BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rekam Medis

A. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis dalam pelaksanaannya tidak lepas dari media sebagai tempat menyimpan atau menuliskan hasil sebagai bukti dan dokumen pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, seperti tertuang dalam PERMENKES No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis dalam Pasal 1 ayat (1) Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes No. 24, 2022).

Rekam medis adalah siapa, apa, di mana dan bagaimana perawatan pasien selama di rumah sakit, untuk melengkapi rekam medis harus memiliki data yang cukup tertulis dalam rangkaian kegiatan guna menghasilkan suatu diagnosis, jaminan, pengobatan dan hasil akhir

Rekam medis adalah keterangan baik yag tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik, laboratorium, diagnosis segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan, maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Rustiyanto, 2009 dalam Fadil & Supriadi, 2021)

Rekam medis merupakan kumpulan bukti-bukti dalam bentuk berkas catatan dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya, hasil pemeriksaan

laboratorium, gejala-gejala yang timbul, singkatnya mengenai segala sesuatu yang telah dilakukan di rumah sakit selama pasien dirawat. Termasuk bukti persetujuan pasien dalam bentuk *informed consent* yang sudah dibubuhi tanda tangan dan yang dilekatkan pada rekam medis tersebut. Rekam medis yang dipelihara dan dilakukan dengan baik, niscaya akan bisa memberi gambaran balik *(flash-back)* tentang apa-apa saja yang telah dilakukan selama pasien dirawat di rumah sakit itu (Saepudin, 2011)

B. Tujuan Dibuatnya Rekam Medis

Tujuan dibuatnya rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan dirumah sakit. Tanpa dukungan suatu sistem pengelolaan rekam medis baik dan benar tertib administrasi dirumah sakit tidak akan berhasil sebagaimana diharapakan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan upaya pelayanan kesehatan rumah sakit. (Yustina, 2012)

Sejalan dengan tujuan rekam medis tersebut, rekam medis juga dibuat untuk memberikan informasi yang lengkap, cermat, serta siap diberikan dalam waktu tertentu dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. Rekam medis sebagai catatan yang akurat dan lengkap menggambarkan kondisi kesehatan pasien termasuk penyakit masa lalu dan penyakit sekarang, serta pengobatannya (Yustina, 2012)

C. Aspek dan Kegunaan Rekam Medis

Selain menunjang administrasi dalam rangka meningkatkan pelayanan di instansi pelayanan kesehatan, dan sebagai dasar dalam menetapkan diagnosis dan menetapkan tindakan, perawatan, pengobatan terhadap pasien, rekam medis

mempunyai beberapa aspek kegunaan yang dikenal dengan MALFRED (Mathar, 2018).

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain:

a. Aspek Medis (*Medical*)

Suatu rekam medis mempunyai nilai medik, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus di berikan kepada seorang pasien.

b. Aspek Administrasi (*Administrative)*

Suatu rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

c. Aspek Hukum (*Legal*)

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

d. Aspek Keuangan (*Financial*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai uang karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat digunakan dalam menghitung biaya pengobatan/tindakan dan perawatan.

e. Aspek Penelitian (*Research*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

f. Aspek Pendidikan (*Education*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan/kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran di bidang profesi kesehatan.

g. Aspek Dokumentasi (*Documentation*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan sarana pelayanan Kesehatan

2.1.2 Terminologi Medis

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia Online, terminologi adalah peristilahan (tentang kata-kata) atau ilmu mengenai batasan atau definisi istilah. Sedangkan medis termasuk atau berhubungan dengan bidang kedokteran.

Menurut Kasim dan Erkadius, terminologi medis merupakan sistem yang digunakan untuk menata daftar kumpulan istilah medis penyakit, gejala, dan prosedur. Istilah-istilah penyakit atau kondisi gangguan kesehatan harus sesuai dengan istilah yang digunakan dalam suatu sistem klasifikasi penyakit (Hatta, 2013).

Menurut (Nuryati, 2011) bahwa terminologi medis adalah ilmu peristilahan medis yang merupakan:

1. Bahasa khusus antar profesi medis/kesehatan baik dalam bentuk tulisan maupun lisan.

2. Sarana komunikasi antara mereka yang berkecimpung langsung/tidak langsung dibidang pelayanan medis.
3. Sumber data dalam pengolahan dan penyajian dari diagnosis dan tindakan medis/operasi, khususnya dibidang ICD, ICOPIM, ICHI yang memerlukan akurasi dan presisi tinggi yang merupakan data dasar otentik bagi statistik morbiditas dan mortalitas.

2.1.3 Ketepatan Penulisan Diagnosis

1. Definisi Diagnosis

Diagnosis merupakan penentuan sifat penyakit atau membedakan satu penyakit dengan yang lainnya, (Dorland, 2015). Diagnosis juga merupakan kata atau phrasa yang digunakan oleh dokter untuk menyebut suatu penyakit yang diterima pasien, atau keadaan yang menyebabkan seorang pasien memerlukan atau mencari atau menerima asuhan medis *(medical care).* Diagnosis yang terekam dalam lembar rekam medis, baik tunggal, kombinasi maupun serangkaian gejala sangat penting artinya dalam proses pemberian layanan kesehatan dan asuhan medis di rumah sakit.

2. Macam-macam Diagnosis

Adapun macam - macam diagnosis menurut (Haines, 2019) yaitu:

a. *Admitting* Diagnosis yaitu diagnosis seorang (pasien) saat masuk dirawat *(admission)*
b. *Discharge* Diagnosis merupakan diagnosis yang diberikan setelah selesainya episode perawatan atau diagnosis pada saat pasien pulang.
c. Diagnosis dalam *Single-condition analysis of morbidity*, pada kasus ini, sampai sekarang belum ada aturan standar dalam penegakan diagnosisnya.

Hanya dalam ICD – 10 dikenal suatu aturan koding morbiditas yang disebut Single-condition Analysis (Analisis kondisi tunggal), yang mana pada pelaksanaan pemberian kode penyakit hanya mengacu pada satu penyebab atau bisa disebut sebagai penyebab utama morbiditas sebagai diagnosis yang akan dimasukan kedalam tabulasi untuk selanjutnya diolah dan dianalis

Sedangkan macam-macam diagnosis menurut WHO, sesuai dengan rekomendasi dari ICD-10, WHO menetapkan kategori-kategori diagnosis yang digunakan untuk memaparkan data morbiditas, khususnya di rumah sakit, yaitu (Haines, 2019):

b. *Principal* Diagnosis merupakan diagnosis utama yang ditegakkan setelah dikaji, yang terutama bertanggung jawab menyebabkan *admission* pasien ke rumah sakit. WHO menetapkan batasan dari *principal* diagnosis ini adalah sebagai berikut:
    1) Ditentukan setelah selesai dikaji (*determind after study*).
    2) Menjadi alasan (penyebab) (fakta) *admission* untuk masuk rawat inap (*caused this particular admission*).
    3) Menjadi fakta arahan terapi atau pengobatan atu tindakan lain-lain yang dilaksanakan (*focus of treatment*).
c. *Other* Diagnosis, selain *principal* diagnosis yang menggambarkan suatu kondisi dimana pasien mendapatkan pengobatan, atau dimana dokter mempertimbangkan kebutuhan untuk memasukkannya dalam pemeriksaan kesehatan lebih lanjut.
d. *Complication*, suatu diagnosis tambahan (*additional* diagnosis) yang menggambarkan suatu kondisi yang muncul setelah dimulainya observasi dan

perawatan di rumah sakit yang mempengaruhi perjalanan penyakit pasien atau asuhan medis yang dibutuhkan. Dalam kata lain, komplikasi menggambarkan suatu akibat yang tidak diharapkan atau '*misadventure*' dalam asuhan medis pasien rumah sakit.

3. Ketepatan Penulisan Diagnosis

Penulisan diagnosis harus seragam dan menggunakan terminologi medis yang tepat sehingga tidak menyebabkan kebingungan saat koding. Terminologi medis merupakan istilah atas keadaan gangguan kesehatan yang terdaftar di nomenklatur yang selaras dengan istilah pada tatanan klasifikasi penyakit (Hatta, 2010). Terminologi medis adalah ilmu peristilahan medis yang merupakan sarana komunikasi antara mereka yang berkecimpung langsung atau tidak langsung dibidang pelayanan medis (Nuryati, 2011).

Unsur terminologi medis tersusun dari 3 (tiga) unsur kata, yakni prefix, root, dan suffix. Dalam struktur setiap kata/istilah harus memiliki minimal satu root. Tidak semua istilah medis terdiri dari tiga unsur prefix, root dan suffix, adakalanya satu istilah terdiri hanya dua unsur kata, mungkin hanya terdiri dari prefix dan root atau root dan suffix saja. Namun tidak jarang juga istilah memiliki lebih dari tiga unsur kata.

2.1.4 Tinjauan Keakuratan Kodefikasi

1. Definisi Kodefikasi

Coding atau kegiatan pengkodean adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf dan angka atau kombinasi antara keduanya yang mewakili komponen data. Kegiatan yang dilakukan dalam *coding* meliputi kegiatan

pengkodean diagnosis penyakit dan tindakan medis. Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode (Budi & Citra, 2016).

Kode klasifikasi penyakit oleh WHO *(World Health Organization)* bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, gejala serta faktor yang mempengaruhi kesehatan. Sejak tahun 1993 WHO mengharuskan negara anggotanya termasuk Indonesia untuk menggunakan klasifikasi penyakit revisi 10 (ICD-10, *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision*). Namun, di Indonesia sendiri ICD-10 baru ditetapkan untuk mengganti ICD-9 pada tahun 1998 melalui SK Menkes RI No. 50/MENKES/KES/SK/I/1998. Sedangkan untuk pengkodean tindakan medis dilakukan dengan menggunakan ICD-9CM.

2. Tinjauan Keakuratan Kodefikasi

Keakuratan *coding* dari suatu diagnosis dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya tulisan dokter yang sulit dibaca, diagnosis yang tidak spesifik, keterampilan petugas *coding* dalam pemilihan kode dan tenaga kesehatan lainnya. Pada proses *coding* ada beberapa kemungkinan yang dapat mempengaruhi hasil pengkodean dari petugas *coding,* yaitu bahwa penetapan diagnosis pasien merupakan hak, kewajiban dan tanggung jawab tenaga medis yang memberikan perawatan pada pasien dan tenaga *coding* di bagian unit rekam medis tidak boleh mengubah (menambah atau mengurangi) diagnosis yang ada (Budi S. , 2011).

Pelaksaaan pengodean harus lengkap dan akurat sesuai dengan arahan ICD-10 (WHO, 2004). Kode dianggap tepat dan akurat bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang

digunakan. Terkaitnya kode klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan dapat menyebabkan terjadinya kesalahan dalam menetapkan suatu kode.

Beberapa kemungkinan yang terjadi dalam proses pengkodingan sehingga menyebabkan kodefikasi tidak akurat, yaitu (Budi S. , 2011):

1. Penetapan diagnosis yang salah sehingga menyebabkan hasil pengkodean salah.
2. Penetapan diagnosis yang benar, tetapi petugas pengkodean salah menentukan kode, sehingga hasil pengkodean salah.
3. Penetapan diagnosis dokter kurang jelas, kemudian dibaca salah oleh petugas pengkodean, sehingga hasil pengkodean salah.

Oleh karena itu, kualitas hasil pengkodean bergantung pada kelengkapan diagnosis, kejelasan tulisan dokter, serta profesionalisme dokter dan petugas pengkodean.

3. Pentingnya Keakuratan Kodefikasi dalam Mengoptimalkan Pengelolaan Data

Pengkodean harus sesuai ICD-10 guna mendapatkan kode yang akurat karena hasilnya digunakan untuk mengindeks pencatatan penyakit, pelaporan nasional dan internasional, morbiditas dan mortalitas, analisis pembiayaan pelayanan kesehatan, serta untuk penelitian epidemiologi klinis (Y. Utami, 2015). Diagnosis pasien apabila tidak terkode dengan akurat maka informasi yang dihasilkan akan mempunyai tingkat validasi data yang rendah. Hal ini tentu akan mempengaruhi data dan informasi laporan, ketepatan tarif INA CBG’s yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan pasien jamkesmas, jamkesda, jampersal, askes PNS yang diselanggarakan oleh BPJS di Indonesia.

Apabila kodefikasi yang dihasilkan tidak akurat maka pembayaran klaim juga akan berbeda.

2.1.5 International Statistical Classification of Disease And Related Health Problem (ICD-10)

A. Definisi

ICD (*International Classification of Diseases*) adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional. ICD adalah alat diagnosis standar untuk epidemiologi manajemen kesehatan dan tujuan klinis. Termasuk analisis kondisi kesehatan sekelompok populasi secara umum. ICD digunakan untuk memonitor kejadian atau insiden dan penyakit-penyakit pada umumnya serta masalah kesehatan lainnya, dengan menyediakan gambaran dari kondisi kesehatan populasi pada umumnya di negara-negara yang ada di dunia.

ICD dikelola oleh Organisasi Kesehatan Dunia WHO (*World Health Organization*), yang bertugas mengarahkan dan mengkoordinasikan kewenangan untuk kesehatan dalam sistem organisasi Persatuan Bangsa-bangsa (PBB). ICD dirancang sebagai sistem klasifikasi perawatan kesehatan, menyediakan sistem kode diagnosis untuk mengklasifikasikan penyakit, termasuk klasifikasi berbagai tanda, gejala, temuan abnormal, keluhan, situasi sosial dan penyebab eksternal cedera atau penyakit.

ICD diterbitkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia WHO (*World Health Organization*) dan digunakan di seluruh dunia untuk statistik morbiditas dan mortalitas, sistem pembayaran klaim asuransi serta mendukung pengambilan keputusan dalam perawatan kesehatan. Sistem ini dirancang untuk mempromosikan sistem internasional dalam pengumpulan, pengolahan, klasifikasi dan penyajian

statistik morbiditas dan mortalitas. ICD adalah inti berbasis sistem klasifikasi diagnostik statistik untuk masalah-masalah yang berhubungan dengan perawatan kesehatan (Hatta, 2013).

B. Fungsi ICD

Fungsi ICD sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan digunakan untuk kepentingan informasi statistik morbiditas dan mortalitas (Hatta, 2013). Penerapan sistem pengkodean 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) Pelaporan morbiditas dan mortalitas nasional maupun internasional.
5) Tabulasi data pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai dengan kebutuhan zaman.
6) Analisis pembiayaan pelayanan kesehatan.
7) Untuk penelitian epidemiologi dan klinis.

C. Struktur ICD

Struktur ICD-10 (*International Statistical Classification Of Diseases And Related Health Problems Tenth Revision*), menurut (Hatta, 2013), yaitu:

1) Volume 1

   ICD-10 volume 1, terdiri dari:

   a) Pengantar dan pernyataan.
   b) Pusat-pusat kolaborasi WHO untuk klasifikasi penyakit.
   c) Laporan konferensi internasional yang menyetujui ICD revisi 10.

d) Daftar kategori 3 karakter.

e) Daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori termasuk subkategori empat karakter.

f) Daftar morfologi neoplasma dan daftar tabulasi khusus morbiditas dan mortalitas.

g) Definisi-definisi dan regulasi-regulasi nomenokular.

2) Volume 2

ICD-10 volume 2 adalah buku petunjuk penggunaan, berisi:

a) Pengantar dan cara penggunaan ICD-10.

b) Penjelasan tentang *International Statistical Classification Of Diseases And Related Health Problems.*

3) Volume 3

ICD-10 volume 3, terdiri atas:

a) Pengantar.

b) Susunan indeks secara umum.

c) Seksi I: Indeks abjad penyakit.

Seksi II: Penyebab luar cedera.

Seksi III: Tabel obat dan zat kimia.

d) Perbaikan terhadap volume 1.

Berikut adalah daftar *chapter/*bab pada ICD-10 untuk kode klasifikasi:

Tabel 2. 1 Daftar Chapter/Bab pada ICD-10

BAB	BLOK	JUDUL
I	A00-B99	Penyakit infeksi dan parasite
II	C00-D48	Neoplasma
III	D50-D89	Penyakit darah dan organ pembentuk darah termasuk gangguan system imun
IV	E00-E90	Endokrin, nutrisi dan gangguan metabolic
V	F00-F99	Gangguan jiwa dan perilaku
VI	G00-G99	Penyakit mengenai system saraf
VII	H00-H59	Penyakit mata dan adneksa
VIII	H60-H95	Penyakit telingan dan mastoid
IX	I00-I99	Penyakit pada sistem sirkulasi
X	J00-J99	Penyakit pada sistem pernapasan
XI	K00-K93	Penyakit pada sistem pencernaan
XII	L00-L99	Penyakit pada kulit dan jaringan subkutan
XIII	M00-M99	Penyakit pada sistem musculoskeletal
XIV	N00-N99	Penyakit pada sistem saluran kemih dan genital
XV	O00-O99	Kehamilan dan kelahiran
XVI	P00-P96	Keadaan yang berasal dari periode perinatal
XVII	Q00-Q99	Malformasi kongenital, deformasi dan kelainan kromosom
XVIII	R00-R99	Gejala, tanda, kelainan klinik dan kelainan laboratorium yang tidak ditemukan pada klasifikasi lain
XIX	S00-T98	Keracunan, cedera dan beberapa penyebab dari luar
XX	V01-Y98	Penyebab morbiditas dan kematian eksternal

XXI	Z00-Z99	Faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan dan hubungannya dengan jasa kesehatan
XXII	U00-U99	Kode kegunaan khusus

2.1.6 Tata Cara Penggunaan ICD 10

A. Tata Cara

Sembilan langkah dasar dalam menentukan kode (Hatta, 2013), adalah sebagai berikut:

a) Tentukan tipe peryataan yang akan dikode dan buka volume 3 *Alphabetical Index* (Kamus ICD). Bila pernyataan adalah istilah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada Bab I-XIX (Volume 1), gunakanlah ia sebagai *leadterm* untuk dimanfaatkan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi I 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).

b) "*Leadterm*" (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 eponim (Menggunakan nama penemu) yang tercantum di dalam indeks sebagai *leadterm*.

c) Baca dengan seksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul di bawah istilah yang akan dipilih pada volume 3.

d) Baca istilah yang terdapat dalam tanda kurung "( )" sesudah *leadterm* (Kata dalam tanda kurung = *modifier*, tidak akan mempengaruhi kode). Istilah lain

yang ada di bawah *leadterm* (Dengan tanda (-) minus = idem = *indent*) dapat mempengaruhi nomor kode, sehingga kata-kata diagnostik harus diperhitungkan).

e) Ikuti secara hati-hati rujukan silang (*Cross references*) dan perintah *see and see also* yang terdapat di dalam indeks.

f) 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.

g) Ikuti pedoman *inclusion* dan *exclusion* pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (*Chapter*), blok, kategori, atau subkategori.

h) Tentukan kode yang dipilih.

i) Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk pemastian kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan.

B. Tanda Baca ICD-10

Makna dan kegunaan konvensi tanda baca ICD-10, antara lain sebagai berikut:

a) Alfabetik

Sudah lazim jika kode ICD-10 alfabetik yang dimaksud adalah huruf alfabet mulai dari A sampai Z, digabung dengan numerik untuk menyatakan suatu kode.

b) Numerik

ICD-10 menggunakan gabungan angka dan alfabet, angka yang dipakai adalah antara 1 sampai dengan 99 untuk 3 karakter dan untuk 4 karakter biasanya menandakan sub kategori tertentu pada 4 karakter yang terletak setelah titik, misalnya: J02.9 (*Acute pharyngitis*).

c) Titik

Titik sebagai pemisah dan sebagai penanda bahwa kode tersebut termasuk 4 karakter.

d) NOS

Coder harus membaca dengan lebih teliti lagi agar tidak salah pilih nomor kode yang diperlukan. NOS singkatan dari *"Not Otherwise Specified"* artinya kurang lebih "*Hanya itu saja*". Misalnya: *infection* NOS, artinya infeksi saja.

e) NEC

Apabila kata NEC tersebut ada pada judul kategori, berarti merupakan peringatan adanya beberapa kekhususan yang tidak sama dengan yang muncul pada bagian yang lain. NEC singkatan dari *"Not elsewhere classified"*, kurang lebih artinya *"Yang tidak diklasifikasikan di tempat lain"*. Mengapa ada istilah NEC? Karena varian tertentu bisa saja kodenya muncul di bagian lain.

f) Tanda kurung / *Parentheses* " ( ) "

- Untuk mengurung kata tambahan (*Supplementary words)* yang mengikuti suatu istilah diagnostik, tanpa mempengaruhi kode ICD. Contoh:

  J38.2 *Nodules of vocal cords*

  Chorditis (fibrinous) (nodosa) (tuberosa)

  Singer's nodes

  Teacher's nodes

- Untuk mengurung kode ICD, suatu istilah yang dikelompokkan tidak termasuk atau diluar kelompok ini (*Exclusion*).

  Contoh:

  J33 Nasal polyp

  Excludes: Adenomatous polyps (D14.0)

- Pada judul blok, digunakan untuk mengurung kode ICD yang berjumlah 3 karakter. Contoh:

  Acute upper respiratory infections (J00–J06).

- Mengurung kode ICD klasifikasi ganda (*Dual classification*) dagger dan asterik.

  Contoh:

  J17.3* Pneumonia *in parasitic diseases*

  Pneumonia *in*:

  - ascariasis (B77.8†)
  - schistosomiasis (B65.-†)
  - toxoplasmosis (B58.3†)

g) Kurung besar / *Square brackets* “ [ ] ”

Digunakan untuk mengurung persamaan kata atau sinonim (*Synonyms*), kata sebutan alternatif (*Alternative words*) dan frasa penjelasan (*Explanatory phrases*).

h) *Brace* {} (Kurung tutup bentuk kurung kurawal)

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.

i) *Colon* " : " (Tanda titik dua)

Tanda baca " : " colon ini, yang 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 standar diagnostik dan terapi yang disepakati).

j) *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. Menunjukan bahwa ada karakter ke 4 yang harus dicari.

k) Kode rangkap : 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).

l) Rujuk silang (*See*, *see also*)

Rujuk silang dijalankan apabila ada perintah di dalam kurung ( ) : *see*, *see also*, yang bermakna istilah yang perlu rujuk silang.

2.1.7 Penelitian-Penelitian Terkait

Dasar atau acuan yang berupa teori-teori atau temuan-temuan melalui hasil berbagai penelitian sebelumnya merupakan hal yang perlu dan dapat dijadikan sebagai data pendukung. Dalam melaksanakan penelitian dibutuhkan informasi-informasi yang relevan terkait dengan permasalahan yang sedang diteliti. Berikut merupakan penelitian terdahulu berupa beberapa jurnal terkait dengan penelitian yang dilakukan penulis.

Berdasarkan penelitian (Puspaningtyas et al., 2022) yang berjudul Analisis Hubungan Ketepatan Penulisan Diagnosis denganKeakuratan Kode Diagnosis pada Kasus Obstetri dan Ginekologi di Rumah Sakit Tk. IV DKT Kediri. Dalam penelitian ini metode yang digunakan adalah penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional.* Variabel bebas (independent) dalam penelitian ini yaitu ketepatan penulisan diagnosis kasus obstetri dan ginekologi dengan variabel terikat (dependent) yaitu keakuratan kode diagnosis kasus obstetri dan ginekologi.

Populasi dalam penelitian ini adalah DRM kasus obstetric dan ginekologi Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Tk. IV DKT Kediri periode Triwulan I Januari – Maret 2021 berjumlah 687 DRM. Berdasarkan rumus Slovin, sampel yang digunakan adalah 100 Dokumen Rekam Medis (DRM) pasien rawat inap. Teknik sampling yang digunakan adalah simple random sampling. Observasi pada penelitian ini dilakukan secara langsung dengan pencatatan dan pengamatan pada DRM Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Tk. IV DKT Kediri. Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini adalah daftar tilik (checklist) yang Digunakan untuk menandai ketepatan penulisan diagnosis dan keakuratan kode diagnosis penyakit pasien. Data ketepatan penulisan diagnosis dan keakuratan kode diagnosis dianalisis univariat, sedangkan hubungan antara ketepatan penulisan diagnosis dan keakuratan kode diagnosis dianalisis menggunakan SPSS dengan uji *Chi-Square.* Hasil penelitian dari sampel yang berjumlah 100 dokumen rekam medis (100%) menunjukkan bahwa presentase ketepatan penulisan diagnosis adalah sebesar 56% (56 DRM), presentase keakuratan kode diagnosis sebesar 43% (43 DRM), dan terdapat hubungan antara ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis kasus obstetri dan ginekologi di Rumah Sakit Tk. IV DKT Kediri ($p < 0,025$).

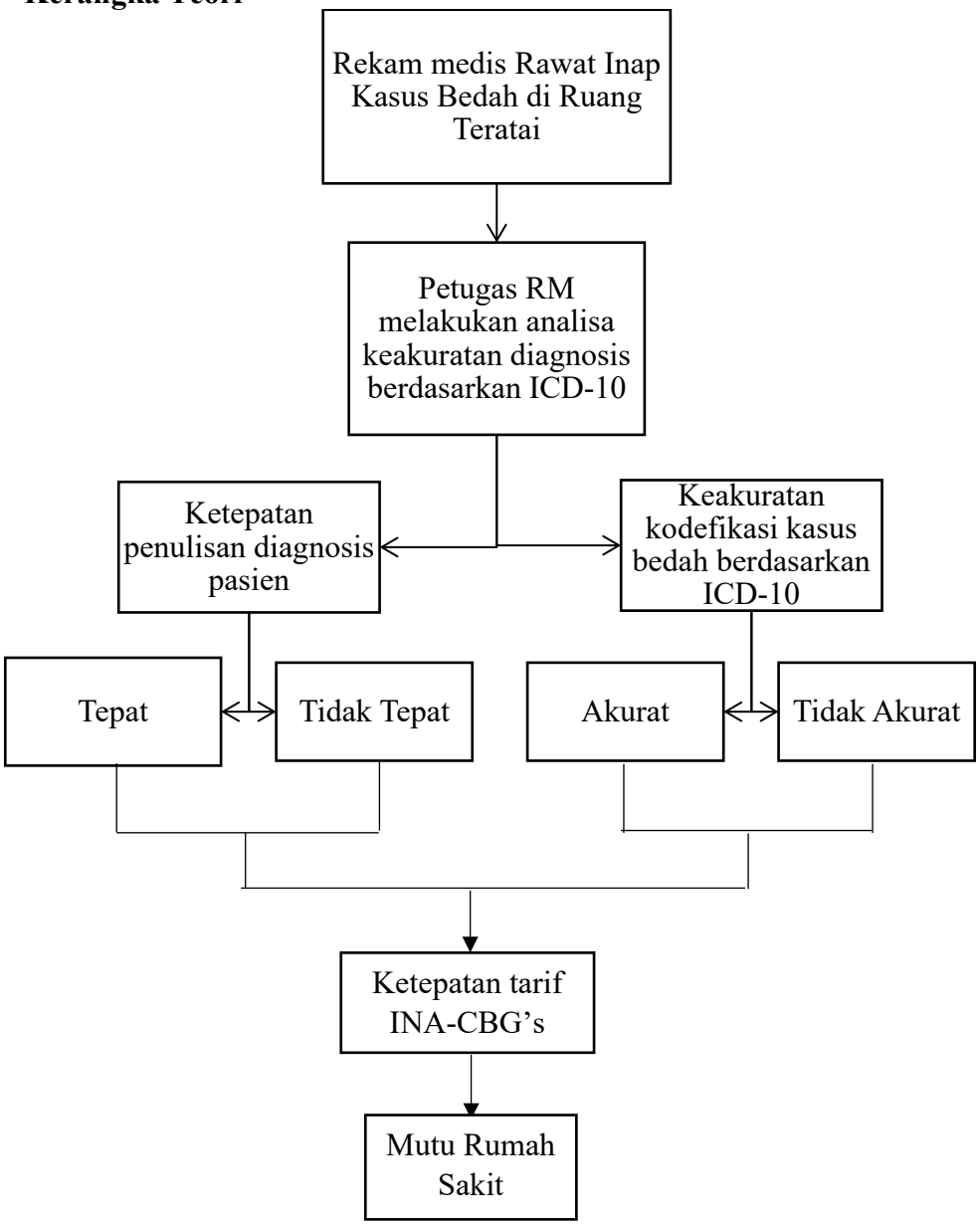
Berdasarkan penelitian (Windyaningrum, 2020) yang berjudul Hubungan Ketepatan Penulisan Informasi Diagnosis dengan Keakuratan Kode Diagnosis Kasus Obstetry Di Rumah Sakit Umi Barokah Boyolali. Jenis penelitian ini adalah analitik dengan rancangan cross sectional untuk mencari hubungan antara ketepatan penulisan informasi medis dengan keakuratan kode pada dokumen rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Umi Barokah Boyolali. Populasi sebesar 77 dokumen rekam medis rawat inap kasus obstetry dan sebesar 46 diantaranya sebagai sampel.

Instrumen penelitian; check list, pedoman wawancara, pedoman observasi. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi dan wawancara. Teknik analisis data dengan menggunakan uji Chi Square. Hasil penelitian menunjukkan penulisan diagnosis; tepat sebesar 59,74 % dan tidak tepat; 40,26 %. Kode akurat sebesar 10,25 % dan kode tidak akurat; 89,75 %. Hasil uji chi square; $p<0.05$ dan disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara penulisan informasi diagnosis dengan keakuratan kode kasus obstetry pada dokumen rekam medis rawat inap.

Berdasarkan penelitian (Yunawati, 2022) yang berjudul Hubungan Kelengkapan Penulisan Diagnosis terhadap Keakuratan Kode ICD-10 Kasus Obstetri Triwulan III Pasien Rawat Inap di RSU Premagana. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif, yaitu dengan cara memberikan gambaran dan menjelaskan hasil yang didapatkan secara lengkap mengenai ketepatan kode diagnosis kasus obstetri pasien rawat inap di RSU Premagana dengan melakukan penilaian terhadap ketepatan pemberian kode. Populasi yang digunakan adalah rekam medis kasus obstetri triwulan III tahun 2020 sebesar 778 rekam medis. Penentuan sampel menggunakan rumus slovin. Sampel pada penelitian ini berjumlah 89 rekam medis rawat inap. Cara pengambilan sampel dilakukan secara random/acak. Populasi kasus obstetri triwulan III tahun 2020 sebesar 778 rekam medis. Penentuan sampel menggunakan rumus slovin. Sampel pada penelitian ini berjumlah 89 rekam medis rawat inap. Cara pengambilan sampel dilakukan secara random/acak. Instrumen penelitian yang digunakan untuk membantu dalam proses pengumpulan data adalah lembar observasi digunakan untuk mencatat data hasil penelitian dan tabel ketepatan kode diagnosis kasus obstetri untuk mengidentifikasi ketepatan kode diagnosis kasus obstetri. berkas rekam medis kasus obstetri pasien

rawat inap selama periode triwulan III (Juli-September) tahun 2020. Hasil penelitian diperoleh 45.6% berkas rekam medis tidak lengkap penulisan diagnosisnya, dan 78.9% berkas kode ICD-10 kasus obstetri triwulan III pasien rawat inap di RSU Premagana tidak akurat adalah nilai $p<0.05$ Ada hubungan antara kelengkapan penulisan diagnosis kasus obstetri triwulan III pasien rawat inap di RSU Premagana dengan keakuratan kode diagnosis, serta diperoleh nilai OR 1.6 rekam medis yang pendokumentasiannya lengkap menunjang ketepatan pengkodean 1.6 kali lebih besar dari pada rekam medis yang pendokumentasiannya tidak lengkap

2.2 Kerangka Teori

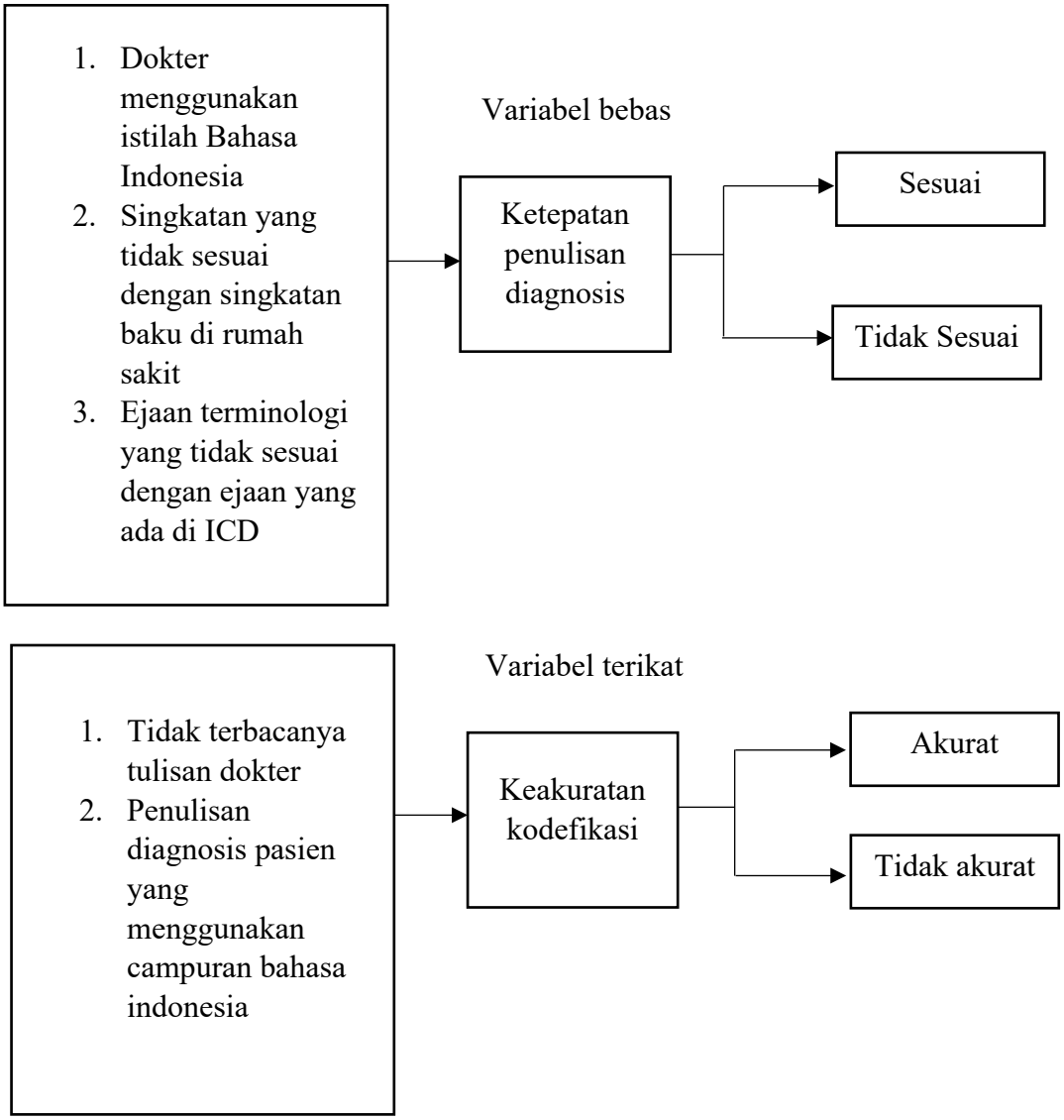


Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Pada kerangka teori diatas dijelaskan bahwa rekam medis rawat inap dilakukan analisa oleh petugas rekam medis untuk mengetahui apakah penulisan diagnosis pasien sudah tepat dan untuk mengetahui apakah pemberian kodefikasi kasus bedah sudah akurat sesuai dengan kode ICD 10. Pada saat dilakukan analisa terdapat beberapa dokumen yang penulisan diagnosisnya sudah tepat atau tidak tepat dan keakuratan kodefikasi sudah akurat atau tidak akurat sesuai dengan

pedoman ICD 10. Setelah itu keakuratan kodefikasi akan mempengaruhi ketepatan klaim tarif INA-CBG's yang akan berpengaruh terhadap mutu rumah sakit.

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

2.4 Hipotesis

H0: Tidak ada hubungan ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kodefikasi kasus bedah rawat inap di ruang teratai RSUD Sidoarjo.

H1: Ada hubungan ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kodefikasi kasus bedah rawat inap di ruang teratai RSUD Sidoarjo.