

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Puskesmas

Pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat perseorang tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat (Permenkes, 2019). Dalam pelaksanaannya, Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan untuk mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya (Dewinta, 2022).

Fungsi Puskesmas terbagi menjadi dua, yaitu Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). UKM merupakan salah satu fungsi Puskesmas yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Dalam hal ini, Puskesmas berfokus pada pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok dan masyarakat. Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama meliputi:

1. layanan promosi Kesehatan
2. Pelayanan kesehatan lingkungan

3. Pelayanan kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana
4. Layanan nutrisi, dan
5. Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.

Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) merupakan fungsi Puskesmas yang bertujuan melaksanakan kegiatan atau rangkaian kegiatan untuk mencegah, menyembuhkan penyakit, mengurangi penderitaan akibat penyakit, serta berusaha memulihkan kesehatan perorangan. Upaya kesehatan perorangan mempunyai beberapa pelayanan seperti:

1. Rawat jalan
2. Layanan darurat
3. Perawatan satu hari
4. Perawatan rumah
5. Rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan (Dewinta, 2022).

2.1.2 Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SIMPUS)

SP2TP adalah kegiatan pencatatan dan pelaporan data umum, sarana, tenaga, dan upaya pelayanan kesehatan di Puskesmas yang ditetapkan melalui SKMENKES/SK/II/1981. Tujuan umum dari SP2TP ialah data dan informasi yang akurat tepat waktu dan mutakhir secara periodik dan teratur pengolahan program kesehatan masyarakat melalui Puskesmas di berbagai tingkat administrasi. Menurut Kep. Dirjen Bina Kesmas, No. 590/BM/DJ/INFO/ V/96: Penyederhanaan SP2TP dibagi menjadi tiga yaitu:

a. Bulanan:

- 1) Data kesakitan (LB1)
- 2) Laporan pemakaian dan lembar permintaan obat (LPLPO) (LB2)
- 3) Data gizi, KIA, imunisasi dan pengamatan penyakit menular (LB3)
- 4) Data kegiatan Puskesmas (LB4)

b. Laporan Sentinel, yang mencakup:

- 1) Laporan Bulanan Sentinel (LB1S)
- 2) Laporan Bulanan Sentinel (LB2S)

c. Laporan Tahunan, yang mencakup:

- 1) Data dasar Puskesmas (LT-1)
- 2) Data Kepegawaian (LT-2) dan
- 3) Data Peralatan (LT-3).

2.1.3 Rekam Medis

a) Pengertian Rekam Medis

Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes, 2022). Rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan. Rekam medis memuat mengenai pasien dan pelayanan yang diperoleh serta memuat informasi untuk mengidentifikasi pasien, diagnosis, dan pengobatannya (Riadi, 2018).

Tujuan rekam medis adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan; memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan Rekam Medis; menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan dan ketersediaan data Rekam Medis; dan mewujudkan penyelenggaraan dan pengelolaan Rekam digital dan terintegrasi (Permenkes, 2022). Tujuan rekam medis menurut Gibony (1991) yang disingkat ALFRED yaitu:

- a. Administrasi (Administration). 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.
- b. Hukum (Legal). Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan bukti untuk menegakkan keadilan.
- c. Keuangan (Financial). Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat digunakan dalam menghitung biaya pengobatan/tindakan dan perawatan.
- d. Penelitian (Research). Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang

dapat dipergunakan dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

- e. Pendidikan (Education). Suatu berkas 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.
- f. Dokumentasi (Documentation). Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban.

b) Kepemilikan Rekam Medis

Informasi yang terkandung di dalam rekam medis adalah menjadi milik pasien yang diperoleh dari kontak medis antara pasien dan dokter selama masa perawatan pasien. Namun perlu diingat bahwa rekam medis adalah milik sarana pelayanan kesehatan, oleh karena itu pasien tidak berhak untuk membawa rekam medis tersebut keluar dari sarana pelayanan kesehatan. Hal ini dijelaskan pula oleh Permenkes RI No. 24 Tahun 2022 Pasal 25 ayat 1 dan Pasal 26 ayat 1, yaitu:

- Pasal 25 (1) “Dokumen Rekam Medis milik Fasilitas Pelayanan Kesehatan”.
- Pasal 26 (1) “Isi Rekam Medis milik Pasien”.

Selanjutnya kepemilikan rekam medis ini juga dipertegas dalam Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 ayat (1) "Dokumen rekam medis sebagaimana dimaksud pasal 46 merupakan milik dokter, dokter gigi atau sarana pelayanan kesehatan, sedangkan isi rekam medis merupakan milik pasien".

Kemudian Basbeth (2005) mengemukakan bahwa pasien dapat mengkopi rekam medisnya, namun rekam medis yang asli harus tetap berada di tangan rumah sakit. Walaupun hak pasien untuk melihat dan membuat duplikat dari rekam medisnya adalah mutlak, namun hal tersebut harus dengan alasan yang jelas. Bila sebuah permohonan yang rasional diajukan, maka seorang pasien dapat melihat atau bahkan membuat duplikat dari rekam medisnya pada waktu yang ditentukan.

c) Nilai Informasi dalam Rekam Medis

Informasi adalah data yang diolah menjadi bentuk lebih berguna dan lebih berarti bagi penerimanya. Informasi yang merupakan sumber daya strategis bagi organisasi atau suatu entitas yang mendukung kelangsungan hidup bagi berorganisasi. Oleh karena itu informasi merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap kelangsungan organisasi (Murdani, 2007). Dari data yang terdapat dalam rekam medis, bila diolah menurut keperluannya bisa menjadi sumber informasi kesehatan. Informasi ini bisa mengenai jumlah kunjungan rawat jalan, rawat inap, jenis penyakit, lama rawat pada penyakit-penyakit tertentu, obat-obatan yang dipakai, dan lain-lain. Oleh karena itu rekam medis mengandung 2 (dua) macam informasi, yaitu:

1. Informasi yang mengandung nilai kerahasiaan

Informasi yang mengandung nilai kerahasiaan merupakan catatan mengenai hasil pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, dan lain sebagainya mengenai penderita yang bersangkutan. Mengenai hal ini, ada kewajiban menyimpan rahasia kedokteran, sehingga tidak boleh disebarluaskan tanpa izin penderita tersebut.

2. Informasi yang tidak mengandung nilai kerahasiaan

Informasi yang tidak mengandung nilai kerahasiaan yaitu mengenai identitas pasien serta informasi lain yang tidak mengandung nilai medis. Berkas rekam medis asli tetap harus disimpan di rumah sakit dan tidak boleh diserahkan kepada pengacara atau siapapun yang berhak atas rekam medis adalah rumah sakit. pengisian dan penyelesaiannya adalah tanggung jawab penuh dokter yang merawat dimana catatan harus cermat, singkat, dan jelas (Soeparto, 2006).

2.1.4 Deskriptif kuantitatif

Metode deskriptif kuantitatif adalah suatu riset kuantitatif yang bentuk deskripsinya dengan angka atau numerik. Maksudnya adalah penelitian tersebut berkaitan dengan penjabaran dengan angka-angka statistic misalnya dalam perhitungan persentase. Deskriptif kuantitatif mempunyai tujuan untuk mendeskripsikan atau menjelaskan variabel subjek studi, yaitu jenis kelamin, usia, pekerjaan, pendidikan, status ekonomi, dan sebagainya (Salmaa, 2021). Khususnya dalam menghitung tingkat keakuratan kode diagnosis.

2.1.5 Wawancara

Wawancara adalah suatu bentuk komunikasi lisan yang dilakukan secara terstruktur oleh dua orang atau lebih, baik secara langsung maupun jarak jauh, untuk membahas serta menggali informasi tertentu. Tujuan wawancara secara umum adalah untuk mendapatkan informasi yang akurat dari narasumber dengan menyampaikan beberapa pertanyaan tertentu kepada narasumber (Prawiro, 2018).

2.1.6 Observasi

Observasi adalah suatu aktivitas pengamatan terhadap suatu objek secara cermat dan langsung di lokasi penelitian, serta mencatat secara sistematis mengenai gejala-gejala yang diteliti. Proses observasi merupakan salah satu teknik pengumpulan data dengan tujuan tertentu. Kegiatan observasi memiliki tujuan tertentu yang ingin dicapai. Adapun tujuan observasi sebagai berikut:

- 1) Untuk menggambarkan suatu objek dan segala yang berhubungan dengan objek penelitian melalui pengamatan dengan menggunakan panca indera.
- 2) Untuk mendapatkan suatu kesimpulan mengenai objek yang diamati, dimana kesimpulan tersebut disusun dalam sebuah laporan yang relevan dan bermanfaat bagi bahan pembelajaran.
- 3) Untuk mendapatkan suatu data atau informasi yang dapat dibagikan kepada pihak lain dalam bentuk karya ilmiah atau non-ilmiah (Prawiro, 2019).

2.1.7 Keakuratan Kode Diagnosis

Akurat adalah kata sifat yang digunakan untuk menerangkan suatu kata. Kata ini digunakan untuk menekankan suatu keadaan yang tepat sasaran, tidak meleset dan sempurna. Garis besarnya akurat artinya teliti, saksama, cermat, dan tepat (Rasyid, 2022). Coding adalah salah satu kegiatan pengolahan data rekam medis untuk memberikan kode dengan huruf atau dengan angka atau kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data. Diagnosis merupakan klasifikasi seseorang dengan berdasarkan suatu penyakit yang dideritanya atau satu abnormalitas yang diidapnya (Ibeng, 2022). Jadi keakuratan kode diagnosis adalah menekankan suatu diagnosis dengan memberikan kode huruf atau angka atau kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data secara tepat.

2.1.8 Tata Cara Kodefikasi Menggunakan ICD-10

Langkah-langkah kodefikasi menggunakan ICD-10 antara lain:

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 di bawah *leadterm* (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* di bawah kode yang dipilih atau di bawah bab atau di bawah blok atau di bawah judul kategori.
8. Tentukan Kode (Permenkes, 2014).

2.1.9 ICD-10

ICD merupakan singkatan dari *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* dimana memuat klasifikasi diagnostik penyakit dengan standar Internasional yang disusun berdasarkan sistem kategori dan dikelompokkan dalam satuan penyakit menurut kriteria yang telah disepakati pakar Internasional, sehingga ICD dapat dikatakan sistem penggolongan penyakit dan masalah kesehatan lainnya secara internasional yang ditetapkan menurut kriteria tertentu. Klasifikasi penyakit bisa didefinisikan sebagai sebuah sistem kategori tempat jenis penyakit yang di masukkan sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan (WHO, 2005).

Tujuan dan fungsi ICD menurut WHO 2005 antara lain:

1. Memungkinkan pencatatan, analisis, interpretasi dan perbandingan yang sistematis terhadap data mortalitas dan morbiditas antara berbagai negara atau wilayah, dan antara berbagai jangka waktu.
2. Menterjemahkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lain dari kata menjadi kode alfa-numerik, yang memungkinkan penyimpanan, pemetikan dan analisis data dengan mudah.
3. Menjadi klasifikasi diagnosis standard internasional untuk semua tujuan epidemiologis umum dan berbagai tujuan manajemen kesehatan. Hal ini mencakup analisis situasi kesehatan umum di kelompok masyarakat dan pemantauan insiden dan prevalensi penyakit dan masalah kesehatan lain, dan hubungannya dengan variabel lain seperti ciri-ciri orang yang terlibat dan situasi yang dihadapinya.
4. Mengklasifikasi penyakit dan masalah kesehatan lain yang tercatat pada berbagai jenis catatan kesehatan dan kehidupan.
5. Analisis biaya kesehatan.

Menurut Gemala Hatta (2008:135), dalam buku ICD-10 terdiri dari 3 volume, yaitu:

- a. Volume 1
 - 1) Pusat kolaborasi WHO untuk klasifikasi penyakit
 - 2) Laporan konferensi Internasional yang menyetujui revisi ICD-10
 - 3) Daftar kategori 3 karakter

- 4) Daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori termasuk sub-kategori 5 dan 5 karakter
- 5) Daftar morfologi neoplasma
- 6) Definisi-definisi
- 7) Regulasi-regulasi nomenklatur
- 8) Daftar tabulasi khusus morbiditas dan mortalitas.

b. Volume 2

Buku ICD-10 volume 2 adalah buku petunjuk penggunaan ICD-10 yang berisi:

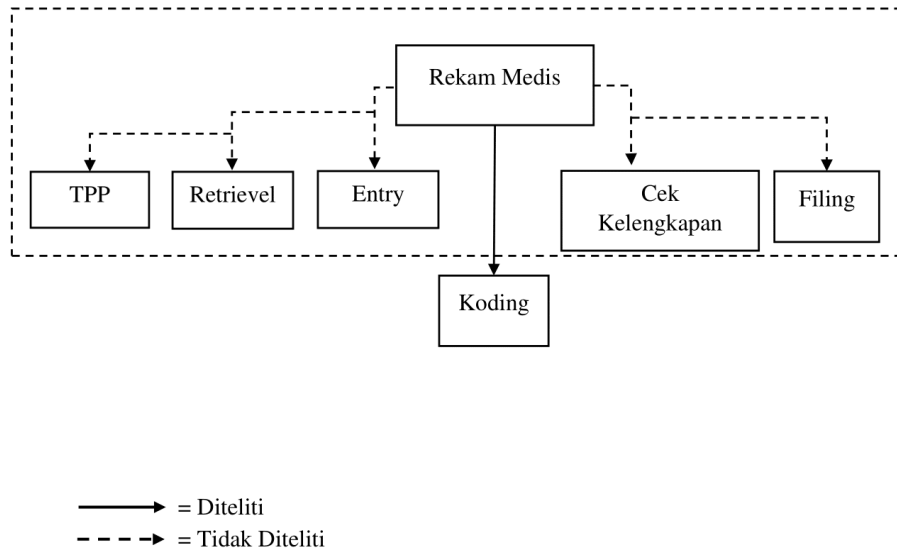
- 1) Penjelasan tentang ICD (*International Classification of Diseases and Health Problems*).
- 2) Cara penggunaan ICD-10.
- 3) Aturan dan petunjuk pengkodean morbiditas dan mortalitas.
- 4) Presentasi statistik.
- 5) Riwayat perkembangan ICD

c. Volume 3

Disebut Alphabetical Indeks (Indeks abjad) yang terdiri dari:

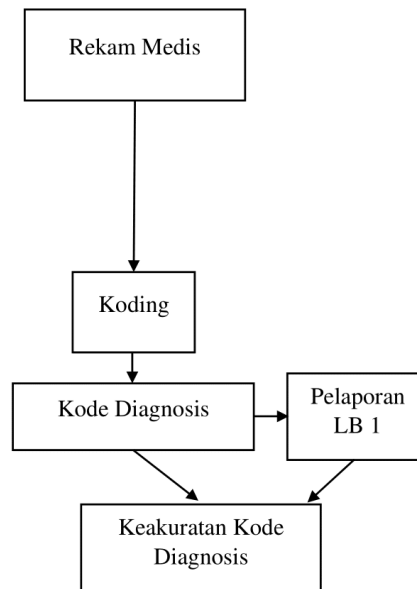
- 1) Susunan indeks secara umum.
- 2) Seksi I: indeks abjad dan bentuk penyakit.
- 3) Seksi II penyebab luar cedera.
- 4) Seksi III: Tabel obat dan zat kimia.

2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep