

IMPLEMENTASI REKAM MEDIS ELEKTRONIK BELUM MENJAMIN KETEPATAN KODE DIAGNOSIS KASUS GAGAL GINJAL

Praptana¹, Piping Asgiani², Dewi Retno Pamungkas³, Reza Iqbal Suhada⁴, Ida Aninda⁵

Korespondensi: pipingasgiani@gmail.com

¹⁻⁴Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta, Ambarketawang Gamping, Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta

⁵RSU Mitra Paramedika, Jl. Raya Ngemplak Kemasan, Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta

Abstrak

Gagal ginjal merupakan penyakit kronis dengan angka kematian tinggi dan pembiayaan besar oleh BPJS Kesehatan. Salah satu kendala utama dalam klaim BPJS adalah ketidaktepatan kode diagnosis. Implementasi rekam medis elektronik (RME) diharapkan dapat meningkatkan akurasi kode diagnosis dengan memperbaiki keterbacaan dan kelengkapan informasi medis. Penelitian kuantitatif dengan desain studi kasus ini membandingkan ketepatan kode diagnosis sebelum dan setelah implementasi RME di RSU Mitra Paramedika. Sampel terdiri dari 400 kasus gagal ginjal, masing-masing 200 kasus sebelum dan sesudah implementasi. Ketepatan kode diagnosis sebelum implementasi RME sebesar 89% dan setelah implementasi meningkat menjadi 90%, dengan selisih hanya 1%. Ketidaktepatan kode masih terjadi akibat inkonsistensi penulisan dan pemilihan kode diagnosis. Implementasi RME belum menunjukkan perbedaan signifikan dalam meningkatkan ketepatan kode diagnosis. Diperlukan penelitian lebih lanjut untuk mengidentifikasi penyebab utama ketidaktepatan guna meningkatkan kualitas dokumentasi rekam medis.

Kata Kunci: Implementasi RME, Kasus Ginjal, Ketepatan Kode, Prosentase

Abstract

Chronic kidney disease is a serious condition with a high mortality rate and significant financial burden on BPJS Kesehatan. One of the main challenges in BPJS claims is the inaccuracy of diagnosis codes. The implementation of electronic medical records (EMR) is expected to improve coding accuracy by enhancing readability and completeness of medical information. This quantitative study, using a case study design, compares the accuracy of diagnosis codes before and after EMR implementation at RSUD Mitra Paramedika. The sample consists of 400 kidney failure cases, with 200 cases before and 200 cases after implementation. The accuracy of diagnosis codes before EMR implementation was 89%, increasing to 90% after implementation, with only a 1% difference. Coding inaccuracies still occur due to inconsistencies in documentation and code selection. The implementation of EMR has not shown a significant difference in improving coding accuracy. Further research is needed to identify the main causes of coding inaccuracies to enhance the quality of medical record documentation.

Keywords:

EMR Implementation, Kidney Cases, Code Accuracy, Percentage

Pendahuluan

Menurut *World Health Organization* pada hasil *Studi Global Burden of Disease* tahun 2015 terdapat 1,2 juta pasien meninggal yang dikarenakan oleh gagal ginjal dan mulai tahun 2005 kasus ini meningkat sebesar 32%. (Isbaniah & Dkk, 2020). (World Health Organization, n.d.) Dari sisi pembiayaan kesehatan, data Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) tahun 2019 memperlihatkan bahwa sebanyak 1,93 juta kasus gagal ginjal dengan biaya 2,79 triliun bahkan pada saat pandemi covid pun tahun 2020 masih sebanyak 1,79 juta kasus dengan biaya 2,24 triliun peserta JKN mendapat pelayanan untuk pelayanan terapi pengganti ginjal (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01/07/Menkes/1634/2023 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Ginjal Kronik, 2023).

Permasalahan yang sering dihadapi rumah sakit pada era JKN ini yaitu pending klaim BPJS yang dikarenakan oleh ketepatan kode diagnosis. Penelitian terdahulu membuktikan bahwa terdapat hubungan signifikan antara ketepatan kode diagnosis dengan persetujuan dan kecepatan klaim BPJS (Siswati & Pratami, 2015; Trisetyawan et al., 2020). Keakuratan kode diagnosis sangat penting karena digunakan sebagai penentu biaya pelayanan Kesehatan pasien (Indawati, 2019). Keakuratan hasil kode diagnosis menjadi hal utama dalam proses klaim, dampak ketidakakuratan kode menjadi faktor penghambat dalam proses klaim BPJS. Beberapa kasus klaim dapat dikembalikan oleh pihak BPJS jika ditemukan kekurangan pada kelengkapan informasi serta ketidakakuratan kode diagnosis (Indawati, 2019; Maryati et al., 2023).

Berbagai upaya telah dilakukan fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia untuk meningkatkan kualitas pendokumentasian salah satunya dengan penerapan rekam medis elektronik (RME) (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis, 2022). Rekam medis elektronik didefinisikan sebagai sistem yang memudahkan penyimpanan data dan informasi klinis pasien, pemasukan data dan manajemen, pendukung keputusan, komunikasi elektronik mengenai kondisi pasien yang efektif, pendukung keselamatan pasien, memudahkan administrasi serta pelaporan data demografi, data medis, dan dapat dilengkapi dengan sistem pendukung keputusan. Implementasi RME sendiri menjadi salah satu upaya pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan, kepuasan pasien, akurasi pendokumentasian, mengurangi clinical errors, dan mempercepat akses data pasien (Petter & Fruhling, 2011).

Penyebab paling umum ketidakakuratan kode diagnosis pasien pada rekam medis konvensional yaitu kesalahan pembacaan diagnosis pada berkas rekam medis. Seiring dengan perkembangan teknologi dan pemberlakuan rekam medis elektronik di fasilitas pelayanan kesehatan, maka faktor ketidakterbacaan tulisan dokter bukan lagi menjadi faktor ketidakakuratan kode diagnosis. Penerapan RME dapat meningkatkan kualitas dan keterbacaan data lebih baik, karena tulisan

yang mudah dibaca maka dokter lebih mudah mendapatkan informasi dan bisa mengecek jika terjadi kesalahan dalam penulisan (Humpage, 2012). Kelengkapan informasi medis dan keakuratan dokumen rekam medis sangatlah penting, jika informasi medis dalam suatu dokumen rekam medis tidak lengkap, maka kode diagnosis yang dihasilkan menjadi tidak tepat (Wariyanti, 2014).

Setiap rumah sakit harus mengutamakan kualitas kode diagnosis oleh karena kode diagnosis menjadi hal utama pada bidang manajemen data klinis, klaim biaya, serta hal lain yang berhubungan dalam asuhan dan pelayanan kesehatan. Rumah Sakit Mitra Paramedikatelah mengimplementasikan RME di Instalasi Rawat Inap yang salah satu tujuannya yaitu untuk menunjang kelengkapan dokumentasi dan meningkatkan kualitas informasi kesehatan. Selama penerapan RME belum pernah dilakukan analisis kualitas hasil kode diagnosis. Penelitian yang akan dilakukan oleh civitas akademika Fakultas Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta bertujuan membandingkan hasil kode diagnosis sebelum dan sesudah implementasi RME untuk melihat perbandingan prosentase keakuratan kode diagnosis kasus ginjal dari penggunaan rekam medis elektronik. Sebagian besar penelitian terkait dengan ketepatan kode diagnosis masih banyak dilakukan. Namun, penelitian tentang perbandingan hasil kode diagnosis sebelum dan sesudah implementasi RME dan gambaran Efektivitas implementasi RME dalam mendukung ketepatan kode diagnosis masih terbatas.

Metode

Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain studi kasus. Desain penelitian ini menjadi pilihan utama dibanding dengan penelitian lainnya, karena dapat mengungkapkan gambaran yang detail dan mendalam tentang suatu kondisi atau objek (Sugiyono, 2017). Pendekatan studi kasus dalam penelitian ini untuk melihat prosentase keakuratan kode diagnosis sebelum dan sesudah pendokumentasian rekam medis elektronik. Obyek penelitian ini adalah hasil kode yang sudah dikerjakan oleh koder. Populasi penelitian ini adalah hasil kode diagnosis pada 1 semester sebelum dan sesudah implementasi rekam medis elektronik di Instalasi Rawat Inap kasus Gagal Ginjal. Sampel penelitian dipilih menggunakan teknik *Purposive Sampling*. Jumlah sampel yang didapatkan sebanyak 400 kode diagnosis kasus ginjal. Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini berupa data kuantitatif berbentuk tabel distribusi perbandingan ketepatan kode diagnosis kasus Gagal Ginjal sebelum dan sesudah implementasi RME untuk membandingkan prosentase ketepatan kode diagnosis sebelum dan sesudah implementasi diagnosis.

Hasil dan Pembahasan

Hasil penelitian yang dilakukan secara observasi langsung dapat dijabarkan angka ketepatan dan ketidaktepatan kode diagnosis kasus Ginjal periode sebelum dan implementasi RME. Jumlah kode diagnosis yang dianalisis sebanyak 200 kode sebelum implementasi RME dan 200 kode setelah implementasi RME, hasil analisis dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 1 Ketepatan dan Ketidaktepatan Kode Diagnosis Kasus Ginjal Periode Sebelum dan Sesudah Implementasi RME

Komponen	Sebelum			Sesudah		
	Tepat	Tidak Tepat	Jumlah	Tepat	Tidak Tepat	Jumlah
Jumlah RM	178	22	200	173	20	200
Prosentase	89%	11%	100%	90%	10%	100%

Sumber: RSU Mitra Paramedika, 2024

Berdasarkan tabel di atas dapat dijabarkan bahwa sebelum implementasi RME prosentase ketepatan diagnosis sebesar 89%, sedangkan ketidakakuratan kode diagnosis sebesar 11%. Sesudah Implementasi RME terdapat 90% kode yang tepat, sedangkan kode yang tidak tepat sebesar 10%. Prosentase ketepatan kode sebelum implementasi sebesar 89%, sedangkan prosentase ketepatan kode setelah implementasi RME sebesar 90%. Jika dibandingkan antar periode sebelum dan sesudah implementasi RME ketepatan kode hanya selisih 1% artinya tidak ada perbedaan signifikan ketepatan kode diagnosis kasus Gagal Ginjal. Walaupun belum signifikan peningkatan ketepatan kode diagnosis setelah implementasi RME, tetapi dapat dilihat bahwa implementasi RME dapat mendukung ketepatan pengodean diagnosis. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Asgiani et al, yang menyatakan bahwa implementasi RME mempunyai peran dalam peningkatan ketepatan kode karena lebih memudahkan dalam pendokumentasian, membaca, dan menampilkan informasi yang lebih lengkap (Asgiani et al., 2024). Data hasil pengodean diagnosis yang nantinya akan digunakan dalam keperluan manajemen informasi kesehatan (Harmanto et al., 2022).

Hasil analisis ketidaktepatan kode diagnosis sebelum implementasi RME dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 2 Ketidakakuratan Kode Diagnosis Kasus Ginjal Sebelum Implementasi RME

No	Diagnosis	Jumlah Kasus	Kode RS	Kode Expert
1	Acute kidney injury	1	N17.0	N17.9
2	CKD ec nefropati HT	4	N18.9	I12.9
3	CKD on HD	1	N18.9	N18.5
4	CKD st III	4	N18.8	N18.3
		2	N18.9	
5	CKD stage V	1	N17.5	N18.5
		2	N18.0	
6	Colic Renal	4	N18.9	N23
7	KRISI HIPERTENSI, CKD, GEA, ANEMIA RENAL, HHD	1	N17.9	I11.9
8	Sindrom nefrotik sekunder ec DMT1	1	N04	E10.2+ N08.3*
9	Unspecified renal failure	1	N19.9	N19
Grand Total		22		

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel di atas, dapat dianalisis bahwa terdapat diagnosis yang sama tetapi koder memberikan kode yang berbeda atau tidak konsisten dalam penentuan kode diagnosis. Sebagai contoh *CKD Stage 3*, terdapat 6 kasus tetapi koder memberikan kode N18.8 sejumlah 4 kasus, sedangkan 2 kasus lainnya diberikan kode N18.9. Pada penelitian yang telah dilakukan oleh Widyaningrum et al, bahwa faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis yaitu dari tenaga medis yang kurang jelas menuliskan diagnosis, koder yang tidak melakukan konfirmasi, dan kesalahan dalam pemilihan kode (Widyaningrum et al., 2022).

Hasil analisis ketidaktepatan kode diagnosis sesudah implementasi RME dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 3 Ketidakakuratan Kode Diagnosis Kasus Ginjal Setelah Implementasi RME

No	Diagnosis	Jumlah Kasus	Kode RS	Kode Expert
1	AKI dd CKD	3	N19	N17.9
2	CKD	1	N18.5	N18.9

No	Diagnosis	Jumlah Kasus	Kode RS	Kode Expert
3	CKD	2	N18.8	N18.9
4	CKD ec nefropati HT	1	N18.9	I12.9
5	CKD st III	1	N18.9	N18.3
6	CKD st V on HD rutin	2	N18.8 N18.9	N18.5
7	CKD STAGE V	2	N18.9 N18.0	N18.5
8	Colic renal sinistra	1	N19	N23
9	End-stage renal disease	5	N18.0	N18.5
11	sindrom nefrotik sekunder ec DMT1	1	N04.9	E10.2+ N08.3*
12	Sindroma Nefrotik	1	N04	N04.9
Grand Total		20		

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel di atas, ketidaktepatan kode diagnosis setelah implementasi RME tidak terlalu berbeda dengan kasus ketidaktepatan kode diagnosis sebelum implementasi RME. Contohnya seperti diagnosis CKD diberikan kode N18.5 sebanyak 1 diagnosis, kemudian 2 kode lainnya adalah N18.8. Hasil kode diagnosis End-stage renal disease sejumlah 5 kasus diberikan kode N18.0 yang seharusnya N18.5. Terdapat penulisan diagnosis tidak seragam seperti End Stage Renal disease dengan CKD Stage V. Implementasi RME seharusnya memberikan manfaat seperti keseragaman dalam penulisan diagnosis. Hal ini juga sudah tertuang pada Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis bahwa pendokumentasian rekam medis pasien harus lengkap dan akurat seperti penulisan diagnosis yang diwajibkan menulis dengan istilah medis sesuai dengan standar untuk keseragaman diagnosis dan memudahkan tenaga kesehatan dalam memahami (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis, 2022). Temuan dari penelitian ini menimbulkan pertanyaan tentang Standar Operasional Prosedur tata laksana penulisan diagnosis dan pengodean diagnosis pasca implementasi RME, karena angka ketidaktepatan kode dinyatakan masih tinggi. Koder harus memperhatikan ketepatan kode diagnosis dikarenakan bisa berdampak pada pembiayaan kesehatan, manajemen data klinis, serta hal-hal yang berkaitan dengan asuhan pasien (Thigpen et al., 2015).

Kesimpulan

Angka prosentase ketidaktepatan kode diagnosis kasus ginjal di RSUD Mitra Paramedika dengan perbandingan sebelum dan setelah implementasi diagnosis tidak mengalami perbedaan signifikan yaitu sebelum implementasi sebesar 89%, sedangkan setelah implementasi sebesar 90%, jika keduanya dibandingkan hanya berselisih 1%. Implementasi RME seharusnya memberikan dampak positif seperti peningkatan ketepatan kode diagnosis, tetapi hal ini belum terjadi di RSUD Mitra Paramedika. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terkait penyebab utama ketidaktepatan kode diagnosis dilihat dari aspek yang lebih komprehensif, untuk bisa dicarikan solusi permasalahannya.

Daftar Referensi

- Asgiani, P., Purwanti, E., Azizah, F. N., Nurdiyansyah, A. K., & Suryaningsih, Y. (2024). PROSENTASE AKURASI KODE DIAGNOSA KASUS GANGGUAN JIWA PADA IMPLEMENTASI REKAM MEDIS ELEKTRONIK DI RSUD NYI AGENG SERANG. *Infokes: Jurnal Ilmiah Rekam Medis Dan Informatika Kesehatan*, 14(2), 111–116. <https://doi.org/10.47701/INFOKES.V14I2.4008>
- Harmanto, D., Dinata, M. T. Y. P., Djusmalinar, & Sari, N. P. (2022). Hubungan Kelengkapan Dokumen Rekam Medis dengan Keakuratan Kode Diagnosa Chronic Renal Failure di Rumah Sakit M. Yunus Bengkulu. *JIK-MC*, 1(2). <https://journal-mandiracendikia.com/jbmc>
- Humpage, S. (2012). Benefits and Costs of Electronic Medical Records: The Experience of Mexico's Social Security Institute. *SSRN Electronic Journal*, June. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1814697>
- Indawati, L. (2019). Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Tahun 2016. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 113–113. <https://doi.org/10.33560/JMIKI.V7I2.230>
- Isbaniah, F., & Dkk. (2020). *Pedoman Kesiapsiagaan Menghadapi Coronavirus Disease (Covid-19)*. Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01/07/Menkes/1634/2023 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Ginjal Kronik*. (2023).
- Maryati, W., Rahayuningrum, I. O., & Hestiana, H. (2023). Ketepatan Kode Diagnosis Chronic Kidney Disease Dalam Mendukung Kelancaran Klaim BPJS Di Rumah Sakit. *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM)*, 11(1), 43–49. <https://doi.org/10.47007/INOHIM.V11I1.497>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis (2022).
- Petter, S., & Fruhling, A. (2011). Evaluating the success of an emergency response medical information system. *International Journal of Medical Informatics*, 80(7), 480–489. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2011.03.010>
- Siswati, S., & Pratami, S. L. (2015). Hubungan Ketepatan Pemberian Kode Diagnosa Dan Tindakan Terhadap Persetujuan Klaim BPJS. *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM)*, 3(2), 52–60. <https://doi.org/10.47007/INOHIM.V3I2.116>
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. CV. Alfabeta.
- Thigpen, J. L., Dillon, C., Forster, K. B., Henault, L., Quinn, E. K., Tripodis, Y., Berger, P. B., Hylek, E. M., & Limdi, N. A. (2015). Validity of international classification of disease codes to identify ischemic stroke and intracranial hemorrhage among individuals with associated diagnosis of atrial fibrillation. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 8(1), 8–14. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.113.000371>

Nama penulis (diisi oleh editor)

- Trisetyawan, R., Eryani, S., Bhakti, S., Bengkulu, H., Kinibalu, J., & Bengkulu, K. T. (2020). HUBUNGAN KETEPATAN KODE DIAGNOSE DYSPEPSIA DENGAN KLAIM BPJS DI RUMAH SAKIT RAFFLESIA BENGKULU. *Mitra Rafflesia (Journal of Health Science)*, 10(2). <https://doi.org/10.51712/mitrarafflesia.v10i2.10>
- Wariyanti, A. S. (2014). *Hubungan Antara Kelengkapan Informasi Medis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar Tahun 2013*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Widyaningrum, L., Wahyuningsih, H. N., & Wariyanti, A. S. (2022). Keakuratan Kode Kombinasi Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang Boyolali. *Infokes: Jurnal Ilmiah Rekam Medis Dan Informatika Kesehatan*, 12(1), 49–53. <https://doi.org/10.47701/INFOKES.V12I1.1362>
- World Health Organization. (n.d.). *The global burden of kidney disease and the sustainable development goals*.