

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

Menurut WHO (*World Health Organization*), 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 merupakan suatu institusi yang kompleks, pada pakar dan modal. Kompleksitas dalam pelayanan rumah sakit menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan, dan penelitian serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin, agar mampu melaksanakan fungsi yang profesional (Sabela Hasibuan & W Siburian, 2019).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 340/MENKES/PER/III/2010, Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah sakit dalam menunjang upaya pelayanan secara paripurna, di antaranya rumah sakit harus menyelenggarakan pelayanan rekam medis. Pembuatan rekam medis di Rumah Sakit bertujuan untuk mendapatkan catatan atau dokumen yang akurat dan

adekuat dari pasien, mengenai kehidupan dan riwayat kesehatan, riwayat penyakit, di masa lalu dan sekarang, juga pengobatan yang telah diberikan sebagai upaya meningkatkan pelayanan kesehatan.

Rumah Sakit mempunyai beberapa fungsi yang berdasarkan pada Undang-Undang No. 44 tahun 2009 yaitu sebagai berikut:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.2 Rekam Medis

A. Definisi Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes 24 tahun 2022, Rekam Medis merupakan dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, serta pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien. Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi,

tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan. Dalam penjelasan Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran, yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

B. Kegunaan Rekam medis

Menurut Depkes RI (2006), kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain:

a. Aspek Administrasi

Isi dari berkas rekam medis menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedik dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b. Aspek Medis

Catatan rekam medis dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen resiko klinis serta keamanan/keselamatan pasien dan kendali biaya.

c. Aspek Hukum

Isi berkas rekam medis menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam

rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

d. Aspek Keuangan

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

e. Aspek Penelitian

Data dan informasi yang tercatat di dalam rekam medis dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

f. Aspek Pendidikan

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 pendidikan kesehatan.

g. 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.

C. Isi Rekam Medis

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 pada BAB 2 Pasal 3 yang berisi catatan rekam medis mulai dari pasien rawat jalan, pasien rawat inap, pasien gawat darurat, dan pasien dalam keadaan bencana dengan isi:

1) Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat:

- a. Identitas pasien;
- b. Tanggal dan waktu;
- c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
- e. Diagnosis
- f. Rencana penatalaksanaan;
- g. Pengobatan dan/atau tindakan;
- h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
- i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; dan
- j. Persetujuan tindakan bila diperlukan.

2) Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat:

- a. Identitas pasien
- b. Tanggal dan waktu;

- c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - e. Diagnosis;
 - f. Rencana penatalaksanaan;
 - g. Pengobatan dan/atau tindakan;
 - h. Persetujuan tindakan bila diperlukan;
 - i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
 - j. Ringkasan pulang (discharge summary);
 - k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 - l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu dan
 - m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.
- 3) Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat sekurang-kurangnya memuat:
- a. Identitas pasien;
 - b. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan;
 - c. Identitas pengantar pasien;
 - d. Tanggal dan waktu;
 - e. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - f. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;

- g. Diagnosis;
 - h. Pengobatan dan/atau tindakan;
 - i. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;
 - j. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 - k. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain; dan
 - l. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
- 4) Isi rekam medis pasien dalam keadaan bencana, selain memenuhi ketentuan ditambah dengan:
- a. Jenis bencana dan lokasi di mana pasien ditemukan;
 - b. Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana massal; dan
 - c. Identitas yang menemukan pasien;

2.1.3 Formulir Ringkasan Masuk dan Keluar

Formulir Ringkasan Masuk dan Keluar adalah formulir rekam medis yang digunakan untuk mencatat ringkasan perjalanan penyakit sejak pasien masuk sampai keluar RS. Formulir ini berisikan data identitas pasien dan data klinis, termasuk ringkasan penyakit terdahulu, diagnosa awal, diagnosa utama, komplikasi, infeksi nosokomial, tindakan, dan sebab kematian.

2.1.4 Diagnosa Medis

Diagnosis medis merupakan penentuan kondisi kesehatan yang sedang dialami oleh seseorang sebagai dasar pengambilan keputusan medis untuk prognosis dan pengobatan. Diagnosa sering digunakan dokter dalam menyebutkan suatu penyakit yang diderita oleh seorang pasien atau suatu keadaan yang menyebabkan seorang pasien memerlukan atau menerima asuhan medis dengan tujuan untuk memperoleh pelayanan pengobatan, mencegah memburuknya suatu masalah kesehatan dan juga untuk peningkatan kesehatan. Diagnosis dalam ICD-10 batasannya adalah penyakit, cedera, cacat, keadaan masalah terkait kesehatan.

Diagnosis utama adalah keadaan sakit, cacat, luka penyakit yang utama yang menyebabkan pasien dirawat di rumah sakit. Dengan batasan diagnosis utama adalah diagnosis yang ditentukan untuk menjadi alasan untuk dirawat dan menjadi arahan yang dilakukan sebagai pengobatan (Ayu, 2012). Yang dimaksud diagnosis utama adalah kondisi setelah pemeriksaan merupakan penyebab utama admisi pasien ke rumah sakit untuk dirawat. Sedangkan diagnosis sekunder adalah masalah kesehatan yang muncul saat perawatan dimana kondisi tersebut belum ada pada pasien sebelumnya (Ayu, 2012).

2.1.5 Pengodean

A. Definisi Pengodean

Kegiatan pengodean adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan angka atau kombinasi huruf dan angka yang

mewakili komponen data. Hasil pengodean diagnosis akan dapat mempermudah pencatatan, pengumpulan, dan pengambilan informasi yang sesuai dengan diagnosis atau tindakan medis yang diperlukan. Kualitas data terkode merupakan hal penting bagi kalangan tenaga personel manajemen informasi kesehatan, fasilitas asuhan kesehatan, dan para profesional manajemen informasi kesehatan (Hatta, 2013).

Pengodean diagnosis merupakan proses yang kompleks, karena harus melibatkan dokter, perawat, pengkode, dan petugas rekam medis yang lain, pengentry data diagnosis, auditor hasil pengodean, dan lain-lainnya. Kerja sama antara perawat, dokter dengan petugas rekam medis yang ada sangat diperlukan untuk menghasilkan suatu pengodean yang tepat dan akurat dalam rangka memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien. Pelaksanaan kodifikasi penyakit sangatlah penting dalam mengklasifikasikan penyakit menjadi beberapa kelompok untuk kepentingan laporan penyakit yang dilakukan rumah sakit setiap bulannya, selain itu berperan penting dalam menentukan sistem pembiayaan pada rumah sakit itu sendiri.

B. Tata Cara Pengodean

Menurut Kasim dalam Hatta (2008), pengodean yang sesuai dengan ICD-10 adalah:

- a. 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 (Z00-Z99), lalu gunakan istilah tersebut 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).

- b. “*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 kata penemu) yang tercantum di dalam Indeks sebagai *lead term*.
- c. Baca dengan seksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul di bawah istilah yang akan dipilih pada Volume 3
- d. 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).

- e. Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (*cross references*) dan perintah *see* dan *see also* yang terdapat dalam indeks.
- f. 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.
- g. Ikuti pedoman *Inclusion* dan *Exclusion* pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (chapter), blok, kategori, atau subkategori.
- h. Tentukan kode yang anda pilih.
- i. Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang di kode untuk memastikan kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan

C. Aturan Pengodean

Menurut Hatta (2013), pengodean sangat bergantung pada diagnosis yang ditetapkan oleh dokter yang merawat pasien atau yang bertanggung jawab menetapkan kondisi utama pasien. Dalam

pemberian kode harus menggunakan huruf dan angka yang mewakili komponen data dan spesifik sesuai dengan yang ada pada ICD-10.

2.1.6 ICD 10

Menurut Hatta (2013), International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem (ICD) dari WHO Adalah Sistem klasifikasi komprehensif dan diakui secara internasional. Fungsi ICD adalah sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan yang digunakan untuk kepentingan informasi statistik morbiditas dan mortalitas. Berdasarkan WHO (2010), coding kasus persalinan terdiri dari kode kondisi ibu (O00-O75), metode persalinan (O80-O84), serta outcome of delivery (Z37). Untuk kode Z37 dipergunakan sebagai kode tambahan untuk mengetahui hasil dari persalinan (delivery).

Tata Klasifikasi Menurut International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem (2010), Kode untuk kehamilan, persalinan dan masa nifas terdapat pada Bab XV dimana pada Bab tersebut menjelaskan tentang kondisi ibu dan metode persalinan dan masa nifas.

- 1) Kondisi ibu terdapat pada blok O00- O75 Yaitu
 - a) O00-O08 Kehamilan dengan Abortus
 - b) O10-O16 Meliputi gangguan edema, proteinurea dan hipertensi masa kehamilan, persalinan dan masa nifas.

- c) O20-O29 Gangguan ibu lainnya Premodinantly yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan masa nifas.
 - d) O30-O48 Perawatan ibu terkait janin dan rongga amnio
 - e) O60-O75 Komplikasi persalinan,dan masa nifas
- 2) Metode persalinan terdapat pada blok O80-O84. Blok tersebut digunakan untuk kepentingan morbiditas primer hanya apabila tidak ada kondisi lain yang terklasifikasi di Bab XV maka digunakan Morbidity Coding Rules volume 2
- a) O80 persalinan tunggal spontan
 - b) O81 persalinan tunggal dengan forceps dan vacuum extractor
 - c) O82 persalinan tunggal dengan *caesarean section*
 - d) O83 persalinan tunggal lainnya
 - e) O84 persalinan ganda
- 3) Masa nifas terdapat pada blok O85-O92. Kategori O88.-,O91.-, dan O92 meliputi kondisi yang tercantum bahkan jika terjadi selama masa kehamilan dan persalinan, blok O94-O99 menjelaskan kondisi lain obstetri, dan O99 menjelaskan penyakit lain pada komplikasi kehamilan, persalinan dan masa nifas.
- 4) Outcome of Delivery Z37.-
Kategori ini dimaksudkan untuk kode tambahan mengidentifikasi hasil dari persalinan yang terdapat pada rekam medis ibu.
- 5) Kekhususan kode pada kasus persalinan
- a) O08 Merupakan kode yang digunakan untuk morbiditas. Kode ini tidak dapat digunakan sebagai penyebab utama, kecuali

satu perawatan episode hanya untuk pasien komplikasi. Perlu diperhatikan bahwa subkategori O08 yang harus dirujuk untuk mendapatkan subkategori keempat antara (O03-O07). O80-084 Merupakan kode untuk persalinan normal dengan tindakan. Kode ini digunakan sebagai kode tambahan untuk menunjukkannya.

b) Metode atau klasifikasi prosedural yang digunakan.

Contoh Seorang ibu melahirkan dengan kegagalan trial of labour sehingga dilakukan Sectio Caesarean. Cara pengodeannya yaitu: Kode pada failed labour dengan penyebab tidak diketahui maka hasilnya adalah O66.4 (*failed trial of labour unspecified*) Sebagai kondisi utama pasien, dan sebagai *Delivery Unspecified* O82.9 sebagai kode tambahan.

c) O98-O99 Penyakit yang diklasifikasikan muncul ditempat lain dan sebagai penyulit pada saat kehamilan, persalinan dan masa nifas. Subkategori ini sebagai kondisi utama dalam memilih kategori luar bab XV bila kondisi tersebut merupakan penyulit kehamilan yang berat. Kode yang berhubungan dengan Bab lain dapat sebagai kode tambahan untuk memungkinkan spesifikasi kode tersebut.

d) Umur kehamilan, Lama kehamilan dihitung dari hari pertama haid terakhir (280- 286 hari atau sekitar 40 Minggu) Ada 3 jenis pembagian umur kehamilan yaitu :

- 1) Preterm adalah usia kehamilan kurang dari 37 minggu umur kehamilan
- 2) Term adalah usia kehamilan antara 40-42 minggu umur kehamilan
- 3) Post term adalah Usia kehamilan lebih yaitu sekitar 42 minggu atau lebih.

2.1.7 Ketepatan Kode Diagnosis

Ketepatan kode diagnosis merupakan penulisan kode diagnosis penyakit yang sesuai dengan klasifikasi yang ada di dalam ICD-10. Kode dianggap tepat dan akurat bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan. Ketepatan kode diagnosis pada berkas rekam dipakai sebagai dasar pembuatan laporan. Kode diagnosis pasien apabila tidak terkode dengan akurat maka informasi yang dihasilkan akan mempunyai tingkat validasi data yang rendah, hal ini tentu akan mengakibatkan ketidaktepatan dalam pembuatan laporan, misalnya laporan morbiditas rawat jalan, laporan sepuluh besar penyakit ataupun klaim BPJS. Dengan demikian, kode yang akurat mutlak harus diperoleh agar laporan yang dibuat dapat dipertanggung jawabkan.

Kecepatan dan ketepatan pengodean dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksana yang menangani rekam medis (Depkes RI, 2006), yaitu:

- a. Tenaga medis dalam menetapkan diagnosis;
- b. Tenaga rekam medis yang memberikan kode diagnosis;

- c. Tenaga kesehatan lainnya yang terkait dalam melengkapi pengisian rekam medis.

2.1.8 Unsur 5M

5M adalah istilah yang merujuk pada faktor produksi utama yang dibutuhkan oleh organisasi agar dapat beroperasi secara maksimal. Dalam Bahasa Inggris dikenal dengan istilah model 5M. (Oashttamadea SM, 2019).

Isi dari model 5M menurut Satrianegara, 2009 diantaranya:

1. *Man* (Manusia), merujuk pada manusia sebagai tenaga kerja
2. *Machines* (Mesin), merujuk pada mesin sebagai fasilitas/alat penunjang kegiatan perusahaan baik operasional maupun non operasional
3. *Money* (Uang/Modal), merujuk pada uang sebagai modal untuk pembiayaan seluruh kegiatan perusahaan
4. *Method* (Metode/Prosedur), merujuk pada metode/prosedur sebagai panduan pelaksanaan kegiatan perusahaan
5. *Materials* (Bahan baku), merujuk pada bahan baku sebagai unsur utama untuk diolah sampai menjadi produk akhir untuk diserahkan pada konsumen

Faktor penyebab ketidaktepatan kode yaitu menurut 5 unsur manajemen yaitu:

1. *Man* (Manusia) yang meliputi:
 - A. Tenaga medis

Tenaga medis sebagai pemberi pelayanan utama pada seorang pasien bertanggung jawab atas kelengkapan dan kebenaran data, khususnya data klinik, yang tercantum dalam dokumen rekam medis. Data klinik berupa riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, perintah pengobatan, laporan operasi atau prosedur lain merupakan input yang akan dikoding oleh petugas koding di bagian rekam medis

B. Petugas Kodefikasi

Kunci utama pelaksanaan kodefikasi adalah petugas kodefikasi. Ketepatan pengkodean (*determination of coding*) menjadi tanggung jawab petugas rekam medis khususnya petugas kodefikasi. Kurangnya tenaga pelaksana rekam medis khususnya koder dari segi kualitas dan kuantitas menjadi faktor terbesar dalam penyelenggaraan rekam medis di Indonesia. Kualitas petugas koding di URM di RS dapat dilihat dari:

a. Pengalaman Kerja

Pengalaman kerja yang dimiliki petugas kodefikasi sangat membantu dalam menjalankan tugasnya. Petugas kodefikasi berpengalaman dapat mengidentifikasi kode penyakit lebih cepat berdasarkan memori dan kebiasaan. Terutama jika koder memiliki panduan bantuan dengan kode yang umum digunakan. Petugas yang berpengalaman juga umumnya lebih mampu membaca tulisan dokter dan

memiliki hubungan interpersonal dan komunikasi yang lebih baik dengan staf medis yang menuliskan diagnosis. Namun, pengalaman kerja saja tidak cukup untuk menghasilkan kode yang akurat dan tepat tanpa dukungan pengetahuan dan keterampilan yang memadai.

b. Pendidikan

Keakuratan pilihan kode diagnosis dalam ICD adalah esensial bagi manajemen kesehatan. Kesalahan mengutip, memindahkan dan memilih kode secara tepat merupakan kesalahan yang sering terjadi pada saat pengkodean diagnosis penyakit. Salah satu penyebab kesalahan tersebut umumnya adalah karena kurangnya pengetahuan mengenai aturan – aturan dalam koding yang menggunakan ICD – 10.

Pengodean diagnosis harus dilakukan oleh petugas rekam medis yang mempunyai kompetensi terkait klasifikasi dan kodefikasi penyakit, sesuai dengan peraturan menteri kesehatan nomor 55 Tahun 2013 perihal penyelenggaraan pengodean perekam medis. pada peraturan tersebut disebutkan bahwa segala sesuatu yang berkaitan dengan penyelenggaraan rekam medis dan informasi kesehatan harus dilaksanakan oleh Perekam Medis. Minimal mempunyai pendidikan akhir D3 rekam medis, dengan memiliki kewenangan melaksanakan sistem

klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai terminologi medis yang benar.

c. Pelatihan

Apabila petugas koding tidak mendapat kesempatan untuk menjalani pelatihan khusus di bidang rekam medis dan informasi kesehatan, untuk mencapai hasil yang baik, paling tidak petugas koding harus mendapat pelatihan yang memadai di bidang informasi kesehatan dengan mengetahui seluk beluk pekerjaannya selaku tenaga kerja rekam medis.

d. Faktor Lain

Sebagaimana halnya tenaga kerja / SDM pada umumnya, tentunya kualitas tenaga juga dipengaruhi oleh berbagai faktor SDM lain seperti usia, motivasi, sistem numerisasi, sanksi dan lain – lain. Namun tidak dibahas lebih jauh di sini.

2. *Method* (Metode) yaitu prosedur yang digunakan (SOP) dalam kodefikasi. SOP (*Standard Operating Procedures*) mengikat seluruh petugas pada fasilitas pelayanan kesehatan yang terlibat dalam melengkapi lembar rekam medis pasien dan mewajibkannya untuk melakukannya sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku.

3. *Material* (Bahan) yang digunakan untuk melakukan suatu pengodean, meliputi:

a. Kelengkapan dokumen rekam medis

Ketidaklengkapan dalam pengisian rekam medis akan sangat mempengaruhi mutu rekam medis, yang mencerminkan pula mutu pelayanan di rumah sakit. Petugas rekam medis bertanggung jawab untuk mengevaluasi kualitas rekam medis guna menjamin konsistensi dan kelengkapan isinya. Isi rekam medis yang tidak lengkap menyulitkan pembuat kode untuk menentukan kode diagnosis yang tepat dan akurat.

b. Keterbacaan penulisan diagnosis

Keterbacaan penulisan diagnosis yang dituliskan dokter dapat menunjang dalam ketepatan pemberian kode, dan sebaliknya untuk ketertidakbacaan tulisan diagnosis yang dituliskan oleh dokter dapat menimbulkan salah persepsi dan akibatnya adalah salah pemberian kode.

4. *Machines* (Mesin) yang digunakan dalam proses kodifikasi, meliputi:

a. Sarana

Sesuai dengan standar pelayanan rekam medis maka fasilitas dan peralatan yang cukup harus disediakan guna tercapainya pelayanan kesehatan yang efisien. Sarana meliputi:

1) ATK.

- 2) Komputer dan printer.
- 3) Daftar Tabulasi Dasar (DTD).
- 4) Formulir Rekam Medis (RL).
- 5) Buku ICD.

Yang dimaksud dengan buku ICD tentunya adalah ICD Revisi ke-10 yang terdiri dari bab 1, 2 dan 3. Mengingat istilah dalam buku ICD-10 menggunakan bahasa Inggris dan terminologi medis (Latin) maka bagi petugas kodefikasi yang belum menguasai kedua bahasa tersebut dengan baik akan sangat terbantu dengan adanya fasilitas tambahan berupa Kamus Kedokteran (Kamus Terminologi Medis) dan Kamus Bahasa Inggris. Standar Pelayanan Medis akan dapat berguna untuk memastikan kode bagi diagnosis utama dan diagnosis tambahan atau komplikasi.

b. Sistem yang digunakan pada saat kodefikasi

Sistem yang digunakan pada kodefikasi guna menunjang ketepatan kode.

5. *Money* (uang) yaitu adanya anggaran dari rumah sakit untuk menunjang kegiatan kodefikasi seperti penganggaran untuk mengikutsertakan petugas khususnya koder mengikuti pelatihan tentang ICD-10.

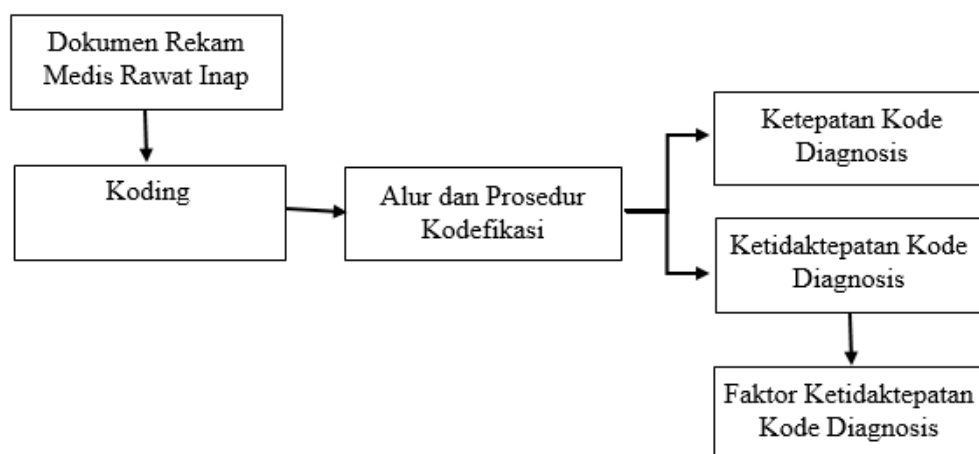
2.1.9 Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar rahim melalui jalan lahir atau jalan lain.

Menurut Kusumawardani (2019) jenis-jenis persalinan dibagi menjadi tiga, diantaranya:

1. Persalinan yang spontan adalah suatu proses persalinan secara langsung menggunakan kekuatan ibu sendiri.
2. Persalinan buatan adalah suatu proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan atau pertolongan dari luar, seperti: *ekstraksi forceps* (vakum) atau dilakukan operasi *sectio caesarea* (SC).
3. Persalinan anjuran adalah persalinan yang terjadi ketika bayi sudah cukup mampu bertahan hidup diluar rahim atau siap dilahirkan. Tetapi, dapat muncul kesulitan dalam proses persalinan, sehingga membutuhkan bantuan rangsangan dengan pemberian *pitocin* atau *prostaglandin*.

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan :

: Diteliti

: Tidak diteliti

Dalam konsep penelitian ini, diagnosa yang dituliskan dokter pada dokumen rekam medis rawat inap pasien, dikode sesuai prosedur kodefikasi dan ditentukan tepat atau tidak tepat berdasarkan ICD-10. Faktor – faktor yang mempengaruhi dalam ketidaktepatan kode diagnosis menggunakan unsur 5M yaitu *Man*, *Method*, *Material*, *Money*, dan *Machine* yang berlaku di Rumah Sakit DKT Sidoarjo terkait pelaksanaan kodefikasi.