

## LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuisisioner Penelitian

No. Responden



**KUESIONER PENELITIAN**  
**HUBUNGAN PENGETAHUAN PEREKAM MEDIS**  
**TERHADAP KUALITAS KODING KLINIS**  
**DI RSUPN DR. CIPTO MANGUNKUSUMO**  
**JAKARTA, TAHUN 2019**

Identitas Peneliti :  
Nama : Yusirwan Tabrani  
NIM : 201431236  
Program Studi : Manajemen Rumah Sakit  
Fakultas : Ilmu – Ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul

Saya menyadari bahwa waktu yang Bapak/Ibu/Saudara/i Responden sangat terbatas dan berharga. Namun saya mengharapkan Bapak/Ibu/Saudara/i Responden supaya bersedia meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner penelitian ini secara objektif. Hasil dari jawaban yang Bapak/Ibu/Saudara/i Responden berikan sangat berarti bagi penelitian ini. Data yang Bapak/Ibu/Saudara/i Responden berikan akan dijaga kerahasiaannya dan semata-

mata hanya digunakan untuk keperluan penelitian ini saja. Sekian dari saya, atas bantuan dan pengertiannya saya ucapkan terimakasih.

### **INFORMED CONSENT**

#### **RESPONDEN**

Saya berharap Bapak/Ibu/Saudara/i Responden bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini dimana akan dilakukan pengisian angket yang terkait dengan penelitian.

Setelah Bapak/Ibu/Saudara/i Responden membaca maksud dan kegiatan penelitian diatas, maka saya mohon untuk mengisi nama dan tanda tangan dibawah ini.

Saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Nama : \_\_\_\_\_

Tanda tangan : \_\_\_\_\_

Terima kasih atas kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i Responden untuk ikut serta di dalam penelitian ini.

## I. Karakteristik Responden

Petunjuk pengisian:

1. Isikan identitas Ibu/Bapak/Saudara/Saudari pada kolom yang tersedia
2. Berikan tanda ceklis (✓) pada kolom jawaban Ibu/Bapak/Saudara/Saudari paling sesuai.
  - a. Umur : ..... Tahun
  - b. Jenis Kelamin :  Laki-laki  
 Perempuan
  - c. Masa kerja dibagian koding : ..... Tahun
  - d. Pendidikan Terakhir :  SLTA  
 DIII  
 DIV/S1

## II. Pengetahuan Perekam Medis (Variable Independen)

**Berilah tanda silang (X) pada jawaban benar dari pilihan yang telah disediakan!**

1. Hal yang dilakukan sebelum melakukan koding adalah
  - a. Mengidentifikasi diagnosa utama, diagnosa sekunder dan prosedur/tindakan
  - b. Mengidentifikasi tindakan utama dan penunjang
  - c. Menentukan lead term dan modifiers
  - d. Memeriksa kriteria inclusion dan exclusion
2. Diagnosa utama adalah
  - a. diagnosa yang muncul setelah pasien berada di rumah sakit
  - b. diagnosa lain yang sudah ada sebelum pasien masuk rumah sakit
  - c. tindakan medis yang dilakukan terhadap pasien
  - d. diagnosa yang paling banyak menggunakan sumber daya (SDM, bahan habis pakai dll)

3. Setelah anda mengidentifikasi diagnosa yang akan dikode, hal yang selanjutnya dilakukan adalah?
  - a. menentukan "modifiers"
  - b. menentukan "root"
  - c. menentukan "lead term"
  - d. menentukan "suffix"
4. Setelah menentukan "lead term" diagnosa utama, selanjutnya adalah mencari kode diagnosa tersebut dengan menggunakan
  - a. ICD 10 Volume 1
  - b. ICD 10 Volume 3
  - c. ICD 10 Volume 2
  - d. ICD 9 CM
5. Setelah kode diagnosa didapat selanjutnya adalah mengecek kebenaran kode pada
  - a. ICD 10 Volume 1
  - b. ICD 10 Volume 3
  - c. ICD 10 Volume 2
  - d. ICD 9 CM
6. Tanda yang digunakan untuk kode tambahan untuk menyatakan manifestasi penyakit serta tidak boleh dijadikan sebagai diagnosa utama adalah?
  - A. Dagger
  - B. Asterik
  - C. NEC
  - D. Include
7. Dalam Buku ICD 10 yang berisi tentang petunjuk penggunaan buku ICD dapat dilihat pada volume ?
  - A. Volume 1
  - B. Volume 1,2
  - C. Volume 2
  - D. Volume 3
8. Buku ICD 10 yang berisi tentang table obat dapat dilihat pada volume ?
  - A. Volume 1
  - B. Volume 1,2
  - C. Volume 2
  - D. Volume 3
9. Dalam Buku ICD 10 yang berisi tentang EXCLUDE/ INCLUDE suatu system penyakit dapat dilihat pada volume adalah?
  - A. Volume 1
  - B. Volume 1,2
  - C. Volume 2
  - D. Volume 3
10. Pada Awal Bab ICD volume 1, selalu terdapat kata excludes, yang artinya adalah:
  - A. tidak termasuk
  - B. termasuk
  - C. bagian dari
  - D. satu kelompok
11. Terdapat berapa aturan reseleksi kondisi utama morbiditas di dalam ICD 10 volume 2?
  - A. 3 aturan (MB1, MB2 dan MB3)
  - B. 4 aturan (MB1, MB2, MB3 dan MB4)
  - C. 2 aturan (MB1, MB2)
  - D. 5 aturan (MB1, MB2, MB3, MB4 dan MB 5)
12. Pada Awal Bab ICD volume 1, selalu terdapat kata includes, yang artinya adalah:
  - A. tidak termasuk
  - B. termasuk
  - C. pengecualian
  - D. bukan bagian dari

### III. Koding Klinis (Variable Dependen)

Bacalah kasus dibawah ini, kemudian dimohon untuk melakukan kodefikasi sesuai dengan kasus yang ada.

#### 1. Kasus Pertama

Pasien laki – laki , 58 Tahun

Ringkasan riwayat penyakit :	riwayat penurunan kesadaran paska terjatuh 2 jam smrs terjatuh di kamar mandi dan kepala terbentur lantai. tampak luka robek pada kepala belakang. saat ditemukan sempat kurang respon saat dipanggil sekitar 10 menit, kemudian dibawa ke kasur dan mulai nyambung lagi untuk berkomunikasi.
Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik terpenting :	DPL : 9.2/23.7/11790/243.000. pt/apt : 10.2(10.0) / 32.5(31.5). e: 129/2.9/106. ur/cr=40.3/1.297. ot/pt : 83/69. ct scan kepala non kontras 28/11/18 Infark lakunar lama di basal ganglia kiri. Tidak tampak perdarahan intrakranial. TCD stenosis bilateral a.vertebralis
Terapi/Pengobatan selama di Rumah Sakit :	ascardia 1x80mg. cilostazol 2x100mg. vitamin b6 2x10mg. vitamin b12 2x50mcg. asam folat 2x50mg. simvastatin 1x20mg. paracetamol 3x500mg. omeprazol 1x20 mg. humalog 3x12unit. lantus 1x12unit sk. fenofibrat 2x300mg. ceftriaxone 2x1 gram iv.
Hasil Konsultasi :	TS IPD : regulasi gula darah dengan insulin. DM tipe II TS Bedah plastik : selulitis dorsum pedis dekstra post insisi evakuasi
Diagnosa Utama Diagnosa Sekunder	Cerebral Infraction - DM Tipe 2 - VL Kepala - Hiponatremia - Hipertensi

Berdasarkan perjalanan penyakit dan kriteria Rules MB, rekomendasi hasil koding dan susunan diagnosa utamanya adalah :

Diagnosa	kode ICD 10
1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....
4. ....	.....
5. ....	.....

## 2. Kasus kedua

Pasien perempuan , 29 Tahun

Ringkasan riwayat penyakit :	Pasien mengeluh mulas-mulas sejak 12 jam sebelum masuk rumah sakit. Hari pertama haid terakhir tidak yakin. Pasien tidak pernah kontrol kehamilan karena pasien tidak sadar hamil. Tidak pernah ANC dan USG. Keluar lendir darah disangkal, demam disangkal, gigi berlubang tidak ada, flek-flek tidak ada, keputihan disangkal buang air besar dan buang air kecil normal.
Pemeriksaan fisik :	Keadaan umum baik, compos mentis Tensi 120/80 nadi 88 suhu 36 napas 20 Status generalis dalam batas normal Status obstetri tinggi fundus uteri 25 cm, presentasi kepala 5/5, HIS 1-2x/10/15", denyut jantung janin 145 Inspeksi vulva urethra tenang, perdarahan aktif negatif Inspekulo portio licin, livid, OUE terbuka 1 cm, selaput ketuban positif, fluor negatif, fluksus negatif Pemeriksaan dalam tidak dilakukan
Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik terpenting :	USG janin presentasi kepala tunggal hidup, denyut jantung janin positif, ICA 20, taksiran berat janin 1603 gram, plasenta korpus posterior, SDAU 2,5, cerebellum 37,3 sesuai 30-31 minggu DPL 9.7/28.9/11160/359000//67/22/23 Apus darah tepi anemia mikrositik hipokrom, neutrofilia Urinalisa bakteri positif, jamur positif, nitrit negatif, LEA negatif, leukosit 3-4, protein negatif
Terapi/Pengobatan selama di Rumah Sakit :	Tokolitik Pematangan paru Antibiotika Infus venofer Suplementasi besi
Diagnosa Akhir	Ancaman partus prematurus pada G3P2 hamil 30-31 minggu janin presentasi kepala tunggal hidup skor tokolitik 4, ibu dengan anemia mikrositik hipokrom defisiensi besi, vaginitis asimtomatik

Berdasarkan perjalanan penyakit dan kriteria Rules MB, rekomendasi hasil koding

dan susunan diagnosa utamanya adalah :

Diagnosa	kode ICD 10
1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....



4. ....
5. ....

### 3. Kasus ketiga

Pasien laki – laki , 66 Tahun

Ringkasan riwayat penyakit :	Pasien, laki-laki, 66 tahun, datang ke Poli HOM untuk dilakukan kemoterapi ke 2 dengan mual-mual. Lalu pasien disarankan perbaikan KU di lantai 7 dikarenakan Hb rendah.. Pada pemeriksaan fisik didapatkan konjungtiva pucat,deformitas maksila kiri, suara paru rhonki minimal posterior sinistra. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan anemia normositik normokrom, hyponatremia, hypokalemia, hipoalbuminemia. Pemeriksaan Rontgen thorax dikatakan efusi pleura. Hasil PA menunjukkan efusi pleura karena metastase dari kanker maksila
Pemeriksaan fisik :	Mata: kepala tidak anemis, sklera tidak ikterik Dada: paru vesikuler, tidak ada rhonki dan wheezing, jantung s1s2 normal, tidak ada gallop atau murmur Abdomen: datar, supel, timpani, BU normal St lokalis: regio maxilla: tampak scar bekas luka operasi
Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik terpenting :	Na/K/Cl (18/11) : 119/2.5/82 DPL (18/11) : 9.2/28.2/7.200/284.000
Terapi/Pengobatan selama di Rumah Sakit :	Premix KCL 50 meq / 12 jam Nacl caps 3x500 mg KCL pulv 3x500 mg Ondansentron 2x8 mg
Diagnosa utama	Anemia
Diagnosa Sekunder	Ca Maksila Hiponatremia Hypoalbuminemia Hypokalemia Efusi Pleura

Berdasarkan perjalanan penyakit dan kriteria Rules MB, rekomendasi hasil koding dan susunan diagnosa utamanya adalah :

- | Diagnosa | kode ICD 10 |
|----------|-------------|
| 1. ....  | .....       |
| 2. ....  | .....       |
| 3. ....  | .....       |

4. ....
5. ....
6. ....

#### 4. Kasus keempat

Pasien laki – laki , 40 Tahun

Ringkasan riwayat penyakit :	Pasien datang ke IGD dengan keluhan BAB cair sejak pagi. BAB cair frekuensi 6 kali/hari, ampas tidak ada. Keluhan disertai muntah tiap minum susu. Sejak pagi anak terlihat lemas dan tidak respon saat diajak bicara.. hasil urinalisis menunjukkan kesan ISK. Pasien dilakukan USG ginjal dan saluran kemih dengan hasil pielektasis ginjal kanan dan hidronefrosis grade 1 ginjal kiri. Pasien dengan kondisi gizi buruk, Selama perawatan, pasien juga mengalami hiponatremia sehingga dilakukan koreksi elektrolit.
Pemeriksaan fisik :	Compos mentis Nadi: 143x/menit Suhu tubuh: 37 celcius Kepala: normosefal, mata cekung, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, UUB datar, tidak membonjol, mukosa bibir lembab, air mata ada Paru: vesikuler, tidak ada ronchi dan wheezing
Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik terpenting :	Urin lengkap: Kejernihan Keruh Leukosit 15-20/LPB Eritrosit 10-12/LPB Sel Epitel 1+ Kristal negatif Hasil USG Ginjal dan saluran kemih: pielektasis ginjal kanan dan hidronefrosis ginjal kiri
Terapi/Pengobatan selama di RS	Rehidrasi pada dehidrasi ringan sedang, zinc, renalyte, cefotaxime, cefixime, asam folat, koreksi hyponatremia
Diagnosa Utama	ISK
Diagnosa Sekunder	Hidroneprosis Hiponatremia GEA Gizi Buruk

Berdasarkan perjalanan penyakit dan kriteria Rules MB, rekomendasi hasil koding dan susunan diagnosa utamanya adalah :

- | Diagnosa | kode ICD 10 |
|----------|-------------|
| 1. ....  | .....       |



2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

### 5. Kasus kelima

Pasien perempuan , 48 Tahun

Ringkasan riwayat penyakit :	Pasien dengan keluhan sulit BAB. Perut dikatakan semakin besar. Ada BAB berdarah. Pasien berobat ke RS Ulin di Banjarmasin. Dilakukan kolostomi dan Biopsi. Hasil PA : Signet Ring Cell Tumor. Dilakukan kemoterapi 6 siklus di RSUD Ulin Banjarmasin. Rexta, Leucovarin, Curacil. Sampai dengan Mei 2018. Pasien kemudian dirujuk untuk radioterapi pada Juni 2018. Pasien dikonsulkan ke Bedah Digestif. Karena masih dapat dilakukan operasi. Pasien disarankan operasi terlebih dahulu.
Pemeriksaan fisik :	Mata : Konjungtiva tidak pucat, sklera tidak ikterik Jantung : Bunyi jantung 1-2 positif normal Paru : Vesikuler kedua lapang paru Abdomen : Datar, lemas, terpasang drain asites dan kolostomi bag. Stoma Vital Produksi feses Ekstremitas : Akral hangat CRT<2S
Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik terpenting	PA : Signet Ring Cell Tumor Albumin : 2,8 Procalcitonin : 10,07
Terapi/Pengobatan selama di Rumah Sakit :	Drainase Asites Amikacyn 1x1gr metocloperamide 3x10 mg po ketorolac 3x30 mg iv asam mefenamat 3x500 mg po vitamin b complex 3x2 mg po vitamin c 2x250 mg po
Diagnosa utama	Tumor Rektum
Diagnose sekunder	Hipoalbumin Ascites Anemia Sepsis

Berdasarkan perjalanan penyakit dan kriteria Rules MB, rekomendasi hasil koding

dan susunan diagnosa utamanya adalah :

Diagnosa

kode ICD 10

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

## 6. Kasus keenam

Pasien perempuan , 62 Tahun

Ringkasan riwayat penyakit :	Kelemahan keempat ekstremitas dan tidak bisa bicara sejak 24 hari SMRS 2 bulan SMRS pasien mulai merasakan pusing, bila berjalan tidak seimbang. selama dirawat terdapat demam dan batuk berdahak, pasien mendapat antibiotik
Pemeriksaan fisik :	<p>TD 140/70mmHg            Nadi 84x/m            SaO2 97%            Nafas 18x/m            Suhu 37,4 C</p> <p>GCS E3M5V2 kesan afasia global            Kaku kuduk tidak ada, tanda rangsang meningeal tidak ada            Refleks babinski positif bilateral            Sensorik dan otonom belum dapat dinilai            Funduskopi ODS: kesan hipertensif ODS</p>
Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik terpenting :	<p>MRI dan MRA non kontras            Infark subakut hemisfer serebeli bilateral pons kiri dan subkortikal lobus oksipital kiri            Infark kronik basal ganglia bilateral dan korona radiata kiri Lesi lakunar multipel pada korona radiata bilateral dan centrum semiovale bilateral            Senilis brain atrofi</p>
Terapi/Pengobatan selama di Rumah Sakit :	Antibiotik
Diagnosa Utama	Stroke Iskemik
Diagnosa Sekunder	Hipertensi Pneumonia

Berdasarkan perjalanan penyakit dan kriteria Rules MB, rekomendasi hasil koding dan susunan diagnosa utamanya adalah :

Diagnosa	kode ICD 10
1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....

## 7. Kasus Ketujuh

Pasien perempuan , 45 Tahun

Ringkasan riwayat penyakit :	Pasien wanita 45 tahun datang dengan keluhan badan terasa lemas tidak nafsu makan, mual, kadang muntah, muntah tidak ada darah, BAB cair ada, tidak disertai darah, frekuensi 2x sehari, volume 100-200 cc sehari. Demam dirasakan hilang timbul. Pasien sebelumnya diketahui HIV positif dengan toxoplasma terinfeksi
Pemeriksaan fisik :	CM; TD: 77/48; N: 96x; RR: 22x; S 36,8; SpO2 97 Mata: konjungtiva pucat, sklera tidak ikterik Orofaring: nampak lesi keputihan pada daerah palatum Paru: vesikuler, tidak ada ronki dan wheezong Jantung: S1 dan S2 reguler, murmur dan gallop tidak ada Abdomen: datar, bising usus positif, supel, tidak ada hepatosplenomegali Ekstremitas: akral hangat, tidak ada edema Kulit: nampak lesi kulit berupa papula berskuama dengan pus, tersebar diseluruh tubuh
Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik terpenting :	DPL: 8,6/24,6/12.040/293.000 --> 10,9/32,6/3430/257.000 HJ: 0,1/0,1/86,1/6,5/7,2 PT: 12(10,5) APTT: 47,6(33,8) Na/K/Cl: 133/3,0/96 --> 131/4,1/106,5 Ro thorax: Infiltrat minimal di lapang tengah paru kanan; tak tampak kelainan radiologis pada jantung
Terapi/Pengobatan selama di Rumah Sakit :	IVFD: Triofusin E1000 500 cc/12 jam+NaCl 0,9% 500 cc/12 jam, Ceftriaxone 1x2 g, Cotrimoxazole 2x480 mg Fluconazole 1x150 mg, Paracetamol 3x500 mg, New Antides 3x2 tab, Ranitidine 2x50 mg, KSR 3x600 mg
Diagnosa Utama	Hypokalaemia
Diagnosa Sekunder	HIV Anaemia Diare

Berdasarkan perjalanan penyakit dan kriteria Rules MB, rekomendasi hasil koding dan susunan diagnosa utamanya adalah :

Diagnosa	kode ICD 10
1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....
4. ....	.....

## 8. Kasus Kedelapan

Pasien laki – laki , 38 Tahun

Ringkasan riwayat penyakit :	Pasien datang dengan keluhan sesak nafas sejak 3 hari SMRS. Sesak nafas dirasakan bila pasien berbaring terlentang. Keluhan disertai dengan batuk tidak berdahak dan demam. Pasien terpasang CAPD sejak 1 bulan terakhir. Hipertensi dan DM ada
Pemeriksaan fisik :	Awal masuk : Pada pemeriksaan fisik, hemodinamik stabil tekanan darah 140/90 mmHg frekuensi nadi 80x/menit frekuensi nafas 22x/menit suhu 38.5 C, konjunctiva anemis, ronchi basah kasar di basal paru.
Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik terpenting :	DPL : 8.8/26.6/8190/400.000 Diff count 0.4/6.1/59.9/25.2/8.4 RET HE 26.8 MCV/MCH 86.9/28.8 Na 132 K 2.90 Cl 98 Mg 1.58 (12/12/18) ur/cr 75/4.90 eGFR 9.1 Na/K/Cl 135/3.9/99.5 Mg 1.83 Pemeriksaan foto thorax didapatkan infiltrat di lapangan atas paru kanan-kiri dan parakardial kanan.
Terapi/Pengobatan selama di Rumah Sakit :	Diet DM 1700 kkal protein 1gr/kg/hari, rendah garam 3 porsi besar 3 porsi kecil IVFD KN 2 500ml/24jam , Ceftriaxone 1x2gr IV, Azithromycin 1x500mg po, Valsartan 1x160mg, Furosemide 1x40mg po, KSR 3x600mg po, Novorapid 3x 4 unit SK, Lantus 1x24 unit SK . CAPD penggantian dialisa 3x/hari
Diagnosa Utama	CAD
Diagnosa Sekunder	hipomagnesemia Hipokalemia CHF Fc II DM type 2 Hipertensi CKD stage 5 on CAPD dengan riwayat overload, anemia CAP

Berdasarkan perjalanan penyakit dan kriteria Rules MB, rekomendasi hasil koding dan susunan diagnosa utamanya adalah :

Diagnosa	kode ICD 10
1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....
4. ....	.....
5. ....	.....

### 9. Kasus Kesembilan

Pasien laki – laki , 45 Tahun

Ringkasan riwayat penyakit :	Pasien rencana kemoterapi dengan protokol osteosarkoma WKT, EKZ,AMC siklus 2. pasien saat pemberian kemoterapi tidak ada keluhan demam, tidak ada buang air besar cair, terdapat muntah, sariawan tidak ada, perdarahan gusi dan mimisan tidak ada.
Pemeriksaan fisik :	Compos mentis, TD 100/60 mmHg. Nadi 84x/menit Napas 35x/menit. Suhu 36.5 Mata anemis, tidak ikterik. Jantung BJ I/II normal, murmur dan gallop negatif Paru vesikuler, wheezing tidak ada, rhonki tidak ada.
Pemeriksaan Penunjang	Ureum Darah L 9.0 mg/dL SGPT (ALT) 9 SGOT (AST) 19 U/L Kreatinin Darah L 0.30
Terapi/Pengobatan selama di Rumah Sakit	sesuai protokol kemoterapi ondancetron
Diagnosa Utama	OSTEOSARCOMA PRO KEMO

Berdasarkan perjalanan penyakit dan kriteria Rules MB, rekomendasi hasil koding dan susunan diagnosa utamanya adalah :

Diagnosa	kode ICD 10
1. ....	.....
2. ....	.....

### 10. Kasus Kesepuluh

Pasien perempuan , 42 Tahun

Ringkasan riwayat penyakit :	pasien dengan CKD on HD rutin, saat ini datang karena komplikasi CDL
Pemeriksaan fisik :	compos mentis, hemodinamik stabil st. lokalis : luka tertutup kasa, rembesan +
Pemeriksaan Penunjang /	Ro Thorax : Dalam Batas Normal

Diagnostik terpenting :	
Terapi/Pengobatan selama di Rumah Sakit :	cefixime 2x200 mg po paracetamol 3x500 mg po Hemodialisa
Diagnosa Utama	CKD
Diagnosa Sekunder	CDL Macet

Berdasarkan perjalanan penyakit dan kriteria Rules MB, rekomendasi hasil koding dan susunan diagnosa utamanya adalah :

Diagnosa	kode ICD 10
1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....