

Kode>Nama Rumpun Ilmu: 373 / Adm. RS

**LAPORAN AKHIR**  
**PENELITIAN HIBAH BERSAING RISBIN-BOPTN**



**HUBUNGAN ANTARA SPESIFISITAS PENULISAN DIAGNOSIS UTAMA  
DENGAN AKURASI KODE DIAGNOSIS UTAMA DAN KLAIM  
PEMBIAYAAN PADA KASUS PENYAKIT DM DI RSJ Dr RADJIMAN  
WEDIODININGRAT LAWANG**

**PENELITI:**

**dr. Endang Sri Dewi H. S., MQIH**

**NIP. 19620309 198803 2003**

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
POLITEKNIK KESEHATAN MALANG  
JURUSAN PEREKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN MALANG  
2017**

## LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Hasil Penelitian Hibah Bersaing  
Dengan Judul

**HUBUNGAN ANTRA SPESIFIKASI PENULISAN DIAGNOSIS  
UTAMA DENGAN AKURASI KODE DIAGNOSIS UTAMA DAN  
KLAIM PEMBIAYAAN PADA KASUS PENYAKIT DM  
DI RSJ RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG**

Telah Disetujui Dan Disahkan Pada Tanggal 27 Nopember 2017

**Peneliti Utama**


ENDANG SRI DEWI HS, M.QIH

Mengetahui,  
Direktur  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



**BUDI SUSATIA, S.Kp., M.Kes**  
NIP. 19650318 198803 1 002

Menyetujui,  
Ketua Tim Pakar Risbinakes  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



**Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)**  
NIP. 19661225 198903 1 004

## ABSTRAK

Kespesifikan dan ketepatan dalam penulisan diagnosis utama penyakit akan menghasilkan kode diagnosa yang tepat, dan kode yang tepat akan berdampak pada ketepatan tarif *INA-CBGs*. Tujuan penelitian ini menganalisa spesifisitas penulisan diagnosa utama dan keakuratan kode diagnosis utama berdasarkan ICD-10, serta klaim pembiayaan pada kasus penyakit *Diabetes Mellitus* (DM) di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang, serta menganalisa hubungannya. Jenis penelitian adalah *cross sectional correlasional*. Variabel bebasnya adalah spesifisitas penulisan diagnosis utama dan keakuratan kode diagnosis utama, dan variabel terikatnya adalah klaim pembiayaan. Jumlah sampel yang dianalisa sebanyak 50 dokumen rekam medis (DRM) rawat inap kasus penyakit DM dari bulan Januari sampai dengan September 2017, yang dipilih secara *simple random sampling* dengan cara diundi. Hasil analisa ketepatan dan spesifisitas penulisan diagnosis utama penyakit DM di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang sebesar 20%, dengan keakuratan kode diagnosis utamanya sebesar 10% serta kesesuaian klaim pembiayaan sebesar 20%. Hasil uji regresi logistik ganda secara statistik signifikan ( $p < 0,05$ ) menunjukkan adanya hubungan antara spesifisitas penulisan diagnosis utama dengan akurasi kode diagnosis utama dan klaim pembiayaan pada kasus penyakit DM di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang. Sebagai saran perlunya ditindaklanjuti dengan peningkatan kemampuan dokter dan dokter spesialis dalam pemahaman dan penggunaan sistem koding berdasarkan ICD-10 serta yang berkaitan dengan klaim pembiayaan, melalui kegiatan sosialisasi maupun pelatihan, serta segera dibentuk tim verifikasi internal untuk pengajuan klaim pembiayaan.

Kata Kunci : Ketepatan dan spesifisitas diagnosis utama, Akurasi kode, Klaim pembiayaan

## **ABSTRACT**

*Specificity and precision in writing the main diagnosis will give the accuracy of diagnosis code, and proper code will give an impact on the appropriate of the cost using INA-CBGs. Research objectives was to analyze the specificity and precision in writing the main diagnosis and the accuracy of main diagnosis code based on ICD-10, also the claims of financing in the case of Diabetes Mellitus (DM) in RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, as well as analyzed their relationship. This type of research was a cross sectional correlational. Independent variables were the specificity and precision in writing the main diagnosis and the accuracy of main diagnosis code, and the dependent variable was the claim of financing. The number of samples analyzed were 50 inpatient medical record document (MRD) of DM cases which hospitalization from January to September 2017, selected by simple random sampling. The results showed the specificity and precision in writing the main diagnosis of DM cases in RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang was 20%, the accuracy of its main diagnosis code was 10% as well as conformance claims financing was 20%. Double logistic regression test results was statistically significant ( $p < 0.05$ ) showed a relationship between the specificity and precision in writing the main diagnosis with the accuracy of main diagnosis codes and the claim of financing on DM cases in RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang. Suggestions for further is the need for increasing the ability of physicians and specialists in understanding and using the coding system based on ICD-10, also the claims relating to financing, through the activities of socialization or training, as well as internal verification team for claiming financing is formed immediately.*

*Keywords: Specificity and precision in writing the main diagnosis, accuracy of main diagnosis codes, claims financing*

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirabbil'alamin, atas rahmat dan hidayah Allah SWT, Laporan Akhir Penelitian Hibah Bersaing Tahun 2017 dengan judul “Hubungan Antara Spesifisitas Penulisan Diagnosis Utama Dengan Akurasi Kode Diagnosis Utama Dan Klaim Pembiayaan Pada Kasus Penyakit DM Di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat, Lawang” dapat diselesaikan.

Penyusunan Laporan Akhir Penelitian Hibah Bersaing BOPTN ini tidak terlepas dari dukungan, bantuan, bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, ucapan terima kasih peneliti sampaikan kepada yang terhormat:

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memberikan izin dan dukungan dana untuk melakukan penelitian.
2. Ketua Jurusan sekaligus sebagai Ketua Program Studi Diploma III Perkam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memberikan dorongan, dukungan dan kesempatan untuk melakukan penelitian.
3. Direktur RSJ Dr Radjiman Wedyodiningrat Lawang yang telah memberikan ijin pada kami untuk melakukan penelitian di Instalasi Rekam Medik RSJ Dr Radjiman Wedyodiningrat Lawang.
4. Kepala Bidang Rekam Medik RSJ Dr Radjiman Wedyodiningrat Lawang yang telah membantu kami untuk melakukan penelitian di Instalasi Rekam Medik RSJ Dr Radjiman Wedyodiningrat Lawang
5. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan laporan akhir penelitian ini.

Malang, 27 Nopember 2017

Peneliti



Endang Sri Dewi Hastuti Suryandari

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN PENGESAHAN .....	i
ABSTRAK.....	ii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI .....	v
DAFTAR TABEL .....	vii
DAFTAR GAMBAR .....	viii
DAFTAR LAMPIRAN .....	ix
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	4
D. Target Luaran .....	4
E. Kerangka Pikir Penelitian .....	5
F. Hipotesis Penelitian .....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	6
A. Konsep Rumah Sakit.....	6
B. Konsep Rekam Medis .....	6
C. Penyakit Diabetes Mellitus.....	7
D. Diagnosis Utama.....	9
E. Pedoman Pemberian Kode Pada Kasus Penyakit DM Berdasarkan ICD-10 .....	12
F. Pembiayaan .....	17
BAB III METODE PENELITIAN .....	19
A. Jenis Dan Desain Penelitian .....	19
B. Bahan Dan Alat Penelitian .....	19
C. Tempat dan Waktu Penelitian .....	19
D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....	19
E. Populasi, Sampel Penelitian, Teknik Sampling, Besar Sampel.....	21
F. Tahap Penelitian .....	21
G. Metode Analisis .....	22
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	23
A. Hasil Penelitian .....	23

B. Pembahasan.....	31
BAB V    KESIMPULAN DAN SARAN .....	38
DAFTAR PUSTAKA .....	40
JADWAL KEGIATAN .....	43
LAMPIRAN-LAMPIRAN .....	44

## DAFTAR TABEL

No	Judul tabel	Halaman
Tabel 4.1.	Hubungan Spesifisitas Penulisan Diagnosa Dengan Kesesuaian Klaim Biaya .....	28
Tabel 4.2.	Hubungan Keakuratan Kode Diagnosa Utama Dengan Kesesuaian Klaim Biaya .....	28
Tabel 4.3.	Hubungan Spesifisitas Penulisan Diagnosa Dengan Keakuratan Kode Diagnosa Utama.....	29
Tabel 4.4.	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test .....	30
Tabel 4.5	Hasil Uji Multivariat Dengan Uji Regresi Logistik Ganda .....	30
Tabel 5.1.	Jadwal Kegiatan .....	43



## DAFTAR GAMBAR

No	Judul Gambar	Halaman
Gambar 1.1.	Kerangka Pikir Penelitian .....	5
Gambar 4.1.	Spesifikasi Penulisan Diagnosa Utama Penyakit DM .....	26
Gambar 4.2.	Keakuratan Kode Diagnosa Utama Penyakit DM .....	26
Gambar 4.3.	Kesesuaian Klaim Pembiayaan .....	27

## DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran	Judul Lampiran	Halaman
Lampiran 1.	Curriculum Vitae .....	44
Lampiran 2.	SK Penelitian dan Surat Tugas .....	45
Lampiran 3.	Dokumentasi Administrasi Penelitian .....	52
Lampiran 4.	Naskah PSP .....	59
Lampiran 5.	SOP Pengkodean Diagnosa Penyakit .....	61
Lampiran 6.	Logbook Penelitian .....	63
Lampiran 7.	Hasil Entry Data dan Uji Statistik .....	64
Lampiran 8.	Dokumentasi Kegiatan Pengambilan Data, Entry Data dan FGD.....	70

## **BAB I. PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan yang meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Depkes 2008). Sebagaimana diatur dalam Undang-undang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009, bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban menyelenggarakan Rekam Medis (RM), yang termasuk didalamnya diantaranya adalah kegiatan pengkodean diagnosis penyakit.

Diagnosis adalah suatu penyakit atau keadaan yang diderita oleh seorang pasien yang menyebabkan seorang pasien memerlukan atau mencari dan menerima asuhan medis dan tindakan medis (medical care). Kecepatan dan ketepatan coding dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksana yang menangani rekam medis tersebut. Tenaga medis memiliki tanggung jawab menetapkan diagnosis, kemudian tenaga rekam medis yang bertugas menetapkan kode sesuai diagnosis. Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggungjawab dokter (tenaga medis) yang terkait, tidak boleh diubah, oleh karena itu penetapan diagnosis harus spesifik sehingga dapat dikoding dengan akurat. Koding ini harus tepat dan sesuai dengan arahan yang ada pada buku ICD-10. Pelaksanaan pengkodean diagnosis penyakit di rumah sakit merupakan kegiatan yang sangat penting yaitu dengan mengklasifikasikan diagnosis penyakit menjadi beberapa kelompok untuk kepentingan laporan penyakit yang dilakukan rumah sakit setiap bulannya, selain itu juga berperan penting dalam menentukan sistem pembiayaan pada rumah sakit itu sendiri.

Dalam perkembangan pelayanan kesehatan, rekam medis menjadi salah satu faktor pendukung terpenting. Hal tersebut sudah diatur dalam Permenkes RI Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang pengertian, fungsi dan kegunaan rekam medis. Sedangkan tenaga profesi kesehatan yang bertanggung jawab atas keabsahan dan

kelengkapan dokumen rekam medis juga sudah diatur dalam Kepmenkes RI Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang standar profesi perekam medis . Seorang perekam medis harus mampu menetapkan kode penyakit dan kode tindakan dengan tepat sesuai dengan klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia yaitu (*ICD-10*).

Sistem kodifikasi penyakit berdasarkan ICD-10 adalah merupakan pengelompokan penyakit-penyakit yang sejenis ke dalam satu group nomor kode penyakit sejenis sesuai dengan *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision* (ICD-10) untuk istilah penyakit dan masalah yang berkaitan dengan kesehatan (Kasim dalam Hatta, 2013). Dengan ICD-10, semua nama dan golongan penyakit , cedera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan akan menjadi sama diseluruh dunia dengan diterjemahkan ke dalam bentuk alphabet, numerik maupun alfanumerik sesuai dengan kode yang ada dalam ICD-10 (WHO, 2004). Hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis adalah keakuratan dalam pemberian kode diagnosis. Pengkodean yang akurat diperlukan rekam medis yang lengkap dan benar, termasuk penulisan diagnosis penyakit oleh dokter. Rekam medis harus memuat dokumen yang akan dikode seperti pada lembar depan (RM I, lembaran operasi dan laporan tindakan, laporan patologi dan resume pasien keluar). (Hatta. 2013)

Sebagian rumah sakit di Indonesia (sekitar 65%) belum membuat diagnosis yang lengkap dan jelas berdasarkan ICD-10 serta belum tepat pengkodeannya. (Depkes RI. 2008), dimana sebagai salah satu faktor penyebab ketidaktepatan penulisan diagnosis adalah karena dokter tidak menggunakan bahasa terminologi medis dengan benar sehingga diagnosis yang ditulis oleh dokter menjadi tidak tepat dan spesifik sesuai kondisi penyakit masing-masing pasien. Dampak yang terjadi bila penulisan diagnosis tidak tepat adalah pasien mengorbankan biaya yang sangat besar, pasien yang seharusnya tidak minum obat antibiotika tetapi harus diberi antibiotika dan dampak yang lebih fatal beresiko mengancam jiwa pasien. (Hatta. 2013). Kesalahan dalam membaca diagnosis yang terdapat dalam berkas rekam medis, kesalahan dalam menentukan diagnosis utama yang dilakukan oleh dokter, serta kurangnya kemampuan dari petugas pelaksana yang menangani rekam medis, dapat menyebabkan kesalahan dalam menetapkan kode diagnosa. Penelitian tentang

pengaruh ketepatan penulisan diagnosis terhadap akurasi kodefikasi penyakit yang pernah dilakukan oleh Hamid (2013), mengungkapkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis pada nilai  $p = 0,001$ . Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Novita Yuliani di Rumah Sakit Islam Klaten tahun 2009 menunjukkan dari 236 dokumen rekam medis yang diteliti, persentase keakuratan kode diagnosis utama penyakit *Commotio cerebri* pasien rawat inap sebesar 0% untuk karakter kelima sedangkan persentase keakuratan kode diagnosis utama penyakit *Commotio cerebri* pada karakter keempat sebesar 66,52%.

Ketidakakuratan kode diagnosis akan mempengaruhi data dan informasi laporan, ketepatan tarif *INA-CBG's* yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan pasien jamkesmas. Dalam hal ini apabila petugas kodefikasi (*coder*) salah mengkode penyakit, maka jumlah pembayaran klaim juga akan berbeda. Tarif pelayanan kesehatan yang rendah tentunya akan merugikan pihak rumah sakit, sebaliknya tarif pelayanan kesehatan yang tinggi terkesan rumah sakit diuntungkan dari perbedaan tarif tersebut sehingga merugikan pihak penyelenggara jamkesmas maupun pasien.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di bagian rekam medis RSJ Wediodiningrat, ditemukan 3 dari 5 dokumen rekam medis pasien penderita *diabetes mellitus*, pada resume pasien keluar hanya mencantumkan kode diagnosis 3 digit saja yang berarti diagnosis akhir yang ditulis oleh dokter belum spesifik dilengkapi dengan kondisi lain yang ada pada pasien seperti adanya penyerta ketoasidosis, komplikasi pada ginjal dan sebagainya. Sedangkan ditinjau dari segi pembiayaan terhadap 3 dokumen tersebut didapatkan perbedaan besaran pembiayaan yang dibebankan kepada pasien.

Dari latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti tentang hubungan antara spesifisitas penulisan diagnosis utama dengan akurasi kode diagnosis utama dan klaim pembiayaan pada kasus penyakit *Diabetes mellitus* (DM) di RSJ Wediodiningrat Lawang.

**B. Rumusan Masalah:**

Apakah ada hubungan spesifisitas penulisan diagnosis utama dengan akurasi kode diagnosis utama dan klaim pembiayaan pada kasus penyakit DM di RSJ Wediodiningrat Lawang.

**C. Tujuan Penelitian:**

1. Tujuan Umum:

Mengetahui adanya hubungan spesifisitas penulisan diagnosis utama dengan akurasi kode diagnosis utama dan klaim pembiayaan pada kasus penyakit DM di RSJ Wediodiningrat Lawang.

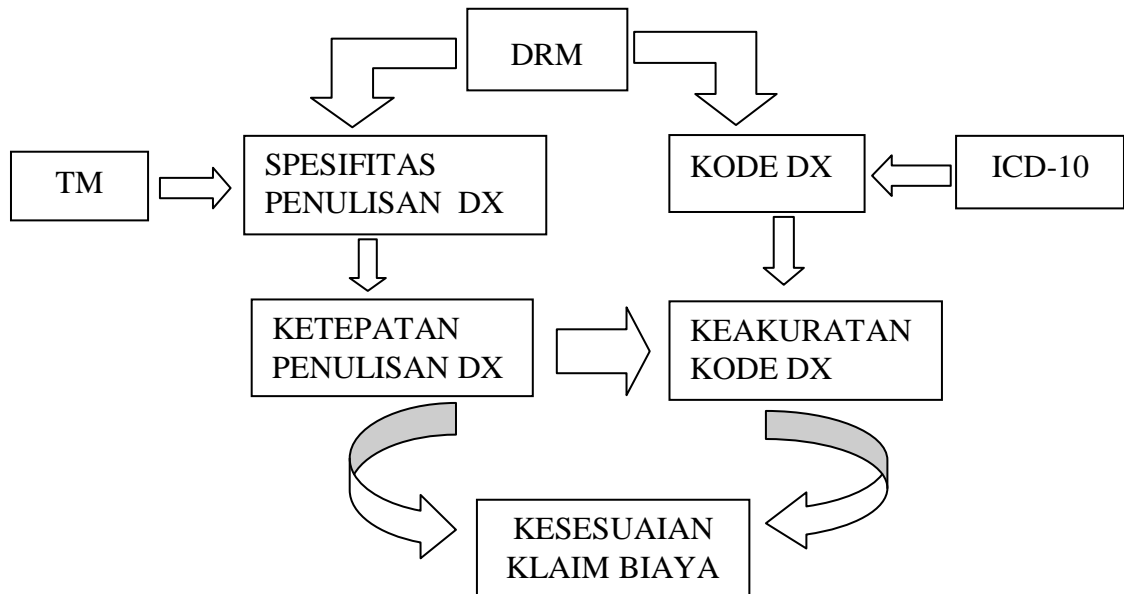
2. Tujuan Khusus:

- a. Mengukur ketepatan spesifisitas penulisan diagnosis utama pada kasus penyakit DM di RSJ Wediodiningrat Lawang.
- b. Mengukur akurasi kode diagnosis utama pada kasus penyakit DM di RSJ Wediodiningrat Lawang.
- c. Mengidentifikasi kesesuaian klaim pembiayaan pada kasus penyakit DM di RSJ Wediodiningrat Lawang.
- d. Menganalisa hubungan antara spesifisitas penulisan diagnosis utama dengan akurasi kode diagnosis utama dan klaim pembiayaan pada kasus penyakit DM di RSJ Wediodiningrat Lawang.

**D. Target Luaran:**

Mengetahui adanya hubungan spesifisitas penulisan diagnosis utama dengan akurasi kode diagnosis utama dan klaim pembiayaan pada kasus penyakit DM di RSJ Wediodiningrat Lawang.

## E. KERANGKA PIKIR PENELITIAN



**Gambar 1.1. Kerangka Pikir**

## F. HIPOTESIS PENELITIAN:

Ha : Ada hubungan antara spesifisitas penulisan diagnosis utama dengan akurasi kode diagnosis utama dan klaim pembiayaan pada kasus penyakit DM di RSJ Wediodiningrat Lawang.

## **BAB II. TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. KONSEP RUMAH SAKIT**

Rumah Sakit merupakan salah satu sarana kesehatan dan tempat penyelenggaraan upaya kesehatan serta suatu organisasi dengan sistem terbuka dan selalu berinteraksi dengan lingkungannya untuk mencapai suatu keseimbangan yang dinamis dan mempunyai fungsi utama melayani masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Permenkes RI No.340 tahun 2010 Tentang Rumah Sakit, menyatakan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Menurut Undang-undang RI no. 44 tahun 2009, Rumah Sakit mempunyai fungsi :

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

### **B. KONSEP REKAM MEDIS**

Menurut Departemen Kesehatan R.I , rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas , anamnesis, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama di rawat di rumah sakit. Tujuan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit, tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tertib administrasi rumah sakit tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Dengan majunya teknologi informasi, kegunaan



rekam medis dapat dilihat dalam 2 kelompok besar. Pertama, yang paling berhubungan langsung dengan pelayanan pasien (primer). Kedua, yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien namun tidak berhubungan langsung secara spesifik (sekunder) (Hatta, 2011). Menurut *Mc. Gibony* dalam Hatta (2011), menyebutkan kegunaan rekam medis dapat dikatakan mencakup unsur : A-L-F-R-E-D yakni *Adalaministrasi* (adalamministrasi), *Legal* (hukum), *Financial* (keuangan), *Research* (penelitian), *Education* (pendidikan), *Documentation* (dokumentasi).

### C. PENYAKIT DIABETES MELLITUS (DM)

Menurut Brunner dan Suddart dalam Corwin (2009), Diabetes melitus merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. M.Clevo Rendy, (2012) mendefinisikan Diabetes mellitus sebagai suatu sindroma gangguan metabolisme dengan hiperglikemia yang tidak semestinya sebagai akibat suatu defisiensi sekresi insulin atau berkurangnya efektifitas biologis dari insulin atau keduanya.

Klasifikasi Diabetes mellitus menurut Brunner and Suddart adalah sebagai berikut:

- a. DM tipe I atau Diabetes mellitus tergantung insulin (IDDM).  
Diabetes tipe ini disebabkan karena destruksi sel beta pankreas yang bertugas menghasilkan insulin. Tipe ini menjurus ke defisiensi insulin absolut. Proses destruksi ini dapat terjadi karena proses imunologik maupun idiopatik.
- b. DM tipe II atau Diabetes Mellitus tidak tergantung insulin (NIDDM).  
Tipe ini bervariasi mulai dari yang predominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai yang predominan gangguan sekresi insulin bersama resistensi insulin.
- c. Diabetes Mellitus yang berkaitan dengan keadaan atau sindrom lain atau diabetes sekunder.
- d. Diabetes Mellitus gestasional atau Diabetes Mellitus kehamilan.

Klasifikasi yang dikembangkan oleh The National Diabetes Data Group of National Institutes of Health (USA) yaitu:

- a) Tipe I *Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)*
- b) Tipe II *Non Insulin Dependent Diabetes mellitus (NIDDM)*
- c) Diabetes melitus sekunder
- d) Diabetes melitus berhubungan dengan malnutrisi

Terdapat dua klasifikasi lain yang berhubungan dengan abnormalitas matabolisme glukosa yaitu:

- a) Kerusakan Toleransi Glukosa (KTG)
- b) Diabetes Melitus Gestasional (DMG)

Etiologi dari penyakit Diabetes mellitus adalah:

- a. *Insulin Dependen Diabetes Mellitus (IDDM)*

Diabetes type ini ditandai oleh penghancuran sel-sel beta pankreas. Kombinasi faktor genetik, imunologi, dan mungkin pula lingkungan diperkirakan turut menimbulkan destruksi sel beta, diabetes ini biasanya terjadi pada usia 30 tahun.

- b. *Non Insulin Dependen Diabetes Mellitus (NIDDM)*

Virus dan HLA tidak nampak berperan dalam proses terjadinya NIDDM. Akan tetapi faktor herediter memainkan peran yang sangat besar. Selain itu terdapat pula faktor resiko tertentu yang berhubungan dengan proses terjadinya DM Type II yaitu usia, obesitas, riwayat keluarga, dan kelomok etnik tertentu.

Komplikasi-komplikasi pada Diabetes melitus menurut (Hartini, 2009) dapat dibagi menjadi dua yaitu :

1. Komplikasi metabolik akut yang terdiri dari dua bentuk yaitu hipoglikemia dan hiperglikemia.
  - Hiperglikemia dapat berupa, Keto Asidosis Diabetik (KAD), Hiperosmolar Non Ketotik (HNK) dan Asidosis Laktat (AL). Hiperglikemi yaitu apabila kadar gula darah lebih dari 250 mg % dan gejala yang muncul yaitu poliuri, polidipsi pernafasan kussmaul, mual muntah, penurunan kesadaran sampai koma

- Hipoglikemi yaitu apabila kadar gula darah lebih rendah dari 60 mg % dan gejala yang muncul yaitu palpitasi, takhicardi, mual muntah, lemah, lapar dan dapat terjadi penurunan kesadaran sampai koma.

## 2. Komplikasi metabolik kronik

Komplikasi metabolik kronik pada dasarnya terjadi pada semua pembuluh darah di seluruh bagian tubuh (*Angiopati diabetik*). *Angiopati diabetik* untuk memudahkan dibagi menjadi dua yaitu: makroangiopati (makrovaskuler) dan mikroangiopati (mikrovaskuler), yang tidak berarti bahwa satu sama lain saling terpisah dan tidak terjadi sekaligus bersamaan.

Komplikasi kronik DM yang sering terjadi adalah sebagai berikut:

- Komplikasi mikrovaskuler : pada organ ginjal dan mata
- Komplikasi makrovaskuler: penyakit jantung coroner, penyakit pembuluh darah kaki, penyakit pembuluh darah otak, neuropati (mikro dan makrovaskuler), mudah timbul ulkus atau infeksi ( mikro dan makrovaskuler ).

## D. DIAGNOSIS UTAMA

Diagnosis adalah kata yang digunakan dokter untuk menyebut suatu penyakit atau gangguan kesehatan seseorang atau suatu keadaan yang menyebabkan seseorang memerlukan, mencari, mendatangi atau menerima asuhan medis dan pelayanan kesehatan (Anggraini M, 2007).

Dalam menentukan suatu diagnosis penyakit ada dua macam diagnosa yang bisa ditetapkan yaitu diagnosa utama dan diagnosa sekunder. Shofari (2002) menyebutkan bahwa diagnosa utama merupakan diagnosa yang paling relevan dalam masa perawatan dan ditegakan pada akhir episode pelayanan setelah dilakukan pemeriksaan yang lebih mendalam. Penentuan diagnosa utama merupakan tanggung jawab dokter yang merawat pasien selama masa perawatan, dimana dari diagnosa yang telah ditetapkan oleh dokter tersebut merupakan salah satu peran penting dalam keakuratan kode diagnosis yang akan mempengaruhi sistem pembiayaan. Jika terdapat lebih dari satu diagnosa pada satu keadaan

pasien, maka dipilih satu diagnosa yang paling banyak menggunakan sumber daya seperti sumber daya tenaga (SDM), bahan habis pakai, peralatan medik, pemeriksaan-pemeriksaan penunjang medis. Jika tidak ada diagnosa yang bisa dijadikan sebagai diagnosa utama, maka gejala atau tanda klinis, keadaan abnormal yang muncul bisa digunakan. Sedangkan diagnosa sekunder adalah diagnosa selain diagnosa utama yang sudah ada sebelum pasien dirawat di Rumah Sakit. Diagnosa sekunder ini muncul sebagai akibat dari tindakan penatalaksanaan perawatan pasien selama dirawat di Rumah Sakit sebagai keadaan komplikasi.

Menurut Anggraeni (2007), macam-macam diagnosa ditinjau dari segi keadaan penyakitnya, yaitu :

- Diagnosa utama (*Principal diagnoses*), yaitu jenis penyakit utama yang diderita pasien setelah dilakukan pemeriksaan yang lebih mendalam
- Diagnosa komplikasi (*Complication diagnoses*), yaitu penyakit komplikasi karena berasal dari penyakit utamanya
- Diagnosa kedua, ketiga dst atau *Co-Morbid Diagnoses*, yaitu penyakit penyerta diagnosis utama yang bukan berasal dari penyakit utamanya atau sudah ada sebelum diagnosis utama ditemukan

Kondisi lain adalah kondisi yang terdapat bersamaan atau berkembang selama episode asuhan kesehatan, dan mempengaruhi asuhan pasien. Kondisi lain yang walau pun berhubungan dengan episode sebelumnya, namun tidak mempengaruhi kondisi saat ini, tidak boleh dicatat. Kalau terdapat lebih dari satu kondisi, harus dipilih kondisi yang membutuhkan penggunaan sumber-daya lebih banyak. Kalau tidak ada diagnosis yang ditegakkan, maka gejala, temuan abnormal, atau masalah pasien harus dipilih sebagai kondisi utama.

Didalam Permenkes Nomor 76 tahun 2016 tentang Pedoman *INA-CBGs* Dalam Pelaksanaan Jamkesmas, dijelaskan bahwa diagnosis utama adalah diagnosis yang ditegakkan oleh dokter pada akhir episode perawatan yang menyebabkan pasien mendapatkan perawatan atau pemeriksaan lebih lanjut. Jika terdapat lebih dari satu diagnosis, maka dipilih yang menggunakan sumber daya paling banyak. Jika tidak terdapat diagnosis yang dapat ditegakkan pada akhir episode perawatan, maka gejala utama, hasil pemeriksaan penunjang yang

tidak normal atau masalah lainnya dipilih menjadi diagnosis utama. Sedangkan diagnosis sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode perawatan. Diagnosis sekunder merupakan komorbiditas dan/atau komplikasi.

Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi yang sudah ada sebelum pasien masuk rawat dan membutuhkan pelayanan kesehatan setelah masuk maupun selama rawat, sedangkan komplikasi adalah penyakit yang timbul dalam masa perawatan dan memerlukan pelayanan tambahan sewaktu episode pelayanan, baik yang disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul akibat dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

Aturan penulisan diagnosis menurut Permenkes Nomor 76 tahun 2016 adalah sebagai berikut :

1. Diagnosis bersifat informatif agar bisa diklasifikasikan pada kode ICD yang spesifik.

Contoh penulisan diagnosis :

- Karsinoma sel transisional pada trigonum kandung kemih
  - Appendisitis akut dengan perforasi
  - Katarak Diabetikum, *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus*
  - Perikarditis Meningokokus
  - Luka bakar derajat tiga di telapak tangan
2. Jika tidak terdapat diagnosis yang dapat ditegakkan pada akhir episode perawatan, maka gejala utama, hasil pemeriksaan penunjang yang tidak normal atau masalah lainnya dipilih menjadi diagnosis utama.
  3. Diagnosis untuk kondisi multipel seperti cedera multipel, gejala sisa (sekuele) multipel dari penyakit atau cedera sebelumnya, atau kondisi multipel yang terjadi pada penyakit *human immunodeficiency virus* (HIV), jika salah satu kondisi yang jelas lebih berat dan lebih banyak menggunakan sumber daya dibandingkan dengan yang lain dicatat sebagai diagnosis utama dan yang lainnya sebagai diagnosis sekunder. Jika tidak ada satu kondisi yang menonjol, maka digunakan ‘fraktur

multipel' atau 'penyakit HIV yang menyebabkan infeksi multipel sebagai diagnosis utama dan kondisi lainnya sebagai diagnosis sekunder.

Jika suatu episode perawatan ditujukan untuk pengobatan atau pemeriksaan gejala sisa (sekuele) suatu penyakit lama yang sudah tidak diderita lagi, maka diagnosis sekuele harus ditulis dengan asal-usulnya.

Contoh :

- Septum hidung bengkok karena fraktur hidung di masa kanak-kanak
  - Kontraktur tendon Achilles karena efek jangka panjang dari cedera tendon
4. Jika terjadi sekuele multipel yang pengobatan atau pemeriksaannya tidak difokuskan pada salah satu dari kondisi sekuele mutipel tersebut, maka bisa ditegakkan diagnosis sekuele multipel. Contoh: "sekuele *cerebrovaskuler accident (CVA)*" atau "sekuele fraktur multipel".

#### **E. PEDOMAN PEMBERIAN KODE PADA KASUS PENYAKIT DM BERDASARKAN ICD-10**

*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision* atau disingkat dengan *ICD-10* adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional. *ICD-10* berisi pedoman untuk merekam dan memberi kode penyakit, disertai dengan materi baru yang berupa aspek praktis penggunaan klasifikasi (WHO, 2004). Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 50/MENKES/SK/I/1998 tentang pemberlakuan klasifikasi statistik internasional mengenai penyakit, revisi kesepuluh, yaitu memberlakukan klasifikasi *ICD-10* secara nasional di Indonesia dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 844/MENKES/SK/X/2006 tentang penetapan standar kode data bidang kesehatan, bahwa *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision (ICD-10)* merupakan acuan yang digunakan di Indonesia untuk mengkode diagnosis.

Menurut *World Health Organization (WHO)*, *Coding* (kodefikasi) adalah proses pengklasifikasian data dan penentuan *code* (sandi) nomor/ alfabet/

alfanumerik untuk mewakilinya. *ICD-10* menggunakan kode kombinasi yaitu abjad dan angka (*Alpha Numerical*). Data di sini adalah sebutan diagnose pasien yang dinyatakan dokter terkait. Fungsi dasar *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision (ICD-10)* adalah sebagai suatu metode pengklasifikasian penyakit, cedera dan sebab kematian, untuk tujuan pengolahan data secara statistik. Insidens morbiditas dan mortalitas bisa direkam dalam aturan yang sama sehingga bisa dikomparasi. Tujuan dilakukan pengkodean diagnose penyakit adalah untuk memudahkan pencatatan, pengumpulan dan pengambilan kembali informasi sesuai diagnose ataupun tindakan medis-operasi yang diperlukan; memudahkan entry data ke database komputer yang tersedia (satu *code* bisa mewakili beberapa terminologi yang digunakan para dokter); menyediakan data yang diperlukan oleh sistem pembayaran/penagihan biaya yang dijalankan; memaparkan indikasi alasan mengapa pasien memperoleh asuhan/ perawatan/ pelayanan (justifikasi runtunan kejadian), serta menyediakan informasi diagnose dan tindakan bagi riset, edukasi dan kajian asesment kualitas keluaran/ *outcome* (legal dan otentik).

Pengkodean diagnose merupakan proses yang kompleks, karena harus melibatkan dokter, perawat, pengkode, dan petugas rekam medis yang lain, peng-*entry* data diagnosis, auditor hasil pengkodean, dan lain-lainnya. Kerja sama antara perawat, dokter dengan petugas rekam medis yang ada sangat diperlukan untuk menghasilkan suatu pengkodean yang tepat dan akurat dalam rangka memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien. Pelaksanaan kodefikasi penyakit sangatlah penting dalam mengklasifikasikan penyakit menjadi beberapa kelompok untuk kepentingan laporan penyakit yang dilakukan rumah sakit setiap bulannya, selain itu berperan penting dalam menentukan sistem pembiayaan pada rumah sakit itu sendiri.

Menurut Kasim dalam Hatta (2011), pengkodean yang sesuai dengan *ICD-10* adalah melalui 9 langkah yaitu:

- a. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode, dan buka volume 3 *Alphabetical Index* (kamus). Bila pernyataan adalah istilah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada Bab I-XIX dan XXI (Z00-Z99), lalu gunakan

istilah tersebut sebagai “lead term” untuk dimanfaatkan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi 1 indeks (Volume 3). Bila pernyataan adalah penyebab luar (external cause) dari cedera (bukan nama penyakit) yang ada di Bab XX (Volume 1), lihat dan cari kodenya pada seksi II di Indeks (Volume 3).

- b. “*Lead term*” (kata panduan) untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologisnya. Sebaiknya jangan menggunakan istilah kata benda anatomi, kata sifat atau kata keterangan sebagai kata panduan. Walaupun demikian, beberapa kondisi ada yang diekspresikan sebagai kata sifat atau eponim (menggunakan nama penemu) yang tercantum di dalam indeks sebagai “*lead term*”.
- c. Baca dengan seksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul di bawah istilah yang akan dipilih pada Volume 3.
- d. Baca istilah yang terdapat dalam tanda kurung “( )” sesudah *lead term* (kata dalam tanda kurung = modifier , tidak akan mempengaruhi kode). Istilah lain yang ada di bawah lead term (dengan tanda (-) minus = idem = indent) dapat mempengaruhi nomor kode, sehingga semua kata - kata diagnostik harus diperhitungkan).
- e. Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (*cross references*) dan perintah *see* dan *see also* yang terdapat dalam indeks.
- f. Lihat daftar tabulasi (Volume 1) untuk mencari nomor kode yang paling tepat. Lihat kode tiga karakter di indeks dengan tanda minus pada posisi keempat yang berarti bahwa isian untuk karakter keempat itu ada di dalam volume 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indek (Volume 3). Perhatikan juga perintah untuk membubuhi kode tambahan ( *additional code* ) serta aturan cara penulisan dan pemanfaatannya dalam pengembangan indeks penyakit dan dalam sistem pelaporan morbiditas dan mortalitas.
- g. Ikuti pedoman *Inclusion* dan *Exclusion* pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (chapter ), blok, kategori, atau subkategori.
- h. Tentukan kode yang anda pilih.



- i. Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk memastikan kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan.

Kecepatan dan ketepatan pengkodean dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksana yang menangani rekam medis tersebut, yaitu: tenaga medis dalam menetapkan diagnosis, tenaga perekam medis sebagai pemberi kode dan tenaga kesehatan lainnya.

Keakuratan kode diagnosis merupakan penulisan kode diagnosis penyakit yang sesuai dengan klasifikasi yang ada di dalam *ICD-10*. Kode dianggap tepat dan akurat bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan. Keakuratan kode diagnosis pada berkas rekam dipakai sebagai dasar pembuatan laporan. Kode diagnosis pasien apabila tidak terkode dengan akurat maka informasi yang dihasilkan akan mempunyai tingkat validasi data yang rendah, hal ini tentu akan mengakibatkan ketidakakuratan dalam pembuatan laporan, misalnya laporan morbiditas rawat jalan, laporan sepuluh besar penyakit ataupun klaim Jamkesmas. Dengan demikian, kode yang akurat mutlak harus diperoleh agar laporan yang dibuat dapat dipertanggungjawabkan

Menurut Abdelhak dalam AHIMA (2010), bahwa kode diagnosis atau tindakan tidak valid atau tidak sesuai dengan isi dalam berkas rekam medis, diagnosis yang terdapat dalam berkas rekam medis yang tidak lengkap, serta kesalahan dalam menentukan diagnosis utama yang dilakukan oleh dokter, dapat mengakibatkan terjadinya kesalahan dalam mengkode diagnosis penyakit pasien

Pada kasus penyakit DM, cara pengkodean dengan memperhatikan catatan (*noted*) yang ada seperti:

- Penambahan *external cause code (Chapter XX)*, jika dibutuhkan untuk mengidentifikasi obat-obatan sebagai faktor penyebab terjadinya DM
- Penambahan karakter ke empat untuk kasus-kasus penyakit DM yang disertai komplikasi, seperti:

- **.0** With coma
  - Diabetic:
    - coma with or without ketoacidosis
    - hyperosmolar coma
    - hypoglycaemic coma
    - Hyperglycaemic coma NOS
- **.1** With ketoacidosis
  - Diabetic:
    - acidosis                    } without mention of coma
    - ketoacidosis                }
- **.2†** With renal complications
  - Diabetic nephropathy (N08.3\*)
  - Intracapillary glomerulonephrosis (N08.3\*)
  - Kimmelstiel-Wilson syndrome (N08.3\*)
- **.3†** With ophthalmic complications
  - Diabetic:
    - cataract (H28.0\*)
    - retinopathy (H36.0\*)
- **.4†** With neurological complications
  - Diabetic:
    - amyotrophy (G73.0\*)
    - autonomic neuropathy (G99.0\*)
    - mononeuropathy (G59.0\*)
    - polyneuropathy (G63.2\*)
    - autonomic (G99.0\*)
- **.5** With peripheral circulatory complications
  - Diabetic:
    - gangrene
    - peripheral angiopathy† (I79.2\*)
    - ulcer
- **.6** With other specified complications
  - Diabetic arthropathy† (M14.2\*)
  - neuropathic† (M14.6\*)
- **.7** With multiple complications
- **.8** With unspecified complications
- **.9** Without complications

Ada kalanya terjadi klasifikasi ganda (*dual classification*), yaitu kode diagnosis yang berjumlah 2 kode. Ini berlaku bagi beberapa diagnosis tertentu. Kode yang pertama adalah kode yang disertai dengan tanda † (*dagger*) dan kode

yang kedua dengan tanda \* (*asterisk*). Kode ber- dagger (†) adalah penyakit penyebabnya, sedang kode ber- asterisk (\*) adalah menjelaskan manifestasinya pada organ tubuh dari penyakit penyebabnya. Kode model ini banyak digunakan pada penyakit infeksi menular dan juga pada penyakit-penyakit sistem organ tubuh tertentu. Contoh klasifikasi ganda:

- |                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| - Diabetic Juvenile nephropathy | No: E10.2† N08.3* |
| - NIDDM cataract                | No: E11.3† H28.0* |
| - NIDDM arthropathy             | No: E11.6† M14.2* |

## F. PEMBIAYAAN

Pembiayaan adalah semua biaya yang dikenakan kepada pasien meliputi setiap tindakan pengobatan dan jasa pelayanan yang diberikan rumah sakit kepada pasien sampai pasien tersebut dinyatakan keluar dari rumah sakit.

Dalam menetapkan pembiayaan sebagian besar rumah sakit swasta masih menggunakan sistem *fee for services* yaitu pasien dikenakan biaya pada setiap pemeriksaan dan tindakan sesuai dengan pola tarif yang ada di masing-masing rumah sakit, sehingga besarnya biaya pengobatan dan perawatan tergantung pada setiap tindakan pengobatan dan jasa pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.

Sedangkan pembiayaan untuk pasien Jamkesmas, rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta yang memberikan pelayanan Jamkesmas di seluruh Indonesia telah menggunakan sistem tarif prospektif secara paket. Pada sistem ini besaran tarif yang dikenakan ditentukan berdasarkan diagnosa penyakit pasien (*diagnostic related group*) yaitu berdasarkan diagnosis keluar pasien selesai perawatan, dimana rumah sakit menentukan penggantian biaya perawatan pasien berdasarkan rata-rata biaya yang telah dikeluarkan oleh pihak rumah sakit selama memberikan penatalaksanaan satu diagnosis penyakit. Diagnosis tersebut selanjutnya dikode berdasarkan pedoman standar *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem* (ICD-10). Sedangkan untuk tindakan dan obat yang akan diberikan kepada pasien telah ditentukan, sehingga sebanyak apapun tindakan medis yang diberikan biaya yang ditetapkan kepada pasien akan tetap sama (konstan). Sistem pembiayaan yang demikian ini dinamakan sistem *Indonesian - Case Based Groups* atau disebut sistem paket tarif

INA CBGs. INA-CBGs adalah sistem pengelompokan penyakit pasien berdasarkan ciri klinis yang sama dan sumber daya yang digunakan dalam pengobatan. Pengelompokan ini ditujukan untuk pembiayaan kesehatan pada penyelenggaraan jaminan kesehatan sebagai pola pembayaran yang bersifat prospektif. Kementerian Kesehatan RI sejak tahun 2010 telah memberlakukan sistem INA CBGs untuk program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Tarif ini diberlakukan untuk perhitungan biaya klaim bagi pasien Jamkesmas yang dirawat atau mendapat layanan kesehatan di rumah sakit penerima Jamkesmas.

## **BAB III. METODE PENELITIAN**

### **A. JENIS DAN DISAIN PENELITIAN**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan *study korelasi* yaitu mencari hubungan antara satu keadaan dengan keadaan lain yang terdapat dalam satu populasi yang sama (Siswanto, 2013). Dalam hal ini adalah hubungan antara spesifisitas penulisan diagnosis utama dengan akurasi kode diagnosis utama dan klaim pembiayaan pada kasus penyakit DM di RSJ Wediodiningrat Lawang. Rancangan penelitian ini adalah *cross sectional*. Di dalam penelitian *cross sectional* (seksional silang), variable spesifisitas penulisan diagnosis utama, keakuratan kode diagnosis utama serta klaim pembiayaan dilakukan dengan cara observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Artinya, tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja pada saat yang sama dan pengukuran dilakukan terhadap variable subjek pada saat pemeriksaan. (Notoatmodjo, 2010).

### **B. BAHAN DAN ALAT PENELITIAN**

- Check list observasi
- Buku Terminologi Medis
- Buku ICD-10 Volume 1, 2 dan 3

### **C. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN**

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Rekam Medik RSJ Wediodiningrat Lawang. Untuk pengambilan data telah dilakukan sejak tanggal 28 September 2017. (Log book kegiatan terlampir)

### **D. VARIABEL PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL**

1. Variabel dalam penelitian ini ada dua, yaitu :
  - a. Variabel bebas : spesifisitas penulisan diagnosis utama (X1) dan keakuratan kode diagnosis utama (X2)
  - b. Variabel terikat : klaim pembiayaan (Y)

## 2. Definisi Operasional:

- a. Spesifisitas penulisan diagnosis utama adalah penulisan diagnosis pasien rawat inap dengan menggunakan bahasa terminologi medis yang tepat dan terinci sesuai klasifikasi penyakit DM, oleh dokter yang merawat yang terdapat pada berkas rekam medis kasus penyakit diabetes mellitus. Cara pengukuran dengan melakukan observasi terhadap spesifisitas penulisan diagnosa utama, dengan skala pengukuran : nominal, yaitu diberikan skor 2 jika penulisan diagnosis telah menggunakan bahasa terminologi medis dengan tepat dan terinci, dan skor 1 jika penulisan diagnosis tidak menggunakan bahasa terminologi medis dengan tepat dan terinci sesuai klasifikasi DM.
- b. Keakuratan kode diagnosis utama adalah ketepatan pemberian kode diagnosis berdasarkan ICD-10 oleh petugas kodefikasi (*coder*) pada berkas rekam medis dengan meneliti hasil diagnosis utama yang telah ditulis oleh dokter/ tenaga medis yang menangani. Cara pengukuran dengan melakukan observasi terhadap kode diagnosa utamanya dengan skala pengukuran : nominal, yaitu diberikan skor 2 jika penentuan kode diagnosis utama tepat sesuai dengan aturan yang terdapat pada ICD-10 dan skor 1 jika penentuan kode diagnosis tidak sesuai dengan aturan yang terdapat pada ICD-10.
- c. Klaim pembiayaan adalah besaran biaya yang dikenakan kepada pasien berdasarkan diagnosa penyakit yang ditetapkan pada pasien tersebut saat sudah diperbolehkan pulang (keluar dari rumah sakit). Dalam hal ini besaran biaya dihitung mengacu pada sistem paket tarif INA CBGs. Cara pengukuran dengan memeriksa besaran biaya yang sudah ditetapkan dibandingkan dengan biaya yang seharusnya dikenakan berdasarkan spesifisitas diagnosa utama yang tepat dan kode yang akurat. Skala pengukuran : nominal, yaitu diberikan skor 2 jika biaya yang telah ditetapkan sudah sesuai dengan spesifisitas diagnosa utama dan kode yang akurat, dan skor 1 jika biaya yang telah ditetapkan tidak sesuai dengan spesifisitas diagnosa utama dan kode yang akurat.

## E. POPULASI, SAMPEL PENELITIAN, TEHNIK SAMPLING, BESAR SAMPEL

1. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh berkas rekam medis rawat inap kasus penyakit DM bulan Januari sampai dengan September 2017 di Instalasi Rekam Medis RSJ Wediodiningrat Lawang sejumlah 99 DRM.
2. Sampel: untuk penentuan jumlah sampel dengan tehnik penentuan besar sampel menggunakan rumus Taro Yamane/Slovin:

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

dimana:

n = Jumlah sampel

N = Jumlah Populasi

d<sup>2</sup> = Presisi ( ditetapkan 10% dengan tingkat kepercayaan 95%)

Berdasarkan rumus tersebut, dengan jumlah populasi 99, maka diperoleh jumlah sampel 50 dokumen rekam medis kasus DM untuk pasien rawat inap. Pengambilan sampel DRM menggunakan tehnik pengambilan sampel secara *simple random sampling* dengan memilih DRM melalui undian.

## F. TAHAP PENELITIAN

Pertama, dilakukan pemilihan dokumen rekam medis rawat inap kasus penyakit DM periode bulan Januari – September 2017, dan diambil sejumlah 50 sampel dokumen rekam medis rawat inap dengan tehnik *simple random sampling*, untuk dilakukan pemeriksaan terhadap spesifisitas penulisan diagnosis utama kasus penyakit DM di tiap-tiap dokumen rekam medis berdasarkan terminologi medis yang tepat dan spesifik serta dilakukan skoring. Kedua, dilakukan pengukuran akurasi pengkodean diagnosa utama berdasarkan *ICD-10*. Tahap ketiga menganalisa kesesuaian biaya klaimnya. Selanjutnya dilakukan uji statistik hubungan antara variabel spesifisitas penulisan diagnosis utama kasus penyakit DM dengan variabel akurasi pengkodean diagnosa utama dan klaim pembiayaan. Sebagai tindak lanjut dilakukan FGD untuk menggali pendapat dari tenaga medis sebagai penanggung jawab penulisan diagnosa penyakit pasien, Ketua Komite

Medik, Kepala Bidang Rekam Medik, tenaga pengode dan verifikator internal serta verifikator BPJS.

## **G. METODE ANALISIS**

Pengolahan Data akan dilakukan melalui tahapan *editing, coding, tabulating* dan selanjutnya dilakukan *entry* data.

Analisis Data akan dilakukan melalui 2 tahap yaitu:

1. Analisis Deskriptif (analisa univariat), untuk mendapatkan gambaran spesifisitas penulisan diagnosis utama yang menggunakan bahasa terminologi medis yang tepat, keakuratan kode diagnosis utama dan klaim pembiayaan pada kasus penyakit DM berdasarkan *ICD-10*.
2. Analisis hubungan dilakukan untuk menguji hubungan spesifisitas penulisan diagnosis utama dengan keakuratan kode diagnosis utama dan klaim pembiayaan pada kasus penyakit DM. Uji yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji korelasi berganda. Analisis hubungan dilakukan dengan melakukan analisa bivariat dan multivariat. Pengolahan dan analisis data dalam penelitian ini akan menggunakan bantuan paket *SPSS* dengan kriteria pengambilan keputusan :
  - a.  $H_0$  diterima jika nilai  $p > 0,05$  artinya tidak ada hubungan antara spesifisitas penulisan diagnosis utama dengan keakuratan kode diagnosis utama dan klaim pembiayaan pada kasus penyakit DM.
  - b.  $H_0$  ditolak jika nilai  $p \leq 0,05$  artinya ada hubungan antara spesifisitas penulisan diagnosis utama dengan keakuratan kode diagnosis utama dan klaim pembiayaan pada kasus penyakit DM.



## **BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **A. HASIL PENELITIAN:**

#### **1. Gambaran Umum RSJ Dr Rajiman Wediodiningrat Lawang**

Pelayanan kesehatan yang diberikan di Rumah Sakit Jiwa Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang adalah pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Selain melayani pasien dengan gangguan jiwa (psikiatrik) di Rumah Sakit Jiwa Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang juga melayani pasien dengan gangguan fisik (non psikiatrik).

Jenis pelayanan yang ada di Rumah Sakit Jiwa Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang sebagai berikut :

##### **a. Pelayanan Medik Umum**

1. Pelayanan Medik Dasar
2. Pelayanan Medik Gigi Mulut
3. Pelayanan KIA/KB

##### **b. Pelayanan Gawat Darurat**

1. 24 Jam & 7 hari seminggu

##### **c. Pelayanan Medik Dasar**

1. Penyakit Dalam
2. Kesehatan Anak
3. Bedah
4. Obstetri & Ginekologi

##### **d. Pelayanan Spesialis Penunjang Medik**

1. Radiologi
2. Patologi Klinik
3. Anestesiologi
4. Rehabilitasi Medik

##### **e. Pelayanan Medik Spesialis lain**

1. Kulit dan Kelamin
2. Kedokteran Jiwa

##### **f. Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut**

1. Orthodonti
2. Periodonti
3. Prosthodonti
4. Pedodonti
5. Penyakit Mulut

**g. Pelayanan Medik Subspesialis**

1. Bedah
2. Penyakit Dalam
3. Kesehatan Anak
4. Obstetri & Ginekologi
5. Paru
6. Gigi Mulut

**h. Pelayanan keperawatan dan kebidanan**

1. Asuhan keperawatan
2. Asuhan kebidanan

**i. Pelayanan penunjang klinik**

1. Perawatan Intensif ( ICU )
2. Gizi
3. Farmasi
4. Sterilisasi Instrumen
5. Rekam medis

**j. Pelayanan penunjang non klinik**

1. Laundry/linen
2. Jasa Boga/Dapur
3. Teknik dan pemeliharaan fasilitas
4. Pengelolaan limbah
5. Gudang
6. Ambulance
7. Komunikasi
8. Kamar Jenazah
9. Pemadam Kebakaran
10. Pengelolaan Gas Medik

## 11. Penampungan Air Bersih

### **k. Pelayanan Khusus**

1. Akupuntur
2. Foto Aura
3. Fisiotherapi
4. Klinik Autis / Berkebutuhan Khusus
5. Klinik Kulit dan Kecantikan
6. Klinik Psikologi dan Intelegensia
7. Napza
8. Psikogeriatri
9. Kesehatan Jiwa

### **l. Layanan Unggulan**

1. Yang sudah ada : Psikogeriatri
2. Yang akan dikembangkan : Pusat Intelegensia.

Jumlah total kunjungan pasien rawat inap di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2016 sebanyak 4252 pasien dan dari bulan Januari sampai bulan September tahun 2017 sebanyak 3438 pasien.

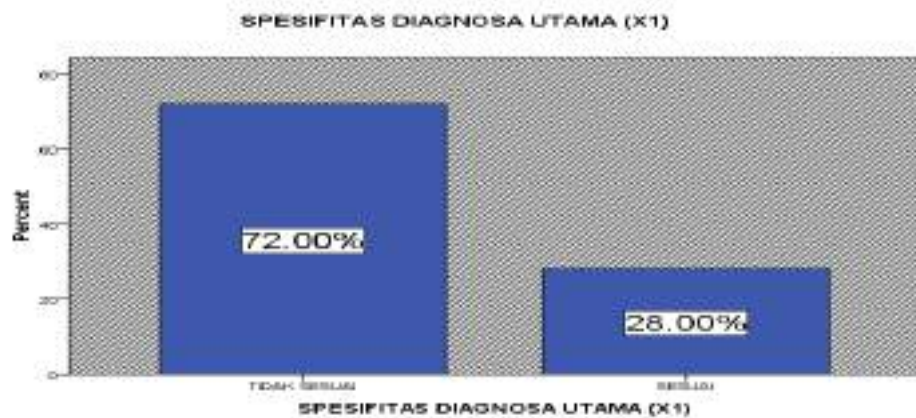
## **2. Gambaran Khusus**

Dari jumlah total pasien rawat inap di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang pada tahun 2016 sebanyak 4252 pasien, 121 pasien diantaranya adalah pasien yang dirawat dengan diagnosa Diabetes Mellitus (DM). Sedangkan jumlah pasien rawat inap hingga bulan September tahun 2017 sebanyak 3438 pasien, 99 pasien diantaranya di diagnosa penyakit DM.

RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang sejak bulan Maret 2017 sudah menggunakan rekam medis elektronik (RME), sehingga seluruh data pasien sudah terekam secara elektronik. Di dalam aplikasi elektronik tersebut juga sudah dilengkapi dengan kode diagnosa penyakit yang mengacu pada standar klasifikasi dan kodefikasi ICD-10 dari WHO.

## 2.1. Ketepatan Spesifisitas Penulisan Diagnosis Utama Pada Kasus DM

Pada analisa univariat untuk penilaian ketepatan spesifitas penulisan diagnosa utama kasus penyakit DM, dapat dilihat dari pie diagram pada Gambar 4.1. dibawah ini:



**Gambar 4.1. Spesifikasi Penulisan Diagnosa Utama Penyakit DM**

Dari Gambar 4.1. diperoleh bahwa dari 50 sampel dokumen rekam medis terdapat 36 dokumen (72%) yang tidak spesifik dalam penulisan diagnosa utama penyakitnya dan hanya 14 dokumen (28%) yang penulisan diagnosa penyakit DMnya sudah tepat dan spesifik.

## 2.2. Akurasi Kode Diagnosis Utama Pada Kasus Penyakit DM

Sedangkan untuk keakuratan kode diagnosa kasus penyakit DM dapat dilihat dari pie diagram pada Gambar 4.2 dibawah ini:



**Gambar 4.2. Keakuratan Kode Diagnosa Utama Penyakit DM**

Dari Gambar 4.2. diperoleh bahwa dari 50 sampel dokumen rekam medis terdapat 45 dokumen (90%) yang tidak akurat kode diagnosa utama penyakitnya dan hanya 5 dokumen (10%) yang kode diagnosa penyakit DMnya sudah akurat.

### 2.3. Kesesuaian Klaim Pembiayaan Pada Kasus Penyakit DM

Untuk kesesuaian klaim pembiayaan pasien rawat inap dengan kasus penyakit DM dapat dilihat dari pie diagram pada Gambar 4.3 dibawah ini:



**Gambar 4.3. Kesesuaian Klaim Pembiayaan**

Dari Gambar 4.3. diperoleh bahwa dari 50 sampel dokumen rekam medis terdapat 40 dokumen (80%) yang tidak sesuai klaim pembiayaan perawatan dengan kasus penyakit DM dan hanya 10 dokumen (20%) yang sudah sesuai klaim pembiayaan perawatannya.

### 2.4. Hubungan Antara Ketepatan Spesifisitas Penulisan Diagnosis Utama Dengan Akurasi Kode Diagnosis Utama Dan Klaim Pembiayaan Pada Kasus Penyakit DM

Untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dilakukan analisa bivariat dengan menggunakan tabel silang (2x2 table). Analisa bivariat menggunakan uji statistik parametrik yaitu menggunakan uji *Pearson Chi-Square*, dengan tingkat kemaknaan  $\alpha = 0,05$ . Hasil yang diperoleh pada analisis dengan menggunakan program SPSS yaitu nilai  $p$ , kemudian dibandingkan dengan  $\alpha = 0,05$ . Apabila nilai  $p$  lebih kecil dari  $\alpha = 0,05$  maka ada hubungan antara dua variabel tersebut. Dari analisa bivariat masing-masing variabel

bebas terhadap variabel terikat dengan menggunakan uji *Pearson Chi-Square*, diperoleh hasil sebagai berikut:

**Tabel 4.1. Hubungan Spesifitas Penulisan Diagnosa Dengan Kesesuaian Klaim Biaya**

Ketepatan Spesifitas Penulisan Dx	Kesesuaian Klaim Biaya		Total	P value
	Sesuai	Tidak Sesuai		
Tepat dan Spesifik	7 (50%)	7 (50%)	14 (100%)	0,001
Tidak Tepat dan Tidak Spesifik	3 (8,3%)	33 (91,7%)	36 (100%)	
Total	10 (20%)	40 (80%)	50 (100%)	

Berdasarkan Tabel 4.1 diatas, dapat dijelaskan bahwa penulisan diagnosa yang tidak tepat dan spesifik lebih besar mengakibatkan ketidaksesuaian dalam klaim biaya (91,7%), dibandingkan dengan penulisan diagnosa yang tepat dan spesifik (50%). Sehingga secara presentase dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara variabel ketepatan spesifitas penulisan diagnosa utama kasus penyakit DM dengan kesesuaian klaim pembiayaan perawatannya, dengan nilai signifikansi 0,001 ( $p < 0,005$ ).

**Tabel 4.2. Hubungan Keakuratan Kode Diagnosa Utama Dengan Kesesuaian Klaim Biaya**

Keakuratan Kode Dx Utama	Kesesuaian Klaim Biaya		Total	P value
	Sesuai	Tidak Sesuai		
Akurat	5 (100%)	0 (0%)	5 (100%)	0,000
Tidak Akurat	5 (11,1%)	40 (88,9%)	45 (100%)	
Total	10 (20%)	40 (80%)	50 (100%)	

Berdasarkan Tabel 4.2 diatas, dapat dijelaskan bahwa kode diagnosa utama yang tidak akurat lebih besar mengakibatkan ketidaksesuaian dalam klaim biaya (88,9%), dibandingkan dengan kode diagnosa utama yang akurat (0%). Sehingga secara presentase dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara variabel

keakuratan kode diagnosa utama kasus penyakit DM dengan kesesuaian klaim pembiayaan perawatannya, dengan nilai signifikansi 0,000 ( $p < 0,005$ ).

**Tabel 4.3. Hubungan Ketepatan Spesifitas Penulisan Diagnosa Dengan Keakuratan Kode Diagnosa Utama**

Ketepatan Spesifitas Penulisan Dx	Keakuratan Kode Dx		Total	P value
	Akurat	Tidak Akurat		
Tepat dan Spesifik	5 (35,7%)	9 (64,3%)	14 (100%)	0,000
Tidak Tepat dan Tidak Spesifik	0 (0%)	36 (100%)	36 (100%)	
Total	5 (10%)	45 (90%)	50 (100%)	

Sedangkan berdasarkan Tabel 4.3. dapat dijelaskan bahwa penulisan diagnosa yang tidak tepat dan spesifik lebih besar mengakibatkan ketidak akuratan kode diagnosa utama (100%), dibandingkan dengan penulisan diagnosa yang tepat dan spesifik (64,3%). Sehingga secara presentase dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara variabel ketepatan spesifitas penulisan diagnosa utama kasus penyakit DM dengan keakuratan kode diagnosa utama kasus penyakit DM, dengan nilai signifikansi 0,000 ( $p < 0,005$ ).

Selanjutnya dilakukan uji multivariat dan sebelumnya dilakukan uji asumsi klasik untuk uji normalitas dengan menggunakan *One-Sample Kolmogorov-Smirnov (K-S)* test. Test ini untuk menguji apakah dalam model regresi variabel terikat dan variabel bebas keduanya mempunyai distribusi normal atau tidak. Jika pada tabel test of normality dengan menggunakan *Kolmogorov- Smirnov* nilai sig > 0,05, maka data berdistribusi normal. Hasil pengujian normalitas dengan analisis *Kolmogorov- Smirnov (K-S)* test dapat dilihat pada Tabel 4.4. berikut:

**Tabel 4.4. One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		Spesifitas Diagnosa Utama (X1)	Keakuratan Kode Diagnosa (X2)	Kesesuaian Klaim Pembiayaan (Y)
N		50	50	50
Normal Parameters <sup>a</sup>	Mean	1.28	1.10	1.20
	Std. Deviation	.454	.303	.404
Most Extreme Differences	Absolute	.451	.529	.490
	Positive	.451	.529	.490
	Negative	-.269	-.371	-.310
Kolmogorov-Smirnov Z		3.193	3.743	3.463
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000

Pada Tabel 4.4. dapat dilihat bahwa nilai signifikansi setiap variabel bebas dan variabel terikat semuanya lebih kecil dari 0,05, maka dapat disimpulkan bahwa data berdistribusi tidak normal. Berdasarkan hasil uji statistik tersebut maka untuk analisis multivariat menggunakan uji statistik non parametrik yaitu analisis Regresi Logistik Ganda.

Hasil pengujian hubungan antara spesifisitas penulisan diagnosa utama kasus penyakit DM dengan keakuratan kode diagnosa dan kesesuaian klaim pembiayaan perawatannya, secara bersama-sama dapat dilihat pada tabel 4.5.

**Tabel 4.5 Hasil Uji Multivariat Dengan Regresi Logistik Ganda**

Variabel	B	P value	Nagelkerke R Square
Spesifisitas Diagnosa Utama	-1,041	0,001	0,518
Akurasi Kode	-23,205	0,000	
Constanta	21,413	0,000	

Berdasarkan uji regresi logistik ganda, didapatkan nilai  $p$  ( $p$  value) untuk kedua variabel terikatnya yaitu spesifisitas diagnosa utama (0,001) dan akurasi kode diagnosa utama (0,000) dibawah 0,05, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara spesifisitas penulisan diagnosa utama kasus penyakit DM dengan



keakuratan kode diagnosa dan kesesuaian klaim pembiayaan perawatannya. Sedangkan dari nilai *Nagelkerke R Square* diperoleh sebesar 0,518, yang artinya bahwa kesesuaian klaim pembiayaan dapat dijelaskan oleh spesifisitas penulisan diagnosa utama kasus penyakit DM dan keakuratan kode diagnosa sebesar 51,8 %.

## **B. PEMBAHASAN**

### **1. Ketepatan Spesifisitas Penulisan Diagnosis Utama Pada Kasus DM**

Hasil analisa ketepatan spesifisitas penulisan diagnosa utama kasus penyakit DM di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang, menunjukkan sebagian besar (72%) dokumen rekam medis dalam penulisan diagnosa utama penyakitnya tidak spesifik. Dari 36 dokumen yang tidak spesifik penulisan diagnosanya, didapatkan 8 dokumen tidak tepat dalam penulisan diagnosa DM. Berdasarkan catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) serta hasil pemeriksaan penunjang yang terdapat dalam lembaran dokumen rekam medis pasien, 6 pasien seharusnya didiagnosa Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM), akan tetapi dalam resume medis pasien tertulis diagnosa Non Insulin Diabetes Mellitus (NIDDM), dan 2 pasien lainnya seharusnya didiagnosa Non Insulin Diabetes Mellitus (NIDDM), akan tetapi dalam resume medis pasien tertulis diagnosa Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM).

Sedangkan untuk 28 dokumen rekam medis lainnya menunjukkan penulisan diagnosa utama yang kurang spesifik. Penulisan diagnosa utama penyakit diabetes mellitus tidak cukup hanya dituliskan dengan terminologi medis IDDM atau NIDDM saja, akan tetapi juga harus disertai penjelasan adanya komplikasi yang menyertai setiap pasien atau tidak. Sebagai contoh: apabila pasien hanya menderita penyakit DM type I tanpa komplikasi, maka didalam resume medis pasien untuk penulisan diagnosa utama harus ditulis dengan spesifik yaitu Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complication. Demikian juga apabila pasien DM type II disertai adanya komplikasi polyneuropathy, maka didalam resume medis pasien untuk penulisan diagnosa utama harus ditulis dengan spesifik yaitu Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Polyneuropathy With Neurological Complication.

Ketidak spesifikan penulisan diagnosa utama pasien akan menyebabkan perbedaan dalam penentuan kode diagnosanya. Hal ini bisa dibuktikan, apabila diagnosa utama yang tertera adalah hanya Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus, maka kode diagnosanya adalah E11. Sedangkan jika diagnosa utama yang tertera lebih spesifik yaitu Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Polyneuropathy With Neurological Complication, maka kode diagnosa yang tepat adalah E11.4†G63.2\*. Hal ini sesuai dengan yang dijelaskan oleh Shofari(2002), bahwa diagnosa utama merupakan diagnosa yang paling relevan dalam masa perawatan dan ditegakkan pada akhir periode pelayanan setelah dilakukan pemeriksaan yang lebih mendalam. Penentuan diagnosa utama merupakan tanggung jawab dokter yang merawat pasien selama masa perawatan, dimana dari diagnosa yang telah ditetapkan oleh dokter tersebut merupakan salah satu peran penting dalam keakuratan kode diagnosis. Selain itu penulisan diagnosa utama yang tidak spesifik dan tidak tepat akan berdampak pada laporan data morbiditas dan mortalitas rumah sakit yang tidak valid.

Hasil *Focus Group Discussion* (FGD) diperoleh informasi bahwa dokter spesialis penyakit dalam yang melakukan pemeriksaan medis terhadap pasien telah mencatatkan hasil temuan medisnya didalam CPPT, namun yang melakukan pengisian diagnosa akhir didalam resume medis terkadang dilakukan oleh dokter umum yang bertanggung jawab di ruangan rawat inap.

## **2. Akurasi Kode Diagnosis Utama Pada Kasus Penyakit DM**

Hasil analisa keakuratan kode diagnosa, menunjukkan tingkat akurasi kode diagnosa untuk kasus penyakit DM di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang masih sangat rendah (10%). Dari 45 kode diagnosa yang tidak akurat, terbanyak (36 kode diagnosa) disebabkan karena ketidak tepatan dan spesifitas dalam penulisan terminologi medis dari diagnosa penyakitnya sehingga mengakibatkan kesalahan dalam menentukan kodenya, sedangkan 9 diagnosa sisanya didapatkan 4 diagnosa hanya dikode sampai digit ketiga, 3 diagnosa dengan kode yang tidak tepat dan 2 diagnosa yang tidak tepat pada digit keempat.

Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan dokter maupun dokter spesialis penyakit dalam di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang, dalam mengkode diagnosa penyakit dengan menggunakan klasifikasi kodefikasi ICD-10 masih kurang. Berdasarkan standar pelayanan minimal bidang rekam medis yang diatur dalam Permenkes No. 129 tahun 2008, disebutkan bahwa akurasi pengkodean diagnosa penyakit harus mencapai 100% dan menurut Depkes RI, 2006, disebutkan bahwa kemungkinan penyebab terjadinya ketidaktepatan pemberian kode diagnosa adalah ketidakpahaman petugas dalam bidang koding. Kode yang akurat mutlak harus diperoleh agar laporan yang dibuat dapat dipertanggungjawabkan.

Hasil *Focus Group Discussion* (FGD) diperoleh informasi bahwa tidak semua dokter maupun dokter spesialis paham tentang kodefikasi, bagaimana cara mengkode dengan benar mengacu pada standar kodefikasi ICD-10, dan terkadang dokter harus bertanya ke bagian rekam medis untuk menentukan kode penyakitnya. Ketidakpahaman dokter tentang kodefikasi ini bisa menjadi penyebab kurang perhatiannya dokter terhadap ketepatan dan kespesifikan dalam menulis diagnosa utama penyakit.

### **3. Kesesuaian Klaim Pembiayaan Pada Kasus Penyakit DM**

Hasil analisa terhadap kesesuaian klaim pembiayaan pada kasus penyakit DM di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang, menunjukkan 40 dokumen (80%) yang tidak sesuai klaim pembiayaan berdasarkan episode perawatannya. Dari 40 dokumen tersebut menunjukkan 36 dokumen dengan penulisan kode diagnosa hanya menggunakan 3 digit, sedangkan pada sistem pembayaran klaim yang menggunakan sistem paket tarif INA-CBGs (*Indonesian- Case Based Groups*) kode diagnosa harus ditulis lengkap sampai pada digit keempat. Pada kasus 36 dokumen tersebut pengajuan klaim bisa direalisasikan setelah dilakukan verifikasi kode oleh petugas rekam medis, akan tetapi dengan keterbatasan petugas dalam kompetensi ilmu medis, dimana penulisan kelengkapan dan kespesifitasan diagnosa menjadi tanggung jawab tenaga dokter, sehingga penambahan digit keempat oleh petugas rekam medis tidak selalu tepat. Hal tersebut dilakukan oleh petugas rekam medis agar pengajuan klaim pembiayaan perawatan bisa disetujui. Sedangkan dari 4

dokumen lainnya menunjukkan 3 dokumen dengan hitungan klaim pembiayaan yang lebih rendah dari hitungan klaim seharusnya. Sebagai contoh: pada salah satu dokumen berdasarkan diagnosa dan kode yang tertulis didapatkan perhitungan klaim pembiayaan sebesar Rp. 6.239.700,-, sedangkan berdasarkan diagnosa dan kode yang tepat maka diperoleh perhitungan klaim pembiayaan sebesar Rp. 8.181.700,- (penghitungan dengan menggunakan standar pembiayaan untuk rawat inap kelas 3). Hal tersebut akan berdampak pada pemasukan keuangan rumah sakit menjadi lebih rendah dan dapat menimbulkan kerugian bagi pihak rumah sakit.

Disisi lain ditemukan 1 dokumen menunjukkan hitungan klaim pembiayaan yang lebih tinggi dari hitungan klaim seharusnya. Contoh: pada satu dokumen yang lain berdasarkan diagnosa dan kode yang tertulis didapatkan perhitungan klaim pembiayaan sebesar Rp. 6.239.700,-, sedangkan berdasarkan diagnosa dan kode yang tepat maka diperoleh perhitungan klaim pembiayaan sebesar Rp. 3.690.400,- (penghitungan dengan menggunakan standar pembiayaan untuk rawat inap kelas 3). Hal tersebut akan berdampak pada pemasukan keuangan rumah sakit menjadi lebih menguntungkan, akan tetapi merugikan pihak pasien. Keadaan ini apabila dilakukan secara sengaja oleh pihak rumah sakit maka dapat digolongkan sebagai kasus “kecurangan” (*FRAUD*) dalam program Jamkesmas Nasional. Berdasarkan Permenkes No.36 Tahun 2015 yang mengatur tentang *Fraud* dijelaskan bahwa salah satu tindakan *Fraud* adalah penulisan kode diagnosis yang berlebihan/upcoding, yaitu penulisan kode diagnose yang merupakan pengubahan kode diagnose menjadi kode yang memiliki tarif yang lebih tinggi dari yang seharusnya.

Dari keseluruhan perhitungan klaim pembiayaan terhadap 50 dokumen berdasarkan diagnosa dan kode yang tertera dalam resume medis, serta penghitungan dengan menggunakan standar pembiayaan untuk rawat inap kelas 3 diperoleh total pendapatan rumah sakit sebesar Rp. 77.805.500,-. Sedangkan jika diperlakukan penghitungan ulang menggunakan dasar diagnosa dan kode yang tepat serta penghitungan dengan menggunakan standar pembiayaan untuk rawat inap kelas 3, maka diperoleh total pendapatan rumah sakit sebesar Rp.

211.769.940,-. Dari selisih penghitungan tersebut dapat disimpulkan bahwa rumah sakit akan mengalami kerugian pendapatan sebesar Rp. 133.964.440,-.

#### **4. Hubungan Antara Spesifisitas Penulisan Diagnosis Utama Dengan Akurasi Kode Diagnosis Utama Dan Klaim Pembiayaan Pada Kasus Penyakit DM.**

Berdasarkan hasil uji bivariate secara statistik terbukti ada hubungan antara spesifisitas penulisan diagnosa utama kasus penyakit DM dengan kesesuaian klaim pembiayaan perawatannya, antara keakuratan kode diagnosa utama kasus penyakit DM dengan kesesuaian klaim pembiayaan perawatannya, serta antara spesifisitas penulisan diagnosa utama kasus penyakit DM dengan keakuratan kode diagnosa utama kasus penyakit DM dengan nilai signifikansi masing-masing  $p < 0,05$ . Dari hasil penelitian ini membuktikan bahwa penulisan diagnosa utama penyakit oleh dokter apabila tidak tepat maka klaim pembiayaan perawatan pasien yang diterima oleh rumah sakit juga tidak sesuai dengan total biaya perawatan yang sudah dikeluarkan oleh pihak rumah sakit. Penulisan diagnosa penyakit DM yang hanya tertera sebagai diagnosa IDDM tanpa komplikasi, maka rumah sakit akan mendapatkan klaim pembiayaan sebesar Rp. 3.690.400,-, padahal seharusnya diagnosa pasien adalah IDDM dengan komplikasi polyneuropathy dengan klaim pembayaran yang akan diterima rumah sakit sebesar Rp. 8.181.700,-.

Kode diagnosa utama penyakit DM yang tidak akurat juga akan menghasilkan klaim pembiayaan yang tidak sesuai, bisa lebih rendah atau bahkan bisa lebih tinggi. Hal ini tampak pada hasil penelitian yang menunjukkan dari 50 dokumen yang dianalisa ditemukan 40 dokumen yang tidak akurat dalam penentuan kode diagnosanya dan menyebabkan rendahnya jumlah klaim pembiayaan perawatan yang diterima oleh rumah sakit.

Penulisan diagnosa utama penyakit DM yang tidak tepat dan tidak spesifik juga menyebabkan kode diagnosa yang tidak akurat. Dari 50 dokumen rekam medis didapatkan 45 dokumen dengan kode diagnosa yang tidak akurat. Hal ini disebabkan penulisan diagnosa utama yang kurang spesifik dan kurang tepat. Menurut Abdelhak dalam AHIMA (2002), menyebutkan bahwa diagnosis utama

yang terdapat dalam berkas rekam medis yang ditulis oleh dokter tidak lengkap dan tidak tepat dapat mengakibatkan terjadinya kesalahan dalam menentukan kode diagnosis pasien.

Berdasarkan hasil uji multivariate dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara spesifisitas penulisan diagnosa utama kasus penyakit DM dengan keakuratan kode diagnosa utama penyakit DM dan kesesuaian klaim pembiayaan episode perawatan dengan nilai signifikansi ( $p$ ) < 0,05, dan nilai *Nagelkerke R Square* sebesar 0,518, yang artinya bahwa kekuatan menjelaskan hubungan antara spesifisitas penulisan diagnosa utama kasus penyakit DM dengan keakuratan kode diagnosa dan kesesuaian klaim pembiayaan sebesar 51,8 %. Penulisan diagnosa utama yang tidak tepat dan spesifik menyebabkan penentuan kode diagnosanya menjadi tidak akurat sehingga mengakibatkan klaim pembiayaan perawatan menjadi tidak sesuai. Hasil penelitian membuktikan, dari analisa penghitungan klaim pembiayaan terhadap 50 dokumen rekam medis diperoleh sebanyak 40 dokumen rekam medis yang tidak sesuai hitungan klaim pembiayaannya, dimana 36 dokumen diantaranya disebabkan karena kode diagnosa yang tidak akurat. Sedangkan penyebab ketidak akuratan kode diagnosa yang ada di 36 dokumen tersebut disebabkan karena kurang tepat dan spesifiknya diagnosa utama yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien. Sebagai contoh: dokter menuliskan diagnosa utama di dalam lembar resume medis pasien dengan IDDM with multiple complications dengan kode diagnosa E10.7, dan berdasarkan pola tarif INA-CBGs maka klaim biaya episode perawatan pasien tersebut sebesar Rp. 3.690.400,-. Setelah dilakukan analisa terhadap dokumen didapatkan diagnosa utama pasien seharusnya IDDM with peripheral circulatory complications (karena didapatkan komplikasi berupa luka gangrene di jari kaki sehingga dilakukan amputasi). Sehingga kode diagnosa utamanya menjadi E10.5 dan penghitungan klaim biaya episode perawatan pasien menjadi sebesar Rp. 4.722.500,-.

Berdasarkan hasil diskusi pada kegiatan FGD diperoleh penyebab permasalahan adalah dokter yang kurang mengerti ilmu rekam medis khususnya tentang kodifikasi diagnosa, kurang memahami bahwa penulisan ketepatan dan

kespesifikan diagnosa oleh dokter sangat menentukan keakuratan dalam kode diagnosanya, kurangnya komunikasi antara dokter spesialis dengan dokter penanggung jawab ruangan dan dengan petugas rekam medis. Di dalam diskusi FGD tersebut juga disepakati sebagai tindak lanjut alternatif pemecahan masalah adalah pembahasan secara internal melalui pertemuan rutin komite medik untuk mengevaluasi cara penulisan diagnosa penyakit pasien yang sudah dilakukan selama ini untuk dilakukan perbaikan, para dokter merasa perlu untuk mendapatkan penjelasan tentang kodefikasi diagnosa penyakit serta pengetahuan yang berkaitan dengan klaim pembiayaan perawatan, perlu dilakukan penambahan kolom-kolom pada aplikasi rekam medis elektronik yang sudah dipergunakan saat ini untuk mengakomodir penambahan diagnosa komplikasi pasien, serta perlu dibentuk tim verifikasi internal rumah sakit yang berfungsi sebagai verifikator dokumen rekam medis yang akan diajukan untuk klaim pembiayaan ke BPJS.

## **BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN**

### **A. KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Ketepatan dan spesifisitas penulisan diagnosis utama pada kasus penyakit DM di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang sebesar 20%.
2. Akurasi kode diagnosis utama pada kasus penyakit DM di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang sebesar 10%.
3. Kesesuaian klaim pembiayaan dengan episode perawatan pada kasus penyakit DM di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang sebesar 20%, dengan perbedaan klaim pembiayaan sebesar Rp. 133.964.440,-.
4. Berdasarkan hasil uji statistik melalui uji regresi logistik ganda terbukti menunjukkan ada hubungan secara signifikan dengan nilai  $p < 0,05$  antara spesifisitas penulisan diagnosis utama pada kasus penyakit DM dengan akurasi kode diagnosis utama penyakit DM dan klaim pembiayaan perawatan pada kasus penyakit DM di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang. Hal ini berarti bahwa besarnya klaim pembiayaan perawatan pasien dengan penyakit DM sangat berkaitan erat dengan ketepatan spesifikasi penulisan diagnosa dan juga keakuratan dalam mengkode diagnosa penyakit DM.

### **B. SARAN**

Sebagai tindak lanjut dari hasil penelitian disarankan:

1. Perlunya ditindaklanjuti dengan peningkatan kemampuan dokter dan dokter spesialis dalam pemahaman dan penggunaan sistem koding berdasarkan ICD-10 serta yang berkaitan dengan Klaim pembiayaan, melalui kegiatan sosialisasi maupun pelatihan.
2. Perlu segera dibentuk tim verifikasi internal untuk pengajuan klaim pembiayaan, yang terdiri dari unsur komite medik, perekam medis dan unsur lain yang terkait.
3. Melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap cara penulisan diagnosa utama dan kodefikasinya.



4. Meningkatkan interaksi dan koordinasi antara tenaga medis (dokter, dokter spesialis) yang bertanggung jawab mendiagnosa pasien dengan petugas rekam medis.
5. Perlu dibentuk tim audit eksternal untuk memonitor ketepatan koding dan kesesuaian klaim pembiayaan.

## DAFTAR PUSTAKA

- AHIMA. 2010. *Medical Coding*. Diakses dari <http://www.ahima.org/coding/>
- Brunner. Suddarth. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Edisi Vol. 2*. Jakarta: EGC.
- Buck C., 2014. *Using ICD-10-CM, Diagnostic Coding*. E-Book, Anthem Education. Elsevier Saunders, Canada.
- Chabner E., 2014. *The Language of Medicine. 10th Edition*. Elsevier Saunders, Canada.
- Christoper, D. 2001. *Hypoglycemia in Patients Type 2 Diabetes*. American Medical Association, Volume 161.
- Depkes RI, 2006 . *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Revisi 2*, Jakarta.
- Hamid, 2013. Hubungan Ketepatan Penulisan Diagnosis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Kasus Obstetri Gynecology Pasien Rawat Inap di RSUD Dr Saiful Anwar Malang. Diakses dari: [http://eprints.ums.ac.id/24161/13/NASKAH\\_PUBLIKASI.pdf](http://eprints.ums.ac.id/24161/13/NASKAH_PUBLIKASI.pdf) , tanggal 1 Nopember 2017
- Hatta G.R., 2013, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, Edisi Revisi 2, Jakarta, Penerbit Universitas Indonesia.
- Hartini, S., 2009, *Diabetes Siapa Takut, Panduan Lengkap untuk Diabetes, Keluarganya dan Profesional Medis*, Penerbit Qanita, Jakarta, hal 55-61.
- Notoatmodjo S., 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Edisi Revisi, Jakarta, PT.Rineka Cipta.
- Osborn CE., 2006. *Statistical Applications for Health Information Management*. 2nd Edition. Jones and Bartlett Publishers Inc., USA.
- Permenkes RI Nomor 377 tahun 2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan. Diakses dari: <https://rusmanefendi.files.wordpress.com/2010/11/standar-profesi-perekam-medis.pdf> , tanggal 7 Nopember 2017.
- Permenkes RI Nomor 269 tahun 2008 – rekam medic [homepage on the internet],. Diakses dari : <http://www.apikes.com/files/permenkes-no-269-tahun-2008.pdf> , tanggal 1 Nopember 2017

- Permenkes RI Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional. Diakses dari: [http://www.pdpersi.co.id/content/kumpulan\\_persi/edaran\\_jkn/pmk362015\\_fraud.pdf](http://www.pdpersi.co.id/content/kumpulan_persi/edaran_jkn/pmk362015_fraud.pdf) , tanggal 7 Nopember 2017.
- Permenkes RI Nomor 76 tahun 2016 tentang Pedoman INA – CBG Dalam Pelaksanaan JKN. Diakses dari: <http://www.inacbg.net/2017/01/download-permenkes-no-76-tahun-2016.html> , tanggal 4 Nopember 2017.
- Rahayu H., dkk.2011. Akurasi Kode Diagnosis Utama Pada RM 1 DRM Ruang Karmel dan Karakteristik Petugas Koding Rawat Inap RS Mardi Rahayu Kudus Periode Desember 2009. *Jurnal Visikes* Vol.10 No.1, April 2011
- Rendy, M Clevo dan Margareth TH. 2012. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Riyanto A, 2009. *Pengolahan Dan Analisis Data Kesehatan*. Yogyakarta, Penerbit Muha Medika.
- Sabri L, 2008. *Statistik Kesehatan*, 2<sup>th</sup> Ed., Jakarta, PT Rajagrafindo Persada.
- Shofari. 2002. *Pengelolaan Sistem Rekam Medis Kesehatan*. Semarang.
- Siswanto, dkk., 2013. *Metodologi Penelitian Kesehatan dan Kedokteran*. Yogyakarta, Penerbit Bursa Ilmu.
- Stanfield P. et all. 2008. *Essential Medical Terminology*. Third Edition. Jones & Bartlett Learning. USA.
- Tully M & Carmichael A., 2016. *Strategies for Navigating the Approaching Wave of New ICD-10 Codes*. Diakses dari: <http://journal.ahima.org/2016/05/31/strategies-for-navigating-the-approaching-wave-of-new-icd-10-codes/>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. [homepage on internet]. Available from: [http://depkes.go.id/downloads/UU\\_No.\\_44\\_Th\\_2009\\_ttg\\_Rumah\\_Sakit.pdf](http://depkes.go.id/downloads/UU_No._44_Th_2009_ttg_Rumah_Sakit.pdf)
- Wijayanti R, 2013. *Analisis Data Medis Inferensial*. Uji Regresi Logistik.
- Word Health Organization, 2006. *Medical Records Manual. A Guide for Developing Countries*. ISBN 92 9061 005 0.

World Health Organization, 2011. *ICD -10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) volume 1, volume 2 dan volume 3*; 2010 Edition. ISBN 978 92 4 154 8342

World Health Organization, 2014. *ICD 10 – 2010, Update Review 2013. Module Development.*

Yuliani N, 2009. Analisis Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit *Commotio Cerebri* Pasien Rawat Inap Berdasarkan ICD-10 Rekam Medik di Rs Islam Klaten. Diakses dari : [http://www.apikescm.ac.id/ejurnalinfokes/images/volume1/novita\\_voll1.pdf](http://www.apikescm.ac.id/ejurnalinfokes/images/volume1/novita_voll1.pdf) , tanggal 1 Nopember 2017

**Tabel 5.1. Jadwal Kegiatan**

No.	Kegiatan	Semester Pertama					Semester Kedua					
		Peb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des
1.	Persiapan penelitian					■	■					
2.	Pelaksanaan penelitian							■	■			
3.	Pengolahan dan analisis data								■	■		
4.	Penyusunan laporan								■	■		
5.	Seminar hasil penelitian										■	
6.	Revisi laporan										■	
7.	Penggandaan laporan										■	
8.	Publikasi											■

## LAMPIRAN-LAMPIRAN

### Lampiran 1.

#### *CURRICULUM VITAE*




#### JUDUL PENELITIAN :

**HUBUNGAN ANTARA SPESIFIKASI PENULISAN DIAGNOSIS UTAMA DENGAN AKURASI KODE DIAGNOSIS UTAMA DAN KLAIM PEMBIAYAAN PADA KASUS PENYAKIT DM DI RSJ Dr RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG**

#### DATA PENELITI :

NO.	Nama lengkap Peneliti Beserta Gelar	Tempat & Tanggal lahir	Nama Institusi dan alamat	No Telpon/HP/ Fax/Email	Pendidikan/ Pekerjaan
1.	<b>dr. Endang Sri Dewi Hastuti Suryandari, MQIH</b>	<b>Malang, 09 - 03 - '62</b>	<b>Poltekkes Kemenkes Malang</b>	<b>08179648250</b>	<b>S2/Dosen</b>

## Lampiran 2. SK PENELITIAN DAN SURAT TUGAS

 <b>KEMENTERIAN KESEHATAN RI</b> <b>BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN</b> <b>POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG</b> <small>- Kampus Utama : Jalan Sisir (Jen. No. 77 C Malang 01112, Telepon (0341) 500075, 571301 Fax (0341) 504740</small> <small>- Kampus I : Jalan Srikoyo No. 106 Jember, Telepon (0321) 489613</small> <small>- Kampus II : Jalan Ahmad Yani Sumbaperung Lawang, Telepon (0341) 427647</small> <small>- Kampus III : Jalan Dr. Soetomo No. 46 Blitar, Telepon (0342) 801043</small> <small>- Kampus IV : Jalan KH. Wahid Hasyim No. 64 B Kediri, Telepon (0354) 777099</small> <small>Website: <a href="http://www.poltekkes-malang.ac.id">http://www.poltekkes-malang.ac.id</a> E-mail: <a href="mailto:direktorat@poltekkes-malang.ac.id">direktorat@poltekkes-malang.ac.id</a></small>		
<b>KEPUTUSAN DIREKTUR POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN MALANG</b> <b>Nomor : HK.02.03/1/2338/2017</b> <b>Tentang</b> <b>PENETAPAN PROPOSAL PENELITIAN UNGGULAN, HIBAH BERSAING, PEMULA, DAN</b> <b>CALON DOSEN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN MALANG</b> <b>YANG DINYATAKAN LULUS SELEKSI DAN MENDAPAT BANTUAN BIAYA</b> <b>TAHUN ANGGARAN 2017</b>		
<b>Meminbang</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bahwa Riset Tenaga Kesehatan (Risnakes) merupakan salah satu program untuk meningkatkan kemampuan tenaga pengajar Institusi Pendidikan Tenaga Kesehatan di bidang riset Kesehatan untuk menunjang Tri Dharma Perguruan Tinggi</li> <li>2. Bahwa dosen yang berada di lingkungan Poltekkes Kemenkes Malang dipandang perlu untuk senantiasa dibina dan ditingkatkan kemampuannya untuk melakukan penelitian sesuai dengan bidangnya</li> <li>3. Bahwa untuk melakukan penelitian yang dimaksud, para dosen di lingkungan Poltekkes Kemenkes Malang telah mengajukan proposal penelitian.</li> <li>4. Bahwa Proposal yang diajukan telah diseleksi dan dinyatakan lulus oleh Tim Pakar dan yang mendapat bantuan biaya Tahun Anggaran 2017 perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Poltekkes Kemenkes Malang.</li> </ol>	
<b>Mengingat</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2005 tentang Guru dan Dosen,</li> <li>2. Undang-Undang No: 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 144 (Tambah Lembaran Negara Nomor 5063),</li> <li>3. Undang – undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara RI Tahun 2012 Nomor 158, tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5336),</li> <li>4. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK. 02.03/1.2/08810/2013 tentang perubahan kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.03.05/1.2/03086/2012 tentang Petunjuk Teknis Organisasi Dan Tata-Laksana Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan.</li> <li>5. Peraturan Pemerintah Nomor: 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1966 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637),</li> <li>6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi Dan Pengelolaan Perguruan Tinggi</li> <li>7. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 45 Tahun 2013 Tentang Tata Cara Pelaksanaan Anggaran Pendapatan Dan Belanja Negara</li> <li>8. Perpres Nomor 4 Tahun 2015 Tentang Perubahan Ke empat Atas Perpres Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah</li> <li>9. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.</li> <li>10. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1988/Menkes/Per/IX/2011 tentang perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 890/Menkes/Per/VIII/2007 tentang Pedoman Organisasi dan Tata Kerja Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan.</li> </ol>	
<b>Memperhatikan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hasil Seleksi Tim Pakar Riset Tenaga Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang Tahun 2017</li> <li>2. Buku Pedoman Riset Pembinaan Tenaga Kesehatan (Risbinakes) Kemenkes RI Badan PPSDM Kesehatan Pusdiklatnakes tahun 2011</li> <li>3. Buku Pedoman Pengembangan Penelitian Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Badan PPSDM Kesehatan dan Pusdiklatnakes tahun 2014</li> <li>4. Buku Pedoman Pengembangan Penelitian Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Tahun 2016.</li> </ol>	
<b>Menetapkan</b>		
<b>Pertama</b>	Keputusan Direktur Poltekkes Kemenkes Malang tentang Penetapan Proposal Penelitian Unggulan, Hibah Bersaing dan Penelitian Pemula Tahun 2017 yang dinyatakan lulus seleksi dan mendapat bantuan biaya Tahun Anggaran 2017.	
<b>Kedua</b>	Daftar Judul Proposal dan Nama Peneliti sesuai dengan daftar dalam Lampiran Keputusan ini.	
<b>Ketiga</b>	Dalam pelaksanaan riset, para pengajar berada di bawah pembinaan dan pengawasan Direktur Poltekkes Kemenkes Malang.	
<b>Kemapat</b>	Keputusan berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini akan diperbaiki sebagaimana mestinya.	
Ditetapkan di : Malang Pada Tanggal : 31 Mei 2017 Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang 		
Budi Sugatin, S.Kp., M.Kes NIP. 19650318 198803 1 002		

Lampiran Surat Keputusan Direktur Poltekkes Kemenkes Malang  
 Nomor : HK.02/01/V/2338/2017  
 Tanggal : 31 Mei 2017

**DAFTAR NAMA PENELITIAN UNGGULAN, HIBAH BERSAING, PEMULA DAN CALON DOSEN  
 YANG DINYATAKAN LULUS SELEKSI DAN MENDAPAT BANTUAN BIAYA TAHUN 2017  
 POLTEKES KEMENKES MALANG**

No	Judul	Nama Peneliti	Jumlah Dana
<b>A. PENELITIAN UNGGULAN PERGUBERAN TINGGI</b>			
<b>D) JURUSAN GIZI - UNGGULAN</b>			
<b>Psdi D-4 Gizi Malang</b>			
1	Prevalensi Toleransi Sebagai Akibat dari Pergeseran Konsumsi Terhadap Tingkat Pengetahuan Gizi dan Kultur Gula Darah	Dr. Nur Bahman, MP	Rp. 45.000,000
2	Pengembangan Model Optimisasi Diet Berbasis Pangan Lokal Sebagai Upaya Penanggulangan Anemia Pada Remaja Putri	Dr. Anasari Mustali, M.Sc	Rp. 43.531,400
<b>D) JURUSAN KEPERAWATAN - UNGGULAN</b>			
<b>a. Psdi D-4 Keperawatan Malang</b>			
1	Mengidentifikasi Senyawa Bioaktif pada Biji Coklat ( <i>Theobroma cacao L</i> ) di Desa Plosojati Kecamatan Kah. Batar dan Potensinya sebagai Antikoagulan secara <i>In Silico</i>	Dr. Ni Luh Patti ES, M.Kes	Rp. 38.188,000
4	Pengaruh Pemberian Air terhadap Membas sel darah merah pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2	Dr. Ekwati Retnaningtyun, M.Kes	Rp. 43.795,000
2	Pengaruh Model Peer Tutoring pada Kader terhadap Pengetahuan Gula Darah, Anoreksia dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus di Desa Kalipare	Dr. Suci Murni, MEd	Rp. 41.092,000
<b>b. Psdi D-5 Keperawatan Malang</b>			
6	Efektifitas Penerapan Model Supervisi Klinik Berbasis Teori Proctor dan Interpretasi Relationship di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit	Dr. Tri Johan Agas Yuzwanto, M.Kep	Rp. 47.950,000
7	Model Peer Health Education Berbasis Health Promotes Terhadap Penurunan Risiko Diabetes Mellitus (DM)	1) Dr. Ayu Yulienawati, M.M 2) Maw. Dian CT, M.Kep	Rp. 48.805,000
<b>c. Psdi D-2 Keperawatan Binar</b>			
8	Pengembangan Instrumen kemampuan keluarga dalam stimulasi perkembangan Anak Usia berbasik Self-care	Dr. Supriatna, M.Kes	Rp. 45.700,000
9	Model Pemberdayaan Keluarga dalam Melakukan Perawatan ODGJ Pasien Persebaran Pasang Meneras Perspektif Budaya Jawa	Dr. Inang Sarwani, M.Kes	Rp. 42.120,000
<b>Sub Total (A. Unggulan)</b>			
			<b>Rp. 746.169.000</b>
<b>B. PENELITIAN HIBAH BERSAING</b>			
<b>a. JURUSAN GIZI - HIBAH BERSAING</b>			
<b>Psdi D-4 Gizi Malang</b>			
10	Kesesuaian Standar Diet dengan Kebiasaan Gizi dan usia makanan pasien anak yang Mendapat Makanan Lunak di Rumah Sakit di Kota Malang	1. Dianyar Bales, SKM, M.Kes 2. Anisah Habibah Fitriah, MPH	Rp. 25.000,000
11	Model Penanganan Stunting Berdasarkan Analisis Faktor pada Balita di Kabupaten Malang	Irena Fajar, M.Kes	Rp. 25.000,000
<b>b. Psdi D-3 Gizi Malang</b>			
12	Kajian Tinggi Badan berdasarkan Tinggi Lantai pada Laras di Kali, Bawang Kota Malang	1. Deva Nyotran Saparata, M.PS	Rp. 14.065,000
13	Pengaruh Metode Focus Group Discussion (FGD) Terhadap Tingkat Pengetahuan PHES, Kadar, Defisit, Gluk. Setengah Dan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Ibu Yang Memiliki Balita Stunting Di Desa Sidoluhur Kec. Lowong	B. Dody Biyati, MM	Rp. 24.700,000
14	Pengaruh Pendidikan Manajemen Laktasi terhadap Pengetahuan Manajemen Laktasi, Pola Menyusu, dan Kejadian Stunting bayi usia 6 - 12 bulan (Kajian pada ibu-ibu ibu kaharaha trimester II dan masa laktasi setelah melahirkan) di Kabupaten Tunggak Jawa Timur	1. Anatik Puji Rahma, M.Si 2. AAG Anas Anas, M.Kes 3. Dwi Susilayanti, M.Kes	Rp. 24.707,000
15	Pengaruh Edukasi Gizi terhadap Asupan Zat Gizi dan Kadar Hemoglobin pada Remaja Putri di Kabupaten Malang	Sugeng Iwan Setyobudi, M.Kes	Rp. 23.977,000
16	Analisis Faktor-Faktor Kejadian Stunting Pada Balita Di Kota dan Kabupaten Malang	1. Subotomaris, M.Kes 2. I Komang Susita, MP	Rp. 25.168,000
17	Pengaruh Makanan Bekal Anak Sekolah Ala Boga Melalui Program Pendampingan Pengasuhnya Terhadap Pengetahuan Dan Keterampilan Ibu Serta Daya Terima Makanan Anak Pada Murid Tumbuh Kembang Di Kota Malang	Endang Widjanti, M.Kes	Rp. 15.570,000
18	Pre-Test/Post dengan <i>Bioethanol-Cooling</i> pada Proses Penejangan terhadap Sifat Fisiko-Kimia, Kadar Protein dan Profil Pati Tampung Leri Jalur Pati sebagai Pangan Sumber KH	1. Thamma Puspita, MP 2. Ayu Hari Santosa, M.Si	Rp. 24.100,000



No	Judul	Nama Peneliti	Jumlah Dana
<b>2) JURUSAN KEPERAWATAN - HIBAH BERSAING</b>			
<b>a. Prati D-4 Kebidanan Jember</b>			
19	Pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit berdasarkan analisis Kualitas sistem, Informasi dan Pelayanan terhadap Kepuasan pasien di RSUD Kasaldi Bondowoso	Andri Triyanto, M.Kes	Rp 27.816,950
20	Modifikasi MCoC dengan Asuhan Kebidanan Komprehensif berbasis Becoming a Mother terhadap kemampuan manajemen asuhan	G. A. Kamesih, M.Kep. Ners, M.Kes	Rp 25.952,000
21	Upaya peningkatan kepuasan dan kepercayaan pasien berdasarkan analisis physical support dan contract personal di RSUD Srikandi BE Kab. Jember	Adah Widada, M.Kes	Rp 28.851,000
22	Inovasi Model Praktis Solving terhadap Sikap Bidan dalam Penggunaan Partogram di Kab. Bondowoso	Santiaeni, M.Kes	Rp 26.636,000
23	Program Pemberian Sajian Tradisional terhadap Kualitas Nyeri Disarekora Primer pada Remaja Putri di SMPN 7 Kaji Jember	Kuswati, M.Kes	Rp 26.073,880
<b>b. Prati D-3 Kebidanan Jember</b>			
24	Implementasi Rancangan Keluarga dalam Mempertajam Perilaku Imunisasi Analisa Implementasi Program Pencegahan Perilaku dan Pencegahan Komplikasi (P4K) pada Keluarga (Study kasus di Puskesmas Wilayah kerja Kec. Mbuak, Sukowono dan Salasa Kab. Jember)	I. Sagfari, M.Kes; Ratu Separwati, M.Kes	Rp 23.762,250
25	Pengembangan kompetensi bidan berbasis "Tender Loving Care" (TLC) dalam asuhan bersalin normal	Ida Prjati, M.Kes	Rp 21.416,450
26	Pengembangan KIE berbasis experiential learning terhadap risiko persikatan dini di Wilayah Polindes Kec. Watikan Kec. Pagar Kec. Sido Kab. Jember	Syaiful Bachil, M.Kes	Rp 24.296,450
27	Masyarakat model participatory research berdasarkan masalah awal meningkatkan cakupan D3 Pasandu	Jambaryah, M.Kes	Rp 21.135,680
28	Intervensi kader terhadap resiko dini risiko tinggi ibu hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Sambutan Kab. Jember	Yunani Parwaringrum, M.Kes	Rp 23.156,000
29	Analisis Faktor-faktor yang berpengaruh dengan Kejadian Anfisia Bayi Baru Lahir di Puskesmas Rambani dan BSD Kalasa Jember	Ratono, M.Kes	Rp 18.990,000
30	Pengaruh Rhodanin II terhadap Apoptosis Sistem Reproduksi (Endometriosis dan Serviksitis akut) (Ratus Novergiani) melalui analisis Caspase 3	I. Jodie Palupi; 2. Syka Atik Maryani, M.Kes; 3) Saichandani, MPd	Rp 26.538,000
<b>c. Prati D-4 Kebidanan Kediri</b>			
31	Pengaruh relaksasi aromatis terhadap Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif di Rumah Bersalin Kawi Iba Desa Wirosoo Kab. Grogol Kab. Kediri	Suci Prati Pratiandaryani, M.Kes	Rp 24.797,000
32	Pengaruh Jaba Merah sebagai Perantara Kolonisasi Eritris Granularum	Sirna Kristanti, M.Kes	Rp 11.060,000
<b>d. Prati D-3 Kebidanan Kediri</b>			
33	Efektifitas latihan isik terhadap kecernaan ibu Pringrida Trimester III di Wilayah Puskesmas Mojo	Dwi Estaring Rahayu, M.Sc	Rp 13.090,000
34	Finansier Dampak Kesehatan Seksual pada Anak	1. Koebati Herjito, M.Kes 2. Erna Rahmaty, M.Kep 3. Ratya, M.Kes	Rp 17.085,000
<b>e. Prati D-4 Kebidanan Malang</b>			
35	Efektifitas Pelatihan Kader Posyandu Menggunakan Media Lentera Bude Dan Giras Terhadap Kemampuan Kader Dalam Struktur Deteksi Intervensi Diri Tambuh Kembang Pada Balita	Heryati Marsa, N.Pd	Rp 28.225,000
36	Pengembangan media sosialisasi aplikasi "Siayang BayiKu" terhadap perilaku ibu hamil melakukan screening HIV/AIDS di Wilayah Puskesmas Sukorejo Kab. Pasuruan	Iris Dwi Widiana, M.Kes	Rp 20.090,000
37	Penerapan Aplikasi Berbasis Android Gravidary sebagai Panduan Bagi Ibu Hamil	Nisrah, M.Kes	Rp 23.545,000
38	Program Pemberdayaan Calon Pergutin terhadap Penguasaan Pemahaman Perilaku dan Pencegahan Komplikasi di Kec. Kedungrejo Kota Malang	Arum Arum, M.Kes	Rp 18.690,000
39	Pengembangan Instrumen Perilaku Pemberdayaan Perempuan di Bidang Kesehatan Reproduksi	Larissa, M.Kes	Rp 21.826,000
40	Prosesi ibu hamil tentang Program PMCT di RSUD Kertosari Kab. Malang	Sei Rahayu, Dpl.M.W, M.Kes	Rp 15.681,000
<b>f. Prati D-3 Kebidanan Malang</b>			
41	Efektifitas Pendampingan Berbasis Ceramah CH Care Terhadap Kemandirian Keluarga Dalam Mengatasi Masalah Kesehatan Rural (Penelitian Tahap I)	Rita Yulita, M.Kes	Rp 17.795,000
42	Studi Pengaruh Bata ebat Dalam di Kecamatan Dampit Kab. Malang	Wandi, N.Pd	Rp 12.455,000
43	Pengaruh penyuluhan kontrasepsi KB non hormonal terhadap penguasaan - kepatuhan dan sikap perempuan dalam memilih KB sebagai bentuk keberhasilan memberdayakan perempuan	Isny J Soudah, M.Tn	Rp 25.736,000

No	Judul	Nama Peneliti	Jumlah Dana
<b>2) JURUSAN KEPERAWATAN IIRAH BERSEKING</b>			
<b>a. Prati D-4 Keperawatan Malang</b>			
44	Pendampingan Keluarga Dengan Metode Kelompok Sebantu Dan Keresling Keluarga Dalam Mewariskan Sesi Keluarga Yang Masud Anak Kemandirian Khusus (Tara Rangsang Usia Sekolah Di SDO Kota Malang Jawa Timur Tahun 2017	I. Joko Wiyono, M.Kep, Sp.Kes 2. Setyo Husaya, M.Kes	Rp 25.066,000
45	Pengaruh Model Edukasi Knowledge Management terhadap Peningkatan Keefektifan DM pada Masyarakat Desa Kelipare Kab. Malang	Taryi Dwi Wahyuni, M.Kes	Rp 24.958,000
46	Model Perencanaan Keluarga dalam Upaya Pencegahan DM Tipe 2 di Desa Kelipare Kab. Malang	Fantohat Lirahy, M.Kes	Rp 24.900,000
47	Efektifitas Penerapan Air Asap Muralagi terhadap Profil Asidosis, Dominasi (SOD) dan Hiperkalsitemi Jaringan Heper Tikas Putih yang diinduksi Streptococcus (STZ)	Reni Yulwar, M. Kad	Rp 30.416,500
<b>b. Prati D-3 Keperawatan Malang</b>			
48	Hubungan antara Kelelahan Mengonsumsi Rotok dengan Lama Proses Penyembuhan Luka Operasi Hektik Serebri (Fase Iktarian)	Tarza Hariyanto, M.Himed	Rp 23.000,000
49	Tambang Cergamat Sebagai Wahana Penyempitan Papan Dalam Meningkatkan Perilaku Masyarakat (Penggunaan, Sikap dan Tindakan) Untuk Mencegah Penyakit DBD di Kab. Malang (Tahun 2)	Suganto Hadi, MPH	Rp 28.617,500
50	Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kualitas hidup wanita menopause di Dusun Hanganan Kec. Sragaman Kab. Malang	Tatik Herawati, MM	Rp 20.563,000
51	Pengaruh Patik Talar untuk meningkatkan Hemoglobin pada ibu hamil dengan Anemia berat HB <7 gr % sebagai upaya pencegahan pre-eklamsi di Wilayah kerja Puskesmas Samberejo Waga dan Kaserhan	Ikreni Maria Sendati, M.Kes	Rp 24.480,000
52	Model Kegi Dibel Pemasda Pa Sras	Rudi Sasmita, M.Kes	Rp 35.000,000
53	Pengaruh Stimulasi Perkembangan Anak oleh Guru PALU terhadap Perkembangan Anak di Pendidikan PALU Kota Malang	Ngisi W. Utami, MPd	Rp 23.196,000
54	Analisis Perubahan Kondisi Psikologis (Tingkat Stres dan Tingkat Depresi) Pada Lansia Usia Yang Mendapatkan Dukungan Sosial Dari Keluarga Di Rumah Dan Dan Terat Sabaya Di Panti Wreda	Dyah Widodo, M.Kes	Rp 25.563,000
55	Dampak Obesitas Terhadap Kejadian Gangguan Menstrasi dan Nilai Kadar Folikel Stimulating Hormone (FSH), Luteinizing Hormone (LH) dan Ghlikosa Darah Pada Wanita Usia Subur Di Malang	Sei Mutiyaningsih, M.Kes	Rp 22.280,000
<b>c. Prati D-4 Keperawatan Lawang</b>			
56	Model Edukasi Orang tua tentang penanganan darurat pada anak berbantu critical care center di Desa Samberejo Kecamatan Lawang Kabupaten Malang, Jawa Timur Tahun 2017	Harun An, M.Kep	Rp 28.607,400
57	Prediksi Moral Berbasis Peningkat Pada Retruja Terhadap Perilaku Risiko Pngguna Narkoba Dalam Mengingat Darurat Narkoba Di RW 03 Dan RW 04 Di Desa Malyerjo Kec. Lawang Kab. Malang	Nahid Harun, M.Kes	Rp 26.000,000
58	Efektifitas Massage Endorpin dan Okositin untuk Meningkatkan Produksi ASI dan Semula Bernutrisi Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Lawang Kabupaten Malang	Sarimah Budi Partani	Rp 18.181,000
59	Get Pad Laprka Sebagai Terapi Posa Penyembuhan Luka Jantar Pada Tikas Putih (Barna Norwegica)	Arin Arantawan, M.Kep, Sp.Kep.Mat	Rp 27.184,000
60	Pengalaman keluarga dalam merawat stroke di rumah	Mursid, M.Kep	Rp 18.615,000
<b>d. Prati D-3 Keperawatan Lawang</b>			
61	Efektifitas Massage Effarage, pja okositin untuk meningkatkan produksi ASI pada post partum di Klinik BPM Daerah Lawang	Kusati, M.Kep	Rp 27.000,000
62	Pengaruh Modifikasi Instrumen Resiko Jarak Terhadap Prediksi Resiko Jarak Pada Lansia	Tri Naniwati, M.Kes	Rp 14.355,250
63	Efektifitas relaksasi Benson berbasis spiritual caring untuk menurunkan nyeri kepala dan meningkatkan kualitas tidur Lansia prodieria Nipensoni di Panti Sosial Una Lanjar Kecamatan Purban Kabupaten Pasuruan	Shafiqo, M.Kes	Rp 18.040,000
64	Pengaruh aktivitas terhadap penurunan kadar gula darah pada DM Tipe 2 di Desa Sareh Ngayah kec. Lawang Malang	Nurul Hidayat, M.Kep	Rp 27.011,500
65	Analisis Faktor Determinan Kejadian Demensia di Panti Pungsi Kecamatan Lawang Kabupaten Malang	Ni wayan Dwi Rumaniani, M.Kes	Rp 18.205,000
<b>e. Prati D-3 Keperawatan Bitar</b>			
66	Model Pengembangan Resilient Posco Program WASH Terhadap Kemampuan Masyarakat Menghadapi Bencana Ekotegori di Desa Balorejo Kab. Bitar	Sei Winanti, M.Kes	Rp 24.905,000
67	Ciri Perawat Memara Pospoliti Doktor di Rumah Sakit Pemerintah di Wilayah Bitar Jawa Timur : Studi Jantar	Sei Magiani, M.Kep	Rp 20.887,000
68	Pengaruh Latihan Nafas Dalam Terhadap Tekanan Darah, Nadi, Saturasi Oksigen Parasi Gagal Jantung Di Kota Bitar	Tri Cahyo Sepdiana, M.Kep	Rp 22.865,000
69	Model Media Edukasi (Pemasaran Simulasi Tasterok) Untuk Meningkatkan Perilaku Pencegahan Merokok pada Remaja Awal di SMPN 7 Kota Bitar	Majiso, M.Kes	Rp 20.641,000
<b>3) JURUSAN REKAM MEDIK DAN INFOKES - IIRAH BERSEKING</b>			

No	Judul	Nama Peneliti	Jumlah Dana
70	Pengaruh Aplikasi Rencana Media Terintegrasi Berbasis Web terhadap Kecepatan & Kinerja Layanan Pasien Rawat Inap di RSJ dr. Radjikus Wadikusri Lawang	Guntawan, MMRS	Rp 12.165,000
71	Pembuatan Prototipe Virtual Lab Software Sistem Informasi Kesehatan Mini Hospital bagian terapan pendafaran pasien untuk Pembelajaran Mahasiswa PMK	Bernanda Rudy Susandya, MPH	Rp 21.075,000
72	Hubungan antara Spesifitas Penulisan Diagnosis Utama dengan Akurasi Kode Diagnosis Utama dan klaim pembayaran pada Kasus Penyakit DM di RSJ Radikus Wadikusri Lawang	Endang Sri Dewi HS, MqIH	Rp 18.000,000
73	Penelitian evaluasi kecapaian layanan sebelum dan sesudah implementasi software aplikasi di terapan pendafaran pasien (TPD) Puskesmas Cendia Kota Malang	Dr. Himmari Hando	Rp 15.230,500
74	Study terhadap penyedia layanan kesehatan dalam menghadapi perubahan standar pelayanan kesehatan BPJS/BK	Achmad Zari Pirojo, M.Kes	Rp 24.000,000
<b>Sab Dini B. Elibah Bermaning</b>			<b>Rp 1.443.407.340</b>
<b>C. PENELITIAN DOSEN PEMULA</b>			
<b>1) JURUSAN KEBIDANAN - PEMULA</b>			
<b>a. Prati D-4 Kebidanan Jember</b>			
75	Pengaruh penyediaan Keperawatan dengan peningkatan pengetahuan tenaga awal di SMP Argasari Puri Kab Jember	Satriani, MM	Rp 12.230,400
76	Faktor-faktor terjadinya Child Abuse pada bulva di desa Barzani Key, Pampang Kab. Jember	Durianti, MPH	Rp 15.000,000
<b>b. Prati D-4 Kebidanan Kediri</b>			
77	Faktor yang mempengaruhi pre eklamsi pada ibu hamil di Wilayah Puskesmas Mojo Kab. Kediri	Trianti Andri Yanaarti, M.Keb	Rp 12.000,000
<b>c. Prati D-3 Kebidanan Kediri</b>			
78	Model Asuhan Kebidanan berbasis teori Helen Varney dalam asuhan diri Pre eklamsi kehamilan di RSHA Cita Keluarga Kota Kediri	1) Indah Kurnaningrum, M.Kes, 2) Rihza Eka Wijanti, M.Kes	Rp 15.000,000
<b>d. Prati D-3 Kebidanan Malang</b>			
79	Pengaruh pemberian kapsul ekstrak daun salai terhadap kadar asam urat pada penderita goutosis di Puskesmas Arjuno Kota Malang	1) Hadi Sularto, M.Kes, 2) Rani Wahyu Triatam, M.Kes	Rp 15.000,000
<b>2) JURUSAN KEPERAWATAN - PEMULA</b>			
<b>Prati D-4 Keperawatan Lawang</b>			
80	Hypertensi, Arterio-Sclerotic Index dan Risiko FHR, sebagai Prediktor Kejadian Stroke Menggunakan NIBSS Di RSUD Gungul Kab. Ponorogo	Sujatnyawati, M.Kep	Rp 12.581,350
<b>Prati D-3 Keperawatan Blitar</b>			
81	Pengaruh Wawancara Critical Behavior Training Terhadap Kesadaran Dan Kepatuhan Diri Siswa Putri Dalam Menghadapi Asusnan Kriminal	Agus Khoiril Anam, M.Kep	Rp 13.840,000
<b>2) JURUSAN BIKEM MEDIK DAN INFOKES - PEMULA</b>			
82	Rincang bangun sistem informasi ID besar penyakit dengan menggunakan metode waterfall di RSHA Puri Malang	Dianah Khalidat, MPH	Rp 13.116,500
<b>Sab Dini C. Doster Pratiwi</b>			<b>Rp 105.777.800</b>
<b>D. PENELITIAN CALON DOSEN</b>			
<b>1) JURUSAN GIZI - CALON DOSEN</b>			
<b>a. Prati D4 Gizi Malang</b>			
83	Analisa kandungan lemak Cadran pada bahan makanan sumber protein di daerah Deyuro Malang	Erik Widayanti, M.Si	Rp 10.000,000
84	Hubungan kondisi morning dengan indeks prestasi belajar dari skor IQ pada anak sekolah Sekolah Dasar di kota Malang	Rani Narmayanti, M.Gizi	Rp 10.000,000
<b>b. Prati D3 Gizi Malang</b>			
85	Faktor Determinan Keaktifan Stratting Pada Anak Usia 7-9 Tahun Di Kota Batu	Ain Hadi Suyono, M.Kes	Rp 9.886,000
86	Pengaruh Picky Eater Pada Anak Usia Pra Sekolah Di Kota Malang Dan Hubungannya Dengan Status Gizi Dan Asupan Makna	Caviana Cendari, M.Gizi	Rp 10.000,000
87	Pengaruh Metode Berbasis Paper Analytical Device Sebagai Perangkat Diagnostik Eoz (III) Dalam Malangan	Zari Rizkanti, Mai	Rp 10.000,000
<b>2) JURUSAN KEPERAWATAN CALON DOSEN</b>			
<b>Prati D4 Keperawatan Malang</b>			
88	Analisis Penderita Bawa Sifat pada Usia Dewasa Awal	Ede Suyanto, MPH	Rp 10.000,000
<b>3) JURUSAN KEBIDANAN CALON DOSEN</b>			
<b>a. Prati D3 Kebidanan Jember</b>			
89	Pengaruh Focus Group Discussion (FGD) terhadap perilaku ibu hamil melakukan tes HIV di Wilayah Kerja Puskesmas Andongari Kab. Jember 2017	Dian Aby Restanty, M.Keb	Rp 9.988,000



No	Judul	Nama Peneliti	Jumlah Dana
<b>b. Prodi III Kebidanan Kodir</b>			
90	Faktor yang mempengaruhi kejadian kanker payudara di RSUD dr. Doko Tunggagang	1) Arika IndakSuryani, M.Keb, 2) Rahajeng Siti Nur Rahmawati, M.Keb	Rp. 8.643.000
<b>c. Prodi IV Kebidanan Malang</b>			
91	Pengaruh penggunaan alat bantu pengambilan keputusan ber - EBI (ASPK) terhadap pemilihan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)	Ari Kurniasyah, M.Keb	Rp. 9.983.000
92	Hubungan Kepercayaan Diri Ibu Dalam Proses Menyusui Dengan Kemampuan Teknik Menyusui	Tri Mardiyanti, MMEd	Rp. 8.700.000
<b>d. JURUSAN PMIK CALON DOSEN</b>			
93	Sistem Referensi Mobile Electronic Medical Record (Mobile EMR) untuk pasien rawat inap	Ruki Ihsanika Rizwani, MPH	Rp. 9.980.000
94	Perencanaan Aplikasi Berbasis Web Data rekam medis penunjang layanan kesehatan dalam penanggulangan dengan menggunakan ID/keotriger	Pegah Yulho Triandito, MM	Rp. 8.872.000
Sub Total (13 Calon Dosen )			Rp. 11.828.000
Total			Rp. 2.986.903.430

Malang, 21 Mei 2017  
  
 Dek. Saiful Bahri, M.Keb  
 HP: 085618100011012



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**



-Rampas Pusat: Jl. Besar (Jari No. 7) C. Malang, 65144 Telp (041) 32075, 371208 - Fax: (041) 320746  
 -Rampas I: Jl. Soekarno No. 146 Jember, Telp (0331) 840018  
 -Rampas II: Jl. A. Yani Sumbu (Jorong Lawang) Telp (0341) 921417  
 -Rampas III: Jl. Dr. Soeparto No. 60 Bhat Telo (034) 903044  
 -Rampas IV: Jl. KH. Wahid Hasyim No. 618 Kediri Telp (0421) 773962  
 Website: <http://www.poltekkes-malang.ac.id> Email: [direktur@poltekkes-malang.ac.id](mailto:direktur@poltekkes-malang.ac.id)

**SURAT TUGAS**

No. KP.03.04/1/4095/2017

Dasar: Surat Keputusan Direktur Poltekkes Kemenkes Malang No: HK.02.03/1/2338/2017 tanggal 31 Mei 2017 tentang Kegiatan Penelitian yang mendapat dana DIPA Poltekkes Kemenkes Malang Tahun Anggaran 2017.

Pejabat yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Budi Susatia  
 NIP : 19650318 198803 1 002  
 Pangkat/Gol : Pembina Tingkat I /IV b  
 Jabatan : Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Dengan ini menugaskan bahwa :

No	Nama	NIP/NIK/NIM
1.	Endang Sri Dewi Hastuti Suryandari, M.QiH	196203091988032003
2.	Basirun, SKM	197812082006041003
3.	Sjaeful Bachri, Amd PK	196901041992011001
4.	Lutfi Budiono, Amd.RMIK	0820
5.	Chyrtia Vicky Alvionita, SST	92.10.2.127
6.	Rakhmad Budi Satria, Amd	93.11.1.209



Untuk melaksanakan kegiatan Penelitian dengan judul "Hubungan antara Spesifikasi Penulisan Diagnosis Utama dengan Akurasi Kode Diagnosis Utama dan klaim pembiayaan pada Kasus Penyakit DM di RSJ Radjiman Wediodiningrat Lawang" dalam rangka pelaksanaan salah satu Tri Dharma Perguruan Tinggi, yang akan dilaksanakan pada bulan September – Oktober 2017.

Setelah melaksanakan tugas untuk melaporkan secara tertulis kepada atasan langsung masing-masing.

Demikian Surat Tugas ini dibuat untuk dapat dilaksanakan dengan penuh tanggungjawab.

  
 31 September 2017  
 Direktur  
 Budi Susatia  
 NIP. 19650318 198803 1 002

### Lampiran 3. DOKUMENTASI ADMINISTRASI PENELITIAN.

 <b>KEMENTERIAN KESEHATAN RI</b> <b>BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN</b> <b>POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG</b>		
Kampus Pusat : D. Benda Ipan No. 77 C Malang 65112 Telp. (0341) 864711-271006 Fax. (0341) 556736 Kampus I : B. Sekeloa No. 306 Jember Telp. (0331) 436019 Kampus II : B. A. Yani Benda Jember Lawang Telp. (0331) 927541 Kampus III : B. D. Soekarno No. 90 Blora Telp. (0342) 861041 Kampus IV : B. KH. Wahid Hasyim No. 60H Kadis Telp. (0343) 713140 Website : <a href="http://www.poltekkes-malang.ac.id">Http://www.poltekkes-malang.ac.id</a> Email : <a href="mailto:direktokrat@poltekkes-malang.ac.id">direktokrat@poltekkes-malang.ac.id</a>		
		Malang, 18 Agustus 2017
Nomor	: <b>LB.01.02/1/3667/2017</b>	
Lampiran	: 1 (satu) eksemplar	
Perihal	: Permohonan Izin Penelitian	
Kepada Yth.:		
Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Kabupaten Malang		
di		
Malang		
Dalam rangka pelaksanaan salah satu Tri Dharma Perguruan Tinggi, yaitu di bidang Riset/penelitian dan untuk meningkatkan mutu Tenaga Pendidik di Poltekkes Kemenkes Malang, maka setiap dosen diwajibkan untuk melakukan Riset/penelitian. Sehubungan dengan hal tersebut diatas, maka kami mohon diberikan izin Penelitian untuk Dosen Poltekkes Kemenkes Malang, sebagai berikut :		
Nama	: ENDANG SRI DEWI HASTUTI SURYANDARI, M.QIH	
NIP	: 196203091988032003	
Judul Penelitian	: Hubungan antara Spesifikasi Penulisan Diagnosis Utama dengan Akurasi Kode Diagnosis Utama dan klaim pembiayaan pada Kasus Penyakit DM di RSJ Radjiman Wediodiningrat Lawang	
Tempat Penelitian	: RSJ Radjiman Wediodiningrat Lawang	
Waktu Penelitian	: Agustus s.d. Nopember 2017	
Keterangan	: Proposal Penelitian terlampir	
Demikian atas izin yang diberikan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.		
Direktur,		
		
Budi Susatia		
NIP. 196503181988031002		
Tembusan disampaikan :		
1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Malang		
2. Direktur RSJ Radjiman Wediodiningrat Lawang		
3. Kepala Diklat/Diklit RSJ Radjiman Wediodiningrat Lawang		
4. Dosen yang bersangkutan.		



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
Jl. KH. Agus Salim No. 7 Telp: (0341) 366260 Fax: (0341) 366260  
MALANG - 65119

**SURAT KETERANGAN**

NOMOR : 072/ 35.07.205/2017

Untuk melakukan Survey/Research/Penelitian/KKN/PKL/Magang

Menunjuk Surat dari Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang  
Nomor.LB.01.02/1/3667/2017 Tanggal, 18 Agustus 2017 Perihal Penelitian

Dengan ini Kami **TIDAK KEBERATAN** dilaksanakan Penelitian oleh :

Nama / Instansi : Endang Sri Dewi Astuti Suryandari, M.QIH  
Alamat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang  
Thema/Judul/Survey/Research : Hubungan Antara Spesifikasi Diagnosis Utama dengan Akurasi Kode Diagnosis Utama dan Klaim Pembiayaan Pada Kasus Penyakit DM di RSJ Radjiman Wediodiningrat Lawang  
Daerah/tempat kegiatan : RSJ Radjiman Wediodiningrat Lawang  
Lamanya : Agustus - November 2017  
Pengikut : -

Dengan Ketentuan :

1. Mentaati Ketentuan - Ketentuan / Peraturan yang berlaku
2. Sesampainya ditempat supaya melapor kepada Pejabat Setempat
3. Setelah selesai mengadakan kegiatan harap segera melapor kembali ke Bupati Malang Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Malang
4. Surat Keterangan ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut diatas

Malang, 23 Agustus 2017

An. KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK  
Kepala Bidang Ideologi HAM dan Wasbang



NIP. 19680125 199203 1 004

Tembusan :

Yth.

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Malang
3. Kepala RSJ Radjiman Wediodiningrat Lawang
4. Mhs/Ybs
5. Arsip





**KEMENTERIAN KESEHATAN**  
**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  
**RS JIWA Dr.RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG**

Jalan A.Yani Lawang - 65208, Telp. (0341) 426015, 429067, Fax. (0341) 423785  
website : www.rsjawang.com, email : rsjawang@yahoo.com



Nomor : DP.02.01/XXVII.2.2/ 2002/2017

19 September 2017

Hal : Permohonan Ijin Penelitian

Yang terhormat  
Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang  
Jl. Besar Ijen No. 77 C  
**MALANG – 65112**

Sehubungan dengan surat Saudara tertanggal 18 Agustus 2017 Nomor: LB  
01.02/1/3667/2017 perihal sebagai yang dimaksud pada pokok surat, dengan ini  
disampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan dan dapat memfasilitasi  
kegiatan penelitian dosen tersebut di bawah ini :


Nama : Endang Sri Dewi Astuti Suryandari, M.QIH  
NIP : 196203091988032003  
Judul Penelitian : Hubungan antara Spesifikasi Penulisan Diagnosis Utama  
dengan Akurasi Kode Diagnosis dan Klaim pembiayaan  
pada Kasus Penyakit DM di RSJ Dr. Radjiman W. Lawang

Adapun biaya untuk Penelitian setingkat Magister sebesar Rp. 231.500,-/Orang  
(Penelitian maksimal 2 hari)

Untuk hal lain yang berkaitan dengan administrasi dapat berhubungan langsung  
dengan Ka Sub Bag Diklit Tenaga Keperawatan Dan Non Medis **HERIE JUWANTO,**  
SST di No. 08123367472 dan Bagian Diklit RSJ Dr. Radjiman W. Lawang di nomor Telp  
(0341) 429067 Ext. 1161-1162.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Direktur SDM dan Pendidikan

  
Dr. Didid Roesono, Sp.KJ  
NIP. 19601024 198903 1 002

**Tembusan :**

1. Direktur Utama RSJ. RW (sebagai laporan)
2. Direktur Keuangan dan Administrasi Umum
3. Instalasi Diklit





**RS Jiwa Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG**  
**Tim Etik Penelitian**

Jalan A. Yani Lawang - 65208, Telp. (0341) 426015, 429067, Fax. (0341) 423785  
website : www.rsjiwang.com, email : rsjiwang@yahoo.com



Lawang, 15 September 2017

Nomor : 08/TEP/IX/2017  
Perihal : Pelaksanaan Assessment Penelitian

Yang terhormat,  
Direktur SDM dan Pendidikan  
RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat  
Di Lawang

Bersama surat ini kami informasikan bahwa pertemuannya untuk telaah penelitian

atas nama :

Nama : Dr. Endang Sri Dewi Hastuti Suryandari, MQUIH

NIP : 196203091988032003

Jabatan Fungsional : Lektor

Program Studi : Diploma III Perekam Medis dan Informasi Kesehatan

Judul Penelitian : Hubungan Antara Spesifitas Penulisan Diagnosis Utama dengan  
Akurasi Kode Diagnosis Utama dan Klaim Pembiayaan pada  
Kasus Penyakit DM di RSJ Dr. Radjiman W Lawang

diputuskan bahwa pada dasarnya penelitian tersebut dapat dilaksanakan di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dengan melengkapi beberapa persyaratan sebagai berikut :

1. Peneliti mematuhi persyaratan administratif yang sudah ditetapkan
2. Penelitian di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang harus didampingi oleh Kepala Instalasi Rekam Medis dan Ketua Tim Verifikasi Internal
3. Hasil penelitian disampaikan kepada Direktur Utama RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang

Apabila hal tersebut dapat disetujui, maka kami mohon agar pelaksanaan penelitian di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dapat difasilitasi. Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terimakasih.

Ketua Tim Assessment Penelitian

  
dr. Yuniar, SpKJ

## LAMPIRAN

### LAMPIRAN 1: INFORMED CONSENT

#### SURAT PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Basirun, SKAN  
Umur : 37 tahun  
Pendidikan : Si kemas  
Alamat : Perum Giza Husada E3/24 Sumber Porong  
Lawang, Malang

Setelah mendapat penjelasan serta mengetahui manfaat dan tujuan dari penelitian yang berjudul **Hubungan Antara Spesifisitas Penulisan Diagnosis Utama Dengan Akurasi Kode Diagnosis Utama Dan Klaim Pembiayaan Pada Kasus Penyakit DM di RSJ Wediodiningrat Lawang**, dengan ini menyatakan **BERSEDIA** menjadi responden penelitian dengan catatan bila sewaktu-waktu merasa dirugikan DALAM bentuk apapun maka berhak membatalkan persetujuan ini.

Malang, <sup>28/3</sup>2017

Responden

  
Basirun, SKAN



RSJ. Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG  
 DIREKTORAT MEDIK DAN KEPERAWATAN  
 INSTALASI REKAM MEDIS  
 Jl. A Yani Sumber porong No 15 Lawang. Kode Pos 65208  
 Telp. (0341) 426015, 429066, 429067, Website: www.rsilawang.com



**PAKTA INTEGRITAS  
 TIDAK MEMBOCORKAN RAHASIA REKAM MEDIS**

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : dr. ENDANG SRI DEWI H.S., MGRM  
 Alamat : JL. BANTARAN LINDAH BLOK. G. 13 MALANG  
 Unit Kerja/Instansi : POLITEKNIK KEMENTERIAN MALANG  
 Nomor Identitas : KTP/SIM/Peper/KITA, nomor: 3573054903620002

Bermaksud mencari dan meminta data ke Instalasi Rekam Medis, jenis data adalah (permintaan data terlampir):

1. DATA MASUK PERAKIT PM TH. 2017. (RAWAT INAP)
2. ....
3. ....
4. ....

Data tersebut digunakan untuk keperluan :

penelitian

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya:

1. Tidak akan membocorkan rahasia pasien sehubungan dengan data-data tersebut.
2. Jika terbukti menyalahgunakan data-data tersebut, dan dikemudian hari terjadi masalah hukum yang berkaitan dengan data-data tersebut, saya tidak akan melibatkan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dan menjadi tanggung jawab saya pribadi

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa ada paksaan.

Lawang, 28 - SEPT - 2017.

Petugas Rekam Medis  
  
 NIP. ....

Yang membuat pernyataan  
  
 dr. ENDANG SRI DEWI H.S., MGRM

An. Direktur Utama RSJRW  
 Kepala Instalasi Rekam Medis

Basim Amd PK SKM  
 NIP. 197812082006041003



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

**REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK  
ETHICAL APPROVAL RECOMMENDATION  
Reg.No.: 557/KEPK-POLKESMA/2017**

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kemenkes Malang telah menyelenggarakan Pertemuan pada tanggal 25 September 2017 untuk membahas protokol penelitian

*The Ethic Committee of Polytechnic of Health The Ministry of Health in Malang has convened a meeting on September 25<sup>th</sup> 2017 to discuss the research protocol*

Judul <i>Entitled</i>	<b>HUBUNGAN ANTARA SPESIFISITAS PENULISAN DIAGNOSIS UTAMA DENGAN AKURASI KODE DIAGNOSIS UTAMA DAN KLAIM PEMBIAYAAN PADA KASUS PENYAKIT DM DI RSJ WEDIODININGRAT LAWANG</b>  <i>Relationship Between Specificity Of Main Diagnosis Writing With Accuracy Main Diagnosis Codes And Financing Claims In Cases Of DM Disease In RSJ Wediodiningrat Lawang</i>
Peneliti <i>Researcher</i>	dr. Endang Sri Dewo Hastuti Suryandari, MQIH

Dan menyimpulkan bahwa protokol tersebut telah memenuhi semua persyaratan etik  
*And concluded that the protocol has fulfilled all ethical requirements*

Malang, 27 September 2017



#### **Lampiran 4: NASKAH PSP (FORM 001.B)**

### **PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN (PSP)**

1. Saya, Endang Sri Dewi H.S., berasal dari institusi/jurusan/program studi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang dengan ini meminta anda (Kepala Instalasi Rekam Medis), untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul Hubungan Antara Spesifisitas Penulisan Diagnosis Utama Dengan Akurasi Kode Diagnosis Utama Dan Klaim Pembiayaan Pada Kasus Penyakit DM Di RSJ Wediodiningrat Lawang
2. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui adanya hubungan spesifisitas penulisan diagnosis utama dengan akurasi kode diagnosis utama dan klaim pembiayaan pada kasus penyakit DM di RSJ Wediodiningrat Lawang. Penelitian ini akan berlangsung selama 2 bulan dari bulan Agustus sampai September 2017 dan sampel penelitian/orang yang terlibat dalam penelitian adalah berupa sampel dokumen rekam medis rawat inap kasus penyakit DM yang akan diambil dengan menggunakan metode total sampling dengan jumlah sampel sebanyak 50 dokumen RM.
3. Prosedure pengambilan bahan penelitian/data dengan cara , dilakukan pemeriksaan terhadap kode diagnosis penyakit di tiap-tiap dokumen rekam medis. Kemudian dilakukan pemeriksaan terhadap spesifisitas penulisan diagnosis utama kasus penyakit DM di tiap-tiap dokumen rekam medis berdasarkan terminologi medis yang tepat dan spesifik serta dilakukan skoring. Selanjutnya, dilakukan pengukuran akurasi pengkodean diagnosa utama berdasarkan *ICD-10*. Tahap berikutnya menganalisa kesesuaian biaya klaimnya. Selanjutnya dilakukan uji statistik hubungan antara variabel spesifisitas penulisan diagnosis utama kasus penyakit DM dengan variabel akurasi pengkodean diagnosa utama dan klaim pembiayaan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidak nyamanan yaitu kekhawatiran dari pihak lahan terkait dengan kerahasiaan dari data yang ada dalam setiap berkas rekam medis tetapi anda tidak perlu khawatir karena Peneliti bertanggung jawab atas kerahasiaan isi

dokumen rekam medis sesuai dengan yang tertuang dalam naskah PSP (Penjelasan Sebelum Persetujuan).

4. Keuntungan yang akan diperoleh instalasi rekam medis dalam keikutsertaan pada penelitian ini adalah dapat mengetahui bahwa penulisan diagnosa utama penyakit yang tidak spesifik akan berdampak pada keakuratan koding diagnosanya sekaligus akan berpengaruh pada besaran klaim biaya perawatan pasien yang diajukan oleh instalasi rekam medis.
5. Seandainya anda tidak menyetujui cara ini maka anda dapat memilih cara lain yaitu dengan tidak memberikan dokumen rekam medis yang akan dipakai sebagai sampel penelitian atau anda boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali. Untuk itu anda tidak akan dikenakan sanksi apapun.
6. Nama dan jati diri anda akan tetap dirahasiakan

PENELITI



dr. Endang Sri Dewi Hastuti S, MQIH  
NIP. 19620309 198803 2 003

## Lampiran 5: SOP PENGKODEAN DIAGNOSA PENYAKIT

### STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PENGKODEAN PENYAKIT ( 9 TAHAPAN KODEFIKASI REKAM MEDIS MENURUT KASIM DALAM HATTA, 2008 )

1. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode, dan buka volume 3 *Alphabetical Indeks* (kamus). Bila pernyataan adalah istilah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada Bab I-XIX dan XXI (Z00-Z99), lalu gunakan istilah tersebut sebagai “*lead term*” untuk dimanfaatkan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi 1 indeks (Volume 3). Bila pernyataan adalah penyebab luar (*external cause*) dari cedera (bukan nama penyakit) yang ada di Bab XX (Volume 1), lihat dan cari kodenya pada seksi II di Indeks (Volume 3).
2. “*Lead term*” (kata panduan) untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologisnya. Sebaiknya jangan menggunakan istilah kata benda anatomi, kata sifat atau kata keterangan sebagai kata panduan. Walaupun demikian, beberapa kondisi ada yang diekspresikan sebagai kata sifat atau eponim (menggunakan nama penemu) yang tercantum di dalam indeks sebagai “*lead term*”.
3. Baca dengan seksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul di bawah istilah yang akan dipilih pada Volume 3.
4. Baca istilah yang terdapat dalam tanda kurung “( )” sesudah *lead term* (kata dalam tanda kurung = *modifier* , tidak akan mempengaruhi kode). Istilah lain yang ada di bawah *lead term* (dengan tanda (-) *minus* = idem = *indent*) dapat mempengaruhi nomor kode, sehingga semua kata - kata diagnostik harus diperhitungkan).
5. Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (*cross references*) dan perintah *see* dan *see also* yang terdapat dalam indeks.
6. Lihat daftar tabulasi (Volume 1) untuk mencari nomor kode yang paling tepat. Lihat kode tiga karakter di indeks dengan tanda minus pada posisi keempat yang berarti bahwa isian untuk karakter keempat itu ada di dalam volume 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indek (Volume 3). Perhatikan

juga perintah untuk membubuhi kode tambahan (*additional code*) serta aturan cara penulisan dan pemanfaatannya dalam pengembangan indeks penyakit dan dalam sistem pelaporan morbiditas dan mortalitas.

7. Ikuti pedoman Inclusion dan Exclusion pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (*chapter*), blok, kategori, atau subkategori.
8. Tentukan kode yang anda pilih.
9. Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk memastikan kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan.



## Lampiran 6. CATATAN HARIAN (LOGBOOK) PENELITIAN

NO	TANGGAL	KEGIATAN
1.	29 Juli 2017	Konsultasi dengan Kepala Bidang Rekam Medis RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang tentang rencana penelitian yang akan dilakukan.
2.	18 Agustus 2017	Menyerahkan surat permohonan izin penelitian ke Kantor Kesbangpol
3.	19 Agustus 2017	Menyerahkan surat permohonan izin penelitian ke RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang
4.	20 Agustus 2017	Mengurus ethical clearance penelitian ke KEPK Poltekkes Kemenkes Malang
5.	21 Agustus 2017	Menyerahkan surat dari kesbangpol ke Dinas Kesehatan
6.	23-24 Agustus 2017	Sosialisasi dan penjelasan rencana kegiatan penelitian
7.	31 Agust & 7 Sept 2017	Penjajakan lokasi penelitian
8.	20-21 September 2017	Sosialisasi dan penjelasan rencana kegiatan penelitian di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang
9.	27 September 2017	Pelaksanaan Penjelasan Penelitian dan Penandatanganan informed consent serta Pakta Integritas dengan Kepala Bidang Rekam Medis RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang
10.	14 Oktober 2017	Pengambilan data penelitian tahap pertama ke bagian Rekam Medik RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang
11.	15 Oktober 2017	Pengambilan data penelitian tahap kedua ke bagian Rekam Medik RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang
12.	21 Oktober 2017	Pengambilan data penelitian tahap ketiga ke bagian Rekam Medik RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang
13.	25 Oktober 2017	Persiapan kegiatan FGD di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang
14.	26 Oktober 2017	Melaksanakan kegiatan FGD di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang
15.	28-29 Oktober 2017	Entry dan editing data
16.	4 - 11 Nopember 2017	Pengolahan dan Analisa data
17.	12 Nop – 19 Nop 2017	Penyusunan Laporan Hasil Penelitian
19.	20 Nop – 25 Nop 2017	Penyelesaian administrasi pertanggungjawaban keuangan (SPJ)
20.	2 Des – 3 Des 2017	Seminar Hasil penelitian
21.	5 Des – 10 Des 2017	Revisi Laporan Post Seminar
22.	13 Des – 14 Des 2017	Cetak Jilid Laporan Final Hasil Penelitian.
23	15 Des – 30 Des 2017	Publikasi Hasil Penelitian

## Lampiran 7: HASIL ENTRY DATA DAN UJI STATISTIK

REKAP OBSERVASI SPESIFISITAS PENULISAN DIAGNOSA UTAMA PENY DM

NO	NO RM	PENULISAN DX UTAMA	PENULISAN DX UTAMA SEHARUSNYA	SPESIFISITAS	
				YA	TIDAK
1	00-00-01	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
2	00-00-02	Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
3	00-00-03	Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
4	00-00-04	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
5	00-00-05	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Polyneuropathy with Neurological Complications	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Polyneuropathy with Neurological Complications	2	
6	00-00-06	Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
7	00-00-07	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Polyneuropathy with Neurological Complication	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Polyneuropathy with Neurological Complication	2	
8	00-00-08	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
9	00-00-09	Insulin Dependent Diabetes Mellitus Gangrene with Periperal circulatory Complication	Insulin Dependent Diabetes Mellitus Gangrene with Periperal circulatory Complication	2	
10	00-00-10	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
11	00-00-11	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
12	00-00-12	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus arthropathy	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus arthropathy	2	
13	00-00-13	Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications	Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications	2	
14	00-00-14	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Insulin Dependent Diabetes Mellitus with Ketoacidosis		1
15	00-00-15	Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Gangrene		1
16	00-00-16	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Polyneuropathy with Neurological Complication	Insulin Dependent Diabetes Mellitus Polyneuropathy with Neurological Complication		1
17	00-00-17	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
18	00-00-18	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Polyneuropathy with Neurological Complication	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Polyneuropathy with Neurological Complication	2	
19	00-00-19	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
20	00-00-20	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus with Neurological Complication	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus with Neurological Complication	2	
21	00-00-21	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
22	00-00-22	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications	2	
23	00-00-23	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
24	00-00-24	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
25	00-00-25	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
26	00-00-26	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
27	00-00-27	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
28	00-00-28	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1

29	00-00-29	Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
30	00-00-30	Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications	Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications	2	
31	00-00-31	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications	2	
32	00-00-32	Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
33	00-00-33	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications	2	
34	00-00-34	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications	2	
35	00-00-35	Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
36	00-00-36	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications	Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
37	00-00-37	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications	Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
38	00-00-38	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications	2	
39	00-00-39	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
40	00-00-40	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
41	00-00-41	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus with Neurological Complication	Non-insulin-dependent diabetes mellitus with multiple complications		1
42	00-00-42	Insulin-dependent diabetes mellitus with multiple complications	Insulin-dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complications		1
43	00-00-43	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus with Neurological Complication	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus with Neurological Complication	2	
44	00-00-44	Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
45	00-00-45	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non-insulin-dependent diabetes mellitus with unspecified complications		1
46	00-00-46	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
47	00-00-47	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non-insulin-dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complications		1
48	00-00-48	Non-insulin-dependent diabetes mellitus with renal complications	Non-insulin-dependent diabetes mellitus with renal complications + Glomerular disorders in diabetes mellitus		1
49	00-00-49	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus	Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus Without Complications		1
50	00-00-50	Non-insulin-dependent diabetes mellitus with multiple complications	Non-insulin-dependent diabetes mellitus with unspecified complications		1
JUMLAH SPESIFISITAS PENULISAN ICDX UTAMA				14	36

REKAP OBSERVASI KODING DIAGNOSA UTAMA PENY DM

NO	NO RM	KODE DX UTAMA	KODE SEHARUSNYA	AKURAT	
				YA	TIDAK
1	00-00-01	E11	E11.9		1
2	00-00-02	E11	E10.9		1
3	00-00-03	E11	E10.9		1
4	00-00-04	E11	E11.9		1
5	00-00-05	E11.4*	E11.4* G63.2*		1
6	00-00-06	E10	E10.9		1
7	00-00-07	E11.4* G63.2*	E11.4* G63.2*	2	
8	00-00-08	E11	E11.9		1
9	00-00-09	E11.5	E10.5		1
10	00-00-10	E11	E11.9		1
11	00-00-11	E11	E11.9		1
12	00-00-12	E11	E11.5* M14.2*		1
13	00-00-13	E11	E10.9		1
14	00-00-14	E11	E10.1		1
15	00-00-15	E10	E11.5		1
16	00-00-16	E11.4* G63.2*	E10.4* G63.2*		1
17	00-00-17	E11	E11.9		1
18	00-00-18	E11.4* G63.2*	E11.4* G63.2*	2	
19	00-00-19	E11	E11.9		1
20	00-00-20	E11.4	E11.4	2	
21	00-00-21	E11	E11.9		1
22	00-00-22	E11.9	E11.9	2	
23	00-00-23	E11	E11.9		1
24	00-00-24	E11	E11.9		1
25	00-00-25	E11	E11.9		1
26	00-00-26	E11	E11.9		1
27	00-00-27	E11	E11.9		1
28	00-00-28	E11	E11.9		1
29	00-00-29	E10	E10.9		1
30	00-00-30	E10.8	E10.9		1
31	00-00-31	E11.9	E11.9	2	
32	00-00-32	E10	E10.9		1
33	00-00-33	E11	E11.9		1
34	00-00-34	E11	E11.9		1
35	00-00-35	E10	E11.9		1
36	00-00-36	E11	E10.9		1
37	00-00-37	E11	E10.9		1
38	00-00-38	E11	E11.9		1
39	00-00-39	E11	E10.9		1
40	00-00-40	E11	E11.9		1
41	00-00-41	E11.4	E11.7		1
42	00-00-42	E10.7	E10.5		1
43	00-00-43	E11.4	E11.4+G63.2*		1
44	00-00-44	E10	E10.9		1
45	00-00-45	E11	E11.8		1
46	00-00-46	E11	E10.9		1
47	00-00-47	E11	E11.5		1
48	00-00-48	E11.2	E11.2+N08.3*		1
49	00-00-49	E11	E11.9		1
50	00-00-50	E11.7	E11.8		1
JUMLAH AKURASI KODE DX UTAMA				5	45

REKAP OBSERVASI KLAIM PEMBIAYAAN DG TARIF INACBGs

NO	NO RM	KLAIM INACBGs	KLAIM INACBGs SEHARUSNYA	KLAIM SESUAI	
				YA	TIDAK
1	00-00-01	Rp -	Rp 3.690.400		1
2	00-00-02	Rp -	Rp 3.690.400		1
3	00-00-03	Rp -	Rp 3.690.400		1
4	00-00-04	Rp -	Rp 3.690.400		1
5	00-00-05	Rp 6.239.700	Rp 8.181.700		1
6	00-00-06	Rp -	Rp 3.690.400		1
7	00-00-07	Rp 8.181.700	Rp 8.181.700	2	
8	00-00-08	Rp -	Rp 3.690.400		1
9	00-00-09	Rp 4.722.500	Rp 4.722.500	2	
10	00-00-10	Rp -	Rp 3.690.400		1
11	00-00-11	Rp -	Rp 3.690.400		1
12	00-00-12	Rp -	Rp 3.690.400		1
13	00-00-13	Rp -	Rp 3.690.400		1
14	00-00-14	Rp -	Rp 3.690.400		1
15	00-00-15	Rp -	Rp 4.722.500		1
16	00-00-16	Rp 8.181.700	Rp 8.181.700	2	
17	00-00-17	Rp -	Rp 3.690.400		1
18	00-00-18	Rp 8.181.700	Rp 8.181.700	2	
19	00-00-19	Rp -	Rp 3.690.400		1
20	00-00-20	Rp 6.239.700	Rp 6.239.700	2	
21	00-00-21	Rp -	Rp 3.690.400		1
22	00-00-22	Rp 3.690.400	Rp 3.690.400	2	
23	00-00-23	Rp -	Rp 3.690.400		1
24	00-00-24	Rp -	Rp 3.690.400		1
25	00-00-25	Rp -	Rp 3.690.400		1
26	00-00-26	Rp -	Rp 3.690.400		1
27	00-00-27	Rp -	Rp 3.690.400		1
28	00-00-28	Rp -	Rp 3.690.400		1
29	00-00-29	Rp -	Rp 3.690.400		1
30	00-00-30	Rp 3.690.400	Rp 3.690.400	2	
31	00-00-31	Rp 3.690.400	Rp 3.690.400	2	
32	00-00-32	Rp -	Rp 3.690.400		1
33	00-00-33	Rp -	Rp 3.690.400		1
34	00-00-34	Rp -	Rp 3.690.400		1
35	00-00-35	Rp -	Rp 369.040		1
36	00-00-36	Rp -	Rp 3.690.400		1
37	00-00-37	Rp -	Rp 3.690.400		1
38	00-00-38	Rp -	Rp 3.690.400		1
39	00-00-39	Rp -	Rp 3.690.400		1
40	00-00-40	Rp -	Rp 3.690.400		1
41	00-00-41	Rp 6.239.700	Rp 3.690.400		1
42	00-00-42	Rp 3.690.400	Rp 4.722.500		1
43	00-00-43	Rp 6.239.700	Rp 8.181.700		1
44	00-00-44	Rp -	Rp 3.690.400		1
45	00-00-45	Rp -	Rp 3.690.400		1
46	00-00-46	Rp -	Rp 3.690.400		1
47	00-00-47	Rp -	Rp 4.722.500		1
48	00-00-48	Rp 5.127.500	Rp 5.127.500	2	
49	00-00-49	Rp -	Rp 3.690.400		1
50	00-00-50	Rp 3.690.400	Rp 3.690.400	2	
	<b>JUMLAH</b>	<b>Rp 77.805.900</b>	<b>Rp 211.769.940</b>		
		<b>JUMLAH KESESUAIAN KLAIM</b>		<b>10</b>	<b>40</b>

## UJI MULTIVARIAT DENGAN REGRESI LOGISTIK

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	50	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	50	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		50	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Tabel diatas merupakan table *Case Processing Summary* adalah ringkasan jumlah sampel, yaitu sebanyak 50 sampel dan tidak ada sampel yang hilang/missing.

### Block 0: Beginning Block

**Classification Table<sup>a,b</sup>**

Observed			Predicted		Percentage Correct
			KESESUAIAN KLAIM PEMBIAYAAN (Y)		
			TIDAK SESUAI	SESUAI	
Step 0	KESESUAIAN KLAIM PEMBIAYAAN (Y)	TIDAK SESUAI	40	0	100.0
		SESUAI	10	0	.0
Overall Percentage					80.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-1.386	.354	15.374	1	.000	.250

**Variables not in the Equation**

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	SPESIFITAS_DIAGNOSA_UTAMA(1)	10.938	1	.001
		KEAKURATAN_KODE_DIAGNOSA(1)	22.222	1	.000
Overall Statistics			23.090	2	.000

## Block 1: Method = Enter

### Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	19.853	2	.000
Block	19.853	2	.000
Model	19.853	2	.000

### Model Summary

Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
.328	.518

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

**Lampiran 8. DOKUMENTASI KEGIATAN PENGAMBILAN DATA**





