

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Rumah Sakit

Undang-undang rumah sakit nomor 44 tahun 2009 menyatakan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban:

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
- b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, 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 system 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. Rekam Medis

Menurut PERMENKES No: 269/MENKES/PER/III/2008 rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Dalam mengelolah rekam medis harus dilakukan oleh tenaga rekam medis.

Menurut Departemen Kesehatan RI (2016), rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnose serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

Kegunaan rekam medis menurut Depkes RI (2006:13) dapat dilihat dari beberapa aspek yaitu:

1. Aspek Administrasi

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

2. Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan

atau perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen risiko klinis serta keamanan dan keselamatan pasien dan kendali biaya.

3. Aspek Hukum

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

4. Aspek Keuangan

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

5. Aspek Penelitian

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

6. Aspek Pendidikan

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

tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi sesuai profesi 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.

Menurut Departemen Kesehatan RI (2016) Rekam medis memiliki kegunaan sebagai:

1. Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian didalam proses pemberian pelayanan, pengobatan dan perawatan kepada pasien.
2. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
3. Sebagai bukti tertulis maupun terekam atas segala tindakan pelayanan, pengobatan dan perkembangan penyakit selama pasien berkunjung atau dirawat di rumah sakit.
4. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang telah diberikan kepada 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 dan pendidikan.

7. Sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis yang diterima oleh pasien.
8. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan.

3. Terminologi Medis

Menurut Nuryati (2011) bahwa terminologi medis adalah ilmu peristilahan medis yang merupakan sarana komunikasi antara mereka yang berkecimpung langsung/tidak langsung dibidang pelayanan medis. Menurut Hatta (2011), istilah-istilah penyakit atau kondisi gangguan kesehatan yang didaftar dalam nomenklatur harus sesuai dengan istilah yang digunakan didalam suatu system klasifikasi penyakit. Sebagian besar struktur istilah medis tersusun dari 3 (tiga) unsur kata, yakni prefix, root, dan suffix. Struktur setiap kata/istilah harus memiliki minimal satu root. Tidak semua istilah medis terdiri dari tiga unsur prefix, root dan suffix, adakalanya satu istilah terdiri hanya dua unsur kata, mungkin hanya terdiri dari prefix dan root atau root dan suffix saja, namun tidak jarang juga istilah memiliki lebih dari tiga unsur kata.

4. 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 dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada buku ICD-10. Pengertian diagnosis menurut Hatta (2011 : 140) di bagi menjadi dua, yaitu:

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 pelayanan, baik yang disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul sebagai akibat dari pelayanan yang diberikan kepada pasien.

5. Kodifikasi Diagnosis

Menurut Depkes RI (1997) dalam Damayanti (2013), coding merupakan pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Menurut Kasim dalam Hatta (2011), pengodean yang sesuai dengan ICD-10 adalah:

1. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode, dan buka volume 3 Alfabetical Indeks (kamus). Bila pernyataan adalah istilah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada Bab I-XIX dan XXI-XXII, lalu gunakan ia sebagai “lead term” untuk dimanfaatkan sebagai panduan

menelusuri istilah yang dicari pada seksi 1 indeks (Volume 3). Bila pernyataan adalah penyebab luar (external cause) dari cedera (bukan nama penyakit) yang ada di Bab XX (Volume 1), lihat dan cari kodenya pada seksi II di Indeks (Volume 3).

2. “Lead term” (kata panduan) untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologisnya. Sebaiknya jangan menggunakan istilah kata benda anatomi, kata sifat atau kata keterangan sebagai kata panduan. Walaupun demikian, beberapa kondisi ada yang diekspresikan sebagai kata sifat atau eponym (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 memengaruhi nomor kode, sehingga semua kata-kata diagnostik harus diperhitungkan).
5. Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (cross references) dan perintah see dan see also yang terdapat dalam indeks.
6. Lihat daftar tabulasi (Volume 1) untuk mencari nomor kode yang paling tepat. Lihat kode tiga karakter di indeks dengan tanda minus pada posisi keempat yang berarti bahwa isian untuk karakter keempat itu ada di dalam

volume 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam 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 subkategori.
8. Tentukan kode yang anda pilih.
9. Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk memastikan kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan.

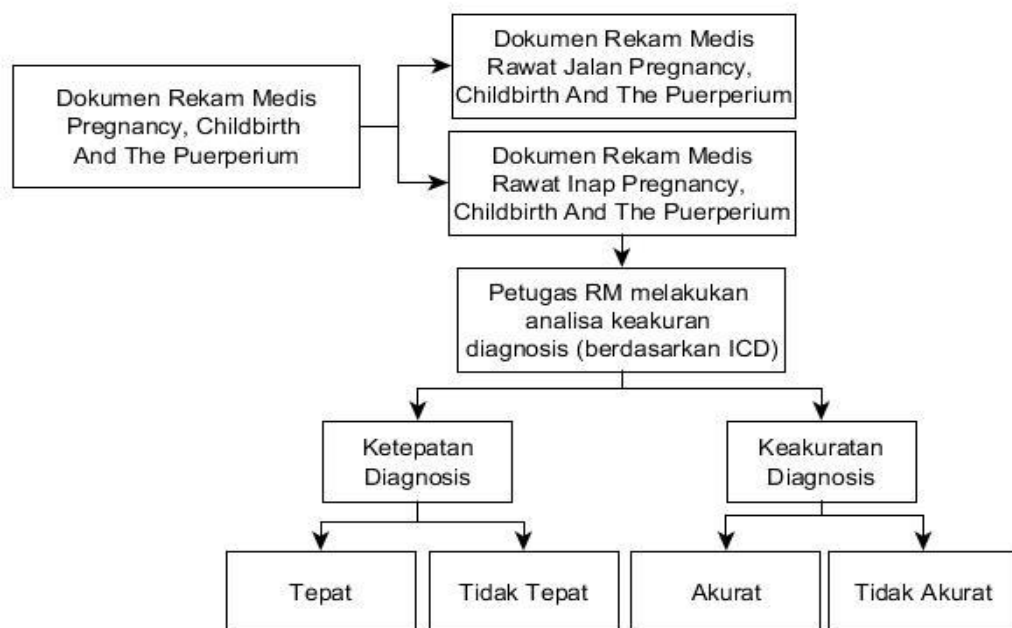
Menurut (Budi, 2011), kecepatan dan ketepatan coding dari suatu diagnosis dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah tulisan dokter yang sulit dibaca, diagnosis yang tidak spesifik, dan ketrampilan petugas coding dalam pemilihan kode. Pada coding ada beberapa kemungkinan yang dapat mempengaruhi hasil pengkodean dari petugas coding, yaitu bahwa penetapan diagnosis pasien merupakan hak, kewajiban, dan tanggungjawab tenaga medis yang memberikan perawatan pada pasien, dan tenaga coding di bagian unit rekam medis tidak boleh mengubah (menambah atau mengurangi) diagnosis yang ada. Tenaga rekam medis bertanggungjawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis. Apabila kewajiban menanyakan atau

berkomunikasi dengan tenaga kesehatan yang bersangkutan. Dalam proses coding mungkin terjadi beberapa kemungkinan, yaitu:

1. Penetapan diagnosis yang salah sehingga menyebabkan hasil pengkodean salah.
2. Penetapan diagnosis yang benar, tetapi petugas pengkodean salah menentukan kode, sehingga hasil pengkodean salah.
3. Penetapan diagnosis dokter kurang jelas, kemudian dibaca salah oleh petugas pengkodean, sehingga hasil pengkodean salah.

Oleh karena itu, kualitas hasil pengkodean bergantung pada kelengkapan diagnosis, kejelasan tulisan dokter, serta profesionalisme dokter dan petugas pengkodean.

B. Kerangka konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Pada kerangka konsep diatas dijelaskan bahwa berkas rekam medis *Pregnancy, Childbirth And The Puerperium* dianalisa oleh petugas rekam medis untuk mengetahui antara ketepatan penulisan diagnosis terhadap keakuratan kode diagnosis *Pregnancy, Childbirth And The Puerperium* berdasarkan ICD-10. Pada saat dilakukan Analisa terdapat kode diagnosis yang akurat dan tidak akurat, selanjutnya dilakukan pelaporan mengenai Analisa keakuratan kode diagnosis *Pregnancy, Childbirth And The Puerperium* berdasarkan ICD-10.

C. Hipotesis

H0 : Tidak ada hubungan ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis *Pregnancy, Childbirth And The Puerperium* di Rumah Sakit Ibu dan Anak Puri Malang.

H1: Ada hubungan ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis *Pregnancy, Childbirth And The Puerperium* di Rumah Sakit Ibu dan Anak Puri Malang.