

## BAB 2

### KAJIAN PUSTAKA

#### 2.1 Rumah Sakit

##### 2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Berdasarkan UU No. 44 Tahun 2009 : “Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”.

Menurut WHO (*World Health Organization*) Tahun 1957 “Rumah Sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (*komprehensif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*) dan pencegahan penyakit (*preventif*) kepada masyarakat”.

Menurut Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2016 Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Menurut Turgandi (2010) menyatakan bahwa keberhasilan pelayanan kesehatan salah satunya didukung dengan penyelenggaraan rekam medis.

Rumah Sakit Umum berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 tahun 2020 :

1. Rumah Sakit Umum Kelas A
2. Rumah Sakit Umum Kelas B

3. Rumah Sakit Umum Kelas C
4. Rumah Sakit Umum Kelas D

### **2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit**

Rumah sakit berdasarkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 2009) mempunyai tugas yaitu memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Rumah sakit dalam menjalankan tugasnya mempunyai fungsi yaitu:

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**

Berdasarkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 2006) Revisi II (2006:11) tentang Pedoman Penyelenggaraan dan

Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia menyatakan bahwa :

“Rekam medis merupakan suatu catatan dan dokumen yang berisikan tentang kondisi keadaan pasien, akan tapi jika dikaji lebih mendalam Pengertian rekam medis mempunyai makna yang lebih luas dan kompleks. Tidak hanya catatan biasa, karena didalam catatan tersebut sudah tercermin segala bentuk informasi yang menyangkut seorang pasien yang akan dijadikan dasar didalam menentukan suatu tindakan lebih lanjut dalam upaya memberikan pelayanan maupun tindakan medis lainnya yang diberikan kepada seorang pasien yang datang ke rumah sakit untuk mendapat perawatan lebih lanjut”.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes 269, 2008) Tentang Rekam Medis menyatakan bahwa:

“Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien”.  
Pengolahan rekam medis terdiri dari *assembling, coding, indexing, filing dan reporting*.

### **2.2.2 Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis**

Berdasarkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 2006) Revisi II tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia.

## 1. Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis merupakan alat penunjang tercapainya tertib admisintrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa di dukung suatu sistem pengolahan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehtan di Rumah Sakit.

## 2. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis sering disebut dengan ALFRED (*Administration, Legal, Financial, Research, Education, and Dokumentation*) yaitu:

### 1. *Administration* (Aspek Administrasi)

Yaitu rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab mengenai tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

### 2. *Legal* (Aspek Hukum)

Yaitu suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakan keadilan.

### 3. *Financial* (Aspek Keuangan)

Yaitu suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.

4. *Research* (Aspek Penelitian)

Yaitu suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

5. *Education* (Aspek Pendidikan)

Yaitu suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologi dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran dibidang profesi si pengguna.

6. *Documentation* (Aspek Dokumentasi)

Yaitu suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan di suatu rumah sakit.

### **2.2.3 Definisi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan**

Berdasarkan (DepKes, 2007) Tentang Standar Profesi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, menyatakan bahwa :

“Rekam Medis dan Informasi Kesehatan adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan formal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sehingga memiliki kompetensi yang diakui oleh pemerintah dan profesi serta mempunyai tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak secara penuh untuk melakukan kegiatan

pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan pada unit pelayanan kesehatan”.

#### **2.2.4 Kegiatan Rekam Medis**

Secara garis besar, kegiatan rakam medis terdiri dari 3 kegiatan yaitu:

##### **1. Pencatatan**

Yaitu pencatatan identitas pasien (berupa data khas diantaranya: nama, tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, status perkawinan, dan data sosial seperti: agama, pendidikan, pekerjaan, identitas orangtua, identitas penanggungjawab pembayaran) dilakukan di tempat pendaftaran atau tempat penerimaan pasien, baik yang dirawat jalan, UGD, maupun yang dirawat inap dan dikerjakan oleh petugas rekam medis. Pencatatan juga meliputi: Anamnesa, pemeriksaan fisik, diagnosa, pemeriksaan penunjang, terapi dan tindakan medis yang dilakukan di tempat pelayanan kesehatan.

##### **2. Pangelolaan berkas / dokumen atau penyimpanan**

Yaitu upaya pengelolaan rekam medis agar isinya lengkap, mudah di mengerti, mudah disimpan, dan mudah diambil kembali jika diperlukan. Pengelolaan ini erat kaitannya dengan tempat penyimpanan rekam medis, sistem penomoran, alat-alat yang digunakan assembling, analisis kuantitatif dan kualitatif.

##### **3. Pengelolaan data**

Yaitu kegiatan mengumpulkan data, menghitung dan menganalisis

data-data dari kegiatan maupun data-data medis dan non medis yang ada direkam medis sehingga dapat menjadi suatu laporan atau informasi yang di butuhkan. Pengelolaan data meliputi pengumpulan data dari buku register dipindah ke sensus harian dari tiap tempat penerimaan pasien dan tempat pelayanan, kemudian berkas yang sudah lengkap dapat dilakukan pengolahan data atau koding (pemberian kode penyakit dari diagnosa) kemudian dapat dilakukan *index* (pengelompokan) berdasarkan identitas pasien, alamat, penyakit, dokter yang merawat dan sebagainya. Kemudian di rekapitulasi (perhitungan) dan analisis di rekam medis untuk menjadi laporan *intern* maupun *ekstern*.

### **2.2.5 Manfaat Rekam Medis**

Menurut Jurnal (Kedokteran, 2006) Ada 6 Manfaat rekam medis dalam manual rekam medis yaitu:

#### **1. Pengobatan Pasien :**

Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.

#### **2. Peningkatan Kualitas Pelayanan:**

Membuat Rekam Medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan

masyarakat yang optimal.

3. Pendidikan dan Penelitian :

Rekam medis yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi 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 digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari 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 utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik.

### 2.2.6 Isi Rekam Medis

Data-data yang harus dimasukkan dalam *Medical Record* dibedakan untuk pasien yang diperiksa di unit rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Setiap pelayanan apakah itu di rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat dapat membuat rekam medis dengan data-data sebagai berikut (Permenkes 269/PER/MENKES/PER/III/2008 Bab II Pasal 2):

#### 1. Rekam Medis Pasien Rawat Jalan

Data pasien rawat jalan yang dimasukkan dalam rekam medis sekurang-kurangnya antara lain:

- a. Identitas Pasien,
- b. tanggal dan waktu,
- c. anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit),
- d. hasil Pemeriksaan fisik dan penunjang medis,
- e. diagnosis, rencana penatalaksanaan,
- f. pengobatan dan atau tindakan,
- g. pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien,
- h. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik dan, persetujuan tindakan bila perlu

#### 2. Rekam Medis Pasien Rawat Inap

Data pasien rawat inap yang dimasukkan dalam rekam medis sekurang-kurangnya antara lain:

- a. identitas pasien,
- b. tanggal dan waktu,
- c. anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit),

- d. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis,
- e. diagnosis,
- f. rencana penatalaksanaan / TP (*treatment planning*),
- g. pengobatan dan atau tindakan,
- h. persetujuan tindakan bila perlu,
- i. catatan observasi klinis dan hasil pengobatan,
- j. ringkasan pulang (*discharge summary*),
- k. nama dan tanda tangan dokter,
- l. dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan,
- m. pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu dan,
- n. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

### 3. Rekam Medis Pasien Gawat Darurat

Data untuk pasien gawat darurat yang harus dimasukkan dalam rekam medis sekurang-kurangnya antara lain:

- a. identitas pengantar pasien,
- b. tanggal dan waktu,
- c. hasil Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan,
- d. riwayat penyakit),
- e. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis,
- f. diagnosis,
- g. pengobatan dan/atau tindakan,
- h. ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit

gawat darurat dan rencana tindak lanjut, nama dan tanda tangan dokter,

- i. dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan,
- j. sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain dan, pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

### **2.3 Koding**

Informasi diagnosa tidak akan bermanfaat apabila belum diolah untuk itu perlu dilakukan pengodean. Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosa utama dan diagnosa sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9-CM. Koding sangat menentukan dalam sistem pembiayaan *prospektif* yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke Rumah Sakit. Kode klasifikasi penyakit oleh WHO ini bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan (Depkes RI, 2006).

Tujuan dilakukannya koding selain untuk klaim asuransi kesehatan, kode pada data digunakan untuk evaluasi proses dan hasil perawatan kesehatan. Dengan adanya perkembangan zaman, telah terjadi adaptasi, dan perubahan dalam penulisan diagnosa pasien karena adanya pengaruh bahasa lokal menyebabkan petugas koding kesulitan dalam menentukan kode diagnosa pasien, sehingga diperlukan keseragaman penulisan diagnosa berdasarkan terminologi medis yang sesuai dengan

ICD-10 untuk memudahkan petugas koding dalam menentukan kode diagnosa pasien (Khabibah & Sugiarsi, 2013).

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketepatan *coding* darisuatu diagnosa berdasarkan Depkes RI (2006) dipengaruhi oleh :

#### 1. Tenaga Medis

Tenaga medis sebagai pemberi pelayanan utama padaseorang pasien bertanggung jawab atas kelengkapan dan kebenaran data, khususnya data klinik, yang tercantum dalam Dokumen Rekam Medis (DRM). Data klinik berupa riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosa, perintah pengobatan, laporan operasi atau prosedur lain merupakan input yang akan di koding oleh petugas koding di bagian rekam medis. Beberapa hal yang dapat menyulitkan petugas koding antara lain adalah penulisan diagnosa tidak lengkap, tulisan yang tidak terbaca, penggunaan singkatan atau istilah yang tidak baku atau tidak dipahami, dan keterangan atau rincian penyakit yang tidak sesuai dengan sistem klasifikasi yang digunakan.

#### 2. Petugas *Coder*

Pelaksanaan koding adalah *coder* atau petugas koding. Akurasi koding (penentuan kode) merupakan tanggung jawab tenaga rekam medis, khususnya tenaga koding. Adapun etika *coder* salah satunya berkaitan dengan standar dan etik pengodean (*coding*) yang dikembangkan AHIMA meliputi beberapa standar yang harus dipenuhi oleh seorang pengode (*coder*) profesional, antara lain : akurat, komplet, dan konsisten untuk menghasilkan data yang berkualitas; pengode harus mengikuti sistem

klasifikasi yang sedang berlaku dengan memilih pengodean diagnosis dan tindakan yang tepat (Hatta, 2008).

### 3. Tenaga kesehatan Lainnya

Kelancaran dan kelengkapan pengisian rekam medis di instalasi rawat jalan dan rawat inap atas kerja sama tenaga medis dan tenaga kesehatan lain yang ada di masing-masing instalasi kerja tersebut, yang meliputi kelengkapan pengisian asuhan keperawatan (Perawat), hasil pemeriksaan laboratorium dan lain sebagainya.

## 2.4 ICD-10

Sistem pengodean yang digunakan di Indonesia adalah ICD- 10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision*), yaitu tentang klasifikasi statistik internasional tentang penyakit dan masalah kesehatan berisi pedoman untuk merekam dan memberi kode penyakit (World Health Organization., 2004).

Tujuan ICD-10 diantaranya adalah untuk mendapatkan rekaman sistematis, melakukan analisis, interpretasi serta membandingkan data morbiditas dari negara yang berbeda atau tergantung pada dokter sebagai penentu diagnosa dan petugas rekam medis sebagai pengkaji kelengkapannya.

Berdasarkan Permenkes No. 27 Tahun 2014 yang memaparkan tugas dan tanggung jawab seorang koder adalah melakukan kodifikasi diagnosa dan tindakan/prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien sesuai dengan ICD-10 untuk diagnosa.

## **2.5 Kode Diagnosa**

Diagnosa Utama adalah diagnosa akhir / final yang dipilih dokter pada hari terakhir perawatan dengan kriteria paling banyak menggunakan sumber daya atau hari rawatan paling lama. Diagnosa Sekunder adalah diagnosa yang menyertai diagnosa utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode pelayanan. Penulisan diagnosa harus lengkap dan spesifik (menunjukkan letak, topografi dan etiologinya). Diagnosa harus mempunyai nilai informatif sesuai dengan kategori ICD yang spesifik.

Menurut jurnal Pepo dan Yulia (2013), kelengkapan penulisan diagnosa terutama pada resume medis merupakan alat komunikasi tenaga medis yang untuk pelayanan pasien. Penulisan diagnosa yang lengkap dan spesifik dapat menjamin ketepatan pengodean klinis.

Temuan penggunaan terminologi medis yang masih sering terjadi adalah adanya ketidaktepatan penulisan diagnosis oleh PMIK pada kolom diagnosis di formulir ringkasan masuk dan keluar belum sesuai berdasarkan arahan ICD-10 (Rosita & Wiqoyah, 2018).

## **2.6 Terminologi Medis**

Pentingnya terminologi medis dalam dunia kesehatan akan memudahkan dalam pemberian informasi kepada pasien atau klien. Terminologi medis merupakan sarana komunikasi antar petugas kesehatan. Terminologi medis pada diagnosis seharusnya ditulis dengan terminologi medis yang tepat dan memiliki nilai informatif agar dapat membantu petugas coding mengklasifikasikan pada kondisi dalam kategori ICD yang

paling spesifik. Oleh karena itu, penggunaan istilah medis ini harus dipahami dan dimengerti oleh setiap profesi kesehatan agar dapat terjalin komunikasi yang baik antar rekan kerja.

Menurut Nuryati (2011) terminologi medis merupakan ilmu peristilahan medis atau istilah medis.

Terminologi dapat dikatakan tepat apabila sesuai dengan PERMENKES RI No. 55 tahun 2013 dimana untuk dapat mengkode diagnosa yang tepat, diperlukan terminologi medis yang tepat dalam penulisan diagnosa.

## **2.7 Ketepatan Terminologi Medis**

Ketepatan berasal dari kata tepat yang artinya tepat, ketelitian, kejituan (KBBI), maksud dari ketepatan kode diagnosa yaitu penulisan diagnosa penyakit yang tepat, teliti berdasarkan ICD 10. Kode dianggap tepat bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan (Savitri Citra, Budi, 2011).

Sedangkan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia Online, ketepatan berasal dari kata 'tepat' yang mendapat awalan ke- dan akhiran -an. Kata tepat berarti hal yang betul atau lurus (arah, jurusan); kena benar (pada sasaran, tujuan, maksud, dan sebagainya); tidak ada selisih sedikitpun, tidak kurang dan tidak lebih, persis; betul atau cocok (tentang dugaan, ramalan, dan sebagainya); betul atau mengena (tentang perkataan, jawaban, dan sebagainya).

Menurut (Chusnawati et al., 2014) proses pengodean harus

dimonitor untuk beberapa elemen sebagai berikut. a. Konsisten bila dikode oleh petugas berbeda kode tetap sama (*reliability*) b. Kode tepat sesuai diagnosa dan tindakan (*validity*) c. Mencakup semua diagnosa dan tindakan yang ada di rekam medis (*completeness*) d. Tepat waktu (*timeliness*).