

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

Dalam Peraturan Menteri Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit telah dijelaskan bahwa pengertian Rumah Sakit adalah insitusi pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan rawat darurat. Rumah Sakit memiliki tugas dan fungsi yaitu melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan, rumah sakit juga mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

Menurut Permenkes Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Rumah Sakit adalah 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. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga Kesehatan dan pusat penelitian medis.

2.1.1.1 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Tugas Rumah Sakit :

Melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan, rumah sakit juga mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna (Rikomah,2017).

- 1) Pelayanan medis
- 2) Pelayanan asuhan keperawatan
- 3) Pelayanan penunjang medis dan non medis
- 4) Pelayanan Kesehatan kemasyarakatan dan rujukan
- 5) Pendidikan, penelitian dan pengembangan
- 6) Administrasi umum dan keuangan

Berdasarkan UU RI Nomor 44 tahun 2009, Rumah Sakit mempunyai fungsi sebagai :

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna

- 3) Penyelenggaraan Pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- 4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapsiran teknologi bidang Kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan Kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang Kesehatan

2.1.1.2 Jenis Pelayanan Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan menjadi dua, yaitu rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit umum paling sedikit terdiri atas :

- a) Pelayanan Medik, seperti pelayanan medik umum, spesialis, dan pelayanan medik subspecialis.
- b) Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan, seperti asuhan keperawatan generalis dan/atau asuhan keperawatan spesialis, dan asuhan kebidanan.
- c) Pelayanan Penunjang Medik, seperti pelayanan penunjang medik spesialis, pelayanan penunjang medik subspecialis, dan pelayanan penunjang medik lain.
- d) Pelayanan Penunjang Nonmedik, seperti aundri/binatu, pengolah makanan, pemeliharaan sarana prasarana dan

alat kesehatan, sistem informasi dan komunikasi, dan pemulasaran jenazah.

Sedangkan untuk Pelayanan Kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit Khusus paling sedikit terdiri atas :

- a) Pelayanan Medik, seperti pelayanan medik umum, pelayanan medik spesialis sesuai kekhususan, pelayanan medik spesialis lain di luar kekhususan, pelayanan subspecialis sesuai kekhususan, dan pelayanan spesialis dengan kualifikasi tambahan sesuai kekhususan.
- b) Pelayanan Keperawatan dan/atau Kebidanan, seperti asuhan keperawatan generalis, keperawatan spesialis, dan/atau asuhan kebidanan sesuai kekhususannya
- c) Pelayanan Penunjang Medik, seperti pelayanan penunjang medik spesialis, pelayanan penunjang medik subspecialis, dan pelayanan penunjang medik lain.
- d) Pelayanan Penunjang Nonmedik, seperti laundry/binatu, pengolah makanan, pemeliharaan sarana prasarana dan alat kesehatan, sistem informasi dan komunikasi, dan pemulasaran jenazah.

2.1.2 Rekam Medis

Menurut Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022 bahwa Rekam Medis adalah Dokumen yang berisikan identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Sedangkan Rekam Medis Elektronik adalah Rekam Medis

yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik dan diperuntukkan bagi penyelenggaraan Rekam Medis.

Rekam Medis Elektronik merupakan salah satu subsistem dari sistem informasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang terhubung dengan subsistem informasi lainnya di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Perekam Medis dan Informasi Kesehatan adalah seorang yang telah lulus pendidikan Rekam Medis dan informasi kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang undangan.

Menurut (Dirjen Yanmed, RI.1991) tentang penyelenggaraan Rekam Medis di Rumah Sakit menyebutkan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesis, pemeriksaan, diagnosis pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama dirawat di rumah sakit yang dilakukan di Unit Rawat Jalan, Unit Gawat Darurat dan Unit Rawat Inap.

Sederhananya, rekam medis merupakan catatan atau dokumen yang berisi tentang kondisi atau keadaan pasien dan riwayat penyakit pasien. Namun penjelasan atau pengertian rekam medis tidak hanya berisikan catatan biasa, tetapi terdapat informasi mengenai pasien yang akan menentukan akan diberikannya tindakan lanjut atau tidak dalam upaya pelayanan kesehatan maupun upaya tindakan medis lainnya bagi seorang pasien yang memeriksakan kondisinya ke Rumah Sakit.

Kegiatan penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik paling sedikit terdiri atas :

- a. Registrasi Pasien
- b. Pendistribusian data Rekam Medis Elektronik
- c. Pengisian informasi klinis
- d. Pengolahan informasi Rekam Medis Elektronik
- e. Penginputan data untuk klaim pembiayaan
- f. Penyimpanan Rekam Medis Elektronik
- g. Penjaminan mutu Rekam Medis Elektronik dan
- h. Transfer isi Rekam Medis Elektronik

Adapun beberapa tujuan mengapa Rekam Medis perlu adanya pengaturan, yaitu :

- a. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan
- b. Memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan Rekam Medis
- c. Menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan dan ketersediaan data Rekam Medis dan
- d. Mewujudkan penyelenggaraan dan pengelolaan Rekam Medis yang berbasis digital dan terintegrasi.

2.1.2.1 Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan Rekam Medis secara umum adalah sebagai berikut :

- 1) Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga ahli lainnya yang bertugas dalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepa

- 2) dasar untuk merencanakan pengobatan/ perawatan yang harus diberikan kepada pasien.
- 3) Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pen da pasien.
- 4) Sebagai gobatan selama pasien berkunjung/ dirawat di dalam rumah sakit.
- 5) Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kerja lainnya.
- 6) Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
- 7) Sebagai dasar dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medik pasien
- 8) Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggungjawaban laporan.

Menurut Dirjen Yankes 1993, kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, yaitu:

- 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. Pengolahan data-data medis diperlukan untuk mengetahui rincian biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien selama pasien menjalani pengobatan di Rumah Sakit.

2) Aspek Hukum

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

3) Aspek Medis

Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

4) Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan dalam hal pengobatan dan tindakan selama pasien menjalani perawatan di Rumah Sakit

5) Aspek Penelitian

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

6) Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan

kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran di bidang profesi si pemakai.

7) Aspek Dokumentasi

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

2.1.2.2 Isi Rekam Medis

Dokumen Rekam medis haruslah mampu menyajikan informasi yang lengkap dan akurat tentang proses pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, baik di masa lalu, dimasa kini, maupun perkiraan di masa datang tentang apa yang akan terjadi. Isi Rekam Medis mempunyai nilai guna yang sangat penting baik dalam aspek administrasi, kesehatan, maupun hukum.

Terdapat dua jenis rekam medis rumah sakit (Permenkes, 1992), yaitu :

1) Rekam medis untuk Pasien Rawat Jalan

Termasuk pasien gawat darurat. Pencatatan data ini harus diisi selambat-lambatnya 1x24 jam setelah pasien diperiksa. Data pasien yang harus dimasukkan dalam *medical record* antara lain:

a. Identitas Pasien

- b. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan
- c. Identitas Pengantar pasien
- d. Tanggal dan Waktu
- e. Hasil Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit)
- f. Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Medis
- g. Diagnosis Penyakit
- h. Pengobatan dan/atau tindakan
- i. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut
- j. Nama dan tanda tangan Dokter, Dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- k. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain; dan
- l. Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu.

2) Rekam Medis untuk Rawat Inap

Hampir sama dengan isi rekam medis untuk pasien rawat jalan. Data pasien rawat inap yang dimasukkan ke dalam medical record antara lain:

- a. Identitas Pasien
- b. Tanggal dan Waktu
- c. Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit)
- d. Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang medis
- e. Diagnosis Penyakit
- f. Rencana Penatalaksanaan
- g. Pengobatan dan Tindakan
- h. Persetujuan tindakan bila perlu
- 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; dan
- l. Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu, untuk kasus gigi dan dilengkapi dengan odontogram klinik.

2.1.2.3 Resume Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis, yang dimaksud dengan resume medis yaitu ringkasan pulang pasien yang merupakan rekam emdis akan diberikan pada saat pasien pulang sebagaimana dimaksud pada ayat(8) dan ayat (9) berupa surat yang dikirimkan dan diterima dalam bentuk elektronik dengan menggunakan jaringan komputer atau alat

komunikasi elektronik lain termasuk ponsel atau dalam bentuk tercetak.

Isi Rekam Medis Elektronik terdiri atas :

- a. Dokumentasi Administratif, paling sedikit berisi tentang dokumentasi pendaftaran
- b. Dokumentasi Klinis, berisi seluruh dokumentasi pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

2.1.2.4 Tujuan Resume Medis

Menurut Depkes RI(2006) tujuan rekam medis, yaitu :

- 1) Menjamin kontinuitas pelayanan medik dengan kualitas yang tinggi dan sebagai bahan referensi yang sangat berguna bagi dokter yang menerima pasien apabila dirawat kembali di rumah sakit
- 2) Menjadi bahan penilaian staf medis rumah sakit
- 3) Memenuhi permintaan badan-badan resmi atau perorangan tentang perawatan seorang pasien contohnya Perusahaan Asuransi atau persetujuan pimpinan
- 4) Memberikan tembusan kepada sistem ahli yang memerlukan catatan tentang pasien yang pernah dirawat.

2.1.3 Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit

Kegiatan pemberian pengodean adalah prosedur pemberian kode dengan menggunakan huruf dan angka atau kombinasi antara huruf dengan angka. Kegiatan pengodean meliputi kegiatan pengodean diagnosis dan pengodean tindakan medis dan hal terpenting yang

harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis adalah ketepatan dan keakuratan dalam pemberian kode. Kode klasifikasi penyakit oleh WHO bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, prosedur, jasa layanan, operasi, cedera, masalah, alasan kunjungan, derajat keparahan suatu penyakit, obat-obatan, pemeriksaan laboratorium, spesimen patologi, kondisi obstetrik, kondisi mental, sebab-sebab kecelakaan dan cedera, outcomes pasien dan aspek lain dari asuhan kesehatan.

2.1.3.1 Sistem Klasifikasi Penyakit

Kata klasifikasi ini merupakan kata serapan dari bahasa Belanda, *classificatie*, yang sendirinya berasal dari bahasa Prancis *classification*. Dimana Sistem klasifikasi penyakit adalah sistem yang mengelompokkan penyakit-penyakit dan prosedur-prosedur yang sejenis ke dalam satu grup nomor kode penyakit dan tindakan yang sejenis. International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem (ICD) dari WHO adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional. Di Indonesia pemberlakuan ICD-10 sebagai pedoman klasifikasi penyakit telah diatur pada Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 50/MENKES/SK/ I/1998 yaitu tentang Pemberlakuan Klasifikasi Statistik Internasional Mengenai Penyakit Revisi ke-10 (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, n.d.).

2.1.3.2 Koding

Kegiatan pemberian pengodean adalah prosedur pemberian kode dengan menggunakan huruf dan angka atau kombinasi antara huruf dengan angka. Kegiatan pengodean meliputi kegiatan pengodean diagnosis dan pengodean tindakan medis. Hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis adalah ketepatan dan keakuratan dalam pemberian kode

Kode klasifikasi penyakit oleh WHO bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, prosedur, jasa layanan, operasi, cedera, masalah, alasan kunjungan, derajat keparahan suatu penyakit, obat-obatan, pemeriksaan laboratorium, spesimen patologi, kondisi obstetrik, kondisi mental, sebab-sebab kecelakaan dan cedera, outcomes pasien dan aspek lain dari asuhan kesehatan.

Menurut Ditjen Yanmed (Yanmed, 2006) Kecepatan dan ketepatan pemberian kode dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksanaan yang menangani berkas rekam medis tersebut yaitu :

1. Diagnosis yang kurang spesifik
2. Keterampilan petugas koding dalam memilih kode
3. Tulisan dokter yang sulit dibaca
4. Tenaga kesehatan lainnya

2.1.3.3 Tujuan dan Manfaat Kodefikasi

Data klinis yang terkode dibutuhkan untuk mendapatkan informasi guna kepentingan asuhan pasien, penelitian, peningkatan performansi pelayanan, perencanaan dan manajemen sumber daya, serta untuk mendapatkan *reimbursement* (pembayaran kembali) yang sesuai bagi jasa pelayanan kesehatan yang diberikan. Sistem pembayaran yang ada saat ini sangat bergantung pada data kode untuk menentukan jumlah pembayaran kembali dan juga memastikan *medical necessity* dari suatu pelayanan kesehatan.

- a. Faktor yang mempengaruhi proses koding
 - 1) Tenaga medis dalam menetapkan diagnosis
 - 2) Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode
 - 3) Kelengkapan dokumen rekam medis
- b. Manfaat Koding
 - 1) Mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan
 - 2) Masukkan bagi sistem pelaporan diagnosis medis
 - 3) Memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia layanan
 - 4) Bahan dasar dalam pengelompokan DRG's (*Daignosis Related Groups*)

- 5) Pelaporan Nasional dan Internasional Morbiditas dan Mortalitas
- 6) Tabulasi data pelayanan 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

2.1.3.4 ICD-10 dan Tujuan ICD

ICD atau *The Internasional Statistic Classification of Disease And Related Health* merupakan sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional (Gemala Hatta, 2008). Menurut WHO, 2004 ICD-10 adalah suatu daftar kode tunggal kategori tiga karakter masing-masing dapat dibagi lagi hingga sepuluh subkategori empat karakter. Untuk ICD-10 digunakan sebagai istilah penyakit dan masalah yang berkaitan dengan kesehatan dimana penerapan pengodean harus sesuai, guna mendapatkan kode yang akurat karena hasilnya digunakan untuk mengindeks pencatatan penyakit.

Adapun tujuan ICD sebagai berikut :

- 1) Memudahkan pencatatan data mortalitas dan morbiditas, serta analisis, interpretasi dan perbandingan sistematis data tersebut antara berbagai wilayah dan jangka waktu

- 2) Untuk mengubah diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lain menjadi kode alfa-numerik, sehingga penyimpanan, pengambilan dan analisis data dilakukan dengan mudah
- 3) ICD sebagai standart internasional untuk semua tujuan epidemiologi umum dan berbagai tujuan manajemen kesehatan
- 4) Untuk mengklasifikasi data diagnosis, alasan admisi, kondisi yang diobati, serta alasan konsultasi yang terdapat pada berbagai catatan yang merupakan sumber statistik dan informasi kesehatan.

ICD-10 (*Internasional Statistic Classification of Disease And Related Health Problems Tenth Revision*) terdiri dari tiga volume, yaitu :

- a. Volume 1, merupakan daftar tabulasi dalam kode alfanumerik tiga atau empat karakter dalam inklusi dan eksklusu, beberapa aturan pengodean, klasifikasi morfologis neoplasma, daftar tabulasi khusus untuk morbiditas dan mortalitas, definisi tentang penyebab kematian, serta peraturan mengenai nomenklatur.
- b. Volume 2, merupakan manual instruksi dan pedoman penggunaan ICD-10
- c. Volume 3, merupakan indeks alfabetik, daftar komprehensif semua kondisi yang ada didaftar tabulasi

(volume 1), daftar sebab luar gangguan (*external cause*), tabel neoplasma serta petunjuk memilih kode yang sesuai untuk berbagai kondisi yang tidak ditampilkan didalam tabular list (volume 1).

2.1.3.5 Tata Cara Pemberian Koding

Ada 9 langkah tata cara dalam menentukan kode :

1. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode dan buka volume 3 Alphabetical Indeks (Kamus). Bila pernyataan istilah penyakit atau cedera kondisi lain yang terdapat pada Bab I-XIX dan XXI (volume 1), gunakanlah 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 penyakit yang ada di Bab XX (volume 1), dilihat dan cari kodenya pada seksi II di indeks (volume 3).
2. “lead term” (kata panduan) untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memparkan kondisi patologisnya. Sebaiknya jangan menggunakan istilah kata anatomi, kata sifat atau kata keterangan sebagai kata panduan. Walaupun demikian, beberapa kondisi ada yang diekspresikan sebagai kata sifat atau eponym (menggunakan kata penemu) yang tercantum didalam indeks sebagai “lead term”.

3. Baca yang muncul dengan seksama dengan mengikuti petunjuk catatan yang muncul dibawah 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 dibawah ini Lead term (dengan tanda (-) minus = idem = indent) dapat mempengaruhi nomor kode, sehingga semua kata-kata diagnostik harus diperhitungkan.
5. Ikuti hati-hati setiap rujukan sialang (cross references) dan perintah 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 dengan tanda minus pada posisi keempat yang berarti bahwa isian untuk karakter ke-empat itu ada didalam volume 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indeks (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 sub-kategori.

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

2.1.3.6 Konvensi Tanda Baca ICD

1. *Inclusion terms*

Rubrik 3- dan 4-karakter yang tertulis sejumlah diagnosis di samping diagnosis utama (daftar cakupan). Dibuat sebagai pedoman isi rubrik. Berisi item kondisi perbatasan (borderline) untuk memperjelas batas antar subkategori. Daftar inclusion terms tidak harus menyeluruh nama-nama alternatif dari diagnostik.

2. *Exclusion terms*

Berisi daftar kondisi yang didahului oleh kata-kata “*Excludes*” atau “kecuali”. Semua ini adalah terms yang sebenarnya diklasifikasikan di tempat lain, walaupun judulnya memberi kesan bahwa mereka diklasifikasikan disana.

3. Uraian takarir

Sebagai tambahan pada inclusion and exclusion terms, bab V yang berisi kelainanmental dan tingkah laku menggunakan takarir untuk menjelaskan isi rubrik. Digunakan untuk terminologi penyakit jiwa yang

bervariasi. Definisi yang sama juga terdapat pada bagian lain ICD, misalnya pada bab XXI, untuk menjelaskan isi rubrik yang dimaksudkan.

4. Dagger “†”

Merupakan kode untuk diagnosis yang berisi penyakit umum sebagai dasar masalah.

5. Asterisk “*”

Merupakan kode untuk manifestasinya pada organ atau situs tertentu yang merupakan masalah tersendiri juga.

6. Parenthesis “()”

Digunakan untuk :

- b. Mengurung kode setelah suatu istilah diagnosis
- c. Mengurung kode lokasi rujukan exclusion term
- d. Mengurung kode kategori 3-karakter pada judul blok
- e. Mengurung dual classification (dagger dan asterisk) pada ICD 9

7. Square brackets “[]”

Digunakan untuk :

- a. Mengurung sinonim
- b. Merujuk pada catatan sebelumnya
- c. Rujukan ke subdivisi empat-karakter yang telah disebutkan sebelumnya yang berlaku sekelompok kategori

8. Colon “:”

Digunakan pada daftar *inclusion* dan *exclusion*, bila kata yang mendahuluinya bukan istilah yang lengkap.

9. Brace “{}”

Digunakan untuk mengelompokkan secara urut istilah dan biasanya digunakan pada *inclusion* dan *exclusion* dengan terms yang tidak lengkap.

10. NOS (*Not Otherwise Specified*)

Yang memiliki arti tidak dijelaskan atau tidak memenuhi syarat

11. NEC (*Not Elsewhere Classified*)

Kata-kata ini yang berarti tidak diklasifikasikan di tempat lain, kalau digunakan pada judul dengan tiga-karakter, berfungsi sebagai peringatan bahwa varian tertentu dari kondisiyang ada di dalam daftar bisa muncul di bagian lain dari klasifikasi.

12. *And* pada judul

Bisa berarti dan/atau.

13. *Point dash* “,-“

Pada beberapa kasus, karakter ke-4 pada subkategori digantikan oleh strip datar. Ini menunjukkan bahwa ada karakter ke-4 yang harus dicari di dalam kategori yangsesuai. Konvensi ini digunakan pada daftar tabulasi dan pada indeks alfabet.

14. *Cross-reference*

Rujukan-silang digunakan untuk menghindarkan duplikasi yang tidak perlu pada term di dalam Indeks Alfabet. Kata “*see*” meminta pengkode untuk merujuk ke term lain; “*see also*” mengarahkan pengkode untuk merujuk ke tempat lain di dalam Indeks kalau pernyataan yang sedang dikode berisi informasi lain yang tidak ter-indentasi di bawah term tempat “*see also*” tersebut berada.

2.1.3.7 Blok Kode C dan Kanker Serviks

Blok kode C00-C97. Untuk blok kode C00-C75 yaitu Neoplasma ganas yang dinyatakan atau dianggap primer, pada tempat yang dijelaskan, selain neoplasma jaringan limfoid, hematopoietik dan yang berhubungan. Kategori C00-C75 mengklasifikasi neoplasma ganas menurut titik asalnya. Banyak kategori 3-karakter dibagi lebih lanjut atas bagian yang diberi nama atau subkategori dari organ yang dipertanyakan. Sebuah neoplasma yang overlap pada dua atau lebih situs yang berbatasan di dalam satu kategori 3-karakter, dan yang titik asalnya tidak bisa ditentukan, harus diklasifikasi pada subkategori.

Kode Blok C00-C75, sebagai berikut :

C00-C14 Bibir, rongga mulut, dan farings

C15-C26	Organ pencernaan
C30-C39	Organ pernafasan dan intratoraks
C40-C41	Tulang dan rawan sendi
C43-C44	Kulit
C45-C49	Jaringan mesotel dan jaringan lunak
C50	Mammae
C51-C58	Organ genitalia wanita
C60-C63	Organ genitalia pria
C64-C68	Saluran kemih
C69-C72	Mata, otak, dan bagian lain sistem syaraf pusat
C73-C75	Thyroid dan kelenjar endokrin lain

Kode Blok C76-C80, sebagai berikut :

C76-C80	Neoplasma ganas pada situs yang kurang jelas, sekunder dan tidak dijelaskan
---------	---

Kode Blok C81-C96, sebagai berikut :

C81-C96	Neoplasma ganas yang dinyatakan atau dianggap primer, pada jaringan limfoid, hematopoietik dan yang berhubungan
---------	---

Pada Kode Blok C51-C58 yaitu untuk Neoplasma ganas organ genital wanita, termasuk kanker serviks dengan blok kode C53 sebagai berikut :

C53 Malignant neoplasm of cervix uteri

C53.0 Endocervix

C53.1 Exocervix

C53.8 Overlapping lesion of cervix uteri

C53.9 Cervix uteri, unspecified

2.1.3.8 Kode *Morphology*

Kode *Morphology* adalah kode yang menunjukkan sifat dari neoplasm tersebut, apabila kode morphology tidak dicantumkan maka tidak dapat mengetahui tingkat keganasan dari neoplasm tersebut. Untuk kode *morphology* kanker serviks yaitu M8000 – M9989. Tujuan dan fungsi kode *morphology* yaitu untuk memberikan sistem *topography* untuk bidang onkologi yang berisi uraian tatacara mengkode *topography*, *morphology* dan sifat-sifat neoplasm (Skurka, 2003)

Tata Cara Kodefikasi Kode Morphology pada Diagnosis Utama Kanker Serviks Berdasarkan ICD-10 :

- 1) Menentukan Lead term (Kata Kunci) dari kanker serviks yaitu *Carcinoma*
- 2) Membuka volume 3 sesuai dengan leadterm yang sudah ditentukan yaitu *Carcinoma* (M8010/3)

2.1.3.9 Manifestasi Digit ke-4

Sub kategori empat karakter dipergunakan untuk menunjukkan berbagai variasi apabila kategori tiga karakter menunjukkan penyakit tunggal atau penyakit tersendiri, digit ke empat juga menggambarkan tingkat keparahan kelompok kasus.

Karakter ke-4, sebagai berikut :

‘.8’ Umumnya digunakan untuk kondisi “lain-lain” yang ada didalam kategori tiga karakter.

‘.9’ Umumnya digunakan untuk kondisi yang tidak memiliki keterangan lanjutan atau tidak dijelaskan.

2.1.4 SOP (Standar Operasional Prosedur)

Menurut (Atmoko, Tjipto, 2011), SPO atau Standar Operasional Prosedur merupakan suatu pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi pemerintah berdasarkan indicatorindikator teknis, administrative dan procedural sesuai tata kerja, prosedur kerja dan system kerja pada unit kerja yang bersangkutan.

2.1.4.1 Tujuan dan Fungsi SOP (Standar Operasional Prosedur)

Tujuan pembuatan SPO adalah untuk menjelaskan perincian atau standar yang tetap mengenai aktivitas pekerjaan yang berulangulang yang diselenggarakan dalam suatu organisasi. SPO yang baik adalah SPO yang mampu menjadikan arus kerja yang lebih baik, menjadi panduan untuk karyawan baru, penghematan biaya, memudahkan pengawasan, serta mengakibatkan koordinasi yang baik antara bagian-bagian yang berlainan dalam perusahaan.

1. Untuk menjaga konsistensi tingkat penampilan kinerja atau kondisi tertentu dan kemana petugas dan lingkungan dalam melaksanakan suatu tugas atau pekerjaan tertentu.
2. Sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan tertentu bagi sesama pekerja, dan supervisor.
3. Untuk menghindari kegagalan atau kesalahan (dengan demikian menghindari dan mengurangi konflik), keraguan, duplikasi serta pemborosan dalam proses pelaksanaan kegiatan.
4. Merupakan parameter untuk menilai mutu pelayanan.

5. Untuk lebih menjamin penggunaan tenaga dan sumber daya secara efisien dan efektif.
6. Untuk menjelaskan alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas yang terkait.
7. Sebagai dokumen yang akan menjelaskan dan menilai pelaksanaan proses kerja bila terjadi suatu kesalahan atau dugaan mal praktek dan kesalahan administratif lainnya, sehingga sifatnya melindungi rumah sakit dan petugas.
8. Sebagai dokumen yang digunakan untuk pelatihan.
9. Sebagai dokumen sejarah bila telah di buat revisi SPO yang baru.

Untuk fungsi SPO adalah sebagai berikut (Puji, 2014)

1. Memperlancar tugas petugas/pegawai atau tim/unit kerja
2. Sebagai dasar hukum bila terjadi penyimpangan.
3. Mengetahui dengan jelas hambatan-hambatannya dan mudah dilacak.
4. Mengarahkan petugas/pegawai untuk sama-sama disiplin dalam bekerja.
5. Sebagai pedoman dalam melaksanakan pekerjaan rutin.

2.1.5 Analisis Kuantitatif

Analisis kuantitatif menurut Gemala R.Hatta (2013), yaitu untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam medis rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan Kesehatan.

Menurut Sugiyono (2017), penelitian kuantitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat positivisme, digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu, pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian, analisis data bersifat kuantitatif atau statistik, dengan tujuan untuk menguji hipotesis yang ditetapkan.

2.1.5.1 Tujuan Analisis Kuantitatif

Menurut Buku MMIK Depkes (2018), analisis kuantitatif mempunyai tujuan sebagai berikut:

- a. Menentukan sekiranya ada kekurangan agar dapat dikoreksi dengan segera pada saat pasien dirawat, dan item kekurangan belum terlupakan, untuk menjamin efektifitas kegunaan isi RM di kemudian hari. Yang dimaksud dengan koreksi ialah perbaikan sesuai keadaan yang sebenarnya terjadi
- b. Untuk mengidentifikasi bagian yang tidak lengkap yang dengan mudah dapat dikoreksi dengan adanya dibuat suatu prosedur sehingga rekam medis menjadi lebih lengkap dan dapat dipakai 24 untuk guna rekam medis yaitu untuk Administratif, Legal, Fiscal, Reseach, Education, Documentation, Public-Health, dan Marketing-Planning atau disingkat dengan ALFRED-PH- MP.

2.1.5.2 Komponen-komponen Analisis Kuantitatif

Menurut Gemala Hatta (2013) metode analisis kuantitatif memiliki empat kriteria review rekam medis antara lain :

- a. Menelaah kelengkapan data sosial pasien (demografi): meliputi informasi tentang identitas pasien: nama lengkap yang terdiri dari nama sendiri dan nama ayah/suami/marga/she; nomor pasien; alamat lengkap, usia, orang yang dapat dihubungi, serta tanda tangan persetujuan
- b. Menelaah kelengkapan bukti rekaman yang ada. Bukti rekaman yang dapat dipertanggungjawabkan secara lengkap yaitu adanya data/ info kunjungan yang memuat alasan, keluhan pasien (kalau ada), riwayat pemeriksaan, data tambahan (lab), USG, EKG, EMG dll, diagnosis/kondisi, rujukan (kalau dilakukan)
- c. Menelaah tanda bukti keabsahan rekaman dari tenaga kesehatan maupun tenaga lain terlibat dalam pelayanan kepada pasien sehingga informasi dapat dipertanggungjawabkan secara hukum
- d. Menelaah tata cara mencatat (administratif) yang meliputi adanya tanggal, keterangan waktu, menulis pada baris yang tetap serta menerapkan cara koreksi yang benar.

Dari ke empat komponen tersebut, beberapa unsur berikut merupakan hal yang sering disepelekan dalam pencatatan sehingga pelaksanaannya diidentikkan dengan tingkat kedisiplinan pengisian oleh petugas rekam medis.

2.1.6 Analisis Kualitatif

Penelitian kualitatif adalah jenis penelitian yang menghasilkan penemuan-penemuan yang tidak dapat dicapai dengan menggunakan prosedur-prosedur statistik atau dengan cara kuantifikasi lainnya. Straus dan Corbin (2008) merinci bahwa penelitian kualitatif dapat digunakan untuk meneliti kehidupan masyarakat, sejarah, tingkah laku, fungsionalisasi organisasi, gerakan sosial, atau hubungan kekerabatan. Bogdan dan Taylor (Moleong, 2007) mengemukakan bahwa metodologi kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa katakata tertulis maupun lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati. Penelitian kualitatif dilakukan pada kondisi alamiah dan bersifat penemuan. Dalam penelitian kualitatif, peneliti adalah instrumen kunci. Oleh karena itu, peneliti harus memiliki bekal teori dan wawasan yang luas jadi bisa bertanya, menganalisis, dan mengkonstruksi obyek yang diteliti menjadi lebih jelas. Penelitian ini lebih menekankan pada makna dan terikat nilai. Pendekatan kualitatif merupakan suatu penerapan pendekatan alamiah pada pengkajian suatu masalah yang berkaitan dengan individu, fenomenal, simbol-simbol, dokumen-dokumen, dan gejala-gejala sosial.

2.1.6.1 Sumber Data Penelitian Kualitatif

Suprayogo dan Tobroni (2001) mengemukakan bahwa, Jenis sumber data terutama dalam penelitian kualitatif dapat diklasifikasi sebagai berikut:

1. Narasumber atau Informan

Narasumber dalam hal ini yaitu orang yang bisa memberikan informasi lisan tentang sesuatu yang ingin diketahui melalui wawancara atau jawaban tertulis melalui angket. Peneliti harus mengenal lebih mendalam informannya, dan memilih informan yang benar-benar bisa diharapkan memberikan informasi yang akurat.

2. Tempat atau Lokasi

Informasi kondisi dari lokasi peristiwa atau aktivitas dilakukan bisa digali lewat sumber lokasinya, baik merupakan tempat maupun lingkungannya. Dari pemahaman lokasi dan lingkungan, peneliti bisa secara cermat mengkaji dan secara kritis menarik kemungkinan kesimpulan. Dari peristiwa atau aktivitas ini, peneliti bisa mengetahui proses bagaimana sesuatu terjadi secara lebih pasti karena menyaksikan sendiri secara langsung.

3. Dokumen

Dokumen atau Paper Dukumen merupakan bahan tertulis atau benda yang berkaitan dengan suatu peristiwa atau aktifitas tertentu. Ia bisa merupakan rekaman atau dukomen tertulis seperti arsip, database, surat-surat, rekaman, gambar, bendabenda peninggalan yang berkaitan dengan suatu peristiwa. Banyak peristiwa yang telah lama terjadi bisa diteliti dan dipahami atas dasar dukumen atau

arsip. Dengan pengertian ini maka paper bukan terbatas hanya pada kertas sebagaimana terjemahan dari kata paper dalam bahasa Inggris, tetapi bisa berwujud batu, kayu, tulang, daun lontar serta yang lainnya, yang cocok untuk dokumentasi.

2.1.7 Kanker Serviks

2.1.7.1 Epidemiologi Kanker Serviks

Kanker serviks merupakan penyakit dengan angka kejadian nomor dua terbanyak dengan jumlah 36.633 kasus atau 9,2% dari total kasus kanker di Indonesia (Handayani. N., 2022). Pada setiap tahunnya di dunia terdapat 500.00 kasus baru kanker serviks dan lebih dari 250.000 kematian. Di Indonesia sendiri yang memiliki penduduk sekitar 220 juta jiwa, terdapat sekitar 52 juta perempuan yang terancam menderita kanker serviks.

Penyebab utama kanker serviks adalah *Human Papilloma Virus* (HPV). Lebih dari 90% kanker leher rahim merupakan jenis skuamosa yang memiliki kandungan DNA virus *Human Papilloma Virus* (HPV) dan sekitar 50% kanker serviks berhubungan dengan *Human Papilloma Virus tipe 16*. Virus dapat menyebar melalui hubungan seksual terutama pada hubungan seksual yang tidak aman. Virus *Human Papilloma Virus* menjangkit atau juga menyerang selaput pada mulut dan kerongkongan serta anus yang akan menyebabkan

terbentuknya sel-sel pra-kanker dalam jangka waktu yang panjang (Ridayani,2016).

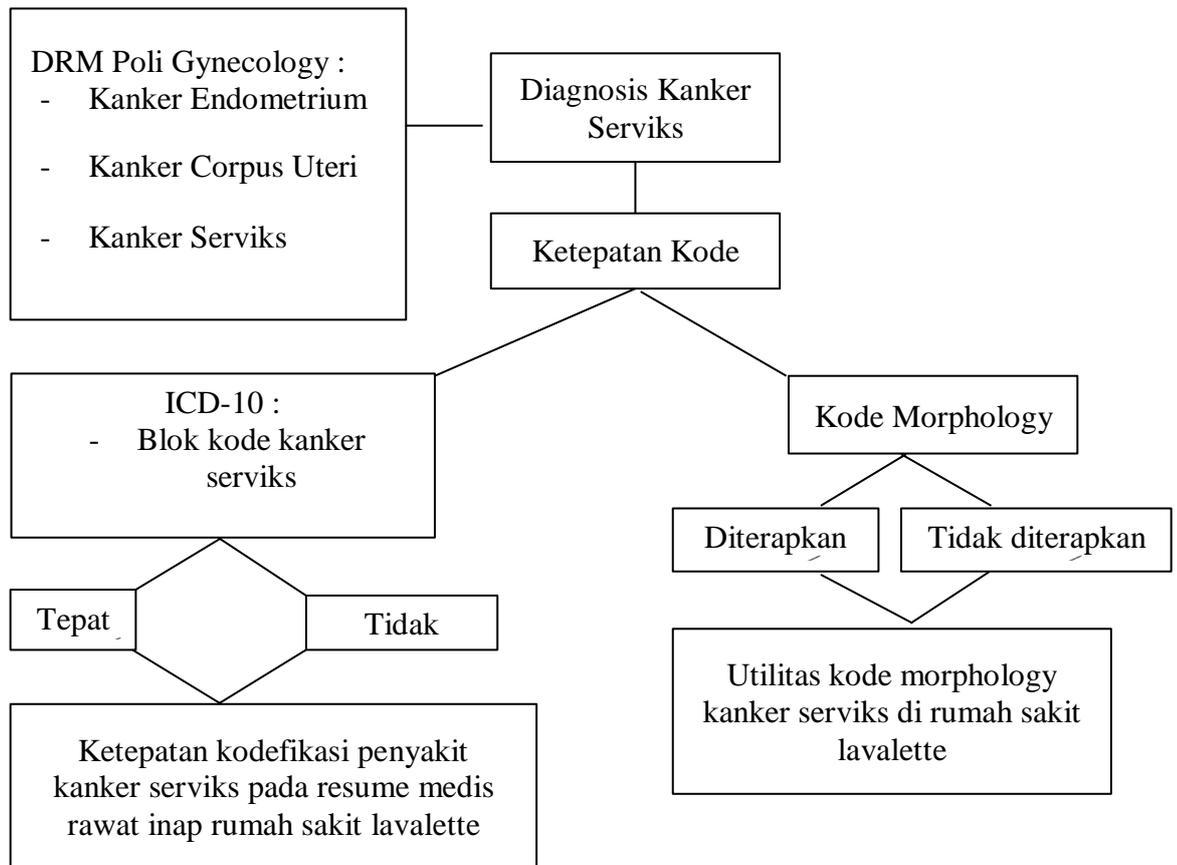
2.1.7.2 Patofisiologi Kanker Serviks

Terjadinya infeksi fulminant, HPV harus mencapai sel basal terlebih dahulu. Jalurnya melalui mikro abrasi atau melalui cairan pada epitel skuamosa atau mukosa epitel yang dihasilkan pada saat aktivitas seksual. Pada saat mencapai sel basal akan terjadi pembelahan sel-sel yang tidak terkendali sehingga akan merusak jaringan hidup lainnya. Dalam hal ini sel tersebut akan memakan jaringan leher rahim melalui berbagai macam cara antara lain dengan invasi atau tumbuh langsung ke jaringan sebelahnya. Keganasan sel tersebut dapat disebabkan oleh adanya kerusakan DNA yang menyebabkan mutasi pada gen vital yang mengontrol pembelahan sel, sehingga sel-sel ini dapat berubah dari normal menjadi prakanker dan kemudian menjadi kanker. Perubahan prakanker menjadi kanker didahului dengan terjadinya keadaan yang disebut lesi kanker atau Neoplasia Intraepithelial Serviks (NIS).

Saat virus HPV bercampur dengan sistem peringatan yang memicu respon imunitas, seharusnya bertugas dalam menghancurkan sel yang abnormal yang terinfeksi virus. Perkembangan sel abnormal pada epitel serviks dapat berkembang menjadi sel prakanker yang disebut sebagai *Cervikal Intraepithelial Neoplasma* (CIN). Fase prakanker

sering disebut juga dysplasia yaitu premalignant (Prakeganasan) dari sel-sel rahim. Ada tiga pola utama pada tahap prakanker. Dimulai dengan infeksi pada sel serta perkembangan sel abnormal yang kemudian bisa berlanjut menjadi *Intraepithelial Neoplasm* dan pada akhirnya berubah menjadi kanker serviks (Savitri, 2015).

2.2 Kerangka Teori

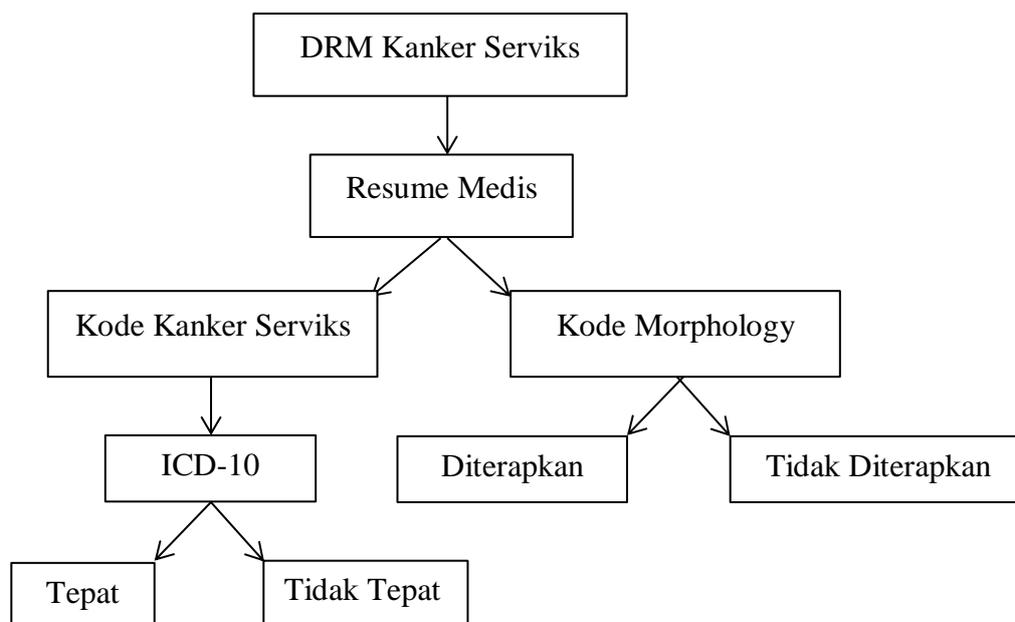


Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Berdasarkan kerangka teori penelitian tersebut dapat dipahami bahwa pada poli gynecology penyakit terbanyak yang diderita oleh pasien yaitu kanker serviks maka penelitian dilakukan terhadap ketepatan kodefikasi kanker serviks pada resume medis rawat inap yaitu dimulai dengan menentukan dokumen rekam medis pasien kanker serviks kemudian melihat apakah sudah tepat kode nya disesuaikan dengan ICD-10 apakah kode tersebut sudah tepat atau tidak tepat kemudian dapat ditarik kesimpulan apakah ketepatan kodefikasi penyakit kanker serviks pada resume medis rawat inap rumah sakit lavalette telah sesuai. Sedangkan pada kode morphology dimulai dengan melihat ketepatan kode kanker serviks lalu melihat pada kode morphology

apakah diterapkan atau tidak diterapkan maka dari itu dapat ditarik kesimpulan apakah utilitas kode morphology kanker serviks di rumah sakit lavalette telah sesuai.

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

Melalui bagan kerangka konsep yang menggunakan metode deskriptif kuantitatif diatas, dapat dilihat konsep penelitian ini dimulai dengan menentukan dokumen rekam medis kanker serviks yang kemudian melihat kode yang ada pada resume medis, kemudian mengkoding kembali sesuai dengan penggunaan ICD-10 sehingga dapat diketahui apakah kode tersebut telah tepat atau tidak tepat. Dalam menentukan ketepatan kodefikasi diagnosis penyakit kanker serviks pada resume medis rawat inap dimana jumlah sampel sebanyak 94 dari pengumpulan data secara observasi dengan instrumen menggunakan lembar checklist kemudian dihitung, dengan hasil akhir menggunakan rumus persentase. Sedangkan untuk metode kualitatif

yang dilakukan pada penerapan kode morphology dimulai dengan menentukan dokumen rekam medis pasien kanker serviks lalu melihat diagnosis pada resume medis setelah itu melihat apakah kode morphology diterapkan atau tidak. Dalam mengidentifikasi utilitas kode morphology kanker serviks di rumah sakit lavalette, data didapatkan dengan melakukan wawancara terhadap kepala unit rekam medis rumah sakit lavalette.