

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit.

1. Pengertian Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 ditinjau dari pengertiannya rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

a. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, fungsi rumah sakit adalah:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai 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 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.

2. Jenis Pelayanan Rumah Sakit.

Berdasarkan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SKII2008 tentang 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 medis
- 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 pemulasaran jenazah
- 19) Pelayanan laundry
- 20) Pelayanan pemeliharaan sarana rumah
- 21) Pelayanan pengendalian infeksi

3. Rawat Jalan

Menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.560/Menkes/SK/IV/2003 tentang tarif perjan rumahsakit bahwa rawat jalan adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medis dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa menginap dirumah sakit.(azrul Azwar 1996:75).

Dalam modul praktikum yang disusun oleh Deasy Rosmaladewi dan Lily Widjaya menjelaskan, fungsi dari pelayanan rawat jalan yaitu menjadi tempat konsultasi, penyelidikan, pemeriksaan, dan pengobatan pasien oleh dokter yang ahli di masing-masing bidang atau spesialisik (Rosmaladewi, D. dan Widjaya, L., 2018). Pelayanan rawat jalan juga

dapat berfungsi menjadi tempat untuk penemuan diagnosis dini yaitu tempat pemeriksaan awal dalam suatu gejala penyakit. Dalam pelayanan rawat jalan di rumah sakit dapat terbagi menjadi beberapa poliklinik berdasarkan poliklinik spesialisik, poliklinik sub spesialisik, poliklinik spesialisik gigi dan sub spesialisik gigi (Rosmaladewi, D. dan Widjaya, L., 2018).

2.1.2 Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Rekam Medis atau rekam kesehatan atau catatan mengenai siapa, apa, kapan, dimana, mengapa, dan bagaimana pelayanan yang diberikan pada pasien selama masa perawatan (Hatta, 2013).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/Per/III/2008 tentang Rekam Medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

2. Tujuan Rekam Medis

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

3. Kegunaan Rekam Medis.

Kegunaan rekam medis menurut (Dirjen Yanmed, 2006) dapat dilihat dari beberapa aspek antara lain:

1) Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi 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 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 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 di pergunakan 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 di dokumentasikan dan dipakai sebagai bahan penanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

4. Isi Dokumen Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/Per/III/2008 tentang Rekam Medis.

1) Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada saranan pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat:

- a. Identitas pasien
- b. Tanggal dan waktu
- c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit.

- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
 - e. Diagnosis
 - f. Rerencana penatalaksanaan
 - g. Pengobatan dan atau tindakan
 - h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
 - i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
 - j. Persetujuan tindakan bila diperlukan
- 2) Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat:
- a. Identitas pasien
 - b. Tanggal dan waktu
 - c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
 - e. Diagnosis
 - f. Rencana penatalaksanaan
 - g. Pengobatan dan atau tindakan
 - h. Persetujuan tindakan bila diperlukan

- i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
 - j. Ringkasan pulang (*discharge summary*)
 - k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
 - l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu
 - m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
- 3) Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat sekurang-kurangnya memuat:
- a. Identitas pasien
 - b. Kondisi saat pasien tiba di sarana kesehatan
 - c. Identitas pengantar pasien
 - d. Tanggal dan waktu
 - e. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - f. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
 - g. Diagnosis
 - h. Pengobatan dan atau tindakan

- i. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut
- j. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- k. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain
- l. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien

4) Pengolahan Dokumen Rekam Medis.

Ruang lingkup pengolahan dokumen rekam medis terdiri dari beberapa sub kegiatan antara lain: *assembling*, *coding*, *indexing*, dan penyimpanan berkas rekam medis dan retensi berkas (Budi, 2011).

1) *Assembling*

Assembling berarti merakit, tetapi untuk kegiatan *assembling* berkas rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan tidaklah hanya sekedar merakit atau mengurut satu halaman ke halaman yang lain sesuai dengan aturan yang berlaku. Pengurutan halaman ke halaman yang lain sesuai dengan aturan yang berlaku. Pengurutan halaman ini dimulai dari berkas rekam medis rawat darurat, rawat jalan, dan rawat

Pergantian pada masing-masing pelayanan akan diberikan kertas pembatas yang menonjol sehingga dapat mempermudah pencarian formulir dalam berkas rekam medis (Budi, 2011).

Menurut (Budi, 2011), kegiatan assembling termasuk juga mengecek kelengkapan pengisian berkas rekam medis dan formulir yang harus ada pada berkas rekam medis. Untuk kegiatan pengecekan kelengkapan pengisian ini termasuk bagian kecil dari analisa kuantitatif.

2) Analisa Kuantitatif

Menurut Hatta (2013) dimaksudkan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam kesehatan (RK) rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan. Dalam metode analisa kuantitatif menitikberatkan pada 4 kriteria yaitu antara lain:

- a) Menelaah kelengkapan data sosial pasien (demografi): meliputi informasi tentang identitas pasien: (a) nama lengkap yang terdiri dari nama sendiri dan nama ayah/suami/marga/she; (b) nomor pasien; (c) alamat lengkap (d) usia; (e) orang yang dapat dihubungi dan (f) tanda tangan persetujuan.
- b) Menelaah kelengkapan bukti rekaman yang ada. Bukti rekaman yang dapat dipertanggungjawabkan secara lengkap

yaitu adanya data/ info kunjungan yang memuat alasan, keluhan pasien (kalau ada), riwayat pemeriksaan, data tambahan (lab), USG, EKG, EMG dll. Diagnosis/kondisi, rujukan (kalau dilakukan).

- c) Menelaah tanda bukti keabsahan rekaman dari tenaga kesehatan maupun tenaga lain terlibat dalam pelayanan kepada pasien sehingga informasi dapat dipertanggungjawabkan secara hukum.
- d) Menelaah tata cara mencatat (administratif yang meliputi adanya tanggal, keterangan waktu, menulis pada baris yang tetap serta menerapkan cara koreksi yang benar. Keempat unsur ini merupakan hal yang sering disepelekan dalam pencatatan sehingga pelaksanaannya diidentikkan dengan tingkat kedisiplinan pengisi rekaman.

3) Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Menurut Permenkes No.129 tahun 2008, Standar pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal, tetapi juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh badan layanan umum kepada masyarakat. Standar pelayanan minimal yang ada di rekam medik ada empat, yaitu keterisian rekam medis 1 x 24 jam sejak pasien

pulang oleh dokter yang merawat, penyediaan rekam medis rawat jalan dalam waktu ≤ 10 menit, penyediaan rekam medis rawat inap dalam waktu ≤ 15 menit dan kelengkapan keterisian inform consent.

Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah pelayanan sebagai berikut:

Tabel 2.1 Standar Pelayanan Minimal untuk kelengkapan pengisian rekam medis

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis
Definisi Operasional	Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis,

	rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume.
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam satu bulan yang isi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

2.1.3 Diagnosis

1. Pengertian Diagnosis

Diagnosis adalah penetapan suatu keadaan yang menyimpang atau keadaan normal melalui dasar pemikiran dan pertimbangan ilmu pengetahuan. Setiap penyimpangan dari keadaan normal ini dikatakan sebagai suatu keadaan abnormal / anomali / kelainan (Ardhana, 2010).

Diagnosis juga merupakan kata / phrasa yang digunakan oleh dokter untuk menyebut suatu penyakit yang diterima oleh pasien, atau keadaan yang menyebabkan seorang pasien memerlukan / mencari / menerima asuhan medis (medical care). Diagnosis yang terekam dalam

lembar rekam medis, baik tunggal, kombinasi maupun serangkaian gejala sangat penting artinya dalam proses pemberian layanan kesehatan dan asuhan medis di rumah sakit. Karena hal inilah dikenal beberapa macam diagnosis (Haines dkk., 2019) yaitu :

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

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

2. Macam- Macam Diagnosis

Macam – macam diagnosis menurut *WHO*, sesuai dengan rekomendasi dari ICD-10, *WHO* menetapkan kategori–kategori

diagnosis yang digunakan untuk memaparkan data morbiditas, khususnya di rumah sakit, yaitu (Haines dkk., 2019) :

1) *Principal Diagnosis* merupakan diagnosis utama yang ditegakkan setelah dikaji, yang terutama bertanggung jawab menyebabkan admission pasien ke rumah sakit. *WHO* menetapkan batasan dari principal diagnosis ini adalah sebagai berikut :

- a. Ditentukan setelah selesai dikaji (*determined after study*).
- b. Menjadi alasan (penyebab) (fakta) admission masuk rawat inap (*caused this particular admission*).
- c. Menjadi fakta arahan terapi / pengobatan / tindakan lain – lain yang dilaksanakan (*focus of treatment*).

2) *Other Diagnosis*, selain principal diagnosis yang menggambarkan suatu kondisi dimana pasien mendapatkan pengobatan, atau dimana dokter mempertimbangkan kebutuhan untuk memasukkannya dalam pemeriksaan kesehatan lebih lanjut.

3) *Complication*, suatu diagnosis tambahan (*additional diagnosis*) yang menggambarkan suatu kondisi yang muncul setelah dimulainya observasi dan perawatan di rumah sakit yang mempengaruhi perjalanan penyakit pasien atau asuhan medis yang dibutuhkan. Dalam kata lain, komplikasi menggambarkan

suatu akibat yang tidak diharapkan atau '*misadventure*' dalam asuhan medis pasien rumah sakit.

3. Definisi ICD -10

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

International Statistical Clasification of Disease and Related Health Problem (ICD) dari WHO, adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional. Banyak sistem klasifikasi yang sudah dikenal di Indonesia, namun demikian, sesuai peraturan Depkes, sistem klasifikasi yang harus digunakan sejak tahun 1996 sampai saat ini adalah ICD 10 dari WHO (*Klasifikasi Statistik Internasional* mengenai penyakit dan masalah yang berhubungan dengan kesehatan, revisi kesepuluh). Sistem klasifikasi memudahkan pengaturan pencatatan, pengumpulan, penyimpanan, pengambilan, dan analisis data kesehatan. Terlebih lagi, sistem ini juga membantu pengembangan dan penerapan sistem pencatatan dan pengumpulan data pelayanan klinis pasien secara manual maupun elektronik (Hatta, 2013).

4. Fungsi dan Kegunaan ICD-10

Menurut Hatta (2013) fungsi ICD sebagai system 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 disarana pelayanan kesehatan.
- 2) Masukan bagi sistem pelaporan diagnosis medis.
- 3) Memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia pelayanan.
- 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.

5. Struktur ICD-10

Menurut Hatta (2013) struktur ICD-10 terdiri dari:

1) Volume 1

Volume 1 (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 diletakan sebagai berikut:

- a) Pengantar
- b) Peryataan
- c) Pusat-pusat kolaborasi WHO untuk klasifikasi penyakit
- d) Laporan konferensi internasional yang menyetujui revisi
- e) Daftar 3 karakter
- f) Daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori termasuk sub 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 pengodean 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: table obat dan zat kimia

f) Perbaikan terhadap volume 1

6. Konvensi pengkodean dalam ICD-10

1) *Inclusion terms*

Di dalam rubrik 3- dan 4-karakter biasanya tertulis sejumlah diagnosis disamping 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 di antara 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 subkategori dari subkategori 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.

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 subkategori yang menunjukkan tempat klasifikasinya di dalam ICD.

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

2) 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 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 kondisi lebih dikenal dengan nama kondisi itu sendiri, sedangkan yang memenuhi syarat justru jenis yang kurang umum.

3) *NEC* “*Not Elsewhere Classified*”

Kata-kata ini yang berarti ‘tidak diklasifikasikan ditempat 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.

4) “*And*”

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

5) *Point dash*.-

Pada beberapa kasus, karakter ke-4 pada subkategori digantikan oleh 'dash' atau strip datar.

6) *Cross-references*

Rujukan-silang digunakan untuk menghindari duplikasi yang tidak perlu pada term didalam 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 ter-indentasi di bawah term tempat 'see also' tersebut berada.

2.1.4 Pemberian Kode (*Coding*)

Coding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data (Budi, 2011:82).

a. Langkah-langkah dasar dalam menentukan kode menurut Hatta (2008):

- 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 I-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). Bilq 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 didalam 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 “0” sesudah *lead term* (kata dalam kurung = *modifier*, tidak akan mempengaruhi kode). Istilah lain yang ada dibawah *lead term* (dengan tanda (-) minus =*idem=ident*) 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 tepat. Lihat kode tiga karakter di indeks dengan tanda minus pada posisi keempat yang berarti bahwa isian untuk karakter keempat itu ada di dalam volume 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indeks (Volume 3).

Perhatikan juga perintah untuk membubuhi kode tambahan (*additional code*) serta aturan cara penulisan dan pemanfaatannya dalam pengembangan indeks penyakit dan dalam sistem pelaporan morbiditas dan mortalitas.

- 7) Ikuti pedoman *Inclusion* dan *Exclusion* pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (*chapter*), blok, kategori. Atau subkategori.
- 8) Tentukan kode yang dipilih.
- 9) Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang akan dikode untuk memastikan kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama diberbagai lembar formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan.

b. Elemen Kualitas Pengkodean

Menurut Hatta (2013), audit harus dilakukan untuk *review* kode yang dipilih oleh petugas. Proses pengkodean harus dimonitor untuk beberapa elemen sebagai berikut:

- 1) Konsisten bila dikode petugas berbeda kode tetap sama (*reliability*).
- 2) Kode tepat sesuai diagnosis dan tindakan (*validity*)

3) Mencakup semua diagnosis dan tindakan yang ada di rekam medis (*completeness*)

4) Tepat waktu (*timeliness*)

c. Keakuratan Kode Diagnosa

Menurut Hatta (2013) menyatakan bahwa untuk pengkodean yang akurat diperlukan rekam medis yang lengkap. Setiap fasilitas kesehatan dengan peraturan yang berlaku. Rekam medis harus memuat dokumen yang akan dikode, seperti 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.

Menurut Budi (2011) kecepatan dan ketepatan pemberian kode dari suatu diagnosis sangat tergantung pada faktor-faktor sebagai berikut:

- a. Tulisan dokter yang sulit dibaca
- b. Diagnosis yang tidak spesifik
- c. Keterampilan petugas koding dalam pemilihan kode

