BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

1. Definisi Rumah Sakit

Menurut WHO (*World Health Organization*) Rumah Sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna, penyembuhan penyakit dan pencegahan penyakit kepada masyarakat, serta merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik.

Berdasarkan Undang Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Rumah Sakit adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan Rawat Inap, Rawat Jalan, dan Gawat Darurat. Rumah Sakit merupakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan lanjutan yang meliputi pelayanan spesialistik dan/atau pelayanan subspesialistik.

2. Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Berdasarkan Undang Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Rumah Sakit mempunyai hak sebagai berikut:

a. Menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
b. Menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
c. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam mengembangkan pelayanan;

d. Menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
e. Menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
f. Mendapatkan pelindungan hukum dalam melaksanakan Pelayanan Kesehatan; dan
g. Mempromosikan layanan Kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban sebagai berikut:

a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
b. Memberikan Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan Pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
c. Memberikan pelayanan Gawat Darurat kepada Pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
d. Berperan aktif dalam memberikan Pelayanan Kesehatan pada bencana sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan bagi Pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan Gawat Darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan bagi korban bencana dan KLB, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani Pasien;
h. Menyelenggarakan rekam medis;
i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak, antara lain sarana ibadah, tempat parkir, ruang tunggu,

sarana untuk penyandang disabilitas, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia;

j. Melaksanakan sistem rujukan;
k. Menolak keinginan Pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan;
l. Memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban Pasien;
m. Menghormati dan melindungi hak-hak Pasien;
n. Melaksanakan etika Rumah Sakit;
o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
p. Melaksanakan program pemerintah di bidang Kesehatan, baik secara regional maupun nasional;
q. Membuat daftar Tenaga Medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan Tenaga Kesehatan lainnya;
r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit;
s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
t. Memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

3. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna (Kemenkes RI, 2009). Untuk menjalankan tugas tersebut, Rumah Sakit mempunyai fungsi sebagai berikut:

a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;

b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan;

4. Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan menjadi 2 kategori (Kemenkes RI, 2020), yaitu:

a. Rumah Sakit Umum

   Memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.

b. Rumah Sakit Khusus

   Memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

Klasifikasi Rumah Sakit umum terdiri atas:

a. Rumah Sakit umum kelas A, merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 250 buah.
b. Rumah Sakit umum kelas B, merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 200 buah.
c. Rumah Sakit umum kelas C, merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 buah.

d. Rumah Sakit umum kelas D, merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 50 buah. Rumah Sakit umum kelas D terbagi menjadi 2 macam, yaitu:
    1) Rumah Sakit Umum kelas D
    2) Rumah Sakit kelas D pratama

Klasifikasi Rumah Sakit khusus terdiri atas:

a. Rumah Sakit khusus kelas A, merupakan Rumah Sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 buah.
b. Rumah Sakit khusus kelas B, merupakan Rumah Sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 75 buah.
c. Rumah Sakit khusus kelas C, merupakan Rumah Sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 25 buah

2.1.2 Rawat Inap

1. Definisi Rawat Inap

Rawat inap merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit dimana pasien tinggal sedikitnya satu hari berdasarkan rujukan dari pelaksanaan pelayanan kesehatan atau rumah sakit pelaksana pelayanan kesehatan lain. Rawat inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, dan rehabilitasi medis, dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan seperti rumah sakit pemerintah dan swasta, serta puskesmas perawatan dan rumah bersalin, karena penyakit penderita yang mengharuskannya untuk menginap (Isminingsih, 2018). Pelayanan Rawat Inap yang diberikan Rumah Sakit terhadap pasien dituangkan dalam bentuk data yang disimpan dalam lembaran-lembaran yang di isi secara terperinci oleh petugas kesehatan dalam Rekam Medis pasien

Rawat Inap yang kemudian dikelola oleh bagian Rekam Medis (Pujilestari, 2020).

2. Tujuan Rawat Inap

Tujuan rawat inap yaitu untuk memudahkan pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif, memudahkan menegakkan diagnosis pasien dan perencanaan terapi yang tepat, memudahkan pengobatan dan terapi yang akan dan harus didapatkan pasien, mempercepat tindakan kesehatan, memudahkan pasien untuk mendapatkan berbagai jenis pemeriksaan penunjang yang diperlukan, mempercepat penyembuhan penyakit pasien, dan memenuhi kebutuhan pasien sehari-hari yang berhubungan dengan penyembuhan penyakit dan termasuk pemenuhan gizi (Ibrahim et al., 2018).

2.1.3 Rekam Medis

1. Definisi Rekam Medis

Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2022).

Menurut Buku Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II, Rekam Medis diartikan sebagai keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnese, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap,rawat jalan, maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Departemen Kesehatan RI, 2006)

Menurut Gemala Hatta (2008), rekam medis merupakan kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dan riwayat penyakitnya, termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleh para praktisi kesehatan dalam upaya mereka memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

2. Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis

Tujuan Rekam Medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Tanpa didudkung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

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 paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b. Aspek Medis

   Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang 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 usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

d. Aspek Keuangan

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

e. Aspek Penelitian

   Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat

dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

f. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran di bidang profesi pendidikan kesehatan.

g. 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.

3. Manfaat Rekam Medis

Manfaat Rekam Medis (Bachtiar & Sumaryana, 2018), yaitu:

a. Sebagai dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pesien
b. Sebagai bahan pembuktian dalam perkara hukum
c. Bahan untuk kepentingan penelitian
d. Sebagai dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan dan
e. Sebagai bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan

4. Rekam Medis di UOBK RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo

UOBK RSUD dr. Mohamad Saleh menggunakan rekam medis manual hingga akhir tahun 2023. Rekam medis pasien disiapkan di bagian TPPRJ (Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan) dan TPPRI (Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap). TPPRJ dan TPPRI bertugas menyiapkan rekam medis untuk pasien baru, mulai dari menyiapkan map, menyiapkan formulir yang dibutuhkan, dan memberikan nomor rekam medis. Pada pasien gawat darurat, rekam medis disiapkan oleh petugas TPPRI. Setelah disiapkan oleh

petugas TPPRJ dan TPPRI, rekam medis diantarkan ke poli/bangsal yang bersangkutan.

Sistem penomoran rekam medis di RSUD dr. Mohamad Saleh menggunakan *Unit Numbering System*, dimana pasien akan mendapatkan satu nomor rekam medis pada saat pertama kali mendaftar, dan nomor rekam medis tersebut akan digunakan untuk semua kunjungan pasien, baik itu kunjungan rawat jalan, rawat inap, maupun gawat darurat.

Sistem penyimpanan (*filing*) rekam medis di RSUD dr. Mohamad Saleh menggunakan sistem desentralisasi. Desentralisasi yaitu penyimpanan rekam medis pasien dengan memisahkan berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap pada folder penyimpanan yang terpisah. Setelah pasien selesai dilayani, rekam medis rawat jalan akan disimpan ke bagian *filing* rawat jalan dan rekam medis rawat inap akan disimpan ke bagian *filing* rawat inap. Pada pasien gawat darurat, dokumen rekam medis akan disimpan di *filing* gawat darurat yang berada dalam ruangan yang sama dengan *filing* rawat jalan.

Sistem penjajaran rekam medis di RSUD dr. Mohamad Saleh menggunakan *Terminal Digit Filing System* atau Sistem Angka Akhir. Sistem penjajaran dengan sistem angka akhir yaitu suatu sistem penyimpanan dokumen rekam medis dengan mensejajarkan dokumen rekam medis berdasarkan urutan nomor rekam medis pada 2 angka terakhir.

Mulai Bulan Januari Tahun 2024, UOBK RSUD dr. Mohamad Saleh mulai menerapkan rekam medis elektronik. Hal ini didasarkan pada Permenkes No 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis yang menyatakan bahwa “Seluruh Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri ini paling lambat pada tanggal 31 Desember 2023”.

2.1.4 Diagnosis

Permenkes RI Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman INA-CBG dalam Pelaksanaan JKN menjelaskan bahwa diagnosis terbagi menjadi 2 jenis, yaitu diagnosis utama dan diagnosis sekunder

1. Diagnosis utama adalah diagnosis yang ditegakkan oleh dokter pada akhir episode perawatan yang menyebabkan pasien mendapatkan perawatan atau pemeriksaan lebih lanjut.
2. Diagnosis sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode perawatan. Diagnosis sekunder merupakan komorbiditas dan/atau komplikasi.
    a) Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi yang sudah ada sebelum pasien masuk rawat dan membutuhkan pelayanan kesehatan setelah masuk maupun selama rawat.
    b) Komplikasi adalah penyakit yang timbul dalam masa perawatan dan memerlukan pelayanan tambahan sewaktu episode pelayanan, baik yang disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul akibat dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

2.1.5 Klasifikasi

Klasifikasi penyakit adalah suatu sistem pengelompokan/kategorisasi satuan penyakit (*morbid entities*) berdasarkan suatu kriteria yang disepakati bersama. Dengan demikian sistem klasifikasi penyakit merupakan standarisasi kondisi/tindakan medis ke dalam suatu kelompok tertentu (Anggraini et al., 2017)

Sistem klasifikasi digunakan untuk mengorganisir data asuhan kesehatan agar pengambilan kembali data menjadi mudah dan bermakna. Biasanya praktisi informasi kesehatan yang bertanggungjawab untuk memilih sistem klasifikasi yang tepat untuk klasifikasi, penyimpanan dan pengambilan kembali informasi kesehatan pasien dari berkas rekam medisnya. Terdapat 3 kelompok

Klasifikasi yang termasuk dalam WHO – *Family of International Classification* (FIC), yaitu Klasifikasi Rujukan (*Reference*), Klasifikasi Derivasi, dan Klasifikasi Terkait (*Related*).

1. Klasifikasi Rujukan (*Reference*), adalah parameter utama sistem kesehatan, seperti kematian, penyakit, fungsionalitas, disabilitas, kesehatan dan intervensi (prosedur) kesehatan. Terdapat 2 klasifikasi rujukan dalam WHO-FIC, yaitu ICD (*International Classification of Diseases and Health Related Problems*) dan ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*)
2. Klasifikasi Deriviasi, merupakan turunan dari klasifikasi rujukan. Klasifikasi Derivasi yang termasuk WHO-FIC terdapat adaptasi-spesialistik dari ICF dan ICD, seperti ICD-O-3 (*The International Classification of Diseases for Oncology*) dan ICD-10-NA (*the Application of the International Classification of Diseases to Neurology*)
3. Klasifikasi Terkait (*Related*), adalah klasifikasi yang sebagian mengacu pada klasifikasi rujukan, atau berkaitan dengan klasifikasi rujukan pada bagian spesifik dari strukturnya. ICPC-2 (*International Classification of Primary Care*) dan ICECI (*the International Classification of External Causes of Injury*) termasuk kedalam Klasifikasi Terkait dalam WHO-FIC.

2.1.6 Koding

1. Definisi Koding

Menurut Permenkes RI Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman INA-CBG dalam Pelaksanaan JKN, koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 yang diterbitkan oleh WHO. Proses koding dilakukan sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan oleh dokter.

Menurut Depkes RI (2006), koding atau *coding* adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada di dalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya diindeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen, dan riset di bidang kesehatan. Koding bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cidera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan.

2. Elemen Kualitas Koding

Menurut Gemala Hatta (2014) Kualitas data terkode adalah merupakan hal penting bagi kalangan tenaga personal Manajemen Informasi Kesehatan, fasilitas asuhan kesehatan, dan para professional Manajemen Informasi Kesehatan. Ketepatan data diagnosis sangat krusial di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan.

Kode diagnosis tersebut harus dievaluasi untuk mengetahui proses pengkodean dan hasil pengkodean yang dihasilkan sudah akurat (Maryati & Saputri, 2017). Audit harus dilakukan untuk me-*review* kode yang telah dipilih oleh petugas. Proses pengkodean harus dimonitor untuk beberapa elemen sebagai berikut:

a. *Reliability*, yaitu kode tersebut konsisten bila dikode petugas yang berbeda
b. *Validity*, yaitu kode tepat sesuai diagnosis atau tindakan yang ada dalam dokumen rekam medis
c. *Completeness*, yaitu kode mencakup semua diagnosis atau tindakan yang ada dalam dokumen rekam medis
d. *Timeliness*, yaitu pemberian kode diagnosis atau tindakan secara tepat waktu

2.1.7 ICD 10 (*The International Statistical Clasification of Diseases and Related Health Problem, Tenth Revision*)

1. Definisi ICD 10

ICD-10 adalah singkatan dari *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision*. ICD-10 merupakan acuan yang digunakan dalam pengkodean penyakit di Indonesia. ICD telah menjadi klasifikasi diagnosis standar internasional untuk semua tujuan epidemiologi umum dan berbagai tujuan manajemen kesehatan. Klasifikasi penyakit adalah sistem kategori tempat jenis penyakit dikelompokkan sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan. ICD dipakai untuk mengubah diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lain menjadi kode alfa-numerik, sehingga penyimpanan, pengambilan dan analisis data dapat dilakukan dengan mudah (WHO, 2016)

2. Struktur ICD 10

Berdasarkan Permenkes Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman INA-CBG dalam Pelaksanaan JKN ICD 10 revisi Tahun 2010 terdiri dari 3 volume dan 22 bab dengan rincian sebagai berikut:

a. Volume 1 merupakan daftar tabulasi dalam kode alfanumerik tiga atau empat karakter dengan inklusi dan eksklusi, beberapa aturan pengkodean, klasifikasi morfologis neoplasma, daftar tabulasi khusus untuk morbiditas dan mortalitas, definisi tentang penyebab kematian serta peraturan mengenai nomenklatur.
b. Volume 2 merupakan manual instruksi dan pedoman pengunaan ICD-10
c. Volume 3 merupakan Indeks alfabetis, daftar komprehensif semua kondisi yang ada di daftar Tabulasi (volume 1), daftar sebab luar gangguan (external cause), tabel neoplasma serta petunjuk memilih kode yang sesuai

untuk berbagai kondisi yang tidak ditampilkan dalam Tabular List.

Tabel 2.1 Daftar Kode ICD 10

Bab	Blok	Judul
I	A00-B99	*Certain infectious and parasitic diseases*
II	C00-D48	*Neoplasms*
III	D50-D89	*Disease of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism*
IV	E00-E90	*Endocrine, nutritional and metabolic disease*
V	F00-F99	*Mental and behavior disorders*
VI	G00-G99	*Disease of the nervous system*
VII	H00-H59	*Disease of the eye and adnexa*
VII	H60-H95	*Disease of the ear and mastoid process*
IX	I00-I99	*Disease of the circulatory system*
X	J00-J99	*Disease of the respiratory system*
XI	K00-K93	*Disease of the digestive system*
XII	L00-L99	*Disease of the skin and subcutaneous tissue*
XIII	M00-M99	*Disease of the musculoskeletal system and connective tissue*
XIV	N00-N99	*Disease of the genitourinary system*
XV	O00-O99	*Pregnancy, childbirth and the puerperium*
XVI	P00-P96	*Certain condition originating in the perinatal period*
XVII	Q00-Q99	*Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities*
XVIII	R00-R99	*Symptoms, sign and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified*
XIX	S00-T98	*Injury, poisoning and certain other consequences of external causes*
XX	V01-Y98	*External causes of morbidity and mortality*
XXI	Z00-Z99	*Factors influencing health status and contact with health services*
XXII	U00-U99	*Codes for special purpose*

3. Langkah Langkah Penggunaan ICD 10

Langkah-langkah koding menggunakan ICD 10:

a) Identifikasi tipe pernyataan yang akan dikode dan lihat di buku ICD volume 3 (*Alphabetical Index*). Jika pernyataannya adalah penyakit atau cedera atau lainnya

diklasifikasikan dalam bab 1-19 dan 20-21 (*Section* I *Volume* 3). Jika pernyataannya adalah penyebab luar atau cedera diklasifikasikan pada bab 20 (*Section* II *Volume* 3)

b) Tentukan *Lead Term*. Untuk penyakit dan cedera biasanya adalah kata benda untuk kondisi patologis. Namum, beberapa kondisi dijelaskan dalam kata sifat atau eponym dimasukkan dalam index sebagai *Lead Term*.

c) Baca 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 dibawah lead term (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum.

e) Ikuti setiap petunjuk rujukan silang ("*see*" dan "*see also*") yang ditemukan dalam *index*

f) Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada volume 1. Untuk Kategori 3 karakter dengan .- (*point dash*) berarti ada karakter ke 4 yang harus ditentukan pada Volume 1 karena tidak terdapat dalam *Index*.

g) Baca setiap *inclusion* atau *exclusion* dibawah kode yang dipilih, dibawah bab, dibawah blok atau dibawah judul kategori

h) Tentukan Kode.

2.1.8 *Rule MB*

Dalam kaidah koding ICD, apabila koder tidak dapat melakukan klarifikasi diagnosa kepada dokter penanggungjawab pasien, maka koder dapat melakukan reseleksi (pemilihan ulang) suatu diagnosis sebagai diagnosis utama dengan menggunakan aturan koding MB 1 – MB 5:

1. Rule MB 1

Kondisi minor tercatat sebagai ‘kondisi utama’, sedangkan kondisi yang lebih berarti dicatat sebagai ‘kondisi lain’. Apabila kondisi minor tercatat sebagai diagnosis utama, dan kondisi yang lebih bermakna/relevan dengan pengobatan yang diberikan atau spesialisasi perawatan, maka pilih kondisi yang lebih relevan sebagai diagnosis utama.

2. *Rule MB 2*

   Beberapa kondisi dicatat sebagai kondisi utama. Apabila terdapat kondisi yang tidak dapat dikode secara bersamaan dan tercatat sebagai diagnosis utama, dan catatan informasi medis menunjukkan salah satu dari diagnosis tersebut sebagai diagnosis utama, maka pilihkan diagnosis tersebut. Namun apabila tidak, maka pilih yang pertama kali disebutkan.

3. *Rule MB 3*

   Kondisi yang dicatat sebagai ‘kondisi utama’ ternyata merupakan gejala dari kondisi yang telah didiagnosis dan diobati. Apabila suatu gejala yang diklasifikasikan pada Bab XVIII (R) atau suatu masalah yang diklasifikasikan pada Bab XII (Z) tercatat sebagai diagnosis utama, sedangkan dalam catatan informasi medis pasien terdapat kondisi lain yang lebih menggambarkan diagnosis pasien, maka pilihkan kondisi tersebut sebagai diagnosis utama.

4. *Rule MB 4*

   Kespesifikan. Apabila diagnosis yang dicatat pada diagnosis utama adalah istilah umum, sedangkan ada istilah lain yang dapat memberikan informasi yang lebih tepat mengenai tempat atau bentuk suatu kondisi, maka pilihkan kondisi tersebut sebagai diagnosis utama.

5. *Rule MB 5*

   Diagnosis allternatif. Apabila suatu gejala atau tanda tercatat sebagai diagnosis utama karena satu atau lain hal gejala tersebut dipilih sebagai diagnosis utama, maka pilih kondisi

tersebut sebagai diagnosis utama. Apabila terdapat 2 kondisi atau lebih tercatat sebagai pilihan diagnostik sebagai kondisi utama, maka pilihlah yang pertama tercatat.

2.1.9 *Acute Myocardial Infarction*

Infark Miokard adalah suatu keadaan nekrosis otot jantung/kematian otot jantung akibat ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen pada miokard. Infark Miokard Akut adalah penyakit jantung yang disebabkan karena sumbatan arteri koroner. Sumbatan akut terjadi karena adanya aterosklerotik (plak) pada dinding arteri koroner, sehingga menyumbat aliran darah ke jaringan otot jantung (Anggraini et al., 2017)

Tipe infark miokard didasarkan pada lokasi infark dan lapisan-lapisan otot jantung. Lokasi infark miokard dikelompokkan sebagai anterior, inferior, lateral atau posterior. Area infark dapat meliputi sub-endokardium, epikardium, atau seluruh lapisan otot jantung (transmural) mulai dari endokardium sampai epikardium.

I21 Acute myocardial infarction

Includes: myocardial infarction specified as acute or with a stated duration of 4 weeks (28 days) or less from onset

Excludes: certain current complications following acute myocardial infarction (I23.-)
myocardial infarction:
· old (I25.2)
· specified as chronic or with a stated duration of more than 4 weeks (more than 28 days) from onset (I25.8)
· subsequent (I22.-)
postmyocardial infarction syndrome (I24.1)

I21.0 Acute transmural myocardial infarction of anterior wall
Transmural infarction (acute)(of):
· anterior (wall) NOS
· anteroapical
· anterolateral
· anteroseptal

I21.1 Acute transmural myocardial infarction of inferior wall
Transmural infarction (acute)(of):
· diaphragmatic wall
· inferior (wall) NOS
· inferolateral
· inferoposterior

I21.2 Acute transmural myocardial infarction of other sites
Transmural infarction (acute)(of):
· apical-lateral
· basal-lateral
· high lateral
· lateral (wall) NOS
· posterior (true)
· posterobasal
· posterolateral
· posteroseptal
· septal NOS

I21.3 Acute transmural myocardial infarction of unspecified site
Transmural myocardial infarction NOS

I21.4 Acute subendocardial myocardial infarction
Nontransmural myocardial infarction NOS

I21.9 Acute myocardial infarction, unspecified
Myocardial infarction (acute) NOS

Gambar 2.1 Kategori I21 *Acute Myocardial Infarction*

Infark miokard termasuk episode akut jika interval antara onset hingga saat admisi berlangsung kurang dari hingga sama dengan 4 minggu (28 hari). Terdapat pengecualian (*exclude*) di bawah kategori tersebut yaitu:

1. Apabila kondisi merupakan komplikasi lanjutan pasca infark, masuk kategori I23.-
2. *Old Myocard Infarction* (OMI), yaitu riwayat episode yang lalu, saat ini sudah tidak aktif, masuk kategori I25.2
3. Ditentukan sebagai kronis atau penyakitnya masih berlanjut selama lebih dari 28 hari sejak onset, masuk kategori I25.8
4. *Subsequent*, yaitu infark kambuhan atau lanjutan akut, masuk kategori I22

5. Sindrom pasca infark (masuk kategori I24).

Kode spesifik pada Infark Miokard Akut (IMA/AMI) mencakup lokasi infark. Koder dapat bertanya pada dokter atau melihat ECG untuk memastikan. Misalnya pada STEMI (transmural) dan NSTEMI (Non-transmural).

I22 Subsequent myocardial infarction

Includes: myocardial infarction :
extension
recurrent
reinfarction

Note: For morbidity coding, this category should be assigned for infarction of any myocardial site, occurring within 4 weeks (28 days) from onset of a previous infarction

Excludes: specified as chronic or with a stated duration of more than 4 weeks (more than 28 days) from onset (I25.8)

I22.0 Subsequent myocardial infarction of anterior wall
Subsequent infarction (acute)(of):
· anterior (wall) NOS
· anteroapical
· anterolateral
· anteroseptal

I22.1 Subsequent myocardial infarction of inferior wall
Subsequent infarction (acute)(of):
· diaphragmatic wall
· inferior (wall) NOS
· inferolateral
· inferoposterior

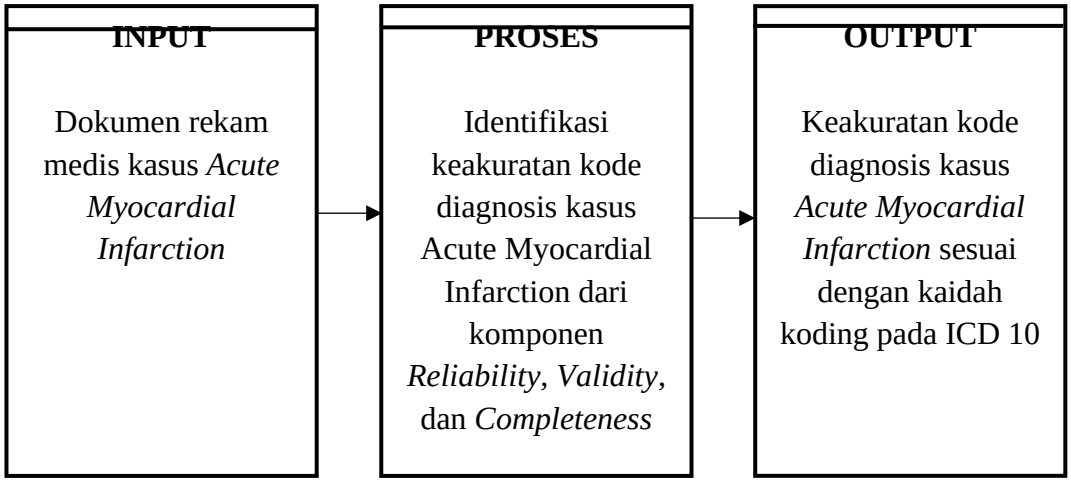
I22.8 Subsequent myocardial infarction of other sites
Subsequent myocardial infarction (acute)(of):
· apical-lateral
· basal-lateral
· high lateral
· lateral (wall) NOS
· posterior (true)
· posterobasal
· posterolateral
· posteroseptal
· septal NOS

I22.9 Subsequent myocardial infarction of unspecified site

Gambar 2.2 Kategori I22 *Subsequent Myocardial Iinfarction*

Kategori I22 merupakan infark miokardium lanjutan, rekuren atau re-infark (kambuhan) yang terjadi masih dalam kurun waktu 4 minggu sejak serangan pertama. Terdapat pengecualian (*exclude*) dibawah kategori tersebut, yaitu apabila infark miokard sudah dinyatakan kronik atau jika intervalnya sudah melebihi 4 minggu sejak onset, maka akan masuk kategori I25.8.

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka konsep diatas, *input* dalam penelitian ini yaitu dokumen rekam medis kasus *Acute Myocardial Infarction*, kemuadian dilakukan identifikasi keakuratan kode diagnosis pada dokumen rekam medis tersebut dari komponen *Reliability*, *Validity*, dan *Completeness*, sehingga *output*-nya yaitu keakuratan kode diagnosis kasus *Acute Myocardial Infarction* yang sesuai dengan kaidah koding pada ICD 10.