

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

Berdasarkan Permenkes Nomor 3 Tahun 2020, rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dibagi menjadi dua jenis, yaitu rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum merupakan rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Sedangkan rumah sakit khusus merupakan rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya (Menkes RI, 2020). Masing-masing rumah sakit tersebut diklasifikasikan menjadi beberapa kelas berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit. Rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi empat kelas yaitu rumah sakit umum kelas A, kelas B, kelas C, dan kelas D. Sedangkan rumah sakit khusus diklasifikasikan menjadi tiga kelas yang terdiri atas rumah sakit kelas A, kelas B, dan kelas C.

Menurut (Presiden RI, 2009), rumah sakit bertugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk memberikan pelayanan kesehatan secara paripurna, rumah sakit memiliki kewajiban yang harus dipenuhi dalam pelaksanaannya. Sebagaimana dalam (Menkes RI, 2018), setiap rumah sakit mempunyai kewajiban sebagai berikut:

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;

- b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, 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; dan
- t. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

2.1.2 Rekam Medis

2.1.2.1 Pengertian Rekam Medis

Menurut Permenkes Nomor 24 Tahun 2022, rekam medis merupakan dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Menkes RI, 2022). Sedangkan menurut (Depkes RI, 2006), rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosis serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

Rekam medis bertujuan untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit (Depkes RI, 2006). Pelayanan rekam medis peranannya sangat penting karena merupakan bukti tertulis dari pelayanan kesehatan yang diterima pasien (Marbun dkk., 2022).

2.1.2.2 Aspek-Aapek Kegunaan Rekam Medis

Berdasarkan (Depkes RI, 2006) kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain :

- a. Aspek Administrasi

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

b. Aspek Medis

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

c. Aspek Hukum

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

d. Aspek Keuangan

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

e. Aspek Penelitian

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

f. Aspek Pendidikan

Berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran di bidang profesi Pendidikan Kesehatan.

g. Aspek Dokumentasi

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

2.1.3 Pasien

Berdasarkan Permenkes Nomor 4 Tahun 2018, pasien merupakan setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di rumah sakit. Sebagai orang yang memperoleh pelayanan kesehatan di rumah sakit, setiap pasien mempunyai hak dan kewajiban yang akan diperoleh dan dipatuhi selama menerima pengobatan di rumah sakit. Adapun hak pasien menurut (Menkes RI, 2018), adalah sebagai berikut:

- a. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban Pasien;
- c. memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
- d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
- e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga Pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
- f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
- g. memilih dokter, dokter gigi, dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit;
- i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data medisnya;

- j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh Tenaga Kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu Pasien lainnya;
- n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
- o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
- p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
- q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
- r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam menerima pelayanan dari Rumah Sakit, Pasien mempunyai kewajiban sebagai berikut (Menkes RI, 2018):

- a. mematuhi peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- b. menggunakan fasilitas Rumah Sakit secara bertanggung jawab;
- c. menghormati hak Pasien lain, pengunjung dan hak Tenaga Kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di Rumah Sakit ;
- d. memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai dengan kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya;

- e. memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya;
- f. mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit dan disetujui oleh Pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- g. menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan dan/atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan untuk penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya; dan
- h. memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

2.1.4 Rawat Inap

Berdasarkan Permenkes Nomor 3 Tahun 2020, setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan kegawatdaruratan (Menkes RI, 2020b). Rawat inap merupakan bentuk pelayanan perawatan di rumah sakit yang membutuhkan tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik, serta penunjang medik lain dalam durasi lama rawat minimal 1 hari. Unit Rawat inap adalah bagian dari rumah sakit yang memberikan pelayanan berupa tindakan perawatan dan pengobatan kepada pasien, serta melakukan pencatatan/perekaman kondisi pasien dan bertanggung jawab atas segala kegiatannya di Unit Rawat Inap (Kartikasari, 2019). Selama pasien menerima pelayanan rawat inap di rumah sakit, terdapat rekam medis yang berisi proses pengobatan dan perawatan medis yang telah diterima pasien dari masuk hingga keluar rumah sakit. Dalam (Depkes RI, 2006), formulir rekam medis rawat inap terdiri dari :

- a. Identitas pasien
- b. Resume medis
- c. Riwayat penyakit dan pemeriksaan jasmani
- d. Laporan kematian (jika pasien meninggal)

- e. Surat keterangan lahir (surat identitas bayi jika bayi lahir di rumah sakit)
- f. Pengantar masuk rawat inap (surat rujukan)
- g. Surat persetujuan rawat inap
- h. Surat perpindahan pasien dari ruang perawatan (jika pasien pindah ruang perawatan)
- i. *Informed consent* (jika ada tindakan medis)
- j. Catatan dan instruksi dokter
- k. Rekam asuhan keperawatan
- l. Catatan klinis
- m. Formulir obstetri dan ginekologi (kasus obgyn)
- n. Laporan operasi
- o. Lembar hasil pemeriksaan penunjang
- p. Lembar resep
- q. Ringkasan masuk dan keluar
- r. Catatan perkembangan pasien terintegrasi

2.1.5 Diagnosis

Diagnosis merupakan penentuan kondisi penyakit yang dialami seseorang sebagai dasar pengambilan keputusan medis untuk pengobatan yang dilihat berdasarkan gejala-gejala yang dialami pasien. Menurut (Hatta, 2014), diagnosis utama adalah suatu diagnosis/kondisi kesehatan yang menyebabkan pasien memperoleh perawatan atau pemeriksaan yang ditegakkan pada akhir episode pelayanan dan bertanggung jawab atas kebutuhan sumber daya pengobatannya. Sedangkan diagnosis sekunder merupakan diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode pelayanan. Diagnosis sekunder merupakan komorbiditas dan/atau komplikasi. Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi yang sudah ada sebelum pasien masuk rawat dan membutuhkan pelayanan kesehatan setelah masuk maupun selama rawat. Komplikasi adalah penyakit yang timbul dalam masa perawatan dan memerlukan pelayanan

tambahan sewaktu episode pelayanan, baik yang disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul akibat dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Menurut (Depkes RI, 2006), penetapan diagnosis pada pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter yang tidak boleh diubah. Diagnosis yang ada didalam rekam medis diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada buku ICD-10.

2.1.6 ICD-10

ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revisions*) merupakan sistem kategori tempat jenis penyakit dikelompokkan sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan (World Health Organization, 2005). ICD bertujuan untuk memudahkan pencatatan data mortalitas dan morbiditas, serta analisis, interpretasi dan perbandingan sistematis data tersebut antara berbagai wilayah dan jangka waktu. ICD dipakai untuk mengubah diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lain menjadi kode alfa-numerik, sehingga penyimpanan, pengambilan dan analisis data dapat dilakukan dengan mudah.

ICD-10 terdiri dari 3 volume. Dengan rincian isi dari setiap volume menurut (Hatta, 2014) sebagai berikut:

1. Volume 1 berisi pengantar, pernyataan, pusat-pusat kolaborasi WHO untuk klasifikasi penyakit, laporan konferensi internasional yang menyetujui revisi ICD-10, daftar kategori 3 karakter, daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori termasuk sub kategori empat karakter, daftar morfologi neoplasma, daftar tabulasi khusus morbiditas dan mortalitas, definisi-definisi, regulasi-regulasi nomenklatur, daftar tabulasi mortalitas, daftar tabulasi morbiditas.
2. Volume 2 berisi pengantar, penjelasan tentang *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem*, cara penggunaan ICD-10, aturan dan petunjuk pemberian kode mortalitas dan morbiditas, persentasi statistik, riwayat perkembangan ICD

3. Volume 3 berisi pengantar, susunan indeks secara umum, *section I* berisi indeks abjad penyakit, bentuk cedera; *section II* berisi penyebab luar cedera; dan *section III* berisi tabel obat dan zat kimia; serta perbaikan terhadap volume I.

A. Simbol dan Tanda Baca ICD-10

Menurut (World Health Organization, 2005), simbol dan tanda baca terdiri dalam ICD-10 terdiri dari :

- a. *Inclusion terms*

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

- b. *Exclusion terms*

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

- c. *Glosarry Descriptions*

Bab V yang berisi kelainan mental dan tingkah laku menggunakan takarir untuk menjelaskan isi rubrik. Takarir ini digunakan karena terminologi penyakit jiwa sangat bervariasi, terutama antara berbagai negara, dan nama yang sama bisa saja telah dipakai untuk menjelaskan kondisi yang agak berbeda. Takarir ini tidak dimaksudkan untuk digunakan oleh staf pengkode. Definisi yang

sama juga terdapat pada bagian lain ICD, misalnya pada bab XXI, untuk menjelaskan isi rubrik yang dimaksudkan.

d. *Dagger* (†) dan *Asterisk* (*)

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

e. *Other Optional Dual Coding*

Terdapat situasi selain di dalam sistem *dagger* dan *asterisk* yang memungkinkan dua kode ICD dipakai untuk menguraikan kondisi seseorang dengan jelas. Catatan pada daftar tabulasi, “*Use additional code, if desired ...*” menunjukkan situasi ini.

f. *Conventions*

1. *Parantheses* ()

Parenthesis digunakan pada volume 1 dalam empat situasi penting:

- a. Tanda kurung digunakan untuk mengurung kata-kata tambahan, yang bisa mengikuti term diagnostik tanpa mempengaruhi nomor kode untuk kata di luar tanda kurung tersebut. Contoh: *Hypertension (arterial) (benign) (essential) (malignant) (primary) (systemic)*
- b. Tanda kurung juga digunakan untuk mengurung kode yang tempat rujukan term eksklusif.

Contoh: S42.4 *Fracture of lower end of humerus*

Excludes: fracture of elbow NOS (S52.0)

- c. Penggunaan lain tanda kurung adalah pada judul blok, untuk kode 3-karakter dari kategori yang termasuk pada blok tersebut.
- d. Penggunaan terakhir tanda kurung adalah pada ICD-9 CM dan berhubungan dengan sistem *dagger* dan *asterisk*. Tanda kurung digunakan untuk mengurung kode *dagger* di dalam kategori *asterisk* atau kode *asterisk* yang mengikuti *term dagger*.

2. *Square Brackets []*

Tanda ini digunakan untuk:

- a. Mengurung sinonim, kata-kata alternatif atau frase penjelasan, misalnya A30 *Leprosy [Hansen's disease]*;
- b. Merujuk pada catatan sebelumnya; misalnya C00.8 *Overlapping lesion of the lip [See note 5 on p.182]*;
- c. Rujukan ke subdivisi empat-karakter yang telah disebutkan sebelumnya yang berlaku untuk sekelompok kategori; misalnya V01 *Pedestrian injured in collision with pedal cycle [See before V01 for subdivisions]*

3. *Colon “:”*

Titik dua ini digunakan dalam urutan term inklusi dan eksklusi di saat kata-kata yang mendahuluinya bukan merupakan *term* lengkap untuk rubrik tersebut. Mereka memerlukan satu atau lebih kata tambahan yang diurutkan di bawahnya supaya mereka bisa berperan di dalam rubrik tersebut. Misalnya, pada K36, “*Other appendicitis*”, diagnosis “*appendicitis*” diklasifikasikan disana hanya kalau ia dilengkapi oleh kata “*chronic*” atau “*recurrent*”.

4. *Brace/kurawal { }*

Brace dipakai pada daftar inklusi dan eksklusi untuk menunjukkan bahwa kata-kata yang mendahului atau

mengikutinya bukan *term* yang lengkap. Setiap *term* sebelum kurawal harus dilengkapi oleh *term* yang mengikutinya.

5. NOS

Kata NOS merupakan singkatan dari “*Not Otherwise Specified*”, yang memberikan kesan arti “tidak dijelaskan” atau “tidak memenuhi syarat”.

6. NEC

Kata-kata ini singkatan dari “*Not Elsewhere Classified*” yang berarti “tidak diklasifikasikan di tempat lain”, kalau digunakan pada judul dengan tiga-karakter, berfungsi sebagai peringatan bahwa varian tertentu dari kondisi yang ada di dalam daftar bisa muncul di bagian lain dari klasifikasi.

7. “*And*” pada judul

“Dan” bisa berarti “dan/atau”. Misalnya pada rubrik A18.0, “*Tuberculosis tulang dan sendi*”, diklasifikasikan “TB tulang”, “TB sendi”, dan “TB tulang dan sendi”.

8. *Point dash* . –

Pada beberapa kasus, karakter ke-4 pada subkategori digantikan oleh “dash” atau strip datar, misalnya:

G03 Meningitis due to other and unspecified causes

Excludes: meningoencephalitis (G04.-)

B. Aturan Reseleksi Kondisi Utama (Rule MB)

Apabila koder tidak berhasil melakukan klarifikasi kepada dokter penanggung jawab pasien (DPJP) terkait kondisi utama pasien, maka koder menggunakan Rule MB 1 sampai MB 5 sesuai dengan pedoman ICD-10 volume 2 untuk memilih kembali (“re-seleksi”) diagnosis utama. Aturan reSeleksi kondisi utama berdasarkan (World Health Organization, 2005) adalah sebagai berikut:

1. Rule MB1 (Kondisi minor tercatat sebagai ‘kondisi utama’, sedangkan kondisi yang lebih berarti dicatat sebagai ‘kondisi lain’)

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

a. Contoh 1 :

Kondisi utama : Sinusitis akut.

Kondisi lain : Karsinoma endoserviks, Hipertensi, Pasien di rumah sakit selama tiga minggu

Prosedur : Histerektomi total

Spesialisasi : Ginekologi

Dikode Karsinoma endoserviks (C53.0) sebagai diagnosis utama.

b. Contoh 2 :

Kondisi utama : Epilepsy

Kondisi lain : Otomikosis

Spesialisasi : Telinga, hidung dan tenggorok

Kondisi Otomikosis (B36.9† dan H62.2 *) dipilih sebagai diagnosis utama

2. Rule MB2 (Beberapa kondisi dicatat sebagai kondisi utama)

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

a. Contoh 1:

Kondisi utama : Katarak, Meningitis stafilokokus,
Penyakit jantung iskemik.

Kondisi lain : -

Spesialisasi : Neurologi

Pasien di rumah sakit selama lima minggu

Pilih kondisi Meningitis stafilokokus (G00.3) sebagai diagnosis utama

b. Contoh 2:

Kondisi utama : Stenosis mitral, Bronkitis akut, Arthritisrheumatoid

Kondisi lain : -

Spesialisasi : Kedokteran umum - tak ada informasi tentang pengobatan

Pilih kondisi Stenosis mitral (I05.0) karena yang pertama disebutkan.

3. Rule MB3 (Kondisi yang dicatat sebagai ‘kondisi utama’ ternyata merupakan gejala dari kondisi yang telah didiagnosis dan diobati)

Kalau suatu gejala atau tanda (biasanya bisa diklasifikasikan pada Bab XVIII), atau suatu masalah yang bisa diklasifikasikan pada Bab XXI, dicatat sebagai ‘KU’, dan ini jelas merupakan tanda, gejala atau masalah dari kondisi yang telah didiagnosis di tempat lain dan telah dirawat, pilihlah kondisi yang didiagnosis tersebut sebagai ‘KU’.

a. Contoh 1:

Kondisi utama : Koma

Kondisi lain : Penyakit jantung iskemik, Otosklerosis, Diabetes mellitus, insulin dependent

Spesialisasi : Endokrinologi

Perawatan : Penentuan dosis insulin yang tepat

Kode Diabetes mellitus, insulin dependent (E10.0) sebagai diagnosis utama karena koma disebabkan oleh diabetes mellitus, dan dilibatkan karena memodifikasi pengkodean.

b. Contoh 2:

Kondisi utama : Nyeri perut

Kondisi lain : Appendisitis akut

Prosedur : Appendektomi

Pilih Kode Appendisitis akut (K35.9) sebagai diagnosis utama

4. Rule MB4 (Kespesifikan)

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

a. Contoh 1:

Kondisi utama : Penyakit jantung kongenital

Kondisi lain : Defek septum ventrikel

Pilih Ventricular septal defect (Q21.0) sebagai diagnosis utama

b. Contoh 2:

Kondisi utama : Enteritis

Kondisi lain : Penyakit Crohn ileum

Dikode Crohn's disease of ileum (K50.0) sebagai diagnosis utama

5. Rule MB5 (Diagnosis alternatif)

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

a. Contoh :

Kondisi utama : Kolesistitis akut atau pankreatitis akut

Kondisi lain : -

Pilih kondisi Kolesistitis akut (K81.0) sebagai diagnosis utama

b. Contoh 2:

Kondisi utama : Gastroenteritis akibat infeksi atau keracunan makanan

Kondisi lain : -

Pilih kode Infectious gastroenteritis (A09) sebagai diagnosis utama

2.1.7 Kodifikasi Diagnosis

2.1.7.1 Pengertian Kodifikasi Diagnosis

Menurut (Depkes RI, 2006), kodifikasi atau pemberian kode merupakan pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Kodifikasi diagnosis merupakan kegiatan pemberian kode pada diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lainnya berupa huruf, angka, atau kombinasi huruf dalam angka. Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (*World Health Organization*) bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala dan faktor yang memengaruhi kesehatan (Depkes RI, 2006).

Kegiatan, tindakan, serta diagnosis yang ada di dalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya di indeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen, dan riset bidang kesehatan (Depkes RI, 2006). Kegiatan klasifikasi dan kodifikasi penyakit dan masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis mengacu pada ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revisions*).

2.1.7.2 Keakuratan Kodifikasi Diagnosis

Menurut (Depkes RI, 2006), kecepatan dan ketepatan pemberian kode dari suatu diagnosis sangat tergantung pada pelaksana yang menangani berkas rekam medis, yaitu tenaga medis dalam menetapkan diagnosis, tenaga rekam medis sebagai pemberi kode, dan tenaga kesehatan lainnya. Menurut (Marbun dkk., 2022), faktor yang mempengaruhi kecepatan dan keakuratan kode diagnostik dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor berikut: penulisan dokter yang tidak

dapat dipahami, diagnosis non-spesifik, keterampilan pemilihan kode pembuat kode.

Menurut (Hatta, 2014), keakuratan kode diagnosis berguna untuk mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan, masukan bagi sistem pelaporan diagnosis medis, memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia layanan, bahan dasar dalam pengelompokan DRGs (*diagnosis related groups*) yang kemudian mengalami perubahan menjadi INA-CBG's (Indonesia Case Based Groups) untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan, pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas, tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis, menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman, analisis pembiayaan pelayanan kesehatan, dan untuk penelitian epidemiologi dan klinik. Apabila pengodean diagnosis tidak dilakukan secara tepat maka akan mempengaruhi manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, statistik rumah sakit, dan bahkan mempengaruhi mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit (Manalu dkk., 2022). Faktor-faktor yang dapat memengaruhi ketidakakuratan kode diagnosis pada dokumen rekam medis pasien rawat inap sebagai berikut:

1. Ketepatan Penulisan Diagnosis

Dokter sebagai tenaga medis yang bertanggung jawab dalam menegakkan diagnosis pasien sangat berpengaruh terhadap keakuratan kode diagnosis. Menurut (Utami dkk., 2022) , tulisan dokter yang susah dibaca dan kurang spesifik menjadi kendala dalam menentukan kode yang akurat oleh seorang koder. Selain itu, adanya singkatan nama penyakit pada diagnosis menyulitkan koder dalam menentukan kode diagnosis yang akurat. Penulisan diagnosis yang tepat dapat membantu

koder dalam memilih istilah utama dan pengkodean penyakit sesuai ICD-10 sehingga dapat mencegah kesalahan pemberian kode diagnosis pada dokumen rekam medis.

2. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Menurut (Manalu dkk., 2022), SOP memiliki manfaat untuk memberikan arahan mengenai pekerjaan yang akan dilakukan oleh petugas dan mengurangi tingkat kesalahan dan kelalaian yang mungkin dilakukan oleh petugas dalam melakukan tugasnya. Dengan adanya SOP kodifikasi diagnosis diharapkan mampu mencegah kesalahan pemberian kode diagnosis oleh koder. Namun apabila pemberian kode pada penyakit tertentu yang membutuhkan aturan pengkodean tambahan sesuai ICD-10 tidak ada SOP khususnya, maka akan berdampak pula pada keakuratan kode diagnosis pada penyakit tertentu.

3. Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM)

Petugas rekam medis bertanggung jawab dalam menentukan suatu kode diagnosis. Kualitas petugas rekam medis selaku petugas yang melakukan kodifikasi diagnosis harus memiliki Keterampilan Klasifikasi Klinis, Kodifikasi Penyakit dan Masalah Kesehatan Lainnya, serta Prosedur Klinis. Menurut (Garmelia dkk., 2022), kurangnya pelatihan yang diikuti oleh petugas koding dapat menyebabkan ketidaklengkapan dan ketidaktepatan kode diagnosis karena kurang pemahamannya petugas terkait kaidah atau aturan dalam melakukan kodifikasi diagnosis penyakit tertentu.

2.1.7.3 Langkah-Langkah Kodifikasi Diagnosis Berdasarkan ICD-10

Menurut (Hatta, 2014) telah menjabarkan sembilan langkah pengodean yang sesuai dengan ICD-10 yaitu :

1. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode dan buka volume 3. Bila pernyataan adalah istilah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada BAB I-XIX dan XXI (Vol 1), gunakanlah sebagai “leadterm” untuk digunakan sebagai panduanh menelusuri istilah yang dicari pada *section I* indeks (volume 3). Bila pernyataan adalah penyebab luar dari cedera (bukan nama penyakit) yang ada di BAB XX (vol 1), lihat dan cari kodenya pada seksi II di Index (vol 3).
2. Menentukan “lead term”. “Lead Term” untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologisnya. Sebaiknya jangan menggunakan istilah kata benda anatomi, kata sifat atau kata keterangann sebagai kata panduan. Walaupun demikian, beberapa kondisi ada yang diekspresikan sebagai kata sifat atau eponim (menggunakan nama penemu) yang tercantum di dalam indeks sebagai “lead term”
3. Baca dengan seksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul di bawah istilah yang akan dipilih pada volume 3. Menelaah dengan seksama/cermat dan mengikuti seluruh petunjuk/catatan yang ada di bawah istilah yang akan dipilih pada ICD-10 volume 3;
4. Membaca istilah yang terdapat dalam tanda kurung “()” sesudah lead term karena dapat memengaruhi penentuan nomor kode sehingga semua istilah diagnostik harus dicek;
5. Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (*cross references*) dan/atau perintah “see”/“see also” yang terdapat dalam indeks alfabetis.

6. Lihat daftar tabulasi (volume 1) untuk mencari kode yang paling tepat dan perintah untuk kode tambahan aturan pengodean morbiditas dan mortalitas pada ICD-10 volume 2;
7. Mengikuti petunjuk *inclusion* dan/atau *exclusion* pada kode yang dipilih atau bagian bawah bab (*chapter*), blok, kategori, atau subkategori.
8. Menentukan kode yang dipilih
9. Melakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk pemastian kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis pasien.

2.1.8 Unsur Manajemen

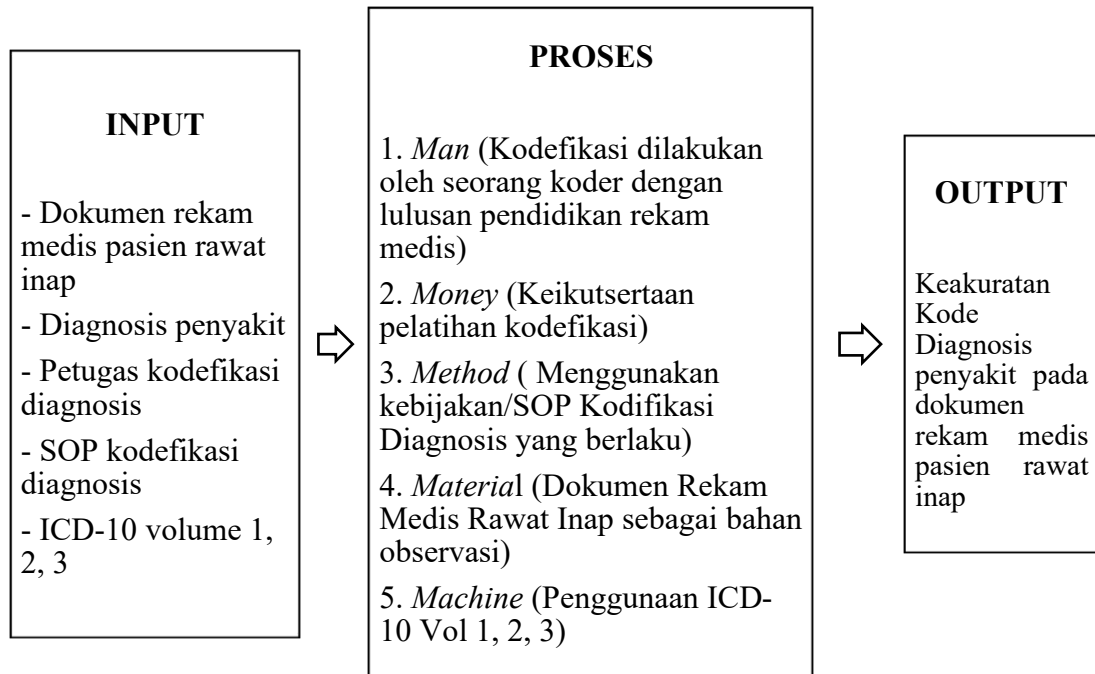
Menurut (Gesi dkk., 2019), manajemen adalah sebuah proses untuk mengatur sesuatu yang dilakukan oleh sekelompok orang atau organisasi untuk mencapai tujuan organisasi tersebut dengan cara bekerja sama memanfaatkan sumber daya yang dimiliki. Manajemen dapat juga didefinisikan sebagai upaya perencanaan, pengkoordinasian, pengorganisasian, dan pengontrolan sumber daya untuk mencapai sasaran secara efisien dan efektif. Dalam menjalankan fungsi manajemen, sebuah organisasi membutuhkan sumber daya berupa unsur manajemen. Dalam pelaksanaan kodifikasi penyakit, terdapat 5 unsur manajemen yang berpengaruh terhadap keakuratan dan ketidakakuratan kode diagnosis, yakni unsur *man*, *money*, *methods*, *material*, dan *machines*. Kelima unsur tersebut berperan penting dalam pemberian kode diagnosis dengan masing-masing unsur mampu memengaruhi keakuratan suatu kode diagnosis. Apabila terdapat unsur yang belum terpenuhi, maka pemberian suatu kode diagnosis dapat menjadi tidak akurat. Berikut unsur manajemen menurut (Erma Widiana, 2020), yaitu:

1. *Man* (Manusia) yaitu sumber daya manusia yang membuat perencanaan dan melakukan proses untuk mencapai tujuan. Dalam hal proses kodifikasi penyakit, unsur ini berupa pihak-pihak yang

berkontribusi dalam proses kodifikasi diagnosis seperti petugas rekam medis yang melakukan kodifikasi penyakit. Hal tersebut dapat dilihat pada latar belakang pendidikan petugas koding, lama kerja, serta keikutsertaan mengikuti pelatihan kodifikasi penyakit.

2. *Money* (Uang), yaitu uang atau modal yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Unsur ini mencakup anggaran yang dibutuhkan untuk menunjang kegiatan kodifikasi seperti mengadakan pelatihan kodifikasi atau mengikutsertakan petugas koding dalam pelatihan kodifikasi.
3. *Methods* (Metode/Cara), yaitu suatu metode atau standar prosedur operasional yang digunakan dalam menjalankan aktivitas. Dalam proses kodifikasi, unsur ini berupa SOP (*Standard Operating Procedures*) kodifikasi sesuai pedoman yang ada yakni ICD. Pengadaan SOP ini bertujuan sebagai panduan pelaksanaan kodifikasi agar menghasilkan kode diagnosis yang akurat dan sesuai aturan yang berlaku.
4. *Materials* (Bahan), yaitu ketersediaan bahan baku. Agar menghasilkan kode diagnosis yang akurat, bahan yang dibutuhkan harus tepat. Dalam hal ini, dokumen rekam medis pasien menjadi bahan utama untuk menentukan sebuah kode diagnosis, dimana ketepatan penulisan diagnosis pada dokumen rekam medis sangat berpengaruh terhadap keakuratan suatu kode diagnosis.
5. *Machines* (Mesin/Alat), yaitu peralatan kerja. Pelaksanaan kodifikasi penyakit membutuhkan suatu alat untuk menghasilkan suatu kode. Dalam hal ini, ICD-10 berperan sebagai panduan dan acuan dalam pelaksanaan kodifikasi penyakit. ICD-10 yang digunakan meliputi ICD-10 volume 1, 2, dan 3.

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka konsep di atas, menjelaskan bahwa *input* dalam kegiatan kodefikasi diagnosis penyakit adalah dokumen rekam medis pasien rawat inap, diagnosis penyakit, petugas kodefikasi, SOP koding, dan ICD-10 volume 1, 2, 3. Proses pelaksanaan kodefikasi diagnosis penyakit dilakukan oleh petugas koding dengan lulusan pendidikan rekam medis. Kodefikasi dilakukan terhadap diagnosis penyakit yang tertera pada dokumen rekam pasien rawat inap dengan mengacu pada ICD-10 volume 1, 2, 3 dan dilakukan sesuai SOP kodefikasi diagnosis penyakit yang berlaku. Sehingga *output* yang diharapkan dalam kegiatan kodefikasi diagnosis penyakit adalah kode diagnosis penyakit yang akurat.