 2001. *Health Information of A Strategic Resource 2<sup>nd</sup> Edition*. Philadelphia: Sanders Company.
2. Azwar, A. (2011). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.
3. Dahlan, S. (2011). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. Jakarta :Salemba Medika.
4. Murtisari, A., Sugiarsi. 2011. "Analisis Akurasi Kode Diagnosis Utama Berdasarkan ICD-10 pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Triwulan I di Rumah Sakit Umum Jati Husada Karanganyar Tahun 2011"[Internet]. *Jurnal Kesehatan* Vol. V, No. 1, Hal 30-36, Maret 2011. Diakses dari [www.scholar.google.com](http://www.scholar.google.com) pada tanggal 14 April 2017
5. Erkadius. 2003. *Klasifikasi Statistik Internasional Mengenai Penyakit dan Masalah Kesehatan Terkait (International Classification of Diseases and Related Health Problems)*. ICD-10 Cara Penggunaan. Padang: Yayasan IRIS.
6. Faciszewski, (2003). *Procedural coding of spinal surgeries (CPT-4 versus ICD-9-CM) and decisions regarding standards: a multicenter study*.
7. Farzandipour, M, Sheikhtaheri, A, & Sadoughi, F. (2010). *International Journal of Information Management Effective factors on accuracy of principal diagnosis coding based on International Classification of Diseases, the 10<sup>th</sup> revision (ICD-10)*, 30, 78-84. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2009.07.002>
8. Hatta, G. (2016). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
9. Keputusan Menteri Kesehatan, Nomor: 1161/Menkes/SK/X/2007 tentang Penetapan Tarif Rumah Sakit Berdasarkan Indonesia Diagnostic Related Group (INA DRG).
10. 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 Februari 2016.
11. Konsil Kedokteran Indonesia. (2006). *Manual Rekam Medis*. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia.
12. Lapau, B. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
13. Lemeshow, S., Hosmer Jr, D.W., Klar, J., Wang, S.K.L. (1990) *Adequacy of sample size in health studies*, Pramono, D. (1997) (alih bahasa) Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 1997.
14. Notoatmodjo, S. (2009). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
15. Nuryati (2014), "Evaluasi Ketepatan Diagnosis dan Tindakan di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta Pada Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)", *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, UGM.
16. Octaria, Haryani (2015), *Peningkatkan Kualitas Pengkodean Pada Ketepatan Dan Kecepatan Pengkodean Penyakit Untuk Penagihan Klaim BPJS Di RSUD Petala Bumi Pekanbaru Tahun 2015*, Tesis, STIKes Hang Tuah Pekanbaru.
17. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 27 tahun 2014 tentang *Petunjuk Teknis sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)*.
18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang *Standar Profesi Perekam Medis*.
19. PORMIKI. (2003). *Kumpulan Makalah Seminar Nasional dalam Kongres & Rakernas I-III PORMIKI*. Yogyakarta: PORMIKI.
20. Pramono, A E. 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.
21. Purwanto. (2010). *Metodologi Penelitian Kuantitatif Untuk Psikologi Dan Pendidikan*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
22. Rustiyanto, E. (2010). *Statistik Rumah Sakit untuk Pengambilan Keputusan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
23. Rustiyanto. (2009). *Etika Profesi Perekam Medis & Informasi Kesehatan*. Yogyakarta.

24. Sabarguna, B, Resna.R (2011). *Biostatistik*, Jakarta : Universitas Indonesia.
25. Sabarguna, B. (2012). *Penyusunan Tesis Bidang Manajemen Rumah Sakit*, Jakarta, Nulisbuku.com.
26. Savitri, Citra budi (2011). *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
27. Sugiyono. (2008). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. Bandung: CV. Alfabeta.
28. Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. Bandung: CV. Alfabeta.
29. Suyitno. (2007). *Membangun Sistem Casemix Tingkat Rumah Sakit (Experience Sharing)*. Kumpulan Makalah Seminar dan Pelatihan Sistem Casemix INA-DRG's Yogyakarta.
30. Undang-undang NO. 44 Tahun (2009) Tentang *Rumah Sakit*. Jakarta, Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia dan Presiden Republik Indonesia.
31. Utami, Tri. 2015. *Hubungan pengetahuan koder dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap jaminan kesehatan masyarakat berdasarkan ICD 10 di RSUD Simo*, Boyolali.