

**KETEPATAN KODE DIAGNOSIS 10 BESAR PENYAKIT
PADA DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT JALAN
DI PUSKESMAS ARJUNO KOTA MALANG**

LAPORAN TUGAS AKHIR



Oleh

ASMAUL KHUSNAH

P17410201035

**PROGRAM STUDI D-3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
JURUSAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
TAHUN 2023**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Asmaul Khusnah

NIM : P17410201035

Program Studi : D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri; bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Laporan Tugas Akhir ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui

Pembimbing



Achmad Jaelani Rusdi, S.ST., M.Kes
NIDN. 0711029203

Yang Membuat Pernyataan



Asmaul Khusnah

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir Penelitian oleh Asmaul Khusnah P17410201035 yang berjudul
“KETEPATAN KODE DIAGNOSIS 10 BESAR PENYAKIT PADA DOKUMEN
REKAM MEDIS RAWAT JALAN DI PUSKESMAS ARJUNO KOTA MALANG” telah
diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Malang, 13 Februari 2023

Pembimbing



Achmad Jaelani Rusdi, S.ST., M.Kes
NIDN. 0711029203

LEMBAR PENGESAHAN
KETEPATAN KODE DIAGNOSIS 10 BESAR PENYAKIT PADA
DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT JALAN
DI PUSKESMAS ARJUNO KOTA MALANG

Oleh:
ASMAUL KHUSNAH
NIM. P17410201035

Telah dipertahankan didepan penguji pada tanggal 13 Februari 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Pembimbing



Achmad Jaelani Rusdi, S.ST., M.Kes
NIDN. 0711029203

Mengetahui,

Ketua Jurusan Rekam Medis dan
Informasi Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang



Diniyah Khondan, S.ST., S.Gz., MPH
NIP. 197509211997032001

Ketua Prodi D3 Rekam Medis dan Informasi
Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Hartaty Sarma Sangkot, SKM, MARS
NIP. 198402212019022001

Ujian Tugas Akhir ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada tanggal 13 Februari 2023
Pogram Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Panitia Penguji Laporan Tugas Akhir

Ketua Penguji : Tsalist Maulidah Hariez, SST, MMRS



.....

Anggota Penguji : Achmad Jaelani Rusdi, S.ST., M.Kes.



.....

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan baik. Penulisan Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Diploma Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Jurusan Kesehatan Terapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

Atas terselesainya Laporan Tugas Akhir ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen.,M.Pd selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
2. Ibu Diniyah Kholidah, SST, S.Gz., MPH selaku Ketua Jurusan Kesehatan Terapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
3. Ibu Hartaty Sarma Sangkot, SKM.,MARS RS selaku Ketua Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
4. Bapak Achmad Jaelani Rusdi, S.ST., M.Kes selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikirannya untuk membimbing dalam menyusun laporan tugas akhir ini dan telah memberikan bimbingan dengan sabar, tekun, bijaksana, dan sangat cermat memberikan masukan serta motivasi kepada penulis
5. Ibu Tsalist Maulidah Hariez, SST, MMRS selaku Dosen Penguji yang bersedia menguji penulis, memberikan saran, bimbingan, arahan, dan motivasi dalam menyusun laporan tugas akhir ini
6. Kepala lahan penelitian dr.Umar Usman yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan penelitian di Puskesmas Arjuno Kota Malang
7. Orang tua dan keluarga saya yang telah memberikan bantuan dengan dukungan material dan moral
8. Sahabat saya Nadila Intan Maharani yang tidak pernah lelah mengarahkan, memberi masukan dan memotivasi penulis untuk segera menyelesaikan Laporan Tugas Akhir

9. Teman-teman seperjuangan Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan angkatan tahun 2020 dan semua pihak yang telah memberikan dukungan selama penyusunan Laporan Tugas Akhir ini

Penulis menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari kata sempurna, maka dari itu penulis berharap pembaca dapat memberikan kritik dan saran yang membangun bagi penulis. Semoga amal ibadah dan budi baik bapak ibu, orang tua, serta teman-teman mendapat rahmat yang berlimpah dari Allah Swt. Penulis berharap penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan bermanfaat bagi pembaca.

Malang, 08 Februari 2023

Penulis

ABSTRAK

Nama : Asmaul Khusnah
Program Studi : D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Judul : Ketepatan Kode Diagnosis 10 Besar Penyakit pada Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan di Puskesmas Arjuno Kota Malang

Ketepatan dalam pengodean akan menghasilkan data yang akurat dan berkualitas. Hasil pengodean diperlukan dalam pengolahan statistik yaitu pembuatan laporan morbiditas dan mortalitas, serta menentukan 10 besar penyakit. Kesalahan dalam pengodean atau salah menginput kode diagnosis dalam komputer akan berdampak pada pembuatan data dan laporan puskesmas yang tidak akurat. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi tingkat ketepatan kode diagnosis 10 besar penyakit pada dokumen rekam medis rawat jalan di Puskesmas Arjuno Kota Malang. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu observasi sedangkan instrument yang digunakan adalah lembar *check list*. Berdasarkan hasil penelitian dari total 100 sampel yang diambil dengan diagnosis 10 besar penyakit didapatkan hasil persentase ketepatan kode penyakit yang akurat sebanyak 45% dan tidak akurat sebanyak 55%. Ketidakakuratan penulisan kode yang terjadi di Puskesmas Arjuno Kota Malang disebabkan karena sebagian besar kode yang dituliskan hanya sampai karakter ke 3 dan tidak menggunakan karakter ke 4 untuk identifikasi.

Kata Kunci : Ketepatan kode diagnosis, ICD-10, Puskesmas Arjuno

ABSTRACT

Name : Asmaul Khusnah
Study Program : D-III Medical Record and Health Information
Title : *Accuracy Of The Diagnosis Code Of The Top 10 Diseases In Outpatient Medical Record Documents At Arjuno Health Center Malang City*

Accuracy in coding will produce accurate and quality data. Coding results are needed in statistical processing, namely preparing morbidity and mortality reports, and determining the top 10 diseases. Errors in coding or incorrectly inputting the diagnosis code into the computer will result in inaccurate data generation and puskesmas reports. The purpose of this study was to identify the accuracy of the diagnosis code of the top 10 diseases in outpatient medical record documents at Arjuno Health Center Malang City. This study uses a descriptive method with a quantitative approach. The data collection method used is observation while the instrument used is a check list sheet. Based on the research results from a total of 100 samples taken with a diagnosis of the top 10 diseases, the percentage of accurate disease codes was 45% and 55% inaccurate. The inaccuracy of writing the code that occurred at the Arjuno Health Center in Malang City was caused by the fact that most of the code was written only up to the 3rd character and did not use the 4th character for identification.

Keywords : *Accuracy of the diagnosis code, ICD-10, Puskesmas Arjuno*

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus	4
D. Manfaat Penelitian.....	4
1. Manfaat Teoritis	4
2. Manfaat Praktis	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Puskesmas.....	6
1. Pengertian Puskesmas.....	6
2. Tujuan dan Fungsi Puskesmas.....	7
3. Peran Puskesmas	8
B. Rekam Medis.....	9
1. Pengertian Rekam Medis.....	9
2. Tujuan Rekam Medis.....	10

3.	Kegunaan Rekam Medis	11
C.	Kodefikasi	12
1.	Definisi Kodefikasi	12
2.	Fungsi dan Tujuan Pengkodean	13
3.	Standar Prosedur Operasional (SPO) Kodefikasi	13
4.	Pengertian Diagnosis	14
5.	Keakuratan Kode Diagnosis	15
D.	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems revisi 10 (ICD-10)</i>	16
1.	Pengertian ICD-10	16
2.	Fungsi dan Kegunaan ICD-10	16
3.	Struktur ICD 10	17
4.	Aturan Koding ICD 10	18
5.	Langkah-Langkah Pengkodingan Dengan ICD-10	20
6.	Struktur dan Sistem Klasifikasi ICD-10	21
E.	Penelitian Terdahulu	22
F.	Kerangka Konsep	23
BAB 3	METODE PENELITIAN	25
A.	Jenis dan Desain Penelitian	25
B.	Populasi dan Sampel	25
1.	Populasi	25
2.	Sampel	26
C.	Waktu dan Tempat	26
1.	Waktu Penelitian	26
2.	Tempat Penelitian	26
D.	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	26
1.	Variabel Penelitian	26
2.	Definisi Operasional	27
E.	Jenis dan Teknik Pengumpulan Data	28
1.	Jenis Data	28
2.	Teknik Pengumpulan Data	28

F. Instrumen dan Bahan Penelitian	28
G. Etika Penelitian	29
1. <i>Anonimity</i> (Kerahasiaan nama atau identitas)	29
2. Confidentiality (Kerahasiaan).....	29
H. Pengolahan dan Analisis Data	29
1. Pengolahan Data	29
2. Analisis Data	30
I. Prosedur Penelitian	31
J. Jadwal Penelitian	32
BAB 4	
HASIL DAN PEMBAHASAN	33
A. Gambaran Umum Puskesmas Arjuno Kota Malang	33
B. Hasil Penelitian	35
C. Pembahasan.....	40
BAB 5	
PENUTUP.....	49
A. KESIMPULAN	49
B. SARAN.....	50
DAFTAR PUSTAKA	51
LAMPIRAN.....	53

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Struktur dan Sistem Klasifikasi ICD-10	22
Tabel 2.2 Penelitian Terdahulu	23
Tabel 3. 1 Jumlah Data 10 Besar Penyakit Bulan Oktober 2022.....	26
Tabel 3. 2 Definisi Operasional	27
Tabel 4. 1 Tabel Hasil Observasi	35
Tabel 4. 2 Persentase Ketepatan Kode Hipertensi Primer	36
Tabel 4. 3 Persentase Ketepatan Kode Commond Cold	37
Tabel 4. 4 Persentase Ketepatan Kode DM II.....	37
Tabel 4. 5 Persentase Ketepatan Kode Diseases of pulp and periapical tissues ...	37
Tabel 4. 6 Persentase Ketepatan Kode Acure Pharyngitis.....	38
Tabel 4. 7 Persentase Ketepatan Kode Somatoform Disorders	38
Tabel 4. 8 Persentase Ketepatan Kode Cough	38
Tabel 4. 9 Persentase Ketepatan Kode Gastritis	39
Tabel 4. 10 Persentase Ketepatan Kode Influenza.....	39
Tabel 4. 11 Persentase Ketepatan Kode Dyspepsia	39

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Ketepatan Kode Diagnosa 10 Besar Penyakit	24
Gambar 3. 1 Prosedur Penelitian.....	31
Gambar 4. 1 Profil Puskesmas Arjuno.....	33
Gambar 4. 2 Struktur Organisasi Puskesmas Arjuno.....	34
Gambar 4. 3 Alur Proses Pengkodean.....	41

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

Depkes	: Departemen Kesehatan
ICD-10	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revisions
Kesling	: Kesehatan Keliling
P2P	: Pelayanan Gizi, Dan Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit
Permenkes RI	: Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia
SOP	: Standar Operasional Prosedur
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	: Upaya Kesehatan Perseorangan
WHO	: World Health Organization atau Organisasi Kesehatan Dunia

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pedoman Observasi	53
Lampiran 2 Tabel Hasil Observasi.....	54
Lampiran 3 Tabel Checklist Ketepatan Kode Hipertensi Primer.....	54
Lampiran 4 Tabel Checklist Ketepatan Kode Common Cold	55
Lampiran 5 Tabel Checklist Ketepatan Kode DM II.....	56
Lampiran 6 Tabel Checklist Ketepatan Kode Diseases of pulp.....	57
Lampiran 7 Tabel Checklist Ketepatan Kode Acute pharyngitis.....	58
Lampiran 8 Tabel Checklist Ketepatan Kode Somatoform disorders	58
Lampiran 9 Tabel Checklist Ketepatan Kode Cough	59
Lampiran 10 Tabel Checklist Ketepatan Kode Gastritis.....	59
Lampiran 11 Tabel Checklist Ketepatan Kode Influenza	60
Lampiran 12 Tabel Checklist Ketepatan Kode Dyspepsia	60
Lampiran 13 Rancangan SOP Kodefikasi.....	61
Lampiran 14 Surat Ijin Penelitian	63

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat atau biasa disebut Puskesmas adalah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat di wilayah kecamatan. Untuk meningkatkan mutu pelayanan di Puskesmas sangat diperlukan kinerja rekam medis yang baik, sehingga menghasilkan informasi yang lengkap dan akurat untuk peningkatan kualitas dari pelayanan puskesmas (Kemenkes RI, 2016).

Puskesmas sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan bagi masyarakat harus dapat meningkatkan pelayanan kesehatan di masyarakat, sebagai salah satunya melakukan tertib administrasi yaitu dengan penyelenggaraan rekam medis yang baik. Menurut Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis menjelaskan bahwa rekam medis merupakan dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis dikatakan bermutu apabila rekam medis tersebut akurat, lengkap, valid, dan tepat waktu (Medis et al., 2022).

Berdasarkan Permenkes Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis, menyebutkan bahwa dalam melaksanakan pekerjaannya, perekam medis mempunyai kewenangan sesuai dengan kualifikasi pendidikannya. Salah satu kewenangan tersebut yaitu perekam medis melaksanakan sistem klasifikasi dan kodefikasi penyakit atau tindakan sesuai terminologi medis yang benar (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013). Klasifikasi penyakit dan tindakan merupakan kegiatan mengelompokkan penyakit dan tindakan berdasarkan kriteria tertentu yang telah disepakati. Sedangkan kodefikasi yaitu suatu kegiatan yang mentransformasikan diagnosis penyakit, prosedur medis dan masalah kesehatan lainnya dari kata-kata menjadi suatu bentuk kode, baik numerik atau alfanumerik untuk memudahkan penyimpanan, retrieval dan analisis data. Pemberian kode atas diagnosis penyakit yang berlaku dengan

menggunakan ICD-10 untuk mengkode penyakit, sedangkan ICD-9 CM digunakan untuk mengkode tindakan. Untuk menentukan klasifikasi dan kodefikasi penyakit dan tindakan medis harus didukung pengetahuan anatomi fisiologi, terminologi medis serta patofisiologi penyakit.

Menurut Depkes RI (2006) tentang penyelenggaraan rekam medis yaitu dokumen rekam medis pasien pulang untuk pengkodingannya harus dilakukan secara benar dan runtut serta tata cara pengkodean yang tepat menggunakan ICD-10 guna mendapatkan kode yang akurat. Ketepatan data diagnosis sangat krusial di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan (Hatta,2014). Ketepatan dalam pengodean akan menghasilkan data yang akurat dan berkualitas. Pengodean yang tepat membutuhkan rekam medis yang lengkap dan jelas. Selain itu hasil pengodean diperlukan dalam pengolahan statistik yaitu pembuatan laporan morbiditas dan mortalitas, serta menentukan 10 besar penyakit.

Penentu ketepatan kode diagnosis utama penyakit dipengaruhi oleh spesifikasi penulisan diagnosis utama, masing-masing pernyataan diagnosis harus bersifat informatif atau mudah dipahami agar dapat menggolongkan kondisi-kondisi yang ada ke dalam kategori ICD-10 yang paling spesifik. Kualitas hasil pengodean bergantung pada kelengkapan diagnosis, keterbacaan tulisan dokter, serta profesionalisme dokter dan petugas koding (WHO, 2010).

Penulisan diagnosis utama yang spesifik dapat memudahkan petugas koding dalam pemberian kodenya, memudahkan petugas analising dan reporting untuk membuat laporan rekapitulasi penyakit, mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan, serta untuk meningkatkan informasi manajemen puskesmas dalam pengambilan keputusan yang benar. Penulisan diagnosis yang tidak spesifik seringkali menyulitkan koder dalam pemilihan kode penyakit yang tepat, dan berujung pada kesalahan pengodean.

Kesalahan dalam pengodean atau salah menginput kode diagnosis dalam komputer akan berdampak pada pembuatan data dan laporan puskesmas yang tidak akurat, serta merugikan puskesmas maupun pasien secara finansial yaitu sistem pembayaran yang tidak sesuai dengan tindakan yang diberikan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Syadziyatin Ulya di Puskesmas Tanah Merah yang berjudul Keakuratan Kode Diagnosis Pada Poli Umum Pasien Rawat Jalan Berdasarkan ICD-10, dari 93 sampel dokumen rekam medis poli umum pasien rawat jalan tahun 2020 terdapat 6 (6,45%) dokumen rekam medis yang akurat, sedangkan 87 (93,55%) dokumen rekam medis tidak akurat. Keakuratan kode diagnosis pada dokumen rekam medis poli umum pasien rawat jalan tahun 2020 di Puskesmas Tanah Merah banyak yang belum akurat yang disebabkan oleh tidak adanya kebijakan tentang pengisian kode diagnosis sehingga petugas tidak mempunyai pedoman dalam melakukan pengisian kode diagnosis. (Ulya, 2021). Saran yang diberikan oleh peneliti tersebut adalah sebaiknya petugas di bagian koding ditempati oleh petugas yang berlatar belakang dari Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, serta dibuatkan SOP yang mengatur tentang tata cara pengodean diagnosis yang mengacu pada sembilan langkah dasar menurut Hatta (2013).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 17 September 2022 di Puskesmas Arjuno, permasalahan yang ditemukan adalah proses pengkodean diagnosis di Puskesmas Arjuno dilakukan oleh dokter ataupun perawat di bagian poli, untuk kode diagnosisnya masih ditemukan kode yang tidak akurat dan penulisannya tidak lengkap sampai digit ke 4. Dari 20 dokumen rekam medis yang diambil secara acak, ditemukan ketidaktepatan kode penyakit sebanyak 15 dokumen (75%) dan 5 dokumen (25%) yang tepat. Dampak yang terjadi apabila penulisan kode diagnosis tidak akurat atau tidak sesuai dengan ICD-10 yaitu dapat mempengaruhi data, keterlambatan pengiriman laporan LB 1 ke Dinkes, dan kualitas layanan kepada pasien. Mengingat pentingnya ketepatan dalam penulisan kode diagnosis, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang **“Ketepatan Kode Diagnosis 10 Besar Penyakit Pada Dokumen Rawat Jalan di Puskesmas Arjuno Kota Malang”**.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana tingkat ketepatan kode diagnosis 10 besar penyakit pada dokumen rekam medis rawat jalan di Puskesmas Arjuno Kota Malang?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi tingkat ketepatan kode diagnosis 10 besar penyakit pada dokumen rekam medis rawat jalan di Puskesmas Arjuno Kota Malang

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi prosedur pelaksanaan kodefikasi 10 besar penyakit pada dokumen rekam medis rawat jalan di Puskesmas Arjuno Kota Malang
- b. Mengidentifikasi presentase tingkat ketepatan kode diagnosis 10 besar penyakit pada dokumen rekam medis rawat jalan di Puskesmas Arjuno Kota Malang

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat memberikan informasi tentang ketepatan kode diagnosis 10 besar penyakit di Puskesmas Arjuno

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Puskesmas Arjuno Malang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan evaluasi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan puskesmas khususnya dalam peningkatan akurasi ketepatan kode diagnosis 10 besar penyakit berdasarkan ICD-10 sehingga dapat menghasilkan data yang akurat.

- b. Bagi Peneliti

Dapat menambah wawasan dan pengetahuan terkait keakuratan kodefikasi diagnosis

c. Bagi Poltekkes Kemenkes Malang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi untuk penelitian dan bahan kajian mengembangkan pendidikan, serta sebagai bahan masukan untuk penelitian selanjutnya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Puskesmas

1. Pengertian Puskesmas

Menurut (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019) Puskesmas atau Pusat Kesehatan Masyarakat adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat perseorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membantu peran masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok, Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya, maka wilayah kerja dari puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian.

Puskesmas sesuai dengan fungsinya (sebagai pusat pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga, serta pusat pelayanan kesehatan dasar) berkewajiban mengupayakan, menyediakan, dan menyelenggarakan pelayanan yang bermutu dalam memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional yaitu terwujudnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat.

Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan tingkat pertama dan terdepan dalam sistem pelayanan kesehatan, harus melakukan upaya kesehatan wajib (basic six) dan beberapa upaya kesehatan pilihan yang disesuaikan dengan kondisi, kebutuhan, tuntutan, kemampuan dan inovasi serta kebijakan pemerintah daerah setempat. Puskesmas dalam menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh dan terpadu dilaksanakan melalui upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan disertai dengan upaya penunjang yang diperlukan.

2. Tujuan dan Fungsi Puskesmas

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas yang tertera pada Permenkes RI No. 43 Tahun 2019 Pasal 2 yang mana bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Puskesmas memiliki tiga fungsi, yaitu sebagai pusat penggerak pembangunan yang berwawasan kesehatan, sebagai pusat pemberdayaan masyarakat, keluarga dalam pembangunan kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama (Mubarak dan Chayatin, 2009).

Dalam menyelenggarakan fungsi UKM, Puskesmas berwenang untuk :

1. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
2. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
3. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
4. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait
5. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat
6. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia puskesmas
7. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
8. Melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi terhadap akses mutu dan cakupan Pelayanan Kesehatan

9. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon Penanggulangan Penyakit.

3. Peran Puskesmas

Di Indonesia, dapat ditemui dalam berbagai bentuk, seperti puskesmas, klinik pratama, praktik mandiri dokter, bidan, ataupun perawat, pelayanan kesehatan tradisional, atau pelayanan kesehatan bergerak. Namun, paling umum ditemui adalah puskesmas karena ia wajib tersedia di setiap kecamatan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, definisi puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perseorangan (UKP) tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Ini sesuai dengan prinsip PHC dan menunjukkan peran dan posisi yang strategis puskesmas dalam pembangunan kesehatan.

Setiap puskesmas wajib menjalankan lima UKM esensial yakni, promosi kesehatan (promkes), kesehatan lingkungan (kesling), kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana (KIA-KB), pelayanan gizi, dan pencegahan dan pengendalian penyakit (P2P). UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Kegiatan lain yang dilakukan puskesmas adalah UKP dalam bentuk rawat jalan baik kunjungan sehat maupun kunjungan sakit, pelayanan gawat darurat, pelayanan persalinan normal, perawatan di rumah, dan rawat inap. Dengan sistem kesehatan berjenjang dari tingkat primer, sekunder, dan tersier serta sistem rujuk dan rujuk balik, puskesmas menjadi layanan kesehatan pertama yang dikunjungi masyarakat ketika sakit.

Di pelosok yang jauh dari rumah sakit, keberadaan puskesmas menjadi solusi terdekat bagi masyarakat untuk bertahan hidup. Sementara di perkotaan,

setiap penyakit yang berhasil ditangani puskesmas akan mengurangi beban pembiayaan dan sumber daya manusia dari fasilitas kesehatan sekunder dan tersier.

Puskesmas secara langsung memengaruhi tingkat kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Tradisi-tradisi dan gaya hidup tidak sehat yang ada di masyarakat bisa pelan-pelan dikurangi melalui promosi kesehatan. Capaian SDGs untuk mengurangi angka kematian ibu, bayi, dan balita juga bersinggungan secara langsung dengan tugas dan kehadiran puskesmas.

Melihat pentingnya puskesmas sebagai layanan kesehatan primer dalam pembangunan kesehatan Indonesia, penting memanfaatkan kehadirannya sebagai prioritas nasional. Dua tantangan terbesar puskesmas saat ini adalah sumber daya manusia yang belum mumpuni dan alokasi dana yang tidak mencukupi. Kedua tantangan ini membutuhkan komitmen dan dukungan dari berbagai pihak, bukan hanya pemerintah.

B. Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Menurut Permenkes No 24 Tahun 2022 yang dimaksud rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Menurut Gemala R. Hatta (2012:73), dalam buku yang berjudul Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, rekam medis adalah “berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien di sarana pelayanan kesehatan”.

Sedangkan menurut Edna K Huffman (1999) Rekam Medis adalah fakta yang berkaitan dengan keadaan pasien, riwayat penyakit, dan pengobatan masa lalu serta saat ini yang ditulis oleh profesi kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien tersebut.

Untuk mengelola rekam medis pasien disuatu fasilitas pelayanan kesehatan dibutuhkan seorang perekam medis, menurut Permenkes No 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis, dijelaskan bahwa yang

dimaksud perekam medis adalah seorang yang telah lulus pendidikan rekam medis dan informasi kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

2. Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis dapat dilihat dalam 2 kelompok besar. Pertama yang paling berhubungan langsung dengan pelayanan pasien (primer). Kedua, yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien namun tidak berhubungan langsung spesifik (sekunder).

A. Tujuan utama (primer) rekam medis terbagi dalam 5 (lima) kepentingan yaitu untuk :

1. Pasien, rekam medis merupakan alat bukti utama yang mampu membenarkan adanya pasien dengan identitas yang jelas dan telah mendapatkan berbagai pemeriksaan dan pengobatan di sarana pelayanan kesehatan dengan segala hasil serta konsekuensi biayanya.
2. Pelayanan pasien, rekam medis mendokumentasikan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis, dan tenaga lain yang bekerja dalam berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian rekaman itu membantu pengambilan keputusan tentang terapi, tindakan, dan penentuan diagnosis pasien. Rekam medis juga merupakan sarana komunikasi antar tenaga lain yang sama-sama terlibat dalam menangani dan merawat pasien. Rekaman yang rinci dan bermanfaat menjadi alat penting dalam menilai dan mengelola risiko manajemen. Selain itu rekam medis setiap pasien juga berfungsi sebagai tanda bukti sah yang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Oleh karena itu rekam medis yang lengkap harus setiap saat tersedia dan berisi data/informasi tentang pemberian pelayanan kesehatan secara jelas.
3. Manajemen pelayanan, rekam medis yang lengkap memuat segala aktivitas yang terjadi dalam manajemen pelayanan sehingga digunakan dalam menganalisis berbagai penyakit, menyusun pedoman praktik, serta untuk mengevaluasi mutu pelayanan yang diberikan.
4. Menunjang pelayanan, rekam kesehatan yang rinci akan mampu menjelaskan aktivitas yang berkaitan dengan penanganan sumber – sumber yang ada pada

organisasi pelayanan di RS, menganalisis kecenderungan yang terjadi dan mengkomunikasikan informasi di antara klinik yang berbeda.

5. Pembiayaan, rekam kesehatan yang akurat mencatat segala pemberian pelayanan kesehatan yang diterima pasien. Informasi ini menentukan besarnya pembayaran yang harus dibayar, baik secara tunai atau melalui asuransi.
- B. Tujuan sekunder rekam kesehatan ditunjukkan kepada hal yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien yaitu untuk kepentingan edukasi, riset, peraturan dan pembuatan kebijakan. Adapun yang dikelompokkan dalam kegunaan sekunder adalah kegiatan yang tidak berhubungan secara spesifik antara pasien dan tenaga kesehatan.

3. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari berbagai aspek antara lain:

a. Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan pramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b. Aspek Medis

Berkas rekam medis mempunyai nilai medik, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

c. Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka menegakan hukum serta penyediaan bahan bukti untuk menegakan keadilan.

d. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang karena isinya mengandung data ataupun informasi yang dipergunakan sebagai aspek keuangan.

e. Aspek penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data ataupun informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

f. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien.

g. Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan sarana kesehatan.

C. Kodefikasi

1. Definisi Kodefikasi

Kodefikasi atau pemberian kode adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data.

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 50/MENKES/SK/I/1998 tentang pemberlakuan klasifikasi statistik internasional mengenai penyakit, revisi kesepuluh, yaitu memberlakukan klasifikasi ICD-10 secara nasional di Indonesia dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 844/MENKES/SK/X/2006 tentang penetapan standar kode data bidang kesehatan, bahwa *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision (ICD-10)* merupakan acuan yang digunakan di Indonesia untuk mengkode diagnosis.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, salah satu kompetensi perekam medis adalah Klasifikasi dan Kodifikasi Penyakit serta Masalah-Masalah Yang Berkaitan Dengan Kesehatan dan Tindakan Medis. Dasar hukum digunakan ICD-10 adalah SK DirJen Pelayanan Medik HK.00.05.1.4.00744 tentang Penggunaan ICD-10 di Rumah Sakit (19 Februari 1996) dan SK MenKes No 86/MENKES/SK/VI/2010 tentang Pedoman

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat, serta Peraturan MENKES RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.

Menurut World Health Organization (WHO), Coding (kodefikasi) adalah proses pengklasifikasian data dan penentuan code (sandi) nomor/ alfabet/ alfanumerik untuk mewakilinya. ICD-10 menggunakan kode kombinasi yaitu abjad dan angka (Alpha Numerik). Data di sini adalah sebutan diagnosa pasien yang dinyatakan dokter terkait. Fungsi dasar International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision (ICD-10) adalah sebagai suatu metode pengklasifikasian penyakit, cedera dan sebab kematian, untuk tujuan pengolahan data secara statistik. Insidens morbiditas dan mortalitas bisa direkam dalam aturan yang sama sehingga bisa dikomparasi.

2. Fungsi dan Tujuan Pengkodean

Pengkodean penyakit memiliki fungsi yang sangat penting dalam pelayanan manajemen informasi kesehatan. Data klinis yang terkode dibutuhkan untuk mendapatkan kembali informasi atas perawatan pasien, penelitian, perbaikan, pelaksanaan, perancangan dan fasilitas manajemen dan untuk menentukan biaya perawatan kepada penyedia pelayanan kesehatan (Abdelhak, 2001).

Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (World Health Organization) bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan (Budi, 2011 : 82).

3. Standar Prosedur Operasional (SPO) Kodefikasi

Standar Prosedur Operasional adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional standar yang ada dalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa setiap keputusan, langkah atau tindakan, dan penggunaan fasilitas pemrosesan dilaksanakan oleh orang-orang didalam suatu organisasi, telah berjalan secara efektif, konsisten standar, dan sistematis (Tambunan, 2008).

Menurut Bowman (2001) seperti kebijakan dan prosedur organisasi lainnya, kebijakan dan prosedur pengodean dibutuhkan untuk meningkatkan konsistensi. Kebijakan dan prosedur pengodean harus mencakup hal-hal berikut:

- a. Arah untuk mengkaji catatan.

- b. Petunjuk cara mengatasi dokumentasi yang tidak lengkap dan bertentangan.
- c. Instruksi untuk berkomunikasi dengan dokter untuk klarifikasi dan pencatatan rekam kesehatan.
- d. Petunjuk tentang tindakan yang akan diambil ketika kode yang sesuai tidak dapat ditemukan.
- e. Penggunaan kode tidak diperlukan untuk penggantian biaya (kode opsional).
- f. Definisi standarisasi atau rangkaian kode.
- g. Penggunaan bahan referensi dan buku dan instruksi untuk memperbarui.
- h. Memasukkan data secara komputerisasi atau proses lainnya.

4. Pengertian Diagnosis

Diagnosis merupakan kegiatan pemberian nama suatu penyakit pada setiap penderita. Diagnosis merupakan bagian penting yang memungkinkan seorang penderita mendapat pengobatan.

1. Diagnosis Utama

Merupakan suatu kondisi kesehatan yang menyebabkan pasien memperoleh perawatan atau pemeriksaan yang ditegakkan pada akhir episode pelayanan dan bertanggung jawab atas kebutuhan sumber daya pengobatannya.

2. Diagnosis Sekunder

Diagnosis Sekunder merupakan diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode pelayanan. Diagnosis sekunder ada komplikasi yang merupakan diagnosis yang muncul setelah berada di rumah sakit dan komorbiditi adalah diagnosis lain yang sudah ada sebelum masuk rumah sakit.

3. Cara Menegakkan Diagnosis

Proses penegakan diagnosis meliputi :

- a. Pengumpulan riwayat keadaan klinik yang di dokumentasikan sebagai kelainan penderita.
- b. Menemukan dan meneliti tanda-tanda klinik penderita.
- c. Bila memungkinkan, melakukan pencarian/penemuan lanjut yang runtun dengan diagnosis terdahulu yang telah tersedia berdasarkan pada tanda serta gejalanya.

5. Keakuratan Kode Diagnosis

Keakuratan kode diagnosis merupakan penulisan kode diagnosis penyakit yang sesuai dengan klasifikasi yang terdapat dalam ICD-10. Kode dianggap tepat dan akurat apabila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai dengan aturan klasifikasi yang digunakan. Bila kode mempunyai 3 karakter dapat diasumsikan bahwa kategori tidak dibagi. Seringkali apabila kategori dibagi, kode nomor pada indeks akan memberikan 4 karakter. Suatu dash pada posisi ke-4 (mis. O03.-) mempunyai arti bahwa kategori telah dibagi dan karakter ke-4 yang dapat ditemukan dengan merujuk pada daftar tabular. Sistem dagger (†) dan asterisk (*) mempunyai aplikasi pada istilah yang akan diberi dual kode (WHO, 2004).

Terincinya kode klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan dapat menimbulkan peluang terjadinya kesalahan dalam menetapkan suatu kode. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan kesalahan dalam menentukan kode berdasarkan hasil penelitian Institute of Medicine (Abdelhak, dkk, 2001) antara lain :

- a. Kesalahan dalam membaca diagnosis yang tertulis dalam berkas rekam medis, dikarenakan ketidaklengkapan rekam medis.
- b. Kesalahan dokter dalam menentukan diagnosis utama.
- c. Kesalahan dalam menetapkan suatu kode diagnosis maupun kode tindakan.
- d. Kode diagnosis atau tindakan tidak valid atau tidak sesuai dengan yang tertulis dalam berkas rekam medis.
- e. Kesalahan dalam menuliskan kembali atau mengentry kode dalam komputer.

Kecepatan dan ketepatan pengodean terhadap suatu diagnosis sangat tergantung kepada petugas yang mengelola berkas rekam medis, yaitu :

- a. Tenaga medis atau dokter dalam menentukan diagnosis ;
- b. Tenaga rekam medis atau koder dalam memberikan kode diagnosis ;
- c. Tenaga kesehatan lainnya yang terkait dalam melengkapi pengisian berkas rekam medis.

D. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems revisi 10 (ICD-10)

1. Pengertian ICD-10

ICD-10 digunakan untuk mengklasifikasikan penyakit dalam masalah terkait kesehatan lainnya pada banyak jenis catatan kesehatan (WHO, 2011). ICD-10 berisikan pedoman untuk merekam dan memberi kode penyakit, disertai dengan materi baru yang berupa aspek praktis penggunaan klasifikasi. Banyak sistem klasifikasi yang sudah dikenal di Indonesia, namun demikian sesuai dengan Peraturan Depkes, sistem klasifikasi yang harus digunakan sejak tahun 1996 sampai dengan saat ini adalah ICD-10 dari WHO (klasifikasi statistik internasional mengenai penyakit dan masalah yang berhubungan dengan kesehatan, revisi kesepuluh (Hatta, 2013).

2. Fungsi dan Kegunaan ICD-10

Fungsi ICD sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah-masalah terkait kesehatan yang digunakan untuk kepentingan informasi statistik data morbiditas dan mortalitas (Hatta, 2013). Penerapan pengodean sistem ICD-10 digunakan untuk:

1. Mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan disarana pelayanan kesehatan
2. Masukan bagi sistem pelaporan diagnosis penyakit
3. Memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia pelayanan

4. Bahan dasar dalam pengelompokkan DRGs (*diagnosis-related groups*) untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan
5. Pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas
6. Tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis
7. Menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman
8. Analisis pembiayaan pelayanan kesehatan
9. Untuk penelitian epidemiologi dan klinis

3. Struktur ICD 10

1. Volume 1 : Klasifikasi Utama
 - 1) Pengantar
 - 2) Pernyataan
 - 3) Pusat-pusat kolaborasi WHO untuk klasifikasi penyakit
 - 4) Laporan konferensi international yang menyetujui revisi ICD 10
 - 5) Daftar kategori 3 karakter
 - 6) Daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori termasuk subkategori empat karakter
 - 7) Daftar morfologi neoplasma
 - 8) Daftar tabulasi khusus morbiditas dan mortalitas
 - 9) Definisi-definisi
 - 10) Regulasi-regulsi nomenklatur
 - 11) Daftar tabulasi mortalitas terdiri dari :
 - a. Daftar 1-Kematian Umum-daftar dengan 103 penyebab yang luas (*General Mortality Condensed list 103 caused*)
 - b. Daftar 2- Kematian Umum – daftar terpilih dengan 80 penyebab (*General Mortality Condensed list 80 caused*)

- c. Daftar 3- Kematian bayi dan anak –daftar dengan 67 penyebab yang luas (*Infant and Child Mortality Condensed list 67 causes*)
 - d. Daftar 3- Kematian bayi dan anak –daftar terpilih dengan 51 penyebab (*Infant and Child Mortality Selected list 51 causes*)
- 12) Daftar Tabulasi Morbiditas (terdiri dari 298 penyebab)

Volume 1 (edisi ke 1) terdiri dari 21 bab dengan system kode alfanumerik. Pada volume 1 edisi ke 2 terdapat penambahan bab menjadi 22 bab disusun menurut grup system anatomi dan grup khusus.

2. Volume 2 : Buku Petunjuk Penggunaan

- a) Pengantar
- b) Penjelasan tentang *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*
- c) Cara penggunaan ICD 10
- d) Aturan dan petunjuk pengodean mortalitas dan morbiditas
- e) Presentasi statistik
- f) Riwayat perkembangan ICD 10

3. Volume 3 : Indeks Alfabetik

- a) Pengantar
- b) Susunan indeks secara umum
- c) Seksi I : Indeks abjad penyakit, bentuk cedera
- d) Seksi II: Penyebab sebab luar
- e) Seksi III : Table obat dan zat kimia
- f) Perbaikan terhadap volume 1

4. Aturan Koding ICD 10

Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's) dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada PMK No. 76 Tahun 2016 disebutkan aturan dalam melakukan koding menggunakan ICD 10 (Kementerian Kesehatan RI, 2016), antara lain:

- a. Jika dalam ICD 10 terdapat catatan “Use additional code, if desired, to identify specified condition” berarti kode tersebut dapat digunakan sesuai dengan kondisi pasien.
- b. Pengodean sistem dagger (†) dan asterisk (*) yaitu jika diagnosis utama yang ditegakkan dokter dalam ICD 10 menggunakan kode dagger dan asterisk maka yang berperan sebagai diagnosis utama adalah kode dagger, sedangkan kode asterisk sebagai diagnosis sekunder. Namun jika diagnosis sekunder yang ditegakkan dokter dalam ICD 10 menggunakan kode dagger dan asterisk, maka kode tersebut menjadi diagnosis sekunder. Tanda dagger (†) dan asterisk (*) tidak diinput di dalam aplikasi INA-CBG.
- c. Pengodean dugaan kondisi, gejala, penemuan abnormal, dan situasi tanpa penyakit yaitu apabila pasien dalam episode rawat, koder harus hati-hati dalam mengklasifikasikan diagnosis utama pada Bab XVIII (Kode R) dan XXI (Kode Z). Jika diagnosis yang lebih spesifik belum ditegakkan sampai akhir episode perawatan atau tidak ada penyakit atau cedera pada saat dirawat yang bisa dikode, maka kode dari Bab XVIII dan XXI dapat digunakan sebagai kode diagnosis utama (lihat juga Rules MB3 dan MB5). Kategori Z03.– (observasi dan evaluasi medis untuk penyakit dan kondisi yang dicurigai) digunakan pada diagnosis “suspek” yang dapat dikesampingkan setelah dilakukan pemeriksaan lanjutan.
- d. Pengkodean kondisi multiple yaitu jika kondisi multiple dicatat di dalam kategori berjudul “Multiple ...”, dan tidak satu pun kondisi yang menonjol, kode untuk kategori “Multiple ...”, harus dipakai sebagai kode diagnosis utama, dan setiap kondisi lain dijadikan kode diagnosis sekunder. Pengodean seperti ini digunakan terutama pada kondisi yang berhubungan dengan penyakit HIV, cedera dan sekuel.
- e. Pengkodean kategori kombinasi ICD menyediakan kategori tertentu dimana dua diagnosis yang berhubungan dapat diwakili oleh hanya satu kode.
- f. Pengodean sekuel kondisi tertentu ICD menyediakan sejumlah kategori yang berjudul “sequelae of ...” (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89) yang dapat digunakan untuk menunjukkan kondisi yang tidak

didapatkan lagi, sebagai penyebab masalah yang saat ini sedang diperiksa atau diobati. Namun, kode yang diutamakan sebagai diagnosis utama adalah kode yang sesuai dengan bentuk sekuel tersebut. Kode “sequelae of” dapat ditambahkan dalam kode tambahan. Jika terdapat sejumlah sekuel spesifik namun tidak ada yang lebih menonjol dalam hal kegawatan dan penggunaan sumber daya, diperbolehkan menggunakan “Sequelae of ...” sebagai diagnosis utama, yang kemudian dikode pada kategori yang sesuai. Perlu diperhatikan bahwa kondisi penyebab bisa dinyatakan dengan istilah ‘old’ (lama), ‘no longer present’ (tidak terdapat lagi), dan sebagainya, begitu pula kondisi yang diakibatkannya bisa dinyatakan sebagai ‘late effect of

- g. Pengodean kondisi-kondisi akut dan kronis Jika Diagnosis Utama dicatat sebagai akut (atau subakut) dan kronis, ICD 10 menyediakan kategori atau subkategori yang berbeda untuk masing-masing kategori, tapi tidak untuk gabungannya, kategori kondisi akut harus digunakan sebagai diagnosis utama.
- h. Pengodean kondisi pasca-prosedur dan komplikasinya terdapat pada Bab XIX (T80-T88) dimana tersedia kategori untuk komplikasi yang berhubungan dengan operasi dan prosedur lain, contohnya infeksi luka operasi, komplikasi mekanis benda-benda implantasi, syok, dan lainnya. Kondisi tertentu yang terjadi setelah prosedur (misalnya pneumonia, embolisme paru) tidak dianggap sebagai kondisi tersendiri sehingga dikode seperti biasa, namun bisa diberi kode tambahan dari Y83-Y84 untuk menunjukkan hubungannya dengan suatu prosedur. Jika kondisi dan komplikasi ini dicatat sebagai diagnosis utama, maka perlu dilakukan rujukan ke ‘modifier’ atau ‘qualifier’ pada indeks alfabet untuk penentuan kode yang tepat.
- i. Dalam hal koder yang tidak berhasil melakukan klarifikasi kepada dokter penanggung jawab pasien (DPJP), maka koder menggunakan Rule MB1 sampai MB5 untuk memilih kembali kode diagnosis utama (reSeleksi).

5. Langkah-Langkah Pengkodingan Dengan ICD-10

Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG’s) dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional pada PMK No. 76 Tahun 2016 diterangkan langkah-

langkah dalam melakukan pengodean menggunakan ICD 10 (Kementerian Kesehatan RI, 2016) yaitu:

- a. Identifikasi tipe pernyataan yang akan dikode lalu lihat di buku ICD 10 volume 3 (*Alphabetical Index*). Jika pernyataannya merupakan penyakit atau cedera atau kondisi yang terdapat pada Bab I-XIX dan XXI (Volume 1). Gunakanlah sebagai lead term untuk dimanfaatkan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi I indeks (Volume 3). Bila pernyataan yang ada di Bab XX (Volume 1), Lihat dan cari kodenya pada seksi II di Index (Volume 3).
- b. Tentukan *lead term*. Pada penyakit dan cedera biasanya menggunakan kata benda untuk kondisi patologis. Namun, dalam beberapa kondisi dijelaskan menggunakan kata sifat atau eponim dimasukkan dalam index sebagai *lead term*.
- c. Baca, pahami dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci.
- d. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan indentasi di bawah lead term (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum.
- e. Ikuti alur setiap petunjuk rujukan silang (“*see*” dan “*see also*”) yang ditemukan dalam index.
- f. Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada volume I. Untuk kategori 3 karakter dengan .- (point dash) berarti ada karakter ke 4 yang harus ditentukan pada Volume I karena tidak terdapat dalam index.
- g. Baca setiap *inclusion* atau *exclusion* di bawah kode yang dipilih, di bawah bab, di bawah blok atau di bawah judul kategori.

6. Struktur dan Sistem Klasifikasi ICD-10

Struktur dan Sistem Klasifikasi ICD-10 berdasarkan *alphabetical numeric*, adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Struktur dan Sistem Klasifikasi ICD-10

No	Kode Huruf	Kode	Diagnose Penyakit
1.	A-B	A00-B99	Penyakit Infeksi & Parasitik Tertentu
2.	C	C00-D48	Neoplasma
3.	D	D50-D89	Penyakit Darah & Organ Pembentuk Darah
4.	E	E00-E90	Penyakit Endokrin, Nutrisi & Metabolik
5.	F	F00-F99	Gangguan Mental & Perilaku
6.	G	G00-G99	Penyakit Sistem Saraf
7.	H	H00-H59	Penyakit Mata & Adneksa
8.	H	H60-H95	Penyakit Telinga & Mastoideus
9.	I	I00-I99	Penyakit Sistem Sirkulasi Darah
10.	J	J00-J99	Penyakit Sistem Napas
11.	K	K00-K93	Penyakit Sistem Cerna
12.	L	L00-L99	Penyakit Kulit & Jaringan Subkutan
13.	M	M00-M99	Penyakit Sistem Muskuloskeletal
14.	N	N00-N99	Penyakit System Kemih
15.	O	O00-O99	Kehamilan, Persalinan & Masa Nifas
16.	P	P00-P96	Kondisi-Kondisi Tertentu
17.	Q	Q00-Q99	Kelainan Bawaan
18.	R	R00-R99 :	Gejala, Tanda (penemuan lab)
19.	S-T	S00-T98	Cedera & Keracunan
20.	V-Y	V01-Y98	Penyebab Luar
21.	Z	Z00-Z99	Faktor yang mempengaruhi kesehatan dan kontak dengan pelayanan kesehatan

E. Penelitian Terdahulu

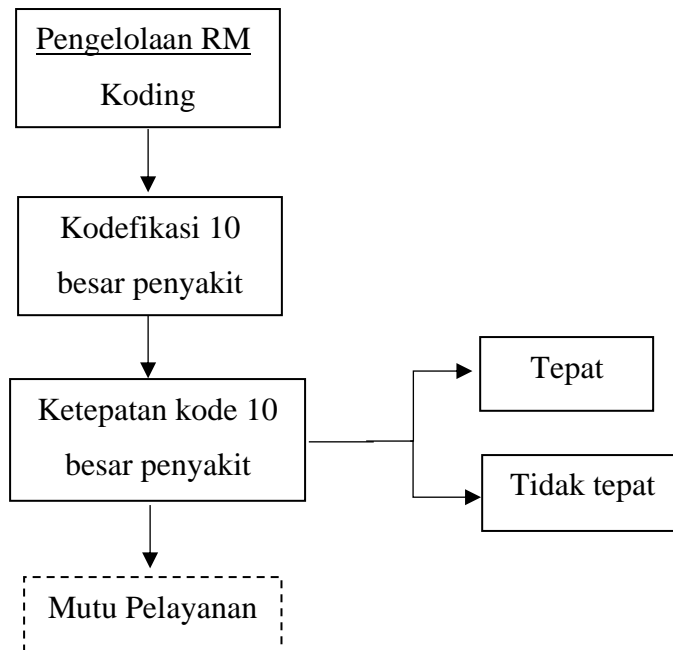
Tabel 2.2 Penelitian Terdahulu

No	Artikel	Metode	Hasil
1	Ketepatan Kode ICD-10 Kasus Obstetri Triwulan 1 pada Pasien Rawat Inap di Rsud Sanjiwani Gianyar	Deskriptif kuantitatif	Ketepatan kode ICD-10 kasus obstetri triwulan 1 pada pasien rawat inap di RSUD Sanjiwani Gianyar, dari 87 rekam medis kasus obstetri yang diteliti diketahui bahwa kode yang tepat sebanyak 35 rekam medis dengan presentase 40,23% sedangkan kode diagnosis yang tidak tepat sebanyak 52 rekam medis dengan presentase 59,77%.
2	Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis pada Poli Umum Pasien Rawat Jalan Berdasarkan Puskesmas Tanah Merah Tahun 2020	Deskriptif kuantitatif	Data keakuratan kode diagnosis pada poli umum pasien rawat jalan dari 93 sampel dokumen rekam medis poli umum pasien rawat jalan tahun 2020 terdapat 6 (6,45%) dokumen rekam medis yang akurat, sedangkan 87 (93,55%) dokumen rekam medis tidak akurat.
3	Tinjauan Ketepatan Kode Diagnosis Berdasarkan Spesifikasi Penulisan Diagnosis pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2016	Deskriptif kualitatif	Dari 314 diagnosis yang dijadikan sampel ditemukan ketidaktepatan kode sebesar 61 (20%) diagnosis dan kode yang tepat sebesar 233 (80%) diagnosis.

F. Kerangka Konsep

Kerangka konseptual penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi tentang hubungan atau kaitan antara variabel-variabel yang akan diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmojo, 2012). Kerangka konseptual dalam penelitian ini menjelaskan tentang variabel yang akan diamati atau diukur melalui penelitian, yaitu ketepatan kode diagnosa 10 besar penyakit.

Adapun kerangka konsep yang akan diteliti oleh peneliti adalah sebagai berikut:



Keterangan:

= variabel yang diteliti

= variabel yang tidak diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Ketepatan Kode Diagnosa 10 Besar Penyakit

Pengelolaan rekam medis salah satunya adalah kodefikasi penyakit. Dalam mengkodefikasi penyakit tersebut terdapat beberapa pengelompokan yaitu salah satunya 10 besar penyakit. Dan dari ketepatan kode itu untuk mencapai mutu pelayanan maka diperlukan ketepatan kode 10 besar penyakit tersebut, dan pada akhirnya akan ditentukan apakah kode tersebut tepat atau tidak tepat.

BAB 3

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Dalam penelitian ini, akan digunakan metode penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Metode deskriptif merupakan metode yang digunakan untuk memperoleh gambaran atau menganalisis suatu hasil penelitian tetapi tidak untuk digunakan membuat kesimpulan yang lebih luas. (Sugiono, 2005 : 21).

Penelitian metode kuantitatif merupakan metode penelitian yang berbasis pada filsafat positivisme, yang mana digunakan untuk meneliti populasi atau sampel tertentu, yang umumnya pengambilan sampelnya dilakukan secara random, dan data dikumpulkan menggunakan instrumen penelitian, lalu dianalisis secara kuantitatif/statistik dengan tujuan menguji hipotesis yang telah ditetapkan. (Sugiono, 2009 : 14)

Berdasarkan keterangan dari beberapa ahli di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa penelitian deskriptif kuantitatif adalah metode penelitian yang berkaitan dengan angka-angka yang dianalisis dengan teknik statistik untuk menganalisa hasilnya. Dalam penelitian ini, penerapan deskriptif kuantitatif diharapkan mampu menggambarkan statistik data, dimana dalam hal ini yaitu ketepatan dan kelengkapan kode diagnosis 10 besar penyakit pada dokumen rekam medis rawat jalan di Puskesmas Arjuno Malang.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah 1007 dokumen rekam medis rawat jalan dengan kode diagnosis 10 besar penyakit di bulan Oktober 2022 dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3. 1 Jumlah Data 10 Besar Penyakit Bulan Oktober 2022

No	Jenis Penyakit	Jumlah Kasus
1	Essential (primary) hypertension	267
2	Acute nasopharyngitis [common cold]	174
3	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	106
4	Diseases of pulp and periapical tissues	94
5	Acute pharyngitis	87
6	Somatoform disorders	81
7	Cough	61
8	Gastritis	49
9	Influenza, virus not identified	48
10	Dyspepsia	40
Total		1007

2. Sampel

Sampel penelitian adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Pada penelitian ini teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *cluster random sampling* yaitu suatu jenis teknik sampling yang membagi populasi menjadi beberapa kelompok yang terpisah dan disebut sebagai *cluster*. Adapun jumlah total sampel yang diambil adalah 100 dokumen rekam medis dengan mengambil 10 sampel tiap penyakit secara acak.

C. Waktu dan Tempat

1. Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini dilaksanakan mulai bulan November 2022-Januari 2023 dengan studi pendahuluan di bulan September 2022.

2. Tempat Penelitian

Tempat penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Arjuno Jl. Simpang Arjuno No.17, Kauman, Kec. Klojen, Kota Malang, Jawa Timur 65119.

D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

1. Variabel Penelitian

Variabel Penelitian adalah suatu atribut, nilai atau sifat dari objek penelitian (individu atau kegiatan) yang memiliki variasi tertentu antara satu objek dengan objek lainnya. Variabel yang akan diamati pada penelitian ini yaitu prosedur pelaksanaan kodefikasi diagnosis dan ketepatan kode diagnosis 10 besar penyakit.

2. Definisi Operasional

Tabel 3. 2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala data
1	Prosedur pelaksanaan kodefikasi penyakit	Tata cara pelaksanaan kegiatan kodefikasi diagnosis 10 besar penyakit di Puskesmas Arjuno	Observasi	<p>1. Ada:</p> <p>Apabila item yang digunakan untuk proses kodefikasi tersedia seperti SOP, buku ICD-10, dan media lain serta dilakukannya proses pengodingan</p> <p>2. Tidak:</p> <p>Apabila item yang digunakan untuk proses kodefikasi tidak tersedia seperti SOP, buku ICD-10, dan media lain serta tidak dilakukannya proses pengodingan</p>	Nominal
2	Tingkat ketepatan kode diagnosis 10 besar penyakit	Perbandingan berkas rekam medis antara kode yang tepat dengan kode yang kurang tepat dari jumlah sampel yang diteliti.	ICD-10	<p>1. Tepat = 1</p> <p>Apabila penulisan kode diagnosis sesuai dengan ICD-10</p> <p>2. Tidak tepat = 0</p> <p>Apabila penulisan kode diagnosis penyakit tidak sesuai dengan ICD-10</p>	Nominal

E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis Data

Berdasarkan sumbernya jenis data dikelompokkan menjadi 2 yaitu data primer dan data sekunder.

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh peneliti secara langsung (dari tangan pertama). Dalam penelitian ini data primer diperoleh dari informan, yaitu data 10 besar penyakit bulan Oktober 2022

b. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh peneliti dari sumber yang sudah tersedia. Data sekunder yang diperoleh peneliti adalah internet, buku, jurnal, dan berkas rekam medis pasien yang berkaitan dengan penelitian.

2. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi. Observasi merupakan suatu prosedur yang berencana, yang diantaranya meliputi mengamati, mencatat dengan disertai aktifnya jiwa atau perhatian khusus dan melakukan pencatatan-pencatatan jumlah serta taraf aktivitas tertentu yang berhubungan dengan masalah yang diteliti. (Notoatmojo, Soekidjo, 2005). Observasi ini dilakukan dengan melihat/meneliti ketepatan kode ICD-10 yang bersumber pada software laporan morbiditas (*hard copy* dari rekapitulasi laporan morbiditas). Dalam penelitian ini peneliti melakukan observasi dengan menggunakan instrumen lembar observasi untuk mengetahui prosedur pelaksanaan kodifikasi diagnosis dan lembar formulir *check list* untuk mengetahui ketepatan kode diagnosis 10 besar penyakit pada dokumen rekam medis pasien.

F. Instrumen dan Bahan Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat ukur atau fasilitas pengumpulan data yang akan digunakan oleh peneliti agar proses dalam pengumpulan data lebih mudah (Saryono, 2010). Instrumen yang akan digunakan oleh peneliti meliputi:

a. Pedoman observasi

b. Lembar observasi

- c. Lembar Checklist, yang digunakan peneliti untuk mencatat jumlah ketepatan kode diagnosa 10 besar penyakit
- d. ICD-10 *volume 1*, *volume 2*, dan *volume 3* sebagai alat bantu pengkodean
- e. Alat tulis, sebagai alat pendukung guna mengisi lembar checklist
- f. Microsoft Excel, guna menghitung persentase dari ketepatan kode diagnose 10 besar penyakit

G. Etika Penelitian

Menurut Sudiby (2013) sebelum melaksanakan penelitian, peneliti mengajukan permohonan ijin kepada lembaga atau institusi terkait melalui surat rekomendasi dari institusi tersebut untuk melakukan penelitian. Setelah memperoleh persetujuan, peneliti melaksanakan penelitian dengan adanya etika agar peneliti dan responden tertib mematuhi aturan dalam melakukan penelitian. Etika pada penelitian ini diantaranya:

1. Anonimity (Kerahasiaan nama atau identitas)

Anonimity merupakan suatu identitas pasien atau responden harus dirahasiakan. Hal ini berkaitan dengan etika dalam melakukan penelitian. Untuk menjaga kerahasiaan peneliti tidak mencantumkan nama responden, tetapi lembar tersebut hanya diberi kode sesuai dengan kebutuhan peneliti.

2. Confidentiality (Kerahasiaan)

Confidentiality atau kerahasiaan dari hasil penelitian adalah suatu data hasil yang harus dirahasiakan kepada peneliti terhadap semua orang agar hasil data responden tersebut tidak disebarluaskan atau bocor ke orang lain. Confidentiality juga dimaksudkan untuk tidak akan menginformasikan data dan hasil penelitian berdasarkan data individual, namun data dilaporkan berdasarkan kelompok sesuai dengan tujuan penelitian ini.

H. Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

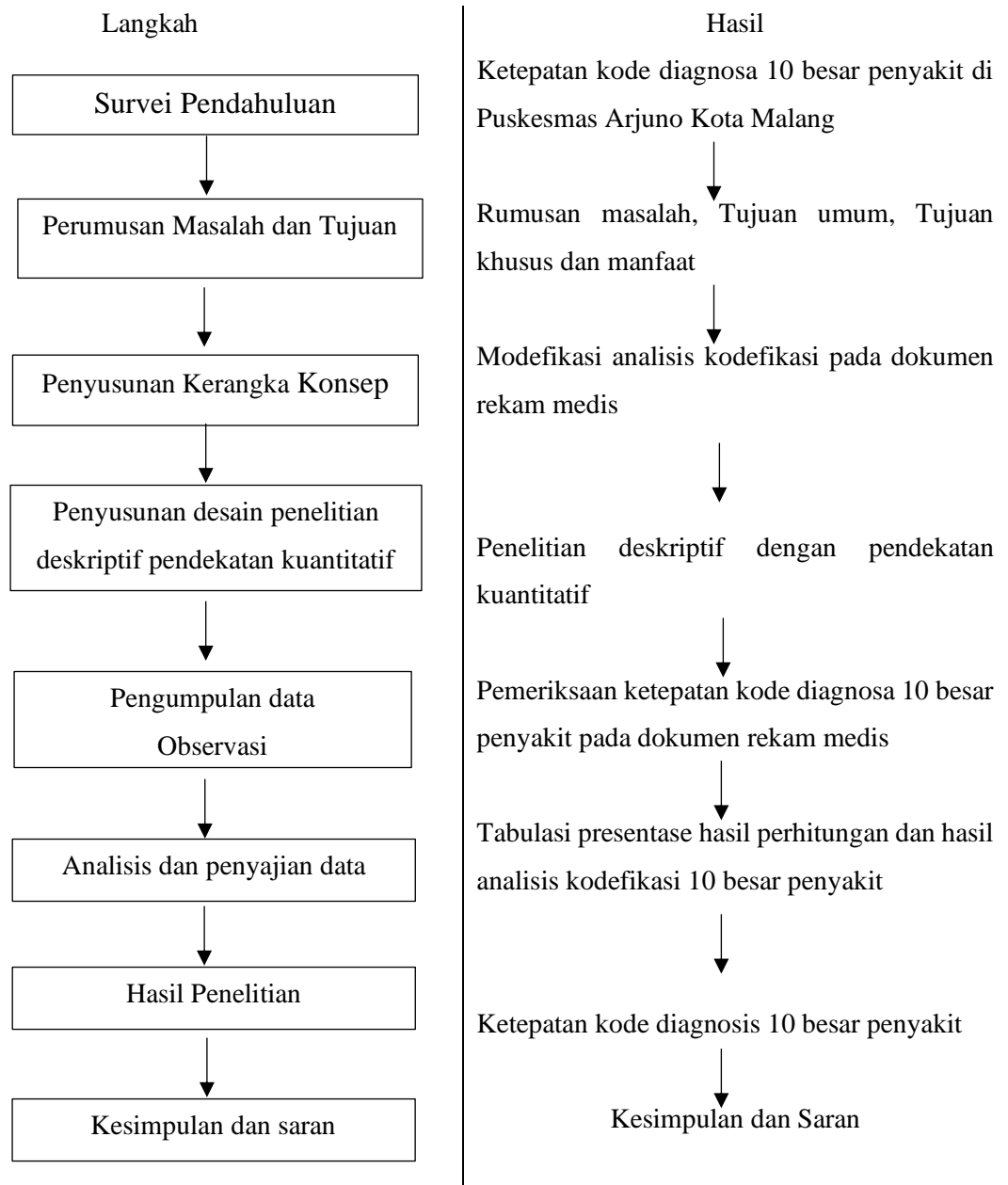
- a. Editing merupakan suatu kegiatan untuk melakukan pengecekan data dari hasil observasi yang telah dilakukan oleh peneliti terhadap kode diagnosa 10 besar penyakit pada dokumen rekam medis rawat jalan

- b. Coding merupakan kegiatan mengklasifikasikan kode diagnosa 10 besar penyakit dengan aturan ICD 10 guna memudahkan penggolongan data
- c. Entry dan Processing merupakan memasukkan data ketepatan kode ke dalam sistem Microsoft Excel dan melakukan perhitungan persentase setelah itu dilakukan analisis terhadap data yang telah diolah tersebut
- d. Tabulating merupakan suatu kegiatan untuk menyusun data dengan mengelompokkan data-data sedemikian rupa sehingga data mudah dijumlah dan disusun dalam bentuk tabel

2. Analisis Data

Pada penelitian ini, jenis analisis yang digunakan peneliti adalah analisis univariat yang dilakukan terhadap satu variabel penelitian yang biasanya digunakan untuk mendeskripsikan data. Analisis penelitian ini digambarkan dalam bentuk narasi mengenai hasil pengamatan tentang pengkodean diagnosis 10 besar penyakit di Puskesmas Arjuno Kota Malang. Analisis data dalam hal ini menggunakan pendekatan kuantitatif yaitu mendeskripsikan persentase tingkat ketepatan kode 10 besar penyakit dengan cara melakukan perbandingan antara berkas rekam medis dengan kode yang tepat dan yang kurang tepat. Data bersumber dari pengolahan data hasil pengamatan ketepatan kode 10 besar penyakit berdasarkan ICD-10.

I. Prosedur Penelitian



Gambar 3. 1 Prosedur Penelitian

J. Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	2022				2023		
		Sept	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar
1.	Pengajuan judul laporan tugas akhir	■						
2.	Penyusunan laporan penelitian		■					
3.	Pengurusan surat izin studi pendahuluan dan penelitian		■					
4.	Seminar proposal			■				
5.	Pengambilan data			■				
6.	Pengolahan data dan analisis data				■			
7.	Penyusunan laporan penelitian					■		
8.	Ujian hasil						■	

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Puskesmas Arjuno Kota Malang

1. Sejarah Singkat Puskesmas Arjuno



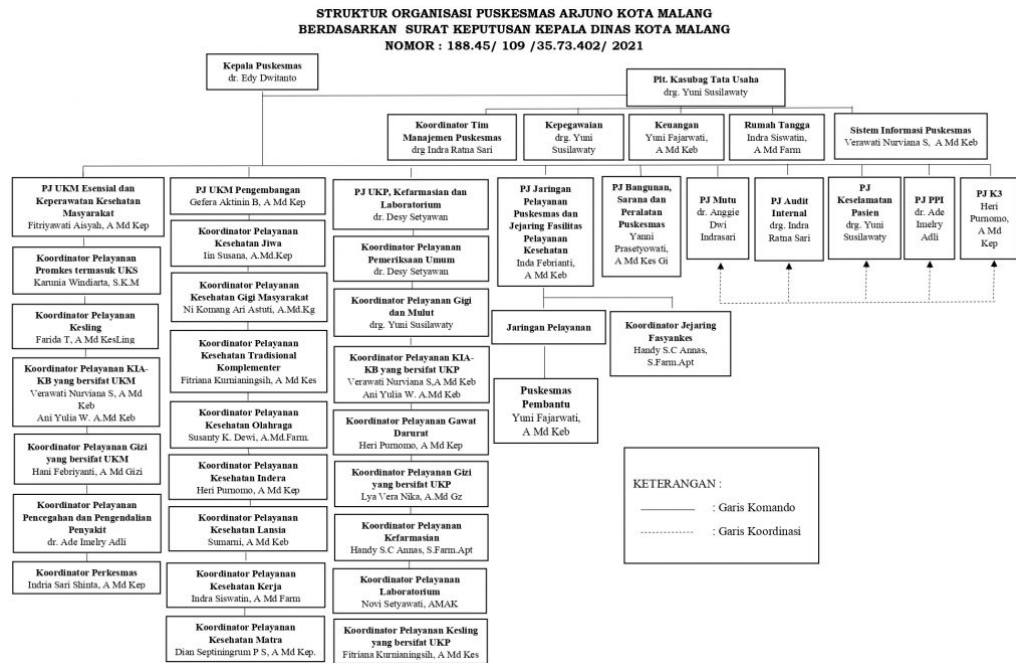
Gambar 4. 1 Profil Puskesmas Arjuno

Puskesmas Arjuno berdiri pada tahun 1970, merupakan Puskesmas tertua di Kota Malang. Semakin luasnya bidang kerja yang harus ditangani, Puskesmas Arjuno mempunyai 2 Puskesmas pembantu yaitu Puskesmas Pembantu Penanggungungan dan Puskesmas Pembantu Rampal Celaket dengan memiliki 7 kelurahan sebagai wilayah kerja. Kemudian dalam perkembangan Puskesmas pembantu Rampal Celaket berkembang menjadi Puskesmas Induk dengan 3 kelurahan sebagai wilayah kerjanya sehingga Puskesmas Arjuno tinggal mempunyai 4 kelurahan sebagai wilayah kerja yang terletak di Kelurahan Kauman Kecamatan Klojen. Tepatnya di Jl Simpang Arjuno No 17 A Malang, sebelah barat kota Malang dan berjarak lebih 1 km dari pusat pemerintahan kota.

Puskesmas Arjuno Kota Malang adalah puskesmas milik Pemerintah Kota Malang yang berada dibawah naungan Dinas Kesehatan Kota Malang yang merupakan salah satu lembaga yang bergerak dibidang pelayanan kesehatan masyarakat. Program kerja pokok yang dilakukan Puskesmas Arjuno salah satunya adalah pelayanan kesehatan terhadap seluruh penduduk termasuk terhadap masyarakat miskin melalui program dari pemerintah yaitu Jamkesmas dan

Jamkesda yang bergeser menjadi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara jaminan Sosial (BPJS) baik JKN PBI maupun Bukan JKN PBI.

2. Struktur Organisasi Puskesmas Arjuno



Gambar 4. 2 Struktur Organisasi Puskesmas Arjuno

3. Visi, Misi dan Motto Puskesmas Arjuno

a. Visi

Kota Malang Bermartabat

b. Misi

Meningkatkan akses dan kualitas pendidikan, kesehatan dan layanan dasar lainnya bagi semua warga

c. Motto

Kepuasan pasien adalah motivasi kerja kami

4. Jenis Pelayanan Puskesmas Arjuno

A. Pelayanan dalam Gedung

1. Pelayanan Ruang Pemeriksaan Umum
2. Pelayanan kesehatan Gigi dan Mulut

3. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak, KB dan Imunisasi
4. Pelayanan Klinik Sanitasi
5. Pelayanan Gizi
6. Pelayanan Kegawatdaruratan
7. Pelayanan Kefarmasian
8. Pelayanan Pemeriksaan Laboratorium
9. Pelayanan Kesehatan Haji
10. Pelayanan Komprehensif IMS/HIV

B. Pelayanan Imunisasi Campak dan BCG Hari Kamis Luar Gedung

1. Pelayanan Posyandu Balita, Lansia, Posbindu, PKPR
2. UKGS/UKGMD
3. Perawat Kesehatan Masyarakat (PERKESMAS)
4. Kesehatan Olahraga
5. Promosi Kesehatan dan Kesehatan Lingkungan
6. Upaya Kesehatan Kerja
7. Survei Penyakit Menular dan Keracunan Makanan (TB, Kusta, HIV/IMS, Difteri, DBD, Campak)
8. Survei Keluarga Sehat
9. UKS (Usaha Kesehatan Sekolah)

B. Hasil Penelitian

1. Prosedur Pelaksanaan Kodefikasi 10 Besar Penyakit Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan Di Puskesmas Arjuno Kota Malang

Berdasarkan observasi yang dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Arjuno, berikut adalah tabel hasil observasi yang didapatkan dari kegiatan tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel 4. 1 Tabel Hasil Observasi

No	Item	Ada	Tidak	Keterangan
1.	SOP tentang Kodefikasi		√	Ada SK namun tidak ada SOP
2.	Buku ICD-10	√		Jarang digunakan
3.	Proses kodefikasi	√		Dilakukan langsung oleh dokter/perawat di poli

4.	Pengumpulan data	√		Dokumen rekam medis yang sudah dikode oleh dokter atau perawat di poli dimasukkan ke aplikasi <i>P-care</i> dan buku register dalam bentuk excel
5.	Media lain untuk mengkode penyakit	√		Pengkodean penyakit masih mengacu pada daftar kode penyakit yang familiar dan lebih sering browsing di google

Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa di Puskesmas Arjuno tidak ada SOP tentang kodefikasi. Pemberian kode diagnosis pada dokumen rekam medis rawat jalan di Puskesmas Arjuno dilakukan oleh dokter atau perawat di poli. Pengkodean tidak dilakukan dengan urutan tatacara yang tepat menggunakan ICD 10 volume satu dan tiga. Pengkodean penyakit masih mengacu pada daftar kode penyakit yang familiar dan mencari di internet atau *google*.

Adapun tata cara pemberian kode diagnosis yang dilakukan oleh dokter atau perawat di Puskesmas Arjuno dimulai dengan dokter mengisi atau menetapkan diagnosis kemudian perawat mengisi kode diagnosis apabila belum diisi oleh dokter. Dokumen rekam medis yang sudah dikode oleh dokter atau perawat di poli dimasukkan ke aplikasi *P-care* dan buku register dalam bentuk excel.

2. Tingkat Ketepatan Kode Diagnosa 10 Besar Penyakit Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan Di Puskesmas Arjuno Kota Malang

Ketepatan kode diagnosa 10 besar penyakit di Puskesmas Arjuno periode Oktober 2022 dilakukan menggunakan dokumen rekam medis rawat jalan sebagai acuan ketepatan dalam penelitian dengan jumlah sampel sebanyak 100 dokumen dan dibagi menjadi 10 kelompok berdasarkan jenis penyakit dengan rincian sebagai berikut:

a. Ketepatan Kode Hipertensi Primer

Tabel 4. 2 Persentase Ketepatan Kode Hipertensi Primer

No	Uraian	Jumlah Dokumen	Persentase
1	Kode akurat	10	100%
2	Kode tidak akurat	0	0%
Total		10	100%

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa persentase ketepatan kode hipertensi primer dari 10 sampel dokumen rekam medis yang telah diteliti di

Puskesmas Arjuno, diperoleh data dengan kode akurat sebanyak 10 dokumen dengan persentase 100% dan data tidak akurat sebanyak 0 dokumen dengan persentase 0%.

b. Ketepatan Kode Common Cold

Tabel 4. 3 Persentase Ketepatan Kode Common Cold

No	Uraian	Jumlah Dokumen	Persentase
1	Kode akurat	5	50%
2	Kode tidak akurat	5	50%
Total		10	100%

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui bahwa persentase ketepatan kode common cold dari 10 sampel dokumen rekam medis yang telah diteliti di Puskesmas Arjuno, masih terdapat kode penyakit yang tidak tepat. Kode penyakit yang tepat sesuai dengan ICD-10 sebanyak 5 dokumen dengan persentase 50% dan kode penyakit yang tidak tepat sebanyak 5 dokumen dengan persentase 50%.

c. Ketepatan Kode DM II

Tabel 4. 4 Persentase Ketepatan Kode DM II

No	Uraian	Jumlah Dokumen	Persentase
1	Kode akurat	0	0 %
2	Kode tidak akurat	10	100 %
Total		10	100 %

Berdasarkan tabel 4.4 dapat diketahui bahwa persentase ketepatan kode DM II dari 10 sampel dokumen rekam medis yang telah diteliti di Puskesmas Arjuno, masih terdapat kode penyakit yang tidak tepat. Kode penyakit yang tepat sesuai dengan ICD-10 sebanyak 0 dokumen dengan persentase 0% dan kode penyakit yang tidak tepat sebanyak 10 dokumen dengan persentase 100%.

d. Ketepatan Kode Diseases of pulp and periapical tissues

Tabel 4. 5 Persentase Ketepatan Kode Diseases of pulp and periapical tissues

No	Uraian	Jumlah Dokumen	Presentase
1	Kode akurat	0	0 %
2	Kode tidak akurat	10	100 %
Total		10	100 %

Berdasarkan tabel 4.5 dapat diketahui bahwa persentase ketepatan kode Diseases of pulp and periapical tissues dari 10 sampel dokumen rekam medis yang telah diteliti di Puskesmas Arjuno, masih terdapat kode penyakit yang tidak tepat.

Kode penyakit yang tepat sesuai dengan ICD-10 sebanyak 0 dokumen dengan persentase 0% dan kode penyakit yang tidak tepat sebanyak 10 dokumen dengan persentase 100%.

e. Ketepatan Kode Acute pharyngitis

Tabel 4. 6 Persentase Ketepatan Kode Acure Pharyngitis

No	Uraian	Jumlah Dokumen	Presentase
1	Kode akurat	0	0 %
2	Kode tidak akurat	10	100 %
Total		10	100 %

Berdasarkan tabel 4.6 dapat diketahui bahwa persentase ketepatan kode Acute pharyngitis dari 10 sampel dokumen rekam medis yang telah diteliti di Puskesmas Arjuno, masih terdapat kode penyakit yang tidak tepat. Kode penyakit yang tepat sesuai dengan ICD-10 sebanyak 0 dokumen dengan persentase 0% dan kode penyakit yang tidak tepat sebanyak 10 dokumen dengan persentase 100%.

f. Ketepatan Kode Somatoform disorders

Tabel 4. 7 Persentase Ketepatan Kode Somatoform Disorders

No	Uraian	Jumlah Dokumen	Presentase
1	Kode akurat	0	0 %
2	Kode tidak akurat	10	100 %
Total		10	100 %

Berdasarkan tabel 4.7 dapat diketahui bahwa persentase ketepatan kode Acute pharyngitis dari 10 sampel dokumen rekam medis yang telah diteliti di Puskesmas Arjuno, masih terdapat kode penyakit yang tidak tepat. Kode penyakit yang tepat sesuai dengan ICD-10 sebanyak 0 dokumen dengan persentase 0% dan kode penyakit yang tidak tepat sebanyak 10 dokumen dengan persentase 100%.

g. Ketepatan Kode Cough

Tabel 4. 8 Persentase Ketepatan Kode Cough

No	Uraian	Jumlah Dokumen	Presentase
1	Kode akurat	10	100%
2	Kode tidak akurat	0	0%
Total		10	100%

Berdasarkan tabel 4.8 dapat diketahui bahwa persentase ketepatan kode cough dari 10 sampel dokumen rekam medis yang telah diteliti di Puskesmas

Arjuno, diperoleh data dengan kode akurat sebanyak 10 dokumen dengan persentase 100% dan data tidak akurat sebanyak 0 dokumen dengan persentase 0%.

h. Ketepatan Kode Gastritis

Tabel 4. 9 Persentase Ketepatan Kode Gastritis

No	Uraian	Jumlah Dokumen	Presentase
1	Kode akurat	0	0 %
2	Kode tidak akurat	10	100 %
Total		10	100 %

Berdasarkan tabel 4.9 dapat diketahui bahwa persentase ketepatan kode gastritis dari 10 sampel dokumen rekam medis yang telah diteliti di Puskesmas Arjuno, masih terdapat kode penyakit yang tidak tepat. Kode penyakit yang tepat sesuai dengan ICD-10 sebanyak 0 dokumen dengan persentase 0% dan kode penyakit yang tidak tepat sebanyak 10 dokumen dengan persentase 100%.

i. Ketepatan Kode Influenza

Tabel 4. 10 Persentase Ketepatan Kode Influenza

No	Uraian	Jumlah Dokumen	Presentase
1	Kode akurat	10	100%
2	Kode tidak akurat	0	0%
Total		10	100%

Berdasarkan tabel 4.10 dapat diketahui bahwa persentase ketepatan kode influenza dari 10 sampel dokumen rekam medis yang telah diteliti di Puskesmas Arjuno, diperoleh data dengan kode akurat sebanyak 10 dokumen dengan persentase 100% dan data tidak akurat sebanyak 0 dokumen dengan persentase 0%.

j. Ketepatan Kode Dyspepsia

Tabel 4. 11 Persentase Ketepatan Kode Dyspepsia

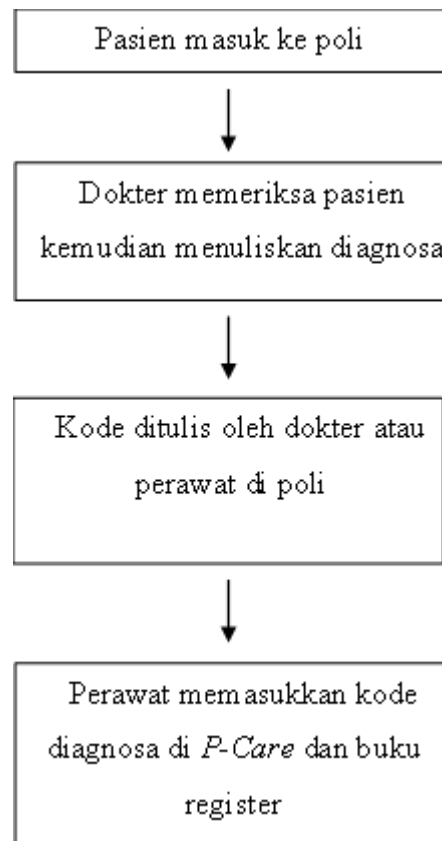
No	Uraian	Jumlah Dokumen	Presentase
1	Kode akurat	10	100%
2	Kode tidak akurat	0	0%
Total		10	100%

Berdasarkan tabel 4.11 dapat diketahui bahwa persentase ketepatan kode dyspepsia dari 10 sampel dokumen rekam medis yang telah diteliti di Puskesmas Arjuno, diperoleh data dengan kode akurat sebanyak 10 dokumen dengan persentase 100% dan data tidak akurat sebanyak 0 dokumen dengan persentase 0%.

C. Pembahasan

1. Prosedur Pelaksanaan Kodefikasi 10 Besar Penyakit Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan Di Puskesmas Arjuno Kota Malang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses pengkodean diagnosis penyakit sudah dilaksanakan di Puskesmas Arjuno Kota Malang. Namun, pelaksanaan kegiatan koding di Puskesmas Arjuno tidak dilengkapi dengan SOP tentang kodefikasi sehingga petugas tidak memiliki acuan standar. Petugas yang melakukan pengkodean adalah dokter dan perawat di poli. Setelah memeriksa pasien, dokter akan menuliskan pelayanan yang diberikan kepada pasien ke dalam dokumen rekam medis termasuk diagnosis dan kodenya. Dokter mengkode diagnosis secara langsung dengan menuliskannya pada dokumen rekam medis tanpa merujuk pada buku ICD-10. Setelah dokumen rekam medis selesai digunakan dalam pemberian layanan kesehatan, isi dokumen rekam medis akan diinput kedalam aplikasi *P-care* oleh perawat. Pada saat proses penginputan ini, bila ditemukan diagnosis yang belum ditentukan kodenya oleh dokter maka perawat yang akan menentukan kode diagnosis dan langsung menginputkannya pada *P-care* tanpa menuliskannya pada dokumen rekam medis. Perawat juga tidak merujuk pada buku ICD-10 dalam penentuan kode diagnosis. Berikut adalah flowchart proses pengkodean di Puskesmas Arjuno Kota Malang:



Gambar 4. 3 Alur Proses Pengkodean

Pengkodean penyakit di Puskesmas Arjuno masih mengacu pada daftar kode penyakit yang familiar atau pasien sering mengalami dan mencari di internet atau google. Untuk kode diagnosis yang sudah hafal, maka petugas langsung memasukkan kode berdasarkan diagnosis yang tertulis di dokumen rekam medis pasien tersebut. Penggunaan kode diagnosis di Puskesmas Arjuno hanya sampai karakter ketiga dan tidak menggunakan karakter ke-4. Hal ini tidak sesuai dengan langkah dasar dalam menentukan kode diagnosis. Menurut Hatta (2013) ada sembilan langkah dasar dalam menentukan kode diagnosis, antara lain:

- a. Menentukan jenis pernyataan yang akan dikode, diklasifikasikan pada ICD-10 sesuai Bab yang ditentukan oleh kasus penyakit tersebut.
- b. Menentukan *leadterm* pada kasus tersebut, lihat pada ICD-10 volume 3 *Alphabetical Index*.
- c. Baca dengan seksama dan ikuti petunjuk pada catatan yang muncul di bawah istilah yang akan dipilih pada ICD-10 volume 3.

- d. Baca istilah yang terdapat dalam tanda kurung “()” sesudah *leadterm* (kata yang terdapat di dalam tanda kurung merupakan *modifer* yang akan mempengaruhi kode diagnosis).
- e. Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (*cross reference*) dan perintah *see* dan *see also* yang terdapat pada indeks abjad
- f. Lihat daftar tabulasi (ICD-10 Volume 1) untuk mencari kode diagnosis yang paling tepat
- g. Ikuti pedoman *Inclusion* dan *Exclusion* pada kode diagnosis yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (*chapter*), blok, kategori, atau subkategori.
- h. Tentukan kode diagnosis yang dipilih
- i. Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk memastikan kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama pada formulis rekam medis pasien guna menunjang aspek legal rekam medis

2. Tingkat Ketepatan Kode Diagnosa 10 Besar Penyakit Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan Di Puskesmas Arjuno Kota Malang

Berdasarkan hasil penelitian dari total 100 sampel yang diambil dengan diagnosa 10 besar penyakit, tingkat ketepatan kode akan dibahas per penyakit dengan rincian sebagai berikut:

a. Ketepatan Kode Hipertensi Primer

Dari 10 dokumen rekam medis yang diteliti dengan diagnosis hipertensi primer, didapatkan hasil persentase ketepatan kode akurat sebanyak 10 dokumen dengan persentase 100% dan data dengan tidak akurat sebanyak 0 dokumen dengan persentase 0%. Pada penyakit hipertensi primer, kode yang ditulis oleh dokter di dokumen rekam medis adalah I10. Berdasarkan kode yang tertulis pada buku ICD-10, penyakit hipertensi primer hanya 3 karakter yaitu I10 masuk dalam kategori penyakit tunggal dan tidak ada subkategori lagi. Kode I10 masuk pada BAB IX tentang penyakit pada sistem sirkulasi dan tergolong dalam blok I10-I15 tentang penyakit hipertensi. Sehingga kode I10 yang ditulis dokter dengan diagnosa akhir hipertensi primer adalah akurat.

b. Ketepatan Kode Common Cold

Dari 10 dokumen rekam medis yang diteliti dengan diagnosis *common cold*, didapatkan hasil persentase ketepatan kode akurat sebanyak 5 dokumen dengan persentase 50% dan data dengan tidak akurat sebanyak 5 dokumen dengan persentase 50%. Pada diagnosis *common cold* kode yang ditulis oleh dokter di dokumen rekam medis adalah J11. Berdasarkan kode yang tertulis pada buku ICD-10 penyakit *common cold* hanya 3 karakter yaitu J00, masuk dalam kategori penyakit tunggal dan tidak ada subkategori lagi. Untuk menentukan kode diagnosis *common cold* maka *leadterm* yang digunakan adalah *cold* kemudian untuk identasinya yaitu *common*, sehingga didapatkan kode J00. Kode J00 masuk BAB X tentang penyakit pada sistem pernapasan. Ditemukannya dokumen dengan kode yang tidak akurat karena dokter salah memberikan kode pada diagnosa CC bahwa kode yang benar adalah J00 namun penulisan kode di dokumen tertulis J11 yang kode tersebut merupakan kode dari penyakit *influenza*. Hal ini disebabkan karena petugas kurang teliti dalam memberikan kode diagnosa sehingga terdapat beberapa dokumen rekam medis yang penulisan kode penyakitnya masih kurang tepat.

c. Ketepatan Kode DM II

Dari 10 dokumen rekam medis yang diteliti dengan diagnosis DM tipe II, terdapat 10 dokumen dengan persentase 100% yang tidak akurat dikarenakan kode yang ditulis oleh dokter di dokumen rekam medis hanya sampai karakter 3 yaitu E11, kode tersebut belum spesifik dan membutuhkan karakter ke 4 untuk identifikasi. Untuk menentukan kode dari diagnosis DM tipe II maka *leadterm* yang digunakan adalah *Diabetes, diabetic*, kemudian untuk identasinya yaitu *type II (nonobese) (obese)*, didapatkan kode E11 untuk *Non-insulin-dependent diabetes mellitus* tergolong dalam blok E10-E14. Pada kode E11 dibawahnya terdapat keterangan “*see before E10 for subdivisions*” hal ini digunakan untuk menentukan karakter ke 4. Dengan diagnosis akhir dari dokter adalah DM tipe II dan tidak dijelaskan kondisi spesifiknya, maka diagnosis tersebut tidak termasuk dalam kategori .0 - .8 sehingga masuk dalam kategori tanpa komplikasi yaitu .9 *without complications*. Sehingga kode akhir yang tepat untuk diagnosis tersebut adalah E11.9 yaitu *Non-insulin-dependent diabetes mellitus, without complications*. Ketidakakuratan kode tersebut disebabkan oleh beberapa faktor antara lain kegiatan

klasifikasi dan kodefikasi penyakit yang dilakukan oleh profesi yang tidak memiliki kompetensi sebagai seorang koder, penentuan kode yang hanya mengacu pada daftar tabulasi penyakit yang sering terjadi dan belum dibuat SOP terkait pengkodean, serta petugas tidak pernah mengikuti pelatihan mengenai koding atau penggunaan ICD-10.

d. Ketepatan Kode Diseases of Pulp and Periapical Tissues

Dari 10 dokumen rekam medis yang diteliti dengan diagnosis *Diseases of Pulp and Periapical Tissues*, didapatkan hasil persentase ketepatan kode akurat sebanyak 0 dokumen dengan persentase 0% dan data dengan kode tidak akurat sebanyak 10 dokumen dengan persentase 100%. Ketidakakuratan kode disebabkan karena kode penyakit yang tidak menggunakan karakter ke-4. Berdasarkan hal ketepatan, kode harus tepat setiap karakter mulai dari karakter ke-1 hingga karakter ke-4. Pada diagnosis *diseases of pulp and periapical tissues* kode yang ditulis oleh dokter di dokumen rekam medis adalah K04 tergolong dalam blok K00-K14. Dibawah K04 terdapat subkategori, sehingga kode tersebut belum spesifik dan membutuhkan karakter ke 4 untuk identifikasi. Untuk menentukan kode dari diagnosis *diseases of pulp and periapical tissues* maka *leadterm* yang digunakan adalah *Disease, diseased*, kemudian untuk identasinya yaitu *periapical tissues*, sehingga didapatkan kode K04.9. Dengan diagnosis akhir dari dokter adalah *diseases of pulp and periapical tissues* dan tidak dijelaskan kondisi spesifiknya, maka diagnosis tersebut tidak termasuk dalam kategori .0 - .8 sehingga masuk dalam kategori tidak terspesifikasi yaitu .9 *unspecified*, maka kode yang tepat untuk diagnosis tersebut adalah K04.9 yaitu *other and unspecified diseases of pulp and periapical tissues*. Ketidakakuratan kode tersebut disebabkan oleh beberapa faktor antara lain kegiatan klasifikasi dan kodefikasi penyakit yang dilakukan oleh profesi yang tidak memiliki kompetensi sebagai seorang koder, penentuan kode yang hanya mengacu pada daftar tabulasi penyakit yang sering terjadi dan belum dibuat SOP terkait pengkodean, serta petugas tidak pernah mengikuti pelatihan mengenai koding atau penggunaan ICD-10.

e. Ketepatan Kode Acute Pharyngitis

Dari 10 dokumen rekam medis yang diteliti dengan diagnosis *Acute Pharyngitis*, didapatkan hasil persentase ketepatan kode akurat sebanyak 0 dokumen dengan persentase 0% dan data dengan kode tidak akurat sebanyak 10 dokumen dengan persentase 100%. Ketidakakuratan kode disebabkan karena kode penyakit yang tidak menggunakan karakter ke-4. Berdasarkan hal ketepatan, kode harus tepat setiap karakter mulai dari karakter ke-1 hingga karakter ke-4. Pada diagnosis *Acute Pharyngitis* kode yang ditulis oleh dokter di dokumen rekam medis adalah J02 tergolong dalam blok J00-J06 tentang infeksi saluran pernapasan atas akut. Dibawah J02 terdapat subkategori, sehingga kode tersebut belum spesifik dan membutuhkan karakter ke 4 untuk identifikasi. Untuk menentukan kode dari diagnosis *Acute Pharyngitis* maka *leadterm* yang digunakan adalah *Pharyngitis (acute)*, sehingga didapatkan kode J02.9. Dengan diagnosis akhir dari dokter adalah *Acute Pharyngitis* dan tidak dijelaskan kondisi spesifiknya maka diagnosis tersebut tidak termasuk dalam kategori .0 - .8 sehingga masuk dalam kategori tidak spesifik yaitu .9 *unspecified*. Maka kode yang tepat untuk diagnosis tersebut adalah J02.9 yaitu *Acute pharyngitis, unspecified*. Ketidakakuratan kode tersebut disebabkan oleh beberapa faktor antara lain kegiatan klasifikasi dan kodefikasi penyakit yang dilakukan oleh profesi yang tidak memiliki kompetensi sebagai seorang koder, penentuan kode yang hanya mengacu pada daftar tabulasi penyakit yang sering terjadi dan belum dibuat SOP terkait pengkodean, serta petugas tidak pernah mengikuti pelatihan mengenai coding atau penggunaan ICD-10.

f. Ketepatan Kode Somatoform Disorders

Dari 10 dokumen rekam medis yang diteliti dengan diagnosis *somatoform disorders*, didapatkan hasil persentase ketepatan kode akurat sebanyak 0 dokumen dengan persentase 0% dan data dengan kode tidak akurat sebanyak 10 dokumen dengan persentase 100%. Ketidakakuratan kode disebabkan karena kode penyakit yang tidak menggunakan karakter ke-4. Berdasarkan hal ketepatan, kode harus tepat setiap karakter mulai dari karakter ke-1 hingga karakter ke-4. Pada diagnosis *somatoform disorders* kode yang ditulis oleh dokter di dokumen rekam medis adalah F45 tergolong dalam blok F40-F48 tentang gangguan neurotik, terkait stres, dan somatoform. Dibawah F45 terdapat subkategori, sehingga kode tersebut belum

spesifik dan membutuhkan karakter ke 4 untuk identifikasi. Untuk menentukan kode dari diagnosis *somatoform disorders* maka *leadterm* yang digunakan adalah *disorders*, kemudian untuk identitasnya yaitu *somatoform*, sehingga didapatkan kode F45.9. Dengan diagnosis akhir dari dokter adalah *somatoform disorders* dan tidak dijelaskan kondisi spesifiknya, maka diagnosis tersebut tidak termasuk dalam kategori .0 - .8 sehingga masuk dalam kategori tidak spesifik yaitu .9 *unspecified*. Maka kode yang tepat untuk diagnosis tersebut adalah F45.9 yaitu *somatoform disorders, unspecified*. Ketidakkuratan kode tersebut disebabkan oleh beberapa faktor antara lain kegiatan klasifikasi dan kodifikasi penyakit yang dilakukan oleh profesi yang tidak memiliki kompetensi sebagai seorang koder, penentuan kode yang hanya mengacu pada daftar tabulasi penyakit yang sering terjadi dan belum dibuat SOP terkait pengkodean, serta petugas tidak pernah mengikuti pelatihan mengenai koding atau penggunaan ICD-10.

g. Ketepatan Kode Cough

Dari 10 dokumen rekam medis yang diteliti dengan diagnosis *Cough*, didapatkan hasil persentase ketepatan kode akurat sebanyak 10 dokumen dengan persentase 100% dan data dengan tidak akurat sebanyak 0 dokumen dengan persentase 0%. Pada penyakit *cough* (batuk), kode yang ditulis oleh dokter di dokumen rekam medis adalah R05. Berdasarkan kode yang tertulis pada buku ICD-10, penyakit *cough* hanya 3 karakter yaitu R05, masuk dalam kategori penyakit tunggal dan tidak ada subkategori lagi. Kode R05 masuk pada BAB XVIII tentang gejala, tanda dan temuan klinis dan laboratorium abnormal, tidak diklasifikasikan di tempat lain dan tergolong dalam blok R00-R09 tentang gejala dan tanda yang melibatkan sistem peredaran darah dan pernapasan. Sehingga kode R05 yang ditulis dokter dengan diagnosis akhir *cough* adalah akurat.

h. Ketepatan Kode Gastritis

Dari 10 dokumen rekam medis yang diteliti dengan diagnosis *gastritis*, didapatkan hasil persentase ketepatan kode akurat sebanyak 0 dokumen dengan persentase 0% dan data dengan kode tidak akurat sebanyak 10 dokumen dengan persentase 100%. Ketidakkuratan kode disebabkan karena kode penyakit yang tidak menggunakan karakter ke-4. Berdasarkan hal ketepatan, kode harus tepat

setiap karakter mulai dari karakter ke-1 hingga karakter ke-4. Pada diagnosis *gastritis* kode yang ditulis oleh dokter di dokumen rekam medis adalah K29 tergolong dalam blok K20-K31 tentang penyakit pada esofagus, perut dan usus halus. Dibawah K29 terdapat subkategori, sehingga kode tersebut belum spesifik dan membutuhkan karakter ke 4 untuk identifikasi. Untuk menentukan kode dari diagnosis *gastritis* maka *leadterm* yang digunakan adalah *gastritis*, sehingga didapatkan kode K29.7. Dengan diagnosis akhir dari dokter adalah *gastritis* dan tidak dijelaskan kondisi spesifiknya, maka diagnosis tersebut tidak termasuk dalam kategori .0 - .6 dan .8 - .9 sehingga masuk dalam kategori tidak spesifik yaitu .7 *unspecified*. Maka kode yang tepat untuk diagnosis tersebut adalah K29.7 yaitu *gastritis, unspecified*. Ketidakkuratan kode tersebut disebabkan oleh beberapa faktor antara lain kegiatan klasifikasi dan kodifikasi penyakit yang dilakukan oleh profesi yang tidak memiliki kompetensi sebagai seorang koder, penentuan kode yang hanya mengacu pada daftar tabulasi penyakit yang sering terjadi dan belum dibuat SOP terkait pengkodean, serta petugas tidak pernah mengikuti pelatihan mengenai koding atau penggunaan ICD-10.

i. Ketepatan Kode Influenza

Dari 10 dokumen rekam medis yang diteliti dengan diagnosis *Influenza*, didapatkan hasil persentase ketepatan kode akurat sebanyak 10 dokumen dengan persentase 100% dan data dengan tidak akurat sebanyak 0 dokumen dengan persentase 0%. Pada penyakit *influenza*, kode yang ditulis oleh dokter di dokumen rekam medis adalah J11. Berdasarkan kode yang tertulis pada buku ICD-10, penyakit *influenza* hanya 3 karakter yaitu J11, masuk dalam kategori penyakit tunggal dan tidak ada subkategori lagi. Kode J11 masuk pada BAB X tentang penyakit pada sistem pernapasan dan tergolong dalam blok J09-J18 tentang *influenza* dan radang paru-paru. Sehingga kode J11 yang ditulis dokter dengan diagnosis akhir *influenza* adalah akurat.

j. Ketepatan Kode Dyspepsia

Dari 10 dokumen rekam medis yang diteliti dengan diagnosis *dyspepsia*, didapatkan hasil persentase ketepatan kode akurat sebanyak 10 dokumen dengan persentase 100% dan data dengan tidak akurat sebanyak 0 dokumen dengan

persentase 0%. Pada penyakit *dyspepsia*, kode yang ditulis oleh dokter di dokumen rekam medis adalah K30. Berdasarkan kode yang tertulis pada buku ICD-10, penyakit *dyspepsia* hanya 3 karakter yaitu K30, masuk dalam kategori penyakit tunggal dan tidak ada subkategori lagi. Kode K30 masuk pada BAB XI tentang penyakit pada sistem pencernaan dan tergolong dalam blok K20-K31 tentang penyakit pada esofagus, perut dan usus halus. Sehingga kode K30 yang ditulis dokter dengan diagnosis akhir *dyspepsia* adalah akurat.

BAB 5

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan terkait penelitian terhadap ketepatan kode diagnosa 10 besar penyakit pada dokumen rekam medis rawat jalan di Puskesmas Arjuno Kota Malang, diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Proses pelaksanaan kodefikasi dokumen rekam medis rawat jalan di Puskesmas Arjuno Kota Malang dilakukan oleh dokter dan perawat di poli. Pengkodean penyakit masih mengacu pada daftar kode penyakit yang familiar atau pasien sering mengalami dan mencari di internet atau google. Pengkodean tidak dilakukan dengan urutan tatacara yang tepat menggunakan ICD 10 volume satu dan tiga, sehingga masih ditemukan kode yang belum spesifik. Untuk kode diagnosis yang sudah hafal, maka petugas langsung memasukkan kode berdasarkan diagnosis yang tertulis di dokumen rekam medis pasien tersebut. Selain itu, penggunaan kode diagnosis di Puskesmas Arjuno Kota Malang mayoritas hanya menggunakan sampai karakter ketiga
2. Tingkat ketepatan kode diagnosa 10 besar penyakit pada dokumen rekam medis rawat jalan di Puskesmas Arjuno Kota Malang periode Oktober 2022 dari total 100 sampel yang diambil adalah sebagai berikut:
 - a. Ketepatan kode hipertensi primer dengan dokumen akurat sebanyak 100%
 - b. Ketepatan kode common cold dengan dokumen akurat sebanyak 50% dan dokumen tidak akurat sebanyak 50%
 - c. Ketepatan kode DM II dengan dokumen akurat sebanyak 0% dan dokumen tidak akurat sebanyak 100%
 - d. Ketepatan kode Diseases of Pulp and Periapical Tissues dengan dokumen akurat sebanyak 0% dan dokumen tidak akurat sebanyak 100%
 - e. Ketepatan kode acute pharyngitis dengan dokumen akurat sebanyak 0% dan dokumen tidak akurat sebanyak 100%
 - f. Ketepatan kode somatoform disorders dengan dokumen akurat sebanyak 0% dan dokumen tidak akurat sebanyak 100%

- g. Ketepatan kode cough dengan dokumen akurat sebanyak 100%
- h. Ketepatan kode gastritis dengan dokumen akurat sebanyak 0% dan dokumen tidak akurat sebanyak 100%
- i. Ketepatan kode influenza dengan dokumen akurat sebanyak 100%
- j. Ketepatan kode dyspepsia dengan dokumen akurat sebanyak 100%

B. SARAN

1. Perlu dilakukannya pembuatan SOP dan kebijakan mengenai proses coding yang isinya juga telah mengatur tentang penyesuaian tupoksi dengan kompetensi SDM
2. Mengatur kembali tugas pokok dan fungsi petugas perekam medis di puskesmas. Petugas yang memiliki kualifikasi kompeten rekam medis ditempatkan di bagian coding.
3. Petugas diharapkan lebih teliti dalam melakukan pengkodean diagnosis, karena terdapat beberapa dokumen tidak akurat karena kode yang diisi hanya 3 karakter saja, mengingat di dalam buku ICD-10 terdapat karakter ke 4 yang harus dimasukkan karena menjelaskan tentang kondisi spesifik diagnose tersebut.
4. Diberikannya pelatihan kepada petugas tentang pelaksanaan kodefikasi agar kedepannya dapat meningkatkan keakuratan kodefikasi.
5. Untuk penelitian selanjutnya, hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai jembatan untuk melakukan penelitian lanjutan khususnya di bidang kajian yang sama, sebaiknya memperluas variabel penelitian yang digunakan dan menambah sampel penelitian sehingga menghasilkan penelitian yang lebih akurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- Hatta, Gemala R. 2013. “*Standar dan Etik Pengkodean*”, <https://villavos.wordpress.com/2015/07/03/konsep-pengodean/>, diakses pada 05 November 2022
- Hatta, Gemala R. Ed. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, Edisi Revisi*. Jakarta : Universitas Indonesia (UI-Press).
- Kemenkes RI. (2016). Berita Negara Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas. 1423.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Permenkes 55 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis. *Menteri Kesehatan Republik Indonesia Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor 65(879), 2004–2006*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). PMK 76 tentang Pedoman Indonesian Case Based Groups (INA CBG's) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. *Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 1–275*.
- Mubarak, Wahid Iqbal dan Nurul Chayatin, 2009. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Salemba Medika Karya : Jakarta.
- Notoatmojo, Soekidjo. 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 tahun 2022. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 22 tahun 2022 tentang Rekam Medis, *Nomor 829, 2022*
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019 tentang Puskesmas, *Nomor 65(879), 2004–2006*.
- Rahmawati, E.,Tuti, H., Fardhoni. (2021). Ketepatan Kode Penyakit Pada Dokumen Rekam Medis Di Puskesmas Plumbon. *Jurnal Kesehatan*

Mahardika, 8(1), ISSN:2614-1663

Tambunan, R. M. (2008). *Pedoman Penyusunan Standard Operating Procedures*. Jakarta : Maiestas Publishing.

Ulya, S. (2021). *Keakuratan Kode Diagnosis Pada Poli Umum Pasien Rawat Jalan Berdasarkan ICD-10 di Puskesmas Tanah Merah Tahun 2020*. KTI. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudia Husada. Madura

WHO. (2010). *International Statistical Classification of Deaseases and Related Health Problems 10th Revision*. Vol. 1, 2, 3 Second Edition. Geneva.

World Health Organization (WHO). (2011). ICD-10 Transition. *Family Practice Management*, 18,39.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Pedoman Observasi

LEMBAR PEDOMAN OBSERVASI



KETEPATAN KODE DIAGNOSA 10 BESAR PENYAKIT PADA DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT JALAN DI PUSKESMAS ARJUNO KOTA MALANG



A. Petunjuk Pelaksanaan

1. Peneliti melakukan observasi di Puskesmas Arjuno
2. Menyiapkan buku ICD-10 volume 1,2, dan 3
3. Peneliti melihat No. RM yang termasuk ke dalam 10 besar penyakit di buku register
4. Peneliti mencatat kode diagnosa yang tertera di dokumen rekam medis ke dalam lembar checklist observasi
5. Peneliti kemudian melakukan tinjauan ulang pada catatan-catatan di lembar checklist observasi untuk diuji kecocokan atau kebenarannya menggunakan ICD-10
6. Peneliti membuat kesimpulan sebagai hasil akhir

B. Sasaran Observasi

Hal-hal yang berkaitan dengan kodefikasi diagnosa yang meliputi:

1. Koder
2. Tersedianya ICD 10
3. Kelengkapan kode diagnosa pada dokumen rekam medis

Lampiran 2 Tabel Hasil Observasi

No	Item	Ada	Tidak	Keterangan
1.	SOP tentang Kodefikasi	√		Ada SK namun tidak ada SOP
2.	Buku ICD-10	√		Terdapat buku ICD-10 namun jarang digunakan
3.	Proses kodefikasi	√		Proses pengkodean penyakit dilakukan langsung oleh dokter/perawat di poli
4.	Pengumpulan data	√		Dokumen rekam medis yang sudah dikode oleh dokter atau perawat di poli dimasukkan ke aplikasi <i>P-care</i> dan buku register dalam bentuk excel
5.	Media lain untuk mengkode penyakit	√		Pengkodean penyakit masih mengacu pada daftar kode penyakit yang familiar dan lebih sering browsing di google

Lampiran 3 Tabel Checklist Ketepatan Kode Hipertensi Primer

No.	No RM	Diagnosa	Kode ICD-10	Kode ICD-10 yang tepat	Ketepatan Kode Diagnosis		Nilai
					Ya	Tidak	
1	5259	Essential (primary) hypertension	I10	I10	√		1
2	8704	Essential (primary) hypertension	I10	I10	√		1
3	943	Essential (primary) hypertension	I10	I10	√		1
4	5830	Essential (primary) hypertension	I10	I10	√		1
5	298	Essential (primary) hypertension	I10	I10	√		1
6	4489	Essential (primary) hypertension	I10	I10	√		1

7	2649	Essential (primary) hypertension	I10	I10	√		1
8	3307	Essential (primary) hypertension	I10	I10	√		1
9	8103	Essential (primary) hypertension	I10	I10	√		1
10	3008	Essential (primary) hypertension	I10	I10	√		1
TOTAL					10	0	

Lampiran 4 Tabel Checklist Ketepatan Kode Common Cold

No.	No RM	Diagnosa	Kode ICD-10	Kode ICD-10 yang tepat	Ketepatan Kode Diagnosis		Nilai
					Ya	Tidak	
1	3836	Acute nasopharyngitis [common cold]	J00	J00	√		1
2	2968	Acute nasopharyngitis [common cold]	J11	J00		√	0
3	4337	Acute nasopharyngitis [common cold]	J11	J00		√	0
4	7574	Acute nasopharyngitis [common cold]	J11	J00		√	0
5	6974	Acute nasopharyngitis [common cold]	J00	J00	√		1
6	4130	Acute nasopharyngitis [common cold]	J00	J00	√		1
7	4689	Acute nasopharyngitis [common cold]	J00	J00	√		1
8	4002	Acute nasopharyngitis [common cold]	J11	J00		√	0

9	4711	Acute nasopharyngitis [common cold]	J11	J00		√	0
10	4708	Acute nasopharyngitis [common cold]	J00	J00	√		1
TOTAL						5	5

Lampiran 5 Tabel Checklist Ketepatan Kode DM II

No.	No RM	Diagnosa	Kode ICD-10	Kode ICD-10 yang tepat	Ketepatan Kode Diagnosis		Nilai
					Ya	Tidak	
1	2093	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	E11	E11.9		√	0
2	6559	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	E11	E11.9		√	0
3	1948	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	E11	E11.9		√	0
4	4732	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	E11	E11.9		√	0
5	8220	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	E11	E11.9		√	0
6	7618	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	E11	E11.9		√	0
7	746	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	E11	E11.9		√	0
8	3162	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	E11	E11.9		√	0
9	1828	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	E11	E11.9		√	0
10	1486	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	E11	E11.9		√	0
TOTAL						0	10

Lampiran 6 Tabel Checklist Ketepatan Kode Diseases of pulp

No.	No RM	Diagnosa	Kode ICD-10	Kode ICD-10 yang tepat	Ketepatan Kode Diagnosis		Nilai
					Ya	Tidak	
1	6974	Diseases of pulp and periapical tissues	K04	K04.9		√	0
2	8768	Diseases of pulp and periapical tissues	K04	K04.9		√	0
3	391	Diseases of pulp and periapical tissues	K04	K04.9		√	0
4	2079	Diseases of pulp and periapical tissues	K04	K04.9		√	0
5	7127	Diseases of pulp and periapical tissues	K04	K04.9		√	0
6	3517	Diseases of pulp and periapical tissues	K04	K04.9		√	0
7	1487	Diseases of pulp and periapical tissues	K04	K04.9		√	0
8	1744	Diseases of pulp and periapical tissues	K04	K04.9		√	0
9	4901	Diseases of pulp and periapical tissues	K04	K04.9		√	0
10	3338	Diseases of pulp and periapical tissues	K04	K04.9		√	0
TOTAL					0	10	

Lampiran 7 Tabel Checklist Ketepatan Kode Acute pharyngitis

No.	No RM	Diagnosa	Kode ICD-10	Kode ICD-10 yang tepat	Ketepatan Kode Diagnosis		Nilai
					Ya	Tidak	
1	4680	Acute pharyngitis	J02	J02.9		√	0
2	1950	Acute pharyngitis	J02	J02.9		√	0
3	653	Acute pharyngitis	J02	J02.9		√	0
4	3364	Acute pharyngitis	J02	J02.9		√	0
5	6974	Acute pharyngitis	J02	J02.9		√	0
6	6360	Acute pharyngitis	J02	J02.9		√	0
7	290	Acute pharyngitis	J02	J02.9		√	0
8	4719	Acute pharyngitis	J02	J02.9		√	0
9	3825	Acute pharyngitis	J02	J02.9		√	0
10	3733	Acute pharyngitis	J02	J02.9		√	0
TOTAL					0	10	

Lampiran 8 Tabel Checklist Ketepatan Kode Somatoform disorders

No.	No RM	Diagnosa	Kode ICD-10	Kode ICD-10 yang tepat	Ketepatan Kode Diagnosis		Nilai
					Ya	Tidak	
1	1371	Somatoform disorders	F45	F45.9		√	0
2	932	Somatoform disorders	F45	F45.9		√	0
3	3127	Somatoform disorders	F45	F45.9		√	0
4	4506	Somatoform disorders	F45	F45.9		√	0
5	6974	Somatoform disorders	F45	F45.9		√	0
6	7930	Somatoform disorders	F45	F45.9		√	0
7	6461	Somatoform disorders	F45	F45.9		√	0
8	9670	Somatoform disorders	F45	F45.9		√	0
9	2509	Somatoform disorders	F45	F45.9		√	0
10	1241	Somatoform disorders	F45	F45.9		√	0

TOTAL	0	10	
-------	---	----	--

Lampiran 9 Tabel Checklist Ketepatan Kode Cough

No.	No RM	Diagnosa	Kode ICD-10	Kode ICD-10 yang tepat	Ketepatan Kode Diagnosis		Nilai
					Ya	Tidak	
1	1979	Cough	R05	R05	√		1
2	214	Cough	R05	R05	√		1
3	6974	Cough	R05	R05	√		1
4	543	Cough	R05	R05	√		1
5	1684	Cough	R05	R05	√		1
6	4694	Cough	R05	R05	√		1
7	9619	Cough	R05	R05	√		1
8	4764	Cough	R05	R05	√		1
9	2369	Cough	R05	R05	√		1
10	4281	Cough	R05	R05	√		1
TOTAL					10	0	

Lampiran 10 Tabel Checklist Ketepatan Kode Gastritis

No.	No RM	Diagnosa	Kode ICD-10	Kode ICD-10 yang tepat	Ketepatan Kode Diagnosis		Nilai
					Ya	Tidak	
1	6974	Gastritis	K29	K29.7		√	1
2	4249	Gastritis	K29	K29.7		√	0
3	4698	Gastritis	K29	K29.7		√	1
4	7902	Gastritis	K29	K29.7		√	0
5	7056	Gastritis	K29	K29.7		√	1
6	7188	Gastritis	K29	K29.7		√	0
7	4616	Gastritis	K29	K29.7		√	0
8	4762	Gastritis	K29	K29.7		√	0
9	1234	Gastritis	K29	K29.7		√	0
10	2098	Gastritis	K29	K29.7		√	0
TOTAL						10	


Lampiran 11 Tabel Checklist Ketepatan Kode Influenza

No.	No RM	Diagnosa	Kode ICD-10	Kode ICD-10 yang tepat	Ketepatan Kode Diagnosis		Nilai
					Ya	Tidak	
1	1881	Influenza, virus not identified	J11	J11	√		1
2	3689	Influenza, virus not identified	J11	J11	√		1
3	0091	Influenza, virus not identified	J11	J11	√		1
4	1084	Influenza, virus not identified	J11	J11	√		1
5	6974	Influenza, virus not identified	J11	J11	√		1
6	6682	Influenza, virus not identified	J11	J11	√		1
7	7470	Influenza, virus not identified	J11	J11	√		1
8	3641	Influenza, virus not identified	J11	J11	√		1
9	7736	Influenza, virus not identified	J11	J11	√		1
10	3103	Influenza, virus not identified	J11	J11	√		1
TOTAL					10	0	

Lampiran 12 Tabel Checklist Ketepatan Kode Dyspepsia

No.	No RM	Diagnosa	Kode ICD-10	Kode ICD-10 yang tepat	Ketepatan Kode Diagnosis		Nilai
					Ya	Tidak	
1	7313	Dyspepsia	K30	K30	√		1
2	9899	Dyspepsia	K30	K30	√		1
3	1495	Dyspepsia	K30	K30	√		1
4	4689	Dyspepsia	K30	K30	√		1
5	6974	Dyspepsia	K30	K30	√		1
6	4718	Dyspepsia	K30	K30	√		1
7	1721	Dyspepsia	K30	K30	√		1
8	3616	Dyspepsia	K30	K30	√		1
9	4819	Dyspepsia	K30	K30	√		1
10	6525	Dyspepsia	K30	K30	√		1
TOTAL					10	0	

Lampiran 13 Rancangan SOP Kodefikasi

 <p>PUSKESMAS ARJUNO KOTA MALANG</p>	PEMBERIAN DAN PENENTUAN KODEFIKASI PENYAKIT DAN TINDAKAN		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)	Tanggal Terbit	Ditetapkan oleh, Kepala Puskesmas Arjuno Kota Malang	
PENGERTIAN	Kode penyakit adalah pengelompokan penyakit, masalah kesehatan dan sebab luar, tindakan atau operasi yang telah ditetapkan oleh dokter menjadi alphanumeric sesuai klasifikasi penyakit di dalam buku ICD yang ditetapkan oleh WHO		
TUJUAN	Sebagai acuan bagi petugas dalam melaksanakan standarisasi penggunaan istilah yang sama atau adanya kesatuan bahasa untuk mempermudah pengelompokan data morbiditas dan mortalitas yang akurat dan dapat dipertanggung jawabkan.		
KEBIJAKAN			
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menerima rekam medis dari poli 2. Petugas memeriksa diagnosa penyakit dan prosedur tindakan yang telah dituliskan dokter 3. Jika diagnosa penyakit dan prosedur tindakan tidak terbaca, petugas mengkaji isi dokumen seperti kajian awal, assessment dan resume medis 4. Petugas menentukan kata kunci (leadterm) diagnosa penyakit 5. Petugas menggunakan ICD 10 volume 3 untuk mencari kode penyakit yang dimaksud dan ICD 9 untuk prosedur tindakan 		

	<ol style="list-style-type: none">6. Petugas melihat ICD 10 volume 1 untuk mendapatkan penjelasan yang lebih terperinci, apakah diagnosa yang dimaksud sesuai dengan klasifikasi penyakit7. Dokumen rekam medis yang sudah dilakukan pengkodean dilanjutkan untuk dentry
UNIT TERKAIT	- Rekam Medis

Lampiran 14 Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH KOTA MALANG
DINAS KESEHATAN

Jl. Simpang LA. Sucipto No. 45 ☎ (0341) 406878 Fax. (0341) 406879
www.dinkes.malangkota.go.id e-mail : dinkes@malangkota.go.id
MALANG Kode Pos : 65124

Malang, 01 NOV 2022

Nomor : 072/ 490 /35.73.402/2022
 Sifat : Biasa
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Penelitian

Kepada
 Yth. Kepala Puskesmas Arjuno
 di
MALANG

Dengan ini diberitahukan bahwa Mahasiswa Politeknik Kesehatan
 Kemenkes Malang tersebut di bawah ini :

Nama : ASMAUL KHUSNAH
 NIM : P17410201035

Akan melaksanakan Ijin Penelitian mulai Bulan November 2022 s/d
 Januari 2023, dengan judul : Ketepatan kode diagnose 10 besar penyakit pada
 dokumen rekam medis rawat jalan Di Puskesmas Arjuno Kota Malang.

Sehubungan dengan hal tersebut, dimohon Saudara untuk
 membantu memberikan data atau informasi yang diperlukan. Mahasiswa yang
 telah selesai melaksanakan Ijin Penelitian wajib melaporkan hasilnya kepada
 Kepala Dinas Kesehatan Kota Malang.

Demikian untuk mendapatkan perhatian.

KEPALA DINAS KESEHATAN
 MALANG
 Sekretaris,

MAR USMAN
 Pembina
 NIP. 19691111 199903 1 007