BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah Sakit

Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Presiden RI, 2024). Rumah sakit menurut WHO *(Wold Health Organization)* adalah bagian integral dari suatu organisasi kesehatan dengan menyediakan pelayanan kesehatan paripurna terdiri atas pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Eriantika, 2022).

b. Tugas, Fungsi, dan Kewajiban Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 rumah sakit memiliki tugas pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Dalam melaksanakan tugas tersebut, rumah sakit memiliki kewajiban dan fungsi (Presiden RI, 2024), sebagai berikut:

1) Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat
2) Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
3) Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya
4) Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya
5) Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin

6) Melaksanakan fungsi sosial dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan
7) Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien
8) Menyelenggarakan rekam medis
9) Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia
10) Melaksanakan sistem rujukan
11) Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan
12) Memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien
13) Menghormati dan melindungi hak pasien melaksanakan etika rumah sakit
14) Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana
15) Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan, baik secara regional maupun nasional
16) Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya
17) Menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit
18) Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas
19) Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok

c. Jenis Pelayanan Rumah Sakit

Jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit dapat dipenuhi berdasarkan ketersediaan sumber daya manusia, bangunan, sarana, dan

peralatan. Pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit meliputi (Presiden RI, 2024):

1) Pelayanan gawat darurat
2) Pelayanan rawat jalan
3) Pelayanan rawat inap
4) Pelayanan medis dan penunjang medis

   Pelayanan medis dan penunjang medis terdiri atas pelayanan medis umum (pelayanan medis dasar), spesialis (pelayanan penyakit dalam, anak, bedah, obstetri dan ginekologi), dan subspesialis
5) Pelayanan keperawatan dan kebidanan

   Pelayanan keperawatan terdiri atas pelayanan asuhan keperawatan generalis dan spesialis
6) Pelayanan kefarmasian

   Pelayanan kefarmasian terdiri atas pengelolaan alat kesehatan, sediaan farmasi, dan bahan habis pakai, serta pelayanan farmasi klinik
7) Pelayanan penunjang

   Pelayanan penunjang dibagi menjadi dua berdasarkan pemberi pelayanan, yaitu:

   a) Pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, terdiri dari pelayanan laboratorium, pelayanan rekam medis, pelayanan darah, pelayanan gizi, pelayanan sterilisasi yang tersentral, dan pelayanan penunjang lain
   b) Pelayanan yang diberikan oleh non tenaga kesehatan, terdiri dari manajemen rumah sakit, informasi dan komunikasi, pemeliharaan sarana prasarana dan alat kesehatan, pelayanan *laundry*, pemulasaran jenazah, dan pelayanan penunjang lain.

2.1.2 Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis adalah dokumen yang berisi data identitas pasien, data klinis terkait pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang

diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2022). Saat ini telah berkembang rekam medis elektronik, yaitu dengan menggunakan sistem elektronik yang digunakan sebagai penyelenggara rekam medis. Manajemen pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan adalah kegiatan menjaga, memelihara, dan melayani rekam medis secara manual maupun elektronik sampai menyajikan informasi kesehatan di rumah sakit, praktik dokter, klinik, asuransi kesehatan, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya (Kemenkes RI, 2013). Tenaga kesehatan yang bertanggung jawab dalam rekam medis adalah perekam medis dan informasi kesehatan yang telah lulus pendidikan rekam medis dan informasi kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undang (Kemenkes RI, 2022).

b. Tujuan Rekam Medis

Menurut Permenkes Nomor 24 Tahun 2022, tujuan rekam medis untuk (Kemenkes RI, 2022):

1) Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan
2) Memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis
3) Menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaan data rekam medis
4) Mewujudkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang berbasis digital dan terintegrasi

Adapun tujuan rekam medis ada 6 aspek, sebagai berikut (Albar, 2023):

1) Administratif

   Aspek administratif yaitu rekam medis berisi catatan pengobatan, pemeriksaan, dan tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki wewenang dapat dilampirkan sebagai persyaratan yang sah
2) Legal

   Aspek legal yaitu rekam medis sebagai bukti sah terkait perjalanan medis pasien yang dapat dipertanggungjawabkan di pengadilan, maka

dari itu setiap lembar rekam medis harus dibubuhi tanda tangan dan tanggal oleh dokter penanggung jawab

3) Finansial

   Aspek finansial yaitu rekam medis sebagai penentu biaya pengobatan pasien karena berisi data berkesinambungan pelayanan medis yang telah diberikan tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan

4) Riset

   Aspek riset yaitu rekam medis yang berisi catatan-catatan selama pelayanan medis pasien dapat digunakan sebagai bahan penelitian dengan tujuan perkembangan ilmu di dunia kesehatan

5) Edukasi

   Aspek edukasi yaitu informasi dari isi rekam medis dapat digunakan sebagai bahan ajar atau bahan pembelajaran

6) Dokumentasi

   Aspek dokumentasi yaitu isi rekam medis dapat digunakan sebagai bahan laporan yang akan dipertanggungjawabkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan terkait

c. Penyelenggaraan Rekam Medis

Menurut Permenkes Nomor 24 Tahun 2022, setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan rekam medis. Penyelenggaraan rekam medis dilakukan sejak pasien masuk sampai dengan pasien pulang, dirujuk, atau meninggal. Kegiatan penyelenggaraan rekam medis paling sedikit terdiri dari (Kemenkes RI, 2022):

1) Registrasi pasien
2) Pendistribusian data rekam medis
3) Pengisisan informasi klinis
4) Pengolahan informasi rekam medis
5) Penginputan data untuk klaim pembiayaan
6) Penyimpanan rekam medis
7) Penjaminan mutu rekam medis
8) Transfer isi rekam medis elektronik

Salah satu kegiatan penyelenggaraan rekam medis yang sangat riskan adalah pengolahan informasi rekam medis. Dalam pengolahan informasi rekam medis terdiri dari 3 bagian yaitu pengkodean, pelaporan, dan penganalisisan (Khumairo & Zein, 2023).

2.1.3 Diagnosis

Diagnosis adalah upaya menemukan kelemahan atau penyakit yang dialami seseorang dengan melalui identifikasi salah satu penyebab dari penyakit seseorang (Rakel, 2024). Diagnosis dibagi menjadi dua yaitu (Kemenkes RI, 2021):

a. Diagnosis Utama

Diagnosis utama adalah diagnosis yang ditegakkan oleh dokter pada akhir episode perawatan yang menyebabkan pasien mendapatkan perawatan. Apabila terdapat lebih dari satu diagnosis, maka dipilih diagnosis yang menggunakan sumber daya paling banyak

b. Diagnosis Sekunder

Diagnosis sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau selama episode perawatan. Diagnosis sekunder dapat dibagi menjadi dua yaitu:

1) Komorbiditas

Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama sebelum pasien masuk rawat dan membutuhkan pelayanan kesehatan, contohnya riwayat penyakit terdahulu

2) Komplikasi

Komplikasi adalah penyakit yang timbul dalam masa perawatan sewaktu episode pelayanan, disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul akibat pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien

2.1.4 Sistem Urinaria

a. Pengertian Sistem Urinaria

Sistem urinaria adalah sistem organ yang memproduksi, menyimpan, dan mengalirkan urin. Pada manusia sistem ini terdiri dari ginjal, ureter, kandung kemih, otot *sphincter*, dan uretra. Berikut adalah penjelesan bagian-bagian sistem urinaria menurut (Rhismawati, 2021):

1) Ginjal/Renal

   Ginjal adalah organ ekskresi berbentuk seperti kacang. Berfungsi untuk mengeluarkan zat racun, keseimbangan asam basa, mengeluarkan sisa metabolisme (ureum, kreatinin), keseimbangan transportasi air dan zat terlarut, mensekresi hormon yang membantu mengatur tekanan darah, erithropoetik dan metabolisme kalsium, serta membentuk urin

2) Ureter

   Ureter terdiri dari 2 pipa yang tersambung dari ginjal ke kandung kemih yang dilapisi jaringan ikat dan otot polos. Lapisan dinding ini bergerak peristaltik setiap 5 menit sekali untuk mendorong urin dari ginjal ke kandung kemih

3) Kandung Kemih/*Vesica Urinaria*

   Sebuah kandung dengan otot yang berfungsi sebagai penampung air seni, dapat mengembang dan mengempis. Kandung kemih dapat terisi kurang lebih 250cc

4) Uretra

   Merupakan saluran sempit yang berpangkal pada kandung kemih untuk menyalurkan air kemih keluar. Pada wanita uretra memiliki panjang sekitar 2,5 cm sampai 4 cm dan terletak di antara klistoris dan pembukaan vagina. Pada pria, uretra lebih panjang daripada wanita sehingga lebih beresiko terjangkit infeksi kantung kemih dan infeksi saluran kemih. Khusus pada pria, uretra juga berfungsi sebagai saluran keluarnya air mani

b. Penyakit Sistem Urinaria

Penyakit pada sistem urinaria banyak ragamnya, beberapa penyakit sistem urinaria adalah sebagai berikut (Rhismawati, 2021):

1) *Urolithiasis*

   Penyakit yang disebabkan oleh adanya batu atau kristal pada saluran kencing. Batu dan kristal dapat ditemukan di ginjal, uretra, dan kebanyakan di kandung kemih. Adanya batu atau kristal tersebut dapat menyebabkan iritasi saluran kencing

2) *Glomerulonephritis*

   Inflasi glomerulus yang terjadi karena kompleks antigen-antibodi terjebak dalam membran kapiler glomerular. Terbagi menjadi dua, yaitu:

   a) *Acute Glomerulonephritis*, peradangan glomerulus secara mendadak
   b) *Chronic Glomerulonephritis*, peradangan yang lama dari sel glomerulus. Dapat merusak jaringan ginjal akibat proses nefrotik dan hipertensi sehingga menimbulkan gangguan fungsi ginjal yang *irreversible*

3) *Benign Prostat Hyperplasia*

   BPH adalah *hyperplasia* kelenjar periuretra yang mendesak jaringan prostat ke perifer dan menjadi kapsul bedah

4) Ca Ginjal

   Dapat disebut juga adenokarsinoma ginjal atau hipemefroma atau tumor grawitz. Faktor penyebabnya karena terpengaruh dari lingkungan pekerjaan, kebiasaan merokok, kontak dengan karsinogen, dan riwayat penyakit tumor ginjal

5) *Acute Kidney Failure*

   Penurunan secara tiba-tiba fungsi ginjal dengan ginjal sehat sebelumnya, atau tanpa oliguria dan disertai kenaikan ureum dan kreaktin darah. Terbagi menjadi 3 klasifikasi, yaitu :

   a) Gagal ginjal akut prarenal, keadaan yang paling ringan dapat cepat *reversible* bila perfusi ginjal segera diperbaiki. Kelainan fungsional tanpa adanya kelainan histologi/morfologi pada

nefron. Apabila tidak segera diperbaiki dapat menimbulkan *tubular necrosis*.

b) Gagal ginjal akut renal, kelanjutan dari gagal ginjal akut prarenal
c) Gagal ginjal akut post renal, keadaan pebentukan urin cukup, namun saluran kemih terhambat karena obstruksi atau ekstravasasi

6) *Chronic Kidney Disease* (CKD)

CKD merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan *irreversible* dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah). CKD terbagi menjadi 5 tingkatan :

a) Stage 1, kerusakan ginjal ditemukan protein dalam urin dengan GFR normal (≥90mL/min)
b) Stage 2, kerusakan ginjal dan adanya penurunn GFR yang sedikit (69-90mL/min)
c) Stage 3, kerusakan ginjal dan adanya penurunan GFR yang moderat (30-59mL/min)
d) Stage 4, kerusakan ginjal dan adanya penurunan GFR yang parah (15-29mL/min)
e) Stage 5, gagal ginjal terminal (<15mL/min)

Adapun kondisi penyerta yang sering pada penyakit sistem urinaria, seperti (Irfan, 2019):

Tabel 2. 1 Kondisi Penyerta Penyakit Sistem Urinaria

Diagnosis	Pengajian diagnosis
Anemia	Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan darah dengan kriteria Hb darah kurang dari kadar Hb normal. Nilai rujukan kadar hemoglobin normal menurut WHO: a. Laki-laki: > 13 g/dl b. Perempuan: > 12 g/dl c. Perempuan hamil: > 11 g/dl

Infeksi Saluran Kemih	Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan penunjang tambahan: a. Urin mikroskopik (Peningkatan > 10 bakteri per lapang pandang, peningkatan > 10 sel darah putih per lapang pandang) b. Kultur urin (hanya diindikasikan untuk pasien yang memiliki riwayat kekambuhan infeksi saluran kemih)
Sepsis	Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. *Systemic Inflammatory Response Syndrome* (SIRS) adalah kondisi di mana pasien memenuhi dua atau lebih kriteria berikut: a. suhu >38C atau <36C b. denyut nadi >90 kali/menit c. laju pernafasan >20 kali/menit atau PaCO2<32mmHg d. hitung leukosit >12.000 /mm3 atau >10% sel imatur Sepsis adalah SIRS ditambah sumber infeksi yang diketahui (ditandai dengan biakan positif terhadap organisme dari tempat tersebut)
Hipertensi	Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik a. Normal : 90/60mmHg - 120/80 mmHg b. Pre-Hipertensi : 120/80mmHg – 139/89mmHg c. Hipertensi stage 1 : 140/90mmHg – 159/99mmHg d. Hipertensi stage 2 : ≥160/100mmHg
Diabetes Mellitus	Kriteria diagnostik DM dan gangguan toleransi glukosa: a. Gejala klasik DM (poliuria, polidipsia, polifagi) + glukosa plasma sewaktu ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L). Glukosa plasma sewaktu merupakan hasil pemeriksaan sesaat pada suatu hari tanpa memperhatikan waktu makan terakhir. ATAU b. Gejala Klasik DM+ Kadar glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/ dl. Puasa diartikan pasien tidak mendapat kalori tambah- an sedikitnya 8 jam ATAU c. Kadar glukosa plasma 2 jam pada tes toleransi gluko- sa terganggu (TTGO) > 200 mg/dL (11.1 mmol/L). TTGO dilakukan dengan standard WHO, menggunakan beban glukosa anhidrus 75 gram yang dilarutkan dalam air. ATAU d. HbA1C; Penentuan diagnosis DM berdasarkan HbA1C ≥ 6.5 % belum dapat digunakan secara

	nasional di Indonesia, mengingat standarisasi pemeriksaan yang masih belum baik.

2.1.5 ICD-10

a. Pengertian ICD-10

International Statistical Clasification of Disease and Related Health Problems 10th (ICD-10) adalah sistem klasifikasi penyakit yang komperehensif dan diakui secara internasional. Sistem klasifikasi penyakit adalah sistem yang mengelompokkan penyakit-penyakit (World Health Organization, 2010b).

b. Fungsi dan Kegunaan ICD-10

Menurut WHO, fungsi ICD sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan digunakan untuk kepentingan informasi statistik morbiditas dan mortalitas, serta analisis interpretasi dan pembandingan sistematis data tersebut antara berbai wilayah dan jangka waktu. Penerapan pengkoden sistem ICD digunakan untuk semua tujuan epidemiologi umum dan manajemen kesehatan yang mencakup analisis situasi kesehatan masyarakat, pemantauan insiden dan prevalensi penyakit dan masalah kesehatan lain (World Health Organization, 2010b).

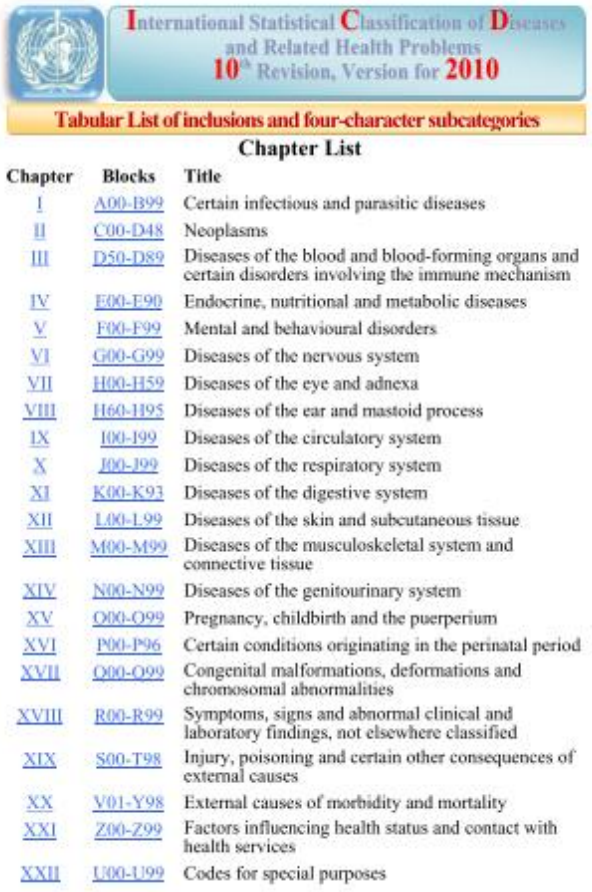
c. Struktur ICD-10

Daftar kategori ICD-10 terdiri dari 3 karakter berkode tunggal, masing-masing dapat dibagi atas 10 subkategori 4 karakter. ICD-10 menggunakan kode alfa-numerik dengan huruf pada karakter pertama dan angka pada karakter kedua, ketika, dan keempat. Pada karakter keempat didahului oleh sebuah titik. Nomor kode yang mungkin ada berkisal dari A00.0 sampai Z99.0 kecuali huruf U. ICD-10 terdiri dari 3 volume dan 22 bab dengan rincian sebagai berikut (World Health Organization, 2010b):

1) Volume 1

Berisi klasifikasi-klasifikasi utama yang terdiri dari kode alfa-numerik tiga atau empat karakter dengan daftar tabulasi inklusi dan ekslusi,

morfologi neoplasma, daftar tabulasi khusus untuk morbiditas dan mortalitas, definisi tentang penyebab kematian serta peraturan mengenai nomenklatur. Dalam ICD-10 volume 1 terbagi menjadi 22 *chapter*.



International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
10th Revision, Version for 2010

Tabular List of inclusions and four-character subcategories

Chapter List

Chapter	Blocks	Title
I	A00-B99	Certain infectious and parasitic diseases
II	C00-D48	Neoplasms
III	D50-D89	Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism
IV	E00-E90	Endocrine, nutritional and metabolic diseases
V	F00-F99	Mental and behavioural disorders
VI	G00-G99	Diseases of the nervous system
VII	H00-H59	Diseases of the eye and adnexa
VIII	H60-H95	Diseases of the ear and mastoid process
IX	I00-I99	Diseases of the circulatory system
X	J00-J99	Diseases of the respiratory system
XI	K00-K93	Diseases of the digestive system
XII	L00-L99	Diseases of the skin and subcutaneous tissue
XIII	M00-M99	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
XIV	N00-N99	Diseases of the genitourinary system
XV	O00-O99	Pregnancy, childbirth and the puerperium
XVI	P00-P96	Certain conditions originating in the perinatal period
XVII	Q00-Q99	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
XVIII	R00-R99	Symptoms, signs 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 purposes

Gambar 2. 1 Chapter List ICD 10 Revisi Tahun 2010 Volume 1

2) Volume 2

ICD-10 volume 2 berisi pedoman untuk mencatat dan mengkode serta sejarah dan klasifikasi ICD. ICD-10 volume 2 disajikan terpisah untuk memudahkan pengguna. Pada ICD-10 volume 2 menguraikan dasar ICD dengan petunjuk praktis untuk mengode morbiditas dan mortalitas. ICD-10 volume 2 dapat pula sebagai pedoman presentasi dan interpretasi data

3) Volume 3

ICD-10 volume 3 terbagi menjadi tiga *sections*. *Sections* 1 berisi indeks alfabet penyakit, *section* 2 berisi sebab luar *(external causes)*, dan *section* 3 berisi tabel obat dan bahan kimia. Pada bagian pengantar volume 3 terdapat petunjuk penggunaan indeks alfabet

d. Konvensi dan Tanda Baca ICD-10

Makna dan kegunaan konvensi tanda baca pada buku ICD-10 antara lain sebagai berikut (World Health Organization, 2010b):

1) *Inclusion Term*

Pernyataan diagnostik yang diklasifikasikan atau yang termasuk dalam suatu kelompok kode ICD. Dapat dipakai untuk kondisi yang berbeda atau sinonimnya

2) *Exclusion Term*

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

3) *Parentheses ( )*

Digunakan untuk mengurung kata tambahan *(supplementary words)* yang mengikuti suatu istilah diagnostik, tanpa mempengaruhi kode ICD. Untuk mengurung kode ICD, suatu istilah yang dikelompokan tidak termasuk atau diluar kelompok ini *(exclusion)*. Pada judul blok digunakan untuk mengurung kode ICD yang berjumlah 3 karakter. Dapat juga digunakan untuk mengurung kode ICD klasifikasi ganda *(dual classification)*

4) *Square Brackets [ ]*

Digunakan untuk mengurung persamaan kata atau sinonim kata sebutan alternatif *(alternative words)* dan frasa penjelasan *(explanatory phrases)*

5) *Colon :*

Digunakan untuk daftar inkusi dan ekslusi belum lengkap ditulis dalam rubrik dan memerlukan tambahan kata yang akan memodifikasi atau mengkualifikasi sebutan yang akan diberikan nomer kode

6) *Brace }*

Digunakan untuk mengelompokkan istilah-istilah dalam sebuah inklusi atau ekslusi. Semua kelompok sebutan yang mendahuluinya belum lengkap dan masih harus ditambah dengan keterangan yang ada di belakang tanda baca kurung ini

7) *NOS (Not Otherwise Specified)*

NOS berarti *unspecified*, mengharuskan pengkode membaca lebih teliti agar tidak melakukan salah pilih nomor kode yang diperlukan

8) *NEC(Not Elsewhere Classified)*

NEC menjadi peringatan bahwa dalam daftar urut yang tertera dibawah judul akan ditemukan beberapa kekhususan yang tidak sama dengan bagian lan dari klasifikasi. Biasa terdapat di judul kategori ke-3

9) *And & Point dash* .-

Pada beberapa nomor kode berkarakter ke 4 dari suatu subkategori diberi tanda *dash* (-) setelah tanda *point* (.). Ini bisa ditemukan di volume 1 maupun 3 nomor kode diakhiri dengan tanda .- (titik garis) ini berarti penulisan nomor kode belum lengkap, mempunyai makna bahwa apabila nomor terkait akan dipilih, maka coder harus mengisi garis dengan suatu angka yang harus ditemukan/ditelusuri lebih lanjut di volume 1. Menunjukan bahwa ada karakter ke-4 yang harus dicari

10) *Dagger & Asterisk*

Kode yang digunakan untuk penanda kode utama sebab sakit. Sedangkan tanda asterik (bintang) merupakan kode yang digunakan untuk manifestasi dari diagnosisnya (wujud atau bentuknya)

11) *Cross References*

Rujuk silang dijalankan apabila ada perintah di dalam kurung ( ) : *see, see also,* yang bermakna istilah yang perlu rujuk silang *index*

e. *Rule* MB

Praktisi kesehatan bertanggungjawab atas penentuan kondisi utama untuk dikode. Namun keadaan tertentu atau sumber lain menunjukkan bahwa praktisi tidak mengikuti cara yang benar. Apabila tidak dapat memperoleh klarifikasi dari praktisi kesehatan, maka koder dapat menggunakan *rule* MB berikut (World Health Organization, 2010b):

1) *Rule MB1 (Minor condition recorded as "main condition", more significant condition recorded as "other conditions")*

   Kondisi *minor* tercatat sebagai kondisi utama, sedangkan kondisi yang lebih signifikan dicatat sebagai kondisi lain. Maka kondisi yang lebih signifikan dipilih menjadi kondisi utama

2) *Rule MB2 (Several Conditions recorded as main condition)*

   Beberapa kondisi tercatat sebagai kondisi utama, tetapi pada asuhan pasien menunjukkan salah satu diantaranya merupakan kondisi utama. Maka pilih kondisi tersebut atau pilih kondisi yang pertama kali disebutkan

3) *Rule MB3 (Condition recorded as "main condition" is presenting symptom of diagnosed, treated condition)*

   Gejala pada *chapter* XXI tercatat sebagai kondisi utama. Gejala tersebut merupakan pertanda dari diagnosis dan perawatan. Maka pilih diagnosis sebagai kondisi utama

4) *Rule MB4 (Specificity)*

   Diagnosis tercatat sebagai kondisi utama akan tetapi pada kondisi lain terdapat informasi yang lebih tepat terkait tempat dan asal mulanya. Maka kode kondisi lain tersebut sebagai kondisi utama

5) *Rule MB5 (Alternative main diagnose)*

   Gejala tercatat sebagai kondisi utama tanpa adanya kondisi lain. Maka pilih gejala sebagai kondisi utama. Apabila terdapat dua gejala atau lebih pilih gejala pertama yang disebutkan

2.1.6 Koding

a. Pengertian koding

Pengkodean merupakan kegiatan memberikan kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit yang berlaku. Klasifikasi internasional penyakit yang berlaku di Indonesia adalah ICD-10 (Kemenkes RI, 2022).

Koding sangat penting dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke FKRTL. Aturan dan pedoman koding yang digunakan dalam INA-CBG adalah aturan koding morbiditas. Kode INA-CBG berasal dari resume medis apabila diperlukan dapat melihat dalam dokumen rekam medis. Maka dari itu ketepatan kode diagnosis dan tindakan sangat berpengaruh terhadap hasil *grouper* dalam aplikasi INA-CBG (Kemenkes RI, 2021).

b. Langkah-langkah koding

Berdasarkan ICD-10 *volume* 2 sebagai buku panduan, langkah-langkah melakukan pengkodean adalah sebagai berikut (World Health Organization, 2010b):

1) 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 I-XIX dan XX-XXI (Section I Volume 3). Jika pernyataannya adalah penyebab luar atau cedera diklasifikasikan pada bab XX (Section II Volume 3).
2) Tentukan *Lead Term*. Untuk penyakit dan cedera biasanya adalah kata benda untuk kondisi patologis. Namun, beberapa kondisi dijelaskan dalam kata sifat atau *eponym* dimasukkan dalam *index* sebagai *Lead Term*.
3) Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk di bawah kata kunci.
4) Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan indentasi di bawah *lead term* (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum.
5) Ikuti setiap petunjuk rujukan silang *("see"* dan *"see also")* yang ditemukan dalam *index*

6) 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*
7) Baca setiap *inclusion* atau *exclusion* di bawah kode yang dipilih, di bawah bab, di bawah blok atau di bawah judul kategori
8) Tetapkan kode.

2.1.7 Koding Sistem Urinaria

Pada ICD-10 *volume* 1 kode penyakit sistem urinaria masuk dalam *Chapter* XIV (*Block* N00-N39 dan N99), secara lengkapnya pada gambar di bawah ini (World Health Organization, 2010a):

Chapter XIV

Diseases of the genitourinary system (N00-N99)

Excludes: certain conditions originating in the perinatal period (P00-P96)
certain infectious and parasitic diseases (A00-B99)
complications of pregnancy, childbirth and the puerperium (O00-O99)
congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities (Q00-Q99)
endocrine, nutritional and metabolic diseases (E00-E90)
injury, poisoning and certain other consequences of external causes (S00-T98)
neoplasms (C00-D48)
symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified (R00-R99)

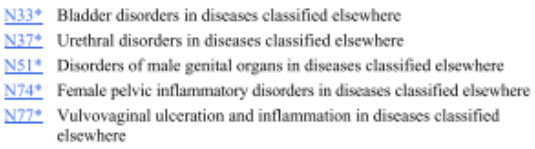
This chapter contains the following blocks:

N00-N08	Glomerular diseases
N10-N16	Renal tubulo-interstitial diseases
N17-N19	Renal failure
N20-N23	Urolithiasis
N25-N29	Other disorders of kidney and ureter
N30-N39	Other diseases of urinary system
N40-N51	Diseases of male genital organs
N60-N64	Disorders of breast
N70-N77	Inflammatory diseases of female pelvic organs
N80-N98	Noninflammatory disorders of female genital tract
N99	Other disorders of genitourinary tract

Asterisk categories for this chapter are provided as follows:

N08*	Glomerular disorders in diseases classified elsewhere
N16*	Renal tubulo-interstitial disorders in diseases classified elsewhere
N22*	Calculus of urinary tract in diseases classified elsewhere
N29*	Other disorders of kidney and ureter in diseases classified elsewhere

568 *WHO's ICD-10*



Gambar 2. 2 Kode Blok Penyakit Sistem Urinaria

2.1.8 Keakuratan Kode

Pengkodean yang akurat membutuhkan rekam medis yang lengkap. Pengkodean diagnosis maupun tindakan dilakukan dengan analisis S *(Subjectif)*, O *(Objectif)*, A *(Asessment)*, dan P *(Planning)* pada isi dokumen rekam medis berupa formulir ringkasan masuk, formulir pemeriksaan fisik, formulir pemeriksaan penunjang, formulir asuhan keperawatan, formulir catatan obat, laporan operasi, *informed consent*, dan formulir ringkasan pulang. Keakuratan pemberian kode menurut Gemala Hatta terbagi menjadi 4 komponen, yaitu :

a. *Reliability*/Konsisten, apabila dikode oleh petugas yang berbeda menghasilkan kode yang sama
b. *Validity*/Tepat, apabila kode yang ditegakkan sudah sesuai dengan diagosis dan tindakan medis
c. *Completeness*/Lengkap, apabila kode yang ditegakkan sudah mencakup seluruh diagnosis dan tindakan medis yang ada di dokumen rekam medis
d. *Timeliness*/Tepat waktu (Hatta, 2017)

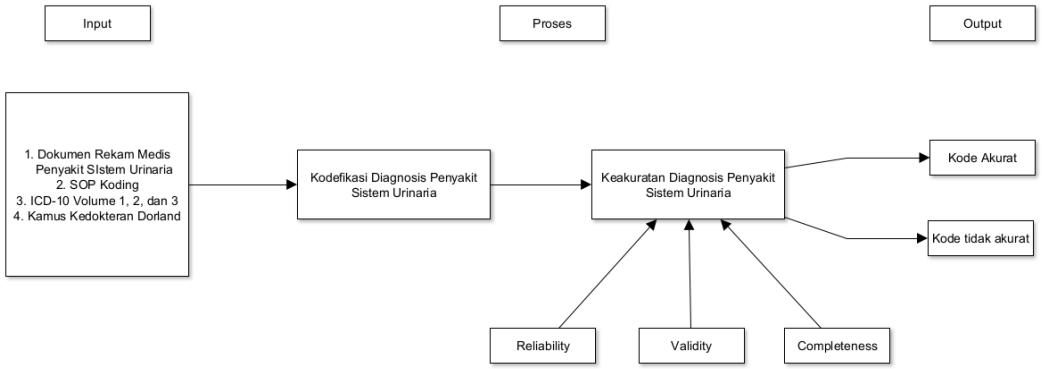
Pengukuran kinerja secara kualitatif berdasarkan indikator ketepatan pengkodean dinyatakan dengan persentase:

a. 96-100% tepat, disebut terbaik
b. 92-95%, disebut melebihi harapan
c. 89-94% tepat, disebut sesuai harapan
d. 84-88% tepat, disebut butuh peningkatan
e. < 84%, disebut tidak memuaskan (Hatta, 2017)

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi keakuratan kode, yaitu:

a. Tulisan dokter yang sulit dibaca
b. Diagnosis yang tidak spesifik
c. Keterampilan dan pengetahuan petugas koding dalam pemilihan kode (Afifi, 2023)

2.2. Kerangka Konsep



Gambar 2. 3 Kerangka Konsep

Keterangan :

Dalam kerangka konsep ini dapat dilihat pada input penelitian ini adalah DRM penyakit sistem urinaria sebagai sumber data penelitian, SPO koding untuk mengetahui prosedur pelaksanaan kodefikasi, ICD-10 volume 1, 2, dan 3 sebagai pedoman pemberian kode yang tepat, kamus kedokteran Dorland untuk mengetahui istilah sulit dalam terminologi medis.

Pada tahapan proses, peneliti menggunakan SPO Koding sebagai acuan sistematika pengodean. Kemudian mengidentifikasi DRM penyakit sistem urinaria. Selanjutnya, menentukan kode diagnosis pada DRM penyakit sistem urinaria sesuai pedoman ICD 10 volume 1, 2, dan 3. Berdasarkan kegiatan pengkodean, dihasilkan dua kemungkinan, yaitu kode penyakit sistem urinaria akurat atau tidak akurat sesuai dengan 3 komponen keakuratan kode (*reliability*, *validity*, dan *completeness*).