

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 ditinjau dari pegertiannya rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

b. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, fungsi rumah sakit adalah :

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

c. Jenis Pelayanan Rumah Sakit

Berdasarkan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi 21 jenis pelayanan, yaitu:

- (1) Pelayanan gawat darurat
- (2) Pelayanan rawat jalan
- (3) Pelayanan rawat inap
- (4) Pelayanan bedah
- (5) Pelayanan persalinan dan perinatologi
- (6) Pelayanan intensif
- (7) Pelayanan radiologi
- (8) Pelayanan laboratorium patologi klinik
- (9) Pelayanan rehabilitasi medik
- (10) Pelayanan farmasi
- (11) Pelayanan gizi
- (12) Pelayanan transfusi darah
- (13) Pelayanan keluarga miskin
- (14) Pelayanan rekam medis
- (15) Pengelolaan limbah
- (16) Pelayanan administrasi manajemen
- (17) Pelayanan ambulans/kereta jenazah
- (18) Pelayanan pemulasaraan jenazah
- (19) Pelayanan laundry
- (20) Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
- (21) Pencegah Pengendalian Infeksi

d. Pasien Rawat Inap

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2014, pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit.

Sedangkan menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 560/MENKES/SK/IV/2003 Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi

medik dan atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit.

Jadi dapat disimpulkan bahwa pasien rawat inap adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung meliputi observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit.

2. Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis atau rekam kesehatan atau catatan mengenai siapa, apa, kapan, dimana, mengapa, dan bagaimana pelayanan yang diberikan pada pasien selama masa perawatan (Hatta, 2013).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES /Per/III/2008 tentang Rekam Medis, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

b. Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengolahan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit (Dirjen Yanmed, 2006).

c. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis menurut (Dirjen Yanmed, 2006) dapat dilihat dari beberapa aspek antara lain:

1) Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administratif karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung

jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2) Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen risiko klinis serta keamanan dan keselamatan pasien dan kendali biaya.

3) Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum ataskeadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

4) Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.

5) Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data atau informasi yang dapat di pergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

6) Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi sesuai profesi pemakai.

7) Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

d. Isi Dokumen Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES /Per/III/2008 tentang Rekam Medis

- 1) Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat:
 - a. Identitas pasien
 - b. Tanggal dan waktu
 - c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
 - e. Diagnosis
 - f. Rencana penatalaksanaan
 - g. Pengobatan dan/atau tindakan
 - h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
 - i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
 - j. Persetujuan tindakan bila diperlukan
- 2) Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat:
 - a. Identitas pasien
 - b. Tanggal dan waktu
 - c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
 - e. Diagnosis
 - f. Rencana penatalaksanaan
 - g. Pengobatan dan/atau tindakan

- h. Persetujuan tindakan bila diperlukan
 - i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
 - j. Ringkasan pulang (discharge summary)
 - k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
 - l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu
 - m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
- 3) Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat sekurang-kurangnya memuat:
- a. Identitas pasien
 - b. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan
 - c. Identitas pengantar pasien
 - d. Tanggal dan waktu
 - e. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - f. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
 - g. Diagnosis
 - h. Pengobatan dan/atau tindakan
 - i. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut.
 - j. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
 - k. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain.
 - l. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
- e. Pengolahan Dokumen Rekam Medis

Ruang lingkup pengolahan rekam medis terdiri dari beberapa sub kegiatan antara lain: *assembling*, *coding*, *indexing*, dan penyimpanan berkas rekam medis dan retensi berkas (Budi, 2011).

1) Assembling

Assembling berarti merakit, tetapi untuk kegiatan assembling berkas rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan tidaklah hanya sekedar merakit atau mengurut satu halaman ke halaman yang lain sesuai dengan aturan yang berlaku. Pengurutan halaman ke halaman yang lain sesuai dengan aturan yang berlaku. Pengurutan halaman ini dimulai dari berkas rekam medis rawat darurat, rawat jalan dan rawat inap. Pergantian pada masing-masing pelayanan akan diberikan kertas pembatas yang menonjol sehingga dapat mempermudah pencarian formulir dalam berkas rekam medis (Budi, 2011).

Menurut (Budi, 2011), kegiatan assembling termasuk juga mengecek kelengkapan pengisian berkas rekam medis dan formulir yang harus ada pada berkas rekam medis. Untuk kegiatan pengecekan kelengkapan pengisian ini termasuk bagian kecil dari analisa kuantitatif.

2) Analisa Kuantitatif

Menurut Hatta (2013) dimaksudkan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam kesehatan (RK) rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan. Dalam metode analisa kuantitatif menitikberatkan pada 4 kriteria yaitu antara lain:

- a) Menelaah kelengkapan data sosial pasien (demografi): meliputi informasi tentang identitas pasien: (a) nama lengkap yang terdiri dari nama sendiri dan nama ayah/suami/marga/she; (b) nomor pasien; (c) alamat lengkap (d) usia; (e) orang yang dapat dihubungi dan (f) tanda tangan persetujuan.
- b) Menelaah kelengkapan bukti rekaman yang ada. Bukti rekaman yang dapat dipertanggungjawabkan secara lengkap yaitu adanya data/ info kunjungan yang memuat alasan,

keluhan pasien (kalau ada), riwayat pemeriksaan, data tambahan (lab), USG, EKG, EMG dll, diagnosis/kondisi, rujukan (kalau dilakukan).

- c) Menelaah tanda bukti keabsahan rekaman dari tenaga kesehatan maupun tenaga lain terlibat dalam pelayanan kepada pasien sehingga informasi dapat dipertanggungjawabkan secara hukum.
- d) Menelaah tata cara mencatat (administratif) yang meliputi adanya tanggal, keterangan waktu, menulis pada baris yang tetap serta menerapkan cara koreksi yang benar. Keempat unsur ini merupakan hal yang sering disepelekan dalam pencatatan sehingga pelaksanaannya diidentikkan dengan tingkat kedisiplinan pengisi rekaman.

John, dkk. (2002) dalam Hatta (2013) mengemukakan bahwa telaah rekam kesehatan secara kuantitatif dilaksanakan dengan mengevaluasi kelengkapan berbagai jenis formulir dan data/informasi (manual kertas maupun elektronik) seperti pada:

- a) Semua laporan yang dianggap penting, bentuk *entry* data atau tampilan layar (pada RKE).
- b) Semua laporan yang dianggap penting, bentuk *entry* data atau tampilan layar, termasuk keakuratan informasi identitas pasien (nama lengkap, nomor pasien, kelamin, dokter yang merawat, dan lainnya).
- c) Semua jenis perizinan yang diperlukan pasien, ragam otorisasi atau pengesahan yang telah ditandatangani pasien atau wali pasien yang berwenang.
- d) Semua tes jenis diagnostik yang diinstruksikan oleh dokter serta hasilnya.
- e) Pelaksanaan semua konsultasi medis yang diinstruksikan oleh dokter dan laporan konsultan.

- f) Semua masukan dan laporan yang harus diberi pengesahan telah ditandatangani serta diberi tanggal sesuai dengan peraturan kebijakan sarana pelayanan kesehatan.
 - g) Riwayat dan laporan pemeriksaan fisik telah lengkap, termasuk pendokumentasian diagnosis saat mendaftar. Ringkasan riwayat pulang (resume) lengkap.
 - h) Dokumentasi dokter termasuk semua diagnosis utama dan sekunder serta prosedur utama tambahan.
 - i) Untuk pasien bedah, selain kelengkapan data di atas, juga ditelaah kelengkapan: (i) Semua laporan anestesi saat pra dan intra serta pascaoperasi; (ii) Semua laporan operasi, laporan patologi dan catatan perkembangan pascaoperasi; (iii) Semua laporan ruang pemulihan (recovery room) dan catatan perkembangan.
 - j) Untuk pasien meninggal saat dirawat dan diautopsi memiliki laporan awal dan akhir proses autopsi.
- 3) Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan sebagai berikut:

Tabel 2. 1 Standar Pelayanan Minimal untuk Kelengkapan Pengisian Rekam Medis

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume.

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medic

3. Diagnosis

a. Pengertian Diagnosis

Diagnosis adalah penentuan sifat suatu kasus penyakit serta keterampilan membedakan satu penyakit dengan yang lainnya (Kamus Kedokteran Dorland, 2015).

b. Macam Diagnosis

Menurut Hatta (2013), macam-macam diagnosis antara lain sebagai berikut:

1) Diagnosis Utama

Diagnosis Utama atau juga disebut kondisi utama adalah suatu diagnosis /kondisi kesehatan yang menyebabkan pasien memperoleh perawatan atau pemeriksaan, yang ditegakkan pada akhir episode pelayanan dan bertanggung jawab atas kebutuhan sumber daya pengobatannya.

Pengodean morbiditas sangat bergantung pada diagnosis yang ditetapkan dokter yang merawat pasien atau bertanggung jawab menetapkan kondisi utama pasien, yang akan dijadikan dasar pengukuran morbiditas. Gejala, tanda, alasan kontak dengan pelayanan kesehatan, kondisi ganda dapat dijadikan sebagai kondisi utama apabila sampai akhir episode suatu perawatan tidak dapat

ditegaskan diagnosis utama pasien. Hal yang perlu dicatat untuk pengodean yang spesifik yaitu kondisi sekuel (*sequel*, gejala sisa) penyakit, akut atau kronis, neoplasma, cedera, dan penyebab eksternal.

2) Diagnosis Sekunder

Diagnosis sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada pasien masuk atau yang terjadi selama episode pelayanan.

3) Komorbiditas

Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi pasien saat masuk dan membutuhkan pelayanan/asuhan khusus setelah masuk dan selama rawat.

4) Komplikasi

Komplikasi adalah penyakit yang timbul dalam masa pengobatan dan memerlukan pelayanan tambahan sewaktu episode pelayanan, baik yang disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul sebagai akibat dari pelayanan yang diberikan kepada pasien.

4. *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (ICD-10)*

a. Definisi ICD-10

Menurut Hatta (2013) *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (ICD)* dari WHO, adalah system klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional

b. Fungsi dan Kegunaan ICD-10

Menurut Hatta (2013) fungsi ICD sebagai system klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan digunakan untuk kepentingan informasi statistik morbiditas dan mortalitas. Penerapan pengodean sistem ICD digunakan untuk:

- 1) Mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan.
- 2) Masukan bagi sistem pelaporan diagnosis medis.

- 3) Memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia layanan.
- 4) Bahan dasar dalam pengelompokan DRGs (diagnosis-related groups) untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan.
- 5) Pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas.
- 6) Tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis.
- 7) Menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman.
- 8) Analisis pembiayaan pelayanan kesehatan.
- 9) Untuk penelitian epidemiologi dan klinis.

c. Struktur ICD-10

Menurut Hatta (2013) struktur ICD-10 terdiri dari :

1) Volume 1

Volume I (edisi ke-1) terdiri atas 21 bab dengan sistem kode alfanumerik. Pada volume 1 (edisi ke-2) terdapat penambahan bab menjadi 22. Bab disusun menurut grup sistem anatomi dan grup khusus. Grup khusus mencakup penyakit-penyakit yang sulit untuk diletakkan secara anatomis. Secara rinci bagiannya disebutkan sebagai berikut:

- a) Pengantar
- b) Pernyataan
- c) Pusat-pusat kolaborasi WHO untuk klasifikasi penyakit
- d) Laporan konferensi internasional yang menyetujui revisi ICD-10
- e) Daftar kategori 3 karakter
- f) Daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori termasuk subkategori 4 karakter
- g) Daftar morfologi neoplasma
- h) Daftar tabulasi khusus morbiditas dan mortalitas
- i) Definisi-definisi

j) Regulasi-regulasi nomenklatur

2) Volume 2

Volume II adalah buku petunjuk penggunaan, berisi:

- a) Pengantar
- b) Penjelasan tentang *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*
- c) Cara penggunaan ICD-10
- d) Aturan dan petunjuk pengodean mortalitas dan morbiditas.
- e) Presentasi statistic
- f) Riwayat perkembangan ICD

3) Volume 3 (Indeks Abjad)

- a) Pengantar
- b) Susunan indeks secara umum
- c) Seksi I: indeks abjad penyakit, bentuk cedera
- d) Seksi II: penyebab luar cedera
- e) Seksi III: table obat dan zat kimia
- f) Perbaikan terhadap volume 1

d. Konvensi Pengkodean dalam ICD-10

1) Inclusion terms

Di dalam rubrik 3- dan 4-karakter biasanya tertulis sejumlah diagnosis di samping diagnosis utama. Mereka dikenal sebagai 'inclusion terms' (daftar cakupan), yaitu contoh-contoh diagnosis yang diklasifikasikan pada rubrik tersebut. Mereka bisa merupakan sinonim atau kondisi yang berbeda, tapi bukan subklasifikasi dari rubrik tersebut.

Inclusion terms dibuat terutama sebagai pedoman isi rubrik. Banyak di antara item yang tertulis disitu berhubungan dengan terms penting atau umum yang ada di dalam rubrik. Item lainnya adalah kondisi perbatasan (borderline) yang diberikan untuk memperjelas batas antara satu subkategori dari subkategori lain. Daftar inclusion

terms tidak harus menyeluruh, dan nama-nama alternatif dari diagnosis terdapat di dalam Indeks Alfabet, yang harus dirujuk pertama kali pada saat mengkode suatu diagnosis.

1) Exclusion terms

Rubrik tertentu berisi daftar kondisi yang didahului oleh kata-kata “Excludes” atau ‘kecuali’. Semua ini adalah terms yang sebenarnya diklasifikasikan di tempat lain, walaupun judulnya memberi kesan bahwa mereka diklasifikasikan disana. Contohnya kategori A46 - Erysipelas, disini erysipelas pada pasca melahirkan atau puerperium dikecualikan. Segera setelah term pengecualian, terdapat tanda kurung yang berisi kode kategori atau subkategori yang menunjukkan tempat klasifikasinya di dalam ICD.

Pengecualian umum untuk sekelompok kategori atau semua subkategori di dalam suatu kategori 3-karakter terdapat pada catatan yang berjudul ‘excludes’ yang mengikuti judul suatu bab, blok atau kategori.

2) Sistem ‘dagger’ dan ‘asterisk’

ICD-9 memperkenalkan sistem dua kode yang diteruskan pada ICD-10, yaitu kode untuk diagnosis yang berisi penyakit umum sebagai dasar masalah, dan kode untuk manifestasinya pada organ atau situs tertentu yang merupakan masalah tersendiri pula.

Kode primer digunakan untuk penyakit dasar dan ditandai oleh dagger; dan kode tambahan untuk manifestasi penyakit dasar ditandai dengan asterisk. Kesepakatan ini dilakukan karena kode penyakit dasar saja sering tidak memuaskan dalam pengolahan statistik penyakit tertentu, sementara manifestasinya terasa perlu diklasifikasikan pada bab yang relevan karena merupakan alasan untuk mencari asuhan medis.

Walaupun sistem dagger dan asterisk memberikan klasifikasi alternatif untuk presentasi statistik, ICD berprinsip bahwa dagger merupakan kode primer dan harus selalu digunakan. Untuk pengkodean, asterisk tidak boleh digunakan sendirian. Namun, untuk pengodean morbiditas, urutan dagger dan asterisk dapat dibalik kalau manifestasi penyakit merupakan fokus primer dari asuhan. Statistik yang menggunakan kode dagger dianggap sesuai dengan klasifikasi tradisional untuk presentasi data mortalitas dan aspek lain asuhan kesehatan.

Kode asterisk muncul sebagai kategori tiga-karakter. Terdapat kategori yang berbeda untuk kondisi yang sama ketika penyakit tertentu tidak dinyatakan sebagai penyebab dasar. Misalnya, kategori G20 dan G21 adalah untuk Parkinsonisme yang bukan merupakan manifestasi penyakit lain, sedangkan G22* adalah Parkinsonisme yang terjadi pada, atau merupakan manifestasi dari penyakit lain. Kode dagger yang sesuai diberikan untuk kondisi yang disebutkan pada kategori asterisk; misalnya, untuk Parkinsonisme yang terjadi pada penyakit sifilis (G22*), kode daggernya adalah A52.1†.

Beberapa kode dagger berada dalam kategori dagger khusus. Namun lebih sering kode dagger untuk diagnosis yang memiliki dua elemen, dan kode yang tidak bertanda untuk kondisi elemen tunggal, berasal dari kategori atau subkategori yang sama.

Area klasifikasi tempat sistem dagger dan asterisk tidak banyak; hanya 83 kategori khusus asterisk yang ada, yang dinyatakan pada awal bab yang relevan.

4) NOS “Not Otherwise Specified”

Kata NOS merupakan singkatan dari “not otherwise specified”, yang memberikan kesan arti “tidak dijelaskan” atau “tidak memenuhi syarat”. Kadang-kadang suatu term yang tidak memenuhi syarat tetap diklasifikasikan ke dalam rubrik yang

berisi jenis kondisi yang lebih spesifik. Ini dilakukan karena di dalam terminologi medis, bentuk yang paling umum dari suatu kondisi lebih dikenal dengan nama kondisi itu sendiri, sedangkan yang memenuhi syarat justru jenis yang kurang umum.

5) NEC “Not elsewhere classified”

Kata-kata ini yang berarti ‘tidak diklasifikasikan di tempat lain’, kalau digunakan pada judul dengan tiga-karakter, berfungsi sebagai peringatan bahwa varian tertentu dari kondisi yang ada di dalam daftar bisa muncul di bagian lain dari klasifikasi.

6) “And”

“And” bisa berarti “dan/atau”. Misalnya pada rubrik A18.0, ‘Tuberculosis tulang dan sendi’, diklasifikasikan ‘TB tulang’, ‘TB sendi’, dan ‘TB tulang dan sendi’.

7) Point dash .-

Pada beberapa kasus, karakter ke-4 pada subkategori digantikan oleh ‘dash’ atau strip datar.

8) Cross-references

Rujukan-silang digunakan untuk menghindarkan duplikasi yang tidak perlu pada term di dalam Indeks Alfabet. Kata ‘see’ meminta pengkode untuk merujuk ke term lain; ‘see also’ mengarahkan pengkode untuk merujuk ke tempat lain di dalam Indeks kalau pernyataan yang sedang dikode berisi informasi lain yang tidak ter-indentasi di bawah term tempat ‘see also’ tersebut berada.

5. Pemberian kode (*Coding*)

Coding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data (Budi, 2011: 82).

a. Langkah-langkah dasar dalam menentukan kode menurut Hatta (2008):

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

aturan cara penulisan dan pemanfaatannya dalam pengembangan indeks penyakit dan dalam sistem pelaporan morbiditas dan mortalitas.

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

b. Elemen Kualitas Pengkodean

Menurut Hatta (2013), audit harus dilakukan untuk *me-review* kode yang telah dipilih oleh petugas. Proses pengodean harus dimonitor untuk beberapa elemen sebagai berikut:

- 1) Konsisten bila dikode petugas berbeda kode tetap sama (reliability)
- 2) Kode tepat sesuai diagnosis dan tindakan (validity)
- 3) Mencakup semua diagnosis dan tindakan yang ada di rekam medis (completeness)
- 4) Tepat waktu (timeliness)

c. Keakuratan Kode Diagnosa

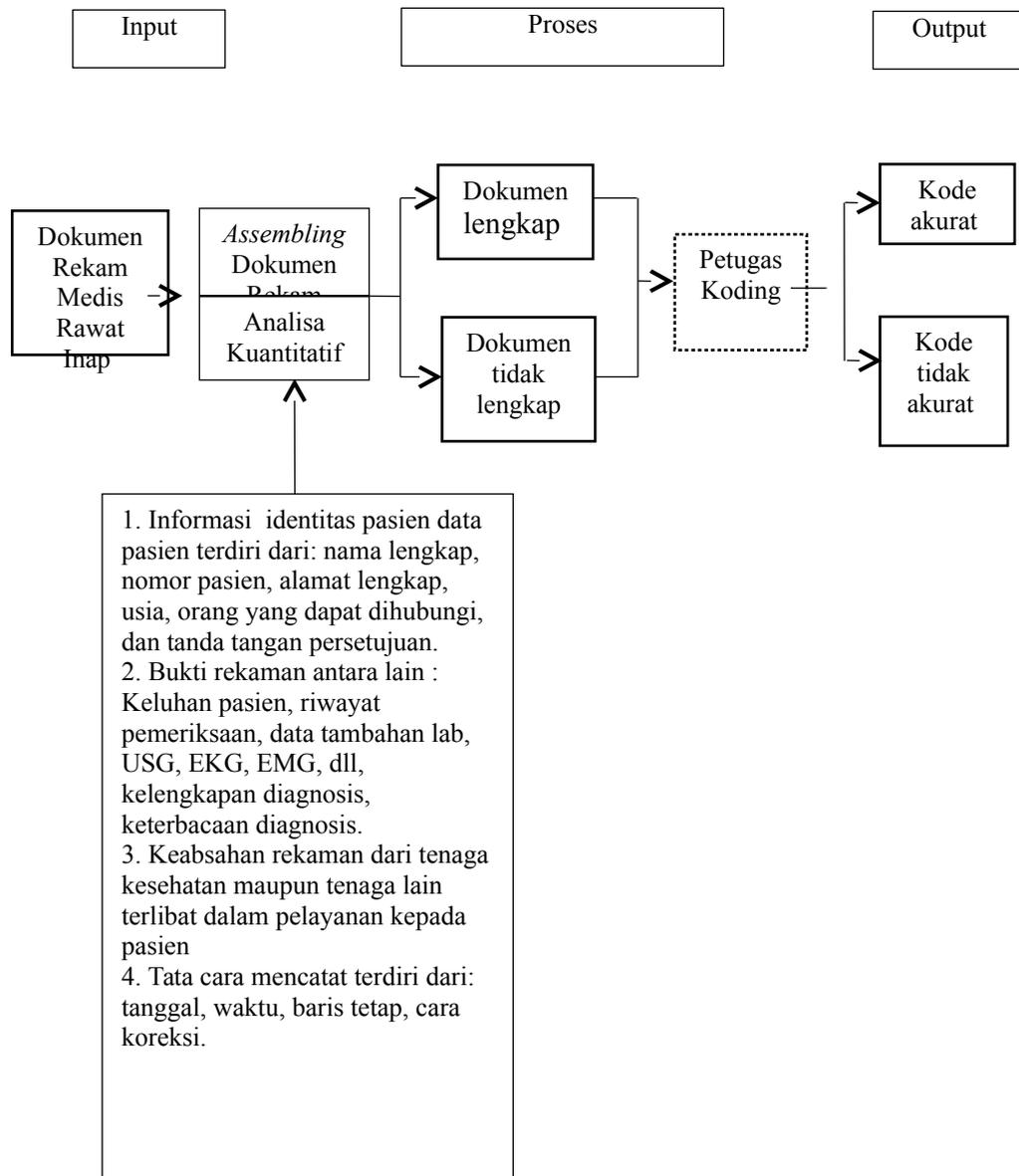
Menurut Hatta (2013) menyatakan bahwa untuk pengodean yang akurat diperlukan rekam medis yang lengkap. Setiap fasilitas kesehatan mengupayakan supaya pengisian rekam medis harus lengkap sesuai dengan peraturan yang berlaku. Rekam medis harus memuat dokumen yang akan dikode, seperti pada lembar depan (RMI, lembaran operasi dan laporan tindakan, laporan patologi dan resume pasien keluar). Pengode membantu meneliti dokumen untuk verifikasi diagnosis dan

tindakan kemudian baru ditetapkan kode dari diagnosis dan tindakan tersebut.

Menurut Budi (2011) Kecepatan dan ketepatan pemberian kode dari suatu diagnosis sangat bergantung pada faktor-faktor sebagai berikut:

- a. Tulisan dokter yang sulit dibaca
- b. Diagnosis yang tidak spesifik
- c. Ketrampilan petugas koding dalam pemilihan kode

B. Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

Keterangan : - - - - - : Tidak Diteliti

————— : Diteliti

Keterangan :

Dalam kerangka konsep ini, menjelaskan bahwa setelah pasien mendapatkan pelayanan kesehatan, dokumen rekam medis pasien tersebut dianalisa oleh petugas *assembling*. Petugas menganalisa kelengkapan pengisian dokumen rekam medis yaitu menggunakan analisa kuantitatif. Dari analisa tersebut maka akan dihasilkan dokumen rekam medis yang lengkap yang akan berpengaruh terhadap keakuratan kode diagnosis yang dihasilkan oleh petugas koding.

C. Hipotesis

- H0 : Tidak adanya hubungan kelengkapan dokumen rekam medis dengan keakuratan kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap di RS Permata Bunda.
- H1 : Adanya hubungan kelengkapan dokumen rekam medis dengan keakuratan kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap di RS Permata Bunda.

