

# TINJAUAN PENULISAN DIAGNOSIS UTAMA DAN KETEPATAN KODE ICD-10 PADA PASIEN UMUM DI RSUD KOTA SEMARANG TRIWULAN I TAHUN 2012

Retno Dwi Vika Ayu\*); Dyah Ernawati\*\*)

\*) Mahasiswa Fakultas Kesehatan UDINUS

\*\*\*) Staf Pengajar Fakultas Kesehatan UDINUS

## **ABSTRACT**

**Background:** *Public Hospital of Area of Semarang represent the public hospital type B which have used ICD-10 as guidance coding. In the initial survey conducted by researchers of the 30 documents medical record found as many as 47% of medical record document with writing code that does not match. to that end, researchers conducted a study to determine the level of conformity between the writing of the main diagnosis and ICD-10 coding on public patients at the hospital.*

**Method:** *The research use the observation method with the approach crosssectional with the descriptive analytic research type while population from this research are 1323 medical record documents take care of to lodge by sample 93 document taken by technique systematic random sampling.*

**Result:** *Result of writing main diagnosed code match at medical record documents take care of lodge counted 83% documents, and main diagnosed not match counted 16,12% medical record documents take care of lodge. The cause of the discrepancy of the main diagnosis was writing the main diagnosis was not specific and not pay attention to diagnosis code sheet-sheet checks. In addition the background coding clerk who has never followed a training is one of the causes of the discrepancy of the main diagnosis. The conclusion obtained is that to get a diagnosis code compliance is not only influenced by the writing of major-specific diagnosis, but also influenced the telitian officer coding as well as the other factors associated. Therefore, the Clerk to the coding should be given the opportunity to attend training relating to his duties as officer coding. In addition to the coding clerk should be more active and conscientious in finding informasi if found major non-specific diagnosis by analyzing other examination sheet sheets, or if you need to ask the doctor who wrote the diagnosis.*

**Keywords:** *Main Diagnosis, code of diseases, ICD-10*

## LATAR BELAKANG

Penyelenggaraan rekam medis di suatu rumah sakit dapat menjadi bukti bahwa rekam medis sangat dibutuhkan dalam pelayanan pasien. Unit rekam medis adalah suatu unit yang memiliki beberapa sub fungsi, diantaranya fungsi yang mengurus perakitan dan pengendalian (*assembling, koding* dan *indeksing*) serta fungsi yang berperan sebagai penganalisis data pelaporan (*analising* dan *reporting*). Salah satu fungsi pelayanan di rekam medis yang mendukung meningkatnya kualitas data dan pelayanan dirumah sakit adalah *koding*, *koding* adalah fungsi bagian dari rekam medis yang bertugas dalam pengodean jenis penyakit, diagnosis pasien, serta sebab kematian pada pasien. *Koding* dilakukan oleh seseorang yang memang benar-benar terampil di dalam bidangnya dengan menggunakan alat bantu diantaranya buku ICD-10.

Penulisan kode ICD yang tepat berguna untuk memberikan asuhan perawat bagi pasien, membandingkan data morbiditas dan mortalitas dari berbagai negara menyajikan 20 besar penyakit yang ada dirumah sakit yang bersangkutan. Selain itu penulisan kode ICD yang tepat akan memudahkan petugas analising dan reporting untuk membuat pelaporan

rekapitulasi bagi Depkes yang berguna untuk mengetahui 20 besar penyakit dan untuk informasi manajemen rumah sakit dalam pengambilan keputusan secara tepat dan benar. Oleh karena itu petugas koding harus mempunyai pengetahuan dan ketrampilan yang baik tentang cara mengkode diagnosis-doagnosis utama sesuai dengan aturan morbiditas yang telah ditentukan. <sup>(5)</sup>

RSUD Kota Semarang merupakan rumah sakit umum tipe B yang bertujuan memberikan pelayanan masyarakat, informasi kesehatan, penelitian atau pendidikan dibidang kesehatan. RSUD Kota Semarang telah menggunakan ICD-10 sebagai pedoman koding. Pada bagian rawat inap, terdapat dua petugas koding (koder) yang melayani pasien umum maupun pasien asuransi. Setiap harinya, lebih kurang 30 DRM rawat inap pasien umum yang akan di koding. DRM rawat inap yang akan di koding adalah DRM rawat inap yang tiba pada hari sebelumnya, sedangkan DRM rawat inap yang datang hari ini akan di koding di hari berikutnya. Dalam melakukan pengkodean, petugas mempunyai SOP (Standart Oprasional Pekerja) yang dipergunakan sebagai acuan dalam bekerja. Sebelum peneliti melakukan penelitian di RSUD Kota

Semarang, peneliti melakukan survey awal dengan meninjau kesesuaian penulisan diagnosis utama pada 30 DRM rawat inap dengan koding ICD-10. Berdasarkan hasil survey peneliti, ditemukan sebanyak 47% DRM dengan penulisan diagnosis yang kurang sesuai. Ketidaksesuaian didalam pengkodean suatu diagnosis akan berpengaruh terhadap klaim biaya perawatan, administrasi RS, dan kualitas pelayanan yang ada didalam rumah sakit tersebut, oleh karena itu peneliti merasa tertarik untuk mengambil judul "Tinjauan Kesesuaian Antara Diagnosis Utama Dokter dan Koding ICD-10 Pada Pasien Umum di RSUD Kota Semarang Triwulan I Tahun 2012"

## RUMUSAN MASALAH

Meninjau lebih lanjut mengenai kesesuaian diagnosis utama pada dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Kota Semarang triwulan I tahun 2012.

## LANDASAN TEORI

### 1. Rekam Medis

#### a. Pengertian Rekam Medis

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) no.269 tahun 2008 tentang Rekam medis disebutkan bahwa rekam

medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien <sup>(4)</sup>.

#### b. Tujuan Rekam Medis

Tujuan dari pengelolaan Rekam Medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan dalam upaya kesehatan di Rumah Sakit. Tujuan Rumah Sakit secara rinci akan terlihat dalam kegunaan Rekam Medis itu sendiri <sup>(7)</sup>.

#### c. Kegunaan Rekam Medis

- 1) *Administration*
- 2) *Legal*
- 3) *Financial*
- 4) *Research*
- 5) *Documentation* <sup>(2)</sup>.

### 2. Koding

#### a. Pengertian Koding

Koding adalah pemberian penetapan kode diagnosis menggunakan huruf atau angka kombinasi huruf dalam rangka mewakili

komponen data. Sedangkan pengkodean adalah bagian dari usaha pengorganisasian proses penyimpanan dan pengambilan kembali data yang memberi kemudahan bagi penyajian informasi terkait <sup>(1)</sup>.

b. Tujuan Koding

Koding menggunakan ICD-10 bertujuan untuk mendapatkan rekaman sistematis, melakukan analisis, interpretasi, serta membandingkan data morbiditas dan mortalitas yang dilakukan dari berbagai wilayah. ICD-10 digunakan untuk menterjemahkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan dari kata-kata menjadi alfanumerik yang akan memudahkan untuk penyimpanan, pengambilan kembali data dan analisis data <sup>(3)</sup>

c. Berikut adalah cara mengkode ICD-10 :

1) Identifikasi tipe pernyataan yang akan kemudian carilah dalam buku volume 3 pada bagian yang sesuai ( bilamana pernyataan adalah penyakit atau cedera atau kondisi lain di klasifikasikan pada

*chapter*1-XIX atau XXI rujuk pada seksi 1 indek alfabet. Jika pernyataan adalah sebab luar dari cedera atau kejadian diklasifikasikan pada *chapter* XX, rujuk seksi II).

- 2) Temukan *lead terms*, untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda dari kondisi patologi. Namun demikian beberapa kondisi yang dinyatakan dalam bentuk *adjective* maupun *eponym* juga tercantum dalam indeks sebagai "*lead terms*".
- 3) Bacalah semua catatan yang tercantum dibawah "*lead terms*".
- 4) Bacalah semua terminologi yang ada didalam kurung belakang "*lead terms*". (*Modifierr* ini biasanya tidak akan mengubah nomer kode), dan juga semua terminologi yang tercantum di bawah "*lead terms*" ( yang biasanya dapat merubah nomor kodenya ) sampai seluruh kata dalam pernyataan diagnostik telah selesai diikuti.
- 5) Ikuti secara hati-hati *cross, reference* (*see* dan *see*

also) yang terdapat dalam indeks

- 6) Rujukan dalam tabulasi untuk kesesuaian nomor kode yang dipilih, catatan kategori tiga karakter dalam indek dengan *dash* pada posisi ke empat berarti bahwa kategori tiga karakter
- 7) dapat dilihat dari posisi karakter tambahan yang tidak di indek, jika digunakan dapat dilihat pada volume satu.
- 8) Berpedomanlah pada "*inclusion*" atau "*exclusion terms*" yang ada dibawah kode atau dibawah chapter, blok atau diawali kategori.
- 9) Tentukan kode yang sesuai <sup>(9)</sup>.

### 3. ICD – 10

#### a. Pengertian ICD – 10

CD – 10 adalah *International Classification of Disease and Reatd Health Problems – Tenth Revision*. Standart nasional untuk klasifikasi penyakit dan masalah yang terkait kesehatan revisi ke-10 yang dikeluarkan oleh WHO.

#### b. Tujuan ICD

- 1) Menerjemahkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lainnya dari kata-kata menjadi kode

alfanumerik sehingga memudahkan untuk menyimpan *retrievel* dan analisis data.

- 2) Mempengaruhi perekaman sistematis, mempermudah analisis, interpretasi, dan perbandingan dengan data morbiditas dan mortalitas yang terkumpul dari berbagai daerah atau negara pada saat yang berlainan <sup>(3)</sup>.

#### c. Penggunaan ICD di Indonesia

Penggunaan ICD di Indonesia menggunakan ICD-9 berdasarkan SK MenKes tahun 1996 tentang penggunaan revisi 9 yang berlaku di Indonesia. Sedangkan ICD-10 berdasarkan SK Dirjen YanMed No. HK.00.05.14.00744 tahun 1998 dirumah sakit tentang penggunaan klasifikasi Internasional mengenai penyakit revisi kesepuluh (ICD-10) dirumah sakit dan juga berdasar SK MenKes tahun 1998 No:50/Menkes/SK/1/1998 digunakan seluruh Indonesia.

#### d. Struktur ICD – 10

##### 1) Volume

Terdiri dari tiga volume:

##### a) Volume1 : Klasifikasi Utama

Isi: Daftar Tabulasi (klasifikasi), Morfologi, Neoplasma (ICD-10), Daftar Tabulasi, Khusus Definisi

(konstitusi WHO), Regulasi, Nomenkulatur

- b) Volume 2 : Buku Manual Instruksi

Isi : Sejarah dan perkembangan masa yang akan datang Petunjuk (instruksi), Pedoman Penggunaan ICD-10

- c) Volume 3 : Indeks Alfabetik

Isi :

Seksi I : Data semua terminologi klasifikasi Pada chapter 1 – XIX dan XXI, kecuali obat dan bahan kimia.

Seksi II : Indeks penyebab luar dari morbiditas dan mortalitas serta semua terminologi yang diklasifikasikan pada chapter XX.

Seksi III : Daftar obat dan bahan kimia yang dikode sebagai keracunan dan efek samping pada obat chapter XIX dan XX yang menerangkan keracunan karena kecelakaan, bunuh diri, tidak jelas atau efek obat.

- 2) Bab

Terdiri dari 21 bab :

- a) Bab I-XVII : Berhubungan dengan penyakit dan kondisi morbiditas yang lain.

- b) Bab XVIII : Berhubungan dengan gejala, tanda, temuan

klinis dan laboratorium yang abnormal yang tidak diklasifikasi ditempat yang lain.

- c) Bab XIX : Berhubungan dengan perluaan, keracunan, keadaan lain yang disebabkan oleh faktor eksternal.

- d) Bab XX : Berhubungan dengan penyebab eksternal morbiditas dan mortalitas.

- e) Bab XXI : Berhubungan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan, dan alasan-alasan dengan pelayanan kesehatan.

#### 4. Pengertian Diagnosis Utama

Diagnosis sering digunakan oleh dokter untuk menyebutkan suatu penyakit yang diderita seorang pasien atau keadaan yang dapat menyebabkan seorang pasien memerlukan atau mencari atau menerima asuhan medis guna memperoleh pelayanan pengobatan, pencegahan memburuknya masalah kesehatan atau juga untuk peningkatan kesehatan. Sedangkan diagnosis utama adalah penyakit, cacat, luka atau keadaan sakit yang utama dari pasien yang dirawat di rumah sakit.

Batasan diagnosis utama adalah :

- a. Diagnosis yang ditentukan setelah cermat dikaji.
- b. Menjadi alasan untuk dirawat
- c. Menjadi fakta arahan atau pengobatan

## 5. Macam – macam Diagnosis Menurut WHO

- a. *Principal Diagnosis*  
Adalah diagnosis yang ditegaskan pasien setelah dikaji yang terutama bertanggung jawab menyebabkan admission pasien.
- b. *Other Diagnosis*  
Adalah diagnosis selain *principal diagnosis* yang menggambarkan suatu kondisi dimana pasien mendapatkan pengobatan atau dimana dokter mempertimbangkan kebutuhan-kebutuhan untuk memasukkannya dalam pemeriksaan lebih lanjut.
- c. *Complication*  
Suatu diagnosis tambahan yang menggambarkan suatu kondisi yang muncul setelah dimulainya observasi dan perawatan di rumah sakit yang mempengaruhi perjalanan pasien atau asuhan medis yang dibutuhkan oleh pasien <sup>(8)</sup>.

## 6. Faktor – faktor Pengaruh Akurasi Kode Penyakit

- a. 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 ICD10.
- b. 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.
- c. Tenaga Rekam Medis  
Petugas koding sebagai pemberi koding bertanggung jawab atas kakuratan ode 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.

d. Sarana

Sarana pendukung untuk meningkatkan produktifitas koding yaitu ICD-10 (*International Classification of Disease and Related Health Problems – Tenth Revision*) <sup>(8)</sup>.

## 7. Aturan Morbiditas

Informasi harus disusun secara sistematis menggunakan metode standart pencatatan. Adapun yang harus diperhatikan dalam penulisan diagnosis adalah :

a. Detail dan Spesifitas

Masing-masing pernyataan diagnostik harus se-informatif mungkin (selengkap) mungkin agar dapat menggolongkan kondisi-kondisi yang ada kedalam kategori ICD yang paling spesifik.

b. Diagnosis atau gejala yang tak tentu

Bilamana sampai dengan akhir episode perawatan tidak didapatkan diagnosis pasti (*definite*) tentang penyakit atau masalah, maka informasi yang paling spesifik dan kondisi yang diketahui memerlukan perawatan atau pemeriksaan saat itulah yang direkam. Hal ini dilakukan dengan menyatakan suatu gejala, masalah atau temuan abnormal sebagai diagnosis. Pernyataan diagnosis yang ditulis sebagai “mungkin” (*possible*), “dipertanyakan” (*questionable*), atau “curiga” (*suspected*), menunjukkan bahwa kondisi tersebut sudah dipertimbangkan namun belum dapat dipastikan.

c. Alasan non morbid kontak dengan pelayanan kesehatan

Episode asuhan keperawatan atau saat kontak dengan pelayanan kesehatan tidak selalu berkaitan dengan pengobatan atau pemeriksaan penyakit atau cedera saat ini. Episode tersebut juga dapat terjadi manakala seotang yang (mungkin) tidak dalam keadaan sakit namun membutuhkan atau menerima pelayanan kesehatan tertentu. Rincian dari keadaan tersebut diatas haruslah direkam sebagai



'main condition' (kondisi utama).

d. Kondisi ganda

Bilamana suatu periode perawatan menyangkut sejumlah kondisi yang saling terkait (misalnya cedera multiple, sekuele multiple dari cedera atau penyakit sebelumnya, atau kondisi multiple yang terjadi pada penyakit HIV), maka dalam aturan morbiditas ICD-10 dinyatakan bahwa salah satu kondisi yang jelas paling parah serta membutuhkan lebih banyak sumber daya dibandingkan dengan yang lainnya harus direkam sebagai "main condition" (kondisi utama), sedang kondisi yang lain sebagai "other condition". Bila tidak ada kondisi yang lebih dominan, maka istilah seperti "multiple fractures", "multiple head injuries" atau "HIV disease resulting in multiple infections" yang diikuti oleh daftar kondisi tersebut.

e. Kondisi akibat sebab luar

Bilamana suatu kondisi misalnya cedera, keracunan, atau akibat lain dari sebab luar yang terekam, sangat penting artinya untuk menggambarkan secara lengkap kondisi yang ada dan keadaan lingkungan

yang menyebabkan timbulnya hal tersebut.

f. Pengelolaan terhadap sekuelae

Bilamana suatu periode perawatan ditunjukkan untuk perawat atau pemeriksaan dari kondisi residual (sekuele) dari suatu penyakit yang sudah tidak ada lagi, sekuelae tersebut harus digambarkan secara lengkap dan disebutkan kondisi asalnya, disertai indikasi yang jelas bahwa penyakit asalnya sudah tidak ada lagi <sup>(8)</sup>.

## 8. Aturan Reseleksi Kondisi Utama

a. Rule MB 1

Bilamana kondisi minor (tidak penting) atau kondisi yang sudah lama terjadi, atau masalah yang bersifat insidental tercatat sebagai "kondisi utama", sedangkan kondisi yang lebih signifikan dan lebih relevan terhadap pengobatan yang diberikan dan atau yang lebih sesuai dengan spesialisasi yang merawat pasien, terekam sebagai 'kondisi lain', mungkin perlu dilakukan reSeleksi, dimana yang disebutkan terakhir justru menjadi 'kondisi utama'.

b. Rule MB 2

Bilamana beberapa kondisi yang tak dapat dikode dengan kondisi

multiple ataupun kategori kombinasi, terekam sebagai 'kondisi utama' sedangkan rincia lain pada catatan mengacu pada salah satu kondisi sebagai 'kondisi utama' berdasarkan pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien, maka pilihlah kondisi yang terakhir atau pilih yang pertama kali disebutkan, apabila tidak ada keterangan yang memadai.

c. Rule MB 3

Kondisi yang terekam sebagai 'kondisi utama' menunjukkan gejala dari kondisi yang didiagnosis dan dirawat.

d. Rule MB 4

Apabila diagnosis yang direkam sebagai 'kondisi utama' menggambarkan suatu kondisi dengan istilah yang lebih umum (general) sedangkan terminologi yang lebih spesifik atau dapat memberikan informasi yang lebih presisi tentang lokasi atau gambaran lengkap dari kondisi tersebut diletakkan di bagian lain, maka reseleksilah kondisi yang lebih spesifik tadi sebagai 'kondisi utama' yang akan dikode.

e. Rule MB 5

Alternatif dari diagnosis utama apabila gejala disebabkan kondisi lain, pilih gejala tersebut sebagai kondisi utama <sup>(8)</sup>.

**METODOLOGI PENELITIAN**

**1. Jenis Penelitian**

Dalam penelitian ini menggunakan metode survei deskriptif yaitu penelitian yang menguraikan suatu keadaan dalam suatu populasi.

**2. Identifikasi Variabel**

- a. Diagnosis utama
- b. Kode ICD-10
- c. Ketepatan kode ICD-10
- d. Persentase ketepatan kode ICD-10.

**3. Definisi Operasional**

**4. Populasi dan Sampel**

**a. Populasi**

Populasi pada penelitian ini adalah berkas rekam medis rawat inap pada lembar RM 1 bulan Januari – Maret tahun 2012 dengan jumlah populasi sebanyak 1323 dokumen rekam medis.

**b. Sampel**

Penelitian ini menggunakan *systematic random sampling* (pengambilan sampel secara random sistematis). Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan rumus :

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

$$= \frac{1323}{1 + (1323)(0,1^2)}$$

$$= \frac{1323}{14,23}$$

= 92,97

=93 dokumen rekam medis

Keterangan :

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

d = tingkat keakurasian atau kepercayaan 10% (0,1)

Dengan demikian didapatkan sampel untuk dokumen rekam medis rawat inap sejumlah 93 dokumen.

## 5. Sumber Data

### a. Data Primer

Dalam penelitian ini data primer yang digunakan yaitu diagnosis utama pada lembar masuk dan keluar (RM1), serta wawancara langsung pada petugas koding khususnya tentang pelaksanaan koding indeksing di RSUD Kota Semarang.

### b. Data Sekunder

## 6. Pengumpulan Data

### a. Metode pengumpulan data

Cara pengumpulan data yang digunakan dengan melakukan pengamatan langsung pada dokumen rekam medis rawat inap khususnya pada RM1.

### b. Instrumen pengumpulan data

- 1) Check-list
- 2) ICD-10 Volume 1 dan Volume 3
- 3) Wawancara

## 7. Pengolahan Data

- a. Cross-check (editing)
- b. Koding
- c. Calculating

## 8. Analisa Data

Dalam penelitian ini menggunakan analisa data deskriptif yaitu dengan menggunakan tingkat kesesuaian kode diagnosis utama dokumen rekam medis rawat inap apakah sesuai dengan keadaan sebenarnya tanpa melakukan uji statistik.

## HASIL PENGAMATAN

Di RSUD Kota Semarang dilakukan observasi pada lembar masuk dan keluar (RM1). Dari hasil observasi, ditemukan penulisan diagnosis utama yang tidak spesifik. Penulisan diagnosis utama yang tidak spesifik akan mempengaruhi ketepatan kode pada diagnosis utama.

Sehubungan dengan ketepatan kode diagnosis utama pada dokumen rekam medis, masih ditemukan kode yang belum sesuai dengan kriteria. Ketidaktepatan kode diagnosis utama sering dijumpai didalam penulisan pada karakter ke empat. Ketidaktepatan pada penulisan kode diagnosis karakter ke empat di pengaruhi oleh tidak spesifiknya penulisan pada diagnosis utama yang ada.

Hasil penelitian didapat dari total sampel sejumlah 93 DRM. Jumlah kode diagnosis utama yang tepat 78 DRM (83,87%) dan jumlah kode diagnosis utama yang tidak tepat sebesar 15 DRM (16,13%) rawat inap tahun 2012 triwulan I.

Dari jenis diagnosis yang ada pada dokumen rekam medis yang digunakan sebagai sampel, ditemukan ketidaktepatan antara lain :

#### **1. Keloid**

Pada diagnosis Keloid, petugas memberikan kode Z47.0. Kode yang diberikan tidak tepat, karena kode Z47.0 adalah kode yang diberikan kepada pasien yang *follow up care* (datang untuk kontrol) sedangkan pasien disini adalah pasien yang menjalani rawat inap. kode yang tepat adalah L91.0.

#### **2. Malocclusion**

Pada diagnosis Malocclusion, petugas memberikan kode S00.5. Kode yang diberikan tidak tepat, karena kode S00.5 adalah kode yang diberikan kepada pasien yang mengalami trauma karna kecelakaan sedangkan pasien disini adalah pasien yang menderita Malocclusion dengan jahitan pada bibir.

#### **3. Hepatitis**

Pada diagnosis Hepatitis, petugas memberikan kode K30. Kode yang diberikan tidak tepat, karena kode K30 adalah kode diagnosis penyakit

Dyspepsia. Kode yang tepat untuk diagnosis Hepatitis adalah B15.9.

#### **4. KPD (Ketuban Pecah Dini)**

Pada diagnosis KPD (Ketuban Pecah Dini), petugas memberikan kode O42.1. Kode yang diberikan pada karakter ke empat tidak tepat, kode tersebut memang diberikan pada diagnosis KPD (Ketuban Pecah Dini) akan tetapi pada ibu hamil yang ketubannya pecah setelah 24 jam. Pada lembar pemeriksaan penunjang diketahui bahwa ketuban pecah pada saat 16 jam. Kode yang tepat untuk diagnosis KPD (Ketuban pecah Dini) dengan kondisi tersebut adalah O42.0.

#### **5. Febris**

Pada diagnosis Febris, petugas memberikan kode J06.9. Kode yang diberikan tidak tepat, karena kode tersebut adalah kode untuk penyakit ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Atas). Hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan perjalanan penyakit tidak memperlihatkan pasien menderita batuk pilek atau gejala yang menunjukkan penyakit ISPA. Kode yang sesuai untuk diagnosis Febris adalah R50.6.

#### **6. BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah)**

Pada diagnosis BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah), petugas memberikan kode Z30.8. Kode yang diberikan tidak tepat. Z30.8 adalah kode yang digunakan untuk diagnosis Neunatus Aterm. Kode Z30.8 adalah kode yang

diberikan kepada ibu yang melahirkan, bukan pada bayi. Kode yang tepat untuk diagnosis BBLR adalah P07.1 dengan berat bayi antara 1000-2499 gram.

#### **7. TB Paru**

Pada diagnosis TB Paru, adalah diagnosis yang paling sering dijumpai dengan penulisan kode yang tidak tepat. Pada dasarnya kode penyakit TB Paru yang disertai dengan pemeriksaan sputum yang positif menggunakan kode A15.0, akan tetapi kode diagnosis yang digunakan adalah A16.2. Begitu juga sebaliknya, diagnosis utama TB Paru yang tidak disertai dengan pemeriksaan sputum yang positif diberikan kode A15.0 yang seharusnya kode yang sesuai adalah A16.2. Pemeriksaan sputum pada penyakit TB Paru dapat dilihat di hasil pemeriksaan penunjang, pada pemeriksaan penunjang biasanya tertera apakah pasien yang bersangkutan melakukan pemeriksaan sputum. Jika pasien melakukan pemeriksaan sputum, dapat dilihat apakah sputum pasien bernilai positif atau negatif. Hal ini membuktikan bahwa petugas koding di RSUD Kota Semarang kurang teliti dalam menentukan kode diagnosis yang ada, karena untuk menentukan kode diagnosis utama tidak hanya dilihat dari lembar masuk dan keluar pasien yang bersangkutan. Lembar-lembar pemeriksaan lainnya yang ada di DRM

pasien juga sangat menentukan kode diagnosis utama.

#### **8. DM (Diabetes Melitus)**

Selain ketidaksesuaian dalam kode diagnosis utama yang ditulis oleh petugas, dalam penelitian ini dijumpai penulisan diagnosis yang kurang sesuai. Misalnya pada kasus berikut ini, pasien dirawat dengan diagnosis utama adalah DM (Diabetes Melitus), kode yang diberikan adalah E11.8. Pada dasarnya pasien tersebut dirawat karena mengalami diare akut selama 7hari dan DM adalah penyakit yang pernah diderita oleh pasien. Penyakit DM tidak pernah muncul di riwayat perjalanan penyakit pasien selama periode perawatan. Pada kasus seperti ini seharusnya petugas koding lebih jeli dan teliti lagi. Dan seharusnya petugas koding mengklarifikasi ke dokter yang bersangkutan. Agar diperoleh diagnosis utama yang sesuai dan kode diagnosis utama yang sesuai dengan koding ICD 10.

#### **SIMPULAN**

1. Ditinjau dari diagnosis utama pada dokumen rekam medis, ditemukan penulisan diagnosis yang tidak spesifik sehingga kode yang dihasilkan tidak tepat.
2. Ditinjau dari kode diagnosis utama, kode yang digunakan oleh petugas tidak mencakup diagnosis yang dituliskan. Hal ini dibuktikan

dengan adanya penulisan kode diagnosis yang tidak tepat sesuai dengan diagnosis yang ada.

3. Ditinjau dari tingkat kesesuaian kode diagnosis utama yang tepat sebanyak 76 dokumen rekam medis rawat inap dan kode diagnosis yang tidak tepat sebanyak 17 dokumen rekam medis rawat inap.
4. Ditinjau dari perhitungan persentase, kode diagnosis utama yang tepat adalah 83,87% sedangkan kode diagnosis utama yang tidak tepat adalah 16,13%

## **SARAN**

1. Sebaiknya petugas koding diberikan kesempatan untuk mengikuti pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan tugasnya sebagai petugas koding.
2. Prosedur tetap yang ada di RSUD Kota Semarang sebaiknya diperbaharui dengan acuan yaitu prosedur yang ditetapkan oleh WHO. Hal ini bertujuan agar dalam pemberian kode diagnosis, petugas koding lebih teliti dan tetap menggunakan lembar-lembar pemeriksaan lain sebagai informasi sebelum menetapkan kode. Sehingga kedi diagnosis yang dihasilkan tepat sesuai dengan kaidah.

## **DAFTAR PUSTAKA**

Shofari, Bambang. Pengelolaan Sistem Rekam Medis Kesehatan, Semarang. 2004

Depkes RI Dirjen Pelayanan Medik. Pedoman Pengolahan RM Rumah Sakit di Indonesia Revisi 1. Jakarta, 1997

Depkes RI. Dirjen Yanmed. Pelatihan Penggunaan Klasifikasi International Mengenai Penyakit Revisi X (ICD-10). Jakarta. 2000

Depkes RI. PERMENKES NO 269/MENKES/PER/III.2008.

Hapsari, Anita. Tinjauan Penulisan Kode ICD-10 Berdasarkan Diagnosa Pertama Pada Lembar Masuk dan Keluar Dokumen Rekam Medis RS Islam Sultan Agung Triwulan IV Tahun 2003. Semarang, 2004.

Kresnowati, Lily. Hand Out ICD-10 tidak dipublikasikan. Semarang. 2005

Shofari, Bambang. Pengelolaan Sistem Rekam Medis 1 & 2. Semarang, 2004. (tidak dipublikasika)

Kresnowati, Lily. Modul Klasifikasi Tindakan II Morbiditas Coding. Semarang, 2012.

Kresnowati, Lily. & Ariyani, Dessi. Modul Klasifikasi Penyakit dan Tindakan I General Koding. Semarang, 2011.