

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Puskesmas

1. Pengertian Puskesmas

Menurut (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019) Puskesmas atau Pusat Kesehatan Masyarakat adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat perseorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membantu peran masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok, Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya, maka wilayah kerja dari puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian.

Puskesmas sesuai dengan fungsinya (sebagai pusat pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga, serta pusat pelayanan kesehatan dasar) berkewajiban mengupayakan, menyediakan, dan menyelenggarakan pelayanan yang bermutu dalam memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional yaitu terwujudnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat.

Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan tingkat pertama dan terdepan dalam sistem pelayanan kesehatan, harus melakukan upaya kesehatan wajib (basic six) dan beberapa upaya kesehatan pilihan yang disesuaikan dengan kondisi, kebutuhan, tuntutan, kemampuan dan inovasi serta kebijakan pemerintah daerah setempat. Puskesmas dalam menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh dan terpadu dilaksanakan melalui upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan disertai dengan upaya penunjang yang diperlukan.

2. Tujuan dan Fungsi Puskesmas

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas yang tertera pada Permenkes RI No. 43 Tahun 2019 Pasal 2 yang mana bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Puskesmas memiliki tiga fungsi, yaitu sebagai pusat penggerak pembangunan yang berwawasan kesehatan, sebagai pusat pemberdayaan masyarakat, keluarga dalam pembangunan kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama (Mubarak dan Chayatin, 2009).

Dalam menyelenggarakan fungsi UKM, Puskesmas berwenang untuk :

1. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
2. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
3. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
4. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait
5. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat
6. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia puskesmas
7. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
8. Melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi terhadap akses mutu dan cakupan Pelayanan Kesehatan

9. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon Penanggulangan Penyakit.

3. Peran Puskesmas

Di Indonesia, dapat ditemui dalam berbagai bentuk, seperti puskesmas, klinik pratama, praktik mandiri dokter, bidan, ataupun perawat, pelayanan kesehatan tradisional, atau pelayanan kesehatan bergerak. Namun, paling umum ditemui adalah puskesmas karena ia wajib tersedia di setiap kecamatan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, definisi puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perseorangan (UKP) tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Ini sesuai dengan prinsip PHC dan menunjukkan peran dan posisi yang strategis puskesmas dalam pembangunan kesehatan.

Setiap puskesmas wajib menjalankan lima UKM esensial yakni, promosi kesehatan (promkes), kesehatan lingkungan (kesling), kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana (KIA-KB), pelayanan gizi, dan pencegahan dan pengendalian penyakit (P2P). UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Kegiatan lain yang dilakukan puskesmas adalah UKP dalam bentuk rawat jalan baik kunjungan sehat maupun kunjungan sakit, pelayanan gawat darurat, pelayanan persalinan normal, perawatan di rumah, dan rawat inap. Dengan sistem kesehatan berjenjang dari tingkat primer, sekunder, dan tersier serta sistem rujuk dan rujuk balik, puskesmas menjadi layanan kesehatan pertama yang dikunjungi masyarakat ketika sakit.

Di pelosok yang jauh dari rumah sakit, keberadaan puskesmas menjadi solusi terdekat bagi masyarakat untuk bertahan hidup. Sementara di perkotaan, setiap penyakit yang berhasil ditangani puskesmas akan mengurangi beban pembiayaan dan sumber daya manusia dari fasilitas kesehatan sekunder dan tersier.

Puskesmas secara langsung memengaruhi tingkat kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Tradisi-tradisi dan gaya hidup tidak sehat yang ada di masyarakat bisa pelan-pelan dikurangi melalui promosi kesehatan. Capaian SDGs untuk mengurangi angka kematian ibu, bayi, dan balita juga bersinggungan secara langsung dengan tugas dan kehadiran puskesmas.

Melihat pentingnya puskesmas sebagai layanan kesehatan primer dalam pembangunan kesehatan Indonesia, penting memanfaatkan kehadirannya sebagai prioritas nasional. Dua tantangan terbesar puskesmas saat ini adalah sumber daya manusia yang belum mumpuni dan alokasi dana yang tidak mencukupi. Kedua tantangan ini membutuhkan komitmen dan dukungan dari berbagai pihak, bukan hanya pemerintah.

B. Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Menurut Permenkes No 24 Tahun 2022 yang dimaksud rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Menurut Gemala R. Hatta (2012:73), dalam buku yang berjudul Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, rekam medis adalah “berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien di sarana pelayanan kesehatan”.

Sedangkan menurut Edna K Huffman (1999) Rekam Medis adalah fakta yang berkaitan dengan keadaan pasien, riwayat penyakit, dan pengobatan masa lalu serta saat ini yang ditulis oleh profesi kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien tersebut.

Untuk mengelola rekam medis pasien disuatu fasilitas pelayanan kesehatan dibutuhkan seorang perekam medis, menurut Permenkes No 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis, dijelaskan bahwa yang dimaksud perekam medis adalah seorang yang telah lulus pendidikan rekam medis dan informasi kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

2. Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis dapat dilihat dalam 2 kelompok besar. Pertama yang paling berhubungan langsung dengan pelayanan pasien (primer). Kedua, yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien namun tidak berhubungan langsung spesifik (sekunder).

A. Tujuan utama (primer) rekam medis terbagi dalam 5 (lima) kepentingan yaitu untuk :

1. Pasien, rekam medis merupakan alat bukti utama yang mampu membenarkan adanya pasien dengan identitas yang jelas dan telah mendapatkan berbagai pemeriksaan dan pengobatan di sarana pelayanan kesehatan dengan segala hasil serta konsekuensi biayanya.
2. Pelayanan pasien, rekam medis mendokumentasikan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis, dan tenaga lain yang bekerja dalam berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian rekaman itu membantu pengambilan keputusan tentang terapi, tindakan, dan penentuan diagnosis pasien. Rekam medis juga merupakan sarana komunikasi antar tenaga lain yang sama-sama terlibat dalam menangani dan merawat pasien. Rekaman yang rinci dan bermanfaat menjadi alat penting dalam menilai dan mengelola risiko manajemen. Selain itu rekam medis setiap pasien juga berfungsi sebagai tanda bukti sah yang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Oleh karena itu rekam medis yang lengkap harus setiap saat tersedia dan berisi data/informasi tentang pemberian pelayanan kesehatan secara jelas.
3. Manajemen pelayanan, rekam medis yang lengkap memuat segala aktivitas yang terjadi dalam manajemen pelayanan sehingga digunakan dalam menganalisis berbagai penyakit, menyusun pedoman praktik, serta untuk mengevaluasi mutu pelayanan yang diberikan.
4. Menunjang pelayanan, rekam kesehatan yang rinci akan mampu menjelaskan aktivitas yang berkaitan dengan penanganan sumber – sumber yang ada pada organisasi pelayanan di RS, menganalisis kecenderungan yang terjadi dan mengkomunikasikan informasi di antara klinik yang berbeda.

5. Pembiayaan, rekam kesehatan yang akurat mencatat segala pemberian pelayanan kesehatan yang diterima pasien. Informasi ini menentukan besarnya pembayaran yang harus dibayar, baik secara tunai atau melalui asuransi.
- B. Tujuan sekunder rekam kesehatan ditunjukkan kepada hal yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien yaitu untuk kepentingan edukasi, riset, peraturan dan pembuatan kebijakan. Adapun yang dikelompokkan dalam kegunaan sekunder adalah kegiatan yang tidak berhubungan secara spesifik antara pasien dan tenaga kesehatan.

3. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari berbagai aspek antara lain:

a. Aspek Administrasi

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

b. Aspek Medis

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

c. Aspek Hukum

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

d. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang karena isinya mengandung data ataupun informasi yang dipergunakan sebagai aspek keuangan.

e. Aspek penelitian

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

f. Aspek Pendidikan

Suatu bekas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien.

g. Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan sarana kesehatan.

C. Kodefikasi

1. Definisi Kodefikasi

Kodefikasi atau pemberian kode adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data.

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 50/MENKES/SK/I/1998 tentang pemberlakuan klasifikasi statistik internasional mengenai penyakit, revisi kesepuluh, yaitu memberlakukan klasifikasi ICD-10 secara nasional di Indonesia dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 844/MENKES/SK/X/2006 tentang penetapan standar kode data bidang kesehatan, bahwa *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision (ICD-10)* merupakan acuan yang digunakan di Indonesia untuk mengkode diagnosis.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, salah satu kompetensi perekam medis adalah Klasifikasi dan Kodifikasi Penyakit serta Masalah-Masalah Yang Berkaitan Dengan Kesehatan dan Tindakan Medis. Dasar hukum digunakan ICD-10 adalah SK DirJen Pelayanan Medik HK.00.05.1.4.00744 tentang Penggunaan ICD-10 di Rumah Sakit (19 Februari 1996) dan SK MenKes No 86/MENKES/SK/VI/2010 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat, serta Peraturan MENKES RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.

Menurut World Health Organization (WHO), Coding (kodefikasi) adalah proses pengklasifikasian data dan penentuan code (sandi) nomor/ alfabet/ alfanumerik untuk mewakilinya. ICD-10 menggunakan kode kombinasi yaitu abjad

dan angka (Alpha Numerik). Data di sini adalah sebutan diagnosa pasien yang dinyatakan dokter terkait. Fungsi dasar International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision (ICD-10) adalah sebagai suatu metode pengklasifikasian penyakit, cedera dan sebab kematian, untuk tujuan pengolahan data secara statistik. Insidens morbiditas dan mortalitas bisa direkam dalam aturan yang sama sehingga bisa dikomparasi.

2. Fungsi dan Tujuan Pengkodean

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

Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (World Health Organization) bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan (Budi, 2011 : 82).

3. Standar Prosedur Operasional (SPO) Kodefikasi

Standar Prosedur Operasional adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional standar yang ada dalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa setiap keputusan, langkah atau tindakan, dan penggunaan fasilitas pemrosesan dilaksanakan oleh orang-orang didalam suatu organisasi, telah berjalan secara efektif, konsisten standar, dan sistematis (Tambunan, 2008).

Menurut Bowman (2001) seperti kebijakan dan prosedur organisasi lainnya, kebijakan dan prosedur pengodean dibutuhkan untuk meningkatkan konsistensi. Kebijakan dan prosedur pengodean harus mencakup hal-hal berikut:

- a. Arah untuk mengkaji catatan.
- b. Petunjuk cara mengatasi dokumentasi yang tidak lengkap dan bertentangan.
- c. Instruksi untuk berkomunikasi dengan dokter untuk klarifikasi dan pencatatan rekam kesehatan.
- d. Petunjuk tentang tindakan yang akan diambil ketika kode yang sesuai tidak dapat ditemukan.

- e. Penggunaan kode tidak diperlukan untuk penggantian biaya (kode opsional).
- f. Definisi standarisasi atau rangkaian kode.
- g. Penggunaan bahan referensi dan buku dan instruksi untuk memperbarui.
- h. Memasukkan data secara komputerisasi atau proses lainnya.

4. Pengertian Diagnosis

Diagnosis merupakan kegiatan pemberian nama suatu penyakit pada setiap penderita. Diagnosis merupakan bagian penting yang memungkinkan seorang penderita mendapat pengobatan.

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.

5. 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 (Abdelhak, dkk, 2001) antara lain :

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

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.

D. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems revisi 10 (ICD-10)*

1. Pengertian ICD-10

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

2. Fungsi dan Kegunaan ICD-10

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

1. Mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan disarana pelayanan kesehatan
2. Masukan bagi sistem pelaporan diagnosis penyakit
3. Memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia pelayanan
4. Bahan dasar dalam pengelompokkan DRGs (*diagnosis-related groups*) untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan
5. Pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas
6. Tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis
7. Menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman

8. Analisis pembiayaan pelayanan kesehatan
9. Untuk penelitian epidemiologi dan klinis

3. Struktur ICD 10

1. Volume 1 : Klasifikasi Utama

- 1) Pengantar
- 2) Pernyataan
- 3) Pusat-pusat kolaborasi WHO untuk klasifikasi penyakit
- 4) Laporan konferensi international yang menyetujui revisi ICD 10
- 5) Daftar kategori 3 karakter
- 6) Daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori termasuk subkategori empat karakter
- 7) Daftar morfologi neoplasma
- 8) Daftar tabulasi khusus morbiditas dan mortalitas
- 9) Definisi-definisi
- 10) Regulasi-regulsi nomenklatur
- 11) Daftar tabulasi mortalitas terdiri dari :
 - a. Daftar 1-Kematian Umum-daftar dengan 103 penyebab yang luas
(*General Mortality Condensed list 103 caused*)
 - b. Daftar 2- Kematian Umum – daftar terpilih dengan 80 penyebab
(*General Mortality Condensed list 80 caused*)
 - c. Daftar 3- Kematian bayi dan anak –daftar dengan 67 penyebab yang luas
(*Infant and Child Mortality Condensed list 67 causes*)
 - d. Daftar 3- Kematian bayi dan anak –daftar terpilih dengan 51 penyebab
(*Infant and Child Mortality Selected list 51 causes*)
- 12) Daftar Tabulasi Morbiditas (terdiri dari 298 penyebab)

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

2. Volume 2 : Buku Petunjuk Penggunaan
 - a) Pengantar

- b) Penjelasan tentang *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*
 - c) Cara penggunaan ICD 10
 - d) Aturan dan petunjuk pengodean mortalitas dan morbiditas
 - e) Presentasi statistik
 - f) Riwayat perkembangan ICD 10
3. Volume 3 : Indeks Alfabetik
- a) Pengantar
 - b) Susunan indeks secara umum
 - c) Seksi I : Indeks abjad penyakit, bentuk cedera
 - d) Seksi II: Penyebab sebab luar
 - e) Seksi III : Table obat dan zat kimia
 - f) Perbaikan terhadap volume 1

4. Aturan Koding ICD 10

Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's) dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada PMK No. 76 Tahun 2016 disebutkan aturan dalam melakukan koding menggunakan ICD 10 (Kementerian Kesehatan RI, 2016), antara lain:

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

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

- d. Pengkodean kondisi multiple yaitu jika kondisi multiple dicatat di dalam kategori berjudul “Multiple ...”, dan tidak satu pun kondisi yang menonjol, kode untuk kategori “Multiple ...”, harus dipakai sebagai kode diagnosis utama, dan setiap kondisi lain dijadikan kode diagnosis sekunder. Pengodean seperti ini digunakan terutama pada kondisi yang berhubungan dengan penyakit HIV, cedera dan sekuel.
- e. Pengkodean kategori kombinasi ICD menyediakan kategori tertentu dimana dua diagnosis yang berhubungan dapat diwakili oleh hanya satu kode.
- f. Pengodean sekuel kondisi tertentu ICD menyediakan sejumlah kategori yang berjudul “sequelae of ...” (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89) yang dapat digunakan untuk menunjukkan kondisi yang tidak didapatkan lagi, sebagai penyebab masalah yang saat ini sedang diperiksa atau diobati. Namun, kode yang diutamakan sebagai diagnosis utama adalah kode yang sesuai dengan bentuk sekuel tersebut. Kode “sequelae of” dapat ditambahkan dalam kode tambahan. Jika terdapat sejumlah sekuel spesifik namun tidak ada yang lebih menonjol dalam hal kegawatan dan penggunaan sumber daya, diperbolehkan menggunakan “Sequelae of ...” sebagai diagnosis utama, yang kemudian dikode pada kategori yang sesuai. Perlu diperhatikan bahwa kondisi penyebab bisa dinyatakan dengan istilah ‘old’ (lama), ‘no longer present’ (tidak terdapat lagi), dan sebagainya, begitu pula kondisi yang diakibatkannya bisa dinyatakan sebagai ‘late effect of” (efek lanjut), atau ‘sequele of’. Tidak diperlukan adanya interval waktu minimal.
- g. Pengodean kondisi-kondisi akut dan kronis Jika Diagnosis Utama dicatat sebagai akut (atau subakut) dan kronis, ICD 10 menyediakan kategori atau

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

5. Langkah-Langkah Pengkodingan Dengan ICD-10

Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG’s) dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional pada PMK No. 76 Tahun 2016 diterangkan langkah-langkah dalam melakukan pengodean menggunakan ICD 10 (Kementerian Kesehatan RI, 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 kondisi yang terdapat pada Bab I-XIX dan XXI (Volume 1). Gunakanlah sebagai lead term untuk dimanfaatkan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi I indeks (Volume 3). Bila pernyataan yang ada di Bab XX (Volume 1), Lihat dan cari kodenya pada seksi II di Index (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.

6. Struktur dan Sistem Klasifikasi ICD-10

Struktur dan Sistem Klasifikasi ICD-10 berdasarkan *alphabetical numeric*, adalah sebagai berikut :

No	Kode Huruf	Kode	Diagnose Penyakit
1.	A-B	A00-B99	Penyakit Infeksi & Parasitik Tertentu
2.	C	C00-D48	Neoplasma
3.	D	D50-D89	Penyakit Darah & Organ Pembentuk Darah
4.	E	E00-E90	Penyakit Endokrin, Nutrisi & Metabolik
5.	F	F00-F99	Gangguan Mental & Perilaku
6.	G	G00-G99	Penyakit Sistem Saraf
7.	H	H00-H59	Penyakit Mata & Adneksa
8.	H	H60-H95	Penyakit Telinga & Mastoideus
9.	I	I00-I99	Penyakit Sistem Sirkulasi Darah
10.	J	J00-J99	Penyakit Sistem Napas
11.	K	K00-K93	Penyakit Sistem Cerna
12.	L	L00-L99	Penyakit Kulit & Jaringan Subkutan
13.	M	M00-M99	Penyakit Sistem Muskuloskeletal
14.	N	N00-N99	Penyakit System Kemih
15.	O	O00-O99	Kehamilan, Persalinan & Masa Nifas
16.	P	P00-P96	Kondisi-Kondisi Tertentu

Tabel 2.1 Struktur dan Sistem Klasifikasi ICD-10

17.	Q	Q00-Q99	Kelainan Bawaan
18.	R	R00-R99 :	Gejala, Tanda (penemuan lab)
19.	S-T	S00-T98	Cedera & Keracunan
20.	V-Y	V01-Y98	Penyebab Luar
21.	Z	Z00-Z99	Faktor yang mempengaruhi kesehatan dan kontak dengan pelayanan kesehatan

E. Penelitian Terdahulu

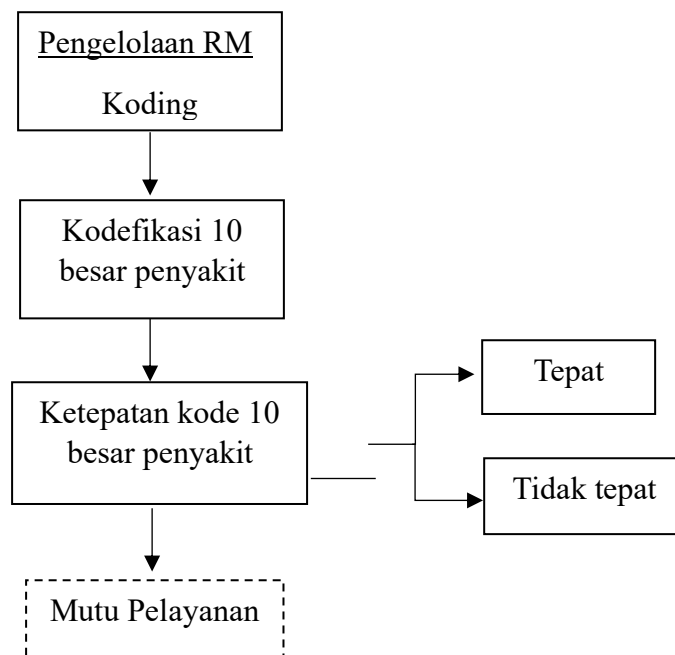
Tabel 2.2 Penelitian Terdahulu

No	Artikel	Metode	Hasil
1	Ketepatan Kode ICD-10 Kasus Obstetri Triwulan 1 pada Pasien Rawat Inap di Rsud Sanjiwani Gianyar	Deskriptif kuantitatif	Ketepatan kode ICD-10 kasus obstetri triwulan 1 pada pasien rawat inap di RSUD Sanjiwani Gianyar, dari 87 rekam medis kasus obstetri yang diteliti diketahui bahwa kode yang tepat sebanyak 35 rekam medis dengan presentase 40,23% sedangkan kode diagnosis yang tidak tepat sebanyak 52 rekam medis dengan presentase 59,77%.
2	Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis pada Poli Umum Pasien Rawat Jalan Berdasarkan Puskesmas Tanah Merah Tahun 2020	Deskriptif kuantitatif	Data keakuratan kode diagnosis pada poli umum pasien rawat jalan dari 93 sampel dokumen rekam medis poli umum pasien rawat jalan tahun 2020 terdapat 6 (6,45%) dokumen rekam medis yang akurat, sedangkan 87 (93,55%) dokumen rekam medis tidak akurat.
3	Tinjauan Ketepatan Kode Diagnosis Berdasarkan Spesifikasi Penulisan Diagnosis pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2016	Deskriptif kualitatif	Dari 314 diagnosis yang dijadikan sampel ditemukan ketidaktepatan kode sebesar 61 (20%) diagnosis dan kode yang tepat sebesar 233 (80%) diagnosis.

F. Kerangka Konsep

Kerangka konseptual penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi tentang hubungan atau kaitan antara variabel-variabel yang akan diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmojo, 2012). Kerangka konseptual dalam penelitian ini menjelaskan tentang variabel yang akan diamati atau diukur melalui penelitian, yaitu ketepatan kode diagnosa 10 besar penyakit.

Adapun kerangka konsep yang akan diteliti oleh peneliti adalah sebagai berikut:



Keterangan:

= variabel yang diteliti

= variabel yang tidak diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Konsep Ketepatan Kode Diagnosa 10 Besar Penyakit

Pengelolaan rekam medis salah satunya adalah kodefikasi penyakit. Dalam mengkodefikasi penyakit tersebut terdapat beberapa pengelompokan yaitu salah satunya 10 besar penyakit. Dan dari ketepatan kode itu untuk mencapai mutu pelayanan maka diperlukan ketepatan kode 10 besar penyakit tersebut, dan pada akhirnya akan ditentukan apakah kode tersebut tepat atau tidak tepat.

