

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Puskesmas

Puskesmas adalah fasilitas Kesehatan yang menyelenggarakan upaya Kesehatan Masyarakat serta Upaya Kesehatan perorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan Upaya promotif dan preventif, dalam menacapai derajat Kesehatan Masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes, 2019).

Pengaturan sistem informasi Kesehatan puskesmas bertujuan untuk:

- a. Mewujudkan penyelenggaraan sistem informasi puskesmas yang terintegrasi
- b. Menjamin ketersediaan data informasi yang berkualitas, berkesinambungan dan mudah di akses
- c. Meningkatkan kualitas dalam Pembangunan Kesehatan diwilayah kerjanya melalui penguatan manajemen puskesmasRekam Medis

2.1.2 Rekam Medis

Rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, Tindakan, dan pelayanan lainnya yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes, 2022). Oleh sebab itu rekam medis sebagai bukti pelayanan Kesehatan wajib dicatat dengan lengkap dan kronologis untuk meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan di puskesmas.

2.1.3 Tujuan Rekam Medis

Menurut PERMENKES No.24 Tahun 2022 pasal 2 tentang pengaturan tujuan rekam medis memiliki 4 (empat) tujuan yaitu:

1. Untuk meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan
2. Memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis

3. Menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan dan ketersediaan data rekam medis
4. Mewujudkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang berbasis digital dan terintegrasi.

2.1.4 Isi Rekam Medis

Isi rekam medis pasien rawat jalan dalam sarana pelayanan Kesehatan menurut PERMENKES No.24 Tahun 2022 pasal 13 ayat 1 tentang penyelenggaraan rekam medis elektronik paling sedikit terdiri atas:

1. Registrasi pasien
2. Pendistribusian data rekam medis elektronik
3. Pengisian informasi klinis
4. Pengelolaan informasi rekam medis elektronik
5. Penginputan data untuk klaim pembiayaan
6. Penyimpanan rekam medis elektronik
7. Penjaminan mutu rekam medis elektronik
8. Hasil transfer isi rekam medis elektronik

2.1.5 Kegunaan Rekam Medis

Menurut Gibony (1991), menyatakan kegunaan rekam medis dengan menggunakan singkatan ALFRED adalah yaitu sebagai berikut :

1. *Administrasi (Administration)*
Dokumen rekam medis memiliki nilai administrasi, karena berisikan pelaksanaan pengelolaan sumber daya dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dalam mencapai suatu tujuan
2. *Hukum (legal)*
Dokumen rekam medis memiliki nilai hukum serta dapat digunakan sebagai alat hukum, dikarenakan sisnya yang menyangkut masalah adanya jaminan kepastian yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan pasien
3. *Keuangan (Financial)*

Suatu berkas rekam medis berguna dalam pendapatan dan biaya kesehatan karena berisikan data atau informasi yang dapat digunakan sebagai spek keuangan.

4. Penelitian (*Research*)

Suatu berkas rekam medis berguna sebagai penelitian karena berisikan data informasi yang dapat digunakan dalam penelitian untuk mengembangkan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan

5. Pendidikan (*education*)

Dokumen rekam medis berguna sebagai pendidikan, karena berisikan informasi mengenai pengembangan ilmu kesehatan yang dapat digunakan sebagai literatur pengajaran dalam bidang profesi pendidikan kesehatan

6. Dokumentasi (*Documentation*)

Dokumen rekam medis yang memiliki fungsi dokumentasi, karena berisikan informasi kesehatan yang harus di dokumentasikan dan digunakan untuk pertanggung jawaban laporan.

2.1.6 Diagnosis

Menurut Kamus Kedokteran Dorlan (2015). Diagnosis merupakan penetapan sifat penyakit atau pembeda satu penyakit dengan yang lainnya. Diagnosis dalam ICD-10 adalah diagnosis berarti penyakit, cedera, cacat serta keadaan masalah terkait Kesehatan. Menurut Gemala Hatta 2008. Diagnosis utama yaitu kondisi yang sudah dipelajari ditentukan paling bertanggung jawab mengakibatkan pasien masuk rumah sakit untuk perawatan. Diagnosis sekunder dalam ICD-10 merupakan suatu *probleme* kesehatan yang dapat muncul ketika periode keperawatan kesehatan yang mana kondisi tersebut belum ada di pasien. Diagnosis lain merupakan semua kondisi yang mengiringi diagnose utama kemudian dapat mempengaruhi pengobatan.

Menurut Depkes (1997) penetapan kode diagnose terhadap pasien merupakan suatu kewajiban, hak dan tanggung jawab seorang dokter. Diagnose yang terdapat didalam dokumen rekam medis harus diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan prosedur yang terdapat dalam ICD-10.

Kewenangan dokter umum, spesialis ataupun dokter gigi tercantum dalam surat tanda registrasi dalam melaksanakan tugas yang sesuai dengan kompetisinya menurut (UU Praktik Kedokteran, 2004) yaitu sebagai berikut:

- a. Melakukan interview dengan pasiennya mengenai keadaan pasien
- b. Melakukan pemeriksaan fisik maupun mental
- c. Mempertimbangkan apakah pemeriksaan diperlukan atau tidak
- d. Membacal diagnosais pasien
- e. Menentukan jadwal serta metode pemeriksaan pasien

2.1.7 Kodifikasi dan Klasifikasi (Koding)

2.1.7.1 Pengertian Koding

Koding merupakan pemberian kode diagnosis penyakit yang mengacu pada klasifikasi penyakit yang berlaku dengan tujuan untuk mempermudah pengelompokkan penyakit dan tindakan operasi yang dapat digambarkan dalam bentuk angka (Depkes, 2006). Menurut WHO kode klasifikasi bertujuan untuk menyamakan nama serta golongan penyakit, cedera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. Pemberian diagnosis kepada pasien harus lengkap dan jelas sesuai dengan penetapan yang ada pada ICD-10 dan kode tindakan sesuai dengan ICD-9 CM.

Koding merupakan penetapan kode dengan menggunakan huruf (alfanumerik) atau kombinasi huruf yang menggantikan komponen data. Kegiatan dan Tindakan diagnosis yang terdapat dalam dokumen rekam medis harus diberikan kode dan kemudian di indeks agar mempermudah pelayanan dan pemberian informasi dalam menunjang fungsi perencanaan, manajemen dan riset bidang kesehatan (Sugiarti; 2020). Sedangkan pengkodean merupakan dalam usaha pengorganisasian proses pengambilan data yang memberikan kemudahan terhadap penyajian data.

Penetapan kode pada diagnosis penyakit di Indonesia mengacu pada *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision* (ICD) (KEEPMENKES, 2006).

2.1.7.2 Tujuan Koding

Klasifikasi dan kodefikasi penyakit merupakan suatu sistem pengelompokan penyakit yang dikategorikan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan. WHO telah mengelompokkan berdasarkan klasifikasi terapi, prosedur, diagnostik, dan profiklasis kedokteran terdiri dari pemeriksaan labolatorium dan prosedur lainnya.

Menurut Gemala Hatta (2013) tujuan klasifikasi dan kofefikasi sebagai berikut:

1. Memudahkan dalam pencatatan, pengumpulan serta pengambilan Kembali informasi sesuai dengan diagnose atupun Tindakan medis operasi
2. Mempermudah dalam melakukan entry data ke database komputer yang tersedia (satu kode dapat mewakili beberapa terminology yang digunakan oleh dokter)
3. Menyimpan data yang diperlukan oleh sistem pembayaran/ penagihan biaya
4. Memaparkan indikasi alasan pasien memperoleh asuhan/perawatan/pelayanan
5. Menyimpan data informasi diagnose dan Tindakan (medis/operasi)

Penyebab dari ketidak tepatan dalam pemberian kode diagnosis disebabkan oleh petugas rekam medis yang sulit dalam memahami terminology medis, setelah melaksanakan kegiatan pengkodean petugas tidak mengecek Kembali, dan petugas seringkali melakukan kesalahan dalam memberkan kode

diagnosa utama (SM, 2019). Untuk memperoleh kode diagnose yang akurat maka penerapan pemberian kode diagnosis harus sesuai dengan ICD-10 dan ICD 9-CM karena hasil pengkodean tersebut dilakukan dalam proses indeks penyakit, pelaporan statistik pelayanan Kesehatan dan penelitian epidemiologi serta klinis.

2.1.7.3 Langkah-langkah koding

Cara menentukan kode menggunakan ICD-10

1. Baca petunjuk manual (ICD-10 volume 2)
2. Tentukan *leadterm* (diagnose penyakit)
3. Cari kode yang sesuai pada indeks alphabet (ICD-10 volume 3)
4. Melihat *note* dan keterangan atau perintah lain yang berpengaruh
5. Menentukan kode berdasarkan ICD-10 volume 3
6. Melihat Kembali kode tersebut pada ICD-10 volume 1, membaca *note, exclude, include* dan *subdivision*

Cara menentukan kode menggunakan ICD-9CM

1. Tentukan *leadterm* (nama tindakan)
2. Cari kode yang sesuai di indeks daftar alphabet (ICD-9CM volume 1)
3. Melihat keterangan lain yang berpengaruh
4. Menentukan kode dari alphabetic indeks
5. Melihat Kembali kode tindakan pada Tabular List, membaca *note, exclude, include* dan *subdivision*.

WHO (2004) sistem pengkodean yang ditetapkan di Indonesia adalah ICD-10 yaitu mengenai Klasifikasi statistik internasional tentang penyakit dan masalah Kesehatan yang berisikan pedoman untuk merekam dan memri kode penyakit.

2.1.7.4 Ketepatan Koding

Kecekatan dan ketepatan dalam melakukan pengkodean suatu diagnosis sangat bergantung kepada pelaksana yang melakukan rekam medis, yaitu tenaga medis dalam ketepatan mendiagnosis pasien, tenaga rekam medis sebagai penentu kode dan tenaga Kesehatan lainnya.

Menurut kasim dan ekardius dalam hatta (2011), Sembilan Langkah dasar dalam menentukan kode, antara lain yaitu:

1. Menentukan tipe pernyataan yang akan dikode dan membuka ICD-10 volume 3 *alphabetic index* (kamus)
2. Kata panduan (*leadterm*) untuk penyakit dan cedera
3. Membaca dengan seksama dan mengikuti petunjuk volume 3
4. Membaca istilah yang terdapat dalam tanda kurung “()” sesudah *leadterm*
5. Mengikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (*cross reference*) dan perintah *see* dan *see also* yang terdapat didalam indeks
6. Melihat daftar tabulasi (volume 1) untuk mencari nomor kode yang paling tepat
7. Mengikuti pedoman *inclusion* dan *exclusion* pada kode yang dipilih
8. Menentukan kode yang dipilih
9. Melakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data yang dikode

Sedangkan menurut Hatta (2013) Sembilan Langkah dasar dalam menentukan kode yaitu sebagai berikut

- a) Tentukan tipe pernyataan yang akan dilakukan kode, lalu buka pada volume 3 *alphabetic index* (kamus). Bila pernyataan adalah istilah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada Bab I-XIX (Vol.1), gunakanlah ia sebagai *leadterm* untuk dimanfaatkan sebagai panduan menurut istilah yang dicari pada seksi I 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 cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologisnya. Sebaiknya jangan menggunakan istilah kata benda anatomi, kata sifat atau kata kata keterangan sebagai kata panduan. Walaupun demikian , beberapa kondisi ada yang diekspresikan sebagai sifat eponym (menggunakan nama penemu) yang tercantum di dalam indeks sebagai *Lead Term*.
- c) Baca dengan seksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul dibawah istilah yang akan dipilih pada volume 3
- d) Baca istilah yang terdapat dalam tanda kurung “()” sesudah *Lead Term* (kata dalam kurung = *modifier*, tidak akan mempengaruhi kode). Istilah lain yang ada dibawah *Lead Term* (dengan tanda (-) minus = idem = indent) dapat mempengaruhi kode, sehingga kata-kata diagnosis harus diperhitungkan
- e) Ikuti secara hati-hati (*cross references*) dan perintah *see* dan *see also* yang terdapat dalam indeks
- f) Lihat daftar (Volume 1) untuk mencari nomor kode yang paling tepat. Lihat kode ketiga karakter pada 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 terdapat dalam indeks (Volume 3). Perhatikan juga perintah untuk memberikan kode tambahan (*additional code*) serta aturan cara penulisan dan pemanfaatannya

dalam pengembangan indeks penyakit dan dalam sistem pelapora morbiditas dan mortalitas

- g) Ikuti pedoman *inclusion* dan *exclusion* pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (*chapter*), blok, kategori, atau sub kategori
- h) Tentukan kode yang dipilih
- i) Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk memastikan kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan

2.1.8 Rawat Jalan

Rawat jalan merupakan pelayanan pasien untuk dilakukan observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medis dan pelayanan Kesehatan lainnya tanpa menginap di rumah sakit (KEPMENKES, 2003).

Pelayanan rawat jalan (*ambulatory service*) merupakan pelayanan kedokteran yang diteruntukkan kepada pasien tidak dalam bentuk rawat inap. Dalam pengertian rawat jalan tidak hanya diselenggarakan oleh sarana pelayanan yang sering dikenal seperti rumah sakit, puskesmas maupun klinik akan tetapi juga yang diselenggarakan di rumah pasien (*home care*) serta di rumah perawatan (*nursing homes*). Dibandingkan dengan pelayanan rawat inap, pelayanan rawat jalan lebih berkembang pesat. Peningkatan angka utilisasi pelayanan rawat jalan di rumah sakit tercapai dari dua sampai tiga kali lebih tinggi daripada angka utilitas pelayanan rawat inap (Nugraheni & kumalasari, 2020).

2.1.9 Unsur Manajemen

Unsur manajemen terdiri dari *man, methode, material, machine, money* unsur ini sering digunakan dalam menentukan faktor penelitian. Hal ini di sampaikan oleh (Aprilian *et al.*,2020).

1. Faktor *Man*

Man, merupakan unsur 5M yang mengarah pada manusia sebagai tenaga kerja. *Man* pada penelitian ini di khususkan pada usia dari tenaga kerja, pendidikan, serta ketersediaan tenaga kerja di puskesmas.

2. Faktor *Material*

Materiali disebut juga dengan bahan baku, sebagai unsur utama yang dijadikan sebagai bahan utama. Pada rekam medis *material* material atau bahan baku yang digunakan adalah map rekam medis, buku ekpedisi, buku ICD-10, dan penyediaan tracer.

3. Faktor *Methode*

Methode atau prosedur yang merujuk pada metode sebagai panduan pelaksanaan kegiatan. Metode yang biasa digunakan pada rekam medis sebagai panduan adalah SOP.

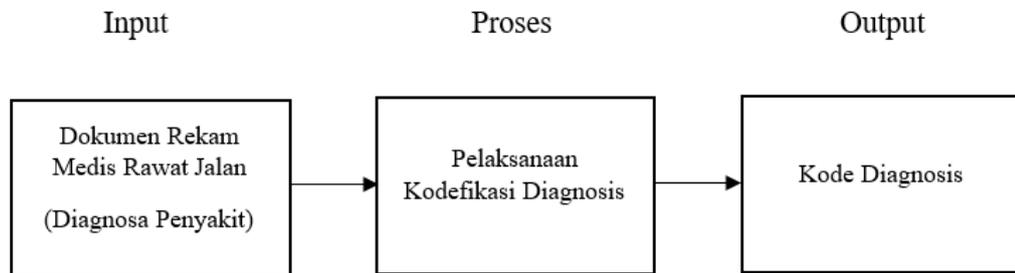
4. Faktor *Machine*

Machine atau esin merupakan fasilitas atau alat penunjang kegiatan pelaksanaan perusahaan baik profesional ataupun non operasional. Pada rekam medis mesin atau alat penunjang yang dibutuhkan yaitu keterbacaan tulisan dokter dalam menuliskan diagnosa pasien.

5. Faktor *Money*

Money atau uang merupakan sumber dana utama yang digunakan sebagai modal dalam melakukan sebuah usaha.

2.2 Kerangka Teori

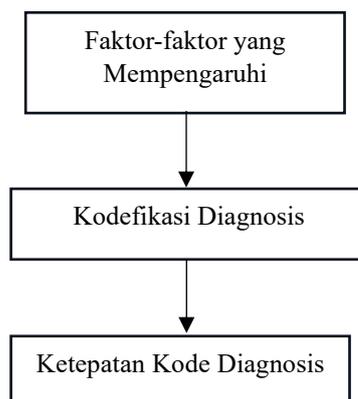


Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Berdasarkan kerangka teori diatas dapat dipahami bahwa penelitian dimulai dengan menentukan dokumen rekam medis rawat jalan kemudian melihat pelaksanaan kodefikasi diagnosis pada puskesmas Mulyorejo Kota Malang apakah sudah sesuai dengan ICD-10 setelahnya ditarik kesimpulan terkait dengan ketepatan kode diagnosis.

2.3 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dari penelitian bertujuan untuk mengetahui ketepatan kode diagnosis pada pasien rawat jalan pada bulan Januari-Agustus 2023 di Puskesmas Mulyorejo. Adapun kerangka konsep dalam penelitian ini sebagai berikut:



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka konsep diatas dapat diketahui bahwa peneliti hanya meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi ketepatan kode diagnosis pasien rawat

jalan di puskesmas Mulyorejo Kota Malang. Bagian dari tahapan proses yaitu melakukan identifikasi kode diagnosis pada berkas rekam medis pasien rawat jalan agar dapat melakukan kodefikasi diagnosis yang sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9CM.

Penelitian ini bertujuan untuk terciptanya output yang baik yaitu ketepatan kode diagnosis yang sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9CM agar dapat meningkatkan mutu pada bagian rekam medis pada puskesmas Mulyorejo Kota Malang.