BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan suatu institusi pelayanan kesehatan perorangan yang secara paripurna menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2022). Penyediaan fasilitas kesehatan seperti rumah sakit merupakan salah satu upaya pembangunan nasional yang dilaksanakan pemerintah. Pembangunan nasional sendiri merupakan tugas utama bagi pemerintah yang dilaksanakan sebagai bentuk pemberian pelayanan yang terbaik untuk masyarakat, (Nabiila Sekar Nurami *et al.*, 2024).

Rumah sakit menyelenggarakan fungsi pelayanan kesehatan perseorangan dalam bentuk spesialistik dan/atau subspesialistik. Selain menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan, rumah sakit dapat menyelenggarakan fungsi pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan (Pemerintah Indonesia, 2023).

Dalam pelaksanaannya, rumah sakit memiliki beberapa hak. Hal ini sesuai dengan UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan pasal 191, terdiri atas (Pemerintah Indonesia, 2023):

a) menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit;

b) menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
c) melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam mengembangkan pelayanan;
d) menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-unndangan;
e) menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
f) mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
g) mempromosikan layanan kesehatan yang ada di rumah sakit sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Selain mendapatkan hak, rumah sakit juga memiliki beberapa kewajiban yang harus dilakukan, salah satunya adalah menyelenggarakan rekam medis. Hal ini tercantum pada UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan pasal 189 ayat (1), menyatakan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban sebagai berikut(Presiden RI, 2023):

a) memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
b) memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
c) memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
d) berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
e) menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;

f) melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan KLB, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
g) membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
h) menyelenggarakan rekam medis;
i) menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
j) melaksanakan sistem rujukan;
k) menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
l) memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
m) menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
n) melaksanakan etika Rumah Sakit;
o) memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
p) melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
q) membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
r) menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit;
s) melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
t) memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok

2.1.2 Rekam Medis

Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2022). Rekam medis merupakan kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dan riwayat penyakitnya, termasuk keadaaan sakit, pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleh para praktisi kesehatan dalam upaya mereka memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Rekam medis elektronik merupakan rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis (Kemenkes RI, 2022).

2.1.3 Tujuan Rekam Medis

Tujuan pengaturan Rekam Medis sebagai berikut (Kemenkes RI, 2022):

a. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan
b. Memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan Rekam Medis
c. Menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaan data Rekam Medis
d. Mewujudkan penyelenggaraan dan pengeloaan Rekam Medis yang berbasis digital dan terintegrasi

2.1.4 Kegunaan Rekam Medis

Fungsi rekam medis yakni sebagai (Kemenkes RI, 2008):

a. Sarana pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien
b. Alat bukti dalam hal penegakkan hukum
c. Bukti disiplin kedokteran dan kedokteran gigi
d. Sumber referensi pendidikan dan penelitian
e. Dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan
f. Sumber data statistic kesehatan

2.1.5 Isi Rekam Medis

Isi rekam medis sebagaimana merupakan dokumen medis milik fasilitas pelayanan kesehatan paling sedikit terdiri atas (Kemenkes RI, 2022):

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.

2.1.6 Perekam Medis dan Informasi Kesehatan

Menurut Permenkes No. 24 Tahun 2022 Perekam Medis dan Informasi Kesehatan adalah seorang yang telah lulus pendidikan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, (Kemenkes RI, 2022). Menurut Permenkes No. 55 Tahun 2013 Pekerjaan rekam medis merupakan Diploma III Rekam Medis dan Informasi kesehatan yang ditempuh 6 semester dengan gelar ahli madya (Kemenkes RI, 2013).

Seorang perekam medis atau seorang koder wajib memperhatikan ketepatan kode di dalam pemberian kode diagnosis penyakit. Kewenangan yang dimiliki oleh seorang ahli madya Perekam medis dan Informasi Kesehatan salah satunya merupakan melaksanakan klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan sesuai dengan terminologi medis yang benar (Kemenkes RI, 2013).

2.1.7 Pengelolaan Data Dokumen Rekam Medis

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2020b). Data informasi rekam medis yang baik dan lengkap merupakan salah satu alat tolak ukur untuk menentukan mutu pelayanan rumah sakit. Adapun indikator sebagai tolak ukur mutu rekam medis rumah sakit yang baik

yakni, rekam medis yang lengkap, rekam medis yang akurat, pengelolaan rekam medis yang tepat waktu, serta aspek hukum. Pengelolaan rekam medis haruslah efektif dan efisien sebagai penunjang mutu pelayanan kesehatan bagi rumah sakit.

Pengelolaan data merupakan kegiatan mengumpulkan, menghitung, mengalisa data-data dari kegiatan maupun data-data medis non medis yang direkam medis sehingga sebuah laporan atau informasi yang dibutuhkan baik baik oleh pihak internal atau eksternal. Pengelolaan rekam medis terdiri atas:

a) Pendaftaran

   Penerimaan pendaftaran untuk pendaftaran pasien baru, pendaftaran pasien lama, pendaftaran rawat jalan, pendaftaran rawat inap, dan pendaftaran gawat darurat. Pendaftaran dilakukan untuk pencatatan dan untuk mendapatkan data pasien untuk mendapatkan pelayanan.

b) Asembling

   Asembling merupakan kegiatan merakit rekam medis dengan menganalisis kelengkapan rekam medis berbasis kertas yang diolah, ditinta, dan disimpan secara manual maupun yang berbasis komputer yang dikelola melalui informasi terpadu. Asembling dilakukan untuk mengetahui riwayat gambaran kesehatan pasien dari masa lampau hingga masa kini untuk memberikan penaganan yang tepat.

c) Koding

   Koding merupakan pemberian kode dianosis penyakit berdasarkan klasifikasi penyakit yang berlaku. Menurut WHO, koding merupakan penetapan sandi atau penggunaan nomor huruf angka untuk mewakili komponen data terkait. Koding harus sesuai dengan ICD 10 dan harus dilakukan dengan tepat.

d) Indeks

Indeksing merupakan pembuatan tabulasi sesuai dengan kode yang dibuat ke dalam indeks-indeks (kartu indeks atau komputerisasi, (Dirjen Yamed, 2006).

e) Pelaporan

Setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan SIMRS atau Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit, (Permenkes No. 82, 2013). SIMRS merupakan suatu sistemteknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasi seluruh alur proses pelayana rumah sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan, dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan.

2.1.8 Pengkodean

Pengkodean merupakan pemberian kode menggunakan kombinasi huruf dan angka yang mewakili diagnosis penyakit, (Kemenkes RI, 2020b). Dalam mengidentifikasi kode yang tepat, seorang koder yang baik harus mempunyai pemahaman yang baik menggunakan sumber terpercaya untuk aturan pengkodean. Pengkodean penyakit, seorang koder harus memeriksa formulir-formulir secara keseluruhan tidak hanya merujuk ringkasan masuk dan keluar sehingga informasi-informasi tambahan yang diperoleh dapat menunjang ketepatan dalam megkoding penyakit. Manajemen data klinis dan pengkodean diagnosik sangat penting dalam aspek perawatan kesehatan.

Menurut WHO klasifikasi kode penyakit bertujuan sebagai penyeragaman nama dan golongan penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan (Pramono *et al.*, 2021). Pengkodean yang benar sesuai dengan ICD 10 harus dilakukan dengan memperhatikan ketepatan serta keakuratan informasi diagnosis dan tindakan medis yang dicantumkan, serta

dengan memastikan bahwasanya kode dan deskripsi yang digunakan sesuai dengan standar yang telah di tetapkan oleh WHO.

2.1.9 Keakuratan Kodefikasi

Kode yang akurat merupakan kode yang dituliskan hingga karakter ke-3 atau ke-4, atau sampai diketahui diagnosis yang lebih spesifik, baik dari jenis penyakitnya maupun penyebab dari penyakit tersebut. Kode dapat dikatakan benar dan akurat apabila telah menjalankan langkah-langkah pengkodean yang telah ditetapkan oleh WHO pada ICD-10. Keakuratan kode diagnosis dan tindakan sangat mempengaruhi kualitas data statistik dan pembayaran biaya kesehatan di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Hal ini dikarenakan kode yang tidak akurat akan menyebabkan data tidak akurat dan menghasilkan tarif yang salah (Arimbawa *et al.*, 2008). Kode diagnosis dapat dikatakan akurat apabila dalam penulisan kode sesuai dengan klasifikasi yang ada di dalam standar ICD- 10, sesuai dengan kondisi pasien dan segala tindakan yang diberikan dan diisi lengkap sesuai aturan klasifikasi yang berlaku (Fajarwati, Ariningtyas and Prahesti, 2021).

Langkah-langkah pengkodean penyakit telah ditetapkan oleh WHO di dalam ICD-10, hal ini juga terdapat pada Buku Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan Edisi Revisi 2 Tahun 2013 oleh Gemala R. Hatta (Hatta, 2013).

1. Menentukan pernyataan yang akan dikode dengan membuka ICD-10 Volume 3 Alphabetical Indeks (kamus).

   Jika pernyataan adalah istilah penyakit atau cidera atau kondisi lain yang terdapat pada Bab I-XIX dan XXI (volume 1), maka cari pada section I indeks (volume 3). Jika pernyataan adalah penyebab luar (external cause) dari cedera (bukan nama penyakit) yang ada di Bab XX (volume 1), maka lihat dan cari pada section II di indeks (volume 3).
2. Menentukan lead term (kata panduan) untuk penyakit dan cedera.

Lead term biasanya berupa kata benda yang memaparkan kondisi patologisnya. Sebaiknya jangan menggunakan istilah kata benda anatomi, kata sifat atau kata keterangan sebagai kata panduan. Namun, ada beberapa kondisi 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 di bawah istilah yang akan dipilih pada volume 3
4. Baca istilah yang ada di dalam tanda kurung "()" sesudah lead term (kata dalam tanda kurung = modifier tidak akan mempengaruhi kode). Istilah lain di bawah lead term (tanda minus (-) = indent) dapat mempengaruhi nomor kode, sehingga semua kata-kata diagnostic harus diperhitungkan.
5. Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (cross references) dan perintah see dan see also yang ada di dalam indeks 20
6. Lihat ke daftar tabulasi (Volume 1) untuk mencari nomor kode yang tepat.

   Lihat kode 3-karakter di indeks dengan dash (-) pada posisi ke-4, maka ada sebuah karakter ke-4 pada volume 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indeks (Volume 3). Perhatikan perintah untuk membubuhi kode tambahan (additional code) serta aturan cara penulisan dan pemanfaatannya.
7. Ikuti pedoman inclusion dan exclusion pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (chapter), blok, kategori, atau subkategori
8. Tentukan kode yang dipilih
9. Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk pemastian kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan.

2.1.10 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidakakuratan Kodefikasi

Faktor yang menyebabkan ketidakuratan kodefikasi dapat dilihat melalui unsur manajemen 5 M (Ramdhani and Gunawan, 2024):

1. Unsur *Man*

   Sumber daya manusia (SDM) yakni petugas rekam medis bertanggung jawab atas keakuratan kodefikasi penyakit. Keterampilan dalam mengkode penyakit bisa didapatkan melalui pelatihan untuk memperoleh pengetahuan dan pengalaman yang baik dalam menunjang kemampuan, tetapi harus didukung dengan fasilitas yang sesuai dengan standar. Apabila belum pernah mengikuti pelatihan kodefikasi dapat menjadi penyebab terjadinya ketidakakuratan kode diagnosis penyakit.

2. Unsur *Money*

   Pembiayaan disini berkaitan dengan anggaran khusus untuk mengikuti pelatihan bagi petugas rekam medis. Apabila tidak disediakan anggaran khusus untuk melakukan pelatihan dapat mengakibatkan petugas yang kurang bisa menunjang keterampilan dalam mengkode sehingga bisa menjadi penyebab terjadinya ketidakakuratan kode diagnosis penyakit.

3. Unsur *Methode*

   Standar operasional prosedur (SOP) harus tersedia. Dalam pelaksanaan standar operasional prosedur, petugas rekam medis wajib mengikuti semua prosedur yang tertera dalam standar operasional prosedur. Jika seorang petugas rekam medis lupa melakukan salah satu proses pengkodean yang tercantum dalam staadar operasional prosedur dapat berakibat fatal dalam pembayaran.

4. Unsur *Material*

   Formulir rekam medis yang diteliti terdiri atas formulir ringkasan masuk dan keluar, resume medis, dan hasil pemeriksaan labolatorium. Ketidakjelasan diagnosis dan tulisan tangan dokter yang tidak terbaca

menjadi hambatan bagi petugas rekam medis dalam menentukan kode diagnosis penyakit yang meneyebabkan kode tidak akurat.

5. Unsur *Machine*

   Fasilitas yang memadai baiknya tersedia untuk mencapai pelayanan rekam medis yang efisien dengan sarana yang memadai maka proses koding dapat dilaksanakan dengan efektif dan efisien serta mengurangi tingakt ketidakakuratan kode diagnosis penyakit. Ketersediaan ICD 10 dan SIMRS berperan penting dalam unsur ini.

2.1.11 ICD 10

ICD 10 merupakan *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem*, standar internasional klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan yang dikeluarkan WHO revisi ke 10, (Irmawati and Nazillahtunnisa, 2019). ICD 10 memiliki tujuan agar memudahkan pencatatan data mortalitas dan morbiditas, serta analisis interpretasi dan membandingkan sistematis data antar berbagai wilayah dan jangka waktu. ICD 10 digunakan sebagai acuan dalam proses koding untuk berbagai penyakit yang mana dalam ICD 10 dibagi kedalam XXII BAB, (Luiza Tara L, 2020):

1. Bab I (A00-B99) terkait penyakit infeksi dan parasite tertentu.
2. Bab II (C00-D48) terkait penyakit neoplasma.
3. Bab III (D50-D89) terkait penyakit pada darah dan organ pembentuk darah serta kelainan tertentu yang melibatkan mekanisme imun.
4. Bab IV (E00-E90) terkait penyakit endokrin, nutrisi dan metabolisme.
5. Bab V (F00-F99) terkait penyakit gangguan mental dan perilaku.
6. Bab VI (G00-G99) terkait penyakit sistem saraf.
7. Bab VII (H00-H59) terkait penyakit mata dan andeksa.
8. Bab VIII (H60-H95) terkait penyakit telinga dan proses mastoid.
9. Bab IX (I00-I99) terkait penyakit sistem peredaran darah.
10. Bab X (J00-J99) terkait penyakit pada sistem pernapasan.

11. Bab XI (K00-K93) terkait penyakit pada sistem pencernaan.
12. Bab XII (L00-L99) terkait penyakit kulit dan jaringan subkutan.
13. Bab XIII (M00-M99) terkait penyakit pada sistem muskuloskeletal dan jaringan ikat.
14. Bab XIV (N00-N99) terkait penyakit pada sistem genitourinaria.
15. Bab XV (O00-O99) terkait kehamilan dan masa nifas
16. Bab XVI (P00-P96) terkait kondisi tertentu yang berasal dari periode perinatal.
17. Bab XVII (Q00-Q99) terkait malformasi, deformasi, dan kromosom bawaan kelainan.
18. Bab XVIII (R00-R99) terkait gejala, tanda dan kelainan klinis dan laboratorium temuan, tidak diklasifikasikan di tempat lain.
19. Bab XIX (S00-T98) terkait cedera, keracunan, dan konsekuensi tertentu lainnya penyebab eksternal.
20. Bab XX (V01-Y98) terkait penyebab luar, morbiditas dan mortalitas.
21. Bab XXI (Z00-Z13) terkait faktor yang mempengaruhi status Kesehatan dan kontrak dengan Kesehatan jasa.
22. Bab XXII (U00-U99) terkait kode untuk tujuan khusus. Kode morphology of neoplasms mengetahui pembentukan atau sifat dari penyakit neoplasma. Daftar khusus pengolahan data kematian dan data kesakitan

ICD 10 terdiri atas 3 volume yang memiliki isi yang berbeda akan tetapi saling berhubungan sebagai berikut, (Luiza Tara L, 2020):

a) Volume 1, merupakan klasifikasi utama yang berisi daftar tabulasi, morfologi, neoplasma, daftar tabulasi, definisi khusus, regulasi, dan nomenkulatur.

b) Volume 2, merupakan instruksi manual yang berisi sejarah dan perkembangan masa yanb akan datang serta berisi instruksi dan penggunaan ICD 10
c) Volume 3, merupakan indeks alphabetik yang mempunyai 3 seksi
    a. Seksi I, berisi data terminologi klasifikasi pada BAB XIX dan XXII, kecuali obat dan bahan kimia.
    b. Seksi II, berisi indeks penyebab luar dari morbiditas dan mortalitas terminologi medis yang telah diklasifikasikan pada BAB XX
    c. Seksi III, berisi daftar obat dan bahan kimia yang dikode sebagai keracunan dan efek samping obat BAB XIX dan XX yang mengklasifikasikan keracunan karena kecelakaan, bunuh diri, tidak jelas atau efek obat.

Berikut merupakan kegunaan dan makna tanda baca yang ada dalam ICD 10:

a. *Inclusion term*

    Merupakan pernyataan diagnostik yang diklasifikasikan atau yang termasuk dalam suatu kelompok ICD yang dapat digunakan dalam kondisi yang berbeda atau persamaannya.

b. *Exclusion term*

    Merupakan kondisi yang seolah-olah diklasifikasikan kedalam kategori tertentu, ternyata diklasifikasikan pada kategori lain sehingga kode yang tepat adalah yang telah diberi tanda dalam kurung yang diikuti istilahnya.

c. Tanda kurung/*parentheses* ()

    Merupakan tanda yang digunakan untuk mengurung kata tambahan/*supplementary words* yang diikuti istilah diagnostik, tanpa mempengaruhi kode. Tanda baca ini digunkan untuk

mengurung kode dengan istilah yang telah dikelompokkan tidak termasuk kelompok/*exclusion*. Tanda ini juga digunakan untuk mengurung kode 3 karakter yang ada di ICD 10 Begitu juga pada klasisfikasi ganda/dual classification dagger asterisk tanda baca ini juga digunakan.

d. Kurung kotak/*square brackets* []

Merupakan tanda baca yang digunakan untuk mengurung persamaan kata/*synonyms*, kata alternative/alternative wors, dan penjelasan frasa/*explanatory phrases*.

e. Kurung kurawa/brace {}

Merupakan tanda yang digunakan untuk mengelompokkan istilah seperti “inclusion” dan “exclusion”. Tanda oni menunjukkan bahwa semua kelompok sebutan yang mendahului belum lengkap batasan pengertiannya sehingga ditambahkan keterangan menggunakan tanda baca ini.

f. Tanda titik dua/*colon* (:)

Merupakan tanda baca yang menunjukkan penulisan sebutan diagnosis yang terkait belum lengkap. Tanda baca ini ini masih memerlukan satu atau lebih dari satu tambahan kata atau keterangan yang akan memodifikasi atau mengkualifikasi sebutan yang akan diberi nomor kode, agar istilah diagnosisnya sesuai dengan apa yang dimaksud oleh dokter dalam batasan pengertian sesuai dengan standard diagnostik dan terapi yang disepakati.

g. NOS (*Not Otherwise Specified*)

Merupakan singkatan dari *Not Otherwise Specified* atau *Unspecified* yang mengharuskan seorang koder meneliti lagi agar tidak terjadi ketidaktepatan kode.

h. NEC (*Not Elsewhere Classified*)

Merupakan singkatan dari *Not Elsewhere Classified* yang mengikuti judul kategori 3 karakter merupakann satu peringatan dalam daftar urutan yang ada di bawah judul sehingga ditemukan beberapa kekhususan yang tidak sama dengan yang muncul pada bagian lain klasifikasi.

i. *Point dash* (.-)

Merupakan tanda yang digunakan pada nomor kode berkarakter ke 4 dari suatu subkategori diberi tanda (-) dash setelah tanda (.) (point). 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.

j. Kode rangkap *Dagger* (†) dan Asterik (*)

Tanda sangkur/dagger merupakan kode yang digunakan untuk penanda kode utama sebab sakit. Sedangkan tanda bintang/asterik merupakan kode yang digunakan untuk manifestasi dari diagnosanya.

k. Rujuk silang

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

2.1.12 Rule MB

Apabila koder tidak berhasil melakukan klarifikasi pada Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), maka koder harus menggunakan *rule* MB1-MB5 yang digunakan untuk memelih kembali kode diagnosis utama, (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021):

a. *rule* MB1

Merupakan kondisi minor yang tercatat sebagai diagnosis utama, sedangkan kondisi yang lebih berarti dituliskan sebagai diagnosis sekunder. Saat kondisi minor telah berlangsung lama atau masalah incidental tercatat sebagai diagnosis utama, sedangkan kondisi yang lebih berarti, relevan dengan pengobatan dan/atau prosedur yang diberikan dan/atau spesuialisasi perawatan tercatat sebagai diagnosis sekunder, maka reseleksi kondisi yang berarti tersebut dipilih sebagai diagnosis utama.

(1) Contoh 1:

Diagnosis Utama	: Sinusitis akut
Diagnosis Sekunder	: Karsinoma endoserviks Hipertensi
Prosedur	: Histerektomi total
Spesialisasi	: Ginekologi

Pasien di rumah sakit selama 3 minggu.

Dikode C53.0 (*Malignant Neoplasm, Endocervix*) sebagai diagnosis utama, sinusitis akut dan hipertensi sebagai diagnosis sekunder.

(2) Contoh 2:

Diagnosis Utama : *Arthritis rematoid*

Diagnosis Sekunder : *Diabetes mellitus*
Hernia femoralis terpuntir
Arteriosklerosis generalisata

Prosedur : *Herniorraphy*

Spesialisasi : Bedah umum

Pasien di rumah sakit selama 3 minggu.

Dikode K41.3 (*Unilateral Or Unspecified Femoral Hernia, With Obstruction, Without Gangrene*) sebagai diagnosis utama, arthritis rematoid, diabetes mellitus, dan arteriosklerosis generalisata sebagai diagnosis sekunder.

b. *rule* MB2

Merupakan beberapa kondisi dicatat sebagai diagnosis utama. Apabila beberapa kondisi yang tidak bias dikode bersamaan tercatat sebagai diagnosis utama, serta menunjukkan bahwa satu diantaranya adalah diagnosis utama pada asuhan pasien, pilih kondisi tersebut. Jika tidak, pilih kondisi yang sesuai dengan spesialisasi yang menangani.

(1) Contoh 1:

Diagnosis Utama : Katarak
Meningitis stafilokokus
Penyakit jantung iskemik

Diagnosis Sekunder : -

Spesialisasi : Neurologi

Pasien di rumah sakit selama lima minggu.

Dikode G00.3 (*Staphylococcal Meningitis*) sebagai diagnosis utama, katarak dan penyakit jantung iskemik sebagai diagnosis sekunder.

(2) Contoh 2:

Diagnosis Utama	: Bronkitis obstruktif kronis Hipertrofi prostat Psoriasis vulgaris
Diagnosis Sekunder	: -
Spesialisasi	: Kulit dan kelamin

Dikode L40.0 (*Psoriasis vulgaris*) sebagai diagnosis utama, bronkitis obstruktif kronis dan hipertrofi prostat sebagai diagnosis sekunder.

(3) Contoh 3:

Diagnosis Utama	: Gastritis kronis Keganasan sekunder di nodus limfe axilla Karsinoma mammae
Diagnosis Sekunder	: -
Prosedur	: Masektomi

Dikode C50.9 (*Malignant Neoplasm, Breast, Unspecified*) sebagai diagnosis utama, gastritis kronis dan keganasan sekunder di nodus limpe axilla sebagai diagnosis sekunder.

c. *rule* MB3

Merupakan kondisi yang dicatat sebagai diagnosis utama merupakan gejala dari kondisi yang telah didiagnosis dan diobati.

Apabila suatu gejala/tanda (diklasisfikasikan pada BAB XVIII), atau masalah yang bisa diklasifikasikan pada BAB XXI, dicatat sebagai diagnosis utama, dan merupakan tanda, gejala atau masalah dari kondisi yang telah didiagnosis sebagai diagnosis sekunder dan telah dirawat, maka pilihlah kondisi yang didiagnosis tersebut sebagai diagnosis utama.

(1) Contoh 1:

Diagnosis Utama	: Hematuria
Diagnosis Sekunder	: Varises vena tungkai Papilomata dinding belakang kandung kemih
Pengobatan	: Eksisi diaterm papillomata
Spesialisasi	: Urologi

Dikode D41.4 (*Neoplasm Of Uncertain Or Unknown Behaviour Of Bladder*) sebagai diagnosis utama, hematuria dan varises vena tungkai sebagai diagnosis sekunder.

(2) Contoh 2:

Diagnosis Utama	: Koma
Diagnosis Sekunder	: Penyakit jantung iskemik Otosklerosis Diabetes mellitus, insulin dependent
Spesialisasi	: Endokrinologi
Perawatan	: Penentuan dosis insulin yang tepat

Dikode E10.0 (*Insulin-Dependent Diabetes Mellitus With Coma*) sebagai diagnosis utama, koma disebabkan oleh diabetes mellitus,

sehingga digunakan kode kombinasi. Penyakit jantung iskemik dan otosklerosis sebagai diagnosis sekunder.

(3) Contoh 3:

Diagnosis Utama : Kejang deman

Diagnosis Sekunder : Anemia

Dikode R56.0 (*Febrile Convulsions*) sebagai diagnosis utama. Anemia dikode sebagai diagnosis sekunder. Rule MB3 tidak berlaku karena diagnosis utama bukan gejala yang mewakili diagnosis sekunder.

d. *rule* MB4

Merupakan kespesifikan. Apabila suatu diagnosis dicatat sebagai diagnosis utama yang menggambarkan kondisi yang bersifat umum, sedangkan ada diagnosis lain yang lebih spesifik/ lebih rici mengenai anatomi atau penyebab, maka pilih diagnosis yang lebih spesifik/ lebih rici sebagai diagnosis utama.

(1) Contoh 1:

Diagnosis Utama : *Cerebrovascular accident*

Diagnosis Sekunder : Diabtes mellitus
Hipertensi
Perdarahan otak

Dikode I61.9 (*Intracerebral Haemorrhage, Unspecified*) sebagai diagnosis utama, diabetes mellitus dan hipertensi sebagai diagnosis sekunder, dan cerebrovascular accident tidak dikoding.

(2) Contoh 2:

Diagnosis Utama : Penyakit jantung kongenital

Diagnosis Sekunder : Defek septum ventrikel

Dikode Q21.0 (Ventricular septal defect) sebagai diagnosis utama dan penyakit jantung kongenital tidak dikoding.

e. *rule* MB5

Merupakan kondisi alternative, yakni:

(1) Apabila terdapat gejala atau tanda yang ditulis sebagai diagnosis utama yang kemungkinan saling berkaitan, maka gejala tersebut sebagai diagnosis utama. Contoh:

Diagnosis Utama : Sakit kepala mungkin karena stress atau tegangan otot atau sinusitis akut

Diagnosis Sekunder : -

Dikode R51 (*Headache*) sebagai diagnosis utama.

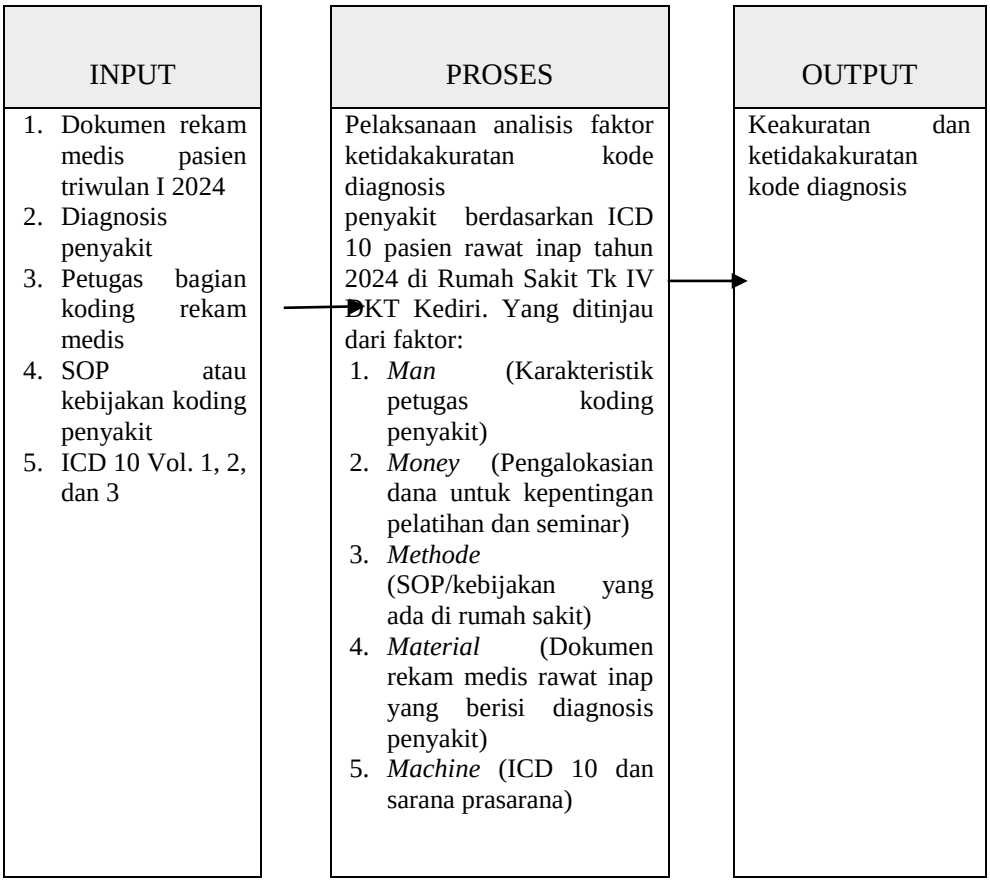
(2) Apabila terdapat 2 atau lebih diagnosis tertulis sebagai diagnosis utama, maka dipiih diagnosis yang paling pertama ditulis oleh DPJP sebagai diagnosis utama. Contoh:

Diagnosis Utama : Kholesistitis akut atau pankreatitis akut

Diagnosis Sekunder : -

Dikode K81.0 (*Acute Cholecystitis*) sebagai diagnosis utama.

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini menjelaskan tentang analisis faktor ketidakakuratan kode diagnosis penyakit berdasarkan ICD 10 dokumen rekam medis pasien rawat inap tahun 2024 di Rumah Sakit Tk IV DKT Kediri. Input penelitian ini terdiri atas dokumen rekam medis pasien triwulan I 2024, diagnosis penyakit, petugas bagian koding rekam medis, SOP atau kebijakan koding penyakit, ICD 10 Vol. 1, 2, dan 3. Pelaksanaan analisis faktor ketidakakuratan kode diagnosis penyakit berdasarkan ICD 10 dokumen rekam medis pasien rawat inap tahun 2024 di Rumah Sakit Tk IV DKT Kediri yang ditinjau dari faktor 5 M (*Man, Money, Methode, Material,* dan *Machine*) . Dari analisis tersebut didapatkan jumlah ketidakakuratan kode diagnosis serta faktor-faktor ketidakakuratan kodefikasi penyeakit pasien rawat inap periode triwulan I Tahun 2024.