



ANALISIS AKURASI KODE DIAGNOSIS PRIMER DALAM REKAM MEDIS PASIEN RAWAT INAP BPJS BERDASARKAN ICD-10 DI RUMAH SAKIT UMUM REGIONAL "X"

Syndia Puspitasari

D-IV Manajemen Informasi Kesehatan STIKES RS Baptis Kediri

Article info	ABSTRACT
<p>Corresponding Author: (nama, email, asal institusi)</p> <p>Syndia Puspitasari syndiapuss96@gmail.com STIKES RS Baptis Kediri</p>	<p>Ketepatan penentuan kode diagnosis utama menjadi penentu dalam ketepatan pembuatan laporan morbiditas dan mortalitas serta ketepatan biaya klaim pelayanan kesehatan seorang pasien. Di RSUD "X", dari hasil survei pendahuluan pada 20 dokumen rekam medis rawat inap pasien BPJS yang diambil secara acak terdapat 10% kode diagnosis utama yang tidak tepat. Jenis penelitian ini adalah deskriptif observasi dengan pendekatan retrospektif. Populasinya Adalah seluruh dokumen rekam medis rawat inap pasien BPJS pada triwulan IV tahun 2025 sebesar 6210 dokumen rekam medis dan didapatkan sampel sebesar 99 dokumen rekam medis. Persentase ketepatan penentuan kode diagnosis utama sebesar 89 dokumen (89,89%) lebih besar dari kode diagnosis utama yang tidak tepat sebesar 10 dokumen (10,11%). Salah dalam penentuan kondisi utama terdapat pada aturan ICD-10 tahun 2010 Bab 12 tentang Kode Fraktur, aturan penggunaan kode "Z" dan rules MB.1.</p> <p>Keywords: Ketepatan, Kode Diagnosis Utama, Pasien BPJS.</p>
<p>This article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)</p>	

LATAR BELAKANG

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UUNo.44 Tahun 2009). Untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang optimal, rumah sakit harus meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, dimana mutu pelayanan kesehatan salah satunya dapat dilihat dari rekam medis pasien. Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes No.269 Tahun 2008).

Pemberian kode adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka dan kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada dalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya diindeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen dan riset di bidang kesehatan (Rista & Jepisah, 2021). Kegiatan pengkodean adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf dan angka atau kombinasi antarhuruf dan angka yang mewakili komponen data. Kegiatan yang dilakukan dalam koding meliputi kegiatan pengkodean tindakan medis. Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode (Sari & Pela, 2017). Kodifikasi diagnosis dan tindakan harus dilaksanakan sesuai aturan sistem koding International statistical classification of disease and related health problem dari WHO. Salah satu fungsi yang cukup penting dalam klasifikasi kodifikasi penyakit dan Tindakan adalah pembiayaan pelayanan kesehatan.

Menurut data survey awal di RSUD “X” Bulan Oktober Tahun 2025 dari 20 berkas rekam medis ditemukan kode diagnosis utama 90% Tepat dan 10% tidak tepat. Contoh Kasus ketidak tepatan terjadi pada pasien dengan diagnosis utama heart failure dengan kode I50.9, diagnosis sekunder anemia dengan kode D64.9, dilakukan pemeriksaan echocardiography dan laboratorium darah kemudian dilakukan tindakan transfusi jenis pack red cell dengan kode 99.04, kasus tersebut di reseleksi berdasarkan Rule MB1 dimana kondisi minor tercatat sebagai diagnosis utama, jadi anemia dengan kode D64.9 sebagai kode diagnosis utama karena pasien datang untuk anemia dan prosedur yang dilakukan adalah transfusi. Perhitungan tarif INA-CBGs (Indonesian Case Base Groups) didasarkan pada data costing dan data koding rumah sakit, apabila terjadi kasus ketidaktepatan kode diagnosis utama maka akan berakibat pada kesalahan perhitungan tarif (Permenkes No. 26 Tahun 2021). Akibat lain dari ketidaktepatan kode diagnosis utama adalah kesalahan pada pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas (Hatta, 2013 : 134).

Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat memberi kontribusi untuk mengetahui sejauh mana tinjauan ketepatan kode diagnosis utama dokumen rekam medis rawat inap pasien BPJS Berdasarkan ICD-10 di RSUD “X” Triwulan IV Tahun 2025

METODE

Penelitian ini menggunakan desain observasional deskriptif dengan pendekatan retrospektif. Penelitian ini dilakukan di RSUD “X”.

Populasi terdiri dari seluruh rekam medis pasien rawat inap BPJS pada kuartal keempat tahun 2025, berjumlah 6.210 rekam medis. Dengan menggunakan teknik pengambilan sampel, 99 rekam medis dipilih sebagai sampel penelitian.

Data dikumpulkan dengan meninjau dokumen rekam medis dan membandingkan kode diagnosis utama yang ditetapkan dengan pedoman ICD-10. Analisis data dilakukan secara

deskriptif untuk menghitung persentase akurasi pengkodean dan mengidentifikasi jenis kesalahan umum.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kebijakan sistem pengkodean di RSUD “X”

Pedoman dalam melaksanakan kegiatan kodefikasi diagnosis penyakit dan tindakan medis sudah diatur dalam Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah “X” Nomor 024/12676/302/2014 Tentang Kebijakan Penyelenggaraan Rekam Medik di Rumah Sakit Umum Daerah “X” yang digunakan dalam pembuatan buku pedoman penyelenggaraan rekam medis dan standar prosedur operasional terkait kegiatan rekam medis di RSUD “X”.

Standar Prosedur Operasional penentuan kode diagnosis utama di RSUD “X”

Penentuan kode diagnosis penyakit dan tindakan di RSUD “X” sudah ditetapkan langkah-langkahnya dalam Standar Prosedur Operasional Kodefikasi ICD-10, ICD-9CM dan ICOPIM Dokumen Rekam Medik Bagi Dokter di Ruang dan Standar Prosedur Operasional Verifikasi Kodefikasi Penyakit dan Tindakan pada Dokumen Rekam Medik bagi Petugas Kodefikasi di Seksi Rekam Medik. Dokumen rekam medis dari ruang pelayanan akan di beri kode diagnosis dan tindakan oleh dokter yang merawat pasien kemudian akan dikirim ke bagian rekam medis untuk dikode ulang atau diverifikasi oleh koder. Pelaksanaan verifikasi pengkodean oleh koder di ruang rekam medis menggunakan ICD-10 dan ICD-9CM tahun 2010, namun penggunaan revisi ICD belum tercantum dalam Standar Prosedur Operasional Pengkodean di RSUD “X”.

Ketepatan kode diagnosis utama dokumen rekam medis rawat inap pasien BPJS berdasarkan ICD-10 di Rumah Sakit Umum Daerah “X”

Hasil penelitian pada daftar kunjungan pasien rawat inap diperoleh 6.210 pasien BPJS sebagai populasi dan 99 dokumen rekam medis rawat inap sebagai sampel yang sudah terkodefikasi di RSUD “X” periode triwulan IV tahun 2025 diperoleh hasil sebagai berikut :

No.	Uraian	Jumlah Dokumen
1.	Tepat	86
2.	Tidak Tepat	13
Jumlah		99

Berdasarkan tabel V.1 dari 99 sampel dokumen rekam medis diperoleh kode diagnosis utama yang tepat sebanyak 86 dokumen rekam medis dengan persentase 86,86 %, dan kode diagnosis utama yang tidak tepat sebanyak 13 dokumen rekam medis dengan persentase 13,14 %.

Kasus ketidaktepatan kode diagnosis utama terjadi pada pasien dengan diagnosis yang tertulis pada lembar resume medis yaitu diagnosis utama fracture of rib dengan kode

diagnosis S22.3. Hal ini menyebabkan kode diagnosis utama menjadi tidak tepat. Ketidaktepatan ini masuk dalam aturan pengkodean khusus fraktur pada Bab 19 ICD-10 volume 1 tahun 2010 yang menjelaskan bahwa ICD 10 menyediakan kode digit ke-5 berupa kode 0 untuk patah tulang tertutup, kode 1 untuk patah tulang terbuka dan apabila tidak spesifik patah tulang tertutup atau terbuka, maka harus diklasifikasikan kedalam patah tulang tertutup dengan penambahan kode 0 pada digit ke-5 dan pada kasus ini peneliti tidak menemukan informasi didalam dokumen rekam medis pasien yang menyebutkan apakah pasien mengalami patah tulang terbuka atau tertutup, maka peneliti menggunakan instruksi yang terdapat dalam ICD-10 tersebut untuk mengklasifikasikannya kedalam patah tulang tertutup dengan kode peneliti S22.30.

Ketidaktepatan lainnya terjadi pada pasien dengan diagnosis utama hodgkin lymphoma dengan kode C81.9 kemudian diagnosis sekundernya kemoterapi dengan kode Z51.1, dilakukan tindakan kemoterapi dengan kode tindakan 99.25 dan dalam lembar catatan perkembangan pasien terintegrasi tertulis lanjutan kemoterapi. Berdasarkan aturan pengkodean INA-CBGs dalam Permenkes Nomor 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INACBGs) yang menyebutkan bahwa untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehab medik, kemoterapi, radioterapi) dapat menggunakan kode “Z” sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder. Contohnya kondisi utama adalah kemoterapi dan kondisi lain adalah Ca. Mammae, pasien datang ke rumah sakit untuk dilakukan kemoterapi karena Ca. Mammae, diberi kode kemoterapi (Z51.1) sebagai diagnosis utama dan Ca. Mammae (C50.9) sebagai diagnosis sekunder. Peneliti menggolongkan kode diagnosis utama untuk kasus pasien tersebut adalah tidak tepat berdasarkan aturan sistem INACBGs kemudian memberi kode peneliti Z51.1 untuk kemoterapi sebagai diagnosis utama dan kode C81.9 untuk hodgkin lymphoma sebagai diagnosis sekunder.

Hasil penelitian ini relevan dengan penelitian yang dilakukan oleh Weningsih & Arintaka (2022) yang menjelaskan bahwa kesalahan reseleksi diagnosis utama akan berdampak pada salah pengkodean diagnosis utama dan diagnosis tambahan yang tercatat. Pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016, telah menjelaskan aturan reseleksi jika petugas koding menggunakan urutan diagnosis yang ditulis dokter tetapi yang ditemui adalah istilah umum maka berlaku rule MB pada aturan ICD-10. Pada penelitian lain terkait reseleksi diagnosis yang dilakukan oleh Ningtyas, dkk (2019) menyebutkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara ketepatan reseleksi kode diagnosis utama dengan pembiayaan di rumah sakit sehingga perlu dilakukan pengkajian terkait ketepatan kode diagnosis utama kasus persalinan sebelum dan sesudah verifikasi oleh BPJS Kesehatan. Petugas koding tidak menerapkan aturan pengkodean morbiditas (rule MB1-MB5) dalam

melakukan reseleksi diagnosis sehingga sering terjadi kekeliruan dalam menentukan kode diagnosis utama. kesalahan dalam melakukan reseleksi diagnosis utama menjadi faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis. Oleh karena itu, rumah sakit perlu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas koding melalui pelatihan kodifikasi sesuai ICD-10

CONCLUSION

Tingkat akurasi pengkodean diagnosis utama dalam rekam medis BPJS pasien rawat inap di RSUD “X” selama kuartal keempat tahun 2025 adalah 89,89%, sedangkan 10,11% tidak akurat. Ketidakakuratan pengkodean terutama disebabkan oleh kesalahan dalam menerapkan aturan morbiditas ICD-10, penyalahgunaan pedoman pengkodean fraktur, penggunaan kode “Z” yang salah, dan pemilihan ulang diagnosis utama yang tidak tepat berdasarkan Aturan MB1. Peningkatan pelatihan pengkode, revisi SOP untuk secara jelas menentukan revisi ICD-10, dan penguatan audit internal direkomendasikan untuk meningkatkan akurasi pengkodean dan memastikan penggantian biaya INA-CBG yang akurat.

BIBLIOGRAFI

- Budi, S. (2011). Manajemen Unit Kerja Rekam Medis.
- Hatta, G. (2013). Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan.
- Indradi, R. (2014). Manajemen Informasi Kesehatan.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10), Volume 1–3. WHO.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Permenkes No. 26 Tahun 2021 tentang Sistem INA-CBGs.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2008). Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.
- Nadia Rista, & Doni Jepisah. (2021). Tinjauan Pelaksanaan Pengkodean Penyakit Gastroenteritis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit PMC Pekanbaru Tahun 2020. *Jurnal Rekam Medis (Medical Record Journal)*, 1(2), 97–105. <https://doi.org/10.25311/jrm.vol1.iss2.358>
- Ningtyas, N. K., Sugiarsi, S., & Wariyanti, A. S. (2019). Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Utama Kasus Persalinan Sebelum dan Sesudah Verifikasi pada Pasien BPJS di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 4(1), 1. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.38794>
- Sari, T. P., & Pela, T. H. (2017). Ketidaktepatan Kode Kombinasi Hipertensi Pada Penyakit Jantung dan Penyakit Ginjal Berdasarkan ICD 10 di Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 5(1), 53.

<https://doi.org/10.33560/.v5i1.148>

Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Undang-Undang Republik Indonesia No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS.

Weningsih, I. R., & Arintaka, F. K. (2022). Tinjauan Pengodean Klinis Pasien Bpjs Guna Mendukung Ketepatan Grouping Ina-CBG's di Rumah Sakit Cimahi. *Jurnal Kesehatan*, 10(1), 75–83. <https://doi.org/10.55912/jks.v10i1.48>