

**HUBUNGAN KEPATUHAN PETUGAS TERHADAP SOP
KODING DENGAN AKURASI KODE DIAGNOSIS PENYAKIT
PADA PASIEN RAWAT INAP DI RSU WONOLANGAN**

LAPORAN TUGAS AKHIR



**Disusun Oleh
HIDAYATUL MUNAWAROH
P17410201003**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
PRODI DIII REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
TAHUN 2023**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Hidayatul Munawaroh

NIM : P17410201003

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



dr. Endang Sri Dewi H.S., M.OIH
NIP. 196203091988032002

Yang Membuat Pernyataan



Hidayatul Munawaroh

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir Penelitian oleh Hidayatul Munawaroh P17410201003 yang berjudul "HUBUNGAN KEPATUHAN PETUGAS TERHADAP SOP KODING DENGAN AKURASI KODE DIAGNOSIS PENYAKIT PADA PASIEN RAWAT INAP DI RSU WONOLANGAN" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Malang, 29 Mei 2023

Pembimbing



dr. Endang Sri Dewi H. S. M.QIH
NIP. 196203091988032003

LEMBAR PENGESAHAN

**HUBUNGAN KEPATUHAN PETUGAS TERHADAP SOP KODING
DENGAN AKURASI KODE DIAGNOSIS PENYAKIT PADA PASIEN
RAWAT INAP DI RSU WONOLANGAN**

Oleh:

HIDAYATUL MUNAWAROH

NIM. P17410201003

Telah dipertahankan didepan penguji pada tanggal 29 Mei 2023

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Pembimbing



dr. Endang Sri Dewi H.S., M.QIH
NIP. 196203091988032003

Mengetahui,

**Ketua Jurusan Rekam Medis dan
Informasi Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang**



Diniyah Kholidah, 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 29 Mei 2023
Pogram Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Panitia Penguji Laporan Tugas Akhir

Ketua Penguji : Hartaty Sarma Sangkot, SKM, MARS



.....

Anggota Penguji : dr. Endang Sri Dewi H.S, M.QIH



.....

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Laporan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Diploma 3 Program Studi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan tugas akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan laporan tugas akhir ini. Oleh karena itu, saya 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 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.
3. Ibu Hartaty Sarma Sangkot. SKM., MARS selaku ketua program studi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sekaligus dosen penguji yang telah memberikan masukan pada Laporan Tugas Akhir ini sehingga menjadi lebih baik.
4. dr. Endang Sri Dewi H.S, M.QIH selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Drg. Indra Gunawan selaku Direktur RSUD Wonolangan yang telah memberi izin untuk dapat melakukan penelitian di RSUD Wonolangan Kabupaten Probolinggo.
6. Ibu Mylinda Puspa Maharani, A.Md. RMIK, selaku Kepala Instalasi Rekam Medis RSUD Wonolangan.
7. Seluruh staff rekam medis RSUD Wonolangan yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian.
8. Orang tua dan keluarga saya yang telah memberikan semangat, motivasi, bantuan dukungan material dan moral.

9. Teman-teman dan sahabat yang telah membantu dengan memberikan dukungan dan semangat dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Laporan Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Malang, 25 Mei 2023

Penulis

ABSTRAK

Nama : Hidayatul Munawaroh
Program Studi : DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Judul : Hubungan Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding dengan Akurasi Kode Diagnosis Penyakit pada Pasien Rawat Inap

Salah satu faktor penentu keakuratan koding adalah kepatuhan petugas dalam melakukan kodefikasi yang mengacu pada SOP koding. Tingkat kepatuhan petugas terhadap SOP koding di RSUD Wonolangan sebesar 70% (7 DRM) dan tingkat keakuratan sebesar 60% (6 DRM). Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan kepatuhan petugas terhadap SOP koding dengan akurasi kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap di RSUD Wonolangan. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan *Cross Sectional*. Penelitian ini menggunakan variabel independen berupa kepatuhan petugas terhadap SOP koding dan variabel dependen berupa akurasi kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap. Populasi penelitian yaitu petugas rekam medis di RSUD Wonolangan sebanyak 15 petugas dan DRM pasien rawat inap sebanyak 809 DRM. Sampel penelitian berjumlah 100 DRM pasien rawat inap menggunakan simple random sampling dengan pengambilan metode bilangan acak. Hasil analisa data didapatkan kepatuhan petugas sebesar 40% dengan jumlah 40 DRM. Keakuratan kode diagnosis penyakit didapatkan persentase sebesar 54% dengan jumlah 54 DRM. Hasil Uji *Chi-Square* menunjukkan $p\text{-value} = 0,002 (< 0,05)$ yang berarti ada hubungan antara kepatuhan petugas terhadap SOP koding dengan akurasi kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap di RSUD Wonolangan. Untuk mendapatkan kode diagnosis yang akurat petugas koding harus mematuhi langkah-langkah kodefikasi berdasarkan SOP koding.

Kata Kunci: keakuratan kode diagnosis, kepatuhan petugas, rekam medis rawat inap

ABSTRACT

Name : Hidayatul Munawaroh
Study Program : Medical Records and Health Information Associate Degree
Title : Correlation Between Coder Compliance to Coding SOP and Accuracy of Disease Diagnosis Codes in Inpatients

One of the determining factors for the accuracy of coding is the compliance of officers in carrying out coding which refers to the coding SOP. The compliance level of officers with coding SOP at Wonolangan General Hospital was 70% (7 DRM) and an accuracy rate of 60% (6 DRM). The aim of the study was to determine the relationship between coder compliance to coding SOP and the accuracy of disease diagnosis codes in inpatients at Wonolangan General Hospital. This type of research is a quantitative research with a cross sectional approach. This study used the independent variable in the form of coder compliance to coding SOP and the dependent variable namely the accuracy of disease diagnosis codes in inpatients. The population of the study were 15 medical record officers at Wonolangan General Hospital and 809 DRM inpatients. The research sample was 100 DRM inpatients using simple random sampling by taking the random number method. The results of data analysis obtained officer compliance by 40% with a total of 40 DRM. The accuracy of disease diagnosis codes obtained a percentage of 54% with a total of 54 DRM. The results of the Chi-Square test showed a p-value = 0.002 (<0.05) which means that there is a relationship between coder compliance to coding SOP and the accuracy of disease diagnosis codes in inpatients at Wonolangan General Hospital. To obtain an accurate diagnosis code, the coding officer must comply with the coding steps based on the coding SOP.

Keywords: accuracy of the diagnosis code, coder compliance, inpatient medical records

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat	4
1.4.1 Aspek Teoritis	4
1.4.2 Aspek Praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Landasan Teori	6
2.1.1 Rumah Sakit	6
2.1.2 Diagnosis	10
2.1.3 ICD 10 (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems revisi 10</i>)	11
2.1.4 Kodefikasi Diagnosis.....	17
2.1.5 SOP (Standar Operasional Prosedur)	28
2.1.6 Kepatuhan.....	29
2.2 Kerangka Konsep.....	31
2.3 Hipotesis	31

BAB 3 METODE PENELITIAN.....	32
3.1 Rancangan Penelitian.....	32
3.2 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	32
3.2.1 Variabel Penelitian	32
3.2.2 Definisi Operasional	33
3.3 Populasi dan Sampel.....	34
3.2.1 Populasi Penelitian	34
3.2.2 Sampel Penelitian	34
3.4 Instrumen dan Cara Pengumpulan Data	36
3.4.1 Instrumen Penelitian.....	36
3.4.2 Cara Pengumpulan Data	37
3.5 Teknik Pengolahan dan Analisis Data	38
3.5.1 Teknik Pengolahan Data.....	38
3.5.2 Analisis Data	40
3.6 Jadwal Penelitian	41
3.7 Tahapan Penelitian.....	43
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	45
4.1 Gambaran Umum Rumah Sakit.....	45
4.1.1 Profil RSUD Wonolangan.....	45
4.1.2 Struktur Organisasi RSUD Wonolangan.....	46
4.1.3 Visi, Misi, dan Moto RSUD Wonolangan	47
4.1.4 Jenis Pelayanan RSUD Wonolangan	47
4.1.5 Struktur Organisasi Rekam Medis RSUD Wonolangan	49
4.1.6 Ketenagaan Instalasi Rekam Medis di RSUD Wonolangan	50
4.1.7 Kunjungan Pasien dari Januari 2020-Desember 2022.....	50
4.2 Hasil Penelitian.....	51
4.2.1 Identifikasi Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding di RSUD Wonolangan.....	51
4.2.2 Identifikasi Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Pada Pasien Rawat Inap di RSUD Wonolangan	53
4.2.3 Uji Statistika Untuk Mengetahui Hubungan Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding dengan Akurasi Kode Diagnosis Penyakit pada Pasien Rawat Inap di RSUD Wonolangan	55
4.3 Pembahasan	55
4.3.1 Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding di RSUD Wonolangan.....	55

4.3.2 Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Pada Pasien Rawat Inap di RSUD Wonolangan.....	58
4.3.3 Hubungan Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding dengan Akurasi Kode Diagnosis Penyakit pada Pasien Rawat Inap di RSUD Wonolangan.....	61
BAB 5 PENUTUP.....	63
5.1 Kesimpulan.....	63
5.2 Saran.....	63
DAFTAR PUSTAKA.....	65
DAFTAR LAMPIRAN.....	67

DAFTAR SINGKATAN

DEPKES	=	Departemen Kesehatan
DPJP	=	Dokter Penanggung Jawab Pasien
DRG's	=	diagnostic related groups
DRM	=	Dokumen Rekam Medis
ICD	=	<i>International Statistical Clasification of Disease and Related Health Problems</i>
NOS	=	Not Otherwise Specified
NEC	=	Not Elsewhere Classified
MENKES	=	Menteri Kesehatan
PERMENKES	=	Peraturan Menteri Kesehatan
POLTEKKES	=	Politeknik Kesehatan
RI	=	Republik Indonesia
RSU	=	Rumah Sakit Umum
SK	=	Surat Keputusan
SOP	=	Standar Operasional Prosedur
UU	=	Undang undang
WHO	=	<i>World Health Organization</i>

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Variabel dan Definisi Operasional Penelitian	33
Tabel 3. 2 Rekapitulasi Hasil Univariat	40
Tabel 3. 3 Jadwal Penelitian.....	42
Tabel 4. 1 Ketenagaan Instalasi Rekam Medis di RSUD Wonolangan	50
Tabel 4. 2 Kunjungan Pasien dari Januari 2020-Desember 2022	50
Tabel 4. 3 Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding	52
Tabel 4. 4 Ketidapatuhan Petugas terhadap SOP Koding	52
Tabel 4. 5 Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Pada Pasien Rawat Inap	53
Tabel 4. 6 Penyebab Ketidakakuratan Kode Diagnosis	54
Tabel 4. 7 Hasil Uji Chi-Square Hubungan Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding dengan Akurasi Kode Diagnosis Penyakit pada Pasien Rawat Inap Di RSUD Wonolangan	55

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Kerangka Konsep	31
Gambar 3. 1 Tahapan Penelitian	43
Gambar 4. 1 Profil RSUD Wonolangan.....	45
Gambar 4. 2 Struktur Organisasi RSUD Wonolangan.....	46
Gambar 4. 3 Struktur Organisasi Rekam Medis RSUD Wonolangan	49

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Penelitian.....	67
Lampiran 2. Surat Balasan Izin Penelitian	68
Lampiran 3. Format Surat Persetujuan Responden 1	69
Lampiran 4. Format Surat Persetujuan Responden 2.....	70
Lampiran 5. Surat Permohonan Validasi Koding	71
Lampiran 6. Surat Balasan Validasi Koding.....	72
Lampiran 7. Surat Pernyataan Validasi Ahli Koding.....	73
Lampiran 8. Lembar Checklist Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding	74
Lampiran 9. Lembar Checklist Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit pada Pasien Rawat Inap.....	77
Lampiran 10. Lembar SOAP Validasi Koding	84
Lampiran 11. Hasil Uji Chi-Square.....	97
Lampiran 12. Lembar Bimbingan LTA	98
Lampiran 13. Dokumentasi Kegiatan Penelitian.....	99

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah Sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Setiap rumah sakit memiliki kewajiban menyelenggarakan rekam medis (Presiden RI, 2009)

Rekam Medis merupakan dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2022). Rekam medis dapat dikatakan bermutu jika rekam medis tersebut akurat, lengkap, valid, dan tepat waktu. Salah satu data yang penting dalam pendokumentasikan rekam medis adalah kode diagnosis pasien, yang akan digunakan sebagai acuan dalam penentuan besar biaya pelayanan kesehatan.

Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/312/2020 tentang Standart Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan menyatakan bahwa salah satu kompetensi yang harus dimiliki oleh perekam medis adalah klasifikasi kodefikasi penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis (Kemenkes RI, 2020). Sistem pengkodean/sistem klasifikasi penyakit merupakan pengelompokan penyakit-penyakit yang sejenis ke dalam satu group nomor kode penyakit sejenis sesuai dengan ICD 10 untuk istilah penyakit dan masalah yang berkaitan dengan kesehatan. Kode diagnosis sebagai kunci utama untuk menentukan tren penyakit, sebagai dasar prosedur medis yang akan diberikan kepada pasien dan sebagai penentu besar biaya kesehatan (WHO, 2016). Penentuan

kode yang tidak tepat akan menyebabkan kesalahan pengambilan keputusan prosedur medis dan menyebabkan kerugian bagi rumah sakit baik secara finansial maupun saat pengambilan kebijakan.

Pelaksanaan kodefikasi penyakit berpedoman pada SOP koding yang terdiri dari 9 langkah pengkodean untuk menghasilkan kode yang akurat (Hatta, 2008). Petugas koding harus membuat kode sesuai dengan aturan yang ada pada ICD-10. Berdasarkan Volume 2 dari ICD revisi 10 ini berisi pedoman untuk mencatat dan mengkode, bersama dengan petunjuk praktis untuk pengode mortalitas dan morbiditas, dan pedoman untuk presentasi dan interpretasi data, di samping sebagai garis besar latar belakang sejarah klasifikasi. Material ini disajikan sebagai volume terpisah untuk memudahkan penanganan ketika rujukan perlu dibuat pada waktu yang bersamaan ke klasifikasi (Volume 1) dan petunjuk penggunaannya (Volume 2). Petunjuk detail tentang penggunaan Indeks Alfabet terdapat di dalam pengantar pada Volume 3 (WHO, 2010).

Petugas perlu memahami SOP koding untuk mengetahui langkah-langkah yang dilakukan dalam melaksanakan pengkodean dengan benar sesuai aturan yang ada. Pengkodean berdasarkan SOP koding akan menghasilkan keakuratan kode diagnosis yang dituliskan pada berkas rekam medis serta menjaga kualitas berkas rekam medis yang menjadi tanggung jawab petugas rekam medis. Jika pengkodean tidak sesuai SOP dapat menyebabkan ketidakakuratan hasil kodefikasi dan akan mempengaruhi indeks pencatatan penyakit, pelaporan morbiditas dan mortalitas, pembiayaan klinis.

Terbukti pada penelitian terdahulu tentang gambaran faktor yang berpengaruh terhadap ketepatan kode diagnosis dokumen rekam medik pasien

skizofrenia di RSKJ Soeprapto Bengkulu yang menunjukkan bahwa dari 83 DRM 44 (53,01%) kode diagnosis oleh dokter tidak tepat yang disebabkan karena penentuan kode diagnosis tidak sesuai dengan SOP koding (Oktavia and Azmi, 2019). Selain itu, berdasarkan penelitian lain tentang tinjauan pelaksanaan pemberian kodefikasi diagnosis pasien rawat inap di RSUD Darmayu Ponorogo menunjukkan dari 100 DRM rawat inap yang telah diteliti oleh Alifatul Nairoh terdapat 80 DRM yang sesuai dengan ICD-10 sedangkan 20 DRM tidak sesuai dengan ICD-10. Hal tersebut dikarenakan petugas belum mengacu pada SOP Koding. RSUD Darmayu Ponorogo memiliki SOP koding, namun pelaksanaan SOP pemberian kode diagnosis belum terlaksana untuk melihat daftar tabulasi (volume 1) dalam memberi kode yang paling tepat. Padahal hal ini sangat penting untuk melihat kode tiga karakter di indeks dengan tanda minus pada posisi keempat yang berarti untuk karakter ke empat itu ada di volume 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indeks (volume 3) (Nairoh, 2021)

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada 18 November 2022, diketahui bahwa RSUD Wonolangan memiliki SOP pengkodean yang diterbitkan pada tanggal 12 Maret 2015. Pelaksanaan kodefikasi berdasarkan SOP pada ICD-10 revisi tahun 2010. Pada bagian koding RSUD Wonolangan terdapat 2 orang petugas koding rawat inap. Hasil observasi pada 1 petugas koding rawat inap dalam melakukan kodefikasi terhadap 10 DRM menunjukkan bahwa 7 DRM mengacu pada SOP koding sedangkan 3 DRM tidak sesuai dengan SOP koding sehingga diperoleh persentase kepatuhan sebesar 70%. Berdasarkan pengamatan akurasi kode diagnosis penyakit pasien rawat inap terhadap 10 DRM diperoleh akurasi kode sebesar 60% (6 DRM).

Berdasarkan data diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding dengan Akurasi Kode Diagnosis Penyakit pada Pasien Rawat Inap di RSUD Wonolangan”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Hubungan Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding dengan Akurasi Kode Diagnosis Penyakit pada Pasien Rawat Inap Di RSUD Wonolangan?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan kepatuhan petugas terhadap SOP koding dengan akurasi kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap di RSUD Wonolangan.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus bertujuan untuk :

- a. Mengidentifikasi kepatuhan petugas terhadap SOP koding di RSUD Wonolangan
- b. Mengidentifikasi keakuratan kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap di RSUD Wonolangan
- c. Mengetahui hubungan kepatuhan petugas terhadap SOP koding dengan akurasi kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap di RSUD Wonolangan

1.4 Manfaat

1.4.1 Aspek Teoritis

- a. Bagi Institusi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi pengembangan ilmu pengetahuan bagi mahasiswa rekam medis khususnya mengenai kepatuhan petugas terhadap SOP Koding dan keakuratan kode diagnosis penyakit

b. Mahasiswa

Sebagai bahan referensi pembelajaran mahasiswa bagi pendidikan dan penelitian serta referensi penelitian-penelitian serupa sehingga dapat disempurnakan

1.4.2 Aspek Praktis

a. Bagi Peneliti

Untuk menambah wawasan, pengetahuan serta pengalaman mengenai bidang rekam medis khususnya dalam mata kuliah Klasifikasi Kodifikasi Penyakit dan Masalah Terkait Penyakit serta mengimplementasikan ilmu teori yang telah didapat dalam praktik di lapangan.

b. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan evaluasi terkait kepatuhan petugas terhadap SOP koding dan keakuratan kode diagnosis penyakit. Hal tersebut guna meningkatkan kualitas rekam medis khususnya pada pengodean diagnosis sehingga mutu pelayanan rekam medis juga dapat meningkat

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

A. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat (WHO, 2013). Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik. Berdasarkan undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Presiden RI, 2009)

Pelayanan rumah sakit yang bermutu wajib dilaksanakan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018, setiap rumah sakit mempunyai kewajiban sebagai berikut (Kemenkes RI, 2018)

- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat;
- b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;

- c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. melaksanakan fungsi sosial;
- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak meliputi sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, Wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak pasien;
- n. melaksanakan etika rumah sakit;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;

- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*);
- s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas;
- t. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

B. Tujuan Rumah Sakit

Rumah Sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial (Presiden RI, 2009).

Pengaturan penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan:

- a. mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan Kesehatan
- b. memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit
- c. meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; dan
- d. memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit.

C. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Tugas rumah sakit adalah melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan. Berdasarkan undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, fungsi rumah sakit sebagai berikut: (Presiden RI, 2009)

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- 3) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- 4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang Kesehatan

D. Pelayanan Rawat Inap

Rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik dan pelayanan penunjang medik lainnya. Kegiatan pelayanan rawat inap ini meliputi penerimaan pasien,

pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan, pelayanan obat, pelayanan makan, dan pelayanan aplikasi keuangan. Ruang rawat inap adalah ruangan pasien dirawat, ruangan ini dulunya sering hanya berupa bangsal yang dihuni oleh banyak orang sekaligus. Saat ini, ruang rawat inap di banyak rumah sakit sudah sangat mirip dengan kamar kamar hotel. Pasien yang berobat jalan di unit rawat jalan, akan mendapatkan surat perintah dirawat dari dokter yang memeriksa, bila pasien tersebut memerlukan perawatan didalam rumah sakit, atau menginap di rumah sakit.

2.1.2 Diagnosis

Diagnosis dalam *ICD-10* berarti penyakit, cedera, cacat, keadaan masalah terkait kesehatan (Hatta, 2008). Diagnosis merupakan kegiatan pemberian nama suatu penyakit pada setiap penderita. Diagnosis merupakan bagian penting yang memungkinkan seorang penderita mendapat pengobatan. Penetapan diagnosis pada pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter (Depkes RI, 2006). Diagnosis yang ada didalam rekam medis di isi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada *ICD-10*.

1. Diagnosis Utama

Diagnosis utama merupakan suatu kondisi kesehatan yang menyebabkan pasien memperoleh perawatan atau pemeriksaan yang ditegaskan 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.

2.1.3 ICD 10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems revisi 10*)

A. Pengertian ICD-10

Sistem klasifikasi penyakit adalah sistem yang mengelompokkan penyakit-penyakit dan prosedur yang sejenis (Hatta, 2008). International Statistical Clasification of Disease and Related Health Problems (ICD) dari WHO adalah sistem klasifikasi yang komperehensif dan diakui secara internasional. ICD-10 digunakan untuk mengklasifikasikan penyakit dalam masalah terkait kesehatan lainnya pada banyak jenis catatan kesehatan (WHO, 2013). 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).

B. 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

C. 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

D. Konvensi dan Tanda Baca ICD

Makna dan kegunaan konvensi tanda baca *International Statistical Classification Of Diseases And Related Health Problems 10 (ICD 10)* antara lain sebagai berikut :

- a) Inclusion Term Pernyataan diagnostik yang diklasifikasikan atau yang termasuk dalam suatu kelompok kode ICD. Dapat dipakai untuk kondisi yang berbeda atau sinonimnya.
- b) Exclusion Term Kondisi yang seolah terklasifikasi dalam kategori tertentu, namun ternyata diklasifikasikan pada kategori kode lain. Kode yang benar adalah yang diberi tanda dalam kurung yang mengikuti istilahnya.
- c) Tanda kurung / Parentheses () 1) Untuk mengurung kata tambahan (supplementary words) yang mengikuti suatu istilah diagnostik, tanpa mempengaruhi kode ICD. 2) Untuk mengurung kode ICD, suatu istilah yang dikelompokkan tidak termasuk atau diluar kelompok ini (Exclusion). 3) Pada judul blok, digunakan untuk mengurung kode ICD yang berjumlah 3 karakter. 4) Mengurung kode ICD klasifikasi ganda (dual classification)
- d) Kurung besar/Square brackets [] Digunakan untuk mengurung persamaan kata atau sinonim kata sebutan alternatif (alternative words) dan frasa penjelasan (explanatory phrases).
- e) Tanda baca kurung tutup/ Brace {} Tanda baca kurung tutup "}" digunakan untuk mengelompokkan istilah-istilah yang terkelompok dalam sebutan inclusion (termasuk) atau exclusion (tidak termasuk). Tanda kurung } ini mempunyai makna bahwa semua kelompok sebutan yang mendahuluinya belum lengkap batasan pengertiannya, masih harus ditambah dengan keterangan yang ada di belakang tanda baca kurung } ini.

- f) Titik dua/Colon (:) Tanda baca (:) colon mengikuti kata sebutan dari suatu rubrik, mempunyai makna bahwa penulisan sebutan istilah diagnosis terkait belum lengkap atau belum selesai ditulis. Suatu sebutan diagnosis yang diikuti tanda baca (:) ini masih memerlukan satu atau lebih dari satu tambahan kata atau keterangan yang akan memodifikasi atau mengkualifikasi sebutan yang akan diberi nomor kode, agar istilah diagnosisnya sesuai dengan apa yang dimaksud oleh dokter dalam batasan pengertian rubrik terkait (sesuai dengan standard diagnostik dan terapi yang disepakati).
- g) NOS (Not Otherwise Specified) NOS adalah singkatan dari “Not Otherwise Specified”, atau “Unspecified” Adanya “NOS” mengharuskan pengkode (coder) membaca lebih teliti lagi agar tidak melakukan salah pilih nomor kode yang diperlukan.
- h) NEC (Not Elsewhere Classified) Apabila singkatan “NEC” ini adalah singkatan dari Not Elsewhere Classified mengikuti judul kategori 3 karakter merupakan satu peringatan bahwa di dalam daftar urut yang tertera di bawah judul, akan ditemukan beberapa kekhususan yang tidak sama dengan yang muncul di bagian lain dari klasifikasi.
- i) And & Point Dash (-.) Pada beberapa nomor kode berkarakter ke 4 dari suatu subkategori diberi tanda dash (-) setelah tanda point (.). Ini bisa ditemukan di volume 1 maupun 3 nomor kode diakhiri dengan tanda .- (titik garis) ini berarti penulisan nomor kode belum lengkap, mempunyai makna bahwa apabila nomor terkait akan dipilih, maka coder harus mengisi garis dengan suatu angka yang harus

ditemukan/ditelusuri lebih lanjut di volume 1. Menunjukkan bahwa ada karakter ke-4 yang harus dicari.

- j) Dagger (†) & Asterik (*) Tanda dagger (sangkur) merupakan kode yang digunakan untuk penanda kode utama sebab sakit. Sedangkan tanda asterik (bintang) merupakan kode yang digunakan untuk manifestasi dari diagnosis (wujud atau bentuknya).
- k) Rujuk silang (see, see also) Rujuk silang dijalankan apabila ada perintah di dalam kurung () : see, see also, yang bermakna istilah yang perlu rujuk silang.

2.1.4 Kodefikasi Diagnosis

A. Definisi Kodefikasi

Kodefikasi atau pemberian kode adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data (Depkes RI, 2006). Sesuai dengan 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. 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.

Menurut World Health Organization (WHO), koding (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 diagnosis 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(WHO, 2010).

B. Fungsi dan Tujuan Pengkodingan

Pengkodingan 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.

C. Standar dan Etik Pengkodean

Seorang petugas rekam medis harus mampu melakukan kodefikasi secara akurat melalui penggunaan kode penyakit (ICD 10) secara tepat.

Pengisian kodefikasi sedapat mungkin menghindari point 9 (NOS= Not Other Spesified). Ada beberapa standar etik pengkodean seorang coder profesional yang dikembangkan AHIMA, sebagai berikut :

1. Akurat, lengkap dan konsisten untuk menghasilkan data yang berkualitas . Akurat artinya pemakaian kode ICD 9 dan ICD 10 secara tepat. Lengkap artinya data-data mengenai diagnosa dan pemeriksaan serta tindakan kepada pasien lengkap tercantum dalam DRM sehingga memudahkan perekam medis dalam melakukan koding.Kode penyebab luar seperti exsternal cause terkadang perlu dilakukan oleh petugas rekam medis, untuk melengkapi kode diagnosa sehingga kodefikasi akurat. Konsisten artinya ketepatan kodefikasi penyakit dan tindakan secara akurat, terus menerus tepat dalam melakukan koding. Misalnya pemberian kode penyakit terhadap penyakit tersebut harus kuat.
2. Pengkode harus mengikuti sistem klasifikasi yang sedang berlaku dengan memilih pengkodean diagnosis dan tindakan yang tepat.
3. Pengkodean harus ditandai dengan laporan kode yang jelas dan konsisten pada dokumentasi dokter dalam rekam medis pasien.
4. Pengkodean profesional harus berkonsultasi dengan dokter untuk klarifikasi dan kelengkapan pengisian data diagnosa dan tindakan.
5. Pengkodean profesional harus sebagai anggota dari tim kesehatan, harus membantu dan mensosialisasikan kepada dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

6. Perekam medis harus mampu berkolaborasi, berkoordinasi dengan tenaga medis lainnya untuk penegakan kodefikasi penyakit dan kodefikasi tindakan yang tepat, akurat.
7. Pengkode profesional harus mengembangkan kebijakan pengkodean di institusinya.
8. Pengkode profesional harus secara rutim meningkatkan kemampuannya dibidang pengkodean. Selalu berlatih untuk menganalisis diagnosa dokter, formulir-formulir rekam medis yang didalamnya ada tindakan medis dan diagnosa dokter.
9. Pengkode profesional senantiasa berusaha memberi kode yang paling sesuai untuk pembayaran. Tindakan yang diberikan dan diagnosa yang ditentukan sedapat mungkin sesuai dengan kode tidak tepat, tidak sesuai deng diagnosa dokter dan tindakan yang telah diberikan maka dapat menyebabkan kerugian rumah sakit atau sebaliknya.

D. Tahapan Kodefikasi Rekam Medis

Aturan dalam melakukan koding menggunakan ICD 10 (Kemenkes 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’ (efek lanjut), atau ‘sequele of’. Tidak diperlukan adanya interval waktu minimal.
- 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).

E. Langkah-Langkah Pengkodean/ SOP Koding Dengan ICD-10

Langkah-langkah dasar dalam menentukan kode (Hatta, 2008):

- a) Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode dan lihat pada indeks alfabet yang sesuai. Bila pernyataan adalah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada Bab I-XIX atau XXI (Vol.1), gunakan sebagai “leadterm” untuk dimanfaatkan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi I indeks (Vol.3). bila pernyataan adalah sebab luar dari cedera yang ada pada Bab XX (Vol.1), lihat dan cari kodenya pada seksi II di indeks (Vol.3).
- b) Cari leadterms (kata panduan) untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologinya.

Sebaiknya jangan menggunakan istilah benda anatomi, kata sifat, atau kata keterangan sebagai kata panduan. Walaupun beberapa kondisi suatu kata sifat atau eponim yang tercantum didalam indeks sebagai “leadterm”

- c) Baca dan ikuti catatan yang muncul dibawah istilah yang akan dipilih pada volume 3.
- d) Baca kata yang terdapat dalam parentheses tanda kurung “()” setelah leadterm (ini tidak dapat berpengaruh pada code number) seperti juga untuk terminologi di bawah leadterm (ini dapat berpengaruh pada kode number), hingga kata yang menunjukkan dimaksud ditemukan.
- e) Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (cross-reference) dan perintah “see” dan “see also” yang terdapat pada indeks.
- f) Lihat daftar tabulasi (Vol.1) untuk mencari nomor kode yang paling tepat. Lihat kode 3 karakter diindeks dengan tanda dash “-“ pada posisi ke-4 berarti bahwa isian untuk karakter ke-4 itu ada didalam vol 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indeks (vol 3).
- g) Ikuti pedoman inclusion dan exclusion pada kode yang dipilih atau bagian bawah bab (chapter), blog, kategori, atau subkategori.
- h) Tentukan kode.
- i) Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diganosis yang dikode untuk pemastian kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis

pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan. (Hatta, 2013)

F. 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, 2010)

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, 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.

Menurut Kasim dan Erkadius dalam Hatta (2011) 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.

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap keakurasian kode penyakit antara lain :

- a. Kebijakan

Ketersediaan dan pelaksanaan Standar Operasional Prosedur (SOP) terkait pengkodean diagnosis dan monitoring & evaluasi penyelenggaraan rekam medis. Pelaksanaan SOP pengkodean mempengaruhi akurasi dari kode diagnosis penyakit.

- b. Kelengkapan Rekam Medis

Sebelum pengkodean diagnosis penyakit, tenaga rekam medis diharuskan mengkaji data rekam medis pasien untuk menemukan kekurangan, kekeliruan atau terjadinya kesalahan. Oleh karena itu, kelengkapan isi rekam medis merupakan persyaratan untuk menentukan diagnosis. Sehingga kerjasama antara dokter dan

petugas koding sangat berperan dalam penggunaan ICD 10. Ketidaklengkapan dalam pengisian rekam medis akan sangat mempengaruhi mutu rekam medis, yang mencerminkan pula mutu pelayanan di rumah sakit. Petugas rekam medis bertanggung jawab untuk mengevaluasi kualitas rekam medis guna menjamin konsistensi dan kelengkapan isinya.

c. Tenaga Medis

Kelengkapan diagnosis sangat ditentukan oleh tenaga medis, dalam hal ini sangat bergantung pada dokter sebagai penentu diagnosis karena hanya profesi dokterlah yang mempunyai hak dan tanggung jawab untuk menentukan diagnosis pasien. Dokter yang merawat juga bertanggung jawab atas pengobatan pasien, harus memilih kondisi utama dan kondisi lain yang sesuai dalam periode perawatan.

d. Tenaga Rekam Medis (Petugas Koding)

Petugas koding sebagai pemberi koding bertanggung jawab atas keakuratan kode diagnosis yang sudah ditetapkan oleh petugas medis. Oleh karena itu, untuk hal yang kurang jelas atau tidak lengkap sebelum kode ditetapkan, dikomunikasikan terlebih dahulu pada dokter yang membuat diagnosis tersebut untuk lebih meningkatkan informasi dalam rekam medis, petugas koding harus membuat kode sesuai dengan aturan yang ada pada ICD-10.

e. Sarana

Sarana pendukung untuk meningkatkan produktifitas coding yaitu ICD-10 (International Classification of Disease and Reatd Health Problems – Tenth Revision)

2.1.5 SOP (Standar Operasional Prosedur)

Standar Operasional Prosedur 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

Pedoman kodefikasi diagnosis penyakit merupakan suatu tahapan instruksi atau perintah kerja tentang langkah-langkah dalam memberi kode pada diagnosis pasien yang tertulis dan harus diikuti demi mencapai keseragaman dalam mengkode diagnosis pasien. Dengan adanya SOP kodefikasi diagnosis penyakit akan mengurangi terjadinya kesalahan dalam kegiatan kodefikasi diagnosis pasien karena segala instruksi dan perintah kerja sudah tersusunan dan tertulis dengan jelas.

Adapun tujuan dari penyusunan pedoman ini adalah untuk memberikan panduan bagi setiap unit kerja dalam mengidentifikasi, menyusun, mendokumentasikan, mengembangkan, memonitor serta mengevaluasi SOP dalam menyelenggarakan tugas dan fungsi, maupun dalam memberikan layanan (Badan Penjaminan Mutu, 2019)

2.1.6 Kepatuhan

Kepatuhan berasal dari kata patuh, menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, patuh artinya suka dan taat kepada perintah atau aturan, dan berdisiplin. Kepatuhan berarti sifat patuh, taat, tunduk pada ajaran atau peraturan. Dalam kepatuhan yang dinilai adalah ketaatan semua aktivitas sesuai dengan kebijakan, aturan, ketentuan dan undang-undang yang berlaku.

Kepatuhan dapat dilihat dari beberapa sisi, pertama dari sisi otoritas, kepatuhan adalah persoalan terhadap pengendalian secara sah atau kontrol berupa ketundukan dari sekelompok orang yang berada di bawah suatu otoritas berupa perilaku yang diharapkan menyenangkan para pemegang otoritas. Kedua, dari kondisi, kepatuhan adalah kualitas atau kondisi dari keadaan patuh baik berupa karakter dari keadaan bersedia untuk patuh. Ketiga dari orang yang mematuhi, maka kepatuhan berupa perilaku, tindakan, kebiasaan dan kerelaan untuk mematuhi kebijakan, hukum, regulasi, ketentuan, peraturan, perintah, dan larangan yang ditentukan (Sarbaini, 2014).

Menurut teori Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2010), faktor yang mempengaruhi kepatuhan perilaku terdiri dari 3 faktor utama yaitu faktor-faktor predisposisi (pre disposing factors), faktor-faktor pemungkin (enabling factors), dan faktor-faktor penguat (reinforcing factors). (Notoatmojo, 2010)

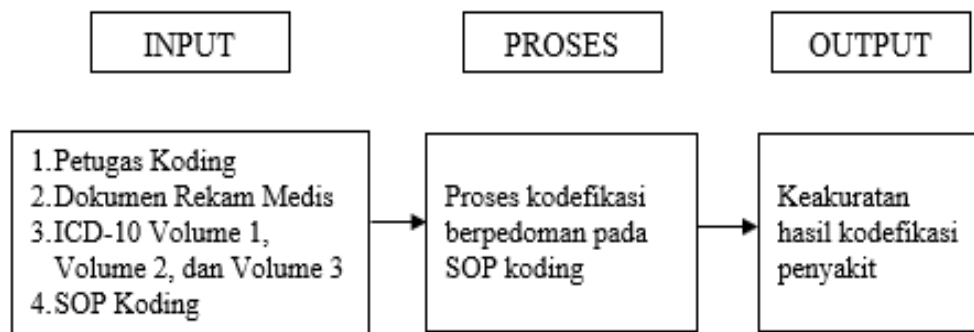
- a. Faktor-faktor predisposisi (pre disposing factors) merupakan faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya kepatuhan perilaku seseorang diantaranya yaitu pengetahuan, sikap, keyakinan, tingkat pendidikan, jenis kelamin dan lain-lain.

- b. Faktor-faktor pemungkin (enabling factors) merupakan faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi suatu tindakan. Faktor pemungkin yang dimaksudkan yaitu sarana dan prasarana misalnya ketersediaannya APD.
- c. Faktor-faktor penguat (reinforcing factors) merupakan faktor-faktor yang memperkuat atau mendorong terjadinya kepatuhan perilaku. Faktor penguat diantaranya SOP sebagai aturan yang telah dibuat. SOP (standar operasional prosedur) merupakan serangkaian instruksi yang tertulis dan menjadi pedoman dalam menjalankan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsinya.

Kepatuhan seseorang terhadap suatu prosedur atau peraturan dapat diukur dengan mengobservasi tingkah laku yang dilakukan oleh yang bersangkutan. Kepatuhan tersebut dapat diukur secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung kepatuhan diobservasi dengan menggunakan panduan baku yang telah diketahui bersama baik dari pengawasan maupun seseorang yang akan dinilai. Selanjutnya seseorang yang dinilai tersebut harus melakukan kegiatan yang diobservasi tanpa sepengetahuan dari yang bersangkutan. Secara tidak langsung kepatuhan dapat diukur melalui hasil pekerjaan yang dikerjakan oleh responden (Notoadmojo, 2018)

Adanya kepatuhan terhadap peraturan atau standar yang berlaku dengan mengacu pada etik pengodean dan keinginan dapat mewujudkan data yang terkode berkualitas tinggi sehingga membantu penerbitan rincian tagihan biaya rawat yang tepat dan mengurangi resiko manajemen fasilitas asuhan kesehatan terkait. (Hatta, 2013)

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep tersebut menjelaskan mengenai hubungan kepatuhan petugas terhadap SOP koding dengan akurasi kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap di RSUD Wonolangan. Input dalam penelitian yaitu petugas koding, DRM, SOP Koding dan ICD-10 Volume 1,2,3. Proses dalam penelitian yaitu proses kodefikasi berpedoman pada SOP koding. Penelitian ini bertujuan agar terciptanya output berupa keakuratan hasil kodefikasi penyakit yang sesuai dengan kaidah koding pada ICD 10 sehingga dapat meningkatkan mutu pada rekam medis dan rumah sakit.

2.3 Hipotesis

- H0 : Tidak adanya hubungan kepatuhan petugas terhadap SOP koding dengan akurasi kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap di RSUD Wonolangan
- H1 : Adanya hubungan kepatuhan petugas terhadap SOP koding dengan akurasi kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap di RSUD Wonolangan

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Metode penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah analisis kuantitatif dengan pendekatan *Cross Sectional* yakni korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (point time approach) (Notoatmojo, 2010).

Pada penelitian ini, peneliti mengidentifikasi kepatuhan petugas terhadap SOP coding dan mengidentifikasi akurasi kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap dalam satu periode penelitian. Kemudian melakukan uji statistika untuk mengetahui adanya hubungan antara kepatuhan petugas terhadap SOP coding dengan akurasi kode diagnosis penyakit menggunakan Uji Chi Square pada aplikasi IBM SPSS for Windows.

3.2 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.2.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain (Notoatmojo, 2010). Kemudian dapat dijabarkan macam-macam variabel dalam penelitian ini sebagai berikut

A. Variabel Independen (bebas)

Variabel ini sering disebut sebagai variabel stimulus, predictor, antecedent.

Variabel bebas merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi

sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependent (terikat). Variabel independen dalam penelitian ini adalah kepatuhan petugas terhadap SOP koding di RSUD Wonolangan

B. Variabel Dependen (terikat)

Variabel ini sering disebut sebagai variabel output, kriteria, konsekuen. Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat, karena adanya variabel bebas. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah akurasi kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap di RSUD Wonolangan

3.2.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmojo, 2010).

Tabel 3. 1 Variabel dan Definisi Operasional Penelitian

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Pengukuran	Skala Ukur
Independen (X) Kepatuhan petugas terhadap SOP koding	Sikap disiplin atau perilaku taat aturan dalam kodefikasi penyakit dengan berpedoman langkah-langkah pada SOP koding di unit rekam medis RSUD Wonolangan	Checklist	Observasi Melakukan observasi langsung terhadap petugas dalam melakukan kodefikasi berdasarkan langkah-langkah pada SOP koding di unit rekam medis RSUD Wonolangan - Diberi nilai '1' jika petugas melakukan kodefikasi penyakit berpedoman pada SOP Koding - Diberi nilai '0' jika petugas melakukan kodefikasi penyakit tidak berpedoman pada SOP Koding	Nominal (Penilaian kepatuhan petugas terhadap SOP koding menggunakan <i>scoring</i>) 1. Nilai 1 : Patuh terhadap SOP koding 2. Nilai 0 : Tidak patuh terhadap SOP koding
Dependen (Y) Akurasi kode diagnosis penyakit	Ketepatan dan kesesuaian pemberian kode diagnosis	Checklist	Observasi - Dikatakan akurat apabila kode diagnosis	Nominal (Penilaian keakuratan kode

penyakit menurut ICD 10 tahun 2010 Volume 1, Volume 2, Volume 3	DRM pasien rawat inap sesuai dengan kondisi pasien secara lengkap mengikuti kaidah klasifikasi pada ICD-10 baik karakter ke-3 atau karakter ke-4 disertai dengan kode <i>external cause</i> - Dikatakan tidak akurat apabila kode diagnosis DRM pasien rawat inap tidak sesuai dengan kondisi pasien secara lengkap berdasarkan kaidah klasifikasi pada ICD-10 baik karakter ke-3 atau karakter ke-4 dan tidak disertai dengan kode <i>external cause</i> - Keakuratan kode diagnosis akan diverifikasi oleh ahli koding	menggunakan <i>scoring</i>) 1. Nilai 1 : kode diagnosis penyakit yang akurat 2. Nilai 0 : kode diagnosis penyakit yang tidak akurat
---	--	--

3.3 Populasi dan Sampel

3.2.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian merupakan keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmojo, 2010). Populasi penelitian ini adalah populasi petugas rekam medis di RSUD Wonolangan sebanyak 15 petugas rekam medis yang terdiri dari 2 petugas koding rawat inap, 3 petugas koding rawat jalan, 9 petugas TPP, dan 1 petugas filling. Populasi DRM pasien rawat inap pada bulan November 2022 di RSUD Wonolangan, dengan total populasi sebanyak 809 DRM rawat inap.

3.2.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian untuk diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmojo, 2010). Peneliti

mengambil sampel petugas rekam medis dengan teknik *total sampling*. Pada bagian koding rawat inap hanya ada 2 petugas koding maka seluruhnya diikutsertakan. Untuk penentuan sampel DRM menggunakan teknik *sampling*, yaitu *Simple Random Sampling* dengan pengambilan sampel menggunakan metode bilangan acak. Pengambilan sampel dengan metode ini menggunakan alat bantu tabel bilangan acak. Peneliti mengambil 20 sampel DRM secara acak menggunakan analisis data pada excel, sehingga untuk setiap petugas diambil 10 DRM/hari. Teknik *Simple Random Sampling* digunakan ketika jumlah DRM yang tersedia dalam sehari melebihi jumlah yang akan diteliti. Jika DRM kurang dari sampel yang akan diteliti maka menggunakan teknik *total sampling*.

Pengambilan sampel DRM menggunakan populasi pada bulan November 2022 di RSUD Wonolangan dengan populasi 809 DRM dan tingkat kesalahan pengambilan data 10%. Semakin kecil toleransi kesalahan, semakin akurat sampel menggambarkan populasi. Penelitian dengan batas kesalahan 10% memiliki tingkat akurasi 90%. Dengan jumlah populasi yang sama, semakin kecil toleransi kesalahan, semakin besar jumlah sampel yang dibutuhkan. Besar sampel dalam penelitian ini dihitung menggunakan rumus Slovin sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

$$n = \frac{809}{1+809(0,1)^2}$$

$$n = \frac{809}{9,09}$$

$n = 88,99 \rightarrow$ dibulatkan menjadi 100 DRM

Keterangan : n = sampel

N = total populasi

e = batas toleransi kesalahan (margin of error), yaitu 10%

Jadi, berdasarkan perhitungan tersebut didapatkan sampel penelitian sebanyak 100 DRM, sehingga untuk setiap petugas diambil 50 DRM.

3.4 Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

3.4.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen yang digunakan dalam penelitian antara lain :

a. Lembar *check list*

Check list adalah suatu daftar untuk melakukan “cek”, yang berisi nama subjek dan beberapa gejala serta identitas lainnya dari sasaran pengamatan (Notoatmojo, 2010). Lembar *check list* digunakan peneliti untuk mengukur kepatuhan petugas terhadap SOP coding dan keakuratan kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap.

b. Buku ICD 10 Revisi 2010

ICD-10 digunakan untuk mengukur keakuratan kode diagnosis penyakit, standar pedoman pengkodean diagnosis terdapat pada :

- ICD-10 Volume 1
- ICD-10 Volume 2
- ICD-10 Volume 3

c. Kamus Kedokteran Dorland

Kamus Kedokteran Dorland digunakan untuk mengetahui istilah sulit dalam terminologi medis.

d. Alat tulis

Alat tulis digunakan sebagai alat pendukung guna mengisi lembar checklist dan mencatat hasil observasi.

e. Kalkulator

Kalkulator digunakan untuk menghitung presentase kepatuhan petugas terhadap SOP coding dan presentase keakuratan kode diagnosis penyakit.

3.4.2 Cara Pengumpulan Data

A. Jenis Data

Jenis data dalam penelitian ini adalah data kuantitatif. Data kuantitatif adalah data yang berhubungan dengan angka-angka baik yang diperoleh dari hasil pengukuran, maupun dari nilai suatu data yang diperoleh dengan jalan mengubah data kualitatif ke dalam data kuantitatif (Notoatmojo, 2010). Data kuantitatif dalam penelitian ini ditunjukkan pada data kepatuhan petugas terhadap SOP coding dan keakuratan kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap.

B. Sumber Data

Sumber data primer pada penelitian ini adalah observasi langsung pada petugas coding rawat inap untuk mengetahui tingkat kepatuhan petugas dalam melakukan kodefikasi penyakit berdasarkan SOP Coding dan observasi pada DRM rawat inap untuk mengetahui akurasi kode diagnosis pasien rawat inap di RSUD Wonolangan.

Penelitian ini juga membutuhkan data sekunder berupa laporan kunjungan, standar operasional prosedur (SOP) sebagai pedoman pengkodean, dan data ketenagaan di RSUD Wonolangan.

C. Cara Pengumpulan Data

Cara pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi (pengamatan). Observasi adalah suatu prosedur yang berencana meliputi mendengar, melihat, dan mencatat apa yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti (Notoatmojo, 2010). Dalam penelitian ini, observasi yang digunakan oleh peneliti yaitu observasi langsung pada petugas coding rawat inap dalam pelaksanaan kodefikasi diagnosis penyakit untuk mengetahui tingkat kepatuhan petugas dalam melakukan kodefikasi penyakit berdasarkan SOP Coding dan observasi pada DRM rawat inap untuk mengetahui akurasi kode diagnosis pasien rawat inap di RSUD Wonolangan.

3.5 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

3.5.1 Teknik Pengolahan Data

Data dalam penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dengan pengolahan data sebagai berikut :

a. *Editing*

Editing merupakan kegiatan menyunting data penelitian yang telah dikumpulkan untuk memastikan bahwa data tersebut telah lengkap. Peneliti akan melakukan pengecekan hasil observasi mengenai kepatuhan petugas terhadap SOP Coding dan keakuratan kode diagnosis penyakit rawat inap

b. *Coding*

Coding adalah kegiatan mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan (Notoatmojo, 2010). Dalam penelitian ini pengkodean (*coding*) dengan memberikan kode sebagai berikut :

1. Kode untuk kepatuhan petugas terhadap SOP koding

Kode 1 : patuh terhadap SOP koding

Kode 0 : tidak patuh terhadap SOP koding

2. Kode untuk keakuratan kode diagnosis, yaitu:

Kode 1 : kode diagnosis penyakit yang akurat

Kode 0 : kode diagnosis penyakit yang tidak akurat

3. Petugas koding rawat inap dikode: P1 dan P2

4. Pada setiap DRM akan dikode DRM1 sampai DRM50.

c. *Data Entry / Processing*

Dalam penelitian ini proses *data entry* dilakukan dengan memasukkan kode angka dari kepatuhan petugas terhadap SOP koding dan kode angka dari keakuratan kode diagnosis penyakit

d. *Cleaning*

Cleaning merupakan kegiatan pengecekan kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi (Notoatmojo, 2010).

e. *Tabulating*

Tabulating adalah membuat tabel-tabel data, sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan peneliti (Notoatmojo, 2010).

3.5.2 Analisis Data

Teknik analisis data pada penelitian ini menggunakan prosedur sebagai berikut

a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmojo, 2010). Dalam penelitian ini analisis univariat yaitu dengan menghitung persentase kepatuhan petugas terhadap SOP coding dan akurasi kode diagnosis penyakit sebagai berikut

$$\text{Kepatuhan (\%)} : \frac{\text{Jumlah DRM yang dikode berdasarkan SOP}}{\text{Jumlah DRM yang diteliti}} \times 100\%$$

$$\text{Keakuratan(\%)} : \frac{\text{Jumlah DRM dengan kode yang akurat berdasarkan ICD}}{\text{Jumlah DRM yang diteliti}} \times 100\%$$

Kemudian hasil dari perhitungan presentase kepatuhan dan keakuratan kode diagnosis penyakit pasien rawat inap disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi

Tabel 3. 2 Rekapitulasi Hasil Univariat

No.	Kepatuhan dan keakuratan	Frekuensi	Persentase %
1	Keakuratan kode diagnosis :		
	Akurat		
	Tidak Akurat		
2	Kepatuhan petugas terhadap SOP Coding :		
	Patuh		
	Tidak Patuh		
Total			

b. Analisis Bivariat

Jika analisis univariat sudah dilakukan maka, akan diketahui hasil karakteristik atau distribusi setiap variabel. Analisis bivariat yang dilakukan

terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmojo, 2010). Dalam penelitian ini dilakukan uji statistika untuk menunjukkan bahwa adanya hubungan atau korelasi antara kepatuhan petugas terhadap SOP koding dengan keakuratan kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap. Uji statistika yang digunakan dalam penelitian ini yaitu dengan Teknik *Chi Square* dengan menggunakan aplikasi IBM *Chi Square* (X^2) disebut juga dengan *Chi Square* adalah salah satu jenis uji komparatif nonparametric yang dilakukan pada dua variabel, dimana skala data kedua variabel adalah nominal (Andi, 2017).

Dasar pengambilan keputusan dalam uji Chi Square berdasarkan nilai signifikan sebagai berikut:

- 1) Jika *p-value* atau sig. $\geq 0,05$ maka H_0 diterima atau tidak terdapat hubungan antara kepatuhan petugas terhadap SOP koding dengan akurasi kode diagnosis penyakit rawat inap di RSUD Wonolangan.
- 2) Jika *p-value* atau sig. $< 0,05$ maka H_0 ditolak atau terdapat hubungan antara kepatuhan petugas terhadap SOP koding dengan akurasi kode diagnosis penyakit rawat inap di RSUD Wonolangan.

3.6 Jadwal Penelitian

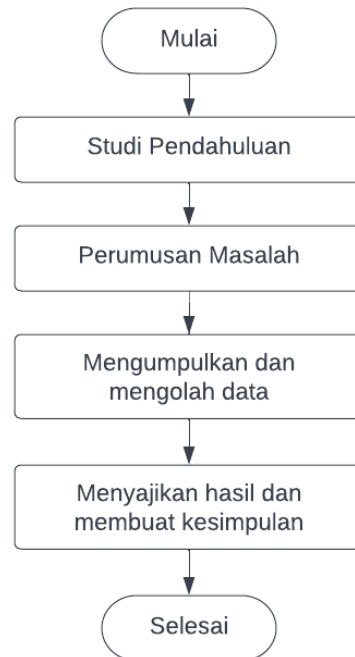
1. Lokasi Penelitian

Lokasi ini dilakukan di Unit Rekam Medis RSUD Wonolangan

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai pada Desember 2022. Berikut rencana penelitian

3.7 Tahapan Penelitian



Gambar 3. 1 Tahapan Penelitian

1. Studi Pendahuluan

Langkah awal peneliti melakukan studi pendahuluan pada lahan penelitian yaitu RSUD Wonolangan untuk mengetahui kondisi lahan dan permasalahan yang ada pada lahan penelitian

2. Perumusan Masalah

Pada tahap selanjutnya dilakukan perumusan masalah yang terjadi pada objek penelitian sekaligus merumuskan tujuan penelitian. Perumusan masalah didapat dari hasil analisis penelitian pada waktu studi lapangan dan data yang diambil dari hasil wawancara dan observasi.

3. Pengumpulan Data dan Pengolahan Data

Pada tahap yang ketiga dilakukan pengumpulan data – data yang diperlukan sebagai bahan untuk memecahkan masalah yang telah dirumuskan pada tahap kedua. Setelah data terkumpul, dilakukan

pengolahan data yang akan digunakan pada tahap analisis. Pada proses analisis dikaji data – data yang ada menggunakan metode yang telah peneliti pelajari pada tahap awal.

4. Analisis

Pada tahap ini dilakukan analisa dengan metode uji chi square pada kepatuhan petugas terhadap SOP koding dan akurasi kode diagnosis. Analisis data dilakukan sesuai langkah – langkah perhitungan yang terdapat pada metode uji chi square. Berdasarkan hasil pengolahan data pada tahap sebelumnya akan digunakan sebagai bahan analisis lebih lanjut guna mendapatkan pemecahan masalah

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Rumah Sakit

4.1.1 Profil RSU Wonolangan

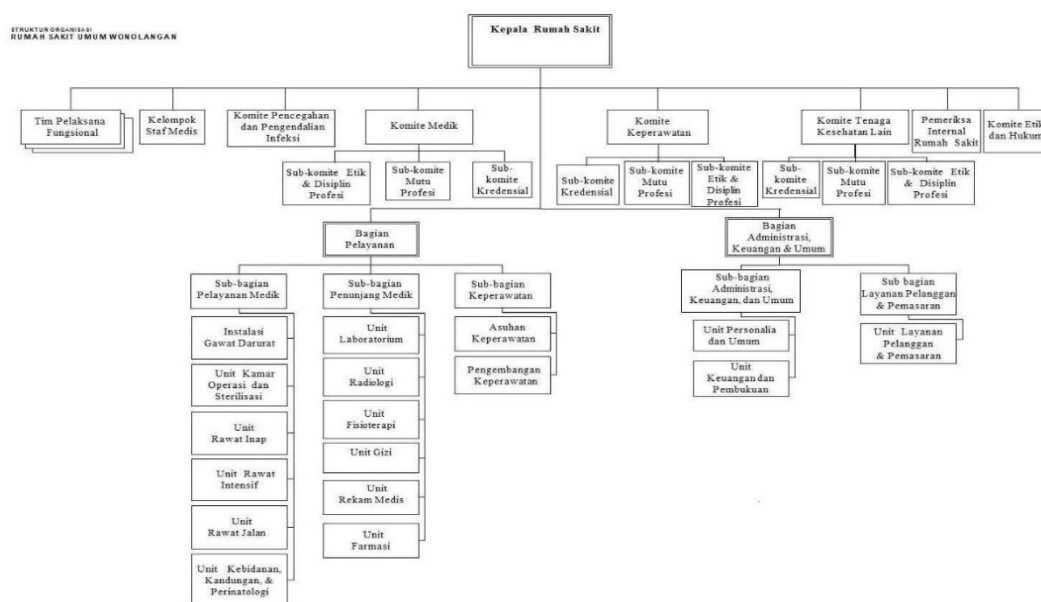


Gambar 4. 1 Profil RSU Wonolangan

Rumah Sakit Umum Wonolangan adalah Rumah Sakit di bawah pengelolaan langsung kementerian BUMN dalam hal ini PT Perkebunan Nusantara XI (Persero) yaitu PT Nusantara Sebelas Medika. Cikal bakal Rumah Sakit Umum Wonolangan ini, dimulai dengan berdirinya Balai Kesehatan Perkebunan (BAKESBUN) pada tanggal 1 Agustus 1985 yang awalnya ditujukan untuk pelayanan kesehatan karyawan, batih, dan pensiunan PT. Perkebunan Nusantara XI (Persero). Namun seiring perkembangan jaman, maka layanan kesehatan ini juga diperuntukkan bagi masyarakat umum. Pada tahun 1992, Balai Kesehatan Perkebunan (BAKESBUN) berubah menjadi Rumah Sakit Umum Wonolangan.

Rumah Sakit Umum Wonolangan terletak di Kabupaten Probolinggo, kurang lebih 7 km arah Timur dari pusat kota Probolinggo, tepatnya di Jalan Raya Dringu No 118, Desa Kedung Dalem, di Kecamatan Dringu. Rumah Sakit Umum Wonolangan memberikan layanan dengan penetapan kelas Rumah Sakit Tipe C.

4.1.2 Struktur Organisasi RSU Wonolangan



Gambar 4. 2 Struktur Organisasi RSU Wonolangan

Gambar 4.2 merupakan struktur organisasi di RSU Wonolangan. Pada urutan bagian tertinggi diduduki oleh Kepala Rumah Sakit yang membawahi Tim Pelaksana Fungsional, Kelompok Staf Medis, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Tenaga Kesehatan Lain, Pemeriksa Internal Rumah Sakit, Komite Etik dan Hukum. Selanjutnya, direktur dalam menjalankan tugasnya juga membawahi langsung bagian pelayanan dan bagian administrasi, keuangan, umum.

4.1.3 Visi, Misi, dan Moto RSUD Wonolangan

a) Visi

Menjadi rumah sakit dengan pelayanan kesehatan holistik terkemuka dan berkualitas, dengan jaringan yang tersebar diseluruh Indonesia.

b) Misi

1. Memberikan layanan prima, profesional dan bersikap ramah kerja kepada stake holders.
2. Peduli terhadap keselamatan, kenyamanan dan keamanan stake holders.
3. Menyelenggarakan layanan kesehatan yang berwawasan lingkungan.

c) Moto

“Layanan Berkualitas, Pasien Aman”

4.1.4 Jenis Pelayanan RSUD Wonolangan

RSUD Wonolangan memiliki banyak jenis pelayanan yang dapat dikunjungi oleh pasien antara lain:

1. Instalasi Gawat Darurat
2. Kamar Operasi
3. Rawat Intensif (ICU)
4. Kebidanan, Kandungan dan Perinatologi
5. Rawat Inap
6. Rawat Jalan

Unit rawat jalan memiliki beberapa poli antara lain:

- A. Poliklinik umum
- B. Poliklinik gigi

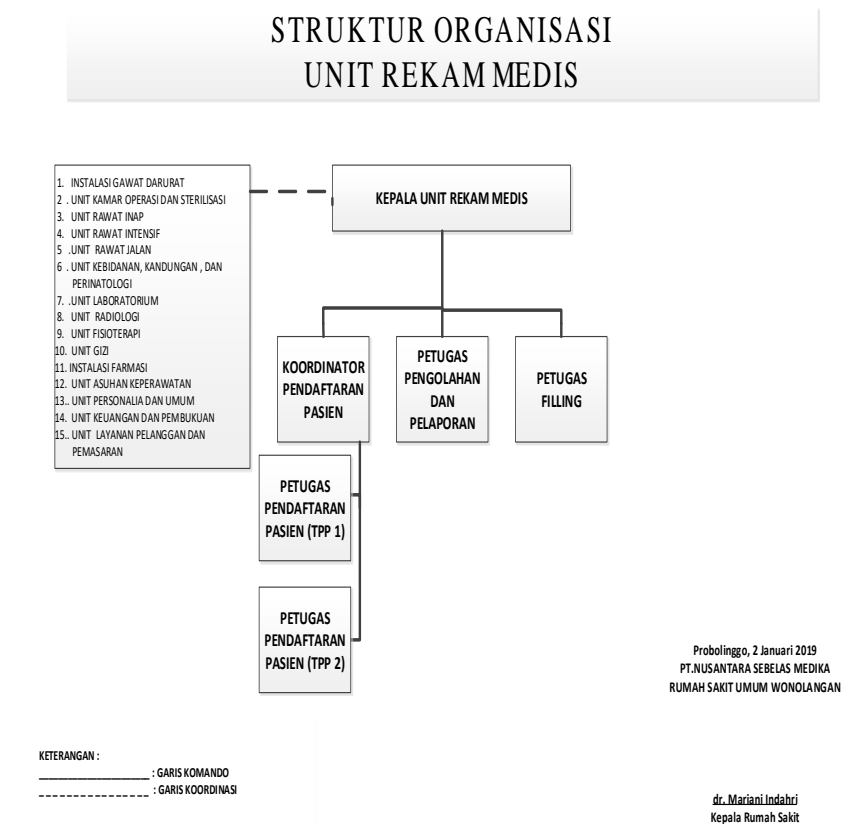
C. Poliklinik spesialis, meliputi

- a) Poli bedah umum
- b) Poli penyakit dalam
- c) Poli kebidanan dan kandungan
- d) Poli anak
- e) Poli mata
- f) Poli paru
- g) Poli jantung
- h) Poli THT
- i) Poli kulit
- j) Poli syaraf
- k) Poli jiwa
- l) Poli Orthopedi

7. Pelayanan medik spesialis penunjang

- A. Anestesiologi
- B. Patologi Klinik, Patologi Anatomi
- C. Radiologi

4.1.5 Struktur Organisasi Rekam Medis RSUD Wonolangan



Gambar 4. 3 Struktur Organisasi Rekam Medis RSUD Wonolangan

Berdasarkan gambar 4.3 struktur organisasi tertinggi adalah Kepala Unit Rekam Medis yang membawahi langsung koordinator pendaftaran pasien, petugas pengolahan dan pelaporan, petugas filling. Koordinator pendaftaran pasien membawahi langsung TPP 1 (rawat jalan) dan TPP 2 (rawat inap, IGD). Dalam pelaksanaan tugasnya kepala unit rekam medis juga melakukan koordinasi dengan unit lainnya seperti IGD, unit kamar operasi, unit rawat inap, unit rawat intensif, unit rawat jalan, kebidanan, laboratorium, radiologi, fisioterapi, gizi, farmasi, keperawatan, personalia, keuangan, dan unit layanan pelanggan dan pemasaran.

4.1.6 Ketenagaan Instalasi Rekam Medis di RSUD Wonolangan

Tabel 4. 1 Ketenagaan Instalasi Rekam Medis di RSUD Wonolangan

No.	Ketenagaan	Jumlah	Kualifikasi Pendidikan
1.	Pendaftaran pasien RI dan RJ	9	SMA
2.	Pengolahan dan pelaporan, koding rawat inap.	2	D-4 Rekam Medis D-3 Rekam Medis
3.	Pengolahan dan pelaporan, koding rawat jalan.	3	D-4 Rekam Medis
4.	Filling dan assembling	1	D-4 Rekam Medis

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa jumlah seluruh petugas rekam medis di RSUD Wonolangan sebanyak 15 petugas rekam medis yang terdiri dari 9 petugas pendaftaran rawat inap dan rawat jalan dengan kualifikasi pendidikan SMA, 2 petugas koding rawat inap dengan pendidikan DIII Rekam Medis dan D-4 Rekam Medis, 3 petugas koding rawat jalan dengan pendidikan D-4 Rekam Medis, dan 1 petugas filling dan assembling dengan pendidikan D-4 Rekam Medis.

4.1.7 Kunjungan Pasien dari Januari 2020-Desember 2022

Kunjungan pasien IGD, rawat jalan, dan rawat inap di RSUD Wonolangan 3 tahun terakhir adalah sebagai berikut.

Tabel 4. 2 Kunjungan Pasien dari Januari 2020-Desember 2022

No.	Tahun	Jumlah Kunjungan			Jumlah
		IGD	Rawat Jalan	Rawat Inap	
1.	2020	4.059	51.438	4.694	60.191
2.	2021	3.943	52.938	5.594	62.475
3.	2022	5.206	53.752	4.986	63.944
		Total			186.610

Pada tabel 4.2 menunjukkan bahwa total kunjungan IGD, rawat jalan, rawat inap mulai tahun 2020-2022 adalah 186.610. Tahun 2020 jumlah pasien sebanyak 60.191 terdiri dari 4.059 pasien IGD, 51.438 pasien rawat jalan, 4.694 pasien rawat inap. Pada tahun 2021 jumlah pasien sebanyak 62.475

terdiri dari 3.943 pasien IGD, 52.938 pasien rawat jalan, 5.594 pasien rawat inap. Pada tahun 2022 jumlah pasien sebanyak 63.944 terdiri dari 5.206 pasien IGD, 53.752 pasien rawat jalan, 4.986 pasien rawat inap.

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Identifikasi Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding di RSU Wonolangan

RSU Wonolangan memiliki SOP sebagai pedoman dalam pemberian kode diagnosis yang meliputi 8 langkah, yaitu:

1. Tinjau ulang halaman depan dan resume medis untuk kelengkapan dan ketepatan, yaitu kondisi utama harus tercatat di halaman depan dan resume medis serta dokter sudah menandatangani pada kolom yang tersedia.
2. Baca resume medis untuk memperoleh informasi yang berhubungan dengan diagnosis.
3. Pastikan diagnosis didukung bukti pemeriksaan penunjang seperti hasil pemeriksaan penunjang medis (patologi, X-ray, laboratorium, CT-Scan) dan lain sebagainya.
4. Lihat Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi untuk mengetahui jalannya pemeriksaan yang dilakukan kepada pasien.
5. Lihat ICD 10/ICD 9 CM untuk menentukan kode diagnosanya.
6. Tulis kode diagnosa pada formulir resume medis.
7. Koordinasikan dengan perawat atau dokter apabila diagnosa utama tidak ditulis untuk dilengkapi kembali.
8. Koordinasikan kepada perawat atau dokter apabila terdapat penulisan yang tidak terbaca jelas.

Untuk mengidentifikasi kepatuhan petugas terhadap SOP Koding, peneliti melakukan observasi terhadap 2 petugas koding rawat inap yang melakukan pengkodean terhadap 100 DRM pasien rawat inap periode November 2022 dengan mengacu pada langkah-langkah SOP koding. Setiap petugas melakukan kodefikasi terhadap 50 DRM pasien rawat inap. Observasi dilaksanakan selama 5 hari dan setiap harinya sebanyak 20 DRM. Saat pengambilan data kepatuhan, peneliti berada di sebelah petugas namun tidak menyampaikan bahwa peneliti sedang mengamati langkah-langkah petugas dalam menentukan kode diagnosis. Penilaian menggunakan 2 kategori yaitu patuh dan tidak patuh. Hasil persentase kepatuhan petugas terhadap SOP koding dalam melakukan kodefikasi pada DRM sebagai berikut.

Tabel 4. 3 Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding dalam Melakukan Kodefikasi pada DRM

No.	Hasil Analisis	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Patuh	40 DRM	40%
2.	Tidak Patuh	60 DRM	60%
Jumlah		100 DRM	100%

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan persentase kepatuhan petugas terhadap SOP koding sebesar 40% (40 DRM) dan persentase ketidakpatuhan sebesar 60% (60 DRM). Dalam melaksanakan kodefikasi, langkah-langkah SOP yang tidak dilakukan oleh petugas adalah sebagai berikut

Tabel 4. 4 Ketidakpatuhan Petugas terhadap SOP Koding

No.	Ketidakpatuhan Petugas	Jumlah
1.	Tidak melihat ICD 10 dalam menentukan kode	54
2.	Tidak melakukan <i>crosscek</i> pada ICD 10 Vol 1	6
Total		60

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan ketidakpatuhan petugas terhadap SOP koding diantaranya pada langkah tidak melihat ICD 10 dalam menentukan kode diagnosis sejumlah 54 DRM, dan tidak melakukan *crosscek* pada ICD 10 Volume 1 sejumlah 6 DRM.

4.2.2 Identifikasi Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Pada Pasien Rawat Inap di RSUD Wonolangan

Keakuratan kode diagnosis diperoleh dari pengambilan data penelitian berupa kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap dengan jumlah sampel sebanyak 100 DRM periode November 2022. Setiap petugas melakukan kodefikasi terhadap 50 DRM pasien rawat inap. Kode diagnosis yang ditetapkan oleh petugas koding RSUD Wonolangan menggunakan ICD 10 tahun 2010, kemudian dilakukan pemeriksaan oleh peneliti dan divalidasi oleh ahli koding/koder yang berasal dari RS Rizani dengan pengalaman kerja selama 6 tahun. Data dukung untuk validator koding berupa tabel menggunakan Microsoft Word yang berisi anamnesa (S), pemeriksaan fisik (O), diagnosis primer dan sekunder (A), tindakan (P), kode diagnosis pada DRM dan kode peneliti. Hasil persentase keakuratan kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap sebagai berikut

Tabel 4. 5 Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Pada Pasien Rawat Inap

No.	Keakuratan kode	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Akurat	54	54%
2.	Tidak Akurat	46	46%
Jumlah		100	100%

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan persentase keakuratan kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap sebesar 54% (54 DRM). Sedangkan persentase kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap yang tidak akurat sebesar 46% (46 DRM). Berdasarkan ketidakakuratan kode diagnosis penyakit pada 46 DRM diperoleh penyebab sebagai berikut

Tabel 4. 6 Penyebab Ketidakakuratan Kode Diagnosis

No.	Penyebab Ketidakakuratan Kode Diagnosis	Jumlah
1.	Pengkodean hanya pada diagnosis primer	11
2.	Kode neoplasma hanya pada kode topografi	10
3.	Kode karakter ke-4 tidak tepat	8
4.	Kesalahan menentukan blok kode	6
5.	Kesalahan menentukan chapter dalam ICD-10	5
6.	Kode pada sistem musculoskeletal kurang spesifik tidak sampai pada karakter ke-5	3
7.	Tidak terdapat kode external cause	2
8.	Tidak disertai kode dagger asterisk	1
Total		46

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan penyebab ketidakakuratan kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap diantaranya pengkodean hanya pada diagnosis primer sejumlah 11 DRM, kode neoplasma hanya pada kode topografi sejumlah 10 DRM, kode karakter ke-4 tidak tepat sejumlah 8 DRM, kesalahan menentukan blok kode sejumlah 6 DRM, kesalahan menentukan chapter dalam ICD-10 sejumlah 5 DRM, kode pada sistem musculoskeletal kurang spesifik tidak sampai pada karakter ke-5 sejumlah 3 DRM, tidak terdapat kode external cause sejumlah 2 DRM, dan tidak disertai kode dagger asterisk sejumlah 1 DRM.

4.2.3 Uji Statistika Untuk Mengetahui Hubungan Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding dengan Akurasi Kode Diagnosis Penyakit pada Pasien Rawat Inap di RSUD Wonolangan

Hubungan kepatuhan petugas terhadap SOP koding dengan akurasi kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap di RSUD Wonolangan ditentukan berdasarkan perhitungan menggunakan aplikasi IBM SPSS Statistic Version 27 for Windows 10 dengan uji *Chi-Square*. Didapatkan hasil uji yang telah dilakukan sebagai berikut:

Tabel 4. 7 Hasil Uji Chi-Square Hubungan Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding dengan Akurasi Kode Diagnosis Penyakit pada Pasien Rawat Inap Di RSUD Wonolangan

Kepatuhan Petugas	Keakuratan Kode		Total	P-Value
	Akurat	Tidak Akurat		
Patuh	14	26	40	0,002
Tidak Patuh	40	20	60	
Total	54	46	100	

Berdasarkan Tabel 4.5 Uji Chi-Square menunjukkan bahwa pada P-value bernilai 0,002. Hal ini berarti nilai signifikansi $< 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_1 diterima. Sehingga dapat diartikan bahwa ada hubungan antara kepatuhan petugas terhadap SOP koding dengan akurasi kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap di RSUD Wonolangan.

4.3 Pembahasan

4.3.1 Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding di RSUD Wonolangan

Standar Operasional Prosedur adalah prosedur bagi setiap unit kerja dalam mengidentifikasi, menyusun, mendokumentasikan, mengembangkan, memonitor serta mengevaluasi SOP dalam menyelenggarakan tugas dan fungsi, maupun dalam memberikan layanan (Badan Penjaminan Mutu, 2019).

Kepatuhan seseorang terhadap suatu prosedur atau peraturan dapat diukur dengan mengobservasi tingkah laku baik secara langsung maupun tidak langsung (Notoadmojo, 2018). Kepatuhan SOP dapat mewujudkan data yang terkode berkualitas tinggi sehingga membantu penerbitan rincian tagihan biaya rawat yang tepat dan mengurangi resiko manajemen fasilitas asuhan kesehatan terkait. (Hatta, 2013)

Petugas coding menentukan kode sesuai dengan aturan yang ada pada ICD-10 Volume 2 tahun 2010. Hasil analisa kepatuhan petugas terhadap SOP coding di RSUD Wonolangan menunjukkan persentase ketidakpatuhan lebih besar daripada persentase kepatuhan yaitu sebesar 60% (60 DRM). Ketidakpatuhan petugas diantaranya tidak melihat ICD 10 dalam menentukan kode diagnosis dan tidak melakukan *crosscek* pada ICD 10 Volume 1.

Berdasarkan data kepatuhan petugas terhadap SOP coding sebagian besar (54 DRM) pelaksanaan kodefikasi hanya mengandalkan ingatan/hafalan, tidak berpedoman pada ICD 10. Contohnya pada diagnosis dyspepsia, anemia, syok sepsis, hipertiroid, hypoglikemia, LBP, colic abdomen, thypoid fever, ISPA, pneumonia, dan faringitis akut. Petugas langsung menentukan kode berdasarkan ingatan/hafalan tanpa merujuk pada langkah-langkah kodefikasi sesuai ICD 10 Volume 2 seperti menentukan jenis pernyataan yang akan dikode dan melihat pada indeks alfabet, lalu mencari leadterm, membaca catatan dibawah istilah yang akan dipilih pada volume 3, mengikuti setiap rujukan “see” dan “see also” di dalam indeks, merujuk pada daftar tabulasi (Volume 1) untuk mencari nomor kode yang tepat.

Petugas juga tidak patuh dalam langkah kodifikasi yaitu *crosscek* pada ICD 10 Volume 1. Contohnya pada diagnosis “Myalgia” petugas hanya melihat pada ICD 10 Volume 3 dan diperoleh kode M79.1. Kode tersebut belum spesifik dan harus melakukan *crosscek* pada ICD 10 Volume 1. Pada awal blok kode M79 terdapat keterangan [*see site code at the beginning of this chapter*] berarti perlu melihat di awal chapter untuk menentukan kode karakter ke-5 pada bagian yang lebih spesifik. Sehingga kode yang tepat yaitu M79.19. Pentingnya melakukan *crosscek* pada ICD 10 volume 1 karena hampir seluruh isi volume 1 digunakan oleh klasifikasi utama, terdiri dari daftar kategori tiga-karakter, daftar tabulasi inklusi, eksklusi, dan subkategori empat-karakter (WHO, 2010). Selain itu, terdapat tanda baca seperti tanda kurung/*parentheses* (), kurung besar/*square brackets* [], *include*, *exclude*, NOS (*Not Otherwise Specified*), NEC (*Not Elsewhere Slassified*), *dagger asterisk*, rujukan silang (*see* dan *see also*)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian nairoh yang menunjukkan ketidakpatuhan petugas koding di RSUD Darmayu Ponorogo dengan persentase 20% (20 DRM) yang disebabkan karena petugas belum mengacu pada SOP Koding. RSUD Darmayu Ponorogo memiliki SOP koding, namun pelaksanaan SOP pemberian kode diagnosis belum terlaksana untuk melihat daftar tabulasi (volume 1) dalam memberi kode yang paling tepat. Padahal hal ini sangat penting untuk melihat kode tiga karakter di indeks dengan tanda minus pada posisi keempat yang berarti untuk karakter ke empat itu ada di volume 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indeks (volume 3) (Nairoh, 2021)

Pelaksanaan kodefikasi yang tidak mengacu pada langkah-langkah SOP dapat menyebabkan ketidakakuratan hasil kodefikasi dan akan mempengaruhi indeks pencatatan penyakit, pelaporan morbiditas dan mortalitas, pembiayaan klinis.

4.3.2 Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Pada Pasien Rawat Inap di RSUD Wonolangan

Keakuratan kode diagnosis ditentukan berdasarkan penentuan 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. (WHO, 2010). Akurat atau tidaknya kode diagnosis utama sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti ketersediaan SOP, kepatuhan pelaksanaan koding berdasarkan SOP, kelengkapan DRM, dan kualifikasi petugas koding (Budi, 2022).

Hasil analisa data dari 100 sampel yang diambil, menunjukkan persentase ketidakakuratan lebih kecil daripada persentase keakuratan yaitu sebesar 46% (46 DRM). Tiga penyebab ketidakakuratan yang terbanyak antara lain pengkodean hanya pada diagnosis primer, kode neoplasma hanya pada kode topografi, dan kode karakter ke-4 tidak tepat.

Penyebab ketidakakuratan kode diagnosis yang terbanyak pertama yaitu pengkodean hanya pada diagnosis primer. Pada hasil penelitian, ditemukan sebanyak 11 DRM yang tidak terdapat kode diagnosis sekunder. Contoh pada DRM tertera diagnosis “Faringitis akut dan dyspepsia”. Petugas koder di RSUD

Wonolangan hanya memberikan kode J02.9 untuk diagnosis faringitis akut. Petugas tidak memberikan kode untuk diagnosis dyspepsia sehingga kode tersebut dapat dikatakan tidak akurat. Kode yang akurat untuk diagnosis penyakit faringitis akut dan dyspepsia yaitu kode J02.9 dan K30. Hal ini mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs), yang menyatakan bahwa koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9-CM. Koding sangat menentukan dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2017).

Penyebab ketidakakuratan kode diagnosis yang terbanyak kedua yaitu kode neoplasma yang tidak lengkap. Pada hasil penelitian, ditemukan sebanyak 10 DRM dengan diagnosis neoplasma tidak dilengkapi dengan kode morfologi. Contoh pada DRM tertera diagnosis "*Malignant neoplasm of breast*". Petugas koder di RSUD Wonolangan memberikan kode C50.9 sebagai kode topografinya. Petugas tidak memberikan kode morfologi sehingga kode tersebut dapat dikatakan tidak akurat. Kode morfologi untuk diagnosis tersebut adalah M8010/3. Maka kode yang akurat untuk diagnosis "*Malignant neoplasm of breast*" yaitu kode M8010/3 C50.9. Pada ICD-10 volume 2 dijelaskan bahwa pengkodean pada kasus neoplasma harus mencantumkan kode morfologi. Ada tiga aspek yang harus dipertimbangkan ketika menentukan kode neoplasma yaitu lokasi tumor, sifat tumor (menggambarkan struktur dan jenis selaput jaringan dibawah mikroskop), perilaku (ganas, jinak

dan insitu) pada ICD-10 terklasifikasi pada bab II kode C00-D48 (WHO, 2010).

Penelitian lain juga menunjukkan bahwa pengodean diagnosis neoplasma masih belum sesuai dengan kaidah ICD-10 Volume 2 dengan persentase ketidaktepatan kode topografi diagnosis neoplasma adalah 9 (85%) dan kode morfologi diagnosis neoplasma 88 (95%) dengan jumlah populasi sebanyak 93 DRM. Faktor yang menyebabkan ketidakakuratan tersebut yaitu faktor SDM (petugas koding masih kesulitan dalam membaca tulisan dokter), dan faktor kebijakan (terdapat SOP mengenai tata cara pengodean diagnosis tetapi petugas tidak mematuhi langkah-langkah pada SOP) (Christy, 2019).

Penyebab ketidakakuratan kode diagnosis yang terbanyak ketiga yaitu kode karakter ke-4 tidak tepat sebanyak 8 DRM. Contoh pada DRM tertera diagnosis “Febris konvulsi”. Petugas koder di RSUD Wonolangan memberikan kode R56.8. Kode tersebut dapat dikatakan tidak akurat karena setelah menentukan leadterm convulsion, perlu melihat identasi dibawahnya yaitu febrile dengan kode karakter ke-4 yaitu .0 Kode yang akurat untuk diagnosis “Febris konvulsi” yaitu kode R56.0. Pada ICD-10 volume 2 mengenai petunjuk penggunaan ICD-10, subkategori ke-4 digunakan untuk identifikasi, misalnya variasi tempat yang berbeda pada kategori 3 karakter untuk group kondisi. Karakter ke 4 seperti .8 biasa digunakan untuk kondisi “others” pada kategori 3 karakter dan .9 digunakan untuk menyampaikan kondisi yang belum jelas atau untuk menyampaikan kondisi pada karakter ke 3 tanpa adanya informasi tambahan. (WHO, 2010).

Penelitian lain yang berjudul “Evaluasi Ketidaktepatan Pemberian Kode Rekam Medis Rawat Jalan di RS PHC Surabaya” menunjukkan bahwa kesalahan dalam pemberian karakter ke empat dalam kasus diabetes mellitus sebesar 23,1%. Penyebab ketidakakuratan tersebut yaitu kesalahan petugas dalam menentukan karakter ke-4 yang digunakan untuk menjelaskan komplikasi yang dialami pasien penderita diabetes mellitus. Petugas rekam medis dalam memberikan kode seharusnya lebih teliti dalam membaca diagnosis penyakit yang dituliskan oleh dokter, pada masalah ini lebih memperhatikan pilihan karakter ke-4 pada diagnosis diabetes mellitus serta memperhatikan diagnosis sekunder yang dialami pasien apakah berhubungan untuk menentukan karakter ke-4 yang akan digunakan (Nugraha, 2021). Pada dasarnya ICD-10 merupakan suatu daftar kode tunggal kategori 3 karakter, dimana karakter ke-4 merupakan subkategori yang digunakan untuk mengidentifikasi diagnosis penyakit pasien secara lebih spesifik.

4.3.3 Hubungan Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding dengan Akurasi Kode Diagnosis Penyakit pada Pasien Rawat Inap Di RSUD Wonolangan

Uji Chi-Square yang dilakukan menunjukkan hasil *Asymptotic Significance (2-sided)* bernilai 0,002. Hal ini berarti nilai signifikansi $< 0,05$ dapat diartikan bahwa terdapat hubungan kepatuhan petugas terhadap SOP koding dengan akurasi kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap di RSUD Wonolangan. Hasil penelitian menunjukkan petugas mengkode diagnosis penyakit cedera dengan tidak melaksanakan sesuai SOP sehingga hasil kodefikasi menjadi tidak akurat. Contoh pada DRM tertera diagnosis “*Close fraktur femur sinistra*”. Petugas koder di RSUD Wonolangan tidak

melakukan crosscek pada ICD 10 Vol 1 dan menentukan kode S72.10. Kode tersebut dapat dikatakan tidak akurat karena kode karakter ke-4 yang tidak tepat dan tidak dilengkapi dengan *external cause*. Kode karakter ke-4 yang tepat yaitu .9 karena bagian diagnosis tersebut tidak dijelaskan secara spesifik. Untuk kode external cause perlu melihat penyebab luar dari diagnosis tersebut. Pada anamnese tertera bahwa “nyeri kaki kiri sudah 1 minggu, nyeri pertama pada panggul pasca terjatuh”. Kode-kode untuk penyebab luar (V01-Y89) diklasifikasikan pada Chapter XX (*External causes of morbidity and mortality*). Penyebab luar dari diagnosis “*Close fraktur femur sinistra*” yaitu pasca terjatuh, namun tidak dijelaskan secara spesifik lokasi dan aktivitasnya sehingga dapat ditentukan dengan kode W19.99. Kode yang akurat untuk diagnosis penyakit *close fraktur femur sinistra* yaitu kode S72.90 W19.99.

Kepatuhan petugas terhadap SOP koding ditinjau berdasarkan langkah-langkah pada ICD-10 Volume 2. Petugas perlu memahami SOP koding dalam melaksanakan pengkodean dengan benar sesuai aturan yang ada. Pengkodean berdasarkan SOP koding akan menghasilkan keakuratan kode diagnosis yang dituliskan pada berkas rekam medis serta menjaga kualitas berkas rekam medis yang menjadi tanggung jawab petugas rekam medis. Jika pengkodean tidak sesuai SOP dapat menyebabkan ketidakakuratan hasil kodefikasi dan akan mempengaruhi indeks pencatatan penyakit, pelaporan morbiditas dan mortalitas, pembiayaan klinis.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Kepatuhan petugas terhadap SOP koding pada 100 DRM didapatkan persentase kepatuhan sebesar 40% (40 DRM) dan ketidakpatuhan sebesar 60% (60 DRM). Bentuk ketidakpatuhan petugas yaitu tidak melihat ICD 10 dalam menentukan kode diagnosis dan tidak melakukan *crosscek* pada ICD 10 Volume 1
2. Keakuratan kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap terhadap 100 DRM didapatkan persentase keakuratan sebesar 54% (54 DRM) dan ketidakakuratan sebesar 46% (46 DRM). Penyebab kode diagnosis yang tidak akurat terbanyak yaitu pengkodean hanya pada diagnosis primer.
3. Terdapat hubungan yang signifikan antara kepatuhan petugas terhadap SOP koding dengan akurasi kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap di RSUD Wonolangan, dengan $p\text{-value} = 0,002 (< 0,05)$.

5.2 Saran

1. Bagi Rumah Sakit, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi saran kepada petugas rekam medis khususnya bagian koding untuk melakukan kodefikasi berdasarkan SOP koding yang telah ditetapkan guna menunjang hasil kode yang akurat.
2. Bagi Institusi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah literature tentang hubungan kepatuhan SOP koding terhadap akurasi kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap.

3. Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan dapat menambah referensi, melakukan penelitian kuantitatif terkait hubungan kepatuhan petugas terhadap SOP koding dengan akurasi kode diagnosis penyakit, dan mengembangkan penemuan lebih lanjut berdasarkan penelitian yang sudah ada.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdelhak, M. (2001) *Health Information of A Strategic Resource 2nd Edition*.
- Andi (2017) *Ragam Model Penelitian & Pengolahannya dengan SPSS*. Semarang: Wahana Komputer.
- Badan Penjaminan Mutu (2019) *Pedoman Pembuatan Standar Operasional Prosedur (SOP)*.
- Budi, G. G. N., Suparti, S., & Widiyanto, W. W. (2022). *ANALISIS KEAKURATAN KODE DIAGNOSIS PENYAKIT TUBERKULOSIS PARU PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT KARANGGEDE SISMA MEDIKA*. *Journal Health Information Management Indonesian (JHIMI)*, 2(1), 18-23.
- Christy, J., & Siagian, E. E. (2021). Ketidaktepatan Kode Diagnosis Kasus Neoplasma Menggunakan ICD-10 Di RSUP H. Adam Malik Medan Tahun 2019. *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda*, 6(1), 23-30.
- Depkes RI (2006) *Pedoman Penyelenggaraan & Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Jakarta: Direktorat Jendral Pelayanan Medik.
- Hatta, G.R. (2008) *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Universitas Indonesia.
- Hatta, G.R. (2013) *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Kemenkes RI (2014) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)*
- Kemenkes RI (2016) *Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*.
- Kemenkes RI (2018) ‘*Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien*’.
- Kemenkes RI (2020) *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : HK.01.07/MENKES/312/2020 Tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan*.
- Kemenkes RI (2022) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis*.

- Nairoh, A. (2021) *Tinjauan Pelaksanaan Pemberian Kodefikasi Diagnosis Pasien Rawat Inap Di RSUD Darmayu Ponorogo*. Madiun.
- Notoadmojo, S. (2018) *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmojo, S. (2010) *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nugraha, M., Putra, D. S. H., & Ardianto, E. T. (2021). EVALUASI KETIDAKTEPATAN PEMBERIAN KODE REKAM MEDIS RAWAT JALAN DI RS PHC SURABAYA. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 2(2), 271-278.
- Oktavia, N. and Azmi, I.N. (2019) ‘Gambaran Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Ketepatan Kode Diagnosa Dokumen Rekam Medik Pasien Skizofrenia Di RSKJ Soeprpto Bengkulu’, *Jurnal Ilmiah Farmacy*, 6, pp. 1–11.
- Presiden RI (2009) *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*.
- Sarbaini (2014) *Good Practices Pendidikan Nilai, Moral dan Karakter Kepatuhan*.
- WHO (2010) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem*. World Health Organization.
- WHO (2013) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem*. World Health Organization .
- WHO (2016) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem*. 2016th edn. Edited by World Health Organization.

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Penelitian



Nomor : PP.08.02/6.1/2369/2022 17 Oktober 2022
Lampiran : -
Hal : Surat Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Direktur Rumah Sakit Umum Wonolangan

di

Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir Mahasiswa Semester V Prodi D3 Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang TA. 2022/2023, maka bersama ini kami harapkan Bapak/Ibu berkenan untuk memberikan ijin kepada mahasiswa atas nama

Nama : Hidayatul Munawaroh
NIM : P17410201003
Judul Penelitian : Hubungan Kepatuhan SOP Terhadap Akurasi Kode Diagnosis Rumah Sakit Umum Wonolangan
Periode Penelitian : Oktober 2022 - Maret 2023
Metode Penelitian : Penelitian Kuantitatif

Untuk melakukan survey pendahuluan dan penelitian di instansi yang Bapak/Ibu pimpin.

Demikian surat ini kami buat. Atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Program Studi
D3 Rekam Media Dan Informasi Kesehatan



Achmad Zani Pitoyo, S.Si.T, MMRS.
NIP. 197302232002121002

- Kampus Utama : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, Telp (0341) 566075, 571388
- Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember, Telp (0331) 486613
- Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp. (0341) 427847
- Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp. (0342) 801043
- Kampus IV : Jl. KH Wakhid Hasyim No. 64B Kediri Telp. (0354) 773095
- Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek, Telp. (0355) 791293
- Kampus VI : Jl Dr. Cipto Mangunkusumo No. 82 A Ponorogo, Telp. (0352) 461792



Lampiran 2. Surat Balasan Izin Penelitian



Jalan Raya Dringu No. 118, Probolinggo
Jawa Timur, Indonesia 60175
Email: rswonolangan@gmail.com
Telp: (0335) 424007
Fax: (0335) 431937
www.rswonolangan.com

Nomor : AA-INSIP/22.152
Lamp : -
Hal : Persetujuan ijin Penelitian Tugas Akhir

Kepada Yth :
Ketua Program Studi
D III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Jl. Besar Ijen No. 77 C
MALANG

Dengan hormat,

Menjawab surat saudara Nomor PP.08.02/6.1/2369/2022 dan PP.08.02/6.1/2370/2022 tanggal 17 Oktober 2022 tentang Penelitian Tugas Akhir.

NO	NAMA	NIM	JUDUL
1	Hidayatul Munawaroh	P17410201003	Hubungan Kepatuhan SOP Terhadap Akurasi Kode Diagnosis Rumah Sakit Umum Wonolangan
2	Afridyahwati Rahayu	P17410203101	Hubungan Antara Karakteristik Petugas Koding dengan Akurasi Kode Diagnosa di RSU Wonolangan

Bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat menyetujui Mahasiswa Semester V Prodi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang melakukan penelitian Tugas Akhir di Rumah Sakit Wonolangan pada bulan Oktober 2022 s.d Maret 2023, dengan persyaratan yang harus dipenuhi sebagai berikut :

1. Membayar biaya Penelitian Tugas Akhir untuk jenjang Diploma sebesar Rp. 600.000,- (Enam Ratus Ribu Rupiah) per satu judul penelitian untuk jangka waktu 1 (satu) bulan, apabila melebihi waktu 1 (satu) bulan akan dikenakan biaya tambahan yang diperhitungkan secara proporsional.
2. Melakukan presentasi proposal sebelum dan sesudah melakukan penelitian. Adapun waktu pelaksanaan presentasi dapat diusulkan oleh peneliti dengan menyesuaikan agenda Rumah Sakit Wonolangan.
3. Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Probolinggo, 21 Oktober 2022
PT. NUSANTARA SEBELAS MEDIKA
RUMAH SAKIT WONOLANGAN

INDRA GUNAWAN, drg., M.Kes
Direktur rumah Sakit

Tindasan :
- Assistant Manager Nursing



Lampiran 3. Format Surat Persetujuan Responden 1

**SURAT PERSETUJUAN RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Mylindra Puspa M

Umur : 32 th.

Pendidikan : D III Rekam Medis

Jenis Kelamin : Perempuan

Jabatan : Kepala Unit Rekam Medis (Codes Rawat Inap)

Menyatakan bahwa dengan kesadaran dan keikhlasan hati, saya bersedia berpartisipasi dan menjadi informan dalam penelitian yang dilakukan oleh Hidayatul Munawaroh, mahasiswa D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang berjudul “Hubungan Kepatuhan SOP Koding Terhadap Akurasi Kode Diagnosis Penyakit Pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Wonolangan”.

Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Probolinggo, 9 Desember 2022

Peneliti



Hidayatul Munawaroh

NIM. P17410201003

Responden



.....

Lampiran 4. Format Surat Persetujuan Responden 2

**SURAT PERSETUJUAN RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Imelda Viki Yoan Saputri
 Umur : 29 tahun
 Pendidikan : DIV - Rekam Medis
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Jabatan : Koder Rawat Inap

Menyatakan bahwa dengan kesadaran dan keikhlasan hati, saya bersedia berpartisipasi dan menjadi informan dalam penelitian yang dilakukan oleh Hidayatul Munawaroh, mahasiswa D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang berjudul "**Hubungan Kepatuhan SOP Koding Terhadap Akurasi Kode Diagnosis Penyakit Pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Wonolangan**".

Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

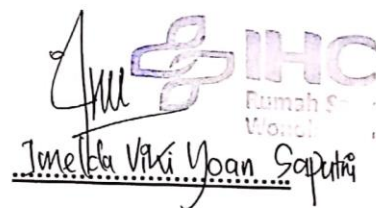
Probolinggo,.....

Peneliti



Hidayatul Munawaroh
NIM. P17410201003

Responden



Imelda Viki Yoan Saputri

Lampiran 5. Surat Permohonan Validasi Koding

SURAT PERMOHONAN VALIDASI KODING

Yth. Bapak Habaruddin, Amd.Perkes
Petugas Verifikasi Koding di RS Rizani

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Hidayatul Munawaroh
NIM : P17410201003
Program Studi : DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Asal Institusi : Poltekkes Kemenkes Malang

Dengan ini saya mengajukan permohonan kepada Bapak untuk dapat menjadi validator koding pada tugas akhir saya yang berjudul “Hubungan Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding dengan Akurasi Kode Diagnosis Penyakit Pasien Rawat Inap di RSU Wonolangan”. Adapun hasil validasi tersebut akan saya pergunakan untuk menunjang tugas akhir saya sebagai persyaratan memperoleh gelar ahli madya pada Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

Demikian surat permohonan saya, atas perhatian ini dan bantuan Bapak saya mengucapkan terima kasih.

Probolinggo, 21 Maret 2023

Pemohon



Hidayatul Munawaroh
NIM. P17410201003

Lampiran 6. Surat Balasan Validasi Koding

SURAT BALASAN VALIDASI KODING

Kepada

Sdri. Hidayatul Munawaroh

Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Dengan hormat,

Melalui surat ini, saya yang bertandatangan dibawah ini:


Nama : Habaruddin, Amd.Perkes
Usia : 35 tahun
Jabatan Fungsional : Perekam Medis (koder rawat inap)
Masa Kerja : 10 tahun
Instansi : RS Rizani Paiton

Menyatakan bahwa saya menerima surat permohonan yang telah diberikan dan saya bersedia untuk menjadi validator kodefikasi diagnosis dari tugas akhir saudari yang berjudul “Hubungan Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding dengan Akurasi Kode Diagnosis Penyakit pada Pasien Rawat Inap di RSU Wonolangan”.

Demikian surat balasan ini saya sampaikan, atas perhatian Saudari, saya ucapkan terimakasih.

Probolinggo, 21 Maret 2023

Yang membuat pernyataan



Habaruddin, Amd.Perkes

NIP. 004.02.1309

Lampiran 7. Surat Pernyataan Validasi Ahli Koding

SURAT PERNYATAAN VALIDASI KODING

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

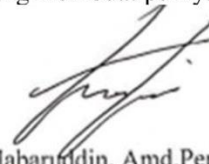
Nama : Habaruddin, Amd.Perkes
Usia : 35 tahun
Jabatan Fungsional : Perkam Medis (koder rawat inap)
Masa Kerja : 10 tahun
Instansi : RS Rizani Paiton

Menyatakan bahwa saya telah melakukan verifikator kode untuk tugas akhir dari:

Nama : Hidayatul Munawaroh
NIM : P17410201003
Program Studi : DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Asal Institusi : Poltekkes Kemenkes Malang

Setelah saya lakukan telaah, dengan ini menyatakan bahwa diagnosis penyakit sudah sesuai dengan aturan kodifikasi buku ICD 10 tahun 2010. Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan penuh tanggung jawab untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Probolinggo, 19 Mei 2023
Yang membuat pernyataan



Habaruddin, Amd.Perkes

NIP. 004.02.1309

Lampiran 8. Lembar Checklist Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI
KESEHATAN
DIII REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

LEMBAR CHECKLIST KEPATUHAN SOP KODING

* = Beri tanda checklist (√)

Petugas	DRM	Kepatuhan*		Nilai	Keterangan
		Patuh	Tidak Patuh		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
P1	DRM 1	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 2	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 3	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 4		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 5		√	0	Tidak melakukan crosscek pada ICD 10 Vol 1
P1	DRM 6	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 7		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 8		√	0	Tidak melakukan crosscek pada ICD 10 Vol 1
P1	DRM 9	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 10		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 11		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 12	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 13		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 14		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 15	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 16		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 17		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 18		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 19		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 20	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 21		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 22	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 23	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 24		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 25		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 26		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 27	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 28	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 29	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 30		√	0	Tidak melakukan crosscek pada ICD 10 Vol 1

P1	DRM 31	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 32	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 33		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 34	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 35		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 36		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 37	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 38		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 39		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 40		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 41	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 42	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 43		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 44		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 45	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 46		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 47	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 48		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 49		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 50	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 51		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 52		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 53	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 54	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 55	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 56		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 57		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 58	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 59		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 60		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 61		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 62		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 63	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 64	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 65	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 66		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 67		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 68		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 69	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 70		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 71	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 72		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 73		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 74		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 75	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP
P1	DRM 76	√		1	Melakukan kodifikasi sesuai SOP

P1	DRM 77	√		1	Melakukan kodefikasi sesuai SOP
P1	DRM 78		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 79		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 80		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 81		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 82	√		1	Melakukan kodefikasi sesuai SOP
P1	DRM 83		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 84	√		1	Melakukan kodefikasi sesuai SOP
P1	DRM 85		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 86		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 87		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 88		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 89	√		1	Melakukan kodefikasi sesuai SOP
P1	DRM 90		√	0	Tidak melakukan crosscek pada ICD 10 Vol 1
P1	DRM 91		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 92	√		1	Melakukan kodefikasi sesuai SOP
P1	DRM 93		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 94		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 95	√		1	Melakukan kodefikasi sesuai SOP
P1	DRM 96		√	0	Tidak melakukan crosscek pada ICD 10 Vol 1
P1	DRM 97	√		1	Melakukan kodefikasi sesuai SOP
P1	DRM 98		√	0	Tidak melakukan crosscek pada ICD 10 Vol 1
P1	DRM 99		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode
P1	DRM 100		√	0	Tidak melihat ICD dalam menentukan kode

- (1) = Diisi kode petugas (P1, P2)
- (2) = Diisi dengan kode DRM (DRM1, DRM2, DRM3, dst)
- (3) = Diisi (√) pada kolom “Patuh” apabila petugas melakukan kodefikasi penyakit berpedoman pada SOP Koding
- (4) = Diisi (√) pada kolom “Tidak Patuh” apabila petugas melakukan kodefikasi penyakit tidak berpedoman pada SOP Koding
- (5) = Diisi skor penilaian kepatuhan, yaitu diberikan nilai “1” jika petugas patuh dan nilai “0” jika petugas tidak patuh
- (6) = Diisi keterangan ketidakpatuhan petugas

Lampiran 9. Lembar Checklist Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit pada Pasien Rawat Inap



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
DIII REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN**

LEMBAR CHECKLIST KEAKURATAN KODE DIAGNOSIS

Petugas	DRM	Diagnosis	Kode Diagnosis pada DRM	Kode Peneliti	Kode Verifikator	Keakuratan		Nilai	Keterangan
						Akurat	Tidak Akurat		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
P1	DRM 1	Acute maxillary sinusitis	J01.0	J01.0	J01.0	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 2	Benign neoplasm of lymph node	D36.0	D36.0 (M8001/1)	D36.0 (M8001/1)		√	0	Kode neoplasma hanya pada kode topografi
P1	DRM 3	Adenotonsilitis	J35.9	J35.9	J35.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 4	Dyspepsia	K30	K30	K30	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 5	Close fraktur femur sinistra	S72.10	S72.90, W19.99	S72.90, W19.99		√	0	Tidak terdapat kode external cause
P1	DRM 6	Malignant neoplasm of breast / tumor mammae (D)	C50.9	C50.9 (M8000/3)	C50.9 (M8010/3)		√	0	Kode neoplasma hanya pada kode topografi
P1	DRM 7	Anemia	D64.9	D64.9	D64.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat

P1	DRM 8	HIL (D) reposisi (benjolan pada lipatan paha)	K40.9	K40.9	K40.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 9	Benign neoplasm of breast/ benjolan payudara kiri	D24	D24 (M8001/1)	D24 (M8001/1)		√	0	Kode neoplasma hanya pada kode topografi
P1	DRM 10	Syok sepsis - Pneumonia - Hipoalbumin	A40.3 E88.0	A40.3 E88.0	J18.9 E88.0		√	0	Kesalahan menentukan blok kode
P1	DRM 11	Hipertiroid - SP Krisis tiroid	E05.9	E05.9	E05.9 Z03.8		√	0	Pengkodean hanya pada diagnosis primer
P1	DRM 12	Abortus insipiens	O05.4	O05.4	O02.1		√	0	Kesalahan menentukan blok kode
P1	DRM 13	Hypoglikemia	A41.9	E16.2	E16.2		√	0	Kesalahan menentukan chapter dalam ICD-10
P1	DRM 14	LBP	M54.5	M54.59	M54.59		√	0	Kode pada sistem musculoskeletal kurang spesifik, tidak sampai pada karakter ke-5
P1	DRM 15	benign neoplasm of lyph node (benjolan di ketiak kiri) - Anemia	D36.0 D64.9	D36.0 (M8001/1) D64.9	D36.7 (M8001/1) D64.9		√	0	Kode neoplasma hanya pada kode topografi
P1	DRM 16	Colic abdomen	R10.4	R10.4	R10.4	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 17	GEA	A09.9	A09.9	A09.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 18	Anemia - Diare	D64.9	D64.9 A09	D64.9 A09.9		√	0	Pengkodean hanya pada diagnosis primer
P1	DRM 19	Typhoid fever	A01.0	A01.0	A01.0	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 20	Struma nodosa	E04.1	E04.9	E04.9		√	0	Kesalahan kode pada karakter ke-4
P1	DRM 21	GEA	A09.9	A09.9	A09.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat

P1	DRM 22	Febris konvulsi	R56.8	R56.8	R56.0		√	0	Kesalahan kode pada karakter ke-4
P1	DRM 23	Benign neoplasm of breast (Tumor mammae sinistra)	D24	D24 (M8001/1)	D24 (M8001/1)		√	0	Kode neoplasma hanya pada kode topografi
P1	DRM 24	ISPA	J06.9	J06.9	J06.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 25	Dengue fever - Cephalgia - Dyspepsia	A90	A90 R51 K30	A90 R51 K30		√	0	Pengkodean hanya pada diagnosis primer
P1	DRM 26	PJK - Colic renal	I25.1 N23	I25.1 N23	I25.1 N23	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 27	Osteomyelitis cruris	M86.96	M86.96	M86.96	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 28	Lymphadenopathy	L04.0	R59.1	R59.0		√	0	Kesalahan menentukan chapter dalam ICD-10
P1	DRM 29	Ca mammae dextra	D24	D24 (M8001/1)	C50.9 (M8010/3)		√	0	Kode neoplasma hanya pada kode topografi
P1	DRM 30	HIL repair	K40.9	K40.9	K40.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 31	G3P2Ab0 uk 38 minggu + PEB	O14.9	O14.9	O14.1		√	0	Kesalahan kode pada karakter ke-4
P1	DRM 32	Ca mammae dextra	D24	D24 (M8001/1)	C50.9 (M8010/3)		√	0	Kode neoplasma hanya pada kode topografi
P1	DRM 33	CKR	S09.9	S09.9	S09.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 34	Cellulitis cruris (D)	L03.1	L03.1	L03.1	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 35	IMA	I21.9	I21.9	I21.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 36	Asthma bronchiale	J45.9	J45.9	J45.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 37	malignant neoplasm of breast	C50.9	C50.9 (M8000/3)	C50.9 (M8010/3)		√	0	Kode neoplasma hanya pada kode topografi
P1	DRM 38	Pneumonia - DM	J18.9 E11.9	J18.9 E11.9	J18.9 E11.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat

P1	DRM 39	AF	I48	I48	I48	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 40	Faringitis akut - Dyspepsia	J02.9	J02.9 K30	J02.9 K30		√	0	Pengkodean hanya pada diagnosis primer
P1	DRM 41	Abses perianal - DM type 2	K61.0	K61.0 E11.9	K61.0 E11.9		√	0	Pengkodean hanya pada diagnosis primer
P1	DRM 42	Open fracture frontal - Open deglouting fracture regio frontal	S02.19	S02.91, V99	S02.01, V89.2		√	0	Tidak terdapat kode external cause
P1	DRM 43	ISPA - HT	J06.9 I10	J06.9 I10	J06.9 I10	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 44	Pneumonia	J18.9	J18.9	J18.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 45	Varicella (13 tahun) - GEA	B01.9	B01.9 A09	B01.9 A09.9		√	0	Pengkodean hanya pada diagnosis primer
P1	DRM 46	IMA - DF	I21.9	I21.9 A90	I21.9 A90		√	0	Pengkodean hanya pada diagnosis primer
P1	DRM 47	Malignant neoplasm of breast	C50.9	C50.9 (M8000/3)	C50.9 (M8010/3)		√	0	Kode neoplasma hanya pada kode topografi
P1	DRM 48	Colic abdomen	R10.4	R10.4	R10.4	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 49	IMA	I21.9	I21.9	I21.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P1	DRM 50	Struma nodosa bilateral	E04.1	E04.1	E04.9		√	0	Kesalahan kode pada karakter ke-4
P2	DRM 1	ISPA	J06.9	J06.9	J06.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 2	Pneumonia	J18.9	J18.9	J18.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 3	Appendicitis akut	K35.8	K35.8	K35.8	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 4	Penurunan kesadaran - Bronchopneumonia	R56.8 J18.0	R56.8 J18.0	R41.8 J18.0		√	0	Kesalahan menentukan blok kode
P2	DRM 5	Sciatica	M54.3	M54.39	M54.39		√	0	Kode pada sistem musculoskeletal kurang spesifik, tidak sampai pada karakter ke-5

P2	DRM 6	LBP - Pneumonia	M54.5 J18.9	M54.59 J18.9	M54.59 J18.9		√	0	Kode pada sistem musculoskeletal kurang spesifik, tidak sampai pada karakter ke-5
P2	DRM 7	AMI - PPOK	I21.9	I21.9 J44	I21.9 J44.9		√	0	Pengkodean hanya pada diagnosis primer
P2	DRM 8	TIA (Transient cerebral ischaemic attack)	G45.9	G45.9	G45.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 9	Asthma bronchiale	J45.9	J45.9	J45.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 10	CVA	I64.4	I64.4	I64		√	0	Kesalahan kode pada karakter ke-4
P2	DRM 11	Cholelithiasis	K80.2	K80.2	K80.2	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 12	DHF - Selulitis	A90 L03.9	A91 L03.9	A91 L03.9		√	0	Kesalahan penentuan blok kode
P2	DRM 13	DM Hiperglikemia - Gangren	E11.5	E11.5	E11.7		√	0	Kesalahan kode pada karakter ke-4
P2	DRM 14	Orchitis epididymitis	N45.9	N45.9	N45.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 15	Toxic effect "Obat jagung"	T60.2	T60.2	T60.0		√	0	Kesalahan kode pada karakter ke-4
P2	DRM 16	Myalgia - ISPA	M79.19 J06.9	M79.19 J06.9	M79.19 J06.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 17	DHF - GEA	A91	A91 A09	A91 A09.9		√	0	Pengkodean hanya pada diagnosis primer
P2	DRM 18	ISPA	J06.9	J06.9	J06.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 19	Maxillary sinusitis akut	J01.0	J01.0	J01.0	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 20	Retensi urine	R33	R33	R33	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 21	Peritonitis	K65.9	K65.9	K65.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 22	Thyphoid fever	A01.0	A01.0	A01.0	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 23	IMA - DM	I21.9 E10.9	I21.9 E10.9	I21.9 E11.9		√	0	Kesalahan menentukan blok kode

		- Anemia	D64.9	D64.9	D64.9				
P2	DRM 24	BPPV	H81.1	H81.1	H81.1	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 25	Tumor mammae (S)	D24	C50.9 (M8000/3)	D24 (M8001/1)		√	0	Kode neoplasma hanya pada kode topografi
P2	DRM 26	Union cruris / Remove implant	S92.9	Z47.0	Z47.0		√	0	Kesalahan menentukan chapter dalam ICD-10
P2	DRM 27	G1P0A1 Prolonged pregnancy, SC	O48 O82.1	O48 O82.1	O48 O82.8		√	0	Kesalahan kode pada karakter ke-4
P2	DRM 28	Cephalgia	G44.8	R51	R51		√	0	Kesalahan menentukan chapter dalam ICD-10
P2	DRM 29	Convulsi	R56.8	R56.8	R56.8	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 30	CVA Infark	I64	I64	I64	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 31	Colic renal	N23	N23	N23	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 32	Corpal cincin, granuloma	L92.3	L92.3	L92.3	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 33	ISPA	J06.9	J06.9	J06.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 34	Spondilitis TB - TB paru	A18.0	A18.0† M49.09*	A18.0† M49.09*		√	0	Tidak disertai kode dagger asterisk
P2	DRM 35	Pneumonia	J18.9	J18.9	J18.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 36	DM - Infeksi bakteri	E10.9 A49.9	E10.9 A49.9	E11.9 A49.9		√	0	Kesalahan menentukan blok kode
P2	DRM 37	DHF	A91	A91	A91	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 38	ISPA	J06.9	J06.9	J06.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 39	OS ulcus kornea	H16.0	H16.0	H16.0	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 40	Bronchopneumonia	J18.0	J18.0	J18.0	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 41	Thyroid fever	A01.0	A01.0	A01.0	√		1	Hasil kodefikasi akurat

P2	DRM 42	Union manus / remove implant	Z47.0	Z47.0, V23.9	Z47.0	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 43	AMI	I21.9	I21.9	I21.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 44	GEA - Vomiting	A09.9	A09.9 R11	A09.9 R11		√	0	Pengkodean hanya pada diagnosis primer
P2	DRM 45	Union distal cruris / Remove implant	Z47.0	Z47.0	Z47.0	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 46	DM Hipoglikemi - HT + CHF - Cellulitis cruris (D)	E16.2	E16.2 I25.1 L03.1	E11.7 I11.0		√	0	Pengkodean hanya pada diagnosis primer
P2	DRM 47	Febris konvulsi	R56.0	R56.0	R56.0	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 48	Tonsilitis	J03.9	J03.9	J03.9	√		1	Hasil kodefikasi akurat
P2	DRM 49	PPOK	Z03.8	J44.9	J44.9		√	0	Kesalahan menentukan chapter dalam ICD-10
P2	DRM 50	Dyspepsia	K30	K30	K30	√		1	Hasil kodefikasi akurat

- (1) = Diisi kode petugas (P1, P2)
- (2) = Diisi dengan kode DRM (DRM1, DRM2, DRM3, dst)
- (3) = Diisi diagnosis DRM rawat inap
- (4) = Diisi kode ICD-10 berdasarkan hasil kodefikasi petugas koding rawat inap
- (5) = Diisi kode ICD-10 yang diberikan oleh peneliti
- (6) = Diisi kode ICD-10 yang diberikan oleh verifikator
- (7) = Diisi (√) pada kolom “Akurat” apabila kode diagnosis yang diberikan akurat
- (8) = Diisi (√) pada kolom “Tidak Akurat” apabila kode diagnosis yang diberikan tidak akurat
- (9) = Diisi skor penilaian keakuratan kode diagnosis, yaitu diberikan nilai “1” jika kode akurat dan nilai “0” jika kode tidak akurat
- (10) = Diisi keterangan ketidakakuratan kode diagnosis

Lampiran 10. Lembar SOAP Validasi Koding



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
DIII REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

VALIDASI KEAKURATAN KODE DIAGNOSIS PASIEN RAWAT INAP

Petugas	DRM	Anamnesa (S)	Pemeriksaan Fisik (O)	Diagnosis (A)	Tindakan (P)	Kode Diagnosis pada DRM	Kode Peneliti	Kode Verifikator
P1	DRM 1	Pasien sering sakit kepala \pm 1 bulan	TD = 122/85 mmHg, N= 85 x/menit	Acute maxillary sinusitis	IVFD, Injeksi	J01.0	J01.0	J01.0
P1	DRM 2	Benjolan pada lipatan paha kanan sejak 1 bulan yang lalu, membesar dan nyeri	TD = 120/80 mmHg, N= 80 x/menit, S=36 C, rr= 20 x/menit	Benign neoplasm of lymph node	Biopsy of lymphatic structure, IVFD, Lab, Injeksi	D36.0	D36.0 (M8001/1)	D36.0 (M8001/1)
P1	DRM 3	Telinga terasa sakit	BB = 17 kg	Adenotonsilitis	IVFD, Injeksi	J35.9	J35.9	J35.9
P1	DRM 4	Pasien mengalami mual, muntah, nyeri ulu hati selama 1 minggu ini	TD = 119/70 mmHg, N= 85 x/menit	Dyspepsia	IVFD, Injeksi	K30	K30	K30
P1	DRM 5	Nyeri kaki kiri sudah 1 minggu, nyeri pertama pada panggul pasca terjatuh	TD = 130/90 mmHg, N= 85 x/menit, S=36 C, rr= 20 x/menit, skala nyeri= 8	Close fraktur femur sinistra	Infus, Injeksi, Hip Replacement, Lab	S72.10	S72.90, W19.99	S72.90, W19.99

P1	DRM 6	Pasien mengatakan ada benjolan di payudara kanan	Benjolan di payudara kanan	Malignant neoplasm of breast / tumor mammae (D)	Insisi biopsi, infus, injeksi	C50.9	C50.9 (M8000/3)	C50.9 (M8010/3)
P1	DRM 7	Nyeri perut sejak 1 hari yang lalu, keluhan nyeri perut dirasakan terus menerus, mual, demam sejak 2 hari yang lalu	HB 4,8	Anemia	Infus, injeksi, transfusi	D64.9	D64.9	D64.9
P1	DRM 8	Terdapat benjolan pada lipatan paha	TD = 145/80 mmHg, N= 89 x/menit	HIL (D) reposisi (benjolan pada lipatan paha)	Infus, injeksi	K40.9	K40.9	K40.9
P1	DRM 9	Pasien mengatakan ada benjolan di payudara kiri ± 2 bulan	-	Benign neoplasm of breast/ benjolan payudara kiri	Eksisi lumpektomy	D24	D24 (M8001/1)	D24 (M8001/1)
P1	DRM 10	Panas sejak 3 hari yang lalu, muntah, pusing, dan lemas	TD = 80/50 mmHg, N= 76 x/menit, S=37 C, rr= 24 x/menit	Syok sepsis - Pneumonia - Hipoalbumin	Infus, injeksi	A40.3 E88.0	A40.3 E88.0	J18.9 E88.0
P1	DRM 11	Pusing berputar, mual, sesak	TD = 130/90 mmHg, N= 121 x/menit, S=36,8 C, rr= 20 x/menit	Hipertiroid - SP Krisis tiroid	Infus, injeksi, lab	E05.9	E05.9	E05.9 Z03.8
P1	DRM 12	Pasien mengatakan keluar darah sejak 2 minggu yang lalu, nyeri perut tembus pinggang	VT 2 cm, teraba jaringan	Abortus insipiens	Kuretase, infus, injeksi	O05.4	O05.4	O02.1
P1	DRM 13	Keringat dingin, lemas, mual, muntah, nyeri pada luka di kaki kiri	TD = 130/90 mmHg, N= 90 x/menit, S=35,6 C, rr= 22 x/menit	Hypoglikemia	Laborat, injeksi, RJP	A41.9	E16.2	E16.2

P1	DRM 14	Nyeri punggung bawah ± 2 minggu	TD = 152/92 mmHg, N= 87 x/menit	LBP	Injeksi, infus, pemeriksaan lab	M54.5	M54.59	M54.59
P1	DRM 15	Pasien datang dengan keluhan benjolan di ketiak kiri sejak 6 bulan dan terasa nyeri	TD = 122/78 mmHg, N= 108 x/menit	benign neoplasm of lymph node (benjolan di ketiak kiri) - Anemia	Biopsy of lymphatic structure, transfusion of PRC	D36.0 D64.9	D36.0 (M8001/1) D64.9	D36.7 (M8001/1) D64.9
P1	DRM 16	Pasien mengatakan nyeri perut kanan sejak beberapa hari yang lalu	TD = 130/80 mmHg, N= 80 x/menit, S=36 C, rr= 20 x/menit	Colic abdomen	Infus, injeksi	R10.4	R10.4	R10.4
P1	DRM 17	Pasien mengatakan diare cair lebih 5x, mual, mules, demam 1 hari	TD = 111/65 mmHg, N= 90 x/menit, S=37,9 C, rr= 20 x/menit	GEA	Infus, injeksi	A09.9	A09.9	A09.9
P1	DRM 18	Diare lebih dari 5x disertai lemas dan pucat	TD = 111/63 mmHg, N= 76 x/menit, S=36,8 C, rr= 20 x/menit	Anemia - Diare	Infus, injeksi	D64.9	D64.9 A09	D64.9 A09.9
P1	DRM 19	Demam 3 hari, mual muntah, nyeri ulu hai, lidah kotor	TD = 110/60 mmHg, N= 80 x/menit, S=38 C, rr= 20 x/menit	Typhoid fever	Infus, injeksi	A01.0	A01.0	A01.0
P1	DRM 20	Benjolan di leher	TD = 160/90 mmHg	Struma nodosa	Strumectomy	E04.1	E04.9	E04.9
P1	DRM 21	Diare sejak semalam lebih dari 10x cair dan kuning, lemas, demam, nyeri perut bagian bawah	TD = 95/67 mmHg, N= 113 x/menit, S=39,4 C, rr= 20 x/menit	GEA	Injeksi, infus	A09.9	A09.9	A09.9
P1	DRM 22	Pasien datang dengan keluhan kejang, demam sejak pagi	S=38 C	Febris konvulsi	Infus, injeksi	R56.8	R56.8	R56.0

P1	DRM 23	Benjolan payudara kiri	TD = 120/80 mmHg, N= 84 x/menit, S=36,7 C, rr= 20 x/menit	Benign neoplasm of breast (Tumor mammae sinistra)	Eksisi of lesion	D24	D24 (M8001/1)	D24 (M8001/1)
P1	DRM 24	Demam, batuk pilek, sempat muntah	KU = lemah, N= 120 x/menit, S=38 C, rr= 28 x/menit	ISPA	Injeksi, TTV	J06.9	J06.9	J06.9
P1	DRM 25	Pasien mengatakan demam naik turun \pm 5 hari, mual, sakit kepala	TD = 127/78 mmHg, N= 87 x/menit, S=38,6 C, rr= 20 x/menit	Dengue fever - Cephalgia - Dyspepsia	Infus, injeksi	A90	A90 R51 K30	A90 R51 K30
P1	DRM 26	Nyeri perut, mual, muntah, nyeri dada 2 hari ini	KU = lemah, TD = 95/62 mmHg, N= 68 x/menit, S=36,5 C, rr= 20 x/menit	PJK - Colic renal	TTV, infus, injeksi	I25.1 N23	I25.1 N23	I25.1 N23
P1	DRM 27	Pasien kiriman dr. Angga mengeluh luka dikaki kiri terkena motor, jatuh sekitar 15 hari yang lalu	-	Osteomyelitis cruris	Infus, injeksi, squestrectomy	M86.96	M86.96	M86.96
P1	DRM 28	Benjolan di leher kiri sejak \pm 1 bulan	TD = 120/80 mmHg, N= 80 x/menit, S=36 C, rr= 20 x/menit	Lymphadenopathy	Infus, lab, injeksi	L04.0	R59.1	R59.0
P1	DRM 29	Benjolan di payudara kanan	-	Ca mammae dextra	Mastektomi	D24	D24 (M8001/1)	C50.9 (M8010/3)
P1	DRM 30	Benjolan di lipatan paha kanan, nyeri post op	TD = 129/79 mmHg, N= 90 x/menit, S=36 C, rr= 20 x/menit	HIL repair	-	K40.9	K40.9	K40.9
P1	DRM 31	Pasien kiriman PKM tegalsiwalan hamil ke	TD = 172/107 mmHg, S=36 C, rr= 20 x/menit	G3P2Ab0 uk 38 minggu + PEB	Infus	O14.9	O14.9	O14.1

		tiga usia kehamilan 9 bulan, mengeluh pusing, kaki bengkak, nyeri perut bagian bawah						
P1	DRM 32	Sesak nafas sejak 1 minggu, terdapat benjolan di payudara kanan ± 1 tahun	Ph + +	Ca mammae dextra	-	D24	D24 (M8001/1)	C50.9 (M8010/3)
P1	DRM 33	Kepala terasa pusing, badan roboh kemudian kepala bagian belakang dan mata kiri terbentur pojok meja makan. Luka dibagian kepala dan bengkak pada mata	TD = 125/69 mmHg, SpO2=97%, rr= 20 x/menit	CKR	Infus, injeksi	S09.9	S09.9	S09.9
P1	DRM 34	Cellulitis pada cruris kanan	TD = 130/80 mmHg, N= 80 x/menit, S=36 C, rr= 20 x/menit	Cellulitis cruris (D)	Debridement	L03.1	L03.1	L03.1
P1	DRM 35	Nyeri perut kanan, mual muntah, tidak mau makan	TD = 180/92 mmHg, N= 88 x/menit, S=36 C, rr= 22 x/menit	IMA	Infus, injeksi	I21.9	I21.9	I21.9
P1	DRM 36	Sesak nafas dan batuk	TD = 104/79 mmHg, N= 120 x/menit, S=36 C, rr= 32 x/menit	Asthma bronchiale	Laborat, injeksi	J45.9	J45.9	J45.9
P1	DRM 37	Benjolan di payudara kiri pasca mens, terasa keras, dan tidak mengecil	TD = 130/80 mmHg, N= 80 x/menit, S=36 C, rr= 20 x/menit	malignant neoplasm of breast	Insisional biopsy	C50.9	C50.9 (M8000/3)	C50.9 (M8010/3)

P1	DRM 38	Batuk dahak, panas, kaki bengkak, pusing, dan lemas	TD = 130/90 mmHg, N= 70 x/menit, S=36,7 C, rr= 24 x/menit	Pneumonia - DM	Laborat, injeksi, infus	J18.9 E11.9	J18.9 E11.9	J18.9 E11.9
P1	DRM 39	Sesak nafas dengan batuk, dan dada terasa dredeg ± 1 minggu	ECG : AF	AF	Infus, injeksi	I48	I48	I48
P1	DRM 40	Demam, batuk pilek, nyeri tenggorokan	KU = lemah, TD = 110/70 mmHg, N= 88 x/menit, S=38,8 C, rr= 24 x/menit	Faringitis akut - Dyspepsia	Infus, injeksi	J02.9	J02.9 K30	J02.9 K30
P1	DRM 41	Nyeri di sekitar anus ± 2 minggu, sempat keluar darah dan nanah 3 hari yang lalu	TD = 110/70 mmHg, N= 80 x/menit, S=36 C, rr= 20 x/menit	Abses perianal - DM type 2	Incision of perianal abscess, injeksi	K61.0	K61.0 E11.9	K61.0 E11.9
P1	DRM 42	Nyeri dada kanan, setelah kecelakaan lalu lintas, nyeri bahu kanan	KU = lemah, TD = 126/73 mmHg, N= 88 x/menit, S=36,7 C, rr= 20 x/menit	Open fracture frontal - Open deglousing fracture regio frontal	Debridement, repair muscle	S02.19	S02.91, V99	S02.01, V89.2
P1	DRM 43	Pusing berputar, mual, sesak	TD = 130/80 mmHg, N= 80 x/menit, S=36 C, rr= 20 x/menit	ISPA - HT	Infus, injeksi	J06.9 I10	J06.9 I10	J06.9 I10
P1	DRM 44	Demam 3 hari, mual, nyeri perut, batuk, dahak, sudah minum paracetamol	S=37,7 C	Pneumonia	Infus, injeksi	J18.9	J18.9	J18.9
P1	DRM 45	Demam ± 2 hari disertai tubuh bentol bentol, berisi cairan	BB = 44 kg, N= 100 x/menit, S=39 C, rr= 20 x/menit	Varicella (13 tahun) - GEA	Infus, injeksi	B01.9	B01.9 A09	B01.9 A09.9

P1	DRM 46	Nyeri dada kiri tembus punggung, keringat dingin, mual, nyeri ulu hati	TD = 130/80 mmHg, N= 130 x/menit, S=36 C, rr= 20 x/menit	IMA - DF	Infus, injeksi	I21.9	I21.9 A90	I21.9 A90
P1	DRM 47	Benjolan di payudara kanan dan kiri	TD = 110/70 mmHg, N= 80 x/menit	Malignant neoplasm of breast	Eksisi biopsi, infus	C50.9	C50.9 (M8000/3)	C50.9 (M8010/3)
P1	DRM 48	Nyeri perut bawah sudah 1 minggu, kembung	TD = 137/88 mmHg, N= 89 x/menit, S=36 C, rr= 20 x/menit	Colic abdomen	Infus, injeksi	R10.4	R10.4	R10.4
P1	DRM 49	Nyeri dada kiri, nadas ngogsrong sejak 1 bulan, nyeri ulu hati	TD = 142/91 mmHg, N= 90 x/menit, S=36 C, rr= 22 x/menit	IMA	Infus, injeksi	I21.9	I21.9	I21.9
P1	DRM 50	Benjolan pada leher	TD = 116/76 mmHg, N= 80 x/menit, S=36 C, rr= 20 x/menit	Struma nodosa bilateral	Strumectomy	E04.1	E04.1	E04.9
P2	DRM 1	Pasien dengan keluhan demam sejak 2 hari yang lalu disertai batuk, pilek, mual, dan muntah	N= 114 x/menit, S=36 C, rr= 24 x/menit	ISPA	Infus, injeksi, laborat	J06.9	J06.9	J06.9
P2	DRM 2	Pasien datang dengan keluhan sesak nafas 3 hari disertai kaki bengkak, sesak nafas hilang timbul dan makin memberat ketika dibuat beraktivitas, batuk	Batuk berdahak	Pneumonia	Infus, injeksi, oksigenasi	J18.9	J18.9	J18.9
P2	DRM 3	Nyeri perut kanan bawah disertai tidak bisa BAB, panas	USG : suggestif appendicitis	Appendicitis akut	Infus, injeksi	K35.8	K35.8	K35.8

P2	DRM 4	Penurunan kesadaran, batuk, demam, tiba tiba kejang \pm 10 menit	Kejang, GCS : 4.4.3, S=38,7 C, rr = 62 x/menit, N = 172 x/menit	Penurunan kesadaran - Bronchopneumonia	-	R56.8 J18.0	R56.8 J18.0	R41.8 J18.0
P2	DRM 5	Pasien mengatakan nyeri pinggang dan pantat	Skala nyeri = 8, TD = 130/80 mmHg, N= 100 x/menit, S=36 C, rr= 20 x/menit	Sciatica	Infus, injeksi	M54.3	M54.39	M54.39
P2	DRM 6	Pasien nyeri pinggang disertai batuk dan sesak	TD = 100/80 mmHg, N= 90 x/menit	LBP - Pneumonia	Infus, injeksi	M54.5 J18.9	M54.59 J18.9	M54.59 J18.9
P2	DRM 7	Nyeri dada kiri tembus punggung, sesak, muntah, nyeri dada menjalar ke lengan	rr = 31 x/menit, SpO2 = 89%, batuk	AMI - PPOK	-	I21.9	I21.9 J44	I21.9 J44.9
P2	DRM 8	Pasien lemas, badan cekot-cekot, pusing, bicara pelo	TD = 149/78 mmHg, N= 89 x/menit, S=36 C, rr= 22 x/menit	TIA (Transient cerebral ischaemic attack)	Infus, injeksi	G45.9	G45.9	G45.9
P2	DRM 9	Nafas ngik-ngik, sesak, batuk dan pilek	TD = 110/80 mmHg, N= 98 x/menit, S=36 C, rr= 20 x/menit	Asthma bronchiale	Laborat, injeksi, infus	J45.9	J45.9	J45.9
P2	DRM 10	Keluarga mengatakan pasien tidak sadar dan ditemukan terjatuh di rumah, muntah 2x, lemas	TD = 182/148 mmHg, N= 109 x/menit, S=36 C, rr= 20 x/menit, SpO2 96%	CVA	Infus, injeksi	I64.4	I64.4	I64
P2	DRM 11	Nyeri dirasakan hilang timbul sejak 2 hari	KU = lemah, TD = 119/80 mmHg, N= 80 x/menit, S=38,6 C, rr= 20 x/menit	Cholelithiasis	Injeksi, TTV	K80.2	K80.2	K80.2

P2	DRM 12	Panas tinggi 2 hari, nyeri ulu hati, keringat dingin, malas makan, luka di kaki kiri	BB= 12,5 kg, N= 100 x/menit, S=39 C, rr= 20 x/menit,	DHF - Selulitis	Infus, injeksi	A90 L03.9	A91 L03.9	A91 L03.9
P2	DRM 13	Nyeri di kaki kanan dan badan lemas, post debridemen	GDA 321	DM Hiperglikemia - Gangren	amputasi jari kaki kanan, injeksi, infus Nace 0,9%	E11.5	E11.5	E11.7
P2	DRM 14	Benjolan di scrotum sejak 12 hari yang lalu, gatal dan panas	TD = 135/77 mmHg, N= 76 x/menit, S=36,6 C, rr= 20 x/menit, SpO2 97%	Orchitis epididymitis	Infus, injeksi	N45.9	N45.9	N45.9
P2	DRM 15	Mual, muntah setelah terhirup pestisida, pusing	TD = 130/84 mmHg, N= 75 x/menit, S=36,7 C, rr= 20 x/menit, SpO2 97%	Toxic effect "Obat jagung"	Infus, injeksi	T60.2	T60.2	T60.0
P2	DRM 16	Nyeri seluruh tubuh, greges	TD = 129/79 mmHg, N= 80 x/menit	Myalgia - ISPA	Injeksi, infus, pemeriksaan lab	M79.19 J06.9	M79.19 J06.9	M79.19 J06.9
P2	DRM 17	Ibu pasien mengatakan demam naik turun, diare cair	N= 124 x/menit, S=38,2 C, rr= 20 x/menit, SpO2 97%, BB = 26 kg	DHF - GEA	Infus, injeksi	A91	A91 A09	A91 A09.9
P2	DRM 18	Demam 2 hari naik turun, menggigil, lemas 1 minggu, nyeri perut, batuk berdahak, sesak	S=37,8 C, rr= 22 x/menit, SpO2 93%	ISPA		J06.9	J06.9	J06.9
P2	DRM 19	Pasien mengatakan nyeri di pelipis kiri	TD = 112/72 mmHg, N= 100 x/menit, SpO2 98%	Maxillary sinusitis akut	Infus, injeksi	J01.0	J01.0	J01.0
P2	DRM 20	BAK tidak lancar ± 10 hari, susah BAB seak 2 hari	TD = 212/123 mmHg, N= 102 x/menit, S=36,7 C, rr= 20 x/menit, SpO2 99%	Retensi urine	Infus, injeksi	R33	R33	R33

P2	DRM 21	Pasien mengatakan nyeri perut mendadak sejak tadi pagi	TD = 108/59 mmHg, N= 110 x/menit	Peritonitis	Inffus, injeksi	K65.9	K65.9	K65.9
P2	DRM 22	Panas 5 hari, lidah kotor, pusing berputar dan kadang terasa nyeri dibagian belakang kepala	TD = 169/95 mmHg, N= 100 x/menit, S=36 C, rr= 20 x/menit	Thypoid fever	Inffus, injeksi	A01.0	A01.0	A01.0
P2	DRM 23	Sesak ± 1 minggu ini, ngongsrong, dada dredeg, mual	TD = 122/74 mmHg, N= 102 x/menit, S=36 C, rr= 36 x/menit, SpO2 98%	IMA - DM - Anemia	Infus, injeksi, ECG, pasang cateter, oksigen, TTV	I21.9 E10.9 D64.9	I21.9 E10.9 D64.9	I21.9 E11.9 D64.9
P2	DRM 24	Pusing berputar, nyeri ulu hati, mual muntah	TD = 115/70 mmHg, N= 88 x/menit, S=36 C, rr= 20 x/menit	BPPV	Infus, injeksi	H81.1	H81.1	H81.1
P2	DRM 25	Nyeri payudara kiri, Ada nanah di payudara kiri	-	Tumor mammae (S)	Eksisi tumor	D24	C50.9 (M8000/3)	D24 (M8001/1)
P2	DRM 26	Kaki kiri terpelosok ke sawah dan kaki kanan menahan hingga tulang kaki kanan patah	-	Union cruris / Remove implant	Infus, injeksi, removal of implant	S92.9	Z47.0	Z47.0
P2	DRM 27	Pasien mengatakan hamil pertama merasa kenceng kenceng semakin sering sejak jam 10.00, keluar lendir darah jam 17.30	TD = 122/74 mmHg, SpO2 98%	G1P0A1 Prolonged pregnancy, SC	SC	O48 O82.1	O48 O82.1	O48 O82.8

P2	DRM 28	Nyeri kepala cekot-cekot sejak 2 hari, nyeri kepala sampai badan lemas	KU = lemah, TD = 132/78 mmHg, N= 89 x/menit, S=37 C, rr= 20 x/menit	Cephalgia	Infus, injeksi	G44.8	R51	R51
P2	DRM 29	Kejang, panas, pusing cekot-cekot	GDA: 398	Convulsi	Infus, injeksi, laborat, TTV	R56.8	R56.8	R56.8
P2	DRM 30	Lemah separuh badan kanan, disertai bicara pelo, pusing, HT	TD = 160/84 mmHg, N= 77 x/menit, S=36 C, rr= 20 x/menit	CVA Infark	Infus, injeksi, TTV	I64	I64	I64
P2	DRM 31	Nyeri perut tembus pinggang disertai demam	TD = 145/71 mmHg, N= 114 x/menit, S=37 C, rr= 20 x/menit, SpO2 96%	Colic renal	Infus, injeksi	N23	N23	N23
P2	DRM 32	Nyeri pada jari tengah kanan karena bengkak	TD = 193/112 mmHg, N= 74 x/menit	Corpal cincin, granuloma	Debridement	L92.3	L92.3	L92.3
P2	DRM 33	Batuk sejak 1 tahun yang lalu, memberat 2 bulan, kadang nyeri dada kiri tembus punggung, nyeri ulu hati	TD = 126/77 mmHg, N= 78 x/menit, S=36,5 C, rr= 20 x/menit, SpO2 98%	ISPA	Infus, injeksi, laborat, TTV	J06.9	J06.9	J06.9
P2	DRM 34	Nyeri punggung belakang sejak 1 bulan yang lalu, batuk	Kedua kaki tidak bisa digerakkan (parese)	Spondilitis TB - TB paru	Infus, injeksi, laborat, TTV	A18.0	A18.0+ M49.09*	A18.0† M49.09*
P2	DRM 35	Batuk dahak, sesak sejak kemarin, panas	TD = 110/70 mmHg, N= 80 x/menit, S=37 C, rr= 20 x/menit	Pneumonia	Infus, lab, injeksi	J18.9	J18.9	J18.9
P2	DRM 36	Mual, muntah, diare, luka di kaki kiri, nyeri, bengkak	TD = 138/72 mmHg, N= 90 x/menit, S=36,5 C, rr= 20 x/menit, SpO2 99%	DM - Infeksi bakteri	Infus, injeksi	E10.9 A49.9	E10.9 A49.9	E11.9 A49.9

P2	DRM 37	Panas naik turun sejak 3 hari	N= 90 x/menit, S=38 C, rr= 20 x/menit	DHF	Infus, lab, injeksi	A91	A91	A91
P2	DRM 38	Pasien datang dengan keluhan demam 3 hari disertai batuk dan nyeri perut	N= 120 x/menit, S=39,5 C, rr= 20 x/menit, SpO2 98%, BB=13 kg	ISPA	Infus, injeksi, TTV	J06.9	J06.9	J06.9
P2	DRM 39	Nyeri pada mata kanan cekot-cekot ± 1 bulan	TD = 168/101 mmHg, N= 106 x/menit, S=36,7 C, rr= 22 x/menit	OS ulcus kornea	Infus, lab, injeksi	H16.0	H16.0	H16.0
P2	DRM 40	Batuk, pilek, demam, mual dan muntah	KU = lemah, N= 113 x/menit, S=37,6 C, rr= 24 x/menit	Bronchopneumonia	Infus, injeksi	J18.0	J18.0	J18.0
P2	DRM 41	Demam 7 hari, mual muntah, nyeri ulu hati, batuk	TD = 96/71 mmHg, N= 80 x/menit, S=38,5 C, rr= 20 x/menit	Thypoid fever	Injeksi, TTV	A01.0	A01.0	A01.0
P2	DRM 42	Pasien mengatakan akan AFF plate di jari	TD = 140/60 mmHg, N= 82 x/menit, S=36 C, rr= 20 x/menit	Union manus / remove implant	Infus, injeksi	Z47.0	Z47.0, V23.9	Z47.0
P2	DRM 43	Pasien mengatakan sesak nafas, nyeri dada kiri tembus punggung skala 7	rr= 28 x/menit	AMI	Infus, injeksi, ECG	I21.9	I21.9	I21.9
P2	DRM 44	Pasien muntah dan diare ± 2 hari sekitar 5x/hari, nyeri perut, mual	KU=Lemah, TD = 164/99 mmHg, N= 76 x/menit, S=36,6 C, rr= 20 x/menit, SpO2 99%	GEA - Vomiting	Infus, injeksi	A09.9	A09.9 R11	A09.9 R11
P2	DRM 45	Rencana operasi untuk membuka pen yang terpasang di kaki,	-	Union distal cruris / Remove implant	Infus, injeksi, R01, removal of implant	Z47.0	Z47.0	Z47.0

		pasien mengalami kecelakaan di depan pom bensin 3 bulan yang lalu						
P2	DRM 46	Lemas, keringat dingin, nyeri pada kaki kanan	SDA 30	DM Hipoglikemi - HT + CHF - Cellulitis cruris (D)	Infus, injeksi, rawat luka	E16.2	E16.2 I25.1 L03.1	E11.7 I11.0
P2	DRM 47	Pasien datang dengan keluhan demam, saat di IGD pasien kejang ± 2 menit	S=38 C, BB = 9,5 kg	Febris konvulsi	Infus, TTV, injeksi, laborat	R56.0	R56.0	R56.0
P2	DRM 48	Demam, nyeri tenggorokan, mual	KU=Lemah, TD = 105/60 mmHg, N= 105 x/menit, S=39,8 C, rr= 24 x/menit, SpO2 98%	Tonsilitis	Infus, injeksi	J03.9	J03.9	J03.9
P2	DRM 49	Sesak sejak ± 1 minggu, batuk berdahak, nafsu makan menurun	TD = 129/77 mmHg, N= 105 x/menit, S=38 C, rr= 24 x/menit, SpO2 71%	PPOK	Infus, injeksi, laborat, TTV	Z03.8	J44.9	J44.9
P2	DRM 50	Panas naik turun sejak 3 hari, mual, nyeri ulu hati	TD = 120/80 mmHg, N= 80 x/menit, S=38 C, rr= 20 x/menit	Dyspepsia	Infus, lab, injeksi	K30	K30	K30

Lampiran 11. Hasil Uji Chi-Square

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kepatuhan_Petugas *	100	100.0%	0	0.0%	100	100.0%
Keakuratan_Kode						

Kepatuhan_Petugas * Keakuratan_Kode Crosstabulation

		Keakuratan_Kode		Total	
		Tidak Akurat	Akurat		
Kepatuhan_Petugas	Tidak Patuh	Count	20	40	60
		Expected Count	27.6	32.4	60.0
	Patuh	Count	26	14	40
		Expected Count	18.4	21.6	40.0
Total		Count	46	54	100
		Expected Count	46.0	54.0	100.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.689 ^a	1	.002		
Continuity Correction ^b	8.456	1	.004		
Likelihood Ratio	9.811	1	.002		
Fisher's Exact Test				.002	.002
Linear-by-Linear Association	9.592	1	.002		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18.40.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 12. Lembar Bimbingan LTA



**LEMBAR BIMBINGAN
TUGAS AKHIR
JURUSAN REKAM MEDIS DAN
INFORMASI KESEHATAN
POLTEKKES KEMENKES MALANG**



FRM.JKT.ADAK.023
18 Ags 2021

Nama : Hidayatul Munawaroh
 NIM : P17410201003
 Program Studi : DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
 Nama Pembimbing : dr. Endang Sri Dewi HS, M.QiH
 Judul LTA : Hubungan Kepatuhan Petugas terhadap SOP Koding dengan Akurasi Kode Diagnosis Penyakit pada Pasien Rawat Inap di RSU Wonolangan

No	Tanggal Bimbingan	Pokok Bahasan	Paraf Dosen Pembimbing
1.	03 Januari 2023	Konsultasi bab 1, 2, dan 3	<i>HS</i>
2.	12 Januari 2023	Konsultasi perbaikan bab 1, 2, dan 3	<i>HS</i>
3.	06 April 2023	Konsultasi hasil pengambilan data dan pengolahan data	<i>HS</i>
4.	11 Mei 2023	Konsultasi penulisan bab 4 pada profil RS dan hasil penelitian	<i>HS</i>
5.	15 Mei 2023	Konsultasi hasil revisi bab 4 pada profil RS dan hasil penelitian	<i>HS</i>
6.	19 Mei 2023	Konsultasi penulisan bab 4 pada pembahasan	<i>HS</i>
7.	24 Mei 2023	Konsultasi hasil revisi bab 4 pada pembahasan	<i>HS</i>
8.	25 Mei 2023	Konsultasi abstrak, kesimpulan dan lampiran	<i>HS</i>

Catatan untuk Dosen Pembimbing Tugas Akhir

Dimulai pada tanggal : 03 Januari 2023

Diakhiri pada tanggal : 25 Mei 2023

Disetujui oleh
Pembimbing LTA

dr.Endang Sri Dewi HS, M.QIH**NIP. 196203091988032003**

Lampiran 13. Dokumentasi Kegiatan Penelitian

