

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, Rumah Sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara menyeluruh meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat serta pelayanan rujukan termasuk pelayanan rekam medis dan penunjang medis, juga dimanfaatkan untuk kepentingan pendidikan, pelatihan, dan penelitian bagi para tenaga kesehatan (Kemenkes, 2020).

2. Jenis Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020, Berdasarkan jenis pelayanannya rumah sakit dibedakan menjadi dua jenis, yaitu rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.

a. Rumah Sakit Umum

Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan medis pada semua bidang dan semua jenis penyakit.

b. Rumah Sakit Khusus

Rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan primer dalam bidang atau jenis penyakit tertentu berdasarkan ilmu pengetahuan, kelompok umur, organ, jenis penyakit, atau spesialisasi lainnya. Misalnya seperti rumah sakit ibu dan anak, rumah sakit mata, rumah sakit jiwa, dan sebagainya (Kemenkes, 2020).

3. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang klasifikasi dan perizinan Rumah Sakit, ada beberapa tugas dan fungsi dari Rumah Sakit yaitu :

- a. Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, tidak diskriminatif, serta efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit
- b. Menyelenggarakan rekam medis
- c. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang memadai antara lain tempat ibadah, tempat parkir, ruang tunggu, fasilitas penyandang disabilitas, ibu menyusui, anak-anak, dan lansia.
- d. Melindungi dan menghormati hak-hak pasien
- e. Melaksanakan etika Rumah Sakit
- f. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana
- g. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional (Kemenkes, 2020).

2.1.2 Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis sesuai dengan Permenkes Nomor 24 tahun 2022 adalah berkas yang memuat tentang data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, serta pelayanan yang telah diberikan kepada pasien selama dirawat dirumah sakit (Kemenkes, 2022).

Menurut Indradi (2013), Rekam medis adalah kumpulan informasi yang saling berkaitan dengan kehidupan dan riwayat kesehatan seorang pasien termasuk riwayat penyakit dan tindakan atau pembedahan apapun yang pernah di derita pasien tersebut. Ditulis oleh tenaga medis yang bersama-sama berkontribusi memberi pelayanan kesehatan kepada pasien tersebut. Rekam medis harus sesegera

mungkin ditulis dan dilengkapi isinya setelah pasien menerima suatu bentuk pelayanan medis dimanapun dan kapanpun (Indradi S, 2013).

Menurut Mathar (2022), rekam medis atau rekam kesehatan dengan format kertas maupun elektronik merupakan sarana pendokumentasian data atau informasi utama di sarana kesehatan. Rekam medis menjadi alat komunikasi dan penyimpanan informasi kesehatan. Rekam medis juga menjadi sumber utama informasi kesehatan sehingga beragam instansi memanfaatkan rekam medis untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan (Mathar, 2022)

2. Tujuan Rekam Medis

Menurut Hatta 2013, tujuan utama dari dibuatnya rekam medis adalah untuk pelayanan pasien, dimana berkas rekam medis mencatat semua pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis, dan tenaga lain yang bekerja pada fasilitas layanan kesehatan. Dengan adanya catatan rekam medis, rekam medis membantu dalam pengambilan keputusan mengenai terapi, tindakan, dan penentuan diagnosis pasien (Hatta, 2013).

Ada beberapa tujuan pengaturan rekam medis menurut Permenkes Nomor 24 Tahun 2022, yaitu :

- a. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan
- b. Menjamin kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis
- c. Menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaan data rekam medis
- d. Melakukan implementasi dan pengelolaan rekam medis berbasis digital dan terintegrasi (Kemenkes, 2022).

3. Isi Rekam Medis

Menurut Permenkes Nomor 24 Tahun 2022, isi rekam medis paling sedikit terdiri atas :

- a. Identitas pasien
- b. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang
- c. Diagnosis, pengobatan, dan rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan
- d. Nama dan tanda tangan tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan.

Sedangkan isi dari rekam medis elektronik sekurang-kurangnya terdiri dari dokumentasi administratif dan dokumentasi klinis (Kemenkes, 2022)

4. Sifat Rekam Medis

Menurut (Mathar, 2022), petugas rekam medis harus mengetahui bahwa rekam medis yang dapat dipertanggung jawabkan adalah rekam medis yang bersifat :

- a. Akurat. Rekam medis harus mampu memberikan informasi yang akurat, relevan, terorganisir dengan baik dan tepat waktu.
- b. Mudah diperoleh. Rekam medis harus bisa diperoleh dalam waktu yang relatif singkat
- c. Lengkap. Rekam medis harus diisi secara lengkap, jelas, bertanggung jawab, dan dapat dimengerti.
- d. Dapat dibaca dengan jelas, setiap formulir rekam medis harus diisi dengan jelas dengan tulisan yang mudah dibaca agar tidak menimbulkan kerancuan dalam pengkodean penyakit dan prosedur medis.

2.1.3 *International Classification of Disease and Related Health Problem* (ICD)

1. Pengertian ICD

International Classification of Disease and Related Health Problem atau singkatnya ICD adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional yang sampai saat ini masih digunakan, sistem klasifikasi penyakit adalah sistem yang mengelompokkan penyakit dan prosedur yang sejenis ke dalam satu kelompok kode untuk penyakit dan prosedur serupa. Sistem klasifikasi memudahkan pengaturan, pencatatan, pengumpulan, penyimpanan, pengambilan dan analisis data kesehatan (Hatta, 2013)

2. Tujuan dan Fungsi ICD

Tujuan dari ICD adalah untuk memungkinkan pencatatan sistematis, analisis, interpretasi, serta perbandingan data morbiditas dan mortalitas yang dikumpulkan di berbagai negara atau wilayah pada waktu yang berbeda. ICD digunakan untuk menerjemahkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lain dari kata ke kode alfanumerik sehingga memudahkan penyimpanan, pengambilan, dan analisis data kesehatan (WHO, 2016).

3. Struktur ICD

Menurut WHO 2016, ICD-10 terdiri dari 3 Volume dan 21 Bab dengan rincian sebagai berikut :

a. Volume 1

Volume 1 merupakan daftar tabulasi dalam kode alfanumerik yang terdiri dari tiga atau empat karakter dengan inklusi dan eksklusi, beberapa aturan pengodean, klasifikasi morfologi neoplasma, daftar tabulasi khusus untuk morbiditas dan mortalitas, definisi tentang penyebab kematian, dan peraturan mengenai nomenklatur.

b. Volume 2

Volume 2 ICD-10 merupakan instruksi manual dan pedoman dalam penggunaan ICD-10.

c. Volume 3

Volume 3 ICD-10 berisi indeks alfabetis, daftar komprehensif semua kondisi yang ada di daftar tabulasi (volume 1) daftar penyebab luar atau *external cause*, tabel neoplasma, serta petunjuk memilih kode yang sesuai untuk berbagai kondisi yang tidak termasuk dalam tabular list.

4. Sistem Klasifikasi Penyakit ICD-10

Menurut (Hatta, 2013) ICD-10 terdiri dari 22 Bab yaitu :

Tabel 2. 1 Klasifikasi Penyakit ICD-10

Bab	Blok	Judul
I	A00-B99	Penyakit parasit dan infeksi tertentu
II	C00-D89	Neoplasma
III	D50-D89	Penyakit darah dan organ pembentuk darah, dan kelainan tertentu yang melibatkan mekanisme imun
IV	E00-E90	Penyakit endoktrin nutrisi dan metabolik
V	F00-F99	Gangguan mental dan perilaku
VI	G00-G99	Penyakit sistem saraf
VII	H00-H59	Penyakit mata dan adneksa
VIII	H60-H95	Penyakit telinga dan prosessus mastoideus
IX	I00-I99	Penyakit sistem sirkulasi
X	J00-J99	Penyakit sistem pernafasan
XI	K00-K93	Penyakit sistem pencernaan
XII	L00-L99	Penyakit kulit dan jaringan subkutan
XIII	M00-M99	Penyakit sistem muskuluskeletal dan jaringan penunjang
XIV	N00-N99	Penyakit sistem kemih
XV	O00-O99	Kehamilan, kelahiran, dan nifas
XVI	P00-P96	Kondisi tertentu yang berasal dari periode perinatal
XVII	Q00-Q99	Malformasi, deformasi, dan kelainan kromosom kongenital perkembangan
XVIII	R00-R99	Gejala, tanda, dan temuan klinik aboratorium abnormal
XIX	S00-T98	Cedera, keracunan, dan akibat lain tertentu dari penyebab eksternal
XX	V01-Y98	Penyebab luar morbiditas dan mortalitas
XXI	Z00-Z99	Faktor yang mempengaruhi keadaan kesehatan dan kontak dengan pelayanan kesehatan
XXII	U00-U00	Kode untuk tujuan khusus

2.1.4 Diagnosis

1. Pengertian Diagnosis

Diagnosis adalah penyakit, cedera, cacat, atau masalah kesehatan lainnya yang diderita oleh seseorang (Hatta, 2013). Penetapan diagnosis pasien adalah kewajiban, hak, dan tanggung jawab dokter yang bersangkutan dan tidak dapat diubah. Oleh karena itu, diagnosis dalam rekam medis harus di isi dengan lengkap dan akurat sesuai pedoman ICD-10 (Depkes RI, 2006)

2. Macam-macam Diagnosis

Menurut (Hatta, 2013) ada 2 macam diagnosis yaitu diagnosis utama dan diagnosis sekunder dengan rincian sebagai berikut :

- a. Diagnosis utama adalah suatu diagnosis atau kondisi kesehatan yang mengakibatkan pasien menjalani perawatan atau pengobatan yang ditegakkan pada akhir episode pelayanan. Atau singkatnya, kondisi yang setelah diteliti menjadi penyebab utama pasien masuk rumah sakit untuk mendapatkan perawatan dan pengobatan. Diagnosis utama ini tidak harus diagnosis yang paling menonjol.
- b. Diagnosis sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk rumah sakit atau yang timbul selama suatu episode pelayanan. Semua kondisi yang menyertai kondisi utama atau berkembang di kemudian hari atau yang berpotensi mempengaruhi pengobatan yang pasien terima. Tetapi, diagnosis yang berhubungan dengan episode sebelumnya dan tidak mempengaruhi pengobatan serta perawatan saat ini tidak dilibatkan.

2.1.5 Cedera dan External Cause

1. Pengertian Cedera

Menurut Kamus Kedokteran Dorland, cedera atau *injury* adalah terminologi yang biasanya dipakai untuk cedera pada tubuh

akibat faktor eksternal atau faktor dari luar akibat pengaruh buruk yang menimpa seseorang (Dorland, 2020).

2. Pengertian *External Cause*

Menurut WHO 2016, *external cause* atau penyebab luar adalah sifat dan keadaan yang menyebabkan suatu kondisi seperti cedera, keracunan dan efek lain dari penyebab luar. Sebagai contoh *open wound of ankle* setelah terjatuh dari tangga pusat perbelanjaan saat sedang bekerja, maka *external causenya* adalah terjatuh dari tangga pusat perbelanjaan saat sedang bekerja.

3. Klasifikasi Cedera

Menurut (Nurhayati, 2018) secara patofisiologi, cedera yang terjadi pada tubuh manusia terbagi menjadi 2 jenis, yaitu sebagai berikut :

a. Cedera Jaringan Lunak

Cedera jaringan lunak adalah cedera yang terjadi pada jaringan tubuh yang disebut jaringan lunak. Contoh cedera jaringan lunak yaitu:

- 1) Cedera pada kulit. Cedera yang paling sering terjadi pada kulit adalah ekskoriasi (lecet), laserasi (robek), dan punctum (luka karena tusukan)
- 2) Cedera pada otot/tendon dan ligamen. Cedera otot atau tendon dan ligament ada 2 macam yaitu strain dan sprain.

a) Strain

Strain adalah cedera yang terjadi pada otot dan tendon. Biasanya disebabkan oleh adanya regangan yang berlebihan. Gejala yang timbul biasanya nyeri yang terlokalisasi, kekakuan, bengkak, hematoma di sekitar daerah yang cedera.

b) Sprain

Sprain adalah cedera yang terjadi ketika ligamen terluka karena peregangan yang berlebihan. Gejala yang

biasanya timbul adalah nyeri, bengkak, hematoma, ketidakmampuan menggerakkan sendi, dan kesulitan untuk menggunakan ekstremitas yang cedera.

3) Cedera pada pembuluh darah dan nervus (saraf). Cedera yang dapat terjadi pada pembuluh darah dan nervus (saraf) adalah avulsi (robekan), lacerasi, rupture, dan hematoma

b. Cedera Jaringan Keras

Cedera jaringan keras biasanya terjadi pada tulang atau sendi dan juga dapat ditemukan bersama dengan cedera jaringan lunak. Jenis-jenis cedera pada jaringan keras adalah sebagai berikut :

1) Fraktur (Patah Tulang). Fraktur terjadi ketika tulang mengalami trauma (ruda paksa) melebihi batas kemampuan yang mampu ditoleransi. patah tulang dapat berupa retakan saja atau sampai hancur berkeping-keping. Patah tulang dapat dibagi menjadi 2 macam, yaitu:

a) Patah Tulang Tertutup (*Close Fracture*)

Keadaan patah tulang tetapi tidak diikuti oleh robeknya struktur di sekitarnya

b) Patah Tulang Terbuka (*Open Fracture*)

Situasi dimana ujung tulang yang patah menonjol keluar. Jenis fraktur ini lebih berbahaya daripada fraktur tertutup karena dengan terbukanya kulit maka bahaya infeksi akibat masuknya kuman-kuman penyakit ke dalam jaringan lebih besar.

2) Dislokasi adalah kondisi dimana posisi tulang pada sendi berada di tempat yang tidak semestinya. Dislokasi biasanya disertai dengan sprain ligament.

2.1.6 Sistem Kodefikasi

1. Pengertian Kodefikasi

Menurut Permenkes Nomor 24 Tahun 2022, Kodefikasi atau pengkodean merupakan kegiatan pemberian kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan medis yang berlaku saat ini sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yaitu *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems* atau ICD (Kemenkes, 2022).

Kodefikasi adalah pemberian atau penetapan kode dengan menggunakan huruf dan angka atau kombinasi huruf dan angka yang mewakili elemen data. Diagnosis dan tindakan yang ada dalam rekam medis harus diberi kode dan kemudian diindeks untuk mempermudah pelayanan dalam penyajian informasi untuk mendukung fungsi perencanaan, manajemen dan riset bidang kesehatan. Kode klasifikasi oleh WHO bertujuan untuk menyeragamkan nama dan jenis penyakit, cedera, gejala, dan factor-faktor yang mempengaruhi kesehatan. Seorang *coder* harus mampu melakukan klasifikasi penyakit dan tindakan secara akurat dan tepat melalui kode penyakit (ICD-10) dan kode tindakan (ICD 9 CM) (Mathar, 2022).

2. Tujuan Kodefikasi

Menurut (Hatta, 2013) ada beberapa manfaat kodefikasi, yaitu:

- a. Mengindeks pencatatan penyakit di sarana pelayanan kesehatan
- b. Memudahkan penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia layanan
- c. Sebagai bahan dasar dalam mengelompokkan *diagnosis-related groups* atau DRGs untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan
- d. Untuk pelaporan morbiditas dan mortalitas nasional dan internasional

- e. Sebagai tabulasi data pelayanan kesehatan untuk proses evaluasi perencanaan pelayanan kesehatan
 - f. Untuk menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai dengan kebutuhan zaman
 - g. Sebagai bahan analisis pembiayaan kesehatan
 - h. Untuk penelitian epidemiologi dan klinis
3. Standar dan Etik Kodefikasi

Menurut (Mathar, 2022) ada beberapa standar dan etik pengodean seorang *Professional Coder* yang dikembangkan oleh AHIMA, yaitu sebagai berikut:

- a. Akurat, lengkap dan konsisten sehingga menghasilkan data yang berkualitas. Akurat berarti penggunaan kode ICD-9 dan ICD-10 harus dilakukan dengan benar. Lengkap berarti data terkait diagnosis, pemeriksaan, dan tindakan yang diberikan kepada pasien tercatat secara lengkap dalam rekam medis sehingga *coder* dapat melakukan kodefikasi dengan mudah. Kodefikasi penyebab luar terkadang harus dilakukan oleh *coder* untuk melengkapi kode diagnosis sehingga kode menjadi lengkap dan akurat.
- b. Dalam memilih kode diagnosis dan tindakan yang tepat, *Coder* harus bisa mengikuti sistem klasifikasi yang berlaku saat ini
- c. Kodefikasi harus ditandai dengan laporan kode yang jelas dan konsisten pada dokumentasi dokter dalam rekam medis.
- d. *Professional Coder* harus berkonsultasi terlebih dahulu pada dokter untuk menentukan klasifikasi, kelengkapan pengisian data diagnosis dan tindakan.
- e. *Professional Coder* tidak boleh mengubah kode pada *bill* pembayaran
- f. *Professional Coder* harus termasuk anggota tim medis serta harus membantu dan mensosialisasikan kepada dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

- g. Perekam medis harus mampu berkolaborasi dan berkoordinasi dengan tenaga medis lain untuk menegakkan kodefikasi penyakit penyakit dan tindakan sehingga menjadi kode yang tepat dan akurat
- h. *Professional Coder* harus bisa mengembangkan kebijakan pengkodean di institusinya
- i. *Professional Coder* harus secara berkala meningkatkan kemampuannya dibidang kodefikasi dengan cara berlatih untuk menganalisa diagnosis dan tindakan dokter serta formulir-formulir rekam medis
- j. *Professional Coder* harus selalu berusaha memberikan kode yang paling akurat untuk pembayaran. Tindakan yang diberikan dan diagnosis yang ditetapkan harus sesuai dengan kode yang di input atau kode yang diberikan. Jika pemberian kode tidak tepat dan tidak sesuai dengan diagnosis dokter dapat mengakibatkan kerugian rumah sakit ataupun sebaliknya.

4. Langkah Dasar Kodefikasi

Menurut (Hatta, 2013) ada sembilan langkah dalam menentukan kodefikasi penyakit dengan menggunakan ICD-10, yaitu:

- a. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode dan buka ICD-10 volume 3 *Alphabetic index*. Bila pernyataan merupakan istilah penyakit, cedera, atau kondisi lain yang terdapat pada bab I-XIX dan XXI dalam volume 1, gunakanlah sebagai '*Lead term*' untuk kemudian digunakan sebagai panduan mencari istilah yang perlu ditemukan pada seksi I indeks volume 3. Bila pernyataan merupakan penyebab luar atau *external cause* dari cedera yang ada di bab XX volume I, lihat dan cari kodenya pada seksi II volume 3.
- b. *Lead Term* atau kata panduan untuk penyakit dan cedera biasanya menggunakan kata benda untuk menjelaskan kondisi

patologisnya. Sebaiknya jangan menggunakan kata anatomi, kata sifat atau kata keterangan sebagai *lead term*. Namun, beberapa kondisi yang dinyatakan sebagai kata sifat atau eponym (menggunakan nama penemu) yang tercantum dalam indeks sebagai *lead term*.

- c. Perhatikan catataan yang muncul di bawah istilah yang akan di pilih pada ICD-10 volume 3 dan ikuti petunjuknya.
- d. Baca istilah yang ada di dalam tanda kurung ‘()’ sesudah *lead term*. Istilah lain yang terdapat di bawah *lead term* (dengan tanda (-) minus idem = indent) dapat mempengaruhi kode, jadi pertimbangkan semua istilah diagnostik
- e. Perhatikan dengan cermat semua rujukan silang dan perintah *see* dan *see also* yang terdapat pada indeks
- f. Lihat pada daftar tabulasi volume 1 untuk menemukan kode yang paling tepat dan sesuai. Lihat kode tiga karakter di indeks dengan tanda minus pada posisi ke-4 yang menunjukkan bahwa isian untuk karakter ke-4 itu ada pada volume 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada pada volume 3. Perhatikan juga petunjuk untuk menambahkan kode tambahan (*additional code*) dan aturan penulisan serta penggunaannya dalam membangun indeks penyakit dan dalam sistem pelaporan morbiditas dan mortalitas.
- g. Ikuti pedoman *inclusion* dan *exclusion* pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (*chapter*), blok, kategori, ataupun subkategori.
- h. Tentukan kode ICD-10 yang akan dipilih
- i. Lakukan analisis data diagnostik yang dikode secara kuantitatif dan kualitatif untuk memastikan bahwa data tersebut sesuai dengan pernyataan diagnosis utama dokter di berbagai formulir rekam medis untuk menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan

5. Konvensi Tanda Baca dalam ICD

Menurut (WHO 2016) pada buku ICD-10 volume 2, makna dan kegunaan konvensi tanda baca ICD-10 antara lain adalah sebagai berikut :

a. *Inclusion Term*

Inclusion term adalah pernyataan diagnostik yang dikelompokkan atau masuk ke dalam suatu kelompok kode atau rubrik tertentu. Dapat digunakan untuk kondisi yang berbeda atau sinonimnya, tetapi bukan sebagai subklasifikasi dari rubrik.

b. *Exclusion Term*

Exclusion Term adalah kondisi yang tampak seolah dikelompokkan dalam kategori tertentu, tetapi ternyata masuk ke dalam kelompok pada kategori kode lain. Kode yang benar adalah yang diberi tanda kurung mengikuti istilah tersebut.

c. *Parenthesis* atau Tanda Kurung ()

- 1) Tanda kurung digunakan untuk mengurung kata tambahan yang bisa mengikuti term diagnosis tanpa mempengaruhi kode kata diluar tanda kurung
- 2) Tanda kurung digunakan untuk mengurung kode *exclusion term*
- 3) Pada judul blok, tanda kurung digunakan untuk mengurung kode yang jumlahnya 3 karakter
- 4) Tanda kurung digunakan untuk mengurung kode *dual classification* atau klasifikasi ganda *dagger* didalam kode *asterisk* atau kode *asterisk* yang mengikuti term *dagger*

d. *Square Brackets* atau kurung petak []

- 1) Kurung petak digunakan untuk menyertakan sinonim, kata alternatif atau frasa penjelasan
- 2) Kurung petak digunakan untuk merujuk pada catatan sebelumnya

3) Kurung petak digunakan untuk mengacu pada subdivisi karakter ke-4 yang telah di sebutkan sebelumnya

e. *Colon* atau tanda titik dua (:)

Tanda baca *Colon* digunakan dalam daftar istilah *inclusion term* dan *exclusion term* ketika kata-kata didepannya bukan merupakan istilah diagnostik yang lengkap. Diagnosis yang diikuti tanda *colon* berarti masih memerlukan satu atau lebih tambahan kata atau keterangan yang akan mengkualifikasi atau memodifikasi sebutan yang akan diberi kode agar istilah diagnosisnya sesuai dengan apa yang dimaksud oleh dokter dalam batas pengertian rubrik terkait.

f. *Brace* atau kurung tutup ‘ } ’

Brace digunakan dalam istilah *inclusion term* dan *exclusion term* yang menunjukkan bahwa kata sebelum atau sesudah diagnosis bukanlah istilah yang lengkap. Setiap istilah sebelum tanda *brace* harus dikelompokkan oleh satu atau lebih istilah yang mengikutinya. *Brace* juga berarti bahwa semua kelompok sebutan yang mendahuluinya belum lengkap batasan pengertiannya dan masih harus ditambahi dengan keterangan dibelakang tanda *brace*.

g. NOS atau *Not Otherwise Specified*

NOS juga berarti ‘*Unspecified*’ atau ‘*Unqualified*’ . Adanya tanda NOS mewajibkan *Coder* membaca lebih teliti agar tidak salah pilih nomor kode.

h. NEC atau *Not Elsewhere Classification*

NEC berarti ‘tidak diklasifikasikan di tempat lain’. NEC berfungsi sebagai peringatan bahwa diagnosis tertentu dari kondisi yang tercantum kemungkinan muncul dibagian klasifikasi lain.

i. *And & Point Dash (.-)*

Beberapa kode diagnosis berkarakter ke-4 dari subkategori yang diberi tanda *dash* (-) setelah tanda *point* (.) dan biasanya ditemukan di volume 1 atau 3 dengan kode diagnosis diakhiri tanda *PointDash*. Artinya penulisan kode belum lengkap, apabila kode akan dipilih, maka *coder* harus mengisi garis dengan suatu angka yang harus ditemukan atau diteliti lebih lanjut di volume 1

j. *Dagger (†) & Asterisk (*)*

Tanda *Dagger* (†) merupakan kode yang digunakan untuk menunjukkan kode utama penyebab penyakit. Sedangkan *Asterisk* (*) merupakan kode yang digunakan untuk menifestasi dari diagnosisnya (wujud atau bentuknya)

k. *See, See Also*

See, See also atau rujuk silang digunakan jika ada perintah di dalam kurung () : *see, see also* yang bermakna istilah tersebut perlu dirujuk silang. Rujuk silang ini juga digunakan untuk menghindari duplikasi yang tidak diinginkan pada term. Kata ‘*see*’ memberi tahu *coder* untuk merujuk ke term lain, sedangkan ‘*see also*’ memberi tahu *coder* untuk merujuk ke diagnosis lain dalam indeks jika pernyataan yang sedang dikode berisi informasi lain yang tidak teridentifikasi dibawah term tempat ‘*see also*’ tersebut berada.

6. Aturan Reseleksi Morbiditas

Dalam aturan pengkodean ICD menurut WHO 2016, apabila diagnosis tidak dapat di klasifikasikan oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP), maka *coder* dapat menggunakan aturan pengkodean MB 1 sampai MB 5 sesuai dengan pedoman ICD-10 Volume 2 untuk memilih ulang suatu diagnosis utama. Aturan reseleksi MB 1 sampai MB 5 menurut (Kemenkes, 2021) adalah sebagai berikut :

a. Rule MB 1

Kondisi minor yang tercatat sebagai kondisi utama (*main condition*), sedangkan kondisi yang lebih signifikan dicatat sebagai kondisi sekunder (*other condition*). Bilamana suatu kondisi minor atau kondisi yang sudah lama terjadi, atau masalah yang bersifat insidental tercatat sebagai kondisi utama, sedangkan kondisi yang lebih signifikan dan lebih relevan terhadap pengobatan yang diberikan dan atau yang lebih sesuai dengan spesialisasi yang merawat pasien terekam sebagai kondisi lain. Maka reseleksi kondisi yang lebih signifikan tersebut. Contoh dari Rule MB 1 yaitu :

Kondisi utama	: sinusitis akut
Kondisi lain	: Carcinoma endocervix, hipertensi
Prosedur/tindakan	: Histerektomi total
Spesialisasi	: Ginekologi
Pasien masuk Rumah Sakit selama tiga minggu	

Reseleksi Carcinoma endoservix sebagai kondisi utama (diagnosis utama) dengan kode C53.0 karena spesialis yang merawat dan prosedur yang dilakukan adalah bagian dari ginekologi sedangkan sinusitis akut dan hipertensi sebagai kondisi sekunder.

b. Rule MB 2

Rule MB 2 adalah ada beberapa kondisi yang dicatat sebagai kondisi utama. Bilamana beberapa kondisi yang tak dapat dikode dengan kondisi multiple ataupun kategori kombinasi, tercatat sebagai kondisi utama dan menunjukkan bahwa salah satu di antaranya merupakan kondisi utama pada asuhan pasien, pilihlah kondisi tersebut. Atau pilihlah kondisi yang sesuai dengan spesialisasi yang menanganngi pasien. Contoh dari Rule MB 2 yaitu :

Kondisi utama :Katarak, meningitis
stafilokokus, penyakit jantung
iskemik

Kondisi lain : -

Spesialisasi : Neurologi

Pasien sudah di Rumah Sakit selama lima minggu.

Reseleksi meningitis stafilokokus sebagai kondisi utama (diagnosis utama) dengan kode G00.3 sedangkan katarak dan penyakit jantung iskemik sebagai diagnosis sekunder.s

c. Rule MB 3

Rule MB 3 adalah kondisi yang dicatat sebagai kondisi utama merupakan gejala dari kondisi yang telah diobati dan didiagnosis. Bila suatu gejala (*symptom*) atau tanda yang umumnya terklasifikasi dalam bab XVIII (R.-) atau masalah non-morbid yang terklasifikasi pada bab XXI (Z), tercatat sebagai kondisi utama dan secara jelas menggambarkan tanda, gejala, atau permasalahan dari kondisi yang didiagnosis sebagai kondisi sekunder dan telah dirawat, maka reseleksi kondisi yang didiagnosis tersebut sebagai kondisi utama. Contoh dari Rule MB 3 yaitu :

Kondisi utama : Hematuria

Kondisi lain : Varises vena tungkai bawah,
Papilomata dinding belakang
kandung kemih

Prosedur/tindakan : Eksisi diatermi dari
papillomata

Spesialisasi : Urologi

Reseleksi Papilomata dinding posterior kandung kemih sebagai kondisi utama dengan kode D41.4 sedangkan hematuria dan varises vena tungkai sebagai kondisi sekunder karena

hematuria merupakan gejala atau tanda dari kondisi utama papilloma dinding posterior kandung kemih.

d. Rule MB 4

Rule MB 4 merupakan kespesifikan. Artinya, apabila kondisi yang tercatat sebagai kondisi utama menjelaskan suatu kondisi dengan istilah yang lebih umum (general) sedangkan ada kondisi lain yang lebih spesifik atau rinci mengenai anatomi atau penyebab, maka reseleksilah kondisi yang lebih spesifik tadi sebagai kondisi utama yang akan dikode. Contoh dari Rule MB 4 yaitu:

Kondisi utama	: Cerebrovascular Accident
Kondisi lain	:Diabetes Mellitus, Hipertensi, Cerebral Haemorrhage
Prosedur/Tindakan	: -
Spesialisasi	: -

Reseleksi Cerebral Haemorrhage sebagai kondisi utama dengan kode I61.9 sedangkan diabetes mellitus dan hipertensi sebagai kondisi sekunder (cerebrovascular accident tidak dikoding).

e. Rule MB 5

Rule MB 5 merupakan diagnosis alternatif. Ada 2 aturan dalam rule MB 5 ini, yaitu

- 1) Apabila terdapat gejala atau tanda yang dicatat sebagai kondisi utama yang saling berkaitan, maka gejala tersebut sebagai kondisi utama. Contoh :

Kondisi utama	: Sakit kepala mungkin karena stress atau tegangan otot atau sinusitis akut
Kondisi lain	: -

Reseleksi sakit kepala atau *head ache* sebagai kondisi utama dengan kode R51

- 2) Apabila terdapat dua atau lebih kondisi yang dicatat sebagai kondisi utama, maka pilihlah kondisi yang pertama dicatat oleh DPJP sebagai kondisi utama.

Contoh :

Kondisi utama : Kholesistitis akut atau
pankreatitis akut

Kondisi lain : -

Reseleksi kholesistitis akut sebagai kondisi utama dengan kode K81

7. Manfaat Pemberian Kode *External Cause*

Ada beberapa manfaat dalam pemberian kode *external cause* pada kasus cedera, yaitu :

- a. Melaporkan pengisian rekapitulasi laporan 4b (RL4b) atau data keadaan morbiditas pasien Rumah Sakit penyebab kecelakaan dalam bentuk kode beserta kode *external cause* jika kasus yang terdapat *external cause*
- b. Melaporkan rekapitulasi laporan (RL3.2) Pelayanan Gawat Darurat
- c. Membuat surat keterangan medis untuk klaim asuransi kecelakaan
- d. Sebagai penyebab kematian pada surat sertifikat kematian jika pasien kasus kecelakaan meninggal
- e. Indeks penyakit sebagai laporan internal Rumah Sakit

8. Klasifikasi Kode Cedera dan *External Cause* Pada ICD

External Cause sebaiknya ditabulasi menurut bab XIX dan bab XX ICD-10 volume 1. Pada kasus ini, kode dari bab XX harus

digunakan untuk memberikan informasi tambahan bagi beberapa analisis kondisi.

a. Menurut WHO 2016, Bab XIX terdiri dari 2 blok yaitu :

1) Blok S, yaitu seksi S yang digunakan untuk mengkode berbagai tipe cedera, keracunan, dan konsekuensi dari sebab luar yang terkait satu regio.

S00-S09 : Cedera kepala

S10-S19 : Cedera leher

S20-S29 : Cedera dada

S30-S39 : Cedera abdomen, pinggang bawah, ruas tulang belakang lumbar dan rongga panggul (pelvis)

S40-S49 : Cedera bahu dan lengan bawah

S50-S69 : Cedera Pergelangan tangan dan tangan

S70-S79 : Cedera pinggul dan paha

S80-S89 : Cedera lutut dan tungkai bawah

S90-S99 : Cedera pergelangan tumit dan kaki

2) Blok T, yaitu suatu seksi T yang digunakan untuk meliputi cedera multiple atau cedera yang mengena bagian tubuh yang tidak rinci.

T00-T07 : Cedera regio multiple pada tubuh

T08-T14 : Cedera bagian tubuh yang tidak rinci, tungkai atau regio badan

T15-T19 : Efek benda asing yang masuk tubuh melalui lubang atau aliran masuk ilmiah

T20-T32 : Luka bakar dan korosit

T33-T35 : Cedera beku

T36-T50 : Keracunan obat, medicamenta dan substansia biologis

T51-T65 : Efek racun substansi yang utama sumbernya nonmedical

T66-T78	: Efek lain dan tidak terinci dari sebab luar
T79	: Komplikasi dini tertentu dari trauma
T80-T88	: Komplikasi dari asuhan medis dan tindakan operasi yang NEC
T90-T98	: Sequele (sisa) dari cedera, keracunan, dan konsekuensi lain dari sebab luar

b. Menurut WHO 2016, Bab XX dibagi menjadi beberapa subbab, yaitu:

1) Transport Accident

V01-V09	: Pejalan kaki terluka di kecelakaan transportasi
V10-V19	: Pengendara sepeda terluka di kecelakaan transportasi
V20-V29	: Pengendara motor terluka di kecelakaan transportasi
V30-V39	: Penumpang motor roda tiga terluka di kecelakaan transportasi
V40-V49	: Penumpang mobil terluka di kecelakaan transportasi
V50-V59	: Penumpang pick-up, truk, atau van terluka di kecelakaan transportasi
V60-V69	: Penumpang kendaraan berat terluka di kecelakaan transportasi
V70-V79	: Penumpang bus terluka di kecelakaan transportasi
V80-V89	: Kecelakaan transportasi darat lainnya
V90-V94	: Kecelakaan transportasi laut
V95-V97	: Kecelakaan transportasi udara
V98-V99	: Kecelakaan transportasi lain tidak spesifik
W00-X59	: Penyebab external lainnya cedera disengaja
W00-W19	: Jatuh

W20-W49	: Paparan untuk mematikan kekuatan mekanik
W50-W64	: Paparan untuk menghidupkan kekuatan mekanik
W65-W74	: tenggelam dan terendam
W75-W84	: Kecelakaan lain terhadap pernafasan
W85-W99	: Paparan arus listrik, radiasi, suhu, dan tekanan udara
X00-X09	: Paparan asap dan kebakaran
X10-X19	: Kontak dengan zat panas
X20-X29	: Kontak dengan racun binatang dan tumbuhan
X30-X39	: Paparan kekuatan alam
X40-X49	: keracunan dan paparan zat berbahaya
X50-X57	: Kelelahan, wisata, dan kemelaratan
X58-X59	: Kecelakaan paparan faktor-faktor lain dan tidak ditentukan.
X60-X84	: Sengaja menyakiti diri sendiri
X85-Y09	: Serangan
Y10-Y34	: Peristiwa niat belum ditentukan
Y35-Y36	: Intervensi hukum dan operasi perang
Y40-Y84	: komplikasi perawatan medis dan bedah
Y40-Y59	: Obat-obatan dan zat biologis menyebabkan efek samping pada perawatan
Y60-Y69	: Kesialan pasien selama perawatan medis dan bedah
Y70-Y82	: Peralatan medis terkait dengan insiden merugikan dalam penggunaan diagnostik dan terapeutik
Y83-Y84	: Prosedur medis bedah lainnya sebagai penyebab reaksi abnormal pasien atau akhir-

- akhir komplikasi tanpa menyebutkan
kecelakaan pada saat prosedur
- Y85-Y89 : Sisa gejala dan sebab luar morbiditas dan mortalitas
- Y90-Y98 : Faktor tambahan yang terkait dengan penyebab kesakitan dan kematian diklasifikasikan di tempat lain.

c. Karakter Kode Tempat Kejadian

Kategori berikut disediakan untuk digunakan untuk mengidentifikasi tempat kejadian penyebab luar mana yang relevan sebagai karakter ke-4 pada kode *external cause*

- 0 : *Home* atau Tempat tinggal
- 1 : *Residential Institution* atau institusi
- 2 : Sekolah, fasilitas umum, rumah sakit, bioskop, tempat hiburan
- 3 : Tempat olahraga
- 4 : Jalan umum
- 5 : Area perdagangan dan jasa
- 6 : Industri dan konstruksi area
- 7 : Perkebunan
- 8 : Tempat Spesifik lainnya
- 9 : Tempat tidak spesifik

d. Karakter Kode Aktivitas

Kategori berikut disediakan guna menunjukkan aktivitas orang yang mengalami cedera saat peristiwa terjadi sebagai karakter ke-5 kode *external cause*

- 0 : Sedang melakukan aktivitas olahraga
- 1 : Sedang melakukan aktivitas luang
- 2 : Sedang melakukan aktivitas bekerja (*income*)
- 3 : Sedang melakukan pekerjaan rumah

- 4 : Sedang istirahat, tidur, makan, atau aktivitas vital lainnya
- 8 : Sedang melakukan aktivitas spesifik lainnya
- 9 : Sedang melakukan aktivitas tidak spesifik.

e. Kode Tambahan Kecelakaan Transportasi

Kode tambahan kecelakaan transportasi (V01-V89) digunakan sebagai karakter ke-4 untuk mengidentifikasi korban kecelakaan dan penyebab kecelakaan, dan kode ke-5 yang digunakan adalah kode tempat kejadian kecelakaan dan tidak perlu disertai kode aktivitas.

- 0 : Pengemudi terluka dalam kecelakaan bukan lalu lintas
- 1 : Penumpang terluka dalam kecelakaan bukan lalu lintas
- 2 : Pengemudi terluka dalam kecelakaan bukan lalu lintas tidak spesifik
- 3 : pengemudi terluka saat menumpang atau turun
- 4 : pengemudi terluka dalam kecelakaan lalu lintas
- 5 : penumpang terluka dalam kecelakaan lalu lintas
- 9 : pengemudi terluka dalam kecelakaan lalu lintas tidak spesifik

f. Kode Tambahan Kasus fraktur

Kategori berikut disediakan sebagai karakter ke-5 pada kasus fraktur guna menunjukkan bahwa kasus fraktur tersebut termasuk kasus fraktur terbuka atau tertutup. Namun, seluruh kasus fraktur yang tidak diklasifikasikan termasuk dalam fraktur terbuka atau tertutup, harus diklasifikasikan sebagai fraktur tertutup.

- 0. : Fraktur tertutup atau *close fracture*
- 1. : Fraktur terbuka atau *open fracture*

9. Contoh Kasus Cedera

Kode kasus cedera harus di ikuti dengan kode *external cause* atau penyebab luar yang meliputi kode karakter ke-4 (tempat kejadian

atau *place*) dan kode karakter ke-5 (aktivitas saat kejadian atau *activity*). Penyebab luar cedera adalah alasan korban mengalami cedera, maka dari itu kodefikasi kasus cedera harus dicatat secara lengkap dan akurat sesuai dengan pedoman ICD-10. Tujuan pemberian kode penyebab luar ini adalah untuk menjelaskan situasi dan kondisi yang terjadi pada korban cedera. Berikut adalah contoh kasus cedera :

- a. *Close Fracture Shaft radius ulna dextra* karena terjatuh di rumah.

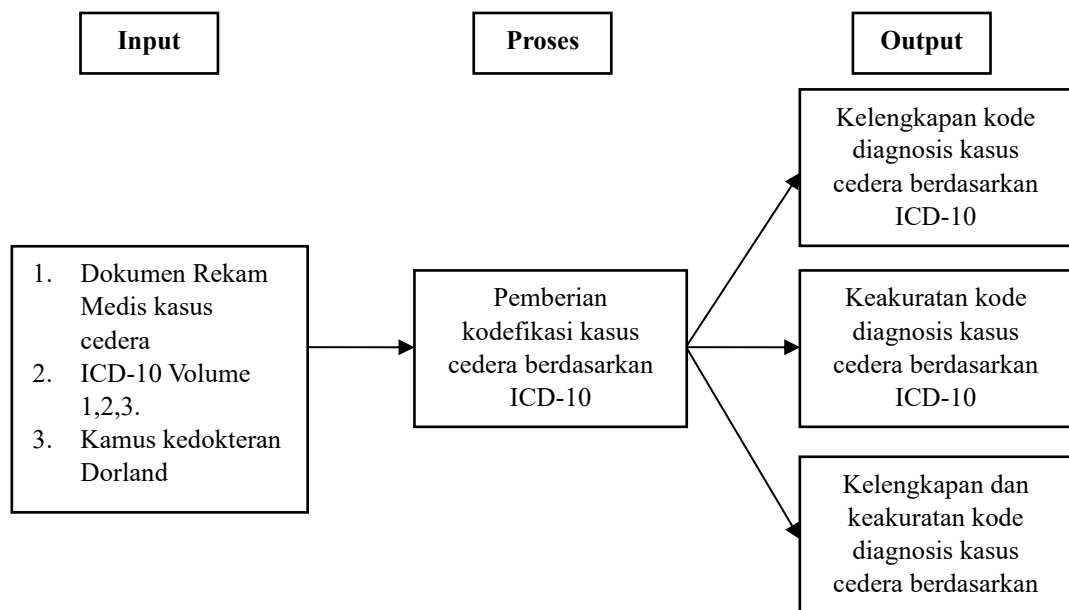
Kasus diatas merupakan kasus cedera yang termasuk patah tulang tertutup atau *close fracture* yaitu patah tulang yang tidak diikuti oleh robeknya struktur disekitarnya. Kode diagnosis lengkap pada kasus ini adalah 'S52.40 W18.09'. Kode cedera dari kasus *Close Fracture Shaft radius ulna dextra* ini adalah 'S52.40' (*Fracture of shafts of both ulna and radius*), sedangkan karakter ke-5 yaitu 0 ditambahkan karena merupakan kasus *close fracture*. Penyebab luar pada kasus ini adalah 'terjatuh di rumah' dengan kode 'W18.09'. W18 dalam ICD-10 tercatat *Other fall on same level*. Kode karakter ke-4 atau kode tempat yaitu 0 (rumah atau *home*) karena cedera terjadi dirumah. Kode karakter ke-5 atau kode aktivitas yaitu 9 (*unspecified*) karena pada diagnosis tidak ada informasi mengenai aktivitas yang dilakukan korban pada saat kejadian cedera.

- b. Kaki kanan digigit ular saat sedang membersihkan kebun di belakang rumah

Kasus diatas merupakan kasus cedera karena digigit ular. Kode diagnosis lengkap pada kasus ini adalah 'T63.0 X20.03'. Kode cedera dari kasus kaki kanan digigit ular adalah 'T63.0' dalam ICD-10 tercatat *Snake Venom*. Penyebab luar pada kasus ini adalah 'digigit ular saat sedang membersihkan kebun di belakang rumah' dengan kode 'X20.03'. X20 dalam ICD-10

tercatat *contact with venomous snakes and lizard*. Kode karakter ke-4 atau kode tempat yaitu 0 (rumah atau *home*) karena cedera terjadi di kebun belakang rumah. Kode karakter ke-5 atau kode aktivitas yaitu 3 (*while engaged in other types of work*) karena korban terkena gigitan ular saat sedang berkebun.

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep diatas menjelaskan mengenai kelengkapan dan keakuratan kode diagnosis pada kasus cedera. Input dalam penelitian ini adalah dokumen rekam medis kasus cedera, ICD-10 Volume 1,2,3 dan kamus kedokteran Dorland. Dalam proses pelaksanaannya, peneliti melakukan analisis pada kode diagnosis kasus cedera. Dari proses tersebut juga peneliti mendapatkan output berupa kelengkapan dan keakuratan kode diagnosis pada kasus cedera berdasarkan ICD-10.