

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Menurut WHO (*World Health Organization*), Rumah sakit merupakan bagian dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Berdasarkan Permenkes RI No 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, pengertian 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 dikembangkan dan dikelola oleh berbagai institusi, termasuk pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan sektor swasta. Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, rumah sakit harus mengutamakan terwujudnya rekam medis kesehatan yang komprehensif yang didukung oleh berbagai unsur yang saling berhubungan (Yetno, 2023).

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut UU RI Nomor 44 Tahun 2009, tugas rumah sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Adapun fungsi rumah sakit yaitu sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan 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 bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

Menurut Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas pasien, anamnesis penentuan fisik laboratorium, diagnosis, segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Sari, 2021).

Pengertian rekam medis tidak hanya sebatas berkas yang digunakan untuk menuliskan data pasien tetapi juga dapat berupa rekaman dalam bentuk sistem informasi (pemanfaatan rekam medis elektronik) yang dapat digunakan untuk mengumpulkan segala informasi pasien terkait pelayanan yang diberikan di fasilitas pelayanan kesehatan sehingga dapat digunakan untuk berbagai kepentingan, seperti mengambil keputusan pengobatan kepada pasien, bukti legal pelayanan yang telah diberikan, dan dapat juga sebagai bukti tentang kinerja sumber daya manusia di fasilitas pelayanan kesehatan (Nurazmi, 2020).

Rekam medis merupakan data krusial pada setiap rumah sakit. Hal ini terkait dengan isi dari rekam medis, dimana isinya yaitu seluruh informasi mengenai pasien yang dijadikan landasan untuk menetapkan tindakan yang perlu diambil sebagai bentuk layanan ataupun tindakan medis (Suryani, 2022). Rekam medis mampu dimanfaatkan sebagai dasar pengobatan pasien, pemeliharaan kesehatan, instrumen pembuktian dimata hukum terkait tindakan medis, acuan pembayaran layanan kesehatan, kebutuhan pendidikan serta penelitian, serta informasi statistik kesehatan. Sebuah rekam medis dinyatakan

andal jika isinya lengkap, akurasi tinggi, dan terpercaya. Salah satu unsur yang menentukan keakuratan informasi pada rekam medis adalah penulisan diagnosis pasien (Maimun, 2018).

2.2.2 Manfaat dan Tujuan Rekam Medis

Manfaat rekam medis digunakan sebagai sumber informasi medis yang digunakan untuk pengobatan dan keperluan pemeliharaan kesehatan pasien. Rekam medis berperan penting dalam meningkatkan kualitas fasilitas pelayanan kesehatan. Pendokumentasian rekam medis yang jelas, lengkap dan akurat dalam pelaksanaan tindakan medis merupakan salah satu cara untuk meningkatkan mutu pelayanan sebagai bentuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal. Data rekam medis digunakan sebagai sumber statistik kesehatan, dan data dalam rekam medis diolah kemudian dijadikan dasar pengambilan kebijakan dan keputusan terkait pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah. Rekam medis juga bermanfaat sebagai pembuktian dalam permasalahan hukum, disiplin dan etik (Amran et al., 2021).

Adapun tujuan utama rekam medis (kesehatan) menurut Hatta terdiri dalam 5 (lima) kepentingan yaitu untuk:

- a. Pasien, rekam medis merupakan suatu alat bukti utama yang bisa membenarkan adanya pasien yang telah mendapatkan pelayanan pemeriksaan dan juga pengobatan dengan segala hasil dan juga konsekuensi biaya yang mana melalui identitas yang jelas pada rekam medis.
- b. Pelayanan pasien, rekam medis berisi rekaman segala pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis dan tenaga lain, serta membantu pengambilan keputusan akan terapi, tindakan dan penentuan diagnosa terhadap pasien. Selain itu rekam medis menjadi alat komunikasi antar tenaga kesehatan yang menangani pasien secara bersama, dan sebagai tanda bukti yang sah secara hukum.

- c. Manajemen pelayanan, rekam medis yang terisi lengkap dapat digunakan dalam menganalisis berbagai penyakit, menyusun pedoman praktik, serta untuk mengevaluasi mutu pelayanan yang diberikan.
- d. Menunjang pelayanan, rekam medis yang rinci dapat secara gamblang menjelaskan aktivitas dan juga kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan penanganan sumber-sumber yang ada pada organisasi pelayanan di rumah sakit, serta dapat menganalisis kecenderungan-kecenderungan yang terjadi dan mengomunikasikan informasi di antara klinik yang berbeda.
- e. Pembiayaan, rekam medis yang akurat dan rinci mencatat segala pemberian pelayanan kesehatan yang telah diterima pasien. Informasi ini menentukan besarnya biaya pembayaran yang harus dibayar oleh pasien, baik secara tunai atau melalui asuransi.

2.2.3 Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis menurut seorang pakar Gibony, menyatakan kegunaan rekam medis menggunakan singkatan ALFRED yaitu:

a. *Administration* (Administrasi)

Data dan informasi yang dihasilkan dalam rekam medis dapat digunakan manajemen untuk melaksanakan fungsinya guna pengelolaan berbagai sumber daya.

b. *Legal* (Hukum)

Rekam medis dapat digunakan sebagai alat bukti hukum yang dapat melindungi pasien, provider (dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya) serta pengelolaan dan pemilik sarana pelayanan kesehatan terhadap hukum.

c. *Financial* (Keuangan)

Catatan yang ada dalam rekam medis dapat digunakan untuk memprediksikan pendapatan dan biaya sarana pelayanan kesehatan.

d. *Research* (Penelitian)

Dapat dilakukan penelusuran terhadap berbagai macam penyakit yang telah dicatat ke dalam rekam medis guna kepentingan penelitian.

e. *Education* (Pendidikan)

Rekam medis dapat digunakan untuk pengembangan ilmu.

f. *Documentation* (Dokumentasi)

Rekam medis dapat digunakan sebagai dokumen karena menyimpan sejarah medis seseorang.

2.2.4 Kelengkapan Isi Rekam Medis

Dalam UU Praktik Kedokteran Nomor 29 Pasal 46 ayat (1) dijelaskan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Tanggung jawab utama akan kelengkapan dan kebenaran isi rekam medis terletak pada dokter dan dokter gigi yang merawat. Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan/setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume (Depkes, 2006). Rekam medis harus berisi informasi kesehatan yang ditulis secara konsisten, termasuk dalam penulisan informasi diagnosis oleh dokter dan tenaga keperawatan maupun kebidanan yang pada akhirnya menjadi salah satu sarana komunikasi antar tenaga kesehatan, penunjang medis dan tenaga kesehatan lain yang bekerja di bidang pelayanan kesehatan (Depkes, 2006:103).

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022, isi rekam medis paling sedikit terdiri atas:

- a. Identitas pasien
- b. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang
- c. Diagnosis, pengobatan, dan rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan
- d. Nama dan tanda tangan Tenaga Kesehatan pemberi pelayanan kesehatan

Kelengkapan isi rekam medis sangat bermanfaat untuk mengetahui secara detail riwayat penyakit pasien, tindakan pemeriksaan yang telah dilakukan dan merencanakan tindakan yang selanjutnya. Ketidaklengkapan rekam medis menjadi salah satu masalah karena rekam medis seringkali merupakan satu satunya catatan yang dapat memberikan informasi terinci tentang apa yang sudah terjadi selama pasien dirawat di rumah sakit. Dampak

ketidaklengkapan rekam medis adalah terhambatnya proses klaim asuransi yang diajukan dan terhambatnya proses tertib administrasi (Karma, 2019).

2.3 Diagnosis Penyakit

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) daring, diagnosis adalah penentuan jenis penyakit dengan cara meneliti (memeriksa) gejala-gejalanya. Secara singkat, diagnosis bisa diartikan sebagai pemeriksaan terhadap suatu hal yang dialami oleh pasien. Diagnosis 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 (Mangentang, 2019).

Menurut Hatta dalam (Suryani, 2022), diagnosis dibagi menjadi dua yaitu diagnosis utama dan diagnosis sekunder. Diagnosis utama yaitu keadaan yang menjadi alasan pasien mendapat perawatan ataupun pemeriksaan yang ditetapkan diakhir waktu layanan serta mempunyai tanggung jawab atas kebutuhan sumber daya pengobatan. Sedangkan, diagnosis sekunder yakni diagnosis yang mendukung diagnosis utama ketika pasien masuk ataupun yang timbul saat pelayanan berlangsung. Diagnosis penyakit yang ditetapkan oleh dokter akan sangat mempengaruhi tindakan terhadap pasien baik dalam pengobatan bahkan tindakan yang akan diambil. Suatu diagnosis yang akurat didasari oleh anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan ditulis dalam berkas rekam medis (Karma, 2019).

Permenkes RI Nomor 27 Tahun 2014 mengenai Petunjuk Teknis Sistem INA-CBGs tentang aturan reseleksi diagnosis menjelaskan, petugas koding memiliki tanggung jawab dalam menentukan kondisi yang menjadi diagnosis utama sebelum pengkodean dilakukan agar sesuai dengan aturan reseleksi diagnosis (rule morbiditas/ rule MB) pada ICD-10. Oleh karena itu, penulisan diagnosis utama sangat penting diperhatikan ketepatan terminologi medisnya agar sesuai dengan standar internasional yang telah ditetapkan yaitu ICD-10 sehingga memudahkan petugas koding dalam melakukan pengkodean (Suryani, 2022).

2.4 Ketepatan Penulisan Diagnosis

Penetapan dan penulisan diagnosis merupakan tanggung jawab dokter, sedangkan tenaga non medis khususnya petugas koding harus saling berkomunikasi dengan baik agar menghasilkan kodefikasi penyakit yang tepat dan akurat sehingga dapat dipertanggungjawabkan (Rahmawati & Utami, 2020). Penulisan diagnosis harus seragam dan menggunakan terminologi medis yang tepat sehingga tidak menyebabkan kebingungan saat koding (Suryani, 2022).

2.5 Terminologi Medis

Terminologi medis merupakan istilah atas keadaan gangguan kesehatan yang terdaftar di nomenklatur yang selaras dengan istilah pada tatanan klasifikasi penyakit. Adapun suatu sistem klasifikasi penyakit yang telah ditetapkan oleh *World Health Organization* (WHO) adalah *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems* (ICD) *Tenth Revision* atau ICD-10 (Suryani, 2022). Menurut Kasim dan Erkadius dalam Hatta (2013) terminologi medis merupakan sistem yang digunakan untuk menata daftar kumpulan istilah medis penyakit, gejala, dan prosedur. Istilah-istilah penyakit atau kondisi gangguan kesehatan harus sesuai dengan istilah yang digunakan dalam suatu sistem klasifikasi penyakit.

Penggunaan terminologi medis bertujuan untuk keseragaman, universalitas, serta istilah yang dituliskan dokter di suatu negara tetap dipahami oleh dokter dimanapun di seluruh dunia. Dengan adanya perkembangan zaman, telah terjadi adaptasi dan perubahan dalam penulisan diagnosis pasien karena adanya pengaruh bahasa lokal menyebabkan petugas koding kesulitan dalam menentukan kode diagnosis pasien, sehingga diperlukan keseragaman penulisan diagnosis berdasarkan terminologi medis yang sesuai dengan ICD-10 untuk memudahkan petugas koding dalam menentukan kode diagnosis pasien (Sari, 2019).

2.6 Kodefikasi Diagnosis

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022, dijelaskan bahwa pengertian pengkodean klinis merupakan kegiatan pemberian kode klasifikasi

klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan medis yang terbaru/*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems*, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Menurut Kasim dalam (Maimun, 2018), Sistem pengkodean/sistem klasifikasi penyakit merupakan pengelompokan penyakit-penyakit yang sejenis ke dalam satu grup nomor kode penyakit sejenis sesuai dengan *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem revisi 10* (ICD-10) untuk istilah penyakit dan masalah yang berkaitan dengan kesehatan, dan *International Classification of Disease Clinical Modification revisi kesembilan* (ICD-9 CM) untuk prosedur/tindakan medis yang merupakan klasifikasi komprehensif.

Menurut Hatta dalam (Pramono, 2021), penerapan pengkodean digunakan untuk mengindeks laporan penyakit, menyediakan masukan bagi sistem pelaporan kesehatan, menentukan bentuk pelayanan yang harus dikembangkan sesuai kebutuhan zaman, menyediakan data untuk proses evaluasi dan perencanaan pelayanan medis, serta mempermudah proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis pasien. Selain itu, kegunaan lainnya adalah menyediakan bahan dasar untuk pengelompokan DRG's (*diagnostic related groups*) yang berkaitan dengan sistem penagihan pembayaran klaim biaya pelayanan kesehatan, serta menyediakan data dan informasi yang dibutuhkan untuk penelitian epidemiologi dan klinis.

Berdasarkan Kepmenkes RI Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, seorang perekam medis harus mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia dan diakui secara internasional yaitu menggunakan ICD-10 (*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision*) berdasarkan jenis penyakit dan tindakan medis yang diberikan selama proses pelayanan kesehatan.

Menurut Hatta dalam (Agustine, 2019), proses pengkodean harus dimonitor untuk beberapa elemen sebagai berikut.

- a. Konsisten bila dikode oleh petugas berbeda kode tetap sama (*reliability*)

- b. Kode tepat sesuai diagnosis dan tindakan (*validity*)
- c. Mencakup semua diagnosis dan tindakan yang ada di rekam medis (*completeness*)
- d. Tepat waktu (*timeliness*)

Tujuan pengkodean diagnosis adalah untuk memudahkan pengaturan dan pencatatan, pengumpulan, penyimpanan, pengambilan, dan analisis kesehatan. (Hatta, 2013).

2.7 Keakuratan Kodefikasi Diagnosis

Menurut Permenkes RI Nomor 76 Tahun 2016, seseorang yang bertugas dan bertanggung jawab melakukan koding diagnosis dan tindakan atau prosedur yang ditulis oleh dokter disebut *coder*. Keakuratan dalam pemberian kode diagnosis merupakan hal yang harus diperhatikan oleh *coder*, ketepatan data diagnosis sangat penting di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dalam asuhan dan pelayanan kesehatan (Yunawati, 2022). Keakuratan kode diagnosis dan tindakan sangat mempengaruhi kualitas data statistik dan pembayaran biaya kesehatan di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Yunawati, 2022). Kode diagnosis yang tidak akurat akan menyebabkan informasi yang dihasilkan memiliki tingkat validasi data yang rendah dan mengakibatkan ketidaktepatan dalam pembuatan laporan oleh petugas analising dan reporting yang nantinya akan digunakan untuk membuat laporan rekapitulasi penyakit, digunakan sebagai bahan dasar dalam pengelompokan CBG's (*Case Based Groups*) untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan, mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan disarana pelayanan kesehatan, serta untuk informasi manajemen rumah sakit dalam pengambilan keputusan (Suryandari, 2023).

2.8 ICD 10

Menurut Hatta dalam (Agustine, 2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* atau ICD adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional. Sistem klasifikasi penyakit adalah sistem yang mengelompokkan penyakit-penyakit dan prosedur-

prosedur yang sejenis ke dalam satu grup nomor kode penyakit dan tindakan yang sejenis. Penerapan pengodean sistem ICD digunakan untuk mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan, masukan bagi sistem pelaporan diagnosis medis, pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas, tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis, serta untuk penelitian epidemiologi dan klinis.

Menurut Gemala Hatta di dalam Buku ICD 10 versi 2010 terdiri dari 3 volume yaitu:

- a. Volume 1, pada ICD 10 versi 2010 volume 1 ini berisi:
 - 1) Pusat - pusat kerjasama WHO untuk mengklasifikasikan penyakit
 - 2) Laporan konferensi Internasional yang menyetujui revisi ICD 10
 - 3) Daftar kategori 3 karakter
 - 4) Daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori 4 karakter
 - 5) Daftar morfologi neoplasma
 - 6) Daftar tabulasi khusus morbiditas dan mortalitas
 - 7) Definisi – definisi
 - 8) Regulasi – regulasi nomenklatur
- b. Volume 2, pada ICD 10 versi 2010 volume 2 ini berisi petunjuk penggunaan ICD 10 yaitu:
 - 1) Penjelasan ICD (*International Classification of Disease and Health Problems*)
 - 2) Cara penggunaan ICD 10 versi 2010
 - 3) Aturan dan petunjuk pengkodean morbiditas dan mortalitas
 - 4) Presentasi statistik
 - 5) Sejarah Perkembangan ICD
- c. Volume 3, pada ICD 10 versi 2010 volume 3 ini biasa disebut dengan Alfabetik Indeks dimana berisi:
 - 1) Susunan indeks secara umum
 - 2) Untuk *section 1* berisi indeks abjad penyakit dan cedera
 - 3) Untuk *section 2* berisi penyebab luar cedera
 - 4) Untuk *section 3* berisi tabel obat dan zat kimia

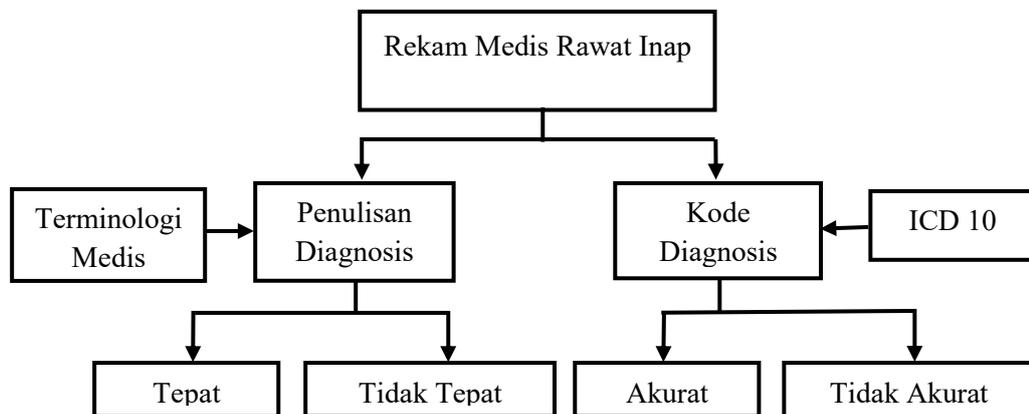
5) Juga ada revisi terhadap volume 1

Tabel 2.1 Rincian Bab Kategori ICD 10 Versi 2010

BAB	KODE ALFABET	ICD
I	A00 – B99	Penyakit parasitik dan infeksi tertentu
	C00 – C99	Neoplasma ganas
II	D00 – D48	Neoplasma in situ dan jinak
III	D50-D89	Penyakit darah dan organ Pembentuk darah
IV	E00-E90	Penyakit endokrin, nutrisi dan Metabolik
V	F00-F99	Penyakit mental dan perilaku
VI	G00-G99	Penyakit sistem syaraf
VII	H00-H59	Penyakit mata dan organ mata
VIII	H60-H95	Penyakit telinga dan prosesus mastoid
IX	I00-I99	Penyakit sistem sirkulasi
X	J00-J99	Penyakit sistem sirkulasi
XI	K00-K93	Penyakit sistem digestif
XII	L00-L99	Penyakit kulit dan jaringan subkutan
XIII	M00-M99	Penyakit otot-kerangka tulang Dan jaringan ikat
XIV	N00-N99	Penyakit sistem genitourinaria
XV	O00-O99	Kehamilan, kelahiran dan masa nifas
XVI	P00-P96	Kelainan tertentu yang bermula dari masa perinatal

XVII	Q00-Q99	Kelainan kongenital, deformasi dan kelainan kromosom
XVIII	R00-R99	Tanda, gejala, dan hasil pemeriksaan klinik dan laboratorium
		Yang tidak diklasifikasikan di tempat lain
XIX	S00-T98	Cedera dan keracunan
XX	V01-Y98	Sebab-sebab luar mortalitas dan morbiditas
XXI	Z00-Z99	Faktor yang mempengaruhi kesehatan dan kontak dengan pelayanan kesehatan

2.9 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka konsep di atas dijelaskan bahwa rekam medis rawat inap dianalisis oleh petugas rekam medis untuk mengetahui ketepatan penulisan diagnosis berdasarkan ketepatan penulisan terminologi medisnya dan keakuratan kode diagnosis berdasarkan ICD 10.

2.10 Hipotesis

H0 : Tidak ada hubungan antara ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis pada rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Lavalette.

H1 : Ada hubungan antara ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis pada rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Lavalette.