

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1. Rekam Medis

2.1.1 Pengertian Rekam Medis

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes269, 2008).

Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamneses penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik rawat inap, rawat jalan, maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Rustiyanto, 2009).

2.1.2 Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Sedangkan tujuan pembuatan rekam medis di rumah sakit untuk mendapatkan catatan atau dokumen yang akurat dan adekuat dari pasien, mengenai kehidupan dan riwayat kesehatan, riwayat penyakit dimasa lalu dan sekarang, juga pengobatan yang telah diberikan sebagai upaya meningkatkan pelayanan kesehatan (Rustiyanto, 2009).

2.1.2 Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dapat di lihat dari beberapa aspek. yaitu:

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan no 269 (2008) dinyatakan bahwa:

1. *Administration* (Administrasi)
Menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. *Legal* (Hukum)
Berisikan tentang adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha penegakan hukum serta menyediakan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.
3. *Financial* (Keuangan)
Menyangkut data atau informasi yang dapat dipergunakan untuk menilai biaya yang dikeluarkan.
4. *Research* (Penelitian)
Menyangkut data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai bahan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan.
5. *Education* (Pendidikan)
Menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien.
6. *Documentation* (Dokumentasi)
Menyangkut sumber ingatan yang harus di dokumentasikan dan digunakan sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan

2.2. Lembar Resume Medis

Lembar resume medis atau bisa disebut sebagai ringkasan pulang adalah lembar yang memuat tentang identitas pasien, diagnosa masuk dan indikasi pasien dirawat, ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosa akhir, pengobatan dan tindak lanjut, serta nama dan tandatangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan (Permenkes269, 2008). Informasi yang terdapat dalam resume medis merupakan ringkasan dari seluruh masa perawatan dan pengobatan pasien sebagaimana yang telah diupayakan oleh para tenaga kesehatan dan pihak terkait. Lembar ini harus di tanda tangani oleh dokter yang merawat pasien. Pada umumnya yang terdapat didalam lembar resume medis ini

mengenai jenis perawatan yang telah diterima pasien, reaksi tubuh terhadap pengobatan, kondisi saat pulang, serta tindak lanjut pengobatan setelah pulang perawatan (Hatta, 2013)

Sebagaimana yang sudah tertera pada Permenkes nomor 269 tahun 2008 tentang rekam medis bahwa lembar ringkasan pulang wajib ada dalam isi rekam medis rawat inap. Ringkasan pulang dapat ditulis pada akhir catatan perkembangan dengan lembar tersendiri.

Informasi yang ada pada ringkasan pulang dapat dibuka dalam hal:

1. Untuk kepentingan kesehatan pasien;
2. Memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan;
3. Permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri;
4. Permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan; dan
5. Untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien. (permenkes 269,2008)

Adapun kegunaan dari resume medis sebagai berikut :

1. Menjaga kelangsungan perawatan di kemudian hari dengan memberikan tembusannya kepada dokter utama pasien, dokter yang merujuk dan konsultan yang membutuhkan.
2. Memberikan informasi untuk menunjang kegiatan komite telaah dan staf medis.
3. Memberikan informasi kepada pihak ketiga yang berwenang

4. Memberikan informasi kepada pihak pengirim pasien ke Rumah Sakit.

2.3. Diagnosa Medis

Diagnosa adalah klasifikasi berdasarkan suatu penyakit, cidera, cacat, keadaan masalah terkait kesehatan. diagnosa di bagi dalam berbagai macam, yaitu diagnosa utama dan diagnosa sekunder. Diagnosa utama adalah diagnosa yang ditegakkan oleh dokter pada akhir episode perawatan yang menyebabkan pasien mendapatkan perawatan dan pemeriksaan lebih lanjut. Kemudian diagnosa sekunder adalah diagnosa yang menyertai diagnosa utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama satu episode. Diagnosa sekunder dibagi menjadi dua, yaitu komorbiditas atau yang disebut penyakit yang menyertai diagnosa sebelum pasien dirawat, dan komplikasi atau yang disebut penyakit yang timbul dalam masa perawatan.

2.4. Coding

Coding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Kode klasifikasi penyakit oleh who ini bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cidera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan (departemen kesehatan RI, 2006)

Tujuan dilakukannya *Coding* selain untuk klaim asuransi kesehatan, kode pada data digunakan untuk evaluasi proses dan hasil perawatan kesehatan. Kode data juga digunakan oleh pihak internal dalam institusi untuk aktifitas kualitas manajemen, *casemix*, perencanaan, pemasaran, administrasi lain dan penelitian. (Annabi, 2011)

Kecepatan dan ketepatan *Coding* dari suatu diagnosa sangat tergantung kepada pelaksanaan yang mengenai rekam medis tersebut yaitu:

1. Tenaga medis dalam menetapkan diagnosa
2. Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode
3. Tenaga kesehatan lainnya

2.5. Ketepatan kode Diagnosa

Ketepatan berasal dari kata tepat yang artinya betul atau cocok (KBBI), maksud dari ketepatan kode diagnosa yaitu penulisan kode diagnosa penyakit yang sesuai dengan klasifikasi yang ada di ICD 10. Kode dianggap tepat bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan (Budi, 2011).

Ketepatan data diagnosa sangat krusial di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan(Hatta, 2013)

2.6. ICD-10

international classification of diseases and related health problem dari WHO adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara international (Hatta, 2013).

Fungsi ICD sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan digunakan untuk kepentingan informasi statistik morbiditas dan mortalitas.

Penerapan Pengodean Sistem ICD ini digunakan untuk :

1. Mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan
2. Masukan bagi sistem pelaporan diagnosa medis

3. Memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosa karakteristik pasien dan penyedia layanan
4. Pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas
5. Tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis
6. Menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman
7. analisis pembiayaan pelayanan kesehatan
8. Untuk penelitian epidemiologi dan klinis (Hatta, 2013)

ICD 10 terdiri atas tiga volume diantaranya adalah: volume 1 berisi klasifikasi utama volume 1 ini di dalamnya terdapat, pengantar, pernyataan, pusat-pusat kolaborasi WHO untuk klasifikasi penyakit, laporan konferensi internasional yang menyetujui revisi ICD 10, Daftar katagori 3 karakter, daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori termasuk subkatagori empat karakter, daftar morfologi neoplasma, daftar tabulasi khusus morbiditas dan mortalitas, definisi-definisi, regulasi-regulasi nomenklatur. Volume 2 memberikan bimbingan untuk pengguna ICD yang didalamnya terdiri dari: pengantar, penjelasan tentang *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, cara penggunaan ICD 10, aturan dan petunjuk pengodean mortalitas dan morbiditas, presentasi statistic, riwayat perkembangan ICD. Dan volume 3 adalah indeks alphabet pada klasifikasi yang didalamnya terdiri dari: pengantar, susunan indeks secara umum, dan volume 3 terdiri dari tiga seksi, seksi I tentang Indeks abjad penyakit, dan bentuk cedera,

seksi II tentang penyebab luar cedera, dan seksi III tentang tabel obat dan zat kimia (Hatta, 2013)

Ada 9 langkah dasar menentukan kode menurut Gemala Hatta (2013:131)

1. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode, dan buka volume 3 Alphabetical 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 menelusuri 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 (Vol. 1), lihat dan cari kodenya pada seksi II di Indeks (Vol. 3).
2. "Lead term" (kata panduan) untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologisnya. Sebaiknya jangan menggunakan istilah kata benda anatomi, kata sifat atau kata keterangan sebagai kata panduan. Walaupun demikian, beberapa kondisi ada yang diekspresikan sebagai kata sifat eponim (menggunakan nama penemu) yang tercantum di dalam indeks sebagai "Lead term".
3. Baca dengan seksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul di bawah istilah yang akan dipilih pada Volume 3.
4. Baca istilah yang terdapat dalam tanda kurung "()" sesudah lead term (kata dalam tanda kurung = modifier, tidak akan mempengaruhi kode). Istilah lain yang ada di bawah lead term (dengan tanda (-) minus = idem = indent) dapat mempengaruhi nomor kode, sehingga kata-kata diagnostik harus diperhitungkan).
5. Ikuti secara hati-hati rujukan silang (cross references) dan perintah see and see also yang terdapat dalam indeks.
6. Lihat daftar tabulasi (Volume 1) untuk mencari nomor kode yang paling tepat. Lihat kode tiga karakter di 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 ada dalam indeks (vol. 3). Perhatikan juga perintah untuk membubuhi kode tambahan (additional code) serta aturan cara penulisan dan pemanfaatannya dalam pengembangan indeks penyakit dan dalam sistem pelaporan morbiditas dan mortalitas.
7. Ikuti pedoman inclusion dan exclusion pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (chapter), blok, kategori, atau subkategori.
8. Tentukan kode yang anda pilih.
9. Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data Diagnosa yang dikode untuk pemastian kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang Diagnosa utama di berbagai formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan (Hatta, 2013).

2.7. Evaluasi

Evaluasi adalah serangkaian kegiatan yang ditujukan untuk mengatur keberhasilan program pendidikan (Arikunto, 2010). Sedangkan menurut nurkencana evaluasi adalah kegiatan yang dilakukan berkenaan dengan proses untuk menentukan nilai dari suatu hal.

Evaluasi ketepatan diagnosa yaitu serangkaian kegiatan untuk melakukan penilaian terhadap kode diagnosa penyakit yang ada di rumah sakit tersebut. Sedangkan yang dimaksud evaluasi ketepatan kode diagnosa pada lembar resume medis adalah serangkaian kegiatan yang bertujuan untuk menilai ketepatan kode diagnosa yang ada pada suatu rumah sakit guna mengambil keputusan tentang nilai dan manfaatnya.