

BAB II

TINJAUAN PUSAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

Undang-Undang nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan menjelaskan bahwa rumah sakit merupakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif dengan menyediakan pelayanan mulai dari gawat darurat, rawat jalan hingga rawat inap.

Pengertian rumah sakit menurut SK Menteri Kesehatan RI No.983/Menkes/SK/XI/1992 tertulis bahwa rumah sakit umum merupakan rumah sakit yang memberi pelayanan kesehatan dengan bersifat dasar, spesialisik dan subspecialistik. Rumah sakit merupakan suatu organisasi yang memintasi tenaga medis professional yang terorganisir dengan sarana prasarana kedokteran yang permanen untuk terselenggaranya jasa kedokteran, asuhan keperawatan berkesinambung, diagnosis dan pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien (Azwar, 1988). Rumah sakit merupakan tempat untuk orang sakit mencari serta menerima pelayanan kedokteran, dan juga tempat terselenggaranya pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat, serta tenaga profesi kesehatan lainnya (Azrul, A, 2010). Rumah sakit merupakan pusat pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan dan penelitian kedokteran dilakukan (Azwar, 1988).

Adapun tugas rumah sakit Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 159/KMENKES/Per/II/1998 adalah melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan badan dan jiwa yang dilaksanakan dengan terpadu serta upaya peningkatan (promotif) dan pencegahan (preventif) serta melaksanakan upaya rujukan. Sedangkan tugas rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan adalah

untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan bertanggung jawab.

Menurut UU No. 44 Tahun 2009 rumah sakit memiliki fungsi yaitu :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan serta pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan pelayanan kesehatan perorangan dengan pelayanan paripurna sesuai dengan kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka meningkatkan kemampuan dalam memberikan pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian, pengembangan dan juga penapisan teknologi pada bidang kesehatan dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan.

2.1.2 Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Menurut Permenkes No 24 Tahun 2022 rekam medis merupakan dokumen berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan tindakan serta pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Sedangkan, rekam medis elektronik merupakan rekam medis yang dibuat menggunakan sistem elektronik dan diperuntukkan bagi perekam medis. Rekam medis merupakan suatu keharusan yang sangat penting bagi pasien dimana terdapat data diagnosis dan terapi, saat ini pun rekam medis banyak digunakan untuk kepentingan pendidikan dan penelitian serta permasalahan hukum (Sabarguna, 2008).

Didalam pelaksanaan praktik kedokteran pun dijabarkan bahwasanya setiap dokter maupun dokter gigi memiliki kewajiban untuk membuat catatan rekam medis setelah pasien menerima pelayanan kesehatan. Dimana catatan ataupun pendokumentasian rekam medis tersebut merupakan hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan maupun pelayanan lainnya serta dilengkapi dengan nama, waktu dan

tanda tangan dokter, dokter gigi, dan tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan kesehatan.

b. Tujuan Rekam Medis

Secara umum rekam medis bertujuan untuk menunjang tercapainya administrasi yang tertib dalam rangka peningkatan upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dengan adanya tertib administrasi tersebut, merupakan faktor yang menentukan upaya pelayanan kesehatan ini dapat diraih dan dicapai apabila didukung oleh sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar (Depkes RI, 2006).

c. Kegunaan Rekam Medis

Menurut (Depkes RI, 2006) menjabarkan beberapa aspek, antara lain :

- Aspek Administrasi

Berkas rekam medis ini mempunyai nilai administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan dengan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga kesehatan dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

- Aspek Medis

Berkas rekam medis mempunyai nilai medis dikarenakan catatan medis tersebut digunakan sebagai dasar rencana kedepan seperti rencana pengobatan dan perawatan kepada pasien serta dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen risiko klinis, serta keamanan dan keselamatan pasien.

- Aspek Hukum

Berkas rekam medis tentunya juga memiliki nilai hukum dan fungsi sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

- Aspek Keuangan

Berkas rekam medis tentu memiliki nilai uang karena isinya mengandung data serta informasi yang bisa dijadikan sebagai aspek keuangan.

- Aspek Penelitian

Berkas rekam medis memiliki nilai penelitian dikarenakan isinya dapat digunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

- Aspek Pendidikan

Berkas rekam medis tentunya juga memiliki nilai pendidikan dikarenakan berkas rekam medis tersebut digunakan sebagai referensi atau bahan ajar di bidang kesehatan saat ini

- Aspek Dokumentasi

Berkas rekam medis memiliki nilai dokumentasi dikarenakan isi didalamnya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasi dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban serta laporan rumah sakit.

d. Kerahasiaan Dokumen Rekam Medis

Menurut (Hatta, 2010) rekam medis digunakan sebagai dokumentasi keadaan pasien dimana isi rekam medis merupakan rahasia yang harus dijaga kerahasiaannya. Pimpinan sarana atau fasilitas kesehatan bertanggung jawab jika terdapat berkas rekam medis yang hilang, rusak, serta pemalsuan dan penggunaan oleh pihak yang tidak berhak. Seharusnya berkas rekam medis tidak boleh dipindah tangan tanpa adanya surat persetujuan ataupun kewenangan pihak yang berwajib.

Kerahasiaan dan keamanan dari berkas rekam medis merupakan suatu hal yang wajib diperhatikan. Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib menjaga keamanan, keutuhan, kerahasiaan, dan ketersediaan data yang terdapat dalam dokumen rekam medis sebagaimana dijelaskan pada pasal 267 UU nomor 17 tahun 2023 tentang kesehatan. Hubungan dokter dengan pasien harusnya berdasar pada saling percaya, dimana pasien mempercayakan perawatan rahasianya kepada dokter, dan jadilah muncul aturan tentang kerahasiaan (Kusmaryanto, 2018).

Kerahasiaan rekam medis sangat wajib dijaga oleh rumah sakit, dokter dan tenaga kesehatan lainnya, dikarenakan isi dari rekam medis tersebut bukan hanya merupakan data statistik mengenai kesehatan

pasien namun juga sebagai bukti dalam pengobatan pasien. Rekam medis berisikan keterangan siapa, kapan, suatu kegiatan medis dilaksanakan (Rustiyanto, 2009). Apabila kerahasiaan riwayat kesehatan pasien tersebut bocor atau terungkap maka dapat dikatakan tindakan yang mengandung unsur kelalaian, bisa mendapatkan ancaman pidana. Dimana sudah tertulis pada ayat 1 dan 2 pasal 322 KUHP.

2.1.3 Kodifikasi

kodifikasi atau pengkodean (koding) pada rekam medis merupakan kegiatan pengolahan data pada rekam medis dimana petugas memberikan kode dengan huruf dan angka maupun kombinasi antara huruf dengan angka. Dimana penentuan kode diagnosis tersebut meliputi kode diagnosis utama, kode diagnosis sekunder (bila ada), dan kode tindakan medis. Perlunya kejelian dan ketepatan dalam melakukan kodifikasi, kejelian dan ketepatan dalam melakukan kodifikasi ini wajib serta berguna dalam hal-hal yang berkaitan dengan tindakan medis serta pelayanan kesehatan.

Koding sendiri merupakan translasi dari diagnosis dan prosedur medis, serta jasa dan pelayanan dalam bentuk alfanumerik atau numerik dengan tujuan untuk pelaporan statistik dan reimbursement. Menurut Judy A. Bielby Koding merupakan suatu kegiatan yang kompleks, dan melibatkan pengetahuan mengenai anatomi, patofisiologi, dokumentasi, kebijakan dll. Maka dari itu seorang koder haruslah teliti dalam menelaah semua fakta yang terdapat dalam dokumen rekam medis agar menghasilkan kode yang etis, dan seorang koder haruslah telah memahami mengenai prosedur koding dan telah melakukan analisa terhadap dokumen rekam medis.

Didalam pemberian kodifikasi juga harus memperhatikan diagnosis dimana diagnosis dibagi menjadi dua yaitu diagnosis utama dan diagnosis sekunder. Diagnosis utama merupakan diagnosis yang ditegakkan oleh dokter dimana merupakan penyebab pasien mendapatkan perawatan serta pemeriksaan lebih lanjut, namun jika pasien memiliki lebih dari satu diagnosis maka dipilih yang menggunakan sumber daya paling banyak.

Selain itu, jika pasien tidak memiliki diagnosis yang ditegakkan pada akhir pemeriksaan maka gejala utama, hasil pemeriksaan penunjang serta masalah lainnya bisa digunakan menjadi diagnosis utama. Diagnosis sekunder adalah suatu diagnosis yang menyertai diagnosis utama selama pasien menjalani perawatan, dimana diagnosis sekunder sendiri merupakan komorbiditas atau komplikasi, dimana komorbiditas merupakan penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi yang sudah ada sebelum pasien masuk untuk dirawat dan membutuhkan pelayanan kesehatan.

Pemberian koding ini haruslah sesuai dengan ICD-10 yang diterbitkan oleh WHO (*World Health Organization*) dan pemberian kode tindakan ini juga harus sesuai dengan ICD-9CM. kodifikasi sangatlah penting dalam sistem pembiayaan yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke FKRTL (Fasilitas kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut). Namun juga harus tetap sesuai aturan dan pedoman koding yang sudah ditentukan oleh INA-CBGs, dimana sumber data untuk mengkode INA-CBGs berasal dari resume medis dan keakuratan kodifikasi ini sangat berpengaruh pada hasil grouper didalam aplikasi INA-CBGs.

Penentuan keakuratan dalam pengkodean diagnosis utama juga dipengaruhi oleh spesifikasi penulisan diagnosis utama. Dimana diperlukan juga komponen dalam evaluasi keakuratan kode diagnosis (Hatta, 2014) yaitu:

a. *Validity*

Kode tepat sesuai diagnosis dan tindakan.

b. *Reliability*

Kode sama dan konsisten meskipun dikode oleh petugas yang berbeda.

c. *Completeness*

Kode sudah mencakup semua diagnosis dan tindakan yang ada di rekam medis.

d. *Timeliness*

Tepat waktu.

Keakuratan kode diagnosis ini juga dapat dipengaruhi oleh kejelasan penulisan diagnosis utama oleh dokter. Jika pada saat pengodingan ditemukan kesalahan atau inkonsistensi dalam pencatatan diagnosis maka seorang koder haruslah bertanya kepada dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP), tetapi jika koder tidak berhasil melakukan klarifikasi kepada DPJP maka koder menggunakan Rule MB1 sampai Rule MB5 dalam memilih kode diagnosis utama atau biasa disebut re-seleksi, dengan aturan Rule MB sebagai berikut:

1. Rule MB1 (Kondisi minor tercatat sebagai diagnosis utama, sedangkan kondisi lebih dianggap sebagai diagnosis sekunder).
Dimana kondisi yang telah berlangsung lama atau disebut sebagai kondisi minor atau masalah insidental digunakan sebagai diagnosis utama, dan untuk kondisi yang lebih berarti tercatat sebagai diagnosis sekunder, maka re-seleksi kondisi yang berarti tersebut sebagai diagnosis utama.
2. Rule MB2 (Beberapa kondisi tercatat sebagai diagnosis utama).
Jika beberapa kondisi tidak bisa dikode bersamaan tercatat sebagai diagnosis utama dan ketika menunjukkan bahwa satu di antaranya adalah diagnosis utama pada asuhan pasien, maka pilihlah kondisi tersebut.
3. Rule MB3 (Kondisi yang dicatat sebagai diagnosis utama merupakan gejala dari kondisi yang telah didiagnosis dan diobati).
Jika suatu gejala atau tanda (pada umumnya diklasifikasikan pada Bab XVIII) atau bisa juga diklasifikasikan pada Bab XXI, maka dicatat menjadi diagnosis utama.
4. Rule MB4 (Kespesifikan)
Jika diagnosis yang tercatat sebagai diagnosis utama menguraikan suatu kondisi secara umum, sedangkan diagnosis sekunder berisikan informasi yang lebih tepat mengenai letak serta bentuk kondisi tersebut, maka pilih diagnosis sekunder sebagai diagnosis utama.
5. Rule MB5 (Diagnosis Alternatif)

Jika pada suatu gejala tercatat sebagai diagnosis utama namun disebabkan oleh kondisi tertentu atau diagnosis sekunder, maka pilih gejala tersebut sebagai diagnosis utama. Jika dua kondisi atau lebih tercatat sebagai pilihan diagnosis, maka pilihlah kondisi pertama yang tercatat sebagai diagnosis utama.

Pemberian kode atas diagnosis ini berlaku dengan menggunakan ICD-10 untuk mengkode penyakit, ICD-9CM dan ICOPIM untuk mengkode tindakan medis, dan ICD-O untuk mengkode lokasi, morfologi, perilaku, dan penilaian dari penyakit neoplasma.

ICD (*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*) merupakan sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional, sesuai peraturan Depkes, sistem klasifikasi yang haruslah digunakan sejak tahun 1996 sampai sekarang adalah ICD-10 dari WHO. ICD (*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*) dimana memuat klasifikasi diagnosis penyakit berstandar internasional dan disusun berdasarkan kategori dan dikelompokkan dalam satuan penyakit yang telah disepakati oleh pakar internasional (Hatta G. , Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, 2008).

ICD-10 terbagi atas 3 volume, volume 1 berisikan klasifikasi kodifikasi utama, volume 2 berisikan pedoman dan tata cara penggunaan ICD dan volume 3 berisikan alfabetik indeks

Penerapan pengkodean ICD-10 digunakan dalam :

1. Melakukan indeksing dan pencatatan penyakit serta tindakan pada sarana pelayanan kesehatan.
2. Masukan dan perbaikan bagi sistem pelaporan diagnosis medis.
3. Mempermudah proses penyimpanan serta pengambilan data diagnosis pasien.
4. Sebagai bahan dasar dalam melakukan pengelompokkan kode diagnosis dan tindakan medis pada INA-CBG's
5. Pelaporan dalam skala nasional maupun internasional morbiditas dan mortalitas.

6. Tabulasi data pelayanan.
7. Bentuk penentuan pelayanan yang harus dikembangkan sesuai kebutuhan.
8. Analisa pembiayaan pelayanan kesehatan
9. Bahan penelitian epidemiologi klinis.

2.1.4 Neoplasma

Neoplasma atau tumor merupakan massa abnormal jaringan dengan pertumbuhan yang berlebihan serta tidak terkoordinasikan. Etiologi atau penyebab terjadinya neoplasma menurut (Sjamsuhidajat, 2015). Karena terjadi pembelahan sel yang abnormal. Perbedaan sifat sel neoplasma tergantung dari besarnya penyimbangan bentuk serta fungsi autonomi dalam pertumbuhan, kemampuan mengadakan infiltrasi serta menyebabkan metastasis. Penyebab neoplasma bersifat multifaktor, berikut beberapa faktor penyebab neoplasma:

- a. Karsinogen
- b. Parasite
- c. Virus
- d. Radiasi bahan kimia
- e. Hiperensitivitas obat
- f. Faktor hormone
- g. Faktor genetik
- h. Faktor gaya hidup
- i. Polusi udara

Pemeriksaan untuk menentukan diagnosis kanker ada tiga tahap, yaitu pemeriksaan klinik, radiologi serta patologi anatomi. Dimana prosedur pemeriksaan patologi ini bertujuan untuk mengetahui apakah suatu benjolan tersebut merupakan neoplasma atau bukan melalui *FNAB (Fine Needle Aspiration Biopsy)* serta pemeriksaan jaringan tumor maupun bukan jaringan yang berbentuk cairan (sitologi).

Tumor dibagi menjadi dua yaitu tumor ganas dan tumor jinak, yang kemudian bisa disebut kanker. Tumor ganas disebut juga dengan *malignant*

neoplasm dimana pertumbuhan tumor ini sangat cepat serta menyebar ke seluruh tubuh dan mematikan, pada *malignant neoplasm* terdapat :

Tabel 1. Jenis Tumor Ganas

<i>Primary</i> (Primer)	Neoplasma berasal atau tumbuh pertama kali.
<i>Secondary</i> (Sekunder)	Kondisi dimana neoplasma primer telah menyebar, baik dengan cara metastasis (menyebar ke lokasi lain), meluas secara direct ke organ disebelahnya atau invasii ke dalam sistem sirkulasi atau limfatik.
Insitu	Sel-sel ganas belum menyebar ke luar struktur membran dasar neoplasma.

Sedangkan tumor jinak disebut juga *benign* neoplasma dimana tumor ini pertumbuhannya lebih lambat dan terlokalisir pada area tertentu.

Pada ICD-10 kodifikasi pada kasus neoplasma terdapat pada bab II dan dikelompokkan dengan blok-blok lagi sesuai dengan letak dimana neoplasma tersebut berada

Tabel 2. Blok Kode Neoplasma

C00-C75	Neoplasma ganas yang dinyatakan atau dianggap primer, pada tempat yang sudah dijelaskan, selain pada jaringan limfoid, hematopoietic dan yang berhubungan
C00-C14	Bibir, rongga mulut dan faring
C15-C26	Organ pencernaan
C30-C39	Organ pernafasan dan intratoraks
C40-C41	Tulang dan rawan sendi
C43-C44	Kulit
C45-C49	Jaringan mesotel dan jaringan lunak
C50	Mammae

C52-C58	Organ genitalia wanita
C60-C63	Organ genitalia pria
C64-C68	Saluran kemih
C69-C72	Mata, otak dan system syaraf pusat
C73-C75	Thyroid dan kelenjar endokrin
C76-C80	Neoplasma ganas pada situs yang kurang jelas dan tidak dijelaskan
C81-C96	Neoplasma ganas yang dinyatakan dan dianggap primer, pada jaringan limfoid, hematopoietic dan yang berhubungan
C97	Neoplasma ganas pada situs-situs ganda yang independen atau primer
D00-D09	Neoplasma in situ
D10-D36	Neoplasma jinak
D37-D48	Neoplasma dengan sifat tidak jelas serta tidak diketahui (khusus)

Di dalam menentukan kodifikasi pada kasus neoplasma ini juga harus memperhatikan kode tambahan yaitu kode morfologi serta kode topografi. Istilah morfologi memiliki kode lima digit mulai dari 8000/0 hingga 9992/3. Empat digit pertama menunjukkan istilah histologis tertentu. Digit kelima, setelah garis miring atau guratan (/), adalah kode perilaku, yang menunjukkan apakah suatu tumor ganas, jinak, in situ, atau tidak pasti apakah ganas atau jinak. Dan untuk digit keenam adalah peringkat (differensiasi) untuk tumor padat, dan juga digunakan sebagai kode khusus limfoma serta leukemia. Sebagai tambahan pada situs, kode morfologi dan sifat juga harus dipertimbangkan kegunaannya. Kode perilaku satu digit adalah sebagai berikut:

Tabel 3. Kode Morfologi pada Neoplasma

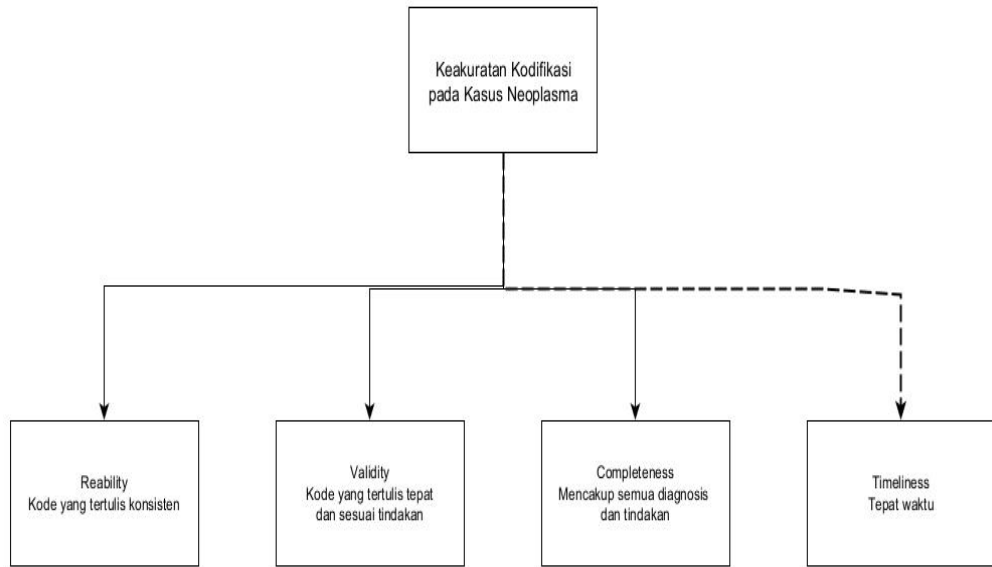
/0	Neoplasma jinak (benign)
/1	Neoplasma yang sifat tidak jelas
/2	Neoplasma insitu
/3	Neoplasma ganas primer (malignant, primary site)
/6	Neoplasma ganas sekunder (malignant, metastatic site, secondary site)
/9	Malignant (tidak jelas apakah primer atau metastatic)

Kode topografi sendiri merupakan kode yang menunjukkan dimana lokasi neoplasma tersebut. Dalam ICD-10 kode topografi berdasarkan perangai tumor dimana satu jenis tumor bisa memiliki kode yang berbeda-beda pada lokasi yang sama, kode topografi sendiri merupakan adaptasi dari bagian neoplasma ganas Bab II ICD-10, bagian tersebut memiliki kode empat karakter dimulai dari C00.0 hingga C80.9 dan pada titik desimal (.) merupakan pemisah subdivisi dari kategori tiga karakter. Dalam pengkodean neoplasma sendiri ada 3 aspek spesifik yang perlu diingat yaitu lokasi tumor, sifat tumor (morfologi dan histologi) dan perangai (perilaku) tumor.

Pada lokasi sendiri yang dimaksud adalah letak anatomik dan morfologi sendiri menggambarkan struktur serta jenis sel atau jaringan neoplasma.

Langkah koding neoplasma sendiri yang pertama adalah mencari indeks alfabetik lead term terkait dengan morfologi neoplasma dimana nanti akan menemukan kode M (morfologi) yang akan menentukan tipe histologis (jaringan/sel), perilaku dan lokasi. Kemudian, langkah selanjutnya adalah mencari terminologi yang menunjukkan lokasi anatomik dalam diagnosis, kemudian barulah menelusuri tabel Neoplasma dalam indeks alfabetik untuk menemukan kode topografi yang sesuai. Perlu diingat bahwa jika suatu neoplasma telah diangkat namun kumat lagi pada lokasi yang sama maka koder wajib memberikan kode rekurensi sebagai primary site.

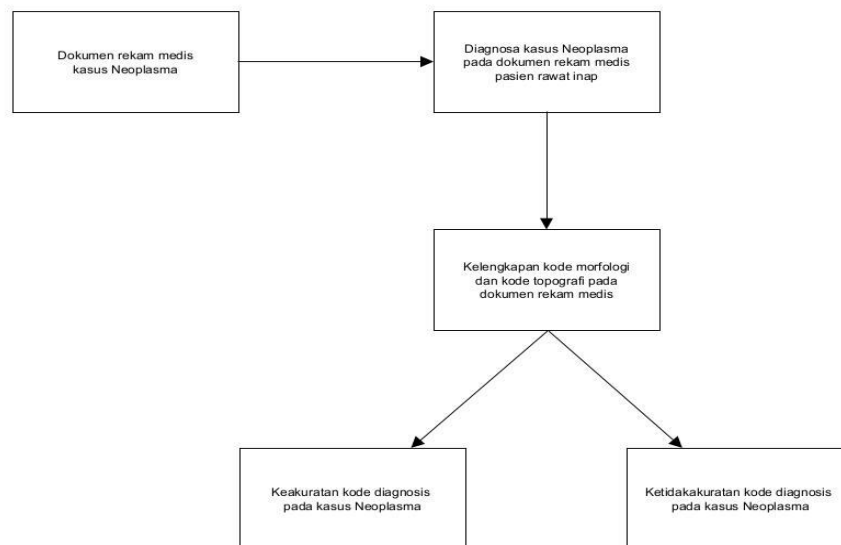
2.2 Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori

Pada kerangka teori diatas dijelaskan bahwa di dalam keakuratan terdapat elemen-elemen yaitu *reliability*, *validity*, *completeness* dan *timeliness*. Namun, yang diteliti oleh peneliti hanya mencakup *reability*, *validity* dan *completeness*.

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

Pada kerangka konsep diatas dijelaskan bahwa dokumen rekam medis pada kasus neoplasma dianalisa untuk mengetahui apakah dokumen tersebut kode diagnosisnya sudah akurat atau tidak akurat, serta mengetahui apakah dokumen tersebut sudah dilengkapi dengan kode morfologi dan kode topografi.