

**KELENGKAPAN DAN KEAKURATAN KODE TINDAKAN
MEDIS PASIEN RAWAT INAP DI RSUD KANJURUHAN**

LAPORAN TUGAS AKHIR



Oleh :

MUHAMMAD NAUVAL AMRULLAH

P17410204155

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
PROGRAM STUDI D3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI
KESEHATAN
TAHUN 2023**

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN

LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PENGESAHAN

**KELENGKAPAN DAN KEAKURATAN KODE TINDAKAN MEDIS
PASIENRAWAT INAP DI RSUD KANJURUHAN**

Oleh :

MUHAMMAD NAUVAL AMRULLAH

NIM. P17410204155

Telah dipertahankan didepan penguji pada tanggal 29 Mei 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Pembimbing

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

Mengetahui,

Ketua Jurusan Rekam Medis dan
Informasi Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Ketua Prodi D3 Rekam Medis dan
informasi kesehatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

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

Hartaty Sarma Sangkot, SKM, MARS
NIP. 198402212019022001

Ujian Tugas Akhir ini telah diuji dan dinilai

oleh panitia penguji pada tanggal 29 Mei 2023
Program Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Panitia Penguji Laporan Tugas Akhir

Ketua Penguji : A.A.I Citra Dewiyani, SKM, MARS

.....

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

.....

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 D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Jurusan Rekam Medis dan Informasi kesehatan Poltekkes 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., MPd selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti program studi D-III Perekam Medis dan Informasi Kesehatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
2. Diniyah Kholidah, SST, S.Gz. MPH selaku Ketua Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
3. Ibu Hartaty Sarma Sangkot, SKM., MARS selaku Ketua Program Studi D-III Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
4. Bapak Achmad Jaelani Rusdi, S.ST., M.Kes., selaku Pembimbing Laporan Tugas Akhir yang telah membimbing peneliti sehingga dapat menyelesaikan Proposal Tugas Akhir.
5. Ibu A.A.I Citra Dewiyani, SKM, MARS selaku Penguji Proposal Tugas Akhir yang telah memberikan masukan dan saran.
6. Kedua orang tua yang telah memberikan do'a dan dukungan kepada peneliti.
7. Teman-teman D3-RMIK Angkatan 2020 yang telah memberikan dukungan dan semangat kepada peneliti.
8. Semua pihak yang telah 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, 29 Mei 2023

Muhammad Nauval Amrullah

ABSTRAK

Nama : Muhammad Nauval Amrullah
Program Studi : D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Judul : Kelengkapan dan Keakuratan Kode Tindakan Medis
Pasien Rawat Inap Di RSUD Kanjuruhan

Kurangnya kelengkapan dan keakuratan kode tindakan yang dilakukan oleh koder pada dokumen rekam medis rawat inap. Maka dari itu penelitian ini bertujuan mengidentifikasi kelengkapan dan keakuratan berdasarkan *ICD 9 CM* di RSUD Kanjuruhan. Metode yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Analisis data yang digunakan yakni menggunakan analisis univariat sampel diambil menggunakan teknik *probability sampling* dan didapatkan hasil 97 sampel. Berdasarkan hasil yang didapatkan kelengkapan penulisan tindakan medis pada dokumen rekam medis rawat inap sebesar 46% sedangkan ketidaklengkapan penulisan sebesar 54%. Untuk keakuratan kode tindakan sebesar 45% sedangkan ketidakakuratan kode tindakan sebesar 55%. Diharapkan perlu adanya pembuatan SOP tentang kelengkapan dan keakuratan tindakan medis pada dokumen medis rawat inap sesuai dengan *ICD 9 CM*.

Kata Kunci : Keakuratan kode tindakan, Kelengkapan penulisan
SOP Keakuratan, SOP Kelengkapan.

ABSTRACT

Name : Muhammad Nauval Amrullah
Study Program : D-3 Medical Records and Health Information
Title : Completeness and Accuracy of the Code of Medical
Actions for Inpatients at Kanjuruhan Hospital

Lack of completeness and accuracy of the action code performed by the coder in the inpatient medical record document. Therefore this study aims to identify the completeness and accuracy based on the ICD 9 CM at Kanjuruhan Hospital. The method used in this study uses a descriptive quantitative research type with a cross sectional approach. The data analysis used was using univariate analysis, the samples were taken using probability sampling technique and the results obtained were 97 samples. Based on the results obtained, the completeness of medical action writing in inpatient medical record documents was 46%, while the incomplete writing was 54%. The accuracy of the action code is 45%, while the inaccuracy of the action code is 55%. It is hoped that there will be a need to make SOPs regarding the completeness and accuracy of medical procedures in inpatient medical documents in accordance with the ICD 9 CM.

Keywords: Accuracy of action code, writing constancy
SOP for Accuracy, SOP for Completeness.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	
LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR PENGESAHAN	
KATA PENGANTAR.....	IV
ABSTRAK	VI
ABSTRACT	VII
DAFTAR ISI.....	VIII
DAFTAR SINGKATAN ATAU ISTILAH.....	XI
DAFTAR TABEL	XII
DAFTAR GAMBAR.....	XIII
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	5
C. Tujuan Umum	5
D. Tujuan Khusus	5
E. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Landasan Teori	7
1. Rumah Sakit.....	7
2. Rekam Medis	8
3. Tindakan Medis.....	9
4. Koding.....	10
5. ICD 9 CM	11
6. Kelengkapan Kode Tindakan.....	13
7. Keakuratan Kode Tindakan	14
B. Penelitian Terdahulu	16
C. Kerangka Konsep.....	18
BAB III METODE PENELITIAN	20
A. Rancangan Penelitian.....	20

B.	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	20
C.	Populasi dan Sampel.....	21
	1. Populasi.....	21
	2. Sampel.....	22
D.	Instrumen dan Cara Pengumpulan Data	23
	1. Instrumen Penelitian	23
	2. Cara Pengumpulan Data.....	24
	a.) Jenis Data.....	24
	b.) Cara Pengumpulan Data	25
E.	Metode Analisis Data.....	25
	1. Analisis Univariat	25
F.	Waktu dan Tempat.....	26
	1. Tempat Penelitian	26
	2. Waktu Penelitian.....	26
G.	Prosedur Penelitian	26
	i. Persiapan	26
	ii. Pelaksanaan.....	26
H.	Manajemen Data	27
I.	Etika Penelitian	27
	1. <i>Anonimity</i> (Kerahasiaan nama atau identitas).....	28
	2. <i>Confidentiality</i> (Kerahasiaan)	28
J.	Jadwal Kegiatan	28
BAB IV HASIL PENELITIAN		30
A.	Gambaran Umum dan Objek Penelitian	30
	1. Profil Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan	30
	2. Visi, Misi, Motto, Nilai-nilai, Paradigma, dan Icon Rumah Sakit 32	
B.	HASIL PENELITIAN	37
	1. Kelengkapan Penulisan Tindakan Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap	37
	2. Keakuratan Kode Tindakan Medis Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap	38

C. Pembahasan	39
1. Kelengkapan Penulisan Tindakan Medis Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap.....	39
2. Keakuratan Kode Tindakan Medis Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap.....	42
BAB V KESIMPULAN DAN	
SARAN.....	46
A. Kesimpulan	46
B. Saran	46
DAFTAR PUSTAKA	48
LAMPIRAN.....	50

DAFTAR SINGKATAN ATAU ISTILAH

DEPKES	= Departemen Kesehatan
ICD	= <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem</i>
MENKES	= Menteri Kesehatan
MRMIK	= Manajemen Rekam Medik dan Informasi Kesehatan
PERMENKES	= Peraturan Menteri Kesehatan
RMIK	= Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
RSUD	= Rumah Sakit Umum Daerah
KEMENKES	= Kementrian Kesehatan
DRM	= Dokumen Rekam Medis
WHO	= <i>World Health Organization</i>
INA CBGS	= Indonesian Case Base Groups
ICD 9 CM	= <i>Internasional Clasification of Disease and Revision Clinical Modification</i>
VOL	= Volume

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu.....	11
Tabel 3.1 Definisi Operasional	14
Tabel 3.2 Data Populasi	16
Tabel 4.1 Persentase Kelengkapan Penulisan Kode Tindakan Medis Rawat Inap Berdasarkan ICD 9 CM di RSUD Kanjuruhan Tahun 2023.....	27
Tabel 4.2 Persentase Keakuratan Kode Tindakan Medis Rawat Inap Di RSUD Kanjuruhan Tahun 2023.....	28
Tabel 4.3 Faktor Ketidaklengkapan Penulisan Tindakan Medis.....	29
Tabel 4.4 Faktor Ketidakakuratan Kode Tindakan Medis.....	30

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Konsep.....	8
Gambar 4.1 Struktur Organisasi RSUD Kanjuruhan.....	26
Gambar 4.2 Persentase Kelengkapan Penulisan Tindakan Medis.....	28
Gambar 4.3 Persentase Kode Tindakan Medis.....	29

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Dalam memberikan pelayanan kesehatan diharapkan rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang berkualitas. (Giyana, 2012), menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan yang baik secara umum berarti memiliki rekam medis yang baik pula. Berdasarkan pada Permenkes Nomor 24 tahun 2022 menyebutkan bahwa pada beberapa Negara maju, Badan Organisasi Akreditasi Rumah Sakit, menganggap bahwa rekam medis sangat penting dalam mengukur mutu pelayanan medis yang diberikan oleh rumah sakit beserta staf medisnya.

Salah satu tolak ukur untuk menentukan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah data atau informasi dari rekam medis yang baik dan lengkap. Indikator mutu rekam medis yang baik adalah kelengkapan isi, akurat, tepat waktu dan pemenuhan aspek persyaratan hukum. Oleh sebab itu dalam mengelola rekam medis, setiap rumah sakit selalu mengacu kepada pedoman atau petunjuk teknis pengelolaan rekam medis yang dibuat oleh rumah sakit yang bersangkutan. Pengelolaan rekam medis di rumah sakit adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya mencapai tujuan rumah sakit, yaitu peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dalam pengelolaan rekam medis untuk menunjang mutu

pelayanan bagi rumah sakit, pengelolaan rekam medis harus efektif dan efisien (Kemenkes,2022).

Dokumen rekam medis yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesis, penentuan fisik laboratorium, diagnosis, segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan tentang pengobatan, baik rawat inap, rawat jalan maupun pengobatan melalui pelayanan rawat darurat (Kemenkes, 2022) Pencatatan pada dokumen rekam medis di rumah sakit tentunya terdapat beberapa hal harus dipenuhi demi tercapainya kesesuaian data pasien. Ketentuan standar data yang telah ditetapkan untuk melakukan pengisian dokumen rekam medis pasien menurut Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Nomor:Hk.00.05.1.4.4.00744 tentang Penggunaan Klasifikasi Internasional Mengenai Penyakit Revisi Kesepuluh (ICD-10) di Rumah Sakit. ICD digunakan untuk menerjemahkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lainnya dari sebuah kata ke dalam sebuah kode alfanumerik. ICD berisikan daftar kata atau istilah medis yang telah diklasifikasikan menurut abjad. Ketentuan standar data lain yang telah ditetapkan, yaitu dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2016 Tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)*.

Bidang rekam medis memiliki bidang yang riskan sesuai dengan kompetensi seorang perekam medis berdasarkan pada Permenkes yakni kegiatan coding diagnosis penyakit yang tertuang pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan setiap tenaga kesehatan yang menjalankan praktik wajib memiliki Surat Tanda Registrasi (STR), dan Pasal 46 Ayat (1) setiap tenaga yang menjalankan praktik di bidang pelayanan kesehatan wajib memiliki izin. Pasal 58 Ayat (1) menyebutkan bahwa tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik wajib memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan penerima pelayanan kesehatan. Perekam Medis dan Informasi Kesehatan merupakan tenaga kesehatan yang wajib ada dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Perekam medis dan informasi kesehatan termasuk menjadi salah satu tenaga kesehatan yang wajib ada dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan yang dalam tugas nya terdapat bagian klasifikasi dan kodefikasi penyakit, dan masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis adalah kompetensi pertama Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan. sehingga hal tersebut menunjukkan bahwa Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan memiliki kompetensi untuk melakukan kegiatan pengkodean. (Novita, 2010)

Penentuan kode tindakan berdasarkan ICD 9 CM. Sebagaimana disebutkan dalam PerMenKes RI No. 27 Tahun 2016 Tentang Petunjuk Teknis Indonesian *Case Base Groups* (INA-CBGs) Bab I Koding INA-CBGs tentang Tugas dan Tanggung Jawab, bahwa diperlukan kerjasama yang baik

antara dokter dan koder. Dalam menentukan kode tindakan petugas rekam medis harus menentukan aturan dalam ICD 9 CM. Jika pengisian kode tindakan tidak akurat maka dapat menyebabkan kesulitan dan kekeliruan dalam proses pengindekan dan proses pelaporan serta penyajian statistik. Penentuan kode tindakan sangat ditentukan oleh kemampuan petugas coding dalam mengisi kode tindakan. Dalam pengkodean maka diperlukan suatu audit atau evaluasi coding. Audit pengkodean dilakukan agar proses dan hasil pengkodean yang dihasilkan akurat, tepat waktu sesuai dengan aturan, ketentuan kebijakan dan perundang-undangan yang berlaku

Menurut (Azwar, 2012) Kelengkapan rekam medis yang ditulis oleh dokter akan sangat membantu koder dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan/prosedur yang tepat. Maka dari, itu dapat disimpulkan bahwa penggunaan istilah medis mempunyai peran yang penting dalam proses pelaksanaan rekam medis di rumah sakit. Pemberian kode tindakan merupakan salah satu kewajiban petugas rekam medis.

Hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Sitoli Sumatera Barat menunjukkan bahwa kecepatan pelayanan rekam medis mempengaruhi proses pelayanan pasien secara keseluruhan dengan tingkat korelasi $p=0,76$ (kategori sangat kuat), sedangkan di Rumah Sakit di Jawa Tengah 77% memiliki pelayanan rekam medis yang lambat dan tidak akurat sehingga mempengaruhi pelayanan kesehatan yang diberikan secara keseluruhan. Pelayanan rekam medis yang seharusnya berfungsi untuk mendukung proses keperawatan pasien di rumah sakit seringkali menjadi faktor penghambat. Kondisi ini disebabkan karena kualitas pelayanan yang

diberikan masih kurang dalam aspek keandalannya, waktu pelayanan, sikap dalam pelayanan, sarana dan prasarana, maupun ketepatan dalam pencatatan dan pengelompokan pada saat data klien disimpan. Kondisi ini menyebabkan proses pencarian riwayat pasien menjadi sulit dan lambat sehingga tindakan keperawatan yang diberikan dapat terlambat (Reny N, 2023). Adapun penelitian di RSUD Kanjuruhan selama ini belum pernah dilakukan

RSUD Kanjuruhan melakukan upaya perbaikan mutu dengan ikut serta dalam mengikuti akreditasi pada bulan November dengan predikat “LULUS PARIPURNA” dengan memenuhi beberapa standart dalam elemen penilaiannya yang salah satu standart penilaian bidang manajemen rumah sakit pada unit rekam medis terdapat standar MIRM 9. Berdasarkan studi pendahuluan pada bulan November 2022 di RSUD Kanjuruhan ditemukan 965 dokumen mengenai ketidaklengkapan dan keakuratan kode tindakan medis pada pasien rawat inap. Sehingga perlu bagi penulis untuk meneliti dan meninjau kembali hal tersebut.

Berdasarkan permasalahan tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait analisis kegiatan kelengkapan dan keakuratan kode tindakan medis rawat inap. Pada RSUD Kanjuruhan kunjungan rawat inap dalam kurun waktu 3 bulan yakni dari bulan Juli 951 kunjungan, Agustus 1.091 kunjungan dan September dengan 1.128 kunjungan dengan total nilai kunjungan rawat inap 3.170 yang berarti terdapat 3.170 dokumen rekam medis dengan banyaknya jumlah tindakan tersebut perlu adanya peningkatan mutu untuk meningkatkan keakuratan kode Tindakan sehingga tidak menimbulkan kerugian saat klaim dengan menilai lengkap dan tidak

lengkapnya kode tindakan medis serta akurat dan tidak akuratnya kode tindakan medis yang diberikan petugas pada lembar observasi. Dengan demikian penulis tertarik untuk meneliti kelengkapan dan keakuratan kode tindakan medis pasien rawat inap di RSUD Kanjuruhan.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijabarkan oleh peneliti, maka rumusan masalah yang dipaparkan adalah Bagaimana kelengkapan dan keakuratan kode tindakan di RSUD Kanjuruhan?

C. Tujuan Umum

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk mengidentifikasi kelengkapan dan keakuratan kode tindakan berdasarkan ICD 9 CM di RSUD Kanjuruhan.

D. Tujuan Khusus

Penelitian ini secara khusus bertujuan :

- a. Mengkaji kelengkapan kode tindakan medis rawat inap berdasarkan ICD 9 sCM di RSUD Kanjuruhan
- b. Mengkaji keakuratan kode tindakan medis rawat inap di RSUD Kanjuruhan

E. Manfaat Penelitian

Penelitian ini setelah didapatkan hasil berharap dapat memberikan manfaat sebagai berikut :

- a. Bagi Rumah Sakit

Dapat digunakan untuk bahan evaluasi dan bahan pertimbangan dalam meningkatkan kualitas pelayanan dan pengkodean untuk kedepannya, dapat

mengevaluasi dan meningkatkan pendokumentasian dan pemilihan kode Tindakan yang tepat sehingga lebih menyempurnakan tindakan pelayanan yang berkualitas.

b. Bagi Peneliti

Memperoleh pengetahuan wawasan dan pengalaman baru yang berharga dalam melakukan penelitian di rumah sakit sekaligus memenuhi tugas akhir serta sebagai masukan bagi peneliti lain yang ingin mendalami faktor-faktor yang mempengaruhi dan/atau melatarbelakangi keakuratan pemilihan kode Tindakan Pasien rawat inap di Rumah Sakit.

c. Bagi Lembaga Pendidikan

Dapat menambah referensi baru untuk perpustakaan, mahasiswa, peneliti berikutnya dalam melakukan penelitian, serta civitas akademik pada umumnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Rumah Sakit

Menurut WHO (World Health Organization), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi social dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medis. Berdasarkan undang-undang no. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit , yang dimaksud dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan suatu pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna serta menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Permenkes, 2014)

Rumah Sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. (Supartiningsih, 2017) juga mendefinisikan rumah sakit adalah suatu organisasi yang dilakukan oleh tenaga medis professional yang terorganisir baik dari sarana prasarana kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien. (Bramantoro 2017) juga menjelaskan bahwa rumah

sakit merupakan suatu fasilitas pelayanan kesehatan yang melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna pada upaya penyembuhan dan pemulihan yang terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan

2. Rekam Medis

Rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan - tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi mengenai tindakan - tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan. Pelayanan pasien dilakukan pada sarana tersebut menurut system kesehatan (Permenkes no. 269 Tahun 2008).

Menurut (Ismainar 2015) Rekam Medis merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesa, diagnosis, pengobatan, tindakan, dan pelayanan penunjang yang diberikan kepada pasien selama mendapat pelayanan di unit rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat serta catatan yang juga harus dijaga kerahasiaannya dan merupakan sumber informasi tentang pasien yang datang berobat ke rumah sakit. Salah satu data yang penting dalam pendokumentasian rekam medis adalah kode diagnosis pasien, kode diagnosis pasien digunakan sebagai acuan dalam penentuan besar biaya pelayanan kesehatan. Sebelumnya dilakukan pengodean terlebih dahulu. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 269/MENKES/PER/III/2008

menyebutkan bahwa rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik.

3. Tindakan Medis

Pengertian Tindakan Medis Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, menyatakan bahwa tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang selanjutnya disebut tindakan kedokteran adalah suatu tindakan medis berupa preventif, diagnostik, terapeutik atau rehabilitatif yang dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien. Pengertian dari “tindakan medis disebut juga tindakan kedokteran adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga medis kepada pasiennya” (Sjahdeini, 2020).

Tindakan medis merupakan tindakan profesional oleh dokter kepada pasien yang bertujuan untuk memelihara, meningkatkan, memulihkan kesehatan, serta menghilangkan atau mengurangi penderitaan. Seharusnya tindakan medik hanya boleh dilakukan oleh para tenaga medis, karena tindakan tersebut diutamakan bagi pasien yang mengalami gangguan kesehatan. Keputusan etik yang dilakukan oleh manusia terhadap manusia lain dari suatu tindakan medik, umumnya diperlukan pertolongan dan juga keputusan tersebut berdasarkan pada pertimbangan atas beberapa alternatif yang ada. Dari keputusan etik harus memenuhi tiga syarat yaitu bahwa pada keputusan tersebut harus benar sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan harus tepat sesuai konteks serta situasi dan kondisi (Sutarih, 2018).

4. Koding

Koding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka maupun kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Fungsi dari pengkodean pada rekam medis yaitu bertanggung jawab terhadap penemuan dan penulisan kode penyakit, dan operasi yang tertulis pada rekam medis berdasarkan kode yang telah ditetapkan pada ICD-X dan ICOPIM (International Classification of Procedures in Medicine), serta ICD9-CM (Ismainar, 2018). Koding merupakan translasi dari suatu diagnosis, prosedur, jasa maupun pelayanan ke dalam kode alfanumerik dan atau numerik untuk tujuan pelaporan statistik dan reimbursement (pembayaran kembali).

Adapun kode yang dipilih harus menggambarkan perjalanan dan pelayanan terhadap pasien selama episode rawat (Anggraini et al., 2017). Menurut (Agustini & Agustina, 2016), ditemukan bahwa kegiatan pengkodean atau coding adalah pemberian penetapan kode yang menggunakan huruf dan angka atau kombinasi antara huruf dan angka yang mewakili dari komponen data. Adapun kegiatan yang dilakukan dalam coding yaitu kegiatan pengkodean diagnosis penyakit dan tindakan medis. Keakuratan kode adalah tanggung jawab dari perekam medis sebagai penetapan dan pemberi kode penyakit maupun tindakan medis. Tujuan Koding Dari penelitian (Agustini & Agustina, 2016) terdapat tujuan dari koding, diantaranya :

- a. Dapat memudahkan pencatatan, pengumpulan, dan pengambilan kembali informasi sesuai dengan diagnosa maupun tindakan yang diperlukan.
- b. Dapat memudahkan entry data atau memasukkan data ke database pada komputer yang tersedia.
- c. Dapat menyediakan data yang diperlukan oleh sistem pembayaran atau penagihan biaya yang dijalankan.
- d. Dapat memaparkan petunjuk terhadap alasan pasien mendapatkan asuhan/perawatan/pelayanan.
- e. Dapat menyediakan informasi diagnosis dan tindakan bagi riset edukasi dan kajian assessment (penilaian) kualitas keluaran atau outcome (legal dan otentik).

5. ICD 9 CM

Pada tahun 1975, ICD 9 CM diterbitkan oleh WHO (*World Health Organization*) dan terdiri dari 2 volume yaitu volume 1 berisi tentang classification of procedures yang biasa juga disebut dengan tabular list (daftar tabulasi) disertai suplemen kode V dan E (yang akhirnya menjadi bab XXI dan juga bab XX pada revisi tahun 2010), sedangkan volume 2 berisi tentang indeks to procedures atau indeks alfabetik. ICD-9-CM atau *International Classification of Diseases 9th Revision Clinical Modification* dibuat oleh U.S. National Center for Health Statistics (NCHS) dan khusus digunakan mulai tahun 1978 di Amerika Serikat dengan dipublikasikannya ICD-9 oleh WHO (Angraini et al., 2017). Dari uraian tersebut, ICD-9-CM mencakup tentang pengklasifikasian prosedur atau tindakan operasi

dan bukan operasi berdasarkan kriteria atau kategori tertentu dan sangat sering digunakan dalam perkuliahan dan juga dunia kerja khususnya di bagian koding.

Pengertian ICD 9 CM (*Internasional Clasification of Disease and Revision Clinical Modification*) *Internasional Clasification of Disease and Revision Clinical Modification* (ICD 9 CM) digunakan untuk pengkodean tindakan atau prosedur yang berisi kode prosedur bedah/ operasi dan pengobatan non operasi seperti CT Scan, MRI, dan USG. Dalam ICD 9 CM terdiri dari 16 bab berisi daftar kode yang tersusun dalam tabel dan index Alfabetis. Prosedur bedah operasi dikelompokkan pada bagian 01-86 dan Prosedur bukan bedah/ non operasi dibatasi pada bagian 87-99. Struktur klasifikasi berdasarkan anatomi dengan kode berupa numerik.

Penggunaan ICD 9 CM Langkah-langkah koding menggunakan ICD 9 CM (*Internasional Clasification of Disease and Revision Clinical Modification*)

- a. Identifikasi tipe pernyataan prosedur / tindakan yang akan dikode dan lihat di buku ICD 9 CM *Alphabetical Index*
- b. Tentukan leadterm untuk prosedur/ tindakan
- c. Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci
- d. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan identasi dibawah leadterm (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum

- e. Ikuti setiap petunjuk rujukan silang (“*see*” dan “*see also*”) yang ditemukan dalam index
- f. Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada TabularList
- g. Baca setiap *inclusion* atau *exclusion* dibawah kode yang dipilih atau dibawah bab atau di bawah blok atau dibawah judul kategori
- h. Tentukan kode (Permenkes RI, 2014:29).

6. Kelengkapan Kode Tindakan

Menurut (Wirawan, 2012) untuk meningkatkan mutu rekam medis memerlukan 3 unsur diantaranya :

- a) Kelengkapan isian rekam medis,
- b) Validitas atau kesahihan dari isi rekam medis karena isi rekam medis harus jelas, singkat dan tepat waktu ,
- c) Adanya sanksi untuk dokter yang ‘alpa’.

Menurut naskah Wilson yang dikutip oleh Anggraini (2005) mengenai “ a clinical chart far the record of patient in smaal hospital” menyatakan bahwa kelengkapan rekam medis merupakan sangat penting nilainya demi kepentingan pasien maupun bagi pihak Rumah Sakit. Mengingat tindakan medis adalah salah satu dasar pengisian rekam medis rawat inap, maka kelengkapan tindakan medis menjadi tanggung jawab semua pihak yang terlibat dalam perngisian tersebut. Kode tindakan medis yang lengkap adalah cermin mutu rekam medis serta layanan yang diberikan oleh Rumah Sakit (Depkes, 2012). Audit dan analisis terhadap kode tindakan medis resume medis dilakukan agar kelengkapan dan ketepatan pengisian kode tindakan dapat dipertanggungjawabkan. Audit

dan analisis kelengkapan kode tindakan medis dilakukan dengan cara meneliti rekam medis yang dihasilkan oleh dokter dan tenaga paramedis perawatan atau paramedis non keperawatan yang ikut memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien, sehingga ketepatan dan kebenaran tindakan serta kelengkapan pengisian rekam medis pasien dapat dipertanggungjawabkan (Depkes, 2012). Resume medis harus lengkap dan dibuat dengan singkat disertai bukti autentik seperti nama dan tanda tangan dokter yang merawat pasien serta dapat menjelaskan informasi penting mengenai penyakit pasien, pemeriksaan yang dilakukan dan pengobatan pasien (Depkes, 2012). Di Rumah Sakit, kelengkapan tindakan medis sangat penting karena kode tindakan medis yang lengkap selain untuk menjaga mutu rekam medis rumah sakit juga sering digunakan untuk administrasi dan klaim asuransi.

7. Keakuratan Kode Tindakan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia edisi lux, keakuratan berasal dari kata akurat yang mendapat awalan ke- dan akhiran -an. Kata akurat artinya pasti; meyakinkan; teliti; seksama ; tepat benar. Keakuratan memiliki arti hal ketelitian (Suharso & Retnoningsih, 2011). Keakuratan kode adalah persentase dari ketepatan pemberian kode diagnosis berdasarkan ICD-10 dan kode tindakan berdasarkan ICD9-CM (Saputri, 2015). Akurasi merupakan teliti, tepat, cermat, saksama dan akurat yang harus secara jelas mencerminkan kebenaran data dari sebuah informasi, namun apabila informasi tidak akurat maka kemungkinan terjadi gangguan

(*noise*) yang dapat mengubah atau merusak data tersebut dari sumber informasi kepada penerima informasi (Rudy J & Calvin, 2014).

Keakuratan pengkodean diagnosis berdasarkan standar pelayanan minimal Rumah Sakit dalam bidang rekam medis diatur pada Permenkes Nomor 129 tahun 2008, harus mencapai 100% (Sri & Ali, 2019). Hal ini berkaitan dengan kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan dengan mencapai standar 100 % yang tercantum dalam Permenkes Nomor 129 tahun 2008. Menurut penelitian (Wariyanti, 2014) dalam (Maryati et al., 2018), menyatakan bahwa kelengkapan informasi medis serta keakuratan rekam medis sangat penting, karena apabila informasi medis dalam rekam medis tidak lengkap maka kode diagnosis yang dihasilkan akan menjadi tidak akurat. Menurut (Hatta, 2008) dalam penelitian (Utami & Widjaja, 2016), menjelaskan bahwa kode yang dihasilkan dalam melakukan pengkodean pada rekam medis harus tepat dan sesuai dengan diagnosis karena kode yang dihasilkan secara tidak tepat dan tidak sesuai dengan diagnosis maka akan berpengaruh pada proses pembayaran, indeks penyakit, laporan morbiditas dan mortalitas di Rumah Sakit menjadi tidak akurat serta standar pengukuran kinerja dalam melakukan pengkodean secara kuantitatif dinyatakan tercapai apabila staf dalam melakukan target pengkodean > 15 dan pengukuran kinerja secara kualitatif dinyatakan tepat apabila > 84% dan jika mencapai 100% maka disebut terbaik. Ketepatan dalam melakukan pengkodean adalah hal penting yang harus diperhatikan oleh perekam medis karena pengkodean diagnosis yang akurat, komplet, dan konsisten akan menghasilkan data

yang berkualitas. Sehingga kualitas data yang terkode merupakan hal yang penting bagi kalangan personel manajemen informasi kesehatan. Oleh karena itu, ketepatan data diagnosis sangat krusial pada bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, serta hal-hal lain yang terkait dengan asuhan dan pelayanan kesehatan (Hatta, 2016).

B. Penelitian Terdahulu

Tinjauan penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti terdahulu dapat dilihat dari judul, metode dan hasil sebagaimana dalam tabel 2.1.

Tabel 2.1 Judul, Metode dan Hasil Penelitian Terdahulu

NO	JUDUL	METODE	HASIL
1	Tinjauan Keakuratan Kodefikasi Tindakan Kasus Bedah Pasien Rawat Inap Tahun 2017 (Cahyani Dwi Lestari, 2020)	Desain penelitian: Kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Populasi: 1.509 rekam medis. Sampel: 94 rekam medis dan 5 responden	Persentase kode tindakan terdapat 41 atau 43,6% rekam medis yang dinyatakan akurat dan 53 atau 56,4% rekam medis yang tidak akurat.
2	Tinjauan Keakuratan Kodefikasi Tindakan Kasus Bedah Pasien Rawat Inap Tahun 2019 (Fasya Rizka	Desain penelitian: Kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Populasi: 2.000 rekam medis. Sampel: 100 rekam medis dan 5 responden.	Persentase kode tindakan sebanyak 70 atau 70% tidak akurat dan sisanya 30 atau 30% rekam medis yang akurat.

	Fauziyyah, 2021)		
--	---------------------	--	--

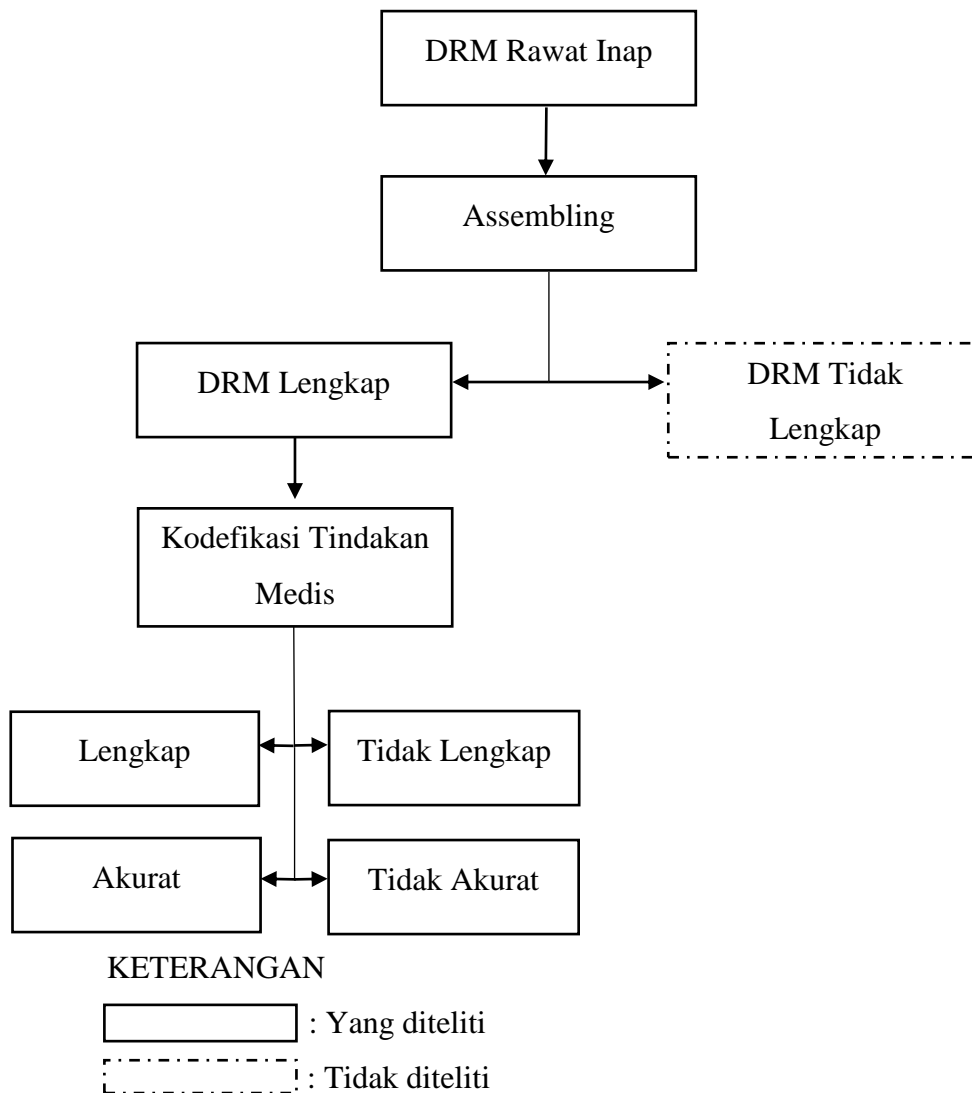
Berdasarkan pada tabel 2.1 dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Cahyani Dwi Lestari, 2020 dalam penelitiannya yang berjudul “Tinjauan Keakuratan Kodefikasi Tindakan Kasus Bedah Pasien Rawat Inap Tahun 2017”. Perbedaan penelitian sebelumnya dengan penelitian ini adalah sebagai berikut:
 - a. Jenis penelitian sebelumnya adalah Kuantitatif dengan pendekatan deskriptif sedangkan pada penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*.
 - b. Populasi pada penelitian sebelumnya adalah 1.509 dokumen rekam medis dan sampel berjumlah 94 rekam medis dan 5 responden sedangkan pada penelitian ini berjumlah 3.170 dokumen rekam medis dan sampel 97 dokumen rekam medis menggunakan cara menggunakan sistem simple random sampling.

2. Fasya Rizka Fauziyyah, 2021 dalam penelitiannya yang berjudul “Tinjauan Keakuratan Kodefikasi Tindakan Kasus Bedah Pasien Rawat Inap Tahun 2019”. Perbedaan penelitian sebelumnya dengan penelitian ini adalah sebagai berikut:
 - a. Jenis penelitian sebelumnya adalah Kuantitatif dengan pendekatan deskriptif sedangkan pada penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*.
 - b. Populasi pada penelitian sebelumnya adalah 2.000 dokumen rekam medis dan sampel berjumlah 100 rekam medis dan 5 responden sedangkan pada penelitian ini berjumlah 3.170 dokumen rekam medis dan sampel 97

dokumen rekam medis menggunakan cara menggunakan sistem simple random sampling.

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Pada gambar 2.1 berisi penjelasan mengenai kerangka konsep. Kerangka tersebut merupakan pecahan dari sub bagian variabel penelitian pada kerangka teori yang berisi substansi dokumen rekam medis pasien rawat inap, assembling, dokumen rekam medis lengkap, dokumen rekam

medis tidak lengkap, kodefikasi tindakan medis pasien rawat inap, penilaian atau instrumen keakuratan kodefikasi tindakan berdasarkan ICD 9 CM guna dinilai tepat atau tidak tepat dan kelengkapan kode tindakan medis pada lembar observasi yang didukung dengan data pada aspek penelitian.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian deskriptif merupakan metode penelitian dengan menggunakan penjabaran dan penggambaran pada suatu keadaan secara objektif (Notoatmojo, 2020). Penelitian kuantitatif menurut (Margono, 1997) adalah suatu alat untuk menemukan keterangan dengan menggunakan data sebagai proses dasar didaptkannya pengetahuan. Penelitian *cross sectional* adalah penelitian dimana variabel dependen dinilai hanya satu kali pada suatu waktu (Nursalam, 2013).

Dalam penelitian ini metode penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* digunakan sebagai cara untuk menemukan keakuratan kode tindakan pada suatu waktu tertentu tanpa membandingkan atau mencari pengaruh antar variabel tersebut.

B. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Pengertian definisi operasional dalam variabel penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Berikut definisi operasional dalam penelitian ini:

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel

VARIABEL PENELITIAN	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	INSTRUMEN	HASIL UKUR	SKALA UKUR
Kelengkapan penulisan tindakan pada dokumen rekam medis rawat inap	Penulisan kode ICD yang sesuai dengan klasifikasi yang ada didalam ICD 9 CM	ICD 9CM Formulir RM	Lembar observasi	1=Lengkap 0=Tidak lengkap	Nominal
Keakuratan kode tindakan pada dokumen rekam medis rawat inap	Pengisian kode ICD yang lengkap dengan klasifikasi yang ada didalam ICD 9 CM	ICD 9CM	Lembar observasi	1 = akurat 0 = tidak akurat	Nominal

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah objek/subyek yang akan diteliti oleh peneliti sesuai dengan pendapat menurut (Sugiyono, 2011) dimana “populasi dikatakan adalah suatu wilayah generalisasi yang terdiri dari suatu obyek/subyek dan memiliki karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya” Pendapat ini digunakan sebagai acuan untuk menentukan populasi yang digunakan. Data populasi dokumen rekam medis pada kunjungan pasien rawat inap selama 3 bulan yakni Juli, Agustus, September tahun 2022 di RSUD Kanjuruhan Kepanjen yang berjumlah 3.170 dokumen rekam medis.

2. Sampel

Peneliti menggunakan data populasi dokumen rekam medis pada kunjungan pasien rawat inap selama 3 bulan yakni Juli, Agustus, September tahun 2022 di RSUD Kanjuruhan Kapanan yang berjumlah 3.170 dokumen rekam medis dengan teknik pengambilan sampel yakni Probability Sampling dimana peneliti dapat memiliki ruang dengan memberikan kesempatan yang sama pada semua populasi untuk dapat menjadi sampel dan menggunakan cara menggunakan sistem simple random sampling sehingga penulis dapat melakukan pengambilan sampel secara acak dengan memilih sampel yang mendekati kriteria yang cukup ideal untuk dipilih menjadi anggota sampel dan peneliti menggunakan rumus Slovin untuk menentukan jumlah sampel yang akan diteliti dimana peneliti menggunakan metode praktis untuk menentukan ukuran atau jumlah sampel yang jumlah populasinya besar dengan batas toleransi kesalahan sudah ditetapkan oleh peneliti di awal.

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

Keterangan :

n : Ukuran sampel

N: Ukuran Populasi

E: Presentase Kelonggaran Ketelitian 10%

Jumlah populasi dalam penelitian ini sebanyak 3.170 maka dari itu peneliti menentukan aspek presentase kelonggaran menjadi 10% dengan hasil perhitungan untuk mencapai kesesuaian maka untuk mengetahui sampel penelitian dilakukan perhitungan sebagai berikut:

Tabel Data Populasi 3.2

No	Bulan	Total Kunjungan Rawat Inap
1	Juli	951
2	Agustus	1.091
3	September	1.128
	Total	3.170

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{3.170}{1 + 3.170 (0,1)^2} \\
 &= \frac{3.170}{1 + 3.170 \times 0,01} \\
 &= \frac{3.170}{32,7} \\
 &= 96,9 \text{ Dibulatkan menjadi } 97
 \end{aligned}$$

Maka dari itu peneliti akan melakukan proses analisis keakuratan kode tindakan dengan menggunakan 97 sampel dokumen rekam medis di RSUD Kanjuruhan Kepanjen Malang.

D. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian

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

- a. Terminologi tindakan medis, sebagai istilah yang digunakan dalam suatu sistem klasifikasi penyakit untuk menunjang keakuratan kode penyakit Lembar Observasi, yang digunakan peneliti untuk mencatat jumlah kelengkapan dan keakuratan kode tindakan

- b. Telusur dokumen, digunakan untuk mengisi lembar checklist kelengkapan dan keakuratan kode tindakan
- c. Alat tulis, sebagai alat pendukung guna mengisi lembar observasi
- d. Microsoft Excel, guna menghitung persentase dari kelengkapan dan keakuratan kode tindakan berdasarkan ICD 9 CM
- e. Tabel, yaitu table untuk mengidentifikasi seberapa banyak kelengkapan dan keakuratan kode tindakan berdasarkan ICD 9 CM

2. Cara Pengumpulan Data

a) Jenis Data

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

1. Data primer

Menurut (Sugiyono, 2018) Data primer yaitu sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data. Data dikumpulkan sendiri oleh peneliti langsung dari sumber pertama atau tempat objek penelitian dilakukan. Peneliti menggunakan data yang akan diperoleh dari hasil observasi dan wawancara langsung mengenai keakuratan kode tindakan di RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang.

2. Data sekunder

Menurut (Sugiyono, 2018) data sekunder yaitu sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya lewat orang lain atau lewat dokumen. Dalam penelitian ini yang menjadi sumber data sekunder adalah ICD 9 CM.

b) Cara Pengumpulan Data

1. Telusur Dokumen

Metodologi Telusur adalah suatu metode yang efektif untuk memahami proses atau sistem di rumah sakit. Kegiatan operasional dan pelayanan di rumah sakit yang kompleks menjadikan metode telusur sebagai salah satu metode yang tepat untuk memahami proses yang terjadi serta melakukan penilaian di dalam survei. Metode telusur dapat menggunakan dokumen atau rekam medik pasien sebagai alat bantu untuk memahami proses yang terjadi.

E. Metode Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah suatu teknik analisis data terhadap satu variabel secara mandiri, tiap variabel dianalisis tanpa dikaitkan dengan variabel lainnya. Analisis univariat biasa juga disebut analisis deskriptif dan statistik deskriptif yang bertujuan menggambarkan kondisi fenomena yang dikaji. Hampir dipastikan semua laporan, baik laporan penelitian, praktek, laporan bulanan dan informasi yang menggambarkan suatu fenomena, menggunakan analisis univariat. Model analisis univariat dapat berupa menampilkan angka hasil pengukuran, ukuran tendensi sentral, ukuran disperse/deviasi/variability, penyajian data ataupun kemiringan data. Pada penelitian ini peneliti hanya menguji atau menghitung dalam bentuk angka dan diolah menjadi persentase berapa yang akurat dan tidak akurat.

F. Waktu dan Tempat

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di unit rekam medis RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang dengan alamat Jl. Panji No.100, Krajan, Panggungrejo, Kec. Kepanjen, Kabupaten Malang.

2. Waktu Penelitian

Waktu pelaksanaan penelitian analisis keakuratan kode tindakan dilakukan studi pendahuluan pada bulan Januari 2023 dan waktu pelaksanaan penelitian dilaksanakan Januari – Mei 2023.

G. Prosedur Penelitian

1. Persiapan

- a. Peneliti mengajukan surat izin studi pendahuluan dan penelitian kepada pihak kampus sebagai syarat utama penelitian.
- b. Peneliti mengajukan permohonan studi pendahuluan dan penelitian rumah sakit yang akan diajukan sebagai lahan penelitian.
- c. Rumah sakit membalas surat perizinan dengan isi persetujuan penelitian.
- d. Peneliti melakukan studi pendahuluan pada bulan Januari dengan melakukan observasi awal terhadap data pasien dengan kode tindakan.

2. Pelaksanaan

- a. Melakukan observasi jumlah dokumen rawat inap yang akan dijadikan populasi penelitian

- b. Mencatat data pasien, diagnosis dan kode tindakan pada table data observasi
- c. Analisis keakuratan kode tindakan dengan melihat bahasa terminology, penunjang dan berdasarkan ketentuan ICD 9 CM
- d. Memasukkan hasil keakuratan kode tindakan pada tabel keakuratan kode tindakan di system Microsoft Excel dan melakukan perhitungan persentase
- e. Melakukan validasi terhadap petugas koding terkait keakuratan kode tindakan berdasarkan ICD 9 CM

H. Manajemen Data

1. Coding merupakan kegiatan mengklasifikasikan kode tindakan dengan aturan ICD 9 CM guna memudahkan penggolongan dana.
2. Entry dan processing merupakan memasukkan data keakuratan kode ke dalam sistem Microsoft Excel dan melakukan perhitungan persentase setelah itu dilakukan analisis terhadap data yang telah diolah tersebut.
3. Cleaning merupakan suatu kegiatan untuk melakukan pengecekan ulang terhadap data yang telah dianalisis melalui Microsoft Excel dan hasil dari wawancara. Hal tersebut dilakukan untuk meminimalisir terjadinya kesalahan.

I. Etika Penelitian

Menurut (Sudibyo, 2013), sebelum melaksanakan penelitian, peneliti mengajukan permohonan ijin kepada lembaga atau institusi terkait melalui surat rekomendasi dari institusi tersebut untuk melakukan penelitian. Sesudah memperoleh persetujuan, peneliti melaksanakan penelitian dengan adanya

etika agar peneliti dan responden tertib mematuhi aturan dalam melakukan penelitian. Etika pada penelitian ini diantaranya:

1. *Anonimity* (Kerahasiaan nama atau identitas)

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

2. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

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

J. Jadwal Kegiatan

No	Kegiatan	2022				2023				
		Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei
1	Pengajuan judul tugas akhir									
2	Penyusunan laporan penelitian									
3	Pengurusan surat izin studi pendahuluan dan penelitian									
4	Seminal proposal									

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum dan Objek Penelitian

1. Profil Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan

Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan Kabupaten Malang adalah merupakan salah satu Rumah Sakit Daerah milik Pemerintah Kabupaten Malang, terletak diatas tanah seluas 32.140 m² dengan bangunan yang didirikan dan digunakan untuk operasional pelayanan sampai saat ini seluas 11.550 m², berada di Malang selatan dan mempunyai 240 tempat tidur. Wilayah dispersi atau jangkauan pelayanan Rumah Sakit meliputi Malang selatan hingga perbatasan Kabupaten Blitar dan Lumajang. Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan terletak di Jalan Panji No. 100 Desa Pangungrejo Kecamatan Kepanjen Kabupaten Malang. RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang adalah Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Kabupaten Malang berada di sisi timur jalan yang termasuk pada kawasan perkantoran pemerintah Kabupaten Malang.

Perkembangan Daerah Kepanjen yang merupakan ibukota Kabupaten Malang ditandai dengan dibangunnya berbagai fasilitas pelayanan masyarakat dan berbagai perkantoran pemerintahan. Meningkatnya situasi dan kondisi tersebut membawa dampak terhadap kegiatan masyarakat baik di Daerah Kepanjen maupun daerah sekitarnya dan menjadikan Daerah Kepanjen sebagai sentral kegiatan. Dalam upaya mengimbangi perkembangan Daerah Kepanjen yang begitu cepat, RSUD

Kanjuruhan Kabupaten Malang terus berupaya meningkatkan potensi diri untuk meningkatkan kapasitas pelayanannya kepada masyarakat agar menjadi Rumah Sakit pilihan bagi masyarakat dalam bidang pelayanan kesehatan rujukan perorangan. Pada akhir tahun 2006 telah berubah statusnya menjadi Rumah Sakit Kelas B Non Pendidikan, sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI tanggal 23 Oktober 2006 Nomor 811/MENKESISKIXI2006, tentang Peningkatan Kelas RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang dari kelas C menjadi kelas B Non Pendidikan yang kemudian ditindaklanjuti dengan Peraturan Bupati Malang Nomor 33 Tahun 2014 tentang Organisasi Perangkat Daerah Rumah Sakit Umum Daerah. Tahun 2020 RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang sebagai Rumah Sakit Pendidikan melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/240/2020 tentang Penetapan RSUD Kanjuruhan Kepanjen Kabupaten Malang sebagai Rumah Sakit Pendidikan Satelit untuk RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan dan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Malang.

Berawal dari tahun 1958 yang menjadi Balai Kesehatan dan dipimpin oleh dr. Han Wi Sing dengan jumlah karyawan 40 orang dan jumlah tempat tidur 41 buah dan saat ini telah berkembang menjadi 240 Tempat Tidur. Perubahan status dari tahun ke tahun hingga saat ini, RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang per bulan Maret 2022 dipimpin oleh Plt. Direktur dr. Bobi Prabowo, Sp.Em.

2. Visi, Misi, Motto, Nilai-nilai, Paradigma, dan Icon Rumah Sakit

Berdasarkan Rencana Strategis Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan Kabupaten Malang Tahun 2021-2024 memiliki Visi, Misi, Motto, Nilai-nilai, Paradigma, dan Icon Rumah Sakit sebagai berikut :

a. Visi

Menjadi Rumah Sakit Terbaik dalam Pelayanan Kesehatan.

b. Misi

1. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Profesional yang proaktif dan inovatif melalui pendekatan patient centered care dengan mengutamakan mutu dan keselamatan pasien;
2. Menyelenggarakan Pendidikan dan penelitian yang bersinergi dengan pelayanan dan pengabdian kepada masyarakat;
3. Meningkatkan kapasitas sumberdaya Rumah Sakit yang mendukung peningkatan kualitas Pendidikan dan pelayanan;
4. Melaksanakan tata Kelola BLUD secara efektif dan efisien guna mewujudkan kesejahteraan bersama.

c. Motto

“Kepuasan Anda adalah Tujuan Utama Layanan Kami”

d. Nilai-nilai (value)

1. Cinta Kasih;
2. Tulus Ikhlas;
3. Kejujuran;
4. Profesional;
5. Kebersamaan.

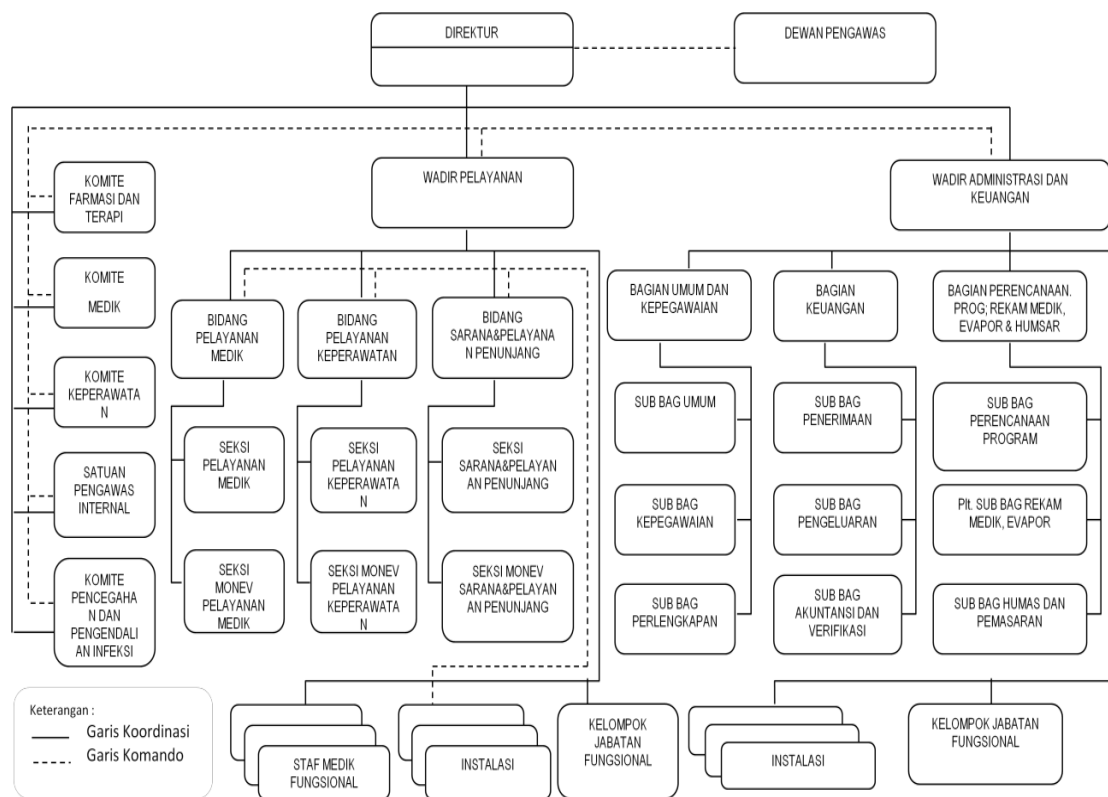
e. Paradigma

Memberikan pelayanan maksimal kepada masyarakat yang
berpenghasilan minimal

f. Icon

“Hospital Without Wall”

g. Struktur Organisasi RSUD Kanjuruhan



Gambar 4.1 Struktur Organisasi RSUD Kanjuruhan

Berdasarkan Peraturan Bupati Malang Nomor 33 tahun 2014 tentang Organisasi Perangkat Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan, maka struktur organisasi RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang terdiri dari:

- a. Direktur
- b. Wakil Direktur Pelayanan, membawahi :
 1. Bidang Pelayanan Medik, membawahi :

- a) Seksi Pelayanan Medik;
 - b) Seksi Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Medik.
2. Bidang Pelayanan Keperawatan, membawahi :
- a) Seksi Pelayanan Keperawatan
 - b) Seksi Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan
3. Bidang Sarana dan Pelayanan Penunjang, membawahi :
- a) Seksi Sarana dan Pelayanan Penunjang;
 - b) Seksi Monitoring dan Evaluasi Sarana Penunjang.
- c. Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan, membawahi :
- 1) Bagian Umum dan Kepegawaian, membawahi :
 - Sub Bagian Umum;
 - Sub Bagian Kepegawaian;
 - Sub Bagian Perlengkapan.
 - 2) Bagian Keuangan, membawahi :
 - Sub Bagian Penerimaan;
 - Sub Bagian Pengeluaran;
 - Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi.
 - 3) Bagian Perencanaan Program, Rekam Medik, Evaluasi dan Pelaporan serta Humas dan Pemasaran, membawahi :
 - Sub Bagian Perencana Program;
 - Sub Bagian Rekam Medik, Evaluasi dan Pelaporan;
 - Sub Bagian Humas dan Pemasaran.
- d. Unit – unit Non Struktural :
1. Komite, terdiri dari :

- a) Komite Farmasi dan Terapi;
- b) Komite Medik;
- c) Komite Keperawatan;
- d) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;

2. Instalasi :

Instalasi-instalasi yang ada di RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang adalah:

- a) Instalasi Gawat Darurat;
- b) Instalasi Rawat Jalan;
- c) Instalasi Rawat Inap;
- d) Instalasi Bedah Sentral;
- e) Instalasi Anestesiologi dan Terapi Intensif;
- f) Instalasi Pelayanan Jantung dan Pembuluh Darah;
- g) Instalasi Hemodialisis;
- h) Instalasi Pusat Pelayanan Terpadu (IPPT);
- i) Instalasi Pelayanan Khusus;
- j) Instalasi Anak dan Perinatologi;
- k) Instalasi Rehabilitasi Medik;
- l) Instalasi Kebidanan dan Penyakit Kandungan;
- m) Instalasi Gizi;
- n) Instalasi Laboratorium;
- o) Instalasi Patologi Anatomi;
- p) Instalasi Radiologi;
- q) Instalasi Farmasi;

- r) Instalasi Sterilisasi Sentral;
- s) Instalasi Kedokteran Kehakiman;
- t) Instalasi Pemeliharaan Sarana;
- u) Instalasi Sanitasi Lingkungan;
- v) Instalasi Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3);
- w) Instalasi Pelatihan;
- x) Instalasi Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan;
- y) Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit;
- z) Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit; dan Instalasi Peningkatan Mutu Rumah Sakit.

3. Satuan Pengawas Internal (SPI)

4. Staf Medik Fungsional

Staf Medik Fungsional dikelompokkan menjadi :

- a) SMF Obstetri & Ginekologi (Kebidanan & Kandungan);
- b) SMF Bedah;
- c) SMF Penyakit Dalam;
- d) SMF Anak;
- e) SMF Mata;
- f) SMF Patologi Klinik, Patologi Anatomi, dan Radiologi;
- g) SMF Orthopedi dan Traumatologi;
- h) SMF Bedah Saraf dan Urologi;
- i) SMF Saraf;
- j) SMF Paru , Kulit & Kelamin;
- k) SMF THT;

- l) SMF Anestesi dan Reanimasi;
- m) SMF Jantung dan Pembuluh Darah;
- n) SMF Gigi dan Mulut;
- o) SMF Umum.

B. HASIL PENELITIAN

1. Kelengkapan Penulisan Tindakan Pada Dokumen Rekam Medis

Rawat Inap

Penelitian ini menggunakan 97 sampel pada dokumen rekam medis rawat inap pada periode triwulan pada bulan Juli – September 2022. Guna mencari persentase kelengkapan penulisan tindakan pada dokumen rekam medis rawat inap, peneliti menemukan penulisan tindakan yang kosong dan lengkap yang terdapat pada Tabel 4.1 .

Kegiatan kelengkapan sendiri dilakukan oleh oleh petugas rekam medis lain dengan kualifikasi profesi yang sama yakni lulusan rekam medis dan informasi kesehatan dengan menggunakan lembar checklist dan menggunakan acuan buku ICD 9 CM yang berlaku di Indonesia.

Tabel 4.1 Persentase Kelengkapan Penulisan Kode Tindakan Medis Rawat Inap Berdasarkan ICD 9 CM di RSUD Kanjuruhan Tahun 2023

NO	KELENGKAPAN	JUMLAH	PERSENTASE (%)
1.	Lengkap	45	46
2.	Tidak Lengkap	52	54
	JUMLAH	97	100

Berdasarkan Tabel 4.1 dapat diketahui bahwa persentase kelengkapan penulisan tindakan pada dokumen rekam medis rawat inap

dari 97 dokumen rekam medis didapatkan hasil lengkap sebesar 46% sedangkan tidak lengkap sebesar 54%. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa Kelengkapan Penulisan Kode Tindakan Medis Rawat Inap Berdasarkan ICD 9 CM Di RSUD Kanjuruhan paling banyak Tidak Lengkap sebesar 54%.

2. Keakuratan Kode Tindakan Medis Pada Dokumen Rekam Medis

Rawat Inap

Penelitian ini menggunakan 97 sampel pada Dokumen rekam medis rawat inap pada periode triwulan pada bulan Juli – September 2022. Guna mencari persentase keakuratan kode Tindakan pada Dokumen rekam medis rawat inap. Peneliti menemukan keakuratan dan ketidakakuratan kode Tindakan medis pada Dokumen rekam medis rawat inap.

Kegiatan keakuratan sendiri dilakukan oleh oleh petugas rekam medis lain dengan kualifikasi profesi yang sama yakni lulusan rekam medis dan informasi kesehatan dengan menggunakan lembar checklist dan menggunakan acuan buku ICD 9 CM yang berlaku di Indonesia.

Tabel 4.2 Persentase Keakuratan Kode Tindakan Medis Rawat Inap Di RSUD Kanjuruhan Tahun 2023

NO	KEAKURATAN	JUMLAH	PERSENTASE (%)
1.	Akurat	44	45
2.	Tidak Akurat	53	55
	JUMLAH	97	100

Berdasarkan Tabel 4.2 dapat diketahui bahwa persentase keakuratan kode Tindakan pada dokumen medis rawat inap dari 97

dokumen rekam medis didapatkan hasil yaitu 45% sedangkan tidak akurat penulisan Dokumen rekam medis rawat inap yaitu 55%. Hal tersebut dapat disimpulkan bahwa Keakuratan Penulisan Kode Tindakan Medis Rawat Inap Berdasarkan ICD 9 CM Di RSUD Kanjuruhan paling banyak Tidak Akurat sebesar 55%.

C. Pembahasan

1. Kelengkapan Penulisan Tindakan Medis Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap

Tabel 4.3 Faktor Ketidaklengkapan Penulisan Tindakan Medis

Faktor Ketidaklengkapan 54 % (Dokumen Rekam medis Rawat Inap)		
Alasan	Penyebab	Jumlah
Tidak di kode	Terdapat beberapa diagnosis pasien yang belum diberikan kode oleh petugas karna terlewat dan tertimbun dengan dokumen rekam medis yang baru datang lagi	18 Drm
Tidak ada terminology medis	Sering kali ditemukan kode tindakan yang tidak ada terminology medisnya sehingga berakibat klaim kode tindakan yang tidak sesuai dengan tindakan pasiennya	31 Drm

Dari penelitian kelengkapan kode Tindakan medis pada Dokumen rekam medis rawat inap menemukan suatu proses kodefikasi tindakan medis pada periode tri wulan sebesar (tabel 4.2 persentase kelengkapan penulisan tindakan), dapat dilihat bahwa persentase kelengkapan kode tindakan medis pada Dokumen rekam medis rawat inap sejumlah 46%

sedangkan persentase untuk ketidaklengkapan kode tindakan medis pada Dokumen rekam medis rawat inap sejumlah 54%.

Dari 97 sampel dokumen rekam medis rawat inap yang telah diambil oleh peneliti, ditemukan bahwa sejumlah 45 (46%) dimana penulisan tindakan medis sesuai dengan aturan ICD 9 CM. Nilai persentase kelengkapan tindakan medis tersebut masih mempunyai nilai yang rendah, selain itu peneliti menemukan penulisan tindakan medis dan kode tindakan yang belum terisi yang dihasilkan oleh koder rawat inap. Kelengkapan tindakan medis yang kosong dapat terjadi apabila terminology medis yang masih kosong dan penulisan yang tidak lengkap dapat mempengaruhi dari hasil kode tindakan tersebut.

Gambaran ini ditinjau dari teori bahwa Kode tindakan medis yang lengkap adalah cermin mutu rekam medis serta layanan yang diberikan oleh Rumah Sakit (Depkes,2012). Perlunya Audit dan analisis terhadap kode tindakan medis resume medis dilakukan agar kelengkapan dan ketepatan pengisian kode tindakan dapat dipertanggungjawabkan. Kondisi demikian dapat menjadikan potensi permasalahan bagi rumah sakit diantaranya Di Rumah Sakit, kelengkapan tindakan medis sangat penting karena kode tindakan medis yang lengkap selain untuk menjaga mutu rekam medis rumah sakit juga sering digunakan untuk administrasi dan klaim asuransi. Hal ini jelas akan terjadi penolakan klaim oleh BPJS Kesehatan dimana mayoritas Pasien RSUD Kanjuruhan adalah pasien BPJS Kesehatan hal ini sesuai dengan capaian *Universal Health Coverage (UHC)* Kabupaten Malang Tahun 2023, sehingga pendapatan terbesar dari

kalim BPJS Kesehatan. Bila pemenuhan kelengkapan Rekam Medis menjadi tuntutan manajemen untuk dipenuhi guna memaksimalkan kinerja rekam medis tercapai dan maksimalnya pendapatan rumah sakit dari Klaim BPJS Kesehatan sebagai persyaratan pertama sebelum diverifikasi keakuratan data rekam medis selanjutnya. Hal ini sudah menjadi standar BPJS Kesehatan untuk melakukan verifikasi Klaim pembiayaan peserta BPJS Kesehatan sebagaimana dalam Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan yang bertujuan menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan (BPJS.2014). Dalam penelitian (NPL Yunawati, 2022) Kode diagnosis utama kasus persalinan disebabkan penulisan diagnosis utama yang kurang lengkap sehingga mempengaruhi klaim ditolak oleh BPJS dan mempengaruhi pendapatan rumah sakit. Dalam artikel (Pengaruh kelengkapan rekam medis terhadap JKN Kemkes, 2022) salah satu isi dalam berkas rekam medis yaitu data diagnosis dan tindakan yang diberikan kepada pasien. Tujuan dari rekam medis salah satunya adalah pembiayaan rumah sakit, dimana saat ini sistem pembiayaan dilakukan secara retrospektif atau pembayaran di belakang yang berdasarkan diagnosis. Salah satu aturan JKN yang tertuang pada Peraturan Presiden No 12 tahun 2013 pasal 39 ayat 3, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan melakukan pembayaran kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan berdasarkan cara Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's). Dalam INA-CBG's dilakukan pengelompokan-pengelompokan diagnosa dan tindakan. Pengelompokan ini dilakukan dengan menggunakan kode-kode tertentu,

yaitu kode diagnosa (ICD – 10) dan kode prosedur/tindakan (ICD-9-CM). Mengkombinasikan kode-kode diagnosis dan kode-kode prosedur tersebut, tidak mungkin dilakukan secara manual. Untuk itu diperlukan sebuah perangkat lunak yang disebut grouper. Setelah dilakukan grouper akan keluar tarif dari masing-masing kelompok.

2. Keakuratan Kode Tindakan Medis Pada Dokumen Rekam Medis

Rawat Inap

Tabel 4.4 Faktor Ketidakkuratan Kode Tindakan Medis

Faktor Ketidakkuratan 55 % (Dokumen Rekam medis Rawat Inap)		
Alasan	Penyebab	Jumlah
Kodenya Salah	Ditemukan kode tindakan yang tidak sesuai dengan terminologi medis yang ada pada ICD 9 CM sehingga berakibat klaim kode tindakan yang tidak sesuai dengan tindakan pasiennya	1 Drm
Ketidakkengkapan kode	Ditemukan kode yang tidak diisi dan terminology medis yang kosong sehingga mempengaruhi tidak akurat pada dokumen rekam medis rawat inap	49 Drm

Peneliti melakukan uji keakuratan dengan memberikan data untuk dinilai keakuratannya kepada petugas rekam medis di rumah sakit sebagai validator dengan kategori lulusan D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan serta sudah bekerja lebih dari 5 tahun di RSUD Kanjuruhan pada bagian dokumen rekam medis rawat inap untuk melakukan kegiatan penilaian ketepatan kode diagnosis penyakit rawat inap sehingga dari sini

dapat ditarik kesimpulan bahwasannya berdasarkan hasil dari penelitian nilai keakuratan kode tindakan medis pada dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Kanjuruhan pada bulan juli, agustus, september adalah 55% untuk nilai tidak akurat dan 45 % untuk nilai akurat.

Dari 97 sampel Dokumen rekam medis rawat inap yang telah diambil oleh peneliti, ditemukan bahwa sejumlah 44 (45%) dimana kode tindakan medis sesuai dengan aturan *ICD 9 CM*. Nilai persentase keakuratan kode tindakan medis tersebut masih mempunyai nilai yang tinggi dibandingkan dengan penelitian Cahyani Dwi Lestari, 2017 persentase keakuratan kode tindakan sejumlah 44% selain itu peneliti menemukan ketidakakuratan kode tindakan sejumlah 56%. Sedangkan pada penelitian Fasya Rizka Fauziyyah, 2019 persentase kode tindakan sebanyak 70 atau 70% tidak akurat dan sisanya 30 atau 30% rekam medis yang akurat.

Dari hasil penelitian keakuratan kode tindakan medis pada Dokumen rekam medis rawat inap peneliti menemukan kode yang salah atau tidak sesuai dengan terminologi medisnya, koder menuliskan kode 56.0 dengan terminologi medis *Transurethral removal of obstruction from ureter and renal pelvis* sedangkan terminologi medis yang ditulis oleh koder adalah *Other Appendectomy* pada *ICD 9 CM* kode yang menunjukkan *Other Appendectomy* adalah 47.09 hal ini dapat berakibat klaim kode tindakan yang tidak sesuai dengan tindakan pasiennya.

Keakuratan kode tindakan medis tersebut dapat terjadi apabila dikode sesuai dengan aturan *ICD 9 CM* serta diisi dengan benar dan

lengkap. Pengisian kode tindakan medis yang dilakukan oleh coder harus benar apabila ada kesalahan pengkodean dan pengisian yang tidak lengkap akan mempengaruhi dari hasil kode tindakan medis tersebut.

Gambaran ini ditinjau dari teori bahwa Keakuratan pengkodean diagnosis berdasarkan standar pelayanan minimal Rumah Sakit dalam bidang rekam medis diatur pada Permenkes Nomor 129 tahun 2008, harus mencapai 100% (Sri & Ali, 2019). Hal ini berkaitan dengan kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan dengan mencapai standar 100 % yang tercantum dalam Permenkes Nomor 129 tahun 2008. Menurut penelitian (Wariyanti, 2014) dalam (Maryati et al., 2018), menyatakan bahwa kelengkapan informasi medis serta keakuratan rekam medis sangat penting, karena apabila informasi medis dalam rekam medis tidak lengkap maka kode diagnosis yang dihasilkan akan menjadi tidak akurat. Menurut (Hatta, 2008) dalam penelitian (Utami & Widjaja, 2016), menjelaskan bahwa kode yang dihasilkan dalam melakukan pengkodean pada rekam medis harus tepat dan sesuai dengan diagnosis karena kode yang dihasilkan secara tidak tepat dan tidak sesuai dengan diagnosis maka akan berpengaruh pada proses pembayaran.

Mengingat potensi pendapatan Rumah Sakit saat ini paling banyak dari Kalim BPJS Kesehatan maka dalam kondisi seperti ini potensi akan bermasalah besar pada manajemen Rumah Sakit Kanjuruhan karena gagal dan/atau tertundanya klaim pembiayaan pelayanan Kesehatan mengalami pending claim pada bulan Juli hingga september sebanyak 165 dokumen karena tidak akuratnya rekam medik dengan diagnoisis dan/atau data

pendukung lainnya sehingga potensi pendapatan rumah sakit akan menurun. Selain hal tersebut capaian kinerja rekam medis rendah dan tersedianya data layanan potensi tidak lengkap, tidak valid sehingga menentukan kualitas data Rumah Sakit Kanjuruhan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan Keakuratan dan Kelengkapan Penulisan Kode Tindakan Medis Rawat Inap Berdasarkan ICD 9 CM Di RSUD Kanjuruhan dapat disimpulkan sebagai berikut :

- a. Kelengkapan Penulisan Kode Tindakan Medis Rawat Inap Berdasarkan ICD 9 CM Di RSUD Kanjuruhan paling banyak Tidak Lengkap sebesar 54%, sehingga berpotensi mempengaruhi kualitas data rekam medis, kinerja rekam medis dan pendapatan rumah sakit.
- b. Keakuratan Penulisan Kode Tindakan Medis Rawat Inap Berdasarkan ICD 9 CM Di RSUD Kanjuruhan paling banyak Tidak Akurat sebesar 55%, Sehingga berpotensi mempengaruhi kualitas data rekam medis, kinerja rekam medis dan pendapatan rumah sakit.

2. Saran

Berdasarkan kesimpulan dan memoerhatikan manfaat penelitian Keakuratan dan Kelengkapan Penulisan Kode Tindakan Medis Rawat Inap Berdasarkan ICD 9 CM Di RSUD Kanjuruhan disarankan peneliti sebagai berikut:

1. Bagi Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuhan diharapkan :
 - a. Sosialisai untuk menekankan kembali akan pentingnya Dokumen Rekam Medik khususnya kelengkapan dan keakuratan penulisan Kode Tindakan karena akan mempengaruhi besaran pendapatan Rumah Sakit

dari Klaim Tindakan khususnya pasien dengan Jaminan Pembiayaan BPJS Kesehatan, yang secara langsung mempengaruhi Jasa Pelayanan yang diterima tenaga pelaksana.

- b. Review dan/atau mensosialisasikan SOP terkait kelengkapan penulisan Kode tindakan medis pada dokumen rawat inap sesuai dengan alur pengkodean menggunakan ICD 9 CM.
 - c. Monitoring dan evaluasi secara periodik tentang penulisan kode Tindakan yang tepat lengkap dan akurat.
2. Bagi Peneliti lainnya bahwa penelitian ini masih sangat sederhana dan guna mengkaji lebih dalam guna memperbaiki Dokumen Rekam Medik yang berkualitas diharapkan penelitian lanjutan dapat melakukan penelitian factor-faktor yang mempengaruhi atau factor-faktor yang meletarbelakangi keakuratan dan kelengkapan penulisan kode Tindakan Medik sesuai dengan ICD 9 CM.

DAFTAR PUSTAKA

- Bramantoro Taufan, 2017. *Pengantar Klasifikasi dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan*, Surabaya: UNAIR (AUP).
- Hatta Gemala, 2012. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Press-U : Jakarta.
- Ismainar, Hetty 2015. *Manajemen Unit Kerja*, Deepublish : Yogyakarta.
- Notoatmodjo S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta : Jakarta.
- Notoatmodjo S, 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta : Jakarta
- Nursalam, 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Pendekatan Praktis. Edisi 3. Jakarta. Salemba Medika.
- Republik Indonesia. 2007. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standart Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Republik Indonesia. 2008. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Sugiyono, 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*, Alfabeta: Bandung
- Sugiyono, 2018. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*, penerbit Alfabeta : Bandung
- Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan
- Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tentang Rekam Medis. Pemerinah Republik Indonesia. 2009
- Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tentang Rumah Sakit. Pemerinah Republik Indonesia 2009
- World Health Organization. 2010. International Classification of Disease and Related Health Problem. Geneca: WHO
- Peraturan Presiden No. 12 tahun 2013 tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- Permenkes No. 02.02/Menkes/095/I/2010 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan

Klaim JKN Dengan Kelengkapan Rekam Medik.
<https://rsudmangusada.badungkab.go.id/promosi/read/43/klaim-jkn-dengan-kelengkapan-rekam-medik>

LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Checklist Observasi

N0	TERMINOLOGI MEDIS	KODE TERTULIS	KELENGKAPAN	KEAKURATAN	KODE YANG TEPAT
1.	Vp shunt	02.34	1	1	02.34
2.	Pemasangan kateter urethral	58.5	1	1	58.5
3.	-	87.03	0	0	87.03
4.	-	96.71	0	0	96.71
5.	-	88.49	0	0	88.49
6.	Other apenictomy	56.0	1	0	47.19
7.	EKG	-	0	0	89.52
8.	Infus	93.90	1	1	93.90
9.	Injeksi anti tetanus	-	0	0	99.56
10.	Injeksi anti biotik	-	0	0	99.21
11.	Injeksi analgetik	-	0	0	04.81
12.	Infus 02	93.90	1	1	93.90
13.	Injeksi fototerapi	99.83	1	1	99.83
14.	Spirometry	80.16	1	1	80.16
15.	-	86.43	0	0	86.43
16.	-	03.09	0	0	03.09
17.	-	84.64	0	0	84.64
18.	-	84.59	0	0	84.59
19.	-	87.03	0	0	87.03
20.	Excisional debriderent of want	86.22	1	1	86.22
21.	Ct scan kepala	87.03	1	1	87.03
22.	-	47.09	0	0	47.09
23.	-	46.79	0	0	46.79

24.	Applications of other wound dress	93.57	1	1	93.57
25.	Rirs	56.0	1	1	56.0
26.	Injeksi dj stunt	59.8	1	1	59.8
27.	Jl	74.99	1	1	74.99
28.	Trj transpanasi	01.24	1	1	01.24
29.	Pain manajement	96.71	1	1	96.71
30.	Continuous mechanical ventilation	-	0	0	96.71
31.	Other artamany of ankie	80.17	1	1	80.17
32.	Apenditomi	47.09	1	1	47.09
33.	L abscess	27.0	1	1	27.0
34.	IUFD	-	0	0	656.40
35.	Kateterisasi	59.8	1	1	59.8
36.	-	87.03	0	0	87.03
37.	Modified radical mastectomy	85.43	1	1	85.43
38.	Rebulisasi	93.94	1	1	93.94
39.	-	99.04	0	0	99.04
40.	-	39.95	0	0	39.95
41.	EKG	-	0	0	89.52
42.	-	99.09	0	0	99.09
43.	-	99.04	0	0	99.04
44.	-	87.03	0	0	87.03
45.	Cholecystectomy	51.22	1	1	51.22
46.	Refertondo	83.88	1	1	83.88
47.	Unilateral thyroid lafectomy	06.2	1	1	06.2
48.	Excision	86.3	1	1	86.3
49.	-	99.04	0	0	99.04
50.	Ct scan kepala	-	0	0	87.03

51.	-	47.09	0	0	47.09
52.	La sig	17.36	1	1	17.36
53.	Thorax	87.49	1	1	87.49
54.	-	45.25	0	0	45.25
55.	-	97.62	0	0	97.62
56.	-	39.95	0	0	39.95
57.	-	99.04	0	0	99.04
58.	Rips	56.0	1	1	56.0
59.	Transfusi pre	99.04	1	1	99.04
60.	Transfusi albumin	99.09	1	1	99.09
61.	Thorax	87.49	1	1	87.49
62.	Oksigenasi	-	0	0	93.96
63.	Injeksi	-	0	0	99.29
64.	Trj transpanasi	01.24	1	1	01.24
65.	Resusitasi	96.07	1	1	96.07
67.	02 junction reese	93.99	1	1	93.99
68.	Incubator	93.90	1	1	93.90
69.	-	86.28	0	0	86.28
70.	-	99.04	0	0	99.04
71.	Debridement	86.28	1	1	86.28
72.	Sonography thorax	88.73	1	1	88.73
73.	-	69.02	0	0	69.02
74.	Transfusi albumin	-	0	0	99.07
75.	Transfusi pre	-	0	0	99.04
76.	Rsvb	67.12	1	1	67.12
77.	Transfusi pre	99.04	1	1	99.04
78.	Transfusi albumin 25%	99.04	1	1	99.04
79.	Gonography thorax	-	0	0	87.41

80.		56.0	0	0	56.0
81.	Infus	-	0	0	99.29
82.	Oksigenasi	-	0	0	93.96
83.	Kumbah lambung	-	0	0	96.33
84.	Turp	60.29	1	1	60.29
85.	-	99.04	0	0	99.04
86.	Unilat thyroid lobectomy	06.2	0	1	06.2
87.	-	87.03	0	0	87.03
88.	-	87.03	0	0	87.03
89.	Pips	56.0	1	1	56.0
90.	Pips	56.0	1	1	56.0
91.	Reinse dj	59.8	1	1	59.8
92.	Rs	93.99	1	1	93.99
93.	-	87.03	0	0	87.03
94.	Ct scan kepala	-	0	0	87.03
95.	-	60.29	0	0	60.29
96.	-	03.09	0	0	03.9
97.	Transfuse prc	-	0	0	99.04
TOTAL			44	45	

Lampiran 2. Balasan Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KANJURUHAN
Jalan Panji No.100 Telp (0341) 395041 Fax (0341) 395024
E-mail : rsud-kanjuruhan@malangkab.go.id Website : <http://rsud-kanjuruhan.malangkab.go.id>

KEPANJEN – 65163

Kepanjen, 13 April 2023

Nomor : 072.1/1108/35.07.208/2023
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Jawaban Penelitian

Kepada
Yth: Ketua Program Studi D3 Rekam Medik dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang
Di

M A L A N G

Menunjuk surat dari Ketua Program Studi D3 Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, tanggal 10 April 2023, No surat: PP.08.02/6.1/2881/2022, Perihal: Permohonan Ijin Penelitian, dengan ini diberitahukan bahwa pada prinsipnya kami menyetujui dan mengijinkan kegiatan Penelitian Mahasiswa Program Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang di RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang atas:

Nama : **Muhammad Nauval Amrullah**
NIM : P17410204155
Judul Penelitian : Kelengkapan Dan Keakuratan Kode Tindakan Medis Pasien Rawat Inap Di RSUD Kanjuruhan
Tempat Penelitian : Rekam Medik

Adapun biaya serta hal yang berkaitan dengan kegiatan Penelitian dimaksud menjadi tanggung jawab pihak Penelitian. Selanjutnya sebelum pelaksanaan kegiatan penelitian agar berkoordinasi terlebih dahulu dengan Instalasi Diklitbang Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan Kabupaten Malang.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terimakasih.

a/n DIREKTUR RSUD KANJURUHAN
WAKIL DIREKTUR ADMINISTRASI & KEUANGAN



Tembusan disampaikan kepada
Yth. Sdr:
1. Direktur sebagai laporan
2. Ka.Bag. Prehumsar

f

Lampiran 3. Surat Permohonan Verifikasi Koding

1. Surat Permohonan Verifikasi Koding



**D-3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
JURUSAN KESEHATAN TERAPAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

SURAT PERMOHONAN

Yth. Bapak/Ibu

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Muhammad Nauval Amrullah

NIM : P17410204155

Program Studi : D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Asal Institusi : Poltekkes Kemenkes Malang

Dengan ini saya mengajukan permohonan kepada Bapak untuk dapat menjadi validator koding untuk tugas akhir saya yang berjudul “Kelengkapan dan Keakuratan Kode Tindakan Medis Pasien Rawat Inap Di RSUD Kanjuruhan”. Adapun hasil validasi tersebut akan saya pergunakan untuk menunjang tugas akhir saya sebagai persyaratan memperoleh gelar diploma pada Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

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

Malang, 16 Mei 2023

Pemohon

Muhammad Nauval Amrullah

NIM. P17410204155

Lampiran 4. Surat Pernyataan Kesediaan

2. Surat Pernyataan Kesediaan



**D-3 REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
JURUSAN KESEHATAN TERAPAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ainal . m
Usia : 32 th
Jabatan Fungsional : Staff RM
Masa Kerja : 8 th
Instansi : RM into evapora

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi verifikator koding untuk tugas akhir dari :

Nama : Muhammad Nauval Amrullah
NIM : P17410204155
Program Studi : D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Asal Institusi : Poltekkes Kemenkes Malang
Judul : Kelengkapan dan Keakuratan Kode Tindakan Medis
Pasien Rawat Inap Di RSUD Kanjuruhan

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan penuh tanggung jawab untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 22 Januari 2023

Yang membuat pernyataan

Ainal Mutrofin, A.Md. RM