BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rekam Medis

a. Pengertian

Menurut Permenkes Nomor 24 Tahun 2022, Rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Peraturan ini juga menyatakan bahwa dokumen rekam medis adalah milik fasilitas pelayanan kesehatan, dan fasyankes tersebut bertanggung jawab atas hilangnya, kerusakan, pemalsuan, dan/atau penggunaan oleh individu atau badan lain yang tidak berhak terhadap dokumen rekam medis (Permenkes No. 24, 2022).

Rekam medis adalah catatan atau dokumen penting yang berperan dalam pemberian layanan kesehatan kepada pasien di rumah sakit. Fungsi rekam medis dalam layanan kesehatan berkaitan dengan isinya yang mencakup seluruh informasi tentang pasien, yang menjadi dasar untuk menentukan tindakan selanjutnya dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lainnya, serta berkontribusi terhadap kualitas pelayanan fasilitas kesehatan (Amran *et al*., 2022).

b. Manfaat

1) Dasar Pemeliharaan Kesehatan dan Pengobatan Pasien

Rekam medis memiliki manfaat penting dalam pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien. Rekam medis dapat berfungsi sebagai sumber informasi medis yang diperlukan untuk pengobatan dan pemeliharaan kesehatan pasien (Amran *et al*., 2022).

2) Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan

Rekam medis berperan penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan. Penyusunan rekam medis yang jelas, lengkap, dan akurat dalam praktik kedokteran akan meningkatkan kualitas pelayanan dan

berkontribusi pada pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal (Amran *et al*., 2022).

3) Bahan Informasi Bagi Peneliti Kesehatan

Dalam konteks pendidikan dan penelitian, rekam medis yang memuat catatan atau dokumentasi kondisi pasien menyediakan informasi kronologis tentang perkembangan penyakit, pelayanan medis, pengobatan, dan tindakan medis. Informasi ini sangat berguna bagi siswa sekolah kesehatan, guru, mahasiswa, dosen, serta peneliti kesehatan lainnya (Amran *et al*., 2022).

4) Dasar Pembiayaan

Rekam medis memiliki manfaat sebagai dasar pembiayaan. Catatan yang dibuat oleh dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan lainnya dapat digunakan sebagai panduan dan referensi untuk menentukan biaya pelayanan kesehatan yang harus dibayar oleh pasien, keluarga pasien, atau lembaga asuransi kesehatan (Amran *et al*., 2022).

5) Bahan Statistik Kesehatan

Data rekam medis digunakan sebagai bahan statistik kesehatan. Data tersebut dapat diolah dan dijadikan dasar untuk pembuatan kebijakan serta pengambilan keputusan terkait pelayanan kesehatan oleh pemerintah dan lembaga kesehatan yang berwenang. Selain itu, rekam medis juga berguna sebagai bukti dalam permasalahan hukum, disiplin, dan etika, karena merupakan dokumen tertulis yang sah dan dapat membantu menyelesaikan isu-isu tersebut (Amran *et al*., 2022)

c. Tujuan

Rekam medis dibuat dengan tujuan untuk menciptakan tertib administrasi guna meningkatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit, didukung oleh sistem pengelolaan yang baik dan benar. Selain itu, rekam medis juga dirancang untuk menyediakan informasi yang lengkap, akurat, dan siap tersedia dalam waktu tertentu untuk mendukung pelayanan kesehatan. Sebagai catatan yang akurat dan lengkap, rekam medis

menggambarkan kondisi kesehatan pasien, termasuk riwayat penyakit dan pengobatannya (Amran *et al*., 2022).

2.1.2 Koding

a. Pengertian

Coding adalah kegiatan menentukan kode diagnosis utama dan sekunder berdasarkan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) yang diterbitkan oleh WHO serta memberikan kode tindakan/prosedur sesuai dengan ICD-9-CM (*International Classification of Diseases Revision Clinical Modification*). (Peraturan Menteri Kesehatan, 2016).

Selain itu, *Coding* juga dapat diartikan sebagai kegiatan menetapkan kode menggunakan huruf, angka, atau kombinasi keduanya yang mewakili komponen data, kegiatan, tindakan, dan diagnosis dalam rekam medis. Setiap diagnosis dan tindakan harus diberi kode dan diindeks untuk memudahkan penyajian informasi, yang mendukung fungsi perencanaan, manajemen, dan penelitian di bidang kesehatan (Rahmawati & Utami, 2020).

b. Tujuan dan Manfaat

Tujuan dari pengkodean diagnosis adalah untuk mempermudah pengaturan dan pencatatan, pengumpulan, penyimpanan, pengambilan, dan analisis data kesehatan. Pengkodean diagnosis yang akurat, lengkap, dan konsisten akan menghasilkan data berkualitas tinggi, sehingga pembayaran atau biaya pasien sesuai dengan pelayanan yang diterima (Yunawati, 2022).

c. Prosedur Kodefikasi

Indeks alfabet mencakup beberapa kata atau istilah yang tidak terdapat dalam buku volume 1. Oleh karena itu, untuk menentukan kode, perlu merujuk pada indeks dan kemudian mencarinya dalam daftar tabular sebelum menetapkan kode. Sebelum menetapkan kode, diperlukan pemahaman tentang prinsip-prinsip klasifikasi dan pengkodean, yang

diperoleh melalui latihan praktis. Berikut ini adalah petunjuk sederhana untuk membantu penggunaan ICD:

1) Identifikasi pernyataan yang akan dikodekan dan rujuk ke bagian yang sesuai dari indeks alfabet. Jika pernyataan tersebut mewakili penyakit, cedera, atau kondisi lain yang dapat diklasifikasikan dalam bab I-XIX atau XXI, lihat bagian I dari indeks. Jika pernyataan tersebut merupakan penyebab eksternal cedera atau peristiwa yang dapat diklasifikasikan dalam bab XX, lihat bagian II. Setelah melakukan identifikasi, buka ICD-10 volume 3 yang berisi indeks alfabetis
2) Tentukan *lead term*. Untuk penyakit dan cedera, istilah utama biasanya adalah kondisi patologis substantif atau kata benda. Namun, jika ditulis sebagai kata sifat (*adjectives*), istilah tersebut termasuk dalam indeks sebagai *lead term*.
3) Baca dan ikuti petunjuk setiap catatan yang muncul di bawah *lead term* yang akan dipilih pada ICD-10 volume 3.
4) Periksa setiap istilah dalam tanda kurung setelah *lead term* (*modifier* ini tidak mempengaruhi nomor kode), serta setiap istilah yang terletak di bawah *lead term* (*modifier* ini dapat mempengaruhi nomor kode), hingga semua kata dalam diagnosis yang dicatat diungkapkan.
5) Perhatikan dan ikuti dengan cermat setiap rujukan silang ("*see*" dan "*see also*") dalam indeks alfabetis.
6) Lihat daftar tabular untuk memverifikasi kecocokan nomor kode yang dipilih. Perhatikan bahwa kode tiga karakter dalam indeks dengan tanda hubung (*dash*) di posisi keempat menunjukkan adanya karakter keempat yang dapat ditemukan di buku volume 1. Subdivisi dapat digunakan pada karakter tambahan yang tidak diindeks dan harus dicari dalam buku volume 1.
7) Baca panduan setiap *inclusion* atau *exclusion term* di bawah kode yang dipilih atau di bawah bab (*chapter*), blok, kategori, hingga subkategori.
8) Tentukan kode yang sesuai dan menuliskannya pada rekam medis

9) Melakukan analisis kuantitatif dan kualitatif untuk memastikan ketepatan dan kesesuaian kode berdasarkan kondisi / keadaan sesungguhnya (Pramono *et al*., 2021).

2.1.3 ICD-10

1. Pengertian

ICD-10 (*The 10th edition of the International Classification of Diseases*) merupakan sistem pengkodean medis yang dirancang oleh WHO (*World Health Organization*) untuk mengelompokkan kondisi kesehatan ke dalam kategori berdasarkan kesamaan jenis penyakit. Ini memungkinkan pengklasifikasian penyakit kompleks menjadi kategori yang lebih luas dan lebih spesifik, membantu memahami tingkat dan jenis penyakit secara global (AAPC *Thought Leadership Team,* 2021).

2. Struktur ICD-10

Struktur ICD-10 adalah dasar yang terstruktur dan sangat terperinci, yang memberikan keleluasaan dan ketepatan dalam mengklasifikasikan penyakit, kondisi medis, dan masalah kesehatan. Sistem ini terdiri dari beberapa komponen utama yang bekerja bersama untuk menciptakan kerangka kerja yang kaya informasi:

1. Bab: ICD-10 dibagi menjadi berbagai bab, masing-masing mengelompokkan penyakit yang serupa dalam domain khusus. Setiap bab kemudian dibagi lebih lanjut menjadi blok.
2. Blok: Dalam setiap bab, penyakit dan kondisi medis dikelompokkan ke dalam blok yang lebih spesifik. Tiap blok memiliki daftar kode yang mewakili variasi dari penyakit tersebut.
3. Kode: Inti dari ICD-10 adalah kode alfanumerik yang unik, mewakili berbagai penyakit, kondisi, dan masalah kesehatan. Kode ini memberikan identifikasi yang spesifik untuk memudahkan referensi yang tepat.

4. Karakter: Setiap kode ICD-10 terdiri dari tiga hingga tujuh karakter, masing-masing memiliki peran penting dalam pengkodean. Berikut adalah karakter yang ada dalam pengkodean:
    a. Karakter Pertama: Menunjukkan bab, memberikan gambaran umum tentang kategori besar penyakit.
    b. Karakter Kedua: Memperinci kategori dalam bab, mengelompokkannya menjadi bagian yang lebih spesifik.
    c. Karakter Ketiga: Mendetailkan penyakit atau kondisi dalam kategori tersebut, memberikan deskripsi lebih rinci tentang jenis penyakit atau kondisi.
    d. Karakter Keempat hingga Ketujuh: Memberikan informasi tambahan seperti etiologi, manifestasi, atau lokasi anatomi yang terkait dengan penyakit atau kondisi.

Struktur hirarkis dan detail ini memberikan kerangka kerja yang kuat dan fleksibel untuk mengklasifikasikan penyakit dan kondisi kesehatan secara akurat. Ini memungkinkan dokumentasi yang tepat dan pemahaman mendalam tentang berbagai aspek kesehatan, yang sangat bermanfaat dalam manajemen data kesehatan, analisis epidemiologi, serta penelitian medis dan klinis yang akurat (wardah, 2023).

2.1.4 Penulisan Diagnosis

Penulisan diagnosis adalah sebuah proses dokumentasi medis yang mencatat atau mendeskripsikan kondisi kesehatan seseorang berdasarkan evaluasi klinis, gejala, serta hasil pemeriksaan dan tes yang dilakukan oleh tenaga medis. Organisasi Kesehatan Dunia, yaitu WHO mengusulkan ICD-10 sebagai bahasa yang digunakan oleh penyedia layanan kesehatan di seluruh dunia untuk mengklasifikasikan penyakit dan kondisi. Bahasa ini lebih dikenal dengan istilah terminologi medis. Penulisan diagnosis dengan terminologi yang tepat membantu PMIK dalam menentukan *lead term* untuk pengkodean diagnosis dalam ICD-10 Volume 3 (bagian *alfabetic index*). Hal tersebut bertujuan untuk menciptakan konsistensi dalam penggunaan istilah oleh dokter,

sehingga memberikan informasi yang penting bagi *coder* dalam mengklasifikasikan penyakit sesuai ICD-10.

1. Pengertian Terminologi Medis

   Terminologi medis adalah kumpulan kata-kata khusus yang digunakan dalam profesi perawatan kesehatan. Kata-kata ini digunakan untuk mempermudah komunikasi, terutama karena banyak diantaranya berasal dari bahasa Yunani dan Latin yang konsisten dan dikenal secara luas di berbagai wilayah. Meskipun beberapa istilah mungkin panjang, mereka sering dapat disederhanakan menjadi satu kata tunggal, seperti contoh kata "acrocyanosis" yang merujuk pada kondisi perubahan warna kebiruan tidak normal pada tangan dan kaki (Fatimah & Nuryaningsih, 2018).

   Terminologi medis merupakan ilmu pengetahuan tentang istilah medis yang berfungsi sebagai bahasa khusus antara para profesional kesehatan, baik secara tertulis maupun lisan. Istilah-istilah ini penting sebagai alat komunikasi di bidang pelayanan medis dan kesehatan, serta sebagai sumber data yang penting dalam pengolahan dan penyajian informasi mengenai diagnosis dan tindakan medis atau operasi. Keakuratan dan presisi terminologi medis sangat diperlukan dalam aplikasi sistem klasifikasi medis seperti ICD, ICOPIM, dan ICHI, yang menyediakan data dasar yang otentik untuk statistik morbiditas dan mortalitas (Fatimah & Nuryaningsih, 2018).

2. Komponen Terminologi Medis

   Komponen-komponen terminologi terdiri dari *prefix* (awalan), *root* (akar kata), dan *suffix* (akhiran). Dalam satu kata, minimal harus terdapat satu *root* dengan satu atau lebih *prefix* atau *suffix*. *Prefix* dapat berupa satu kata atau dua kata, dan berfungsi sebagai elemen di awal kata yang biasanya berupa preposisi atau adverbia. Terdapat empat kategori *prefix* yang berkaitan dengan arti dan pembentukan kata, yaitu *prefix* umum, negatif, numerik, dan *prefix* yang berkaitan dengan masalah atau penyakit. *Root* (akar kata) dapat berada di tengah, awal, atau akhir suatu kata; *root*

juga bisa diikuti oleh *root* lain sebelum *suffix* atau *pseudosuffix*. *Suffix* atau *pseudosuffix* digunakan untuk membentuk kata benda (*noun*), kata sifat (adjektif), atau kata kerja (*verb*). *Suffix* diklasifikasikan menjadi *suffix* umum, *suffix* diagnostik/penyakit, *suffix* operatif/tindakan bedah, dan lainnya (Martinus, 2021).

Prosedur atau pengobatan dapat melibatkan penggabungan dua atau tiga *root* dengan menggunakan huruf penghubung seperti i, e, dan o; jika huruf terakhir dari *root* adalah huruf vokal, penghubung tidak diperlukan. Cara untuk menganalisis terminologi kesehatan adalah dengan mengidentifikasi terlebih dahulu *suffix*-nya, kemudian menemukan *root* di bagian tengah, dan memeriksa apakah ada prefiks di bagian depan *root*. Alternatif lainnya adalah dengan menganalisis dari *suffix*, kemudian *root*, dan *prefix* jika ada (Martinus, 2021).

2.1.5 Ketepatan Penulisan Diagnosis

Ketepatan penulisan diagnosis adalah kemampuan seorang klinisi untuk mencatat kondisi medis pasien dengan benar, menggunakan istilah medis yang diakui dan standar, serta mendasarkan diagnosis tersebut pada bukti ilmiah yang relevan dan hasil pemeriksaan yang komprehensif. Penetapan dan penulisan diagnosis yang sesuai dengan ICD-10 adalah tanggung jawab dokter. Petugas *coding*, yang merupakan tenaga non-medis, harus berkomunikasi dengan baik dengan dokter untuk memastikan kodefikasi penyakit yang tepat dan akurat sehingga dapat dipertanggungjawabkan. Diagnosis harus ditulis secara konsisten dengan menggunakan terminologi medis yang bertujuan untuk mencapai keseragaman dan pemahaman umum oleh dokter di seluruh dunia (Rahmawati & Utami, 2020).

2.1.6 Keakuratan Kode Diagnosis

Keakuratan kode diagnosis mengacu pada seberapa tepat dan konsistennya kondisi kesehatan atau penyakit dikodekan sesuai dengan standar seperti ICD-10. Kode diagnosis yang tepat sangat penting untuk memastikan bahwa catatan medis pasien terdokumentasi dengan akurat, yang berpengaruh pada manajemen

data kesehatan yang efektif, pengambilan keputusan klinis yang tepat, dan klaim asuransi yang sesuai dengan kondisi yang dialami pasien. Keakuratan kode diagnosis berperan penting dalam pembuatan statistik rumah sakit untuk memahami tren penyakit serta laporan morbiditas dan mortalitas. Selain itu, kode diagnosis yang akurat juga menjadi kunci untuk mendapatkan klaim asuransi yang tepat bagi pasien JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) (Salehudin *et al*., 2021).

Keakuratan kode diagnosis merupakan proses menentukan dan mencatat kode diagnosis sesuai dengan standar klasifikasi dalam ICD-10. Sebuah kode dianggap akurat jika mencerminkan kondisi sebenarnya dari pasien, termasuk tindakan dan pengobatan yang telah dilakukan. Selain itu, kode tersebut harus lengkap dan sesuai dengan aturan klasifikasi dan kodifikasi yang berlaku (Pramono *et al*., 2021).

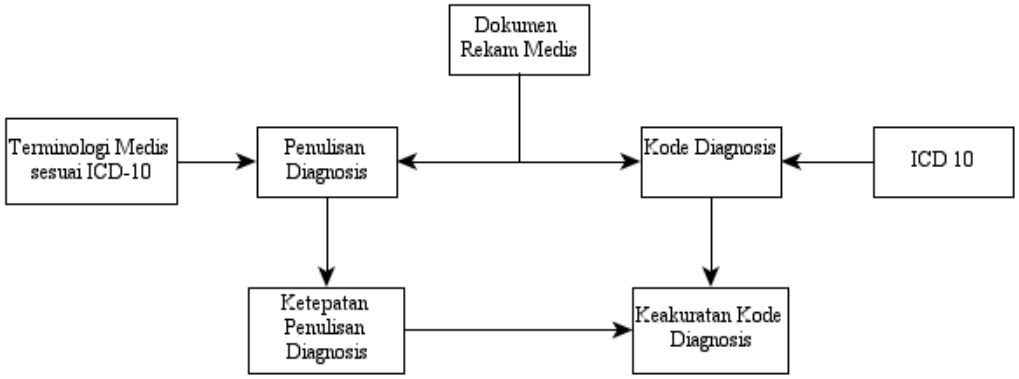
Jika suatu kode hanya terdiri dari tiga karakter, hal ini menunjukkan bahwa kode tersebut merupakan kategori yang tidak memiliki pembagian lebih lanjut. Namun, jika kategori masih memiliki subdivisi, indeks biasanya memberikan kode dengan empat karakter. Tanda *dash* (.-) pada posisi karakter keempat (contoh: A01.-) menunjukkan bahwa kategori tersebut masih memiliki rincian yang lebih spesifik, yang dapat ditemukan dengan merujuk pada daftar tabular (Volume 1 ICD-10) (Pramono *et al*., 2021).

ICD-10 juga menggunakan sistem dagger (†) dan asterisk (*), yang memberikan dua kode sekaligus untuk diagnosis penyakit yang saling terkait. Dalam kasus seperti ini, kedua kode harus dicatat secara bersamaan sebagai bagian dari sistem pengkodean ganda (*dual coding system*) (Pramono *et al*., 2021).

Dalam prinsip ICD, kode dagger berfungsi sebagai kode utama yang harus selalu digunakan, sementara kode bintang (asterisk) adalah kode tambahan yang bersifat opsional dan tidak dapat digunakan secara terpisah. Namun, untuk keperluan pengkodean morbiditas, urutan antara dagger dan asterisk dapat dibalik jika fokus utama pelayanan adalah pada manifestasi klinis. Statistik yang menggunakan kode dagger, sesuai dengan klasifikasi tradisional, umumnya

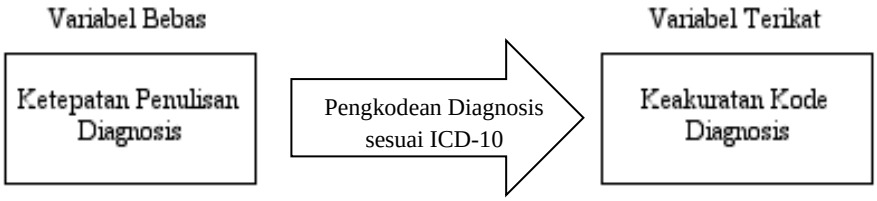
digunakan untuk menyajikan data mengenai mortalitas dan aspek lainnya dari layanan kesehatan (Adang Durachim, S.Pd & Dewi Astuti, 2019).

2.2 Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

Kerangka konsep di atas menggambarkan alur penelitian, yang dimulai dari mencatat diagnosis serta mengidentifikasi apakah penulisan diagnosis tersebut sudah tepat dan sesuai dengan ICD-10 atau belum. Proses selanjutnya melibatkan pengkodean diagnosis oleh *coder* rumah sakit, peneliti, dan pihak verifikator kode. Setiap kode diagnosis akan dibandingkan untuk memastikan konsistensi antara kode yang digunakan oleh rumah sakit, kode yang dikodekan oleh peneliti, dan kode yang diverifikasi oleh pihak ketiga (validator koding). Hasil penelitian ini akan menganalisis hubungan antara ketepatan penulisan diagnosis sebagai variabel bebas dan keakuratan kode diagnosis sebagai variabel terikat.

2.4 Hipotesis Penelitian

H_0 : Tidak ada hubungan antara ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap

H_1 : Ada hubungan antara ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap