

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Telaah Pustaka

2.1.1 Rekam Medis

A. Definisi rekam medis

Rekam medis menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis berbunyi “Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien”. Menurut Depkes RI (2006), rekam medis adalah “Keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas pasien, anamnese, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosis serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat”.

Rekam medis dapat diartikan sebagai catatan mengenai kondisi pasien saat mendapatkan perawatan di rumah sakit. Rekam medis mencerminkan informasi mengenai keadaan pasien yang dapat dijadikan dasar dalam menentukan tindakan lebih lanjut mengenai pelayanan maupun tindakan medis yang diberikan kepada pasien yang datang ke rumah sakit.

Proses kegiatan penyelenggaraan rekam medis dimulai saat pasien datang ke rumah sakit, dilanjutkan dengan pencatatan data medis pasien oleh dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang telah memberikan pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 pasal 46 (1) tentang Praktik Kedokteran yang berbunyi “Setiap dokter atau dokter gigi

dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis”.

B. Tujuan rekam medis

Rekam medis dibuat atas dasar aturan dari Kemenkes RI agar dapat digunakan sesuai dengan kebutuhan. Rekam medis dibuat dengan tujuan kepentingan pelayanan pada pasien. Tujuan dalam penggunaan rekam dikelompokkan menjadi 2 bagian, yaitu tujuan primer dan tujuan sekunder. Tujuan primer artinya rekam medis berhubungan langsung dengan pelayanan yang diberikan pada pasien. Tujuan primer terbagi dalam 4 kelompok, yaitu: (Sudra, 2020)

- 1) Bagi pasien rekam medis dijadikan sebagai bukti pelayanan yang telah diterima selama berada di fasilitas pelayanan kesehatan. Rekam medis menjadi alat dokumentasi dan sumber data mengenai kondisi dan riwayat kesehatan pasien serta sebagai instrumen dalam penentuan keputusan dalam perawatan pasien.
- 2) Bagi pihak manajemen pelayanan kesehatan rekam medis menjadi alat dokumentasi dalam analisis kasus penyakit dan praktik pengobatannya. Dalam menjaga mutu pelayanan, rekam medis digunakan sebagai dasar dalam menelaah kegiatan pelayanan kesehatan pada pasien
- 3) Bagi pihak penunjang pelayanan pasien, rekam medis yang terisi dengan lengkap dapat menjadi dasar alokasi sumber daya, bahan dalam analisis trend dan prediksi penyakit pasien, bahan dalam penilaian beban kerja tenaga kesehatan, dan media komunikasi pada unit kerja di wilayah rumah sakit
- 4) Bagi pihak pembayaran, rekam medis menjadi alat dokumentasi pada unit pelayanan dalam penetapan biaya yang harus dikeluarkan baik oleh pasien ataupun pihak

asuransi. Selain itu rekam medis menjadi bahan pertimbangan dalam memutuskan pengajuan klaim asuransi.

Sedangkan tujuan sekunder adalah rekam medis berkaitan dengan lingkungan disekitar pelayanan pelayanan pasien namun tidak berhubungan langsung secara spesifik. Hal ini dapat berupa kepentingan edukasi, regulasi, riset, pengambilan kebijakan dan industri (Sudra, 2020).

C. Kegunaan rekam medis

Kelengkapan pengisian pada berkas rekam medis dapat memiliki nilai guna dalam memenuhi kebutuhan manajemen pelayanan pasien, sarana pelayanan kesehatan, komunitas, dan pihak-pihak terkait. Kegunaan rekam medis dapat dirangkum dalam akronim ALFRED (*Administration, Legal, Finance, Research, Education, Documentation*)

1) *Administration* (administrasi)

Rekam medis dapat memenuhi kebutuhan administrasi dalam pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien yang dimulai pada saat pasien diterima melalui rawat jalan, rawat darurat, ataupun rawat inap hingga pasien meninggalkan sarana pelayanan kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa rekam medis sangat dibutuhkan dalam meninjau proses pengobatan dan tindakan yang diberikan kepada pasien saat pasien datang berobat kembali ke sarana pelayanan kesehatan.

2) *Legal* (hukum)

Rekam medis dijadikan sebagai bukti dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien. Berkas rekam medis memiliki nilai hukum dikarenakan isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan. Berkas rekam medis digunakan sebagai alat

dalam menegakkan keadilan. Sesuai dengan PERMENKES No. 269 Tahun 2008 pasal 13 disebutkan bahwa rekam medis dapat dimanfaatkan sebagai alat bukti dalam proses penegakkan hukum.

3) *Finance* (keuangan)

Rekam medis dapat dijadikan sebagai alat dalam penghitungan biaya pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien. Rekam medis berkaitan erat dengan aspek keuangan dalam hal pengobatan, terapi dan tindakan yang telah diberikan kepada pasien selama menjalani perawatan di sarana pelayanan kesehatan.

4) *Research* (penelitian)

Berkas rekam medis memiliki nilai penelitian karena berisi sumber data dan informasi yang dapat digunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan maupun non kesehatan. Dalam melakukan penelitian, informasi yang digunakan dalam rekam medis harus memperhatikan etika dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

5) *Education* (pendidikan)

Berkas rekam medis memiliki nilai pendidikan dikarenakan berisi data atau informasi mengenai perkembangan kronologi dan aktivitas pelayanan medis yang telah diberikan kepada pasien. Data atau informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan kajian atau referensi pengajaran di bidang profesi pendidikan dibidang kesehatan. Dalam pemanfaatan rekam medis di bidang pendidikan, informasi yang digunakan harus memperhatikan etika dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

6) *Documentation* (dokumentasi)

Rekam medis merupakan alat untuk mendokumentasikan segala hal mengenai pengobatan dan tindakan yang diberikan kepada pasien. Pendokumentasian dapat dilakukan secara manual ataupun secara elektronik (Sudra, 2020).

2.1.2 Resume Medis

Berkas rekam medis tersusun atas berbagai formulir yang digunakan untuk keperluan pencatatan perawatan pasien. Penggunaan formulir disesuaikan dengan kebutuhan pencatatan data administrasi dan data medis pasien. Formulir rekam medis tidak menjamin adanya pencatatan data medis yang lengkap, tepat, dan benar, apabila dokter ataupun tenaga kesehatan yang lain tidak secara seksama melengkapi data medis yang dibutuhkan pada setiap lembar formulir. Menurut Sudra (2020) penyediaan formulir rekam medis memiliki tujuan dalam pelaksanaannya, yaitu:

- a. Kemudahan dalam proses mengumpulkan data
- b. Proses pelayanan dapat dilakukan dengan lebih cepat
- c. Peningkatan dalam keakuratan data
- d. Adanya standar informasi yang digunakan
- e. Data (data medis, keuangan, administrasi, dan operasional) dibagi dengan lebih jelas
- f. Penunjang proses pengolahan informasi

Berdasar pada PERMENKES No. 269 Tahun 2008 rekam medis terbagi menjadi 4 jenis berdasarkan pada jenis pelayanan yang diberikan terhadap pasien, yaitu rekam medis untuk pasien rawat jalan, rekam medis untuk pasien rawat inap, rekam medis untuk pasien gawat darurat dan rekam medis dalam keadaan bencana. Pada PERMENKES No. 269 Tahun 2008 juga disebutkan isi dari

rekam medis pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat:

- a. Identitas pasien
- b. Tanggal dan waktu
- c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
- e. Diagnosis
- f. Rencana penatalaksanaan
- g. Pengobatan dan/atau tindakan
- h. Persetujuan tindakan bila diperlukan
- i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
- j. Ringkasan pulang (*discharge summary*)
- k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu, dan

m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik

Pasien rawat inap, resume medis biasanya ditulis pada akhir periode perawatan oleh tenaga kesehatan. Formulir resume medis adalah formulir yang meringkas seluruh hal penting pada pasien yang didapatkan pada satu periode perawatan, meliputi data identitas pasien, keluhan utama, hasil pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi dan lain-lain), konsultasi, terapi atau tindakan yang diberikan, diagnosis utama, kondisi pulang pasien, saran, tanda tangan, dan nama terang dokter yang telah memberikan pelayanan (Sudra, 2020).

Berdasarkan PERMENKES No. 269 Tahun 2008 isi dari ringkasan pulang sekurang-kurangnya memuat:

- a. Identitas pasien
- b. Diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat
- c. Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan tindak lanjut
- d. Nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan

2.1.3 Obstetri

Obstetri adalah spesialisasi kedokteran yang memberikan pelayanan kesehatan pada wanita selama periode kehamilan, persalinan, dan nifas (Purwoastuti & Walyani, 2015). Kehamilan ditandai dengan endometrium yang mengalami transformasi khusus. Perubahan pada endometrium dipengaruhi oleh hormon estrogen dan progesterone serta rangsangan lain yang didapat dari blastokista (Arma et al., 2015). Periode kehamilan normal adalah 40 minggu atau 280 hari yang dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) (Putri & Mudikah, 2019). Pada *ICD-10* terdapat beberapa istilah mengenai periode kehamilan, yaitu:

- a. *Pre-term*, yaitu usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau 259 hari. Istilah ini biasa dikenal dengan sebutan premature.
- b. *Term*, yaitu usia kehamilan mulai dari 37 – 42 minggu atau 259 – 293 hari. Pada masa ini janin telah berkembang dengan baik dan telah siap untuk dilahirkan.
- c. *Post-term*, yaitu usia kehamilan lebih dari 42 minggu atau 294 hari.

Abnormalitas yang berhubungan dengan periode kehamilan dapat dibagi menjadi 3 yaitu: (Putri & Mudikah, 2019)

- a. *Abortus* adalah kehamilan yang berakhir kurang dari 20 minggu atau bayi lahir dengan berat badan kurang dari 500gram yang menyebabkan bayi tidak dapat hidup diluar rahim.
- b. Persalinan *premature* atau preterm atau prematurus adalah persalinan yang terjadi pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau bayi lahir dengan berat badan antara 500 – 2499 gram.
- c. Kehamilan *postterm* adalah kehamilan yang berusia lebih dari 42 minggu atau 294 hari. Pada *ICD-10* istilah ini terkadang disebut dengan *prolonged pregnancy*.

Usia kehamilan dapat dipengaruhi oleh banyak faktor seperti genetik, penyakit yang diderita oleh ibu, serta kondisi janin yang dikandung. Janin yang telah melalui perkembangan yang cukup dalam rahim dapat hidup diluar rahim melalui persalinan. Persalinan pada ibu hamil dapat dilakukan dengan berbagai metode seperti persalinan normal maupun prosedur operasi. Persalinan dapat disebut dengan *Childbirth* atau labour, yaitu proses mulai dari timbulnya kontraksi uterus yang regular hingga ekspulsi plasenta. Posisi janin dalam rahim terhadap jalan lahir menentukan proses persalinan. Posisi janin harus diketahui sebelum persalinan dilakukan (SMF Obstetri dan Ginekolog RSUD Dr. Soetomo, 2020).

Puerperium atau nifas adalah waktu setelah melahirkan yang dimulai dari 2 jam lahirnya plasenta hingga 42 hari atau 6 minggu. *Puerperium* berasal dari kata *Puer* yang berarti bayi dan *paraous* yang berarti melahirkan. Sehingga, *puerperium* berarti waktu setelah melakukan persalinan atau melahirkan bayi yaitu masa

pemulihan kembali bagi ibu yang dimulai setelah persalinan hingga organ tubuh yang berkontribusi pada masa kehamilan kembali seperti sebelum mengandung. Setidaknya terdapat 50% kematian pada ibu yang terjadi pada 24 jam pertama setelah melahirkan. Sehingga perawatan setelah persalinan harus dilakukan dengan baik pada waktu tersebut (Rini & D, 2017).

2.1.4 *ICD-10*

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision (ICD-10) adalah sistem klasifikasi penyakit, gejala dan tanda, penemuan abnormal, kondisi sosial dan penyebab luar yang telah digunakan secara internasional (*American Congress of Obstetricians and Gynecologists, 2016*).

Dalam praktiknya, *ICD* telah menjadi standar klasifikasi penyakit secara internasional untuk epidemiolog umum dan tujuan manajemen kesehatan. Hal ini termasuk dengan analisis keadaan kesehatan dari kelompok populasi, pemantauan insiden dan prevalensi penyakit dan masalah kesehatan yang saling berkaitan dengan variabel lain (Sudra, 2020).

ICD-10 dapat digunakan untuk mengklasifikasikan penyakit dan masalah kesehatan yang terdapat pada catatan kesehatan. Sebenarnya penggunaan asli *ICD-10* adalah untuk mengklasifikasikan penyebab mortalitas yang tercatat pada sertifikat kematian. Kemudian cakupannya diperluas dengan menambahkan diagnosis morbiditas. *ICD-10* digunakan untuk menerjemahkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan dari kata-kata menjadi kode alphanumeric untuk kemudahan dalam penyimpanan, pengambilan dan analisis data (World Health Organization, 2011).

ICD-10 yang disusun *WHO* bertujuan untuk memungkinkan adanya analisis perekaman, interpretasi dan perbandingan yang sistematis pada data mortalitas dan morbiditas yang telah dikumpulkan dari berbagai negara atau wilayah pada waktu yang berbeda. *ICD* digunakan untuk mengganti diagnosis dan masalah kesehatan lainnya menjadi kode alfanumerik agar kegiatan pengambilan, penyimpanan dan analisis data menjadi lebih mudah dan seragam (Sudra, 2020).

ICD-10 berisi daftar kode tunggal dengan kategori 3 karakter yang dapat dibagi menjadi 10 subkategori 4 karakter. Pada 3 karakter pertama mewakili ciri-ciri umum, sementara karakter selanjutnya mewakili kekhususan terhadap diagnosis atau masalah kesehatan yang dikode (Hirsch et al., 2016). Pada blok kode tertentu terdapat penambahan subkategori 5 karakter, hal ini dapat ditambahkan berdasarkan pada kelengkapan informasi yang tertera pada dokumen rekam medis. *ICD-10* terdiri dari 3 volume, yaitu:

1. Volume 1

Volume 1 berisi pengantar, pernyataan, pusat kolaborasi *WHO* untuk klasifikasi penyakit dalam lingkup internasional, laporan konferensi internasional yang memberikan persetujuan untuk revisi *ICD-10*, daftar kategori 3 karakter, daftar tabulasi penyakit dan subkategori 4 karakter, daftar morfologi neoplasma, daftar tabulasi khusus untuk morbiditas dan mortalitas, definisi-definisi serta regulasi mengenai nomenklatur.

Daftar tabulasi penyakit terdiri dari 22 bab yang telah dikelompokkan sesuai dengan ketentuan. Pengelompokan bab dilakukan berdasar pada sistem anatomi dan grup khusus. Grup khusus meliputi penyakit-penyakit yang susah apabila diletakkan secara anatomi, contohnya adalah penyakit infeksi,

tumor, darah, mekanisme imun, endokrin, metabolic, gangguan kejiwaan, obstetri, perinatologi, dan kelainan kongenital (*World Health Organization*, 2011).

Setiap bab dibagi menjadi blok-blok kode terdiri atas kategori 3 karakter yang dapat dibagi menjadi subkategori dengan 4 karakter. Subkategori 4 karakter dapat dibagi menjadi subdivisi dengan 5 karakter. Pada revisi ke-10, kode diagnosis menggunakan kode alfanumerik dengan karakter pertama adalah huruf lalu karakter kedua, ketiga, keempat adalah angka. Sehingga kode diagnosis dapat bervariasi dari A00.0 hingga Z99.9.

Tabel 2. 1 Daftar bab ICD-10

Bab	Daftar penyakit	Blok kode
I	Penyakit infeksi dan parasit tertentu	A00-B99
II	Neoplasma	C00-D48
III	Penyakit darah dan organ pembentuk darah dan kelainan tertentu mengenai sistem imun	D50-D89
IV	Penyakit endokrin, gizi, dan metabolic	E00-E90
V	Gangguan mental dan perilaku	F00-F99
VI	Penyakit sistem syaraf	G00-G99
VII	Penyakit mata dan adnexa	H00-H59
VIII	Penyakit telinga dan proses mastoid	H60-H95
IX	Penyakit sistem sirkulasi	I00-I99
X	Penyakit sistem respirasi	J00-J99
XI	Penyakit sistem digestif	K00-K93
XII	Penyakit kulit dan jaringan subkutaneus	L00-L99
XIII	Penyakit sistem muskuloskeletal dan jaringan ikat	M00-M99
XIV	Penyakit sistem jaringan genitourinaria	N00-N99

XV	Kehamilan, persalinan, dan nifas	O00-O99
XVI	Kondisi tertentu yang berasal pada periode perinatal	P00-P99
XVII	Kelainan kongenital, deformasi dan kelainan kromosom	Q00-Q99
XVIII	Gejala, tanda-tanda, penemuan klinis dan laboritas abnormal yang tidak diklasifikasikan di tempat lain	R00-R99
XIX	Cedera, keracunan dan konsekuensi tertentu lainnya dari penyebab luar	S00-T98
XX	Penyebab luar morbiditas dan mortalitas	V01-Y98
XXI	Faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan dan kontak dengan fasilitas pelayanan kesehatan	Z00-Z99
XXII	Kode untuk tujuan khusus	U00-U99

Daftar tabulasi khusus mortalitas dan morbiditas diambil dari tabulasi data World Health Assembly tahun 1990. Daftar tabulasi morbiditas terdiri dari 298 penyebab. Daftar tabulasi mortalitas dibagi menjadi 4 daftar, yaitu:

- a. Daftar 1, mortalitas umum dengan daftar ringkas terdiri dari 103 penyebab
- b. Daftar 2, mortalitas umum dengan daftar terpilih terdiri dari 80 penyebab
- c. Daftar 3, kematian bayi dan anak dengan daftar ringkas terdiri dari 67 penyebab
- d. Daftar 4, kematian bayi dan anak dengan daftar terpilih terdiri dari 51 penyebab (*World Health Organization, 2011*).

2. Volume 2

Volume 2 *ICD-10* berisi pedoman dalam pencatatan dan pengkodean baik mortalitas dan morbiditas, serta sejarah mengenai latar belakang klasifikasi dalam *ICD-10* (*World Health Organization*, 2011). Volume 2 dapat membantu petugas coding ketika mengalami kesulitan dalam menentukan kode diagnosis, dikarenakan pengetahuan dan pemahaman mengenai isi dan struktur *ICD* adalah hal yang krusial dalam statistik dan analisis informasi kesehatan bagi seorang koder.

3. Volume 3

Volume 3 *ICD-10* adalah indeks alfabetik untuk daftar tabular Volume 1. Indeks alfabetik tidak memungkinkan untuk menyatakan semua istilah diagnosis meskipun indeks mencerminkan ketentuan pada daftar tabular yang berhubungan dengan variasi istilah diagnosis yang dilaporkan dalam kondisi lain atau dalam keadaan tertentu (*World Health Organization*, 2011). Istilah yang tercantum dalam indeks sebagian besar adalah istilah diagnostic yang saat ini digunakan.

2.1.5 Terminologi Medis

Terminologi medis adalah kosakata khusus yang berhubungan dengan bidang kedokteran atau kesehatan. Terminologi medis digunakan sebagai alat komunikasi dan berdasar pada kata-kata Yunani (*Greek*) dan Latin, yang bersifat tetap dan seragam pada daerah yang berbeda-beda (Astuti, 2019). Kata-kata Yunani (*Greek*) dan Latin digunakan sebagai terminologi medis dikarenakan penulisan dilakukan sejak zaman Hipocrates dan para penulisnya menggunakan Bahasa Yunani dan Latin. Pada umumnya Bahasa Latin digunakan untuk istilah yang berkaitan dengan anatomi tubuh manusia. Sedangkan Bahasa Yunani digunakan untuk istilah yang berkaitan dengan diagnosis. Dalam perkembangan di bidang kesehatan, Bahasa Inggris telah

mempengaruhi banyak istilah kedokteran karena Bahasa Inggris adalah bahasa yang digunakan secara global (Sugiharto & Setiadi, 2019).

Terminologi medis adalah ilmu mengenai kosakata medis (istilah medis) merupakan:

- a. Bahasa khusus antar tenaga kesehatan baik dalam bentuk komunikasi secara tulisan ataupun secara lisan
- b. Alat komunikasi antar mereka yang bergerak secara langsung ataupun tidak langsung pada bidang asuhan pelayanan kesehatan
- c. Dalam pengaplikasian *ICD*, *ICOPIM*, *ICHI* terminologi medis digunakan sebagai pengkalan data dalam penyusunan dan penyajian diagnosis dan tindakan medis. Hal ini tentunya membutuhkan ketepatan dan ketelitian yang tinggi yang akan dijadikan data dasar yang kredibel pada statistika morbiditas dan mortalitas (Astuti, 2019).

Terminologi medis seharusnya digunakan oleh seluruh tenaga kesehatan pada sarana pelayanan kesehatan (Astuti, 2019). Tenaga kesehatan yang dimaksud berdasarkan pada Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan, yang terdiri dari:

- a. Tenaga medis (dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis)
- b. Tenaga psikologi klinis (psikologi klinis)
- c. Tenaga keperawatan (perawat)
- d. Tenaga kebidanan (bidan)
- e. Tenaga kefarmasian (apoteker dan tenaga teknisi kefarmasian)
- f. Tenaga kesehatan masyarakat (epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga

- biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga)
- g. Tenaga kesehatan lingkungan (tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan)
 - h. Tenaga gizi (nutrisionis dan dietisien)
 - i. Tenaga keterampilan fisik (fisioterapi, okupasi terapi, terapi wicara dan akupuntur)
 - j. Tenaga keteknisian medis (perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien/optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis)
 - k. Teknik biomedika (radiographer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik)
 - l. Tenaga kesehatan tradisional (tenaga kesehatan tradisional ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan)
 - m. Tenaga kesehatan lain

Terminologi medis tersusun atas elemen-elemen yang memiliki definisi tertentu. Terminologi medis terbagi atas prefiks (awalan), *root* (akar kata), sufiks (akhiran) dan bunyi penggabung (*combining vowel*).

1. *Prefix* (awalan)

Prefiks/*prefix* (awalan) terdiri dari satu atau dua suku-kata dan merupakan bagian yang digunakan pada awal kata. Prefiks dapat berupa kata depan (preposisi) atau kata keterangan (*adverbs*) dan tidak pernah berdiri sendiri. Prefiks berperan dalam transformasi atau perubahan dalam memberikan suatu arti pada akar kata (*root*) (Astuti, 2019). Akan tetapi tidak semua *root* memiliki prefiks. Prefiks yang ditambahkan pada *root* dikelompokkan menjadi 4 kategori yaitu umum, negatif,

numerik, dan problem atau penyakit yang didasarkan pada arti dan kata yang terbentuk (Dra. Ganthina, M.Si., 2016).

- a. Awalan lokasi merujuk pada lokasi, arah, bentuk dan ukuran.
- b. Awalan negative, numerik, dan awalan problem menggambarkan sesuatu yang berhubungan dengan *root*. Awalan negative berhubungan dengan hal yang bertentangan dengan arti dari akar kata (*root*)
- c. Awalan numerik berhubungan dengan urutan atau jumlah
- d. Awalan problem berhubungan dengan ketidaknormalan atau penyakit pada akar kata (*root*)

2. *Root* (akar kata)

Akar kata (*root*) berasal dari Bahasa Yunani atau Latin yang terletak di antara *prefix* dan sufiks atau pseudosufiks. Terkadang *root* berada di depan terminologi jika istilah medis tidak memiliki prefix, *root* juga dapat diikuti oleh *root* lain sebelum sufiks atau pseudosufiks. *Root* dapat berada di bagian paling belakang jika tidak diikuti sufiks atau pseudosufiks, maka suatu terminologi medis dapat memiliki satu atau dua *root* bersamaan. Dalam satu istilah medis setidaknya harus memiliki satu *root* dengan satu atau lebih prefix ataupun sufiks. *Root* berfungsi sebagai dasar dari terminologi medis dan kebanyakan mendeskripsikan anatomi tubuh.

3. *Suffix* (akhiran)

Suffix atau *pseudosuffix* (kata akhiran semu) adalah elemen kata yang ditambahkan pada *root* (akar kata) dan berada dibelakang *root*. *Suffix* yang ditambahkan pada *root* berperan dalam membentuk kata benda (*noun*), kata sifat (*adjektif*), atau kata kerja (*verb*). *Suffix* berfungsi untuk memberikan tambahan makna pada *root* berupa petunjuk yang berkaitan dengan

diagnosis, kondisi abnormal, atau tindakan medis. *Suffix* dapat dikelompokkan menjadi 4 bagian yaitu:

- a. *Suffix* yang berhubungan dengan perubahan didalam tubuh atau gejala penyakit
 - b. *Suffix* mengenai diagnosis penyakit
 - c. *Suffix* yang berhubungan dengan tindakan pembedahan
 - d. *Suffix* umum
4. *Combining Vowel* (bunyi penggabung)

Combining Vowel adalah bunyi penggabung yang dibutuhkan apabila ujung dari 2 elemen kata yang bergabung berupa huruf konsonan (huruf mati). *Combining vowel* menggunakan huruf vokal yang terdiri dari i, e, dan o. Akan tetapi apabila ujung dari 2 elemen kata adalah huruf vokal, maka akan terjadi asimilasi bunyi (penyesuaian) atau menghilangkan salah satu bunyi huruf vokal. *Combining vowel* cukup sering digunakan dalam istilah medis, berikut adalah contoh penggunaannya:

1. Oligohydramnion

Prefix: olig(o) = sedikit

Root: hydramnion = air ketuban

Oligohydramnion berarti keadaan ibu hamil dengan keadaan air ketuban yang berjumlah sedikit

2. Myocardopathy

Root: my(o) = otot

Root: cardi = jantung

Suffix: pathy = penyakit

Myocardopathy berarti penyakit pada otot jantung

3. Parenteral

Prefix: para = di samping, sepanjang

Root: enteral = usus

Parenteral berarti di sepanjang usus

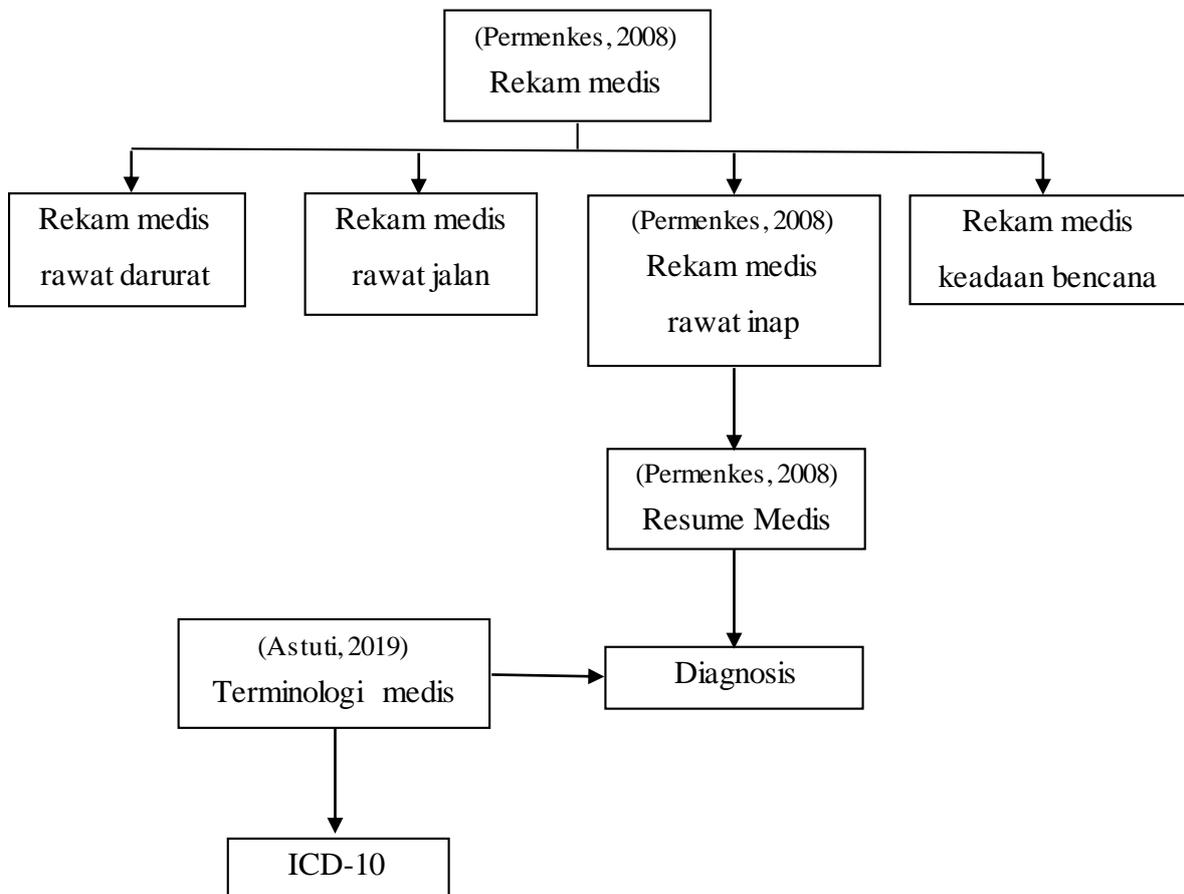
Penulisan diagnosis pada rumah sakit di Indonesia terkadang menggunakan Bahasa Indonesia dan tidak sesuai dengan bahasa terminologi medis yang digunakan pada *ICD-10*. Pada penulisan diagnosis penyakit obstetric terdapat diagnosis yang biasanya ditulis dalam Bahasa Indonesia diantaranya:

Tabel 2. 2 Penulisan Diagnosis Sesuai ICD-10

Diagnosis	ICD-10
Partus spontan	<i>Spontaneous delivery</i>
Ketuban pecah dini (KPD)	<i>Premature rupture of membrane (PROM)</i>
Letak sungsang/ bokong	<i>Breech presentation</i>
Kala 1 lama	<i>Prolonged first stage</i>
Kala 2 lama	<i>Prolonged second stage</i>
Pre eklamsia ringan	<i>Mild pre eclampsia</i>
Pre eklamsia berat	<i>Severe pre eclampsia</i>
Prolong aktif fase	<i>Prolonged first stage</i>
Prolong laten fase	<i>Prolonged second stage</i>
Bekas SC	<i>Previous surgery to vagina</i>
Perdarahan pasca persalinan	<i>Post partum hemorrhage</i>
Letak lintang	<i>Transverse presentation</i>
Letak bahu	<i>Shoulder presentation</i>
Letak miring	<i>Oblique presentation</i>
Letak muka	<i>Face presentation</i>
Ruptur uteri	<i>Rupture of uterus</i>
Distosia bahu	<i>Shoulder dystocia</i>
Perdarahan antepartum	<i>Antepartum hemorrhage (APH)</i>
Plasenta previa	<i>Placenta praevia</i>
Hamil kembar	<i>Twin pregnancy</i>
Usia > 35 tahun/ primitua	<i>Elderly primigravida</i>
Panggul sempit relatif (PSR)	<i>Cephalopelvic disproportion</i>

	(CDP)
<i>Floating head</i>	<i>High head at term</i>
Letak kepala	<i>Head presentation</i>

2.2 Kerangka Teori

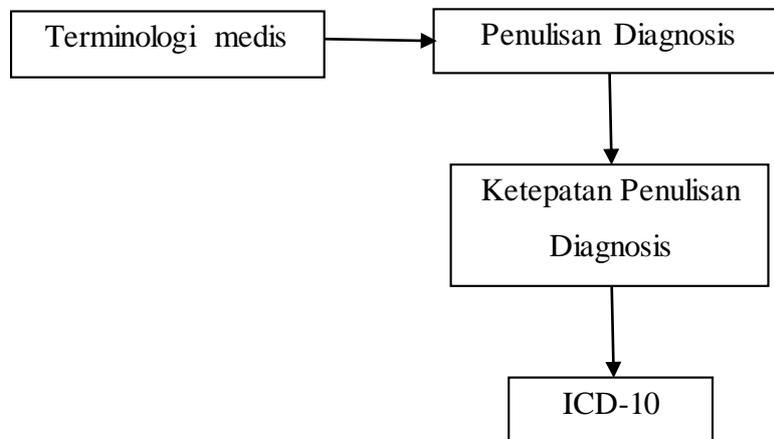


Gambar 2. 1 Kerangka Teori "Analisis "Analisis Penggunaan Terminologi Medis dalam Penulisan Diagnosis Kasus Obstetri Pasien rawat Inap Berdasarkan ICD-10 di RS Permata Bunda Malang"

Rekam medis berdasarkan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien terbagi menjadi 4, yaitu rekam medis rawat darurat, rekam medis rawat jalan, rekam medis rawat inap dan rekam medis dalam keadaan bencana. Pada dokumen rekam medis rawat inap terdapat formulir resume medis/ *discharge summary*/ ringkasan pulang yang didalamnya terdapat diagnosis yang tertulis mengenai kondisi kesehatan pasien. Dalam

penulisan diagnosis, terminologi medis digunakan sebagai alat komunikasi antar tenaga kesehatan dalam perawatan kesehatan. Terminologi medis merupakan sumber data dalam penggunaan *ICD-10*.

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep “Analisis Penggunaan Terminologi Medis dalam Penulisan Diagnosis Kasus Obstetri Pasien rawat Inap Berdasarkan ICD-10 di RS Permata Bunda Malang”

Tenaga kesehatan menggunakan terminologi medis sebagai alat komunikasi dalam penulisan diagnosis, penggunaan terminologi medis dapat mempengaruhi ketepatan penulisan diagnosis berdasarkan *ICD-10*.