

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Undang-Undang, 2009).

b. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- 3) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- 4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan (Undang-Undang, 2009).

c. Jenis Pelayanan Rumah Sakit

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi 21 jenis pelayanan, yaitu:

- 1) Pelayanan gawat darurat
- 2) Pelayanan rawat jalan
- 3) Pelayanan rawat inap
- 4) Pelayanan bedah
- 5) Pelayanan persalinan dan perinatologi
- 6) Pelayanan intensif
- 7) Pelayanan radiologi
- 8) Pelayanan laboratorium patologi klinik
- 9) Pelayanan rehabilitasi medik
- 10) Pelayanan farmasi
- 11) Pelayanan gizi
- 12) Pelayanan transfusi darah
- 13) Pelayanan keluarga miskin
- 14) Pelayanan rekam medis
- 15) Pengelolaan limbah
- 16) Pelayanan administrasi manajemen
- 17) Pelayanan ambulans/kereta jenazah
- 18) Pelayanan pemulasaraan jenazah
- 19) Pelayanan laundry
- 20) Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
- 21) Pencegah Pengendalian Infeksi (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

2.1.2 Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis adalah berkas yang berupa rekaman atau perjalanan diagnosis pasien dalam bentuk sistem informasi (pemanfaatan elektronik). Informasi ini menunjukkan pelayanan yang diterima oleh pasien di fasilitas pelayanan kesehatan untuk kepentingan pengambilan keputusan tindakan pengobatan. Dapat digunakan sebagai bukti legal pelayanan yang telah diberikan kepada pasien, serta dapat digunakan sebagai bukti kinerja sumber daya manusia atau pemberi layanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan (Budi, 2011).

Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2022).

b. Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengolahan 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 (Dirjen Yanmed, 2006).

c. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek antara lain:

- 1) Aspek Administrasi

Suatu 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.

2) Aspek Medis

Suatu 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.

3) Aspek Hukum

Suatu 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.

4) Aspek Keuangan

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

5) Aspek Penelitian

Suatu 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.

6) Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi sesuai profesi pemakai.

7) Aspek Dokumentasi

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

(Dirjen Yanmed, 2006)

2.1.3 Pengetahuan

a. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan efek lanjutan dari keingintahuan individu berkenaan dengan objek melalui indra yang dimiliki. Setiap individu memiliki pengetahuan yang tidak sama karena penginderaan setiap orang mengenai suatu objek berbeda-beda (Notoatmodjo, 2010).

b. Tingkatan Pengetahuan

Enam tingkatan pengetahuan yaitu:

1) Tahu (*Know*)

Tingkat pengetahuan yang paling rendah ini hanya sebatas mengingat kembali pelajaran yang telah didapatkan sebelumnya, seperti mendefinisikan, menyatakan, menyebutkan, dan menguraikan.

2) Memahami (*Comprehension*)

Pada tahap ini pengetahuan yang dimiliki sebagai keterampilan dalam menjelaskan mengenai objek ataupun sesuatu dengan tepat. Seseorang mampu menjelaskan, menyimpulkan, dan menginterpretasi objek atau sesuatu yang telah dipahami sebelumnya.

3) Aplikasi (*Application*)

Objek yang telah dipahami sebelumnya dan sudah menjadi materi, selanjutnya diaplikasikan atau diterapkan pada keadaan atau lingkungan yang sebenarnya.

4) Analisis (*Analysis*)

Pengelompokan suatu objek ke dalam unsur yang memiliki keterkaitan satu sama lain serta mampu menggambarkan dan membandingkan atau membedakan

5) Sintesis (*Synthesis*)

Perencanaan dan penyusunan kembali komponen pengetahuan ke dalam suatu pola baru yang komprehensif.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Penilaian terhadap suatu objek serta dideskripsikan sebagai sistem perencanaan, perolehan, dan penyediaan data guna menciptakan alternatif keputusan (Notoatmodjo, 2010).

c. Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain:

1) Faktor Pendidikan

Tinggi tingkat pengetahuan seseorang, maka akan semakin mudah untuk menerima informasi tentang objek atau yang berkaitan dengan pengetahuan. Pengetahuan umumnya dapat diperoleh dari informasi yang disampaikan oleh orang tua, guru, dan media masa. Pendidikan sangat erat kaitannya dengan pengetahuan, pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat diperlukan untuk pengembangan diri. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah untuk menerima, serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi.

2) Faktor Pekerjaan

Pekerjaan seseorang sangat berpengaruh terhadap proses mengakses informasi yang dibutuhkan terhadap suatu objek.

3) Faktor Pengalaman

Pengalaman seseorang sangat mempengaruhi pengetahuan, semakin banyak pengalaman seseorang tentang suatu hal, maka akan semakin bertambah pula pengetahuan seseorang akan hal tersebut. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden.

4) Keyakinan

Keyakinan yang diperoleh oleh seseorang biasanya bisa didapat secara turun-temurun dan tidak dapat dibuktikan terlebih dahulu,

keyakinan positif dan keyakinan negatif dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang.

5) Sosial Budaya

Kebudayaan beserta kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu (Notoatmodjo, 2010).

2.1.4 Diagnosis

a. Pengertian Diagnosis

Diagnosis adalah penentuan sifat suatu kasus penyakit serta keterampilan membedakan satu penyakit dengan yang lainnya (Dorland, 2020)

b. Macam Diagnosis

Macam-macam diagnosis antara lain sebagai berikut:

1) Diagnosis Utama

Diagnosis Utama atau juga disebut kondisi utama adalah suatu diagnosis /kondisi kesehatan yang menyebabkan pasien memperoleh perawatan atau pemeriksaan, yang ditegaskan pada akhir episode pelayanan dan bertanggung jawab atas kebutuhan sumber daya pengobatannya.

Pengkodean morbiditas sangat bergantung pada diagnosis yang ditetapkan dokter yang merawat pasien atau bertanggung jawab menetapkan kondisi utama pasien, yang akan dijadikan dasar pengukuran morbiditas. Gejala, tanda, alasan kontak dengan pelayanan kesehatan, kondisi ganda dapat dijadikan sebagai kondisi utama apabila sampai akhir

episode suatu perawatan tidak dapat ditegakkan diagnosis utama pasien. Hal yang perlu dicatat untuk pengkodean yang spesifik yaitu kondisi sekuel (sequel, gejala sisa) penyakit, akut atau kronis, neoplasma, cedera, dan penyebab eksternal.

2) Diagnosis Sekunder

Diagnosis sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada pasien masuk atau yang terjadi selama episode pelayanan.

3) Komorbiditas

Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi pasien saat masuk dan membutuhkan pelayanan/asuhan khusus setelah masuk dan selama rawat.

4) Komplikasi

Komplikasi adalah penyakit yang timbul dalam masa pengobatan dan memerlukan pelayanan tambahan sewaktu episode pelayanan, baik yang disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul sebagai akibat dari pelayanan yang diberikan kepada pasien (Hatta, 2013).

2.1.5 International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (ICD-10)

a. Pengertian ICD-10

International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (ICD) dari WHO, adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional (Hatta, 2013).

b. Fungsi dan Kegunaan ICD-10

Fungsi ICD sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan digunakan untuk kepentingan informasi statistik morbiditas dan mortalitas. Penerapan pengkodean sistem 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) Bahan dasar dalam pengelompokan 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 (Hatta, 2013).

c. Struktur ICD-10

Struktur ICD-10 terdiri dari :

- 1) Volume 1

Volume I (edisi ke-1) terdiri atas 21 bab dengan sistem kode alfanumerik. Pada volume 1 (edisi ke-2) terdapat penambahan bab menjadi 22. Bab disusun menurut grup sistem anatomi dan grup khusus. Grup khusus mencakup penyakit-penyakit yang sulit untuk

diletakkan secara anatomis. Secara rinci bagiannya disebutkan sebagai berikut:

- a) Pengantar
 - b) Pernyataan
 - c) Pusat-pusat kolaborasi WHO untuk klasifikasi penyakit
 - d) Laporan konferensi internasional yang menyetujui revisi ICD-10
 - e) Daftar kategori 3 karakter
 - f) Daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori termasuk sub kategori 4 karakter
 - g) Daftar morfologi neoplasma
 - h) Daftar tabulasi khusus morbiditas dan mortalitas
 - i) Definisi-definisi
 - j) Regulasi-regulasi nomenklatur
- 2) Volume 2
- Volume II adalah buku petunjuk penggunaan, berisi:
- a) Pengantar
 - b) Penjelasan tentang *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*
 - c) Cara penggunaan ICD-10
 - d) Aturan dan petunjuk pengkodean mortalitas dan morbiditas.
 - e) Presentasi statistic
 - f) Riwayat perkembangan ICD
- 3) Volume 3 (Indeks Abjad)
- a) Pengantar

- b) Susunan indeks secara umum
- c) Seksi I: indeks abjad penyakit, bentuk cedera
- d) Seksi II: penyebab luar cedera
- e) Seksi III: tabel obat dan zat kimia
- f) Perbaikan terhadap volume 1 (Hatta, 2013).

d. Konvensi Pengkodean dalam ICD-10

1) *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.

Inclusion terms dibuat terutama sebagai pedoman isi rubrik. Banyak diantara item yang tertulis disitu berhubungan dengan terms penting atau umum yang ada di dalam rubrik. Item lainnya adalah kondisi perbatasan (*borderline*) yang diberikan untuk memperjelas batas antara satu sub kategori dari sub kategori lain. Daftar *inclusion terms* tidak harus menyeluruh, dan nama-nama alternatif dari diagnosis terdapat di dalam Indeks Alfabet, yang harus dirujuk pertama kali pada saat mengkode suatu diagnosis.

2) *Exclusion Terms*

Rubrik tertentu berisi daftar kondisi yang didahului oleh kata "Excludes" atau 'kecuali'. Semua ini adalah terms yang sebenarnya

diklasifikasikan di tempat lain, walaupun judulnya memberi kesan bahwa mereka diklasifikasikan disana. Contohnya kategori A46 - Erysipelas, disini erysipelas pada pasca melahirkan atau puerperium dikecualikan. Segera setelah term pengecualian, terdapat tanda kurung yang berisi kode kategori atau sub kategori yang menunjukkan tempat klasifikasinya di dalam ICD.

Pengecualian umum untuk sekelompok kategori atau semua sub kategori di dalam suatu kategori 3-karakter terdapat pada catatan yang berjudul 'excludes' yang mengikuti judul suatu bab, blok atau kategori.

3) Sistem dagger dan asterisk

ICD-9 memperkenalkan sistem dua kode yang diteruskan pada ICD-10, yaitu kode untuk diagnosis yang berisi penyakit umum sebagai dasar masalah, dan kode untuk manifestasinya pada organ atau situs tertentu yang merupakan masalah tersendiri pula.

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.

Walaupun sistem dagger dan asterisk memberikan klasifikasi alternatif untuk presentasi statistik, ICD berprinsip bahwa dagger

merupakan kode primer dan harus selalu digunakan. Untuk pengkodean, asterisk tidak boleh digunakan sendirian. Namun, untuk pengkodean morbiditas, urutan dagger dan asterisk dapat dibalik kalau manifestasi penyakit merupakan fokus primer dari asuhan. Statistik yang menggunakan kode dagger dianggap sesuai dengan klasifikasi tradisional untuk presentasi data mortalitas dan aspek lain asuhan kesehatan.

Kode asterisk muncul sebagai kategori tiga-karakter. Terdapat kategori yang berbeda untuk kondisi yang sama ketika penyakit tertentu tidak dinyatakan sebagai penyebab dasar. Misalnya, kategori G20 dan G21 adalah untuk Parkinsonisme yang bukan merupakan manifestasi penyakit lain, sedangkan G22* adalah Parkinsonisme yang terjadi pada, atau merupakan manifestasi dari penyakit lain. Kode dagger yang sesuai diberikan untuk kondisi yang disebutkan pada kategori asterisk; misalnya, untuk Parkinsonisme yang terjadi pada penyakit sifilis (G22*), kode daggernya adalah A52.1†.

Beberapa kode dagger berada dalam kategori dagger khusus. Namun lebih sering kode dagger untuk diagnosis yang memiliki dua elemen, dan kode yang tidak bertanda untuk kondisi elemen tunggal, berasal dari kategori atau sub kategori yang sama.

Area klasifikasi tempat sistem dagger dan asterisk tidak banyak; hanya 83 kategori khusus asterisk yang ada, yang dinyatakan pada awal bab yang relevan.

4) NOS “Not Otherwise Specified”

Kata NOS merupakan singkatan dari “not otherwise specified”, yang memberikan kesan arti “tidak dijelaskan” atau “tidak memenuhi syarat”. Kadang-kadang suatu term yang tidak memenuhi syarat tetap diklasifikasikan ke dalam rubrik yang berisi jenis kondisi yang lebih spesifik. Ini dilakukan karena di dalam terminologi medis, bentuk yang paling umum dari suatu kondisi lebih dikenal dengan nama kondisi itu sendiri, sedangkan yang memenuhi syarat justru jenis yang kurang umum.

5) NEC “Not elsewhere classified”

Kata-kata ini 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.

6) “And”

“And” bisa berarti “dan/atau”. Misalnya pada rubrik A18.0, ‘Tuberculosis tulang dan sendi’, diklasifikasikan ‘TB tulang’, ‘TB sendi’, dan ‘TB tulang dan sendi’.

7) Point dash (.-)

Pada beberapa kasus, karakter ke-4 pada sub kategori digantikan oleh ‘dash’ atau strip datar.

8) Cross-references

Rujukan-silang digunakan untuk menghindari duplikasi yang tidak perlu pada term di dalam Indeks Alfabet. Kata ‘see’ meminta pengkode untuk merujuk ke term lain; ‘see also’ mengarahkan

pengkode untuk merujuk ke tempat lain di dalam Indeks kalau pernyataan yang sedang dikode berisi informasi lain yang tidak ter-indentasi di bawah term tempat 'see also' tersebut berada.

2.1.6 Pemberian Kode (*Coding*)

a. Pengertian *Coding*

Coding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data (Budi, 2011).

b. Langkah-langkah dasar dalam menentukan kode:

- 1) Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode, dan buka volume 3 *Alphabetical Indeks* (kamus). Bila pernyataan adalah istilah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada Bab XIX dan XXI (Z00-Z99), lalu gunakan ia sebagai "*lead term*" untuk dimanfaatkan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi 1 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).
- 2) "*Lead term*" (kata panduan) untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologisnya. Sebaiknya jangan menggunakan istilah kata benda anatomi, kata sifat atau kata keterangan sebagai panduan. Walaupun 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.
- 4) Baca istilah yang terdapat dalam tanda kurung “()” sesudah *lead term* (kata dalam tanda kurung = *modifier*, tidak akan mempengaruhi kode). Istilah lain yang ada di bawah *lead term* (dengan tanda (-) minus = *idem* = *indent*) dapat mempengaruhi nomor kode, sehingga semua kata-kata diagnostik harus diperhitungkan.
- 5) Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (*cross references*) dan perintah *see* dan *see also* yang terdapat dalam indeks.
- 6) Lihat daftar tabulasi (Volume 1) untuk mencari nomor kode yang paling akurat. 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.
- 7) Ikuti pedoman *Inclusion* dan *Exclusion* pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (*chapter*), blok, kategori, atau sub kategori.
- 8) Tentukan kode yang dipilih.
- 9) Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk memastikan kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis pasien,

guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan. (Hatta, 2013)

c. Rule Reseleksi Kondisi Utama

- 1) **Rule MB1. Kondisi minor tercatat sebagai ‘kondisi utama’, sedangkan kondisi yang lebih berarti dicatat sebagai ‘kondisi lain’.** {*Minor condition recorded as “main condition”, more significant condition recorded as “other condition”*}

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’.

- 2) **Rule MB2. Beberapa kondisi dicatat sebagai kondisi utama.** {*Several conditions recorded as “main condition”*}

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.

- 3) **Rule MB3. Kondisi yang dicatat sebagai ‘kondisi utama’ ternyata merupakan gejala dari kondisi yang telah didiagnosis dan diobati.** {*Condition recorded as “main condition” is presenting symptom of diagnosed, treated condition*}

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’.

4) **Rule MB4. Kespesifikan**{*Specificity*}

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’.

5) **Rule MB5. Diagnosis alternatif** {*Alternative main diagnoses*}

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.

d. Elemen Kualitas Pengkodean

Audit harus dilakukan untuk *me-review* kode yang telah dipilih oleh petugas. Proses pengkodean harus dimonitor untuk beberapa elemen sebagai berikut:

- 1) Konsisten bila dikode petugas berbeda kode tetap sama (*reliability*)
- 2) Kode akurat sesuai diagnosis dan tindakan (*validity*)
- 3) Mencakup semua diagnosis dan tindakan yang ada di rekam medis (*completeness*)
- 4) Tepat waktu (*timeliness*) (Hatta, 2013).

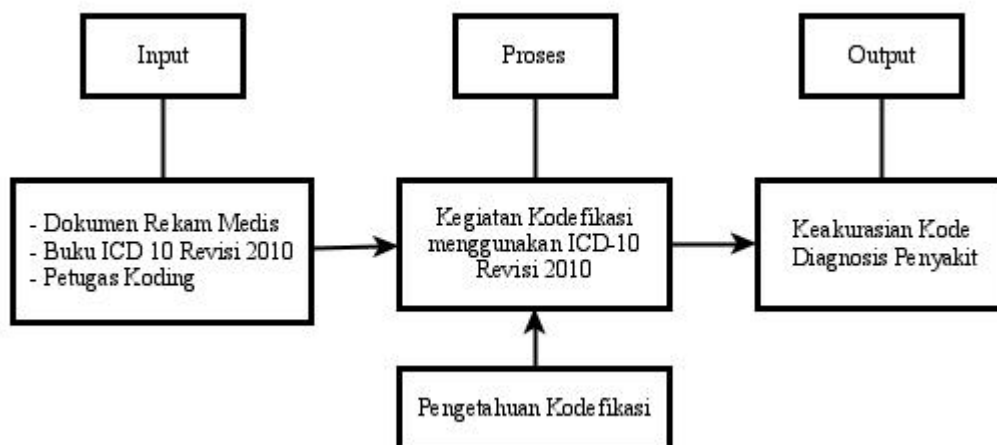
e. Keakuratan Kode Diagnosa

Pengkodean yang akurat diperlukan rekam medis yang lengkap. Setiap fasilitas kesehatan mengupayakan supaya pengisian rekam medis harus lengkap sesuai dengan peraturan yang berlaku. Rekam medis harus memuat dokumen yang akan dikode, seperti pada lembar depan (RMI, lembaran operasi dan laporan tindakan, laporan patologi dan resume pasien keluar). Pengode membantu meneliti dokumen untuk verifikasi diagnosis dan tindakan kemudian baru ditetapkan kode dari diagnosis dan tindakan tersebut (Hatta, 2013).

Ketepatan dan keakuratan pemberian kode dari suatu diagnosis sangat bergantung pada faktor-faktor sebagai berikut:

- 1) Tulisan dokter yang sulit dibaca
 - 2) Diagnosis yang tidak spesifik
 - 3) Keterampilan dan pengetahuan petugas koding dalam pemilihan kode
- (Budi, 2011).

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Dalam kerangka konsep ini, menjelaskan bahwa setelah pasien mendapatkan pelayanan kesehatan, dokumen rekam medis tersebut dilakukan proses koding oleh petugas koding dengan buku ICD 10 Revisi 2010 sebagai acuan. Pada proses koding pengetahuan petugas koding dapat mempengaruhi hasil kodefikasi yaitu kode akurat atau kode tidak akurat.

2.3 Hipotesis

H₀ : Tidak adanya hubungan antara pengetahuan petugas koding dengan keakuratan kode diagnosis penyakit di RSUD dr. Iskak Tulungagung ($p \geq 0,05$)

H₁ : Adanya hubungan antara pengetahuan petugas koding dengan keakuratan kode diagnosis penyakit di RSUD dr. Iskak Tulungagung ($p < 0,05$)