

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu bertujuan untuk mendapatkan bahan perbandingan dan acuan. Maka dalam kajian pustaka ini peneliti mencantumkan hasil-hasil penelitian terdahulu sebagai berikut :

1. Hasil penelitian Friska Miftachul Janah (2015)

Penelitian Friska Miftachul (Janah, 2015), berjudul “Hubungan Kualifikasi Coder Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Rawat Jalan Berdasarkan ICD-10 di RSPAU Dr S Hardjolukito Yogyakarta 2015”. Penelitian ini merupakan penelitian yang menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan kualifikasi *coder* dengan keakuratan kode diagnosis rawat jalan berdasarkan ICD-10 di RSPAU dr S Hardjolukito 2015.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa pengkodean diagnosis penyakit rawat jalan di RSPAU dr S Hardjolukito dilakukan oleh prtugas *coder* yang terdiri dari D3 Rekam Medis dan non D3 Rekam Medis tanpa melihat buku ICD-10 dan tanpa adanya SOP yang mengatur tata cara pengkodeanpenyakit. Kode diagnosis penyakit rawat jalan yang yang dihasilkan oleh coder D3 Rekam Medis menyebutkan 45 kode (100%) akurat, sedangkan hasil pengkodean diagnosis yang dihasilkan oleh coder Non-D3 Rekam Medis masih terdapat kode yang tidak akurat yaitu untuk coder S1 Keperawatan sebanyak 26 kode (57,7%)

akurat, D3 Keperawatan sebanyak 19 kode (42,2%) akurat dan S1 Kesehatan Reproduksi sebanyak 17 kode (37,7%) akurat. Ada hubungan antara hubungan antara masa kerja pegawai dengan keakuratan kode diagnosis rawat jalan di RSPAU dr S Hardjolukito pada tahun 2015 dengan nilai $p = 0,001$ (nilai $p < 0,05$).

2. Hasil penelitian Nurzara Anggar Widayanti (2016)

Penelitian (Nurzara, 2016), berjudul “Hubungan Karakteristik Petugas Dengan Kesesuaian kode Diagnosis Pada Rekam Medis Rawat Jalan Dan Software INA CBGs di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I”. Penelitian ini merupakan penelitian yang menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan karakteristik perekam medis dengan kesesuaian kode diagnosis pada rekam medis rawat jalan dan software INA CBGs di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa :

- a. Kode diagnosis pada rekam medis rawat jalan dan software INA-CBGs pasien rawat jalan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I sebanyak 147 berkas rekam medis (78%) sesuai. Karakteristik petugas rekam medis bagian koding rawat jalan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I yaitu petugas rekam medis bagian koding lebih banyak memiliki masa kerja kurang dari 1,5 tahun. Ada hubungan antara masa kerja dengan kesesuaian kode diagnosis pada lembar poliklinik dan software INA-CBGs pasien rawat jalan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I ($p=0,0001$).

3. Hasil penelitian Nova Dyawati (2022)

Penelitian (Nova, 2020), berjudul “Hubungan Kualifikasi Coder Dengan Kesesuaian Kode Diagnosis Rawat Jalan Berdasarkan ICD-10 di Puskesmas Gempol”. Penelitian ini merupakan penelitian yang menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kualifikasi *coder* dengan kesesuaian kode diagnosis rawat jalan berdasarkan ICD-10.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa :

- a. Kode diagnosis pada rekam medis rawat jalan di Puskesmas Gempol sebanyak 89 berkas rekam medis (36,32%) sesuai. Dengan hasil perhitungan *chi square* diperoleh hasil *pvalue* sebesar 0,001 sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan kualifikasi *coder* dengan kesesuaian kode diagnosis rawat jalan berdasarkan ICD-10 di Puskesmas Gempol.

2.2 Landasan Teori

2.2.1 Rumah Sakit

A. Pengertian Rumah Sakit

Menurut WHO (*World Health Organization*), 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. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik. Berdasarkan undang-undang (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47, 2021) tentang

penyelenggaraan bidang perumah sakitan, 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.

B. Tujuan Rumah Sakit

Berdasarkan (Undang - Undang RI Nomor 44, 2009) disebutkan asas dan tujuan rumah sakit. Rumah Sakit diselenggarakan berdasarkan 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.

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 (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47, 2021) tentang penyelenggaraan bidang perumahsakit, pasal 27 ayat (1) disebutkan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban salah satunya yaitu menyeleggarakan rekam medis. Menurut (Undang - Undang RI Nomor 44, 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

2.2.2 Rekam Medis

A. Definsi Rekam Medis

Berdasarkan (Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24, 2022) tentang rekam medis, rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis elektronik adalah rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis.

B. Tujuan Rekam Medis

Diterbitkan (Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24, 2022) tentang rekam medis bertujuan untuk :

- a. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.
- b. Memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis.

- c. Menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaan data rekam medis.
- d. Mewujudkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang berbasis digital dan terintegrasi.

C. Manfaat Rekam Medis

Berdasarkan (Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24, 2022) pasal 35 menyatakan bahwa pemanfaatan rekam medis untuk kepentingan sebagai berikut:

- a. Pemenuhan permintaan aparat penegak hukum dalam rangka penegakan hukum.
- b. Penegakan etik atau disiplin.
- c. Audit medis.
- d. Penanganan kejadian luar biasa/wabah penyakit menular/kedaruratan kesehatan masyarakat/dan bencana.
- e. Pendidikan dan penelitian.
- f. Upaya perlindungan terhadap bahaya ancaman keselamatan orang lain secara individual atau masyarakat .

2.2.3 Karakteristik Individu

Karakteristik individu adalah masing-masing individu memiliki latar belakang yang berbeda-beda antara satu dengan lainnya yang akan dibawa ke dalam dunia kerja yang pada akhirnya memberikan karakteristik tersendiri bagi individu tersebut (Moses dkk, 2014). Menurut (Rahman, 2013), karakteristik individu adalah ciri khas yang menunjukkan perbedaan seseorang tentang motivasi, inisiatif, kemampuan untuk tetap tegar

menghadapi tugas sampai tuntas atau memecahkan masalah atau bagaimana menyesuaikan perubahan yang terkait erat dengan lingkungan yang mempengaruhi kinerja individu. Berikut kualifikasi individu :

a. Usia

Usia merupakan kurun waktu sejak adanya seseorang dan dapat diukur menggunakan satuan waktu dipandang dari segi kronologis, individu normal dapat dilihat derajat perkembangan anatomis dan fisiologis (Nuswantary & Komala, 1998). Pada tahun 2009 Depkes RI mengkategorikan usia atau umur dibagi menjadi :

- a. Berusia 0 sampai 5 tahun merupakan masa balita
- b. Usia 5 sampai 11 tahun merupakan masa kanak-kanak
- c. Usia 12 sampai 16 tahun merupakan masa remaja awal
- d. Usia 17 sampai 25 tahun merupakan masa remaja akhir
- e. Usia 26 sampai 35 tahun merupakan masa dewasa awal
- f. Usia 36 sampai 45 tahun merupakan masa dewasa akhir
- g. Usia 46 sampai 55 tahun merupakan masa lansia awal
- h. Usia 56 sampai 65 tahun merupakan masa lansia akhir
- i. Seseorang dengan usia 65 tahun keatas masuk masa manula.

Berdasarkan kategori usia tersebut, usia 25 tahun dianggap masa remaja telah berakhir dan akan memulai masa dewasa awal sehingga dapat dianggap bahwa kemampuan fisiknya telah stabil.

b. Masa Kerja

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), masa kerja diartikan jangka waktu seseorang yang telah bekerja pada kantor, badan dan

sebagainya (Depdikbud, 2001). Masa kerja merupakan kurun waktu atau lamanya tenaga kerja bekerja disuatu tempat (Tulus, 1992)

Berdasarkan (Tulus, 1992) menyebutkan secara garis besar masa kerja dapat dikategorikan menjadi tiga yaitu :

1. Masa kerja baru adalah < 6 tahun
2. Masa kerja sedang adalah 6-10 tahun
3. Masa kerja lama adalah >10 tahun

c. Pelatihan

Pelatihan adalah upaya untuk mengembangkan sumber daya manusia terutama untuk mengembangkan kemampuan intelektual dan kepribadian manusia (Notoatmodjo, 2010). Tujuan pelatihan menurut (Mangkunegara, 2001) antara lain :

- a. Meningkatkan penghayatan jiwa dan ideologi.
- b. Meningkatkan produktivitas kerja.
- c. Meningkatkan kualitas kerja.
- d. Meningkatkan perkembangan pegawai, dll

Menurut (Mangkunegara, 2001), metode pelatihan yang dapat diberikan kepada karyawan antara lain :

a. *On the job training*

Prosedur metode ini adalah informal, observasi sederhana dan mudah serta praktis. Pegawai mempelajari jobnya dengan mengamati perilaku pekerja lain yang sedang bekerja. Aspek-aspek lain dari *on the job training* adalah lebih formal dan format. Pegawai senior memberikan contoh cara mengerjakan pekerjaan dan training

baru memperhatikannya. Metode *on the job training* dapat pula menggunakan peta-peta, gambar-gambar, sampel masalah dan mendemonstrasikan pekerjaan agar pegawai baru dapat memahaminya dengan jelas. Fungsi dari metode *on the job training* antara lain supervisor harus terlatih dan memadai. Manfaat dari metode *on the job training* adalah peserta belajar dengan perlengkapan yang nyata dan dalam lingkungan pekerjaan yang jelas.

b. *Vestibule* atau Balai

Suatu *vestibule* adalah suatu ruangan isolasi atau terpisah yang digunakan untuk tempat pelatihan bagi pegawai baru yang akan menduduki suatu job. Metode *vestibule* merupakan metode pelatihan yang sangat cocok untuk banyak peserta yang dilatih dengan macam pekerjaan yang sama dan dalam waktu yang sama. Pelaksanaan metode *vestibule* biasanya dilakukan dalam waktu beberapa hari sampai beberapa bulan dengan pengawasan instruktur.

c. Metode demonstrasi dan contoh

Suatu demonstrasi menunjukkan dan merencanakan bagaimana suatu pekerjaan atau bagaimana sesuatu itu dikerjakan. Metode demonstrasi melibatkan penguraian dan memperagakan sesuatu melalui contoh-contoh. Metode ini sangat mudah untuk manajer mengajarkan pegawai baru mengenai aktivitas nyata melalui suatu tahap perencanaan dari “bagaimana dan apa sebab” pegawai mengerjakan apa yang ia kerjakan. Metode demonstrasi merupakan

metode training yang sangat efektif karena lebih mudah menunjukkan kepada peserta bagaimana mengerjakan suatu tugas yang akan dikerjakan

d. Simulasi

Simulasi adalah suatu situasi atau peristiwa menciptakan bentuk realitas atau imitasi dari realitas. Simulasi ini merupakan pelengkap, sebagai teknik duplikat yang mendekati kondisi nyata pada pekerjaan.

e. *Apprenticeship*

Metode training *apprenticeship* adalah suatu cara mengembangkan keterampilan (skill) perajin atau pertukangan. Metode ini didasarkan pula pada on the job training dengan memberikan petunjuk-petunjuk cara mengerjakannya. Metode *apprenticeship* tidak mempunyai standar format. Pegawai peserta mendapatkan bimbingan umum dan mereka langsung dapat mengerjakan pekerjaannya.

f. Metode ruang kelas

Metode ruang kelas merupakan metode training yang dilakukan didalam kelas, walaupun dapat pula dilakukan di area pekerjaan. Aspek-aspek tertentu dari semua pekerjaan lebih mudah di pelajari dalam ruangan kelas daripada on the job. Metode ruang kelas adalah kuliah, konferensi, studi kasus, bermain peran, dan pengajaran berprogram (programmed instruktur).

d. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2010). Pengukuran pengetahuan dapat diketahui dengan menanyakan kepada seseorang agar ia mengungkapkan apa yang diketahui dalam bentuk jawaban. Jawaban tersebut yang merupakan reaksi dari stimulus yang diberikan baik dalam bentuk pertanyaan langsung maupun tertulis. Pengetahuan pengukuran dapat berupa kuesioner maupun wawancara (Notoatmodjo, 2010)

Menurut (Syah, 2012), tingkat pengetahuan seseorang dapat diketahui dengan menggunakan suatu indikator yang kategorinya ada lima yaitu sangat baik, baik, cukup, kurang, dan gagal. Berikut perolehan nilai dengan kategorinya masing-masing :

- a. Sangat baik : 80 – 100
- b. Baik : 70 – 79
- c. Cukup : 60 – 69
- d. Kurang : 50 – 59
- e. Gagal : 0 - 49

2.2.4 Diagnosis

Diagnosis merupakan kegiatan pemberian nama suatu penyakit pada setiap penderita. Diagnosis merupakan bagian penting yang memungkinkan seorang penderita mendapat pengobatan. Menurut (Hatta, 2013), diagnosis dapat dibedakan menjadi beberapa macam, antara lain :

1. Diagnosis Utama

Merupakan suatu kondisi kesehatan yang menyebabkan pasien memperoleh perawatan atau pemeriksaan yang ditegakkan 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.

2.2.5 Tinjauan ICD-10

A. Definisi ICD – 10

Menurut (Hatta, 2008) pengertian ICD dari *World Health Organization* (WHO) adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional. ICD-10 digunakan untuk mengklasifikasikan

penyakit dalam masalah terkait kesehatan lainnya pada banyak jenis catatan kesehatan (WHO, 2011). ICD-10 berisikan pedoman untuk merekam dan memberi kode penyakit, disertai dengan materi baru yang berupa aspek praktis penggunaan klasifikasi. Banyak sistem klasifikasi yang dikenal di Indonesia, namun demikian sesuai dengan Peraturan Depkes, sistem klasifikasi yang harus digunakan sejak tahun 1996 sampai dengan saat ini adalah ICD-10 revisi kesepuluh (Hatta, 2013).

B. Fungsi dan Kegunaan ICD – 10

Fungsi ICD sebagai system klasifikasi penyakit dan masalah-masalah terkait kesehatan yang digunakan untuk kepentingan informasi statistik data morbiditas dan mortalitas (Hatta, 2013). Fungsi dan kegunaan ICD-10 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 pengelompokan DRGs (*Diagnosis-related Groups*) untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan.
5. Pelapran nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas.
6. Tabulasi dan 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-regulasi 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

4. Konvensi dan Tanda Baca ICD

Makna dan kegunaan konvensi tanda baca *International Statistical Classification Of Diseases And Related Health Problems* 10 (ICD 10) pada volume 2 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* (), digunakan untuk :
 - 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* {} 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) 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 diagnosisnya (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.

2.2.6 Pengkodean Diagnosis

A. Definisi Pengkodean Diagnosis

Pengkodean diagnosis merupakan kegiatan pemberian kode dengan menggunakan huruf dan angka atau kombainai antara huruf dan angka

yang mewakili komponen data. Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode (Budi, 2011).

B. Fungsi dan Tujuan Pengkodean

Pengkodean 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 untuk menentukan biaya perawatan kepada penyedia pelayanan kesehatan (Abdelhak et al., 2001).

Tujuan pengkodean diagnosis oleh WHO (*World Health Organization*) sebagai menyederagamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan.

C. Standard 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 Spesifed). 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 diagnosis dan pemeriksaan serta tindakan kepada pasien lengkap tercantum dalam dokumen rekam medis sehingga memudahkan perekam medis dalam melakukan koding.Kode penyebab luar seperti exsternal cause

terkadang perlu dilakukan oleh petugas rekam medis, untuk melengkapi kode diagnosis 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 diagnosis 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 diagnosis dokter, formulir-formulir rekam medis yang didalamnya ada tindakan medis dan diagnosis dokter.

9. Pengkode profesional senantiasa berusaha memberi kode yang paling sesuai untuk pembayaran. Tindakan yang diberikan dan diagnosis yang ditentukan sedapat mungkin sesuai dengan kode tidak tepat, tidak sesuai dengan diagnosis dokter dan tindakan yang telah diberikan maka dapat menyebabkan kerugian rumah sakit atau sebaliknya.

D. Langkah – langkah Menentukan Kode ICD - 10

Menurut (Hatta, 2013) dinyatakan bahwa:

“Dalam menggunakan ICD – 10, perlu diketahui dan dipahami bagaimana cara pencarian dan pemilihan nomor kode yang diperlukan. Pengodean dijalankan melalui penahapan mencari istilah di buku ICD volume 3, kemudian mencocokkan kode yang ditemukan dengan yang ada di volume 1.

Sembilan langkah dasar dalam menentukan kode:

1. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode, dan buka volume 3 *Alphabetical Index* (kamus). Bila pernyataan adalah istilah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada bab I – XIX dan XXI (Volume 1), gunakanlah ia sebagai “*lead term*” untuk dimanfaatkan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada dari cedera (bukan nama penyakit) yang ada di bab XX (Vol 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 kata panduan. Walaupun demikian, beberapa kondisi ada yang diekspresikan sebagai kata sifat atau eponym (menggunakan nama penemu) yang tercantum di dalam indeks sebagai “*lead term*”.

3. Baca dengan seksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul dibawah istilah yang akan di pilih pada volume 3.
4. Baca istilah yang terdapat dalam tanda kurung “()” sesudah *lead term* (kata dalam tanda kurung = *modifier*, tidak akan memengaruhi kode). Istilah lain yang ada di bawah *lead term* (dengan tanda(-) minus = idem = indent) dapat memengaruhi nomor kode, sehingga semua kata – kata diagnostic 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 pemamfaatannya dalam pengembangan indeks penyakit dan dalam system 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 anda pilih.

9. Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis 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.

2.2.7 Akurasi Kode

Menurut (Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 377/Menkes/SK/III/2007, 2007) tentang standar profesi perekam Medis dan Informasi kesehatan, seorang perekam medis harus mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia yaitu menggunakan ICD-10 (*International Classification Of Disease And Related Health Problem Tenth Revisions*) berdasarkan jenis penyakit standar medis yang diberikan selama proses pelayannya kesehatan.

A. Definisi Keakuratan Kode

Keakuratan kode diagnosis ialah ketepatan dalam penulisan kode diagnosis dengan klasifikasi yang ada di dalam ICD-10 (*International Classification Of Disease And Related Health Problem Tenth Revisions*). Kode diagnosis dianggap akurat bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai dengan aturan klasifikasi yang digunakan. Seorang perekam medis sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode yang ditetapkan, karena keakuratan kode diagnosis berpengaruh terhadap tarif atau sebagai alat untuk mengklaim biaya pelayanan kesehatan yang diterima.

B. Faktor Yang Mempengaruhi Keakuratan Kode

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap keakuratan 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.

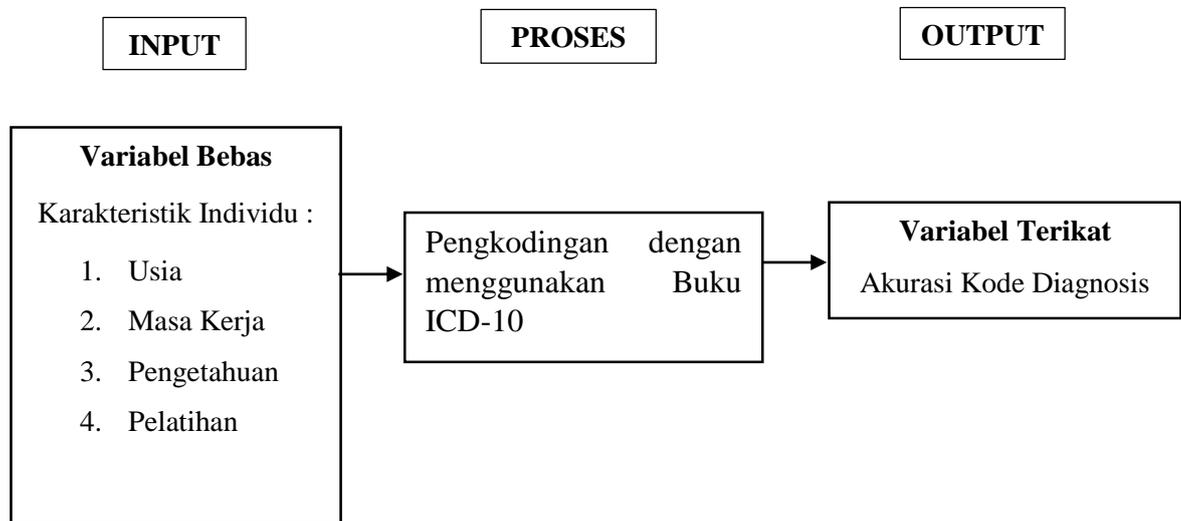
d. Tenaga Rekam Medis (Petugas Koding)

Petugas koding sebagai pemberi koding bertanggung jawab atas keakuratan kode diagnosis yang sudah ditetapkan oleh petugas medis. Yang memiliki wewenang dalam melakukan pengkodean adalah perekam medis (Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 55, 2013). Selain itu demi keakuratan kode diagnosis, petugas koding diharapkan mengikuti pendidikan atau pelatihan agar pengetahuan yang dimiliki lebih luas sehingga mampu dalam melakukan pekerjaannya salah satunya yaitu kodefikasi (Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/Menkes/312/2020, 2020).

e. Sarana

Sarana pendukung untuk meningkatkan produktifitas koding yaitu ICD-10 (International Classification of Disease and Reatd Health Problems) dengan di ikuti dengan revisi yang telah disepakati bersama.

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

2.4 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini yaitu :

H0 : Tidak Ada hubungan antara karakteristik petugas koding dengan akurasi kode diagnosis di RSUD Wonolangan.

H1 : Adanya hubungan antara karakteristik petugas koding dengan akurasi kode diagnosis di RSUD Wonolangan.