

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

A. Definisi Rumah Sakit

Berdasarkan PERMENKES No.3 Tahun 2020 Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

B. Fungsi Rumah Sakit

Tugas dan fungsi rumah sakit menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Bab III Pasal 4 dan Pasal 5 tentang Rumah Sakit adalah Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, fungsi rumah sakit:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam perkembangan

pelayanan kesehatan

- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

C. **Klasifikasi Rumah Sakit**

Klasifikasi rumah sakit menurut PERMENKES Nomor 3 Tahun 2020 tentang klasifikasi dan perizinan Rumah sakit menyebutkan klasifikasi rumah sakit ada 2 yaitu:

1. Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan, Rumah Sakit Umum diklasifikasikan menjadi:
 - a. Rumah Sakit Umum Kelas A
 - b. Rumah Sakit Umum Kelas B
 - c. Rumah Sakit Umum Kelas C
 - d. Rumah Sakit Umum Kelas D
2. Rumah Sakit Khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan unsur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya, Rumah Sakit khusus diklasifikasikan menjadi:

- a. Rumah Sakit Khusus Kelas A
- b. Rumah Sakit Khusus Kelas B
- c. Rumah Sakit Khusus Kelas C

D. Kewajiban Rumah Sakit

Rumah Sakit mempunyai kewajiban yang harus dilaksanakan menurut Permenkes Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien yang memutuskan bahwa “Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban :Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien dan menyelenggarakan rekam medis”.

2.1.2 Rekam Medis

A. Pengertian Rekam Medis

Dalam Permenkes Nomor 269/MenKes/Per/III/2008 yang menyatakan rekam medis adalah berisi catatan dan dokumen tentang pasien yang berisi identitas, pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis lain pada sarana pelayanan kesehatan untuk rawat jalan, rawat inap baik dikelola pemerintah maupun swasta. Kemudian diperbaharui dengan Permenkes No. 24 Tahun 2022 pasal 1 ayat 1 Rekam medis adalah dokumen yang berisikan catatan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Dalam penjelasan Pasal 46 ayat (1) UU praktik kedokteran, yang di maksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan

dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Dalam arti yang sederhana rekam medis yaitu merupakan catatan dan dokumen yang berisi tentang kondisi dan keadaan pasien, tetapi pengertian rekam medis mempunyai makna yang lebih kompleks tidak hanya berisi catatan biasa. Karena di dalam catatan tersebut terdapat segala informasi mengenai catatan medis kondisi seorang pasien yang akan dijadikan dasar dalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lainnya yang diberikan kepada seorang pasien yang datang ke rumah sakit.

B. Tujuan dan Manfaat Rekam Medis

Menurut Rustiyanto, 2009 : 6 tujuan rekam medis adalah untuk mendapatkan ringkasan riwayat pasien yang akurat, mencatat kehidupan atau riwayat pasien yang akurat, mencatat kehidupan atau riwayat kesehatan dan penyakit di masa lalu sampai sekarang, untuk mencatat pengobatan yang telah diberikan kepada pasien, serta upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Rekam medis dibuat untuk tata tertib administrasi di rumah sakit yang merupakan salah satu faktor penentu dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269/Menkes PER/III/2008 rekam medis sangat bermanfaat dalam berbagai aspek pelayanan kesehatan yaitu:

a. Sebagai dasar dalam pengobatan pasien

Rekam medis digunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan, perawatan, dan tindakan yang akan diberikan kepada pasien. Dalam hal ini, digunakan sebagai mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan

b. Sebagai dasar dalam peningkatkan kualitas pelayanan kesehatan

Penggunaan rekam medis bagi penyelenggara pelayanan kesehatan dapat meningkatkan tercapainya kesehatan masyarakat yang optimal. Rekam medis juga sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan terhadap pasien. Dalam hal ini, manfaat rekam medis digunakan untuk menganalisa dan mengevaluasi kualitas program dan pelayanan kesehatan yang telah dilakukan.

c. Sebagai dasar informasi statistik kesehatan

Rekam medis juga digunakan sebagai dasar alat ukur statistik kesehatan yang mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan prevalensi suatu penyakit dalam masyarakat. Contohnya, rekam medis dapat digunakan untuk mengukur berapa jumlah penderita penyakit pneumonia, diabetes, hipertensi dan distribusi penyakit lainnya.

d. Sebagai pembuktian masalah hukum, disiplin, dan kode etik.

Rekam medis adalah bukti riwayat pasien yang tertulis sehingga bermanfaat dalam menyelesaikan permasalahan hukum,

disiplin, dan kode etik. Selain itu rekam medis digunakan untuk melindungi kepentingan hukum pasien, saran atau tenaga kesehatan yang terlibat.

e. Dalam bidang pendidikan dan penelitian

Rekam medis berisikan catatan riwayat pasien yang sudah diberikan dan bermanfaat untuk bahan informasi bagi pengajaran dan penelitian di bidang medis seperti kedokteran, kedokteran gigi, maupun pendidikan kesehatan yang lainnya.

f. Dalam bidang pembiayaan perawatan pasien

Berkas rekam medis digunakan bahan acuan atau petunjuk untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan. Catatan-catatan tersebut dapat dijadikan sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.

C. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis menurut Depkes RI (2006) dapat dilihat dari beberapa aspek, yaitu :

a. Aspek Administratif

Rekam medis mempunyai nilai administrasi karena didalam dokumen rekam medis memuat tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga kesehatan dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan

b. Aspek Medis

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut digunakan sebagai dasar dan petunjuk dalam menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan, tindakan dan terapi yang adak diberikan kepada pasien selanjutnya.

c. Aspek Keuangan

Dokumen rekam medis mempunyai nilai aspek keuangan, karena didalam berkas rekam medis memuat data informasi pelayanan yang telah diberikan kepada pasien dan digunakan sebagai dasar pembayaran perawatan di suatu pelayanan kesehatan

d. Aspek Hukum

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai aspek hukum karena di dalamnya menyangkut masalah jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dan sebagia bahan dasar tanda bukti untuk menegakkan keadilan

e. Aspek Penelitian

Di dalam dokumen rekam medis memuat aspek penelitian, karena memuat informasi dan data yang digunakan sebagai pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan.

f. Aspek Pendidikan

Dokumen rekam medis memuat aspek dokumentasi, kerna isi dari dokumen tersebut menyangkut sumber yang harus di dokumentasikan dan digunakan sebagai pertanggung jawaban laporan rumah sakit.

D. Isi Rekam Medis

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Bab II Jenis dan Isi Rekam Medis pasal 3 poin 2 yaitu Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang- kurangnya memuat:

- a. Identitas pasien
- b. Tanggal dan waktu
- c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
- e. Diagnosis
- f. Rencana penatalaksanaan
- g. Pengobatan dan/atau tindakan
- h. Persetujuan tindakan bila diperlukan
- i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
- j. Ringkasan pulang (discharge summary)
- k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi. atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu
- m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis Elektronik yaitu Isi Rekam Medis Elektronik terdiri atas:

- a. Dokumentasi administrative
- b. Dokumentasi klinis

2.1.3 Diagnosis

Kondisi pasien dari hasil pertimbangan yang telah dilakukan. Diagnosis bertujuan untuk menentukan penyakit yang dialami pasien dengan melewati beberapa tahapan pemeriksaan yang dilakukan yaitu anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang dan beberapa pemeriksaan lainnya.

Diagnosis penyakit adalah suatu bentuk bahasa terminologi yang mengarahkan pada usaha untuk menegakkan atau mengetahui mengenai suatu jenis penyakit atau masalah kesehatan yang diderita atau dialami oleh seorang pasien atau penderita. Penetapan diagnosis pasien dilarang untuk dirubah karena merupakan kewajiban hakm dan tanggung jawab dokter dimana diagnosis tertulis didalam rekam medis dan diisi dengan lengkap, jelas dan sesuai dengan panduan yang ada dalam buku ICD 10.

Menurut Depkes RI (2006), penetapan diagnosis pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter, tidak bole diubah oleh karenanya diagnosis yang ada dalam rekaman medis harus diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada buku ICD-10.

Pengertian diagnosis berdasarkan Permenkes No. 26 Tahun 2021 tentang Ina-CBGs di bagi menjadi dua, yaitu:

1. Diagnosis utama merupakan 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 dengan tetap berpedoman pada aturan koding sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri ini, kecuali dalam kondisi tertentu.
2. Diagnosis Sekunder, Komorbiditas, dan Komplikasi
 - a. Diagnosis sekunder merupakan diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode perawatan. Diagnosis sekunder merupakan komorbiditas dan/atau komplikasi.
 - b. Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi yang sudah ada sebelum pasien masuk perawatan dan membutuhkan pelayanan kesehatan/tata laksana setelah masuk maupun selama perawatan.
 - c. komplikasi adalah penyakit yang timbul dalam masa perawatan dan memerlukan pelayanan tambahan yang mendapatkan tatalaksana sewaktu episode pelayanan, baik yang disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul akibat dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

Kewenangan dokter (umum, spesialis maupun dokter gigi) yang terdaftar surat tanda registrasi dalam melakukan tugas sesuai dengan kompetensinya menurut pasal 35 ayat (1) Undang-Undang No.29 Tahun 2009 tentang Praktek Kedokteran adalah sebagai berikut :

1. Melakukan interview dengan pasiennya mengenai kondisi pasien tersebut
2. Melakukan pemeriksaan fisik maupun mental
3. Menimbang apakah pemeriksaan tambahan dibutuhkan atau tidak
4. Membacakan diagnose pasien
5. Memutuskan jadwal serta metode pemeriksaan pasien

2.1.4 Ketepatan penulisan diagnosis penyakit

Ketepatan penulisan diagnosis penyakit ditentukan oleh tenaga kesehatan yang bertugas menegakkan diagnosis penyakit, yaitu dokter. Menurut Permenkes RI No.26 Tahun 2021 tentang pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) dalam pelaksanaan Janimana Kesehatan Nasional, tugas dan tanggung jawab dokter yaitu menegakkan dan menuliskan diagnosis penyakit dan tindakan atau prosedur yang telah dilaksanakan , serta membuat resume medis pasien secara lengkap, jelas, dan spesifik selama pasien diberikan pelayanan atau perawatan. Penulisan diagnosis harus bersifat informative agar bisa diklasifikasikan pada kode ICD 10 yang spesifik. (Kemenkes RI, 2020a)

2.1.5 Koding

Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 Versi Tahun 2010 yang diterbitkan oleh WHO serta memberikan kode tindakan/prosedur sesuai dengan ICD-9-CM Versi Tahun 2010. Koding sangat penting dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke FKRTL. Aturan dan pedoman koding yang digunakan dalam INA-CBG adalah aturan koding morbiditas.

Hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga kesehatan perekam medis adalah ketepatan dalam pemberian kode diagnosis utama pada dokumen rekam medis. Ketepatan penetapan kode diagnosis bergantung pada pelaksana yang menangani pengkodean berkas atau dokumen rekam medis tersebut, antara lain yaitu seorang dokter sebagai penentuan diagnosis penyakit pasien, perekam medis sebagai pemberi kode diagnosis penyakit pasien, dan tenaga kesehatan lainnya sebagai penentuan komponen penunjang hasil dari kondisi pasien. Mengingat pentingnya spesifikasi penulisan diagnosis utama terdapat ketepatan kode diagnosis utama menjadi salah satu tolak ukur control kualitas mutu di bagian pengodean (*coding*) unit rekam medis.

Menurut Budi (2011), kecepatan dan ketepatan koding dari suatu diagnosis di pengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah tulisan dokter yang sulit dibaca, diagnosis yang tidak spesifik, dan ketrampilan petugas *coding* dalam pemilihan kode.

Pada koding ada beberapa kemungkinan yang dapat mempengaruhi hasil pengkodean dari petugas *coding*, yaitu bahwa penetapan diagnosis pasien merupakan hak, kewajiban, dan tanggungjawab tenaga medis yang memberikan perawatan pada pasien, dan tenaga *coding* di bagian unit rekam medis tidak boleh mengubah (menambah atau mengurangi) diagnosis yang

ada. Tenaga rekam medis bertanggungjawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis. Apabila kewajiban menanyakan atau berkomunikasi dengan tenaga kesehatan yang bersangkutan. Dalam proses koding mungkin terjadi beberapa kemungkinan, yaitu :

1. Penetapan diagnosis yang salah sehingga menyebabkan hasil pengkodean salah
2. Penetapan diagnosis yang benar, tetapi petugas pengkodean salah menentukan kode, sehingga hasil pengkodean salah.
3. Penetapan diagnosis dokter kurang jelas, kemudian dibaca salah oleh petugas pengkodean, sehingga hasil pengkodean salah.

Oleh karena itu, kualitas hasil pengkodean bergantung pada kelengkapan diagnosis, kejelasan tulisan dokter, serta profesionalisme dokter dan petugas pengkodean.

Menurut Astri N. H dan Dewi M (2020) penyebab dari ketidaktepatan pengkodean penyakit disebabkan karena pemberian kode tidak dilakukan oleh petugas rekam medis namun di *entry* oleh perawat. Sarana dan prasaran serta SOP pada pengodean diagnose penyakit tidak spesifik

Menurut Ressa Oashttamadea SM (2019) penyebab dari ketidaktepatan pengkodean penyakit disebabkan karena petugas koding kesulitan dalam memahami terminologi medis, setelah melakukan kegiatan pengkodean petugas tidak melakukan pengecekan ulang, dan petugas seringkali melakukan kesalahan dalam menentukan kode diagnosis utama. Guna mendapatkan kode diagnose yang akurat maka penerapan pengkodean diagnosis harus sesuai dengan aturan ICD 10 dan ICD-9CM karena hasil dari pengkodean diagnosis tersebut digunakan untuk proses indeks penyakit, pelaporan statistik pelayanan kesehatan, pembiayaan klaim BPJS, serta untuk penelitian epidemiologi dan klinis

2.1.6 Akurasi Kode Diagnosis

Berdasarkan Kepmenkes RI No. 312 tahun 2020 tentang Standar Profesi Perakam Medis dan Informasi Kesehatan, seorang perakam medis harus mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia. Klasifikasi yang digunakan adalah ICD-10 berdasarkan jenis penyakit standar medis yang diberikan selama proses pelayanan kesehatan.(Ikhsanto, 2020)

a. Pengertian Keakuratan Kode Diagnosis

Akurat menurut KBBI berarti teliti, seksama, cermat, tepat, dan Benar (KBBI 2016, n.d.) Keakuratan kode diagnosis merupakan pemberian kode pada diagnosis yang sesuai dengan klasifikasi pada ICD-10. Jika kode sesuai dengan kondisi pasien dan semua prosedur telah diselesaikan sesuai aturan klasifikasi yang digunakan, maka kode dianggap akurat dan tepat. Kode diagnosis yang tepat adalah kode diagnosis yang ditulis secara spesifik sesuai dengan kode yang ada pada ICD-10 dengan pemilihan kode alfa-numerik serta jumlah digit yang dihasilkan dibandingkan dengan diagnosis tepat. (WHO, 2011).

Proses akurasi pengkodean diagnosis harus memantau beberapa elemen, seperti tetap konsisten bila dikodekan oleh orang yang berbeda, kodenya tetap sama (reliabilitas), kode tersebut sesuai dengan diagnosis dan tindakan (validitas), termasuk dengan semua diagnosis dan tindakan dalam rekam medis dan tepat waktu.(Hatta, 2014)

b. Faktor yang Mempengaruhi Keakuratan Kode Diagnosis

Menurut Depkes (2006) dalam Hatta (2014), berikut merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi keakuratan kode diagnosis (Hatta, 2014)

1. Tenaga Dokter

Kelengkapan diagnosis tentunya ditentukan oleh tenaga dokter karena peran dokter adalah sebagai pihak yang berhak dan bertanggung jawab

untuk menegakkan diagnosis. Dokter yang merawat pasien juga bertanggung jawab atas pengobatan pasien, sehingga dokter harus menentukan diagnosis utama dan kondisi lain yang tepat dalam periode perawatan. (Kemenkes RI, 2013).

2. Petugas *coding* (*coder*)

Petugas *coding* atau *coder* bertanggung jawab atas keakuratan kode diagnosis yang sudah ditetapkan oleh dokter karena yang berwenang dan memiliki hak dalam melakukan pengkodean diagnosis adalah perekam medis. Selain itu, untuk menjaga keakuratan kode diagnosis, *coder* diharapkan mengikuti pendidikan dan pelatihan pengkodean diagnosis agar pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki lebih luas lagi, sehingga mampu melakukan kodefikasi diagnosis dengan lebih tepat dan akurat. (Kemenkes RI, 2020a)

2.1.7 ICD 10

The International Statistical Classification of Disease and related Health Problem atau ICD merupakan klasifikasi penyakit, cedera, gejala, sebab kematian, dan tanda penemuan abnormal yang diterbitkan oleh WHO. ICD-10 terdiri dari 3 volume yaitu : Volume 1 yaitu berisi klasifikasi utama, Volume 2 yaitu pedoman bagi pengguna ICD, dan Volume 3 indeks alfabetik bagi klasifikasi.

1. volume 1 merupakan daftar tabulasi dalam kode alfanumerik tiga atau empat karakter dengan inklusi dan eksklusi, beberapa aturan pengodean, klasifikasi morfologis neoplasma, daftar tabulasi khusus untuk morbiditas dan mortalitas, definisi tentang penyebab kematian serta peraturan mengenai nomenklatur.
2. volume 2 merupakan manual instruksi dan pedoman penggunaan ICD10 Versi Tahun 2010.
3. volume 3 merupakan Indeks alfabetis, daftar komprehensif semua kondisi yang ada di daftar tabulasi (volume 1), daftar sebab luar

gangguan (external cause), tabel neoplasma serta petunjuk memilih kode yang sesuai untuk berbagai kondisi yang tidak ditampilkan dalam tabular list.

Tujuan dari ICD-10 yaitu untuk menafsirkan suatu diagnosis penyakit dan masalah kesehatan dari kata menjadi kode alfanumerik yang akan memudahkan penyimpanan, mendapatkan data kembali, analisis data, dan memudahkan *entry* data ke database *computer*, dan menyediakan data untuk informasi seperti pembayaran dan penagihan biaya. Klasifikasi kode penyakit menurut WHO bertujuan menyeragamkan nama untuk golongan penyakit, cedera, gejala, dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan.

Tabel 2. 1 Chapter List ICD-10

Chapter	Blocks	Title
I	A00-B99	<i>Certain infectious and parasitic diseases</i>
II	C00-D48	<i>Neoplasms</i>
III	D50-D89	<i>Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism</i>
IV	E00-E90	<i>Endocrine, nutritional and metabolic diseases</i>
V	F00-F99	<i>Mental and behavioural disorders</i>
VI	G00-G99	<i>Mental and behavioural disorders</i>
VII	H00-H59	<i>Diseases of the eye and adnexa</i>
VIII	H60-H95	<i>Diseases of the ear and mastoid process</i>
IX	I00-I99	<i>Diseases of the circulatory system</i>
X	J00-J99	<i>Diseases of the respiratory system</i>
XI	K00-K99	<i>Diseases of the digestive system</i>
XII	L00-L99	<i>Diseases of the skin and subcutaneous tissue</i>
XIII	M00-M99	<i>Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue</i>
XIV	N00-N99	<i>Diseases of the genitourinary system</i>
XV	O00-O99	<i>Pregnancy, childbirth and the puerperium</i>
XVI	P00-P99	<i>Certain conditions originating in the perinatal period</i>
XVII	Q00-Q99	<i>Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities</i>
XVIII	R00-R99	<i>Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified</i>
XIX	S00-T98	<i>Injury, poisoning, and certain other consequences of external</i>

		<i>cause</i>
XX	V01-Y98	<i>External cause of morbidity and mortality</i>
XXI	Z00-Z99	<i>Factors influencing health status and contact with health services</i>
XXII	U00-U99	<i>Codes for special purposes</i>

Berdasarkan (Permenkes No. 26 Tahun 2021) langkah-langkah dalam menggunakan ICD-10:

1. Aturan Koding Morbiditas ICD-10 Versi Tahun 2010:

Dalam hal koder tidak berhasil melakukan klarifikasi kepada Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), maka koder menggunakan rule MB1 sampai MB5 untuk memilih kembali kode diagnosis utama ('re seleksi') yaitu:

a. Rule MB 1

Rule MB1 merupakan kondisi minor tercatat sebagai diagnosis utama, sedangkan kondisi yang lebih berarti dicatat sebagai diagnosis sekunder.

contoh 1:

Diagnosis Utama : Sinusitis akut

Diagnosis Sekunder : Karsinoma endoserviks Hipertensi

Prosedur : Histerektomi total

Spesialisasi : Ginekologi Pasien di rumah sakit selama tiga minggu.

Dikode C53.0 (*Malignant Neoplasm, Endocervix*) sebagai diagnosis utama, sinusitis akut dan hipertensi sebagai diagnosis sekunder.

b. Rule MB 2

Rule MB2 merupakan beberapa kondisi dicatat sebagai diagnosis utama. Jika beberapa kondisi yang tidak bisa dikode bersamaan

tercatat sebagai diagnosis utama, dan menunjukkan bahwa satu di antaranya adalah diagnosis utama pada asuhan pasien, pilih kondisi tersebut. Jika tidak, pilih kondisi yang sesuai dengan spesialisasi yang menangani

contoh 1:

Diagnosis Utama : Katarak Meningitis stafilokokus Penyakit jantung iskemik.

Diagnosis Sekunder : -

Spesialisasi : Neurologi Pasien di rumah sakit selama lima minggu. Dikode G00.3 (*Staphylococcal Meningitis*) sebagai diagnosis utama, katarak dan penyakit jantung iskemik sebagai diagnosis sekunder.

c. Rule MB 3

Rule MB3 merupakan kondisi yang dicatat sebagai diagnosis utama merupakan gejala dari kondisi yang telah didiagnosis dan diobat

contoh 1:

Diagnosis Utama : Hematuria

Diagnosis Sekunder : Varises vena tungkai Papilomata dinding belakang kandung kemih

Pengobatan : Eksisi diatermi papillomata Spesialisasi : Urologi

Dikode D41.4 (*Neoplasm Of Uncertain Or Unknown Behaviour Of Bladder*) sebagai diagnosis utama, hematuria dan varises vena tungkai sebagai diagnosis sekunder.

d. Rule MB 4

Rule MB4 merupakan kespesifikan. Jika suatu diagnosis dicatat sebagai diagnosis utama yang menggambarkan kondisi yang bersifat umum, sedangkan ada diagnosis lain yang lebih spesifik/rinci mengenai anatomi atau penyebab, maka dipilih diagnosis yang lebih

spesifik/rinci sebagai diagnosis utama.

contoh 1 :

Diagnosis Utama : *Cerebrovascular accident*

Diagnosis Sekunder : Diabetes mellitus Hipertensi Perdarahan otak
Dikode I61.9 (*Intracerebral Haemorrhage, Unspecified*) sebagai
diagnosis utama, diabetes mellitus dan hipertensi sebagai diagnosis
sekunder, dan *cerebrovascular accident* tidak dikoding.

e. Rule MB 5

Rule MB5 merupakan diagnosis alternatif, yaitu:

- 1) jika terdapat gejala atau tanda yang ditulis sebagai diagnosis utama yang kemungkinan saling berkaitan, maka gejala tersebut sebagai diagnosis utama.

contoh: Diagnosis Utama : Sakit kepala mungkin karena stress atau tegangan otot atau sinusitis akut

Diagnosis Sekunder : - Dikode R51 (*Headache*) sebagai diagnosis utama

- 2) jika terdapat dua atau lebih diagnosis tertulis sebagai diagnosis utama, maka dipilih diagnosis yang paling pertama ditulis oleh DPJP sebagai diagnosis utama.

Contoh: Diagnosis Utama : Kolesistitis akut atau pankreatitis akut
Diagnosis Sekunder : - Dikode K81.0 (*Acute Cholecystitis*) sebagai diagnosis utama

2. Aturan koding spesifik

- a) Pengodean kondisi dugaan (suspek), gejala, penemuan abnormal, dan situasi tanpa penyakit. Jika pasien dalam episode rawat, koder harus hati-hati dalam mengklasifikasikan Diagnosis Utama pada Bab XVIII (Kode R) dan XXI (Kode Z). Jika diagnosis yang lebih spesifik belum ditegakkan sampai akhir episode perawatan atau tidak ada penyakit atau cedera pada saat dirawat yang bisa dikode, maka

kode dari Bab XVIII dan XXI dapat digunakan sebagai kode diagnosis utama (lihat juga rules MB3 dan MB5). Kategori Z03.– (Medical observation and evaluation for suspected diseases and conditions) digunakan untuk diagnosis “suspek” setelah dilakukan pemeriksaan lanjutan sesuai dengan standar pelayanan dan diagnosis tidak ditegakkan.

Contoh 1:

Diagnosis utama : Neoplasma faring
Diagnosis sekunder : -

Tindakan : Pemeriksaan PA dengan hasil jenis tumor tidak diketahui

Dikode D37.0 (*Neoplasm of Uncertain or Unknown Behaviour of Lip, Oral Cavity and Pharynx*) sebagai diagnosis utama dan 90.34 (*Microscopic examination of specimen from ear, nose, throat, and larynx, parasitology*) sebagai tindakan.

b) Pengodean kondisi multipel.

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), yaitu:

- 1) jika salah satu kondisi yang jelas lebih berat dan lebih banyak menggunakan sumber daya dibandingkan dengan yang lain, maka dicatat sebagai diagnosis utama dan yang lainnya sebagai diagnosis sekunder.
- 2) jika tidak ada satu kondisi yang lebih dominan, maka diagnosis seperti fraktur multipel, cedera kepala multiple, atau penyakit HIV yang menyebabkan infeksi multipel merupakan diagnosis utama, dan kondisi spesifik sebagai diagnosis sekunder.

contoh 1 :

Diagnosis Utama : HIV disease resulting in multiple infections

Diagnosis Sekunder : HIV disease resulting in candidiasis HIV

disease resulting in other viral infections

Dikode B20.7 (*HIV disease resulting in multiple infections*) sebagai diagnosis utama, B20.4 (*HIV disease resulting in candidiasis*) dan B20.3 (*HIV disease resulting in other viral infections*) sebagai diagnosis sekunder.

c) Pengodean kategori kombinasi.

ICD-10 menyediakan kategori tertentu dimana dua diagnosis yang berhubungan diwakili oleh satu kode.

contoh 1:

Diagnosis Utama : Gagal ginjal

Diagnosis Sekunder : Penyakit ginjal hipertensi

Dikode I12.0 (*Hypertensive Renal Disease With Renal Failure*) sebagai diagnosis utama.

contoh 2:

Diagnosis Utama : Glaukoma karena peradangan mata

Diagnosis Sekunder : –

Dikode H40.4 (*Glaucoma Secondary to Eye Inflammation*) sebagai diagnosis utama.

d) Pengodean sekuele kondisi tertentu. Kode ICD-10 Versi Tahun 2010 untuk sekuele (“sequelae of ...”) yaitu B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, dan Y85-Y89. Kode sekuele digunakan untuk menunjukkan kondisi yang tidak didapatkan lagi. Aturan koding untuk sekuele yaitu:

- 1) jika terdapat kondisi yang lebih spesifik daripada sekuele, sebagai penyebab masalah yang saat ini sedang diperiksa atau diobati, maka kondisi tersebut menjadi diagnosis utama dan kode “sequelae of ...” ditambahkan sebagai diagnosis sekunder.

contoh 1:

Diagnosis Utama : Dysphasia akibat infark otak lama

Diagnosis Sekunder :-

Dikode R47.0 (*Dysphasia and Aphasia*) sebagai diagnosis utama dan I69.3 (*Sequelae of Cerebral Infarction*) sebagai diagnosis sekunder.

- 2) jika tidak ada kondisi yang lebih spesifik daripada sekuele, maka sekuele menjadi diagnosis utama.

contoh: Diagnosis Utama : Efek lanjut poliomyelitis
Diagnosis Sekunder :-

Dikode B91 (*Sequelae of poliomyelitis*) sebagai diagnosis utama karena informasi lain tidak tersedia.

- e) Pengodean kondisi-kondisi akut dan kronis. pengodean kondisi-kondisi akut dan kronis diatur sebagai berikut:

- 1) jika diagnosis utama dicatat sebagai akut (atau subakut) dan kronis, ICD-10 menyediakan kategori atau subkategori yang berbeda untuk masing-masing kategori, tapi tidak untuk gabungannya, kategori kondisi akut harus digunakan sebagai diagnosis utama.

contoh:

Diagnosis Utama : PPOK dengan eksaserbasi akut

Diagnosis Sekunder :-

Dikode J44.1 (*Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation*) sebagai diagnosis utama karena disini terdapat kode gabungan akut dan kronis.

- 2) jika di dalam ICD-10 tidak menyediakan kategori atau sub kategori yang berbeda untuk masing-masing kategori, maka kondisi akut harus digunakan sebagai diagnosis utama dan kondisi kronis menjadi diagnosis sekunder. contoh:

Diagnosis Utama : Gagal ginjal akut dan kronik

Diagnosis sekunder :- Tindakan :-

Dikode N17.9 (*Acute Renal Failure, Unspecified*) sebagai

diagnosis utama dan gagal ginjal kronik sebagai diagnosis sekunder.

- 3) jika terdapat kondisi lain dimana kondisi akut dan kronis terjadi pada organ/sistem yang berbeda, maka yang dikode sebagai diagnosis utama adalah kondisi yang menghabiskan sumber daya yang paling banyak.

contoh:

Diagnosis Utama : Gastritis Akut

Diagnosis Sekunder : CKD Stage 5

Tindakan : Hemodialisa

Dikode N18.5 (*Chronic Kidney Disease, Stage 5*) sebagai diagnosis utama, K29.1 (*Other Acute Gastritis*) sebagai diagnosis sekunder dan Hemodialisa sebagai Tindakan.

- f) Pengodean kondisi pasca-prosedur dan komplikasinya. Terdapat 3 jenis kode komplikasi yaitu:

- 1) kelompok kategori komplikasi pada Bab XIX (T80-T88) yang berhubungan dengan operasi dan prosedur lain, contohnya infeksi luka operasi, komplikasi mekanis bendabenda implantasi, syok, dan lainnya.

contoh:

Diagnosis Utama : Perdarahan berlebihan setelah pencabutan gigi.

Diagnosis Sekunder :-

Spesialisasi : Gigi

Dikode T81.0 (*Haemorrhage and Haematoma Complicating Procedures NEC*) sebagai diagnosis utama.

- 2) menggunakan kondisi yang dinyatakan post-procedural atau post operative.

contoh:

Diagnosis Utama : Hipotiroidisme sejak tiroidektomi 1 tahun yang lalu.

Diagnosis Sekunder : - Spesialisasi : Penyakit dalam
Dikode E89.0 (*Postprocedural Hypothyroidism*) sebagai diagnosis utama.

- 3) menggunakan kode sesuai kondisi yang ada, disertai Tambahan kode Y83-Y84 untuk menjelaskan keadaan post- procedural.

contoh:

Diagnosis Utama : Psikosis pasca-bedah setelah operasi plastik.

Diagnosis Sekunder : -

Spesialisasi : Psikiatri

Dikode F09 (*Unspecified Organic or Symptomatic Mental Disorder*) sebagai diagnosis utama dan Y83.8 (*Other Surgical Procedures*) sebagai diagnosis sekunder yang merupakan penyebab dari reaksi abnormal pasien untuk mengindikasikan hubungan pasca bedah.

- g) Pengodean untuk penyakit *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* (B20-B24).

- 1) dalam koding INA-CBG menggunakan kode 4 karakter untuk subkategori pada B20-B23. Penentuan penggunaan subkategori 4 karakter pada B20-B23 atau kode penyebab ganda adalah untuk mengidentifikasi kondisi yang lebih spesifik.

contoh 1:

Diagnosis Utama : Penyakit HIV dan sarkoma Kaposi

Diagnosis Sekunder : -

Dikode B21.0 (*HIV Disease Resulting in Kaposi's Sarcoma*) sebagai diagnosis utama.

- 2) jika diagnosis utama yang dicatat adalah penyakit HIV dengan multiple penyakit penyerta, maka subkategori .7 dari B20-B22

harus dikode. Subkategori B22.7 harus digunakan apabila terdapat kondisi yang bisa diklasifikasikan pada dua kategori atau lebih pada B20 - B22. Kode tambahan dari dalam blok B20-B24 digunakan sebagai diagnosis sekunder.

contoh 1:

Diagnosis Utama : *Toxoplasmosis* dan *cryptococcosis* pada pasien HIV

Diagnosis Sekunder : -

Dikode B20.7 (*HIV Disease Resulting in Multiple Infections*) sebagai diagnosis utama, B20.8 (*HIV Disease Resulting in Other Infectious and Parasitic Disease*) dan B20.5 (*HIV Disease Resulting in Other Mycoses*) sebagai diagnosis sekunder.

h) Pengodean Neoplasma.

- 1) kasus neoplasma baik primer atau sekunder (metastasis) yang merupakan fokus perawatan, harus dicatat dan dikode sebagai diagnosis utama.

contoh:

Diagnosis Utama : Karsinoma prostat

Diagnosis Sekunder : Bronkitis kronis

Prosedur : Prostatektomi

Dikode C61 (*Malignant Neoplasm of Prostate*) sebagai diagnosis utama dan J42 (*Unspecified Chronic Bronchitis*) sebagai diagnosis sekunder.

- 2) pasien dengan riwayat neoplasma ganas yang tidak mendapatkan tatalaksana menggunakan kode Z85.0 – Z85.9 (*Personal history of malignant neoplasm*)

contoh 1:

Diagnosis Utama : Karsinoma mammae – diangkat dua tahun yang lalu

Diagnosis Sekunder :Karsinoma sekunder paru-paru

Prosedur : Bronkoskopi dengan biopsi

Dikode C78.0 (*Secondary Malignant Neoplasm Of Lung*) sebagai diagnosis utama, Z85.3 (*Personal History Of Malignant Neoplasm Of Breast*) sebagai diagnosis sekunder.

- 3) Pasien yang menjalani pemeriksaan neoplasma karena riwayat keluarga dengan neoplasma ganas, menggunakan kode Z80.0 – Z80.9 (*Family history of malignant neoplasm*).
- i) Pengodean diabetes mellitus (E10-E14). Karakter keempat dari kode diabetes mellitus (E10-E14) yaitu sebagai berikut :
- 1) Digit 0 sampai digit 5 (.0 sampai .5) dan digit 7 (.7) cukup jelas sesuai dengan aturan ICD-10 Versi Tahun 2010.

contoh 1:

Diagnosis Utama : Gagal ginjal akibat *glomerulonefrosis* diabetes

Diagnosis Sekunder : -

Dikode E14.2† dan N08.3* (*Unspecified Diabetes Mellitus With Renal Complications*).

- 2) Digit 6 (.6) digunakan jika diabetes mellitus dengan komplikasi spesifik lainnya selain yang terdapat pada digit 0 sampai digit 5 (.0 sampai .5). Keterangan pada digit 6 (.6) dalam ICD-10 hanya merupakan sebagian contoh kasus karena tidak terdapat lambang dagger (†) setelah digit keempat.

contoh 1:

Diagnosis Utama : Dermatitis diabetikum

Diagnosis Sekunder : -

Dikode E14.6+ (*Unspecified Diabetes Mellitus With Other Specified Complications*) sebagai diagnosis utama dan L99.8* (*Other Specified Disorders Of Skin And Subcutaneous Tissue in Disease Classified Elsewhere*) sebagai diagnosis sekunder.

3) Digit 8 (.8) digunakan jika diabetes mellitus dengan komplikasi yang tidak dijelaskan atau tidak spesifik.

4) Digit 9 (.9) digunakan jika diabetes mellitus tanpa komplikasi.

contoh:

Diagnosis Utama : Diabetes mellitus tipe II

Diagnosis Sekunder : -

Dikode dengan E11.9 (*Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus without Complications*) sebagai diagnosis utama.

j) Pengodean Persalinan (O80-O84).

1) Kode-kode O80-O84 (*Delivery*) digunakan sebagai diagnosis sekunder untuk menunjukkan metode persalinan.

2) Jika tidak terdapat komplikasi atau penyulit persalinan lainnya maka kode O80-O84 (*Delivery*) digunakan sebagai diagnosis utama.

3) Kode Z37.0 – Z37.9 (*Outcome of delivery*) digunakan sebagai diagnosis sekunder.

contoh 1:

Diagnosis Utama : Persalinan.

Diagnosis Sekunder : -

Prosedur : Persalinan dengan forseps rendah

Dikode O81.0 (*Low Forceps Delivery*) sebagai diagnosis utama, karena tidak ada informasi lain tersedia dan Z37.- (*Outcome of delivery*) dikode sebagai diagnosis sekunder.(Permenkes, 2021)

2.1.8 Diabetes Melitus

Diabetes mellitus adalah sekelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan hiperglikemia akibat kelainan sekresi insulin, kelainan kerja insulin, atau kedua-duanya. Gula darah tinggi kronis pada diabetes dikaitkan dengan kerusakan jangka panjang, disfungsi, dan kelemahan berbagai organ, termasuk mata, ginjal, saraf, jantung, dan pembuluh darah. Beberapa proses patogenik terlibat dalam perkembangan diabetes antaranya yaitu kerusakan autoimun pada sel pankreas yang disebabkan oleh kekurangan insulin dan gangguan yang menyebabkan resistensi insulin. Penyebab DM menurut Magfuri (2016) dalam buku Anugerah, 2020 yaitu meliputi Virus dan bakteri, Genetik/faktor keturunan, Glukotoksitas, dan Lipotoksitas. Biasanya penyakit diabetes mellitus memiliki gejala seperti, selalu merasa lapar, selalu merasa haus, merasa pusing, berat badan menurun dan naik, sering buang air kecil dan kada gula darah yang tinggi. Tipe Diabetes Melitus pada pasien biasanya dilakukan dengan melihat diagnosis yang telah ditetapkan sebelumnya atau kondisi penyertanya antara lain yaitu: (Anugerah, 2020)

- 2) Diabetes Tipe 1 (*Insulin Dependent Diabetes Mellitus*). Kerusakan sel pancreas, yang biasanya menyebabkan defisiensi insulin absolut atau diabetes yang tergantung pada insulin
- 3) Diabetes Tipe 2 (*Non Insulin Dependent Diabetic Mellitus*) resistensi insulin yang dominan dengan defisiensi insulin relative hingga defek sekresi insulin yang dominan dengan resistensi insulin atau diabetes yang tidak bergantung insulin
- 4) Diabetes mellitus gestasional (GDM) tingkat intoleransi glukosa yang pertama kali muncul selama kehamilan.
- 5) Drug Induced Diabetes Melitus

Menurut Wahyuni, 2020 komplikasi yang berkaitan pada diabetes mellitus digolongkan sebagai akut dan kronik: (Wahyuni, 2020)

1. Komplikasi Akut: komplikasi yang terjadi sebagai akibat dari ketidakseimbangan jangka pendek dari glukosa darah

- a. Hipoglikemia
 - b. Hiperosmolar
 - c. Ketoasidosis
2. Komplikasi Kronik: Umumnya terjadi 10 sampai 15 tahun
- a. Mikrovaskular
 - b. Makrovaskular
 - c. Penyakit Neuropati
 - d. Rentan infeksi
 - e. Ulkus/Gangren/kaki diabetic

Menurut WHO (*World Health Organization*) Diabetes adalah penyakit kronis yang terjadi ketika pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau ketika tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif. Insulin merupakan hormon yang mengatur kadar gula darah. Hiperglikemia salah satu akibat umum dari diabetes yang tidak terkontrol dan seiring berjalannya waktu, menyebabkan kerusakan serius pada banyak sistem tubuh, terutama saraf dan pembuluh darah.

Pada akhir tahun 2021, *Federasi Diabetes Internasional* (IDF) dalam Atlas edisi ke-10 menegaskan bahwa diabetes adalah salah satu keadaan darurat kesehatan global yang tumbuh paling cepat pada abad ke-21. Pada tahun 2021, lebih dari setengah miliar orang di seluruh dunia menderita diabetes. hidup dengan diabetes, atau tepatnya 537 juta orang, dan jumlah ini diperkirakan akan mencapai 643 juta pada tahun 2030 dan 783 juta pada tahun 2045. Selain besarnya jumlah penderita diabetes, diperkirakan jumlah penderita diabetes kadar gula mulai meningkat atau berada pada tahap pra diabetes yaitu intoleransi glukosa pada tahun 2021 berjumlah sekitar 541 juta orang. Diabetes pada populasi ini juga menyebabkan tingginya angka kematian terkait diabetes, diperkirakan lebih dari 6,7 juta pada orang dewasa berusia 20 hingga 79 tahun. Diabetes tidak hanya menyerang orang dewasa saja, namun juga menyerang anak-anak dan remaja berusia 19 tahun ke bawah, dimana jumlah penderita diabetes pada kelompok ini juga semakin meningkat setiap tahunnya. Pada tahun 2021, diperkirakan lebih dari

1,2 juta anak dan remaja akan menderita diabetes tipe 1. Pada IDF Atlas 2021 edisi ke-10 juga disajikan data hiperglikemia atau hiperglikemia pada kehamilan yang angka kejadiannya mencapai 1 persen. Kehamilan 6. Beban tingginya jumlah penderita diabetes menyebabkan tingginya biaya pelayanan kesehatan. Tanda bahaya diabetes ini juga disebabkan oleh tingginya angka penderita diabetes yang tidak terdiagnosis, sekitar 45%, terutama penderita diabetes tipe 2. Situasi ini mengingatkan dunia bahwa perlu adanya peningkatan pelayanan kesehatan untuk dapat mendiagnosis masyarakat dengan diabetes. diabetes adalah hal yang perlu segera dilakukan. Banyak orang yang masih belum mengetahui bahwa dirinya mengidap diabetes. (Saraswati, 2022)

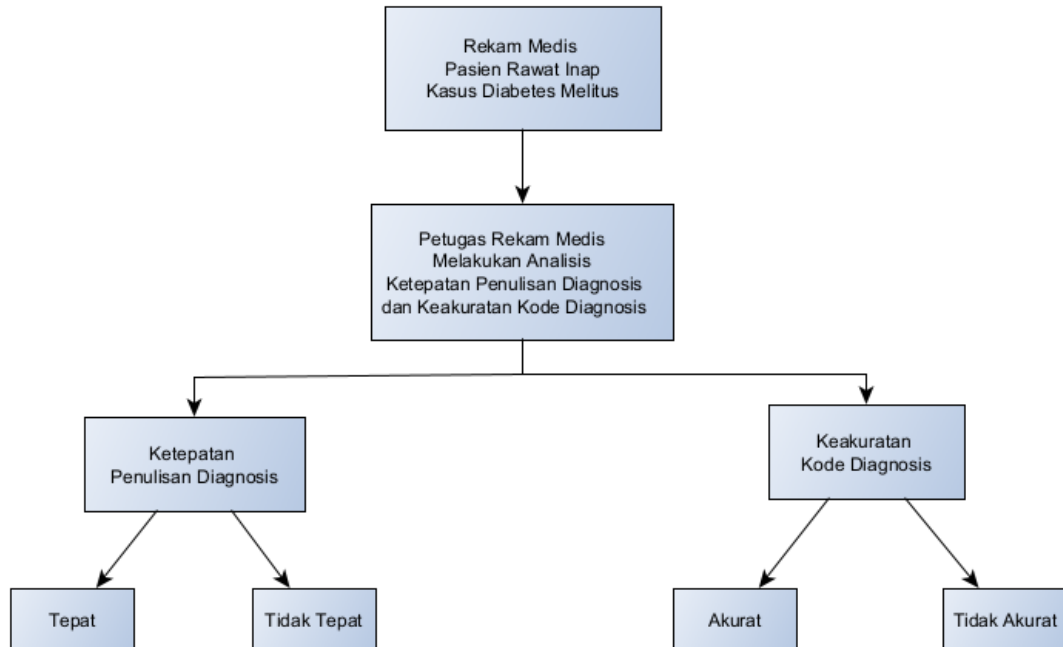
Meningkatnya angka kejadian diabetes melitus (DM) di beberapa negara berkembang yang didorong oleh perubahan gaya hidup akhir-akhir ini mendapat banyak perhatian. Kebiasaan makan dan hidup yang tidak teratur, terutama di kota-kota besar, menyebabkan peningkatan kejadian penyakit degeneratif, seperti penyakit jantung koroner (PJK), hipertensi, peningkatan lemak tubuh, darah, diabetes, dan penyakit lainnya. (Anugerah, 2020)

Berdasarkan ICD 10 volume 1 WHO 2010 bahwa untuk kategori blok pada penyakit Diabetes Melitus terdapat pada rentang blok E10-E14

Tabel 2. 2 Chapter List BAB IV

Block	Title
E00-E07	Disorders of thyroid gland
E10-E14	Diabetes Mellitus
E15-E16	Other disorders of glucose regulation and pancreatic internal secretion
E20-E35	Disorders of other endocrine glands
E40-E46	Malnutrition
E50-E64	Other nutritional deficiencies
E65-E68	Obesity and other hyperalimentation
E70-E90	Metabolic disorders

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

Pada kerangka konsep diatas dijelaskan bahwa dokumen rekam medis Pasien Rawat Inap kasus Diabetes Melitus dianalisa oleh petugas rekam medis untuk mengetahui antara ketepatan penulisan diagnosis dan keakuratan kode diagnosis pada kasus Diabetes Melitus berdasarkan ICD 10. Pada saat dilakukan analisa terdapat kode diagnosis yang akuratata dan tidak akurat.

2.3 Hipotesis

H0 : Tidak ada hubungan Ketepatan penulisan Diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis pada kasus Diabetes Melitus Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan

H1 : Ada hubungan Ketepatan penulisan Diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis pada kasus Diabetes Melitus Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan.