

BAHAN AJAR
REKAM MEDIS DAN
INFORMASI KESEHATAN (RMIK)

KLASIFIKASI, KODIFIKASI PENYAKIT DAN MASALAH TERKAIT I: ANATOMI, FISILOGI, PATOLOGI, TERMINOLOGI MEDIS DAN TINDAKAN PADA SISTEM KARDIOVASKULER, RESPIRASI, DAN MUSKULOSKELETAL

Mayang Anggraini
Irmawati
Elise Garmelia
Lili Kresnowati

Sub Topik 3

Pengenalan ICD-10

3.1 ICD-10

ICD-10 adalah singkatan dari *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Revision*.

3.2 TUJUAN & PEMANFAATAN ICD-10

3.2.1 Tujuan

Tujuan penyusunan ICD-10 adalah sebagai berikut:

Untuk mempermudah perekaman yang sistematis, untuk keperluan analisis, interpretasi dan komparasi data morbiditas maupun mortalitas yang dikumpulkan dari berbagai daerah pada saat yang berlainan.

Untuk menerjemahkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lainnya dari kata-kata menjadi kode alfanumerik, yang memudahkan penyimpanan, retrieval dan analisis data.

3.2.2 Pemanfaatan

Dalam lingkungan RS, data tentang penyakit dan operasi digunakan oleh profesional Rekam Medis untuk memenuhi kebutuhan penelitian medis. Untuk kepentingan ini dibutuhkan suatu sistem klasifikasi yang sangat rinci, karena bila terlalu banyak penyakit yang dikelompokkan dalam satu nomor kode, maka proses alokasi dokumen yang ingin diteliti menjadi lebih sulit.

Di lain pihak, perencana kebijakan kesehatan seperti departemen kesehatan dan World Health Organization (WHO) menggunakan data klasifikasi penyakit untuk studi epidemiologik, demografi dan statistik. Untuk keperluan ini tidak memerlukan penggolongan yang terlalu rinci karena akan menjadi terlalu banyak kasus untuk dianalisis secara statistik.

Fungsi dasar dari International Classification of Disease (ICD) adalah sebagai klasifikasi penyakit, cedera, dan sebab kematian untuk tujuan statistik menyatukan dua kepentingan tersebut di atas. WHO mempromosikan klasifikasi tersebut dengan tujuan agar berbagai negara di dunia dapat merekam data kesehatannya dengan cara yang sama dan komparabel.

ICD-10 telah banyak berevolusi sejak pertama kali disusun pada tahun 1900an. Penggunaan kode ICD telah makin luas dari sekedar mengelompokkan informasi morbiditas dan mortalitas untuk tujuan statistik hingga diaplikasikan untuk berbagai kepentingan, termasuk *reimbursement*, administrasi, epidemiologi dan riset di fasilitas kesehatan.

Dalam praktiknya, ICD telah menjadi klasifikasi diagnostik standar internasional untuk keperluan epidemiologi umum dan berbagai manajemen kesehatan. Hal ini mencakup pula analisis dari berbagai status kesehatan umum dari kelompok populasi serta untuk monitoring insidensi dan prevalensi penyakit atau masalah kesehatan lain yang berhubungan

dengan variabel lain seperti karakteristik dan keberadaan individual yang terkena. Namun ICD tidak dimaksudkan atau tidak sesuai untuk menyusun daftar (index) satuan klinis yang berbeda. Dan juga ada keterbatasan dalam penggunaan ICD untuk penelitian pada aspek finansial, seperti *billing* atau *resource allocation*.

3.3 IMPLEMENTASI DI INDONESIA

The International Classification of Diseases and Related-health Problems, 10th Revision (ICD-10) merupakan edisi revisi dari ICD-9 yang terbit sebelumnya. WHO dalam sidang *World Health Assembly* ke-43 telah menetapkan ICD-10 sebagai pedoman klasifikasi internasional tentang penyakit edisi terbaru yang harus dipakai oleh seluruh negara anggotanya. Untuk mendukung himbuan WHO tersebut, di Indonesia telah ditetapkan berlakunya ICD-10 untuk pedoman klasifikasi penyakit melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 50/MENKES/SK/I/1998 tentang Pemberlakuan Klasifikasi Statistik Internasional Mengenai Penyakit Revisi ke-Sepuluh tertanggal 13 Januari 1998. Keputusan tersebut menggantikan Klasifikasi Penyakit Revisi ke-9 yang telah diberlakukan sejak th. 1979. Jadi sejak dikeluarkannya SK Menkes tersebut, ICD-10 resmi dipergunakan di seluruh Indonesia.

3.4 STRUKTUR & ISI

3.4.1 VOLUME DALAM ICD-10

ICD-10 terdiri atas 3 volume: volume 1 berisikan klasifikasi utama; volume 2 merupakan pedoman bagi para pengguna ICD; dan volume 3 adalah indeks alfabetik bagi klasifikasi.

3.4.1.1. Struktur dan Penggunaan Volume 1

Bagian terbesar volume 1 memuat klasifikasi utama, terdiri dari kategori tiga-karakter dan daftar tabulasi dari “inclusions” dan subkategori empat karakter. Klasifikasi “dasar” – daftar dari kategori tiga-karakter- merupakan tingkat mandatory untuk pelaporan kepada basis data kematian WHO (WHO mortality database) dan untuk komparasi internasional.

Volume 1 juga berisikan hal-hal berikut ini:

Morfologi neoplasma. Klasifikasi dari morfologi neoplasma ini dapat digunakan, bila perlu, sebagai kode tambahan untuk mengklasifikasi tipe morfologis neoplasma.

Daftar tabulasi khusus (*special tabulation lists*).

Definisi . Definisi dari volume 1 telah diadopsi oleh The World Health Assembly dan disertakan untuk memfasilitasi komparabilitas data internasional.

Regulasi nomenklatur (*nomenclature regulations*). Regulasi yang diadopsi oleh The World Health Assembly menetapkan tanggung jawab formal dari negara-negara anggota WHO mengenai klasifikasi penyakit dan sebab kematian, serta kompilasi dan publikasi statistik.

Volume 1 berisikan klasifikasi yang menunjukkan kategori-kategori di mana suatu diagnosis akan dialokasikan guna mempermudah penyortiran dan penghitungan data untuk tujuan statistik. Volume tersebut juga dilengkapi dengan definisi-definisi dari isi tiap kategori, subkategori dan item dalam daftar tabulasi.

Walaupun secara teoritis seorang koder dapat menemukan kode yang tepat dengan hanya menggunakan volume 1 saja, namun hal ini akan menyita waktu dan terkadang menimbulkan kesalahan koding. Sebagai pedoman menentukan klasifikasi disediakan indeks alfabetik dalam Volume 3. Pengenalan indeks akan memberikan informasi penting tentang keterkaitannya dengan penggunaan Volume 1.

3.4.1.2. Struktur dan Penggunaan Volume 2.

Volume 2 berisikan deskripsi tentang sejarah ICD berikut struktur dan prinsip klasifikasi; aturan-aturan yang berkaitan dengan koding morbiditas dan mortalitas; presentasi statistik serta petunjuk praktis bagi pengguna ICD agar dapat memanfaatkan klasifikasi yang ada sebaik-baiknya. Pengetahuan dan pemahaman tentang tujuan dan struktur ICD sangat penting artinya bagi statistisi dan analis informasi kesehatan, serta petugas koding (koder).

3.4.1.3. Struktur dan Penggunaan Volume 3.

Pendahuluan dalam Volume 3 berisikan instruksi tentang penggunaan volume tersebut yang merupakan indeks alfabetik dari ICD-10. Instruksi ini harus dimengerti dengan baik sebelum mulai meng-kode. Berikut deskripsi tentang struktur dan cara penggunaan Volume 3.

Susunan Indeks Alfabetik dalam volume 3

Indeks alfabetik terbagi dalam 3 bagian sebagai berikut:

Bagian I berisikan semua terminologi yang terklasifikasi dalam Bab I-XIX dan Bab XXI, kecuali obat-obatan dan zat kimia lain

Bagian II merupakan indeks dari sebab luar morbiditas dan mortalitas; berisikan semua terminologi yang terklasifikasi dalam Bab XX, kecuali obat-obatan dan zat kimia lain

Bagian III, Tabel obat-obatan dan zat kimia lain, berisikan masing-masing substansi yang digunakan dalam koding keracunan dan efek samping obat yang ada dalam Bab XIX dan kode dalam Bab XX yang menunjukkan apakah keracunan tersebut tidak sengaja dilakukan, sengaja (menyakiti diri-sendiri), tak ditentukan atau merupakan efek samping dari substansi yang telah diberikan secara benar.

Struktur dalam Indeks

Indeks berisikan “lead-term” yang diletakkan di bagian paling kiri dari kolom, disertai kata-kata lain (“modifiers” atau “qualifiers”) pada berbagai tingkatan indentasi di bawah lead term. Di bagian I, kata-kata yang diindentasi ini biasanya merupakan varietas, letak anatomis, atau kondisi yang mempengaruhi koding; di bagian II

menunjukkan berbagai tipe kecelakaan atau kejadian, kendaraan yang terlibat, dll. Modifiers yang tidak mempengaruhi kode muncul dalam kurung parentheses di belakang kondisi.

Nomor Kode

Nomor kode yang mengikuti terminologi merujuk pada kategori dan subkategori dimana terminologi tersebut seharusnya terklasifikasi. Bila kode tersebut hanya memiliki 3 karakter, dapat diasumsikan bahwa kategori tersebut belum di-subdivisikan. Pada beberapa keadaan dimana kategori sudah di-subdivisikan akan disertai angka ke-empat dalam indeks. Tanda dash (-) pada posisi karakter ke-4 menunjukkan adanya subdivisi yang masih harus ditemukan dalam volume 1.

3.4.2 BAB DALAM ICD-10

Klasifikasi ini terbagi menjadi 22 bab. Karakter pertama dari kode ICD adalah huruf, dimana tiap huruf terkait dengan bab tertentu. Masing-masing bab berisikan kategori tiga-karakter yang cukup, sesuai dengan muatan bab; tidak semua kode digunakan, sebagai persediaan untuk perluasan dan revisi di masa yang akan datang.

3.4.3 BLOK KATEGORI

Masing-masing bab terbagi lagi menjadi subdivisi-subdivisi yang “homogen” yang disebut blok kategori. Range dari blok kategori dimuat dalam kurung parentheses di belakang masing-masing judul blok.

3.4.4 KATEGORI TIGA- DAN EMPAT-KARAKTER

Umumnya kategori tiga-karakter terbagi lagi dalam subkategori dengan angka ke-empat terletak di belakang titik, terkadang hingga mencapai sepuluh subkategori. Subkategori empat-karakter ini digunakan sesuai kebutuhan, untuk identifikasi letak anatomis atau varietas yang berbeda bila kategori tiga-karakternya merupakan penyakit tunggal, dan menunjukkan penyakit individual bila kategori tersebut untuk sekelompok penyakit.

Bila mana subdivisi empat-karakter berlaku sama untuk serangkaian kategori tiga-karakter dalam satu range, biasanya hanya dibuat dalam satu daftar pada awal range, dan berlaku sama bagi tiap kategori tiga-karakter dalam range tersebut. Sebagai contoh kategori O03-O06, untuk masing-masing tipe aborsi, terdapat karakter ke-empat yang sama berkenaan dengan komplikasi yang terkait.

3.4.5. KONVENSI TANDA BACA

3.4.5.1. Inclusion Terms

Diantara rubrik tiga- dan empat-karakter biasanya terdapat daftar sejumlah terminologi diagnostik. Ini dikenal sebagai terminologi inklusi, atau *inclusion terms*. Terminologi ini diberikan, semacam tambahan dari judul, sebagai contoh dari pernyataan-

pernyataan diagnostik yang terklasifikasi dalam rubrik tersebut. Bisa berupa kondisi yang berbeda, atau sinonimnya, tetapi bukan merupakan subklasifikasi dari rubrik tersebut. *Inclusion terms* ditulis sebagai pedoman isi rubrik. Sebagian besar isinya berkaitan dengan istilah-istilah penting dan umum digunakan dalam rubrik. Lainnya adalah letak atau kondisi perbatasan (*borderline*) yang membedakan antara satu subkategori dengan yang lain. Daftar *inclusion terms* biasanya bersifat *exhaustive*, dan nama-nama alternatif tentang diagnosis tercantum dalam volume 3 yang harus dirujuk terlebih dahulu.

3.4.5.2. Exclusion Terms

Rubrik-rubrik tertentu berisikan daftar kondisi-kondisi yang diawali dengan kata “Excludes” (tidak termasuk/pengecualian). Istilah ini adalah untuk kondisi-kondisi yang, bila menilik judulnya, diperkirakan terklasifikasi di rubrik tersebut, ternyata diklasifikasi di bagian lain. Di belakang istilah-istilah yang *excluded* tersebut adalah kode-kode dari kategori atau subkategori, dalam tanda kurung (). Pengecualian yang umum bagi serangkaian kategori atau untuk semua sub-kategori dari satu kelompok 3-karakter dapat ditemukan pada catatan yang berjudul “Excludes” yang mengikuti Bab, Blok atau judul kategori.

3.4.5.3. Glossary Descriptions

Sebagai tambahan dari ‘inclusion’ dan ‘exclusion terms’, Bab V tentang Kelainan Mental dan Perilaku menggunakan ‘glossary descriptions’ (daftar istilah/deskripsi) untuk menerangkan isi rubrik. Hal ini disebabkan karena terminologi untuk kelainan mental sangat bervariasi, khususnya antar negara yang berbeda. Dan nama yang sama dapat digunakan untuk deskripsi kondisi yang berbeda.

3.4.5.4. Parentheses ()

Tanda baca kurung bentuk ini digunakan pada 4 (empat) situasi sbb:

Digunakan untuk mengurung kata-kata tambahan yang mungkin mengikuti suatu istilah diagnostik tanpa mempengaruhi nomor kode dari kata-kata yang diluar tanda kurung.

Contoh:

I10Hypertension (arterial) (benign) (essential) (malignant) (primary) (systemic)

Jadi, I10 adalah nomor kode bagi *Hypertension* (saja) ataupun dengan tambahan satu/kombinasi kata-kata yang berada dalam kurung *parentheses*. Dengan kata lain, kata-kata tambahan dalam kurung *parentheses* tidak akan merubah kode yang dipilih.

Untuk mengurung kode dari 'exclusion terms'

Contoh:

H01.0 Blepharitis

Excludes: Blepharoconjunctivitis (H10.5)

Jadi, untuk diagnosis Blepharitis digunakan kode H01.0, sedangkan istilah diagnostik Blepharoconjunctivitis merupakan pengecualian, atau tidak termasuk dalam kode H01.0, melainkan H10.5 sebagaimana tercantum dalam kurung parentheses tersebut di atas.

Pada judul blok kategori, untuk mengurung kode 3-karakter yang termasuk kategori blok tersebut.

Contoh:

Certain infectious and parasitic diseases (A00 – B99)

Jadi, untuk kelompok kategori (blok kategori) penyakit infeksi dan parasitik tertentu, berada dalam rentang kode A00 sampai dengan B99 sebagaimana tercantum dalam kurung *parentheses* tersebut.

Untuk mengurung kode sangkur dalam kategori asterisk atau kode asterisk yang mengikuti istilah dari kode sangkur.

Contoh:

A18.1 † Tuberculosis of genitourinary system
Tuberculosis of:
Bladder (N33.0*)
Cervix (N74.0*)
Kidney (N29.1*)
Male genital organs (N51.- *)
Ureter (N29.1*)
Tuberculous female pelvic inflammatory disease (N74.1*)

Jadi apabila kita buka klasifikasi diagnosis Tuberculosis of cervix uteri menurut kode daggernya, maka A18.1 † dicetak biasa, namun dibelakang terminologinya ditambahkan kode asterisknya (N74.0*) dalam tanda kurung parentheses untuk mengingatkan bahwa terminologi tersebut memiliki kode ganda atau klasifikasi rangkap.

3.4.5.5. Square Bracketts []

Untuk mengurung sinonim, kata-kata alternatif/pengganti, atau frasa-frasa penjelasan.

Contoh:

*A30Leprosy *Hansen's Disease+*

Untuk merujuk pada catatan sebelumnya

Contoh:

C00.8 Overlapping lesion of lip [see note 5 on page 182]

Untuk mengacu pada subdivisi 4-karakter kategori yang telah dinyatakan sebelumnya, yang biasa digunakan untuk sejumlah kategori.

Misalnya:

K27Peptic ulcer, site unspecified [see page 566 for subdivisions]

3.4.5.6. Colon:

Digunakan dalam daftar *inclusion* atau *exclusion* terms bilamana suatu kata yang mendahuluinya belum lengkap pada rubrik tersebut. Kata tersebut memerlukan satu/lebih kata sifat (*modifying / qualifying*) yang menerangkan sesuatu sebelum ditentukan nomor kode yang sesuai.

Contoh:

K36 Other appendicitis

Appendicitis: chronic

Recurrent

3.4.5.7. Brace

Digunakan dalam daftar *inclusion* dan *exclusion* terms untuk menunjukkan bahwa baik kata-kata yang mendahului maupun sesudahnya bukanlah kata yang lengkap. Kata-kata yang mendahuluinya harus dijelaskan dengan satu/lebih kata-kata sesudahnya.
Contoh:

071.6 Obstetric damage to pelvic joints and ligaments

Avulsion of inner symphyseal cartilage

Damage to coccyx obstetric

Traumatic separation of symphysis (pubis)

3.4.5.8 NOS

Merupakan singkatan dari “Not Otherwise Specified” yang berarti ‘unspecified’ atau ‘unqualified’. Petugas koding (koder) harus berhati-hati, jangan menetapkan suatu terminologi ke dalam kategori ‘unqualified’ sebelum merasa yakin benar bahwa tidak ada keterangan yang dapat membantu menggolongkan ke dalam kategori yang lebih spesifik.

3.4.5.9. NEC

Kata-kata “Not Elsewhere Classified” yang digunakan dalam 3-karakter kategori berfungsi sebagai ‘peringatan’ bahwa varian spesifik tertentu dari kondisi tersebut berada di bagian lain dari klasifikasi. Sehingga, bila perlu, terminologi yang lebih tepat harus dicari dulu dalam indeks.

Contoh:

J16 Pneumonia due to other infectious organisms, NEC

Kategori ini mencakup J16.0 Chlamydial pneumonia dan J16.8 Pneumonia due to other specified infectious organisms. Masih banyak kategori lain yang tersedia dalam Bab X

(misalnya J10 – J15) dan bab-bab lain (misalnya P23.- Congenital pneumonia) untuk pneumonia-pneumonia akibat organisme infeksius spesifik lainnya. Sedangkan J18 Pneumonia, organism unspecified menampung kategori pneumonia yang tidak menjelaskan agen infeksiusnya. Sehingga dalam menentukan kode yang paling spesifik untuk pneumonia, sebaiknya diteliti kembali pengklasifikasian yang paling sesuai.

3.4.5.10 And

Bisa berarti “and” atau “or”

Misalnya:

A18.0 Tuberculosis of bones and joints

Kategori ini dapat diklasifikasikan sebagai Tuberculosis of bones (saja), Tuberculosis of joints (saja), dan Tuberculosis of bones and joints.

Akan tetapi berbeda dengan istilah “with”. Yang bermakna “dengan”. Maka jika terdapat kata *with* berarti kategori tersebut hanya dapat digunakan jika kedua kondisi tersebut didapatkan secara bersamaan.

Contoh:

T00.1 Superficial injuries involving thorax with abdomen, lower back and pelvis
Superficial injuries of sites classifiable to S20.-, S30.- and T09.0

3.4.5.11 Point Dash .-

Pada beberapa kasus, karakter ke-4 digantikan oleh tanda ‘dash’ atau strip

(-).

Misalnya:

G03 Meningitis due to other and unspecified causes
Excludes: Meningoencephalitis (G04.-)

Biasanya kode seperti ini muncul dalam Indeks Alfabetik di Volume 3. Kode ini menunjukkan bahwa ada karakter ke-4 yang harus dicari pada kategori yang sesuai. Sehingga koder harus merujuk pada volume 1 untuk menemukan rincian kategori yang sesuai dengan diagnosis yang akan di kode agar kode yang dihasilkan lebih spesifik.

3.4.5.12. Cross-references

Tanda baca ini hanya dijumpai pada indeks alfabetik di volume 3. Cross-references digunakan untuk menghindari duplikasi yang tidak perlu dari terminologi dalam indeks. Kata-kata “see” mengharuskan koder untuk merujuk pada terminologi lain yang ditunjukkan tadi; “see also” mengarahkan koder untuk merujuk ke bagian lain dalam indeks bilamana pernyataan yang di-kode juga berisikan informasi yang terdapat dalam kondisi di bagian lain yang harus dirujuk tadi.

Contoh:

Abduction contracture, hip or other joint – **see** Contraction, joint

Hal ini berarti bahwa untuk menentukan kode bagi terminologi diagnostik Abduction contracture sebaiknya melihat pada lead term Contraction, joint di halaman lain untuk mendapatkan pilihan kode lebih banyak dengan diagnosis yang juga mengandung kondisi yang sama, agar kode terpilih nantinya memang telah diteliti secara seksama dibandingkan dengan kode lainnya.

Absces () () ()

accessory sinus (chronic) (**see also** Sinusitis) J32.9

Hal ini berarti sebelum koder memutuskan memberikan kode J32.9 untuk Accessory sinus absces, sebaiknya juga merujuk pada leadterm Sinusitis yang bermakna hampir sama pada halaman lain untuk meneliti semua keterangan dan kategori yang ada untuk memastikan kode mana yang paling tepat.

3.4.6 KODE GANDA DALAM ICD-10

Dalam ICD dikenal kode khusus yang terdiri dari:

3.4.6.1. Kode Kombinasi

Kode tunggal yang digunakan untuk mengklasifikasi dua diagnosis, atau satu diagnosis utama dengan prosedur sekunder (manifestasi) atau dengan komplikasi terkait. Kode kombinasi dapat diketahui dari subterm yang muncul dalam indeks alfabetik dan dengan melihat pada *inclusion* ataupun *exclusion*.

Contoh:

<p>I11 Hypertensive heart disease <i>Includes:</i> any condition in I50.-, I51.4-I51.9 due to hypertension</p> <p>I11.0 Hypertensive heart disease with (congestive) heart failure Hypertensive heart failure</p> <p>I11.9 Hypertensive heart disease without (congestive) heart failure Hypertensive heart disease NOS</p> <p>I12 Hypertensive renal disease <i>Includes:</i> any condition in N00-N07, N18.-, N19 or N26 due to hypertension arteriosclerosis of kidney arteriosclerotic nephritis (chronic)(interstitial) hypertensive nephropathy nephrosclerosis</p> <p><i>Excludes:</i> secondary hypertension (I15.-)</p> <p>I12.0 Hypertensive renal disease with renal failure Hypertensive renal failure</p> <p>I12.9 Hypertensive renal disease without renal failure Hypertensive renal disease NOS</p>	<p>Hypertension, hypertensive (accelerated) (benign) (essential) (idiopathic) (malignant) (primary) (systemic) I10</p> <p>- with</p> <p>-- heart involvement (conditions in I51.4-I51.9 due to hypertension) (<i>see also</i> Hypertension, heart) I11.9</p> <p>-- kidney involvement (<i>see also</i> Hypertension, kidney) I12.9</p> <p>-- renal sclerosis (conditions in N26.-) (<i>see also</i> Hypertension, kidney) I12.9</p> <p>--- with</p> <p>---- failure (conditions in N18.-, N19.-) I12.0</p>
---	---

Gambar 1.3 Kategori Hipertensi (Sumber: Buku ICD-10, Volume 1 & 3, Hypertension)

3.4.6.2. Kode ganda Dagger dan Asterisk

Kode ganda digunakan untuk beberapa kondisi yang tidak dapat dialokasikan dengan kode kombinasi. Penggunaan kode ganda dapat diketahui dari indeks Alfabetik maupun daftar

tabulasi dimana tanda Dagger dilambangkan dengan belati (†) dan tanda Asterisk dilambangkan dengan bintang (*).

Untuk keperluan presentasi statistik, dalam prinsip ICD, kode dagger merupakan kode primer dan harus selalu digunakan, sedangkan kode bintang (*asterisk*) digunakan sebagai kode tambahan yang bersifat opsional. Dalam koding, kode asterisk tidak boleh digunakan secara tunggal. Namun demikian, untuk keperluan koding morbiditas, urutan (*sequence*) antara dagger dan asterisk dapat dibalik bilamana fokus utama pelayanan adalah manifestasi klinisnya. Adapun statistik yang menggunakan kode dagger sesuai klasifikasi tradisional umumnya untuk mempresentasikan data mortalitas dan aspek lain dari layanan kesehatan

Petunjuk penggunaan kode ganda ini dapat diketahui dari indeks alfabetik maupun daftar tabulasi.

Ada tiga format berbeda dari rubrik yang mengandung kode dagger di dalamnya, yaitu:

Tanda † dan * muncul pada judul rubrik

Maka semua kriteria dalam rubrik tersebut merupakan klasifikasi rangkap / ganda dan semua memiliki kode alternatif yang sama.

Contoh:

A17.0 †Tuberculous meningitis (G01*) Tuberculosis of
meninges (cerebral,spinal) Tuberculous
leptomeningitis

Tanda † muncul pada judul rubrik, tetapi * tidak

Maka semua kriteria / terminologi dalam rubrik tersebut merupakan klasifikasi rangkap, namun memiliki kode asterisk (*) yang berbeda.

Contoh:

A18.1 † Tuberculosis of genitourinary system
Tuberculosis of:

Bladder (N33.0*)

Cervix (N74.0*)

Kidney (N29.1*)

Male genital organs (N51.- *)

Ureter (N29.1*)

Tuberculous female pelvic inflammatory disease (N74.1*)

Tanda † maupun * tidak muncul dalam judul rubrik.

Maka rubrik tersebut (dan isinya) bukanlah klasifikasi rangkap, namun ada beberapa terminologi individual yang tergolong rangkap. Biasanya terminologi tersebut akan

ditandai dengan tanda gambar berikut kode alternatifnya.

Contoh:

A54.8 Other gonococcal infections

Gonococcal:

.....

Peritonitis † (K67.1*)

Pneumonia † (J17.0*)

Septicaemia

Skin lesions

3.4.6.3. Kode Ganda Lainnya

Ada beberapa situasi, selain yang dijelaskan dalam sistem dagger & asterisk tadi, yang membolehkan penggunaan dua kode untuk mendeskripsikan kondisi seseorang secara utuh. Catatan dalam daftar tabulasi yang berbunyi, “ Use additional code, if desired”

menunjukkan situasi ini. Kode tambahan ini hanya digunakan dalam tabulasi khusus.

Kode ganda tersebut antara lain adalah:

Agen Penyebab Infeksi.

Untuk infeksi lokal, yang terklasifikasi dalam bab “body systems”, kode dari Bab I dapat ditambahkan guna identifikasi organisme penyebab infeksi, bilamana informasi ini tidak muncul dalam judul rubrik. Sebuah blok kategori, B95 – B97, disediakan dalam Bab I untuk tujuan ini.

Untuk neoplasma dengan aktivitas fungsional.

Bagi beberapa neoplasma dalam Bab II dapat ditambahkan kode yang sesuai dari Bab IV untuk menunjukkan jenis aktivitas fungsional dari neoplasma.

Kode morfologi pada neoplasma.

Untuk neoplasma, kode morfologi pada volume 1, walaupun bukan merupakan bagian utama dari ICD, dapat ditambahkan pada kode dari Bab II untuk identifikasi tipe morfologik dari tumor.

Penyebab Gangguan Mental Organik.

Untuk kondisi-kondisi yang terklasifikasi dalam F00 – F09 (Organic, including symptomatic, mental disorders) dalam Bab V, suatu kode dari Bab lain dapat ditambahkan untuk menunjukkan penyebabnya, misalnya penyakit yang mendasari, cedera atau gangguan lain pada otak.

Agen toksik.

Bilamana suatu kondisi disebabkan oleh agen toksik, suatu kode dari Bab XX dapat ditambahkan untuk identifikasi agen tersebut.

Kode Sebab Luar.

Bilamana dua kode dapat digunakan untuk menggambarkan suatu cedera, keracunan atau efek samping lain: suatu kode dari Bab XIX, yang mendeskripsikan kondisi cedera, ditambah kode dari Bab XX, yang menunjukkan penyebabnya. Kode mana yang dipilih sebagai kode tambahan tentunya tergantung pada tujuan pengumpulan datanya. (baca introduction Bab XX pada Volume 1)

3.5. TATA CARA KODING

Koding merupakan translasi dari suatu diagnosis, prosedur, jasa maupun pelayanan ke dalam kode alfanumerik dan atau numerik untuk tujuan pelaporan statistik dan reimbursement. Kode yang dipilih harus menggambarkan perjalanan dan pelayanan terhadap pasien selama episode rawat.

Menurut Judy A. Bielby koding adalah suatu kegiatan yang kompleks, melibatkan pengetahuan tentang anatomi, patofisiologi, standar dokumentasi, kebijakan dll. Sehingga seorang koder harus teliti dalam menelaah semua fakta dalam dokumen rekam medis untuk dapat mengkode secara etis. Dalam Sub Bab terdahulu telah dijelaskan bahwa prosedur koding terdiri dari analisis lembar-lembar dokumen rekam medis dan penentuan atau pengalokasian kode.

3.5.1 PEDOMAN SEDERHANA KODING

Dalam buku ICD-10 dijelaskan langkah-langkah dalam koding

Identifikasi tipe pernyataan yang akan di-kode, kemudian carilah dalam buku Volume 3 pada bagian yang sesuai. (Bilamana pernyataan tersebut merupakan suatu penyakit, cedera atau kondisi lain yang terklasifikasi dalam Bab I-XIX atau XXI, carilah dalam bagian I. Bilamana pernyataan tersebut merupakan sebab luar dari suatu cedera atau peristiwa lain yang terklasifikasi dalam Bab XX, carilah dalam bagian II).

Temukan "lead-term"-nya. Untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan 'kata benda' yang mengacu pada kondisi patologis. Namun demikian beberapa kondisi yang dinyatakan dalam bentuk adjective maupun eponym juga tercantum dalam indeks sebagai "lead-term".

Bacalah semua catatan yang tercantum dibawah "lead-term".

Bacalah semua terminologi yang ada dalam kurung dibelakang "lead-term". (Modifier ini biasanya tidak akan merubah nomor kode), dan juga semua terminologi yang tercantum di bawah "lead-term" (yang biasanya dapat merubah nomor kodenya) sampai seluruh kata dalam pernyataan diagnostik telah selesai diikuti.

Ikuti dengan hati - hati semua "cross-references" (kata "see" dan "see also") yang termuat dalam indeks.

Rujuk daftar tabulasi dalam Volume I untuk verifikasi kecocokan nomor kode terpilih. Perlu diingat bahwa kode 3-karakter dalam indeks yang diikuti tanda "dash" pada posisi karakter ke-4 menunjukkan bahwa masih ada karakter ke-4 yang perlu dicari dalam volume 1. Subdivisi lebih lanjut pada posisi karakter tambahan tidak di-indeks, sehingga bila akan digunakan harus dicari dalam volume 1.

Berpedomanlah pada “inclusion” atau “exclusion terms” yang ada di bawah kode terpilih, atau dibawah judul bab, blok atau kategori.

Tentukan kode yang sesuai.

3.5.2 LEAD TERM

Lead term dijumpai pada indeks alfabetik di volume 3, yaitu keberadaan kata di paling kiri kolom dan menjadi kata kunci untuk turunan kata-kata dibawahnya. Lalu turunannya hanya mendapatkan tanda minus (indent) dimukanya sebagai pengganti kata tersebut. Untuk memudahkan, tanda (-) tersebut dianggap sebagai “idem” . ICD-10 mengistilahkannya dengan sinonim “modifier” atau “qualifier” .

Sebagai contoh:

Lihat Volume 3 indeks

Lingua

geographica K14.1

nigra (villosa) K14.3

- plicata K14.5

- tylosis K13.2

Lingua adalah kata yang mendahului turunan kata di bawahnya. Dengan tanda minus kecil (disebut sebagai indentasi) di muka kata geographica, nigra, plica, tylosis itu ibarat “idem”. Jadi kata lingua itu tetap disebut di muka turunan kata-kata di bawahnya, hanya digantikan dengan tanda (-).

Lead term atau kata-kata kunci (*key words*) biasanya dalam bentuk kata benda, sebagian besar merujuk ke kondisi penyakit dan keluhan. Sesuai tingkat penjelasannya, turunan kata yang menjelaskan kata kunci makin rinci makin ditulis ke kanan. Biasanya penjelasan menunjuk ke berbagai letak dan situasi yang mempengaruhi pemberian kode. Penjelasan (*modifier*) yang tidak mempengaruhi kode terdapat di dalam kurung *parentheses* (), kecuali “with” yang selalu tercantum pertama.

Contoh:

Untuk mengkode Hernia inguinal bilateral disertai gangren dan obstruksi, pertama menunjukkan kata kunci (hernia), kemudian ikuti rentetan identitas dalam indeks sampai semua gambaran diagnosis telah tercakup.

Hernia

inguinal

- bilateral
- - with
- - - gangrene (and obstruction) K40.1

Kode yang mengikuti istilah dalam indeks mungkin tercantum dalam kategori 3 angka atau diberikan dengan angka ke-4 atau tanda titik strip .- (point dash) yang berarti angka ke-4 masih harus dicari dalam daftar tabulasi utama di volume 1. Apabila sistem "dual coding" atau kode ganda † dan * digunakan, kedua kode tercantum dalam indeks.

Bila tak dapat mengidentifikasi kata kunci dalam indeks, ada beberapa cara standar sehingga kode dapat ditemukan. Gunakan istilah generik berikut ini sebagai kata kunci:

Disease
Complication
Syndrome
Pregnancy
Labour
Delivery
Puerperal
Maternal condition affecting fetus or newborn
Injury
Sequelae
Suicide
Assault

3.6 PENGENALAN ICD-9-CM

ICD 9 diterbitkan oleh WHO pada tahun 1975, terdiri dari 2 volume; Volume 1 berisi daftar tabulasi disertai suplemen kode V dan E (yang kemudian menjadi bab XXI dan bab XX pada revisi tahun 2010) , sedangkan Volume 2 berisi indeks alfabetik.

Bersamaan dengan publikasi ICD-9, WHO juga mengeluarkan ICPM (*The International Classification of Procedures in Medicine*) yang dimaksudkan sebagai suplemen terpisah dari ICD-9 berisikan kode-kode prosedur laboratorium, radiologi, operasi (pembedahan), terapi dan pemeriksaan diagnostik lain. ICPM terdiri dari 2 volume dan 9 bab.

ICD 9 – CM (*The International Classification of Diseases, 9th Revision – Clinical Modification*) merupakan bentuk adaptasi khusus dari ICD Revisi ke-9 WHO, yang dibuat oleh U.S. [National Center for Health Statistics](#) (NCHS) dan khusus digunakan di Amerika Serikat sejak tahun 1978, bersamaan dengan dipublikasikannya ICD-9 dan ICPM oleh WHO.

3.6.1 STRUKTUR & ISI ICD-9-CM

ICD-9-CM Terdiri dari 3 volume:

- a) Volume 1 – Diseases : Tabular list
- b) Volume 2 – Diseases : Alphabetical list

c) Volume 3 – Procedures : Tabular & Alphabetical Index

Sebagaimana versi aslinya dari WHO, ICD-9-CM hanya berisi kode numerik, yang berbasis struktur 2-digit dengan 2 digit desimal bila perlu (ekspansi dari 3 digit pada ICD-9 menjadi 4 digit pada ICD -9-CM).

ICD-9-CM versi 2010 untuk Prosedur Medis terdiri dari 17 Bab ; mulai dari kategori 00 s/d 16. Semua daftar tabulasi dalam ICD-9-CM untuk Prosedur Medis disusun berdasarkan *body sistem*, kecuali 3 bab ini:

Bab 00 : Prosedur dan intervensi, tidak terklasifikasi di tempat lain

Bab 13 : Prosedur obstetrik

Bab 16 : prosedur diagnostik dan terapeutik lain-lain.

3.6.2 PRINSIP KODING PROSEDUR MEDIS

Koding prosedur medis bersifat multipel. Semua prosedur signifikan yang telah dilakukan sejak saat admisi hingga pulang harus didokumentasikan, meliputi prosedur diagnostik, terapeutik dan penunjang. Prosedur pemeriksaan yang dikode adalah yang relevan, meliputi semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, yang dianggap membawa/memberikan pengaruh terhadap manajemen pasien pada episode perawatannya.

Prosedur utama adalah prosedur yang paling signifikan, yang dilakukan untuk mengobati/mengatasi diagnosis utama. Oleh karena itu harus ada kesesuaian antara kode prosedur dengan kode diagnosis.

3.6.3 JENIS PROSEDUR

Dalam ICD-9-CM Prosedur medis dibedakan menjadi 2 macam, yaitu:

3.6.3.1. *Non operative procedure*

Prosedur terapeutik dan investigasi lain yang tidak melakukan manipulasi terhadap bagian tubuh dan sangat sedikit invasif. Misalnya pemeriksaan penunjang seperti radiologi, laboratorium, pemeriksaan fisik, psikologis, dan prosedur penunjang lainnya. Bagian terbesar dari prosedur ini terklasifikasi dalam bab 16 ICD-9-CM yaitu: *Miscellaneous Diagnostic And Therapeutic Procedures*.

3.6.3.2. *Operative procedure*

Suatu operasi didefinisikan sebagai prosedur terapeutik atau diagnostik mayor apapun yang melibatkan penggunaan instrumen atau manipulasi sebagian tubuh, dan secara umum dilakukan dalam kondisi OT dan atau dibawah GA, selain persalinan normal pada pasien obstetri. Prinsip operasi dilakukan untuk merawat kondisi yang terpilih sebagai diagnosis utama.

Prosedur operasi dibedakan menjadi 2 macam:

OR Procedure / Operation Room

Semua tindakan atau prosedur yang dilakukan di kamar operasi, melibatkan peralatan khusus, SDM khusus dan resource yang besar. Ditandai dengan blok khusus berwarna pada ICD-9-CM

Non OR Procedure / non operation Room

Semua prosedur yang dilakukan diluar kamar oprasi, namun membutuhkan skill khusus/ketrampilan khusus dari SDM nya dan atau peralatannya yang mahal. Ditandai dengan blok khusus tidak berwarna.

3.6.4 TATA CARA KODING PROSEDUR MEDIS

Dalam mengkode laporan operasi, koder harus membaca dengan seksama seluruh laporan operasi dan mencatat atau menggaris bawahi kemungkinan adanya penulisan diagnosis, kelainan atau prosedur yang tidak sesuai dengan apa yang ditulis oleh dokter dalam laporan operasi, koder harus mengklarifikasi hal tersebut dengan dokter yang bersangkutan.

Jika ditemukan diagnosa pre operative dan post operative berbeda maka gunakan diagnosis pos operative.

Periksalah laporan patologi, bila terdapat perbedaan antara diagnosis patologist dan SpB, maka sebaiknya didiskusikan dengan kedua pihak.

Langkah-langkah koding:

Carilah dalam indeks alfabetik nama prosedur, atau eponimnya

Kroscek ke dalam daftar tabulasi

Ikuti catatan-catatan khusus (konvensi) dalam daftar tabulasi

Pilih kode dengan tingkat rincian tertinggi. Kode paling spesifik mencakup 4 digit

3.6.5 KETENTUAN KODING PROSEDUR MEDIS

3.6.5.1. Pembatalan prosedur

Bila suatu operasi yang direncanakan tidak berjalan sepenuhnya, maka koder harus mengkode sejauh mana operasi dilaksanakan, yaitu ;

Bilamana suatu prosedur dibatalkan setelah pasien dirawat inap di RS dan pasien tersebut belum dipersiapkan untuk operasi maka kode prosedurnya tidak dilaporkan.

Bilamana suatu operasi terjadwal dihentikan setelah pasien siap atau sedang dilakukan operasi, maka dianggap sebagai tindakan yang tidak lengkap / tidak sesuai.

Berikut contoh tatacara koding untuk tindakan operasi yang tidak lengkap:

Pasien masuk rawat inap untuk dilakukan *partial gastrectomy* akibat ulcus gastro perforasi. Baru saja dokter bedah selesai melakukan insisi abdomen, anesthesiologi mengingatkan dokter bedah bahwa pasien mengalami distress respirasi. Dokter bedah menutup kembali insisi abdomen dan pasien dipindahkan ke ruang ICU.

Maka berilah kode 54.0 untuk insisi dinding abdomen, bukan di kode dengan *partial gastrectomy* karena tindakan medis belum dilakukan.

Misalnya pasien dijadwalkan untuk tindakan operasi akibat ureteritis berat, setelah dilakukan anastesi dan pasien dipersiapkan untuk endoscopic biopsy ureter kanan. Endoscopy dapat masuk dengan mudah kedalam kandung kemih, tetapi tidak bisa masuk lebih jauh kedalam ureter akibat adanya sumbatan. Dokter bedah kemudian mencabut kembali endoskop dan memindahkan pasien keruang pemulihan.

Maka berilah kode 57.32 (cystoscopy) karena prosedur biopsi ureter tidak dilakukan.

3.6.5.2. Penggunaan kode kombinasi dan kode ganda.

Kode kombinasi adalah kode tunggal untuk mengklasifikasi 2 prosedur. Kode kombinasi dapat ditemukan dengan merujuk pada subterm pada indeks prosedur dan dengan membaca konvensi include dan exclude pada daftar tabulasi.

Kode ganda diberikan apabila tidak mencakup prosedur yang dilakukan. Contohnya:

28.2	Tonsillectomy without adenoidectomy
28.3	Tonsillectomy with adenoidectomy
28.4	Excision of tonsil tag
28.5	Excision of lingual tonsil
28.6	Adenoidectomy without tonsillectomy Excision of adenoid tag

Gambar 1.4 Kode Kombinasi (Sumber: Buku ICD-9-CM)

Perhatikan bahwa 28.2 adalah untuk “tonsillectomy without adenoidectomy”, sedangkan kode 28.6 adalah untuk “adenoidectomy without tonsillectomy”. Jika dilakukan operasi “tonsillectomy with adenoidectomy” janganlah mengkode dengan 28.2 dan 28.6, tapi beri kode 28.3 untuk prosedur “tonsillectomy and adenoidectomy” karena deskripsi kode tersebut telah mencakup keduanya.

3.6.5.3. Pengangkatan Organ

Jika pengangkatan suatu organ penuh :

Excision / Resection

lokasi anatomik / nama organ

Jika pengangkatan suatu lesi (bagian dari organ):

Excision

Lesion

- lokasi anatomik/nama organ

Jika diketahui nama prosedurnya (eponym):

Operation

Nama/eponym nya

3.6.5.4. Perubahan prosedur

Bila prosedur tertutup seperti *laparoscopic*, *thoracoscopic* atau *arthroscopic* diubah menjadi tindakan bedah terbuka maka cukup dikode operasi terbukanya saja. Prosedur tertutup menggunakan endoskopi untuk melihat area dan instrumen-instrumen dimasukkan melalui endoskop untuk menyelesaikan prosedur.

Prosedur terbuka merupakan tindakan insisi melalui lapisan kulit, jaringan bawah kulit dan mungkin otot untuk membuka area tubuh yang perlu di operasi (misalnya *abdominal hysterectomy*).

3.6.5.5. Prosedur Endoskopi

Jika prosedur endoskopi melalui lebih dari 1 rongga tubuh, beri kode menurut letak terjauh. Misalnya endoskopi untuk esofagus dan lambung, maka di kode sebagai endoskopi lambung (gastroscopy 44.13).

3.6.5.6. Prosedur Biopsi

Bila mengkode biopsi, review rekam medis pasien untuk menentukan tipe biopsi yang dilakukan, sbb:

Tertutup (*closed*) ;

Dilakukan secara percutaneous, menembus kulit, dengan aspirasi, bristle atau dengan sikat, endoskop, atau jarum.

ICD-9-CM mengklasifikasi sebagian besar kode biopsi tertutup dengan kode kombinasi. Namun jika kode kombinasi untuk suatu biopsi melalui endoskop (misalkan endoscopic biopsi of uretra) tidak tersedia dalam daftar tabulasi, maka gunakan dua kode. Kode untuk endoskopi dilaporkan terlebih dahulu karena lebih signifikan dan lebih beresiko, baru kode biopsi.

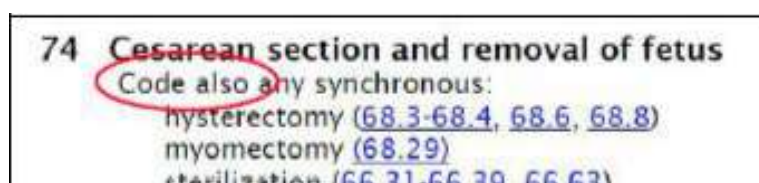
Terbuka (*open*) ;

Dilakukan melalui insisi

Untuk biopsi terbuka, harus dipahami bahwa insisi sudah termasuk dalam kode biopsi, meskipun deskripsi kodenya tidak menyatakan demikian. Misalnya jika dilakukan insisi pada kulit untuk biopsi tulang, maka yang dikode cukup biopsi tulangnya saja, dengan asumsi dokter bedah tentu perlu melakukan insisi pada kulit untuk bisa menjangkau tulang.

3.6.5.7. Code also

Instruksi code also dalam daftar tabulasi berarti “beri kode ini juga bila prosedur lain dilakukan”. Jadi menambahkan kode selain kode prosedur utama.



Gambar 1.5 Code Also (Sumber: Buku ICD-9-CM)

3.6.5.8. Omit Code

Jika terdapat keterangan omit code dibelakang terminologi utama atau sub term, maka prosedur tersebut tidak dikode karena dianggap sebagai pendahuluan atau bagian integral dari suatu prosedur. Jangan pula di kode untuk tindakan membuat irisan atau menutup luka operasi atau pemberian anestesi pada operasi, karena merupakan bagian dari operasi.

<p>Incision (and drainage) with exploration --see Exploration removal of foreign body --see Removal, foreign body abdominal wall 54.0 as operative approach --omit code abscess --see also Incision, by site</p>	<p>54.0 Incision of abdominal wall Drainage of: abdominal wall extraperitoneal abscess retroperitoneal abscess <i>Excludes:</i> incision of peritoneum (54.95) laparotomy (54.11-54.19)</p>
---	--

Gambar 1.6 Omit Code (Sumber: Buku ICD-9-CM)

Indeks prosedur “Incision (and drainage) abdominal wall, as operative approach” menginstruksikan pada koder untuk menghilangkan kode (omit-code) untuk operasi pendahuluan pada dinding abdomen, jika ada prosedur lain yang definitif.

Operasi pendahuluan di-kode jika prosedur membuka rongga tubuh (misalnya laparotomy eksplorasi) diikuti oleh prosedur diagnostik (misalnya biopsi lambung) dan tidak dilakukan prosedur terapeutik. Untuk ini, kode laparotomy dimasukkan terlebih dulu, diikuti oleh kode biopsi, karena tindakan membuka rongga tubuh dianggap lebih signifikan daripada biopsi. Karena pada umumnya laparotomi merupakan omit code jika menjadi pendahuluan dari operasi.

<p>Laparotomy NEC 54.19 as operative approach -- omit code exploratory (pelvic) 54.11 reopening of recent operative site (for control of hemorrhage) (for exploration) (for incision of hematoma) 54.12</p>
--

Gambar 1.7 Omit Code pada Laparotomi (Sumber: Buku ICD-9-CM)

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Apa definisi sistem klasifikasi penyakit?

Sebutkan klasifikasi rujukan dalam konsep Keluarga Klasifikasi WHO ?

Apa yang dimaksud dengan koding klinis ?

Bagaimana Proses Koding Klinis ?

Apa tujuan analisis lembar-lembar RM ?

Bagian mana lembar RM yang di analisis?

Sebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi akurasi koding diagnosis

Sebutkan kepanjangan dari ICD-10

Sejak kapan ICD-10 digunakan di Indonesia ?

Apa tujuan dan pemanfaatan koding ICD-10 ?

Dalam ICD-10 terdapat beberapa jenis kode ganda untuk kondisi-kondisi tertentu.
Sebutkan kode ganda tersebut berikut contohnya.

Jelaskan apa yang dimaksud dengan 'lead term' ? Sebutkan kata-kata yang umum digunakan sebagai lead term

Bagaimana Struktur & Isi ICD-9-CM ?

Apa prinsip utama Koding Prosedur Medis ?

Bagaimana bila terjadi inkonsistensi atau ketidaksesuaian antara diagnosis pre-operatif dan post-operatif ?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang :

Sistem Klasifikasi

Konsep Keluarga Klasifikasi WHO

Koding Dalam Pelayanan Kesehatan

Tujuan dan Prosedur Koding

Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Akurasi Koding

Pengenalan ICD-10

Tujuan & Pemanfaatan ICD-10

Struktur & Isi ICD-10

Pengenalan ICD-9-CM

Prinsip dan Ketentuan Koding Prosedur Medis

Ringkasan

Sistem klasifikasi penyakit adalah suatu sistem pengelompokan/kategorisasi satuan penyakit (morbid entities) berdasarkan suatu kriteria yang disepakati bersama. Dengan demikian sistem klasifikasi penyakit merupakan standarisasi kondisi/tindakan medis ke dalam suatu kelompok tertentu.

Klasifikasi rujukan adalah parameter utama sistem kesehatan, seperti kematian, penyakit, fungsionalitas, disabilitas, kesehatan dan intervensi (prosedur) kesehatan. Saat ini ada 2 klasifikasi rujukan dalam WHO-FIC; yaitu ICD (the International Classification of Diseases and Health Related Problems) sebagai klasifikasi rujukan untuk cakupan informasi tentang morbiditas dan mortalitas, serta the International

Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) untuk cakupan informasi tentang berbagai domain fungsionalitas dan disabilitas manusia.

Koding klinis atau koding medis adalah suatu kegiatan yang mentransformasikan diagnosis penyakit, prosedur medis dan masalah kesehatan lainnya dari kata-kata menjadi suatu bentuk kode, baik numerik atau alfanumerik, untuk memudahkan penyimpanan, retrieval dan analisis data.

Proses koding klinis mencakup dua aktivitas ; Analisis lembar-lembar dokumen rekam medis dan Alokasi /penentuan kode dengan tepat. Analisis lembar-lembar dokumen dilakukan untuk mendapatkan gambaran yang komprehensif dan detail tentang kondisi pasien dan juga untuk merangkum semua keterangan kondisi dan pelayanan kesehatan yang telah diberikan, sehingga koder akan dapat menentukan kode yang paling tepat bagi diagnosis dan prosedur medis. Adapun lembar-lembar rekam medis yang perlu dianalisis minimal adalah: Lembar Muka / Keluar-Masuk (Admission-Discharge), Lembar Resume (Discharge Summary), Laporan Operasi, Laporan PA / Histopatologi dari jaringan yang diambil.

Proses koding dipengaruhi oleh beberapa faktor penting yang terkait, yaitu tenaga medis, tenaga koder, kelengkapan dokumen rekam medis, kebijakan serta sarana dan prasarana koding.

ICD-10 adalah singkatan dari *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Revision*. Tujuannya adalah untuk mempermudah perekaman yang sistematis, untuk keperluan analisis, interpretasi dan komparasi data morbiditas maupun mortalitas dengan cara menerjemahkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lainnya dari kata-kata menjadi kode alfanumerik, yang memudahkan penyimpanan, retrieval dan analisis data. Penggunaan kode ICD telah makin luas dari sekedar mengelompokkan informasi morbiditas dan mortalitas untuk tujuan statistik hingga diaplikasikan untuk berbagai kepentingan, termasuk reimbursement, administrasi, epidemiologi dan riset di fasilitas kesehatan.

ICD-10 terdiri atas 3 volume; yang masing-masing volume memiliki konvensi tanda baca untuk penggunaannya. Jumlah Bab dalam ICD-10 adalah 22 Bab yang terdiri dari Blok Kategori, 3-karakter kategori dan 4-karakter subkategori. Adapun struktur dasar kode ICD-10 adalah alfanumerik

Dalam ICD-10 dikenal beberapa kode khusus diantaranya ; Kode Kombinasi, Kode Ganda Dagger & Asterisk dan Kode Ganda Lainnya. Pengalokasian kode tersebut mengacu pada ketentuan atau catatan dalam manual instruksi, maupun pada buku indeks alfabetik dan catatan khusus pada daftar tabulasi.

ICD-9-CM adalah versi modifikasi yang dilakukan oleh US NCHS untuk keperluan internal AS dengan menambahkan volume 3 untuk prosedur medis. ICD-9-CM versi th 2010 terdiri dari 17 Bab, dan disusun berdasarkan letak anatomik, kecuali beberapa bab tertentu. Struktur dasar ICD-9-CM adalah kode numerik.

