



Analisis Faktor Penyebab Ketidakakuratan Kodefikasi Diagnosis Pasien Rawat Inap di RSI Aisyiyah Malang

Eiska Rohmania Zein¹, Gagar Mayuwang Sari², Achmad Jaelani Rusdi³

^{1,2}Prodi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Poltekkes Kemenkes Malang

³Prodi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, ITSK RS dr. Soepraoen

Corresponding author: Eiska Rohmania Zein

Email: eiskazein@poltekkes-malang.ac.id

ABSTRAK

Hasil survei pendahuluan yang dilakukan terhadap 50 dokumen rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang menunjukkan bahwa tingkat keakuratan pemberian kode diagnosis sebanyak 68% dan tingkat ketidakakuratan pemberian kode diagnosis 32%. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor penyebab ketidakakuratan kodefikasi diagnosis pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang berdasarkan unsur *Man* dan unsur *Materials*. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan *cross sectional* dengan cara berupa wawancara dan observasi yang dilakukan kepada kepala rekam medis dan dua petugas rekam medis bagian koding di RSI Aisyiyah Malang. Instrumen Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada petugas khusus yang melakukan kodefikasi pada berkas rekam medis pasien rawat inap. Koding dilakukan bergantian dan pelatihan tidak dilakukan secara rutin. Kelengkapan laporan penting pada dokumen rekam medis hanya mencapai 66%. Terdapat 40% diagnosis tidak terbaca berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti terhadap 70 dokumen rekam medis rawat inap. Ada 40% rekam medis yang tidak menyertakan tanda tangan DPJP dan 47% yang tidak ada nama DPJP. Bahwa faktor penyebab ketidakakuratan kodefikasi diagnosis pasien rawat inap berdasarkan unsur *man* dapat dilihat dari pengalaman, latar belakang pendidikan, masa kerja, pelatihan, dan pengetahuan. Sedangkan, faktor penyebab ketidakakuratan kodefikasi diagnosis pasien rawat inap berdasarkan unsur *materials* dapat dibuktikan melalui kelengkapan laporan penting pada dokumen rekam medis rawat inap, keterbacaan diagnosis, dan penggunaan singkatan atau istilah medis oleh dokter.

Kata kunci: Diagnosis, Kodefikasi, Man, Material, Rekam Medis

ABSTRACT

A preliminary survey conducted on 50 inpatient medical records at Aisyiyah Islamic Hospital Malang showed that the accuracy rate of diagnostic coding was 68%, while the inaccuracy rate was 32%. This study aims to identify the factors contributing to the inaccuracy of inpatient diagnostic coding at Aisyiyah Islamic Hospital Malang based on the elements of Man and Materials. This research employed a qualitative method with a cross-sectional approach, using interviews and observations as instruments. The participants consisted of the head of the medical records unit and two medical record officers responsible for coding at Aisyiyah Islamic Hospital Malang. The findings revealed that there were no dedicated officers assigned specifically for coding inpatient medical records. Coding was conducted alternately, and training was not provided regularly. The completeness of important reports in medical record documents reached only 66%. Furthermore, 40% of diagnoses were unreadable, based on the researcher's observation of 70 inpatient medical records. Additionally, 40% of the medical records lacked the attending physician's signature, and 47% did not include the attending physician's name. The factors contributing to inaccuracies in

inpatient diagnostic coding based on the Man element include experience, educational background, years of service, training, and knowledge. Meanwhile, the contributing factors based on the Materials element are reflected in the completeness of important reports in inpatient medical record documents, the readability of diagnoses, and the use of abbreviations or medical terminology by physicians.

Keywords: Coding, Diagnoses, Man, Medical Records, Materials

PENDAHULUAN

Setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan input data ke dalam aplikasi INA-CBG's dalam melakukan klaim pembiayaan Jaminan Kesehatan Indonesia. Salah satu data yang harus diinput adalah kode diagnosis penyakit pasien peserta JKN. Ketidaktepatan dan ketidakakuratan penetapan kode diagnosis dapat berdampak pada terhambatnya pembiayaan asuransi yang dapat berakibat pada pengelolaan berkas rekam medis (Amanda et al., 2023). Akibat dari terhambatnya pembiayaan asuransi atau *pending* klaim sendiri yaitu terjadinya keterlambatan pembayaran jasa medik yang berdampak pada kinerja pegawai rumah sakit sehingga mempengaruhi pada kualitas pelayanan rumah sakit. Selain itu, aliran dana kas rumah sakit terganggu karena pembayaran yang seharusnya diterima tidak sesuai dengan yang diharapkan (Santiasih et al., 2021).

Faktor penyebab dari ketidakakuratan kode diagnosis dapat ditinjau berdasarkan unsur 5M yaitu *Man, Money, Materials, Machine* dan *Method*. Jumlah kunjungan pasien rawat inap pada tahun 2023 di Rumah Sakit Islam Aisyiyah yaitu 14.859. Hasil survei pendahuluan yang dilakukan terhadap 50 dokumen rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang menunjukkan bahwa tingkat keakuratan pemberian kode diagnosis sebanyak 34 dokumen rekam medis dengan persentase 68% dan tingkat ketidakakuratan pemberian kode diagnosis sebanyak 16 dokumen rekam medis dengan persentase 32%. Ketidakuratan kode diagnosis dapat memengaruhi klaim asuransi kesehatan. Ini dapat menyebabkan penolakan klaim atau pembayaran yang tidak sesuai, baik untuk pasien maupun penyedia layanan kesehatan. Faktor penyebab terjadinya ketidakakuratan pemberian kode diagnosis dikarenakan tidak adanya penentuan digit ke-4, serta tidak terbacanya tulisan dokter sehingga diagnosis tidak dikode secara lengkap.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif karena bertujuan untuk memaparkan masalah yang timbul serta mendeskripsikan data dalam bentuk kata-kata sesuai fakta selama penelitian berlangsung agar memahami fenomena mengenai masalah-masalah yakni mengenai faktor penyebab ketidakakuratan kodefikasi diagnosis pasien rawat inap. Pengambilan data dilakukan secara observasi dengan mengamati masalah yang akan diteliti serta wawancara langsung terhadap 2 orang petugas rekam medis dan 1 orang kepala bagian rekam medis. Instrumen dari penelitian ini yaitu lembar observasi dan pedoman wawancara.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Faktor-faktor penyebab ketidakakuratan kodefikasi diagnosis pasien rawat inap di RSI Aisyiyah Malang ditinjau berdasarkan unsur *man* dan unsur *material*.

A. Unsur *man* :

1) Pengalaman

Di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang, pengalaman ini terlihat pada tiga petugas rekam medis yang memiliki keahlian khusus di bidang *coder*. Ketiga petugas tersebut telah terlibat langsung dalam pengelolaan data rekam medis, baik dari segi pengkodean diagnosis maupun prosedur medis, sehingga mereka dapat mendukung proses pengelolaan informasi kesehatan secara optimal. Walaupun ketiganya bukan petugas khusus koding, tetapi mereka memiliki pengalaman di bidang koding. Pengalaman yang mereka miliki tidak hanya membantu meningkatkan akurasi dalam pencatatan data medis, tetapi juga berkontribusi pada efisiensi kerja dan kualitas pelayanan rumah sakit secara keseluruhan.

Tabel 1. Data Jumlah Sumber Daya Manusia Di Bagian Rekam Medis RSI Aisyiyah Malang Tahun 2024

No	Bagian	Jumlah
1.	TPP Rawat Jalan dan Rawat Inap (Pendaftaran)	17 orang
2.	Coder	3 orang
3.	Retensi	1 orang
4.	Operator	9 orang

Berdasarkan data yang tercantum dalam Tabel 1, diketahui bahwa Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang memiliki tiga orang *coder* yang bekerja dalam unit rekam medis. Selain *coder*, terdapat pula operator yang menjadi bagian penting dari bidang rekam medis di rumah sakit tersebut.

“Walaupun saya bertugas untuk assembling dan filling, tetapi juga kadang melakukan koding. Kemudian, jika mbak M sedang cuti, maka saya menggantikan beliau juga,” (Informan 2).

Man atau manusia memiliki peran dalam menentukan keterbedayaan unsur lainnya. Di rumah sakit umum Haji Surabaya terdapat satu petugas lulusan D-III Rekam medis yang melakukan koding pada berkas dokumen rawat inap. Petugas tersebut sudah bekerja selama 5 tahun di RSUD Haji Surabaya dan belum pernah melakukan pelatihan terkait koding. Selain itu, kurangnya pengetahuan petugas dalam melakukan kodefikasi khususnya pada karakter ke-4 juga merupakan penyebab ketidakakuratan kodefikasi (Loren et al., 2020b). Ketidakakuratan tersebut dapat berdampak pada klaim BPJS. Petugas koder melakukan assembling terhadap rekam medis yang dikembalikan oleh perawat.

Kondisi di Rumah Sakit Aisyiyah Malang menunjukkan adanya tantangan besar dalam pengelolaan kodefikasi diagnosis rekam medis akibat keterbatasan sumber daya manusia dan kurangnya petugas khusus yang kompeten di bidang tersebut. Meskipun ada tiga petugas inti yang melakukan kodefikasi, tanggung jawab ganda yang mereka emban dapat berdampak pada kualitas dan akurasi hasil kodefikasi, apalagi jika dilakukan oleh petugas tanpa latar belakang pendidikan rekam medis atau pengalaman yang memadai. Hal ini menegaskan bahwa pengelolaan kodefikasi yang baik memerlukan petugas yang kompeten, pelatihan berkala, dan alur kerja yang terstruktur untuk menghindari masalah seperti klaim yang tertunda atau ditolak, yang dapat merugikan rumah sakit maupun pasien.

2) Latar Belakang Pendidikan

Berdasarkan wawancara dapat diketahui bahwa di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang, ketiga petugas yang bertugas sebagai *coder* memiliki latar belakang pendidikan yang relevan, yaitu lulusan D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Pendidikan formal tersebut memberikan mereka pengetahuan dan keterampilan yang mendalam dalam pengelolaan data rekam medis, termasuk kemampuan dalam pengkodean diagnosis dan prosedur medis. Dengan dasar pendidikan yang sesuai, para *coder* ini mampu menjalankan tugas mereka dengan profesional, menjamin akurasi data, dan mendukung kelancaran sistem informasi kesehatan di rumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa latar belakang pendidikan yang tepat merupakan pondasi yang penting untuk mendukung kinerja optimal dalam bidang rekam medis.

“Saya lulusan D-III rekam medis dari STIA,” (Informan 1).

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, dapat diketahui bahwa ketiga *coder* merupakan lulusan dari D-III Rekam Medis & Informasi Kesehatan. Hal itu sesuai dengan Permenkes RI No 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Rekam Medis yang menyatakan bahwa salah satu atau kompetensi yang harus dimiliki oleh perekam medis lulusan D3 adalah melaksanakan sistem klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai penulisan terminologi medis yang benar.

Penelitian lain yang dilakukan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Sukoharjo memiliki 4 petugas rekam medis yang bertugas sebagai petugas pendaftaran, *assembling*, *coding*, *reporting* dan *filling*. Kodefikasi diagnosis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Sukoharjo dilakukan oleh seorang petugas *coder* dengan latar belakang pendidikan D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dan sudah berpengalaman sejak tahun 2011. Petugas *coder* melakukan kodefikasi diagnosis dengan menggunakan International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) (Maryati, 2016b).

Berdasarkan wawancara dengan informan dan didukung oleh Permenkes RI No. 55 Tahun 2013, *coder* yang memiliki latar belakang pendidikan D-III Rekam Medis & Informasi

Kesehatan memang sesuai dengan standar kompetensi yang ditetapkan untuk melaksanakan klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit. Fakta bahwa ketiga *coder* di Rumah Sakit Aisyiyah Malang memiliki latar belakang pendidikan yang relevan adalah hal positif, meskipun keterbatasan jumlah mereka tetap menjadi tantangan. Hal ini menunjukkan bahwa selain latar belakang pendidikan yang sesuai, pelatihan dan pengalaman yang terus ditingkatkan juga menjadi kunci untuk memastikan akurasi dan kualitas kodefikasi, yang berdampak langsung pada efisiensi pelayanan kesehatan dan keakuratan klaim BPJS.

3) Masa kerja

Masa kerja merupakan salah satu faktor penting yang berhubungan erat dengan elemen *man* dalam sistem manajemen sumber daya manusia, terutama karena lamanya pengalaman kerja seseorang sering kali berdampak langsung pada kualitas serta produktivitas dalam melaksanakan tugas. Pengalaman kerja yang lebih panjang biasanya memberikan kesempatan untuk memahami lebih dalam tanggung jawab pekerjaan, meningkatkan keterampilan, serta memperbaiki efisiensi dalam melaksanakan tugas. Hal ini juga terlihat pada ketiga petugas *coder* di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang, yang memiliki masa kerja dengan durasi yang beragam. Meskipun demikian, masing-masing dari mereka membawa pengalaman yang berharga dan memberikan kontribusi signifikan dalam mendukung pengelolaan rekam medis secara optimal di rumah sakit tersebut.

"Saya bekerja di RSIA sudah 32 tahun," (Informan 1).

Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan kepada informan, dapat diketahui petugas olah data dan pelaporan memiliki masa kerja paling lama yaitu 32 tahun. Beliau sudah biasa melakukan kodefikasi diagnosis. Petugas assembling dan filling sudah bekerja selama 5 tahun, setelah lulus dari D-III Rekam Medis & Informasi Kesehatan pada tahun 2019. Awalnya beliau bertugas di bagian TPP selama 2 tahun, sebelum akhirnya dipindahkan menjadi petugas *filling & assembling*. Dengan peralihan tersebut, beliau tidak hanya memiliki pengalaman dalam pengelolaan data medis, tetapi juga memahami proses administrasi yang lebih luas, termasuk pengurusan STR dan SIK

sebagai syarat profesionalitas kerja di bidang ini. Sedangkan, untuk petugas KLPCM sudah bekerja selama 3 tahun di Rumah Sakit Aisyiyah Malang, dimulai sejak tahun 2021. Namun, keterlibatan dalam pengodean baru dijalani selama 2 tahun terakhir, setelah sebelumnya bertugas di bagian pendaftaran selama 1 tahun. Masa kerja yang dimiliki oleh ketiga petugas *coder* ini menunjukkan keragaman pengalaman yang dapat saling melengkapi.

Masa kerja yang dimiliki oleh petugas olah data, assembling dan filling, serta KLPCM di Rumah Sakit Aisyiyah Malang mencerminkan keberagaman pengalaman yang dapat mendukung proses pengelolaan rekam medis, termasuk kodefikasi diagnosis. Petugas dengan masa kerja lebih lama, seperti petugas olah data dan pelaporan dengan pengalaman 32 tahun, cenderung memiliki keahlian yang lebih mendalam dibandingkan dengan petugas yang baru beralih peran. Namun, keberagaman ini juga menunjukkan pentingnya pelatihan dan pengembangan kompetensi berkelanjutan untuk menjaga kualitas kinerja, terutama dalam kodefikasi diagnosis yang memerlukan akurasi tinggi. Sebagaimana dinyatakan oleh Budiarti et al. (2023), kinerja petugas dipengaruhi oleh faktor pendidikan, pelatihan, masa kerja, dan motivasi. Dengan membangun kinerja yang baik melalui penguatan faktor-faktor tersebut, rumah sakit dapat meningkatkan daya saingnya dan memberikan layanan yang lebih berkualitas.

4) Pelatihan

Pelatihan memegang peranan yang sangat penting sebagai salah satu elemen utama dalam sistem manajemen sumber daya manusia, terutama yang berfokus pada aspek *man* atau tenaga kerja. Selain itu, pelatihan juga berfungsi untuk mendukung profesionalisme tenaga kerja, sehingga mereka dapat menjalankan tugasnya dengan standar yang tinggi. Di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang, tiga petugas *coder* telah mengikuti berbagai program pelatihan yang dirancang untuk mendukung pekerjaan mereka. Pelatihan-pelatihan tersebut berfokus pada penguasaan keterampilan khusus, seperti pengkodean diagnosis serta prosedur medis, yang merupakan aspek penting dalam pekerjaan mereka sehari-hari.

“Saya pernah ikut pelatihan berupa seminar-seminar yang dilaksanakan secara online,” (Informan 3).

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, diketahui bahwa petugas telah memperoleh pelatihan terkait pengodean diagnosis. Pelatihan tersebut sebagian besar dilakukan secara daring atau online, menyesuaikan dengan kemajuan teknologi dan kebutuhan praktis. Tetapi pelatihan tersebut tidak dilaksanakan secara rutin. Salah satu informan mengatakan bahwa terkadang mengikuti pelatihan melalui seminar-seminar online yang diadakan. Jenis pelatihan yang diikuti oleh para petugas mencakup seminar dan workshop, yang dirancang untuk memberikan pemahaman teoretis sekaligus praktis mengenai pengkodean diagnosis yang akurat dan sesuai dengan standar yang berlaku. Kemudian, informan 2 menyebutkan bahwa pernah mengikuti seminar yang diselenggarakan oleh Dewan Pengurus Cabang (DPC) PORMIKI, sebuah organisasi profesi di bidang rekam medis. Selain itu, juga memanfaatkan peluang mengikuti pelatihan gratis yang diselenggarakan oleh berbagai pihak. Ketiga petugas *coder* di RSIA Malang ini menunjukkan bahwa mereka telah memanfaatkan berbagai bentuk pelatihan untuk mendukung kompetensi mereka. Pelatihan yang mereka ikuti, baik secara langsung maupun daring, membantu memastikan bahwa kemampuan mereka tetap relevan dengan standar yang berlaku. Dengan pelatihan ini, mereka tidak hanya mampu menjaga kualitas kerja mereka tetapi juga berkontribusi dalam meningkatkan efisiensi pengelolaan rekam medis di rumah sakit, yang pada akhirnya mendukung pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Pelatihan yang diikuti oleh petugas terkait pengodean diagnosis secara daring maupun langsung, menunjukkan pentingnya upaya berkelanjutan dalam meningkatkan kompetensi tenaga profesional di bidang rekam medis. Meskipun pelatihan tersebut belum dapat dilaksanakan secara rutin, inisiatif para petugas untuk memanfaatkan seminar, *workshop*, dan pelatihan gratis menunjukkan kesadaran akan kebutuhan adaptasi terhadap standar dan perkembangan teknologi. Berdasarkan teori, pelatihan adalah sarana strategis untuk mengembangkan keterampilan dan kompetensi. Pelatihan dapat mendukung

efisiensi dalam pengelolaan rekam medis di rumah sakit, tidak hanya berfokus meningkatkan kualitas kerja individu. Oleh karena itu, diperlukan investasi dalam pelatihan yang rutin dan terorganisasi dengan baik guna memastikan standar pelayanan kesehatan tetap terjaga.

5) Pengetahuan

Ketepatan dalam pengkodean diagnosis sangat bergantung pada sejauh mana pemahaman petugas *coder* terhadap berbagai aspek penting, seperti standar pengkodean, pedoman kerja, dan sistem klasifikasi yang digunakan. Ketidakakuratan dalam kodefikasi sering kali muncul akibat keterbatasan pengetahuan atau kurangnya pemahaman yang mendalam mengenai aturan dan prosedur yang berlaku. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan merupakan elemen fundamental yang perlu terus ditingkatkan untuk mendukung hasil kerja yang lebih optimal.

Tingkat pengetahuan *coder* di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang yang dinilai baik melalui kuesioner menunjukkan bahwa mayoritas petugas mampu menjawab dengan tepat sebagian besar pertanyaan terkait pengkodean diagnosis, meskipun terdapat beberapa kekeliruan dalam menerjemahkan terminologi medis dan mendefinisikan ICD-10. Hal ini sesuai dengan teori yang dipaparkan oleh Notoadmojo bahwa pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh pendidikan formal maupun non formal, serta aspek positif dan negatif dalam pemahaman suatu objek. Kinerja *coder* yang umumnya baik merupakan hasil dari proses pembelajaran yang efektif, baik melalui pendidikan formal maupun pengalaman praktik. Namun, adanya kesalahan masih memerlukan pelatihan lanjutan untuk memastikan pemahaman yang lebih mendalam dan aplikasi yang konsisten terhadap kodefikasi diagnosis, terutama dalam menghadapi kasus kompleks.

Berikut ini identifikasi faktor penyebab ketidakakuratan kodefikasi diagnosis pasien rawat inap di RSI Aisyiyah Malang berdasarkan unsur *materials*.

B. Unsur *materials* :

1) Kelengkapan Dokumentasi Medis

Kelengkapan dokumentasi medis memiliki peran yang sangat penting dalam menentukan tingkat akurasi pengkodean diagnosis. Analisis kuantitatif bertujuan untuk menilai sejauh mana

data yang tercatat memenuhi standar kelengkapan, sehingga proses pengkodean dapat dilaksanakan dengan lebih baik dan lebih akurat. Berikut ini adalah hasil dari analisis kuantitatif terhadap 70 dokumen rekam medis pasien rawat inap, yang memberikan gambaran tentang tingkat kelengkapan data dalam laporan penting dokumen rekam medis pasien rawat inap tersebut.

Tabel 3. Analisis Kuantitatif Laporan Penting Dokumen Rekam Medis Rawat Inap

N o	Laporan Penting	Jumlah (n)	Persentas e (%)
1.	Kajian Awal Medis	48	69
2.	Catatan Perkembangan Pasien	49	70
3.	Diagnosa	41	59
4.	Tindakan	45	64
5.	Ringkasan Pulang	48	69

Meskipun Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang telah mengimplementasikan sistem rekam medis elektronik (RME) untuk pasien rawat inap, penggunaan sistem manual masih tetap diperlukan dalam beberapa aspek tertentu. Penerapan sistem rekam medis elektronik bertujuan untuk meningkatkan efisiensi, akurasi, dan kemudahan dalam mengakses data medis pasien, yang memungkinkan pengelolaan informasi medis yang lebih cepat dan terorganisir. Namun, meskipun teknologi telah diadopsi, beberapa faktor seperti keterbatasan infrastruktur, pelatihan, dan adaptasi terhadap sistem baru masih mengharuskan petugas rekam medis dan tenaga medis lainnya untuk tetap menggunakan sistem manual dalam beberapa situasi.

“Tidak hanya dokumen rekam medis saja yang sudah elektronik disini, penunjang dan resep sudah elektronik juga,” (Informan 1).

Kelengkapan dokumen rekam medis masih menjadi salah satu masalah yang dihadapi oleh Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang. Meskipun telah ada upaya untuk meningkatkan kualitas dan akurasi dokumentasi medis, masih ada tantangan terkait kelengkapan data yang tercatat dalam berkas rekam medis pasien rawat inap. Hal ini dapat mempengaruhi proses pengkodean diagnosis dan pengambilan keputusan medis.

Faktor-faktor yang menyebabkan ketidakakuratan kodefikasi diagnosis pasien rawat inap di RSI Aisyiyah Malang berdasarkan unsur materials berkaitan dengan kelengkapan dokumen rekam medis yang digunakan sebagai sumber informasi. Ketidaklengkapan informasi dalam dokumen rekam medis, seperti tidak tercatatnya diagnosis utama, diagnosis tambahan, atau prosedur medis secara jelas, menjadi salah satu penyebab utama. Berdasarkan wawancara yang dilakukan dengan informan, ditemukan bahwa beberapa berkas dalam laporan penting sering kali kurang lengkap, terutama pada bagian anamnesa awal dan CPPT. Untuk mengatasi hal ini, salah satu langkah yang dapat dilakukan adalah berkonsultasi dengan DPJP atau petugas casemix guna memastikan kelengkapan dokumen. Hal ini sejalan dengan hasil observasi peneliti yang menunjukkan bahwa kelengkapan laporan penting pada dokumen rekam medis hanya mencapai 66% terdiri dari kajian awal 69% , CPPT 70%, diagnosa 59%, tindakan 64%, dan ringkasan pulang 69%. Data ini menunjukkan bahwa tingkat kelengkapan dokumen masih perlu ditingkatkan untuk memastikan akurasi dan validitas laporan medis. Nama dan tanda tangan dokter penanggung jawab yang tidak terisi juga akan membingungkan petugas koding dalam melakukan koordinasi, sebab tidak ada nama DPJP atau dokter penanggung jawab (Loren et al., 2020b).

Ketidaklengkapan dokumen rekam medis merupakan salah satu faktor utama yang menyebabkan ketidakakuratan kodefikasi diagnosis pasien rawat inap, sebagaimana yang terjadi di RSI Aisyiyah Malang. Informasi yang tidak tercatat dengan lengkap, seperti diagnosis utama dan diagnosis tambahan menyebabkan terhambatnya proses pengodean yang akurat. Hal ini diperkuat oleh data observasi yang menunjukkan kelengkapan dokumen medis di RSI Aisyiyah Malang hanya mencapai rata-rata 66%, dengan elemen penting seperti diagnosis hanya 59%. Ketidaklengkapan ini menyulitkan petugas koding dalam menyusun laporan medis yang valid sehingga dapat memengaruhi kualitas pelayanan pasien. Salah satu upaya yang dapat dilakukan oleh petugas koding adalah dengan melakukan konsultasi kepada DPJP dan melakukan optimalisasi pengawasan pengisian rekam medis guna meningkatkan akurasi kodefikasi dan memastikan informasi

yang tercatat mencerminkan kondisi pasien secara menyeluruh.

2) Keterbacaan Diagnosis

Keterbacaan tulisan dokter menjadi salah satu faktor penting yang dapat memengaruhi akurasi dalam kodefikasi diagnosis pasien. Dalam sistem rekam medis, keberhasilan kodefikasi diagnosis yang akurat sangat bergantung pada kualitas dan kejelasan informasi yang tercatat dalam dokumen rekam medis, termasuk diagnosis yang ditulis oleh dokter. Ketidakjelasan atau kesulitan dalam membaca tulisan tangan dokter dapat mengarah pada kesalahan interpretasi oleh petugas rekam medis yang bertanggung jawab untuk melakukan pengkodean, yang pada gilirannya dapat berdampak buruk terhadap kualitas data medis serta pelayanan kesehatan yang diberikan. Oleh karena itu, penting untuk memastikan bahwa tulisan pada dokumen rekam medis mudah terbaca untuk menghindari potensi kesalahan yang dapat memengaruhi hasil pengkodean. Sehingga kode diagnosis yang dihasilkan oleh *coder* menjadi tepat dan akurat. Berikut adalah data mengenai diagnosis yang dapat terbaca dengan jelas pada dokumen rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang.

Tabel 4. Keterbacaan Diagnosis

Diagnosis Terbaca		Diagnosis Tidak Terbaca	
n	%	n	%
41	59	23	41

Berikut adalah hasil wawancara dengan informan terkait keterbacaan diagnosis.

“Kalau rekam medis manual ya tulisan dokter tidak terbaca, tetapi sekarang sudah RME jadi diagnosisnya langsung muncul sesuai ICD-10,” (Informan 1).

Berdasarkan wawancara dengan informan penggunaan rekam medis manual memiliki sejumlah kelemahan, yaitu tulisan dokter yang sulit terbaca dan kerentanan kertas terhadap kerusakan fisik, seperti robek, terkena air, atau lembab, sehingga informasi menjadi sulit diakses. Namun, dengan penerapan Rekam Medis Elektronik (RME), permasalahan ini dapat diatasi karena diagnosis langsung muncul sesuai dengan kode ICD-10. Hal yang dapat dilakukan jika menemukan diagnosis tidak

terbaca adalah konsultasi dengan DPJP atau petugas casemix. Hal ini menegaskan pentingnya transisi dari sistem manual ke digital dalam meningkatkan efisiensi dan keandalan dokumentasi medis. Terdapat 40% diagnosis tidak terbaca berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti terhadap 70 dokumen rekam medis rawat inap. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, apabila ditemukan diagnosis yang tidak dapat terbaca pada dokumen rekam medis rawat inap, maka informan mengidentifikasi diagnosis lain pada lembar catatan pasien terintegrasi dan lembar rekam medis lain. Selain itu, informan akan menanyakan langsung kepada DPJP.

Ketepatan kode diagnosis utama sangat dipengaruhi oleh kejelasan dan spesifikasi penulisan diagnosis oleh dokter. Diagnosis utama yang informatif dan mudah digolongkan sesuai kategori ICD-10 mempermudah proses pengkodean. Sebaliknya, diagnosis yang sulit dibaca atau tidak spesifik dapat menghasilkan data yang tidak akurat dan berdampak pada kualitas informasi klinis. Penelitian di Rumah Sakit Pusat Pertamina Jakarta Selatan menunjukkan bahwa 42% lembar ringkasan pulang memiliki penulisan diagnosis utama yang tidak jelas, dan 85% di antaranya tidak tepat dalam pemberian kode diagnosis, menunjukkan perlunya peningkatan dalam penulisan dan pengkodean diagnosis utama (Savira Nurjannah et al., 2022).

3) Singkatan Dokter

Penggunaan singkatan yang tidak konsisten atau tidak standar oleh dokter juga menjadi salah satu faktor penting yang dapat menyebabkan ketidakakuratan dalam kodefikasi diagnosis pada dokumen rekam medis rawat inap. Berikut adalah wawancara dengan informan terkait penggunaan singkatan dokter.

“Ya, dokter menggunakan singkatan untuk menuliskan diagnosis,” (Informan 3).

Ketika singkatan tersebut tidak dijelaskan dengan jelas dalam rekam medis, petugas rekam medis dapat mengalami kesulitan dalam menginterpretasikan informasi tersebut dengan tepat. Hal ini sangat berisiko menyebabkan kesalahan dalam proses pengkodean diagnosis, karena kodefikasi yang akurat sangat

bergantung pada kejelasan informasi yang tercatat dalam rekam medis.

Oleh karena itu, koordinasi antara petugas rekam medis dan dokter menjadi sangat penting untuk memastikan bahwa setiap singkatan yang digunakan memiliki pemahaman yang sama dan tidak menimbulkan kebingungannya. Upaya untuk memperbarui pedoman pengodean serta edukasi terkait penggunaan singkatan yang standar juga diperlukan untuk meminimalisir kesalahan yang dapat berakibat pada kualitas data medis dan pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa proses pengodean diagnosis di RSI Aisyiyah Malang dilakukan sesuai SOP dengan menggunakan pedoman ICD-10. Petugas membaca anamnesis dan diagnosis pasien, kemudian mencari lead-term di ICD-10 volume 3 untuk menemukan kode yang relevan dan memverifikasinya dengan penjelasan di ICD-10 volume 1. Perubahan SOP mengikuti pembaruan dari WHO terkait edisi terbaru ICD, yang biasanya disosialisasikan melalui platform komunikasi internal seperti *WhatsApp*.

Beberapa penggunaan singkatan yang tidak lazim membuat koder salah persepsi sehingga salah dalam pemberian koder. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Sugiarsi, penulisan istilah yang tepat dipengaruhi oleh peran petugas medis yang memperhatikan penggunaan singkatan yang umum digunakan dan memahami penggunaan terminologi medis yang benar dalam penulisan diagnosa. Jadi penggunaan singkatan yang umum dapat memudahkan petugas koding melakukan metode pengodean diagnosis. Selain itu, penggunaan ICD-10 dengan benar dalam melakukan kodefikasi dapat menunjang akurasi kode (Tri Utami, 2015).

Penggunaan singkatan yang tidak konsisten atau tidak standar dalam penulisan diagnosis medis dapat berisiko besar terhadap ketepatan kodefikasi diagnosis pada rekam medis pasien. Berdasarkan wawancara yang dilakukan di RSI Aisyiyah Malang, penggunaan singkatan umum seperti HT, DM, dan ISPA dapat memudahkan petugas koding, tetapi adanya singkatan yang tidak lazim atau ambigu, seperti CTEV yang terkadang ditulis sebagai $\frac{1}{4}$ CTV, seringkali membingungkan dan memerlukan klarifikasi dari dokter. Hal ini dapat memperlambat proses pengodean dan meningkatkan potensi kesalahan. Untuk itu, koordinasi yang baik

antara petugas rekam medis dan dokter sangat penting, terutama dalam memastikan penggunaan singkatan yang konsisten dan standar. Dengan adanya sistem seperti RME diagnosis yang langsung menyesuaikan dengan penulisan ICD-10, penggunaan singkatan yang tepat dan konsisten dapat meminimalisir kesalahan pengodean dan meningkatkan akurasi data medis.

4) Kelengkapan Autentikasi

Adanya pemberian tanda tangan dan nama Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dalam dokumen rekam medis memiliki peran yang sangat penting, karena sering kali disebut sebagai identitas profesional dan otorisasi legal. Kedua elemen ini berfungsi untuk memberikan kekuatan hukum yang sah, menjamin keabsahan administratif, serta menambah nilai etis dalam praktik kedokteran. Salah satu informan mengatakan bahwa kelengkapan tanda tangan dokter masih kurang.

Tabel 5. Autentikasi

No	Autentikasi	Jumlah (n)	Persentase (%)
1.	TTD DPJP	28	40
2.	Nama DPJP	33	47

“Memang beberapa berkas kurang lengkap, biasanya anamesa awal dari IGD, dan CPPT yang belum lengkap. Banyak tanda tangan dan nama DPJP yang kosong.”(Informan 3).

Tanpa autentikasi yang jelas dari DPJP, dokumen rekam medis dapat kehilangan nilai legalnya, yang berpotensi menimbulkan masalah hukum, baik bagi rumah sakit maupun tenaga medis yang terlibat. Selain itu, ketidaklengkapan atau ketidakakuratan dalam tanda tangan atau identitas DPJP dapat mengganggu validitas administrasi medis, yang pada gilirannya bisa mempengaruhi pengkodean diagnosis dan kualitas pelayanan pasien. Oleh karena itu, penting bagi rumah sakit untuk memastikan bahwa setiap dokumen rekam medis, terutama yang berkaitan dengan pasien rawat inap, telah dilengkapi dengan tanda tangan dan nama DPJP sebagai bentuk otorisasi yang sah. Tabel 5 menunjukkan data terkait ketidaklengkapan autentikasi pada dokumen rekam medis rawat inap, yang menjadi salah satu perhatian penting dalam pengelolaan rekam medis di rumah sakit ini.

Nama dokter digunakan untuk mengidentifikasi siapa yang bertanggung jawab atas diagnosis, pengobatan, atau tindakan medis yang tercatat, sedangkan tanda tangan berfungsi sebagai bukti bahwa dokter tersebut telah memverifikasi dan menyetujui isi dokumen secara sah. Berdasarkan hasil observasi yang ada pada tabel 5 ditemukan bahwa ada 40% atau 28 dokumen rekam medis yang tidak menyertakan tanda tangan dokter penanggungjawab dan 47% atau 33 dokumen rekam medis yang tidak ada nama dokter penanggungjawab. Nama dan tanda tangan dokter penanggung jawab yang tidak terisi akan membingungkan petugas koding dalam melakukan koordinasi, sebab tidak ada nama dokter penanggungjawab atas diagnosis yang telah ditegakkan. Sehingga akan berpengaruh pada keakuratan kode diagnosis yang akan dihasilkan nantinya oleh petugas koder.

Hal ini disebabkan oleh kurangnya pemahaman dan pengetahuan dari Profesional Pemberi Asuhan (PPA) mengenai pentingnya pengisian dokumen rekam medis. Akibatnya, dokter seringkali tidak segera menandatangani dokumen tersebut. Padahal, menurut Undang-Undang Praktik Kedokteran No. 29 Pasal 46 ayat (1), setiap dokter atau dokter gigi wajib membuat rekam medis sebagai bagian dari kewajibannya dalam menjalankan praktik kedokteran (Deky Mahendra Putra et al., 2022).

Pentingnya nama dan tanda tangan dokter penanggung jawab dalam dokumen rekam medis dapat berpengaruh pada akurasi pengodean diagnosis, apabila terjadi ketidaklengkapan autentikasi maka petugas koding kesulitan dalam mengidentifikasi siapa yang bertanggung jawab atas diagnosis dan tindakan medis yang tercatat. Hal ini diperburuk dengan kurangnya pengetahuan dari Profesional Pemberi Asuhan (PPA) mengenai pentingnya pengisian yang tepat pada dokumen rekam medis, yang seharusnya menjadi bagian integral dari kewajiban medis sesuai dengan undang-undang yang berlaku. Untuk itu, peningkatan kesadaran dan pemahaman terkait pentingnya kelengkapan dokumen rekam medis sangat diperlukan agar dapat memastikan akurasi data dan pelayanan medis yang optimal.

UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terima kasih singkat kami sampaikan kepada RSI Aisyiah Malang dan Poltekkes

Kemenkes Malang yang telah mendukung penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Amanda, R., Sonia, D., Medis, R., Kesehatan, I., & Kesehatan, I.-I. (2023). Hubungan Ketepatan Kode Diagnosis Terhadap Status Klaim JKN Rawat Inap di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 8(2), 2502–7786. <http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPI> KIp175Journalhomepage:<http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI>
- Budiarti, A., Harmanto, D., & Sri Rahayu, D. (2023). Gambaran Pelaksanaan Kodefikasi Diagnosa Pneumonia Berdasarkan Pendidikan, Pengegtauhan dan Masa Kerja Coder (Rsud Dr. M.Yunus Bengkulu). *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan*, 8(2), 110–124.
- Deky Mahendra Putra, A., Pradiska Budi, A., Ratri Sukmaningsih, W., Indonusa Surakarta, P., Palembang, J., Sukoharjo, K., & Tengah, J. (2022). Analisis Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit dr Oen Solo Baru Tahun 2021. *Journal Health Information Management Indonesian (JHIMI) Jurnal JHIMI*, 03.
- Immanuel Sitorus, M., Yulia, N., Fannaya, P., & Aula Rumana, N. (2022). Tinjauan Peranan Koder Dalam Pengajuan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di RSUD DR. R.M. Djoelham Kota Binjai. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 7(1), 56–64. <http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPI> KI
- Indawati, L. (2017a). Identifikasi Unsur 5M Dalam Ketidaktepatan Pemberin Kode Penyakit Dan Tindakan (Systematic Review). *Jurnal INOHIM*, 5(2), 59–64.
- Loren, E. R., Wijayanti, R. A., Program, N., Medis, S. R., Kesehatan, J., Jember, N., & Mastrip Timur, J. (2020b). Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Penyakit Diabetes Mellitus Di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. *Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(3), 129–140.
- Maryati, W. (2016a). Hubungan Antara Ketepatan Penulisan Diagnosis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Kasus

- Obstetri Di RS PKU Muhammadiyah Sukoharjo. INFOKES, 6.
- Maryati, W. (2016b). Hubungan Antara Ketepatan Penulisan Diagnosis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Kasus Obstetri Di RS PKU Muhammadiyah Sukoharjo. INFOKES, 6.
- Nuraeni, A. N., & Kresnowati, L. (n.d.). Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis Utama Pada Kasus Jantung Pasien Rawat Inap di RSUD Dr.Soedirman Kebumen. 1–6.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis, 1 (2022). www.peraturan.go.id
- Santiasih, W. A., Simanjong, A., & Satria, B. (2021). Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Di RSUD DR.RM Djoelham Binjai. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7(2), 2615–109.
- Savira Nurjannah, N., Rachmatta Putro Mudiono, D., Farlinda, S., & Djasmanto. (2022). Determinan Ketepatan Kode Diagnosis Utama di RS Pusat Pertamina Jakarta Selatan. *Jurnal Rekam Medik Dan Manajemen Informasi Kesehatan*, 1(1), 35–40.
<https://doi.org/10.47134/rammik.v1i1.14>
- Suharto, & Fauzan, D. M. (2022). Tinjauan Pelaksanaan Penyimpanan Berkas Rekam Medis Berdasarkan Unsur Manajemen 5M (Man, Money, Method, Machine, Material) Di RSAU Lanud Sulaiman Bandung. *TEDC*, 16(3), 255–261.
- Syam, N. Z. (2021). Analisis Pengaruh Informasi Medis Terhadap Ketidakuratan Kode Diagnosis Dalam Sistem Pembiayaan INA CBG'S Di Rumah Sakit (1).
- Tri Utami, Y. (2015). Hubungan Pengetahuan Coder Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap Jaminan Kesehatan Masyarakat Berdasarkan ICD-10 Di RSUD SIMO Boyolali. INFOKES, 5(1), 13–24.
- Yulianti Budiyani, V., Sri Wariyanti, A., & Wahyuningsih, S. (2021). Literature Review Faktor Yang Mempengaruhi Ketepatan Petugas Koding Diagnosis Berdasarkan Unsur 5M. *Indonesian Journal of Health Information Management*, 1(1), 14–20.
<https://doi.org/10.54877/ijhim.v1i1.3>