

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi Pocket Guide

Pocket artinya kantong atau saku, *pocketbook* artinya buku yang bisa dikantongi. *Guide* artinya petunjuk, penuntun, *guidebook* artinya buku petunjuk. (akses:kamuskbbi.id/pocket). Buku artinya lembar kertas yang berjilid berisi tulisan atau kosong. Buku saku adalah buku berukuran kecil yang dapat dimasukkan saku dan mudah dibawa kemana-mana. (akses:kbbi.web.id/buku). Dalam Bahasa Indonesia *Pocket Guide* artinya buku saku petunjuk yang bisa dikantongi. Tujuan bisa dikantongi supaya mudah membawanya kemana dan dimanapun orang atau petugas koding berada. Selain itu, buku yang bisa dikantongi bisa menghemat tempat seperti *pocket guide* ini.

Buku saku memiliki beberapa kesamaan arti diantaranya:

- a. Buku petunjuk artinya buku yang berisikan keterangan dan petunjuk praktis untuk melakukan (melaksanakan, menjalankan) sesuatu.
- b. Buku pedoman artinya buku yang digunakan sebagai acuan dalam melakukan sesuatu.
- c. Buku acuan artinya buku yang berisikan informasi (keterangan) yang dipakai sebagai panduan dalam melaksanakan sesuatu (penelitian dan sebagainya).

Menurut Utama (2014), cara praktis menulis buku adalah sebagai berikut:

1. Membuat *outline*
2. Mengembangkan dan menyempurnakan *outline*, dengan penambahan bahan bacaan atau berdiskusi dengan pihak lain dan kembangkan terus kerangka tulisan.
3. Melengkapi bahan, dengan mengumpulkan bahan terkait ide buku selengkap mungkin.

4. Menetapkan alur buku, pada tahap ini yang dilakukan adalah dengan mengutak-atik *outline* apakah sudah sistematis atau belum.
5. Menulis dari bagian yang paling mudah, kerjakan bagian yang paling dikuasai atau disukai terlebih dahulu.
6. Menulis bagian kata pengantar, pendahuluan, dan biografi penulis.
7. Selesaikan satu per satu, setelah menguasai semua bahannya, maka dilanjutkan dengan menyelesaikan semua tulisan satu per satu.
8. Menulis bab demi bab, dengan menggunakan kata-kata yang mudah dipahami.
9. Selesaikan satu per satu
10. Lengkapi dengan table, gambar, data statistik, atau foto
11. Selesaikan per bab, dengan menyelesaikan bab I, bab II, bab III, dan selesaikan bab yang paling disukai/dikuasai.

(askes:<https://books.google.com/books?id=myB1CwAAQBAJ>).

Menurut Karimi (2012), dalam bukunya yang berjudul “Siapapun Bisa Menerbitkan Buku”, berikut ini adalah beberapa ukuran standar buku yang bisa kita gunakan sebagai acuan :

Buku Besar	: 20cm x 28cm, 21,5cm x 15,5cm
Ukuran Standar	: 16cm x 23cm, 11,5cm x 17,5cm
Ukuran Kecil	: 14cm x 21cm, 10cm x 16cm
Buku Saku	: 10cm x 18cm, 13,5cm x 7,5cm

(akses:<https://books.google.com/books?isbn=9792723935>)

B. Diagnosa

Diagnosis dalam ICD-10 adalah diagnosis berarti, penyakit, cedera, cacat, keadaan masalah terkait kesehatan. Menurut (Hatta, Gemala R, 2008:174). Diagnosa utama adalah kondisi yang setelah dipelajari ditentukan paling bertanggung jawab menyebabkan pasien masuk rumah sakit untuk perawatan. Diagnosis sekunder dalam ICD-10 adalah masalah kesehatan yang muncul pada saat episode keperawatan kesehatan, yang mana kondisi itu belum ada di pasien. Diagnosis lain adalah semua kondisi yang menyertai diagnosa utama

atau yang berkembang kemudian atau yang mempengaruhi pengobatan yang diterima dan/atau lama tinggal di rumah sakit (Gemala Hatta,2008).

Setiap diagnosis harus mengandung kekhususan dan etiologi. Apabila dokter tidak dapat menemukan yang khusus atau etiologi karena hasil pemeriksaan rontgen, tes laboratorium serta pemeriksaan lain tidak dimasukkan, maka pernyataan harus dibuat sedemikian rupa yang mampu menyatakan simptom dan bukan penyakitnya, diagnosis harus dijelaskan sebagai meragukan atau tidak diketahui (Huffman, 1994). Menurut Depkes-RI, (1997) penetapan diagnosis pada pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter. Diagnosis yang ada di dalam rekam medis diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada ICD-10.

C. Coding

Coding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data (Depkes RI, 2006).

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecepatan dan ketepatan coding dari suatu diagnosis dalam Depkes RI (2006) dipengaruhi oleh :

- a) Tenaga Medis

Tenaga medis sebagai pemberi pelayanan utama pada seorang pasien bertanggung jawab atas kelengkapan dan kebenaran data, khususnya data klinik, yang tercantum dalam dokumen rekam medis. Data klinik berupa riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, perintah pengobatan, laporan operasi atau prosedur lain merupakan input yang akan di-koding oleh petugas koding di bagian rekam medis.

Tenaga medis meliputi seorang dokter baik dokter umum maupun dokter spesialis. Penulisan diagnosa oleh dokter sangat mempengaruhi kodifikasi karena jika tulisan diagnosa dari dokter tidak jelas atau bahkan tidak terbaca maka diagnose akan sulit diberi kode, untuk itu kecepatan dan ketepatan penulisan dokter harus diperhatikan demi

terlaksananya keakuratan proses kodefikasi dokumen rekam medis rawat jalan di puskesmas Gribig.

b) Petugas Kodefikasi

Kunci utama dalam pelaksanaan koding adalah petugas koding. Akurasi koding (penentuan kode) merupakan tanggung jawab tenaga rekam medis, khususnya tenaga koding. Beberapa hal yang dapat menyulitkan petugas koding antara lain adalah penulisan diagnosis tidak lengkap, tulisan yang tidak terbaca, penggunaan singkatan atau istilah yang tidak baku atau tidak dipahami, dan keterangan atau rincian penyakit yang tidak sesuai dengan sistem klasifikasi yang digunakan.

c) Tenaga kesehatan Lainnya

Kelancaran dan kelengkapan pengisian rekam medis di instalasi rawat jalan dan rawat inap atas kerja sama tenaga medis dan tenaga kesehatan lain yang ada dimasing-masing instalasi kerja tersebut, yang meliputi kelengkapan pengisian asuhan keperawatan, hasil pemeriksaan laboratorium dan lain sebagainya. (Depkes, 2006)

2. Langkah-langkah dasar dalam menentukan kode menurut Gemala Hatta, (2008):

- a) Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode dan lihat pada indeks alfabet yang sesuai. Bila pernyataan adalah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada Bab I-XIX atau XXI (Vol.1), gunakanlah sebagai “leadterm” untuk dimanfaatkan sebagai paduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi I indeks (Vol.3). Bila pernyataan adalah sebab luar dari cedera yang ada pada Bab XX (Vol.1), lihat dan cari kodenya pada seksi II di Index (Vol.3).
- b) Cari lead terms (kata panduan) untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologisnya. Sebaiknya jangan menggunakan istilah kata benda anatomi, kata sifat atau kata keterangan sebagai kata panduan. Walaupun beberapa

kondisi menunjukan suatu kata sifat atau eponim yang tercantum di dalam indeks sebagai “*lead term*”.

- c) Baca dan ikuti catatan yang muncul dibawah istilah yang akan dipilih pada Volume 3.
- d) Baca kata yang terdapat dalam parentheses tanda kurung “()” setelah lead terms (ini tidak dapat berpengaruh pada code number) seperti juga untuk terminologi di bawah lead terms (ini dapat berpengaruh pada code number), hingga kata yang menunjukkan diagnosis yang dimaksud ditemukan.
- e) Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (cross-reference) dan perintah see dan see also yang terdapat pada indeks.
- f) Lihat daftar tabulasi (Vol.1) untuk mencari nomer kode yang paling tepat. Lihat kode 3 karakter di indeks dengan tanda dash “-” pada posisi ke-4 berarti bahwa isian untuk karakter ke-4 itu ada di dalam vol 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indeks (Vol.3). Perhatikan juga perintah untuk membubuhi kode tambahan (*additional code*) serta aturan cara penulisan.
- g) Ikuti pedoman *inclusion* dan *exclusion* pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (*chapter*), blog, kategori, atau subkatagori.
- h) Tentukan kode.

3. Keakuratan Kode

Keakuratan kode diagnosis merupakan penulisan kode diagnosis penyakit yang sesuai dengan klasifikasi yang ada di dalam ICD-10. Kode dianggap tepat dan akurat bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan. Terkaitnya kode klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan dapat menyebabkan terjadinya kesalahan dalam menetapkan suatu kode.

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan kesalahan dalam menetapkan kode berdasarkan hasil penelitian *Institute Of Medicine* (Abdelhak, dkk, 2001) yaitu:

- a) Kesalahan dalam membaca diagnosa yang terdapat dalam berkas rekam medis, dikarenakan rekam medis tidak lengkap.
- b) Kedua kesalahan dalam menentukan diagnosa utama yang dilakukan oleh dokter.
- c) Ketiga kesalahan dalam menentukan kode diagnosa ataupun kode tindakan.
- d) Keempat kode diagnosa atau tindakan tidak valid atau tidak sesuai dengan isi dalam berkas rekam medis. kelima kesalahan dalam menulis kembali atau memasukan kode dalam komputer.

D. ICD (International Statistical Classification Of Diseases And Related Health Problem Tenth Revision)

Menurut Manangka (1998) ICD-10 adalah standar klasifikasi diagnosis internasional yang berguna untuk epidemiologi umum dan manajemen kesehatan termasuk didalamnya analisis situasi keseluruhan secara umum pada sekelompok populasi, monitoring angka kejadian, prevalensi penyakit dan masalah kesehatan dalam hubungannya dengan variabel-variabel lain seperti karakteristik dan keadaan individu yang terkena penyakit.

1. Ruang lingkup ICD-10 menurut Hatta (2008) terdiri dari:

a) ICD-10 Volume 1

ICD-10 Volume 1 adalah daftar tabulasi yang berupa daftar alfanumerik dari penyakit dan kelompok penyakit, beserta catatan "inclusion" dan beberapa cara pemberian kode. Volume 1 berisi daftar tabulasi terdiri atas 22 bab.

b) ICD-10 Volume 2

ICD-10 Volume 2 berisi pengenalan dan petunjuk bagaimana menggunakan volume 1 dan 3, petunjuk membuat sertifikat dan aturan-aturan kode mortalitas serta petunjuk mencatat dan mengkode kode morbiditas.

c) ICD-10 Volume 3

ICD-10 Volume 3 adalah indeks abjad dari penyakit dan kondisi yang terdapat pada daftar tabulasi.

2. Reseleksi Morbiditas (kesakitan)

Banyak kejadian, masalah keluhan utama yang dicatat oleh dokter tidak konsisten dengan definisi WHO. Dengan kata lain, tidak ada keluhan utama yang telah dispesifikkan. Untuk mengatasi hal tersebut maka WHO telah mengembangkan satu set ketentuan aturan (rules) yang dapat digunakan dan menjamin bahwa kondisi utama yang dipilih dan dikode menggambarkan kondisi yang semata bertanggungjawab bagi satu episode pelayanan. Coder harus terbiasa dengan ketentuan ini dan mampu menggunakannya. Rule reSeleksi kondisi utama dibagi menjadi 5 :

- a) Rule MB1 (Keluhan sederhana dicatat sebagai keluhan utama, sedangkan keluhan yang lebih signifikan (bermakna) dinyatakan sebagai keluhan tambahan).

Ketika kondisi minor atau yang telah berlangsung lama, atau masalah insidental, tercatat sebagai 'kondisi utama', sedangkan kondisi yang lebih berarti, relevan dengan pengobatan yang diberikan dan/atau spesialisasi perawatan, tercatat sebagai 'kondisi lain', maka yang terakhir ini dipilih kembali sebagai 'kondisi utama'.

- b) Rule MB2 (Beberapa kondisi dicatat sebagai kondisi utama)

Kalau beberapa kondisi yang tidak bisa dikode bersamaan tercatat sebagai 'KU', dan catatannya menunjukkan bahwa satu di antaranya adalah kondisi utama pada asuhan pasien, pilihlah kondisi tersebut. Kalau tidak, pilih kondisi yang pertama kali disebutkan.

- c) Rule MB3 (Kondisi yang dicatat sebagai 'kondisi utama' ternyata merupakan gejala dari kondisi yang telah didiagnosis dan diobati)

Kalau suatu gejala atau tanda (biasanya bisa diklasifikasikan pada Bab XVIII), atau suatu masalah yang bisa diklasifikasikan pada Bab XXI, dicatat sebagai 'KU', dan ini jelas merupakan tanda, gejala atau

masalah dari kondisi yang telah didiagnosis di tempat lain dan telah dirawat, pilihlah kondisi yang didiagnosis tersebut sebagai 'KU'.

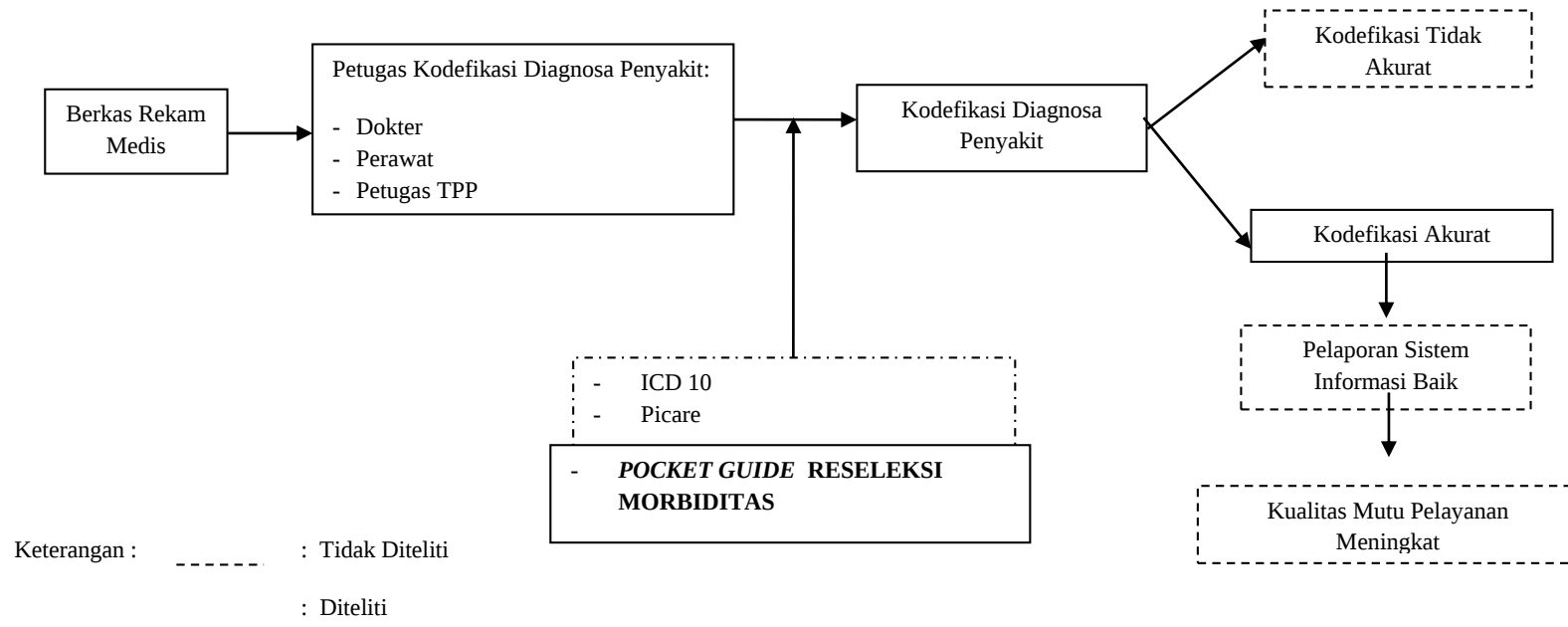
d) Rule MB4 (Spesifisitas)

Bilamana diagnosis yang tercatat sebagai 'kondisi utama' menguraikan suatu kondisi secara umum, sedangkan suatu istilah yang bisa memberikan informasi yang lebih tepat mengenai tempat atau bentuk kondisi tersebut tercatat di tempat lain, pilihlah yang terakhir ini sebagai 'KU'.

e) Rule MB5 (Alternatif Main Diagnosis)

Bilamana suatu gejala atau tanda dicatat sebagai 'kondisi utama' dengan suatu petunjuk bahwa mereka bisa disebabkan oleh suatu kondisi atau kondisi lain, pilihlah gejala tersebut sebagai 'kondisi utama'. Kalau dua kondisi atau lebih tercatat sebagai pilihan diagnostik untuk kondisi utama, pilihlah kondisi pertama yang tercatat. (Depkes, 1999)

E. Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Tentang Alur Kodefikasi Penyakit Di Puskesmas Gribig

F. Hipotesis

- H_0 : tidak ada perbedaan prosentase ketepatan diagnosa dan keakuratan kode penyakit sebelum dan sesudahnya implementasi penggunaan *Pocket Guide* Reseleksi Morbiditas.
- H_a : ada perbedaan prosentase ketepatan diagnosa dan keakuratan kode penyakit sebelum dan sesudahnya implementasi penggunaan *Pocket Guide* Reseleksi Morbiditas.

Kriteria pengambilan keputusan:

Jika $\text{sig} > 0,05$ maka H_0 diterima

Jika $\text{sig} < 0,05$ maka H_0 ditolak