

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

A. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat (WHO, 2013). Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik. Berdasarkan undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Presiden RI, 2009)

Pelayanan rumah sakit yang bermutu wajib dilaksanakan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018, setiap rumah sakit mempunyai kewajiban sebagai berikut (Kemenkes RI, 2018)

- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat;
- b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;

- c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. melaksanakan fungsi sosial;
- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak meliputi sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, Wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak pasien;
- n. melaksanakan etika rumah sakit;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;

- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*);
- s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas;
- t. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

B. Tujuan Rumah Sakit

Rumah Sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial (Presiden RI, 2009).

Pengaturan penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan:

- a. mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan Kesehatan
- b. memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit
- c. meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; dan
- d. memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit.

C. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Tugas rumah sakit adalah melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan. Berdasarkan undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, fungsi rumah sakit sebagai berikut: (Presiden RI, 2009)

- 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

D. Pelayanan Rawat Inap

Rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik dan pelayanan penunjang medik lainnya. Kegiatan pelayanan rawat inap ini meliputi penerimaan pasien,

pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan, pelayanan obat, pelayanan makan, dan pelayanan aplikasi keuangan. Ruang rawat inap adalah ruangan pasien dirawat, ruangan ini dulunya sering hanya berupa bangsal yang dihuni oleh banyak orang sekaligus. Saat ini, ruang rawat inap di banyak rumah sakit sudah sangat mirip dengan kamar kamar hotel. Pasien yang berobat jalan di unit rawat jalan, akan mendapatkan surat perintah dirawat dari dokter yang memeriksa, bila pasien tersebut memerlukan perawatan didalam rumah sakit, atau menginap di rumah sakit.

2.1.2 Diagnosis

Diagnosis dalam *ICD-10* berarti penyakit, cedera, cacat, keadaan masalah terkait kesehatan (Hatta, 2008). Diagnosis merupakan kegiatan pemberian nama suatu penyakit pada setiap penderita. Diagnosis merupakan bagian penting yang memungkinkan seorang penderita mendapat pengobatan. Penetapan diagnosis pada pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter (Depkes RI, 2006). Diagnosis yang ada didalam rekam medis di isi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada *ICD-10*.

1. Diagnosis Utama

Diagnosis utama merupakan suatu kondisi kesehatan yang menyebabkan pasien memperoleh perawatan atau pemeriksaan yang ditegaskan pada akhir episode pelayanan dan bertanggung jawab atas kebutuhan sumber daya pengobatannya.

2. Diagnosis Sekunder

Diagnosis Sekunder merupakan diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode pelayanan. Diagnosis sekunder ada komplikasi yang merupakan diagnosis yang muncul setelah berada di rumah sakit dan komorbiditi adalah diagnosis lain yang sudah ada sebelum masuk rumah sakit.

3. Cara Menegakkan Diagnosis

Proses penegakan diagnosis meliputi :

- a. Pengumpulan riwayat keadaan klinik yang di dokumentasikan sebagai kelainan penderita.
- b. Menemukan dan meneliti tanda-tanda klinik penderita.
- c. Bila memungkinkan, melakukan pencarian/penemuan lanjut yang runtun dengan diagnosis terdahulu yang telah tersedia berdasarkan pada tanda serta gejalanya.

2.1.3 ICD 10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems revisi 10*)

A. Pengertian ICD-10

Sistem klasifikasi penyakit adalah sistem yang mengelompokkan penyakit-penyakit dan prosedur yang sejenis (Hatta, 2008). International Statistical Clasification of Disease and Related Health Problems (ICD) dari WHO adalah sistem klasifikasi yang komperhensif dan diakui secara internasional. ICD-10 digunakan untuk mengklasifikasikan penyakit dalam masalah terkait kesehatan lainnya pada banyak jenis catatan kesehatan (WHO, 2013). ICD-10 berisikan pedoman untuk merekam dan memberi kode penyakit, disertai dengan materi baru yang berupa aspek

praktis penggunaan klasifikasi. Banyak sistem klasifikasi yang sudah dikenal di Indonesia, namun demikian sesuai dengan Peraturan Depkes, sistem klasifikasi yang harus digunakan sejak tahun 1996 sampai dengan saat ini adalah ICD-10 dari WHO (klasifikasi statistik internasional mengenai penyakit dan masalah yang berhubungan dengan kesehatan, revisi kesepuluh (Hatta, 2013).

B. Fungsi dan Kegunaan ICD-10

Fungsi ICD sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah-masalah terkait kesehatan yang digunakan untuk kepentingan informasi statistik data morbiditas dan mortalitas (Hatta, 2013). Penerapan pengodean sistem ICD-10 digunakan untuk :

1. Mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan disarana pelayanan kesehatan
2. Masukan bagi sistem pelaporan diagnosis penyakit
3. Memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia pelayanan
4. Bahan dasar dalam pengelompokkan 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

1. Volume 1 : Klasifikasi Utama

- 1) Pengantar
- 2) Pernyataan
- 3) Pusat-pusat kolaborasi WHO untuk klasifikasi penyakit
- 4) Laporan konferensi international yang menyetujui revisi ICD 10
- 5) Daftar kategori 3 karakter
- 6) Daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori termasuk subkategori empat karakter
- 7) Daftar morfologi neoplasma
- 8) Daftar tabulasi khusus morbiditas dan mortalitas
- 9) Definisi-definisi
- 10) Regulasi-regulsi nomenklatur
- 11) Daftar tabulasi mortalitas terdiri dari :
 - a. Daftar 1-Kematian Umum-daftar dengan 103 penyebab yang luas (*General Mortality Condensed list 103 caused*)
 - b. Daftar 2- Kematian Umum – daftar terpilih dengan 80 penyebab (*General Mortality Condensed list 80 caused*)
 - c. Daftar 3- Kematian bayi dan anak –daftar dengan 67 penyebab yang luas (*Infant and Child Mortality Condensed list 67 causes*)
 - d. Daftar 3- Kematian bayi dan anak –daftar terpilih dengan 51 penyebab (*Infant and Child Mortality Selected list 51 causes*)

12) Daftar Tabulasi Morbiditas (terdiri dari 298 penyebab)

Volume 1 (edisi ke 1) terdiri dari 21 bab dengan system kode alfanumerik. Pada volume 1 edisi ke 2 terdapat penambahan bab menjadi 22 bab disusun menurut grup system anatomi dan grup khusus.

2. Volume 2 : Buku Petunjuk Penggunaan

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

3. Volume 3 : Indeks Alfabetik

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

D. Konvensi dan Tanda Baca ICD

Makna dan kegunaan konvensi tanda baca *International Statistical Classification Of Diseases And Related Health Problems 10 (ICD 10)* antara lain sebagai berikut :

- a) Inclusion Term Pernyataan diagnostik yang diklasifikasikan atau yang termasuk dalam suatu kelompok kode ICD. Dapat dipakai untuk kondisi yang berbeda atau sinonimnya.
- b) Exclusion Term Kondisi yang seolah terklasifikasi dalam kategori tertentu, namun ternyata diklasifikasikan pada kategori kode lain. Kode yang benar adalah yang diberi tanda dalam kurung yang mengikuti istilahnya.
- c) Tanda kurung / Parentheses () 1) Untuk mengurung kata tambahan (supplementary words) yang mengikuti suatu istilah diagnostik, tanpa mempengaruhi kode ICD. 2) Untuk mengurung kode ICD, suatu istilah yang dikelompokkan tidak termasuk atau diluar kelompok ini (Exclusion). 3) Pada judul blok, digunakan untuk mengurung kode ICD yang berjumlah 3 karakter. 4) Mengurung kode ICD klasifikasi ganda (dual classification)
- d) Kurung besar/Square brackets [] Digunakan untuk mengurung persamaan kata atau sinonim kata sebutan alternatif (alternative words) dan frasa penjelasan (explanatory phrases).
- e) Tanda baca kurung tutup/ Brace {} Tanda baca kurung tutup "]" digunakan untuk mengelompokkan istilah-istilah yang terkelompok dalam sebutan inclusion (termasuk) atau exclusion (tidak termasuk). Tanda kurung } ini mempunyai makna bahwa semua kelompok sebutan yang mendahuluinya belum lengkap batasan pengertiannya, masih harus ditambah dengan keterangan yang ada di belakang tanda baca kurung } ini.

- f) Titik dua/Colon (:) Tanda baca (:) colon mengikuti kata sebutan dari suatu rubrik, mempunyai makna bahwa penulisan sebutan istilah diagnosis terkait belum lengkap atau belum selesai ditulis. Suatu sebutan diagnosis yang diikuti tanda baca (:) ini masih memerlukan satu atau lebih dari satu tambahan kata atau keterangan yang akan memodifikasi atau mengkualifikasi sebutan yang akan diberi nomor kode, agar istilah diagnosisnya sesuai dengan apa yang dimaksud oleh dokter dalam batasan pengertian rubrik terkait (sesuai dengan standard diagnostik dan terapi yang disepakati).
- g) NOS (Not Otherwise Specified) NOS adalah singkatan dari “Not Otherwise Specified”, atau “Unspecified” Adanya “NOS” mengharuskan pengkode (coder) membaca lebih teliti lagi agar tidak melakukan salah pilih nomor kode yang diperlukan.
- h) NEC (Not Elsewhere Classified) Apabila singkatan “NEC” ini adalah singkatan dari Not Elsewhere Classified mengikuti judul kategori 3 karakter merupakan satu peringatan bahwa di dalam daftar urut yang tertera di bawah judul, akan ditemukan beberapa kekhususan yang tidak sama dengan yang muncul di bagian lain dari klasifikasi.
- i) And & Point Dash (-.) Pada beberapa nomor kode berkarakter ke 4 dari suatu subkategori diberi tanda dash (-) setelah tanda point (.). Ini bisa ditemukan di volume 1 maupun 3 nomor kode diakhiri dengan tanda .- (titik garis) ini berarti penulisan nomor kode belum lengkap, mempunyai makna bahwa apabila nomor terkait akan dipilih, maka coder harus mengisi garis dengan suatu angka yang harus

ditemukan/ditelusuri lebih lanjut di volume 1. Menunjukkan bahwa ada karakter ke-4 yang harus dicari.

- j) Dagger (†) & Asterik (*) Tanda dagger (sangkur) merupakan kode yang digunakan untuk penanda kode utama sebab sakit. Sedangkan tanda asterik (bintang) merupakan kode yang digunakan untuk manifestasi dari diagnosis (wujud atau bentuknya).
- k) Rujuk silang (see, see also) Rujuk silang dijalankan apabila ada perintah di dalam kurung () : see, see also, yang bermakna istilah yang perlu rujuk silang.

2.1.4 Kodefikasi Diagnosis

A. Definisi Kodefikasi

Kodefikasi atau pemberian kode adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data (Depkes RI, 2006). Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 844/MENKES/SK/X/2006 tentang penetapan standar kode data bidang kesehatan, bahwa *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision* (ICD-10) merupakan acuan yang digunakan di Indonesia untuk mengkode diagnosis. Dasar hukum digunakan ICD-10 adalah SK Dirjen Pelayanan Medik HK.00.05.1.4.00744 tentang Penggunaan ICD-10 di Rumah Sakit (19 Februari 1996) dan SK Menkes No 86/MENKES/SK/VI/2010 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Menurut World Health Organization (WHO), koding (kodefikasi) adalah proses pengklasifikasian data dan penentuan code (sandi) nomor/ alfabet/ alfanumerik untuk mewakilinya. ICD-10 menggunakan kode kombinasi yaitu abjad dan angka (Alpha Numerik). Data di sini adalah sebutan diagnosis pasien yang dinyatakan dokter terkait. Fungsi dasar International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision (ICD-10) adalah sebagai suatu metode pengklasifikasian penyakit, cedera dan sebab kematian, untuk tujuan pengolahan data secara statistik. Insidens morbiditas dan mortalitas bisa direkam dalam aturan yang sama sehingga bisa dikomparasi(WHO, 2010).

B. Fungsi dan Tujuan Pengkodingan

Pengkodingan memiliki fungsi yang sangat penting dalam pelayanan manajemen informasi kesehatan. Data klinis yang terkode dibutuhkan untuk mendapatkan kembali informasi atas perawatan pasien, penelitian, perbaikan, pelaksanaan, perancangan dan fasilitas manajemen dan untuk menentukan biaya perawatan kepada penyedia pelayanan kesehatan (Abdelhak, 2001).

Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (World Health Organization) bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan.

C. Standar dan Etik Pengkodean

Seorang petugas rekam medis harus mampu melakukan kodefikasi secara akurat melalui penggunaan kode penyakit (ICD 10) secara tepat.

Pengisian kodefikasi sedapat mungkin menghindari point 9 (NOS= Not Other Spesified). Ada beberapa standar etik pengkodean seorang coder profesional yang dikembangkan AHIMA, sebagai berikut :

1. Akurat, lengkap dan konsisten untuk menghasilkan data yang berkualitas . Akurat artinya pemakaian kode ICD 9 dan ICD 10 secara tepat. Lengkap artinya data-data mengenai diagnosa dan pemeriksaan serta tindakan kepada pasien lengkap tercantum dalam DRM sehingga memudahkan perekam medis dalam melakukan koding.Kode penyebab luar seperti exsternal cause terkadang perlu dilakukan oleh petugas rekam medis, untuk melengkapi kode diagnosa sehingga kodefikasi akurat. Konsisten artinya ketepatan kodefikasi penyakit dan tindakan secara akurat, terus menerus tepat dalam melakukan koding. Misalnya pemberian kode penyakit terhadap penyakit tersebut harus kuat.
2. Pengkode harus mengikuti sistem klasifikasi yang sedang berlaku dengan memilih pengkodean diagnosis dan tindakan yang tepat.
3. Pengkodean harus ditandai dengan laporan kode yang jelas dan konsisten pada dokumentasi dokter dalam rekam medis pasien.
4. Pengkodean profesional harus berkonsultasi dengan dokter untuk klarifikasi dan kelengkapan pengisian data diagnosa dan tindakan.
5. Pengkodean profesional harus sebagai anggota dari tim kesehatan, harus membantu dan mensosialisasikan kepada dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

6. Perekam medis harus mampu berkolaborasi, berkoordinasi dengan tenaga medis lainnya untuk penegakan kodefikasi penyakit dan kodefikasi tindakan yang tepat, akurat.
7. Pengkode profesional harus mengembangkan kebijakan pengkodean di institusinya.
8. Pengkode profesional harus secara rutim meningkatkan kemampuannya dibidang pengkodean. Selalu berlatih untuk menganalisis diagnosa dokter, formulir-formulir rekam medis yang didalamnya ada tindakan medis dan diagnosa dokter.
9. Pengkode profesional senantiasa berusaha memberi kode yang paling sesuai untuk pembayaran. Tindakan yang diberikan dan diagnosa yang ditentukan sedapat mungkin sesuai dengan kode tidak tepat, tidak sesuai deng diagnosa dokter dan tindakan yang telah diberikan maka dapat menyebabkan kerugian rumah sakit atau sebaliknya.

D. Tahapan Kodefikasi Rekam Medis

Aturan dalam melakukan koding menggunakan ICD 10 (Kemenkes RI, 2016) antara lain :

- a. Jika dalam ICD 10 terdapat catatan “Use additional code, if desired, to identify specified condition” berarti kode tersebut dapat digunakan sesuai dengan kondisi pasien.
- b. Pengodean sistem dagger (†) dan asterisk (*) yaitu jika diagnosis utama yang ditegakkan dokter dalam ICD 10 menggunakan kode dagger dan asterisk maka yang berperan sebagai diagnosis utama adalah kode dagger, sedangkan kode asterisk sebagai diagnosis

sekunder. Namun jika diagnosis sekunder yang ditegakkan dokter dalam ICD 10 menggunakan kode dagger dan asterisk, maka kode tersebut menjadi diagnosis sekunder. Tanda dagger (†) dan asterisk (*) tidak diinput di dalam aplikasi INA-CBG.

- c. Pengodean dugaan kondisi, gejala, penemuan abnormal, dan situasi tanpa penyakit yaitu apabila pasien dalam episode rawat, koder harus hati-hati dalam mengklasifikasikan diagnosis utama pada Bab XVIII (Kode R) dan XXI (Kode Z). Jika diagnosis yang lebih spesifik belum ditegakkan sampai akhir episode perawatan atau tidak ada penyakit atau cedera pada saat dirawat yang bisa dikode, maka kode dari Bab XVIII dan XXI dapat digunakan sebagai kode diagnosis utama (lihat juga Rules MB3 dan MB5). Kategori Z03.– (observasi dan evaluasi medis untuk penyakit dan kondisi yang dicurigai) digunakan pada diagnosis “suspek” yang dapat dikesampingkan setelah dilakukan pemeriksaan lanjutan.
- d. Pengkodean kondisi multiple yaitu jika kondisi multiple dicatat di dalam kategori berjudul “Multiple ...”, dan tidak satu pun kondisi yang menonjol, kode untuk kategori “Multiple ...”, harus dipakai sebagai kode diagnosis utama, dan setiap kondisi lain dijadikan kode diagnosis sekunder. Pengodean seperti ini digunakan terutama pada kondisi yang berhubungan dengan penyakit HIV, cedera dan sekuel.
- e. Pengkodean kategori kombinasi ICD menyediakan kategori tertentu dimana dua diagnosis yang berhubungan dapat diwakili oleh hanya satu kode.

- f. Pengodean sekuel kondisi tertentu ICD menyediakan sejumlah kategori yang berjudul “sequelae of ...” (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89) yang dapat digunakan untuk menunjukkan kondisi yang tidak didapatkan lagi, sebagai penyebab masalah yang saat ini sedang diperiksa atau diobati. Namun, kode yang diutamakan sebagai diagnosis utama adalah kode yang sesuai dengan bentuk sekuel tersebut. Kode “sequelae of” dapat ditambahkan dalam kode tambahan. Jika terdapat sejumlah sekuel spesifik namun tidak ada yang lebih menonjol dalam hal kegawatan dan penggunaan sumber daya, diperbolehkan menggunakan “Sequelae of ...” sebagai diagnosis utama, yang kemudian dikode pada kategori yang sesuai. Perlu diperhatikan bahwa kondisi penyebab bisa dinyatakan dengan istilah ‘old’ (lama), ‘no longer present’ (tidak terdapat lagi), dan sebagainya, begitu pula kondisi yang diakibatkannya bisa dinyatakan sebagai ‘late effect of’ (efek lanjut), atau ‘sequele of’. Tidak diperlukan adanya interval waktu minimal.
- g. Pengodean kondisi-kondisi akut dan kronis Jika Diagnosis Utama dicatat sebagai akut (atau subakut) dan kronis, ICD 10 menyediakan kategori atau subkategori yang berbeda untuk masing-masing kategori, tapi tidak untuk gabungannya, kategori kondisi akut harus digunakan sebagai diagnosis utama.
- h. Pengodean kondisi pasca-prosedur dan komplikasinya terdapat pada Bab XIX (T80-T88) dimana tersedia kategori untuk komplikasi yang

berhubungan dengan operasi dan prosedur lain, contohnya infeksi luka operasi, komplikasi mekanis benda-benda implantasi, syok, dan lainnya. Kondisi tertentu yang terjadi setelah prosedur (misalnya pneumonia, embolisme paru) tidak dianggap sebagai kondisi tersendiri sehingga dikode seperti biasa, namun bisa diberi kode tambahan dari Y83-Y84 untuk menunjukkan hubungannya dengan suatu prosedur. Jika kondisi dan komplikasi ini dicatat sebagai diagnosis utama, maka perlu dilakukan rujukan ke ‘modifier’ atau ‘qualifier’ pada indeks alfabet untuk penentuan kode yang tepat.

- i. Dalam hal koder yang tidak berhasil melakukan klarifikasi kepada dokter penanggung jawab pasien (DPJP), maka koder menggunakan Rule MB1 sampai MB5 untuk memilih kembali kode diagnosis utama (reseleksi).

E. Langkah-Langkah Pengkodean/ SOP Koding Dengan ICD-10

Langkah-langkah dasar dalam menentukan kode (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), gunakan 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 indeks (Vol.3).
- b) Cari leadterms (kata panduan) untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologinya.

Sebaiknya jangan menggunakan istilah benda anatomi, kata sifat, atau kata keterangan sebagai kata panduan. Walaupun beberapa kondisi suatu kata sifat atau eponim yang tercantum didalam indeks sebagai “leadterm”

- 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 leadterm (ini tidak dapat berpengaruh pada code number) seperti juga untuk terminologi di bawah leadterm (ini dapat berpengaruh pada kode number), hingga kata yang menunjukkan 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 nomor kode yang paling tepat. Lihat kode 3 karakter diindeks dengan tanda dash “-“ pada posisi ke-4 berarti bahwa isian untuk karakter ke-4 itu ada didalam vol 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indeks (vol 3).
- g) Ikuti pedoman inclusion dan exclusion pada kode yang dipilih atau bagian bawah bab (chapter), blog, kategori, atau subkategori.
- h) Tentukan kode.
- i) Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diganosis yang dikode untuk pemastian kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis

pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan. (Hatta, 2013)

F. Keakuratan Kode Diagnosis

Keakuratan kode diagnosis merupakan penulisan kode diagnosis penyakit yang sesuai dengan klasifikasi yang terdapat dalam ICD-10. Kode dianggap tepat dan akurat apabila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai dengan aturan klasifikasi yang digunakan. Bila kode mempunyai 3 karakter dapat diasumsikan bahwa kategori tidak dibagi. Seringkali apabila kategori dibagi, kode nomor pada indeks akan memberikan 4 karakter. Suatu dash pada posisi ke-4 (mis. O03.-) mempunyai arti bahwa kategori telah dibagi dan karakter ke-4 yang dapat ditemukan dengan merujuk pada daftar tabular. Sistem dagger (†) dan asterisk (*) mempunyai aplikasi pada istilah yang akan diberi dual kode (WHO, 2010)

Terincinya kode klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan dapat menimbulkan peluang terjadinya kesalahan dalam menetapkan suatu kode. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan kesalahan dalam menentukan kode berdasarkan hasil penelitian Institute of Medicine (Abdelhak, 2001) antara lain :

- a. Kesalahan dalam membaca diagnosis yang tertulis dalam berkas rekam medis, dikarenakan ketidaklengkapan rekam medis.
- b. Kesalahan dokter dalam menentukan diagnosis utama.
- c. Kesalahan dalam menetapkan suatu kode diagnosis maupun kode tindakan.

- d. Kode diagnosis atau tindakan tidak valid atau tidak sesuai dengan yang tertulis dalam berkas rekam medis.
- e. Kesalahan dalam menuliskan kembali atau mengentry kode dalam komputer.

Menurut Kasim dan Erkadius dalam Hatta (2011) Kecepatan dan ketepatan pengodean terhadap suatu diagnosis sangat tergantung kepada petugas yang mengelola berkas rekam medis, yaitu :

- a. Tenaga medis atau dokter dalam menentukan diagnosis ;
- b. Tenaga rekam medis atau koder dalam memberikan kode diagnosis
- c. Tenaga kesehatan lainnya yang terkait dalam melengkapi pengisian berkas rekam medis.

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap keakurasian kode penyakit antara lain :

- a. Kebijakan

Ketersediaan dan pelaksanaan Standar Operasional Prosedur (SOP) terkait pengkodean diagnosis dan monitoring & evaluasi penyelenggaraan rekam medis. Pelaksanaan SOP pengkodean mempengaruhi akurasi dari kode diagnosis penyakit.

- b. Kelengkapan Rekam Medis

Sebelum pengkodean diagnosis penyakit, tenaga rekam medis diharuskan mengkaji data rekam medis pasien untuk menemukan kekurangan, kekeliruan atau terjadinya kesalahan. Oleh karena itu, kelengkapan isi rekam medis merupakan persyaratan untuk menentukan diagnosis. Sehingga kerjasama antara dokter dan

petugas koding sangat berperan dalam penggunaan ICD 10. Ketidaklengkapan dalam pengisian rekam medis akan sangat mempengaruhi mutu rekam medis, yang mencerminkan pula mutu pelayanan di rumah sakit. Petugas rekam medis bertanggung jawab untuk mengevaluasi kualitas rekam medis guna menjamin konsistensi dan kelengkapan isinya.

c. Tenaga Medis

Kelengkapan diagnosis sangat ditentukan oleh tenaga medis, dalam hal ini sangat bergantung pada dokter sebagai penentu diagnosis karena hanya profesi dokterlah yang mempunyai hak dan tanggung jawab untuk menentukan diagnosis pasien. Dokter yang merawat juga bertanggung jawab atas pengobatan pasien, harus memilih kondisi utama dan kondisi lain yang sesuai dalam periode perawatan.

d. Tenaga Rekam Medis (Petugas Koding)

Petugas koding sebagai pemberi koding bertanggung jawab atas keakuratan kode diagnosis yang sudah ditetapkan oleh petugas medis. Oleh karena itu, untuk hal yang kurang jelas atau tidak lengkap sebelum kode ditetapkan, dikomunikasikan terlebih dahulu pada dokter yang membuat diagnosis tersebut untuk lebih meningkatkan informasi dalam rekam medis, petugas koding harus membuat kode sesuai dengan aturan yang ada pada ICD-10.

e. Sarana

Sarana pendukung untuk meningkatkan produktifitas coding yaitu ICD-10 (International Classification of Disease and Reatd Health Problems – Tenth Revision)

2.1.5 SOP (Standar Operasional Prosedur)

Standar Operasional Prosedur adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional standar yang ada dalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa setiap keputusan, langkah atau tindakan, dan penggunaan fasilitas pemrosesan dilaksanakan oleh orang-orang didalam suatu organisasi, telah berjalan secara efektif, konsisten standar, dan sistematis

Pedoman kodefikasi diagnosis penyakit merupakan suatu tahapan instruksi atau perintah kerja tentang langkah-langkah dalam memberi kode pada diagnosis pasien yang tertulis dan harus diikuti demi mencapai keseragaman dalam mengkode diagnosis pasien. Dengan adanya SOP kodefikasi diagnosis penyakit akan mengurangi terjadinya kesalahan dalam kegiatan kodefikasi diagnosis pasien karena segala instruksi dan perintah kerja sudah tersusunan dan tertulis dengan jelas.

Adapun tujuan dari penyusunan pedoman ini adalah untuk memberikan panduan bagi setiap unit kerja dalam mengidentifikasi, menyusun, mendokumentasikan, mengembangkan, memonitor serta mengevaluasi SOP dalam menyelenggarakan tugas dan fungsi, maupun dalam memberikan layanan (Badan Penjaminan Mutu, 2019)

2.1.6 Kepatuhan

Kepatuhan berasal dari kata patuh, menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, patuh artinya suka dan taat kepada perintah atau aturan, dan berdisiplin. Kepatuhan berarti sifat patuh, taat, tunduk pada ajaran atau peraturan. Dalam kepatuhan yang dinilai adalah ketaatan semua aktivitas sesuai dengan kebijakan, aturan, ketentuan dan undang-undang yang berlaku.

Kepatuhan dapat dilihat dari beberapa sisi, pertama dari sisi otoritas, kepatuhan adalah persoalan terhadap pengendalian secara sah atau kontrol berupa ketundukan dari sekelompok orang yang berada di bawah suatu otoritas berupa perilaku yang diharapkan menyenangkan para pemegang otoritas. Kedua, dari kondisi, kepatuhan adalah kualitas atau kondisi dari keadaan patuh baik berupa karakter dari keadaan bersedia untuk patuh. Ketiga dari orang yang mematuhi, maka kepatuhan berupa perilaku, tindakan, kebiasaan dan kerelaan untuk mematuhi kebijakan, hukum, regulasi, ketentuan, peraturan, perintah, dan larangan yang ditentukan (Sarbaini, 2014).

Menurut teori Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2010), faktor yang mempengaruhi kepatuhan perilaku terdiri dari 3 faktor utama yaitu faktor-faktor predisposisi (pre disposing factors), faktor-faktor pemungkin (enabling factors), dan faktor-faktor penguat (reinforcing factors). (Notoatmojo, 2010)

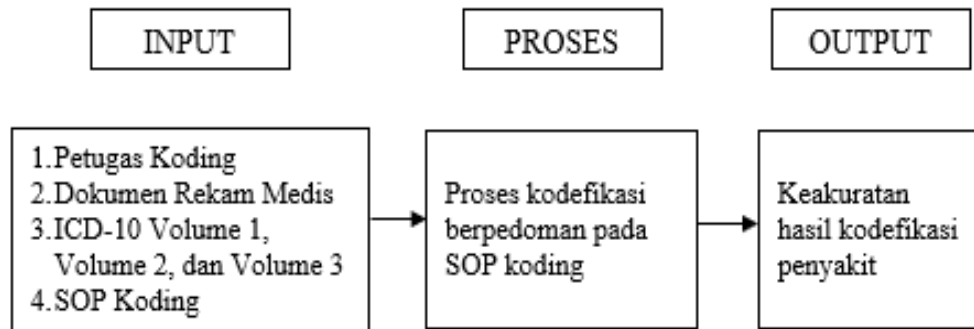
- a. Faktor-faktor predisposisi (pre disposing factors) merupakan faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya kepatuhan perilaku seseorang diantaranya yaitu pengetahuan, sikap, keyakinan, tingkat pendidikan, jenis kelamin dan lain-lain.

- b. Faktor-faktor pemungkin (enabling factors) merupakan faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi suatu tindakan. Faktor pemungkin yang dimaksudkan yaitu sarana dan prasarana misalnya ketersediaannya APD.
- c. Faktor-faktor penguat (reinforcing factors) merupakan faktor-faktor yang memperkuat atau mendorong terjadinya kepatuhan perilaku. Faktor penguat diantaranya SOP sebagai aturan yang telah dibuat. SOP (standar operasional prosedur) merupakan serangkaian instruksi yang tertulis dan menjadi pedoman dalam menjalankan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsinya.

Kepatuhan seseorang terhadap suatu prosedur atau peraturan dapat diukur dengan mengobservasi tingkah laku yang dilakukan oleh yang bersangkutan. Kepatuhan tersebut dapat diukur secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung kepatuhan diobservasi dengan menggunakan panduan baku yang telah diketahui bersama baik dari pengawasan maupun seseorang yang akan dinilai. Selanjutnya seseorang yang dinilai tersebut harus melakukan kegiatan yang diobservasi tanpa sepengetahuan dari yang bersangkutan. Secara tidak langsung kepatuhan dapat diukur melalui hasil pekerjaan yang dikerjakan oleh responden (Notoadmojo, 2018)

Adanya kepatuhan terhadap peraturan atau standar yang berlaku dengan mengacu pada etik pengodean dan keinginan dapat mewujudkan data yang terkode berkualitas tinggi sehingga membantu penerbitan rincian tagihan biaya rawat yang tepat dan mengurangi resiko manajemen fasilitas asuhan kesehatan terkait. (Hatta, 2013)

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep tersebut menjelaskan mengenai hubungan kepatuhan petugas terhadap SOP koding dengan akurasi kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap di RSUD Wonolangan. Input dalam penelitian yaitu petugas koding, DRM, SOP Koding dan ICD-10 Volume 1,2,3. Proses dalam penelitian yaitu proses kodefikasi berpedoman pada SOP koding. Penelitian ini bertujuan agar terciptanya output berupa keakuratan hasil kodefikasi penyakit yang sesuai dengan kaidah koding pada ICD 10 sehingga dapat meningkatkan mutu pada rekam medis dan rumah sakit.

2.3 Hipotesis

- H0 : Tidak adanya hubungan kepatuhan petugas terhadap SOP koding dengan akurasi kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap di RSUD Wonolangan
- H1 : Adanya hubungan kepatuhan petugas terhadap SOP koding dengan akurasi kode diagnosis penyakit pada pasien rawat inap di RSUD Wonolangan

