

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah Sakit

Menurut WHO, 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 medik.

b. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit umum mempunyai misi memberikan pelayanan yang terbaik, bermutu, dan terjangkau bagi masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tugas rumah sakit umum adalah untuk melaksanakan 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. Dimana dalam melaksanakan fungsinya, maka rumah sakit menyelenggarakan kegiatan :

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

2.1.2 Rekam Medis

a. Definisi Rekam Medis

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008, Rekam medis adalah berkas berisi catatan dan dokumen tentang pasien yang berisi identitas, pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis lain pada sarana pelayanan kesehatan untuk rawat jalan, rawat inap baik dikelola pemerintah maupun swasta.

Menurut UU Praktik Kedokteran Pasal 46 ayat (1), yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Rekam Medis menurut Edna K Huffman (1999), rekam medis adalah fakta yang berkaitan dengan keadaan pasien, riwayat penyakit, dan pengobatan masa lalu serta saat ini yang ditulis oleh profesi kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien tersebut.

b. Isi Rekam Medis

Menurut Konsil Kedokteran Indonesia (2006), isi dalam rekam medis, yaitu :

- 1) Catatan, merupakan uraian tugas tentang identitas pasien, pemeriksaan pasien, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain baik dilakukan oleh dokter dan dokter gigi maupun tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kompetensinya
- 2) Dokumen, merupakan kelengkapan dari catatan tersebut, antara lain foto rontgen, hasil laboratorium dan keterangan lain sesuai dengan kompetensi keilmuannya.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/PER/MENKES/PER/III/2008 Bab II Pasal 2 disebutkan bahwa data-data yang harus dimasukkan dalam rekam medis dibedakan untuk pasien yang diperiksa di unit rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat.

1) Rekam Medis Pasien Rawat Jalan

Data pasien rawat jalan yang dimasukkan dalam rekam medis sekurang-kurangnya antara lain :

- Identitas pasien
- Tanggal dan waktu
- Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit)
- Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
- Diagnosis
- Rencana penatalaksanaan
- Pengobatan atau tindakan
- Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
- Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
- Persetujuan tindakan bila perlu

2) Rekam Pasien Rawat Inap

Data pasien rawat jalan yang dimasukkan dalam rekam medis sekurang-kurangnya antara lain :

- Identitas pasien
- Tanggal dan waktu
- Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit)
- Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
- Diagnosis
- Rencana penatalaksanaan / TP (Treatment Planning)
- Pengobatan atau tindakan
- Persetujuan tindakan bila perlu
- Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
- Ringkasan pulang
- Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu
- Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik

3) Rekam Medis Gawat Darurat

- Identitas pasien
- Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan

- Identitas pengantar pasien
- Tanggal dan waktu
- Hasil anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit)
- Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
- Diagnosis
- Pengobatan atau tindakan
- Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut
- Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain
- Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

c. Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis

Berkas rekam medis bertujuan untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Untuk mencapai tujuan tersebut, maka dalam pengisian atau pencatatan rekam medis di rumah sakit dilakukan oleh dokter dan perawat mengenai hasil kegiatan medis yang telah dilakukan, untuk itu didalam pelaksanaan pengisian dan pencatatan dokumen rekam medis haruslah diisi dengan lengkap sehingga dapat menghasilkan informasi yang akurat dan berkesinambungan (Alaydrus, 2011).

Menurut seorang pakar, Gibony, kegunaan rekam medis dinyatakan dengan singkatan ALFRED, yaitu :

a) Administration (Administrasi)

Data dan informasi yang dihasilkan dalam rekam medis dapat digunakan manajemen untuk menjalankan fungsinya guna pengelolaan berbagai sumber daya.

b) Legal (Hukum)

Rekam medis dapat digunakan sebagai alat bukti hukum yang dapat melindungi pasien, provider (dokter, perawat, dan tenaga

kesehatan lainnya) serta pengelolaan dan pemilik sarana pelayanan kesehatan terhadap hukum

c) Financial (Keuangan)

Catatan yang ada dalam dokumen rekam medis dapat digunakan untuk memprediksikan pendapatan dan biaya sarana pelayanan kesehatan

d) Research (Penelitian)

Dapat dilakukan penelurusan terhadap berbagai macam penyakit yang telah dicatat kedalam dokumen rekam medis guna kepentingan penelitian

e) Education (Pendidikan)

Dokumen rekam medis dapat digunakan untuk pengembangan ilmu

f) Documentation (Dokumentasi)

Dapat digunakan sebagai dokumen karena menyimpan sejarah medis seseorang

2.1.3 Buku Saku

a. Definisi Buku Saku

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, buku saku adalah buku yang berukuran kecil yang dapat dimasukkan kedalam saku dan mudah dibawa kemana-mana. Buku saku memiliki cakupan yang cukup luas dan biasanya digunakan untuk penyampaian sosialisasi atau menampilkan suatu pokok bahasan di hadapan khalayak. Buku saku juga dapat diartikan sebagai buku panduan, karena sifatnya yang menunjukkan panduan bagi penggunaanya.

b. Aspek yang diperhatikan

Aspek dalam pembuatan buku (Taranokanai, 2012) :

1) Layout (Tata Letak)

Suatu usaha/perbuatan dalam menata dan memadukan unsur-unsur komunikasi grafis seperti gambar/ilustrasi, teks, grafik, tabel, caption, angka halaman, dan elemen lainnya menjadi suatu media

komunikasi visual yang komunikatif dan estetik. Dihasilkan melalui :

- a) Gagasan-gagasan, yang kemudian dinyatakan dengan kata-kata.
- b) Unsur-unsur yang akan dipakai.
- c) Pentingnya hubungan antara gagasan dan unsur secara relatif.
- d) Urutan penyajian.
- e) Dipengaruhi oleh jenis produk yang dipromosikan, jenis konsumen serta tingkatan perhatian konsumen terhadap produk. Hal ini akan mempengaruhi komposisi/susunan layout.

2) Proporsi/Perbandingan

Menunjukkan hubungan antara suatu unsur dengan lainnya atau dengan layout keseluruhannya dalam hal ukuran atau bidang. Serta, antara dimensi layout dengan dimensi bagian-bagiannya.

3) Keseimbangan

Keseimbangan terjadi bila unsur-unsur ditempatkan/disusun dengan serasi sehingga bobot unsur tersebut memberi kesan mantap dan tepat. Bobot dipengaruhi oleh ukuran, bentuk, warna serta kecerahan atau kegelapan. Di dalam tampilan layout ada istilah pusat optik, tempat dalam suatu ruang yang merupakan pusatnya. Letak pusat optik berada sedikit di atas pusat matematika (kira-kira $1/20$ x tinggi).

4) Kontras

Kontras digunakan untuk menyatakan sesuatu yang ingin ditonjolkan. Kontras dapat dicapai dengan mengganti ukuran, bentuk nada, dan arah.

5) Irama

Irama dicapai dengan cara pengulangan secara teratur beberapa pola dalam rancangan seperti bentuk, nada atau warna. Variasi bentuk yang tidak terlalu besar sehingga pembaca dapat mengenali kesamaanya. Agar layout dapat berhasil baik, irama harus mengarah dari suatu unsur ke unsur lain sesuai kepentingannya.

6) Kesatuan

Unsur-unsur yang membentuk suatu tampilan, harus ada hubungan satu sama lain dalam ruang, sehingga memberi kesan menjadi satu. Kesatuan merupakan pengelompokan bentuk atau warna.

7) Harmoni/keselarasan

Ketika menyusun perlu memperhatikan persyaratan penting yaitu layout harus menggambarkan sesuatu yang kuat, dipandang dari segi visual dan komposisi keseluruhannya harus menghasilkan efek kesatuan.

c. Ukuran buku saku

Prinsip proporsionalitas merupakan hal yang paling penting dalam menentukan ukuran buku saku. Dimana perbandingan antara panjang dan lebar seimbang (kecuali jika ada tujuan tertentu, dapat menggunakan ukuran yang tidak umum). Kemudahan adalah prinsip kedua, artinya bagaimana buku saku mudah untuk dibawa. Yang ketiga adalah hubungannya dengan tebal buku atau panjang naskah. Jika naskah yang dibuat tebal, dapat menggunakan ukuran format yang standar. Sedangkan, jika naskah yang dibuat tipis, dapat menggunakan ukuran buku yang lebih kecil agar tebal buku memadai ketika proses penjilidan (binding). Berikut ini adalah ukuran standar buku :

- 1) Ukuran besar : 20 cm x 28 cm, 21,5 cm x 15,5 cm
- 2) Ukuran standar : 16 cm x 23 cm, 11,5 cm x 17,5 cm
- 3) Ukuran kecil : 14 cm x 21 cm, 10 cm x 16 cm
- 4) Buku saku : 10 cm x 18 cm, 13,5 cm x 7,5 cm (Karimi,2012)

2.1.4 Kodefikasi

a. Definisi kodefikasi

Sesuai Permenkes 27 Tahun 2014 tentang Juknis Indonesia Case Base Groups/INA-CBG's, Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9-CM. Koding sangat menentukan dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke Rumah Sakit.

(akses: <http://www.jkn.kemkes.go.id>)

b. Langkah-Langkah Kodefikasi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (Ina-Cbgs) (akses: <https://bpjs-kesehatan.go.id>), langkah- langkah kodefikasi menggunakan ICD-10 yaitu:

- 1) Identifikasi tipe pernyataan yang akan dikode dan lihat di buku ICD volume 3 (Alphabetical Index). Jika pernyataannya adalah penyakit atau cedera atau lainnya diklasifikasikan dalam bab 1-19 dan 21 (Section I Volume 3). Jika pernyataannya adalah penyebab luar atau cedera diklasifikasikan pada bab 20 (Section II Volume 3).
- 2) Tentukan Lead Term. Untuk penyakit dan cedera biasanya adalah kata benda untuk kondisi patologis. Namun, beberapa kondisi dijelaskan dalam kata sifat atau xxx dimasukkan dalam index sebagai Lead Term.
- 3) Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci.
- 4) Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan indentasi dibawah lead term (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum.
- 5) Ikuti setiap petunjuk rujukan silang (“see” dan “see also”) yang ditemukan dalam index.
- 6) Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada volume 1. Untuk Kategori 3 karakter dengan .- (point dash) berarti ada karakter ke 4 yang harus ditentukan pada Volume 1 karena tidak terdapat dalam Index.
- 7) Baca setiap inclusion atau exclusion dibawah kode yang dipilih atau dibawah bab atau dibawah blok atau dibawah judul kategori.
- 8) Tentukan Kode.

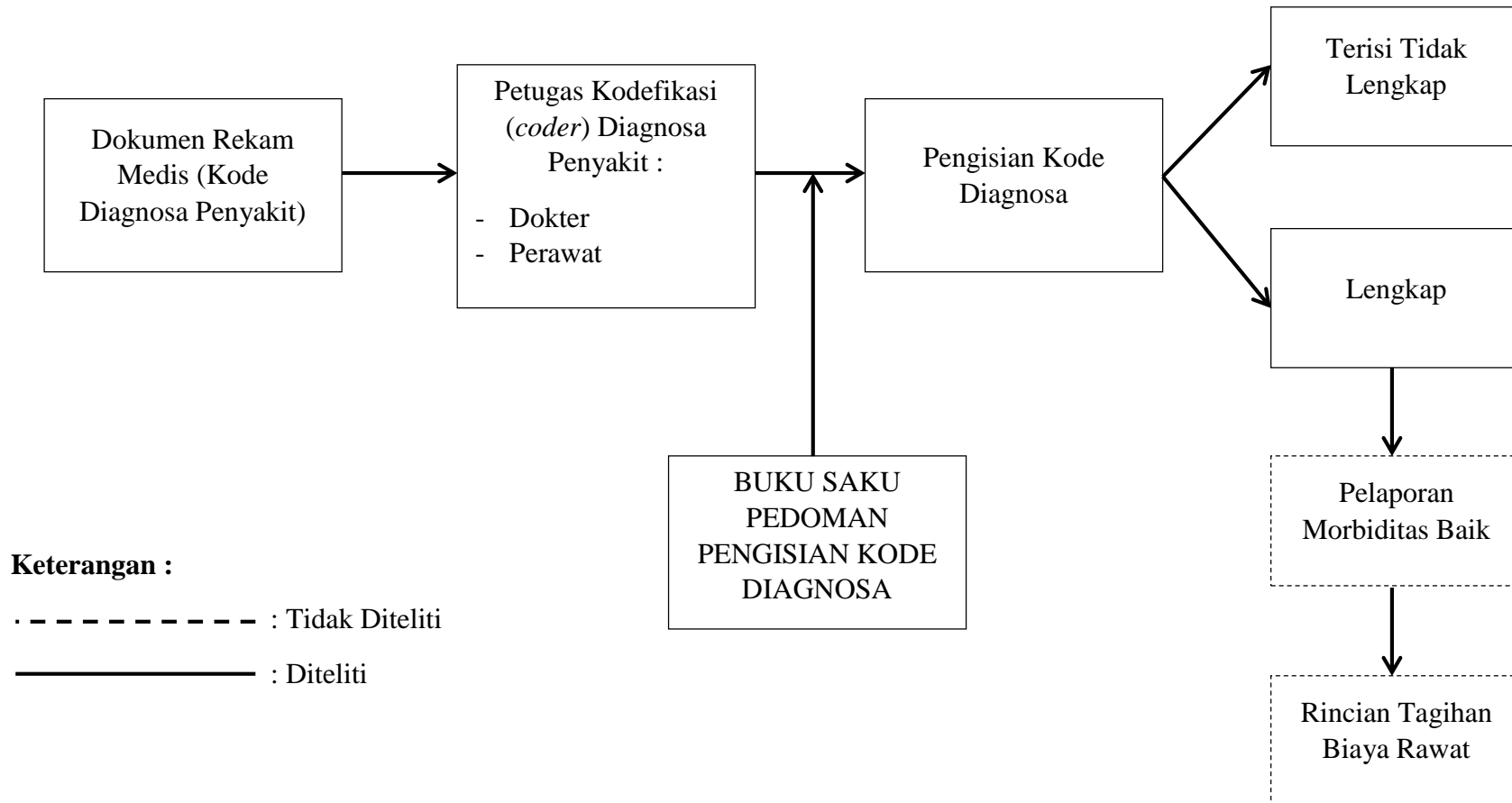
2.1.5 Angka Ketidaklengkapan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia edisi ketiga (2005:660) kelengkapan adalah perihal lengkap, kegenapan, dan kekompetenan. Pemahaman lain disebutkan, lengkap adalah tidak ada kurangnya, segalanya yang sudah dilengkapi atau disediakan.

Berdasarkan Permenkes No. 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, disebutkan bahwa indikator kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan adalah 100%. Rekam medis yang tidak lengkap, tidak akan cukup memberikan informasi untuk pengobatan selanjutnya jika pasien berobat kembali ke rumah sakit. Termasuk di dalamnya adalah pengisian kode diagnosa. Kelengkapan dalam pengkodean penyakit merupakan hal yang sangat penting untuk diperhatikan karena hasil kodifikasi tersebut berpengaruh pada laporan morbiditas dan mortalitas serta berpengaruh dalam penentuan rincian tagihan biaya pasien yang dirawat di rumah sakit.

2.2 Kerangka Konsep

Tabel 1 Kerangka Konsep



2.3 Hipotesis

H_0 = Tidak ada perbedaan ketidaklengkapan pengisian kode diagnosa pada dokumen rekam medis rawat jalan sebelum dan sesudah adanya buku saku pedoman pengisian kode diagnosa di Rumah Sakit Baptis Kediri.

H_1 = Ada perbedaan ketidaklengkapan pengisian kode diagnosa pada dokumen rekam medis rawat jalan sebelum dan sesudah adanya buku saku pedoman pengisian kode diagnosa di Rumah Sakit Baptis Kediri.