# BAB II

# TINJAUAN PUSTAKA

## Landasan Teori

### Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Dalam Undang-Undang No 44 tahun 2009 mengenai rumah sakit dijelaskan bahwa rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Menurut *WHO (World Health Organization),* rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna *(komprehensif),* penyembuhan penyakit *(kuratif)* dan pencegahan penyakit *(preventif)* kepada masyarakat.

1. Tujuan Rumah Sakit

Menurut Undang–Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan:

1. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan;
2. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit;
3. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; dan
4. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit.
5. Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang No 44 Pasal 5 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, rumah sakit memilki fungsi sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta pengaplikasian teknologi dalam bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan
5. Jenis Pelayanan Rumah Sakit

Berdasarkan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomer 129/MENKES/SK/II/2008 tetang Standart Pelayanan Minimal Rumah Sakit, ada beberapa jenis pelayanan rumah sakit yang wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi 21 jenis pelayanan, yaitu:

1. Pelayanan gawat darurat
2. Pelayanan rawat inap
3. Pelayanan rawat jalan
4. Pelayanan bedah
5. Pelayanan persalinan dan peritanatologi
6. Pelayanan intensif
7. Pelayanan radiologi
8. Pelayanan laboratorium patologi klinik
9. Pelayanan rehabilitasi medik
10. Pelayanan farmasi
11. Pelayanan gizi
12. Pelayanan transfusi darah
13. Pelayanan keluarga miskin
14. Pelayanan rekam medis
15. Pengelolaan limbah
16. Pelayanan adminstrasi manajemen
17. Pelayanan ambulans atau kereta jenazah
18. Pelayanan pemulasaran jenazah
19. Pelayanan laundry
20. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
21. Pencegah pengendalian infeksi
22. Klasifikasi Rumah Sakit

Dalam Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Pasal 12 Rumah Sakit Umum diklasifikasikan menjadi:

1. Rumah Sakit Umum Kelas A;
2. Rumah Sakit Umum Kelas B;
3. Rumah Sakit Umum Kelas C;
4. Rumah Sakit Umum Kelas D.
5. Rumah Sakit Tipe C

Menurut Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Pasal 36 pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum kelas C paling sedikit meliputi:

1. Pelayanan medik;
2. Pelayanan kefarmasian;
3. Pelayanan keperawatan dan kebidanan;
4. Pelayanan penunjang klinik;
5. Pelayanan penunjang nonklinik;
6. Pelayanan rawat inap.

Pelayanan medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf a, paling sedikit terdiri dari:

1. Pelayanan gawat darurat;
2. Pelayanan medik umum;
3. Pelayanan medik spesialis dasar;
4. Pelayanan medik spesialis penunjang;
5. Pelayanan medik spesialis lain;
6. Pelayanan medik subspesialis; dan
7. Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut
8. Diagnosis
9. Pengertian Diagnosis

Diagnosis adalah penentuan sifat suatu kasus penyakit serta keterampilan membedakan satu penyakit dengan yang lainnya (Kamus Kedokteran Dorland, 2008).

Barlow, D.H (1991) berpendapat, diagnosis adalah suatu proses penentuan penyebab penyakit atau kelainan dan mendiskripsikan penyembuhan yang cocok. Jenis penyakit atau kelainan dinyatakan dalam satu label, misal *schizoid*, dan label tersebut telah menunjukkan implikasi penyembuhan. Pada sisi lain diagnosis berarti kefasihan dalam membedakan penyakit yang satu dengan yang lain atau penentuan penyakit dengan menggunakan ilmu.

1. Macam Diagnosis

Menurut Hatta (2013), macam-macam diagnosis adalah sebagai berikut:

1. Diagnosis utama

Diagnosis utama atau juga disebut kondisi utama adalah suatu kondisi kesehatan yang menyebabkan pasien memperoleh perawatan atau pemeriksaan, yang ditegakkan pada akhir episode pelayanan dan bertanggung jawab atas kebutuhan sumber daya pengobatannya.

Pengodean morbiditas sangan bergantung pada diagnosis yang ditetapkan oleh dokter yang merawat pasien atau yang bertanggung jawab menetapkan kondisi utama pasien, yang akan dijadikan dasar pengukuran morbiditas. Gejala, tanda, alasan kontak dengan pelayanan kesehatan, kondisi ganda dapat dijadikan sebagai kondisi utama apabila sampai akhir episode suatu perawatan tidak dapat ditegakkan diagnosis utma pasien. Hal yang perlu dicatat untuk pengodean yang spesifik yaitu kondisi suatu sekuel (*sequele*, gejala sisa) penyakit, akut atau kronis, neoplasma, cedera dan penyebab eksternal.

1. Diagnosis Sekunder

Diagnosis sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode pelayanan.

1. Komorbiditas

Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi pasien saat masuk dan membutuhkan pelayanan atau asuhan khusussetelah masuk dan selama dirawat.

1. Komplikasi

Adalah penyakit yang timbul dalam masa pengobatan dan memerlukan pelayanan tambahan sewaktu episode pelayanan, baik yang disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul sebagai akibat dari pelayanan yang diberikan kepada pasien.

### Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan (Hatta, 2008).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 269/Menkes/Per/2008 pada pasal 1, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tetang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Sedangkan yang berhak untuk mengisi dokumen rekam medis yaitu dokter, dokter gigi serta tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien selain dokter dan dokter gigi. Catatan tersebut berupa tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberiaan pelayanan kesehatan.

1. Tujuan Rekam Medis

Tujuan Rekam Medis adalah menunjang tercapainya tertib atministrasi dalam rangka upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib adminstrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit (Dirjen Yanmed 2006:13)

1. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan Rekam Medis menurut Dirjen Yanmed (2006 : 13) dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain:

1. Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam  mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

1. Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

1. Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka penegakan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk penegakan keadilan.

1. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.

1. Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

1. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dan digunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran dibidang profesi si pemakai.

1. Aspek Dokumensi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

### *ICD*-10 (*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision*)

1. Pengertian *ICD*-10

Menurut Manangka (1998) *ICD*-10 adalah standar klasifikasi diagnosis internasional yang berguna untuk epidemiologi umum dan manajemen kesehatan termasuk didalamnya analisis situasi keseluruhan secara umum pada sekelompok populasi, monitoring angka kejadian, prevalensi penyakit dan masalah kesehatan dalam hubungannya dengan variabel-variabel lain seperti karakteristik dan keadaan individu yang terkena penyakit.

1. Fungsi ICD-10

Sebagaimana dikemukakan oleh Hatta (2008:134), fungsi *ICD* salah satunya adalah sebagai berikut:

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. Bahan dasar dalam pengelompokan DRGs (*diagnosis-related groups*) untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan.
5. Pelaporan morbiditas dan mortalitas nasional maupun internasional.
6. Tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis.
7. Menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman.
8. Analisis pembiayaan pelayanan kesehatan.
9. Untuk penelitian epidemiologi dan klinis.
10. Ruang Lingkup *ICD*-10

Menurut Hatta (2008) ruang lingkup *ICD*-10 terdiri dari:

1. *ICD*-10Volume 1

*ICD*-10Volume 1 adalah daftar tabulasi yang berupa daftar alfanumerik dari penyakit dan kelompok penyakit, beserta catatan “*inclusion*” dan beberapa cara pemberian kode.

Volume 1 *ICD*-10 volume 1, terdiri dari:

1. Pengantar
2. Pernyataan
3. Pusat-pusat kolaborasi *WHO* untuk klasifikasi penyakit
4. Laporan konferensi internasional yang menyetujui revisi *ICD*-10.
5. Daftar kategori 3 kategori
6. Daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori termasuk sub kategori empat karakter
7. Daftar morfologi neoplasma
8. Daftar tabulasi khusus morbiditas dan mortalitas
9. Definisi-definisi
10. Regulasi-regulasi nomenklatur

Daftar tabulasi mortalitas terdiri atas:

1. Daftar 1-kematian umum-daftar dengan 103 penyebab yang luas (*General Mortality Condensed List-103 Causes*).
2. Daftar 2-kematian umum-daftar terpilih dengan 80 penyebab (*General Mortality Selected List-80 Causes*).
3. Daftar 3-kematian bayi dan anak-daftar dengan 67 penyebab yang luas (*Infant and Child Mortality Condensed List-67 Causes*).
4. Daftar 4-kematian bayi dan anak-daftar terpilih dengan 51 penyebab (*Infant and Child Mortality Selected List-51 Causes*).

Daftar tabulasi morbiditas (terdiri dari 298 penyebab):

Volume 1 (edisi ke-1) terdiri atas 21 bab dengan sistem kode alfanumerik. Pada volume 1 edisi ke-2 terdapat penambahan bab menjadi 22 bab. Bab disusun menurut grup sistem anatomi dan grup khusus. Grup khusus mencakup penyakit-penyakit yang sulit untuk diletakan secara anatomis.

Pengkodean dimulai dengan huruf, 15 bab menggunakan satu huruf (Bab IV-VI, IX-XVIII, XXI dan XXII), tiga bab menggunakan huruf yang juga dipakai oleh bab lain (Bab III menggunakan alphabet D, yang sama dengan neoplasma, bab VII dan VIII menggunakan abjad H), dan empat bab memiliki lebih dari satu huruf (Bab I, II, XIX, dan XX).

1. *ICD*-10Volume 2

*ICD*-10 Volume 2berisi pengenalan dan petunjuk bagaimana menggunakan volume 1 dan 3, petunjuk membuat sertifikat dan aturan–aturan kode mortalitas serta petunjuk mencatat dan mengkode kode *morbiditas*.

*ICD*-10 volume 2 yang berisi:

1. Pengantar
2. Penjelasan tentang *ICD* (*International Classification Of Diseases and* *Health Problems).*
3. Cara penggunaan *ICD*-10.
4. Aturan dan petunjuk pengkodean morbiditas dan mortalitas.
5. Presentasi statistik.
6. Riwayat perkembangan *ICD*
7. *ICD*-10Volume 3

*ICD*-10Volume 3 adalah indeks abjad dari penyakit dan kondisi yang terdapat pada daftar tabulasi.

*ICD*-10 volume 3, terdiri atas:

1. Pengantar
2. Susunan indeks secara umum.
3. Seksi I: indeks abjad penyakit, bentuk cedera.
4. Seksi II: penyebab luar cedera.
5. Seksi III: Tabel obat dan zat kimia.
6. Perbaikan terhadap volume 1.
7. Konvensi dan Tanda Baca

Dalam daftar persyaratan inklusi dan eksklusi dalam daftar tabel, *ICD* menggunakan beberapa konvensi khusus yang berkaitan dengan penggunaan tanda kurung, tanda kurung siku, titik dua, tanda kurung, singkatan "*NOS*", ungkapan "tidak diklasifikasikan di tempat lain" (*NEC*), dan kata "dan" dalam judul. Ini perlu dipahami secara jelas oleh *coders* dan oleh siapa pun yang ingin menafsirkan statistik berdasarkan *ICD*.

* + - 1. Tanda Kurung ()

Tanda kurung digunakan dalam Volume 1 dalam empat situasi penting.

1. Tanda kurung digunakan untuk melampirkan kata-kata tambahan, yang mungkin mengikuti istilah diagnostik tanpa mempengaruhi nomor kode yang digunakan untuk kata-kata di luar tanda kurung.

Contoh: E04.1 Nontoxic single thyroid nodule

Colloid nodule (cystic)(thyroid)

Nontoxic uninodular goitre

Thyroid (cystic) nodule NOS

1. Tanda kurung juga digunakan untuk melampirkan kode yang merujuk istilah pengecualian.

Contoh: E06 Thyroiditis

*Excl****.:*** postpartum thyroiditis ([O90.5](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/O90.5))

1. Penggunaan tanda kurung lainnya adalah dalam judul blok, untuk melampirkan tiga kode karakter kategori termasuk di blok itu
2. Penggunaan tanda kurung terakhir digabungkan dalam Revisi Kesembilan dan terkait dengan dagger dan sistem asterik. Tanda kurung digunakan untuk melampirkan kode dagger dalam kategori asterik atau kode asterik mengikuti istilah dagger.

Contoh: E35.0\* Disorders of thyroid gland in diseases classified elsewhere

Tuberculosis of thyroid gland ([A18.8+](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/A18.8))

* + - 1. Tanda Kurung Siku []

Tanda kurung siku digunakan:

1. Untuk melampirkan sinonim, kata-kata alternatif atau frasa penjelasan

Contoh : E21.0 Primary hyperparathyroidism

Hyperplasia of parathyroid

Osteitis fibrosa cystica generalisata [von Recklinghausen disease of bone]

1. Untuk mengacu pada catatan sebelumnya
2. untuk mengacu pada subdivisi karakter keempat yang dinyatakan sebelumnya yang umum untuk beberapa kategori
   * + 1. Kolon :

Kolon digunakan dalam daftar istilah inklusi dan pengecualian bila kata-kata yang mendahuluinya bukan istilah lengkap untuk penugasan rubrik itu. Mereka memerlukan satu atau lebih kata-kata modifikasi atau kualifikasi yang ada di bawahnya sebelum mereka dapat ditugaskan ke rubrik.

* + - 1. Penjepit }

Penjepit digunakan dalam daftar persyaratan inklusi dan pengecualian untuk menunjukkan bahwa baik kata-kata yang mendahuluinya maupun kata-kata setelah itu adalah persyaratan yang lengkap. Salah satu syarat sebelum penjepit harus memenuhi syarat dengan satu atau lebih istilah yang mengikutinya.

* + - 1. *“NOS” Not Otherwise Specified*

*NOS* adalah "tidak ditentukan lain", yang berarti "tidak ditentukan" atau "tidak memenuhi syarat". Terkadang istilah yang tidak berkualifikasi tetap diklasifikasikan ke rubrik untuk jenis kondisi yang lebih spesifik. Ini karena, dalam terminologi medis, bentuk kondisi yang paling umum sering dikenal dengan nama kondisinya sendiri dan hanya tipe yang kurang umum yang memenuhi syarat. Misalnya, "stenosis mitral" biasanya digunakan untuk "stenosis mitral reumatik". Asumsi *built-in* ini harus diperhitungkan untuk menghindari klasifikasi yang salah. Pemeriksaan yang cermat terhadap persyaratan inklusi akan mengungkapkan di mana asumsi penyebab telah dibuat, *coders* harus berhati-hati untuk tidak mengkodekan istilah sebagai tidak memenuhi syarat kecuali cukup jelas bahwa tidak ada informasi yang tersedia yang memungkinkan dilakukannya penugasan yang lebih spesifik di tempat lain. Demikian pula, dalam menafsirkan statistik berdasarkan *ICD*, beberapa kondisi yang ditetapkan pada kategori yang tampaknya ditentukan tidak akan begitu ditentukan dalam catatan yang dikodekan. Ketika membandingkan tren dari waktu ke waktu dan menafsirkan statistik, penting untuk disadari bahwa asumsi dapat berubah dari satu revisi *ICD* ke yang lain.

Contoh : E46 Unspecified protein-energy malnutrition

*Incl****.:*** Malnutrition NOS

Protein-energy imbalance NOS

* + - 1. “*NEC*” (*Not Elsewhere Classified)*

Kata-kata "tidak diklasifikasikan di tempat lain", bila digunakan dalam kategori kategori tiga karakter, berfungsi sebagai peringatan bahwa beberapa varian tertentu dari kondisi yang tercantum dapat muncul di bagian lain dari klasifikasi.

Contoh: E34.2 Ectopic hormone secretion, not elsewhere classified

* + - 1. “Dan” dalam judul

Dan" singkatan dari "dan / atau".

* + - 1. Poin dash .-

Dalam beberapa kasus, karakter keempat dari kode subkategori diganti dengan tanda hubung

Contoh : E27.0 Other adrenocortical overactivity

Overproduction of ACTH, not associated with Cushing disease

Premature adrenarche

*Excl****.:*** Cushing syndrome ([E24.-](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#E24))

* + - 1. Sistem “dagger dan asterik”

Sistem “dagger dan asterik” adalah keadaan dimana ada dua kode untuk pernyataan diagnostik yang berisi informasi tentang penyakit generalized yang mendasarinya dan manifestasi pada organ atau situs tertentu yang merupakan masalah klinis dengan sendirinya.

Kode utamanya adalah untuk penyakit yang mendasarinya dan ditandai dengan dagger (†); kode tambahan opsional untuk manifestasi ditandai dengan tanda bintang (\*). Konvensi ini diberikan karena pengkodean untuk penyakit yang mendasarinya saja seringkali tidak memuaskan untuk mengumpulkan statistik yang berkaitan dengan spesialisasi tertentu, di mana ada keinginan untuk melihat kondisi yang diklasifikasikan ke bab yang relevan untuk manifestasi ketika itu adalah alasan perawatan medis. Untuk pengkodean, kode asterisk tidak boleh digunakan sendiri.

Contoh: E35.0\* Disorders of thyroid gland in diseases classified elsewhere

Tuberculosis of thyroid gland ([A18.8+](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/A18.8))

1. Kode Penyakit pada Sistem Endokrin, Gizi, dan Metabolik dalam *ICD*-10

Pada *ICD*-10 kode penyakit pada sistem endokrin, gizi, dan metabolik digolongkan kedalam kategori kode E yang termasuk dalam Chapter IV. Kode untuk penyakit tersebut yaitu dimulai dari E00 sampai E90. Pada bab ini berisi beberapa blok berikut:

E00-E07    Gangguan pada kelenjar tiroid

E10-E14    Diabetes mellitus

E15-E16 Gangguan lain pengaturan glukosa dan sekresi internal pankreas

E20-E35    Gangguan pada kelenjar endokrin lain

E40-E46    Malnutrisi

E50-E64    Defisiensi nutrisi lain

E65-E68    Obesitas dan hiperalimentasi lain

E70-E90    Gangguan metabolik

Kategori asterisk untuk chapter ini adalah sebagai berikut:

E35\*   Kelainan kelenjar endokrin pada penyakit yang diklasifikasi di tempat lain

E35.0\* Gangguan kelenjar tiroid pada penyakit yang diklasifikasi di tempat lain

Tuberkulosis kelenjar tiroid (A18.8†)

E35.1\* Gangguan kelenjar adrenal pada penyakit yang diklasifikasi di tempat lain

Penyakit Addison tuberkulosis (A18.7†)

Sindroma Waterhouse-Friderichsen (meningokokus) (A39.1†)

E35.8\* Gangguan kelenjar endokrin lain pada penyakit yang diklasifikasi di tempat lain

E90\*   Kelainan nutrisi dan metabolik pada penyakit yang diklasifikasi di tempat lain

1. *Coding*

*Coding* adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data (Depkes-RI, 2006).

* 1. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecepatan dan ketepatan *coding*

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecepatan dan ketepatan coding dari suatu diagnosis dalam Depkes RI (2006) dipengaruhi oleh:

* + - * 1. Tenaga Medis

Tenaga medis sebagai pemberi pelayanan utama pada seorang pasien bertanggung jawab atas kelengkapan dan kebenaran data, khususnya data klinik, yang tercantum dalam dokumen rekam medis. Data klinik berupa riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, perintah pengobatan, laporan operasi atau prosedur lain merupakan input yang akan di-koding oleh petugas koding di bagian rekam medis. Beberapa hal yang dapat menyulitkan petugas koding antara lain adalah penulisan diagnosis tidak lengkap, tulisan yang tidak terbaca, penggunaan singkatan atau istilah yang tidak baku atau tidak dipahami, dan keterangan atau rincian penyakit yang tidak sesuai dengan sistem klasifikasi yang digunakan.

* + - * 1. Petugas *Coder*

Kunci utama dalam pelaksanaan koding adalah coder atau petugas koding. Akurasi koding (penentuan kode) merupakan tanggung jawab tenaga rekam medis, khususnya tenaga koding. Kualitas petugas koding di unit rekam medis di rumah sakit menurut Lily Kresnowati, 2013 Peran coder dalam proses koding bersifat sentral, karena sangat menentukan tingkat akurasi kode diagnosis penyakit atau prosedur medis. Pengetahuan akan tata cara koding serta ketentuan-ketentuan dalam *ICD*-10 akan membuat *coder* dapat menentukan kode dengan lebih akurat.

* + - * 1. Tenaga Kesehatan Lainnya

Kelancaran dan kelengkapan pengisian rekam medis di instalasi rawat jalan dan rawat inap atas kerja sama tenaga medis dan tenaga kesehatan lain yang ada dimasing-masing instalasi kerja tersebut, yang meliputi kelengkapan pengisian asuhan keperawatan (Perawat), hasil pemeriksaan laboratorium dan lain sebagainya. (Depkes, 2006)

* 1. Langkah-langkah dasar dalam menentukan kode menurut Hatta (2008):

1. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode, dan buka volume 3 *Alfabetical Indeks* (kamus). Bila pernyataan adalah istilah penyakit atau cidera atau kondisi lain yang terdapat pada Bab I-XIX dan XXI (Z00-Z99), lalu gunakan ia sebagai “*lead term*” untuk dimanfaatkan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi 1 indeks (Volume 3). Bila pernyataan adalah penyebab luar (*external cause*) dari cedera (bukan nama penyakit) yang ada di Bab XX (Volume 1), lihat dan cari kodenya pada seksi II di Indeks (Volume 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 atau 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 l*ead term* (kata dalam tanda kurung = *modifier*, tidak akan mempengaruhi kode). Istilah lain yang ada di bawah *lead term* (dengan tanda (-) minus = idem = indent) dapat memengaruhi nomor kode, sehingga semua kata-kata diagnostik harus diperhitungkan).
5. Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (*cross references*) dan perintah *see* dan *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 indek (Volume 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 dipilih.
9. Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk memastikan kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan.
10. Keakuratan Kode

Keakuratan kode diagnosis merupakan penulisan kode diagnosis penyakit yang sesuai dengan klasifikasi yang ada di dalam *ICD*-10. Kode dianggap tepat dan akurat bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan. Bila kode mempunyai 3 karakter dapat diasumsikan bahwa kategori tidak dibagi. Seringkali bila kategori dibagi, kode nomor pada indeks akan memberikan 4 karakter. Suatu dash pada posisi ke-4 mempunyai arti bahwa kategori telah dibagi dan karakter ke-4 yang dapat ditemukan dengan merujuk ke daftar tabular. Sistem dagger (†) dan asterisk (\*) mempunyai aplikasi pada istilah yang akan diberi dua kode (*WHO*, 2004). Terincinya kode klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan dapat menyebabkan terjadinya kesalahan dalam menetapkan suatu kode. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan kesalahan dalam menetapkan kode berdasarkan hasil penelitian *Institute of Medicine* (Abdelhak, 2001) adalah:

1. Kesalahan dalam membaca diagnosis yang terdapat dalam berkas rekam medis, dikarenakan rekam medis tidak lengkap
2. Kesalahan dalam menentukan diagnosis utama yang dilakukan oleh dokter
3. Kesalahan dalam menentukan kode diagnosis ataupun kode tindakan
4. Kode diagnosis atau tindakan tidak valid atau tidak sesuai dengan isi dalam berkas rekam medis
5. Kesalahan dalam menuliskan kembali atau memasukkan kode dalam komputer.
6. Aplikasi
   1. Pengertian Aplikasi

Aplikasi adalah program siap pakai yang dapat digunakan untuk menjalankan perintah-perintah dari pengguna aplikasi tersebut dengan tujuan mendapatkan hasil yang lebih akurat dan sesuai dengan tujuan pembuatan aplikasi tersebut, dan melakukan pemecahan masalah menggunakan salah satu teknik pemrosesan data aplikasi yang biasanya berpacu pada sebuah komputansi yang diinginkan atau pemrosesan data yang diharapkan (Abdurahman dan Riswaya, 2014).

Sedangkan pengertian aplikasi menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (1998), adalah suatu program komputer atau penerapan dari rancang sistem untuk mengolah data yang menggunakan aturan atau ketentuan bahasa pemrograman tertentu dan dibuat untuk mengerjakan dan melaksanakan tugas khusus dari pengguna.

Aplikasi dibagi menjadi dua yaitu aplikasi berbasis *desktop* dan aplikasi berbasis *web*. Aplikasi berbasis *desktop* adalah aplikasi yang dapat mengolah data di bawah kendali sekumpulan instruksi dan melakukan serangkaian aksi yang telah diatur oleh pengguna (Hariyanto, 2014). Sedangkan aplikasi berbasis web adalah suatu layanan sajian informasi yang menggunakan konsep tautan untuk melakukan *browsing* atau penelusuran informasi melalui internet (Murya, 2012). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan aplikasi berbasis *desktop* dengan pertimbangan keamanan sistem, dan dapat diakses secara *offline* tanpa perlu koneksi dengan internet.

* 1. Database

Data merupakan fakta mengenai suatu objek seperti manusia, benda, peristiwa, konsep, keadaan dan sebagainya yang dapat dicatat dan mempunyai arti secara implisit. Data dapat dinyatakan dalam bentuk angka, karakter atau simbol, sehingga bila data dikumpulkan dan saling berhubungan maka dikenal dengan istilah basis data (database) [Ramez, 2000]. Sedangkan menurut George Tsu-der Chou basis data merupakan kumpulan informasi bermanfaat yang diorganisasikan ke dalam aturan yang khusus. Informasi ini adalah data yang telah diorganisasikan ke dalam bentuk yang sesuai dengan kebutuhan seseorang (Abdul, 1999). Menurut *Encyclopedia of Computer Science and Engineer*, para ilmuwan di bidang informasi menerima definisi standar informasi yaitu data yang digunakan dalam pengambilan keputusan.

Menurut Ramez Elmasri mendefinisikan basis data lebih dibatasi pada arti implisit yang khusus, yaitu:

1. Basis data merupakan penyajian suatu aspek dari dunia nyata (*real world*)
2. Basis data merupakan kumpulan data dari berbagai sumber yang secara logika mempunyai arti implisit. Sehingga data yang terkumpul secara acak dan tanpa mempunyai arti, tidak dapat disebut basis data.
3. Basis data perlu dirancang, dibangun dan data dikumpulkan untuk suatu tujuan. Basis data dapat digunakan oleh beberapa user dan beberapa aplikasi yang sesuai dengan kepentingan user.

Dari beberapa definisi-definisi tersebut, dapat dikatakan bahwa basis data mempunyai berbagai sumber data dalam pengumpulan data, bervariasi derajat interaksi kejadian dari dunia nyata, dirancang dan dibangun agar dapat digunakan oleh beberapa user untuk berbagai kepentingan (Waliyanto, 2000).

1. XAMPP

Menurut Betha Sidik, dalam bukunya yang berjudul Pemrograman W*eb* dengan PHP (2012 : 72), menyebutkan bahwa: “XAMPP [X(windows atau linux) Apache MySQL PHP dan Perl] merupakan paket server *web* PHP dan database MySQL yang paling popular dikalangan pengembang *web* dengan menggunakan PHP dan MySQL sebagai databasenya”.

XAMPP adalah singkatan yang masing-masing hurufnya adalah:

X: Program ini dapat dijalankan dibanyak sistem operasi seperti Windows, Linux, Mac OS, dan Solaris.

A: Apache, merupakan aplikasi *webserve*r. Tugas utama Apache adalah menghasilkan halaman *web* yang benar kepada user berdasarkan kode PHP yang dituliskan oleh pembuat halaman *web*. Jika diperlukan juga berdasarkan kode PHP yang dituliskan, maka dapat saja suatu database diakses terlebih dahulu (misalnya dalam MySQL) untuk mendukung halaman *web* yang dihasilkan.

M: MySQL, merupakan aplikasi database server. Perkembangannya disebut SQL yang merupakan kepanjangan dari *Structured Query Language*. SQL merupakan bahasa terstruktur yang digunakan untuk mengolah database. MySQL dapat digunakan untuk membuat dan mengelola database beserta isinya. Kita dapat memanfaatkan MySQL untuk menambahkan, mengubah, dan menghapus data yang berada dalam database.

P: PHP, bahasa pemrograman web. Bahasa pemrograman PHP merupakan bahasa pemrograman untuk membuat web yang bersifat server. PHP memungkinkan kita untuk membuat halaman web yang bersifat dinamis. Sistem manajemen basis data yang sering digunakan bersama PHP adalah MySQl. Namun PHP juga mendukung sistem manajemen database Oracle, Microsoft Access, Interbase, PostgreSQL, dan sebagainya.

Mengenal bagian XAMPP yang biasa digunakan pada umumnya:

1. htdoc adalah folder tempat meletakkan berkas-berkas yang akan dijalankan, seperti berkas PHP, HTML, dan skrip lain.
2. phpMyAdmin merupakan bagian untuk mengelola basis data MySQL yang ada dikomputer. Untuk membukanya, buka browser lalu ketikkan alamat http://localhost/phpMyAdmin, maka akan muncul halaman phpMyAdmin.
3. Kontrol Panel yang berfungsi untuk mengelola layanan (*service*) XAMPP. Seperti menghentikan (*stop*) layanan, ataupun memulai (*start*).
4. MySQL

MySQL merupakan singkatan dari *Structure Query Language* digunakan untuk berkomunikasi dengan suatu database. Berdasarkan ANSI (*American National Standards Institute*), SQL merupakan bahasa standar untuk *relational database management systems* yang digunakan untuk melakukan fungsi seperti update dan pengambilan data pada database (*Data Manipulation Language*), serta yang berkaitan dengan pembuatan atau pengubahan tabel (*Data Definition Language*) (Cahyono, 2006:13).

* 1. JAVA

Menurut definisi Sun Microsystem, di dalam buku M. Shalahuddin dan Rosa A.S. (2010 : 1) Java adalah nama sekumpulan teknologi untuk membuat dan menjalankan perangkat lunak pada komputer yang berdiri sendiri (*standalone*) ataupun pada lingkungan jaringan. Java berdiri di atas sebuah mesin penerjemah (*interpreter*) yang diberi nama *Java Virtual Machine* (JVM). JVM inilah yang akan membaca kode bit (*bytecode*) dalam *file class* dari suatu program sebagai representasi langsung program yang berisi bahasa mesin. Oleh karena itu bahasa Java disebut sebagai bahasa pemrograman yang *portable* karena dapat dijalankan pada berbagai sistem operasi, asalkan pada sistem operasi tersebut terdapat JVM. Alasan utama pembentukan bahasa Java adalah untuk membuat aplikasi-aplikasi yang dapat diletakkan di berbagai macam perangkat elektronik, sehingga Java harus bersifat tidak bergantung pada platform (*platform* *independent*). Itulah yang menyebabkan dalam dunia pemrograman Java dikenal adanya istilah “*write* *once*, *run* *everywhere*‟, yang berarti kode program hanya ditulis sekali, namun dapat dijalankan di bawah kumpulan pustaka (*platform*) manapun, tanpa harus melakukan perubahan kode program.

Sun Microsystems telah mendefinisikan tiga buah edisi dari Java 3, yaitu sebagai berikut :

1. *Java 2 Standard Edition* (J2SE), adalah inti dari bahasa pemrograman Java. JDK merupakan salah satu perangkat (*tool*) dari J2SE untuk mengkompilasi dan menjalankan program Java. Di dalamnya terdapat 10 perangkat untuk mengkompilasi program Java dan JRE. J2SE ini digunakan pada perangkat keras seperti layar komputer (*desktop*).
2. *Java 2 Enterprise Edition* (J2EE), merupakan kumpulan tertinggi (*superset*) dari J2SE yang memperbolehkan kita untuk mengembangkan aplikasi-aplikasi berskala besar (*enterprise*) karena dijalankan pada jaringan komputer.
3. *Java 2 Micro Edition* (J2ME), merupakan kumpulan bagian (*subset*) dari J2SE yang digunakan untuk menangani pemrograman di dalam perangkat perangkat kecil, yang tidak memungkinkan untuk mendukung implementasi J2SE secara penuh. Paket J2ME digunakan pada perangkat yang memiliki kapasitas memori kecil seperti telepon selular, pager.
   1. Pengujian *Black Box*

Menurut Khan, 2011 dalam *Black-Box Testing* merupakan pengujian yang berfokus pada spesifikasi fungsional dari perangkat lunak, tester dapat mendefinisikan kumpulan kondisi input dan melakukan pengetesan pada spesifikasi fungsional program. (Mustqbal, Firdaus, Rahmadi, 2015)

Menurut Rosa dan Shalahuddin (2015), *Black Box Testing* yaitu menguji perangkat lunak dari segi spesifikasi fungsional tanpa menguji desain dan kode program. Pengujian *blackbox* dilakukan untuk menemukan hal-hal yaitu, fungsi yang tidak benar atau tidak ada, kesalahan antarmuka (*interface errors*), kesalahan pada struktur data dan akses basis data, kesalahan performasi (*performance errors*), dan kesalahan inisialisasi dan terminasi.

## Kerangka Konsep

Berkas Rekam Medis Pasien Pada Kasus Endokrin, Gizi, dan Metabolik

Petugas kodefikasi mengkode diagnosis berkas rekam medis

* Koder Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Batu

Aplikasi Kodefikasi Diagnosis Penyakit Pada Sistem Endokrin, Gizi, dan Metabolik Berdasarkan *ICD*-10 Berbasis Desktop dengan Menggunakan Program JAVA

Kodefikasi Diagnosisi Kelompok Penyakit Endokrin, Gizi, dan Metabolik

* Kodefikasi Akurat
* Kodefikasi tidak akurat

Tarif dengan sistem Case Mix tepat

Pelaporan data morbiditas endokrin, gizi, dan metabolik baik

**Gambar 2.1** Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

: Diteliti

: Tidak diteliti

## Hipotesis

Terdapat perbedaan keakuratan kodefikasi diagnosis penyakit endokrin, gizi, dan metabolik sebelum dan setelah penggunaan aplikasi kodefikasi diagnosis penyakit pada sistem endokrin, gizi, dan metabolik berdasarkan *ICD*-10.