

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit mendefinisikan rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Tujuan dari rumah sakit adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit. Selain itu, rumah sakit juga harus memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya (Kemenkes, 2020).

Tugas dan fungsi rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit antara lain:

- a. Memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.
- b. Menyelenggarakan rekam medis.
- c. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak meliputi sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia.
- d. Menghormati dan melindungi 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.

2.1.2 Rekam Medis

Rekam medis merupakan salah satu bagian penting dari pelayanan di rumah sakit. Dalam Permenkes nomor 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis disebutkan bahwa rekam medis berisi rekaman catatan data pasien yang dilakukan selama pelayanan kesehatan (Kemenkes, 2022). Setiap pasien yang berobat di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya, baik rawat jalan maupun rawat inap, semua tindakan pemeriksaan yang dilakukan terhadap pasien tersebut harus dicatat dalam rekam medis pasien.

Hasil pemeriksaan penunjang baik laboratorium, radiologi, maupun pemeriksaan penunjang lainnya juga disimpan di rekam medis pasien agar riwayat penyakit pasien tetap tersimpan dan tercatat dengan baik. Catatan tersebut sangat penting dalam pelayanan kesehatan terhadap pasien, karena dengan kelengkapan pengisian data tersebut dapat memberikan informasi dalam menentukan keputusan seperti penanganan terhadap pasien, pengobatan, tindakan medis dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan terhadap pasien. Dokumen rekam medis dapat membantu dokter dan petugas medis lainnya untuk memantau perkembangan atau kondisi pasien, sehingga pengobatan atau tindakan yang akan diberikan kepada pasien dapat lebih tepat (Kemenkes, 2020).

Rekam medis memiliki tujuan untuk menciptakan tertib administrasi dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan disuatu fasilitas pelayanan kesehatan tertentu. Berikut merupakan tujuan rekam medis dalam beberapa aspek menurut (Hatta, 2013):

1. Aspek *Administration* (Aspek Administrasi)

Berkas rekam medis memiliki nilai administrasi, dimana rekam medis berisi semua tindakan yang telah diberikan oleh tenaga medis sebagai bukti terlaksananya wewenang dan tanggung jawab dalam sebuah pelayanan kesehatan.

2. Aspek *Legal* (Aspek Hukum)

Rekam medis memiliki nilai hukum, dimana isinya dapat digunakan sebagai penyediaan bahan bukti tertulis yang sah dalam penegakan hukum.

3. Aspek *Financial* (Aspek Keuangan)

Rekam medis memuat data dan informasi yang dapat dipakai sebagai salah satu bahan untuk mempertimbangkan hal hal yang berkaitan dengan keuangan, karena informasi dalam rekam medis terkait pengobatan serta tindakan apa saja yang telah diberikan kepada pasien selama menjalani perawatan di suatu fasilitas pelayanan kesehatan tersebut akan dijadikan sebagai dasar pembiayaan pelayanan kesehatan.

4. Aspek *Research* (Aspek Penelitian)

Rekam medis memiliki nilai penelitian, dimana rekam medis berisi data atau informasi yang dapat digunakan sebagai bahan penelitian serta pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

5. Aspek *Education* (Aspek Pendidikan)

Rekam medis mempunyai nilai pendidikan, dimana isinya menyangkut data atau informasi yang dapat digunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran di bidang pendidikan profesi kesehatan.

6. Aspek *Documentation* (Aspek Dokumentasi)

Rekam medis memuat sebuah dokumen laporan yang digunakan sebagai salah satu bahan pertanggungjawaban dan pembuatan laporan di suatu fasilitas pelayanan kesehatan.

2.1.2.1 Kelengkapan Informasi Medis

Rekam medis yang lengkap sangat penting untuk menunjang pengkodean yang akurat karena dalam rekam medis yang lengkap akan memuat segala informasi tentang pasien, mulai dari identitas hingga pelayanan yang diberikan kepada pasien. Hal ini dapat dijadikan dasar dalam menentukan kode diagnosis penyakit. Rekam medis harus memuat informasi medis yang berhubungan dengan proses pengkodean diagnosis penyakit. Penilaian berdasarkan kelengkapan informasi medis yang sesuai dengan pernyataan (Hatta, 2013) mengenai kelengkapan pengisian data dan informasi dapat di ambil dari lembar *assesment* medik awal rawat inap, lembar catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT), lembar hasil pemeriksaan penunjang, serta lembar *resume* medis.

Pengecekan kelengkapan informasi medis dapat dilakukan dengan evaluasi kelengkapan berbagai jenis formulir, data, dan informasi yang ada secara manual atau elektronik (Hatta, 2013). Berikut adalah bagian-bagian rekam medis yang dicek:

1. Semua laporan yang dianggap penting, bentuk *entry* data atau tampilan layer (pada rekam medis elektronik)
2. Semua laporan dan bentuk *entry* data atau tampilan layar, termasuk keakuratan informasi identitas pasien (nama lengkap, nomor pasien, kelamin, dokter yang merawat dan lainnya)
3. Semua jenis perizinan yang diperlukan pasien, ragam otorisasi atau pengesahan yang telah ditandatangani pasien atau wali pasien yang berwenang.
4. Semua jenis tes diagnostik yang diinstruksikan oleh dokter.
5. Pelaksanaan semua konsultasi medis yang diinstruksikan oleh dokter dan laporan konsultan

6. Semua masukan dan laporan yang harus diberi pengesahan telah ditandatangani serta diberi tanggal sesuai dengan peraturan kebijakan sarana pelayanan kesehatan.
7. Riwayat dan laporan pemeriksaan fisik telah lengkap, termasuk pendokumentasian diagnosis saat mendaftar.
8. Ringkasan riwayat pulang (*resume*) lengkap.
9. Dokumentasi dokter termasuk semua diagnosis utama dan sekunder serta prosedur utama dan tambahan.
10. Untuk pasien bedah terdapat tambahan yaitu seperti semua laporan anastesi saat pra dan intra, serta pasca operasi, semua laporan operasi, laporan patologi, catatan perkembangan pascaoperasi, semua laporan ruang pemulihan, dan catatan perkembangan.
11. Untuk pasien meninggal saat dirawat dan diautopsi memiliki laporan awal dan akhir proses autopsi.

Aspek kelengkapan yang berkaitan dengan informasi medis dalam setiap lembar rekam medis akan berbeda-beda. Penilaian berdasarkan kelengkapan informasi medis yang sesuai dengan pernyataan (Hatta, 2013) di atas adalah sebagai berikut:

1. Lembar *assesment* medik awal rawat inap
Pada lembar ini yang berkaitan dengan informasi medis adalah diagnosis medis, anamnesis terkait keluhan pasien, riwayat penyakit terdahulu dan sekarang, serta pemeriksaan fisik pasien.
2. Lembar CPPT
Pada lembar ini yang berkaitan dengan informasi medis yang diperlukan adalah hasil asesmen dengan format SOAP.
3. Lembar hasil pemeriksaan penunjang
Pada lembar ini yang berkaitan dengan informasi medis adalah hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, radiologi, USG, dan pemeriksaan penunjang lainnya.

4. Lembar *resume* medis

Pada lembar ini yang berkaitan dengan informasi medis adalah indikasi pasien dirawat, ringkasan riwayat dan pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang, diagnosis awal, diagnosis akhir (utama dan sekunder), tindakan/prosedur, terapi yang diberikan selama dirawat dan waktu pulang, serta cara keluar rumah sakit.

Menurut (Siwayana dkk., 2020) terdapat faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kelengkapan pengisian informasi medis pada dokumen rekam medis berdasarkan unsur manajemen sebagai berikut:

1. *Man*

- a. Kurangnya pengetahuan serta motivasi dari petugas medis.
- b. Kurangnya kesadaran serta waktu yang digunakan untuk mengisi rekam medis secara lengkap.
- c. Persepsi atau pengetahuan tentang kelengkapan rekam medis antara petugas rekam medis dan perawat berbeda.
- d. Kurangnya SDM atau petugas medis yang bertugas.

2. *Material*

- a. Formulir rekam medis yang terlalu kompleks sehingga perlu disederhanakan.
- b. Susunan rekam medis yang tidak sistematis.
- c. Tidak terdapat data mengenai ketidaklengkapan pengisian rekam medis.
- d. Formulir analisis kuantitatif belum mencakup komponen dasar yang digunakan dalam analisis kuantitatif.

3. *Method*

- a. Tidak adanya panduan dan SOP terkait pengisian rekam medis.
- b. SOP terkait kelengkapan rekam medis belum dilaksanakan secara menyeluruh.
- c. Tidak adanya sosialisasi SOP terkait pengisian rekam medis.

- d. Pengisian rekam medis belum dilaksanakan sesuai dengan SOP yang berlaku.
- 4. *Machine*
 - a. Belum adanya pembahasan atau rapat bersama antara petugas medis yang mengisi DRM dengan petugas rekam medis terkait kelengkapan pengisian rekam medis.
 - b. Tidak dilakukan monitoring dan evaluasi mengenai pengisian rekam medis.
 - 5. *Money*

Terbatasnya sumber dana yang digunakan untuk mendukung kelengkapan rekam medis.

2.1.3 ICD-10

ICD-10 merupakan statistik klasifikasi penyakit dan masalah kesehatan tertentu yang diterbitkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan telah diakui secara internasional. ICD-10 ini digunakan untuk menerjemahkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lainnya ke dalam bentuk kode alfanumerik, sehingga kode penyakit dapat diselaraskan dan dapat diterima di berbagai daerah. Setiap kode terdiri dari satu huruf dan diikuti oleh tiga angka. Huruf pertama menunjukkan bab di mana kode tersebut ditemukan, sedangkan tiga angka berikutnya menunjukkan jenis penyakit atau kondisi tertentu (WHO, 2010).

ICD-10 terdiri dari 3 volume yaitu volume 1, volume 2, dan volume 3 yang setiap volumenya memiliki isi yang berbeda-beda yaitu sebagai berikut:

- 1. Volume 1 berisi daftar tabulasi dalam kode alfanumerik tiga atau empat karakter dalam inklusi atau eksklusif, beberapa aturan pengkodean, klasifikasi morfologis neoplasma, daftar tabulasi khusus untuk morbiditas dan mortalitas, definisi tentang penyebab kematian, serta peraturan nomenklatur.

2. Volume 2 berisi instruksi serta pedoman penggunaan ICD-10.
3. Volume 3 berisi alfabetik indeks, daftar komprehensif semua kondisi yang ada pada daftar tabulasi (volume 1), daftar sebab gangguan luar (*external cause*), table neoplasma, serta petunjuk memilih kode yang sesuai untuk berbagai kondisi yang tidak ditampilkan di dalam daftar tabulasi (volume 1) (WHO, 2010).

Dalam ICD-10 terdapat konvensi tanda baca yang perlu diperhatikan dalam proses kodifikasi, antara lain sebagai berikut:

1. *Inclusion term*

Inclusion term merupakan pernyataan diagnosis yang diklasifikasikan atau yang termasuk dalam suatu kelompok kode ICD-10. *Inclusion term* dapat dipakai untuk kondisi yang berbeda atau sinonimnya. Dalam ICD-10, *inclusion term* digunakan untuk menunjukkan kondisi atau istilah yang dapat diklasifikasikan ke dalam suatu kelompok kode tertentu. *Inclusion term* tidak selalu mencakup semua kondisi yang dapat diklasifikasikan ke dalam kelompok kode tersebut, tetapi hanya beberapa kondisi saja.

2. *Exclusion term*

Exclusion term merupakan kondisi yang seolah terklasifikasi dalam kategori tertentu, namun ternyata diklasifikasikan pada kategori kode lain. Kode yang benar adalah kode yang diberi tanda dalam kurung mengikuti istilahnya.

3. Tanda kurung / *Parentheses* ()

- a. Tanda kurung digunakan untuk mengurung kata tambahan yang mengikuti suatu istilah diagnosis, tanpa mempengaruhi kode ICD.
- b. Tanda kurung digunakan untuk mengurung kode ICD pada suatu istilah yang tidak termasuk atau diluar kelompok tersebut (*Exclusion*).
- c. Pada judul blok tanda kurung digunakan untuk mengurung kode ICD yang berjumlah 3 karakter.

- d. Tanda kurung digunakan untuk mengurung kode ICD klasifikasi ganda (*dual classification*) *dagger* dan *asterisk*.
4. Kurung besar / *Square brackets* []
- Tanda baca kurung besar dalam ICD-10 digunakan untuk menunjukkan kata-kata tambahan yang mungkin ada atau tidak ada dalam pernyataan penyakit atau prosedur tanpa mempengaruhi nomor kode yang diberikan. Istilah yang terdapat dalam kurung besar disebut sebagai *nonessential modifiers*.
5. *Brace* { } (Kurung tutup bentuk kurung kurawa)
- Tanda *brace* digunakan untuk mengelompokkan istilah-istilah yang termasuk dalam sebutan “*inclusion*” atau “*exclusion*”. Tanda *brace* ini mempunyai makna bahwa semua kelompok sebutan yang mendahuluinya belum lengkap batasan pengertiannya, sehingga harus ditambah dengan keterangan yang ada di belakang tanda *brace* ini.
6. *Colon* (:) (Tanda titik dua)
- Tanda baca colon dalam ICD-10 digunakan untuk menunjukkan bahwa suatu sebutan diagnosis yang diikuti tanda baca *colon* ini artinya penulisan istilah diagnosis terkait belum lengkap atau belum selesai ditulis, sehingga masih memerlukan satu atau lebih tambahan kata keterangan yang akan dimodifikasi serta diberi nomor kode. Hal tersebut dilakukan agar istilah diagnosisnya sesuai dengan apa yang dimaksud oleh dokter dalam batasan pengertian rubrik terkait (sesuai dengan standard diagnosis dan terapi yang disepakati).
7. *NOS* (*Not Otherwise Specified*)
- Tanda baca NOS dalam ICD-10 mengharuskan koder untuk membaca lebih teliti lagi agar tidak melakukan kesalahan dalam memilih nomor kode yang diperlukan.
8. *NEC* (*Not Elsewhere Classified*)
- Tanda baca NEC dalam ICD-10 merupakan suatu peringatan bahwa di dalam daftar urut yang tertera di bawah judul akan ditemukan beberapa

kekhususan yang tidak sama dengan yang muncul di bagian lain dari klasifikasi.

9. *And & Point Dash (-)*

Tanda baca *And & Point Dash (-)* dalam ICD-10 ini menunjukkan bahwa penulisan nomor kode tersebut belum lengkap. Apabila nomor terkait akan dipilih, maka koder harus mengisi - (garis) dengan suatu angka yang harus ditemukan/ditelusuri lebih lanjut di Volume 1. Hal tersebut menunjukkan bahwa ada karakter ke-4 yang harus dicari.

10. Kode rangkap : *Dagger (†) & Asterik (*)*

Tanda baca *dagger (†)* dan *asterik (*)* dalam ICD-10 digunakan untuk menunjukkan kombinasi kode yang menggambarkan suatu kondisi dalam hal penyebab atau etiologi dan manifestasinya. Tanda baca *dagger* digunakan untuk kode primer yang menggambarkan penyebab atau etiologi suatu kondisi, sedangkan tanda baca *asterik* digunakan untuk kode tambahan yang menggambarkan manifestasi suatu kondisi. Kode primer dengan tanda baca *dagger* harus selalu digunakan, sedangkan kode tambahan dengan tanda baca *asterik* bersifat opsional.

11. Rujuk silang (*see, see also*)

Rujuk silang dalam ICD-10 digunakan untuk menunjukkan istilah yang perlu dirujuk silang. Konvensi ini dijalankan apabila ada perintah di dalam kurung () : *see, see also*, yang bermakna istilah yang perlu dirujuk silang (WHO, 2010).

Terdapat aturan reseleksi diagnosis yang digunakan ketika tidak bisa dilakukan pengklarifikasian tentang diagnosis kepada dokter penanggung jawab pasien yang dinamakan aturan koding MB atau rule MB pada ICD-10 (Kemenkes, 2021). Terdapat aturan reseleksi diagnosis MB1 - MB5 yang sesuai dengan pedoman Volume 2 ICD-10 untuk memilih ulang suatu diagnosis sebagai diagnosis utama 1. Berikut adalah aturan reseleksi diagnosis MB1 - MB5:

1. *Rule MB1*

Kondisi minor tercatat sebagai diagnosis utama (*main condition*), kondisi mayor yang lebih bermakna tercatat sebagai diagnosis sekunder (*other condition*). Kondisi yang lebih bermakna yang sebenarnya relevan dengan pengobatan yang diberikan dan/atau spesialisasi perawatan, tercatat sebagai kondisi lain. Contoh Rule MB 1 adalah sebagai berikut:

Diagnosis utama : Sinusitis akut

Diagnosis sekunder : *Carcinoma endocervix*, Hipertensi

Prosedur : Histerektomi Total

Spesialisasi : Ginekologi

Reseleksi *Carcinoma endocervix* (C53.0) sebagai diagnosis utama (kondisi utama), karena spesialis yang merawat dan prosedur yang dilakukan adalah bagian ginekologi,

2. *Rule MB2*

Beberapa kondisi yang dicatat sebagai diagnosis utama. Jika beberapa kondisi yang tidak dapat dikode bersama dicatat sebagai diagnosis utama dan informasi dari rekam medis menunjukkan salah satu dari diagnosis tersebut sebagai diagnosis utama maka pilih diagnosis tersebut sebagai diagnosis utama. Jika tidak ada informasi lain, pilih kondisi yang disebutkan pertama. Contoh Rule MB 2 adalah sebagai berikut:

Diagnosis Utama : *Bronchopneumonia, Rheumatism*

Diagnosis Sekunder : -

Spesialisasi : Penyakit Paru

Reseleksi *Bronchopneumonia* (J18.0) sebagai diagnosis utama (kondisi utama), karena spesialis yang merawat adalah spesialis paru.

3. *Rule MB3*

Kondisi yang dicatat sebagai diagnosis utama menggambarkan suatu gejala yang timbul akibat suatu kondisi yang ditangani. Suatu gejala yang diklasifikasikan dalam Bab XVIII (R.-), atau suatu masalah yang

dapat diklasifikasikan dalam bab XXI (Z) dicatat sebagai kondisi utama, sedangkan informasi di rekam medis terekam kondisi lain yang lebih menggambarkan diagnosis pasien dan kepada kondisi ini terapi diberikan maka reseleksi kondisi tersebut sebagai diagnosis utama. Contoh Rule MB 3 adalah sebagai berikut:

Diagnosis Utama : Hematuria
Diagnosis Sekunder : Varises pembuluh darah tungkai bawah,
Papiloma dinding posterior kandung kemih
Tindakan : Eksisi diatermi papilomata
Spesialisasi : Urologi

Reseleksi Papiloma dinding posterior kandung kemih (D41.4) sebagai diagnosis utama, karena hematuria merupakan gejala dari kondisi utama papiloma dinding posterior kandung kemih.

4. *Rule* MB4

Spesifisitas, bila diagnosis yang dicatat sebagai diagnosis utama adalah istilah yang umum, dan ada istilah lain yang memberi informasi lebih tepat tentang topografi atau sifat dasar suatu kondisi, maka reseleksi kondisi terakhir sebagai diagnosis utama. Contoh Rule MB 4 adalah sebagai berikut:

Diagnosis Utama : *Cerebrovascular accident*
Diagnosis Sekunder : Diabetes mellitus, Hipertensi, *Cerebral haemorrhage*

Reseleksi *cerebral haemorrhage* (I61.9.) sebagai diagnosis utama, karena merupakan kondisi yang lebih tepat.

5. *Rule* MB5

Kondisi minor tercatat sebagai diagnosis utama (main condition), kondisi mayor tercatat sebagai kondisi lain. Contoh Rule MB 5 adalah sebagai berikut:

Diagnosis Utama : Sakit kepala karena stress dan tegang atau sinusitis akut
Diagnosis Sekunder : -

Reseleksi sakit kepala *headache* (R51) sebagai diagnosis utama.

2.1.4 Sistem Kodefikasi

Koding merupakan pemberian kode dengan menggunakan huruf atau angka atau juga kombinasi keduanya yang mewakili komponen data. Semua hasil pelayanan berupa tindakan dan diagnosis yang tertulis dalam rekam medis harus dilakukan pengkodean yang kemudian diindeks untuk menyajikan informasi yang dapat menunjang pelaksanaan fungsi perencanaan, manajemen, dan riset di bidang kesehatan (Hatta, 2013). Pengkodean diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lainnya di Indonesia dilakukan dengan acuan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revisions*).

Tujuan kodefikasi atau pengkodean diagnosis adalah untuk mempermudah petugas dalam mengumpulkan dan menyimpan informasi atau data pasien yang selanjutnya data tersebut dapat digunakan sebagai dasar untuk mengindeks pencatatan medis, pelaporan, serta digunakan dalam melakukan analisis kesehatan maupun pembiayaan pelayanan kesehatan (Hatta, 2013). Terdapat sembilan langkah dasar dalam menentukan kode diagnosis menurut Gemala Hatta yaitu sebagai berikut:

1. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode, dan buka volume 3 *Alphabetical Index* (kamus). Bila pernyataan adalah istilah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada bab I – XIX dan XXI (Vol 1), gunakanlah ia sebagai “*lead term*” untuk dimanfaatkan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari dari cedera (bukan nama penyakit) yang ada di bab XX (Vol 1), lihat dan cari kodenya pada seksi II di indeks (Vol 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 kata panduan. Walaupun demikian, beberapa kondisi ada yang diekspresikan sebagai kata sifat atau eponym (menggunakan nama penemu) yang tercantum di dalam indeks sebagai “*lead term*”.

3. Baca dengan seksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul dibawah istilah yang akan dipilih pada volume 3.
4. Baca istilah yang terdapat dalam tanda kurung “()” sesudah *lead term* (kata dalam tanda kurung = modifier, tidak akan mempengaruhi kode). Istilah lain yang ada di bawah lead term (dengan tanda (-) minus = idem = indent) dapat mempengaruhi nomor kode, sehingga semua kata-kata diagnostik harus diperhitungkan).
5. Ikuti secara hati – hati setiap rujukan silang (*cross references*) dan perintah *see* dan *see also* yang terdapat dalam indeks.
6. Lihat daftar tabulasi (volume 1) untuk mencari nomor kode yang paling tepat. Lihat kode ketiga 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 (vol 3). Perhatikan juga perintah untuk membubuhi kode tambahan (*additional code*). Serta aturan cara penulisan dan pemanfaatannya dalam pengembangan indeks penyakit dan dalam sistem pelaporan morbiditas dan mortalitas.
7. Ikuti pedoman *inclusion* dan *exclusion* pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (*chapter*), blok, kategori, atau sub kategori.
8. Tentukan kode yang dipilih.
9. Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk memastikan kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan.

2.1.5 Keakuratan Kode Diagnosis

Keakuratan kode diagnosis merupakan kesesuaian antara diagnosis yang ada dengan kode yang ditetapkan oleh seorang koder berdasarkan ketentuan klasifikasi yang terdapat pada ICD-10. Menurut (Hatta, 2013) pengkodean yang akurat memerlukan rekam medis yang lengkap. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus mengupayakan untuk pengisian rekam medis secara lengkap sesuai peraturan yang berlaku. Keakuratan kode diagnosis ini sangat penting karena berpengaruh terhadap manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, dan hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan.

Terdapat faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keakuratan kode diagnosis penyakit berdasarkan unsur manajemen sebagai berikut:

1. *Man*

Menurut (Kemenkes, 2020a) salah satu kompetensi yang harus dimiliki oleh lulusan PMIK adalah klasifikasi kodefikasi penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis. Kompetensi tersebut dapat diketahui melalui tingkat pengetahuan dan pelatihan yang pernah diikuti. Semakin banyak pengetahuan serta pelatihan yang diikuti dapat mempengaruhi petugas koding dalam mengkode diagnosis penyakit. Selain itu, pengalaman kerja petugas koding juga berhubungan langsung dengan pengalaman dalam menghadapi kasus-kasus yang semakin lama semakin sulit, sehingga petugas koding akan semakin banyak memiliki pengalaman dalam bidang pengkodean.

2. *Material*

Rekam medis yang lengkap sangat penting untuk menunjang pengkodean yang akurat karena dalam rekam medis yang lengkap akan memuat segala informasi tentang pasien, mulai dari identitas hingga pelayanan yang diberikan kepada pasien. Hal ini dapat

dijadikan dasar dalam menentukan kode diagnosis penyakit. Rekam medis harus memuat informasi medis yang lengkap jika berhubungan dengan proses pengkodean diagnosis penyakit. Informasi medis yang dimaksud adalah riwayat penyakit pasien, anamnesis, pemeriksaan dan tindakan yang diberikan kepada pasien, hingga obat-obatan yang diberikan kepada pasien (Hatta, 2013).

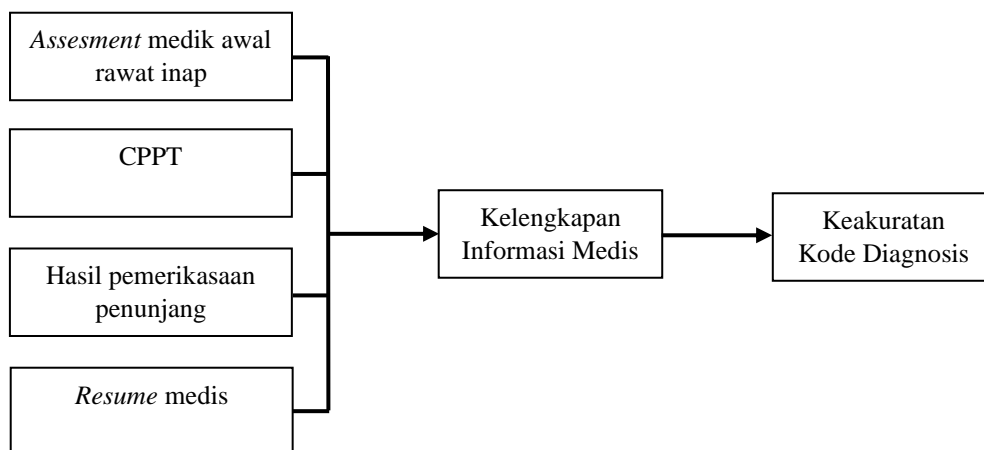
3. *Method*

Setiap fasilitas pelayanan kesehatan baik rumah sakit maupun puskesmas harus membuat kebijakan dan prosedur pengodean sesuai dengan tenaga dan fasilitas yang dimilikinya. Kebijakan dan prosedur tersebut merupakan pedoman bagi petugas koding agar dapat melaksanakan pengodean dengan konsisten. Kebijakan ditetapkan oleh organisasi seperti rumah sakit (ARSADA, PERSI), IDI (Ikatan Dokter Indonesia), PORMIKI (Perhimpunan Profesional Perkam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia) maupun organisasi terkait lainnya (Hatta, 2013). Terdapat prosedur dasar dalam menentukan kode ICD-10 berdasarkan (WHO, 2010) sebagai berikut:

- a. Identifikasi pernyataan yang akan dikode dan lihat di buku ICD-10 volume 3 (*Alphabetical Index*). Jika kasus termasuk penyakit atau cedera atau lainnya maka akan diklasifikasikan dalam bab 1-19 dan 21 (*Section I Volume 3*). Jika pernyataan termasuk penyebab luar maka akan diklasifikasikan pada bab 20 (*Section II Volume 3*).
- b. Tentukan lead term dan cari pada ICD-10 volume 3, *lead term* merupakan kata kunci yang menjadi acuan pencarian kode pada indeks alfabetik, diindeks *lead term* dicetak tebal di sisi kiri. *Lead term* merupakan masalah utama (diagnosis, cedera, dll) pada pasien.

- c. Baca serta ikuti semua catatan atau petunjuk di bawah kata kunci (*lead term*).
- d. Baca istilah yang terdapat dalam tanda kurung () sesudah *lead term*.
- e. Ikuti secara hati-hati setiap *cross-references* dan perhatikan *see* dan *see-also* yang ada dalam indeks.
- f. Lihat daftar tabulasi ICD volume 1 untuk melihat kode yang paling tepat dan bila ada, cari karakter ke-4nya.
- g. Ikuti *inclusion* dan *exclusion* kode.

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis hubungan kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode diagnosis. Variabel yang diteliti adalah kelengkapan informasi medis berupa lembar *assesment* medik awal rawat inap, lembar catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT), lembar hasil pemeriksaan penunjang, serta lembar resume medis, dengan keakuratan kode diagnosis penyakit.

2.3 Hipotesis

H0: Tidak ada hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode diagnosis penyakit pada dokumen rekam medis rawat inap RSUD Universitas Muhammadiyah Malang. Jika p-value atau signifikansi $\geq 0,05$ maka H0 diterima.

H1: Terdapat hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode diagnosis penyakit pada dokumen rekam medis rawat inap RSUD Universitas Muhammadiyah Malang. Jika p-value atau signifikansi $< 0,05$ maka H0 ditolak atau H1 diterima.