

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit menurut Permenkes Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit menyebutkan bahwa “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 mempunyai fungsi:

- 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; dan
- 4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan;

b. Kewajiban Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban:

- 1) Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
- 2) Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;

- 3) Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- 4) Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- 5) Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- 6) Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- 7) Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
- 8) Menyelenggarakan rekam medis;
- 9) Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- 10) Melaksanakan sistem rujukan;
- 11) Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- 12) Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- 13) Menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- 14) Melaksanakan etika Rumah Sakit;
- 15) Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- 16) Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- 17) Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
- 18) Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);

- 19) Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- 20) Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

c. Pelayanan Rawat Inap

Rawat inap adalah istilah yang berarti proses perawatan pasien oleh tenaga kesehatan profesional akibat penyakit tertentu, dimana pasien diinapkan di suatu ruangan di rumah sakit berdasarkan rujukan dari suatu pelaksanaan pelayanan kesehatan atau rumah sakit pelaksana pelayanan kesehatan lain. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 26 Tahun 2021).

2.1.2 Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 24/MenKes/Per/III/2022 menyatakan bahwa yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien. Rekam Medis Elektronik adalah Rekam Medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan Rekam Medis.

b. Tujuan Rekam Medis

Untuk menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Manfaat rekam medis antara lain (Konsil Kedokteran Indonesia, 2011):

- 1) Pengobatan Pasien, rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan juga petunjuk untuk membuat rencana, menganalisa penyakit dan juga merancang pengobatan, perawatan dan juga tindakan tindakan medis apa yang harus diberikan kepada pasien.

- 2) Peningkatan Kualitas Pelayanan, membuat rekam medis bagi setiap penyelenggaraan praktik ilmu kedokteran dengan jelas dan juga lengkap akan berpengaruh pada peningkatan kualitas pelayanan serta melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.
- 3) Pendidikan dan Penelitian, rekam medis yang merupakan data dan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat menjadi bahan informasi untuk perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.
- 4) Pembiayaan, berkas rekam medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.
- 5) Statistik Kesehatan, rekam medis dapat berguna sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk dapat mempelajari bagaimana pola perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit-penyakit tertentu.
- 6) Pembuktian masalah hukum, disiplin dan etik, rekam medis merupakan alat bukti tertulis yang paling utama, sehingga bermanfaat dalam upaya penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik.

c. Kegunaan Rekam Medis

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

- 1) Hukum / *Legal*, sebagai bukti hukum yang dapat memberikan perlindungan hukum terhadap pasien, provider kesehatan (dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya) serta pengelola dan pemilik sarana pelayanan kesehatan.
- 2) Keuangan / *Financial*, setiap jasa yang diterima pasien bila dicatat dengan lengkap dan benar maka dapat digunakan untuk menghitung biaya yang harus dibayar pasien, selain itu jenis dan jumlah kegiatan

pelayanan yang tercatat dalam formulir dapat digunakan untuk memprediksi pendapatan dan biaya sarana pelayanan kesehatan.

- 3) *Research*, berbagai macam penyakit yang telah dicatat ke dalam dokumen rekam medis dapat digunakan untuk melakukan penelusuran guna kepentingan penelitian.
- 4) *Education*, para mahasiswa atau pendidik atau peneliti dapat belajar dan mengembangkan ilmunya dengan menggunakan dokumen rekam medis.
- 5) Sejarah / dokumentasi, Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi karena isinya menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

d. Isi Rekam Medis

Menurut permenkes 24 tahun 2022 pasal 26 isi rekam medis paling dikit terdiri atas:

- 1) Identitas pasien;
- 2) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang;
- 3) Diagnosis, pengobatan, dan rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan; dan
- 4) Nama dan tanda tangan tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan.

2.1.3 Resume Medis

Berdasarkan Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008, resume medis atau yang disebut ringkasan pulang (resume) harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pada pasien, isi ringkasan pulang sekurang-kurangnya memuat: identitas, diagnose masuk, indikasi pasien dirawat, ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnose akhir, pengobatan dan tindak lanjut, nama dan tanda tangan dpjp yang memberikan pelayanan kesehatan.

2.1.4 Analisis Kuantitatif

a. Pengertian Analisis Kuantitatif

Analisis kuantitatif adalah telaah atau review bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus dari isi rekam medis yang berkaitan dengan pendokumentasian rekam medis. Menurut

Gemala R. Hatta (2017), analisis kuantitatif dimaksudkan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam medis rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan Kesehatan.

b. Komponen Analisis Kuantitatif

Dalam melakukan audit kuantitatif, menurut Buku Manajemen Mutu Informasi Kesehatan III tentang Pendokumentasian Rekam Medis (2018) pendokumentasian rekam medis dibagi dalam beberapa komponen dasar. Komponen dasar ini meliputi suatu review Rekam Medis:

- a. Memeriksa identifikasi pasien pada setiap lembaran Rekam Medis
- b. Adanya semua laporan/pencatatan yang penting sebagai bukti rekaman.
- c. Adanya autentikasi penulis/ Keabsahan Rekaman
- d. Terciptanya pelaksanaan rekaman/ pendokumentasian yang baik.

1. Identifikasi Pasien.

Minimal setiap lembar berkas mempunyai :

→Nama dan Nomor Rekam Medis pasien.

Bila ada lembaran yang tanpa identitas harus di review untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut. Dalam hal ini bila audit dilakukan sebelum pasien pulang (*Concurrent Analysis*) lebih baik oleh karena lebih cepat mengetahui identitasnya daripada dilakukan setelah pasien pulang (*Retrospective Analysis*).

2. Adanya semua Laporan/ Catatan yang penting sebagai bukti rekaman

Ada lembaran laporan yang standar terdapat dalam Rekam Medis.

Contoh:

- a. Mulai dari saat pasien mendaftar rawat inap sebagai bukti penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dalam bentuk “Persetujuan Umum (General Consent)”:
- b. Formulir Pasien Masuk dan Keuar

- c. Pengkajian awal dokter berupa Lembar Anamnesa dan Riwayat penyakit pasien dan/ keluarga dan Pemeriksaan Fisik, diagnosis awal dan Pengkajian Perawat
- d. Rencana penatalaksanaan berupa Asuhan Keperawatan oleh perawat dan diikuti instruksi dokter
- e. Kemudian diikuti dengan Catatan Perkembangan baik oleh dokter dan perawat
- f. Observasi klinik, kalau perlu ada catatan intake-output cairan
- g. Terakhir berupa Rencana pasien pulang, ringkasan perawat dan Ringkasan riwayat pulang

Lembaran tertentu kadang kala ada tergantung kasus pasien.

Contoh: Laporan operasi, anestesi dan hasil Patologi Anatomi.

Penting ada tanggal dan jam pencatatan , sebab ada kaitannya dengan peraturan pengisian.

Contoh: Lembaran riwayat pasien dan pemeriksaan fisik harus diisi kurang dari 24jam sesudah pasien masuk rawat. Analisis Kuantitatif harus dilakukan dengan cara *Concurrent Analysis* agar dapat segera dibuat. Tetapi bila sesudah pasien pulang (*Retrospective Analysis*) maka ini sudah dianggap dengan “deficiency”. Demikian juga bila pasien dioperasi dan tidak dibuat laporan operasi saat dioperasi maka tidak dapat ditambahkan belakangan. (= “deficiency”)

Bila pasien yang dirawat tidak dikunjungi oleh dokter pada hari tertentu maka tidak ada catatan perkembangan yang ditulis oleh dokter pada hari tersebut. Berarti dokter tersebut tidak boleh diminta membuatnya pada hari berikutnya.

3. Review Autentikasi/ Keabsahan Rekaman

Autentikasi dapat berupa:

- a. Nama atau Cap/ stempel, dan inisial yang dapat diidentifikasi
- b. Tanda tangan, dalam Rekam Medis atau
- c. Kode seseorang untuk komputerisasi.
- d. Harus ada titel/ gelar profesional (Dokter, Perawat)

Tidak boleh ditanda tangani oleh orang lain selain penulis, kecuali bila ditulis oleh dokter jaga atau mahasiswa maka tanda tangan si penulis di tambah countersign oleh supervisor dan ditulis “telah direview dan dilaksanakan atas instruksi dari atau telah diperiksa oleh

4. Review Tata Cara Pendokumentasian

- a. Analisis Kuantitatif memeriksa pencatatan yang tidak lengkap dan yang tidak dapat dibaca . Hal ini dapat dilengkapi dan diperjelas .
- b. Memeriksa baris perbaris dan bila ada yang kosong diberi tanda/ digaris sehingga tidak dapat diisi belakangan.
- c. Tidak diperbolehkan menggunakan singkatan yang belum diatur dalam buku Pedoman Pelayanan Rekam Medis
- d. Bila ada salah pencatatan maka bagain yang salah digaris dan catatan tersebut masih terbaca, kemudian diberi keterangan disampingnya bahwa catatan tersebut salah / salah menulis Rekam Medis pasien lain.

Kelengkapan Pengisian Rekam Medis sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal SPM Rekam Medis dalam KEPMENKES Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 nomor 3 yang menyatakan Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan yakni tergambaranya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik. Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume, dengan standar 100%.

2.1.5 Kodifikasi

a. Pengertian Kodifikasi

Koding merupakan kegiatan pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Dalam kegiatan pengkodean, petugas koding harus teliti sehingga dihasilkan kode diagnosis yang tepat dan akurat. Keakuratan kodifikasi adalah ketepatan dan kesesuaian kode baik

diagnosis maupun tindakan berdasarkan ketentuan yang berlaku yakni ICD-10 dan ICD-9 CM.

b. Pengertian ICD-10

ICD merupakan kependekan dari *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, merupakan standar internasional untuk klasifikasi diagnosis penyakit dan tindakan yang berguna dalam epidemiologi umum dan manajemen kesehatan. Dalam melakukan pengkodean, ICD yang biasa digunakan adalah ICD-10 untuk mengkode penyakit dan ICD-9 CM untuk mengkode tindakan medis. Menurut Gemala hatta (2008), sistem klasifikasi penyakit adalah sistem yang mengelompokkan penyakit-penyakit dan prosedur yang sejenis. *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems* (ICD) dari WHO adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional

c. Fungsi ICD-10

Fungsi ICD1-10 adalah sbagai berikut:

- 1) Mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di fasilitas pelayanan kesehatan
- 2) Sebagai masukan bagi sistm pelaporan diagnosis medis
- 3) Sebagai bahan dasar klasifikai drg's (*diagnosis related groups*) untuk sistem penagihan biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan
- 4) Sebagai pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas

d. Struktur ICD-10

- 1) Volume 1

Pada ICD 10 versi 2010 volume 1 ini berisi:

- a) Pusat - pusat kerjasama WHO untuk mengklasifikasikan penyakit 2) Laporan konferensi Internasional yang menyetujui revisi ICD 10
- b) Daftar kategori 3 karakter
- c) Daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori 4 karakter
- d) Daftar morfologi neoplasma

- e) Daftar tabulasi khusus morbiditas dan mortalitas
 - f) Definisi - definisi
 - g) Regulasi – regulasi nomenklatur
- 2) Volume 2
- Pada ICD 10 versi 2010 volume 2 ini berisi petunjuk penggunaan ICD 10 yaitu:
- a) Penjelasan ICD (*International Classification of Disease and Health Problems*)
 - b) Cara penggunaan ICD 10 versi 2010
 - c) Aturan dan petunjuk pengkodean morbiditas dan mortalitas
 - d) Presentasi statistik 11
 - e) Sejarah Perkembangan ICD
- 3) Volume 3, pada ICD 10 versi 2010 volume 3 ini biasa disebut dengan Alfabetik Indeks dimana berisi:
- a) Susunan indeks secara umum
 - b) Untuk section 1 berisi indeks abjad penyakit dan cedera
 - c) Untuk section 2 berisi penyebab luar cedera
 - d) Untuk section 3 berisi tabel obat dan zat kimia

Tabel 2. 1 Kode Alfabet ICD

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 pembentukan darah
IV	E00-E90	Penyakit endokrin, nutrisi dan metabolic
V	F00-F99	Penyakit mental dan perilaku
VI	G00-G99	Penyakit sistem syaraf
VII	H00-H59	Penyakit mata dan organ mata
VIII	H60-H59	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	O00-099	Kehamilan, kelahiran dan masa nifas
XVI	P00-P96	kelainan tertentu yang bermula dari masa perinatal
XVII	Q00-Q99	Kelainan konginetal, deformasi dan kelainan kromosom
XVIII	R00-R99	Tanda, gejala, dan hasil pemeriksaan klinik dan laboratorium

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

e. Tanda Baca ICD-10

1) *Inclusion terms*

Di dalam rubrik 3- dan 4-karakter biasanya tertulis sejumlah diagnosis disamping diagnosis utama. Mereka dikenal sebagai '*inclusion terms*' (daftar cakupan), yaitu contoh-contoh diagnosis yang diklasifikasikan pada rubrik tersebut. Mereka bisa merupakan sinonim atau kondisi yang berbeda, tapi bukan subklasifikasi dari rubrik tersebut.

Inclusion terms dibuat terutama sebagai pedoman isi rubrik. Banyak di antara item yang tertulis disitu berhubungan dengan *terms* penting atau umum yang ada di dalam rubrik. Item lainnya adalah kondisi perbatasan (*borderline*) yang diberikan untuk memperjelas batas antara satu subkategori dari subkategori lain. Daftar *inclusion terms* tidak harus menyeluruh, dan nama-nama alternatif dari diagnosis terdapat di dalam indeks alfabet, yang harus dirujuk pertama kali pada saat mengkode suatu diagnosis.

Rubrik tertentu berisi daftar kondisi yang didahului oleh kata '*Excludes*' atau 'kecuali;'. Semua ini adalah *terms* yang sebenarnya diklasifikasikan di tempat lain, walaupun judulnya memberi kesan bahwa mereka diklasifikasikan disana. Contohnya kategori A46- Erysipelas, disini erysipelas pada pasca melahirkan atau puerperium dikecualikan. Segera setelah term pengecualian, terdapat tanda kurung yang berisi kode kategori atau subkategori yang menunjukkan tempat klasifikasinya di dalam ICD.

Pengecualian umum untuk sekelompok kategori atau semua subkategori di dalam suatu kategori 3-karakter terdapat pada catatan yang berjudul '*excludes*' yang mengikuti judul suatu bab, blok atau kategori.

2) Sistem '*dagger*' dan '*asterisk*'

ICD-9 memperkenalkan sistem dua kode yang diteruskan pada ICD-10, yaitu kode untuk diagnosis yang berisi penyakit umum sebagai dasar masalah, dan kode untuk manifestasinya pada organ atau situs tertentu yang merupakan masalah tersendiri pula. Kode primer digunakan untuk penyakit dasar dan di tandai oleh dagger; dan kode tambahan untuk manifestasi penyakit dasar ditandai dengan asterisk. Kesepakatan ini dilakukan karena kode penyakit dasar saja sering tidak memuaskan dalam pengolahan statistik tertentu, sementara manifestasinya terasa perlu diklasifikasikan pada bab yang relevan karena merupakan alasan untuk mencari asuhan medis. Walaupun sistem dagger dan asterisk memberikan klasifikasi alternatif untuk presentasi statistik, ICD berprinsip kondisi lebih dikenal dengan nama kondisi itu sendiri, sedangkan yang memenuhi syarat justru jenis yang kurang umum.

3) NEC "*Not Elsewhere Classified*"

Kata-kata ini yang berarti 'tidak diklasifikasikan ditempat lain', kalau digunakan pada judul dengan tigakaraker, berfungsi sebagai peringatan bahwa varian tertentu dari kondisi yang ada di dalam daftar bisa muncul di bagian lain dari klasifikasi.

4) "*And*"

"*And*" bisa berarti dan atau, misalnya pada rubrik A18.0, 'Tuberculosis tulang dan sendi', diklasifikasikan 'TB tulang', 'TB sendi', 'TB tulang dan sendi'.

5) *Point dash*.-

Pada beberapa kasus, karakter ke-4 pada subkategori digantikan oleh 'dash' atau strip datar.

6) *Cross-references*

Rujukan-silang digunakan untuk menghindari duplikasi yang tidak perlu pada term didalam indeks alfabet. Kata '*see*' meminta pengkode untuk merujuk ke term lain; '*see also*' mengarahkan pengkode untuk merujuk ke tempat lain di dalam indeks kalau pernyataan yang

sedang dikode berisi informasi lain yang ter-indentasi di bawah term tempat 'see also' tersebut berada.

f. Rule MB

Dalam kaidah koding ICD apabila klasifikasi tentang diagnosis kepada dokter penanggung jawab pasien tidak bisa dilakukan, maka koder dapat menggunakan aturan koding MB 1 sampai MB 5 sesuai dengan pedoman ICD-10 Vol 2 (WHO, 2016) untuk memilih ulang (reseleksi) suatu diagnosis utama. Aturan reseleksi diagnosis MB1-MB5 adalah sebagai berikut:

1) Rule MB1 (Kondisi minor tercatat sebagai diagnosis utama, sedangkan kondisi yang lebih berarti dicatat sebagai diagnosis sekunder).

Ketika kondisi minor atau yang telah berlangsung lama, atau masalah insidental, tercatat sebagai diagnosis utama, sedangkan kondisi yang lebih berarti, relevan dengan pengobatan yang diberikan dan/atau spesialisasi perawatan, tercatat sebagai diagnosis sekunder, maka reseleksi kondisi yang berarti tersebut sebagai diagnosis utama. Contoh:

Kondisi utama : Sinusitis akut.

Kondisi lain : Karsinoma

Endoserviks

Hipertensi

Pasien di rumah sakit selama tiga minggu

Prosedur : Histerektomi total

Spesialisasi : Ginekologi

Diagnosis utama : Karsinoma endoserviks

2) Rule MB2 (Beberapa kondisi Dicatat sebagai Diagnosis Utama).

Jika beberapa kondisi yang tidak bisa dikode bersamaan tercatat sebagai diagnosis utama, dan menunjukkan bahwa satu di antaranya adalah diagnosis utama pada asuhan pasien, pilihlah kondisi tersebut. Jika tidak, pilih kondisi yang sesuai dengan spesialisasi yang menangani.

Contoh:

Kondisi utama : Katarak

Meningitis stafilocokus

Penyakit jantung iskemik

Kondisi lain : - Pasien di rumah sakit selama lima minggu

Spesialisasi : Neurologi

Diagnosis utama : Meningitis stafilocokus

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 suatu masalah yang bisa diklasifikasikan pada Bab XXI, dicatat sebagai diagnosis utama, dan merupakan tanda, gejala atau masalah dari kondisi yang telah didiagnosis sebagai diagnosis sekunder dan telah dirawat, maka pilihlah kondisi yang didiagnosis tersebut sebagai diagnosis utama. Contoh:

Kondisi utama : Hematuria

Kondisi lain : Varises vena tungkai

Papilomata dinding belakang bladder

Pengobatan : Eksisi diatermi papillomata

Spesialisasi : Urologi

Diagnosis utama : Papilomata dinding belakang bladder

4) Rule MB4 (Kespesifikan).

Jika diagnosis yang tercatat sebagai diagnosis utama menguraikan suatu kondisi secara umum, sedangkan suatu istilah yang bisa memberikan informasi yang lebih tepat mengenai tempat atau bentuk kondisi tersebut tercatat sebagai diagnosis sekunder, maka pilihlah yang diagnosis sekunder tersebut sebagai diagnosis utama. Contoh:

Kondisi utama : Cerebrovascular accident

Kondisi lain : Diabetes mellitus

Hipertensi Perdarahan otak

Diagnosis utama : Perdarahan otak

5) Rule MB5 (Diagnosis alternatif).

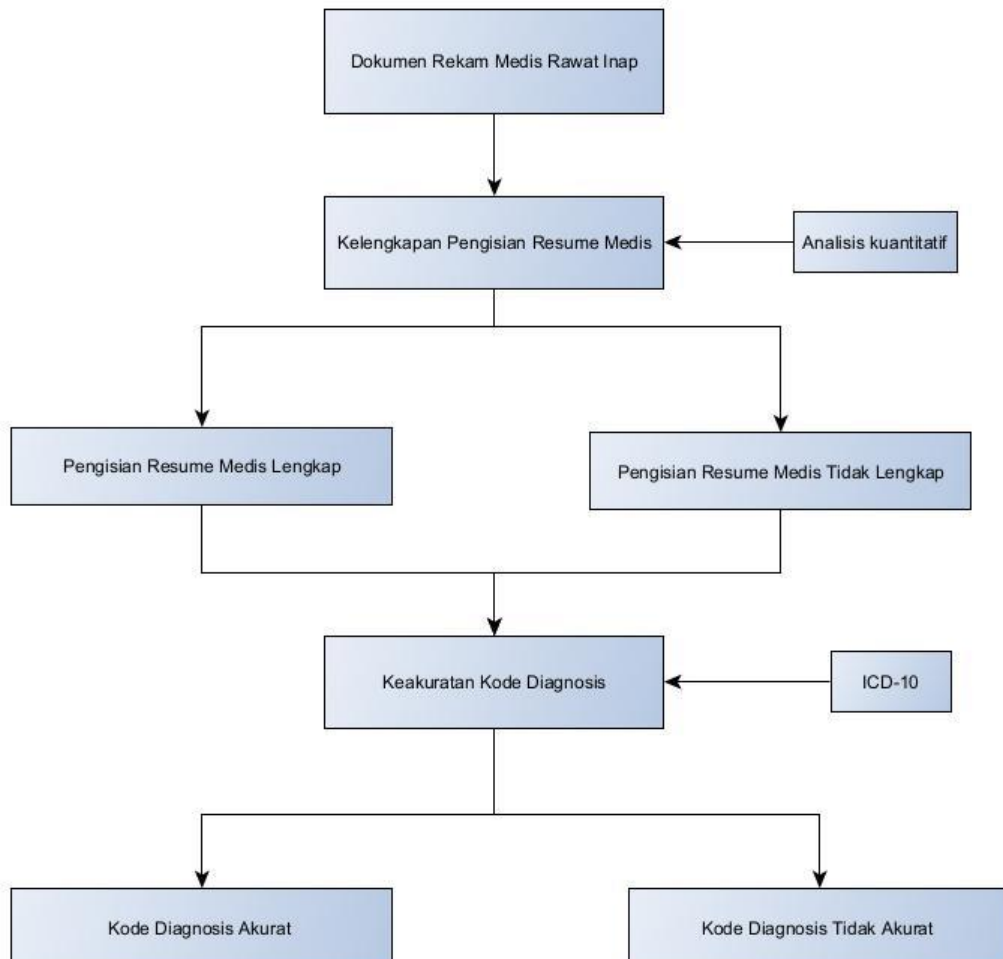
Jika suatu gejala atau tanda dicatat sebagai diagnosis utama dan disebabkan oleh suatu kondisi atau diagnosis sekunder, maka pilihlah gejala tersebut sebagai diagnosis utama. Jika dua kondisi atau lebih tercatat sebagai pilihan diagnostik untuk diagnosis utama, pilihlah kondisi pertama yang tercatat (PMK No. 76 Tahun 2016). Contoh:

Kondisi utama : Sakit kepala karena stress atau tegangan otot atau sinusitis akut

Kondisi lain : -

Diagnosis utama : Sakit kepala

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

Melalui bagan kerangka konsep peneliti akan melakukan observasi pada rekam medis pasien rawat inap Rumah Sakit Bantuan TNI AD 05.04.08 Lawang, peneliti akan melakukan analisis kuantitatif kelengkapan pengisian resume medis, kemudian mengkode kembali dan melakukan verifikasi keakuratan kode diagnosis dengan verifikator koder. Pengumpulan data dilakukan secara observasi dengan instrumen lembar *checklist*, kemudian melakukan uji statistik yang digunakan adalah *Chi Square Test* untuk mengetahui ada tidaknya hubungan kelengkapan pengisian resume medis dengan keakuratan kode diagnosis.

2.3 Hipotesis

a. H₀

Tidak ada hubungan kelengkapan pengisian resume medis dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap Rumah Sakit Bantuan TNI AD 05.08.04 Lawang.

b. H_a

Ada hubungan kelengkapan pengisian resume medis dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap Rumah Sakit Bantuan TNI AD 05.08.04 Lawang.