

Hubungan Kelengkapan Penulisan Diagnosis Dengan Ketepatan Kodefikasi Kasus Cedera Pasien Rawat Inap Di RSUD RAA Soewondo Pati

Kafida Mey Dhani^{1*}, Ambarwati², Hosizah Markam³, Mieke Nurmalasari⁴

^{1,2}Universitas Esa Unggul Jakarta

^{1,2} Jl. Arjuna Utara No 9 Duri Kepa, Kec. Kebun Jeruk Kota Jakarta Barat, Jakarta 11510

*Email: Kafidamey98@gmail.com

Diupload: 2024-09-21, Direvisi: 2025-02-13, Diterima: 2025-12-7

Abstrak — Kelengkapan rekam medis merupakan hal yang sangat penting terutama pada lembar resume medis yang berisi ringkasan diagnosis pasien. Kelengkapan rekam medis sangat berpengaruh terhadap ketepatan kodefikasi penyakit. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan kelengkapan penulisan diagnosis dengan ketepatan kodefikasi kasus cedera pasien rawat inap. Penelitian ini merupakan penelitian survei analitik dengan pendekatan kuantitatif. Populasi penelitian sebesar 94 rekam medis sehingga didapatkan sampel 49 rekam medis dengan teknik *systematic random sampling*. Analisis data penelitian ini menggunakan uji *chi square* dengan desain penelitian *cross-sectional*. Persentase kelengkapan penulisan diagnosis sebesar 46,9% lengkap sedangkan 53,1% tidak lengkap. Ketepatan kodefikasi kasus cedera sebesar 36,7% tepat dan 63,3% tidak tepat sedangkan persentase kodefikasi *external cause* 0% karena tidak dilakukan pengkodean *external cause* oleh petugas. Uji *fishers exact test* menunjukkan bahwa nilai $p = 0,000 \leq 0,05$ artinya ada hubungan yang signifikan antara kelengkapan penulisan diagnosis dengan ketepatan kodefikasi kasus cedera pasien rawat inap di RSUD RAA Soewondo Pati. Penulis menyarankan adanya komunikasi antara petugas rekam medis dengan dokter dan perawat supaya menuliskan dengan lengkap diagnosis dan informasi penunjang tentang penyebab luar (*external cause*) pada kasus cedera, *coder* wajib memberikan kode *external cause* pada kasus cedera serta revisi SOP tentang pemberian kode diagnosis.

Kata kunci – Kelengkapan Diagnosis, Ketepatan Kode, Cedera *External Cause*

Abstract — The completeness of the medical record is very important, especially on the medical resume sheet which contains a summary of the patient's diagnosis. The completeness of the medical record greatly affects the accuracy of the disease codification. This study aims to determine the relationship between the completeness of writing a diagnosis and the accuracy of the coding of cases of injury to inpatients. This research is an analytical survey research with a quantitative approach. The study population was 94 medical records so that a sample of 49 medical records was obtained using a systematic random sampling technique. Data analysis of this study used the chi square test with a cross-sectional research design. The percentage of completeness in writing the diagnosis was 46.9% complete while 53.1% was incomplete. The accuracy of the codeification of injury cases is 36.7% correct and 63.3% is incorrect, while the percentage of external cause coding is 0% because there is no external cause coding by the officer. Fishers exact test showed that the value of $p = 0.000 \leq 0.05$. This means that H_1 is accepted and H_0 is rejected so that there is a relationship between the completeness of writing a diagnosis and the accuracy of the codeification of inpatient cases of injury at the RAA Soewondo Pati Hospital. The author suggests that there is communication between the medical record officer and doctors and nurses in order to write down the complete diagnosis and supporting information about the external cause in the case of injury, the coder is obliged to provide an external cause code in the case of injury and revision of the SOP regarding the provision of a diagnosis code.

Keywords – Completeness of Diagnosis, Code Accuracy, External Cause Injury

Artikel ini dilisensikan di bawah Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA 4.0). Lisensi ini memungkinkan orang lain untuk berbagi dan mengadaptasi karya ini, dengan memberikan kredit yang sesuai kepada penulis dan jurnal, serta mendistribusikan karya turunan di bawah lisensi yang sama.

Copyright © 2025, Kafid, et al.



1. PENDAHULUAN

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Kelengkapan penulisan diagnosis pasien adalah tanggung jawab dokter yang merawat dan tidak boleh diwakilkan. Berdasarkan Permenkes 269/Menkes/Per/III/2008 pasal 2 ayat 1 dinyatakan bahwa rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik[1] Kelengkapan rekam medis sangat berpengaruh terhadap ketepatan kodefikasi penyakit. Ketepatan kodefikasi merupakan ketepatan pemberian kode diagnosis berdasarkan ICD-10 oleh petugas kodefikasi (*coder*) pada rekam medis dengan meneliti hasil diagnosis yang telah ditulis oleh dokter/tenaga medis yang menangani. Tenaga rekam medis harus melaksanakan klasifikasi dan kodefikasi penyakit untuk menciptakan keakuratan dalam pemberian kode diagnosis[2]. Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, seorang perekam medis harus mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai dengan klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia (ICD-10)[3]. Rumah Sakit Umum Daerah RAA Soewondo Pati merupakan rumah sakit milik pemerintah tipe B yang terletak di wilayah Kabupaten Pati Jawa Tengah. Kasus cedera merupakan salah satu kasus terbanyak pasien rawat inap di RSUD RAA Soewondo Pati pada bulan Januari sampai September 2021 dengan jumlah 94 kasus. Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti terhadap 15 rekam medis dari bulan Juni sampai September 2021 kasus cedera pasien rawat inap menunjukkan bahwa kelengkapan penulisan diagnosis *external cause* sebesar 5 (33,3%) rekam medis lengkap dan 10 (66,7%) rekam medis lainnya tidak lengkap hal tersebut karena di formulir resume medis atau formulir Gawat Darurat beberapa tidak dituliskan tempat dan aktivitas pasien saat melakukan kejadian pasien. Ketepatan kode diagnosis cedera 6 (40%) rekam medis tepat dan 9 (60%) rekam medis lainnya tidak tepat karena pengkodean hanya dilakukan sampai digit ke-4 saja dan tidak sampai digit ke-5 yang menunjukkan kasus terbuka atau tertutup. Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang Hubungan Kelengkapan Penulisan Diagnosis dengan Ketepatan Kodefikasi Kasus Cedera Pasien Rawat Inap di RSUD RAA Soewondo Pati Tahun 2021.

2. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan jenis penelitian survei analitik dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian kuantitatif merupakan metode-metode untuk menguji teori-teori tertentu dengan cara meneliti hubungan antar variabel. Penelitian ini meneliti kelengkapan pengisian diagnosis (variabel independen) dengan keakuratan kode diagnosis kasus cedera (variabel dependen) pada waktu yang

bersamaan atau pada satu waktu tertentu, lalu menguji hubungan antara kedua variabel statistik.

Populasi dalam penelitian ini seluruh rekam medis pasien rawat inap kasus cedera pada bulan Januari-September 2021 di Instalasi Rekam Medis RSUD RAA Soewondo Pati sejumlah 94 rekam medis. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan simple random sampling yaitu dilakukan dengan metode undian dengan mengambil sampel secara acak sederhana. Sampel ditentukan dengan menggunakan rumus Taro Yamane/Slovin : $n = \frac{N}{1+Ne^2}$ dengan jumlah populasi 94 rekam medis maka diperoleh sampel sebanyak 49 rekam medis kasus cedera pasien rawat inap.

Sumber data dalam penelitian ini adalah data sekunder dari rekam medis pasien rawat inap kasus cedera. Rekam medis yang diteliti rekam medis pasien rawat inap dengan kasus cedera pada bulan Januari-September tahun 2021. Teknik pengumpulan data menggunakan metode observasi yang dilakukan untuk melakukan pengamatan secara langsung oleh peneliti terhadap rekam medis pasien rawat inap kasus cedera untuk mengetahui kelengkapan penulisan diagnosis dan ketepatan kodefikasi kasus cedera pasien rawat inap berdasarkan ICD-10. Instrumen atau alat yang digunakan untuk mengumpulkan data pada penelitian ini adalah lembar *checklist*, pedoman wawancara dan ICD-10.

Analisis dalam penelitian ini menggunakan analisis univariate yang digunakan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian dan analisis bivariate dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi dengan bantuan SPSS.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Kelengkapan Penulisan Diagnosis Kasus Cedera Pasien Rawat Inap di RSUD RAA Soewondo Pati

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti pada 49 rekam medis kasus cedera pasien rawat inap di RSUD RAA Soewondo Pati pada bulan Januari-September 2021.

Kelengkapan Penulisan Diagnosis	Frekuensi	Persentase
Tidak Lengkap	26	53.1%
Lengkap	23	46.9%
Total	49 Berkas	100.0%

Tabel diatas berdasarkan analisis *univariate IBM SPSS Statistic 26* menunjukkan bahwa dari 49 sampel rekam medis rawat inap kasus cedera di RSUD RAA Soewondo Pati pada bulan Januari-September 2021 terdapat 23 (46,9%) rekam medis dengan penulisan diagnosis kasus cedera lengkap dan 26 (53,1%) rekam

medis penulisan diagnosis kasus cedera tidak lengkap. Contoh hasil yang dilakukan oleh peneliti dengan metode observasi dan *checklist* yang diambil dari rekam medis pasien rawat inap kasus cedera berdasarkan ketidakeengkapan pada pengisian diagnosis kasus cedera pasien rawat inap adalah sebagai berikut :

Diagnosis Utama : *Concussion*

External Cause : Jatuh dari motor post kecelakaan lalu lintas dengan motor lain

Place : Jalan raya

Activity : - (tidak dijelaskan pada lembar assessment gawat darurat atau assessment keperawatn tentang aktivitas pasien pada saat terjadinya kecelakaan).

Menurut WHO (2010) menjelaskan bahwa diagnosis cedera dikatakan lengkap apabila terdapat diagnosis cedera dan penyebab luar (*external cause*) yang menggambarkan sifat kondisi dan keadaan yang menyebabkannya. Informasi *external cause* digunakan untuk menemukan bagian awal dari suatu gejala secara tepat, mengetahui dimana pasien pada saat itu, dan apa yang sedang pasien lakukan saat kejadian[4]. Informasi pasien ini dituliskan oleh dokter atau perawat selaku tenaga medis yang melayani pasien pada lembar anamnesis[5].

Ketepatan Kodefikasi Kasus Cedera Pasien Rawat Inap di RSUD RAA Soewondo Pati

Ketepatan Kodefikasi Kasus Cedera Pasien Rawat Inap

Ketepatan Kodefikasi	Frekuensi	Presentase
Tidak Tepat	31	63.3%
Tepat	18	36.7%
Total	49 berkas	100%

Tabel diatas menjelaskan bahwa hasil analisis *univariate* terhadap 49 rekam medis pasien rawat inap kasus cedera pada bulan Januari-September 2021 di RSUD RAA Soewondo Pati kode diagnosis cedera yang tepat sebanyak 18 (36,7%) rekam medis dan 31 (63,3%) rekam medis tidak tepat pada kasus cedera pasien rawat inap. Menurut hasil wawancara dengan koordinator rekam medis proses pengkodean pada kasus cedera pasien rawat inap mengacu pada diagnosis yang dituliskan oleh dokter di formulir resume medis (ringkasan pulang) dengan menggunakan panduan ICD-10.

Menurut Depkes (2006) menyebutkan bahwa tenaga medis sebagai seorang pemberi kode bertanggung jawab atas ketepatan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis. Hal yang kurang jelas atau yang tidak lengkap, sebelum kode ditetapkan komunikasikan terlebih dahulu kepada dokter yang membuat diagnosis tersebut. setiap pasien yang telah selesai mendapatkan

pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap, maka dokter yang memberi pelayanan harus segera membuat diagnosis akhir[6].

Contoh ketidaktepatan kode kasus cedera pada karakter ke-5 adalah sebagai berikut :

1. Diagnosis utama : *Concussion*
Kode Rumah Sakit : S06.0
Kode Peneliti : S06.00
2. Diagnosis Utama : *Open fracture of right distal phalax of ring finger*
Kode Rumah Sakit : S62.6
Kode Peneliti : S62.61
3. Diagnosis Utama : *Diffuse brain injury*
Kode Rumah Sakit : S06.2
Kode Peneliti : S06.20

Berdasarkan WHO pada ICD-10 tentang jenis cedera (*open/closed*) yaitu 0 untuk kode *closed* dan 1 untuk kode *open* dan apabila ada jenis cedera yang tidak teridentifikasi maka diberi kode 0 sebagai cedera tertutup (*closed*). Faktor yang menyebabkan ketidaktepatan kode diagnosis kasus cedera pasien rawat inap karena *coder* tidak menuliskan kode diagnosis karakter ke-5 yang menunjukkan kasus cedera terbuka (*open*) atau tertutup (*closed*)[4].

Hubungan Antara Kelengkapan Penulisan Diagnosis Dengan Ketepatan Kodefikasi Kasus Cedera Pasien Rawat Inap Di RSUD RAA Soewondo Pati

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig (2-sided)	Exact Sig (1-sided)
Pearson Chi-Square	32.163 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	28.883	1	.000		
Likelihood Ratio	40.353	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	31.506	1	.000		
N of Valid Cases	49				

Hasil uji *fishers exact test* antara kelengkapan penulisan diagnosis dengan ketepatan kodefikasi kasus cedera pasien rawat inap di RSUD RAA Soewondo Pati pada bulan Januari-September tahun 2021 didapatkan hasil nilai sig (p) $0,000 \leq 0,05$ dengan taraf kesalahan 10 % (0,1) artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan penulisan diagnosis dengan ketepatan kodefikasi kasus cedera pasien rawat

inap pada bulan Januari-September tahun 2021 di RSUD RAA Soewondo Pati. Hubungan antara kelengkapan penulisan diagnosis dengan ketepatan kodifikasi kasus cedera pasien rawat inap di RSUD RAA Soewondo Pati yang telah diuji oleh peneliti menunjukkan hasil bahwa penelitian ini sejalan dengan penelitian [7] Setiyoargo et al (2021) yang menunjukkan ada hubungan antara kelengkapan anamnesa dengan keakuratan kode ICD-10 dan juga sejalan dengan penelitian Warsi maryati et al (2018) mengenai kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode diagnosis *Diabetes Mellitus*[8]. Penelitian Pepo, Aurelius & Noor Yulia (2015) menyatakan ada hubungan kelengkapan penulisan diagnosa pada resume medis pasien kasus kebidanan terhadap ketepatan pengkodean klinis rawat inap[9] serta penelitian Mardhatillah (2018) menyatakan bahwa adanya korelasi antara kelengkapan informasi yang mendukung diagnosis *birth asphyxia* dengan keakuratan kode diagnosis. Penyebab terbesar adalah ketidaklengkapan pengisian deskripsi aktivitas bayi[10]

4. PENUTUP

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dapat diambil kesimpulan bahwa :

- 1) Kelengkapan penulisan diagnosis kasus cedera pasien rawat inap di RSUD RAA Soewondo Pati pada bulan Januari-September tahun 2021 dari 49 rekam medis yang diteliti terdapat 23 (46,9%) rekam medis kasus cedera lengkap dan 26 (53,1%) rekam medis kasus cedera tidak lengkap.
- 2) Ketepatan kodifikasi kasus cedera pasien rawat inap di RSUD RAA Soewondo Pati pada bulan Januari-September tahun 2021 dari 49 rekam medis yang diteliti terdapat 18 (36,7%) rekam medis dengan kategori tepat dan 31 (63,3%) rekam medis dengan kategori tidak tepat pada kasus cedera pasien rawat inap. ketepatan kodifikasi penyebab luar (*external cause*) tidak ada yang tepat karena tidak dilakukan pengkodean *external cause* pada kasus cedera rawat inap di RSUD RAA Soewondo Pati.
- 3) Hasil uji *Chi-Square* dengan *IBM SPSS Statistic 26* dengan jumlah sampel 49 rekam medis kasus cedera pasien rawat inap di RSUD RAA Soewondo Pati pada bulan Januari-September tahun 2021 didapatkan nilai *sig* (*p*) $0,000 \leq 0,05$ dengan taraf kesalahan 10% (0,1). Artinya terdapat hubungan yang signifikan antara

kelengkapan penulisan diagnosis dengan ketepatan kodifikasi kasus cedera pasien rawat inap.

Saran

- 1) Komunikasi antara petugas rekam medis dengan dokter dan perawat sebagai petugas medis pertama supaya menuliskan dengan lengkap diagnosis dan informasi penunjang tentang penyebab luar (*external cause*) pada kasus cedera dalam rekam medis pasien.
- 2) Petugas koding (*coder*) wajib memberikan kode *external cause* sebagai pelengkap kodifikasi kasus cedera serta memperhatikan aturan pemberian kode berdasarkan ICD-10 supaya dapat menghasilkan kode yang tepat.
- 3) Revisi SPO tentang pemberian kode diagnosis, supaya pada SPO dituliskan “komunikasi kepada dokter penanggungjawab untuk hal yang kurang jelas supaya menghasilkan kode yang tepat.

5. UCAPAN TERIMA KASIH

Dalam penulisan skripsi ini penulis banyak mendapat saran, kritik, dan bimbingan dari berbagai pihak yang menjadikan penulis dapat menyusun skripsi ini dengan baik dan dapat dipertanggungjawabkan. Oleh karena itu, perkenankan penulis mengucapkan terimakasih untuk seluruh pihak yang terlibat dalam penyusunan skripsi ini.

6. DAFTAR PUSTAKA

- [1]. PERMENKES RI No 269/MENKES/PER/III/2008. permenkes ri 269/MENKES/PER/III/2008. Permenkes Ri No 269/Menkes/Per/Iii/2008 2008 p. 7.
- [2]. Hatta G. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan disarana Pelayanan Kesehatan. Vol. 1, Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan disarana Pelayanan Kesehatan. Universitas Indonesia (UI-Press); 2014. p. 460.
- [3]. RI K. Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan. In: buku digital standar profesi perekam medis dan informasi kesehatan [Internet]. 2020. p. 46. Available from: [http://202.70.136.161:8107/308/2/Buku digital Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan.pdf](http://202.70.136.161:8107/308/2/Buku%20Standar%20Profesi%20Perekam%20Medis%20dan%20Informasi%20Kesehatan.pdf)
- [4]. WHO. International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems of Tenth

- Revision(ICD-10) Vol.2 Instruction Manual. 2010.
- [5]. Mardhatillah. Hubungan Kelengkapan Informasi Penunjang Diagnosis Birth Asphyxia Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Di Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta. *Journal of Information Systems for Public Health*. 2018;3(1).
- [6]. Setiyoargo A, Ariyanti R, Maxelly RO. Hubungan Kelengkapan Anamnesa Formulir Gawat Darurat dengan Ketepatan Kode ICD 10 Sebab Eksternal Kasus Kecelakaan di Rumah Sakit Panti Nirmala Malang.
- [7]. Maryati W, Wannay AO, Suci DP. Hubungan Kelengkapan Informasi Medis Dan Keakuratan Kode Diagnosis Diabetes Mellitus. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*. 2018;1(2):96.
- [8]. Depkes. Pedoman_Penyelenggaraan_Rekam_Medis_R S_2_CKHVAx. 2006. p. 22.
- [9]. External Cause Penyebab Luar Langkah-langkah Koding External Cause.
- [10]. Maryati W, Rosita R, Zanuri AP. Hubungan Antara Kelengkapan Informasi Medis dengan Keakuratan Kode Diagnosis Carcinoma Mammae di RSUD Dr. Moewardi. *Infokes*. 2019;9(1):24.
- [11]. Utami YT, Rosmalina N. Hubungan Kelengkapan Informasi Medis dengan Keakuratan Kode Tuberculosis Paru Berdasarkan ICD-10 pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di BBKPM Surakarta. *Smiknas [Internet]*. 2019;146–52. Available from: <https://ojs.udb.ac.id/index.php/smiknas/article/view/724/650>
- [12]. Pepo AAH, Yulia N. Kelengkapan Penulisan Diagnosa Pada Resume Medis Terhadap Ketepatan Pengkodean Klinis Kasus Kebidanan. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. 2015;3(2).
- [13]. Rahayu Y et all. Kelengkapan Informasi Penunjang dalam Penentuan Keakuratan Kode Diagnosis Fracture Humerus Pasien Rawat Inap di RSUD Dr. Moewardi. *Rekam Medis [Internet]*. 2016;80–8. Available from: <https://ejurnal.stikesmhk.ac.id/index.php/rm/article/view/595>
- [14]. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. p. 1–21.