

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah Sakit

Menurut Permenkes Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit menyebutkan bahwa “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat” (Menkes RI, 2020).

Menurut WHO (*World Health Organization*) rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial yang merupakan suatu simbol dari kesejahteraan sosial dan kesehatan, memiliki fungsi menyediakan pelayanan kesehatan secara komprehensif (*holistic*), penyembuhan penyakit secara kuratif dan pencegahan penyakit secara preventif serta rehabilitatif kepada masyarakat, karena rumah sakit merupakan aset penting bagi masyarakat yang harus dipertahankan dan dioptimalkan secara rutin disetiap pelayanan rumah sakit selalu memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik dan memuaskan untuk pasien (Ramadhika Dwi Poetra, 2019).

b. Kewajiban Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 4 Tahun 2018 menyatakan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban sebagai berikut (Menkes RI, 2018):

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;

- b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
- c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. Menyelenggarakan rekam medis;
- i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- j. Melaksanakan sistem rujukan;
- k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- n. Melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;

- q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
- s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok

2.1.2 Rekam Medis

a. Pengertian Rekam medis

Menurut PERMENKES RI Nomor 24 Tahun 2022 Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Dzulhidayat, 2022).

b. Kegunaan Rekam Medis

Selain menunjang administrasi dalam rangka meningkatkan pelayanan di instansi pelayanan kesehatan, dan sebagai dasar dalam menetapkan diagnosis dan menetapkan tindakan, perawatan, pengobatan terhadap pasien, rekam medis mempunyai beberapa aspek kegunaan yang dikenal dengan MALFRED. Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain (Pujilestari, 2020):

1. Aspek Medis (Medical)

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

2. Aspek Administrasi (*Administrative*)

Suatu rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung

jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan

3. Aspek Hukum (*Legal*)

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

4. Aspek Keuangan (*Financial*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai uang karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat digunakan dalam menghitung biaya pengobatan/tindakan dan perawatan

5. Aspek Penelitian (*Research*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan

6. Aspek Pendidikan (*Education*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan/kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran di bidang profesi kesehatan.

7. Aspek Dokumentasi (*Documentation*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan sarana pelayanan Kesehatan.

c. Tujuan Rekam Medis

Rekam medis bertujuan untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di

rumah sakit, yang mana tanpa adanya dukungan suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, maka tertib administrasi di rumah sakit tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan upaya pelayanan kesehatan di suatu rumah sakit (Mukrimaa et al., 2018).

d. Fungsi Rekam Medis

Fungsi rekam medis dapat diuraikan sebagai berikut (Ramadhika Dwi Poetra, 2019):

1. Dasar pemeliharaan kesehatan dan pelayanan pasien
2. Bahan pembuktian dalam perkara hukum
3. Bahan untuk keperluan penelitian dan pendidikan
4. Dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan
5. Bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan

2.1.3 Diagnosis

Menurut Depkes RI (2006), penetapan diagnosis pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter, tidak boleh diubah oleh karenanya diagnosis yang ada dalam rekaman medis harus diisi (Depkes RI, 2006). Pengertian diagnosis dibagi menjadi dua, yaitu (Maryati, 2016):

1. Diagnosis utama atau kondisi utama adalah suatu diagnosis/kondisi yang menyebabkan pasien memperoleh perawatan atau pemeriksaan, yang ditegakkan pada akhir episode pelayanan dan bertanggung jawab atas kebutuhan sumber daya pengobatannya.
2. Diagnosis Sekunder, Komorbiditas, dan Komplikasi
 - a. Diagnosis sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode pelayanan.
 - b. Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi pasien saat masuk dan membutuhkan pelayanan/asuhan khusus setelah masuk dan selama rawat.

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

2.1.4 Terminologi Medis

Penulisan diagnosis harus seragam dan menggunakan terminologi medis yang tepat sehingga tidak menyebabkan kebingungan saat *coding*. Terminologi medis adalah ilmu peristilahan medis yang merupakan:

1. Bahasa khusus antar profesi medis atau kesehatan baik dalam bentuk tulisan maupun lisan.
2. Sarana komunikasi antar mereka yang berkecimpung langsung atau tidak langsung di bidang pelayanan medis.
3. Sumber data dalam pengolahan dan penyajian dari diagnosis dan tindakan medis atau operasi, khususnya di bidang *International Statistical Classification of Disease (ICD)*, *International Classification of Procedures in Medicine (ICOPIM)*, *International Classification of Health Interventions (ICHI)* yang memerlukan akurasi dan presisi tinggi yang merupakan data dasar otentik bagi statistik morbiditas dan mortalitas (Irawan et al., 2022).

2.1.5 ICD-10 (*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem*)

a. Pengertian ICD-10

ICD (*International Classification of Diseases*) adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional (Hatta, 2013). ICD adalah alat diagnosis standar untuk epidemiologi manajemen kesehatan dan tujuan klinis. Termasuk analisis kondisi kesehatan sekelompok populasi secara umum. ICD digunakan untuk memonitor kejadian atau insiden dan penyakit-penyakit pada umumnya serta masalah kesehatan lainnya, dengan menyediakan gambaran dari

kondisi kesehatan populasi pada umumnya di negara-negara yang ada di dunia.

ICD diterbitkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia WHO (*World Health Organization*) dan digunakan di seluruh dunia untuk statistik morbiditas dan mortalitas, sistem pembayaran klaim asuransi serta mendukung pengambilan keputusan dalam perawatan kesehatan. Sistem ini dirancang untuk mempromosikan sistem internasional dalam pengumpulan, pengolahan, klasifikasi dan penyajian 16 statistik morbiditas dan mortalitas. ICD adalah inti berbasis sistem klasifikasi diagnostik statistik untuk masalah-masalah yang berhubungan dengan perawatan kesehatan (Pratiwi, 2020)

b. Struktur ICD-10

ICD-10 terdiri dari tiga volume yaitu sebagai berikut:

1) Volume 1 (*Tabular List*)

Pada volume 1 berisi daftar alfanumerik penyakit, kelompok penyakit, dan masalah kesehatan. Bagian ini memuat klasifikasi utama, terdiri dari kategori tiga karakter dan subkategori empat karakter dalam 22 *chapter*/bab. Berikut adalah daftar *chapter*/bab pada ICD-10 untuk kode klasifikasi:

Tabel 2.1 Daftar *Chapter*/Bab pada ICD-10

Bab	Blok (Kode)	Judul (Penggolongan Penyakit)
I.	A00-B99	Penyakit-penyakit parasitik dan infeksi tertentu
II.	C00-D48	Neoplasma
III.	D50-D89	Penyakit darah dan organ pembuatnya dan beberapa kelainan yang berhubungan dengan mekanisme imun
IV.	E00-E90	Penyakit Endokrin, gizi, dan metabolik
V.	F00-F99	Gangguan jiwa dan perilaku
VI.	G00-G99	Penyakit susunan saraf

VII.	H00-H59	Penyakit mata dan adneksa
VIII.	H60-H95	Penyakit telinga dan prosesus mastoid
IX.	I00-I99	Penyakit sistem sirkulasi
X.	J00-J99	Penyakit sistem pernapasan
XI.	K00-K93	Penyakit sistem pencernaan
XII.	L00-L99	Penyakit kulit dan jaringan subkutan
XIII.	M00-M99	Penyakit sistem muskuloskeletal dan jaringan ikat
XIV.	N00-N99	Penyakit sistem saluran kemih dan kelamin
XV.	O00—O99	Kehamilan persalinan dan nifas
XVI.	P00-P96	Kondisi tertentu yang bermula pada masa perinatal
XVII.	Q00-Q99	Malformasi kongenital, deformitas, dan kelainan kromosom
XVIII.	R00-R99	Gejala, tanda dan hasil pemeriksaan laboratorium, dan klinik tidak normal, yang tidak diklasifikasikan di tempat lain
XIX.	S00-T98	Keracunan, cedera dan akibat lain penyebab luar
XX.	V01-Y98	Penyebab luar penyakit dan kematian
XXI.	Z00-Z99	Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan
XXII.	U00-U99	Kode untuk tujuan khusus

2) Volume 2 (*Instruction Manual*)

Bagian ini berisi deskripsi tentang sejarah ICD, struktur dan prinsip klasifikasi, aturan-aturan koding morbiditas dan mortalitas serta penjelasan mengenai statistik. Bagian ini juga berisi pengenalan dan petunjuk bagaimana menggunakan jilid 1 dan 3.

3) Volume 3 (*Alphabetical Index*)

Volume 3 adalah Indeks abjad dari penyakit dan kondisi yang terdapat pada Volume 1. Bagian ini berisi daftar *lead term*, *modifiers* (subkategori atau karakter tambahan) dan perkiraan kode yang harus di *cross-check* dengan volume 1. Bagian ini terdiri dari 3 bagian (*section*):

Section I : Mengenai penyakit dan cedera (*Diseases & nature of injury*)

Section II : Mengenai penyebab luar cedera (*External causes of injury*)

Section III : Mengenai daftar obat dan bahan kimia (*Table of drugs & chemicals*)

2.1.6 Kegiatan Kodefikasi (*Coding*)

a. Pengertian Kodefikasi

Kodefikasi atau pemberian kode adalah proses menetapkan kode menggunakan huruf, angka, atau kombinasi keduanya. Tujuan dari pemberian kode pada berkas rekam medis adalah untuk mengindeks kegiatan, tindakan, dan diagnosis sehingga memudahkan dalam memberikan pelayanan, mendukung perencanaan, manajemen, dan riset di bidang kesehatan. Mayoritas fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia menggunakan klasifikasi penyakit berdasarkan ICD-10 (*International Statistical Classification Diseases and Health Problem*) revisi ke-10, yang menggunakan kombinasi huruf dan angka untuk mengidentifikasi penyakit (Rahmawati & Utami, 2020)

b. Langkah Kodefikasi

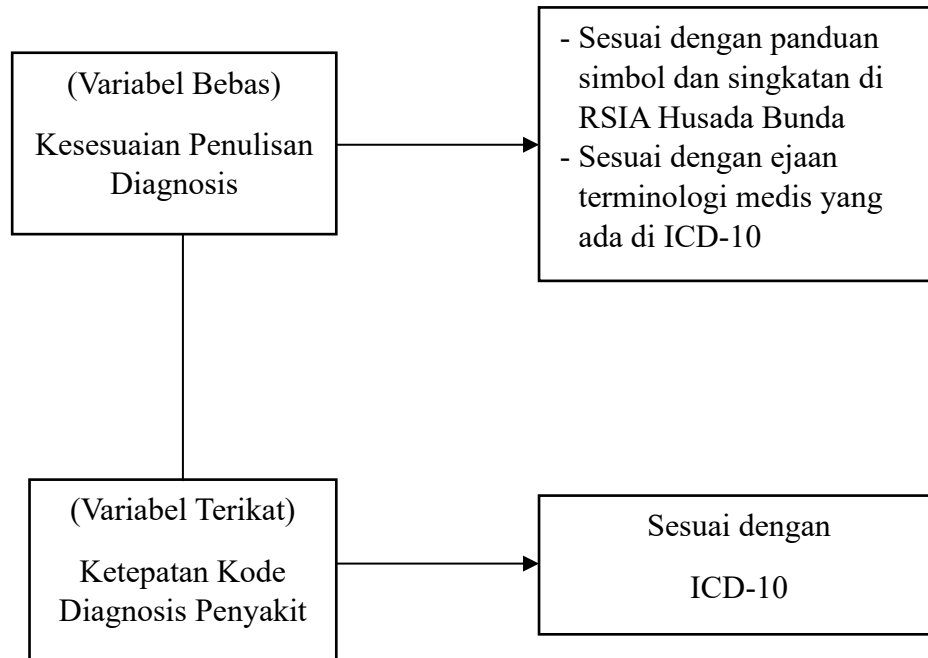
Menurut Hatta (2013) terdapat sembilan langkah dasar dalam menentukan kode, yaitu (Hatta, 2013):

1. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode, dan buka volume 3 *Alphabetical Index* (kamus). Bila pernyataan adalah istilah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada Bab I-XIX dan XXI (Vol. 1), gunakanlah ia sebagai “*lead-term*” untuk dimanfaatkan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi I indeks (Volume 3). Bila pernyataan adalah penyebab luar (*external cause*) dari cedera (bukan nama penyakit) yang ada di Bab XX (Vol. 1), lihat dan cari kodenya pada seksi II di Indeks (Vol.3).
2. “*Lead-term*” (kata panduan) untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologisnya.

Sebaiknya jangan menggunakan istilah kata benda anatomi, kata sifat atau kata keterangan sebagai kata panduan. Walaupun demikian, beberapa kondisi ada yang diekspresikan sebagai kata sifat 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 *lead-term* (kata dalam tanda kurung = *modifier*, tidak akan mempengaruhi kode). Istilah lain yang ada di bawah *lead-term* (dengan tanda (-) *minus* = *idem* = *indent*) dapat mempengaruhi nomor kode, sehingga 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 indeks (Vol. 3). Perhatikan juga perintah untuk membubuhi kode tambahan (*additional code*) serta aturan cara penulisan dan pemanfaatannya dalam pengembangan indeks penyakit dan dalam sistem pelaporan morbiditas dan mortalitas.
7. Ikuti pedoman *Inclusion* dan *Exclusion* pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (*chapter*), blok, kategori atau subkategori.
8. Tentukan kode yang anda pilih.
9. Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk pemastian kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan.

2.2 Kerangka Konsep



2.3 Hipotesis Penelitian

- H0 : Tidak ada hubungan kesesuaian penulisan diagnosis dengan ketepatan kode diagnosis penyakit di RSIA Husada Bunda Kota Malang.
- H1 : Ada hubungan kesesuaian penulisan diagnosis dengan ketepatan kode diagnosis penyakit di RSIA Husada Bunda Kota Malang.