

HUBUNGAN KELENGKAPAN INFORMASI MEDIS DENGAN KEAKURATAN KODE *TUBERCULOSIS* PARU BERDASARKAN ICD-10 PADA DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP DI BBKPM SURAKARTA

¹Yeni Tri Utami, ²Nita Rosmalina

¹ Prodi D3 Rekam medis dan Informasi Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa
Surakarta, yeni_tri@udb.ac.id

² Prodi D3 Rekam medis dan Informasi Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa
Surakarta

ABSTRAK

BBKPM Surakarta merupakan balaibesar kesehatan parumasyarakat di Surakarta. Tuberculosis Paru berada pada urutan keempat dan kelima dalam 10 besar penyakit pasien rawat inap tahun 2017. Berdasarkan survei pendahuluan terdapat 80% dokumen tidak lengkap dan 60% dokumen tidak akurat. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan kelengkapan informasi medis terhadap keakuratan kode Tuberculosis Paru di BBKPM Surakarta.

Jenis penelitian ini adalah analitik dengan metode observasi dan wawancara dengan menggunakan pendekatan retrospektif. Jumlah populasi yaitu 66 dokumen rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosis Tuberculosis Paru tahun 2017. Teknik pengambilan sampel penelitian menggunakan teknik sampel jenuh. Analisis data dilakukan dengan analisis univariate dan analisis bivariate, sedangkan untuk analisis bivariate diperoleh dari perhitungan uji chi -square dengan menggunakan aplikasi SPSS.

Persentase akurasi kode diagnosis Tuberculosis Paru di BBKPM Surakarta 2017 menunjukkan angka keakuratan 52% (34 dokumen) dan ketidakakuratan 48% (32 dokumen). Kelengkapan informasi medis terdapat 8% (5 dokumen) lengkap dan 92% (61 dokumen) tidak lengkap. Berdasarkan hasil perhitungan SPSS nilai $p=0,592 > 0,05$, artinya H_0 diterima dan H_a ditolak, dengan demikian tidak ada hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode Tuberculosis Paru berdasarkan ICD-10 di BBKPM Surakarta tahun 2017.

Kata Kunci: Akurasi Kode, Diagnosis Tuberculosis Paru, ICD-10

ABSTRACT

BBKPM Surakarta is a community center for lung health in Surakarta. Pulmonary tuberculosis is in the fourth and fifth place in the top 10 inpatient diseases in 2017. Based on the preliminary survey there were 80% of incomplete documents and 60% of documents were inaccurate. The purpose of this study was to determine the relationship between the completeness of medical information on the accuracy of the pulmonary tuberculosis code in BBKPM Surakarta.

This type of research is analytical with observation and interview methods using a retrospective approach. The population is 66 inpatient medical record documents with a diagnosis of Lung Tuberculosis in 2017. The research sampling technique uses saturated sample techniques. Data analysis was performed by univariate analysis and bivariate analysis, while bivariate analysis was obtained from the chi-square test using the SPSS application.

The percentage of accuracy of diagnosis code for pulmonary tuberculosis in BBKPM Surakarta 2017 shows the accuracy rate of 52% (34 documents) and inaccuracies of 48% (32 documents). Completeness of medical information is 8% (5 documents) complete and 92% (61 documents) are incomplete. Based on the results of the SPSS calculation the value of $p = 0.592 > 0.05$, means that H_0 is accepted and H_a is rejected, thus there is no relationship between completeness of medical information with the accuracy of the pulmonary Tuberculosis code based on ICD-10 in BBKPM Surakarta in 2017

Keywords: Code Accuracy, Pulmonary Tuberculosis Diagnosis, ICD-10

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Rekam medis berperan penting dalam peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit dan membantu dalam pengambilan keputusan. Informasi yang diperoleh bersumber dari dokumen rekam medis pasien. Staf medik dan tenaga kesehatan dituntut untuk mengisi rekam medis secara cepat, tepat, akurat dan mudah dibaca, karena akan berpengaruh terhadap pelayanan lain yang akan dilakukan oleh staf non medik (Depkes RI, 2006). Ketepatan penulisan yang dimaksud adalah ketepatan penulisan diagnosis yang ditegakkan terhadap pasien yang nantinya akan dilakukan pengkodean. Pengkodean diagnosis dilakukan di bagian instalasi rekam medis khususnya di bagian *coding*. Tenaga medis khususnya dokter dan tenaga non medis khususnya *coder* harus saling berkomunikasi agar menghasilkan kodef kasi penyakit yang tepat dan akurat.

Salah satu jenis penyakit yang insiden kejadiannya tinggi di Indonesia yaitu tuberculosis. Pada tahun 2012 diperkirakan ada sekitar 130.000 kasus TB yang diperkirakan ada tetapi belum dilaporkan (Kemenkes RI, 2014). Indonesia tetap memakai prevalensi TB dan hasil survei prevalensi TB 2013-2014 yang bertujuan untuk menghitung prevalensi TB paru dengan konfirmasi bakteriologis pada populasi yang berusia > 15 tahun di Indonesia. Angka prevalensi TB pada tahun 2014 menjadisebesar 647 per 100.000 penduduk meningkat dari 272 per 100.000 penduduk pada tahun sebelumnya. Pada tahun 2015 ditemukan jumlah kasus tuberculosis sebanyak 330.910 kasus, meningkat apabila dibandingkan semua kasus tuberculosis yang ditemukan pada tahun 2014 yang sebesar 324.539 kasus. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di Provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur dan Jawa Tengah. Kasus tuberculosis di tiga provinsi tersebut sebesar 38% dari jumlah seluruh kasus baru di Indonesia (Kemenkes RI, 2015)

Untuk mendapatkan kode diagnosis yang tepat, termasuk kode diagnosis Tuberculosis Paru tidak hanya didasarkan pada formulir *resume* akan tetapi lembar-lembar lain yang berkaitan dengan proses pengkodean, misalkan pada lembar pemeriksaan penunjang seperti hasil pemeriksaan laboratorium, hasil pemeriksaan radiologi dan lembar lainnya yang berhubungan dengan penegakkan diagnosis. *Coder* sebelum melakukan pengkodean harus melihat setiap lembar rekam medis guna penentuan kode diagnosis yang akurat. (Hatta, 2012). Akan tetapi fakta di Rumah Sakit masih banyak ditemukan ketidaklengkapan pengisian informasi pada dokumen rekam medis.

Menurut Pujihastuti dan Sudra (2014) Salah satu faktor penyebab ketidaklengkapan pengisian informasi dokumen rekam medis diantaranya adalah waktu dokter yang sempit, pasien yang banyak, pasien APS (Atas Permintaan Sendiri). Belum sepenuhnya semua petugas terkait menyadari akan pentingnya kelengkapan pengisian berkas rekam medis yang isinya mengandung informasi yang penting, karena hal ini berpengaruh terhadap mutu dan hal-hal yang terkait didalamnya.

Berdasarkan survei pendahuluan di BBKPM Surakarta laporan data rekam medis di BBKPM Surakarta tahun 2017 kasus tuberculosis paru termasuk dalam indeks 10 besar penyakit rawat inap yaitu urutan ke 4 dan 5. Dari hasil analisis terhadap 10 dokumen rekam medis rawat inap kasus tuberculosis paru, peneliti menemukan ketidaklengkapan informasi medis dari resume medis, hasil pemeriksaan penunjang diagnosis berupa hasil pemeriksaan laboratorium dan *rontgen* sejumlah 8 (80%) dokumen tidak lengkap dan 2 (20%) dokumen lengkap. Untuk keakuratan kode dari 10 dokumen rekam medis ditemukan sejumlah 6 (60%) dokumen tidak akurat dan 4 (40%) dokumen akurat. Berdasarkan hal tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait dengan Hubungan Kelengkapan Informasi Medis dengan Keakuratan Kode Tuberculosis Paru Berdasarkan ICD-10 Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di BBKPM Surakarta.

METODE

Jenis penelitian ini adalah analitik dengan metode observasi dan wawancara dengan menggunakan pendekatan retrospektif. Jumlah populasi yaitu 66 dokumen rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosis Tuberculosis Paru tahun 2017. Teknik pengambilan sampel penelitian menggunakan teknik sampel jenuh. Analisis data dilakukan dengan analisis *univariate* dan analisis *bivariate*, sedangkan untuk analisis *bivariate* diperoleh dari perhitungan uji chi-square dengan menggunakan aplikasi SPSS. Instrument yang digunakan dalam penelitian ini ICD-10, *checklist*, dan pedoman wawancara.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kelengkapan Informasi Medis *Tuberculosis Paru*

Tabel 1. Kelengkapan Informasi Medis *Tuberculosis Paru*

No.	Kelengkapan	Jumlah	Persentase (%)
1	Lengkap	5	8
2	Tidak Lengkap	61	92
Jumlah		66	100

Berdasarkan tabel 1 Kelengkapan informasi medis pada dokumen rekam medis pasien *Tuberculosis Paru* sebanyak 5 dokumen lengkap dengan persentase 8% dan 61 dokumen tidak lengkap dengan persentase 92%.

Tabel 2. Kelengkapan Informasi Medis Per Formulir *Tuberculosis Paru*

No.	Lembar Formulir	Lengkap	Persentase (%)	Tidak Lengkap	Persentase (%)
1	Hasil Lab	10	15	56	85
2	Rontgen	58	88	8	12
3	Resume Medis	53	80	13	20

Berdasarkan Tabel 2. didapatkan hasil kelengkapan pemeriksaan laboratorium sebanyak 10 dokumen persentase 15% dan tidak lengkap 56 dokumen persentase 85%. Kelengkapan lembar rontgen didapatkan 58 dokumen lengkap persentase 88% dan tidak lengkap sebanyak 8 dokumen persentase 12%. Kelengkapan pada formulir resume medis didapatkan 53 dokumen lengkap persentase 80% dan tidak lengkap 13 dokumen persentase 20%.

Ketidakkelengkapan informasi medis dapat mempengaruhi ketepatan dalam pemberian kode dan menghambat *coder* dalam mengkode diagnosis. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Rahmawati (2016), kelengkapan informasi medis sangat berpengaruh dan menghambat *coder* untuk mengkode diagnosis karena *coder* harus mencari dokter dan mengonfirmasi untuk mendapatkan kode yang akurat.

Ketidakkelengkapan informasi medis ini disebabkan karena item tidak terisi dan item tidak tertulis diagnosis *tuberculosis paru*. Ketidakkelengkapan akibat item tidak terisi ini disebabkan karena terdapat beberapa formulir yang hampir sama dalam dokumen rekam medis sehingga dokter harus menulis berulang-ulang. Seringnya dokter hanya menuliskan pada lembar resume medik karena untuk mengisikan pada formulir lainnya memerlukan waktu yang lama, padahal dokter juga harus menangani pasien yang lain. Hal ini belum sesuai dengan teori Sudra (2014) yang menyatakan bahwa setiap hal yang didapatkan dari pasien harus dilaporkan (*tercantum*) dalam rekam medisnya, hal ini juga belum sesuai Depkes RI (2006) bahwa kelengkapan lembar medis, paramedis dan penunjang medis harus sesuai dengan prosedur dan harus lengkap. Hal tersebut diperkuat dengan hasil wawancara dengan petugas Assembling : *"Terkadang jika ada formulir yang belum diisi atau belum lengkap, kita kembalikan ke dokternya untuk dilengkapi"* dan *"dokternya tidak menulis diagnosa, itu termasuk juga diagnosa yang tidak lengkap"*

BBKPM Surakarta sudah menerapkan prosedur kelengkapan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) rumah sakit yaitu apabila data pada dokumen rekam medis belum lengkap maka dikembalikan ke unit pelayanan untuk dilengkapi dengan menyertakan formulir kendali ketidakkelengkapan rekam medis, akan tetapi terkadang tidak dilakukan oleh petugas karena banyak pekerjaan lain yang harus diselesaikan. Dokumen yang tidak lengkap tersebut juga dikarenakan setelah selesai perawatan dokumen rekam medis masih diperlukan sehingga banyak bagian yang mengantri menggunakannya, terkadang sebelum dokumen diserahkan ke unit rekam medis, pasien sudah kontrol dan dokumen rawat inap tersebut dibawa ke poliklinik untuk digunakan kontrol dan setelah dokumen kembali dari poliklinik, biasanya jarang dicek dan langsung dimasukkan ke rak filing. Hal tersebut diperkuat dengan hasil wawancara dengan petugas Coding : *"Karena RM rawat inap (apalagi untuk pasien TB), setelah pasien pulang banyak yang antri menggunakannya mbak.."*

1. *Bagian mobilisasi dana (kasir) untuk kroscek pemeriksaan dan tindakan*
2. *Bagian DOTS Center Paru untuk laporan TB*
3. *Jika pasien ada tes cepat molekuler, RM dipinjam untuk pencatatan kasus pemeriksaan tes cepat molekuler yang dilaporkan ke Kemenkes*
4. *Jika resume medis belum terisi harus diminta dokter (ini yang lama)*
5. *Baru masuk rekam medis, jika pasien periks apakah BPJS, maka harus diurus klaimnya, dikoding.*
6. *Setelah dikoding dan dilengkapi klaimnya, DRM masuk ke bagian klaim untuk dikopiresumanya, sama dikopi hasil pemeriksaan penunjangnya yang diperlukan.*

Kalau pasien keburu kontrol lagi (biasanya jeda waktu seminggu setelah pulang ranap) biasanya yang belum sempat terkode yang belum sempat ke bagian coding sudah kontrol lagi, lalu pas dokumen RM sudah kembali petugas RM nyalalaimengecek kelengkapannya lagi sampai ke dokumen rawat inap sudah masuk kerak..begitu”

Ketidaklengkapan akibat item tidak tertulis diagnosis tuberculosis paru ini disebabkan karena dokter tidak konsisten dalam menuliskan diagnosis utama pada tiap formulir khususnya pada formulir resume medis yang memuat informasi medis, sehingga coder harus reseleksi kode dan melihat keseluruhan formulir rawat inap dengan lebih teliti agar kode yang ditetapkan tepat dan akurat. Hal ini belum sesuai dengan teori Hatta (2012) yang menyatakan bahwa “dokter yang merawat bertanggung jawab atas pengobatan pasien harus memilih kondisi utama untuk dicatat, sama halnya dengan kondisi lain pada setiap episode perawatan”. Ketidakkonsistensian penulisan diagnosis utama pada tiap formulir yang memuat informasi medis dapat menyebabkan perbedaan persepsi antara dokter dan coder sehingga mempengaruhi kode yang dihasilkan. Maka dari itu petugas coding sebaiknya mengkonfirmasi terlebih dahulu kepada dokter penanggung jawab pasien apabila terdapat diagnosis yang belum jelas.

Sesuai dengan hasil penelitian Pepo dan Yulia (2015) Persentase kelengkapan penulisan diagnosa pada resume medis yang rendah akan menyebabkan terganggunya proses komunikasi antar tenaga medis karena kondisi pasien tidak digambarkan secara lengkap dan spesifik melalui diagnosa pada resume medis. Selain itu akan mempengaruhi kerja sama rumah sakit dengan pihak asuransi karena ketidaklengkapan penulisan diagnosa pada resume medis mencerminkan kurang pemahamannya tenaga medis khususnya dokter terhadap kondisi medis pasien. Dan angka kelengkapan penulisan diagnosa yang rendah akan mempengaruhi ketepatan pelaksanaan pengkodean klinis oleh coder karena diagnosa pada resume medis merupakan dasar pelaksanaan pengkodean klinis.

Keakuratan Kode Diagnosis tuberculosis paru di BBKPM Surakarta

Tabel 3. Persentase Keakuratan dan Ketidakkuratan Kode Diagnosis tuberculosis paru

Hasil Analisis	Jumlah Dokumen	Persentase (%)
Akurat	34	52
Tidak Akurat	32	48
Jumlah	66	100

Berdasarkan tabel 3. diatas dapat dilihat bahwa persentase keakuratan dan ketidakkuratan kode diagnosis *tuberculosis* paru ada 34 dokumen rekam medis pasien rawat inap yang akurat dengan persentase sebesar 52% dan 32 dokumen rekam medis pasien rawat inap yang tidak akurat dengan persentase 48% dari 66 dokumen rekam medis pasien rawat inap.

Jumlah dan persentase ketidakkuratan dari klasifikasi tersebut dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 4. Persentase Klasifikasi Ketidakkuratan Kode Tuberculosis Paru

Klasifikasi	Jumlah Berkas	Persentase (%)
Salah pemberian kode	23 Dokumen	71, 87
Tidak dikode	9 Dokumen	28,12
Jumlah	32 Dokumen	100

Salah Pemberian Kode

Berdasarkan hasil wawancara petugas coding, kesalahan dalam pemberian kode dikarenakan penulisan diagnosis yang tidak spesifik dapat mempengaruhi kodefikasi penyakit, apabila petugas coding kurang teliti dalam menganalisis dokumen rekam medis, dapat menyebabkan salah dalam pemberian kode. Contoh penulisan diagnosis yang tidak spesifik yaitu TB Paru dengan efusi pleura tetapi hanya ditulis TB Paru saja, kode TB Paru (BTA +/-) yaitu A15.0/A16.0, sedangkan kode TB Paru dengan efusi pleura (BTA +/-) yaitu A15.6/A16.5. Dengan diagnosis yang berbeda, maka kode yang dihasilkan juga akan berbeda. Coder harus lebih teliti dalam menganalisis dan menetapkan kode. Tidak hanya mengacu pada resume medik saja tetapi harus melihat lembar-lembar lain yang berkaitan dengan proses pengkodean, seperti lembar penunjang dan lembar lainnya yang berhubungan dengan penegakan diagnosis. Berikut adalah kutipan hasil wawancara yang dilakukan dengan petugas coding :

Pertanyaan :

“Faktor apa saja yang menjadi penghambat proses pengkodean diagnosis tuberculosis paru di BBKPM Surakarta ini ?”

Jawaban :

“penulisan diagnosa yang tidak spesifik”

“contohnya : TB Paru dengan efusi pleura, tapi hanya ditulis TB paru saja”

Pengkodean dan keakuratan kode diagnosis merupakan tanggung jawab coder, hal ini sesuai dengan Depkes RI (2006), tenaga rekam medis sebagai seorang pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis. Menurut Hatta (2012), kualitas data terkode merupakan hal penting bagi kalangan tenaga personel manajemen informasi kesehatan, fasilitas asuhan kesehatan, dan para profesional manajemen informasi kesehatan. Ketepatan data diagnosis sangat krusial di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan. Maka dari itu keakuratan kode diagnosis sangat penting dalam manajemen informasi kesehatan dan informasinya sangat berguna bagi para profesional manajemen informasi kesehatan. Sesuai dengan penelitian Maryati, dkk (2018) kesalahan pemberian kode ini disebabkan karena coder dalam melakukan kodefikasi melihat lembar ringkasan masuk dan keluar, catatan perkembangan terintegrasi, ringkasan pulang dan pemeriksaan penunjang, namun dalam pelaksanaannya apabila pada lembar ringkasan pulang sudah lengkap maka coder hanya melihat lembar ringkasan pulang saja.

Tidak Dikode

Berdasarkan hasil wawancara petugas coding, dokumen yang tidak dikode dikarenakan setelah selesai perawatan dokumen rekam medis masih diperlukan sehingga banyak bagian yang mengantri menggunakannya, akan tetapi terkadang sebelum dokumen diserahkan ke unit rekam medis, pasien sudah kontrol dan dokumen rawat inap tersebut dibawa ke poliklinik untuk digunakan kontrol dan setelah dokumen kembali dari poliklinik, biasanya jarang dicek dan langsung dimasukkan ke rak filing.

Pengkodean dan keakuratan diagnosis merupakan tanggung jawab coder, hal ini sesuai dengan Depkes RI (2006), tenaga rekam medis sebagai seorang pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis. Berikut adalah kutipan hasil wawancara yang dilakukan dengan petugas coding :

Pertanyaan :

“Faktor apa saja yang menjadi penghambat proses pengkodean diagnosis tuberculosis paru di BBKPM Surakarta ini ?”

Jawaban :

“Karena RM rawat inap (apalagi untuk pasien TB), setelah pasien pulang banyak yang antri menggunakannya seperti bagian kasir, bagian DOTS Center Paru dll, jika pasien keburu kontrol lagi (biasanya jeda waktu seminggu setelah pulang ranap) biasanya yang belum sempat terkode yang belum sempat kebagian coding sudah kontrol lagi, lalu pas dokumen RM sudah kembali petugas RM nya lalai mengecek kelengkapannya lagi sampai ke dokumen rawat inap sudah masuk ke rak”

Menurut Hatta (2012), kualitas data terkode merupakan hal penting bagi kalangan tenaga personel manajemen informasi kesehatan, fasilitas asuhan kesehatan, dan para profesional manajemen informasi kesehatan. Ketepatan data diagnosis sangat krusial di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan. Maka dari itu keakuratan kode diagnosis sangat penting dalam manajemen informasi kesehatan dan informasinya sangat berguna bagi para profesional manajemen informasi kesehatan. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Maryati (2018) ketidakakuratan pemberian kode karena tidak dikode di RS PKU Aisyiyah Boyolali tidak sesuai dengan ICD-10. Dampak dari dokumen rekam medis yang tidak dikode dapat menyebabkan dokumen rekam medis tidak lengkap berdasarkan review kuantitatif dan dapat mempengaruhi kualitas data statistik.

Pemanfaatan kode diagnosis klinis sebagai data dasar dalam pembuatan laporan dan pembayaran biaya kesehatan. Laporan yang dimaksud adalah laporan bulanan diagnosa pasien rawat inap dan rawat jalan yang dilaporkan kepada dinas kesehatan dan juga dimanfaatkan untuk dasar pengambilan keputusan pada berbagai tingkatan manajemen atau bagian-bagian tertentu di Rumah Sakit. Pengkodean klinis juga dimanfaatkan untuk menentukan besaran tarif pembiayaan kesehatan karena Rumah Sakit Atma Jaya juga bekerja sama dengan BPJS dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatannya. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan BPJS menggunakan sistem INA-CBGs dimana satuan besaran pembayaran pelayanan kesehatan ditentukan oleh diagnosa yang telah dikode dengan ICD-10 sehingga apabila terjadi kesalahan dalam kegiatan pengkodean klinis akan memberikan dampak pada besaran satuan pembayaran klinis. Hal tersebut akan berdampak pada biaya pelayanan kesehatan. Ketidakakuratan kode diagnosis akan mempengaruhi ketepatan tarif INA-CBG's yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) di Indonesia (Pepo dan Yulia, 2015)

Hubungan Kelengkapan Informasi Medis dengan Keakuratan Kode *Tuberculosis* Parudi BBKPM Surakarta

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap keakuratan kode tuberculosis paru dengan kelengkapan informasi medis dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 5. Hubungan Kelengkapan Informasi Medis dengan Keakuratan Kode *Tuberculosis* Parudi BBKPM Surakarta

Kelegkapan Informasi Medis	Keakuratan Kode Diagnosis				Total		Nilai p
	Tidak Akurat		Akurat		Jumlah	%	
	Jumlah	%	Jumlah	%			
TidakLengkap	29	48	32	52	61	100	<i>p</i> 0,592
Lengkap	3	60	2	40	5	100	
Total	32	48	34	52	66	100	

Berdasarkan perhitungan SPSS nilai $p > 0,05$ bahwa H_0 diterima dan H_a ditolak, dari hasil perhitungan maka tidak ada hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode *Tuberculosis* Paru.

Hasil analisis bivariate menggunakan Uji Chi Kuadrat hubungan kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode tuberculosis paru di BBKPM Surakarta tahun 2017 yaitu berdasarkan perhitungan SPSS nilai $p > 0,05$ bahwa H_0 diterima dan H_a ditolak, dari hasil analisis maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode *Tuberculosis* Paru.

Penelitian ini relevan dengan penelitian Rahmawati (2016) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode *Tuberculosis* pada nilai $p = 0,159$, sehingga keakuratan tidak hanya dipengaruhi oleh kelengkapan informasi medis tetapi masih banyak faktor lain. Sesuai Depkes RI (2006) faktor-faktor yang mempengaruhi akurasi kode, kecepatan dan ketepatan pemberian kode dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksanaan yang menangani berkas rekam medis tersebut yaitu tenaga medis, tenaga rekam medis sebagai pemberi kode (coder) dan tenaga kesehatan lainnya.

Penelitian ini tidak relevan dengan penelitian Pujihastuti dan Sudra (2014) yang menyatakan secara signifikan terdapat hubungan kelengkapan pengisian informasi diagnosis dengan keakuratan kode pada nilai $p = 0,000$, ketepatan pengkodean dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksana yang menangani rekam medis tersebut yaitu tenaga medis dalam menetapkan diagnosis, tenaga perekam medis sebagai pemberi kode, tenaga kesehatan lainnya. Hasil tersebut juga tidak relevan dengan hasil penelitian Wariyanti (2013) Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode diagnosis pada dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Kabupaten Karanganyar tahun 2013 dengan nilai $p = 0,012$. Hasil penelitian dari Maryati, dkk (2018) Ada hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode diagnosis Diabetes mellitus di RS PKU Aisyiyah Boyolali dengan nilai $(\text{sig}) = 0,001$. Selain melihat diagnosisnya, juga perlu melihat informasi yang terdapat dalam setiap lembar rekam medis yang ditulis dokter untuk menghasilkan kode yang akurat. Hal ini sesuai dengan Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis bahwa tulisan pada rekam medis merupakan tanggungjawab yang mengisi yaitu dokter.

KESIMPULAN

Hasil analisis Uji Chi Kuadrat menggunakan SPSS didapatkan hasil nilai $P > 0,05$ yaitu 0,592, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa H_0 diterima dan H_a ditolak, artinya tidak ada hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode tuberkulosis paru BBKPM Surakarta.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Revisi II*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.
- Hatta, G R. 2012. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Kemenkes. 2014. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta
- Kemenkes. 2015. *RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional) 2015-2019*. Jakarta
- Maryati, Wannay dan Suci. 2018. Hubungan Kelengkapan Informasi Medis dan Keakuratan Kode Diagnosis Diabetes Mellitus. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan* Volume 1 Nomor 2. 96-108
- PerMenKes RI. Nomor 269/MenKes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis. Jakarta
- Pepo dan Yulia. 2015. Kelengkapan Penulisan Diagnosa Pada Resume Medis Terhadap Ketepatan Pengkodean Klinis Kasus Kebidanan. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia* Vol. 3 No.2 Oktober 2015. 74-80
- Pujihastuti, A dan Rano I S. 2014. Hubungan Kelengkapan Informasi dengan Keakuratan Kode Diagnosis dan Tindakan Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. ISSN : 2337-585X; Vol.2 ; No.2.
- Rahmawati, E.N. 2016. *Hubungan Kelengkapan Informasi Medis Dengan Keakuratan Kode Diagnosa Tuberkulosis Pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi*. Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Sudra. 2014. *Rekam Medis*. Tangerang Selatan: Universitas Terbuka
- Wariyanti. 2013. *Hubungan Antara Kelengkapan Informasi Medis Dengan Keakuratan kode Diagnosis Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar Tahun 2013*. Naskah Publikasi. Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta
- WHO. 2010. *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision*. Volume 1-3. Geneva: WHO