

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 Puskesmas**

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diberikan oleh Puskesmas kepada masyarakat, mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan, pelaporan, dan dituangkan dalam suatu sistem. Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat (Kemenkes, 2014).

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugasnya Puskesmas memiliki fungsi sebagai penyelenggaraan UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) tingkat pertama di wilayah kerjanya dan penyelenggaraan UKP (Upaya Kesehatan Perseorangan) tingkat pertama di wilayah kerjanya (Kemenkes, 2014).

Dalam menyelenggarakan fungsi penyelenggaraan UKM, Puskesmas berwenang untuk :

- a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
- b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan

- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat
- f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
- h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan
- i. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit

Dalam menyelenggarakan fungsi penyelenggaraan UKP, Puskesmas berwenang untuk :

- a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
- b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat

- f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
- h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan
- i. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit

### **2.1.2 Rekam Medis**

Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis memiliki peran dan fungsi yang sangat penting yaitu sebagai dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahan untuk keperluan penelitian dan Pendidikan dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan dan sebagai bahan untuk membuat statistik Kesehatan (Kemenkes, 2022). Guna memenuhi peran dan fungsi rekam medis tersebut maka setiap Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dalam memberikan asuhan kepada pasien wajib membuat rekam medis untuk selanjutnya dilakukan verifikasi oleh Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) yang memiliki kewenangan dan tanggung jawab dalam pengelolaan dan pemeliharaan data rekam medis (Waluya, 2023).

Pengaturan 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

Pengolahan informasi Rekam Medis terdiri atas:

a. Pengkodean

Kegiatan pemberian kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan medis yang terbaru/International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Pelaporan

Pelaporan Rekam Medis terdiri atas pelaporan internal Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan pelaporan eksternal dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan kepada dinas kesehatan, Kementerian Kesehatan, dan pemangku kepentingan terkait.

c. Penganalisisan

Penganalisisan Rekam Medis dilakukan terhadap data Rekam Medis secara kuantitatif dan kualitatif (Wulandari *et al.*, 2020).

### 2.1.3 Diagnosa

Diagnosis merupakan istilah yang diadopsi dari bidang medis dan kedokteran sebagai proses untuk penentuan jenis penyakit dengan cara melihat dari gejala-gejala yang muncul, diagnosis bisa diartikan sebagai pemeriksaan terhadap suatu hal yang dialami oleh pasien (Artameviah, 2022).

Diagnosis dapat diartikan sebagai berikut:

1. Upaya atau proses menemukan kelemahan atau penyakit (weakness and disease) yang dialami seseorang dengan melalui pengujian serta studi yang saksama mengenai gejalanya (symptoms).
2. Studi yang saksama terhadap fakta tentang suatu hal untuk menemukan karakteristik atau kesalahan dan lain sebagainya yang esensial.

3. Keputusan yang dicapai setelah dilakukan suatu studi yang saksama atas gejala-gejala atau fakta tentang suatu hal.

Fungsi diagnosis sebagai berikut:

1. Memungkinkan dokter untuk menganalisis penyakit yang dialami pasien.
2. Mencari penyebab utama pasien bisa terserang penyakit.
3. Menentukan hasil akhir mengenai penyakit yang dialami pasien.
4. Memberikan tindakan langsung kepada pasien untuk menyembuhkan penyakit tersebut, mulai dari memberikan obat sesuai dosis atau tindakan operasi, hal ini dilakukan jika penyakit tersebut sudah parah.

#### **2.1.4 Keakuratan kode diagnosis**

Keakuratan kode diagnosis merupakan penulisan kode diagnosis penyakit yang sesuai dengan klasifikasi yang terdapat dalam ICD-10. Kode dianggap tepat dan akurat apabila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai dengan aturan klasifikasi yang digunakan. Bila kode mempunyai 3 karakter dapat diasumsikan bahwa kategori tidak dibagi. Seringkali apabila kategori dibagi, kode nomor pada indeks akan memberikan 4 karakter. Suatu dash pada posisi ke-4 (mis. O03.-) mempunyai arti bahwa kategori telah dibagi dan karakter ke-4 yang dapat ditemukan dengan merujuk pada daftar tabular. Sistem dagger (†) dan asterisk (\*) mempunyai aplikasi pada istilah yang akan diberi dual kode (WHO, 2004).

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

- a. Kesalahan dalam membaca diagnosis yang tertulis dalam berkas rekam medis, dikarenakan ketidaklengkapan rekam medis.
- b. Kesalahan dokter dalam menentukan diagnosis utama.
- c. Kesalahan dalam menetapkan suatu kode diagnosis maupun kode tindakan.
- d. Kode diagnosis atau tindakan tidak valid atau tidak sesuai dengan yang tertulis dalam berkas rekam medis.
- e. Kesalahan dalam menuliskan kembali atau mengentry kode dalam komputer (Zebua, 2022).

Kecepatan dan ketepatan pengodean terhadap suatu diagnosis sangat tergantung kepada petugas yang mengelola berkas rekam medis, yaitu :

- a. Tenaga medis atau dokter dalam menentukan diagnosis.
- b. Tenaga rekam medis atau koder dalam memberikan kode diagnosis.
- c. Tenaga kesehatan lainnya yang terkait dalam melengkapi pengisian berkas rekam medis (Dwi Saputro Agung *et al.*, 2023).

### **2.1.5 Faktor-Faktor Pengaruh Ketepatan Kode Diagnosis**

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

#### **1. 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 ICD10.

2. 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.

3. Tenaga Rekam Medis

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

4. Sarana

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

### 2.1.6 Kodefikasi

Kodefikasi atau pengodean (*coding*) dalam rekam medis merupakan salah satu kegiatan pengolahan data rekam medis untuk memberikan kode dengan huruf atau dengan angka ataupun kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data (Wulandari *et al.*, 2020). Penentuan kode diagnosis meliputi pemberian kode diagnosis utama, kode diagnosis

sekunder (jika ada), dan kode tindakan medis (Nurjannah *et al.*, 2022). Diagnosis dan tindakan medis yang tertulis dalam rekam medis harus diberi kode yang selanjutnya dilakukan pengindeksan agar memudahkan pelayanan dalam menyajikan informasi guna menunjang fungsi perencanaan, manajemen, serta riset dalam bidang kesehatan (Maimun and Silitonga, 2021). *Coding* bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan (Risyanthi and Yudianti, 2020).

Ketepatan kode juga perlu diperhatikan agar tidak salah dalam menetapkan kode yang benar. Kualitas data terkode merupakan hal yang penting bagi kalangan tenaga personil manajemen informasi kesehatan, fasilitas asuhan kesehatan, dan para profesional manajemen informasi kesehatan (Purwanti, 2016). Ketepatan dalam pemberian kode diagnosis dan tindakan medis ini akan berguna untuk asuhan keperawatan, penagihan biaya klaim, peningkatan mutu pelayanan, membandingkan data morbiditas dan mortalitas, menyajikan 10 besar penyakit, dan hal-hal lain yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan (Nurjannah *et al.*, 2022).

Hal-hal yang penting dalam pengkodean untuk dapat menciptakan ketepatan dan kecepatan pengkodean penyakit yaitu sebagai berikut:

a. Kualitas Pengkodean

Kualitas data terkode merupakan hal penting bagi kalangan tenaga personal Manajemen Informasi Kesehatan, fasilitas asuhan kesehatan, dan para professional Manajemen Informasi Kesehatan.

b. Standar dan Etika

Standar dan etika pengkodean (*coding*) yang dikembangkan AHIMA, meliputi beberapa standar yang harus dipenuhi oleh *coder* professional, antara lain :

1. Pengkode harus mengikuti sistem klasifikasi yang sedang berlaku dengan memilih pengkodean diagnosis dan tindakan yang tepat



2. Akurat, komplet dan konsisten untuk menghasilkan data yang berkualitas
  3. Pengkode harus ditandai dengan laporan kode yang jelas dan konsisten pada dokumentasi dokter dalam rekam medis pasien;
  4. Pengkode professional harus berkonsultasi dengan dokter untuk klasifikasi dan kelengkapan pengisian data diagnosis dan tindakan
  5. Pengkode professional tidak mengganti kode pada bill pembayaran
  6. Pengkode professional harus mengembangkan kebijakan pengkodean di institusinya
  7. Pengkode professional harus secara rutin meningkatkan kemampuannya dibidang pengkodean
  8. Pengkode professional senantiasa berusaha untuk memberi kode yang paling sesuai untuk pembayaran
- c. Elemen Kualitas Pengkodean

Audit harus dilakukan untuk mereview kode yang telah dipilih oleh petugas. Proses pengkodean harus dimonitor untuk beberapa elemen sebagai berikut:

- Konsisten bila dikode petugas berbeda kode tetap sama (reliability).
- Kode tepat sesuai diagnosis dan tindakan (validity).
- Mencakup semua diagnosis dan tindakan yang ada di rekam medis (completeness).

- d. Kebijakan dan Prosedur Pengkodean

Setiap fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit maupun puskesmas harus membuat kebijakan dan prosedur pengkodean sesuai dengan tenaga dan fasilitas yang dimilikinya. Kebijakan dan prosedur tersebut merupakan pedoman bagi tenaga pengkodean agar dapat melaksanakan pengkodean dengan konsisten. Kebijakan ditetapkan oleh organisasi rumah sakit (ARSADA, PERSI), IDI (Ikatan Dokter

Indonesia), PORMIKI (Perhimpunan Perkam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia) maupun organisasi terkait lainnya (Ulfa *et al.*, 2016).

Untuk mendukung pengodean agar akurat diperlukan rekam medis pasien yang lengkap. Setiap fasilitas kesehatan mengupayakan pengisian rekam medis harus lengkap dan sesuai dengan peraturan yang berlaku serta standar pengukuran kinerja pengkodean secara kualitatif dinyatakan tepat apabila > 84% dan disebut terbaik apabila 100% (Widodo and Octaria, 2022).

Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's) dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional diterangkan langkah-langkah dalam melakukan pengodean menggunakan ICD 10 (Kemenkes, 2016), yaitu :

- a. Identifikasi tipe pernyataan yang akan dikode lalu lihat di buku ICD 10 volume 3 (*Alphabetical Index*). Jika pernyataannya merupakan penyakit atau cedera atau lainnya diklasifikasikan dalam bab 1-19 dan 20-21 (*Section I Volume 3*). Jika pernyataannya merupakan penyebab luar atau cedera diklasifikasikan pada bab 20 (*Section II Volume 3*).
- b. Tentukan *lead term*. Pada penyakit dan cedera biasanya menggunakan kata benda untuk kondisi patologis. Namun, dalam beberapa kondisi dijelaskan menggunakan kata sifat atau eponim dimasukkan dalam index sebagai *lead term*.
- c. Baca, pahami dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci.
- d. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan indentasi di bawah lead term (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum.
- e. Ikuti alur setiap petunjuk rujukan silang ("*see*" dan "*see also*") yang ditemukan dalam index.

- f. Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada volume I. Untuk kategori 3 karakter dengan .- (point dash) berarti ada karakter ke 4 yang harus ditentukan pada *Volume I* karena tidak terdapat dalam index.
- g. Baca setiap *inclusion* atau *exclusion* di bawah kode yang dipilih, di bawah bab, di bawah blok atau di bawah judul kategori.

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

ICD-10 atau International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision adalah suatu daftar kode tunggal kategori tiga karakter masing-masing dapat dibagi lagi menjadi hingga sepuluh subkategori empat karakter. Pada revisi sebelumnya digunakan sistem kode numerik. ICD-10 ini menggunakan kode alfanumerik, yaitu kombinasi antara huruf alfabet dan angka (Zebua, 2022). Fungsi ICD-10 sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan digunakan untuk kepentingan informasi statistik morbiditas dan mortalitas (Ulfa *et al.*, 2016).

ICD-10 terdiri dari 3 volume :

- a. Volume 1 (Tabular List), berisi tentang hal-hal yang mendukung klasifikasi utama
- b. Volume 2 (Instruction Manual), berisi tentang pedoman penggunaan
- c. Volume 3 (Alphabetical Index), berisi tentang klasifikasi Penyakit yang disusun berdasarkan indeks abjad atau secara alfabet, terdiri dari 3 seksi;
  - 1. Seksi 1 merupakan klasifikasi diagnosis yang tertera dalam Vol 1.
  - 2. Seksi 2 untuk mencari penyebab luar morbiditas, mortalitas dan membuat istilah dari bab 20

3. Seksi 3 merupakan tabel obat-obatan dan zat kimia sebagai sambungan dari bab 19, 20, dan menjelaskan indikasi kejadiannya (ICD-10, 2010)

Berikut adalah daftar kode ICD-10:

Tabel 2.1 Daftar Kode ICD-10

<b>BAB</b>	<b>BLOK</b>	<b>JUDUL</b>
I	A00 – B99	Penyakit infeksius dan parasitic
II	C00 – D48	Neoplasma
III	D50 – D89	Penyakit darah dan organ pembentuk darah dan gangguan yang melibatkan mekanisme imunitas
IV	E00 – E90	Penyakit endokrin, nutritional, dan metabolik
V	F00 – F99	Gangguan mental dan perilaku
VI	G00 – G99	Penyakit sistem saraf
VII	H00 – H59	Penyakit mata dan adneksa mata
VIII	H60 – H95	Penyakit telinga dan prosesus mastoid
VIII	I00 – I99	Penyakit sistem sirkulasi
X	J00 – J99	Penyakit sistem respirasi
XI	K00 – K93	Penyakit sistem pencernaan
XII	L00 – L99	Penyakit kulit dan jaringan bawah kulit
XIII	M00 – M99	Penyakit sistem muskuloskeletal dan jaringan ikat
XIV	N00 – N99	Penyakit sistem genitourinaria
XV	O00 – O99	Kehamilan, persalinan dan nifas
XVI	P00 – P96	Kondisi-kondisi tertentu dimulai dalam periode perinatal
XVII	Q00 – Q99	Malformasi, deformasi dan dbnormal kromosom yang kongenital

XVIII	R00 – R99	Simtoma, tanda-tanda dan temuan klinis, laboratorium yang abnormal
XIX	S00 – T98	Cedera, keracunan dan konsekuensi lain akibat sebab luar
XX	V01 – Y98	Sebab-sebab luar Mortalitas dan Morbiditas
XXI	Z00 – Z99	Faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan dan hubungannya dengan jasa Kesehatan
XXII	U00 – U99	Kode untuk tujuan khusus

### 2.1.8 Aturan Koding ICD-10

Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's) dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) disebutkan aturan dalam melakukan koding menggunakan ICD 10 (Kemenkes, 2016), antara lain :

- a. Jika dalam ICD 10 terdapat catatan “*Use additional code, if desired, to identify specified condition*” berarti kode tersebut dapat digunakan sesuai dengan kondisi pasien.
- b. Pengodean sistem dagger (†) dan asterisk (\*) yaitu jika diagnosis utama yang ditegakkan dokter dalam ICD 10 menggunakan kode dagger dan asterisk maka yang berperan sebagai diagnosis utama adalah kode dagger, sedangkan kode asterisk sebagai diagnosis sekunder. Namun jika diagnosis sekunder yang ditegakkan dokter dalam ICD 10 menggunakan kode dagger dan asterisk, maka kode tersebut menjadi diagnosis sekunder. Tanda dagger (†) dan asterisk (\*) tidak diinput di dalam aplikasi INA-CBG.
- c. Pengodean dugaan kondisi, gejala, penemuan abnormal, dan situasi tanpa penyakit yaitu apabila pasien dalam episode rawat, koder harus hati-hati dalam mengklasifikasikan diagnosis utama pada Bab XVIII

(Kode R) dan XXI (Kode Z). Jika diagnosis yang lebih spesifik belum ditegakkan sampai akhir episode perawatan atau tidak ada penyakit atau cedera pada saat dirawat yang bisa dikode, maka kode dari Bab XVIII dan XXI dapat digunakan sebagai kode diagnosis utama (lihat juga Rules MB3 dan MB5). Kategori Z03.– (observasi dan evaluasi medis untuk penyakit dan kondisi yang dicurigai) digunakan pada diagnosis “suspek” yang dapat dikesampingkan setelah dilakukan pemeriksaan lanjutan.

- d. Pengkodean kondisi multiple yaitu jika kondisi multiple dicatat di dalam kategori berjudul “*Multiple ...*”, dan tidak satu pun kondisi yang menonjol, kode untuk kategori “*Multiple ...*”, harus dipakai sebagai kode diagnosis utama, dan setiap kondisi lain dijadikan kode diagnosis sekunder. Pengodean seperti ini digunakan terutama pada kondisi yang berhubungan dengan penyakit HIV, cedera dan sekuel.
- e. Pengkodean kategori kombinasi ICD menyediakan kategori tertentu dimana dua diagnosis yang berhubungan dapat diwakili oleh hanya satu kode.
- f. Pengodean sekuel kondisi tertentu ICD menyediakan sejumlah kategori yang berjudul “*sequelae of ...*” (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89) yang dapat digunakan untuk menunjukkan kondisi yang tidak didapatkan lagi, sebagai penyebab masalah yang saat ini sedang diperiksa atau diobati. Namun, kode yang diutamakan sebagai diagnosis utama adalah kode yang sesuai dengan bentuk sekuel tersebut. Kode “*sequelae of .....*” dapat ditambahkan dalam kode tambahan. Jika terdapat sejumlah sekuel spesifik namun tidak ada yang lebih menonjol dalam hal kegawatan dan penggunaan sumber daya, diperbolehkan menggunakan “*Sequelae of ...*” sebagai diagnosis utama, yang kemudian dikode pada kategori yang sesuai. Perlu diperhatikan bahwa kondisi penyebab bisa dinyatakan dengan istilah ‘*old*’ (lama), ‘no longer present’ (tidak terdapat lagi), dan sebagainya, begitu pula kondisi

yang diakibatkannya bisa dinyatakan sebagai ‘*late effect of .....*’ (efek lanjut .....), atau ‘*sequel of .....*’. Tidak diperlukan adanya interval waktu minimal.

- g. Pengodean kondisi-kondisi akut dan kronis jika diagnosis utama dicatat sebagai akut (atau subakut) dan kronis, ICD 10 menyediakan kategori atau subkategori yang berbeda untuk masing-masing kategori, tapi tidak untuk gabungannya, kategori kondisi akut harus digunakan sebagai diagnosis utama.
- h. Pengodean kondisi pasca-prosedur dan komplikasinya terdapat pada Bab XIX (T80-T88) dimana tersedia kategori untuk komplikasi yang berhubungan dengan operasi dan prosedur lain, contohnya infeksi luka operasi, komplikasi mekanis benda-benda implantasi, syok, dan lainnya. Kondisi tertentu yang terjadi setelah prosedur (misalnya pneumonia, embolisme paru) tidak dianggap sebagai kondisi tersendiri sehingga dikode seperti biasa, namun bisa diberi kode tambahan dari Y83-Y84 untuk menunjukkan hubungannya dengan suatu prosedur. Jika kondisi dan komplikasi ini dicatat sebagai diagnosis utama, maka perlu dilakukan rujukan ke ‘*modifier*’ atau ‘*qualifier*’ pada indeks alfabet untuk penentuan kode yang tepat. Dalam hal koder yang tidak berhasil melakukan klarifikasi kepada dokter penanggung jawab pasien (DPJP), maka koder menggunakan Rule MB1 sampai MB5 untuk memilih kembali kode diagnosis utama (reseleksi) (Tâm *et al.*, 2016).

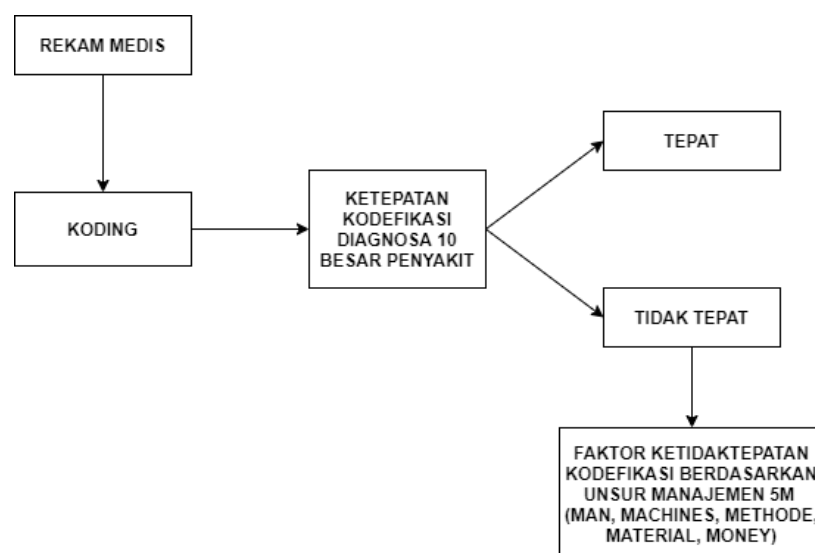
### 2.1.9 5M (Man, Machines, Methode, Material, Money)

Unsur manajemen 5M yaitu:

1. *Man* merujuk pada sumber daya manusia (SDM) yang dimiliki oleh organisasi berupa latar belakang pendidikan, pelatihan, lama kerja, dan jumlah petugas rekam medis.

2. *Machines* merupakan teknologi dan infrastruktur yang digunakan untuk memberi kemudahan atau menghasilkan keuntungan yang lebih besar serta menciptakan efisiensi kerja seperti sarana dan prasarana (ICD-10 dan kamus Dorland).
3. *Method* adalah penetapan cara pelaksanaan kerja suatu tugas dengan memberikan berbagai pertimbangan-pertimbangan kepada sasaran, fasilitas-fasilitas yang tersedia dan penggunaan waktu, serta uang dan kegiatan usaha seperti SOP (*Standar Operasional Prosedure*).
4. *Material* merupakan bahan yang digunakan dalam mencapai tujuan perusahaan seperti kelengkapan, kejelasan dan daftar singkatan diagnosis.
5. *Money* dalam hal ini sumber pendanaan merupakan salah satu unsur penting untuk mencapai tujuan karena segala sesuatu harus diperhitungkan secara rasional seperti anggaran *reward* dan pelatihan (Isnaini, 2019).

## 2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian



Proses dalam analisis ini dilakukan dengan mengidentifikasi kesesuaian diagnose dengan kode yang telah diberikan. Apakah sudah tepat atau tidak tepat berdasarkan ICD-10. Apabila kode sudah sesuai dengan ICD-10 maka kode tersebut dapat dikatakan tepat. Namun apabila kode diagnosis belum tepat maka harus diidentifikasi factor penyebab ketidaktepatan kode tersebut berdasarkan unsur 5M (*Man, Machine, Methode, Material, Money*).