

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Puskesmas

2.1.1 Definisi Puskesmas

Menurut (Permenkes Nomor 43, 2019) tentang pusat kesehatan masyarakat pasal 1 Pusat Kesehatan Masyarakat atau disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Puskesmas harus mengusahakan peningkatan kualitas pelayanan agar dapat memberikan pelayanan yang baik dan mencapai derajat kesehatan yang optimal.

2.1.2 Tujuan

Menurut (Wicaksana & Rachman, 2018a) tujuan puskesmas yaitu mengacu dengan kebijakan pembangunan kesehatan pemerintah daerah kabupaten/kota yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Lima Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

2.1.3 Visi Misi Puskesmas

Puskesmas memiliki visi yaitu tercapainya masyarakat kecamatan yang sehat menuju Indonesia sehat yang dilihat melalui beberapa indikator yaitu:

1. Lingkungan sehat.
2. Perilaku sehat
3. Cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu Derajat kesehatan masyarakat kecamatan. (Wicaksana & Rachman, 2018a)

2.1.4 Fungsi Puskesmas

Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama puskesmas memiliki 3 fungsi sesuai dengan sistem kesehatan nasional, yaitu:

4. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan

Penggerakan wawasan kesehatan ini diselenggarakan di tingkat kecamatan dengan tujuan memantau pembangunan kesehatan masyarakat.

5. Pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga

Pemberdayaan masyarakat berguna sebagai peningkatan pengetahuan dan kemampuan mengenai identifikasi masalah, perencanaan, dan pengambilan keputusan untuk memecahkan masalah

6. Pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama

Sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama puskesmas diharapkan dapat menjadi tonggak pertama dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Definisi

Menurut (Kemenkes, 2022) rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Rekam medis dapat diartikan sebagai informasi tertulis dan terekam yang memuat identitas pasien, riwayat kesehatan, pemeriksaan, pemeriksaan fisik, perkembangan penyakit, pemeriksaan laboratorium, diagnosis dan tindakan yang diterima oleh pasien.

Rekam medis juga memiliki makna yang luas bukan hanya sekedar melakukan pencatatan tetapi rekam medis juga sebuah sistem penyelenggaraan dimulai dari kegiatan penerimaan pasien, pencatatan data medis pasien, dan pelayanan yang diterima oleh pasien selama di rumah sakit.

2.2.2 Manfaat

Rekam medis dapat dimanfaatkan sebagai dokumen yang berisi pemeliharaan dan pengobatan pasien, sebagai alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin, dan etika kedokteran maupun kedokteran gigi, sebagai kebutuhan penelitian dan sebagai bukti untuk pembayaran atas pelayanan yang telah diterima pasien.(PERMENKES RI No 269/MENKES/PER/III/2008, 2008).

Menurut (Tri, 2017) rekam medis memiliki beberapa manfaat yang lain, yaitu:

1. Pengobatan Pasien

Rekam medis berisi catatan kesehatan pasien sebelumnya sehingga dapat menjadi dasar dokter mendirikan diagnosis dan merencanakan perawatan selanjutnya yang akan diberikan kepada pasien.

2. Peningkatan Kualitas Pelayanan

Rekam medis yang lengkap dan jelas akan meningkatkan kualitas pelayanan karena bisa melindungi tenaga medis dan pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.

3. Pendidikan dan Penelitian

Rekam medis merupakan bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian dibidang kesehatan, karena di dalam rekam medis berisi informasi mengenai penyakit, perkembangan kesehatan pasien, pengobatan, dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien.

4. Pembiayaan

Penetapan pembiayaan pasien tentunya dilihat dari penyakit yang diderita pasien dan tindakan medis yang diterima oleh pasien, maka dari tu rekam medis sangat diperlukan untuk melihat berapa biaya yang diberikan kepada pasien dan sebagai bukti pembiayaan.

5. Statistik Rumah sakit

Perhitungan 10 besar penyakit dan 10 besar tindakan di suatu rumah sakit dapat dilihat di rekam medis pasien dan dapat digunakan sebagai bahan penelitian dan perkembangan kesehatan masyarakat di lingkungan rumah sakit.

6. Pembuktian Masalah Hukum

Jika terjadi kesalahan pengobatan atau diagnosis atau biasa disebut malpraktik, rekam medis dapat digunakan sebagai bukti dalam penyelesaian masalah hukum.

2.2.3 Tujuan

Tujuan rekam medis menurut (Rahmadani, 2020) yaitu menunjang terciptanya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan derajat kesehatan di rumah sakit. Tanpa adanya sistem pengolahan rekam medis yang baik dan benar, maka administrasi rumah sakit akan tidak berhasil.

Menurut (Abduh, 2021) Pelaksanaan pelayanan medis adakalanya terjadi kesalahan yang dilakukan yang mengakibatkan pasien mengalami kerugian atau yang disebut dengan malapraktek, sehingga secara umum rekam medis berguna untuk:

1. Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga kesehatan
2. Merupakan dasar perencanaan pengobatan / perawatan yang harus diberikan kepada pasien.
3. Sebagai alat bukti tertulis atas pelayanan dan pengobatan terhadap pasien.
4. Sebagai dasar analisis studi. evaluasi mutu pelayanan. terhadap pasien
5. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien. rumah sakit. maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
6. Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian
7. Sebagai dasar perhitungan biaya pelayanan medis pasien
8. Menjadi sumber ingatan dan bahan pertanggungjawaban medis.

2.2.4 Aspek dan Kegunaan

Menurut Gibony (1991) dalam (Mayasari, 2020) menyatakan kegunaan rekam medis dengan singkatan ALFRED, yaitu :

1. Aspek Administrasi (*Administration*)

Dokumen Rekam Medis berisi pelaksanaan pengelolaan sumber daya dan tanggung jawab para tenaga medis yang memberi tata laksana pada pasien maka dari itu dokumen rekam medis memiliki nilai administrasi.

2. Aspek Hukum (*Legal*)

Dokumen rekam medis juga berisi mengenai tindakan dan tata laksana yang diberikan kepada pasien maka dari itu dalam aspek hukum dapat berfungsi sebagai barang bukti jika terjadi suatu kasus.

3. Aspek keuangan (*Financial*)

Dalam pembayaran maupun klaim biaya asuransi, dokumen rekam medis dibutuhkan untuk mengetahui jenis tindakan maupun diagnosis pasien agar bisa memberi harga atau tarif layanan sesuai yang didapatkan pasien.

4. Aspek Penelitian (*Research*)

Rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya berkaitan dengan data atau informasi yang dapat diakses dan digunakan untuk penelitian dan pengembangan ilmiah dibidang kesehatan.

5. Aspek Pendidikan (*Education*)

Rekam medis berisi mengenai data dan informasi tentang perkembangan pasien selama dirawat, oleh karena itu rekam medis dapat dijadikan sebagai bahan ajar dibidang Pendidikan rekam medis.

6. Aspek dokumentasi (*Documentation*)

Dokumen rekam medis digunakan sebagai bahan laporan rumah sakit, karena itu rekam medis harus disimpan dan didokumentasikan dengan baik.

2.3 Diagnosis

2.3.1 Definisi Diagnosis

Diagnosis secara terminologi medis yaitu penetapan keadaan kesehatan yang menyimpang maupun keadaan normal melalui dasar ilmu pengetahuan dan kesehatan (Li & Teori, 2020). M Didalam rekam medis terdapat 2 diagnosis yaitu diagnosis utama dan diagnosis sekunder.

Menurut Gemala Hatta, 2008 Diagnosis utama adalah kondisi yang setelah dipelajari dan ditentukan sebagai penyebab utama yang menyebabkan pasien masuk rumah sakit dan mendapatkan perawatan kesehatan, sedangkan diagnosis sekunder adalah masalah kesehatan yang muncul pada saat episode perawatan kesehatan.

2.3.2 Penulisan Diagnosis

Penetapan atau penulisan diagnosis merupakan kewajiban, hak, dan tanggung jawab dokter pemberi asuhan. Penetapan dan penulisan diagnosis yang dituliskan pada DRM wajib diisi lengkap dan jelas sesuai dengan aturan ICD 10. Dokter pemberi asuhan harus menuliskan diagnosis dengan jelas dan lengkap, sering ditemukan dokter tidak menuliskan diagnosis pasien dengan lengkap. Menurut penelitian oleh (Yunawati, 2022) dari 90 DRM yang diteliti terdapat 45,6% yang diagnosis nya tidak ditulis lengkap.

2.3.3 Aturan penulisan Diagnosis

Aturan penulisan diagnosis:

1. Diagnosis bersifat informatif agar bisa diklasifikasikan pada kode yang spesifik
2. Jika tidak terdapat diagnosis yang dapat ditegakkan pada akhir episode perawatan, maka gejala utama, hasil pemeriksaan penunjang yang tidak normal atau masalah lainnya dipilih menjadi diagnosis utama.
3. Diagnosis untuk kondisi multiple seperti cedera multiple, gejala sisa dari penyakit sebelumnya, atau kondisi yang terjadi pada penyakit *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*.

- Jika salah satu kondisi yang lebih berat dan lebih banyak menggunakan sumber daya maka dipilih sebagai diagnosis utama
 - jika tidak ada yang menonjol maka digunakan penyakit HIV yang menyebabkan infeksi multiple sebagai diagnosis utama
 - Jika suatu periode perawatan ditujukan untuk pengobatan atau pemeriksaan gejala sisa suatu penyakit yang tidak diderita lagi maka diagnosis sekuele harus ditulis dengan asal-usulnya.
4. jika ada sekuele multiple yang pengobatannya tidak difokuskan pada salah satu kondisi sekuele multiple tersebut, maka diagnosis sekuele multiple bisa ditegakkan. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016)

2.4 Kodefikasi Penyakit dan Tindakan

2.4.1 Definisi Kodefikasi

Diagnosis dan tindakan yang sudah dituliskan oleh dokter perlu dilakukan kodefikasi sebagai penyeragaman nama, maka dari itu seorang petugas rekam medis memiliki salah satu tugas penting yaitu Kodefikasi penyakit dan tindakan. Kodefikasi adalah kegiatan pemberian dan penetapan kode dengan menggunakan kombinasi angka dan huruf untuk mewakili suatu data (Wicaksana & Rachman, 2018b) Data tersebut yaitu diagnosis pasien dan tindakan medis yang sudah diterima oleh pasien.

WHO atau *World Health Organization* menyatakan bahwa kode klasifikasi penyakit bermaksud untuk menyamakan dan menyeragamkan nama dan golongan penyakit atau diagnosis, cedera, gejala, dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seseorang.

2.4.2 Manfaat Kodefikasi

Kodefikasi harus dilakukan di setiap fasilitas pelayanan kesehatan karena selain bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, kodefikasi memiliki beberapa manfaat lain, yaitu:

1. Mengindeks catatan penyakit dan tindakan di fasilitas pelayanan kesehatan
2. Sistem pelaporan diagnosis medis
3. Memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis dan karakteristik pasien dan pemberi layanan
4. Bahan untuk pengelompokan DRGs (*Diagnosis Related Groups*)
5. Sebagai pelaporan Morbiditas dan Mortalitas tingkat Nasional maupun Internasional
6. Data dukung bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis
7. Merencanakan bentuk pelayanan sesuai perkembangan zaman
8. Analisis dalam pembiayaan pelayanan kesehatan
9. Penelitian epidemiologi klinis

2.4.3 Alat Bantu Kodefikasi

Dalam melakukan penentuan tentunya diperlukan alat bantu maupun instrumen, dalam melakukan penentuan kode penyakit dan tindakan menggunakan 2 buku utama yaitu;

a. ICD 10

ICD 10 atau *Internasional Classification of Disease and Related Health Problem* yaitu buku yang didalamnya terdapat kode-kode penyakit dan cedera yang dialami oleh seseorang. Buku ICD 10 ini memiliki 3 volume yang isinya berbeda-beda tiap bukunya tetapi masih memiliki keterikatan.

1. ICD 10 Volume 1

Pada volume 1 sering juga disebut dengan *Tabular List* yang berisi:

- Pengantar
- Pernyataan
- Pusat-pusat kolaborasi WHO untuk klasifikasi penyakit
- Laporan konferensi internasional yang menyetujui revisi ICD 10
- Daftar kategori tiga karakter
- Daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori termasuk sub kategori empat karakter
- Daftar morfologi neoplasma

- Daftar tabulasi khusus morbiditas dan mortalitas
- Definisi-definisi
- Regular nomenklatur

1. ICD 10 Volume 2

Pada volume 2 ini berisi mengenai tata cara penggunaan ICD 10 dan beberapa aturan lainnya, yaitu:

- Pengantar
- Penjelasan mengenai ICD
- Tata cara penggunaan ICD 10
- Aturan pengkodean mortalitas dan morbiditas
- Statistik
- Riwayat perkembangan ICD

2. ICD 10 Volume 3

Pada volume 3 berisi indeks abjad dari huruf a-z selain itu masih terdapat yang lain yaitu;

- Pengantar
- Susunan indeks secara umum
- Seksi I : indeks abjad penyakit dan bentuk cedera
- Seksi II : penyebab luar cedera
- Seksi III : tabel obat dan zat kimia
- Perbaikan terdapat volume 1

b. ICD 9 CM

Selain penggunaan ICD 10 untuk kodifikasi penyakit dan diagnosis, dibutuhkan juga ICD 9 CM untuk melakukan kodifikasi tindakan atau prosedur kesehatan yang diterima oleh pasien. Jika ICD 10 memiliki kode gabungan antara alfanumerik, pada ICD 9 CM menggunakan kode yang terdiri dari angka saka dan juga idak seperti ICD 10 yang memiliki 1 buku tiap volumenya ICD 9 CM hanya terdapat 1 buku saja tetapi juga menampung 2 volume atau 2 bagian, berikut 2 bagian ICD 9 CM,:

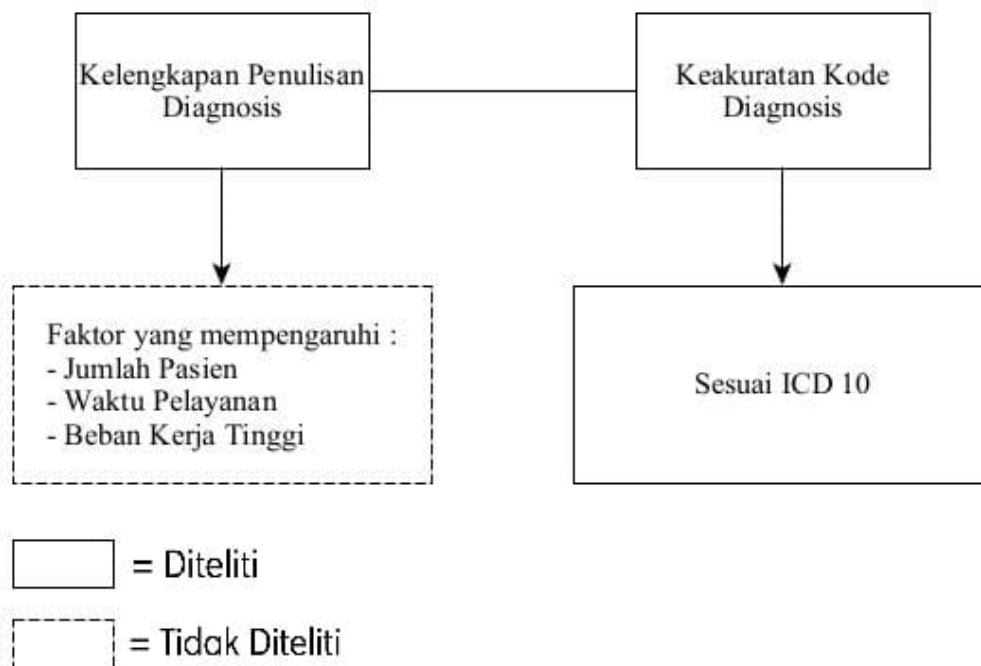
1. Bagian I

Pada bagian 1 berisi *Tabular List* atau daftar klasifikasi dari prosedur. Terdapat 3 – 4 karakter pada tiap kode tindakan serta terdapat nama tindakannya.

2. Bagian II

Pada bagian 2 ini berisi *Index Procedur* atau kumpulan kata kunci suatu tindakan agar mempermudah mencarinya dan disusun berdasarkan abjad A-Z.

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

2.6 Hipotesis

a. H0

Tidak ada hubungan antara kelengkapan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis di Puskesmas Dinoyo Malang.

b. Ha

Ada hubungan antara kelengkapan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis di Puskesmas Dinoyo Malang.

