

STANDARISASI DATA DAN INTEROPERABILITAS

“ FORMULARIUM “



BAB I

LATAR BELAKANG

Biaya pengobatan di sarana pelayanan kesehatan saat ini, khususnya rumah sakit semakin mahal. Salah satu penyebab mahalnya biaya pengobatan adalah penggunaan obat yang tidak rasional. Dalam konteks pengobatan, rasional berarti tepat diagnosa, tepat indikasi, tepat dosis, tepat waktu pemberian dan juga tepat harga obatnya. Pilihan ini mencakup jenis obat dan ketepatan kondisi pasien, dosis, waktu pemberian, rute pemberian, kombinasi obat, dan lamanya pengobatan. Pada kenyataannya, pasien seringkali menerima obat yang kurang sesuai dengan keadaan pasien itu sendiri sehingga pengobatan menjadi tidak efektif dan membutuhkan waktu yang lebih lama untuk penyembuhannya. Semakin lama pasien dirawat di rumah sakit maka semakin besar pulalah biaya yang harus dikeluarkan. Banyak juga kasus pasien yang mendapat pengobatan yang tidak perlu atau penderita mendapat obat nama dagang yang sangat mahal padahal ada obat generic yang mempunyai komposisi dan khasiat yang sama dengan nama obat dagang tersebut.

Ketidakrasionalan dalam pengobatan dapat disebabkan antara lain karena kesalahan pemilihan obat. Keragaman obat yang tersedia mengharuskan dikembangkan suatu standar penggunaan obat yang rasional di rumah sakit, guna memastikan bahwa penderita menerima perawatan yang terbaik. Sarana Pelayanan Kesehatan wajib menetapkan standar pengobatan yang digunakan berupa formularium yang meliputi kegiatan evaluasi, penilaian dan pemilihan obat.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA DAN PEMBAHASAN

A. Konsep Standarisasi Data dalam Formularium

Menurut Peraturan Pemerintah RI Nomor 102 tahun 2000 tentang Standardisasi Nasional, Standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan termasuk tata cara dan metode yang disusun berdasarkan konsensus semua pihak yang terkait dengan memperhatikan syarat-syarat keselamatan, keamanan, kesehatan, lingkungan hidup, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta pengalaman, perkembangan masa kini dan masa yang akan datang untuk memperoleh manfaat yang sebesar-besarnya. Standardisasi adalah proses merumuskan, menetapkan, menerapkan dan merevisi standar yang dilaksanakan secara tertib dan bekerjasama dengan semua pihak terkait.

Standarisasi dalam penggunaan obat di Indonesia diatur oleh Kementerian kesehatan dalam Keputusan Menteri Kesehatan No HK.0107/MENKES/659/2017 tentang Formularium Nasional. Formularium Nasional disusun dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan menjamin aksesibilitas obat yang aman, berkhasiat, bermutu, dan terjangkau dalam jenis dan jumlah yang cukup. Formularium Nasional digunakan sebagai acuan nasional dalam pelayanan obat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Definisi sistem formularium adalah suatu metode yang digunakan staf medik dari suatu rumah sakit yang bekerja melalui Panitia Farmasi dan Terapi, mengevaluasi, menilai, dan memilih dari berbagai zat aktif obat dan produk obat yang tersedia, yang dianggap paling berguna dalam perawatan penderita. Jadi, sistem formularium adalah sarana penting dalam memastikan mutu penggunaan obat dan pengendalian harganya (Depkes RI; 2004).

Hasil utama dari pelaksanaan sistem formularium adalah formularium rumah sakit yang mengacu pada formularium Nasional yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Formularium Rumah Sakit adalah dokumen berisi

kumpulan produk obat yang dipilih PFT disertai informasi tambahan penting tentang penggunaan obat tersebut, serta kebijakan dan prosedur berkaitan obat yang relevan untuk rumah sakit tersebut, yang terus menerus direvisi agar selalu akomodatif bagi kepentingan penderita dan staf profesional pelayan kesehatan, berdasarkan data konsumtif dan data morbiditas serta pertimbangan klinik staf medis rumah sakit itu. Formularium harus lengkap, ringkas dan mudah digunakan.

B. Landasan Hukum Penyusunan Formularium

1. Undang- undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan
2. Undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
3. Keputusan Menteri Kesehatan RI No 1227/MENKES/SK/XI/2001 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian dan Alat/Obat Kesehatan
4. Keputusan Menteri Kesehatan RI No 1197/MENKES/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit
5. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59)
6. Keputusan Menteri Kesehatan No. 189/MENKES/SK/III/2006 tentang Kebijakan Obat Nasional
7. Peraturan Menteri Kesehatan No HK.02.02/MENKES/068/I/2010 tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 58 tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit
9. Keputusan Menteri Kesehatan No HK.0202/MENKES/523/2015 tentang Formularium Nasional
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/107/2017 tentang Komite Nasional Penyusunan Formularium Nasional;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/395/2017 tentang Daftar Obat Esensial Nasional;

12. Keputusan Menteri Kesehatan No HK.0107/MENKES/659/2017 tentang Formularium Nasional

C. Tujuan Penyusunan Formularium

Formularium yang dikelola dengan baik mempunyai manfaat untuk rumah sakit. Adapun manfaat dimaksud mencakup antara lain :

1. Meningkatkan mutu dan ketepatan penggunaan obat di rumah sakit
2. Merupakan nahan edukasi bagi professional kesehatan tentang terapi obat yang rasional
3. Memberikan rasio manfaat-biaya yang tertinggi, bukan hanya sekedar mencari harga obat yang termurah
4. Memudahkan professional kesehatan dalam memilih obat yang akan digunakan untuk perawatan pasien
5. Memuat sejumlah pilihan terapi obat yang jenisnya dibatasi sehingga professional kesehatan dapat mengetahui dan mengingat obat yang mereka gunakan secara rutin

IFRS dapat melakukan pengelolaan obat secara efektif dan efisien. Penghematan terjadi karena IFRS tidak melakukan pembelian obat yang tidak perlu. Oleh karena itu, rumah sakit mampu membeli dalam kuantitas yang lebih besar dari jenis obat yang lebih sedikit. Apabila ada dua jenis obat yang indikasi terapinya sama, maka dipilih obat yang paling *cost effective*.

D. Format Formularium

Format formularium sangat penting karena dapat menentukan kepraktisan penggunaan sehari-hari dan efisiensi biaya penerbitan. Formularium dengan ukuran buku saku mudah dibawa oleh professional kesehatan dan hal itu dapat meningkatkan penggunaan obat formularium.

Formularium rumah sakit mempunyai komposisi sebagai berikut :

1. Sampul luar (Cover) dengan judul formularium obat, nama rumah sakit, tahun berlaku, dan nomor edisi
2. Daftar isi

3. Sambutan
4. Kata Pengantar
5. SK KFT, SK Pemberlakuan Formularium
6. Petunjuk penggunaan formularium
7. Informasi tentang kebijakan dan prosedur rumah sakit tentang obat
8. Monografi obat
9. Informasi khusus, berisi materi yang dimasukkan untuk kepentingan staf profesional, antara lain daftar singkatan yang telah disetujui rumah sakit, aturan untuk menghitung dosis pediatrik, tabel interaksi obat, dan lain-lain.
10. Lampiran (formulir, indeks kelas terapi obat, indeks nama obat)

Formularium yang telah dicetak didistribusikan ke tiap lokasi perawatan penderita rawat inap, rawat jalan, unit gawat darurat, ruang perawatan intensif, IFRS dan lain-lain yang dianggap berkaitan (Siregar, 2004).

E. Tahapan Penyusunan Formularium di Rumah Sakit

1. Evaluasi penggunaan obat

Tahapan pengumpulan data penggunaan obat dalam periode waktu tertentu serta pengumpulan referensi dari kajian pustaka. Pengumpulan data dari kajian pustaka bertujuan untuk menjamin penggunaan obat yang aman dan cost effective serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Evaluasi penggunaan obat dapat dilakukan dengan dua cara yaitu :

- a. Pengkajian dengan mengambil data dari pustaka, Kegiatannya meliputi :
 - Mengumpulkan naskah ilmiah berkaitan dengan aspek keamanan, efektivitas dan biaya dari jurnal ilmiah yang terpercaya.
 - Melakukan telaah ilmiah terhadap naskah yang didapat
- b. Pengkajian dengan mengambil data sendiri, yaitu suatu proses terus menerus, sah secara organisasi, terstruktur, ditujukan untuk memastikan bahwa obat digunakan secara tepat, aman dan bermanfaat.

2. Penilaian

Setiap obat baru yang diusulkan untuk masuk dalam formularium harus dilengkapi dengan informasi tentang kelas terapi, indikasi terapi, bentuk sediaan dan kekuatan, bioavailabilitas dan farmakokinetik, kisaran dosis, efek samping dan efek toksik, perhatian khusus, kelebihan obat baru ini dibandingkan dengan obat lama yang sudah tercantum di dalam formularium, uji klinik, atau kajian epidemiologi yang mendukung keunggulannya, perbandingan harga dan biaya pengobatan dengan obat atau cara pengobatan terdahulu. Kecuali yang memiliki data bioekuivalensi (BE) dan/ atau rekomendasi tingkat I evidence-based medicine (EBM).

Obat yang terpilih masuk dalam formularium adalah obat yang memperlihatkan tingkatan bukti ilmiah yang tertinggi untuk indikasi dan keamanannya. Bila dari segolongan obat yang sama indikasinya memperlihatkan tingkatan bukti ilmiah khasiat dan keamanan yang sama tinggi, maka pertimbangan selanjutnya adalah dalam hal ketersediaannya di pasaran, harga dan biaya pengobatan yang paling murah.

3. Pemilihan Obat

Tahap pemilihan obat merupakan tahap yang paling sulit dalam proses penyusunan formularium karena keputusan yang diambil memerlukan pertimbangan dari berbagai faktor :

a. Faktor Institusional (Kelembagaan)

Obat yang tercantum dalam formularium adalah obat yang sesuai dengan pola penyakit, populasi penderita dan kebijakan lain rumah sakit.

b. Faktor biaya

Setelah pertimbangan ilmiah dibuat, KFT harus mempertimbangkan biaya terapi obat secara keseluruhan. Hal ini termasuk biaya sediaan obat, biaya penyiapan obat, biaya pemberian obat dan biaya monitoring

selama penggunaan obat. Obat terpilih adalah obat dengan biaya terapi keseluruhan yang paling rendah.

c. Faktor Obat

Obat yang tercantum dalam formularium harus mempertimbangkan efektivitas, keamanan, profil farmakokinetik dan farmakodinamik, ketersediaan obat dan fasilitas untuk penyimpanan atau pembuatan, kualitas produk obat, reaksi obat yang merugikan serta kemudahan dalam penggunaan. Produk obat telah memiliki izin edar dari Departemen Kesehatan.

Sebelum memilih obat diperlukan adanya suatu kriteria yang digunakan oleh Tim Revisi DOEN (Daftar Obat Esensial Nasional) seperti :

- a. Memiliki rasio manfaat resiko (benefit-risk ratio) yang paling menguntungkan penderita
- b. Mutu terjamin termasuk stabilitas dan bioavailabilitas
- c. Praktis dalam penyimpanan dan pengangkutan
- d. Praktis dalam penggunaan dan penyerahan yang disesuaikan dengan tenaga, sarana dan fasilitas kesehatan
- e. Menguntungkan dalam hal kepatuhan dan penerimaan oleh penderita
- f. Memiliki rasio manfaat-biaya (benefit-cost ratio) yang tertinggi berdasarkan biaya langsung dan tidak langsung
- g. Jika terdapat lebih dari satu pilihan yang memiliki efek terapi yang serupa, pilihan dijatuhkan pada :
 - Obat yang sifatnya paling banyak diketahui berdasarkan data ilmiah
 - Obat dengan sifat farmakokinetik yang diketahui paling menguntungkan
 - Obat yang stabilitasnya lebih baik
 - Mudah diperoleh
 - Obat yang telah dikenal

- h. Obat jadi kombinasi tetap, harus memenuhi kriteria berikut :
- Obat hanya bermanfaat bagi penderita dalam bentuk kombinasi tetap
 - Kombinasi tetap harus menunjukkan khasiat dan keamanan yang lebih tinggi daripada masing-masing komponen
 - Perbandingan dosis komponen kombinasi tetap merupakan perbandingan yang tepat untuk sebagian besar penderita yang memerlukan kombinasi tersebut
 - Kombinasi tetap harus meningkatkan rasio manfaat-biaya (benefit-cost ratio)
 - Untuk antibiotika kombinasi tetap harus dapat mencegah atau mengurangi terjadinya resisten dan efek merugikan lainnya

F. Distribusi Formularium

Formularium didistribusikan kepada :

- a. Unit pelayanan untuk penderita rawat inap, rawat jalan, gawat darurat
- b. Instalasi farmasi dan seluruh depo farmasi
- c. Pimpinan rumah sakit
- d. Pusat pelayanan informasi obat
- e. Departemen/SMF
- f. Anggota staf medik dan apoteker
- g. Perpustakaan
- h. Bagian pengadaan
- i. Bagian lain yang dianggap perlu

G. Evaluasi Kepatuhan Penggunaan Formularium

Evaluasi dapat dilakukan secara menyeluruh atau sebagian tergantung pada sumber daya yang tersedia.

Indikator untuk menilai kepatuhan penggunaan formularium terdiri dari:

1. Kepatuhan penulisan resep sesuai formularium

Rumus perhitungan dan contoh :

$$\frac{\text{Jumlah item obat yang diresepkan sesuai formularium}}{\text{Jumlah seluruh item obat dalam formularium}} \times 100\%$$

Catatan: Diperlukan analisis penyebab ketidakpatuhan dan selanjutnya dilakukan upaya untuk meningkatkan tingkat kepatuhan penulisan resep melalui sosialisasi formularium maupun supervisi di masing-masing bagian.

2. Kepatuhan pengadaan sesuai formularium

Rumus perhitungan dan contoh :

$$\frac{\text{Jumlah item obat yang diadakan sesuai formularium}}{\text{Jumlah seluruh item obat yang ada dalam formularium}} \times 100\%$$

Catatan: Diperlukan analisis penyebab ketidak patuhan dan selanjutnya dilakukan upaya untuk meningkatkan tingkat kepatuhan pengadaan. Arahandari direksi sangat penting karena pengadaan merupakan kunci keberhasilan penulisan resep. Penyebab ketidak patuhan penulisan resep obat formularium maupun pengadaan antara lain :

- a. Sistem formularium tidak berjalan dengan baik di rumah sakit
- b. Tidak adanya surat keputusan pimpinan rumah sakit untuk menggunakan formularium, sehingga staf medik tidak merasa berkewajiban menggunakan formularium
- c. Tidak adanya sosialisasi formularium oleh TFT kepada staf medik, sehinggastaf medik tidak mengenal formularium
- d. Tidak adanya supervisi secara regular guna mengingatkan staf medik untuk menggunakan obat yang ada dalam formularium
- e. TFT tidak berfungsi dengan baik
- f. Formularium tidak pernah direvisi sesuai dengan kebutuhan penderita dan staf medik
- g. Apoteker di IFRS tidak berperan sebagaimana seharusnya

- h. Tidak adanya mekanisme penghargaan dan hukuman (rewards and punishment)
- i. Adanya konflik kepentingan dari pihak yang terlibat dalam pengadaan

4. Penggunaan Obat Non Formularium

Secara umum, hanya obat formularium yang disetujui untuk digunakan secara rutin dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Prinsip yang mendasari adanya proses untuk menyetujui pemberian obat non formularium adalah pada keadaan dimana penderita sangat memerlukan terapi obat yang tidak tercantum di formularium, sebagai contoh :

- a. Kasus tertentu yang jarang terjadi, misalnya kelainan hormon pada anak, penyakit kulit langka
- b. Perkembangan terapi yang sangat memerlukan adanya obat baru yang belum terakomodir dalam formularium
- c. Obat-obat yang sangat mahal dan penggunaannya dikendalikan secara ketat, misalnya: obat sitostatika baru, antibiotic yang dicadangkan (reserved antibiotics)

Mekanisme proses pengajuan obat non formularium :

- a. Dokter pengusul mengisi formulir dan disetujui oleh kepala SMF
- b. Formulir diajukan ke KFT
- c. Penilaian oleh KFT terhadap usulan yang disampaikan
- d. Usulan yang disetujui disampaikan ke IFRS untuk diadakan
- e. Usulan yang tidak disetujui dikembalikan ke SMF

Penilaian terhadap usulan obat non formularium cukup dilakukan oleh pelaksana harian KFT (ketua, sekretaris dan salah satu anggota) agar tidak menghambat proses penyediaan obat non formularium.

5. Kriteria penghapusan obat

- a. Obat-obat yang jarang digunakan (slow moving) akan dievaluasi
- b. Obat-obat yang tidak digunakan (death stock) setelah waktu 3(tiga) bulan maka akan diingatkan kepada dokter-dokter terkait yang menggunakan obat tersebut. Apabila pada 3(tiga) bulan berikutnya tetap

tidak/kurang digunakan, maka obat tersebut dikeluarkan dari buku formularium

- c. Obat-obat yang dalam proses penarikan oleh pemerintah/BPOM atau dari pabrikan

KESIMPULAN

Formularium yang disusun oleh Tim Farmasi dan Terapi merupakan pedoman pemilihan dan penggunaan obat yang paling bermanfaat bagi pasien dan akan mendorong penggunaan obat yang rasional di rumah sakit. Adanya formularium di rumah sakit diharapkan dapat menyederhanakan penyediaan obat, membatasi penggunaan obat yang tidak perlu dan meningkatkan efisiensi biaya pengobatan. Diharapkan dengan tersusunnya formularium di rumah sakit, akan memberikan sumbangan terhadap peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Sistem formularium yang dikelola dengan baik memberikan empat keuntungan bagi rumah sakit, antara lain :

1. Merupakan pendidikan terapi obat yang tepat bagi staf medik.
2. Memberikan manfaat dalam pengurangan biaya dengan sistem pembelian dan pengendalian persediaan yang efisien.
3. Pembatasan jumlah obat dan produk obat yang secara teratur tersedia di apotek akan memberikan keuntungan bagi pelayanan penderita dan keuntungan secara ekonomi
4. Membantu menyakinkan mutu dan ketepatan penggunaan obat dalam rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

Departemen Kesehatan RI, 2004, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1197/Menkes/SK/X/2004, tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, 2017, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.0107/MENKES/659/2017, tentang Standar Formularium Nasional, Jakarta.

Siregar, C. dan Amalia, L., 2004, Farmasi Rumah Sakit Teori dan Penerapan, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.

Pedoman Penusunan Formularium <https://edoc.site/pedoman-penyusunan-formularium-pdf-free.html> (diakses 10 Okt 2018, pukul 02.30 wib)

STANDARISASI DATA DAN INTEROPERABILITAS

“ ICD X “



BAB I

PENDAHULUAN

Menurut Kepmenkes RI Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, seorang perekam medis harus mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia (ICD-10) tentang penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan. Penerapan pengodean digunakan untuk mengindeks pencatatan penyakit, masukan bagi sistem pelaporan diagnosis medis, memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia layanan

Sistem klasifikasi penyakit merupakan pengelompokan penyakit-penyakit yang sejenis ke dalam satu grup nomor kode penyakit sejenis sesuai dengan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revisions* (ICD-10) untuk istilah penyakit dan masalah yang berkaitan dengan kesehatan (Kasim dalam Hatta, 2008). ICD-10 mempunyai tujuan untuk mendapatkan rekaman sistematis, melakukan analisa, interpretasi serta membandingkan data morbiditas dan mortalitas dari negara yang berbeda atau antar wilayah dan pada waktu yang berbeda. Dengan ICD-10, semua nama dan golongan penyakit, cedera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan akan menjadi sama di seluruh dunia dengan diterjemahkan ke dalam bentuk alfabet, numerik maupun alfanumerik sesuai dengan kode yang ada dalam ICD-10 (WHO, 2004).

BAB II

PEMBAHASAN

a. Pengertian ICD 10

The International Classification of Diseases (ICD) adalah media standarisasi di dunia untuk merangkum data mortalitas dan morbiditas. Yang mengorganisir dan menginformasi kode kesehatan yang digunakan untuk statistik dan epidemiologi, manajemen kesehatan, alokasi sumber daya, monitoring dan evaluasi, penelitian, perawatan primer, pencegahan dan pengobatan. Ini membantu untuk memberikan gambaran situasi kesehatan umum setiap negara dan penduduk. Dalam ICD Versi 11 sekarang sedang dikembangkan melalui inovatif, proses kolaboratif. Untuk pertama kalinya WHO menyerukan para ahli dan pengguna untuk berpartisipasi dalam proses revisi melalui platform berbasis web. Hasilnya akan menjadi klasifikasi yang didasarkan pada input pengguna dan kebutuhan. pentingnya ICD karena menyediakan bahasa umum untuk pelaporan dan pemantauan penyakit. Hal ini memungkinkan dunia untuk membandingkan dan berbagi data dengan cara yang konsisten dan standar - antara rumah sakit, daerah dan negara dan selama periode waktu. ICD memfasilitasi pengumpulan dan penyimpanan data untuk analisis dan berbasis bukti pengambilan keputusan.

b. Perkembangan ICD 10

International Statistic Classification of Disease and Related Health Problem (ICD), diterbitkan oleh World Health Organization (WHO), merupakan klasifikasi inti dari WHO Family of International Classification (WHO-FIC) dan digunakan diseluruh dunia untuk morbiditas dan statistik kematian, sistem penggantian dan mendukung keputusan otomatis dalam kedokteran. ICD menyediakan kode pengklasifikasian penyakit dan berbagai macam tanda, gejala, temuan abnormal, keluhan, situasi sosial dan penyebab eksternal cedera atau penyakit. Sistem ini dirancang untuk mempromosikan komparatif internasional dalam pengumpulan, pengolahan, klasifikasi dan penyajian statistik. Di bawah sistem ini, setiap kondisi

kesehatan dapat ditetapkan ke kategori yang unik dan diberi kode, sampai dengan enam karakter. Kategori tersebut dapat mencakup serangkaian penyakit yang sama.

ICD adalah revisi berkala dan sekarang ini sedang dalam edisi ke-10. ICD-10 yang dikembangkan pada tahun 1992. Klasifikasi statistik internasional penyakit dan masalah kesehatan yang terkait revisi kesepuluh (ICD-10) diterbitkan oleh WHO dan memiliki 3 volume. ICD-10 dalam versi hard copy diterbitkan oleh WHO pada tahun 1992 (Tabel Daftar), 1993 (Instruksi Manual), dan 1994 (Sesuai Abjad Indeks). ICD adalah bagian dari sebuah keluarga pemandu yang dapat digunakan untuk melengkapi satu sama lain, termasuk juga berfungsi Klasifikasi Internasional, Kecacatan dan Kesehatan yang berfokus pada domain fungsi (cacat) berhubungan dengan kondisi kesehatan, dari kedua medis dan perspektif sosial.

Dengan menggunakan kemajuan teknologi informasi, revisi ICD akan memungkinkan pengguna untuk mengumpulkan data tentang penyebab kematian, kemajuan ilmu pengetahuan dan kedokteran, penyakit yang muncul dan kondisi kesehatan, dan membandingkan informasi di seluruh dunia dengan lebih mudah dan keragaman dalam pelayanan kesehatan masyarakat dan pelaporan klinis.

Pada tahun 1893, seorang dokter Perancis, Jacques Bertillon, memperkenalkan klasifikasi Bertillon penyebab kematian di Lembaga Internasional secara statistik di Perkembangan ICD 11 Chicago. Sejumlah negara menyetujui sistem Dr. Bertillon, dan pada 1898, American Public Health Association (APHA) merekomendasikan bahwa pendaftar dari Kanada, Meksiko, dan Amerika Serikat juga menyetujuinya. APHA juga merekomendasikan untuk merevisi sistem setiap sepuluh tahun untuk memastikan sistem tetap berjalan dengan kemajuan praktek medis. Akibatnya, konferensi internasional pertama untuk merevisi klasifikasi internasional penyebab kematian diselenggarakan pada tahun 1900, dengan revisi yang terjadi setiap sepuluh tahun sesudahnya. Pada waktu itu sistem klasifikasi itu terkandung dalam satu buku, yang meliputi, Indeks abjad serta Daftar Tabel. Buku itu kecil dibandingkan dengan pengkodean teks saat ini. Revisi yang diikuti mengandung perubahan kecil, sampai revisi keenam dari sistem klasifikasi. Dengan revisi keenam, sistem klasifikasi diperluas ke dua volume.

Revisi keenam termasuk morbiditas dan kondisi kematian, dan judul telah dimodifikasi untuk mencerminkan perubahan: Manual of International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD). Sebelum revisi keenam, tanggung jawab untuk revisi ICD jatuh ke Komisi Campuran, sebuah kelompok yang terdiri dari wakil-wakil dari Lembaga Internasional Statistik dan Organisasi Kesehatan Liga Bangsa-Bangsa. Pada tahun 1948, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menerima tanggung jawab dalam penyusunan dan penerbitan revisi ICD setiap sepuluh tahun. WHO disponsori revisi ketujuh dan kedelapan pada tahun 1957 dan 1968, berturut-turut.

Pada tahun 1959, Dinas Kesehatan Amerika Serikat menerbitkan Klasifikasi Penyakit Internasional, Diadaptasi untuk Pengindeksan Arsip Rumah Sakit dan Operasi Klasifikasi (ICDA-Indexing of Hospital Record and Operation Classification). Selesai pada tahun 1962 dan revisi adaptasi ini – dianggap sebagai revisi ketujuh ICD – diperluas di sejumlah daerah dengan sepenuhnya untuk memenuhi kebutuhan pengindeksan rumah sakit. Dinas Kesehatan Amerika kemudian menerbitkan Revisi Kedelapan. Klasifikasi Internasional Penyakit, Diadaptasi untuk digunakan di Amerika Serikat. Biasanya disebut sebagai ICDA-8, sistem klasifikasi ini memenuhi tujuannya ke kode data prosedural diagnostik dan operasi untuk morbiditas resmi dan statistik mortalitas di Amerika Serikat.

c. Struktur ICD10

ICD-10 terdiri atas 3 volume, volume 1 berisi klasifikasi utama disebut dengan Tabular list, volume 2 petunjuk penggunaan, sedangkan volume 3 indeks alfabet. Volume 1 terdiri atas 21 bab yang disusun menurut sistem anatomi (*body system*) dan grup khusus. Pengkodean menggunakan alfa numerik A00-Z99 kecuali U belum digunakan yang dipersiapkan untuk kode diagnosis baru. Masing-masing bab dimulai dengan huruf, empat belas bab menggunakan satu huruf, tiga bab bergabung dengan bab lain, dan bab yang lain lebih dari satu huruf.

1. Volume 1 berisi kategori tempat diagnosis dialokasikan, yang memudahkan pencarian dan penghitungan untuk tujuan statistik. Untuk yang menggunakan

statistik tersedia definisi mengenai isi kategori, subkategori, dan item daftar tabel yang telah dimasukkan ke dalam tabel-tabel statistik. Walaupun secara teoritis mungkin saja seorang petugas koder akan tiba pada kode yang tepat dengan hanya menggunakan volume 1, ini akan menyita banyak waktu dan bisa menyebabkan kesalahan pemberian kode. Sebuah indeks alfabet sebagai pedoman klasifikasi terdapat pada volume 3. Bagian ‘Introduction to the Index’ memberikan informasi penting tentang hubungannya dengan volume 1.

Beberapa istilah-istilah yang ada pada volume 1, antara lain:

a) Istilah “inclusion” (termasuk)

Dalam pokok bahasan pada tiga atau empat karakter seringkali ditemukan sejumlah istilah diagnostik lain yang disebut sebagai “inclusion term” (artinya, kira-kira: termasuk) dimaksudkan sebagai tambahan diagnostik yang dapat diklasifikasikan kedalam kelompok yang bersangkutan. Istilah pada “inclusion” dapat juga dipakai untuk kondisi yang berbeda atau sinonimnya (sesuai dengan catatan pada “inclusion”) yang bukan subklasifikasi kelompok tersebut. Digunakan sebagai pedoman rubrik.

Contoh: A06 Amoebiasis includes infection due to *Entamoeba histolytica*

b) Istilah “exclusion” (tak termasuk)

Beberapa pokok bahasan tertentu berisi kondisi yang didahului dengan kata “exclusion”.

Istilah ini menunjukkan kode di tempat lain, tidak di dalam kategori ini. Kode yang benar adalah yang diberi tanda dalam kurung yang mengikuti istilah itu.

Contoh: A09 Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin
Excludes due to bacterial, protozoal, viral and other specified infectious agent
(A00 – A08)

c) Kode rangkap: Sistem Dagger (sangkur) dan Asteris (bintang)

Sistem kode rangkap dari kombinasi kode melalui tambahan tanda sangkur (†) dan tanda bintang (*) telah digunakan pada ICD-10. Jadi membolehkan penjelasan kondisi dalam istilah yang mendasari penyebab atau etiologi (†) dan manifestasi (*). Kode primer untuk penyakit yang mendasari penyebab

ditandai dengan tanda sangkur (†). Kode untuk manifestasi ditandai dengan tanda bintang (*). Prinsip dasar ICD adalah kode sangkur yaitu kode primer dan harus selalu digunakan untuk kondisi tunggal. Kode bintang tidak pernah digunakan sendirian. Ada 83 kategori tanda bintang dalam ICD-10 yang mungkin digunakan dalam hubungannya dengan kode sangkur, tetapi tidak digunakan sendirian. Kategori bintang terdapat pada permulaan setiap bab, blok, dan rubrik yang sesuai.

d) Tanda kurung/ parentesis ()

Tanda kurung digunakan dalam jilid 1 dalam empat cara:

- 1) Untuk menyertakan kata-kata tambahan, yang akan mengikuti istilah diagnostik tanpa mempengaruhi angka kode yang dirujuk oleh kata di luar kurung.

Contoh : G 11.1 Early – onset cerebellar ataxia

Friedrich's ataxia (autosomal recessive)

- 2) Untuk menyertakan kode yang dimaksud dalam istilah "exclusion"

Contoh: A04 Other bacterial intestinal infection

Excludes: Foodborne intoxication, bacterial (A05.-)

- 3) Untuk menyertakan kode tiga karakter dari kategori dalam blok tertentu

Contoh: Intestinal Infectious diseases (A00 – A09)

- 4) Untuk menyertakan kode sangkur dalam kategori bintang atau kode bintang dalam istilah sangkur

Contoh: A02. 2 Localized salmonella infections

Salmonella: Arthritis (M01.3*)

e) Kurung besar / square brackets []

Kurung besar digunakan:

- 1) Untuk menyertakan sinonim, kata-kata alternatif atau kalimat penjelasan.

Contoh : A07.1 Giardiasis [lambiasis]

- 2) Untuk merujuk pada catatan

Contoh: C21.8 Overlapping lesion of rectum, anus and anal canal
[lihat note 5 pada halaman 182 pada ICD-10 Volume 1]

- 3) Untuk merujuk ke kelompok subdivisi karakter keempat yang dinyatakan sebelumnya.

Contoh : F10.- Mental and behavioral disorders due to use of alcohol
[lihat hal. 321-323 untuk subdivision pada ICD-10 Volume 1]

- 4) Titik dua/ colon (:)

Titik dua digunakan dalam daftar istilah inclusion dan exclusion, jika kata yang mendahului tidak lengkap penetapan istilahnya dalam rubric.

Contoh: A06.8 Amoebic infection of other sites

Amoebic:

- Appendicitis
- Balantis† (N51. 2*)

- f) Brace { }

Tanda kurung besar digunakan dalam istilah inclusion dan exclusion untuk menunjukkan bahwa baik kata terdahulu maupun kata sesudahnya adalah istilah lengkap. Sembarang istilah dibelakang tanda kurung besar, seharusnya dikualifikasi oleh satu atau lebih istilah yang mengikutinya.

Contoh : A09 Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin
Catarrh, enteric or intestinal

- Colitis NOS
- Enteritis haemorrhagic

- g) NOS (yang tak ditentukan)

NOS adalah singkatan dari “Not Otherwise Specified” artinya “tidak dispesifikasikan” atau ”tidak dikualifikasikan”. Pemberi kode sebaiknya berhati-hati untuk memberi kode suatu istilah tidak dikualifikasikan kalau informasi yang disediakan tidak begitu jelas.

Contoh: A03.9 Shigellosis, unspecified

Bacillary dysentery NOS

- h) Not Elsewhere Classified

NEC adalah singkatan dari “Not Elsewhere Classified”. Apabila digunakan judul pada kategori tiga karakter, NEC merupakan sebagai peringatan bahwa

beberapa jenis tertentu dari kondisi yang tercantum dalam rubrik tersebut, bisa saja tercantum pada klasifikasi lain.

Contoh : K73 Chronic hepatitis, not elsewhere classified

i) Titik strip/ point dash (-.)

Digunakan sebagai pengganti karakter keempat dari satu kategori, titik strip (-.) menunjukkan pada pemberi kode bahwa ada satu karakter keempat dan sebaiknya dicari dalam kategori yang cocok pada daftar tabulasi.

Contoh : A06 Amoebiasis

Excludes other protozoal intestinal diseases (A07.-)

2. Volume 2 adalah buku petunjuk penggunaan, berisi:

- a) Pengantar
- b) Penjelasan tentang International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
- c) Cara penggunaan ICD-10
- d) Aturan dan petunjuk pengkodean mortalitas and morbiditas
- e) Presentasi statistik
- f) Riwayat perkembangan ICD

3. Volume 3 (Indeks Abjad)

- a) Pengantar
- b) Susunan indeks secara umum
- c) Seksi I : Indeks abjad penyakit, bentuk cedera
- d) Seksi II : Penyebab luar cedera
- e) Seksi III : Tabel obat dan zat kimia

Setiap bab dibagi menurut blok, setiap blok terdiri atas tiga karakter dan setiap kategori tiga karakter dapat dirinci mejadi kategori empat karakter atau lebih sesuai dengan rincian setiap tiga karakter tersebut

Berikut adalah daftar ICD-10 untuk kode klasifikasi,

Bab	Blok	Judul
I	<u>A00-B99</u>	Penyakit Infeksi dan parasit
II	<u>C00-D48</u>	Neoplasma
III	<u>D50-D89</u>	Penyakit darah dan organ pembentuk darah termasuk gangguan sistem imun
IV	<u>E00-E90</u>	Endokrin, nutrisi dan gangguan metabolik
V	<u>F00-F99</u>	Gangguan jiwa dan perilaku
VI	<u>G00-G99</u>	Penyakit yg mengenai sistem saraf
VII	<u>H00-H59</u>	Penyakit mata dan adnexa
VIII	<u>H60-H95</u>	Penyakit telinga dan mastoid
IX	<u>I00-I99</u>	Penyakit pada sistem sirkulasi
X	<u>J00-J99</u>	Penyakit pada sistem pernapasan
XI	<u>K00-K93</u>	Penyakit pada sistem pencernaan
XII	<u>L00-L99</u>	Penyakit pada kulit dan jaringan subcutaneous
XIII	<u>M00-M99</u>	Penyakit pada sistem muskuloskeletal
XIV	<u>N00-N99</u>	Penyakit pada sistem saluran kemih dan genital
XV	<u>O00-O99</u>	Kehamilan dan kelahiran
XVI	<u>P00-P96</u>	Keadaan yg berasal dari periode perinatal
XVII	<u>Q00-Q99</u>	Malformasi kongenital, deformasi dan kelainan chromosom
XVIII	<u>R00-R99</u>	Gejala, tanda, kelainan klinik dan kelainan lab yg tidak ditemukan pada klasifikasi lain
XIX	<u>S00-T98</u>	Keracunan, cedera dan beberapa penyebab yg dari luar
XX	<u>V01-Y98</u>	Penyebab morbiditas dan kematian eksternal
XXI	<u>Z00-Z99</u>	Faktor faktor yg memengaruhi status kesehatan dan hubungannya dengan jasa kesehatan

XXII U00-U99 Kode kegunaan khusus

d. Fungsi dan kegunaan ICD 10

Menurut Hatta (2013:134), fungsi ICD sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan digunakan untuk kepentingan informasi statistik morbiditas dan mortalitas. Penerapan Pengodean Sistem ICD digunakan untuk :

1. Mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan
2. Masukan bagi sistem pelaporan diagnosis medis
3. Memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia layanan
4. Pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas
5. Tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis
6. Menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman
7. Analisis pembiayaan pelayanan kesehatan
8. Untuk penelitian epidemiologi dan klinis

e. Pengguna ICD 10

Pengguna termasuk dokter, penyedia pelayanan kesehatan lainnya, peneliti, manajer informasi kesehatan dan para koding, pekerja teknologi informasi kesehatan, pembuat kebijakan, perusahaan asuransi dan organisasi pasien. Semua negara anggota ICD menggunakan dan telah diterjemahkan ke dalam 43 bahasa. Sebagian besar negara (117) menggunakan sistem untuk melaporkan data kematian, indikator utama status kesehatan. Semua negara anggota diharapkan untuk menggunakan versi terbaru dari ICD untuk pelaporan kematian dan penyakit Statistik (sesuai dengan Peraturan WHO Nomenklatur diadopsi oleh Majelis Kesehatan Dunia pada tahun 1967).

f. Tahap penggunaan ICD 10

Sembilan langkah dasar dalam menentukan kode menurut Hatta (2013:139) sebagai berikut :

1. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode, dan buka volume 3 Alphabetical index (kamus). Bila pernyataan adalah istilah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada Bab I-XIX (Vol. 1), gunakanlah ia sebagai “leadterm” untuk dimanfaatkan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi I indeks (volume 3). Bila pernyataan adalah penyebab luar (external cause) dari cedera (bukan nama penyakit) yang ada di Bab XX (Vol. 1), lihat dan cari kodenya pada seksi II di Indeks (Vol. 3).
2. “Lead term” (kata panduan) untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologisnya. Sebaiknya jangan menggunakan istilah kata benda anatomi, kata sifat atau kata keterangan sebagai kata panduan. Walaupun demikian, beberapa kondisi ada yang diekspresikan sebagai kata sifat eponim (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 terdapat dalam tanda kurung “()” sesudah lead term (kata dalam tanda kurung = modifier, tidak akan mempengaruhi kode). Istilah lain yang ada di bawah lead term (dengan tanda (-) minus = idem = indent) dapat mempengaruhi nomor kode, sehingga kata-kata diagnostik harus diperhitungkan).
5. Ikuti secara hati-hati rujukan silang (cross references) dan perintah see and see also yang terdapat dalam indeks.
6. Lihat daftar tabulasi (Volume 1) untuk mencari nomor kode yang paling tepat. Lihat kode tiga karakter di indeks dengan tanda minus pada posisi keempat yang berarti bahwa isian untuk karakter keempat itu ada di dalam volume 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indeks (vol. 3). Perhatikan juga perintah untuk membubuhi kode tambahan (additional code) serta aturan cara penulisan dan pemanfaatannya dalam pengembangan indeks penyakit dan dalam sistem pelaporan morbiditas dan mortalitas.
7. Ikuti pedoman inclusion dan exclusion pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (chapter), blok, kategori, atau subkategori.

8. Tentukan kode yang anda pilih.
9. Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk pemastian kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan.

DAFTAR PUSTAKA

- http://eprints.ums.ac.id/24129/2/BAB_I.pdf diakses pada 9 Oktober 2018
- <https://astriabilku.wordpress.com/2015/07/13/pengertian-icd-dan-tujuan-icd/> diakses pada 9 Oktober 2018
- <http://saadahnur711.blogspot.com/2015/05/pengenalan-icd.html> diakses pada 9 Oktober 2018
- <https://villavos.wordpress.com/2015/07/03/pengertian-fungsi-kegunaan-struktur-dan-penggunaan-icd-10/> diakses tanggal 6 Oktober 2018
- <https://inacbg.com/2014/02/icd-10.html> diakses tanggal 6 Oktober 2018