

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

2.1.1. Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah Sakit

Menurut Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 ditinjau dari pengertiannya rumah sakit adalah institusi pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

b. Tugas Dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, fungsi dari rumah sakit adalah:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan Kesehatan sesuai dengan standart pelayanan rumah sakit
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan Kesehatan perorangan melalui pelayanan Kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan rekam medis.
- 3) Penyelenggaraan Pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan Kesehatan.
- 4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi budang Kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan

Kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan

c. Jenis Pelayanan Rumah Sakit

Berdasarkan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi 21 jenis pelayanan, yaitu:

- 1) Pelayanan gawat darurat
- 2) Pelayanan rawat inap
- 3) Pelayanan rawat jalan
- 4) Pelayanan bedah
- 5) Pelayanan persalinan dan perinatology
- 6) Pelayanan intensif
- 7) Pelayanan radiologi
- 8) Pelayanan laboratorium patologi klinik
- 9) Pelayanan rehabilitasi medik
- 10) Pelayanan farmasi
- 11) Pelayanan gizi
- 12) Pelayanan transfusi darah
- 13) Pelayanan keluarga miskin
- 14) Pelayanan rekam medis
- 15) Pengelolaan limbah
- 16) Pelayanan administrasi manajemen
- 17) Pelayanan ambulans/kereta jenazah

- 18) Pelayanan pemulasaraan jenazah
- 19) Pelayanan laundry
- 20) Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
- 21) Pencegah pengendalian infeksi

d. Pasien Rawat Inap

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 560/MENKES/SK/IV/2003 Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di dalam rumah sakit.

Sedangkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2014, pasien rawat inap adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlakukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di rumah sakit.

Jadi dapat disimpulkan bahwa pasien rawat inap adalah pasien yang melakukan konsultasi atau yang memerlukan pelayanan kesehatan lebih lanjut yang harus menginap di rumah sakit.

2.1.2. Rekam Medis

2.1.1. Pengertian Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/Per/III/2008 tentang rekam medis, Rekam medis adalah berkas berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan,

pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Rekam medis atau rekam Kesehatan atau catatan mengenai siapa, apa, kapan, dimana, mengapa, dan bagaimana pelayanan yang diberikan pada pasien selama masa perawatan (Gemala Hatta, 2012: 73).

2.1.2. Tujuan Rekam Medis

Menurut Gemala R. Hatta (1985) ada 6 tujuan rekam medis selain dari tujuan medis yang dirumuskan dengan “ALFRED” (*Administrative, Legal, Finansial, Riset, Edukasi dan Dokumentasi*) dengan penjelasan masing-masing tujuan sebagai berikut:

1. Aspek *Administrative*

Rekam medis berisi catatan pengobatan, pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki wewenang, sehingga rekam medis memiliki nilai administrasi yang jika sewaktu-waktu dibutuhkan rekam medis dapat dilampirkan sebagai persyaratan yang sah.

2. Aspek Legal (Hukum)

Di beberapa kasus pasien ada yang membutuhkan bukti-bukti terkait data medis pasien, disaat itulah nilai legal rekam medis dapat digunakan karena isinya yang mencakup data-data medis tersebut dapat dipertanggungjawabkan di pengadilan dimana rekam medis dapat diberikan langsung kepada hakim dan dapat menjadi bukti yang sah, oleh karena itu setiap lembaran rekam medis harus dibubuhi tanda tangan dan tanggal dokter penanggung jawab.

3. Aspek Finansial

Rekam medis dapat digunakan dalam masalah finansial seperti penentuan biaya pengobatan pasien yang harus dibayarkan, karena isinya berupa data-data medis yang berkesinambungan sehingga dapat dikategorikan sebagai bukti adanya pelayanan medis yang telah diberikan tenaga medis di sarana pelayanan kesehatan kepada pasien.

4. Aspek Riset

Isi rekam medis yang berupa catatan-catatan masalah kesehatan pasien memiliki nilai penelitian karena informasi yang terdapat didalamnya dapat digunakan sebagai bahan penelitian dengan tujuan perkembangan ilmu di dunia kesehatan.

5. Aspek Edukasi

Suatu rekam medis memiliki nilai edukasi, karena isinya yang berupa catatan masalah kesehatan pasien pada kegiatan pelayanan kesehatan. Informasi yang terdapat didalamnya pun dapat digunakan sebagai bahan dalam kegiatan pembelajaran.

6. Aspek Dokumentasi

Rekam medis berisi catatan setiap kegiatan pelayanan kesehatan di suatu sarana pelayanan kesehatan. Sehingga setiap isinya mengandung nilai dokumentasi yang diperlukan sebagai bahan laporan yang nantinya akan dipertanggungjawabkan oleh sarana pelayanan kesehatan terkait.

2.1.3. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis menurut Depkes RI tahun 2006 yaitu:

1. Aspek Administrasi

Rekam medis mempunyai nilai administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan perawat dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan

2. Aspek Medis

Catatan tersebut digunakan sebagai dasar untuk merencanakan terapi pengobatan dan perawatan yang harus diberikan kepada pasien

Contoh:

- a. Identitas pasien seperti nama, umur, kelamin alamat, status pasien, dll.
- b. Anamnesis seperti “mengalami sakit sudah berapa lama, pengobatan apa yang sudah dilakukan?”.
- c. Pemeriksaan Fisik dari kepala, leher, badan, hingga kaki sesuai gejala dan keluhan pasien.
- d. Pemeriksaan Laboratorium, yaitu pemeriksaan penunjang pasien.

3. Aspek Hukum

Menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka untuk menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan jika ada kejanggalan selama tindakan pengobatan pasien.

4. Aspek Keuangan

Isi Rekam Medis dapat dijadikan alat untuk penetapan biaya pelayanan. Tanpa adanya bukti catatan tindakan/pelayanan, maka pembayaran tidak dapat dipertanggungjawabkan.

5. Aspek Penelitian

Rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat digunakan sebagai aspek penelitian.

6. Aspek Pendidikan

Rekam Medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang kronologis dari pelayanan medik yang diberikan pada pasien

7. Aspek Dokumentasi

Isi Rekam medis menjadi sumber informasi yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan sarana kesehatan.

2.1.4. Isi Rekam Medis

Secara rinci isi rekam medis diatur lebih lanjut pada Pasal 3 Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 yang dikategorikan berdasarkan jenis pelayanan medis pasien, sebagai berikut:

- 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
 - 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 medis
 - 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
 - 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 medis
 - 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
 - l. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
- 4) Isi rekam medis pasien dalam keadaan bencana, selain memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditambah dengan:
- a. Jenis bencana dan lokasi di mana pasien ditemukan
 - b. Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana massal

- c. Identitas yang menemukan pasien
- 5) Isi rekam medis untuk pelayanan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan.

Pelayanan yang diberikan dalam ambulans atau pengobatan masal dicatat dalam rekam medis sesuai ketentuan sebagaimana diatur pada ayat (3) dan disimpan pada sarana pelayanan kesehatan yang merawatnya.

2.1.5. Pengolahan Rekam Medis

Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit terdapat beberapa unit yang mempunyai tugas dan kewajiban masing-masing dalam memastikan rekam medis ini telah sesuai dengan standar yang ditetapkan sebelumnya, unit-unit tersebut antara lain *assembling*, *coding*, *indexing*, penyimpanan rekam medis, dan retensi rekam medis.

2.1.3. Diagnosis

2.1.1. Pengertian Diagnosis

Secara etimologis kata diagnosis berasal dari Bahasa Yunani yaitu *gnosis* yang berarti pengetahuan. Pengertian diagnosis atau diagnose menurut kamus besar Bahasa Indonesia adalah penentuan jenis penyakit dengan cara memeriksa gejala. Diagnosis juga diartikan sebagai pemeriksaan terhadap sesuatu hal.

Menurut Robert L. Thordike dan Elizabeth Hagen dalam Rosada (2016) diagnosis merupakan upaya atau proses menemukan kelemahan atau penyakit apa yang dialami seorang dengan melalui pengujian dan studi yang seksama mengenai gejala yang dialami, studi yang sama

terhadap fakta tentang suatu hal untuk menemukan karakteristik atau kesalahan dan sebagainya yang esensial, keputusan yang dicapai setelah dilakukan suatu studi yang seksama atas gejala atau fakta tentang suatu hal.

2.1.2. Macam Diagnosis

Menurut Hatta (2013), macam-macam diagnosis antara lain sebagai berikut:

1) Diagnosis Utama

Diagnosis utama adalah suatu diagnosis / kondisi Kesehatan yang menyebabkan pasien memperoleh perawatan atau pemeriksaan, yang ditegakkan pada akhir episode pelayanan dan bertanggung jawab atas kebutuhan sumber daya pengobatannya.

Pengodean morbiditas sangat bergantung pada diagnosis yang ditetapkan dokter yang merawat pasien atau bertanggung jawab menetapkan kondisi utama pasien, yang akan dijadikan dasar pengukuran morbiditas. Gejala, tanda alasan kontak dengan pelayanan Kesehatan, kondisi ganda dapat dijadikan sebagai kondisi utama apabila sampai akhir episode suatu perawatan tidak dapat ditegakkan diagnosis utama pasien. Hal yang perlu dicatat untuk pengodean yang spesifik yaitu kondisi *squale*, penyakit, akut atau kronis, neoplasma, cedera, dan penyebab eksternal.

2) Diagnosis Sekunder

Diagnosis sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada pasien masuk atau yang terjadi selama episode pelayanan.

3) Komorbiditas

Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi pasien saat masuk dan membutuhkan pelayanan/asuhan khusus setelah masuk dan selama rawat.

4) Komplikasi

Komplikasi adalah penyakit yang timbul dalam masa pengobatan dan memerlukan pelayanan tambahan sewaktu dalam pelayanan, baik yang disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul sebagai akibat dari pelayanan yang diberikan kepada pasien.

2.1.4. Diabetes Mellitus

a. Definisi *Diabetes Melitus*

Menurut WHO (1999) *diabetes melitus* adalah suatu penyakit atau gangguan metabolisme kronis dengan multi etiologi yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah disertai dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lipid, dan protein sebagai akibat insufisiensi fungsi insulin. Insufisiensi fungsi insulin dapat disebabkan oleh gangguan atau defisiensi produksi insulin oleh sel-sel beta Langerhans kelenjar pankreas, atau disebabkan oleh kurang responsifnya sel-sel tubuh terhadap insulin.

Berdasarkan Perkeni tahun 2011 *Diabetes Mellitus* adalah penyakit gangguan metabolisme yang bersifat kronis dengan karakteristik hiperglikemia. Berbagai komplikasi dapat timbul akibat kadar gula darah yang tidak terkontrol, misalnya neuropati, hipertensi, jantung koroner, retinopati, nefropati, dan gangren.

Diabetes Melitus merupakan penyakit gangguan metabolisme kronis yang ditandai peningkatan glukosa darah (Hiperglikemi), disebabkan karena ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan untuk memfasilitasi masuknya glukosa dalam sel agar dapat di gunakan untuk metabolisme dan pertumbuhan sel. Berkurang atau tidak adanya insulin menjadikan glukosa tertahan didalam darah dan menimbulkan peningkatan gula darah, sementara sel menjadi kekurangan glukosa yang sangat di butuhkan dalam kelangsungan dan fungsi sel (Izzati & Nirmala dalam Meivi I.Derek, 2017).

b. Faktor Penyebab *Diabetes Melitus*

Faktor penyebab menurut Budiyanto 2021 (Suiraoaka, 2012) dikelompokkan menjadi dua golongan, yaitu:

c. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

1. Umur

Manusia mengalami penurunan fisiologis setelah umur 40 tahun. *Diabetes Mellitus* sering muncul setelah manusia memasuki umur rawan tersebut. semakin bertambahnya umur, maka risiko menderita *Diabetes Mellitus* akan meningkat terutama umur 45 tahun (kelompok risiko tinggi).

2. Jenis Kelamin

Distribusi penderita *Diabetes Mellitus* menurut jenis kelamin sangat bervariasi. Di Amerika Serikat penderita *Diabetes Mellitus* lebih banyak terjadi pada perempuan daripada laki-laki. Namun,

mekanisme yang menghubungkan jenis kelamin dengan Diabetes Mellitus belum jelas.

3. Faktor Keturunan

Diabetes Mellitus cenderung diturunkan. Adanya riwayat *Diabetes Mellitus* dalam keluarga terutama orang tua dan saudara kandung memiliki risiko lebih besar terkena penyakit ini dibandingkan dengan anggota keluarga yang tidak menderita *Diabetes Mellitus*. Ahli menyebutkan bahwa *Diabetes Mellitus* merupakan penyakit yang terpaut kromosom seks atau kelamin. Umumnya, lakilaki menjadi penderita sesungguhnya, sedangkan perempuan sebagai pihak yang membawa gen untuk diwariskan kepada anak-anaknya.

4. Riwayat penderita *Diabetes Mellitus Gestasional*

Diabetes gestasional dapat terjadi sekitar 2-5% pada ibu hamil. Biasanya *Diabetes Mellitus* akan hilang setelah anak lahir. Namun, dapat pula terjadi *Diabetes Mellitus* dikemudian hari. Ibu hamil yang menderita *Diabetes Mellitus* akan melahirkan bayi besar dengan berat lebih dari 4000 gram. Apabila hal ini terjadi, maka kemungkinan besar si ibu akan mengidap *Diabetes Mellitus* tipe II kelak.

d. Faktor risiko yang dapat diubah

1. Obesitas

Berdasarkan beberapa teori menyebutkan bahwa obesitas merupakan factor predisposisi terjadinya resistensi insulin. Semakin

banyak jaringan lemak pada tubuh maka tubuh semakin resisten terhadap kerja insulin, terutama bila lemak tubuh atau kelebihan berat badan terkumpul di daerah sentral atau perut. Lemak dapat memblokir kerja insulin sehingga glukosa tidak dapat diangkut ke dalam sel dan menumpuk dalam pembuluh darah, sehingga terjadi peningkatan kadar glukosa darah. Obesitas merupakan faktor risiko terjadinya *Diabetes Mellitus* tipe II dimana sekitar 80-90% penderita mengalami obesitas.

2. Aktivitas fisik kurang

Berdasarkan penelitian bahwa aktivitas fisik yang dilakukan secara teratur dapat menambah sensitivitas insulin. Prevalensi *Diabetes Mellitus* mencapai 2-4 kali lipat terjadi pada individu yang kurang aktif dibandingkan dengan individu yang aktif. Semakin kurang aktivitas fisik, maka semakin mudah seseorang terkena penyakit *Diabetes Mellitus*. Olahraga atau aktivitas fisik dapat membantu mengontrol berat badan. Glukosa dalam darah akan dibakar menjadi energi, sehingga sel-sel tubuh menjadi lebih sensitif terhadap insulin. Selain itu, aktivitas fisik yang teratur juga dapat melancarkan peredaran darah, menurunkan faktor risiko terjadinya *Diabetes Mellitus*.

3. Pola makan

Pola makan yang salah dapat mengakibatkan kurang gizi atau kelebihan berat badan. Kedua hal tersebut dapat meningkatkan risiko terkena *Diabetes Mellitus*. kurang gizi (malnutrisi) dapat mengganggu fungsi pankreas dan mengakibatkan gangguan sekresi insulin.

Sedangkan kelebihan berat badan dapat mengakibatkan gangguan kerja insulin.

4. Gejala Penyakit *Diabetes Mellitus*

Gejala awal berhubungan dengan efek langsung dari kadar glukosa darah yang tinggi. Jika kadar glukosa darah sampai diatas 160-180 mg/dl, maka glukosa akan dikeluarkan melalui kemih. Jika kadarnya lebih tinggi lagi, ginjal akan membuang air tambahan untuk mengencerkan sejumlah besar glukosa yang hilang. Karena ginjal menghasilkan air kemih dalam jumlah yang berlebihan, maka penderita sering berkemih dalam jumlah yang banyak (poliuri). Akibatnya, penderita merasakan haus yang berlebihan sehingga banyak minum (polidipsi) (Maulana, 2008). Menurut (Syahbudin, 2007) gejala *Diabetes Mellitus* adalah adanya rasa haus yang berlebihan, sering kencing terutama pada malam hari, berat badan turun dengan cepat, penderita lemah, kesemutan pada jari tangan dan kaki, penglihatan kabur, gairah seks menurun, dan luka sulit untuk sembuh.

2.1.5 Klasifikasi

Klasifikasi etiologi *Diabetes mellitus* menurut *American Diabetes Association*, 2010 adalah sebagai berikut

a. *Diabetes Mellitus* tipe I

Pada *Diabetes Melitus* tipe I (*Diabetes Insulin Dependent*), lebih sering terjadi pada usia remaja. Lebih dari 90% dari sel pankreas yang memproduksi insulin mengalami kerusakan secara permanen. Oleh karena itu, insulin yang diproduksi sedikit atau tidak

langsung dapat diproduksi. Hanya sekitar 10% dari semua penderita *Diabetes Mellitus* menderita tipe I. Diabetes tipe I kebanyakan pada usia dibawah 30 tahun.

b. *Diabetes Mellitus* tipe II

Diabetes Mellitus tipe II (*Diabetes Non Insulin Dependent*) ini tidak ada kerusakan pada pankreasnya dan dapat terus menghasilkan insulin, bahkan kadang-kadang insulin pada tingkat tinggi dari normal. Akan tetapi, tubuh manusia resisten terhadap efek insulin, sehingga tidak ada insulin yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh. *Diabetes Mellitus* tipe ini sering terjadi pada dewasa yang berumur lebih dari 30 tahun dan menjadi lebih umum dengan peningkatan usia

c. *Diabetes Mellitus Gestasional*

Diabetes Mellitus gestasional adalah diabetes yang timbul selama kehamilan. Ini meliputi 2-5% daripada seluruh diabetes. Jenis ini sangat penting diketahui karena dampaknya pada janin kurang baik bila tidak ditangani dengan benar (Suyono, 2011). Diabetes tipe gestasional merupakan gangguan toleransi glukosa berbagai derajat yang ditemukan pertama kali saat kehamilan. Sebagian besar wanita hamil yang menderita *Diabetes Mellitus gestasional* memiliki homeostatis glukosa relative normal selama kehamilan pertama (5 bulan) dan juga dapat mengalami defisiensi insulin relative pada kehamilan kedua, tetapi kadar glukosa dapat kembali normal setelah melahirkan (Suiraoaka, 2012).

2.1.5 International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (ICD 10)

a. Definisi ICD 10

Menurut Gemalla hatta (2008), sistem klasifikasi penyakit adalah sistem yang mengelompokkan penyakit-penyakit dan prosedur yang sejenis. International Statistical Clasification of Disease and Related Health Problems (ICD) dari WHO adalah sistem klasifikasi yang komperehensif dan diakui secara internasional.

b. Fungsi dan Kegunaan ICD 10

Menurut Hatta (2013) fungsi ICD sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan digunakan untuk kepentingan informasi statistic morbiditas dan mortalitas. Penerapan pengkodean sistem ICD digunakan untuk

- 1) Mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan.
- 2) Masukan bagi system pelaporan diagnosis medis.
- 3) Memudahkan proses penyimpanan dan pengembalian data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia pelayanan.
- 4) Bahan dasar dalam pengelompokan DRGs (Diagnosis-Related Groups) untuk system penagihan pembayaran biaya pelayanan.
- 5) Pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas.
- 6) Tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis.

- 7) Menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman.
- 8) Analisis pembiayaan pelayanan kesehatan.
- 9) Untuk penelitian epidemiologi dan klinis.

c. Struktur ICD 10

Struktur ICD 10 revisi sepuluh, menurut Hatta (2013), yaitu:

a. Volume 1, ICD 10 Volume 1 terdiri dari:

- 1) Pengantar pernyataan
- 2) Pusat-pusat kolaborasi WHO untuk klasifikasi penyakit
- 3) Laporan konverensi internasional yang menyetujui ICD revisi 10
- 4) Daftar kategori 3 karakter
- 5) Daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori termasuk subkategori empat karakter
- 6) Daftar morfologi neoplasma dan daftar tabulasi khusus morbiditas dan mortalitas
- 7) Definisi-definisi dan regulasi nomenokular

b. Volume 2, ICD 10 Volume 2 adalah buku petunjuk penggunaan yang berisi:

- 1) Pengantar dan cara penggunaan ICD 10
- 2) Penjelasan tentang *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*

c. Volume 3, ICD 10 Volume 3 terdiri atas:

- 1) Pengantar
- 2) Susunan indeks secara umum

- 3) Seksi I : Indeks abjad penyakit
- Seksi II : Penyebab luar cidera
- Seksi III : Tabel obat dan zat kimia

4) Perbaikan terhadap volume 1

d. Konvensi Pengkodean dalam ICD 10

Makna dan kegunaan konvensi tanda baca International Statistical Classification Of Diseases And Related Health Problems 10 (ICD 10) antara lain sebagai berikut :

a. Inclusion Term

Pernyataan diagnostik yang diklasifikasikan atau yang termasuk dalam suatu kelompok kode ICD. Dapat dipakai untuk kondisi yang berbeda atau sinonimnya.

b. Exclusion Term

Kondisi yang seolah terklasifikasi dalam kategori tertentu, namun ternyata diklasifikasikan pada kategori kode lain. Kode yang benar adalah yang diberi tanda dalam kurung yang mengikuti istilahnya.

c. Tanda kurung / Parentheses ()

1) Untuk mengurung kata tambahan (supplementary words) yang mengikuti suatu istilah diagnostik, tanpa mempengaruhi kode ICD.

2) Untuk mengurung kode ICD, suatu istilah yang dikelompokkan tidak termasuk atau diluar kelompok ini (Exclusion).

3) Pada judul blok, digunakan untuk mengurung kode ICD yang berjumlah 3 karakter.

4) Mengurung kode ICD klasifikasi ganda (dual classification)

d. Kurung besar/Square brackets []

Digunakan untuk mengurung persamaan kata atau sinonim kata sebutan alternatif (alternative words) dan frasa penjelasan (explanatory phrases).

e. Tanda baca kurung tutup/ Brace { }

Tanda baca kurung tutup "}" digunakan untuk mengelompokkan istilah-istilah yang terkelompok dalam sebutan inclusion (termasuk) atau exclusion (tidak termasuk). Tanda kurung } ini mempunyai makna bahwa semua kelompok sebutan yang mendahuluinya belum lengkap batasan pengertiannya, masih harus ditambah dengan keterangan yang ada di belakang tanda baca kurung } ini.

f. Titik dua/Colon (:)

Tanda baca (:) colon mengikuti kata sebutan dari suatu rubrik, mempunyai makna bahwa penulisan sebutan istilah diagnosis terkait belum lengkap atau belum selesai ditulis. Suatu sebutan diagnosis yang diikuti tanda baca (:) ini masih memerlukan satu atau lebih dari satu tambahan kata atau keterangan yang akan memodifikasi atau mengkualifikasi sebutan yang akan diberi nomor kode, agar

istilah diagnosisnya sesuai dengan apa yang dimaksud oleh dokter dalam batasan pengertian rubrik terkait (sesuai dengan standard diagnostik dan terapi yang disepakati).

g. NOS (Not Otherwise Specified)

NOS adalah singkatan dari “Not Otherwise Specified”, atau “Unspecified”. Adanya “NOS” mengharuskan pengkode (coder) membaca lebih teliti lagi agar tidak melakukan salah pilih nomor kode yang diperlukan.

h. NEC (Not Elsewhere Classified)

Apabila singkatan “NEC” ini adalah singkatan dari Not Elsewhere Classified mengikuti judul kategori 3 karakter merupakan satu peringatan bahwa di dalam daftar urut yang tertera di bawah judul, akan ditemukan beberapa kekhususan yang tidak sama dengan yang muncul di bagian lain dari klasifikasi.

i. And & Point Dash (-.)

Pada beberapa nomor kode berkarakter ke 4 dari suatu subkategori diberi tanda dash (-) setelah tanda point (.). Ini bisa ditemukan di volume 1 maupun 3 nomor kode diakhiri dengan tanda .- (titik garis) ini berarti penulisan nomor kode belum lengkap, mempunyai makna bahwa apabila nomor terkait akan dipilih, maka coder harus mengisi garis dengan suatu angka yang harus ditemukan/ditelusuri

lebih lanjut di volume 1. Menunjukkan bahwa ada karakter ke-4 yang harus dicari.

j. Dagger (†) & Asterik (*)

Tanda dagger (sangkur) merupakan kode yang digunakan untuk penanda kode utama sebab sakit. Sedangkan tanda asterik (bintang) merupakan kode yang digunakan untuk manifestasi dari diagnosisnya (wujud atau bentuknya).

k. Rujuk silang (see, see also)

Rujuk silang dijalankan apabila ada perintah di dalam kurung () : see, see also, yang bermakna istilah yang perlu rujuk silang.

2.1.6 *Coding* (Pemberian Kode)

Coding adalah salah satu kegiatan pengolahan data rekam medis untuk memberikan kode dengan huruf atau dengan angka, kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data.

Kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada dalam rekam medis harus di beri kode dan selanjutnya di indeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen, dan riset bidang kesehatan. Pemberian kode ini merupakan kegiatan klasifikasi penyakit dan tindakan yang mengelompokkan penyakit dan tindakan berdasarkan criteria tertentu yang telah disepakati. Pemberian kode atas diagnosis klasifikasi penyakit yang berlaku dengan menggunakan ICD 10 untuk mengkode

penyakit, sedangkan *ICOPIM* dan ICD 9 CM digunakan untuk mengkode tindakan, serta komputer (on-line) untuk mengkode penyakit dan tindakan.

a. Langkah-langkah dasar dalam menentukan kode menurut Hatta (2008):

- 1) Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode dan lihat pada indeks alfabet yang sesuai. Bila pernyataan adalah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada Bab I-XIX atau XXI (Vol.1), gunakan sebagai “leadterm” untuk dimanfaatkan sebagai paduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi I indeks (Vol.3). bila pernyataan adalah sebab luar dari cedera yang ada pada Bab XX (Vol.1), lihat dan cari kodenya pada seksi II di indeks (Vol.3).
- 2) Cari leadterms (kata panduan) untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologinya. Sebaiknya jangan menggunakan istilah benda anatomi, kata sifat, atau kata keterangan sebagai kata panduan. Walaupun beberapa kondisi suatu kata sifat atau eponim yang tercantum didalam indeks sebagai “leadterm”
- 3) Baca dan ikuti catatan yang muncul dibawah istilah yang akan dipilih pada volume 3.
- 4) Baca kata yang terdapat dalam parentheses tanda kurung “()” setelah leadterm (ini tidak dapat berpengaruh pada code number) seperti juga untuk terminologi di bawah leadterm (ini dapat

berpengaruh pada kode number), hingga kata yang menunjukkan dimaksud ditemukan.

- 5) Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (cross-reference) dan perintah “see” dan “see also” yang terdapat pada indeks.
- 6) Lihat daftar tabulasi (Vol.1) untuk mencari nomor kode yang paling tepat. Lihat kode 3 karakter diindeks dengan tanda dash “-“ pada posisi ke-4 berarti bahwa isian untuk karakter ke-4 itu ada didalam vol 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indeks (vol 3).
- 7) Ikuti pedoman inclusion dan exclusion pada kode yang dipilih atau bagian bawah bab (chapter), blog, kategori, atau subkategori.
- 8) Tentukan kode.
- 9) Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk pemastian kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan. (Hatta,2013:139).

b. Elemen Kualitas Pengkodean

Menurut Hatta (2013), audit harus dilakukan untuk me *review* kode yang telah dipilih oleh petugas . proses pengkodean harus dimonitor untuk beberapa elemen sebagai berikut:

- 1) Konsisten bila dikode petugas berbeda kode tetap sama (*reliability*)
- 2) Kode tetap sesuai diagnosis dan Tindakan (*validity*)

- 3) Mencakup semua diagnosis dan Tindakan yang ada di rekam medis (*completeness*)
- 4) Tepat waktu (*timeliness*)

c. Keakuratan Kode Diagnosis

Menurut Hatta (2013) menyatakan bahwa untuk pengodean yang akurat diperlukan rekam medis yang lengkap. Setiap fasilitas kesehatan mengupayakan supaya pengisian rekam medis harus lengkap sesuai dengan peraturan yang berlaku. Rekam medis harus memuat dokumen yang akan dikode, seperti pada lembar depan (RMI, lembar operasi dan laporan Tindakan, laporan patologi dan resume pasien keluar). Pengode membantu meneliti dokumen untuk verifikasi diagnosis dan Tindakan kemudian baru ditetapkan kode dari diagnosis dan Tindakan tersebut.

Menurut Budi (2011) kecepatan dan ketepatan pemberian kode dari suatu diagnosis sangat bergantung pada beberapa faktor, yaitu:

- Tulisan dokter yang sulit dibaca
- Diagnosis yang tidak spesifik
- Keterampilan petugas koding dalam pemberian kode.

2.1.7.Faktor yang Mempengaruhi Keakuratan Koding

Berdasarkan Aggraini et al (2017) terdapat beberapa faktor penting yang mempengaruhi keakuratan koding diantaranya yaitu:

1. Tenaga medis

Tenaga medis utamanya dokter sebagai pemberi pelayanan utama pada pasien yang bertanggung jawab dalam kelengkapan dan kebenaran dokumentasi pada rekam medis khususnya data klinik berupa Riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, perintah pengobatan laporan operasi atau tindakan lain dan merupakan input yang akan dikoding oleh petugas koding di bagian rekam medis.

2. Petugas Koding atau Koder

Dalam pelaksanaan koding diagnosis dan penyakit petugas koding atau koder merupakan kunci utama. Koding atau penetapan kode merupakan tanggung jawab koder. Kualitas koding dapat dilihat dari pengetahuan, pengalaman kerja dan banyaknya pelatihan yang diikuti.

3. Kelengkapan Rekam medis

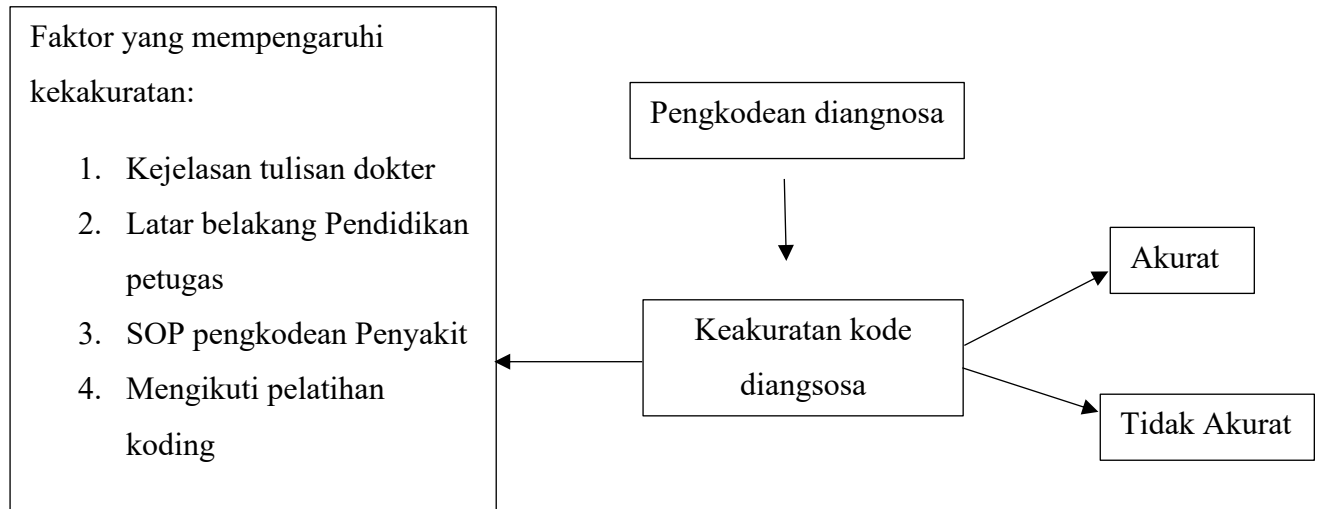
Kelengkapan dalam pengisian rekam medis akan sangat mempengaruhi mutu rekam medis selain itu juga mencerminkan mutu pelayanan di rumah sakit. Petugas rekam medis bertanggung jawab untuk mengevaluasi kualitas rekam medis dengan memperhatikan setiap variabel pada formulir rekam medis guna menjamin konsisten dan kelengkapan dokumen.

4. Kebijakan

Dalam pengelolaan rekam medis perlu adanya suatu pedoman yang ditetapkan dalam kebijakan. Kebijakan dibuat dalam bentuk SK direktur, Protap (Prosedur Tetap) atau SOP (Standar Operasi Prosedur) yang akan mengikat dan mewajibkan semua petugas di rumah sakit yang

terbilang dalam pengisian rekam medis untuk melaksanakannya sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan.

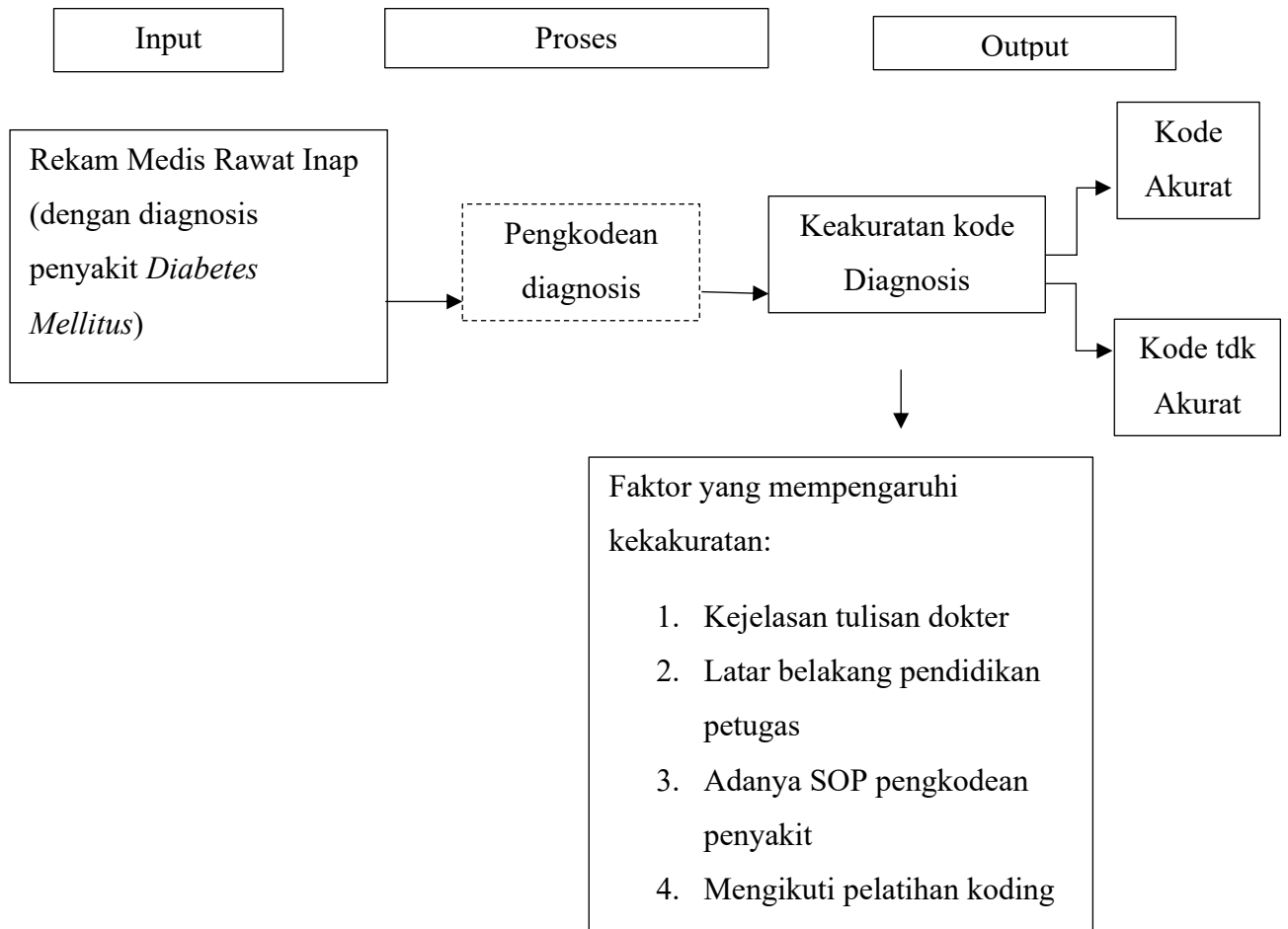
2.2. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Teori ini diambil dari Buku Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Revisi II Departemen Kesehatan Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik Tahun 2006. Dari rekam medis yang didalamnya terdapat kode diagnosis pasien sesuai dengan penyakit dapat dilihat tingkat keakuratan kode diagnosis nya dari faktor yang mempengaruhi tingkat keakuratan kode diantaranya yaitu kelengkapan diagnosis, pengetahuan petugas koding, kejelasan tulisan dokter dan tenaga kesehatan yang juga sebagai penunjang medis.

2.3. Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

Keterangan: ----- : Tidak Diteliti

————— : Diteliti

Penelitian ini membutuhkan input beberapa rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosis utama penyakit *diabetes mellitus*. Analisa rekam medis melihat lembar assessment awal dokter IGD, ringkasan masuk dan keluar serta hasil pemeriksaan penunjang yang sudah dikoding berdasarkan buku ICD 10 dan akan menghasilkan output berupa akurat atau tidak akurat kode diagnosis penyakit utama *diabetes mellitus*.