

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR PENYEBAB KETIDAKTEPATAN KODE
DIAGNOSIS OBSTETRI RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT
MARINIR E.W.A. PANGALILA SURABAYA**



Oleh:

**SITI KHOLIFAH WAHYUNINGSIH
NIM. 2150010**

**PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN
MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2025**

SKRIPSI

ANALISIS FAKTOR PENYEBAB KETIDAKTEPATAN KODE DIAGNOSIS OBSTETRI RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT MARINIR E.W.A. PANGALILA SURABAYA

**Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Terapan
Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (S.Tr.RMIK)
di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



Oleh:

**SITI KHOLIFAH WAHYUNINGSIH
NIM. 2150010**

**PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN
MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2025**

HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Siti Kholifah Wahyuningsih

NIM : 2150010

Tanggal Lahir : 29 April 2003

Program Studi : Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan

Menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul “Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri Rawat Inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya”, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 29 Juli 2025



Siti Kholifah Wahyuningsih
NIM 2150010

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Siti Kholifah Wahyuningsih

NIM : 2150010

Program Studi : Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan

Judul : Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis

Obstetri Rawat Inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila
Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa Skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

SARJANA TERAPAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

(S.Tr.RMIK)

Pembimbing 1

Pembimbing 2



Maya Ayu Riestiyowati, S.ST., M.KM.
NIP. 03083



Dr. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes.
NIP. 03007

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 28 Juli 2025

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dari:

Nama : Siti Kholifah Wahyuningsih

NIM : 2150010

Program Studi : Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan

Judul : Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis
Obstetri Rawat Inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila
Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Skripsi di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar "SARJANA TERAPAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN" pada Prodi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dr. Nuh Huda, S.Kep.,Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 03020

Penguji II : Maya Ayu Riestiyowati, S.ST., M.KM.
NIP. 03083

Penguji III : Dr. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes.
NIP. 03007

Mengetahui,
Ka Prodi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan
STIKES Hang Tuah Surabaya



Ari Susanti, S.KM., M.Kes.
NIP. 03052

Ditetapkan di : Surabaya
Tanggal : 29 Juli 2025

ABSTRAK

Ketepatan pengkodean diagnosis merupakan indikator penting dalam pengelolaan data rekam medis khususnya pada kasus obstetri yang memiliki tingkat kompleksitas tinggi. Kesalahan dalam pengkodean diagnosis dapat memengaruhi akurasi data statistik rumah sakit, klaim asuransi, serta mutu pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri rawat inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif dengan teknik purposive sampling untuk menentukan informan yang memiliki keterlibatan langsung dalam proses pengkodean diagnosis obstetri. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi serta divalidasi menggunakan triangulasi teknik. Data dianalisis menggunakan model Miles dan Huberman, melalui tahapan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Analisis difokuskan pada lima unsur penyebab yaitu *man*, *method*, *machine*, *material*, dan *money*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketidaktepatan kode diagnosis obstetri rawat inap disebabkan oleh beberapa faktor seperti faktor *man* berupa keterbatasan pengetahuan dan kompetensi petugas dalam memahami serta menerapkan kode secara tepat, faktor *money* yang berkaitan dengan belum adanya pelatihan koding dan faktor *material* terkait berkaitan dengan kurang lengkapnya isi berkas rekam medis yang berdampak pada kesulitan dalam menetapkan kode diagnosis yang tepat. Adapun faktor *method* dan *machine* tidak termasuk sebagai faktor penyebab ketidaktepatan pengkodean diagnosis obstetri.

Temuan dalam penelitian ini menunjukkan perlunya upaya perbaikan melalui pelatihan rutin, pelaksanaan audit koding, serta evaluasi berkala terhadap proses pengkodean agar akurasi data guna meningkatkan ketepatan dalam pengkodean diagnosis khususnya kasus obstetri.

Kata kunci: ketidaktepatan, kode diagnosis, kualitatif, obstetri, rekam medis

ABSTRACT

The accuracy of diagnosis coding is a critical indicator in the management of medical record data, particularly in obstetric cases which involve a high level of complexity. Inaccurate diagnosis coding can affect the accuracy of hospital statistical data, insurance claims, and the quality of healthcare services. This study aims to analyze the factors causing inaccurate diagnosis codes in obstetric cases at E.W.A. Pangalila Marine Hospital Surabaya.

This research employs a descriptive qualitative approach with purposive sampling to select informants directly involved in the obstetric diagnosis coding process. Data were collected through interviews, observations, and documentation, and were validated using triangulation techniques. The data were analyzed using the Miles and Huberman model, which includes data reduction, data display, and conclusion drawing. The analysis focused on five causal elements: man, method, machine, material, and money.

The results showed that inaccurate diagnosis coding in obstetric cases was caused by several factors. The man factor refers to the limited knowledge and competence of personnel in understanding and accurately applying diagnostic codes. The money factor relates to the suboptimal provision of coding training, while the material factor involves incomplete medical record documentation, which hinders the ability to assign accurate diagnosis codes. Meanwhile, the method and machine factors were not identified by informants as the primary causes of obstetric coding errors.

Based on these findings, that improvements are needed through regular training, the implementation of coding audits, and periodic evaluations of the coding process to enhance data accuracy and improve the precision of diagnosis coding particularly in obstetric cases.

Keywords: *diagnosis coding, inaccuracy, medical records, obstetrics, qualitative*

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun skripsi yang berjudul “Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri Rawat Inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Skripsi ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga Skripsi ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Pada kesempatan kali ini, perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

1. Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns., M.Kep. selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan.
2. Letkol Laut (K) dr. Abdul Haris, Sp.BS, M.Tr.Opsla 2. selaku Kepala Rumah Sakit Marinir Ewa Pangalila Surabaya atas pemberian izin untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Marinir Ewa Pangalila Surabaya.
3. Dr. Diyah Arini, S.Kep.,Ns., M.Kes. selaku Pembantu Ketua I STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada penulis

untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan.

4. Dr. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes. selaku Pembantu Ketua II STIKES Hang Tuah Surabaya dan Pembimbing II yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan serta pemberian pengarahan dan dorongan moril dalam penyusunan skripsi ini.
5. Dr. Dhian Satya R, S.Kep.,Ns., M.Kep. selaku Pembantu Ketua III STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan.
6. Ibu Ari Susanti, S.KM., M.Kes. selaku Kepala Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan.
7. Dr. Nuh Huda, S.Kep.,Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB. selaku penguji ketua terimakasih atas arahan, kritikan serta sarannya terhadap pembuatan dan penyelesaian skripsi ini.
8. Ibu Maya Ayu Riestiyowati, S.ST., M.KM. selaku pembimbing I yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan dan dorongan moril dalam penyusunan skripsi ini.
9. Seluruh dosen, staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah membimbing dan membantu kelancaran proses belajar selama menuntut ilmu

di Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan STIKES Hang Tuah Surabaya.

10. Bapak Taufan Agung Prasetya, S.Sos., M.A.P. selaku Kepala Perpustakaan di STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan penelitian ini.
11. Informan penelitian yang telah bersedia menjadi informan dalam penelitian ini.
12. Ibu dan ayah tercinta beserta keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat setiap hari.
13. Teman-teman sealmamater dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebut satu persatu.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan rahmat dari Allah Yang Maha Pemurah. Akhirnya peneliti berharap bahwa skripsi ini bermanfaat bagi kita semua. Amin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 29 Juli 2025

Siti Kholifah Wahyuningsih

DAFTAR ISI

SKRIPSI.....	i
HALAMAN PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Rumah Sakit.....	7
2.1.1 Definisi Rumah Sakit	7
2.1.2 Tujuan Rumah Sakit.....	7
2.2 Rekam Medis	8
2.2.1 Definisi Rekam Medis.....	8
2.2.2 Tujuan dan Manfaat Rekam Medis	8
2.2.3 Isi Rekam Medis Elektronik.....	10
2.2.4 Pengelolaan Dokumen Rekam Medis	11
2.3 Konsep Kodefikasi Diagnosis	11
2.3.1 Diagnosis Penyakit	11
2.3.2 Koding.....	12
2.3.3 ICD-10.....	13
2.3.4 Ketidaktepatan Kode Diagnosis	15
2.4 Obstetri.....	15
2.4.1 Karakteristik Kode Obstetri	16
2.4.2 Spesifikasi Koding Obstetri Pada ICD-10 Bab XV	17
2.4.3 Aturan Khusus Kode XV Berdasarkan ICD-10 Volume 2	46
2.5 Teori 5M (<i>Man, Method, Machine, Material, dan Money</i>).....	47
2.5.1 Definisi Teori 5 M (<i>Man, Method, Machine, Material, dan Money</i>).....	47
2.5.2 Unsur 5M dalam Ketidaktepatan Pengkodean Diagnosis	48
2.6 Hubungan Antar Konsep.....	51
2.7 Review Jurnal Terkait.....	52
BAB 3 KERANGKA KONSEP.....	55
3.1 Kerangka Konsep	55

BAB 4 METODE PENELITIAN.....	56
4.1 Desain Penelitian.....	56
4.2 Kerangka Kerja	57
4.3 Waktu dan Tempat Penelitian	57
4.4 Objek dan Subjek Penelitian	57
4.5 Definisi Operasional.....	58
4.6 Pengumpulan dan Analisis Data	58
4.6.1 Pengumpulan Data	58
4.6.2 Analisis Data	64
4.7 Etika Penelitian	67
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	69
5.1 Hasil Penelitian	69
5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian	69
5.1.2 Karakteristik Informan	72
5.1.3 Data Khusus Penelitian	73
5.2 Pembahasan Penelitian.....	95
5.2.1 Identifikasi Tingkat Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri Rawat Inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya.....	95
5.2.2 Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri Rawat Inap Berdasarkan 5 Unsur (<i>Man, Method, Machine, Material, dan Money</i>) di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya.....	100
5.3 Keterbatasan Penelitian	124
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	125
6.1 Kesimpulan	125
6.2 Saran.....	126
DAFTAR PUSTAKA.....	128
LAMPIRAN.....	133

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Unsur 5M (<i>Man, Method, Machine, Material, dan Money</i>)	55
Gambar 4.1 Kerangka Kerja	57

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 <i>Review Jurnal</i>	52
Tabel 4.1 Definisi Operasional	58
Tabel 5.1 Karakteristik Informan di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya	72
Tabel 5.2 Tingkat Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri Rawat Inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya	73

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	<i>Curriculum Vitae</i>	133
Lampiran 2	Motto.....	134
Lampiran 3	Surat Studi Pendahuluan.....	136
Lampiran 4	Surat Laik Etik.....	137
Lampiran 5	Surat Izin Penelitian dan Pengambilan Data.....	138
Lampiran 6	Lembar <i>Information For Consent</i>	139
Lampiran 7	Lembar Persetujuan Menjadi Informan	140
Lampiran 8	Pedoman Wawancara.....	141
Lampiran 9	Transkrip Wawancara	147
Lampiran 10	Lembar <i>Checklist</i> Observasi	161
Lampiran 11	SPO Koding dan <i>Review</i> Rekam Medis	191
Lampiran 12	Dokumentasi Penelitian.....	194
Lampiran 13	Hasil Turnitin.....	195

DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL

1. Singkatan

5M	: <i>Man, Method, Machine, Material, dan Money</i>
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
	<i>Clinical Modification</i>
CPPT	: Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi
FKRTL	: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
GPA	: Gravidia, Para, Abortus
HIV	: <i>Human immunodeficiency virus</i>
ICD-10	: <i>International Classification of Diseases, 10th Revision</i>
ICD-9 CM	: <i>International Classification of Diseases, 9th Revision,</i>
INA-CBG	: <i>Indonesia Case-Based Groups</i>
Kemendes	: Kementerian Kesehatan
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
RI	: Republik Indonesia
RM	: Rekam Medis
RS	: Rumah Sakit
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SDM	: Sumber Daya Manusia
SIMRS	: Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
SPO	: Standar Prosedur Operasional
USG	: Ultrasonografi
WHO	: <i>World Health Organization</i>

2. Simbol

%	: Persen
.	: Titik
,	: Koma
()	: Kurung
:	: Titik dua
;	: Titik Koma
“ ”	: Tanda Petik
/	: Garis miring
&	: Dan
<	: Kurang dari

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Fenomena yang ditemui di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya yaitu dokter tidak hanya menuliskan diagnosis medis tetapi juga mencantumkan kode diagnosis pada rekam medis pasien. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No HK.01.07/MENKES/1424/2022 tentang Standar Kompetensi Kerja Bidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan disebutkan bahwa melakukan klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit merupakan salah satu tugas utama seorang perekam medis (Diono, 2022). Perekam medis memiliki kompetensi yang relevan untuk melakukan klasifikasi dan pemberian kode diagnosis serta prosedur medis secara tepat berdasarkan terminologi medis dan standar pengkodean yang berlaku. Ketidaksesuaian pelaksanaan tugas ini dapat menyebabkan ketidaktepatan kode diagnosis, keakuratan data rekam medis, dan validitas klaim pelayanan kesehatan.

Ketidaktepatan pengkodean diagnosis obstetri di beberapa rumah sakit juga masih banyak ditemukan, berdasarkan penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Patria Ikatan Kesejahteraan Keluarga TNI (IKKT) pada tahun 2022 dari 100 dokumen rekam medis pasien dengan diagnosis kasus persalinan ditemukan bahwa terdapat ketidaktepatan kode diagnosis dokumen rekam medis sebanyak 77,67% (Siki et al., 2023). Penelitian yang dilakukan di RSUD Sanjiwani Gianyar tahun 2019 juga menunjukkan bahwa dari 87 berkas rekam medis kasus obstetri pasien rawat inap terdapat 52 berkas atau 59,7% kode diagnosis yang tidak tepat (Adiputra et al., 2020). Sementara itu, di RS Harapan Sehati Kabupaten Bogor pada Tahun 2022 tingkat ketidaktepatan pengkodean diagnosis tergolong tinggi yaitu sebesar

73,2% (Kuntoadi et al., 2023). Kesalahan dalam pengkodean diagnosis umumnya terjadi karena koder tidak tepat dalam menetapkan kode diagnosis berdasarkan pedoman ICD-10 dan ICD-9 CM. Faktor lain yang berkontribusi adalah kurangnya pelatihan mengenai pengkodean diagnosis serta minimnya pemahaman petugas terkait kode obstetri (Rahmadhani et al., 2020).

Obstetri adalah cabang kedokteran yang fokus pada keselamatan ibu dan bayi selama kehamilan, persalinan, dan nifas. Pengkodean diagnosis obstetri menurut ICD-10 terbagi menjadi penyulit, *method of delivery*, dan *outcome of delivery* (Anggraini et al., 2023). Apabila persalinan normal tanpa komplikasi, metode persalinan dijadikan kode utama dan hasil persalinan kode sekunder. Pengkodean diagnosis obstetri harus membedakan antara kondisi ibu dan bayi yang memerlukan kode terpisah namun saling berkaitan. Karakteristik pada diagnosis tersebut memerlukan ketelitian dalam pengkodeannya agar kode yang dihasilkan dapat mencerminkan kondisi medis pasien secara tepat. Koder mungkin kesulitan dalam menentukan kode diagnosis jika mereka tidak memahami istilah medis yang digunakan dalam pencatatan diagnosis obstetri (Simbolon, 2024).

Berdasarkan hasil studi Praktik Kerja Lapangan pada bulan Juli 2024 selama dua minggu di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya ditemukan bahwasannya dari 10 berkas rekam medis kasus obstetri yang telah dianalisis seluruh berkas dalam sampel ini menunjukkan ketidaktepatan dalam pengkodean diagnosis. Terdapat 6 berkas dengan pengkodean diagnosis yang tidak sesuai dan 4 berkas lainnya perlu menambahkan kode tentang metode persalinan dan hasil persalinan. Ketidaktepatan pengkodean tersebut salah satunya disebabkan oleh ketidaklengkapan dalam pengisian Catatan Perkembangan Pasien Terpadu (CPPT)

yang mengakibatkan koder mengalami kesulitan dalam menentukan kode diagnosis. Ketidaklengkapan data ini dapat berdampak pada proses pengambilan keputusan sehingga berpotensi menyebabkan kesalahan dalam penetapan kode diagnosis (Santi et al., 2022).

Ketepatan dalam pemberian kode diagnosis sangat penting dilakukan karena jika terjadi kesalahan dalam pengkodean maka dapat menyebabkan turunnya mutu pelayanan di rumah sakit serta memengaruhi keakuratan data, informasi laporan, dan tarif INA-CBG. Perbedaan tarif yang diakibatkan oleh kesalahan dalam memberikan kode diagnosis dapat merugikan rumah sakit. Tarif pelayanan kesehatan yang rendah akan merugikan pihak rumah sakit, sebaliknya jika tarif pelayanan kesehatan yang tinggi rumah sakit terkesan untung dan dapat merugikan penyelenggara jaminan kesehatan maupun pasien (Zebua, 2022).

Ketidaktepatan dalam pengkodean diagnosis tidak hanya berdampak pada perbedaan tarif klaim antara asuransi dan rumah sakit, tetapi juga berpotensi menimbulkan kesalahan dalam analisis tren penyakit. Ketidaktepatan pemberian kode diagnosis juga dapat mengakibatkan klaim yang diajukan ke penyelenggara jaminan kesehatan tidak sesuai atau bahkan ditolak. Hal ini dapat menyebabkan kerugian bagi fasilitas pelayanan kesehatan serta menghambat proses verifikasi dan pencairan klaim. Diperlukan identifikasi faktor-faktor yang menyebabkan ketidaktepatan dalam penetapan kode diagnosis terutama pada kasus dengan tingkat kompleksitas tinggi. Kasus obstetri menjadi salah satu kode diagnosis yang lebih terperinci dan memiliki karakteristik yang berbeda dengan kode lain serta memerlukan ketelitian dalam klasifikasi diagnosis dan tindakan medis (Heltiani et al., 2023).

Upaya untuk meminimalkan kesalahan dalam pengkodean diagnosis perlu dilakukan melalui evaluasi terhadap pengisian rekam medis dan ketepatan kode diagnosis seperti audit koding secara berkala diperlukan guna mengetahui dan memperbaiki dalam pemberian kode diagnosis (Pramono et al., 2021). Oleh karena itu, perlu dilakukan analisis untuk mengidentifikasi faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri. Salah satu metode yang dapat digunakan adalah metode 5M (*man, method, machine, material, dan money*) (Novia, 2021). Metode tersebut digunakan untuk menganalisis faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri rawat inap dan memberikan solusi guna meningkatkan akurasi kode diagnosis obstetri. Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri Rawat Inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya."

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas serta permasalahan dari kasus kasus tersebut, maka penulis menganalisis lebih lanjut tentang “Apa saja faktor penyebab ketidaktepatan dalam penentuan kode diagnosis obstetri rawat inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya ?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor penyebab ketidaktepatan dalam penentuan kode diagnosis obstetri rawat inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi tingkat ketidaktepatan kode diagnosis obstetri rawat inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya.
2. Menganalisis faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri rawat inap berdasarkan 5 unsur (*man, method, machine, material, dan money*) di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan dalam bidang rekam medis dan manajemen informasi kesehatan khususnya terkait akurasi pengkodean diagnosis obstetri rawat inap.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya
 Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi dan perbaikan bagi Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya dalam meningkatkan kualitas pelayanan khususnya pada aspek ketepatan pengkodean diagnosis obstetri rawat inap.
2. Bagi STIKES Hang Tuah Surabaya
 Sebagai bahan referensi dan pengembangan ilmu pengetahuan dalam bidang rekam medis terkait faktor penyebab ketidaktepatan kodefikasi penyakit obstetri.
3. Bagi Peneliti
 Menambah wawasan dan pemahaman dalam menganalisis masalah pengkodean diagnosis khususnya pada kasus obstetri di rumah sakit serta

menambah pengalaman praktik dalam menerapkan ilmu yang diperoleh selama perkuliahan khususnya terkait analisis faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri rawat inap.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori, dan berbagai aspek yang terkait dengan topik penelitian, meliputi: 1) Rumah Sakit, 2) Rekam Medis, 3) Konsep Kodefikasi Penyakit, 4) Obstetri, 5) Teori 5M (Man, Method, Machine, Material, dan Money), 6) Hubungan Antar Konsep, 7) Review Jurnal Terkait

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan elemen yang penting dalam sistem sosial dan kesehatan yang memiliki peran menyediakan layanan yang menyeluruh (komprehensif), pengobatan penyakit (kuratif), serta pencegahan penyakit (preventif) dan rehabilitatif bagi masyarakat (Esty et al., 2023). Rumah sakit memiliki peranan yang sangat penting sehingga kualitas harus terus ditingkatkan guna mempermudah akses dan memastikan keselamatan pasien.

2.1.2 Tujuan Rumah Sakit

Rumah sakit sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien dengan menyediakan pelayanan yang aman, berkualitas, dan sesuai dengan standar. Selain sebagai fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit juga berperan dalam bidang pendidikan dan penelitian bagi mahasiswa dan tenaga medis di bidang kesehatan (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, 2023). Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan wajib memberikan pelayanan

yang efisien dan berorientasi pada kepuasan pasien serta mampu memberikan pelayanan yang merata bagi seluruh masyarakat.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Definisi Rekam Medis

Rekam medis menurut Permenkes 24 Tahun 2022 adalah dokumen yang berisikan identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis berisi informasi penting tentang kondisi pasien pada masa lampau hingga sekarang dan merupakan bukti tertulis yang harus didokumentasikan karena mencerminkan urutan pelayanan medis yang telah diberikan oleh dokter maupun tenaga kesehatan lainnya kepada pasien (Amran et al., 2022).

Rekam medis bukan sekadar alat dokumentasi tetapi juga menjadi dasar dalam evaluasi mutu pelayanan serta bukti profesionalisme tenaga kesehatan karena isinya menyangkut tindakan yang dilakukan sesuai dengan kewenangan dan tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kesehatan (Bili, 2020). Dengan demikian, rekam medis tidak hanya penting secara klinis tetapi juga administratif, hukum, dan keuangan. Rekam medis juga berfungsi sebagai alat komunikasi antar tenaga kesehatan dalam tim multidisiplin, sehingga setiap intervensi medis dapat terkoordinasi dengan baik. Data rekam medis juga dapat dimanfaatkan untuk kepentingan pendidikan, penelitian, serta perencanaan dan pengambilan kebijakan di bidang kesehatan.

2.2.2 Tujuan dan Manfaat Rekam Medis

Rekam medis dibuat untuk memastikan kelancaran proses administrasi dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit dengan

dibantu oleh penerapan sistem manajemen rekam medis yang efisien (N. F. Dewi et al., 2020). Seiring dengan tujuan tersebut, rekam medis juga dimaksudkan untuk memberikan data yang lengkap dan mudah diakses tepat waktu guna menunjang penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Manfaat rekam medis menurut Gibony (1991, dalam Mayasari, 2020) ALFRED-AIR sebagai berikut:

1. Administrasi (*administration*)

Rekam medis digunakan sebagai alat administrasi yang membantu pencatatan data pasien secara sistematis dan terorganisir sehingga mempermudah pengelolaan informasi dan koordinasi layanan kesehatan.

2. Hukum (*legal*)

Rekam medis berfungsi sebagai dokumen hukum yang sah di pengadilan untuk melindungi hak pasien dan tenaga kesehatan jika terjadi malpraktik dalam kasus hukum.

3. Keuangan (*financial*)

Rekam medis digunakan untuk proses klaim asuransi, penagihan biaya pelayanan, dan perencanaan anggaran rumah sakit.

4. Penelitian (*research*)

Data rekam medis dapat digunakan untuk penelitian bidang kesehatan yang dapat membantu dalam pengembangan ilmu kesehatan.

5. Pendidikan (*education*)

Rekam medis digunakan sebagai referensi untuk mempelajari perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, serta proses pengobatan bagi mahasiswa kesehatan dalam memahami kasus klinis yang terjadi dalam praktik pelayanan kesehatan.

6. Dokumentasi (*documentation*)

Berfungsi sebagai dokumen yang berisikan catatan lengkap dan kronologis tentang perjalanan pelayanan medis pasien, yang mencakup pemeriksaan, diagnosis, terapi, hingga tindak lanjut.

7. Akurat

Rekam medis mencerminkan data dan informasi kesehatan pasien secara tepat, lengkap, dan sesuai fakta. Akurasi diperlukan untuk menjamin kualitas pelayanan medis, mendukung pengambilan keputusan klinis, dan mencegah kesalahan diagnosis atau terapi.

8. Informatif

Rekam medis disusun dengan jelas, sistematis, dan mudah dipahami oleh tenaga kesehatan yang berkepentingan. Informasi yang disajikan mencakup semua aspek penting mulai dari identitas pasien, hasil pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, hingga rencana tindak lanjut.

9. Tanggung Jawab (*responsibility*)

Rekam medis harus dilakukan dengan penuh tanggung jawab oleh tenaga kesehatan yang berwenang. Hal ini mencakup kepatuhan terhadap kode etik profesi, etika, dan aturan hukum yang berlaku untuk menjaga keamanan dan kerahasiaan data pasien.

2.2.3 Isi Rekam Medis Elektronik

Isi rekam medis elektronik milik pasien menurut (Menteri Kesehatan RI, 2022) paling sedikit terdiri atas:

1. Identitas pasien
2. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang

3. Diagnosis, pengobatan, dan rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan
4. Nama dan tanda tangan tenaga Kesehatan pemberi pelayanan kesehatan.

Dokumentasi rekam medis elektronik terdiri dari 2 komponen yaitu dokumentasi administratif dan dokumentasi klinis. Dokumentasi administratif paling sedikit berisi data pendaftaran pasien dan dokumentasi klinis berisi seluruh informasi terkait pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selama dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan.

2.2.4 Pengelolaan Dokumen Rekam Medis

Pengelolaan dokumen rekam medis mencakup kegiatan menyusun serta melengkapi pengisian dokumen rekam medis (analisis), penentuan kode penyakit (*coding*), pengelompokan pengindeksan (*indexing*), penyimpanan dokumen rekam medis dilakukan sesuai dengan peraturan yang berlaku (*filling*), dan pembuatan laporan (Hasmah et al., 2022). Pengelolaan berkas rekam medis merupakan salah satu aspek yang penting dalam manajemen informasi kesehatan guna mendukung efektivitas pelayanan di fasilitas kesehatan. Proses ini tidak hanya mencakup pengumpulan data pasien, tetapi juga terkait kerahasiaan dan keamanan data pasien agar setiap informasi yang terekam digunakan secara bijak dalam pengambilan keputusan medis maupun administratif.

2.3 Konsep Kodifikasi Diagnosis

2.3.1 Diagnosis Penyakit

Diagnosis penyakit merupakan proses penentuan suatu kondisi atau gangguan kesehatan yang dialami oleh seseorang berdasarkan gejala, tanda-tanda klinis, riwayat medis, hasil pemeriksaan dan tes penunjang yang dilakukan oleh tenaga medis (Sulastri, 2024). Hal tersebut dilakukan untuk memahami dan

menetapkan kondisi kesehatan pasien. Diagnosis medis terdiri dari 2 jenis yaitu diagnosis utama dan sekunder.

Diagnosis utama adalah kondisi yang menjadi alasan utama pasien memerlukan tindakan medis. Diagnosis ini biasanya ditegakkan pada akhir masa layanan kesehatan dan menjadi dasar dalam penentuan tarif layanan kesehatan. Menurut Permenkes Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan diagnosis sekunder adalah kondisi atau penyakit lain yang menyertai diagnosis utama baik pada saat awal pasien diterima untuk perawatan maupun yang teridentifikasi sepanjang proses perawatan berlangsung. Diagnosis sekunder dapat berupa kondisi komorbid atau komplikasi yang mempengaruhi selama pasien dirawat.

2.3.2 Koding

Koding atau pengkodean adalah proses memberikan mengubah data menggunakan huruf, angka, atau kombinasi keduanya untuk mewakili berbagai komponen informasi dalam rekam medis. Setiap proses, tindakan, dan penegakan diagnosis yang tercatat dalam rekam medis harus diberi kode yang sesuai (Wahyuni et al., 2024). Pengkodean diagnosis wajib dilakukan secara akurat dan menyeluruh sesuai dengan standar ICD-10 yang ditetapkan oleh WHO dan disertai pemberian kode prosedur berdasarkan klasifikasi ICD-9 CM.

Pengkodean diagnosis bertujuan untuk membantu dalam pencatatan, pengumpulan, dan pengambilan kembali informasi dengan lebih mudah dan efisien dikarenakan telah terstandarisasi. Pemberian kode diagnosis yang akurat dapat memberikan data pelayanan kesehatan yang bermutu (Syifani et al., 2024).

2.3.3 ICD-10

ICD-10 merupakan revisi kesepuluh dari Klasifikasi Statistik Internasional mengenai Penyakit dan Permasalahan Kesehatan atau dalam bahasa Inggris dikenal sebagai *The 10th Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD). ICD-10 digunakan untuk mengelompokkan maupun menetapkan kode, jenis penyakit, gejala, dan penyebab kematian seseorang (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024).

ICD-10 memungkinkan pendokumentasian dan akses informasi kesehatan secara sistematis yang berperan penting dalam analisis statistik, studi epidemiologi, serta pengelolaan dan penjaminan mutu layanan kesehatan. ICD-10 digunakan secara internasional untuk mengklasifikasikan penyakit dan berbagai kondisi kesehatan (Rasyidah & Marhaeni, 2022). Sistem ini dirancang untuk memberikan standar pengkodean yang konsisten, terstruktur, dan terperinci sehingga memudahkan pencatatan, pelaporan, dan analisis data kesehatan. Adapun komponen utamanya meliputi:

1. Kode Alfanumerik merupakan setiap kondisi atau diagnosis memiliki kode alfanumerik yang unik biasanya terdiri dari satu huruf diikuti oleh dua atau tiga angka dan biasanya terdiri dari tiga atau empat karakter.
2. Kategori, Subkategori, dan Subklasifikasi merupakan penyakit dan kondisi diklasifikasikan ke dalam berbagai kategori, subkategori, dan subklasifikasi untuk memberikan detail lebih lanjut.
3. Volume pada ICD-10 dibagi menjadi beberapa volume yang mencakup klasifikasi penyakit dan panduan penggunaannya. ICD-10 disusun dalam tiga volume utama. Volume 1 berisi daftar tabulasi penyakit sesuai dengan

indeks penyakit pada volume 3, volume 2 berisi panduan penggunaan kode-kode dan aturan dalam pengkodean diagnosis, dan volume 3 menyajikan indeks alfabetis untuk memudahkan pencarian diagnosis atau kondisi tertentu (Octaria et al., 2020).

Menurut Hatta (2013, dalam Lase, 2024) penentuan kode diagnosis melibatkan sembilan tahapan yaitu:

1. Identifikasi terlebih dahulu jenis informasi yang akan dikodekan menggunakan ICD-10 Volume 3.
2. Gunakan *lead term* atau kata utama yang umumnya merupakan kata benda yang menggambarkan kondisi medis atau cedera.
3. Teliti dan pahami setiap petunjuk atau catatan tambahan yang tercantum di bawah istilah yang dipilih dalam ICD-10 Volume 3.
4. Perhatikan istilah dalam tanda kurung "()", karena merupakan modifikasi tambahan yang tidak memengaruhi penetapan kode.
5. Cermati setiap rujukan silang (*cross reference*) dan arahan *see* serta *see also* yang terdapat dalam indeks alfabetis.
6. Gunakan ICD-10 Volume 1 (daftar tabulasi) untuk menemukan kode yang paling akurat dan sesuai.
7. Patuhi pedoman *inclusion* dan *exclusion* yang terdapat pada kode yang dipilih maupun pada bagian bawah kategori terkait.
8. Tetapkan kode akhir yang paling tepat berdasarkan langkah-langkah sebelumnya.
9. Lakukan analisis pada diagnosis yang telah dikodekan untuk memastikan kesesuaiannya dengan diagnosis utama yang dicatat oleh dokter dalam

rekam medis pasien dan menjamin keakuratan kode diagnosis yang diberikan.

2.3.4 Ketidaktepatan Kode Diagnosis

Ketidaktepatan kode diagnosis adalah kesalahan dalam pemilihan kode diagnosis yang diberikan kepada pasien. Ketidaktepatan dapat memengaruhi kualitas data medis yang berdampak pada proses perawatan pasien, pembiayaan pelayanan kesehatan, pengambilan keputusan medis, dan pelaporan statistik kesehatan (Manalu et al., 2020). Oleh karena itu, penting untuk memastikan ketepatan dalam penggunaan kode diagnosis sangat penting untuk menjaga integritas data medis agar tetap akurat dan mendukung perawatan yang efektif.

Tenaga rekam medis dalam memberikan kode diagnosis harus memperhatikan ketepatan dalam penggunaan dan penulisan kode. Hal ini bermanfaat untuk memberikan perawatan yang optimal, mengelola klaim biaya dengan tepat, meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, membandingkan data tentang tingkat kejadian penyakit dan kematian, serta memberikan gambaran mengenai sepuluh penyakit utama dan aspek-aspek terkait dalam pelayanan kesehatan (Rahmawati et al., 2021).

2.4 Obstetri

Obstetri merupakan ilmu kedokteran yang secara khusus mempelajari dan menangani berbagai aspek terkait kehamilan, persalinan, dan masa nifas (puerperium). Ilmu ini mencakup proses fisiologis maupun patologis selama periode kehamilan, yang dimulai dari pembuahan hingga 6 minggu pascapersalinan. Obstetri tidak hanya berisi aspek biologis, tetapi juga terkait aspek psikologis dan sosial yang turut memengaruhi kondisi ibu dan janin. Obstetri

merupakan ilmu yang sangat luas dalam terutama pada kesehatan reproduksi perempuan.

Menurut R. K. Dewi et al. (2024) obstetri didefinisikan sebagai bidang kedokteran yang berfokus pada pemantauan, pencegahan, diagnosis, dan penanganan komplikasi yang terjadi selama kehamilan hingga periode postpartum. Hal ini menunjukkan bahwa ruang lingkup obstetri bukan sekadar menangani persalinan normal, tetapi juga mencakup berbagai kondisi medis berisiko tinggi seperti hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia), diabetes gestasional, perdarahan antepartum, serta infeksi puerperal yang dapat membahayakan kehidupan ibu dan janin, dan lainnya.

Ruang lingkup obstetri pada rekam medis tidak hanya sekadar pencatatan hasil pemeriksaan klinis rutin. Data yang harus dicatat mencakup hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, USG, dan rencana tindak lanjut sesuai dengan diagnosis dan prosedur yang dilakukan. Obstetri juga mencakup penentuan dan pengkodean diagnosis yang sesuai dengan sistem klasifikasi internasional seperti *International Classification of Diseases, Tenth Revision* (ICD-10) khususnya dalam Bab XV (O00–O99) yang memuat seluruh kondisi terkait kehamilan, persalinan, dan masa nifas.

2.4.1 Karakteristik Kode Obstetri

Kasus obstetri dalam rekam medis memiliki sejumlah karakteristik unik yang membedakannya dari kasus medis lainnya. Karakteristik pertama dalam kasus obstetri yang dikenal dengan istilah G-P-A digunakan untuk menggambarkan riwayat kehamilan seorang wanita di mana Gravida (G) berisi jumlah keseluruhan kehamilan yang pernah dijalani, Paritas (P) merupakan jumlah persalinan yang

telah terjadi, dan Abortus (A) terkait jumlah kehamilan yang berakhir sebelum usia kehamilan cukup atau mengalami keguguran (Hipson & Anggraini, 2021). Hal ini memberikan gambaran penting dalam menilai risiko dan perawatan yang diperlukan selama masa kehamilan.

Karakteristik kedua adalah kode diagnosis obstetri yang bersifat kompleks karena melibatkan beberapa kondisi klinis yang saling berkaitan dalam satu episode perawatan. Contohnya, seorang ibu hamil dapat mengalami preeklampsia berat yang disertai dengan gangguan fungsi hati, proteinuria, dan kelainan pertumbuhan janin. Setiap kondisi tersebut harus dicatat secara terperinci dan dikodekan secara akurat sesuai standar ICD-10.

Karakteristik ketiga adalah penentuan kode diagnosis terhadap usia kehamilan atau gestasi. Banyak kode diagnosis obstetri hanya dapat ditegakkan pada usia kehamilan tertentu. Sebagai contoh, diagnosis abortus spontan (O03) hanya dapat diberikan jika usia kehamilan belum mencapai batas pertumbuhan janin, sedangkan kematian janin intrauterin (O36.4) umumnya ditegakkan pada kehamilan trimester akhir. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Illiyen (2021) mencatat bahwa ketidakjelasan atau ketidakterisian pencatatan usia kehamilan dalam rekam medis sering kali menjadi penyebab kesalahan dalam pemberian kode diagnosis obstetri.

2.4.2 Spesifikasi Koding Obstetri Pada ICD-10 Bab XV

Spesifikasi koding diagnosis obstetri dalam sistem ICD-10 Volume 1 difokuskan pada Bab XV (O00–O99) yang secara khusus menangani semua kondisi terkait kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Bab ini memuat sistem pengkodean yang rinci yang memungkinkan pencatatan diagnosis secara sistematis. Menurut

World Health Organization (WHO) (2016) Bab XV dalam ICD-10 Volume 1 mencakup delapan kategori utama yaitu:

1. Kode O00-O08 untuk kode kehamilan yang berakhir dengan keguguran
 - a. Kode O00 untuk kehamilan ektopik
 - 1) Kode O00.0 kehamilan abdomen
 - 2) Kode O00.1 kehamilan tuba
 - 3) Kode O00.2 kehamilan ovarium
 - 4) Kode O00.8 kehamilan ektopik lain
 - 5) Kode O00.9 kehamilan ektopik, tidak spesifik
 - b. Kode O01 untuk mola hidatidosa
 - 1) Kode O01.0 mola hidatidosa klasik
 - 2) Kode O01.1 mola hidatidosa tidak komplit/parsial
 - 3) Kode O01.9 mola hidatidosa, tidak spesifik
 - c. Kode O02 untuk Produk abnormal lain dari konsepsi
 - 1) Kode O02.0 kehamilan kosong dan mola non-hidatidosa
 - 2) Kode O02.1 aborsi yang terlewat atau tanpa tanda
 - 3) Kode O02.8 produk abnormal lain yang spesifik
 - 4) Kode O02.9 produk abnormal, tidak spesifik
 - d. Kode O03 abortus spontan
 - e. Kode O04 abortus medis
 - f. Kode O05 abortus lainnya
 - g. Kode O06 abortus, tidak terperinci
 - h. Kode O07 aborsi yang gagal

- 1) Kode O07.0 aborsi medis yang gagal, rumit karena infeksi saluran genital dan panggul
 - 2) Kode O07.1 aborsi medis yang gagal, dipersulit oleh perdarahan yang tertunda atau berlebihan
 - 3) Kode O07.2 aborsi medis yang gagal, dipersulit oleh emboli
 - 4) Kode O07.3 aborsi medis yang gagal, dengan komplikasi lain yang tidak dijelaskan secara rinci
 - 5) Kode O07.4 aborsi medis yang gagal, tanpa komplikasi
 - 6) Kode O07.5 percobaan aborsi gagal lainnya dan tidak spesifik, yang disertai komplikasi infeksi saluran genital dan panggul
 - 7) Kode O07.6 percobaan aborsi gagal lainnya dan tidak spesifik, yang dipersulit oleh perdarahan yang tertunda atau berlebihan
 - 8) Kode O07.7 percobaan aborsi gagal lainnya dan tidak spesifik, yang dipersulit oleh emboli
 - 9) Kode O07.8 percobaan aborsi yang gagal dan tidak dijelaskan lainnya, dengan komplikasi lainnya dan tidak dijelaskan
 - 10) Kode O07.9 percobaan aborsi gagal lainnya dan tidak spesifik, tanpa komplikasi
- i. Kode O08 Komplikasi setelah abortus, kehamilan ektopik, dan mola
- 1) Kode O08.0 infeksi saluran genital dan panggul setelah aborsi, kehamilan ektopik, dan kehamilan molar
 - 2) Kode O08.1 perdarahan yang tertunda atau berlebihan setelah aborsi dan kehamilan ektopik dan molar
 - 3) Kode O08.2 emboli pasca aborsi dan kehamilan ektopik dan molar

- 4) Kode O08.3 syok pasca aborsi dan kehamilan ektopik dan molar
 - 5) Kode O08.5 gangguan metabolisme setelah aborsi, kehamilan ektopik dan molar
 - 6) Kode O08.6 kerusakan pada organ dan jaringan panggul setelah aborsi, kehamilan ektopik, dan kehamilan molar
 - 7) Kode O08.7 komplikasi vena lainnya setelah aborsi dan kehamilan ektopik dan molar
 - 8) Kode O08.8 komplikasi lain setelah aborsi dan kehamilan ektopik dan molar
 - 9) Kode O08.9 komplikasi setelah aborsi dan kehamilan ektopik dan molar, tidak spesifik
2. Kode O10–O16 mencakup Gangguan Oedema, Proteinuria, dan hipertensi dalam kehamilan, kelahiran maupun masa nifas
- a. Kode O10 hipertensi yang sudah ada sebelumnya yang dapat mempersulit kehamilan, persalinan dan masa nifas
 - 1) Kode O10.0 hipertensi esensial/primer yang sudah ada sebelumnya yang dapat mempersulit kehamilan, persalinan dan masa nifas
 - 2) Kode O10.1 penyakit jantung hipertensi yang sudah ada sebelumnya yang dapat mempersulit kehamilan, persalinan dan masa nifas
 - 3) Kode O10.2 penyakit ginjal hipertensi yang sudah ada sebelumnya yang dapat mempersulit kehamilan, persalinan dan masa nifas
 - 4) Kode O10.3 penyakit jantung dan ginjal hipertensi yang sudah ada sebelumnya yang dapat mempersulit kehamilan, persalinan dan masa nifas

- 5) Kode O10.4 hipertensi sekunder yang sudah ada sebelumnya yang dapat mempersulit kehamilan, persalinan dan masa nifas
- 6) Kode O10.9 hipertensi yang sudah ada sebelumnya yang tidak dijelaskan yang dapat mempersulit kehamilan, persalinan dan masa nifas
- b. Kode O11 preeklampsia disertai hipertensi kronis
- c. Kode O12 edema (pembengkakan) dan proteinuria (adanya protein dalam urin) yang terjadi selama kehamilan tanpa disertai hipertensi (tekanan darah tinggi)
 - 1) Kode O12.0 edema gestasional
 - 2) Kode O12.1 proteinuria gestasional
 - 3) Kode O12.2 edema gestasional dengan proteinuria
- d. Kode O13 hipertensi yang disebabkan oleh kehamilan
- e. Kode O14 preeklampsia
 - 1) Kode O14.0 preeklampsia ringan sampai sedang
 - 2) Kode O14.1 preeklampsia berat
 - 3) Kode O14.2 sindrom HELLP yaitu kombinasi hemolisis, peningkatan enzim hati dan jumlah trombosit rendah
 - 4) Kode O12.9 preeklampsia, tidak spesifik
- f. Kode O15 eklampsia
 - 1) Kode O15.0 eklampsia pada kehamilan
 - 2) Kode O15.1 eklampsia pada persalinan
 - 3) Kode O15.2 eklampsia pada masa nifas
 - 4) Kode O15.9 eklampsia tidak ditentukan masa waktunya

- g. Kode O16 hipertensi maternal yang tidak spesifik
- 3. Kode O20–O29 mencakup komplikasi lain yang terjadi pada kehamilan
 - a. Kode O20 perdarahan pada awal kehamilan
 - 1) Kode O20.0 ancaman keguguran
 - 2) Kode O20.8 perdarahan lain pada awal kehamilan
 - 3) Kode O20.9 perdarahan pada awal kehamilan, tidak spesifik
 - b. Kode O21 muntah berlebihan saat hamil
 - 1) Kode O21.0 hiperemesis gravidarum ringan
 - 2) Kode O21.1 hiperemesis gravidarum dengan gangguan metabolik
 - 3) Kode O21.2 muntah kehamilan yang terjadi pada tahap akhir kehamilan
 - 4) Kode O21.8 muntah lainnya yang mempersulit kehamilan
 - 5) Kode O21.9 muntah karena kehamilan, tidak spesifik
 - c. Kode O22 komplikasi vena dan wasir pada kehamilan
 - 1) Kode O22.0 varises pada ekstremitas bawah saat hamil
 - 2) Kode O22.1 varises genital pada kehamilan
 - 3) Kode O22.2 tromboflebitis superfisial pada kehamilan
 - 4) Kode O22.3 flebotrombosis dalam pada kehamilan
 - 5) Kode O22.4 wasir pada kehamilan
 - 6) Kode O22.5 trombosis vena serebral pada kehamilan
 - 7) Kode O22.8 komplikasi vena lainnya pada kehamilan
 - 8) Kode O22.9 komplikasi vena pada kehamilan, tidak spesifik
 - d. Kode O23 infeksi saluran genitourinari pada kehamilan
 - 1) Kode O23.0 infeksi ginjal pada kehamilan

- 2) Kode O23.1 infeksi kandung kemih pada kehamilan
 - 3) Kode O23.2 infeksi uretra pada kehamilan
 - 4) Kode O23.3 infeksi pada bagian lain saluran kemih pada kehamilan
 - 5) Kode O23.4 infeksi saluran kemih yang tidak ditentukan pada kehamilan
 - 6) Kode O23.5 infeksi saluran genital pada kehamilan
 - 7) Kode O23.9 infeksi saluran genitourinari lainnya dan tidak spesifik pada kehamilan
- e. Kode O24 diabetes melitus pada kehamilan
- 1) Kode O24.0 diabetes melitus tipe 1 yang sudah ada sebelumnya
 - 2) Kode O24.1 diabetes melitus tipe 2 yang sudah ada sebelumnya
 - 3) Kode O24.2 diabetes melitus yang berhubungan dengan malnutrisi yang sudah ada sebelumnya
 - 4) Kode O24.3 diabetes melitus yang sudah ada sebelumnya, tidak spesifik
 - 5) Kode O24.4 diabetes melitus yang timbul pada kehamilan
 - 6) Kode O24.9 diabetes melitus pada kehamilan, tidak spesifik
- f. Kode O25 malnutrisi pada kehamilan
- g. Kode O26 perawatan ibu untuk kondisi lain yang sebagian besar terkait dengan kehamilan
- 1) Kode O26.0 kenaikan berat badan yang berlebihan selama kehamilan
 - 2) Kode O26.1 kenaikan berat badan yang rendah selama kehamilan
 - 3) Kode O26.2 perawatan kehamilan pada abortus habitualis

- 4) Kode O26.3 alat kontrasepsi dalam rahim yang tertinggal selama kehamilan
 - 5) Kode O26.4 herpes gestasi
 - 6) Kode O26.5 sindrom hipotensi maternal
 - 7) Kode O26.6 gangguan hati pada kehamilan, persalinan dan nifas
 - 8) Kode O26.7 subluksasi simfisis (pubis) pada kehamilan, persalinan dan masa nifas
 - 9) Kode O26.8 kondisi terkait kehamilan tertentu lainnya
 - 10) Kode O26.9 kondisi terkait kehamilan, tidak spesifik
- h. Kode O28 temuan abnormal pada skrining antenatal ibu
- 1) Kode O28.0 temuan hematologi abnormal pada skrining antenatal ibu
 - 2) Kode O28.1 temuan biokimia abnormal pada skrining antenatal ibu
 - 3) Kode O28.2 temuan sitologi abnormal pada skrining antenatal ibu
 - 4) Kode O28.3 temuan USG abnormal pada skrining antenatal ibu
 - 5) Kode O28.4 temuan radiologi abnormal pada skrining antenatal ibu
 - 6) Kode O28.5 temuan kromosom dan genetik abnormal pada skrining antenatal ibu
 - 7) Kode O28.8 temuan abnormal lainnya pada skrining antenatal ibu
 - 8) Kode O28.9 temuan abnormal pada skrining antenatal ibu, tidak spesifik
- i. Kode O29 komplikasi anestesi selama kehamilan
- 1) Kode O29.0 komplikasi paru akibat anestesi selama kehamilan
 - 2) Kode O29.1 komplikasi jantung akibat anestesi selama kehamilan

- 3) Kode O29.2 komplikasi sistem saraf pusat akibat anestesi selama kehamilan
 - 4) Kode O29.3 reaksi toksik terhadap anestesi lokal selama kehamilan
 - 5) Kode O29.4 sakit kepala akibat anestesi spinal dan epidural selama kehamilan
 - 6) Kode O29.5 komplikasi lain dari anestesi spinal dan epidural selama kehamilan
 - 7) Kode O29.6 komplikasi yang gagal atau sulit selama kehamilan
 - 8) Kode O29.8 komplikasi lain dari anestesi selama kehamilan
 - 9) Kode O29.9 komplikasi anestesi selama kehamilan, tidak spesifik
4. Kode O30–O48 untuk kehamilan multipel dan masalah pertumbuhan janin
- a. Kode O30 kehamilan kembar
 - 1) Kode O30.0 kehamilan kembar
 - 2) Kode O30.1 kehamilan kembar tiga
 - 3) Kode O30.2 kehamilan kembar empat
 - 4) Kode O30.8 kehamilan kembar lainnya
 - 5) Kode O30.9 kehamilan kembar, tidak spesifik
 - b. Kode O31 komplikasi khusus pada kehamilan ganda
 - 1) Kode O31.0 janin papirasea
 - 2) Kode O31.1 kehamilan yang berlanjut setelah keguguran satu janin atau lebih
 - 3) Kode O31.2 kehamilan yang berlanjut setelah kematian intrauterin satu janin atau lebih
 - 4) Kode O31.8 komplikasi lain yang spesifik pada kehamilan ganda

- c. Kode O32 perawatan ibu karena malpresentasi yang diketahui atau diduga
 - 1) Kode O32.0 perawatan ibu karena posisi janin yang tidak stabil
 - 2) Kode O32.1 perawatan ibu karena presentasi sungsang
 - 3) Kode O32.2 perawatan ibu karena letak lintang dan miring
 - 4) Kode O32.3 perawatan ibu karena presentasi wajah, alis, dan dagu
 - 5) Kode O32.4 perawatan ibu karena kepala janin masih tinggi pada usia kehamilan cukup bulan
 - 6) Kode O32.5 perawatan ibu karena kehamilan kembar dengan presentasi abnormal pada satu atau lebih janin
 - 7) Kode O32.6 perawatan ibu karena presentasi majemuk
 - 8) Kode O32.8 perawatan ibu karena malpresentasi janin lainnya
 - 9) Kode O32.9 perawatan ibu karena malpresentasi, tidak spesifik
- d. Kode O33 perawatan ibu karena ketidakcocokan (disproporsi) yang diketahui atau diduga
 - 1) Kode O33.0 perawatan ibu karena ketidakcocokan (disproporsi) akibat kelainan tulang panggul ibu
 - 2) Kode O33.1 perawatan ibu karena ketidakcocokan (disproporsi) akibat panggul yang umumnya menyempit
 - 3) Kode O33.2 perawatan ibu karena ketidakcocokan (disproporsi) akibat penyempitan pintu masuk panggul
 - 4) Kode O33.3 perawatan ibu karena ketidakcocokan (disproporsi) akibat penyempitan jalan lahir panggul
 - 5) Kode O33.4 perawatan ibu karena ketidakcocokan (disproporsi) yang berasal dari faktor ibu dan janin

- 6) Kode O33.5 perawatan ibu karena ketidakcocokan (disproporsi) akibat janin yang sangat besar
 - 7) Kode O33.6 perawatan ibu karena ketidakcocokan (disproporsi) akibat janin hidrosefalus
 - 8) Kode O33.7 perawatan ibu karena ketidakcocokan (disproporsi) akibat kelainan janin lainnya
 - 9) Kode O33.8 perawatan ibu karena ketidakcocokan (disproporsi) lainnya
 - 10) Kode O33.9 perawatan ibu karena ketidakcocokan (disproporsi), tidak spesifik
- e. Kode O34 perawatan ibu karena kelainan yang diketahui atau diduga pada organ panggul
- 1) Kode O34.0 perawatan ibu karena malformasi kongenital (bawaan) pada rahim
 - 2) Kode O34.1 perawatan ibu karena tumor korpus uteri
 - 3) Kode O34.2 perawatan ibu karena bekas luka rahim akibat operasi sebelumnya
 - 4) Kode O34.3 perawatan ibu karena inkompetensi serviks
 - 5) Kode O34.4 perawatan ibu karena kelainan serviks lainnya
 - 6) Kode O34.5 perawatan ibu karena kelainan lain pada uterus gravid
 - 7) Kode O34.6 perawatan ibu karena kelainan vagina
 - 8) Kode O34.7 perawatan ibu karena kelainan vulva dan perineum
 - 9) Kode O34.8 perawatan ibu karena kelainan lain pada organ panggul

- 10) Kode O34.9 perawatan ibu karena kelainan organ panggul, tidak spesifik
- f. Kode O35 perawatan ibu karena kelainan dan kerusakan janin yang diketahui atau diduga
- 1) Kode O35.0 perawatan ibu karena (diduga) malformasi sistem saraf pusat pada janin
 - 2) Kode O35.1 perawatan ibu karena (diduga) kelainan kromosom pada janin
 - 3) Kode O35.2 perawatan ibu karena (diduga) penyakit keturunan pada janin
 - 4) Kode O35.3 perawatan ibu karena (diduga) kerusakan pada janin akibat penyakit virus pada ibu
 - 5) Kode O35.4 perawatan ibu karena (diduga) kerusakan pada janin akibat alkohol
 - 6) Kode O35.5 perawatan ibu karena (diduga) kerusakan pada janin akibat obat-obatan
 - 7) Kode O35.6 perawatan ibu karena (diduga) kerusakan janin akibat radiasi
 - 8) Kode O35.7 perawatan ibu karena (diduga) kerusakan pada janin akibat prosedur medis lainnya
 - 9) Kode O35.8 perawatan ibu karena (diduga) kelainan dan kerusakan janin lainnya
 - 10) Kode O35.9 perawatan ibu karena (diduga) kelainan dan kerusakan janin lainnya

- g. Kode O36 perawatan ibu karena masalah janin lain yang diketahui atau diduga
 - 1) Kode O36.0 perawatan ibu karena isoimunisasi rhesus
 - 2) Kode O36.1 perawatan ibu karena isoimunisasi lainnya
 - 3) Kode O36.2 perawatan ibu karena hidrops fetalis
 - 4) Kode O36.3 perawatan ibu karena tanda-tanda hipoksia janin
 - 5) Kode O36.4 perawatan ibu karena kematian intrauterin
 - 6) Kode O36.5 perawatan ibu karena pertumbuhan janin yang buruk
 - 7) Kode O36.6 perawatan ibu karena pertumbuhan janin yang berlebihan
 - 8) Kode O36.7 perawatan ibu karena janin yang hidup dalam kehamilan abdominal
 - 9) Kode O36.8 perawatan ibu karena masalah janin tertentu lainnya
 - 10) Kode O36.9 perawatan ibu karena masalah janin, tidak spesifik
- h. Kode O40 polihidramnion
- i. Kode O41 gangguan lain pada cairan dan selaput ketuban
 - 1) Kode O41.0 oligohidramnion
 - 2) Kode O41.1 infeksi pada kantung dan selaput ketuban
 - 3) Kode O41.8 gangguan lain yang ditentukan pada cairan dan selaput ketuban
 - 4) Kode O41.9 gangguan cairan dan selaput ketuban, tidak spesifik
- j. Kode O42 ketuban pecah dini
 - 1) Kode O42.0 ketuban pecah dini, persalinan dimulai dalam 24 jam
 - 2) Kode O42.1 ketuban pecah dini, persalinan dimulai setelah 24 jam
 - 3) Kode O42.2 ketuban pecah dini, persalinan ditunda dengan terapi

- 4) Kode O42.9 ketuban pecah dini, tidak spesifik
- k. Kode O43 gangguan plasenta
 - 1) Kode O43.0 sindrom transfusi plasenta
 - 2) Kode O43.1 malformasi plasenta
 - 3) Kode O43.2 plasenta yang melekat secara tidak sehat
 - 4) Kode O43.8 gangguan plasenta lainnya
 - 5) Kode O43.9 gangguan plasenta, tidak spesifik
- l. Kode O44 plasenta previa
 - 1) Kode O44.0 plasenta previa tanpa perdarahan
 - 2) Kode O44.1 plasenta previa dengan perdarahan
- m. Kode O45 solusio plasenta atau abrupcio plasenta
 - 1) Kode O45.0 lepasnya plasenta dengan gangguan pembekuan darah
 - 2) Kode O45.8 lepasnya plasenta lainnya
 - 3) Kode O45.9 lepasnya plasenta, tidak spesifik
- n. Kode O46 perdarahan antepartum, tidak diklasifikasikan di tempat lain
 - 1) Kode O46.0 perdarahan antepartum dengan kelainan koagulasi
 - 2) Kode O46.8 perdarahan antepartum lainnya
 - 3) Kode O46.9 perdarahan antepartum, tidak spesifik
- o. Kode O47 persalinan palsu
 - 1) Kode O47.0 persalinan palsu sebelum usia kehamilan 37 minggu
 - 2) Kode O47.1 persalinan palsu pada atau setelah usia kehamilan 37 minggu
 - 3) Kode O47.9 persalinan palsu, tidak spesifik
- p. Kode O48 kehamilan yang melebihi batas waktu lahir

5. Kode O60-O75 untuk komplikasi persalinan dan melahirkan
 - a. Kode O60 persalinan dan kelahiran prematur
 - 1) Kode O60.0 persalinan prematur tanpa kelahiran
 - 2) Kode O60.1 persalinan prematur spontan dengan kelahiran prematur
 - 3) Kode O60.2 persalinan prematur spontan dengan kelahiran cukup bulan
 - 4) Kode O60.3 persalinan prematur tanpa persalinan spontan
 - b. Kode O61 induksi persalinan gagal
 - 1) Kode O61.0 induksi persalinan medis yang gagal
 - 2) Kode O61.1 induksi persalinan instrumental yang gagal
 - 3) Kode O61.8 induksi persalinan yang gagal lainnya
 - 4) Kode O61.9 induksi persalinan gagal, tidak spesifik
 - c. Kode O62 kelainan kekuatan atau tenaga dalam persalinan
 - 1) Kode O62.0 kontraksi uterus primer yang tidak adekuat
 - 2) Kode O62.1 inersia uteri sekunder
 - 3) Kode O62.2 inersia uteri lainnya
 - 4) Kode O62.3 persalinan cepat
 - 5) Kode O62.4 kontraksi uterus yang hipertonic, tidak terkoordinasi, dan berkepanjangan
 - 6) Kode O62.8 kelainan lain dari gaya persalinan
 - 7) Kode O62.9 kelainan gaya persalinan, tidak spesifik
 - d. Kode O63 persalinan lama
 - 1) Kode O63.0 tahap pertama persalinan yang lama
 - 2) Kode O63.1 tahap kedua persalinan yang lama

- 3) Kode O63.2 keterlambatan kelahiran bayi kembar kedua, ketiga, dan seterusnya
- 4) Kode O63.9 persalinan lama, tidak spesifik
- e. Kode O64 persalinan terhambat karena malposisi dan malpresentasi janin
 - 1) Kode O64.0 persalinan terhambat karena rotasi kepala janin yang tidak lengkap
 - 2) Kode O64.1 persalinan terhambat karena presentasi sungsang
 - 3) Kode O64.2 persalinan terhambat karena presentasi wajah
 - 4) Kode O64.3 persalinan terhambat karena presentasi alis
 - 5) Kode O64.4 persalinan terhambat karena presentasi bahu
 - 6) Kode O64.5 persalinan terhambat karena presentasi majemuk atau ganda
 - 7) Kode O64.8 persalinan terhambat karena malposisi dan malpresentasi lainnya
 - 8) Kode O64.9 persalinan terhambat karena malposisi dan malpresentasi, tidak spesifik
- f. Kode O65 persalinan terhambat karena kelainan panggul ibu
 - 1) Kode O65.0 persalinan terhambat karena panggul yang cacat
 - 2) Kode O65.1 persalinan terhambat karena pelvis yang secara umum menyempit
 - 3) Kode O65.2 persalinan terhambat karena kontraksi pintu masuk panggul
 - 4) Kode O65.3 persalinan terhambat karena pintu keluar panggul dan rongga tengah panggul

- 5) Kode O65.4 persalinan terhambat karena ketidakcocokan ukuran janin dan panggul ibu, tidak spesifik
- 6) Kode O65.5 persalinan terhambat karena kelainan organ panggul ibu
- 7) Kode O65.8 persalinan terhambat karena kelainan panggul ibu lainnya
- 8) Kode O65.9 persalinan terhambat karena kelainan panggul ibu, tidak spesifik
- g. Kode O66 persalinan terhambat lainnya
 - 1) Kode O66.0 persalinan terhambat karena distosia bahu
 - 2) Kode O66.1 persalinan terhambat karena bayi kebar terkunci
 - 3) Kode O66.2 persalinan terhambat karena janin berukuran sangat besar
 - 4) Kode O66.3 persalinan terhambat karena kelainan janin lainnya
 - 5) Kode O66.4 percobaan persalinan yang gagal, tidak spesifik
 - 6) Kode O66.5 persalinan terhambat karena kegagalan penerapan ekstraktor vakum dan forseps, tidak spesifik
 - 7) Kode O66.8 persalinan terhambat yang ditentukan lainnya
 - 8) Kode O66.9 persalinan terhambat, tidak spesifik
- h. Kode O67 persalinan dan kelahiran yang mengalami komplikasi perdarahan intrapartum, tidak diklasifikasikan di tempat lain
 - 1) Kode O67.0 perdarahan intrapartum dengan cacat koagulasi
 - 2) Kode O67.8 perdarahan intrapartum lainnya
 - 3) Kode O67.9 perdarahan intrapartum, tidak spesifik
- i. Kode O68 persalinan dan kelahiran yang mengalami komplikasi stres (distres) janin

- 1) Kode O68.0 persalinan dan kelahiran yang mengalami komplikasi kelainan denyut jantung janin
 - 2) Kode O68.1 persalinan dan kelahiran yang mengalami komplikasi adanya mekonium dalam cairan amnion
 - 3) Kode O68.2 persalinan dan kelahiran yang mengalami komplikasi denyut jantung janin dengan mekonium dalam cairan ketuban
 - 4) Kode O68.3 persalinan dan kelahiran yang mengalami komplikasi dengan bukti biokimia stres janin
 - 5) Kode O68.8 persalinan dan kelahiran yang mengalami komplikasi dengan bukti lain dari stres janin
 - 6) Kode O68.9 persalinan dan kelahiran yang mengalami komplikasi stres janin, tidak spesifik
- j. Kode O69 persalinan dan kelahiran yang mengalami komplikasi karena masalah tali pusat
- 1) Kode O69.0 persalinan dan kelahiran yang mengalami komplikasi karena prolaps tali pusat
 - 2) Kode O69.1 persalinan dan kelahiran yang mengalami komplikasi karena tali pusat melilit leher dengan kompresi
 - 3) Kode O69.2 persalinan dan kelahiran yang mengalami komplikasi karena tali pusat terjatuh dengan kompresi
 - 4) Kode O69.3 persalinan dan kelahiran yang mengalami komplikasi karena tali pusat pendek
 - 5) Kode O69.4 persalinan dan kelahiran yang mengalami komplikasi karena vasa previa

- 6) Kode O69.5 persalinan dan kelahiran yang mengalami komplikasi karena lesi vaskular tali pusat
 - 7) Kode O69.8 persalinan dan kelahiran yang mengalami komplikasi tali pusat lainnya
 - 8) Kode O69.9 persalinan dan kelahiran yang mengalami komplikasi tali pusat, tidak spesifik
- k. Kode O70 robekan perineum selama persalinan
- 1) Kode O70.0 robekan perineum derajat pertama selama persalinan
 - 2) Kode O70.1 robekan perineum derajat kedua selama persalinan
 - 3) Kode O70.2 robekan perineum derajat ketiga selama persalinan
 - 4) Kode O70.3 robekan perineum derajat keempat selama persalinan
 - 5) Kode O70.9 robekan perineum selama persalinan, tidak spesifik
- l. Kode O71 trauma obstetri lainnya
- 1) Kode O71.0 ruptur uterus sebelum dimulainya persalinan
 - 2) Kode O71.1 ruptur uterus saat persalinan
 - 3) Kode O71.2 inversio uteri pasca persalinan
 - 4) Kode O71.3 robekan serviks obstetri
 - 5) Kode O71.4 robekan vagina bagian atas obstetri
 - 6) Kode O71.5 cedera obstetri lain pada organ panggul
 - 7) Kode O71.6 kerusakan obstetri pada sendi dan ligamen panggul
 - 8) Kode O71.7 hematoma obstetri panggul
 - 9) Kode O71.8 trauma obstetri lain yang terklasifikasi secara spesifik
 - 10) Kode O71.9 trauma obstetri, tidak spesifik
- m. Kode O72 perdarahan pascapersalinan

- 1) Kode O72.0 perdarahan tahap ketiga
 - 2) Kode O72.1 perdarahan pascapersalinan langsung lainnya
 - 3) Kode O72.2 perdarahan pascapersalinan tertunda dan sekunder
 - 4) Kode O72.3 gangguan pembekuan darah pascapersalinan
- n. Kode O73 plasenta dan selaput ketuban tertahan, tanpa perdarahan
- 1) Kode O73.0 plasenta tertahan tanpa perdarahan
 - 2) Kode O73.1 bagian plasenta dan selaput ketuban yang tertahan, tanpa perdarahan
- o. Kode O74 komplikasi anestesi selama persalinan dan melahirkan
- 1) Kode O74.0 pneumonitis aspirasi akibat anestesi selama persalinan dan melahirkan
 - 2) Kode O74.1 komplikasi paru-paru lainnya akibat anestesi selama persalinan dan melahirkan
 - 3) Kode O74.2 komplikasi jantung akibat anestesi selama persalinan dan melahirkan
 - 4) Kode O74.3 komplikasi sistem saraf pusat akibat anestesi selama persalinan dan melahirkan
 - 5) Kode O74.4 reaksi toksik terhadap anestesi lokal selama persalinan dan melahirkan
 - 6) Kode O74.5 sakit kepala akibat anestesi spinal dan epidural selama persalinan dan melahirkan
 - 7) Kode O74.6 komplikasi lain dari anestesi spinal dan epidural selama persalinan dan melahirkan

- 8) Kode O74.7 intubasi yang gagal atau sulit selama persalinan dan melahirkan
- 9) Kode O74.8 komplikasi lain dari anestesi selama persalinan dan melahirkan
- 10) Kode O74.9 komplikasi anestesi selama persalinan dan melahirkan, tidak spesifik
- p. Kode O75 komplikasi lain pada persalinan dan melahirkan, yang tidak diklasifikasikan di tempat lain
 - 1) Kode O75.0 distress ibu selama persalinan dan melahirkan
 - 2) Kode O75.1 syok selama atau setelah persalinan dan melahirkan
 - 3) Kode O75.2 demam selama persalinan, tidak diklasifikasikan di tempat lain
 - 4) Kode O75.3 infeksi lain selama persalinan
 - 5) Kode O75.4 komplikasi lain dari operasi dan prosedur kebidanan
 - 6) Kode O75.5 persalinan tertunda setelah pemecahan ketuban buatan
 - 7) Kode O75.6 persalinan tertunda setelah pecahnya ketuban secara spontan atau tidak diketahui penyebabnya
 - 8) Kode O75.7 persalinan pervaginam setelah operasi caesar sebelumnya
 - 9) Kode O75.8 komplikasi lain yang ditentukan pada persalinan dan melahirkan
 - 10) Kode O75.9 komplikasi pada persalinan dan melahirkan, tidak spesifik
- 6. Kode O80–O84 untuk jenis dan metode persalinan
 - a. Kode O80 persalinan spontan tunggal

- 1) Kode O80.0 persalinan verteks spontan
 - 2) Kode O80.1 persalinan sungsang spontan
 - 3) Kode O80.8 persalinan spontan tunggal lainnya
 - 4) Kode O80.9 persalinan spontan tunggal, tidak spesifik
- b. Kode O81 persalinan tunggal dengan forcep dan ekstraktor vakum
- 1) Kode O81.0 persalinan dengan forceps rendah
 - 2) Kode O81.1 persalinan dengan forceps rongga tengah
 - 3) Kode O81.2 persalinan dengan forceps rongga tengah disertai rotasi
 - 4) Kode O81.3 persalinan dengan forceps lain atau tidak ditentukan
 - 5) Kode O81.4 persalinan dengan ekstraktor vakum
 - 6) Kode O81.5 persalinan dengan kombinasi forceps dan ekstraktor vakum
- c. Kode O82 persalinan tunggal melalui operasi caesar
- 1) Kode O82.0 persalinan dengan operasi caesar elektif
 - 2) Kode O82.1 persalinan dengan operasi caesar darurat
 - 3) Kode O82.2 persalinan dengan histerektomi caesar
 - 4) Kode O82.8 persalinan tunggal lain dengan operasi caesar
 - 5) Kode O82.9 persalinan dengan operasi sesar, tidak spesifik
- d. Kode O83 persalinan tunggal dengan bantuan lainnya
- 1) Kode O83.0 ekstraksi bokong atau sungsang
 - 2) Kode O83.1 persalinan sungsang dengan bantuan lainnya
 - 3) Kode O83.2 persalinan dengan bantuan manipulasi lainnya
 - 4) Kode O83.3 persalinan janin hidup pada kehamilan abdominal
 - 5) Kode O83.4 operasi destruktif untuk persalinan

- 6) Kode O83.8 persalinan tunggal dengan bantuan tertentu lainnya
- 7) Kode O83.9 persalinan tunggal dengan bantuan, tidak spesifik
- e. Kode O84 persalinan kembar
 - 1) Kode O84.0 persalinan kembar, semua lahir spontan
 - 2) Kode O84.1 persalinan kembar, semua dengan bantuan forceps dan vakum
 - 3) Kode O84.2 persalinan kembar, semua melalui operasi caesar
 - 4) Kode O84.8 persalinan kembar lainnya
 - 5) Kode O84.9 persalinan kembar, tidak spesifik
- 7. Kode O85-O92 mencakup komplikasi pada masa nifas
 - a. Kode O85 sepsis nifas
 - b. Kode O86 infeksi nifas lainnya
 - 1) Kode O86.0 infeksi luka operasi obstetri
 - 2) Kode O86.1 infeksi lain pada saluran genital setelah melahirkan
 - 3) Kode O86.2 infeksi saluran kemih setelah melahirkan
 - 4) Kode O86.3 infeksi saluran genitourinari lainnya setelah melahirkan
 - 5) Kode O86.4 demam yang tidak diketahui penyebabnya setelah melahirkan
 - 6) Kode O86.8 infeksi nifas lain yang spesifik
 - c. Kode O87 komplikasi vena dan hemoroid pada masa nifas
 - 1) Kode O87.0 tromboflebitis superfisial pada masa nifas
 - 2) Kode O87.1 flebotrombosis dalam pada masa nifas
 - 3) Kode O87.2 wasir pada masa nifas
 - 4) Kode O87.3 trombosis vena serebral pada masa nifas

- 5) Kode O87.8 komplikasi vena lainnya pada masa nifas
- 6) Kode O87.9 komplikasi vena pada masa nifas, tidak spesifik
- d. Kode O88 emboli obstetri
 - 1) Kode O88.0 emboli udara obstetrik
 - 2) Kode O88.1 emboli cairan ketuban
 - 3) Kode O88.2 emboli bekuan darah obstetrik
 - 4) Kode O88.3 emboli piemia obstetrik dan septik
 - 5) Kode O88.8 emboli obstetri lainnya
- e. Kode O89 komplikasi anestesi pada masa nifas
 - 1) Kode O89.0 komplikasi paru akibat anestesi pada masa nifas
 - 2) Kode O89.1 komplikasi jantung akibat anestesi selama masa nifas
 - 3) Kode O89.2 komplikasi sistem saraf pusat akibat anestesi selama masa nifas
 - 4) Kode O89.3 reaksi toksik terhadap anestesi lokal selama masa nifas
 - 5) Kode O89.4 sakit kepala akibat anestesi spinal dan epidural selama masa nifas
 - 6) Kode O89.5 komplikasi lain dari anestesi spinal dan epidural selama masa nifas
 - 7) Kode O89.6 komplikasi intubasi yang gagal atau sulit selama masa nifas
 - 8) Kode O89.8 komplikasi lain dari anestesi pada masa nifas
 - 9) Kode O89.9 komplikasi anestesi pada masa nifas, tidak spesifik
- f. Kode O90 komplikasi masa nifas yang tidak diklasifikasikan di tempat lain

- 1) Kode O90.0 terputusnya luka operasi caesar
 - 2) Kode O90.1 gangguan luka obstetrik perineum
 - 3) Kode O90.2 hematoma luka obstetri
 - 4) Kode O90.3 kardiomiopati pada masa nifas
 - 5) Kode O90.4 gagal ginjal akut pascapersalinan
 - 6) Kode O90.5 tiroiditis pascapersalinan
 - 7) Kode O90.8 komplikasi lain pada masa nifas yang tidak diklasifikasikan di tempat lain
 - 8) Kode O90.9 komplikasi pada masa nifas, tidak spesifik
- g. Kode O91 infeksi payudara yang berhubungan dengan persalinan
- 1) Kode O91.0 infeksi puting terkait dengan persalinan
 - 2) Kode O91.1 abses payudara berhubungan dengan persalinan
 - 3) Kode O91.2 mastitis nonpurulen yang berhubungan dengan persalinan
- h. Kode O92 gangguan lain pada payudara dan laktasi yang berhubungan dengan persalinan
- 1) Kode O92.0 puting tertarik ke dalam yang berhubungan dengan persalinan
 - 2) Kode O92.1 puting pecah-pecah (retak) yang berhubungan dengan persalinan
 - 3) Kode O92.2 gangguan payudara lain dan tidak spesifik yang berhubungan dengan persalinan
 - 4) Kode O92.3 agalaksia
 - 5) Kode O92.4 hipogalaktia
 - 6) Kode O92.5 laktasi terhambat

- 7) Kode O92.6 galaktorea
- 8) Kode O92.7 gangguan laktasi lain dan yang tidak spesifik
- 8. Kode O94-O99 Digunakan untuk kode komplikasi lainnya yang tidak spesifik
 - a. Kode O94 sequela (siswa atau akibat lanjutan) dari komplikasi kehamilan, persalinan, dan masa nifas
 - b. Kode O95 kematian obstetri dengan penyebab yang tidak diketahui
 - c. Kode O96 kematian yang disebabkan obstetri yang terjadi lebih dari 42 hari tetapi kurang dari 1 tahun setelah persalinan
 - 1) Kode O96.0 kematian yang disebabkan obstetri langsung yang terjadi lebih dari 42 hari tetapi kurang dari 1 tahun setelah persalinan
 - 2) Kode O96.1 kematian yang disebabkan obstetri tidak langsung yang terjadi lebih dari 42 hari tetapi kurang dari 1 tahun setelah persalinan
 - 3) Kode O96.9 kematian yang disebabkan obstetri yang tidak spesifik, terjadi lebih dari 42 hari tetapi kurang dari 1 tahun setelah persalinan
 - d. Kode O97 kematian akibat gejala sisa dari penyebab obstetri
 - 1) Kode O97.0 kematian gejala sisa dari penyebab obstetri langsung
 - 2) Kode O97.1 kematian gejala sisa dari penyebab obstetri tidak langsung
 - 3) Kode O97.9 kematian gejala sisa dari penyebab obstetri, tidak spesifik
 - e. Kode O98 penyakit infeksi dan parasit pada ibu yang dapat diklasifikasikan di tempat lain namun dapat mempersulit kehamilan, persalinan dan masa nifas
 - 1) Kode O98.0 tuberkulosis yang mempersulit kehamilan, persalinan dan nifas

- 2) Kode O98.1 sifilis yang mempersulit kehamilan, persalinan dan nifas
 - 3) Kode O98.2 gonore yang mempersulit kehamilan, persalinan dan nifas
 - 4) Kode O98.3 infeksi lain yang sebagian besar penularannya melalui hubungan seksual yang mempersulit kehamilan, persalinan dan nifas
 - 5) Kode O98.4 virus hepatitis yang mempersulit kehamilan, persalinan dan nifas
 - 6) Kode O98.5 penyakit virus lain yang mempersulit kehamilan, persalinan dan nifas
 - 7) Kode O98.6 penyakit protozoa yang mempersulit kehamilan, persalinan dan nifas
 - 8) Kode O98.7 penyakit *human immunodeficiency virus* (HIV) yang mempersulit kehamilan, persalinan dan nifas
 - 9) Kode O98.8 penyakit infeksi dan parasit maternal lainnya yang mempersulit kehamilan, persalinan dan nifas
 - 10) Kode O98.9 penyakit infeksi dan parasit maternal yang tidak spesifik yang mempersulit kehamilan, persalinan dan nifas
- f. Kode O99 penyakit maternal lain yang diklasifikasikan di tempat lain namun mempersulit kehamilan, persalinan, dan masa nifas
- 1) Kode O99.0 anemia yang mempersulit kehamilan, persalinan dan nifas
 - 2) Kode O99.1 penyakit lain pada darah dan organ pembentuk darah serta gangguan tertentu yang melibatkan mekanisme kekebalan tubuh yang dapat mempersulit kehamilan, persalinan dan masa nifas

- 3) Kode O99.2 penyakit endokrin, nutrisi dan metabolik yang mempersulit kehamilan, persalinan dan masa nifas
- 4) Kode O99.3 gangguan mental dan penyakit sistem saraf yang dapat mempersulit kehamilan, persalinan dan nifas
- 5) Kode O99.4 penyakit sistem peredaran darah yang dapat mempersulit kehamilan, persalinan dan nifas
- 6) Kode O99.5 penyakit sistem pernafasan yang dapat mempersulit kehamilan, persalinan dan nifas
- 7) Kode O99.6 penyakit sistem pencernaan yang dapat mempersulit kehamilan, persalinan dan nifas
- 8) Kode O99.7 penyakit kulit dan jaringan subkutan yang dapat mempersulit kehamilan, persalinan dan nifas
- 9) Kode O99.8 penyakit dan kondisi lain yang ditentukan yang dapat mempersulit kehamilan, persalinan dan nifas

Menurut Khumaira & Yastori (2024) pencatatan kode ICD-10 dalam kasus obstetri mencakup tiga unsur penting yaitu:

1. Kondisi yang berkaitan dengan kehamilan.

Kondisi ini mencakup seluruh gangguan atau komplikasi yang terjadi selama masa antenatal (sebelum persalinan) baik itu mempengaruhi ibu, janin, atau keduanya. Kondisi ini tercatat pada kode O00–O15.0, O20-O29, dan kode O30-O48 yang digunakan jika pasien dirawat atau datang dalam masa kehamilan yang belum mencapai proses persalinan.

2. Kondisi yang berkaitan dengan persalinan

Pada kondisi ini terdapat aturan khusus pada pengkodean diagnosisnya. Terdapat tiga kategori yaitu penyulit atau komplikasi, metode persalinan, dan *outcome of delivery*:

- a. Komplikasi atau penyulit yang terjadi selama proses persalinan dikelompokkan dengan kode O60–O75. Kode ini umumnya digunakan sebagai kode utama yang meliputi persalinan prematur, gangguan pada proses persalinan, dan komplikasi maternal selama persalinan.
- b. Metode Persalinan O80.0–O84.9 umumnya dicatat sebagai kode sekunder. Jika persalinan berlangsung secara normal tanpa disertai komplikasi atau penyulit selama persalinan kode tersebut dapat digunakan sebagai kode utama.
- c. *Outcome of delivery* Z37.0 – Z37.9 digunakan sebagai kode sekunder untuk menggambarkan hasil dari persalinan.

3. Kondisi yang berkaitan dengan masa nifas

Masa nifas adalah periode 6 minggu setelah persalinan, dan bisa terjadi berbagai komplikasi yang memerlukan pengkodean tersendiri. Gangguan dan komplikasi sistemik yang muncul pada masa ini seperti infeksi nifas (O85), emboli (O88) hingga gangguan sistemik lainnya (O90–O99).

Pemilihan kode juga harus mempertimbangkan dokumen penunjang yang ada. Koder tidak boleh menebak atau mengasumsikan diagnosis tanpa bukti dokumen yang jelas. Diperlukan penunjang seperti hasil USG, laboratorium, atau konsultasi spesialis yang terdokumentasi untuk menegakkan kode diagnosis kelainan janin baik berasal dari faktor maternal atau janin itu sendiri.

Pada Bab XV terdapat prinsip penting mengenai hubungan sebab akibat antara kondisi maternal dan hasil kehamilan. Sebagai contoh, apabila seorang ibu mengalami diabetes yang menyebabkan komplikasi persalinan atau kelainan pertumbuhan janin maka hubungan ini harus tercermin dalam kombinasi kode yang digunakan. Hal ini sangat penting agar data yang dilaporkan ke pihak eksternal seperti BPJS atau Dinas Kesehatan sesuai dengan kondisi klinis yang sebenarnya dan dapat dipertanggungjawabkan.

2.4.3 Aturan Khusus Kode XV Berdasarkan ICD-10 Volume 2

Pada ICD-10 Volume 2 pada bab kehamilan, kelahiran, dan masa nifas terdapat aturan tersendiri dalam pengkodean diagnosisnya terdapat 3 aturan khusus yang meliputi:

1. Kode O08 digunakan khusus untuk mencatat komplikasi yang terjadi setelah proses abortus baik itu abortus spontan yang dilakukan secara medis maupun yang dilakukan secara ilegal. Komplikasi ini bisa berupa infeksi, perdarahan hebat, hingga syok, dan sifatnya selalu sekunder terhadap kondisi utama yaitu abortus itu sendiri. Fungsi dari aturan ini adalah untuk membedakan dampak medis lanjutan dari kejadian abortus utama yang dikodekan terpisah (misalnya O03 untuk abortus spontan). Kode ini tidak digunakan jika tidak ada komplikasi yang menyertai.
2. Kode O80-O84 mencakup berbagai jenis persalinan mulai dari persalinan normal yang terjadi secara spontan hingga persalinan dengan induksi atau melalui operasi caesar. Kode ini hanya boleh digunakan sebagai kode utama apabila persalinan berlangsung tanpa komplikasi. Namun, jika dalam proses kehamilan atau persalinan muncul komplikasi, maka kode persalinan ini

tidak boleh menjadi kode utama melainkan hanya kode tambahan atau sekunder. Aturan ini bertujuan agar fokus pencatatan medis tetap pada komplikasi yang lebih serius dan membutuhkan perhatian lebih lanjut bukan semata-mata pada metode persalinannya.

3. Terakhir ada kode O95-O97 diperuntukkan bagi kasus kematian ibu yang disebabkan oleh komplikasi obstetri baik selama kehamilan, saat persalinan, maupun dalam masa nifas namun terjadi setelah periode akut tersebut berakhir. Kode ini berfungsi sebagai catatan akhir dalam sertifikat kematian atau laporan statistik bukan sebagai kode utama karena tidak menjelaskan kondisi medis spesifik penyebab kematian. Kode ini digunakan karena pencatatan kematian maternal memiliki nilai penting tidak hanya dari sisi medis tetapi juga dari perspektif sosial dan epidemiologis. Pencatatan waktu serta penyebab kematian secara tepat berguna agar data kesehatan masyarakat menjadi lebih akurat dan bisa digunakan untuk perencanaan kebijakan kesehatan yang lebih baik.

2.5 Teori 5M (*Man, Method, Machine, Material, dan Money*)

Teori manajemen Harrington Emerson yang dijelaskan oleh Phiffner John F. dan Presthus Robert V. (1960) mengidentifikasi lima unsur manajemen (5M) yaitu *man, method, machine, material, dan money* (Nurul'Aida, 2022).

2.5.1 Definisi Teori 5 M (*Man, Method, Machine, Material, dan Money*)

Teori 5M adalah kerangka analisis dalam manajemen yang digunakan untuk mengidentifikasi penyebab masalah di berbagai bidang termasuk bidang kesehatan. Kelima komponen 5M tersebut adalah manusia (*man*), mesin atau alat (*machine*), metode (*method*), bahan (*material*), dan uang atau anggaran (*money*). Setiap

komponen ini saling terkait dan dapat menjadi faktor penyebab dalam suatu proses pelayanan. Teori 5M merupakan metode diagnosis sistematis untuk menjelaskan faktor penyebab suatu masalah dalam organisasi termasuk organisasi layanan kesehatan dalam pengelolaan rekam medis pasien (Fitriasari et al., 2024).

Setiap faktor dalam 5M memberikan sudut pandang spesifik pada masing-masing unsurnya. *Man* sebagai Sumber Daya Manusia (SDM) berperan sebagai perancang tujuan sekaligus pelaksana berbagai aktivitas untuk mewujudkan tujuan tersebut. *Method* merujuk pada cara kerja yang sistematis dan digunakan untuk mendukung kelancaran operasional khususnya dalam proses pekerjaan. Sebaik apapun metode yang digunakan, jika pelaksana atau petugas tidak memiliki pemahaman atau pengalaman yang memadai maka hasil yang dicapai tetap tidak maksimal (Patma et al., 2021).

Money berfungsi tidak hanya sebagai alat transaksi, tetapi juga sebagai indikator nilai hasil kegiatan, yang tercermin dari perputaran dana dalam perusahaan maupun dalam suatu organisasi. *Machine* dimanfaatkan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi kerja, serta membantu perusahaan memperoleh keuntungan yang optimal. Adapun *Material* mencakup berbagai perlengkapan dan bahan yang diperlukan guna menunjang pencapaian target organisasi secara keseluruhan (Suharto & Fauzan, 2022).

2.5.2 Unsur 5M dalam Ketidaktepatan Pengkodean Diagnosis

Unsur 5M dalam ketidaktepatan pengkodean diagnosis merujuk pada lima faktor yang dapat menyebabkan kesalahan dalam penetapan kode diagnosis. Kelima unsur tersebut umumnya mencakup *man*, *method*, *machine*, *material*, dan *money* dapat diuraikan sebagai berikut (Suryandari et al., 2024):

1. *Man*

Sumber daya manusia atau tenaga kerja yang terlibat dalam proses pengkodean penyakit meliputi dokter, perekam medis, dan petugas casemix. Ketidaktepatan dalam pengkodean seringkali disebabkan oleh perbedaan dalam kompetensi, pengalaman, serta pemahaman para tenaga medis terhadap prosedur koding. Aspek *man* dapat dianalisis melalui empat kriteria yaitu:

a. Masa kerja

Lama pengalaman kerja petugas koder dapat memengaruhi ketelitian dan ketepatan dalam pengkodean. Petugas dengan masa kerja yang lebih panjang biasanya memiliki pengalaman yang lebih banyak dalam menghadapi berbagai jenis kasus medis serta permasalahan yang muncul selama proses pengkodean. Pengalaman tersebut berkontribusi pada kemampuan analisis dan pengambilan keputusan yang lebih matang sehingga dapat mengurangi potensi kesalahan dalam pemilihan kode diagnosis.

b. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan koder yang sesuai dapat memengaruhi pemahaman terhadap terminologi medis dan standar pengkodean. Hal ini penting untuk memahami istilah-istilah medis, diagnosis, dan prosedur yang terdapat dalam rekam medis.

c. Kompetensi Koder

Mencakup berbagai aspek kemampuan yang harus dimiliki oleh koder untuk melaksanakan tugas pengkodean secara akurat dan efisien. Kemampuan koder dalam memberikan kode diagnosis dan prosedur

secara tepat sangat penting dan untuk mempertahankan serta meningkatkan kemampuan tersebut diperlukan keikutsertaan secara berkala dalam pelatihan-pelatihan terkait pengkodean medis..

d. Pengetahuan

Tingkat pemahaman koder terhadap klasifikasi penyakit sesuai ICD-10 khususnya kode diagnosis obstetri, terminologi medis kasus obstetri, memahami perbedaan antara diagnosis utama dan diagnosis tambahan dan sistem koding sesuai dengan SPO yang berlaku di rumah sakit. Pengetahuan yang cukup sangat penting agar koder dapat memilih kode diagnosis yang tepat sesuai dengan diagnosis pasien.

2. *Method*

Unsur metode merujuk pada keberadaan dan penerapan standar prosedur operasional (SPO) serta panduan koding yang sesuai. Pengkodean diagnosis obstetri harus mengikuti aturan-aturan spesifik berdasarkan ICD-10. Penerapan SPO yang jelas dan terdokumentasi secara sistematis sangat penting untuk menjamin konsistensi, ketelitian, dan keseragaman dalam proses pengkodean.

3. *Material*

Material atau bahan yang dimaksud meliputi semua referensi dan dokumen pendukung yang digunakan dalam proses koding. Ketersediaan buku pedoman ICD-10 volume 1, 2 dan 3 serta kelengkapan isi berkas rekam medis digunakan sebagai dasar pengkodean diagnosis. Ketersediaan material yang lengkap dan akurat sangat berpengaruh terhadap kemampuan koder dalam menentukan kode yang tepat sesuai kondisi pasien.

4. *Money*

Unsur ini berkaitan dengan ketersediaan dana atau anggaran yang dialokasikan untuk mendukung proses pengkodean diagnosis termasuk anggaran dalam pengadaan pelatihan petugas koding untuk mendukung proses pengkodean diagnosis yang akurat. Anggaran yang memadai memungkinkan rumah sakit menyelenggarakan pelatihan secara berkala bagi petugas pengkodean, guna memastikan mereka tetap mengikuti perkembangan terkini dalam sistem klasifikasi penyakit.

5. *Machine*

Unsur teknologi mencakup ketersediaan dan kemampuan komputer serta sistem yang digunakan oleh koder untuk memudahkan penginputan kode diagnosa dan memproses kode diagnosis (Hasanah, 2022) Sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) dan aplikasi pengkodean digital berperan penting dalam mendukung pencatatan, pencarian kode diagnosis, dan pelaporan data. Efisiensi dan akurasi pengkodean sangat dipengaruhi oleh kecepatan dan keandalan sistem. Sistem maupun komputer yang lambat dan tidak terintegrasi dapat memperlambat kinerja serta meningkatkan risiko kesalahan.

2.6 Hubungan Antar Konsep

Pada penelitian ini ketidaktepatan kode diagnosis obstetri dianalisis berdasarkan berbagai faktor penyebab yang saling berkaitan dalam konteks manajemen dengan menggunakan pendekatan 5M (*man, method, machine, material, dan money*). Kelima unsur ini tidak berjalan sendiri-sendiri tetapi saling berhubungan satu sama lain dan membentuk suatu sistem kerja yang berperan besar terhadap ketepatan pengkodean diagnosis di rumah sakit.

Faktor manusia, sebagai pihak yang menjalankan proses pengkodean sangat dipengaruhi oleh metode kerja yang berlaku baik berupa prosedur operasional maupun kebijakan rumah sakit. Jika metode yang digunakan kurang efektif atau tidak dipahami dengan baik maka akan berdampak pada kualitas kinerja individu yang terlibat. Selain itu, kemampuan sistem atau teknologi yang digunakan juga berperan penting dalam operasionalnya. Sistem yang belum terintegrasi atau mengalami kendala teknis bisa menyulitkan tenaga medis dan koder dalam mengakses dan memproses data medis yang dibutuhkan (Berliani et al., 2024).

Ketersediaan informasi dalam dokumen rekam medis yang lengkap dan berkualitas juga berperan penting dalam menentukan tingkat akurasi proses pengkodean. Apabila data medis tidak lengkap maka dapat menyebabkan kesalahan dalam pengkodean diagnosis (Dea et al., 2022). Semua ini tentu juga berkaitan erat dengan faktor uang. Dukungan dana dibutuhkan untuk pelatihan bagi petugas, pemeliharaan sistem, dan penyediaan fasilitas yang menunjang proses kerja. Melalui pendekatan unsur 5M penulis dapat memperoleh pemahaman yang menyeluruh terhadap permasalahan sehingga memungkinkan untuk menelusuri penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri.

2.7 Review Jurnal Terkait

Tabel 2.1 Review Jurnal

No	Judul Artikel, Penulis, Nama Jurnal	Metode Penulisan	Hasil Utama
1.	Gambaran Ketepatan Kode ICD-10 Kasus Obstetri Triwulan 1 Pada Pasien Rawat Inap Di RSUD Sanjiwani Gianyar. (Adiputra, I. M. S., Devhy, N. L. P., & Sari, K. I. P. 2020). <i>Jurnal</i>	Desain: studi deskriptif kuantitatif Sampel: <i>simple random sampling</i> dengan 87 rekam medis pasien rawat inap obstetri selama Triwulan I	Gambaran ketepatan pengkodean ICD-10 untuk kasus obstetri pada pasien rawat inap di RSUD Sanjiwani Gianyar pada Triwulan I menunjukkan bahwa sebagian besar kode tidak sesuai, yakni sebanyak 52 rekam medis (59,77%). Rincian lebih lanjut menunjukkan bahwa pengkodean untuk komplikasi persalinan sepenuhnya tepat (100%), sementara metode persalinan dikodekan

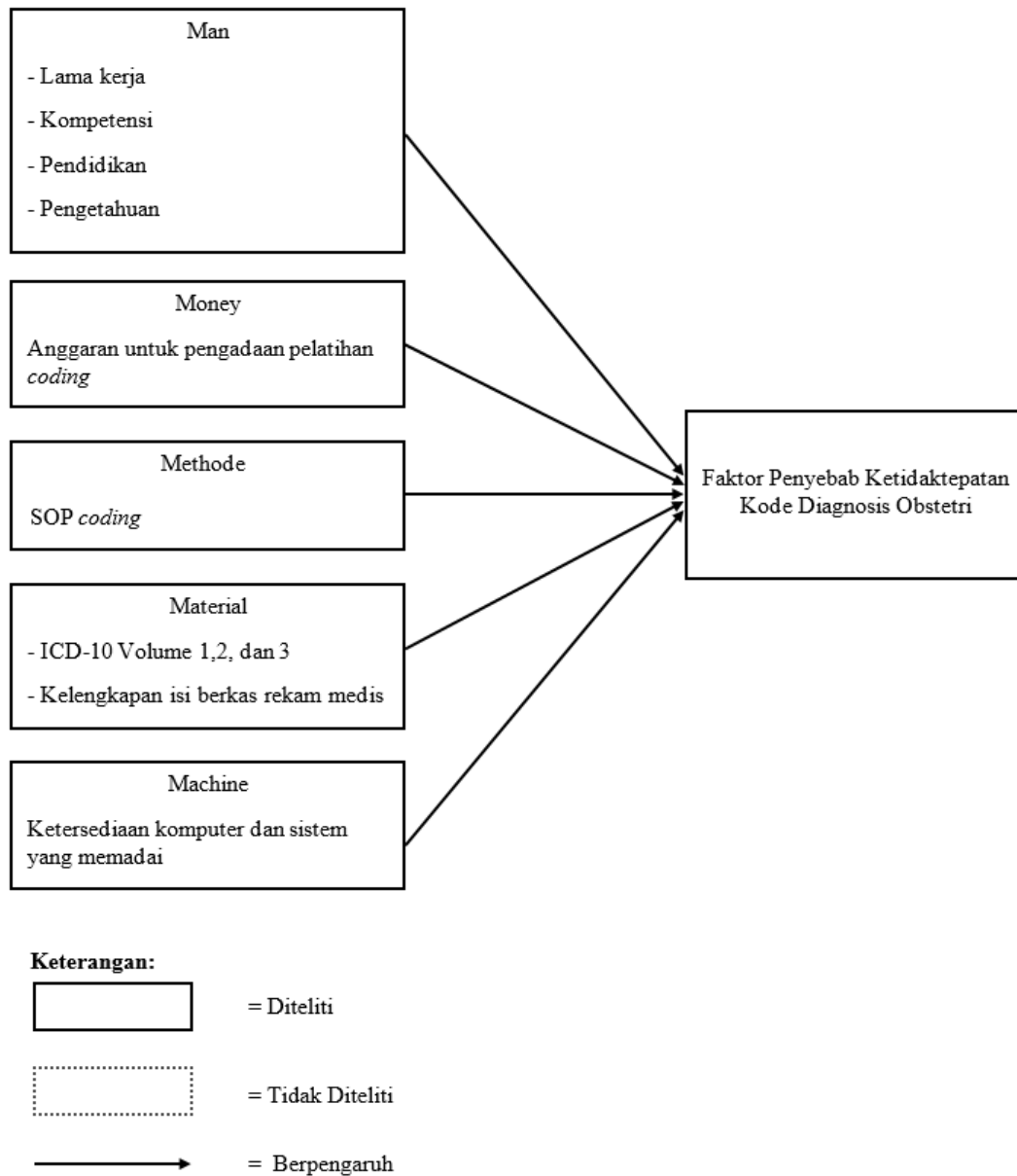
No	Judul Artikel, Penulis, Nama Jurnal	Metode Penulisan	Hasil Utama
	<i>Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia</i> , 8(2), 153.	Variabel: Ketepatan Kode ICD-10 Kasus Obstetri Triwulan 1 Instrumen: <i>checklist</i> pada dokumen rekam medis pasien Analisis Data: Univariat	dengan benar pada 77 rekam medis (88,51%). Namun, pengkodean untuk hasil persalinan sebagian besar tidak akurat, dengan 47 rekam medis (54,02%) yang tidak tepat.
2.	Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Dan Tindakan Kasus Obstetri Pasien Rawat Inap Di Rsud Waras Wiris Boyolali (Utami, Y. T., Widyaningrum, L., & Santi, S. 2024). <i>Infokes: Jurnal Ilmiah Rekam Medis Dan Informatika Kesehatan</i> , 14(1), 14–21.	Desain: kualitatif deskriptif dengan pendekatan retrospektif. Sampel: Sebanyak 154 berkas dengan menggunakan <i>Simple Random Sampling</i> Variabel: Proses pengkodean, tingkat ketidaktepatan dalam pemberian kode diagnosis dan tindakan, serta berbagai faktor yang memengaruhi ketidaktepatan kode pada kasus obstetri. Instrumen: pedoman wawancara, observasi, ICD-10, 9CM, dan <i>checklist</i> . Analisis Data: analisis deskriptif	1. Dari total 154 dokumen, tingkat ketepatan pengkodean mencapai 70%, yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan ketidaktepatan sebesar 30%. Ketidaktepatan tersebut terbagi dalam empat kategori: kesalahan dalam pemberian kode sebanyak 30% (14 dokumen), kesalahan pada kategori keempat sebesar 9% (4 dokumen), pengkodean yang tidak lengkap sebesar 41% (19 dokumen), serta pengabaian pemberian kode tambahan sebesar 20% (9 dokumen). 2. Beberapa faktor yang menyebabkan kesalahan dalam pengkodean antara lain tulisan dokter yang sulit dibaca, kurang cermatnya petugas pengkode (<i>coder</i>) dalam memeriksa dokumen pendukung, serta kurang telitinya tenaga kesehatan seperti bidan dan perawat dalam mencatat informasi penting yang diperlukan untuk pengkodean persalinan.
3.	Faktor Penyebab Ketidakakuratan Kode ICD-10 Kasus Obstetry (Efendi, B., Wulandari, A., & Umami, S. F. 2024). <i>Medika Respati: Jurnal Ilmiah Kesehatan</i> , 281-286.	Desain: kuantitatif dengan pendekatan retrospektif Sampel: 208 sampel berkas dengan teknik <i>purposive sampling</i> Variabel: variabel independen yaitu ketepatan penulisan diagnosis dan variabel dependen yaitu keakuratan kode ICD-10 Instrumen: observasi dokumen Analisis Data: Uji <i>Chi Square</i> .	1. Diperoleh data 46,2% atau sebanyak 96 sampel yang tidak tepat sedangkan penulisan diagnosa yang tepat adalah 53,8% atau sebanyak 112 berkas rekam medis. 2. Diperoleh tingkat ketidakakuratan kode ICD-10 adalah 54,8% atau 114 berkas rekam medis hal tersebut lebih tinggi dari tingkat keakuratan kode ICD-10 dengan 45,2% atau 94 berkas rekam medis yang akurat 3. Terdapat hubungan ketepatan penulisan diagnosa dan variabel keakuratan kode ICD-10 kasus obstetry dengan nilai p-value sebesar 0,002 ($p < 0,05$).

No	Judul Artikel, Penulis, Nama Jurnal	Metode Penulisan	Hasil Utama
4.	Akurasi dan Ketepatan Pengkodean Diagnosis pada Kasus Obstetric di RST Dr. Asmir DKT Salatiga. (Kumala Dewi, R., Evita Aurilia Nardina, & Ferdiansyah Hari Nugroho, 2024). <i>Jurnal Rekam Medis & Manajemen Informasi Kesehatan</i>, 4(1), 37–45.	Desain: kuantitatif analitik dengan metode <i>cross-sectional</i> Sampel: 75 berkas dengan rumus <i>slovin</i> Variabel: variabel independen yaitu keakuratan pengkodean diagnosis dan variabel dependen yaitu ketepatan pengkodean diagnosis Instrumen: observasi dan wawancara Analisis Data: Uji <i>Chi Square</i>.	1. Sebanyak 72 dokumen rekam medis dianalisis, dan ditemukan bahwa 32% di antaranya mengalami ketidaktepatan dalam pengkodean diagnosis, sementara sisanya, yaitu 68%, telah dikodekan dengan benar pada kasus obstetri. Dari total 72 berkas, sebesar 29% menunjukkan kesalahan dalam pengkodean diagnosis, sedangkan 71% lainnya sudah sesuai pada kasus obstetri. 3. Terdapat hubungan yang signifikan antara keakuratan dengan ketepatan kode diagnosis dengan nilai p-value sebesar 0,002 ($p < 0,05$).

BAB 3

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Unsur 5M (*Man, Method, Machine, Material, dan Money*)

BAB 4

METODE PENELITIAN

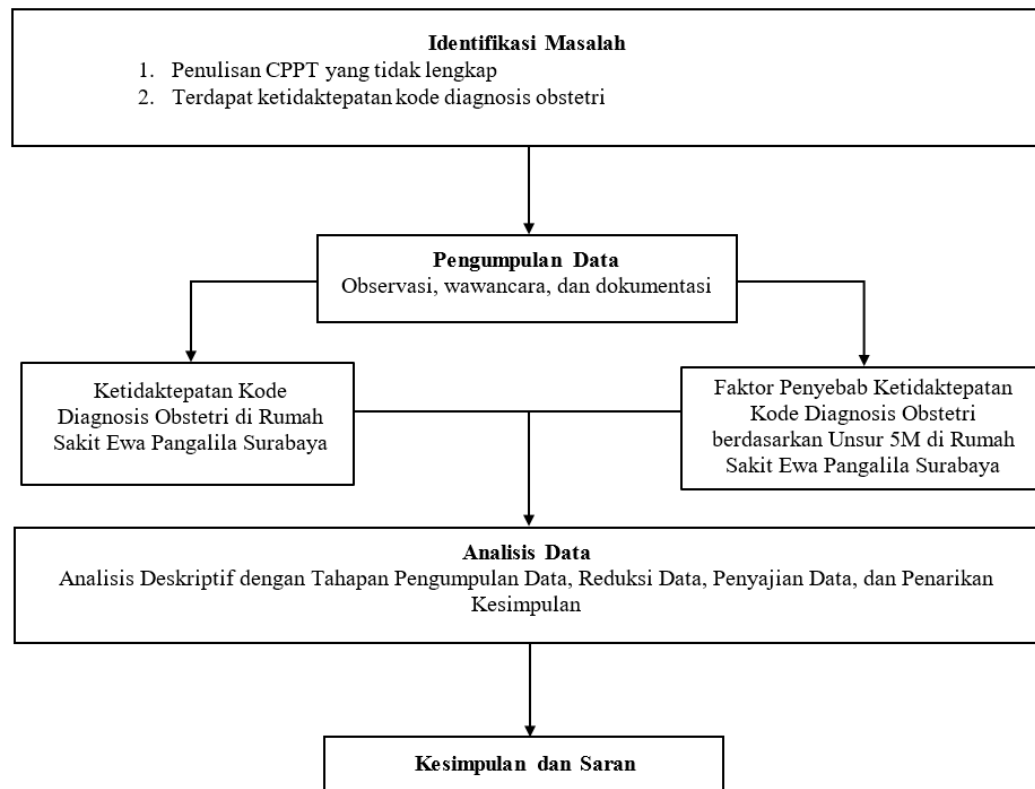
Metode penelitian merupakan cara untuk memperoleh, menganalisis, dan menafsirkan data yang berkaitan dengan fokus dan tujuan studi yang dilakukan oleh penulis (Mukhyi, 2023). Pada bab ini akan membahas mengenai metode penelitian yang digunakan yang mencakup: 1) Desain Penelitian, 2) Kerangka Kerja, 3) Tempat dan Waktu Penelitian, 4) Objek dan Subjek Penelitian, 5) Definisi Operasional, 6) Pengumpulan dan Analisis Data, 7) Etika Penelitian

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan menggunakan penelitian kualitatif deskriptif. Jenis penelitian kualitatif dipilih karena memungkinkan penulis untuk memahami faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri melalui interaksi langsung dengan sumber data seperti Dokter Kepala Bagian *Casemix*, Perekam Medis dan dokumen rekam medis pasien. Pendekatan kualitatif deskriptif digunakan karena fokus penelitian ini adalah untuk menggambarkan secara jelas dan menyeluruh mengenai faktor-faktor yang menyebabkan ketidaktepatan kode diagnosis obstetri di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya.

Menurut Lexy J. Moleong (2013, dalam Fiantika et al., 2022) penelitian kualitatif deskriptif adalah metode penelitian yang digunakan untuk menggambarkan atau mendeskripsikan fenomena yang terjadi tanpa mencari atau menjelaskan hubungan atau pengaruh antar variabel. Dalam konteks ini, pendekatan deskriptif dipilih untuk memetakan dan menjelaskan berbagai faktor yang menyebabkan ketidaktepatan pengkodean diagnosis obstetri secara rinci dan mendalam.

4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka Kerja

4.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian mengenai Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri Rawat Inap dilaksanakan pada bulan Juli 2025. Lokasi penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya.

4.4 Objek dan Subjek Penelitian

Objek pada penelitian ini yaitu berkas rekam medis kasus obstetri pada triwulan 1 pada bulan Januari-Maret tahun 2025 di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya. Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu teknik *non probability* yang melibatkan pemilihan informan berdasarkan kriteria tertentu yang relevan dengan tujuan penelitian. Pemilihan informan dilakukan berdasarkan keterlibatan dalam proses pengelolaan

dan pengkodean data rekam medis obstetri. Pada subjek penelitian ini penulis menggunakan 2 orang informan yang terdiri dari 1 Dokter Kepala Bagian *Casemix* dan 1 Perekam Medis.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan penjelasan variabel berdasarkan karakteristik yang dapat diamati yang berfungsi memberikan informasi yang diperlukan dalam proses pengukuran variabel penelitian (Dekanawati et al., 2023). Definisi operasional digunakan untuk memastikan bahwa konsep yang digunakan dalam penelitian memiliki makna yang jelas dan spesifik serta dapat diukur dengan instrumen tertentu.

Tabel 4.1 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur
1.	Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri	Kondisi ketika kode diagnosis obstetri tidak sesuai dengan kaidah pengkodean yang ditetapkan oleh sistem klasifikasi ICD-10 baik dari sisi jenis, urutan, maupun kelengkapan kode.	Lembar <i>Checklist</i> Observasi
2.	Faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri	Beberapa aspek yang berkontribusi terhadap kesalahan dalam proses pengkodean diagnosis obstetri. Faktor ini mencakup unsur <i>man, method, machine, material, dan money</i> .	Pedoman wawancara dan Dokumentasi

4.6 Pengumpulan dan Analisis Data

4.6.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan proses sistematis dalam memperoleh informasi yang relevan dan dibutuhkan guna mendukung pelaksanaan serta pencapaian tujuan penelitian (Iba & Wardhana, 2023).

1. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini yaitu dengan wawancara, observasi, dan dokumentasi.

a. Wawancara

Menurut Sugiyono (2023) wawancara merupakan teknik pengumpulan data dengan mengajukan pertanyaan langsung kepada informan baik secara terstruktur, semi-terstruktur maupun tidak terstruktur. Wawancara dilakukan terhadap beberapa informan antara lain dokter kepala bagian *casemix* dan petugas rekam medis. Jenis wawancara yang digunakan adalah semi-wawancara terstruktur dengan menyiapkan pedoman wawancara dengan pertanyaan-pertanyaan pokok namun tetap memberi ruang fleksibilitas untuk eksplorasi mendalam terhadap jawaban informan (Ridwan & Tungka, 2024). Wawancara direkam dan ditranskripsi secara verbatim yang kemudian akan dianalisis.

Verbatim merupakan hasil transkripsi kutipan langsung dari wawancara atau diskusi yang dilakukan dalam penelitian kualitatif. Verbatim dilakukan dengan mencatat ucapan informan secara apa adanya termasuk gaya bahasa, jeda, dan pengulangan kata untuk menjaga keaslian makna dilakukan dengan cara merekam secara langsung pernyataan atau ucapan informan selama proses wawancara kemudian mentranskripsikan ke dalam bentuk teks secara lengkap. Proses ini melibatkan penulisan setiap kata yang diucapkan oleh informan secara rinci, termasuk jeda, pengulangan, spontan, serta bahasa informal atau tidak baku, tanpa interpretasi atau penyuntingan makna oleh peneliti.

b. Observasi

Observasi merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan pengamatan langsung kepada objek di lapangan untuk mendapatkan gambaran nyata tentang perilaku atau kegiatan yang sedang berlangsung (Romdona et al., 2025). Observasi dilakukan dengan menelusuri dan mencatat kode diagnosis obstetri yang tidak sesuai pada berkas rekam medis pasien ke dalam lembar *checklist* observasi. Data yang diperoleh dari observasi dicatat dalam bentuk lembar *checklist* dan digunakan untuk mengidentifikasi kesalahan pengkodean obstetri. Observasi ini menjadi penting untuk memvalidasi informasi yang diperoleh melalui wawancara, sehingga penulis dapat melakukan triangulasi data.

c. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan teknik pengumpulan data dengan mengkaji dokumen tertulis baik dalam bentuk naskah, gambar, maupun yang lainnya. Dokumentasi digunakan untuk mengumpulkan data dari dokumen tertulis yang berkaitan dengan kasus diagnosis obstetri dan pengkodeannya. Sumber dokumentasi mencakup rekam medis pasien yang terdapat kode ICD-10, standar operasional prosedur pada bagian koding dan lembar evaluasi kelengkapan rekam medis pasien dari Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya. Dokumentasi ini berfungsi sebagai data sekunder yang memperkuat hasil observasi dan wawancara (Sugiyono, 2023). Selain itu, data dokumentasi juga membantu menelusuri dalam kesalahan pengkodean dan sejauh mana pedoman pengkodean telah diterapkan.

2. Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian adalah alat yang digunakan untuk mengukur atau mengumpulkan data dalam sebuah penelitian. Instrumen dalam penelitian ini yaitu:

a. Lembar pedoman wawancara

Instrumen yang digunakan dalam proses wawancara yaitu lembar pedoman wawancara yang berupa daftar pertanyaan terbuka yang disusun untuk memandu wawancara dengan informan dengan tujuan menggali faktor-faktor penyebab ketidaktepatan pengkodean diagnosis obstetri menggunakan unsur 5M.

b. Lembar *checklist* Observasi

Instrumen ini digunakan dalam proses observasi untuk mencatat dan merekap kode diagnosis obstetri dari dokumen rekam medis pasien. *Checklist* ini berfungsi mengidentifikasi kode yang sesuai dan tidak sesuai dengan standar buku ICD-10. Kriteria ketidaktepatan kode diagnosis obstetri pada berkas rekam medis dinilai dengan pemberian skor, yaitu 1 untuk kode yang tepat dan 0 untuk kode yang tidak tepat.

c. Alat Dokumentasi

Alat dokumentasi yang digunakan dalam penelitian ini berupa alat elektronik seperti telepon genggam (*handphone*) yang berfungsi untuk mendokumentasikan dokumen pendukung seperti Standar Prosedur Operasional (SPO) pada bagian koding, berkas rekam medis yang relevan dengan topik penelitian, dan lembar evaluasi kelengkapan rekam medis pasien pada bagian-bagian tertentu dari dokumen tersebut dalam bentuk

digital jika diperbolehkan oleh kebijakan institusi. Apabila pengambilan gambar dokumen tidak diperkenankan maka dokumentasi dilakukan secara manual dengan menggunakan alat tulis seperti pulpen dan buku catatan untuk mencatat informasi penting dari dokumen tersebut serta perangkat elektronik seperti laptop untuk mengetik dan menyimpan data hasil telaah dokumen. Pemilihan metode dokumentasi disesuaikan dengan situasi dan kebijakan di lapangan dengan tetap menjaga etika penelitian dan kerahasiaan data pasien.

3. Sumber Data

Pada penelitian ini digunakan dua jenis sumber data utama, yaitu data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh langsung dari lapangan melalui wawancara terhadap informan. Adapun data sekunder berasal dari dokumen rekam medis pasien obstetri yang digunakan untuk meninjau kode diagnosis obstetri yang telah dikoding sebelumnya dan meninjau standar operasional prosedur koding yang berlaku.

4. Cara Pengumpulan Data

Peneliti mengajukan judul penelitian kepada dosen pembimbing untuk mendapatkan persetujuan. Setelah judul disetujui, peneliti menyusun surat pengantar studi pendahuluan yang ditujukan kepada Rumah Sakit Marinir E.W.A Pangalila sebagai lokasi pelaksanaan studi awal. Surat pengantar tersebut diajukan guna memperoleh izin untuk melakukan pengambilan data pendahuluan yang mendukung penyusunan proposal penelitian. Setelah surat disetujui oleh institusi asal peneliti menyerahkannya kepada pihak terkait di rumah sakit termasuk kepada

Kepala Rumah Sakit serta unit yang menjadi lokasi pengumpulan data yaitu bagian *casemix*.

Peneliti telah melaksanakan ujian proposal guna memperoleh persetujuan pelaksanaan penelitian dengan judul “Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri Rawat Inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya”. Setelah dinyatakan lulus dalam ujian proposal peneliti kemudian menyusun surat izin penelitian dan selanjutnya mengikuti proses sidang etik di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya serta administrasi penelitian sebelum memperoleh surat izin pengambilan data.

Setelah mendapatkan surat izin pengambilan data penelitian maka peneliti memperoleh izin untuk melakukan pendekatan dan penggalian informasi melalui kegiatan wawancara sebagai metode utama dalam pengumpulan data. Pada saat pelaksanaannya peneliti melakukan pendekatan kepada informan dari bagian *casemix* serta memberikan penjelasan terkait *informed for consent* yang memuat maksud dan tujuan penelitian kemudian meminta kesediaan informan untuk berpartisipasi dalam wawancara.

Setelah informan memahami tujuan penelitian dan menyatakan kesediaannya untuk berpartisipasi, peneliti meminta mereka untuk menandatangani lembar persetujuan berpartisipasi (*informed consent*) sebagai bentuk persetujuan resmi. Langkah ini dilakukan untuk memastikan bahwa partisipasi informan berlangsung secara sukarela tanpa adanya paksaan. Pengumpulan data dilakukan dengan metode wawancara antara peneliti dan informan secara langsung. Hal tersebut dilakukan dengan memberikan pertanyaan yang telah disusun dalam

pedoman wawancara dan informan diminta untuk menjawab berdasarkan pengetahuan serta pengalaman kerja yang relevan dengan topik penelitian.

Selama proses wawancara peneliti mengikuti lembar pertanyaan wawancara sebagai panduan namun tidak melakukan intervensi yang dapat memengaruhi jawaban informan. Peneliti memberikan kebebasan kepada informan untuk menjawab secara terbuka dan mendalam sekaligus memastikan bahwa pembahasan tetap pada topik yang relevan serta tetap menjaga etika dan profesionalisme. Setelah wawancara selesai data yang diperoleh akan dicatat dan dianalisis.

4.6.2 Analisis Data

Bagian ini menyajikan proses analisis data yang diperoleh dari wawancara, observasi, dan dokumentasi selama penelitian. Analisis pada penelitian kualitatif tidak dilakukan dengan analisis statistik melainkan dilakukan dengan menggunakan pendekatan analisis dari Miles dan Huberman (1984, dalam Sugiyono, 2023) yang terdiri dari empat tahapan utama, yaitu pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan dan verifikasi. Analisis ini dipilih karena dinilai mampu menggambarkan secara menyeluruh berbagai faktor yang menjadi penyebab ketidaktepatan pemberian kode diagnosis pada kasus obstetri di rumah sakit berdasarkan sudut pandang para informan.

1. Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi yang berkaitan dengan proses pengkodean diagnosis obstetri di rumah sakit. Data yang dikumpulkan berisi informasi dari informan yang sudah ditentukan untuk menggali faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis dilihat dari unsur 5M (*man, method, machine, material, dan money*).

2. Reduksi Data

Pada penelitian ini reduksi data dilakukan dengan menyaring dan merangkum informasi yang diperoleh dari hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi yang berkaitan dengan ketidaktepatan kode diagnosis obstetri rawat inap. Data kemudian dikategorikan berdasarkan unsur 5M yaitu *man*, *method*, *machine*, *material*, dan *money* untuk mempermudah identifikasi faktor-faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri. Proses ini bertujuan untuk menyederhanakan data mentah menjadi informasi yang lebih terstruktur dan bermakna sehingga peneliti dapat lebih mudah melihat gambaran permasalahan ketidaktepatan pengkodean secara menyeluruh.

3. Penyajian Data

Pada data yang telah direduksi kemudian disajikan secara deskriptif untuk menggambarkan hasil wawancara yang telah dilakukan. Penyajian dilakukan berdasarkan kategori unsur 5M yaitu *man*, *method*, *machine*, *material*, dan *money* guna memudahkan dalam melihat dan memahami faktor-faktor yang berkontribusi terhadap ketidaktepatan kode diagnosis obstetri rawat inap di rumah sakit. Setiap hasil dari wawancara dikelompokkan sesuai dengan kategori yang relevan. Unsur *man* mencakup temuan terkait kompetensi, pendidikan dan lama kerja petugas koder, unsur *method* menyangkut prosedur kerja atau SPO yang digunakan sementara unsur *machine* mencakup sistem atau perangkat lunak pengkodean yang digunakan. Unsur *material* yang berkaitan dengan kelengkapan dan kejelasan dokumen rekam medis serta unsur *money* terkait anggaran dalam pelatihan. Penyajian ini dapat memberikan gambaran mengenai pemahaman dan penjelasan

terkait penyebab ketidaktepatan kode diagnosis berdasarkan pengalaman dan peran mereka masing-masing di rumah sakit.

4. Penarikan Kesimpulan

Peneliti menarik kesimpulan awal berdasarkan data yang telah direduksi dan disajikan sebelumnya. Kesimpulan mencakup identifikasi faktor-faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri rawat inap di rumah sakit berdasarkan kategori 5M. Peneliti menganalisis apakah ketidaktepatan tersebut disebabkan oleh faktor manusia (*Man*), prosedur kerja (*Method*), teknologi atau alat bantu (*Machine*), kelengkapan dokumen (*Material*), atau keterbatasan anggaran dan sumber daya (*Money*).

Kesimpulan yang diambil kemudian diverifikasi kembali dengan cara membandingkan antar teknik pengumpulan data (triangulasi) serta melihat kekonsistenan dari hasil wawancara yang telah dilakukan. Triangulasi teknik digunakan untuk membantu memastikan bahwa informasi yang diperoleh valid serta tidak hanya berasal dari satu sudut pandang. Hal ini bertujuan agar kesimpulan yang dihasilkan lebih akurat dan sesuai dengan kondisi nyata di lapangan.

Pada uji validitas menggunakan triangulasi teknik yaitu metode triangulasi yang menggunakan lebih dari satu metode pengumpulan data untuk mengumpulkan informasi dari sumber yang sama atau serupa. Penerapan berbagai teknik pada penelitian ini dapat memperoleh data yang lebih komprehensif dan mendalam serta mengurangi kemungkinan bias yang mungkin muncul jika hanya menggunakan satu metode saja.

Pada penelitian ini menggunakan kombinasi metode wawancara, observasi, dan dokumentasi. Wawancara memungkinkan pengumpulan data langsung dari

informan mengenai pengalaman dan pandangan mereka. Observasi memberikan data mengenai praktik nyata di lapangan sedangkan dokumentasi menyajikan data tertulis sebagai bukti pendukung. Penggabungan ketiga teknik ini dapat memperkuat validitas temuan dan mendapatkan gambaran yang lebih lengkap tentang faktor-faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri.

Penelitian ini juga menggunakan aspek reliabilitas untuk memperkuat data agar lebih konsisten dan dapat dipercaya. Reliabilitas dalam penelitian ini dilihat dari kekonsistenan jawaban antar informan. Pada penelitian ini, peneliti memberikan pertanyaan yang sama atau serupa dan membandingkan jawaban dari keduanya. Konsistensi tersebut menunjukkan bahwa data yang diperoleh tidak berubah-ubah dan dapat digunakan sebagai dasar dalam penarikan kesimpulan.

4.7 Etika Penelitian

Etika merupakan nilai yang menekankan pentingnya hak dan tanggung jawab moral sebagai acuan dalam menjalani kehidupan. Pada konteks penelitian etika berperan sebagai pedoman perilaku yang harus dipatuhi oleh peneliti selama proses penelitian berlangsung (Debnath & Chatterjee, 2021). Tujuan utama penerapan etika ini adalah untuk memastikan penelitian dilakukan secara jujur, adil, dan bertanggung jawab serta untuk menjamin perlindungan terhadap hak-hak informan yang terlibat di dalamnya.

Etika dalam penelitian memberikan panduan perilaku bagi peneliti dimulai sejak tahap perencanaan desain penelitian, pengumpulan data melalui wawancara, observasi, dokumentasi, dan publikasi hasil penelitian (Yumesri et al., 2024). Peneliti juga dituntut untuk menunjukkan sikap menghargai partisipan, menjaga kerahasiaan informasi yang diperoleh, dan memastikan bahwa partisipan

memberikan persetujuan secara sadar dan berdasarkan informasi yang jelas (*informed consent*) sebelum dilibatkan dalam penelitian. Berikut beberapa prinsip utama yang harus diperhatikan peneliti saat melakukan penelitian terhadap individu (Ishak et al., 2023):

1. Persetujuan Informasi (*Informed Consent*)

Peneliti harus memastikan bahwa setiap informan benar-benar memahami tujuan studi, prosedur wawancara, potensi risiko dan manfaat, serta hak-hak mereka sebelum menyatakan persetujuan untuk terlibat. Pada situasi yang berkaitan dengan isu sensitif peneliti juga wajib menjelaskan secara bagaimana data akan dikelola dan dilindungi.

2. Partisipasi Sukarela (*Voluntary Participation*)

Penelitian harus menjamin bahwa kesediaan informan sepenuhnya berdasarkan kemauan sendiri tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

3. Menjaga Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Informasi yang diberikan oleh informan harus dijaga. Hal ini menjadi penting ketika penelitian melibatkan topik kesehatan yang sensitif di mana informan mungkin memiliki kekhawatiran akan terungkapnya identitas atau informasi pribadi.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini membahas mengenai hasil penelitian dan pembahasan dari pengumpulan data yang telah dilakukan tentang faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri rawat inap di Rumah Sakit E.W.A. Pangalila Surabaya.

5.1 Hasil Penelitian

Pengambilan data dilakukan pada tanggal 1 Juli – 28 Juli 2025 yang diperoleh dari wawancara terhadap 2 informan dengan *purposive sampling* termasuk Kepala Bagian *Casemix* dan Perekam Medis. Pada bagian hasil penelitian dijelaskan gambaran umum tempat penelitian, data umum, dan data khusus. Data umum pada penelitian ini yaitu data karakteristik informan yang meliputi nama informan, lama kerja, pendidikan, dan jabatan. Data khusus meliputi tingkat ketidaktepatan kode diagnosis obstetri, *man*, *method*, *machine*, *material*, dan *money*.

5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

1. Profil Rumah Sakit

Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya merupakan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) tipe C yang berada di bawah kendali TNI Angkatan Laut (Korps Marinir Surabaya) yang berlokasi di Jalan Golf No. 1, Kelurahan Gunung Sari, Kecamatan Dukuh Pakis, Kota Surabaya, Provinsi Jawa Timur, Kode Pos 60224.

2. Sejarah Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya

Sejarah berdirinya Rumah Sakit TNI AL Marinir (Rumkitalmar) E.W.A. Pangalila berdasarkan Surat Keputusan Pangab Nomor: 5401.7 tanggal 8 Februari

1966, yang merujuk pada ketentuan Surat TMT 19 Mei 1965. Dalam upaya memperkuat pelaksanaan kebijakan utama Korps Komando Angkatan Laut (KKO AL) dibentuklah Komando Wilayah Timur (Kowiltim) pada tanggal 1 Desember 1966 yang berada di Jalan Gubeng Raya No. 70 Surabaya sedangkan Komando Wilayah Barat ditempatkan di Kwini Jakarta. Sebagai bagian dari peningkatan kesejahteraan personel Kowiltim sejumlah fasilitas didirikan yaitu:

- a. Balai Pengobatan Gigi Kowilltim di Sumber Waru Asem Bagus untuk layanan anggota KKO AL di Ksatrian Baluran dan terbuka untuk umum.
- b. Poliklinik Kowiltim di Jalan Jawa Surabaya.
- c. Mess Perwira KKO AL di Jalan Welirang Surabaya.
- d. Rumah Sakit Kowiltim di dalam Kesatrian KKOAL Ewa Pangalila (Kopa).

Pada tahun 1968 kepemimpinan Kowiltim mengalami pergantian, di mana Brigjen KKO K. Sumardi menggantikan Mayjen KKO Soewadji yang diangkat menjadi Wakil Panglima KKO AL oleh Pangab. Pada tahun yang sama, KKO AL telah memiliki fasilitas rumah sakit sendiri yang terletak di pangkalan KKO AL Surabaya dan saat itu dikenal dengan nama RS KKO AL wilayah timur. Jabatan Komandan pertama RS tersebut diemban oleh Mayor Laut (K) dr. H. Muhammad Syarif berdasarkan Surat Perintah Panglima KKO AL Wilayah Timur Nomor: Sprin 370/sp/Kowiltim/IX/1968 tertanggal 5 September 1968, di bawah kepemimpinan Mayjen KKO Soewadji.

Lokasi dari rumah sakit KKO-AL wilayah timur berada di jalan Golf nomor 1, Gunungsari Surabaya. Pada tahun 1970, dalam rangka konsolidasi TNI AL,

beberapa unsur TNI AL dilebur dan dimasukkan dibawah kotama TNI AL termasuk Komando wilayah timur (Kowiltim) yang dilebur dalam Komando Daerah Angkatan Laut-4 Surabaya (yang kemudian lebih dikenal dengan sebutan Kodaeral-4) dengan berdasarkan Skep Kasal Nomor : 5401.19 tentang Pembubaran Komando Wilayah Timur tanggal 11 Maret 1970 dan Skep Kasal nomor: 5401.20 tentang Pembentukan Pangkalan KKO AL (Lankoal) yang berada dibawah Kodaeral-4 tanggal 12 Mei 1970, hal ini yang menyebabkan RS Kowiltim berubah nama menjadi Rumkitalmar Gunungsari dan secara otomatis pembinaan Rumkitalmar Gunungsari dibawah Komando Daerah Angkatan Laut-4 (Kodaeral-4).

Seiring perubahan waktu, pada tahun 1975 KKO AL berubah nama menjadi Korps Marinir (Kormar) dan Lankoal berubah nama menjadi Pangkalan Marinir Surabaya (Lanmar Surabaya) yang berdasarkan dengan terbitnya Skep Kasal Nomor: Skep/1831/XI/1975 tanggal 14 November 1975. Setahun kemudian, terjadi perubahan kedudukan pada Korps Marinir dengan dasar Skep Kasal Nomor: Skep/1976/IX/1976 tanggal 23 September 1976 tentang perubahan kedudukan Korps Marinir menjadi Komando Utama (Kotama) yang menyebabkan pembinaan Lanmar Surabaya diserahkan dari Kodaeral-4 Surabaya kepada komandan korps marinir. Perubahan struktur organisasi TNI AL ini secara tidak langsung membuat pembinaan Rumkitalmar Gunungsari juga mengalami perubahan dari Kodaeral-4 Surabaya kepada Korps Marinir dengan Lanmar Surabaya sebagai Komando pelaksanaanya. Kemudian dengan keputusan Kasal Nomor: Kep/1690/XI/2012 tanggal 9 November 2012 tentang Pemberian Nama Fasilitas Kesehatan TNI Angkatan Laut ditetapkan Rumah Sakit TNI Angkatan Laut Marinir (Rumkitalmar)

yang berkedudukan di Lanmar Surabaya namanya menjadi Rumkitalmar Ewa Pangalila.

Berdasarkan Peraturan Kasal Nomor: Perkasal 11/II/2012 tertanggal 17 Februari 2012 tentang Klasifikasi dan Dislokasi Fasilitas Kesehatan TNI AL Rumkitalmar E.W.A. Pangalila diklasifikasikan sebagai fasilitas kesehatan TNI AL tingkat IV/Tipe D. Selain itu, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengakui rumah sakit ini sebagai Rumah Sakit Umum Kelas C melalui Sertifikat Penetapan Kelas Rumah Sakit Nomor: 503.445/4/P/IO.RS/436.7.2/VIII/2019 tertanggal 5 Agustus 2019. Rumkitalmar Ewa Pangalila merupakan satuan pelaksana Pangkalan Korps Marinir Surabaya yang mempunyai tugas pokok melaksanakan dukungan kesehatan matra laut, pembinaan kesehatan preventif, kuratif dan rehabilitatif secara terbatas dengan prioritas terhadap anggota TNI AL Korps Marinir, PNS beserta keluarganya di wilayah Surabaya (Marwiltim).

5.1.2 Karakteristik Informan

Penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya dengan melibatkan 2 informan yang masing-masing memiliki karakteristik sebagai berikut:

Tabel 5.1 Karakteristik Informan di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya

Informan	Jenis Kelamin	Pendidikan	Lama Kerja	Jabatan
Informan 1	Perempuan	D4-Rekam Medis	2 Tahun	Perekam Medis Ahli
Informan 2	Laki-laki	D3-Rekam Medis	2 tahun	Staf <i>Casemix</i>

Kedua informan memiliki latar belakang pendidikan di bidang rekam medis yang mendukung pemahaman terhadap pengkodean diagnosis. Keduanya memiliki lama kerja yang sama yaitu dua tahun dengan jabatan yang berbeda. Hal ini

menunjukkan adanya perbedaan tanggung jawab dalam pelaksanaan tugas sehari-hari. Informan 1 sebagai Perkam Medis Ahli yang berfokus pada pengelolaan dan pelaporan data rekam medis dan Informan 2 bertugas sebagai Staf *Casemix* yang berkaitan langsung dengan klaim. Kedua informan juga melakukan proses pengkodean diagnosis berdasarkan kode yang telah ditetapkan oleh dokter yang memberikan pelayanan. Berdasarkan informasi yang diperoleh pengkodean awal di Rumah Sakit Marinir E.W.A Pangalila Surabaya dilakukan oleh dokter yang memberikan pelayanan. Proses verifikasi untuk keperluan klaim dilakukan oleh Dokter Kepala Bagian Casemix. Peran informan dalam pengkodean diagnosis sebagai pihak yang melakukan pengecekan, penyesuaian, dan pelaporan terkait kode diagnosis yang telah ditetapkan oleh dokter. Keterlibatan informan tetap memberikan kontribusi dalam menjelaskan alur pengkodean, prosedur pelaporan, serta kendala administratif yang dapat memengaruhi ketepatan kode diagnosis. Informasi yang diperoleh dari sudut pandang mereka membantu peneliti dalam memahami bagaimana standar pengkodean dijalankan di lapangan.

5.1.3 Data Khusus Penelitian

1. Identifikasi Tingkat Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri Rawat Inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya

Tabel 5.2 Tingkat Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri Rawat Inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya

Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kode Diagnosis Obstetri yang Tepat	1	2%
Kode diagnosis obstetri yang tidak Tepat	49	98%
Total	50	100%

Berdasarkan lampiran 9 lembar checklist observasi pada halaman 162 didapatkan hasil pada tabel 5.2 dari 50 data rekam medis obstetri rawat inap pada

triwulan I 2025 di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya yaitu sebanyak 49 berkas (98%) dan kode diagnosis obstetri yang tepat sebanyak 1 berkas (2%). Ketidaktepatan tersebut sebagian besar disebabkan oleh tidak dicantumkannya kode diagnosis sekunder yang penting seperti *method of delivery* dan *outcome of delivery*. Berdasarkan hasil telaah dokumen pada kasus persalinan tidak tercantum kode *method of delivery* maupun *outcome of delivery*. Hal ini terjadi karena informasi terkait metode dan hasil persalinan belum terdokumentasi secara konsisten di dalam berkas rekam medis. Situasi tersebut dapat membuat petugas pengkode mengalami keterbatasan dalam memperoleh informasi yang diperlukan untuk menentukan kode.

Pencatatan yang belum lengkap pada rekam medis menjadi salah satu faktor yang perlu diperhatikan dalam pengisian kode *method of delivery* dan *outcome of delivery*. Selain itu, ditemukan penggunaan kode diagnosis utama yang belum sesuai di mana beberapa kasus persalinan masih dikodekan sebagai *maternal care* meskipun secara klinis pasien telah berada pada fase persalinan. Hal ini menunjukkan bahwa pemilihan kode utama belum sepenuhnya mempertimbangkan kondisi klinis secara utuh dan masih belum mengacu pada prinsip *rule MB (Morbidity Rules)*.

2. Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri Rawat Inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya Ditinjau Ditinjau Dari 5 unsur (*Man, Method, Machine, Material, dan Money*)

a. *Man*

1) Lama Kerja

Berdasarkan hasil wawancara terkait lama kerja, perekam medis berperan dalam ketepatan pengkodean diagnosis obstetri. Informan 1 dan 2 menyampaikan bahwa semakin banyak pengalaman seseorang bekerja maka ketelitiannya dalam mengkode diagnosis juga semakin baik karena sudah terbiasa dengan kerumitan kasus terutama kode diagnosis obstetri. Informan 1 yang memiliki pengalaman sebelumnya menyatakan bahwa pengalaman kerja membantunya lebih paham terhadap aturan koding. Berkaitan dengan ini, Informan 2 juga membenarkan hal tersebut bahwa seseorang yang baru pertama kali bekerja di rumah sakit sempat mengalami kesulitan di awal karena belum menguasai proses koding.

“Ya, sangat mempengaruhi karena kan banyak pengalaman bekerja seseorang maka semakin ahli petugas tersebut melakukannya.”

(Informan 1)

“Uh kalau sebelumnya kan ini bekerja pertama kali dan sebelumnya belum pernah kerja di rumah sakit lain ya kan jadinya agak kurang menguasai.” (Informan 2)

Keduanya juga mengungkapkan bahwa terdapat perbedaan antara petugas pengkode yang telah lama bekerja dengan yang baru

memulai. Petugas yang sudah lama bekerja umumnya lebih teliti dan memahami prosedur pengkodean dengan baik. Namun, karena keterbatasan jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) di unit kerja informan 1 menyatakan bahwa dirinya tidak dapat membandingkan secara langsung dengan rekan lain.

“Kalau disini nggak ada perbedaan karena perekam medis disini cuma saya yang koding juga saya.” (Informan 1)

“Iya, ada koder yang lama biasanya lebih cepat dan lebih paham aturan coding. Yang baru masih butuh waktu belajar dan adaptasi” (Informan 2)

Berdasarkan hasil wawancara di atas kedua informan berpendapat sama bahwa lama kerja bukanlah faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis. Menurut keduanya pengalaman kerja sebelumnya lebih berperan dalam membantu seseorang dalam proses pengkodean. Semakin banyak pengalaman yang dimiliki maka petugas akan semakin terbiasa dan teliti dalam menerapkan standar pengkodean diagnosis yang berlaku. Hal ini menunjukkan ketidaktepatan dalam pemberian kode tidak disebabkan oleh lamanya seseorang bekerja melainkan lebih terkait dengan pengalaman kerja yang sudah dilakukan sebelumnya.

2) Pendidikan

Berdasarkan hasil wawancara pendidikan merupakan faktor penting yang memberikan pemahaman awal seorang perekam medis terhadap proses pengkodean diagnosis termasuk diagnosis obstetri.

Informan 1 dan 2 menyatakan bahwa latar belakang pendidikan di bidang rekam medis telah memberikan ilmu yang memadai dalam memahami kaidah dan prosedur koding, terutama penggunaan ICD-10. Informan 1 menjelaskan bahwa pendidikan yang ditempuh di jurusan perekam medis sudah mencakup materi pengkodean secara cukup komprehensif. Materi yang diberikan saat perkuliahan dianggap sudah cukup untuk digunakan dalam praktik koding di lapangan.

“Kalau pendidikan ya pastinya harus menunjang kalau koding harus perekam medis memang karena kan sesuai dengan profesinya perekam medis yang melaksanakan kegiatan itu. pendidikan memang penting dalam ketepatan pengkodean diagnosis. Karena dari situ kita mengetahui dasar-dasar cara pakai sistem pengkodean ICD-10. Jadi kita bisa lebih yakin kalau kode yang kita masukkan itu sesuai sama diagnosis pasien.” (Informan 1)

“Menurut saya sudah cukup menunjang ya dan penting karena karena jadi dasar untuk memahami aturan dan alur koding dan menurut saya sudah cukup menunjang ya.” (Informan 2)

Berdasarkan hasil wawancara, kedua informan berpendapat sama bahwa pendidikan merupakan hal yang penting dalam memberikan pemahaman bagi perekam medis dalam proses pengkodean diagnosis obstetri. Latar belakang pendidikan di bidang rekam medis dianggap sudah membantu dalam memahami aturan dan prosedur pengkodean khususnya penggunaan ICD-10. Materi yang

diperoleh selama perkuliahan dianggap cukup untuk dijadikan landasan dalam praktik pengkodean diagnosis. Pendidikan yang sudah diperoleh memberikan kemudahan bagi informan dalam memahami dasar-dasar pengkodean serta membantu dalam menentukan kode diagnosis obstetri.

3) Kompetensi

Kompetensi petugas merupakan salah satu faktor penting dalam proses pengkodean diagnosis obstetri. Kompetensi mencakup keterampilan, pengalaman, serta pelatihan atau seminar yang pernah diikuti untuk membantu memahami sistem pengkodean diagnosis obstetri. Informan 1 menyebutkan bahwa belum pernah mengikuti pelatihan terkait pengkodean diagnosis namun pernah mengikuti beberapa seminar coding yang cukup membantu dalam meningkatkan pemahaman dalam memilih kode diagnosis obstetri. Sebaliknya, Informan 2 menyampaikan bahwa belum pernah mengikuti pelatihan atau seminar khusus mengenai *coding* diagnosis sejauh ini.

“Kalau pelatihan di rumah sakit ini belum pernah cuma ikut seminar-seminar aja. Seminar cukup membantu meningkatkan pemahaman. Dari yang tadinya ragu-ragu jadi lebih yakin saat memilih kode karena mendapat arahan dan pembaruan ilmu.” (Informan 1)

“Belum pernah mengikuti baik pelatihan maupun seminar coding.”
(Informan 2)

Informan 1 juga mengakui bahwa salah satu kesulitan dalam pengkodean diagnosis obstetri adalah ketika diagnosis utama tidak

disertai informasi pendukung seperti hasil laboratorium atau USG. Pada kasus seperti ini keterbatasan informasi dan belum adanya pelatihan menjadi kendala yang bisa menyebabkan ketidaktepatan kode. Hal tersebut juga diungkapkan oleh Informan 2 bahwa salah satu bentuk kesalahan yang masih ditemui adalah diagnosis yang belum lengkap dalam rekam medis. Hal ini menyebabkan ketidaktepatan atau ketidaklengkapan kode meskipun Informan 2 berupaya mengatasinya dengan melakukan penelusuran tambahan melalui SIMRS atau mencermati keluhan pasien.

“Obstetri kesulitannya kalau coding kandungan itu ya kadang jarang dituliskan komplikasi jadi misalnya kita mau menegakkan kodenya itu diagnosisnya sendiri itu belum jelas, belum jelas maksudnya itu kalau penunjangnya juga tidak ada.” (Informan 1)

“Pernah, tapi biasanya karena data di rekam medis belum lengkap. Jadi saya cek ulang ke SIMRS atau lihat keluhan pasien untuk memastikan kodenya sudah sesuai.” (Informan 2)

Berkaitan dengan pengisian kode diagnosis obstetri Informan 1 menyatakan bahwa masih terdapat beberapa kode diagnosis sekunder yang belum terisi. Namun, sejauh ini tidak ditemukan kesalahan dalam pengisian kode diagnosis yang telah diinput. Terkait hal tersebut, Informan 2 juga menyampaikan bahwa selama bekerja belum pernah menemukan diagnosis yang tidak terisi karena proses pengkodean telah terintegrasi secara elektronik melalui SIMRS..

“Selama ini belum ada yang salah cuma kalau kurang ada, jadi misalnya ada kode diagnosis sekunder belum diinputkan jadi kami yang inputkan.” (Informan 1)

“Kalau di SIMRS sih ndak ada belum menemukan karena kan kita sudah elektronik untuk kodingnya.” (Informan 2)

Kedua informan juga berpendapat bahwa kompetensi SDM sangat berkaitan dengan tingkat ketelitian dan pemahaman dalam proses koding. SDM yang kompeten akan lebih mampu memahami kaidah pengkodean serta memilih kode dengan tepat sehingga potensi kesalahan bisa diminimalisir.

“Ya, menurut saya ada kompetensi SDM sangat memengaruhi ketepatan pengkodean. Semakin paham seseorang terhadap standar pengkodean dan istilah medis, maka risiko kesalahan juga akan semakin kecil.” (Informan 1)

“Bisa jadi tapi tapi uh kemungkinan sebelumnya mereka juga mengikuti pelatihan coding sehingga kompetensinya cukup.” (Informan 2)

Hasil wawancara menunjukkan bahwa kompetensi petugas yang diperoleh melalui pelatihan maupun pengalaman kerja sangat membantu dalam pengkodean diagnosis obstetri. Pemahaman yang baik serta dukungan pelatihan atau seminar menjadi faktor yang berkontribusi dalam meningkatkan keakuratan pengkodean diagnosis. Kendala yang ditemui informan terkait ketidaklengkapan informasi pendukung dalam rekam medis yang dapat menyebabkan

ketidaktepatan kode diagnosis. Diperlukan peningkatan kompetensi melalui pelatihan koding untuk menjamin akurasi dan kelengkapan pengkodean diagnosis.

4) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan aspek yang berkaitan langsung dengan ketepatan dalam memilih dan menetapkan kode diagnosis obstetri. Pada penelitian ini pengetahuan meliputi pemahaman tentang alur pengkodean, aspek-aspek penting yang perlu dipahami dalam proses pemberian kode diagnosis, dan kemampuan dalam memahami istilah medis yang sering digunakan dalam pengkodean kasus obstetri.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Informan 1 dan Informan 2 diketahui bahwa pemahaman terhadap pengkodean diagnosis obstetri bersifat bervariasi. Informan 1 memiliki pengetahuan yang cukup baik mengenai aspek yang perlu dipenuhi dalam pengkodean kasus obstetri. Dilakukan dengan pencarian leadterm terlebih dahulu dari diagnosis utama dan sekunder lalu hasil penunjang seperti USG dan laboratorium yang merupakan bagian penting dalam proses tersebut.

“Kalau yang pertama ya pastinya kita cari internetnya dulu kalau coding obstetri itu terus kita lihat diagnosis sekundernya terus itu kita cek penunjangnya penunjang yang mendukung penegakan diagnosisnya itu apa nanti baru kita kode sesuai dengan itu. Penunjang seperti radiologi, USG dan foto torax itu kan masuk radiologi sama laborat.” (Informan 1)

Berbeda dengan Informan 1 menurut Informan 2 menyampaikan bahwa tidak ada aspek khusus yang menjadi acuan. Proses pengkodean hanya mengikuti data medis yang tersedia pada rekam medis.

“Nggak ada kayaknya, menurut saya dalam coding kasus obstetri tidak ada aspek khusus yang harus dipenuhi secara terpisah, karena pengkodean mengikuti data medis yang tersedia.” (Informan 2)

Kedua informan berpendapat bahwa terkadang terminologi medis dalam rekam medis bisa menimbulkan kesulitan dalam proses pengkodean. Informan 1 menyatakan bahwa istilah tertentu bisa membingungkan, namun masih dapat dipahami karena sudah terbiasa. Informan 2 juga mengakui adanya kesulitan dan biasanya mengatasinya dengan mencari informasi melalui internet atau bertanya kepada rekan kerja.

“Kalau untuk obstetri itu ada tapi nggak begitu banyak. Masih bisa dipahami lah.” (Informan 1)

“Pernah, cara mengatasinya ya browsing di google.” (Informan 2)

Pada studi kasus tertentu seperti SC emergency karena induksi gagal dan presentasi bokong, kedua informan sama-sama menganggap bahwa SC emergency adalah diagnosis utama karena merupakan tindakan utama yang dilakukan.

“Menurut saya, SC emergency.” (Informan 1)

“Menurut saya SC Emergency sih.” (Informan 2)

Informan 1 menjelaskan mengenai alur pelaksanaan pengkodean diagnosis obstetri bahwa proses dimulai dari pengisian diagnosis oleh dokter. Setelah itu, melakukan verifikasi dan mencocokkannya dengan dokumen pendukung sebelum melakukan input kode diagnosis dan tindakan ke sistem. Sebaliknya, informan 2 berpendapat menyatakan bahwa proses pengkodean hanya mengikuti data dari dokter yang sudah tersedia di rekam medis, tanpa proses verifikasi tambahan secara spesifik.

“Alur pelaksanannya ya di sini, dokter terlebih dulu melakukan koding awal saat di pelayanan. Saya kemudian mengakses data di sistem, memeriksa resume medis dan dokumen pendukung, lalu melakukan verifikasi dan pengkodean ulang jika diperlukan untuk memastikan ketepatan kode diagnosis dan tindakan.” (Informan 1)

“Ya alurnya itu ngikut dari dokternya.” (Informan 2)

Pada hal pemahaman dokter mengenai proses pengkodean Informan 1 menyampaikan bahwa meskipun dokter telah memahami prinsip dasar pengkodean namun masih terdapat kekurangan terutama terkait penyesuaian dengan standar ICD versi terbaru. Oleh karena itu, tetap diperlukan koordinasi antara dokter dan perekam medis. Hasil wawancara menunjukkan bahwa pengetahuan petugas pengkode terkait aspek-aspek penting dalam pengkodean diagnosis obstetri belum sepenuhnya merata.

Pada unsur *man* di atas dapat diketahui bahwa tidak semua komponen merupakan faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri. Lama

kerja bukan faktor penyebab melainkan pengalaman kerja sebelumnya yang lebih membantu petugas menjadi lebih teliti dalam pemberian kode diagnosis. Pendidikan di bidang rekam medis memberikan pengetahuan mengenai aturan dan prosedur pengkodean sehingga dapat dijadikan acuan dalam praktik sehari-hari.

Kompetensi yang diperoleh melalui pelatihan, seminar, maupun pengalaman kerja juga berperan dalam mendukung keterampilan petugas, meskipun masih dijumpai kendala berupa keterbatasan informasi pendukung dalam rekam medis. Selain itu, terdapat perbedaan tingkat pemahaman petugas terkait penentuan diagnosis utama dan penggunaan informasi penunjang yang berisiko menimbulkan ketidaktepatan terutama pada kasus obstetri dengan kondisi klinis yang lebih kompleks. Unsur *man* yang menjadi penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri rawat inap yaitu kompetensi dan pengetahuan sedangkan lama kerja dan pendidikan tidak termasuk dalam faktor yang menyebabkan ketidaktepatan kode diagnosis obstetri rawat inap.

b. *Method*

Metode merujuk pada prosedur dan pedoman operasional yang digunakan dalam pelaksanaan pengkodean diagnosis obstetri. Hal ini mencakup ketersediaan buku panduan, sistem pengkodean yang digunakan serta penggunaan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku di rumah sakit. Berdasarkan wawancara yang dilakukan dengan informan diketahui bahwa panduan utama yang digunakan dalam proses pengkodean diagnosis maupun tindakan obstetri adalah ICD-10 dan ICD-9. Tidak terdapat buku panduan khusus yang secara spesifik membahas

pengkodean pada kasus obstetri. Baik Informan 1 maupun Informan 2 menyampaikan bahwa rumah sakit belum memiliki buku atau pedoman khusus yang membahas pengkodean untuk kasus obstetri secara spesifik.

“Saya tetap ICD-10 dan ICD-9 saja. Tidak ada buku khusus untuk obstetri.” (Informan 1)

“Yang tersedia hanya buku panduan ICD, dan tidak ada panduan khusus lain untuk pengkodean kasus obstetri.” (Informan 2)

Terkait SPO (Standar Prosedur Operasional) Informan 1 dan 2 menyebutkan bahwa rumah sakit memiliki SPO *koding* secara umum namun belum terdapat SPO yang secara khusus mengatur pengkodean diagnosis obstetri. Informan 1 menyatakan bahwa dalam praktiknya, SPO umum tersebut tetap dijadikan acuan untuk semua jenis pengkodean.

“SPO koding saja tidak ada khusus obstetri. Sudah jelas dan mudah dipahami cuma nanti kalau kita sudah pindah full rme mestinya ada perbaikan terkait sponya karena kalau rme harus benar-bener detail dan dijaga kerahasiaannya” (Informan 1)

“Ada, tapi kalau khusus obstetri tidak ada. Sudah cukup jelas menurut saya tidak ada yang perlu dirubah” (Informan 2)

SPO koding yang sudah ada dianggap cukup jelas dan membantu meskipun diakui informan masih ada kebutuhan untuk penyesuaian di masa mendatang dimana pengkodean diagnosis sudah terintegrasi secara penuh dengan Rekam Medis Elektronik (RME). Perkam medis di rumah sakit ini sudah mengandalkan ICD-10 dan ICD-9 sebagai standar dalam penentuan kode diagnosis dan bukan menggunakan buku panduan khusus

untuk obstetri. Rumah sakit telah memiliki SPO koding secara umum untuk pengkodean yang dinilai sudah cukup membantu meskipun belum secara spesifik membahas kasus obstetri. Perlu adanya penyesuaian SPO di masa mendatang apabila sistem rumah sakit telah sepenuhnya menggunakan RME agar tetap relevan dan mendukung efisiensi serta ketepatan dalam proses pengkodean diagnosis obstetri.

c. *Machine*

Unsur mesin mencakup sarana dan teknologi yang digunakan dalam proses pengkodean diagnosis obstetri. Mesin tidak hanya sebatas perangkat keras seperti komputer tetapi juga sistem informasi yang membantu pengkodean diagnosis termasuk SIMRS, akses jaringan internet, dan perangkat lunak pengkodean berbasis digital. Berdasarkan hasil wawancara baik Informan 1 maupun Informan 2 menyampaikan bahwa rumah sakit telah menyediakan berbagai sarana yang membantu proses pengkodean, seperti komputer, sistem SIMRS, akses internet, dan akses ICD secara daring. Seluruh sarana tersebut dinilai sangat membantu dalam mempercepat dan mempermudah proses koding.

“SIMRS dan ICD, komputer itu juga sarannya paling utama kalau ada komputer ya terus jaringan internet juga ICD online.” (Informan 1)

“Ya kayak komputer, SIMRS, wifi dan lainnya.” (Informan 2)

Kedua informan mengatakan bahwa sistem informasi yang digunakan mendukung proses pengkodean diagnosis dan sudah dilakukan secara elektronik serta dinilai lebih cepat, efisien, serta akurat

dibandingkan metode manual sebelumnya. Namun, sistem Rekam Medis Elektronik (RME) di rumah sakit masih dalam proses pengembangan.

“Sistemnya mendukung dan sudah elektronik serta jauh lebih efektif dibanding manual. Tapi untuk elektronik medikal recordnya yang belum kalau yang lain penunjang dan lain-lain sudah mendukung cuma yang rekam medisnya nya yang belum mendukung.” (Informan 1)

“Sudah mendukung dalam pelaksanaannya, lebih cepat dan akurat dibanding manual.” (Informan 2)

Kedua informan juga mengakui bahwa kendala teknis seperti listrik padam, sistem error, atau gangguan jaringan pernah terjadi namun tidak sering yang menyebabkan proses pengkodean tertunda dan harus dikerjakan secara manual sebagai alternatif sementara. Informan 1 juga menyarankan agar sistem diperbarui dengan penambahan fitur notifikasi otomatis, agar koder bisa mengetahui jika ada kode diagnosis yang belum diisi sehingga tidak perlu melakukan pengecekan manual satu per satu.

“Pernah saat listrik padam atau server down. Kalau begitu, pekerjaan tertunda atau dikerjakan manual dan dilanjutkan setelah sistem normal. Fitur ditambah kalau tentang koding ya misalnya ada kode kosong itu gak ada atensi dari dokternya, kalau bisa itu kode kosong itu rm juga ada atensi jadi ini yang sudah kode ini yang belum dikode. soalnya kalau ga ada atensi itu kita jadi caranya satu-satu manual..” (Informan 1)

“Kendala sih mungkin ini sih jaringan kayak eror sistem. Untuk fitur kalau saya sih belum ada yang perlu ditambahkan” (Informan 2)

Terkait efektivitas dan peran teknologi kedua informan menilai bahwa teknologi memiliki peran yang sangat membantu dalam meningkatkan efisiensi dan akurasi pengkodean. Hal ini terlihat dari perbedaan antara proses manual dan elektronik terutama dalam hal keterbacaan dan kejelasan tulisan dokter. Unsur mesin dalam proses pengkodean diagnosis obstetri sudah cukup memadai. Rumah sakit menyediakan berbagai sarana dan sistem informasi seperti SIMRS, komputer, internet, dan akses ke ICD, yang dinilai sangat membantu pekerjaan petugas pengkode. Meskipun ada beberapa kendala teknis yang masih terjadi, proses elektronik dinilai lebih efisien dan akurat dibandingkan metode manual. Pengembangan sistem khususnya dalam hal notifikasi otomatis dan integrasi penuh dengan RME menjadi hal yang diharapkan untuk lebih memudahkan dan menyempurnakan proses pengkodean diagnosis.

d. *Material*

1) Penggunaan ICD-10

Unsur *Material* dalam pengkodean diagnosis obstetri merujuk pada ketersediaan dan penggunaan panduan yang menjadi dasar dalam menentukan kode diagnosis. Komponen utama dalam unsur ini adalah penggunaan ICD-10 sebagai panduan dalam pengkodean diagnosis. Berdasarkan hasil wawancara, kedua informan menyatakan bahwa penggunaan ICD-10 menjadi standar dalam proses pengkodean diagnosis obstetri.

Informan 1 mengatakan bahwa pada kasus yang sudah familiar kode dapat langsung diingat namun untuk kasus-kasus yang kompleks maka tetap melihat kembali ke buku ICD-10. Sedangkan Informan 2 mengatakan bahwa penggunaan ICD-10 tetap dilakukan, namun tidak semua istilah dalam buku tersebut sudah sepenuhnya dikuasai sehingga masih butuh waktu dalam mencari kode yang sulit.

“Kalau misalnya aku ngoding sih itu kalau yang sudah paham mungkin kode-kode tertentu yang terminologi medisnya agak susah itu harusnya ke ICD tetap. Jadi kalau yang mudah-mudah untuk kasus rawat jalan, misalnya diagnosis preeklampsia dan lain-lain yang mudah-mudah Untuk kasus ringan langsung ingat tanpa lihat ICD. Cuma ada beberapa kasus rawat inap yang sulit.” (Informan 1)

“Ya, saya menggunakan ICD-10, tapi kadang masih mencari kodenya karena belum terlalu familiar dengan beberapa istilah.” (Informan 2)

Saat mengalami kesulitan dalam mencari kode, Informan 1 memilih langsung merujuk pada buku ICD-10 karena dianggap lebih akurat dan jelas. Sebaliknya, Informan 2 lebih sering menggunakan pencarian melalui internet atau berdiskusi dengan rekan sejawat.

“Langsung kalau ICD itu lebih jelas menurutku sih ya daripada cari di google dulu karena sudah terbiasa mungkin. Fisik kalau ga nemu baru pakai digital” (Informan 1)

“Googling bisa atau tanya dan mendiskusikan kepada rekan-rekan yang lain. Kalau saya sih digital soalnya kan mudah dalam pencariannya tinggal search di kolom pencarian.” (Informan 2)

Menurut Informan 1 maupun Informan 2 berpendapat bahwa ketidaktepatan dalam memahami atau menggunakan ICD-10 dapat menyebabkan kesalahan pengkodean. Mereka menyebutkan bahwa struktur dan istilah medis yang kompleks dapat menimbulkan salah pengertian jika tidak dikuasai dengan baik.

“Misalnya perekam medis kan tahu kalau misalnya lihat di icd-10 kalau yang lain yang bukan profesi perekam medis mungkin lihat itu jelas tidak paham.” (Informan 1)

“Ya, kalau ICD-10 tidak digunakan dengan benar, bisa menyebabkan kesalahan dalam pengkodean. Soalnya banyak diagnosis yang mirip-mirip, jadi harus dipilih yang mengerucut agar tidak salah kode.” (Informan 2)

Penggunaan ICD-10 menjadi komponen utama dalam proses pengkodean diagnosis obstetri. Baik buku fisik maupun versi *online* digunakan sesuai preferensi dan kenyamanan masing-masing petugas. Petugas sudah cukup memahami dalam penggunaan ICD-10 baik digital maupun manual.

2) Kelengkapan Isi Berkas Rekam Medis

Unsur *Material* mengacu pada kelengkapan, keterbacaan, dan kejelasan isi dokumen rekam medis yang menjadi dasar proses pengkodean. Dokumen-dokumen yang dimaksud mencakup resume medis, catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT), hasil pemeriksaan penunjang, asesmen awal, diagnosis, tindakan, dan formulir lainnya. Kelengkapan dokumen tersebut menjadi faktor

penting agar petugas pengkode dapat bekerja secara optimal. Berdasarkan hasil wawancara Informan 1 maupun Informan 2 menyampaikan bahwa belum terdapat evaluasi rutin secara sistematis terkait kelengkapan rekam medis. Pemeriksaan terfokus pada kelengkapan item penting seperti identitas tenaga kesehatan, tanggal dan jam, resume, serta laporan operasi.

“Kalau evaluasinya belum disini itu mungkin terakhir dulu ya waktu dulu ya waktu kepala disini masih ada, waktu saya datang sampai saat ini belum ada. Kalau isinya aku sih kalau ngecek kelengkapannya yang pertama itu yang penting resume ada diagnosis terus identifikasinya dokter, perawat bidan, pokoknya nakes-nakes lain terus itu tanggal jam udah harus ada, laporan operasi seperti itu kalau ada itu sudah lengkap. Kalau untuk evaluasi terkait kodingnya belum ada..” (Informan 1)

“Kalau evaluasi koding gaada sih, kalau kelengkapan belum ada juga cuma ada laporannya tapi yang lama.” (Informan 2)

Informan 1 mengakui bahwa diagnosis yang tidak lengkap atau tidak spesifik masih ditemukan saat rekam medis masih manual. Namun, hal tersebut tidak terlalu sering terjadi. Sedangkan Informan 2 mengungkapkan bahwa pernah menemukan informasi yang tidak lengkap saat penggunaan rekam medis elektronik (RME) dan sangat membantu keterbacaan informasi karena diagnosis ditampilkan secara lebih jelas.

“Pernah menemukan beberapa kali tapi tidak sering dan kalau di filenya kalau masih manual dulu disingkat singkat. Disini ada standar penggunaan istilah dan singkatan yang digunakan dengan emr. Biasanya singkatan masih umum dan bisa dipahami kayak HT (hipertensi) terus diare jadi GEA.” (Informan 1)

“Pernah tapi jarang dan Ngga sih kan sudah elektronik jadi tidak sulit membacanya.” (Informan 2)

Kedua informan juga menyampaikan bahwa masih ada kekurangan mengenai kemampuan dokter dalam menuliskan diagnosis terutama dalam diagnosis obstetri yang kompleks. Hal ini membuat petugas pengkode sering harus melakukan verifikasi atau melihat data tambahan sebelum menentukan kode.

“Biasanya kalau informasinya tidak jelas, kan kembalikan ke ruangan. Kami tanyakan di sana untuk dilengkapi ataupun di SIMRS.” (Informan 1)

“Biasanya lihat riwayat medis pasiennya.” (Informan 2)

Ketika data rekam medis yang diterima tidak cukup jelas kedua informan menyatakan bahwa mereka melakukan konfirmasi langsung ke ruangan atau memanfaatkan sistem SIMRS untuk menelusuri informasi tambahan. Konfirmasi ini dilakukan agar kode diagnosis dapat ditentukan dengan lebih tepat. Kedua informan berpendapat sama bahwa dokumen rekam medis harus lengkap agar dapat dipertanggungjawabkan dan petugas tidak kesulitan dalam mengkode diagnosis. Terkait bagian dokumen yang sering tidak

lengkap Informan 1 menyebut asesmen awal sebagai bagian yang paling sering terlewatkan, sementara CPPT dan hasil penunjang biasanya sudah lengkap. Sedangkan Informan 2 mengamati bahwa CPPT, resume, dan hasil penunjang masih cukup sering tidak lengkap. *“Kalau dokumen tidak lengkap, pengkodean tidak bisa dipertanggungjawabkan. Kalau cppt lengkap, resume lengkap, biasanya yang ga keisi itu asesmen. Kalau penunjang ada radiologi itu selalu ada radiologi, laborat itu pasti ada..”* (Informan 1)

“Bisa jadi, karena kadang apa yang kita butuhkan mungkin penunjang atau bagian lain tidak ada kita kesulitan menentukan kode yang tepat. Kadang CPPT iya, mungkin resume hasil penunjang biasanya tidak lengkap.” (Informan 2)

Belum adanya evaluasi rutin serta informasi penting seperti diagnosis atau hasil penunjang tidak selalu tersedia secara lengkap. Petugas pengkode sering kali harus melakukan konfirmasi manual atau menelusuri riwayat pasien secara mandiri menyebabkan petugas kesulitan menentukan kode yang tepat. Keberadaan sistem SIMRS cukup membantu namun tetap diperlukan ketelitian dalam pencatatan oleh tenaga kesehatan serta dukungan manajemen untuk peningkatan kualitas dokumentasi medis.

e. *Money*

Unsur *money* memiliki peran penting dalam mendukung peningkatan kemampuan petugas pengkodean dalam menetapkan kode diagnosis obstetri secara tepat. Berdasarkan hasil wawancara diketahui

bahwa selama ini dari rumah sakit belum menyediakan pelatihan atau *workshop* terkait pengkodean diagnosis obstetri. Informan 1 menyampaikan bahwa jika ingin mengikuti pelatihan maka harus menggunakan dana pribadi.

“Belum ada jadi kalau mau pelatihan pakai biaya sendiri. Selama ini rumah sakit juga belum pernah ada pelatihan khusus soal coding diagnosis, termasuk kasus obstetri.” (Informan 1)

“Selama saya bekerja sih belum pernah ya” (Informan 2)

Informan 1 mengatakan bahwa pernah mengusulkan pelatihan namun belum terealisasi. Pentingnya pelatihan koding dan penggunaan RME untuk meningkatkan ketepatan dan efisiensi dalam pengkodean diagnosis obstetri. Sementara itu, Informan 2 belum pernah mengusulkan pelatihan secara langsung jika anggaran tersedia maka pelatihan mengenai koding dan dasar rekam medis sangat diperlukan khususnya bagi tenaga rekam medis yang baru mulai bekerja.

“Kalau mengusulkan sih pernah tapi ya masih jadi tertangguh belum belum bisa direalisasikan. Kalau misalnya ada anggaran ya pelatihan terakit koding dan ERM nya itu disini, karena disini ERM nya masih belum berjalan maksimalnya.” (Informan 1)

“Kalau saya belum pernah mengusulkan terkait pelatihan terkait. Kalau ada anggaran untuk pelatihan ya ini sih pelatihan coding atau mungkin pelatihan dasar rekam medis untuk perekam medis lain yang belum pernah mendapatkan pelatihan.” (Informan 2)

Hasil wawancara menunjukkan bahwa belum adanya pelatihan pengkodean diagnosis khususnya obstetri menjadi kendala dalam pengembangan kompetensi petugas. Meskipun salah satu informan sudah pernah memiliki seminar terkait pengkodean diagnosis Pelatihan terkait pengkodean diagnosis di rumah sakit tetap diperlukan agar dapat meningkatkan akurasi pengkodean diagnosis obstetri di masa mendatang.

5.2 Pembahasan Penelitian

5.2.1 Identifikasi Tingkat Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri Rawat Inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya

Hasil pengumpulan data pada tabel 5.2 pada halaman 74 tingkat ketidaktepatan kode diagnosis obstetri di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya dari 50 berkas terdapat sebanyak 49 berkas dengan pemberian kode diagnosis tidak tepat dan sebanyak 1 berkas yang tepat. Pemberian kode diagnosis di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya diagnosis belum sepenuhnya sesuai karena masih ditemukan beberapa kode diagnosis obstetri yang tidak dicantumkan. Hal ini menyebabkan tingkat ketepatan pengkodean diagnosis belum berjalan secara optimal. Berdasarkan hasil observasi menggunakan lembar *checklist*, ditemukan tingkat ketidaktepatan pengkodean sebesar 98%, yang tergolong sangat tinggi. Ketidaktepatan tersebut umumnya terjadi pada kasus persalinan khususnya pada pencantuman kode *method of delivery* dan *outcome of delivery* yang seharusnya dilengkapi sesuai dengan diagnosis klinis yang ada.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Annisa & Cyhyntia pada tahun 2023 di Rumah Sakit DKT Sidoarjo yang menyebutkan bahwa pencatatan kasus persalinan mencakup tiga komponen utama yaitu kondisi atau

komplikasi (O00–O75), *method of delivery* (O80–O84), dan *outcome of delivery* (Z37.-). Berdasarkan observasi didapatkan tingkat ketepatan dalam pengkodean persalinan untuk komponen komplikasi ibu tercatat sebesar 55,56%, untuk *method of delivery* mencapai 61,73%, dan untuk *outcome of delivery* sebesar 67,90%. Secara keseluruhan akurasi ketepatan pengkodean kasus persalinan hanya mencapai 38,27% (Azzahro & Alvionita, 2023).

Peneliti berasumsi bahwa ketidaktepatan pemberian kode diagnosis pada kasus obstetri khususnya terkait *method of delivery* dan *outcome of delivery* disebabkan oleh tidak dicantumkannya informasi tersebut secara langsung dalam diagnosis utama maupun diagnosis sekunder pada resume medis pasien. Pengkodean yang dilakukan berdasarkan kode yang telah dituliskan oleh dokter sebelumnya. Tidak adanya informasi ini menyebabkan petugas rekam medis tidak dapat menginput kode yang sesuai. Informasi terkait *method of delivery* dan *outcome of delivery* merupakan kode penting yang semestinya tercantum dalam kasus obstetri. Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun informasi mengenai *method of delivery* dan *outcome of delivery* sudah tersedia dalam proses klaim, namun jika tidak dicantumkan secara rinci dalam resume medis maka terdapat perbedaan antara praktik dokumentasi yang dapat berpotensi memengaruhi akurasi dan konsistensi data hasil pengkodean.

Sejalan dengan hal ini penelitian yang dilakukan Citra dan Hartaty (2022) menyatakan bahwa ketidaktepatan dalam pengkodean diagnosis sering kali disebabkan oleh kekeliruan dalam memilih kategori tiga karakter maupun subkategori atau digit keempat. Kesalahan ini menunjukkan kurangnya ketelitian petugas dalam menentukan istilah utama (*lead term*) yang tercantum dalam

dokumen rekam medis pasien (Puspaningtyas et al., 2022). Situasi semacam ini menunjukkan pentingnya ketelitian dan pemahaman yang mendalam terhadap kaidah pengkodean untuk memastikan keakuratan data medis.

Hal ini menunjukkan kurangnya pemahaman terkait prinsip-prinsip pengkodean diagnosis dan tindakan khususnya dalam kasus obstetri. Ketika kode persalinan tidak dicantumkan secara tepat dalam rekam medis maka informasi mengenai kondisi bayi yang baru lahir menjadi tidak terdokumentasi dengan baik dalam catatan medis ibu. Ketidaktepatan atau ketidaklengkapan dalam pengkodean persalinan dapat berdampak serius terhadap akurasi dan kelengkapan data yang dilaporkan khususnya dalam penyusunan statistik morbiditas dan mortalitas. Kondisi tersebut dapat berdampak pada kualitas data sistem pelaporan kesehatan serta menghambat proses evaluasi dan perencanaan pelayanan kesehatan.

Pada beberapa kasus kehamilan terdapat ketidaktepatan dalam pemberian kode diagnosis. Sebagai contoh pada kasus pasien hamil dengan hipertensi yang dikodekan sebagai *severe pre-eclampsia* (O14.1), namun pada kode diagnosis sekunder masih dicantumkan *hypertensive heart disease without congestive heart failure* (I11.0) dan *gestational [pregnancy-induced] hypertension* (O13). Hal ini tidak tepat karena ketiga kode tersebut saling tumpang tindih. *Severe pre-eclampsia* (O14.1) sudah mencakup hipertensi dalam kehamilan dengan keterlibatan organ tersebut sehingga pemberian kode tambahan seperti O13 atau I11.0 tidak diperlukan kecuali terdapat bukti klinis yang jelas mengenai penyakit jantung hipertensif yang berdiri sendiri sebelum kehamilan. Pemberian kode yang berlebihan atau tidak relevan dapat menyebabkan duplikasi data dan interpretasi yang keliru.

Pada kasus pasien nifas dengan diagnosis *febris puerperalis post sectio caesarea* hari ke-6 yang dikodekan sebagai *pyrexia of unknown origin following delivery* (O86.4), namun pada diagnosis sekunder masih ditambahkan *fever, unspecified* (R50.9). Hal ini juga kurang tepat karena O86.4 sudah menggambarkan kondisi demam tanpa sebab yang jelas setelah persalinan. Pemberian kode R50.9 sebagai tambahan menjadi tidak sesuai prinsip pengkodean yang mengharuskan pemilihan kode yang paling spesifik dan relevan terhadap kondisi pasien. Pada kasus pasien dengan tekanan darah tinggi yaitu P1 SC yang dirawat dengan tekanan darah 160/90 mmHg dokter telah mendiagnosis preeklampsia berat (PEB). Diagnosis utama telah dikodekan dengan benar menggunakan kode *Severe pre-eclampsia* (O14.0). Namun, pada diagnosis sekunder masih tercantum *Pre-eclampsia, unspecified* (O14.9) yang tidak tepat. Penggunaan kode tidak spesifik (*unspecified*) seharusnya dihindari apabila telah tersedia bukti klinis yang jelas mengenai derajat keparahan kondisi pasien, dalam hal ini preeklampsia berat. Oleh karena itu, penulisan kode diagnosis sekunder perlu disesuaikan atau dihilangkan jika tidak ada diagnosis tambahan lain yang relevan, untuk menghindari redudansi dan memastikan akurasi pengkodean sesuai pedoman ICD-10.

Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ressa Oashttamadea (2019) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa tingkat akurasi diagnosis obstetri terdapat 58% tepat dan 42% tidak tepat dengan sebagian besar kesalahan terjadi dalam penentuan kategori atau subkategori kode ICD-10 pada kasus obstetri. Peneliti berasumsi bahwa ketidaktepatan dalam pemberian kode diagnosis ini dapat disebabkan oleh kurangnya pemahaman koder terhadap kaidah pengkodean obstetri untuk menghasilkan kode yang tepat dan akurat.

Salah satu bentuk ketidaktepatan kode diagnosis lain yang ditemukan adalah penggunaan kode dari kelompok *maternal care* seperti O34.2 (*maternal care due to uterine scar from previous surgery*) sebagai diagnosis utama pada kasus yang secara klinis telah berada dalam fase persalinan. Sebagai contoh, ditemukan kasus kehamilan lewat waktu (*prolonged pregnancy*) lebih dari 42 minggu yang ditangani dengan tindakan *sectio caesarea* (SC) namun diagnosis utama yang tercantum tetap berada pada kategori *maternal care* bukan pada kelompok persalinan yang terlambat (*late onset of labor*) sebagaimana diatur dalam klasifikasi ICD-10. Berdasarkan ketentuan dalam ICD-10 kondisi tersebut lebih tepat dikodekan sebagai *prolonged pregnancy* dengan kode O48.

Ketidaktepatan ini berpotensi memengaruhi akurasi pelaporan data pelayanan obstetri serta menimbulkan risiko pada proses administratif seperti klaim asuransi. Temuan di atas juga mencerminkan bahwa prinsip *rule MB* (*morbidity rules*) belum diterapkan secara optimal dalam penetapan diagnosis utama. Prinsip ini menekankan pentingnya mengidentifikasi kondisi utama yang menjadi alasan dilakukannya tindakan medis atau yang paling bertanggung jawab atas perawatan pasien. Pada praktiknya pemilihan kode diagnosis utama cenderung hanya mengikuti urutan penulisan dalam resume medis tanpa dilakukan analisis klinis lanjutan.

Pernyataan ini sejalan dengan pentingnya pemahaman petugas koder terhadap aturan pengkodean diagnosis berdasarkan ICD-10 terutama dalam kasus persalinan. Seorang koder dituntut memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai dalam melakukan pengkodean diagnosis penyakit sesuai dengan ketentuan morbiditas yang berlaku baik berdasarkan teori maupun fakta di lapangan

(D. R. Dewi & Ardianti, 2023). Peneliti berasumsi bahwa meskipun proses pengkodean awal dilakukan oleh dokter namun perekam medis memiliki peran penting dalam memverifikasi serta memastikan ketepatan kode diagnosis yang tercantum. Pengisian kode pada berkas persalinan umumnya lebih terfokus pada diagnosis utama dan tindakan sehingga kode *method of delivery* dan *outcome of delivery* belum tercantum secara konsisten dan kemungkinan terjadi karena kedua kode tersebut sering dianggap sudah terwakili melalui kode tindakan persalinan.

Hal tersebut menunjukkan bahwa kompetensi koder dalam hal pemahaman terhadap aturan penggunaan kode ICD-10 maupun kemampuan analisis menjadi faktor penting dalam memastikan akurasi pengkodean diagnosis. Selain itu, belum adanya evaluasi rutin terkait kelengkapan kode menyebabkan tidak teridentifikasi sejak awal. Diperlukan evaluasi secara berkala dan pelatihan koding agar proses pengkodean tidak hanya sekadar administratif tetapi juga sesuai dengan kondisi pasien secara klinis dan sesuai dengan standar.

5.2.2 Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri Rawat Inap Berdasarkan 5 Unsur (*Man, Method, Machine, Material, dan Money*) di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya

1. Unsur *Man*

a. Lama Kerja

Hasil penelitian pada halaman 76 berdasarkan hasil wawancara didapatkan bahwa lama kerja dipahami oleh kedu informan sebagai sesuatu yang dapat membentuk kebiasaan dan ketelitian dalam melakukan pengkodean diagnosis. Secara umum semakin lama seseorang menjalani profesi sebagai perekam medis semakin terbiasa pula dengan alur kerja dan

kompleksitas kasus termasuk kasus obstetri. Hal ini menunjukkan bahwa lama kerja dianggap relevan dalam meningkatkan pemahaman terhadap prosedur pengkodean.

Pada penelitian ini kedua informan memiliki masa kerja yang sama yaitu dua tahun di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya. Terdapat perbedaan dalam hal pengalaman kerja sebelumnya di mana Informan 1 pernah bekerja di rumah sakit lain sehingga lebih terbiasa dengan proses koding sedangkan Informan 2 merupakan lulusan baru yang sebelumnya belum memiliki pengalaman kerja di fasilitas pelayanan kesehatan. Meskipun demikian, keduanya mengatakan bahwa pengalaman kerja sebelumnya dirasa lebih membantu dalam memahami dan memberikan kode diagnosis secara tepat dibandingkan hanya berdasarkan lamanya bekerja di satu tempat. Kesamaan pandangan antar informan mengenai pentingnya pengalaman kerja sebelumnya menunjukkan bahwa informasi yang disampaikan cukup konsisten.

Guna memperkuat validitas data peneliti juga melakukan triangulasi teknik. Triangulasi teknik observasi hanya dilakukan pada salah satu informan dan dokumentasi berupa SPO pengkodean hanya mengatur prosedur koding dan tidak mencantumkan ketentuan mengenai lama kerja sehingga informasi terkait lama kerja hanya diperoleh dari wawancara dan observasi. Temuan ini menunjukkan bahwa lama kerja tidak teridentifikasi sebagai faktor penyebab dalam ketidaktepatan kode diagnosis pada penelitian ini melainkan pengalaman kerja yang didapatkan sebelumnya

dianggap lebih berperan dalam mendukung proses pengkodean diagnosis obsterti.

Hal ini menunjukkan bahwa meskipun lama kerja dianggap penting oleh informan dalam konteks ini belum dapat diartikan sebagai faktor penyebab ketidaktepatan dalam pengkodean diagnosis. Peneliti berasumsi bahwa kemampuan dalam ketepatan pemberian kode diagnosis obstetri tidak hanya bergantung pada lama kerja tetapi juga pada faktor-faktor lain seperti pengalaman sebelumnya dan pelatihan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Putri et al., (2023) bahwa tidak terdapat hubungan yang antara ketepatan kode diagnosis ISK dengan lama kerja petugas rekam medis. Kemampuan petugas dalam mengkoding diagnosis harus didukung oleh tingkat pengetahuan dan pelatihan yang pernah diikuti. Lama kerja dapat menambah pengalaman petugas, namun tetap diperlukan pelatihan dan peningkatan keterampilan dalam melakukan pengkodean diagnosis secara akurat.

b. Pendidikan

Pendidikan merupakan unsur yang membentuk pemahaman awal seorang perekam medis terhadap standar dan prosedur pengkodean diagnosis. Hasil penelitian pada halaman 78 berdasarkan hasil wawancara kedua informan memiliki latar belakang pendidikan di bidang rekam medis dan menilai bahwa materi pembelajaran yang diperoleh selama perkuliahan sudah cukup relevan dan mendukung kegiatan pengkodean di lapangan. Mereka menyatakan bahwa pemahaman tentang penggunaan ICD-10 serta prosedur koding sebagai dasar penentuan kode diagnosis yang benar telah

diberikan selama perkuliahan. Kesamaan pendapat antar informan ini memperlihatkan konsistensi bahwa pendidikan di bidang rekam medis memberikan kontribusi terhadap kemampuan dalam pemberian kode diagnosis.

Hal tersebut juga didukung oleh triangulasi teknik. Hasil observasi menunjukkan bahwa informan melaksanakan pengkodean diagnosis sesuai dengan alur dan aturan ICD-10. Dokumentasi berupa SPO pengkodean bertuliskan bahwa prosedur tersebut ditujukan untuk Unit Rawat Inap karena koding awal dilakukan oleh dokter saat pelayanan bukan dilakukan langsung oleh perekam medis. Kondisi ini memperlihatkan bahwa meskipun pendidikan telah memberikan dasar yang cukup dalam praktik di lapangan, namun masih terdapat perbedaan alur sesuai kebijakan rumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan di bidang rekam medis tidak teridentifikasi sebagai faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis. Sebaliknya, pendidikan yang memadai justru mendukung ketepatan dalam pelaksanaan koding diagnosis sesuai standar yang berlaku.

Pendidikan dapat memberikan ilmu bagi perekam medis dalam membaca rekam medis pasien secara lebih terstruktur dan memastikan bahwa kode diagnosis yang ditetapkan sesuai dengan kondisi yang tercantum dalam dokumen. Namun, pendidikan saja belum cukup untuk menjamin ketepatan kode diagnosis secara konsisten. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di RSUD SLG Kediri yang menyatakan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi tingkat akurasi dalam proses koding meliputi karakteristik individu petugas koding khususnya latar belakang

pendidikan, pengalaman, serta pelatihan koding yang pernah diikuti petugas (Puspitasari et al., 2024).

Pada pengkodean diagnosis tantangan yang dihadapi berkaitan dengan kelengkapan isi rekam medis serta seberapa sering petugas menghadapi variasi kasus yang kompleks. Peneliti berasumsi bahwa pendidikan di bidang rekam medis merupakan syarat mendasar dalam mendukung akurasi pengkodean diagnosis obstetri. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan Erlindai & Indriani (2018) menunjukkan hasil uji nilai $p = 0,106$ dengan H_0 diterima yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan petugas rekam medis dengan ketidaktepatan pengkodean diagnosis pada kasus persalinan sectio caesarea di RSUD IPI. Guna mencapai ketepatan kode diagnosis obstetri pendidikan perlu didukung oleh faktor-faktor lain seperti pelatihan secara berkala, keterampilan, serta pemahaman yang mendalam terhadap karakteristik kasus-kasus obstetri. Oleh karena itu, pendidikan bukan faktor penyebab ketidaktepatan dalam pengkodean diagnosis obstetri.

c. Kompetensi

Kompetensi petugas rekam medis merupakan aspek yang dapat memengaruhi ketepatan dalam proses pengkodean diagnosis khususnya pada kasus obstetri. Kompetensi dalam hal ini mencakup pemahaman terhadap kaidah koding, keterampilan dalam memilih kode, pengalaman, serta pelatihan atau seminar yang pernah diikuti. Berdasarkan hasil wawancara pada halaman 79 ditemukan bahwa terdapat perbedaan pengalaman antar informan dalam hal pelatihan pengkodean diagnosis.

Berdasarkan hasil wawancara, kedua informan menunjukkan pandangan yang relatif sama bahwa kompetensi sumber daya manusia memiliki peran penting dalam proses pengkodean diagnosis obstetri. Salah satu informan pernah mengikuti seminar yang dianggap membantu dalam memahami aturan pengkodean dan penggunaan ICD-10. Sementara informan lainnya belum pernah mengikuti pelatihan maupun seminar yang secara khusus membahas pengkodean diagnosis. Pada pelaksanaan coding diagnosis obstetri informan juga mengungkapkan bahwa kendala yang sering dihadapi adalah ketika informasi dalam rekam medis tidak lengkap. Ketika diagnosis utama tidak didukung oleh hasil laboratorium, USG atau keterangan medis lainnya maka petugas harus melakukan penelusuran tambahan dan mengambil keputusan berdasarkan pemahaman yang dimiliki. Tingkat kompetensi petugas sangat menentukan bahwa petugas yang memiliki pemahaman mendalam dan pengalaman yang memadai cenderung lebih mampu menafsirkan data secara akurat dan memilih kode yang sesuai terutama pada kasus obstetri dengan diagnosis yang kompleks maupun tidak lengkap.

Hasil observasi juga menunjukkan bahwa pengkodean diagnosis sudah dilaksanakan mengikuti alur yang ada dalam SPO dan terintegrasi melalui SIMRS. Dokumentasi berupa SPO pengkodean menuliskan bahwa tugas pengisian kode memang dilakukan oleh tenaga perekam medis yang memiliki dasar pendidikan di bidangnya. Hal ini memperkuat bahwa kompetensi SDM memang menjadi elemen penting dalam menjamin ketepatan coding.

Pada profesi perekam medis kompetensi sangat berkaitan dengan kemampuan teknis dalam memahami struktur ICD-10, menginterpretasikan rekam medis, dan menetapkan kode diagnosis yang tepat. Penelitian yang dilakukan yang dilaksanakan di RSUD Vertikal Kementerian Kesehatan wilayah DKI Jakarta menunjukkan bahwa kompetensi yang mencakup aspek pengetahuan, sikap, dan keterampilan merupakan faktor penting yang mendukung terciptanya kode diagnosis yang berkualitas. Pada penelitian ini petugas PMIK di rumah sakit vertikal memperoleh skor kompetensi sebesar 81,65. Sementara itu, nilai rata-rata kualitas koding yang dihasilkan tercatat sebesar 8. Berdasarkan hasil analisis regresi linear diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,000 yang berarti bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara kompetensi PMIK terhadap mutu koding klinis yang dihasilkan (Utomo & Hosizah, 2020).

Peneliti berasumsi bahwa kompetensi merupakan faktor yang mendukung kualitas pengkodean diagnosis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kurangnya pelatihan mengenai pengkodean diagnosis khususnya pada kasus obstetri menjadi salah satu kendala utama. Hal ini dibuktikan dengan cukup tingginya angka ketidaktepatan kode diagnosis obstetri rawat inap pada Triwulan I tahun 2025 di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya. Tanpa adanya pengembangan ilmu melalui pelatihan maka petugas akan tetap kesulitan dalam menghadapi kasus yang memerlukan kompleksitas tinggi. Kompetensi petugas dalam pengkodean diagnosis obstetri merupakan salah satu faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri sehingga perlu ditingkatkan melalui pelatihan-pelatihan

koding. Peningkatan kompetensi petugas diharapkan dapat meminimalkan tingkat kesalahan dalam pengkodean diagnosis obstetri.

d. Pengetahuan

Hasil penelitian yang berada pada halaman 82 dapat diketahui bahwa wawancara dengan kedua informan terkait pemahaman mengenai pengkodean diagnosis obstetri pada dasarnya menunjukkan konsistensi pentingnya kelengkapan informasi rekam medis khususnya diagnosis utama, diagnosis sekunder, serta hasil pemeriksaan penunjang seperti USG dan laboratorium. Kedua informan sama-sama menyampaikan bahwa aspek tersebut merupakan syarat penting untuk menghasilkan kode diagnosis yang akurat. Terdapat perbedaan dalam mengatasi kendala penentuan kode diagnosis obstetri keduanya berpendapat bahwa terminologi medis tertentu masih dapat menimbulkan kebingungan dalam proses pengkodean. Selain itu, keterbatasan pemahaman terhadap istilah medis khususnya dalam konteks obstetri masih menjadi tantangan.

Petugas yang tidak terbiasa dengan terminologi medis kasus yang kompleks akan mengalami kesulitan dalam memahami isi rekam medis secara menyeluruh sehingga harus mencari referensi tambahan atau mengandalkan bantuan dari rekan sejawat. Hal ini menunjukkan bahwa perbedaan pengetahuan dan pengalaman turut memengaruhi ketelitian dan akurasi dalam proses pengkodean diagnosis. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Erlindai & Indriani (2018) di Rumah Sakit RSUD IPI menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara ketidaktepatan koding persalinan sectio caesarea dengan tingkat pengetahuan koder. Koder

dengan pemahaman yang baik mampu menentukan kode diagnosis yang lebih akurat dan sesuai standar.

Pemahaman petugas perekam medis terhadap alur pengkodean obstetri pada dasarnya sudah baik namun akurasi kode diagnosis tetap bergantung pada kelengkapan data medis yang dimasukkan oleh dokter ke dalam sistem elektronik termasuk pencantuman kode diagnosis baik utama maupun sekunder serta hasil penunjang. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun keterbacaan sudah tidak lagi menjadi kendala dikarenakan penerapan rekam medis sudah elektronik, namun permasalahan terkait data yang tidak lengkap atau tidak didukung oleh dokumen penunjang yang memadai masih menjadi kendala. Kesamaan pandangan kedua informan yang menetapkan *SC emergency* sebagai kode diagnosis utama juga menegaskan adanya pemahaman yang relatif seragam dalam menilai kasus obstetri yang kompleks. Pemahaman tersebut belum sesuai dengan standar ICD karena diagnosis utama seharusnya adalah presentasi bokong sedangkan *SC emergency* merupakan tindakan. Konsistensi yang kurang tepat ini menjadi salah satu faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri.

Hasil wawancara tersebut diperkuat melalui observasi peneliti terhadap dokumen rekam medis elektronik di mana proses pengkodean diawali dengan pencatatan dokter kemudian petugas menginputkan kode sesuai dengan data yang ada. Dokumentasi rekam medis juga menunjukkan bahwa ketidaklengkapan data seperti tidak dicantumkannya diagnosis sekunder atau dokumen penunjang terkadang terjadi sehingga berpotensi

menimbulkan perbedaan interpretasi dan ketidaktepatan kode. Dengan demikian hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi saling melengkapi dan menguatkan.

Peneliti berasumsi bahwa perbedaan tingkat pengetahuan ini terjadi karena belum adanya upaya yang maksimal dalam meningkatkan kompetensi petugas secara berkelanjutan. Pernyataan ini selaras dengan temuan yang dilakukan oleh Loren & Wijayanti (2020) mengatakan bahwa ketidaktepatan dalam pemberian kode diagnosis dapat disebabkan oleh terbatasnya pengetahuan petugas. Oleh karena itu, peningkatan kualitas pelatihan koding menjadi hal yang penting untuk dilaksanakan. Kurangnya pelatihan tentang pengkodean diagnosis obstetri dapat membuat petugas kurang memahami dalam menghadapi variasi kasus yang lebih kompleks. Pengetahuan petugas menjadi faktor penyebab terjadinya ketidaktepatan kode diagnosis obstetri terutama pada kasus dengan dokumentasi klinis yang kompleks atau tidak lengkap.

Pada unsur *man*, diketahui bahwa pemahaman petugas mengenai pengkodean obstetri relatif sama namun faktor kelengkapan data medis dan dokumen penunjang masih menjadi hambatan utama. Oleh karena itu, aspek pengetahuan ini dapat dikategorikan sebagai salah satu faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri karena meskipun pemahaman sudah cukup baik namun kelengkapan data rekam medis pasien tetap penting dalam menghasilkan kode yang akurat. Selain itu, koder juga dituntut untuk terus mengembangkan kompetensinya dengan mengikuti pelatihan terbaru

di bidang rekam medis guna menunjang peningkatan keterampilan dalam menjalankan tugasnya secara optimal.

2. Unsur *method*

Hasil penelitian pada halaman 86 berdasarkan wawancara didapatkan bahwa proses pengkodean diagnosis obstetri di rumah sakit telah mengacu pada pedoman resmi seperti ICD-10 untuk penentuan kode diagnosis dan ICD-9 untuk kode tindakan serta didukung oleh keberadaan Standar Prosedur Operasional (SPO) koding. Meskipun belum adanya SPO maupun buku panduan khusus untuk kasus obstetri petugas pengkodean mengatakan bahwa SPO yang ada sudah cukup menjadi acuan dalam pelaksanaan tugas, termasuk dalam pengkodean kasus obstetri.

Pada wawancara yang telah dilakukan dengan informan diketahui bahwa SPO koding telah digunakan secara konsisten dan dianggap memadai untuk mendukung proses pengkodean secara menyeluruh. Petugas juga telah memahami alur kerja berdasarkan SPO yang berlaku mulai dari menerima diagnosis yang diisi oleh dokter melakukan verifikasi terhadap data pendukung hingga melakukan input kode ke dalam sistem. Meskipun diperlukan penyesuaian di masa mendatang terkait pengembangan sistem rekam medis elektronik (RME), saat ini SPO yang sudah ada dinilai cukup jelas dan sistematis. Penelitian yang dilakukan oleh Azzahro & Alvionita (2023) menyatakan bahwa dalam praktiknya sudah tersedia Standar Prosedur Operasional (SPO) yang mengatur proses pengkodean diagnosis dan prosedur atau tindakan tetapi, masih disusun secara umum dan belum secara rinci.

Ketidakterediaan panduan yang rinci dapat berpotensi menimbulkan perbedaan dalam proses pengkodean antar individu atau unit kerja. Diperlukan pembaruan dokumen SPO agar lebih spesifik guna meningkatkan akurasi dan keseragaman dalam praktik pengkodean diagnosis. Peneliti berasumsi bahwa unsur *method* bukan merupakan faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri. Asumsi ini didasarkan pada temuan bahwa rumah sakit telah memiliki acuan kerja berupa SPO pengkodean dan secara fungsional petugas telah memahami serta menjalankan alur kerja sesuai prosedur yang ditetapkan.

Unsur *method* tidak ditemukan sebagai faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri karena petugas cukup mampu menjalankan prosedur sesuai alur kerja dan tidak ditemukan kendala. Namun, peneliti tetap menyarankan pentingnya penyusunan SPO khusus pengkodean obstetri untuk menghindari perbedaan pemahaman antarpetugas serta memperkuat akurasi kode khususnya untuk kasus dengan kompleksitas tinggi yang berkaitan dengan pencantuman kode diagnosis *method of delivery* dan *outcome of delivery* yang wajib disertakan dalam setiap kasus persalinan.

3. Unsur *Machine*

Hasil penelitian pada halaman 87 menunjukkan Informan 1 maupun Informan 2 menyampaikan keterangan yang sama bahwa rumah sakit telah menyediakan sarana penunjang pengkodean diagnosis seperti komputer, SIMRS, akses internet, dan ICD *online*. Keduanya menilai bahwa sarana tersebut sangat membantu mempercepat dan mempermudah proses koding.

Selain itu, keduanya juga sepakat bahwa penggunaan sistem elektronik jauh lebih efektif, efisien, dan akurat dibandingkan metode manual yang digunakan sebelumnya. Konsistensi jawaban ini menunjukkan bahwa unsur *machine* dalam penelitian berperan dalam meningkatkan kualitas pengkodean diagnosis.

Ketersediaan sarana dan sistem informasi yang memadai membantu petugas bekerja lebih cepat dan mengurangi risiko kesalahan dalam proses pengkodean meskipun pada pelaksanaannya masih terdapat kendala teknis yang sesekali muncul seperti listrik padam atau gangguan sistem. Namun, gangguan tersebut hanya bersifat sementara dan tidak berlangsung lama serta masih dapat diantisipasi dengan pengkodean secara manual. Hasil wawancara ini diperkuat dengan data observasi di mana peneliti menemukan bahwa petugas memang sudah menggunakan komputer dan SIMRS dalam proses pengkodean. Dokumentasi berupa SPO pengkodean juga mencantumkan langkah memasukkan kode diagnosis ke komputer dan catatan rekam medis pasien sudah tersimpan ke dalam SIMRS yang menunjukkan bahwa sistem pengkodean sudah berjalan secara elektronik.

Sistem RME di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya masih dalam tahap pengembangan. Petugas menyampaikan bahwa sistem yang ada saat ini sudah cukup mendukung proses pengkodean. Kedua informan juga menyampaikan harapan ke depannya agar sistem SIMRS atau RME dapat dilengkapi dengan fitur tambahan seperti notifikasi otomatis ketika ada diagnosis yang belum dikode sehingga pengecekan tidak harus dilakukan secara manual satu per satu.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Loren & Wijayanti (2020) di RSUD Haji Surabaya menunjukkan bahwa rumah sakit tersebut telah dilengkapi dengan komputer yang telah terpasang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang mempermudah petugas dalam proses pengkodean diagnosis. Namun, pada kenyataannya sistem tersebut tidak *user friendly* dan menyulitkan petugas dalam penggunaannya. Terdapat juga gangguan jaringan serta tiba-tiba mati karena masih menggunakan *processor* versi lama. Disarankan agar tetap dilakukan pembaruan *processor* dan perbaikan jaringan secara berkala baik setiap bulan maupun setiap triwulan guna menjaga kinerja sistem tetap berjalan dengan baik dan stabil.

Peneliti berasumsi bahwa kendala pada aspek teknologi di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Panglima Surabaya tidak tergolong sebagai faktor penyebab ketidaktepatan pengkodean diagnosis karena sifat gangguannya yang tidak berdampak langsung terhadap proses pengambilan keputusan dalam pengkodean. Secara keseluruhan unsur *machine* sudah cukup baik dan mendukung pekerjaan petugas walaupun terdapat beberapa masukan untuk pengembangan lebih lanjut.

Teknologi yang tersedia telah memenuhi kebutuhan dalam pengkodean diagnosis obstetri dan membantu meningkatkan efisiensi kerja. Peneliti menyimpulkan bahwa unsur *machine* bukan merupakan faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis. Unsur *machine* justru memberikan kontribusi dalam mendukung pemberian kode diagnosis karena pengkodean dilakukan secara elektronik melalui sistem *Medify* yang dinilai sudah efektif

dan efisien. Namun, sistem rekam medis elektronik (RME) yang belum sepenuhnya terintegrasi serta tidak adanya fitur notifikasi otomatis untuk mendeteksi kekosongan kode diagnosis tetap menjadi kekurangan yang perlu diperbaiki. Meskipun demikian, kekurangan tersebut tidak berdampak langsung pada akurasi kode dan lebih bersifat minor tetapi kekurangan tersebut tetap perlu diperbaiki guna menyempurnakan sistem di masa mendatang.

4. Unsur *Material*

a. Penggunaan ICD-10

Berdasarkan hasil penelitian yang tercantum pada halaman 90 unsur *material* dalam pengkodean diagnosis obstetri merujuk pada penggunaan referensi dalam pengkodean diagnosis yaitu International Classification of Diseases edisi ke-10 (ICD-10). Buku ICD-10 berperan penting sebagai standar dalam menetapkan kode diagnosis yang akurat dan konsisten. Keberadaan buku tersebut tidak secara otomatis menjamin ketepatan pengkodean apabila tidak disertai dengan pemahaman yang memadai terhadap struktur klasifikasinya.

Hasil wawancara menunjukkan bahwa kedua informan memang menggunakan ICD-10 dalam proses pengkodean, namun penggunaannya pada kasus-kasus tertentu yang sulit. Petugas cenderung mengandalkan ingatan untuk kasus-kasus yang sudah umum ditemui dan hanya membuka ICD-10 untuk kasus yang dianggap sulit atau tidak familiar. Hal ini menunjukkan bahwa

referensi yang ada belum dimanfaatkan secara maksimal dan teratur sehingga bisa menimbulkan kesalahan dalam memilih kode. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Puspaningtyas et al., (2022) ditemukan bahwa pemberian kode diagnosis secara berulang didasarkan pada hafalan atau kebiasaan tanpa melakukan pengecekan dan menganalisis kembali pada sistem klasifikasi ICD-10 dapat menyebabkan ketidakakuratan kode diagnosis yang dihasilkan. Selain itu, temuan dari penelitian lain juga menunjukkan bahwa kecenderungan petugas dalam menetapkan kode diagnosis secara berulang berdasarkan kebiasaan yakni dengan merujuk pada diagnosis yang paling sering muncul tanpa melakukan verifikasi melalui ICD-10 dapat menjadi penyebab rendahnya tingkat akurasi dalam pengkodean diagnosis penyakit (Risianti et al., 2020).

Kedua informan sepakat bahwa ketidakpahaman terhadap struktur maupun istilah dalam ICD-10 dapat berisiko menimbulkan kesalahan dalam menentukan kode diagnosis. Banyak bagian dalam ICD-10 yang membutuhkan ketelitian tinggi seperti mengenali *lead term*, *subterm*, *rule* morbiditas serta memahami catatan eksklusif (*exclusion notes*), rujukan silang, atau batasan pemakaian kode. Selain itu, terdapat perbedaan dalam mengakses buku ICD-10. Informan 1 mengatakan lebih nyaman menggunakan buku karena dianggap lebih jelas dan sudah terbiasa. Sebaliknya, informan 2 lebih mengandalkan pencarian secara online seperti melalui *google* atau diskusi dengan rekan kerja. Pencarian kode secara *online* dapat

mempercepat proses pengkodean, namun kebiasaan menggunakan sumber-sumber tidak resmi yang tidak terstandarisasi seperti hasil pencarian *google* dapat berisiko menimbulkan kesalahan terutama jika informasi yang ditemukan tidak sesuai dengan kode dalam ICD-10.

Perbedaan cara penggunaan ICD-10 tidak saling bertentangan melainkan hanya menunjukkan perbedaan cara penggunaan referensi oleh masing-masing informan yang pada dasarnya tetap berlandaskan pada sumber yang sama yaitu ICD-10. Hal ini menguatkan kekonsistenan data karena keduanya memiliki pandangan yang sama terkait pentingnya ICD-10 meskipun cara penggunaannya berbeda. Persamaan pendapat kedua informan juga didukung oleh data observasi yang menunjukkan bahwa di ruangan memang sudah tersedia buku ICD-10 maupun ICD-10 *online* saat melakukan pengkodean diagnosis. Pada dokumentasi rekam medis pasien juga memperlihatkan bahwa kode diagnosis yang digunakan telah merujuk pada standar ICD-10 meskipun masih terdapat beberapa kasus obstetri di mana kode yang ditegakkan belum sepenuhnya sesuai dengan standar. Triangulasi teknik melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi ini semakin menegaskan bahwa penggunaan ICD-10 merupakan pedoman penting yang tidak dapat dipisahkan dalam proses pengkodean diagnosis obstetri di rumah sakit.

Peneliti berasumsi bahwa ketidaktepatan kode diagnosis obstetri dari aspek *material* bukan disebabkan oleh tidak tersedianya referensi melainkan karena kurang optimalnya pemanfaatan dan pemahaman terhadap referensi yang ada. ICD-10 telah tersedia dan digunakan tetapi belum sepenuhnya dimanfaatkan secara konsisten dan akurat karena kebiasaan kerja masing-masing petugas. Unsur *material* berupa penggunaan ICD-10 tidak dapat dijadikan sebagai faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri. Perbedaan cara penggunaan ICD-10 lebih menggambarkan kebiasaan masing-masing petugas bukan menunjukkan masalah pada aspek *material*.

b. Kelengkapan Isi Berkas Rekam Medis

Berdasarkan hasil penelitian pada halaman 92, unsur *material* dalam pengkodean diagnosis obstetri berkaitan erat dengan kelengkapan, keterbacaan, dan kejelasan isi rekam medis pasien. Dokumen-dokumen seperti resume medis, CPPT, hasil penunjang, asesmen awal, dan formulir tindakan merupakan sumber utama informasi yang dibutuhkan oleh petugas untuk menentukan kode yang tepat. Hasil wawancara dan observasi kedua informan menyampaikan bahwa hingga saat ini belum ada evaluasi rutin terkait kelengkapan isi rekam medis. Pemeriksaan biasanya hanya terfokus pada item-item penting seperti identitas tenaga kesehatan, tanggal, jam, resume medis, dan laporan operasi. Keduanya mengatakan bahwa diagnosis yang tidak lengkap atau tidak spesifik lebih sering ditemukan saat masih menggunakan rekam medis

manual. Penerapan rekam medis elektronik (RME) sudah membantu petugas terkait keterbacaan informasi dan tidak lagi menjadi kendala meskipun terkadang masih ditemui data yang kurang lengkap seperti asesmen awal, CPPT, atau hasil penunjang. Informan menyampaikan bahwa hal ini bukan karena keterbatasan sistem melainkan lebih kepada faktor manusia yang tidak mengisi dokumen sesuai prosedur yang telah ditetapkan.

Hal ini menunjukkan bahwa meskipun RME mempermudah keterbacaan dan meminimalisasi kesalahan tulisan tangan tetapi kualitas pengkodean masih sangat bergantung pada kelengkapan informasi yang diinput dokter. Ketidaklengkapan kode diagnosis obstetri yang kompleks membuat petugas perekam medis sering kali harus melakukan verifikasi tambahan atau mengakses data lain di SIMRS untuk memastikan ketepatan kode. Ketidaklengkapan tersebut dapat berdampak pada kurangnya informasi yang seharusnya mendukung proses pengkodean diagnosis obstetri.

Kedua informan sama-sama menegaskan bahwa jika informasi tidak cukup jelas mereka harus melakukan konfirmasi ke ruangan atau menelusuri data tambahan sebelum menentukan kode diagnosis. Belum adanya sistem evaluasi secara berkala maupun audit koding memperkuat temuan bahwa proses dokumentasi medis dan validasi masih belum optimal. Sejalan dengan ini, penelitian yang dilakukan oleh Pramono et al., (2021) menunjukkan bahwa audit koding merupakan salah satu faktor penting dalam mendukung

ketepatan kode diagnosis. Ketidakterlaksananya audit koding secara berkala dapat berdampak pada tidak adanya proses verifikasi atau telaah atas hasil pengkodean sehingga tingkat akurasi tetap rendah. Oleh karena itu, audit koding dan audit medis perlu dilakukan secara rutin disertai dengan pengawasan dari pimpinan fasilitas layanan kesehatan.

Asumsi peneliti menyatakan bahwa aspek *material* ini merupakan salah satu faktor penyebab dalam ketidaktepatan kode diagnosis obstetri. Belum adanya evaluasi kelengkapan isi berkas, belum tersedianya audit koding secara berkala, serta kurang lengkapnya dokumen klinis menunjukkan bahwa unsur *material* tidak hanya soal kejelasan atau keterbacaan isinya tetapi juga ketersediaan dokumen dan kualitas data yang dihasilkan. Meskipun SIMRS telah digunakan jika isi berkas tidak lengkap dan tidak ada kontrol mutu maka proses pengkodean tetap berisiko mengalami ketidaktepatan.

Berdasarkan hasil wawancara informan menyatakan bahwa masih banyak data yang tidak tercatat secara lengkap, seperti hasil pemeriksaan penunjang, resume medis, dan informasi pada CPPT. Kekosongan data ini berdampak pada proses koding karena petugas tidak bisa menetapkan kode diagnosis dengan dasar yang kuat tanpa konfirmasi tambahan. Dokumentasi rumah sakit juga menunjukkan bahwa laporan terkait review kelengkapan yang tersedia masih versi

lama dan belum terdapat audit koding sehingga belum mencerminkan kondisi terbaru secara akurat.

Hal ini diperkuat dengan penelitian di RSUD Praya Tahun 2022 yang menyatakan bahwa kurangnya informasi dalam rekam medis dapat berdampak pada ketepatan proses pengkodean. Diagnosis yang ditulis secara tidak lengkap atau kurang spesifik sering kali menyulitkan petugas koding dalam menentukan kode yang tepat. Ketidaklengkapan informasi penunjang medis juga menjadi hambatan tersendiri karena data yang dibutuhkan untuk mendukung penetapan diagnosis tidak tersedia secara utuh (Fanani & Suotmo, 2022).

Peneliti berasumsi bahwa ini bukan hanya masalah administratif melainkan masalah dalam hal pendokumentasian rekam medis dan belum adanya pengawasan kualitas terhadap isi rekam medis. Pengecekan kelengkapan rekam medis memang sudah dilakukan petugas setiap hari namun belum difokuskan pada kebutuhan pengkodean dan tidak ada bukti pelaksanaan audit koding sebagai bentuk dari pemantauan kualitas rekam medis. Kegiatan evaluasi memiliki peran penting dalam meninjau kembali ketepatan kode yang telah ditetapkan, mengidentifikasi kemungkinan kesalahan, dan memberikan umpan balik kepada petugas.

Belum adanya evaluasi secara rutin menyebabkan proses pengkodean berjalan tanpa pengawasan yang memadai sehingga potensi kesalahan tidak terdeteksi sejak awal dan dapat terus

berulang tanpa adanya perbaikan. Sejalan dengan pernyataan dari Ningsih et al., (2024) audit pengkodean merupakan salah satu cara yang perlu dilakukan untuk meninjau dan menganalisis kesalahan dalam proses coding. Audit ini bertujuan menelusuri akar masalah, mengevaluasi kesesuaian data petugas coding dengan rekam medis pasien, serta mengidentifikasi aspek pengkodean yang perlu diperbaiki untuk meningkatkan akurasi dan kualitas proses pengkodean secara menyeluruh.

Kelengkapan isi berkas rekam medis merupakan aspek penting dalam mendukung ketepatan pengkodean diagnosis obstetri. Meskipun sistem sudah berbasis elektronik dan memudahkan dalam hal keterbacaan tetapi kelengkapan isi rekam medis yang belum lengkap dapat menjadi salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya ketidaktepatan kode diagnosis obstetri.

5. Unsur *Money*

Hasil penelitian yang dijelaskan pada halaman 95 menunjukkan bahwa belum adanya anggaran dari pihak rumah sakit menjadi kendala dalam pelaksanaan pelatihan coding. Berdasarkan hasil wawancara, diketahui bahwa pelatihan terkait pengkodean diagnosis obstetri masih belum tersedia di rumah sakit dan menjadi salah satu kebutuhan untuk pengembangan kompetensi petugas di masa mendatang. Informan 1 menyampaikan bahwa jika ingin mengikuti pelatihan harus menggunakan biaya pribadi. Informan 2 menambahkan bahwa meskipun belum pernah mengusulkan secara langsung apabila di masa mendatang tersedia dana

pelatihan koding dan dasar rekam medis akan sangat bermanfaat terutama bagi tenaga perekam medis sebagai pengguna sistem pengkodean yang baru memulai pekerjaan. Kesamaan pendapat kedua informan menunjukkan bahwa pelatihan secara berkala diperlukan guna mengembangkan kompetensi petugas dalam pengkodean diagnosis.

Berdasarkan keterangan kedua informan selama bekerja di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya belum pernah diadakan pelatihan koding. Observasi peneliti yang bersumber dari pengalaman dan pengamatan informan menunjukkan bahwa pada unit rekam medis maupun unit lain memang belum menyelenggarakan program pelatihan pengkodean diagnosis secara berkala. Dokumentasi terkait alokasi anggaran untuk pelatihan bagi unit rekam medis tidak dilakukan oleh peneliti dan hanya diperoleh melalui pengalaman dan pengamatan petugas.

Belum adanya anggaran terkait pelatihan juga dapat menjadi hambatan dalam upaya meningkatkan kualitas kerja di lingkungan kerja. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ramdhani & Gunawan (2024) di Rumah Sakit X bahwa salah satu faktor yang memengaruhi penyebab keakuratan kodifikasi pada rekam medis rawat inap yaitu unsur *money*. Hal ini terlihat dari belum adanya anggaran untuk mengikuti pelatihan bagi petugas rekam bagian koding. Kepala unit rekam medis di Rumah Sakit X sebenarnya telah mengajukan permintaan kepada manajemen rumah sakit untuk mendapatkan pelatihan koding secara khusus. Namun, hingga saat ini permohonan tersebut belum memperoleh tanggapan atau tindak lanjut dari pihak manajemen.

Peneliti berasumsi bahwa unsur “*money*” menjadi salah satu faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri karena belum adanya pelatihan secara berkala terkait koding diagnosis. Berdasarkan hal tersebut, pelatihan pengkodean diagnosis obstetri di rumah sakit saat ini belum tersedia mengingat kompleksitas kasus obstetri, ketelitian dan pemahaman terhadap standar pengkodean menjadi hal yang penting. Pelatihan juga seharusnya mencakup pelatihan dalam penggunaan sistem informasi termasuk rekam medis elektronik (RME) yang masih dalam tahap pengembangan. Penggunaan sistem elektronik sangat penting untuk mendukung akurasi koding namun tanpa pelatihan khusus penggunaannya bisa menjadi tidak maksimal. Unsur *money* merupakan faktor yang penting dalam pengkodean diagnosis obstetri di rumah sakit. Tanpa adanya dukungan pendanaan maka pelaksanaan pelatihan tidak dapat terlaksana, audit pengkodean tidak dapat dilakukan serta pengembangan sistem dokumentasi menjadi terhambat.

Peneliti menilai bahwa hanya beberapa unsur saja yang menjadi penyebab ketidaktepatan pengkodean diagnosis obstetri rawat inap. Berdasarkan pembahasan di atas menunjukkan bahwa unsur *man*, *money*, dan *material* merupakan faktor penyebab terjadinya ketidaktepatan kode diagnosis obstetri rawat inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya. Ketiga unsur tersebut saling berkaitan karena belum adanya pelatihan serta kurangnya kelengkapan dokumen rekam medis yang diperlukan untuk mendukung proses pengkodean secara akurat. Unsur *method* dan *machine* bukan faktor penyebab ketidaktepatan pengkodean diagnosis

obstetri namun tetap memerlukan perbaikan sistem agar proses pengkodean berjalan lebih baik.

5.3 Keterbatasan Penelitian

1. Berkas rekam medis yang diteliti hanya mencakup periode triwulan I bulan Januari-Maret tahun 2025 sehingga kasus obstetri yang dianalisis terbatas.
2. Penelitian ini mengalami perubahan dalam pemilihan informan yang disebabkan oleh ketidaksediaan dokter untuk diwawancarai sehingga peneliti melakukan penyesuaian dengan memilih informan lain yang relevan dan sesuai dengan kriteria penelitian.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini membahas simpulan yang diperoleh dari hasil penelitian dan beberapa saran yang dapat digunakan untuk perbaikan dalam penelitian selanjutnya dan berguna bagi pihak-pihak terkait. Kesimpulan berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian yang telah dilakukan terkait analisis faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis obstetri rawat inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya sebagai berikut :

6.1 Kesimpulan

1. Berdasarkan analisis terhadap 50 rekam medis kasus obstetri rawat inap pada Triwulan I Tahun 2025 di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya didapatkan tingkat ketidaktepatan kode diagnosis sebanyak 49 berkas (98%) dan 1 berkas (2%) yang tepat. Ketidaktepatan tersebut disebabkan karena tidak terdapat kode diagnosis sekunder metode persalinan maupun hasil persalinan dan terdapat beberapa pemilihan kode diagnosis utama yang kurang tepat.
2. Berdasarkan hasil analisis ketidaktepatan pengkodean diagnosis obstetri rawat inap disebabkan oleh beberapa faktor dari unsur 5M. Unsur *man* dalam penelitian ini mencakup aspek pengetahuan dan kompetensi petugas yang masih perlu ditingkatkan dalam memahami serta menerapkan kode diagnosis obstetri secara tepat. Unsur *money* terkait dengan belum adanya pelatihan berkala guna meningkatkan kompetensi petugas. Unsur *material* berkaitan dengan ketidaklengkapan dokumen rekam medis yang menyulitkan penetapan kode diagnosis obstetri serta belum adanya audit atau evaluasi

terkait kelengkapan isi rekam medis dan akurasi koding. Sementara itu, unsur *method* dan *machine* tidak diidentifikasi sebagai faktor penyebab ketidaktepatan pengkodean diagnosis obstetri namun tetap perlu diperhatikan guna mendukung perbaikan sistem secara menyeluruh.

6.2 Saran

1. Bagi Rumah sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya
 - a. Disarankan untuk mengadakan pelatihan pengkodean diagnosis terkait kasus obstetri yang kompleks bagi petugas rekam medis dan tenaga medis lainnya guna meningkatkan pemahaman dan keterampilan dalam pengkodean diagnosis.
 - b. Diperlukan evaluasi secara berkala seperti audit koding sebagai salah satu langkah untuk mendukung peningkatan kualitas dokumentasi dan akurasi pengkodean di masa mendatang.
2. Bagi STIKES Hang Tuah Surabaya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran dalam pengembangan ilmu pengetahuan pada Program Manajemen Informasi Kesehatan terkait materi kodefikasi diagnosis dan dokumentasi rekam medis.
3. Bagi Penelitian Selanjutnya
 - a. Peneliti selanjutnya disarankan untuk menambah jumlah informan atau memperpanjang periode pengambilan data serta menggunakan teknik triangulasi sumber untuk mendapatkan hasil secara menyeluruh terkait faktor penyebab ketidaktepatan pengkodean diagnosis.
 - b. Penelitian selanjutnya disarankan untuk meneliti terkait ketidaktepatan pengkodean dan faktor penyebabnya pada kasus lain, seperti penyakit

jantung, saraf, atau mata, melalui pendekatan kuantitatif terhadap variabel spesifik (misalnya pengetahuan) atau dengan pendekatan *mixed methods* guna memperoleh data yang lebih komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiputra, I. M. S., Luh, N., Devhy, P., Intan, K., & Sari, P. (2020). Gambaran Ketepatan Kode Icd-10 Kasus Obstetri Triwulan 1 pada Pasien Rawat Inap di Rsud Sanjiwani Gianyar. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 8(2), 148–153.
- Amran, R., Apriyani, A., & Dewi, N. P. (2022). Peran Penting Kelengkapan Rekam Medik di Rumah Sakit. *Baiturrahmah Medical Journal*, 1(2), 69–76.
- Anggraini, A., Widjaja, L., Indawati, L., Dewi, D. R., & Unggul, U. E. (2023). Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Kasus Persalinan Secara Sectio Caesarea Di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 3(1), 6–11.
- Azzahro, A. S., & Alvionita, C. V. (2023). Analisis ketepatan kode diagnosis kasus persalinan pada pasien rawat inap di rumah sakit dkt sidoarjo tahun 2022. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan Indonesia (Jurmiki)*, 03, 1–8.
- Berliani, Zahra, A., & Dhamanti, I. (2024). Analisis Hambatan Implementasi Sistem Interoperabilitas Pada Sistem Informasi Di Rumah Sakit. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(2), 3265–3277.
- Bili, I. F. (2020). *Sistem Pelayanan Rekam Medis Tppri Di Rumah Panti Nugroho*. Akademik Manajemen Administrasi YPK Yogyakarta: Skripsi tidak dipublikasikan
- Dea, V., Marbun, R., & Ariyanti, R. (2022). Ketepatan Kode Kasus Pneumonia Di Rumah Sakit Kota Malang. *Jurnal Pendiidkan Indonesia*, 2(5), 75–81.
- Debnath, K., & Chatterjee, S. (2021). Reconsidering the Research Ethics in Social Sciences. *Academia Letter*, July, Article 1718.
- Dekanawati, V., Astriawati, N., Setiyantara, Y., Subekti, J., & Kirana, A. F. (2023). Analisis pengaruh kualitas pelayanan diklat kepabeanan terhadap kepuasan peserta pelatihan. *Jurnal Saintek Maritim*, 23(2), 159–176.
- Dewi, D. R., & Ardianti, T. (2023). Ketepatan Pengodean Kasus Persalinan Pasien BPJS Kesehatan di RSIA Malebu Husada Makassar. *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM)*, 11(2), 124–129.
- Dewi, N. F., Grataridarga, N., Setiawati, R., & Syahidah, Q. N. (2020). Identifikasi Kelengkapan Pengisian Metadata Rekam Medis Rawat Jalan RSIA Bunda Aliyah Depok. *Jurnal Administrasi Bisnis Terapan*, 2(2).
- Dewi, R. K., Nardina, E. A., & Nugroho, F. H. (2024). Akurasi Dan Ketepatan Pengkodean Diagnosis Pada Kasus Obstetric Di Rst Dr.Asmir Dkt Salatiga Prodi Sarjana Kebidanan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Estu Utomo Boyolali Program studi D3 Kebidanan Universitas Al-Hikmah Jepara Prodi D-

III Rekam Medis dan. *Jurnal Rekam Medis Dan Manajemen Informasi Kesehatan (JURMIK)*, 4(1).

Diono, S. (2022). *Standar kompetensi kerja bidang rekam medis dan informasi kesehatan*. Jakarta: Sekretariat Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia.

Erlindai, & Indriani, A. (2018). faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaktepatan kode pada persalinan sectio caesarea di rumah sakit umum imelda pekerja indonesia medan Tahun 2018. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 3(2), 453–465.

Esty, R., Efendi, I., & Afriani, M. (2023). Kualitas Pelayanan Kesehatan Memengaruhi Kepuasan Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Selasih Kab. Pelalawan Riau. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 9(1), 675–685.

Fanani, A., & Suotmo, S. Y. (2022). Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakakuratan kode diagnosa tb (tuberculosis) pada berkas rekam medis pasien rawat inap di rsud praya tahun 2022. *Jurnal Manajemen Informasi Dan Administrasi Kesehatan (JMIK)*, 5(2), 158–162.

Fiantika, F. R., Wasil, M., Jumiyati, S. R. I., Honesti, L., Wahyuni, S. R. I., Mouw, E., Mashudi, I., Hasanah, N. U. R., Maharani, A., Ambarwati, K., Noflidaputri, R., & Waris, L. (2022). *Metodologi penelitian kualitatif* (Yuliatr Novita (ed.); I). Padang: PT. Global Eksekutif Teknologi.

Fitriasari, A., Widiyanto, W. W., & Widiyoko, A. (2024). Analisis Faktor Penyebab Terjadinya Missfile Bagian Penyimpanan Dokumen Rekam Medis Di RSAU Dr Siswanto Lanud Adi Soemarmo Dengan Menggunakan Metode Fishbone Tahun 2021. *Journal Health Information Management Indonesia*, 03(01), 14–20.

Hasanah. (2022). *Tinjauan Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Kode Diagnosis Rekam Medis Rawat Inap Di Puskesmas Kamoning*. Program Studi DIII-Perekam Dan Informasi Kesehatan Stikes Ngudia Husada Madura: Skripsi tidak dipublikasikan.

Hasmah, Musfirah, & Syamsiana. (2022). Pengelolaan Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Bangsal Mawar di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (J-KESMAS)*, 08(1), 107–115.

Heltiani, N., Asroni, N., Suryani, T. E., Stikes,), & Bakti, S. (2023). Analisis Ketepatan Kode Diagnosa Obstetri Terhadap Kelancaran Klaim BPJS Rs.X Kota Bengkulu. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(1), 1–11.

Hipson, M., & Anggraini, E. K. (2021). Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan Normal. *Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, 13(2), 89–100.

- Iba, Z., & Wardhana, A. (2023). *Metode Penelitian* (M. Pradana (ed.); I tahun 20). Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- Illiyien, J. (2021). *Hubungan Kesesuaian Penulisan Diagnosa Pada Resume Medis Terhadap Ketepatan Pengkodean Kasus Obsgyn Di Rsu Anna Medika Madura*. Program Studi D-III Perakam Medis dan Informasi Kesehatan Stikes Ngudia Husada Madura: Skripsi tidak dipublikasikan.
- Indonesia. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan*, Pub. L. No. 17, 1 (2023). Jakarta: Sekretariat Negara
- Ishak, S., Choirunissa, R., Agustiawan, Purnama, Y., Achmad, V. S., Mua, E. L., Heryyanoor, Syamil, A., Ludji, I. D. R., Sekeon, R. A., Wardhana, A., Dafroyati, Y., Fahmi, A., Avelina, Y., Nurbaety, Anggreyni, M., & Lubis, H. (2023). *Metodologi Penelitian Kesehatan* (S. Bahri (ed.); November 2, Issue December). Bandung: Media Sains Indonesia.
- Khumaira, N. F., & Yastori. (2024). Pelatihan Kodefikasi Kasus Obstetric Berdasarkan Icd 10 Di Rsia Cicik Padang. *Jurnal Abdimas Bina Bangsa*, 5(1), 854–862.
- Kuntoadi, G. B., Haryanto, S., & Febriari, F. (2023). Tinjauan Ketepatan Kode Diagnosis Pada Kasus Persalinan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional Berdasarkan ICD-10 Di Rumah Sakit Harapan Sehati Kabupaten Bogor. *EDU RMIK Jurnal Edukasi Rekam Medis Informasi Kesehatan*, 2(2), 117–123.
- Lase, L. T. (2024). *Hubungan Pengetahuan Istilah Medis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan*. Program Sarjana Terapan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan: Skripsi tidak dipublikasikan.
- Loren, E. R., & Wijayanti, R. A. (2020). Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Penyakit Diabetes Mellitus di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(3), 129–140.
- Manalu, D. F. C., Putra, D. H., Fannya, P., & Indawati, L. (2020). Analisis Ketepatan Kode Cedera dan Kode External Cause Pasien Kecelakaan Lalu Lintas di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Soebroto Tahun 2020. *Jurnal Manajemen Informasi Dan Administrasi Kesehatan (JMIAK)*, 05(01), 22–32.
- Mayasari, N. (2020). Sosialisasi Pengetahuan Tentang Nilai Guna Rekam Medis Bagi Tenaga Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Selaguri Padang. *Journal of Community Engagement in Health*, 3(2), 335–338.

- Menteri Kesehatan RI. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Tentang Rekam Medis (Permenkes no 24 tahun 2022)* (Issue 8.5.2017, p. 2). Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Mukhyi, M. A. (2023). *Metodologi Penelitian Panduan Praktis Penelitian yang Efektif* (1 Desember). Malang: PT. Literasi Nusantara Abadi Grup.
- Ningsih, K. P., Nisak, U. K., & Widjaja, L. (2024). Audit Kode Klinis Pasien Rawat Inap Jaminanan BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Tipe C Dan D Wilayah DIY. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 9(2), 189–199.
- Novia, R. T. (2021). *Tinjauan Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Pengisian Resume Medis Pada Dokumen Rekam Medis Dengan Metode Fishbone Di Puskesmas Tanah Merah*. Program Studi D-III Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Stikes Ngudia Husada Madura: Skripsi tidak dipublikasikan.
- Nurul'Aida, E. D. (2022). *Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap Pada Diagnosis Pneumonia Kasus COVID-19 di Rumah Sakit Umum Daerah Caruban Pada Tahun 2021*. Program Studi D-III Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun: Skripsi tidak dipublikasikan.
- Oashttamadea, R. (2019). Analisis Ketepatan Pengodean Diagnosis Obstetri Di Rumah Sakit Naili DBS Padang. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 83–86.
- Octaria, H., Jepisah, D., Sari, T. P., & Husna, W. M. A. (2020). *Pentingnya Penyuluhan Keakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap Berdasarkan Icd-10 Di Rumah Sakit Umum Daerah Petala Bumi Provinsi Riau Tahun 2020* (Issue 08). Program Studi D-III Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Stikes Hang Tuah Pekanbaru: Skripsi tidak dipublikasikan.
- Patma, T. S., Maskan, M., & Mulyadi, K. (2021). *Pengantar Manajemen* (S. Hariyanto & R. P. Ramadhani (eds.); 1 Juli 201, Issue June). POLINEMA PRESS, Politeknik Negeri Malang.
- Pramono, A. E., Santoso, D. B., Salim, M. F., Layanan, D., Vokasi, S., & I, S. U. (2021). *Ketepatan Kodifikasi Klinis Berdasarkan ICD-10 di Puskesmas dan Rumah Sakit di Indonesia : Sebuah Studi Literatur*. 4(2), 42–50.
- Puspaningtyas, C. A., Sangkot, H. S., Akbar, P. S., Sri, E., & Wijaya, A. (2022). Analisis Hubungan Ketepatan Penulisan Diagnosis dengan Keakuratan Kode Diagnosis pada Kasus Obstetri dan Ginekologi. *Jurnal Rekam Medik & Manajemen Informasi Kesehatan*, 1(2), 104–110.
- Puspitasari, S., Hidayat, A. D., & Pangestuti, A. (2024). Analisis Keakuratan Kodifikasi Diagnosis dan Tindakan dengan Konfirmasi Ulang Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Periode Bulan Januari-April Tahun 2024 di RSUD SLG

Kediri. *Procedia of Engineering and Life Science*, 7, 29–37.

- Putri, I. A. H., Rois, A., & Fransisca, E. (2023). Faktor yang berhubungan dengan ketepatan kode diagnosis infeksi saluran kemih pada dokumen rekam medis rawat inap di rumah sakit umum daerah pakuhaji. *Mahesa: Malahayati Health Student Journal*, 3, 1436–1448.
- Rahmadhani, I., Wijayanti, R. A., & Nuraini, N. (2020). Analisis Ketidaksesuaian Kode Diagnosis Pada SIMRS dengan Berkas Klaim BPJS Klinik Obgyn. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 545–552.
- Rahmawati, E., Herawati, T., Studi, P., Medis, R., Cirebon, S. M., Rahmawati, E., Herawati, T., Kesehatan, J., Vol, M., & Februari, N. (2021). The Accuracy of Disease Code in The Medical Record in Plumbon Public Health Center. *Jurnal Kesehatan Mahardika*, 8.
- Ramdhani, N., & Gunawan, E. (2024). Analisis keakuratan kodifikasi pada rekam medis rawat inap. *PREPOTIF : Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8, 2972–2979.
- Rasyidah, I., & Marhaeni, T. (2022). Analisis Ketepatan Dan Kelengkapan Kodefikasi Penyakit Pada Pasien Tuberkulosis Di Puskesmas Pandanwangi Kota Malang. *Journal Of Medical Records and Health Information*, 3, 13–19.
- Ridwan, & Tungka, N. F. (2024). *Metode Penelitian* (L. O. A. Dani (ed.)). Yogyakarta: Yayasan Sahabat Alam Rafflesia.
- Risyanti, I. P., Sakit, R., Prof, J., Magelang, S., Ahmad, J., No, Y., Utara, K., Utara, K. M., & Magelang, K. (2020). Pengaruh Ketepatan Kodefikasi Penyakit Terhadap Validasi Laporan Morbiditas Rawat Jalan di RS X. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 3(1), 13–18.
- Romdona, S., Junista, S. S., & Gunawan, A. (2025). Teknik Pengumpulan Data: Observasi, Wawancara, Dan Kuesioner. *JISOSEPOL: Jurnal Ilmu Sosial Ekonomi Dan Politik*, 3(1), 42.
- Santi, M. W., Azizah, R. U., Erawantin, F., & Alfiansyah, G. (2022). Ketepatan dan Kelengkapan Informasi Medis dalam Kaitannya dengan Keakuratan Kode Diagnosis. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 13(2), 630–635.
- Sevira, N. (2024). *Gambaran Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Kerusakan Dokumen Rekam Medis Di Ruang Penyimpanan Rumah Sakit Umum Madina Bukittinggi Tahun 2024* (pp. 1–97). Program Studi D-III Administrasi Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Sumatera: Skripsi tidak dipublikasikan.
- Siki, A. M., Dewi, D. R., & Putra, D. H. (2023). Analisis Ketepatan Kode Diagnosis pada Kasus Persalinan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Patria Ikkt Tahun 2022. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 2(2), 468–479.

- Simbolon, I. (2024). *Hubungan Ketepatan Penulisan Diagnosis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Jantung Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024 Elisabeth Medan*. Program Sarjana Terapan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan: Skripsi tidak dipublikasikan.
- Sugiyono. (2023). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan RND* (Sutopo (ed.); 2 Cetakan). Bandung: ALFABETA.
- Suharto, & Fauzan, D. M. (2022). Tinjauan Pelaksanaan Penyimpanan Berkas Rekam Medis Berdasarkan Unsur Manajemen 5m (Man, Money, Method, Machine, Material) Di Rsau Lanud Sulaiman Bandung. *Jurnal Politeknik TEDC Bandung*.
- Sulastri. (2024). Analisa Diagnosa Penyakit Berdasarkan Riwayat Medis menggunakan Algoritma Random Forest Studi Kasus Rumah Sakit Padjonga Dg Ngalle Kabupaten Takalar. *Arus Jurnal Sains Dan Teknologi (AJST)*, 2(2),
- Suryandari, E. S. D. H., Gunawan, Setyawati, F. E., Sangkot, H. S., & Wijaya, A. (2024). Faktor Penyebab Ketidakakuratan Kode Diagnosis Penyakit Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit X. *Jurnal Kesehatan Qamarul Huda*, 12(2), 39–49.
- Syifani, A. Z., Fauzi, H., & Marini, B. (2024). Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Pada Kasus Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan di Rumah Sakit Umum Daerah Ajibarang. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 9(2), 159–167.
- Utomo, Y., & Hosizah. (2020). Pengaruh Kompetensi Pmik terhadap Kualitas Koding Klinis di Rsu Vertikal Kementerian Kesehatan Dki Jakarta. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 8(2), 102–106.
- Wahyuni, A., Khumaira, N. F., & Siska. (2024). Hubungan Kelengkapan Rekam Medis Terhadap Akurasi Pengkodean. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 5(3), 243–249.
- World Health Organization. (2016). *ICD-10 Volume 3* (Vol. 1). World Health Organization.
- Yumesri, Risnita, Sudur, & Asrulla. (2024). Etika Dalam Penelitian Ilmiah. *Journal Genta Mulia*, 15(2), 63–69.
- Zebua, A. J. (2022). Tingkat Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit pada Rekam Medis di Rumah Sakit Elisabeth Medan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 1(3), 397–403.

LAMPIRAN

Lampiran 1 *Curriculum Vitae*

CURRICULUM VITAE

Nama : Siti Kholifah Wahyuningsih

Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 29 April 2003

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Jl. Semolowaru Utara 5/Q-7, Kecamatan Sukolilo,
Kota Surabaya

No. Telepon : 08816914781

Email : siti.kholifah546@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Islam Raden Patah : 2008-2009
2. SD Islam Raden Patah : 2009-2015
3. SMPN 12 Surabaya : 2015-2018
4. MAN Surabaya : 2018-2021

Lampiran 2 Motto

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Setiap langkah kecil yang diambil menuju tujuan merupakan wujud keberanian”

PERSEMBAHAN

1. Terima Kasih kepada Allah SWT. yang telah memberikan nikmat, karunia, hidayah, serta kesehatan sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini.
2. Terima kasih kepada kedua orang tua saya Ayah Romdoni dan Ibu Minarsih, yang selalu memberikan dukungan, nasihat, doa dan semangat yang tiada henti. Dukungan moral, mental dan material yang mengingatkan saya untuk tidak bermalas-malasan dalam mengerjakan proposal ini hingga skripsi nanti. Terimakasih sebesar-besarnya Ayah dan Ibu.
3. Terima kasih kepada Ibu Dr. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes. dan Ibu Maya Ayu Riestiyowati, S.ST., M.KM. yang telah memberikan bimbingan dengan begitu sabar dan sangat perhatian. Diskusi dengan tambahan motivasi serta nasihat membuat saya menjadi lebih bersemangat dalam mengerjakan proposal hingga penyempurnaan menjadi skripsi nanti.
4. Terima Kasih kepada teman-teman seperbimbingan Reza Rizki Safitri, Windi Anindya Putri, Regita Verry Kusuma Wardani dan Laili Cahya Rahmasari yang telah berbagi informasi, menjadi tempat bertukar pikiran, memberikan semangat, dan saling mendukung selama proses penyusunan proposal hingga skripsi beserta teman-teman Sofie Puspita Ayu, Bhimo Putro Laksono, Maria Nadya Novena Bebo, Firda Purbaningrum, Yusuf Al'fath, dan Devia Rosa Fauzan.

5. Terima Kasih kepada semua orang yang ada disekitar saya yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, terima kasih untuk doa yang telah dipanjatkan demi kelancaran penyusunan proposal hingga skripsi nanti.
6. Persembahan terakhir untuk peneliti yaitu diri saya sendiri Siti Kholifah Wahyuningsih. Terima kasih telah berjuang dan mampu bertahan sejauh ini meskipun banyak rintangan yang telah dihadapi dan selalu mengingatkan diri sendiri wajib untuk tetap menyusun proposal hingga skripsi ini selesai walaupun banyak hal yang kurang berkenan terjadi selama proses penyusunan.

Lampiran 3 Surat Studi Pendahuluan



YAYASAN NALA
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Jl. Gadung No. 1 Surabaya 60144 Telp./Fax. (031) 8411721
 www.stikeshangtuah-sby.ac.id email : info@stikeshangtuah-sby.ac.id

Surabaya, 12 Juni 2025

Nomor : B / 678 /VI/2025/SHT
 Klasifikasi : BIASA
 Lampiran : -
 Perihal : Permohonan Ijin
Studi Pendahuluan

Kepada
 Yth. Komandan RS Marinir
 Ewa Pangalila
 Jl. Golf I/1
 di
Surabaya

1. Dalam rangka penyusunan Skripsi bagi mahasiswa Prodi D-IV Manajemen Informasi Kesehatan STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2024/2025, mohon kiranya Komandan RS Marinir Ewa Pangalila berkenan memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melaksanakan studi pendahuluan RS Marinir Ewa Pangalila

2. Tersebut titik satu, mahasiswa STIKES Hang Tuah yang melaksanakan penelitian atas nama :

Nama : Siti Kholifah Wahyuningsih
 NIM : 2150010
 Judul Penelitian : Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode
 Diagnosis Obstetri di Rumah Sakit Marinir E.W.A.
 Pangalila Surabaya

3. Demikian atas perhatian dan bantuannya disampaikan terima kasih.

A.n Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya
 Puket I



Siti Kholifah Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kes.
 NIP. 03003

Tembusan :

1. Ketua Pengurus Yayasan Nala
2. Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya (Sbg. Lap.)
3. Puket II, III STIKES Hang Tuah Surabaya
4. Ka Prodi D-IV MIK STIKES Hang Tuah Surabaya

Lampiran 4 Surat Laik Etik

	KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN RUMKITALMAR EWA PANGALILA SURABAYA Jl. Golf No. 1 Gn. Sari, Kec. Dukuh pakis, Surabaya, Jawa Timur Email: rsmar.sby@gmail.com
---	--

Identitas Penelitian		
1	Nama Peneliti	Siti Kholifah Wahyuningsih
2	Nama Pembimbing 1	Maya Ayu Riestiyowati, S.ST., M.KM
3	Nama Pembimbing 2	Dr. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes.
4	Nama Penguji	Dr. Nuh Huda, S.Kep.,Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB
5	NIM/No Identitas	2150010
6	Alamat	Semolowaru Utara 5/Q-7 009/002 Kec.Sukolilo Kota Surabaya
7	Telp/HP	08816914781
8	Email	siti.kholifah546@gmail.com
Identitas Institusi		
1	Institusi Penelitian	Rumkitalmar Ewa Pangalila Surabaya
2	Alamat Institusi	Jl. Golf No. 1 Gn. Sari, Kec. Dukuh pakis, Surabaya, Jawa Timur
3	Email	rsmar.sby@gmail.com
Informasi Penelitian		
1	Judul Penelitian	Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri Rawat Inap di Rumah Sakit Marinir Ewa Pangalila Surabaya
2	Rumusan Masalah	Apa saja faktor penyebab ketidaktepatan dalam penentuan kode diagnosis obstetri di Rumah Sakit Marinir Ewa Pangalila Surabaya?
3	Tujuan Penelitian	Menganalisis faktor penyebab ketidaktepatan dalam penentuan kode diagnosis obstetri di Rumah Sakit Marinir Ewa Pangalila Surabaya.
4	Metodologi	Penelitian deskriptif kualitatif dengan teknik <i>purposive sampling</i>
5	Sumber data yang diperoleh	Informasi mengenai ketidaktepatan kode diagnosis obstetri rawat inap di Rumah Sakit Marinir Ewa Pangalila Surabaya
6	Cara Pengambilan Data	Wawancara, observasi dan dokumentasi
7	Waktu Penelitian	21 Juli – 02 Agustus 2025
8	Lokasi Penelitian	Unit Rekam Medis dan Casemix
9	Hubungan Responden dengan Peneliti	Peneliti meminta informed consent terlebih dahulu kepada petugas sebelum mengambil dan menggunakan data
10	Pelaksanaan Penelitian	Setelah <i>etical clearance</i>
11	Perkiraan Biaya Penelitian (dan sumber dana)	Rp. 800.000 ,- dengan sumber biaya dari dana pribadi peneliti

List Kelengkapan :

e. Proposal rangkap 2(dua) yang sudah disahkan

f. Surat Pengantar Institusi

Ketua KEP   (Dr. Siti Hamidah Poerwaningroem, M.H.) Peneta Tk I III/D NIP. 19680302.201410.2.003	Pengusul  (Siti Kholifah Wahyuningsih)
--	---

Lampiran 5 Surat Izin Penelitian dan Pengambilan Data

PANGKALAN KORPS MARINIR SURABAYA
RUMKITALMAR EWA PANGALILA

Nomor : KEP.SI/ 03 / VII / 2025

Perihal : Surat Perizinan Pengambilan Data Awal dan Data Penelitian

Berdasarkan Surat Permohonan izin untuk melakukan penelitian dalam rangka Penyusunan Tugas Akhir Mahasiswa Program studi Diploma - IV Manajemen Informasi Kesehatan tahun 2024/2025 Nomor B/678/VI/2025/SHT Tanggal 12 Juni 2025 Perihal izin Penelitian oleh :

Nama	: Siti Kholifah Wahyuningsih
NIM	: 2150010
Judul Penelitian	: Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri di Rumah Sakit Marinir E.W.A Pangalila Surabaya

Maka yang bersangkutan diizinkan untuk melakukan Penelitian, dengan catatan tidak mengganggu terselenggaranya kegiatan pelayanan terhadap pasien di Rumah Sakit Marinir EWA Pangalila Surabaya, TMT 21 Juli – 2 Agustus 2025 dan bisa diperpanjang bila pengambilan data pasien belum terpenuhi. Pengambilan sample sebanyak 2 responden dengan metode pengumpulan data melalui wawancara dan observasi dan analisa dokumen rekam medis. Serta menyerahkan 1 berkas hasil penelitian dalam bentuk *soft copy* dan *hard copy*, diserahkan setelah selesai melakukan penelitian.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Surabaya, 18 Juli 2025
a.n Komandan Rumkitalmar EWA Pangalila
Komite Etik Penelitian



Ketua,
dr. Siti Hamidah P. M.H.
Penata Tk I III/D
NIP: 19680302 201410 2 003

Tembusan:

1. Danrumkitalmar Ewa Pangalila
2. Ka. Diklat
3. Ka. Ruangan terkait

Lampiran 6 Lembar *Information For Consent*

INFORMATION FOR CONSENT

Kepada Yth.

Bapak/Ibu Unit Minmed

Di Unit Casemix Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya

Saya adalah mahasiswi Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan STIKES Hang Tuah Surabaya akan mengadakan penelitian sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Terapan Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan (S.Tr.RMIK). Penelitian ini berjudul “Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri Rawat Inap Di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya”.

Pada penelitian ini, peneliti akan melakukan survei terkait faktor penyebab berdasarkan Teori manajemen Harrington Emerson yang dipaparkan oleh Phiffner John F. dan Presthus Robert V. (1960) mengidentifikasi lima unsur manajemen (5M) yaitu manusia (*man*), metode (*method*), mesin/alat (*machine*), bahan/dokumen (*material*), dan anggaran (*money*) dengan ketidaktepatan kode diagnosis obstetri.

Saya mengharapkan tanggapan atau jawaban yang anda berikan sesuai dengan yang terjadi pada saudara sendiri tanpa ada pengaruh atau paksaan dari orang lain. Partisipasi saudara bersifat bebas dalam penelitian ini, artinya saudara ikut atau tidak ikut tidak ada sanksi apapun. Jika saudara bersedia menjadi responden silahkan untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan. Informasi atau keterangan yang anda berikan akan dijamin kerahasiaannya dan akan digunakan untuk kepentingan penelitian ini saja.

Yang menjelaskan,

Yang dijelaskan,

Siti Kholifah Wahyuningsih
NIM.2150010

.....

Lampiran 7 Lembar Persetujuan Menjadi Informan

PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN (*INFORMED CONSENT*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa PRODI DIV Manajemen Informasi Kesehatan STIKES Hang Tuah Surabaya atas nama :

Nama : Siti Kholifah Wahyuningsih

NIM : 2150010

Yang berjudul “Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri Rawat Inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya”.

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa :

1. Saya telah diberi informasi atau penjelasan tentang penelitian ini dan informasi peran saya.
2. Saya mengerti bahwa catatan tentang penelitian ini dijamin kerahasiaannya. Semua berkas mencantumkan identitas dan jawaban yang saya berikan hanya diperlukan untuk pengolahan data.
3. Saya mengerti bahwa penelitian ini akan mendorong pengembangan tentang “Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri Rawat Inap di Rumah Sakit Marinir E.W.A. Pangalila Surabaya”.

Oleh karena itu saya secara sukarela menyatakan ikut berperan serta dalam penelitian ini.

Surabaya, 2025

Peneliti

Informan

Lampiran 8 Pedoman Wawancara

	PEDOMAN WAWANCARA ANALISIS FAKTOR PENYEBAB KETIDAKTEPATAN KODE DIAGNOSIS OBSTETRI RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT MARINIR E.W.A. PANGALILA SURABAYA
---	---

Dalam melakukan wawancara mendalam dengan informan untuk memperoleh data yang dibutuhkan, maka peneliti menyusun tata cara atau petunjuk dalam melakukan wawancara dengan informan.

A. Petunjuk pengisian :

1. Pengisian lembar wawancara ini semata-mata untuk tujuan ilmiah dan pengembangan ilmu pengetahuan, semua pilihan jawaban anda akan dirahasiakan oleh peneliti.
2. Setiap pertanyaan telah disediakan oleh peneliti dan peneliti memohon informan harus menjawab dengan keadaan yang sebenarnya terjadi tanpa adanya rekayasa.

B. Petunjuk Wawancara:

1. Wawancara dilakukan dan dicatat sendiri oleh peneliti.
2. Informan memiliki kebebasan untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran, dan komentar.
3. Pendapat, pengalaman, saran, dan komentar informan sangat bernilai.
4. Tidak ada jawaban yang benar atau salah karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian.
5. Menyampaikan kepada informan bahwa wawancara ini menggunakan alat bantu rekam untuk membantu ingatan pewawancara

C. Pelaksanaan wawancara:

1. Perkenalan dari wawancara.
2. Menjelaskan maksud wawancara kepada informan.

3. Meminta kesediaan informan untuk diwawancarai.

D. Pertanyaan Wawancara:

Tanggal Wawancara :		
Inisial Informan :		
Jenis Kelamin :		
Lama Kerja :		
Pendidikan :		
Jabatan :		
1. Manusia (Man)		
a. Lama Kerja		
No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Menurut Anda, apakah pengalaman kerja memengaruhi kemampuan dalam pengkodean kasus obstetri?	
2.	Apakah Anda merasa ada perbedaan kemampuan antara koder yang sudah lama bekerja dan yang baru? Bisa diceritakan lebih lanjut?	
b. Pendidikan		
No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Menurut Anda, apakah pendidikan Anda cukup menunjang pemahaman terhadap proses pengkodean diagnosis, khususnya dalam kasus obstetri?	
2.	Menurut Anda, apakah pendidikan menjadi faktor penting dalam ketepatan pengkodean diagnosis?	
c. Kompetensi		
No.	Pertanyaan	Jawaban
1	Apakah Anda pernah mengikuti pelatihan atau sertifikasi terkait pengkodean diagnosis, khususnya pelatihan koding obstetri?	
2	Jika Anda pernah mengikuti pelatihan pengkodean sebelumnya, bagaimana pelatihan tersebut membantu Anda dalam memahami pengkodean diagnosis, khususnya untuk kasus koding obstetri?	
3.	Bagaimana Anda menilai kemampuan teknis Anda dalam	

	mengkode diagnosis, khususnya kasus obstetri? Bisa diceritakan kesulitan / kesalahan apa saja yang paling sering Anda alami dalam mengkode diagnosis Jika pernah, apa penyebabnya dan bagaimana Anda mengatasinya?	
4.	Apakah Anda pernah menemukan adanya kode diagnosis obstetri yang tercantum salah atau bahkan belum diisi oleh dokter? Jika pernah, apa biasanya penyebabnya, dan bagaimana biasanya Anda menangani hal tersebut?	
5.	Apakah menurut Anda terdapat hubungan antara kompetensi SDM dengan frekuensi terjadinya ketidaktepatan kode diagnosis?	
d. Pengetahuan		
No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Tahukah anda apa saja aspek yang harus dipenuhi dalam pengkodean kasus obstetri? Jika tahu apa saja aspek yang harus dipenuhi dan Apa saja informasi penunjang yang dilihat untuk proses pengkodean obstetri?	
2.	Bagaimana alur pelaksanaan pengkodean kasus obstetri yang dilakukan disini?	
3.	Pada saat pengkodean diagnosis sering digunakan istilah terminologi medis, Apakah anda sebagai petugas koder pernah kesulitan dalam memahaminya (terminologi medis) khususnya dalam kasus obstetri?	
4.	Salah satu contoh jika ada diagnosis SC <i>emergency</i> atas indikasi induksi gagal dan malpresentasi presentasi bokong, menurut Anda lebih tepat untuk kode diagnosis utama apa?	

2. Metode (Method)		
No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Apakah terdapat buku panduan atau kumpulan kode khusus yang	

2. Metode (Method)		
	digunakan dalam melakukan pengkodean kasus obstetri?	
2.	Apakah rumah sakit memiliki SPO yang mengatur tentang koding? Dan apakah ada SPO khusus untuk pengkodean tentang obstetri? Bagaimana penerapannya?	
3.	Menurut Anda, apakah SPO saat ini sudah cukup mudah dipahami dan jelas untuk pengkodean kasus obstetri? dan apa yang akan Anda ubah dari SPO tersebut jika diberi kesempatan untuk memperbaikinya?	

3. Mesin/Alat (Machine)		
No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Sarana atau sistem apa saja yang tersedia di rumah sakit ini untuk menunjang proses pengkodean diagnosis kasus obstetri?	
2.	Bagaimana fasilitas komputer dan sistem informasi yang Anda gunakan dalam proses pengkodean di rumah sakit ini? Apakah sistem informasi tersebut mendukung dalam mengakses data rekam medis dan menentukan kode?	
3.	Apakah proses pengkodean diagnosis dilakukan secara manual saja atau sudah secara elektronik? Bagaimana menurut anda efektivitasnya?	
4.	Apakah pernah terjadi kendala teknis saat melakukan validasi atau input kode diagnosis, seperti apa kendalanya? (seperti error sistem atau keterbatasan akses data?)	
5.	Jika sistem yang digunakan saat ini diperbarui, fitur seperti apa yang Anda harapkan dapat ditambahkan untuk mempermudah pekerjaan Anda?	

4. Bahan/Dokumen (Material)		
a. Penggunaan ICD-10		
No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Apakah Anda menggunakan ketiga volume ICD-10 secara rutin dalam proses pengkodean kasus obstetri? Bagaimana cara Anda menggunakannya?	
2.	Jika Anda mengalami kesulitan dalam memahami atau mencari kode yang tepat di ICD-10 bagaimana biasanya Anda mengatasinya?	
3.	Apakah Anda lebih sering menggunakan buku fisik atau sistem digital? Apa kelebihan dan kekurangannya?	
4.	Menurut Anda, apakah kalau ICD-10 tidak digunakan dengan benar atau belum dipahami sepenuhnya, bisa menyebabkan kesalahan dalam menentukan kode diagnosis obstetri? Kalau iya, bisa dijelaskan kenapa hal itu bisa terjadi.	
b. Kelengkapan Isi Berkas Rekam Medis		
No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Bagaimana Anda menilai kelengkapan rekam medis yang biasanya Anda terima terutama untuk kasus obstetri? apakah terdapat evaluasi secara rutin terkait kelengkapan berkas rekam medis pasien?	
2.	Seberapa sering Anda menemukan diagnosis yang tidak lengkap atau tidak konsisten dalam rekam medis khususnya kasus obstetri? Dan Apakah terdapat kesulitan dalam membaca diagnosis dari dokter ataupun perawat dikarenakan menggunakan istilah maupun singkatan yang tidak sesuai standar?	
3.	Apa yang biasanya Anda lakukan jika informasi dalam rekam medis tidak cukup jelas untuk menentukan	

4. Bahan/Dokumen (<i>Material</i>)		
	kode diagnosis? Bagaimana cara Anda mengatasi situasi tersebut?	
4.	Menurut Anda, seberapa besar pengaruh kelengkapan isi rekam medis terhadap ketepatan pengkodean diagnosis? Dan Biasanya bagian atau dokumen apa saja yang sering tidak lengkap atau tidak tersedia dalam rekam medis obstetri (misalnya: CPPT, resume, hasil penunjang, diagnosis tertulis)?	

5. Anggaran/Uang (<i>Money</i>)		
No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Selama Anda bekerja apakah rumah sakit menyediakan anggaran khusus untuk pelatihan atau workshop secara berkala untuk meningkatkan kemampuan dalam pengkodean diagnosis obstetri?	
2.	Bagaimana pendapat Anda tentang pelatihan yang tersedia saat ini dalam mendukung peningkatan ketepatan koding diagnosis obstetri? Apakah Anda pernah mendapatkan pelatihan atau pembekalan khusus mengenai sistem dan prinsip pengkodean, khususnya untuk kasus obstetri?	
3.	Pernahkah Anda mengusulkan pelatihan pengkodean yang belum terealisasi karena kendala anggaran? Jika tidak pernah, bagaimana Anda mengembangkan kemampuan koding secara mandiri? dan menurut Anda jika rumah sakit nantinya menambah anggaran pelatihan, pelatihan seperti apa yang paling dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas koding, khususnya di bidang obstetri?	

Lampiran 9 Transkrip Wawancara

Tanggal wawancara : 18 Juli 2025

Inisial Informan : MUF

Jenis Kelamin : Perempuan

Lama Kerja : 2 Tahun

Pendidikan : D4-Rekam Medis

Jabatan : Perkam Medis Ahli

Hasil wawancara informan 1:

1. Manusia (*man*)

a. Lama kerja

- 1) Menurut Anda, apakah pengalaman kerja memengaruhi kemampuan dalam pengkodean kasus obstetri?

“Ya, sangat mempengaruhi karena kan semakin banyak pengalaman bekerja seseorang maka semakin ahli petugas tersebut melakukannya. Kalau selama ini pengalaman saya karena sebelumnya itu saya ada di rumah sakit militer juga ya. Tapi beda matra pun itu dulu saya di Angkatan Darat, di sana juga uh saya itu menempati pada bagian Laporan rawat jalan dan pendaftaran kalau di rumah sakit ini kami kan menangkap ya. Jadi di sana saya juga ada pengalaman. Pengalaman mengenai banyak diagnosis yang di coding dan di rumah sakit lama. Uh di sana juga difasilitasi untuk mengikuti pelatihan pelatihan coding juga. Ya pengalaman tersebut bisa jadi acuan untuk mengcoding diagnosis.”

- 2) Apakah Anda merasa ada perbedaan kemampuan antara koder yang sudah lama bekerja dan yang baru? Bisa diceritakan lebih lanjut?

“Kalau disini nggak ada perbedaan karena perekam medis disini cuma saya yang coding juga saya.”

b. Pendidikan

- 1) Menurut Anda, apakah pendidikan Anda cukup menunjang pemahaman terhadap proses pengkodean diagnosis, khususnya dalam kasus obstetri?

“Kalau pendidikan ya pastinya harus menunjang kalau coding harus perekam medis memang karena kan sesuai dengan profesinya perekam medis yang melaksanakan kegiatan itu.”

- 2) Menurut Anda, apakah pendidikan menjadi faktor penting dalam ketepatan pengkodean diagnosis?

“Iya, pendidikan memang penting dalam ketepatan pengkodean diagnosis. Karena dari situ kita mengetahui dasar-dasar cara pakai sistem pengkodean ICD-10. Jadi kita bisa lebih yakin kalau kode yang kita masukkan itu sesuai sama diagnosis pasien.”

c. Kompetensi

- 1) Apakah Anda pernah mengikuti pelatihan atau sertifikasi terkait pengkodean diagnosis, khususnya pelatihan koding obstetri?

“Kalau pelatihan di rumah sakit ini belum pernah Cuma ikut seminar-seminar aja. Seminar sangat membantu karena dari yang awalnya kita tidak paham ragu-ragu jadi paham saya harusnya kode itu seperti ini.”

- 2) Jika Anda pernah mengikuti pelatihan pengkodean sebelumnya, bagaimana pelatihan tersebut membantu Anda dalam memahami pengkodean diagnosis, khususnya untuk kasus koding obstetri?

“Seminar sangat membantu karena dari yang awalnya kita tidak paham ragu-ragu jadi paham saya harusnya kode itu seperti ini.”

- 3) Bagaimana Anda menilai kemampuan teknis Anda dalam mengkode diagnosis, khususnya kasus obstetri? Bisa diceritakan kesulitan / kesalahan apa saja yang paling sering Anda alami dalam mengkode diagnosis Jika pernah, apa penyebabnya dan bagaimana Anda mengatasinya?

“Obstetrik kesulitannya kalau coding kandungan itu ya kadang jarang dituliskan komplikasi jadi misalnya kita mau menegaskan kodenya itu diagnosisnya sendiri itu belum jelas, belum jelas maksudnya itu kalau penunjangnya juga tidak ada.”

- 4) Apakah Anda pernah menemukan adanya kode diagnosis obstetri yang tercantum salah atau bahkan belum diisi oleh dokter? Jika pernah, apa biasanya penyebabnya, dan bagaimana biasanya Anda menangani hal tersebut?

“Selama ini belum ada yang salah cuma kalau kurang ada, jadi misalnya ada kode diagnosis sekunder belum diinputkan jadi kami yang inputkan.”

- 5) Apakah menurut Anda terdapat hubungan antara kompetensi SDM dengan frekuensi terjadinya ketidaktepatan kode diagnosis?

“Ya, menurut saya ada kompetensi SDM sangat memengaruhi ketepatan pengkodean. Semakin paham seseorang terhadap standar pengkodean dan istilah medis, maka risiko kesalahan juga akan semakin kecil.”

d. Pengetahuan

- 1) Tahukah anda apa saja aspek yang harus dipenuhi dalam pengkodean kasus obstetri? Jika tahu apa saja aspek yang harus dipenuhi dan Apa saja informasi penunjang yang dilihat untuk proses pengkodean obstetri?

“Kalau yang pertama ya pastinya kita cari internetnya dulu kalau coding obstetri itu terus kita lihat diagnosis sekundernya terus itu kita cek penunjangnya penunjang yang mendukung penegakan diagnosisnya itu apa nanti baru kita kode sesuai dengan itu.”

Penunjang seperti apa yang dibutuhkan?

“Yaa Penunjang seperti radiologi, USG dan foto torax itu kan masuk radiologi sama laborat.”

- 2) Bagaimana alur pelaksanaan pengkodean kasus obstetri yang dilakukan disini?

“Alur pelaksanaannya ya Di sini, dokter terlebih dulu melakukan koding awal saat di pelayanan. Saya kemudian mengakses data di sistem, memeriksa resume medis dan dokumen pendukung, lalu melakukan verifikasi dan pengkodean ulang jika diperlukan untuk memastikan ketepatan kode diagnosis dan tindakan.”

- 3) Pada saat pengkodean diagnosis sering digunakan istilah terminologi medis, Apakah anda sebagai petugas koder pernah kesulitan dalam memahaminya (terminologi medis) khususnya dalam kasus obstetri?

“Kalau untuk obstetri itu ada sih, tapi nggak begitu banyak. Masih bisa dipahami lah.”

Lalu apakah ada contoh jenis kasus yang sering dikodekan kurang tepat?

“Biasanya itu yang kurang tepat itu prolonged pregnancy soalnya dokter cuma kasih diagnosis prolonged pregnancy kurang informasi tambahan seperti usia kehamilan pasti, kondisi janin, atau apakah sudah ada komplikasi. Tindakan medis yang dilakukan juga sering tidak dijelaskan secara rinci. Kalau yang lainnya tidak sih kalau sesar pasti lengkap, partus normal, terus pre-eclampsia juga sudah tepat.”

- 4) Salah satu contoh jika ada diagnosis SC emergency atas indikasi induksi gagal dan malpresentasi presentasi bokong, menurut Anda lebih tepat untuk kode diagnosis utama apa?

“Menurut saya SC emergency.”

2. Metode (method)

- a. Apakah terdapat buku panduan atau kumpulan kode khusus yang digunakan dalam melakukan pengkodean kasus obstetri?

“Saya tetap ICD-10 dan ICD-9 saja. Tidak ada buku khusus untuk obstetri.”

- b. Apakah rumah sakit memiliki SPO yang mengatur tentang koding? Dan apakah ada SPO khusus untuk pengkodean tentang obstetri? Bagaimana penerapannya?

“Spo coding saja tidak ada khusus obstetri.”

Lalu apakah Anda pernah menemukan ketidaksesuaian antara SPO dan praktik yang ada?

“sejauh ini belum menemukan kalau spo coding kalau spo yang lain saya menemukan.”

- c. Menurut Anda, apakah SPO saat ini sudah cukup mudah dipahami dan jelas untuk pengkodean kasus obstetri? dan apa yang akan Anda ubah dari SPO tersebut jika diberi kesempatan untuk memperbaikinya?

“Sudah jelas dan mudah dipahami cuma nanti kalau kita sudah pindah full rme mestinya ada perbaikan terkait sponya karena kalau rme harus benar-bener detail dan dijaga kerahasiaannya.”

3. Mesin / alat (machine)

- a. Sarana atau sistem apa saja yang tersedia di rumah sakit ini untuk menunjang proses pengkodean diagnosis kasus obstetri?

“SIMRS dan ICD, komputer itu juga sarananya paling utama kalau ada komputer ya nggak bisa terus jaringan internet juga ICD online.”

- b. Bagaimana fasilitas komputer dan sistem informasi yang Anda gunakan dalam proses pengkodean di rumah sakit ini? Apakah sistem informasi tersebut mendukung dalam mengakses data rekam medis dan menentukan kode?

“Sudah mendukung tapi untuk elektronik medikal recordnya yang belum kalau yang lain penunjang dan lain-lain sudah mendukung cuma yang rekam medisnya nya yang belum mendukung.”

- c. Apakah proses pengkodean diagnosis dilakukan secara manual saja atau sudah secara elektronik? Bagaimana menurut anda efektivitasnya?

“Kalau disini sudah pakai elektronik untuk pengkodean diagnosisnya di sistem dan lebih efektif pakai elektronik daripada pakai manual.”

- d. Apakah pernah terjadi kendala teknis saat melakukan validasi atau input kode diagnosis, seperti apa kendalanya? (seperti eror sistem atau keterbatasan akses data?)

“Pernah saat listrik padam atau server down, Kalau begitu, pekerjaan tertunda atau dikerjakan manual dan dilanjut setelah sistem normal.”

- e. Jika sistem yang digunakan saat ini diperbarui, fitur seperti apa yang Anda harapkan dapat ditambahkan untuk mempermudah pekerjaan Anda?

“Fitur ditambah kalau tentang koding ya misalnya ada kode kosong itu gak ada atensi dari dokternya, kalau bisa itu kode kosong itu rm juga ada atensi jadi ini yang sudah kode ini yang belum dikode. soalnya kalau ga ada atensi itu kita jadi caranya satu-satu manual. kalau rme sudah bagus baik benar dan tepat pasti hasilnya bagus sih. karena ini masih proses jadi ya hasilnya belum baik dan masih perlu banyak yang diperbaiki untuk rekam medis untuk ruangan sebagian sudah ada yang terealisasi sebagian belum.”

4. Bahan / dokumen (*material*)

a. Penggunaan ICD-10

- 1) Apakah Anda menggunakan ketiga volume ICD-10 secara rutin dalam proses pengkodean kasus obstetri? Bagaimana cara Anda menggunakannya?

“Kalau misalnya aku ngoding sih itu kalau yang sudah paham mungkin kode-kode tertentu yang terminologi medisnya agak susah itu harusnya ke ICD tetap. Jadi kalau yang mudah-mudah untuk kasus rawat jalan, misalnya diagnosis pre-eklampsia dan lain-lain yang mudah-mudah Untuk kasus ringan langsung ingat tanpa lihat ICD. Cuma ada beberapa kasus rawat inap yang sulit.”

- 2) Jika Anda mengalami kesulitan dalam memahami atau mencari kode yang tepat di ICD-10 bagaimana biasanya Anda mengatasinya?

“Langsung kalau ICD itu lebih jelas menurutku sih ya daripada cari di google dulu karena sudah terbiasa mungkin.”

- 3) Apakah Anda lebih sering menggunakan buku fisik atau sistem digital? Apa kelebihan dan kekurangannya?

“Fisik, kalau ga nemu di fisik baru pakai digital. kelebihanannya kalau misalnya fisik itu kalau nyari terminologi medisnya itu enak, misalnya aku nyari ini kalau gak ada, lihat sini, karena dulu waktu masih praktek di rumah sakit dulu, belum ada digital jadi pakai itu, jadi terbiasa. Lalu saya kerja dulu juga kan kerja di Surabaya sini 3 tahun, kerja di Jember 3 tahun, di sini 2 tahun. Selalu pakainya yang manual.”

- 4) Menurut Anda, apakah kalau ICD-10 tidak digunakan dengan benar atau belum dipahami sepenuhnya, bisa menyebabkan kesalahan dalam menentukan kode diagnosis obstetri? Kalau iya, bisa dijelaskan kenapa hal itu bisa terjadi.

“Misalnya perekam medis kan tahu kalau misalnya lihat di icd-10 kalau yang lain yang bukan profesi perekam medis mungkin lihat itu jelas tidak paham.”

b. Kelengkapan isi berkas rekam medis

- 1) Bagaimana Anda menilai kelengkapan rekam medis yang biasanya Anda terima terutama untuk kasus obstetri? apakah terdapat evaluasi secara rutin terkait kelengkapan berkas rekam medis pasien?

“Kalau evaluasinya belum disini itu mungkin terakhir dulu ya waktu dulu ya waktu kepala disini masih ada, waktu saya datang sampai saat ini belum ada. Kalau isinya aku sih kalau ngecek kelengkapannya yang pertama itu yang penting resume ada diagnosis terus identifikasinya dokter, perawat bidan, pokoknya nakes-nakes lain terus itu tanggal jam udah harus ada, laporan operasi seperti itu kalau ada itu sudah lengkap. Kalau untuk evaluasi terkait kodingnya belum ada.”

- 2) Seberapa sering Anda menemukan diagnosis yang tidak lengkap atau tidak konsisten dalam rekam medis khususnya kasus obstetri? Dan Apakah terdapat kesulitan dalam membaca diagnosis dari dokter ataupun perawat dikarenakan menggunakan istilah maupun singkatan yang tidak sesuai standar?

“Pernah menemukan beberapa kali tapi tidak sering dan kalau di filenya kalau masih manual dulu disingkat singkat. Disini ada standar penggunaan istilah dan singkatan yang digunakan dengan emr. Biasanya singkatan masih umum dan bisa dipahami kayak HT (hipertensi) terus diare jadi GEA.”

- 3) Apa yang biasanya Anda lakukan jika informasi dalam rekam medis tidak cukup jelas untuk menentukan kode diagnosis? Bagaimana cara Anda mengatasi situasi tersebut?

“Biasanya kalau informasinya tidak jelas, kan kembalikan ke ruangan. Kami tanyakan di sana untuk dilengkapi ataupun di SIMRS.”

- 4) Menurut Anda, seberapa besar pengaruh kelengkapan isi rekam medis terhadap ketepatan pengkodean diagnosis? Dan Biasanya bagian atau dokumen apa saja yang sering tidak lengkap atau tidak tersedia dalam rekam medis obstetri (misalnya: CPPT, resume, hasil penunjang, diagnosis tertulis)?

“Iya, kalau dokumen tidak lengkap maka rekam medis tidak bisa dipertanggungjawabkan. Kalau cppt lengkap, resume lengkap, biasanya yang ga keisi itu asesmen. Kalau penunjang ada radiologi itu selalu ada radiologi, laborat itu pasti ada.”

5. Anggaran / uang (money)

- a. Selama Anda bekerja apakah rumah sakit menyediakan anggaran khusus untuk pelatihan atau workshop secara berkala untuk meningkatkan kemampuan dalam pengkodean diagnosis obstetri?

“Belum, belum ada jadi kalau mau pelatihan pakai sendiri.”

- b. Bagaimana pendapat Anda tentang pelatihan yang tersedia saat ini dalam mendukung peningkatan ketepatan coding diagnosis obstetri? Apakah Anda pernah mendapatkan pelatihan atau pembekalan khusus mengenai sistem dan prinsip pengkodean, khususnya untuk kasus obstetri?

“Selama ini rumah sakit belum pernah ada pelatihan khusus soal coding diagnosis, termasuk kasus obstetri.”

- c. Pernahkah Anda mengusulkan pelatihan pengkodean yang belum terealisasi karena kendala anggaran? Jika tidak pernah, bagaimana Anda mengembangkan kemampuan coding secara mandiri? dan menurut Anda jika rumah sakit nantinya menambah anggaran pelatihan, pelatihan seperti apa yang paling dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas coding, khususnya di bidang obstetri?

“Kalau mengusulkan sih pernah tapi ya masih jadi tertangguh belum belum bisa direalisasikan. Kalau misalnya ada anggaran ya pelatihan terakit coding dan ERM nya itu disini, karena disini ERM nya masih belum berjalan maksimalnya, berarti belum dilakukan pelatihan terkait simrs kalau pelatihannya sih sudah cuma internal aja jadi dari rumah sakit aja, nanti pelatihannya itu pun juga gak bersama, dari ruangan ke ruangan ke ruangan gitu, berarti gak langsung semua bareng pelaksanaannya.”

Tanggal wawancara : 24 Juli 2025
 Inisial Informan : MA
 Jenis Kelamin : Laki-Laki
 Lama Kerja : 2 Tahun
 Pendidikan : D3-Rekam Medis
 Jabatan : Staf *Casemix*

Hasil wawancara informan 2:

1. Manusia (*man*)

a. Lama kerja

- 1) Menurut Anda, apakah pengalaman kerja memengaruhi kemampuan dalam pengkodean kasus obstetri?
“Menurut saya uh iya soalnya semakin lama maka semakin familiar sama kodingannya. Uh kalau sebelumnya kan ini bekerja pertama kali dan sebelumnya belum pernah kerja di rumah sakit lain ya kan jadinya agak kurang menguasai”
- 2) Apakah Anda merasa ada perbedaan kemampuan antara koder yang sudah lama bekerja dan yang baru? Bisa diceritakan lebih lanjut?
“Iya, ada coder yang lama biasanya lebih cepat dan lebih paham aturan coding. Yang baru masih butuh waktu belajar dan adaptasi.”

b. Pendidikan

- 1) Menurut Anda, apakah pendidikan Anda cukup menunjang pemahaman terhadap proses pengkodean diagnosis, khususnya dalam kasus obstetri?
“Menurut saya sudah cukup menunjang yaa.”
- 2) Menurut Anda, apakah pendidikan menjadi faktor penting dalam ketepatan pengkodean diagnosis?
“Penting karena karena jadi dasar untuk memahami aturan dan alur coding.”

c. Kompetensi

- 1) Apakah Anda pernah mengikuti pelatihan atau sertifikasi terkait pengkodean diagnosis, khususnya pelatihan koding obstetri?
“Belum pernah mengikuti baik pelatihan maupun seminar coding.”

- 2) Jika Anda pernah mengikuti pelatihan pengkodean sebelumnya, bagaimana pelatihan tersebut membantu Anda dalam memahami pengkodean diagnosis, khususnya untuk kasus koding obstetri?

“Belum pernah mengikuti.”

- 3) Bagaimana Anda menilai kemampuan teknis Anda dalam mengkode diagnosis, khususnya kasus obstetri? Bisa diceritakan kesulitan / kesalahan apa saja yang paling sering Anda alami dalam mengkode diagnosis Jika pernah, apa penyebabnya dan bagaimana Anda mengatasinya?

“Pernah, tapi biasanya karena data di rekam medis belum lengkap. Jadi saya cek ulang ke SIMRS atau lihat keluhan pasien untuk memastikan kodenya sudah sesuai.”

- 4) Apakah Anda pernah menemukan adanya kode diagnosis obstetri yang tercantum salah atau bahkan belum diisi oleh dokter? Jika pernah, apa biasanya penyebabnya, dan bagaimana biasanya Anda menangani hal tersebut?

“Kalau di SIMRS sih ndak ada belum menemukan karena kan kita sudah elektronik untuk kodingnya.”

- 5) Apakah menurut Anda terdapat hubungan antara kompetensi SDM dengan frekuensi terjadinya ketidaktepatan kode diagnosis?

“Bisa jadi tapi tapi uh kemungkinan sebelumnya mereka juga mengikuti pelatihan coding sehingga kompetensinya cukup.”

d. Pengetahuan

- 1) Tahukah anda apa saja aspek yang harus dipenuhi dalam pengkodean kasus obstetri? Jika tahu apa saja aspek yang harus dipenuhi dan Apa saja informasi penunjang yang dilihat untuk proses pengkodean obstetri?

“Nggak ada kayaknya, menurut saya dalam coding kasus obstetri tidak ada aspek khusus yang harus dipenuhi secara terpisah, karena pengkodean mengikuti data medis yang tersedia..”

- 2) Bagaimana alur pelaksanaan pengkodean kasus obstetri yang dilakukan disini?

“Ya alurnya itu ngikut dari dokternya.”

- 3) Pada saat pengkodean diagnosis sering digunakan istilah terminologi medis, Apakah anda sebagai petugas koder pernah kesulitan dalam memahaminya (terminologi medis) khususnya dalam kasus obstetri?

“Pernah, cara mengatasinya ya browsing di google.”

Lalu apakah ada contoh jenis kasus yang sering dikodekan kurang tepat?

“Belum menemukan sih untuk kasus obstetri kalau saya.”

- 4) Salah satu contoh jika ada diagnosis SC emergency atas indikasi induksi gagal dan malpresentasi presentasi bokong, menurut Anda lebih tepat untuk kode diagnosis utama apa?

“Menurut saya SC emergency sih.”

2. Metode (*method*)

- a. Apakah terdapat buku panduan atau kumpulan kode khusus yang digunakan dalam melakukan pengkodean kasus obstetri?

“Yang tersedia hanya buku panduan ICD, dan tidak ada panduan khusus lain untuk pengkodean kasus obstetri.”

- b. Apakah rumah sakit memiliki SPO yang mengatur tentang koding? Dan apakah ada SPO khusus untuk pengkodean tentang obstetri? Bagaimana penerapannya?

“Ada, tapi kalau khusus obstetri tidak ada. Ya sudah membantu dan sudah jelas.”

Lalu apakah Anda pernah menemukan ketidaksesuaian antara SPO dan praktik yang ada?

“Belum pernah menemukan.”

- c. Menurut Anda, apakah SPO saat ini sudah cukup mudah dipahami dan jelas untuk pengkodean kasus obstetri? dan apa yang akan Anda ubah dari SPO tersebut jika diberi kesempatan untuk memperbaikinya?

“Sudah cukup jelas menurut saya tidak ada yang perlu dirubah.”

3. Mesin / alat (*machine*)

- a. Sarana atau sistem apa saja yang tersedia di rumah sakit ini untuk menunjang proses pengkodean diagnosis kasus obstetri?

“Ya kayak komputer, SIMRS, wifi dan lainnya.”

- b. Bagaimana fasilitas komputer dan sistem informasi yang Anda gunakan dalam proses pengkodean di rumah sakit ini? Apakah sistem informasi tersebut mendukung dalam mengakses data rekam medis dan menentukan kode?

“Sudah mendukung dalam pelaksanaannya.”

- c. Apakah proses pengkodean diagnosis dilakukan secara manual saja atau sudah secara elektronik? Bagaimana menurut anda efektivitasnya?

“Kalau disini sudah elektronik untuk proses kodingnya dan menurut saya lebih cepat dan akurat dibanding manual.”

- d. Apakah pernah terjadi kendala teknis saat melakukan validasi atau input kode diagnosis, seperti apa kendalanya? (seperti eror sistem atau keterbatasan akses data?)

“Kendala sih mungkin ini sih jaringan kayak eror sistem.”

- e. Jika sistem yang digunakan saat ini diperbarui, fitur seperti apa yang Anda harapkan dapat ditambahkan untuk mempermudah pekerjaan Anda?

“Untuk fitur kalau saya sih belum ada yang perlu ditambahkan.”

4. Bahan / dokumen (*material*)

a. Penggunaan ICD-10

- 1) Apakah Anda menggunakan ketiga volume ICD-10 secara rutin dalam proses pengkodean kasus obstetri? Bagaimana cara Anda menggunakannya?

“Ya, saya menggunakan ICD-10, tapi kadang masih mencari kodenya karena belum terlalu familiar dengan beberapa istilah..”

- 2) Jika Anda mengalami kesulitan dalam memahami atau mencari kode yang tepat di ICD-10 bagaimana biasanya Anda mengatasinya?

“Googling bisa atau tanya dan mendiskusikan kepada rekan-rekan yang lain.”

- 3) Apakah Anda lebih sering menggunakan buku fisik atau sistem digital? Apa kelebihan dan kekurangannya?

“Kalau saya sih digital soalnya kan mudah dalam pencariannya tinggal search di kolom pencarian.”

- 4) Menurut Anda, apakah kalau ICD-10 tidak digunakan dengan benar atau belum dipahami sepenuhnya, bisa menyebabkan kesalahan dalam menentukan kode diagnosis obstetri? Kalau iya, bisa dijelaskan kenapa hal itu bisa terjadi.

“Ya, kalau ICD-10 tidak digunakan dengan benar, bisa menyebabkan kesalahan dalam pengkodean. Soalnya banyak diagnosis yang mirip-mirip, jadi harus dipilih yang mengerucut agar tidak salah kode..”

b. Kelengkapan isi berkas rekam medis

- 1) Bagaimana Anda menilai kelengkapan rekam medis yang biasanya Anda terima terutama untuk kasus obstetri? apakah terdapat evaluasi secara rutin terkait kelengkapan berkas rekam medis pasien?

“Kalau evaluasi koding gaada sih, kalau kelengkapan belum ada juga cuma ada laporannya tapi yang lama.”

- 2) Seberapa sering Anda menemukan diagnosis yang tidak lengkap atau tidak konsisten dalam rekam medis khususnya kasus obstetri? Dan Apakah terdapat kesulitan dalam membaca diagnosis dari dokter ataupun perawat dikarenakan menggunakan istilah maupun singkatan yang tidak sesuai standar?

“Pernah tapi jarang kan sudah elektronik jadi tidak sulit membacanya.”

- 3) Apa yang biasanya Anda lakukan jika informasi dalam rekam medis tidak cukup jelas untuk menentukan kode diagnosis? Bagaimana cara Anda mengatasi situasi tersebut?

“Biasanya lihat riwayat medis pasiennya.”

- 4) Menurut Anda, seberapa besar pengaruh kelengkapan isi rekam medis terhadap ketepatan pengkodean diagnosis? Dan Biasanya bagian atau dokumen apa saja yang sering tidak lengkap atau tidak tersedia dalam rekam medis obstetri (misalnya: CPPT, resume, hasil penunjang, diagnosis tertulis)?

“Bisa jadi, karena kadang apa yang kita butuhkan mungkin penunjang atau bagian lain tidak ada kita kesulitan menentukan kode yang tepat. Kadang CPPT iya, mungkin resume hasil penunjang biasanya tidak lengkap.”

5. Anggaran / uang (*money*)

- a. Selama Anda bekerja apakah rumah sakit menyediakan anggaran khusus untuk pelatihan atau workshop secara berkala untuk meningkatkan kemampuan dalam pengkodean diagnosis obstetri?

“Selama saya bekerja sih belum pernah ya.”

- b. Bagaimana pendapat Anda tentang pelatihan yang tersedia saat ini dalam mendukung peningkatan ketepatan coding diagnosis obstetri? Apakah Anda pernah mendapatkan pelatihan atau pembekalan khusus mengenai sistem dan prinsip pengkodean, khususnya untuk kasus obstetri?

“Belum.”

- c. Pernahkah Anda mengusulkan pelatihan pengkodean yang belum terealisasi karena kendala anggaran? Jika tidak pernah, bagaimana Anda mengembangkan kemampuan coding secara mandiri? dan menurut Anda jika rumah sakit nantinya menambah anggaran pelatihan, pelatihan seperti apa yang paling dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas coding, khususnya di bidang obstetri?

“Kalau saya belum pernah mengusulkan terkait pelatihan terkait. Kalau ada anggaran untuk pelatihan ya ini sih pelatihan coding atau mungkin pelatihan dasar rekam medis untuk perekam medis lain yang belum pernah mendapatkan pelatihan.”

Lampiran 10 Lembar *Checklist* Observasi

	LEMBAR <i>CHECKLIST</i> OBSERVASI ANALISIS FAKTOR PENYEBAB KETIDAKTEPATAN KODE DIAGNOSIS OBSTETRI RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT MARINIR E.W.A. PANGALILA SURABAYA
---	---

E. Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri Rawat Inap

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
1.	'74174	Placenta praevia specified as without haemorrhage	O44.0	O44.0	Maternal care due to uterine scar from previous surgery, Other immediate postpartum haemorrhage, Anaemia complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	O34.2 O72.1 O99.0	O34.2 O72.1 O99.0 D64.9 O42.9 O82.9 Z37.0		✓	Perlu ditambahkan untuk kode diagnosis sekunder berupa (D64.9) karena pasien mengalami anemia dan kode penyerta (O99.0), ditambahkan juga kode ketuban pecah dini (KPD) premature rupture of membrane (O42.9) dikarenakan pasien masuk dengan air ketuban pecah, method of delivery: Delivery

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										<i>by caesarean section, unspecified (O82.9) dan outcome of delivery: Single live birth (Z37.0)</i>
2.	'63087	<i>Maternal care due to uterine scar from previous surgery</i>	O34.2	O48	<i>Prolonged pregnancy</i>	O48	O34.2 Z30.1 O82.9 Z37.0		✓	Kode yang sesuai seharusnya: DU: <i>Prolonged pregnancy</i> (O48) karena pasien hamil lewat waktu/ <i>post date</i> > 42 minggu menjadi alasan pasien tersebut dilakukan <i>caesar</i> DS: <i>Maternal care due to uterine scar from previous surgery</i> (O34.2), perlu ditambahkan untuk kode diagnosis sekunder <i>insertion of (intrauterine) contraceptive device</i> (O30.1) untuk menyertai kode (O34.2), <i>method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified</i> (O82.9) dan <i>outcome of delivery: Single live birth</i> (Z37.0)
3.	'76771	<i>Premature rupture of membranes,</i>	O42.0	O32.4	<i>Supervision of pregnancy with</i>	Z35.1 O32.4	O32.4 O82.9			Perlu dipertimbangkan yang dapat menjadi diagnosa

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
		<i>onset of labour within 24 hours</i>			<i>history of abortive outcome, Maternal care for high head at term</i>		Z37.0		✓	utama adalah <i>Maternal care for high head at term</i> dengan kode (O32.4), karena kalau ketuban pecah dini (O42.0) dengan usia aterm 38-39 minggu dapat dirangsang dengan lahir normal. Pada kode diagnosis sekunder tidak perlu menambahkan kode (Z35.1) karena pemeriksaan ini dilakukan ketika masa ibu hamil kontrol ke rs dan perlu ditambahkan kode berupa <i>method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified (O82.9)</i> dan <i>outcome of delivery: Single live birth (Z37.0)</i>
4.	'14369	<i>Oligohydramnios</i>	O41.0	O32.2	<i>Prolonged pregnancy, Maternal care for transverse and oblique lie</i>	O48 O32.2	O41.0 O82.9 Z37.0		✓	Kode yang sesuai seharusnya: DU: <i>Maternal care for transverse and oblique lie</i> (O32.2) karena menjadi alasan pasien tersebut dilakukan LSCS

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										DS: <i>Oligohydramnios</i> (O41.0), <i>method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified</i> (O82.9) dan <i>outcome of delivery: Single live birth</i> (Z37.0). Untuk O48 tidak perlu dikarenakan pada DU keterangan ukuran 38/39 minggu dan belum masuk hamil lewat waktu
5.	'2970	<i>Premature rupture of membranes, onset of labour within 24 hours</i>	O42.0	O42.0	<i>Maternal care for high head at term</i>	O32.4	O83.8 Z37.0		✓	Pada kode diagnosis sekunder tidak perlu ditambahkan kode (O32.4) karena tidak terdapat keterangan kepala bayi belum masuk panggul dan perlu ditambahkan untuk kode diagnosis sekunder berupa <i>method of delivery: Other specified assisted single delivery</i> (O83.8) dan <i>outcome of delivery: Single live birth</i> (Z37.0)
6.	'8301	<i>Maternal care for breech presentation</i>	O32.1	O32.1	<i>Polyhydramnios, Pre-eclampsia, unspecified</i>	O40 O14.9	O40 O14.9 O82.9			Perlu ditambahkan untuk kode diagnosis sekunder berupa <i>method of delivery:</i>

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
							Z30.2		✓	<i>Delivery by caesarean section, unspecified (O82.9)</i> karena dilakukan tindakan persalinan tindakan SC + MOW dan kode <i>sterilization (Z30.2)</i> karena pasien melakukan prosedur sterilisasi
7.	'27781	Severe pre-eclampsia	O14.1	O14.1	<i>Maternal care due to uterine scar from previous surgery, Maternal care for unstable lie, Pre-eclampsia, unspecified</i>	O34.2 O32.0 O14.9	O34.2 O32.0 O82.9 Z37.0		✓	Pemberian kode diagnosis sekunder tidak perlu mencantumkan <i>Pre-eclampsia, unspecified (O14.9)</i> dikarenakan sudah terwakilkan pada kode DU O14.1. Perlu ditambahkan kode method of delivery: <i>Delivery by caesarean section, unspecified (O82.9)</i> dan outcome of delivery: Single live birth (Z37.0)
8.	'55520	<i>Maternal care due to uterine scar from previous surgery</i>	O34.2	O14.1	<i>Pre-eclampsia, unspecified, Supervision of high-risk pregnancy, unspecified, Severe pre-eclampsia</i>	O14.9 Z35.9 O14.1	O34.2 O60.3 O82.9 Z37.0 Z30.2		✓	Kode diagnosis utama yang tepat adalah <i>Severe pre-eclampsia (O14.1)</i> dikarenakan alasan pasien dirawat Hipertensi 160/100 dan dilakukan tindakan LSCS. Untuk kode diagnosis

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										sekunder tidak perlu lagi menyebutkan <i>pre-eclampsia unspecified</i> (O14.9) karena sudah disebutkan di DU, untuk kode <i>Supervision of high-risk pregnancy</i> (Z35.9) tidak diperlukan karena pasien dirawat dengan komplikasi PE. Perlu ditambahkan kode <i>Maternal care due to uterine scar from previous surgery</i> (O34.2) karena pasien memiliki riwayat bekas SC, kode <i>preterm delivery without spontaneous labour</i> (O60.3) karena usia preterm 36-37 minggu, diagnosis sekunder berupa <i>method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified</i> (O82.9) karena dilakukan tindakan persalinan tindakan SC + MOW, <i>outcome of delivery: Single live birth</i> (Z37.0), dan kode <i>sterilization</i> (Z30.2)

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										karena pasien melakukan prosedur sterilisasi
9.	'77036	<i>Preterm labour without delivery</i>	O60.0	O44.1	<i>Placenta praevia with haemorrhage</i>	O44.1	-		✓	Kode yang seharusnya DU: <i>Placenta previa with haemorrhage</i> (O44.1) karena alasan utama pasien dirawat karena perdarahan dan kode <i>Preterm labour without delivery</i> (O60.0) tidak perlu ditambahkan karena pasien belum ada persalinan
10.	'77076	<i>Maternal care for disproportion due to inlet contraction of pelvis</i>	O33.2	O33.2	<i>Maternal care for poor fetal growth</i>	O36.5	O36.5 O82.9 Z37.1		✓	Perlu ditambahkan untuk kode diagnosis sekunder berupa <i>method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified</i> (O82.9) dan <i>outcome of delivery: Single live birth</i> (Z37.0)
11.	'77128	<i>Failed medical induction of labour</i>	O61.0	O61.0	<i>Prolonged pregnancy</i>	O48	O82.9 Z37.0		✓	Pada kode diagnosis sekunder tidak perlu kode <i>Prolonged pregnancy</i> (O48) karena usia kehamilan aterm dan perlu ditambahkan untuk kode diagnosis sekunder berupa <i>method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified</i> (O82.9)

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										dan <i>outcome of delivery: Single live birth (Z37.0)</i>
12.	72698	Severe pre-eclampsia	O14.1	O14.1	Preterm labour without delivery, Hypertensive heart disease without (congestive) heart failure, Gestational [pregnancy-induced] hypertension without signification proteinuria, Maternal care for signs of fetal hypoxia	O60.0 I11.9 O13 O36.3	O36.3 O36.5		✓	Pada kode DS: Tidak perlu menyebutkan kode O13 dan I11.9 dikarenakan sudah terwakilkan oleh kode DU Severe Pre-eclampsia (O14.1). Perlu penambahan kode untuk IUGR sesuai dengan di diagnosis utama Maternal care for poor fetal growth (O36.5) dan untuk kode O60.0 sebaiknya tidak ditambahkan dikarenakan pasien belum ada tanda-tanda untuk persalinan.
13.	'51445	Delivery by elective caesarean section	O82.0	O82.0	Delivery by elective caesarean section,	Z37.0	O99.2 O66.8 Z37.0		✓	Pada kode DS perlu ditambahkan kode Endocrine, nutritional and metabolic diseases complicating pregnancy, childbirth and the puerperium (O99.2) karena pasien obesitas grade 1 dengan instruksi diet TKTPRG dan Other obesity

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										(E66.8) sebagai kode yang menyertai obesitas,
14.	'77105	Mild hyperemesis gravidarum	O21.0	O21.0	Maternal care due to uterine scar from previous surgery, Supervision of high-risk pregnancy, unspecified, Supervision of pregnancy with other poor reproductive or obstetric history	O34.2 Z35.9 Z35.2	O32.1 Z35.2 O98.4 B16.9		✓	Pada kode DS tidak perlu kode <i>Maternal care due to uterine scar from previous surgery</i> (O34.2) karena pada resume tidak dijelaskan dan tidak perlu menambahkan <i>Supervision of high-risk pregnancy, unspecified</i> , (Z35.9) dikarenakan sudah ada kode yang lebih spesifik Z35.2 untuk BOH. Perlu ditambahkan kode <i>Maternal care for breech presentation</i> (O32.1) untuk letsu dan <i>Viral hepatitis complicating pregnancy</i> (O98.4) karena pasien HBsAG positif dan menambahkan kode (B16.9) sebagai kode yang menyertai (O98.4)
15.	'21304	Prolonged pregnancy	O48	O63.1	Prolonged pregnancy, Prolonged second stage of labour	O48 O63.1	O33.9 O82.9 Z37.0 Z30.1		✓	Kode yang seharusnya pada DU: <i>Prolonged second stage of labour</i> (O63.1) karena penyulitnya yaitu Kala II lama sehingga dilakukan Sc.

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										Untuk kode DS: <i>Prolonged pregnancy</i> (O48) tidak perlu ditambahkan karena asuai kehamilan aterm 40/41 minggu, perlu ditambahkan kode <i>Obstructed labour due to fetopelvic disproportion, unspecified</i> (O33.9) karena tidak ditemukan persalinan macet dan <i>method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified</i> (O82.9), <i>outcome of delivery: Single live birth</i> (Z37.0), dan kode IUD <i>Insertion of (intrauterine) contraceptive device</i> (Z30.1)
16.	'8086	<i>Prolonged first stage of labour</i>	O63.0	O63.1	<i>Prolonged first stage of labour</i>	O63.0	O81.4 Z37.0		✓	Kode yang seharusnya: DU: <i>Prolonged second stage of labour</i> (O63.1) karena pasien ada Kala II lama. DS: <i>Method of delivery: Vacuum extractor delivery</i> (O81.4) karena cara persalinannya dengan bantuan <i>vaccum extraxtion</i>

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										dan <i>outcome of delivery: Single live birth (Z37.0)</i>
17.	'22168	<i>Placenta praevia with haemorrhage</i>	O44.1	O44.1	<i>Preterm labour with preterm delivery, Maternal care for signs of fetal hypoxia</i>	O60.1 O36.3	O60.1 O36.3 O82.9 Z37.0		✓	Perlu ditambahkan untuk kode diagnosis sekunder berupa <i>method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified (O82.9)</i> dan <i>outcome of delivery: Single live birth (Z37.0)</i>
18.	'76993	<i>Premature rupture of membranes, onset of labour within 24 hours</i>	O42.0	O42.0	<i>Maternal care due to uterine scar from previous surgery, Pre-eclampsia, unspecified</i>	O34.2 O14.9	O34.2 O14.9	✓		Kode diagnosis yang diberikan sudah tepat dan tidak perlu tambahan <i>method dan outcome of delivery</i> dikarenakan pasien belum dilakukan persalinan
19.	'21304	<i>Pyrexia of unknown origin following delivery</i>	O86.4	O86.4	<i>Fever, unspecified</i>	R50.9	-		✓	Kode diagnosis sekunder <i>Fever, unspecified (R50.9)</i> tidak perlu dicantumkan karena sudah diwakili dengan kode pada DU
20.	'59830	<i>Pre-eclampsia, unspecified</i>	O14.9	O14.9	<i>Pregnancy care of habitual aborter, Supervision of pregnancy with other poor reproductive or obstetric history</i>	O26.2 Z35.2	O82.9 Z37.0 Z30.2		✓	Untuk kode (O26.2) dan (Z35.2) tidak perlu ditambahkan karena kode tersebut berlaku ketika episode kehamilan bukan melahirkan, perlu ditambahkan untuk kode

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										diagnosis sekunder berupa <i>method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified</i> (O82.9), <i>outcome of delivery: Single live birth</i> (Z37.0), dan kode MOW dan kode <i>sterilization</i> (Z30.2) karena pasien melakukan prosedur sterilisasi
21.	'76000	<i>Mild hyperemesis gravidarum</i>	O21.0	O21.1					✓	Kode diagnosis yang diberikan seharusnya <i>hyperemesis gravidarum with methabolic disturbance</i> (O21.1) karena pasien mengalami mual, muntah-muntah, disertai dehidrasi dan turgor menurun, dan tidak perlu tambahan <i>method</i> serta <i>outcome of delivery</i> dikarenakan pasien belum dilakukan persalinan
22.	'73475	<i>Pregnancy-related condition, unspecified</i>	O26.9	O26.8	<i>Supervision of normal pregnancy, unspecified, Other acute gastritis</i>	Z34.9 K29.1	K29.1 E86			Kode yang seharusnya DU: <i>Other specified pregnancy-related conditions</i> (O26.8) karena dokter menuliskan diagnosis gastritis sehingga

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
									✓	sudah bukan unspecified lagi. Pada kode DS tidak perlu mencantumkan kode Z34.9 karena pasien dirawat karena keluhan (muntah, dehidrasi) bukan kondisi normal kontrol dan perlu ditambahkan kode untuk <i>volume depletion</i> (E86.) karena pasien mengalami dehidrasi
23.	'43868	<i>Maternal care due to uterine scar from previous surgery</i>	O34.2	O34.2	<i>Pregnancy care of habitual aborter</i>	O26.2	O26.2 O82.9 Z37.0		✓	Perlu ditambahkan untuk kode diagnosis sekunder berupa <i>method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified</i> (O82.9) dan <i>outcome of delivery: Single live birth</i> (Z37.0)
24	'74943	<i>Maternal care due to uterine scar from previous surgery</i>	O34.2	O63.1			O42.9 O34.2 O68.1 O81.4 Z37.0		✓	Kode DU seharusnya <i>prolonged second stage (of labour)</i> (O63.1) karena ada kal 2 memanjang Pada kode DS perlu ditambahkan: <i>Premature rupture of membranes, unspecified</i> (O42.9) dikarenakan pada diagnosis

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										utama terdapat KPP, <i>Maternal care due to uterine scar from previous surgery</i> (O34.2) karen apasien ada bekas SC, <i>labour and delivery complicated by meconium in amniotic fluid</i> (O68.1) karena terdapat keterangan bahwa air ketuban keruh karena mekonium, dan <i>Method of delivery: Vacuum extractor delivery</i> (O81.4) karena cara persalinannya dengan bantuan <i>vaccum extraxtion</i> dan <i>outcome of delivery: Single live birth</i> (Z37.0)
25.	'75029	<i>Labour and delivery complicated by intrapartum haemorrhage, not elsewhere classified</i>	O67	O63.0	<i>Prolonged first stage of labour</i>	O63.0	O60.1 O82.9 Z37.0 Z30.1		✓	Kode yang seharusnya: DU: <i>Prolonged of first stage labour</i> (O63.0) karena pasien ada kala 1 lama. Untuk kode DS perlu ditambahkan kode <i>preterm spontaneous labour with preterm delivery</i> (O60.1), <i>method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified</i> (O82.9)

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										dan <i>outcome of delivery: Single live birth (Z37.0)</i> dan kode IUD <i>Insertion of (intrauterine) contraceptive device (Z30.1)</i>
26.	'77605	<i>Maternal care due to uterine scar from previous surgery</i>	O34.2	O63.0	<i>Prolonged pregnancy, Prolonged first stage of labour, Prolonged first stage of labour</i>	O48 O63.0 O63.0	O82.9 Z37.0 Z30.1		✓	Pada DU seharusnya kode yang ditekakkan <i>Prolonged first stage of labour (O63.0)</i> karena pasien ada kala 1 lama Kode yang seharusnya DS: terdapat duplikasi kode O63.0, perlu ditambahkan kode IUD <i>Insertion of (intrauterine) contraceptive device (Z30.1)</i> , <i>method of delivery: delivery by caesarean section, unspecified (O82.9)</i> dan <i>outcome of delivery: Single live birth (Z37.0)</i>
27.	'75019	<i>Twin pregnancy</i>	O30.0	O66.1			O63.2 O60.1 O84.2 Z37.2		✓	Pada kode DU seharusnya kode yang ditekakkan <i>Obstructed labour due to locked twins (O66.1)</i> karena janin kembar

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										Pada kode DS ditambahkan <i>delayed delivery of second twin</i> (O63.2) karena persalinan bayi kembar tertunda, <i>preterm spontaneous labour with preterm delivery</i> (O60.1), karena twin pregnancy maka <i>method of delivery: Multiple delivery, all by caesarean section</i> (O84.2) dan <i>outcome of delivery: twin, both live birth</i> (Z37.2)
28.	'77609	<i>Preterm labour with preterm delivery</i>	O60.1	O60.1	<i>Maternal care for intrauterine death</i>	O36.4	O63.1 O83.9 Z37.1		✓	Perlu ditambahkan untuk kode diagnosis sekunder berupa <i>prolonged first stage labour</i> (O63.2) karena ada kala II memanjang, <i>method of delivery: Assisted single delivery, unspecified</i> (O83.9) dan <i>outcome of delivery: Single stillbirth</i> (Z37.1) karena bayi IUFD
29.	'76504	<i>Anaemia complicating pregnancy,</i>	O99.0	O62.1	<i>Supervision of high-risk pregnancy, unspecified, External</i>	Z35.9 I84.4 O99.0	O22.4 O99.0 D64.9 O82.9			Kode yang seharusnya DU: <i>Secondary uterine inertia</i> (O62.1) dengan alasan pasien datang karena mau

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
		<i>childbirth and the puerperium</i>			<i>haemorrhoids with other complications, Anaemia complicating pregnancy, childbirth and the puerperium</i>		Z37.0		✓	melahirkan tapi tidak ada kemajuan, sehingga dilakukan SC dan dokter menulis diagnosis <i>secondary arrest</i> . Pada kode DS: perlu ditambahkan kode <i>haemorrhoids in pregnancy</i> (O22.4) karena pasien mengalami hemoroid dengan perdarahan, ditambahkan kode yang menyertai (O99.0) yaitu <i>anemia, unspecified</i> (D64.9) karena pasien mengalami anemia, <i>method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified</i> (O82.9) dan <i>outcome of delivery: Single live birth</i> (Z37.0) dan tidak perlu mencantumkan kode Z35.9 karena kode dipakai untuk pemeriksaan antenatal (ANC), bukan saat pasien sudah dalam proses persalinan (inpartu)

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
30.	'77105	<i>Preterm labour with preterm delivery</i>	O60.1	O60.1	<i>Maternal care for breech presentation, Maternal care for poor fetal growth, Preterm labour with preterm delivery</i>	O32.1 O36.5 O60.1	O32.1 O36.5 O98.4 B16.9 O34.2 O83.0 Z37.0		✓	Pada kode DS: perlu ditambahkan kode <i>Viral hepatitis complicating pregnancy, childbirth and the puerperium</i> (O98.4) karena HBsAg pasien menunjukkan positif dan disertai kode <i>Acute hepatitis B without delta-agent and without hepatic coma</i> (B16.9) <i>Maternal care for uterine scar from previous cesarean</i> (O34.2) karena pasien memiliki riwayat SC sebelum 1 kali, dan perlu ditambahkan kode <i>method of delivery Breech extraction</i> (O83.0) karena dilakukan tindakan <i>breech extraction</i> serta <i>outcome of delivery: Single live birth</i> (Z37.0)
31.	'44233	<i>Pre-eclampsia, unspecified</i>	O14.9	O14.1	<i>Maternal care due to uterine scar from previous surgery, Postprocedural pelvic peritoneal adhesions</i>	O34.2 N99.4	O34.2 O82.1 Z37.0 Z30.2		✓	Pada kode DU seharusnya <i>severe pre-eclampsia</i> (O14.1) karena tertuliskan pasien mengalami PEB Kode DS perlu ditambahkan <i>method of delivery:</i>

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										<i>Delivery by emergency caesarean section (O82.1) karena pasien terdapat bekas SC 2x dan pre-eklampsia berat (PEB), outcome of delivery: Single live birth (Z37.0), dan untuk kode (N99.4) tidak perlu kode tersebut digunakan saat kontrol awal pada saat ibu program hamil, dan kode sterilization (Z30.2) karena pasien melakukan prosedur MOW</i>
32.	'71906	<i>Prolonged second stage of labour</i>	O63.1	O63.1	<i>Labour and delivery complicated by meconium in amniotic fluid</i>	O68.1	O68.1 O82.1 Z37.0		✓	kode DS perlu ditambahkan <i>method of delivery: Delivery by elective caesarean section (O82.1) dan outcome of delivery: Single live birth (Z37.0)</i>
33.	'77509	<i>Pre-eclampsia, unspecified</i>	O14.9	O14.1	<i>Maternal care due to uterine scar from previous surgery, Placenta praevia specified as without haemorrhage</i>	O34.2 O44.0	O34.2 O82.9 Z37.0		✓	Pada kode DU seharusnya ditegakkan kode <i>severe pre-eclampsia (O14.1)</i> karena tertulis pasien mengalami PEB kode DS perlu ditambahkan <i>method of delivery: Delivery</i>

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										by caesarean section, unspecified (O82.9) dan outcome of delivery: Single live birth (Z37.0). Untuk kode <i>Placenta praevia specified as without haemorrhage</i> (O44.0) tidak perlu dikarenakan tidak ada keterangan plasenta previa melainkan hanya plasenta di corpus belakang.
34.	'75270	<i>Mild hyperemesis gravidarum</i>	O21.0	O21.1				✓		Pada kode DU seharusnya ditegakkan kode <i>Mild hyperemesis gravidarum</i> (O21.1) karena pasien mengalami dehidrasi dengan adanya turgor menurun, mual muntah, dan keton dalam urin positif
35.	'77053	<i>Failed medical induction of labour</i>	O61.0	O61.0	<i>Prolonged pregnancy</i>	O48	O82.9 Z37.0 Z30.1		✓	kode DS perlu ditambahkan <i>method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified</i> (O82.9), <i>outcome of delivery: Single live birth</i> (Z37.0), dan ditambahkan kode IUD <i>Insertion of</i>

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										<i>(intrauterine) contraceptive device (Z30.1)</i>
36.	'68722	Abdominal pregnancy	O00.0	O24.0	<i>Supervision of high-risk pregnancy, unspecified, Insulin-dependent diabetes mellitus with other specified complications, Insulin-dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complications, Anaemia complicating pregnancy, childbirth and the puerperium, Anaemia complicating pregnancy, childbirth and the puerperium</i>	Z35.9 E10.6 E10.5 O99.0 O99.0	O99.0 D64.9 O13 O82.9 Z37.0		✓	Pada kode DU seharusnya Pre-existing diabetes mellitus, insulin-dependent, in pregnancy (O24.0) karena pasien penderita diabetes mellitus dengan pengobatan injeksi insulin dan kode O00.0 kurang tepat karena pasien bukan hamil ektopik. Pada kode DS: tidak perlu menambahkan kode Z35.9 karena kode dipakai untuk pemeriksaan antenatal (ANC), bukan saat pasien sudah dalam proses persalinan (inpartu), kode E10.5 dan E10.6 tidak perlu dicantumkan karena pada kode obstetri terdapat kode tersendiri yaitu di kode O24, perlu ditambahkan kode <i>anemia, unspecified</i> (D64.9) untuk anemia karena HB 9.2 untuk menyertai kode (O99.0), <i>gestational</i>

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										<i>[pregnancy-induced] hypertension (O13) karena pasien ada tekanan darah tinggi tanpa ada proteinuria, method of delivery: Assisted single delivery, unspecified (O83.9) dan outcome of delivery: Single live birth (Z37.0). Untuk kode O99.0 dicantumkan satu saja tidak perlu ganda.</i>
37.	'75970	Abdominal pregnancy	O00.0	O99.5	Asthma, unspecified, Maternal care for transverse and oblique lie	J45.9 O32.2	J45.9 O32.2		✓	Kode diagnosis DU bukan hamil ektopik melainkan <i>Diseases of the respiratory system complicating pregnancy, childbirth, and the puerperium (O99.5)</i> karena pasien dirawat sesak nafas dan dokter mendiagnosis asma.
38.	'77830	Premature rupture of membranes, onset of labour within 24 hours	O42.0	O68.1	Maternal care for disproportion, unspecified, Maternal care for high head at term, Obstructed labour due to fetopelvic	O33.9 O32.4 O65.4 O68.1	O33.9 O42.0 O82.9 Z37.0		✓	Kode pada DU seharusnya <i>labour and delivery complicated by meconium in amniotic fluid (O68.1)</i> karena keluar cairan warna kehijauan dari jalan lahir

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
					<i>disproportion, unspecified, Labour and delivery complicated by meconium in amniotic fluid</i>					Pada kode DS sebaiknya tidak perlu mencantumkan kode <i>Maternal care for high head at term</i> (O32.4) dan <i>Obstructed labour due to fetopelvic disproportion, unspecified</i> (O65.4) karena sudah tercakup dalam diagnosis utama CPD (<i>cephalopelvic disproportion</i>) dan komplikasi persalinan yang ditangani dengan tindakan operasi lscs. Perlu ditambahkan untuk kode diagnosis sekunder berupa <i>Premature rupture of membranes, onset of labour within 24 hours</i> (O42.0), <i>method of delivery: Assisted single delivery, unspecified</i> (O83.9) dan <i>outcome of delivery: Single live birth</i> (Z37.0)
39.	'77841	<i>Prolonged first stage of labour</i>	O63.0	O63.0	<i>Prolonged pregnancy</i>	O48	O82.9 Z37.0		✓	Perlu ditambahkan untuk kode diagnosis sekunder berupa <i>method of delivery:</i>

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										<i>Assisted single delivery, unspecified (O83.9), outcome of delivery: Single live birth (Z37.0), dan ditambahkan kode IUD Insertion of (intrauterine) contraceptive device (Z30.1)</i>
40.	'76721	<i>Premature rupture of membranes, unspecified</i>	O42.9	O42.9			O83.9 Z37.0		✓	Perlu ditambahkan untuk kode diagnosis sekunder berupa <i>method of delivery: Assisted single delivery, unspecified (O83.9)</i> dan <i>outcome of delivery: Single live birth (Z37.0)</i>
41.	'77308	<i>Maternal care due to uterine scar from previous surgery</i>	O34.2	O34.2	<i>Premature rupture of membranes, onset of labour within 24 hours</i>	O42.0	O42.0 O82.9 Z37.0 Z30.2		✓	Kode DS perlu ditambahkan <i>method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified (O82.9), outcome of delivery: Single live birth (Z37.0)</i> , dan dan kode <i>sterilization (Z30.2)</i> karena pasien melakukan prosedur MOW
42.	'59346	<i>Maternal care for transverse and oblique lie</i>	O32.2	O32.2	<i>Anaemia complicating pregnancy, childbirth and the puerperium</i>	O99.0	O99.0 D64.9 O82.9 Z37.0		✓	Kode DS perlu ditambahkan kode <i>anemia, unspecified (D64.9)</i> untuk anemia karena HB 8.2 untuk

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
							Z30.2			menyertai kode (O99.0), <i>method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified</i> (O82.9), <i>outcome of delivery: Single live birth</i> (Z37.0), dan kode <i>sterilization</i> (Z30.2) karena pasien melakukan prosedur MOW
43.	'77871	Premature rupture of membranes, unspecified	O42.9	O32.1	Preterm labour without delivery, Maternal care for breech presentation, Preterm labour with preterm delivery	O60.0 O32.1 O60.1	O42.9 O60.1 O83.0 Z37.0		✓	Pada kode DU seharusnya yang ditegaskan <i>Maternal care for breech presentation</i> (O32.1) karena posisi bayi letak sungsang Kode pada DS tidak perlu dicantumkan <i>presentation, Preterm labour with preterm delivery</i> (O60.1) karena pasien sudah masuk fase persalinan dan perlu ditambahkan kode <i>Premature rupture of membranes, unspecified</i> (O42.9) karena pasien ada KPD, <i>method of delivery Breech extraction</i> (O83.0)

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										dan <i>outcome of delivery: Single live birth (Z37.0)</i>
44.	'51496	<i>Abdominal pregnancy</i>	O00.0	O44.0	<i>Placenta praevia specified as without haemorrhage, Maternal care due to uterine scar from previous surgery</i>	O44.0 O34.2	O34.2 O82.9 Z37.0 Z30.2		✓	Kode yang seharusnya DU: <i>Placenta praevia specified as without haemorrhage (O44.0)</i> karena penyulitnya plasenta previa tanpa perdarahan dan dilakukan SC. Pada kode DS ditambahkan <i>method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified (O82.9)</i> , <i>outcome of delivery: Single live birth (Z37.0)</i> , dan kode <i>sterilization (Z30.2)</i> karena pasien melakukan prosedur MOW
45.	'77885	<i>Maternal care for excessive fetal growth</i>	O36.6	O36.6	<i>Abdominal pregnancy</i>	O00.0	O61.0 O82.9 Z37.0		✓	Pada kode DS sebaiknya tidak dicantumkan kode O00.0 dikarenakan tidak terdapat keterangan bahwa pasien hamil ektopik dan ditambahkan kode <i>failed induction of labour (O61.0)</i> karena ada usaha induksi by <i>oxytocin drips, method of</i>

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										<i>delivery: Delivery by caesarean section, unspecified (O82.9) dan outcome of delivery: Single live birth (Z37.0)</i>
46.	'77677	<i>Abdominal pregnancy</i>	O00.0	O33.9	<i>Supervision of other normal pregnancy</i>	Z34.8	E66.0 O82.9 Z37.9		✓	Kode yang seharusnya DU: <i>Maternal care for disproportion, unspecified (O33.9)</i> karena pasien dirawat dan dilakukan lscs karena ada CPD (<i>cephalopelvic disproportion</i>) dan pada kode DS perlu ditambahkan kode <i>Obesity, unspecified (E66.9)</i> karena pasien didiagnosis obesitas grade 1 serta ditambahkan kode <i>method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified (O82.9)</i> dan <i>outcome of delivery: Single live birth (Z37.0)</i>
47.	'76597	<i>Maternal care due to uterine scar from previous surgery</i>	O34.2	O61.0	<i>Prolonged pregnancy</i>	O48	O34.2 O82.9 Z37.0 Z30.1		✓	Pada kode DU seharusnya <i>failed induction of labour (O61.0)</i> karena pasien ada

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										usaha induksi by oxytocin drips Kode DS perlu ditambahkan <i>Maternal care due to uterine scar from previous surgery</i> (O34.2) karena pasien ada bekas SC, kode IUD <i>Insertion of (intrauterine) contraceptive device</i> (Z30.1), <i>method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified</i> (O82.9) dan <i>outcome of delivery: Single live birth</i> (Z37.0)
48.	'77901	Abdominal pregnancy	O00.0	O61.0	<i>Failed medical induction of labour, Benign neoplasm, middle ear, nasal cavity and accessory sinuses</i>	O61.0 D14.0	O14.9 O82.9 Z37.0		✓	Kode yang seharusnya DU: <i>Failed medical induction of labour</i> (O61.0) Pada kode DS perlu ditambahkan kode <i>Pre-eclampsia, unspecified</i> (O14.9) karena pada resume medis terdapat diagnosis PE dan TD pasien 140/90 dengan alasan dirawat tekanan darah tinggi disertai sakit kepala., <i>method of delivery: Delivery by</i>

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										<i>caesarean section, unspecified (O82.9) dan outcome of delivery: Single live birth (Z37.0)</i>
49.	'77920	<i>Maternal care due to uterine scar from previous surgery</i>	O34.2	O41.0	<i>Oligohydramnios, Prolonged pregnancy</i>	O41.0 O48	O61.0 O34.1 O82.9 Z37.0 Z30.1		✓	Kode yang seharusnya DU: <i>oligohydramnios (O41.0)</i> dikarenakan pasien masuk ada oligohidramnion Pada kode DS ditambahkan kode <i>failed induction of labour (O61.0)</i> karena ada usaha induksi <i>by oxytocin drips, maternal care for tumour of corpus uteri (O34.1), method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified (O82.9), outcome of delivery: Single live birth (Z37.0)</i> , dan kode IUD Insertion of <i>(intrauterine) contraceptive device (Z30.1)</i> ,
50.	'7579	<i>Prolonged pregnancy</i>	O48	O32.2	<i>Maternal care for transverse and oblique lie</i>	O32.2	O82.9 Z37.0		✓	Pada kode DU seharusnya <i>Maternal care for transverse and oblique lie (O32.2)</i> karena bayi letak oblique atau letak lintang dan bukan

No.	No. RM	Diagnosis Utama	Kode Diagnosis		Diagnosis Sekunder	Kode Diagnosis Sekunder		Ketidaktepatan Kode Diagnosis		Keterangan
			RS	Peneliti		RS	Peneliti	Tepat	Tidak Tepat	
										O48 karena aterm usia 40 minggu kode DS perlu ditambahkan <i>method of delivery: Delivery by caesarean section, unspecified</i> (O82.9) dan <i>outcome of delivery: Single live birth</i> (Z37.0)

Lampiran 11 SPO Koding dan Review Rekam Medis

 RUMKITALMAR EWA PANGALILA	CODING		
	No Dokumen SPO/ 21 / X / 2021	No Revisi 0	Halaman : 1/ 1
PROSEDUR TETAP	Tanggal Terbit Oktober 2021	Ditetapkan :  Kepala RUMKITALMAR Ewa Pangalila dr. Yusuf Wibisono, Sp.B.S. Letkol Laut (K) NRP 14585/P	
	PENGERTIAN	Coding rawat inap merupakan kegiatan pengolahan data dalam memberikan kode dari diagnosa pasien rawat inap sesuai dengan kode dari ICD - 10	
TUJUAN	Sebagai acuan untuk penerapan langkah-langkah untuk memberi kode diagnosa pasien rawat inap		
KEBIJAKAN	a. SK Dirjen Yanmed No. YM.00.3.22.1996 tentang Revisi Pedoman Pengelolahan Rekam Medis Rumah Sakit b. Surat Edaran Kepala RUMKITALMAR Ewa Pangalila tentang Perberlakuan ICD – 10 dan ICD – 9 CM		
PROSEDUR	1. Menerima berkas rekam medis pasien rawat inap yang sudah pulang / keluar rumah sakit dari ruangan 2. Memeriksa diagnosa yang diberikan dokter dari lembaran ringkasan masuk dan keluar 3. Mencari dan mencocokkan diagnosa dengan buku ICD-10 dan tindakan di buku ICOPIM/ ICD – 9 CM 4. Setelah diketemukan penggolongan diagnosanya maka petugas rekam medis menuliskan kode tersebut di sebelah diagnosa atau dikolom kode diagnosa 5. Memasukkan kode ke dalam komputer 6. Untuk berkas rawat jalan coding dilakukan oleh masing-masing counter poliklinik dengan menginput diagnose pasien		
UNIT TERKAIT	Unit rawat inap		

 RUMKITALMAR EWA PANGALILA SURABAYA	REVIEW REKAM MEDIS		
	No Dokumen SPO/34/ X / 2021	No Revisi 0	Halaman : 1/ 1
PROSEDUR TETAP	Tanggal Terbit Oktober 2021	Ditetapkan :  Kepala RUMKITALMAR Ewa Pangalila Dr. Yusuf Wibisono, Sp.B.S. Letkol Laut (K) NRP 14585/P	
PENGERTIAN	Review dokumen rekam medis adalah penilaian berkas rekam medis yang dikembalikan dari ruang perawatan ke bagian rekam medis apakah sudah diisi lengkap jelas dan benar.		
TUJUAN	1. Agar rekam medis mutunya dapat dipertanggung jawabkan untuk pelayanan kepada pasien 2. Untuk menjaga agar pengisian RM yang dilakukan tenaga kesehatan secara tertib administrasi dan berkesinambungan 3. Untuk menghindari tuntutan hukum apabila rekam medis tidak diisi dengan lengkap, akurat dan jelas 4. Merupakan parameter mutu pelayanan rumah sakit		
KEBIJAKAN	1. Permenkes No. 1691 / Menkes / Per/ VIII/ 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit 2. Surat Edaran Kepala RUMKITALMAR Ewa Pangalila		
PROSEDUR	1. Rekam Medis rawat inap setelah diisi oleh dokter dikembalikan oleh petugas ruangan ke bagian rekam medis di review secara reguler dan teratur 2. Review menggunakan sampel rekam medis yang mewakili/representative 3. Review dilakukan oleh dokter , perawat dan profesi lain yang diberi otorisasi untuk pengisian rekam medis atau mengelola rekam medis pasien 4. Review berfokus pada ketepatan waktu , dapat terbaca, dan kelengkapan berkas rekam medis 5. Isi rekam medis diisyaratkan oleh peraturan dan perundang – undangan dan dimasukkan dalam proses review 6. Berkas rekam medis pasien yang masih aktif dirawat dan pasien yang sudah pulang dimasukkan dalam proses review 7. Hasil proses review digabungkan ke dalam mekanisme pengawasan mutu rumah sakit 8. Tim review rekam medis terdiri dari dokter, perawat,		

	farmasi , nutrisisionis, terapis dan perekam medis 9. Lakukan edukasi review pada tim review 10. Buat laporan ketidaklengkapan dan tindak lanjutnya
UNIT TERKAIT	Unit Rekam Medis Unit Rawat Jalan Unit Rawat Inap Unit Gawat Darurat

Lampiran 12 Dokumentasi Penelitian



Lampiran 13 Hasil Turnitin

Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Obstetri Rawat Inap di Rumah Sakit E.W.A. Pangalila Surabaya

ORIGINALITY REPORT

19%	18%	4%	3%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	pkmbaturetno1.blogspot.com Internet Source	7%
2	medicalrecoder.files.wordpress.com Internet Source	1%
3	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	1%
4	perpustakaan.poltekkes-malang.ac.id Internet Source	1%
5	etoze.ru Internet Source	<1%
6	ojs.udb.ac.id Internet Source	<1%