

## ANALISIS KETIDAKSESUAIAN KODE DIAGNOSIS PADA SIMRS DENGAN BERKAS KLAIM BPJS KLINIK OBGYN

Ika Rahmadhani<sup>1</sup>, Rossalina Adi Wijayanti<sup>2</sup>, Novita Nuraini<sup>3</sup>

Jurusan Kesehatan, Politeknik Negeri Jember, Indonesia<sup>1,2,3</sup>

\*e-mail: ikarahmadhani3@gmail.com

### Abstrak

Ketidaksesuaian kode Diagnosis utama pada SIMRS dan pada berkas Klaim BPJS sangat penting karena jika tingkat ketidakakuratan tinggi maka berdampak pada ketidakakuratan data morbiditas penyakit yang akan mempengaruhi data pelaporan 10 besar penyakit. Berdasarkan data hasil observasi di RSUD DR Saiful Anwar Malang terhadap ketidaksesuaian kode diagnosis utama pada SIMRS dengan kode berkas Klaim BPJS menunjukkan bahwa sebesar 25.8% kode diagnosis utama pada SIMRS tidak diisi atau tidak lengkap, dan sebesar 48.3% kode diagnosis utama yang tertera pada SIMRS tidak sesuai atau tidak sama dengan kode yang tertera pada berkas klaim (casemix), serta sebesar 25.8% kode yang tertera pada SIMRS sesuai dengan kode yang tertera pada berkas klaim (casemix). Tujuan Penelitian ini yaitu Menganalisis Ketidaksesuaian Kode Diagnosis Utama Pada SIMRS Dengan Berkas Klaim BPJS Klinik Obgyn Di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang berdasarkan metode Motivation, Opportunity dan Ability. Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian kualitatif dengan metode pengumpulan data wawancara dan observasi. Hasil yang didapatkan pada saat observasi sebanyak 146 berkas klaim BPJS klinik Obgyn pada tanggal 26-28 Februari dan 3 Maret 2020 angka ketidaksesuaian kode diagnosis sebesar 72.6%. Dari hasil analisis didapatkan bahwa ketidaksesuaian tersebut terjadi karena kurangnya kedisiplinan petugas Koding di poliklinik dalam menginputkan kode di SIMRS, tidak adanya pelatihan terkait tata cara kodefikasi diagnosis yang benar, petugas entri data di poliklinik bukan lulusan rekam medik serta tidak adanya job description spesifik yang mengatur tentang pelaksanaan kodefikasi diagnosis untuk kasus rawat jalan.

**Kata kunci:** Ketidaksesuaian kode, Diagnosis, Obgyn

### Abstract

Incompatibility code for the main diagnosis in the SIMRS and in the BPJS Claim file is very important because if the level of inaccuracy is high, it has an impact on the inaccuracy of disease morbidity data that will affect the reporting of the top 10 diseases. Based on observational data at RS Saiful Anwar Malang Hospital against the incompatibility of the main diagnosis code on SIMRS with the BPJS Claim file code shows 25.8% of the main diagnosis codes on SIMRS are incompatible or incomplete, and 48.3% of the main diagnosis codes listed the SIMRS does not match or is not the same as the code stated in the claim file (casemix), and also amounts to 25.8% of the code listed on SIMRS according to the code stated on the claim file (casemix). The purpose of this study is to Analyze the Incompatibility of the Main Diagnosis Code on SIMRS with BPJS Claim File Obgyn Clinic in Dr. Saiful Anwar Malang based on Motivation, Opportunity and Ability methods. The type of research used was qualitative research with interview and observation data collection methods. The results obtained at the time of observation were 146 BPJS Obgyn clinic claim files on February 26 until 28 and March 3, 2020 the diagnosis code mismatch rate was 72.6%. From the analysis it was found that the discrepancy occurred due to lack of disciplinary staff Coding in polyclinic in inputting code at SIMRS, the absence of training related to the correct diagnosis codefication procedures, data entry officers in non-medical record polyclinics and the absence of specific job descriptions that govern the implementation of diagnostic codefication for outpatient cases.

**Keywords:** Code incompatibility, Diagnosis, Obgyn

### 1. Pendahuluan

Permenkes No 55 tahun 2013 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, salah satu kompetensi seorang perekam medis adalah klasifikasi dan kodifikasi penyakit, serta masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai dengan standar ICD yang diterbitkan WHO. Proses kodefikasi diganosa di RSUD Dr. Saiful Anwar dilaksanakan oleh dokter sesuai dengan SOP yang berlaku, yang kemudian diverifikasi oleh petugas Rekam Medis. Kodefikasi diagnose untuk pasien rawat jalan dibagi menjadi dua bagian yaitu koding berkas rekam medis rawat jalan seluruh pasien rawat jalan yang dilaksanakan di poliklinik setelah proses pemeriksaan selesai dan koding berkas klaim (casemix) rawat jalan yang dilaksanakan khusus untuk pasien dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Proses koding pasien rawat jalan di poliklinik khususnya poliklinik Obstetri Gynecology (Obgyn) dilaksanakan bukan petugas rekam medis melainkan perawat atauun petugas pendaftaran poliklinik rawat jalan yang kemudian diinputkan kedalam SIMRS RSUD Saiful Anwar. Selanjutnya untuk pasien dengan jaminan asuransi BPJS atau JKN dilaksanakan kodefikasi kembali dilembar casemix sesuai dengan diagnose dokter beserta tindakannya sebagai persyaratan klaim BPJS oleh petugas koding di dalam ruang rekam medis. Berdasarkan hasil observasi didapatkan bahwa proses kodefikasi yang dilaksanakan di klinik Obgyn tidak dilaksanakan sesuai dengan prosedur dan peraturan yang tercantum dalam ICD-10 melainkan menggunakan buku pintar yang ditulis sendiri oleh petugas atau perawat yang bertugas dalam menginputkan kode diagnosis utama kedalam SIMRS . Proses tersebut seringkali menyebabkan terjadinya ketidaksesuaian kode diagnosis yang tertera pada pada SIMRS dengan kode yang dalam berkas Rekam Medis, terutama untuk pasien Jaminan Kesehatan Nasional dengan kode diagnosis yang tercatat pada lembar Casemix yang sangat penting untuk proses Klaim BPJS.

Berdasarkan data hasil observasi pada berkas rekam medis yang dilaksanakan peneliti dapat disimpulkan bahwa sebesar 25.8% kode diagnosis utama pada SIMRS tidak diisi atau tidak lengkap, dan sebesar 48.3% kode diagnosis utama yang tertera pada SIMRS tidak sesuai atau tidak sama dengan kode yang tertera pada berkas klaim (casemix), serta sebesar 25.8% kode yang tertera pada SIMRS sesuai dengan kode yang tertera pada berkas klaim (casemix). Sehingga dapat disimpulkan bahwa hampir 50% data kode diagnosis yang tertera pada SIMRS tidak sesuai dengan kode yang tertera pada berkas klaim (Casemix). Dampak dari ketidaksesuaian kode tersebut adalah ketidakakuratan data morbiditas penyakit yang akan mempengaruhi data pelaporan 10 besar penyakit. Ketidakakuratan data morbiditas serta data pelaporan tersebut yang kemudian akan mempengaruhi mutu dan pelayanan rumah sakit terutama pada saat proses perencanaan manajemen rumah sakit pada periode berikutnya, menyebabkan rumah sakit tidak dapat membaca *trend* penyakit yang sedang terjadi saat ini, dan Rumah Sakit tidak memiliki rekam data rekam medis dalam *database* yang valid. Hal ini kemudian sejalan dengan penelitian Disriani (2014) yang menyatakan bahwa Pelaksanaan pengkodean pasien rawat inap di RS.Pertamnia Cirebon dilakukan oleh perawat, tidak adanya petugas khusus atau coder yang melakukan coding penyakit pasien. Kode diagnosis pasien rawat inap yang tepat sebesar 35% atau sebanyak 70 berkas rekam medis, kode diagnosis pasien rawat inap yang tidak tepat sebesar 64% atau sebanyak 129 berkas rekam medis dan kode diagnosis pasien rawat inap yang tidak terisi sebesar 1% atau sebanyak 3 berkas rekam medis. Diagnosis pasien rawat inap yang sesuai sebesar 43% atau sebanyak 138 diagnosis yang sesuai dan sebesar 57% atau sebanyak 182 diagnosis yang tidak sesuai. Tingginya angka ketidaktepatan kode diagnosis dan ketidaksesuaian diagnosis pasien rawat inap disebabkan karena faktor man atau sumber daya manusianya. Tulisan dokter yang sulit dibaca, kurangnya pengetahuan perawat tentang ICD-10, dan tidak adanya petugas khusus untuk melakukan coding menjadi penyebab tingginya angka ketidaktepatan kode diagnosis pasien rawat inap. Hal ini juga didukung dengan penelitian Kurwanzari (2013) yang menyatakan bahwa Pelaksanaan pengodean dilakukan oleh dua orang petugas pengodean lulusan D3 Rekam Medis. Petugas pengodean melaksanakan pengodean pada lembar verifikasi Jamkesmas petugas pengodean tidak mengkode pada berkas rekam medis. Pelaksanaan pengodean menggunakan buku pintar dan ICD-10. Pelaksanaan pengodean masih terlambat karena petugas pengodean tidak hanya melakukan tugas pengodean saja akan tetapi masih terjadi rangkap tugas. Tingkat kesesuaian dan keterisian kode dan diagnosis antara lembar verifikasi dan berkas rekam medis pada pasien rawat jalan sebesar 6% dan pada rawat inap sebesar 41,33%. Tingkat ketepatan kode pada lembar verifikasi pada rawat jalan Faktor penyebab ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan kode dan diagnosis dipengaruhi oleh sumber daya manusia yang terdiri dari dokter dan petugas pengodean dan kurangnya sarana dan prasarana, sedangkan faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis pada lembar verifikasi disebabkan oleh sumber daya manusia dan prosedur tetap yang ada. Dampak dari Ketidaksesuaian dan ketidaktepatan kode diagnosis mengakibatkan kurangnya mutu dari isi rekam medis, menyulitkan petugas dalam olah data, menghambat untuk mahasiswa penelitian dan dalam proses klaim Jamkesmas menyebabkan adanya pihak yang dirugikan.

Tujuan Penelitian ini yaitu Menganalisis Ketidaksesuaian Kode Diagnosis Utama Pada SIMRS Dengan Berkas Klaim BPJS Klinik *Obgyn* Di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang berdasarkan teori kinerja yang memiliki variabel *Motivation* dengan sub variable *reward* dan *feedback*, *Opportunity* dengan sub variable pelatihan dan job description dan *Ability* dengan sub variable pengetahuan petugas coding.

## 2. Metode Penelitian

### 2.1 Jenis/desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu penelitian kualitatif.

### 2.2 Subjek Penelitian

Pada penelitian ini subyek penelitian berupa petugas administrasi di poliklinik *obgyn* yang bertugas menginputkan kode di SIMRS dan petugas kodefikasi berkas klaim BPJS, dengan disertakan data dukung berupa observasi berkas rekam medis klinik *obgyn* yang sampelnya ditentukan menggunakan teknik *purposive sampling*. Dengan kriteria berkas rekam medis pasien klinik *obgyn* dengan tanggal kunjungan tanggal 26 Februari sampai dengan 3 maret 2020 dengan jumlah 146 berkas rekam medis. Rentang waktu tersebut dipilih dikarenakan menyesuaikan ketersediaan berkas klaim BPJS yang masih belum dalam proses klaim, dan sesuai SOP bahwa penginputan kode diagnosis ke dalam SIMRS maksimal 2 X 24 jam.

### 2.3 Metode Pengumpulan Data

Menjelaskan metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu wawancara mendalam pada petugas coding, observasi berkas rekam medis klinik *obgyn* dan dokumentasi..

### 2.4 Metode Analisis Data

Proses analisis data dimulai dari seluruh data yang ada dan berbagai sumber yakni melalui observasi dan wawancara, maka analisis data yang digunakan peneliti adalah analisis berdasarkan teori *Motivation*, *Opportunity* dan *Ability* (MOA) . Pelaksanaan analisis isi dalam penelitian ini yaitu dengan pembahasan mendalam terhadap isi suatu informasi dari hasil wawancara dengan petugas coding dan didukung dengan data observasi berkas rekam medis klinik *obgyn*.

## 3. Hasil dan Pembahasan

### 3.1 Ketidaksesuaian Kode Diagnosis Utama Pada SIMRS Dengan Berkas Klaim BPJS Klinik *Obgyn* Di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

Analisis Ketidaksesuaian Kode Diagnosis Utama Pada SIMRS Dengan Berkas Klaim BPJS Klinik *Obgyn* Di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang pada tanggal 26 Februari - 3 Maret 2019 dengan jumlah berkas 146 berkas dapat dilihat pada tabel 3.1 berikut.

Tabel 1. Data Observasi Ketidaksesuaian kode diagnosis utama pada SIMRS dengan berkas Klaim BPJS.

Tanggal	Jumlah DRM	Kode yang sesuai	Kode yang Tidak Sesuai	
			Terisi	Tidak Terisi
26-28 Februari 2020	115	25	40	50
3 Maret 2020	31	15	11	5
<b>Total</b>		40	51	55
<b>Prosentase Ketidaksesuaian</b>			<b>72.6%</b>	

Sumber : Data Observasi Rekam Medis (2020)

Berdasarkan hasil observasi dokumen klaim BPJS (Casemix) pada klinik *obgyn* di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang pada tanggal 26 Februari sampai dengan tanggal 3 Maret 2020 didapatkan bahwa tingkat ketidakseusain kode diagnosis utama pada SIMRS dan dokumen klaim BPJS (Casemix) yakni sebesar 72.6% atau sejumlah 106 dokumen dari 146 dokumen rekam medis yang diteliti. 106 berkas rekam medis dengan kode yang tidak sesuai sebesar 48.1% disebabkan karena dalam SIMRS belum dilaksanakan entri akhir yang berupa menginputkan diagnosis utama beserta kode diagnosis dan dokter yang menangani pada saat pasien datang berkunjung ke klinik *Obgyn*. Berdasarkan hasil observasi lapang bahwa kode diagnosis yang diinputkan kedalam SIMRS bukan kode diagnosis saat itu yang menyebabkan pasien berkunjung ke klinik *Obgyn*, melainkan kode saat awal pasien berkunjung, sehingga menyebabkan kode diagnosis utama tidak sesuai dengan kondisi awal pasien. Selain itu di

dalam SOP kodefikasi diagnosis yang ditetapkan oleh RSD Dr. Saiful Anwar yaitu yang memberikan kode diagnosis adalah dokter, sedangkan pada penerapannya dokter jarang sekali memberikan kode diagnosis sehingga petugas entri akhir yang bukan berlatar belakang pendidikan rekam medis mengkode penyakit dengan mencari di google atau buku pintar yang dibuat sendiri kemudian dituliskan dipojok kanan atas dokumen rekam medis agar selanjutnya tidak perlu mencari kode diagnosis kembali. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Disriani (2014) yang menyatakan bahwa Pelaksanaan pengkodean pasien rawat inap di RS.Pertamnia Cirebon dilakukan oleh perawat, tidak adanya petugas khusus atau coder yang melakukan coding penyakit pasien.

### **3.2 Analisis Ketidakesesuaian Kode Diagnosis Utama Pada SIMRS Dengan Berkas Klaim BPJS Klinik Obgyn Di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang .**

#### *a. Motivation*

##### *1) Reward dan Feedback*

Berdasarkan Hasil wawancara kepada responden terkait *reward* dan *feedback* didapatkan hasil bahwa kedua responden menyatakan tidak pernah diberikan reward oleh pimpinan pada saat telah melaksanakan tugas kodefikasi diagnosis dengan baik. Sedangkan dalam bentuk *feedback* seperti pujian responden pertama menjelaskan bahwa ia pernah mendapatkan pujian dari pimpinan saat melaksanakan tugas kodefikasi dengan baik. Sedangkan untuk responden kedua sama sekali tidak pernah menerima *feedback* berupa pujian. Sedangkan menurut Yasmeen (2013) dalam indikator penghargaan menyatakan apresiasi dan pengakuan ucapan terima kasih dan pengakuan dari perusahaan terhadap hasil kerja karyawan dapat lebih memotivasi karyawan dalam melakukan suatu pekerjaannya.

Sehingga Pimpinan harus mengetahui tentang pentingnya pemberian reward tersebut kepada petugas dan dampak yang timbul akibat tidak adanya reward yang diberikan kepada petugas. Berdasarkan hasil wawancara tersebut dapat disimpulkan bahwa solusi dari permasalahan tersebut yaitu perlu adanya pendekatan seorang pemimpin kepada petugas agar lebih meningkatkan kinerja dari petugas. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Fadilla (2009) menyatakan bahwa sistem penghargaan memberikan dorongan bagi karyawan untuk bekerja secara lebih baik guna mendapatkan penghargaan dari atasan maupun dari perusahaan.

#### *b. Opportunity*

##### *1) Pelatihan*

Berdasarkan wawancara yang dilakukan oleh peneliti responden menyatakan di RSUD Dr. Saiful Anwar belum pernah melaksanakan pelatihan khususnya bagi petugas rekam medis maupun petugas administrasi di klinik yang secara tidak langsung telah melaksanakan beberapa kompetensi perekam medis terutama kodefikasi penyakit. Pelatihan kepada petugas sangat berpengaruh terhadap kinerja petugas dalam bekerja. Notoatmodjo (2010) menjelaskan pelatihan dan pengembangan merupakan bagian dari suatu proses pendidikan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan khusus bagi seseorang atau sekelompok orang. Sehingga intensitas pelaksanaan pelatihan dapat menunjang berkembangnya ilmu pengetahuan yang dimiliki oleh petugas koding dalam upaya melaksanakan kodefikasi sesuai dengan pedoman ICD. Hal tersebut sesuai dengan Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Jabatan Fungsional Perekam Medis Tahun 2013, tenaga koding juga harus senantiasa mengikuti perkembangan keilmuan dengan mengikuti pelatihan di bidang rekam medis untuk meningkatkan kemampuan dan profesionalismenya. Pernyataan tersebut didukung oleh penelitian Retno (2013) yang menyatakan bahwa latar belakang petugas koding yang belum pernah mengikuti pelatihan adalah salah satu penyebab ketidakesesuaian pemberian kode diagnosis utama.

Selain pelatihan yang mempengaruhi kinerja petugas yaitu peralatan yang memadai dan sesuai standar untuk melaksanakan tugas sesuai dengan SOP yang berlaku. Berdasarkan hasil wawancara oleh petugas koding di RSUD Dr. Saiful Anwar peralatan untuk melaksanakan kodefikasi khususnya buku ICD belum memadai dikarenakan buku ICD yang tersedia di ruang rekam medis belum versi terbaru. Berdasarkan standar pelayanan rekam medis, maka fasilitas dan peralatan yang cukup harus disediakan guna tercapainya pelayanan yang efisien. Buku ICD, Kamus Kedokteran (Kamus Terminologi Medis) merupakan sarana yang penting bagi tenaga koding (Depkes,2006). Buku ICD merupakan salah satu sarana dan prasarana yang

sangat penting dalam menunjang proses kodifikasi diagnosis. Buku ICD yang tidak di *upgrade* sesuai dengan pembaruan yang ada akan banyak menyebabkan kesalahan kodifikasi diagnosis baik antara petugas koding berkas BPJS maupun petugas koding di klinik *obgyn*. Hal ini penelitaian Nuryati (2014) yang menyatakan bahwa Faktor-faktor penyebab ketidakakuratan pengkodean kode dan diagnosis dan tindakan kasus bedah pasien rawat inap di RS Panti Rapih Yogyakarta adalah Sumber Daya Manusia (SDM), update database ICD-10 dan ICD-9-CM, dan belum dilakukannya evaluasi/audit tentang kode diagnosis dan tindakan

#### 2) *Job Description*

Berdasarkan hasil wawancara yang dilaksanakan oleh peneliti dengan dua responden didapatkan bahwa di RSUD Dr. Saiful Anwar telah terdapat SOP yang jelas beserta *Job description* nya. *Job description* disusun berdasarkan jabatan dan surat keputusan yang dikeluarkan oleh pimpinan Rumah Sakit. Berdasarkan SOP kodifikasi penyakit diatas dapat dilihat bahwa *Job Description* tersebut kurang spesifik untuk mengatur kodifikasi penyakit untuk kepentingan *entri* data akhir rawat jalan di klinik yang dilaksanagn oleh petugas administrasi di masing-masing klinik. Sehingga kode yang diinputkan di SIMRS seringkali tidak sesuai dengan diagnosis pasien yang sebenarnya. Selain itu menurut pernyataan responden seringkali responden memiliki tugas lain diluar *job description*. Hal tersebut dapat menyebabkan *double job* kepada petugas yang berpengaruh terhadap kinerja petugas terhadap tugas utamanya dikarenakan beban kerja petugas meningkat akibat tugas diluar *job description* utama. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Kurwanzari (2013) yang menyatakan bahwa Pelaksanaan pengodean masih terlambat karena petugas pengodean tidak hanya melakukan tugas pengodean saja akan tetapi masih terjadi rangkap tugas. Rangkap yang terjadi seringkali menyebabkan kode diagnosis pasien klinik *obgyn* banyak yang tidak terinput kedalam SIMRS, sehingga dalam *database* SIMRS tidak memiliki data rekam medis yang akurat.

#### c. *Ability*

##### 1) Pengetahuan

Berdasarkan hasil wawancara terhadap responden penelitian dapat disimpulkan bahwa petugas koding baik di klinik maupun di ruang rekam medis rawat jalan telah memahami terkait aturan dan tatacara kodifikasi penyakit maupun tindakan yang telah ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan SOP dan berdasarkan peraturan ICD 10 yang diterbitkan oleh WHO, serta tidak semua petugas koding berlatar belakang pendidikan rekam medis. Dalam pelaksanaan tugasnya petugas koding seringkali mengalami hambatan dalam pekerjaannya seperti tulisan dokter tidak terbaca atau diagnosis tidak jelas. Maka berdasarkan wawancara yang telah dilakanakan peneliti kepada responden dapat disimpulakn bahwa responden telah mengetahui tata cara penyelesaian masalah jika tulisan dokter tidak terbaca ataupun diganosa tidak jelas dengan melakukan konfirmasi kepada dokter penanggung jawab dan mencocokkan dengan berkas rekam medis, serta jika terdapat kasus diagnose yang membingungkan maka petugas akan menyakan kepada petugas koding yang lebih senior yang memiliki kemampuan dan ketrampilan yang dapat memecahkan permasalahan tersebut. Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Suhartini (2015) didapatkan bahwa pengetahuan dapat mempengaruhi kinerja dari seorang karyawan. Pengetahuan dari seseorang merupakan sebuah peranan yang sangat penting dalam mempersiapkan karyawan yang berkualitas dan kometitif, karena dengan pengetahuan yang memadai semua perubahan dapat disikapi dengan tepat. Tata cara pelaksanaan kodifikasi oleh petugas koding yang benar berdasarkan standar ICD 10 telah diketahui oleh petugas koding RSUD Dr. Saiful Anwar, namun dalam pelaksanaanya kurang dilaksanakan maksimal oleh petugas koding di klinik *obgyn* dikarenakan memakan waktu yang lama jika mencari kode sesuai dengan standar ICD 10, sehingga petugas koding klinik *obgyn* lebih memilih menggunakan buku pintar. Hal ini sejalan dengan penelitian Kurwanzari (2013) yang menyatakan bahwa ketidaksesuaian kode diagnosis disebabkan oleh tata cara pengkodean yang tidak sesuai dengan aturan ICD 10, tetapi menggunakan buku pintar yang berisi kumpulan kode diagnosis yang sering ditemui.

### **3.3 Evaluasi Ketidaksesuaian Kode Diagnosis Utama Pada SIMRS Dengan Berkas Klaim BPJS Klinik Obgyn Di RSUD Dr. Saiful Anwar.**

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi yang telah dilakukan oleh peneliti didapatkan bahwa faktor yang menjadi penyebab Ketidaksesuaian Kode Diagnosis Utama Pada SIMRS Dengan Berkas Klaim BPJS Klinik *Obgyn* Di RSUD Dr. Saiful Anwar yaitu

pertama kurangnya pelatihan terkait kodefikasi penyakit sehingga petugas koding di klinik yang memiliki latar belakang pendidikan bukan D3 dan D4 rekam medik lebih banyak melaksanakan kodefikasi menggunakan buku pintar ataupun mencari di internet, hal tersebut tentu tidak sesuai dengan pedoman kodefikasi diagnosis berdasarkan ICD-10 ataupun berdasarkan SOP yang berlaku. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Menurut Abdelhak, dkk (2001), petugas rekam medis dalam melaksanakan pengkodean harus menggunakan ICD-10. Selain itu petugas koding juga belum pernah mendapatkan pelatihan terkait tata cara kodefikasi diagnosis maupun tindakan yang sesuai dengan aturan ICD 10 dan ICD 9CM. sehingga petugas koding hanya mengetahui aturan pengkodean saja namun tidak dapat menerapkan dalam proses kodefikasi. Hal tersebut sejalan dengan pernyataan Hal ini sesuai dengan pernyataan Hatta (2008) sumber daya manusia khususnya tenaga profesi yang selama ini menekuni bidang pekerjaan tersebut harus mengikuti pelatihan, pembinaan, dan pengembangan terlebih dahulu.

Kedua yaitu kurangnya kedisiplinan petugas administrasi di klinik dalam mencari kode diagnosis sesuai dengan diagnosis yang tertera di berkas rekam medis. Petugas seringkali menginputkan kode berdasarkan kode yang tertera di pojok sampul berkas rekam medis tanpa mencarai dan mengkroscek apakah kode tersebut telah sesuai dengan diagnosis pasien atau tidak. Sehingga pengisian kode di SIMRS tidak sesuai dengan diagnosis saat pasien datang ke klinik. Sehingga riwayat klinis pasien tidak dapat tercatat dengan baik. Petugas koding di klinik juga tidak memeriksa kelengkapan penulisan berkas rekam medis pasien, kejelasan dan ketepatan diagnosis. Hal tersebut tidak sesuai dengan penelitian Nuryati (2014) yang menyatakan Dalam pelaksanaannya, petugas pengkodean mengkode sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan oleh dokter yang memeriksa pasien. Tetapi dalam kondisi tertentu, petugas pengkodean tidak serta merta mengkode sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan oleh dokter tersebut. Misal, saat diagnosis dirasa kurang lengkap, salah penentuan diagnosis utama dan diagnosis tambahan, dan saat terjadi over coding.

Ketiga yaitu tidak adanya SOP atau *job description* yang spesifik yang mengatur tentang standar pelaksanaan entri data akhir rawat jalan, sehingga menyebabkan petugas administrasi seringkali menginputkan diagnosis dan kode diagnosis yang tidak sesuai dengan berkas rekam medis. SOP yang tersedia menjelaskan tata cara pengkodean secara umum, belum menyebutkan tata cara pengkodean dengan SIMRS serta prosedur pengkodean masih menjadi satu antara prosedur pengkodean rawat jalan dan rawat inap, sedangkan dalam proses pelaksanaannya anatar pengkodean rawat jalan dan rawat inap memiliki alur yang berbeda. Selain itu petugas administrasi klinik maupun petugas koding rawat jalan seringkali menjalankan tugas lain diluar *job description* yang telah ditentukan berdasarkan SOP yang belaku. Hal tersebut didukung oleh penelitian Nuyati (2014) yang menyatakan bahwa Dengan adanya prosedur tetap pekerjaan dapat dilaksanakan sesuai dengan aturan yang benar secara efisien (Sabarguna, 2008). Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa prosedur tetap di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta yang mengatur tentang pengkodean dan indeksing sudah ada, hal ini sudah sesuai teori (Sabarguna, 2008), akan tetapi prosedur pengkodean masih menjadi satu antara prosedur pengkodean rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat. prosedur tetap masih menjadi satu dan dalam proses revisi untuk memperisapkan akreditasi

Kurangnya kedisiplinan petugas dalam menentukan kode diagnosis penyakit menyebabkan data yang terekam pada SIMRS menjadi tidak akurat dan tidak sesuai dengan kondisi trend penyakit yang ada, yang tentunya akan mempengaruhi laporan morbiditas penyakit yang berguna dalam proses evaluasi dan perencanaan untuk rumah sakit pada masa yang akan datang. Ketidakakuratan data morbiditas pada SIMRS juga berengaruh pada pertanggungjawaban rumah sakit kepada pasien atau pihak ketiga jika suatu saat pasien memerlukan informasi terkait riwayat perawatan pasien saat dokumen rekam medis telah diretensi atau dimusnahkan, sehingga data yang dilaporkan tidak sesuai dengan data yang terdapat pada berkas rekam medis. Upaya meningkatkan kedisiplinan tersebut dapat dilaksanakan melalui pembentukan SOP yang menyertakan reward dan Punishment. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Nuryati (2014) yang menyatakan SPO harus mengatur terkait reward and punishment Mengatasi permasalahan tersebut untuk meningkatkan kinerja dari petugas entri data perlu dilakukan upaya-upaya yang dapat mendukung kinerja petugas seperti meningkatkan motivasi dan pelatihan petugas. Memonitoring pekerjaan petugas entri data dan petigas koding rawat jalan khususnya untuk meningkatkan *job description* agar petugas lebih

memahami dan mengetahui proses dan standar yang benar dalam proses kodifikasi diagnosis berkas rekam medis dan mempertahankan kedisiplinan petugas dalam bekerja.

#### 4. Simpulan dan Saran

##### 4.1 Simpulan

- Petugas tidak pernah mendapatkan *reward* dari pimpinan berupa mendapat pujian dan sertifikat penghargaan atas kinerja yang mereka capai.
- Petugas tidak pernah mendapatkan pelatihan terkait kodifikasi diagnosis dan tindakan.
- ICD yang digunakan dalam proses kodifikasi diagnosis belum menggunakan ICD versi terbaru.
- Job Description* kurang rinci dan seringkali petugas koding juga menjalankan *Job Description* lain sehingga mengakibatkan *Double Job*.

##### 4.2 Saran

###### Bagi Rumah Sakit

- Pemberian motivasi kepada petugas dengan memberikan *reward* berupa insentive, atau penghargaan kepada petugas teladan setia tahunnya. Selain itu juga diberikan sanksi yang tegas bagi petugas yang tidak disiplin dan yang mengerjakan tugas tidak sesuai dengan standar SOP yang berlaku.
- Perlu diadakannya pelatihan kepada petugas koding terutama petugas yang memiliki Pelatihan yang diberikan yakni pelatihan terkait tata cara kodifikasi yang benar, refleksi diagnosis, aturan kodifikasi morbiditas dan mortalitas.
- Memperbarui ICD yang digunakan ke versi ICD terbaru, baik ICD manual maupun ICD yang terintegrasi dengan SIMRS.
- Perbaiki SOP khususnya untuk petugas entry akhir di masing-masing klinik untuk mengetahui dengan spesifik tugas apa saja yang harus, sehingga tidak terjadi perbedaan kode pada berkas klaim BPJS (casemix) dan SIMRS.

###### Bagi Peneliti Selanjutnya

- Diharapkan peneliti selanjutnya dapat merancang SIMRS yang memiliki menu kodifikasi Diagnosis yang telah terintegrasi dengan ICD elektronik versi terbaru.
- Diharapkan peneliti selanjutnya dapat merancang SOP yang sesuai dengan *job description* yang spesifik.
- Peneliti selanjutnya dapat menghitung beban kerja petugas koding, terutama koding rawat jalan di klinik dengan kunjungan pasien tinggi.

##### Ucapan Terima Kasih

Proses penyelesaian laporan ini dibantu oleh banyak pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada bapak Dr. Ir. Nanang Dwi Wahyono, MM, selaku Direktur Politeknik Negeri Jember dan Ir. Abi Bakri, M.Si Wakil Direktur Bidang Akademik, Ibu Sustin Farlinda, S.Kom., MT, selaku Ketua Jurusan Kesehatan, Atama Dehardja, S.KM. M.Kes. selaku ketua rogram studi rekam medik Politeknik Negeri Jember, Ibu Rossalina Adi Wijayanti, S.KM. M.Kes. sebagai dosen koordinator praktek kerja lapang dan dosen pembimbing saya, Seluruh Dosen Rekam Medik Jurusan Kesehatan dan civitas Akademika Politeknik Negeri Jember, Direksi Rumah Sakit RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yang telah memberikan ijin praktek kerja lapang di Rumah Sakit Saiful Anwar Malang, Pimpinan, Staf, dan Karyawan Rumah Sakit RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

##### Daftar Pustaka

Abdelhak, M. 2001. *Health Information Management Of Strategic Resource*. Sydney: W.B.Saunders Company.

Darmawan, dkk. 2010. *Pengaruh Motivasi Kerja Dan Kemampuan Kerja Terhadap Kinerja Karyawan*. [https://media.neliti.com/media/publications/71924-ID\\_pengaruhmotivasi-kerja-dan-kemampuan-ke.pdf](https://media.neliti.com/media/publications/71924-ID_pengaruhmotivasi-kerja-dan-kemampuan-ke.pdf). [1 April 2020].

Depkes. 2008. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor*

269/MenKes/Per/III/2008, tentang Rekam Medis.  
Diakses:<http://www.apikes.com/files/permenkes-no-269-tahun-2008.pdf>. [04 April 2020].

- Garmelia, dkk. 2010. *Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Di Rumah Sakit*. Jakarta.
- Hartinah, Siti Ayu. 2017. *Analisis Kinerja Petugas dalam Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Waluyo Jati Krakasan Tahun 2017*. Skripsi. Jember: Politeknik Negeri Jember.
- Handoko, Hani, T. 2008. *Manajemen Personalialia dan Sumber Daya Manusia*. BPFE, Yogyakarta.
- Hasibuan, Malayu. 2007. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Bumi Aksara, Jakarta.
- Hatta, G. R. 2010. *Manajemen Infrmasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Indarti, dkk. 2014. *Pengaruh Faktor Kepribadian Pegawai Dan Lingkungan Kerja Terhadap Kinerja Pegawai Pada Kantor Regional Xii Bkn Pekanbaru*. Jurnal. <https://media.neliti.com/media/publications/8714-ID-pengaruh-faktor-kepribadianpegawai-dan-lingkungan-kerja-terhadap-kinerja-pegawa.pdf> [1 April 2020]
- Karimah R.N., Setiawan, D., Nurmalia, P.S. 2016. *Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Gastroenteritis Acute Berdasarkan Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Balung Jember*. Journal of Agromedicine and Medical Sciences.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nuraini, N., Mudiono, D.R.M.P., Rachma, M.A. 2020. *Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Pada Pasien Tuberkulosis Paru*. Jurnal. Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan.
- Swari, S. J., Alfiansyah, G., Wijayanti, R. A., & Kurniawati, R. D. (2019). Analisis Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap RSUP Dr. Kariadi Semarang . *ARTERI : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(1), 50-56.
- Simanjuntak, P.J. 2005. *Pengantar Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Lembaga penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Sugijono. 2015. *Penilaian Kinerja dalam Manajemen Sumberdaya Manusia*. Jurnal. <https://www.google.co.id/search?q=pengertian+penilaian+kin>. [2 April 2020]
- Suhartini, Yati. 2015. *Pengaruh Pengetahuan, Keterampilan Dan Kemampuan Karyawan Terhadap Kinerja Karyawan (Studi Pada Industri Kerajinan Kulit Di Manding, Bantul, Yogyakarta)*. Jurnal. Yogyakarta : Universitas Pgri Yogyakarta. [http://eprints.undip.ac.id/58492/1/07\\_PRIMADANTI.pdf](http://eprints.undip.ac.id/58492/1/07_PRIMADANTI.pdf). [02 April 2020].
- Wijayanti, R.A & Nuraini, N. 2018. *Analisis Faktor Motivasi, Opportunity, Ability Dan Kinerja Petugas Program Kesehatan Ibu Di Puskesmas*. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia.