

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 pasal 1 “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat“(Undang-Undang RI Nomor 44, 2009).

Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2016 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan Dan Prasarana 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” (Permenkes RI Nomor 24, 2016).

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 (Undang-Undang RI Nomor 44, 2009) Pasal 4 Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

Menurut Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 (Undang-Undang RI Nomor 44, 2009) Pasal 5 Rumah Sakit mempunyai fungsi sebagai berikut :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan

- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.3 Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340 (Permenkes 340, 2010) Berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan, Rumah Sakit Umum diklasifikasikan menjadi :

- a. Rumah Sakit Umum Kelas A adalah Rumah Sakit Umum Kelas A harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 5 (lima) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 12 (dua belas) Pelayanan Medik Spesialis Lain dan 13 (tiga belas) Pelayanan Medik Sub Spesialis
- b. Rumah Sakit Umum Kelas B adalah Rumah Sakit Umum Kelas B harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 8 (delapan) Pelayanan Medik Spesialis Lainnya dan 2 (dua) Pelayanan Medik Subspesialis Dasar.
- c. Rumah Sakit Umum Kelas C harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar dan 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik.
- d. Rumah Sakit Umum Kelas D harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) Pelayanan Medik Spesialis Dasar.

2.2 Pelayanan Rawat Inap

Rawat inap adalah istilah yang berarti proses pelayanan perawatan pasien oleh tenaga kesehatan profesional akibat penyakit tertentu, di mana pasien perlu diinapkan di suatu ruangan di rumah sakit. Pelayanan rawat

inap adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan medik lainnya (Depkes RI, 1997).

2.3 Rekam Medis

2.3.1 Pengertian Rekam Medis

Menurut Departemen Kesehatan 2006 (Depkes RI, 2006) Rekam Medis diartikan sebagai “keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamneses, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan medis dan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan rawat jalan.”.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes 269, 2008) Tentang Rekam Medis, Rekam medis adalah adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia pada pasal 5 ayat 1 berbunyi : “setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis.”. Dari pernyataan tersebut dapat dijelaskan bahwasannya penyelenggaraan rekam medis wajib dilaksanakan di setiap fasilitas pelayanan kesehatan.

2.3.2 Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis

Berdasarkan Departemen Kesehatan 2006 (Depkes RI, 2006) Tujuan Rekam Medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Berdasarkan Departemen Kesehatan 2006 (Depkes RI, 2006) Kegunaan Rekam Medis mencakup dari beberapa aspek yaitu :

a. Aspek Administrasi

Rekam medis mempunyai nilai administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab

sebagai tenaga medis dan paramedis dalam dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b. Aspek Medis

Rekam medis mempunyai nilai medis karena catatan tersebut digunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen risiko klinis serta keamanan/keselamatan pasien dan kendali biaya.

c. Aspek Hukum

Rekam medis mempunyai nilai hukum karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

d. Aspek Keuangan

Rekam medis mempunyai nilai keuangan karena isinya mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.

e. Aspek Penelitian

Rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

f. Aspek Pendidikan

Rekam medis mempunyai nilai pendidikan karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran dibidang profesi pendidikan kesehatan.

g. Aspek Dokumentasi

Rekam medis mempunyai nilai dokumentasi karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus di dokumentasikan dan di

gunakan sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

2.3.3 Isi Rekam Medis

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269 (Permenkes 269, 2008) Tentang Rekam Medis, Isi rekam medis meliputi :

- a. Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat :
 - 1) Identitas pasien;
 - 2) Tanggal dan waktu;
 - 3) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - 4) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - 5) Diagnosis;
 - 6) Rencana penatalaksanaan;
 - 7) Pengobatan dan/atau tindakan;
 - 8) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
 - 9) Untuk pasien gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; dan
 - 10) Persetujuan tindakan bila diperlukan
- b. Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat :
 - 1) Identitas pasien;
 - 2) Tanggal dan waktu;
 - 3) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - 4) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - 5) Diagnosis;
 - 6) Rencana penatalaksanaan;
 - 7) Pengobatan dan/atau tindakan;
 - 8) Persetujuan tindakan bila diperlukan;
 - 9) Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;

- 10) Ringkasan pulang (*discharge summary*);
 - 11) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 - 12) Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu; dan
 - 13) Untuk pasien gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.
- c. Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat sekurang-kurangnya memuat :
- 1) Identitas pasien;
 - 2) Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan;
 - 3) Identitas pengantar pasien;
 - 4) Tanggal dan waktu;
 - 5) Hasil anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, dan riwayat penyakit);
 - 6) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - 7) Diagnosis;
 - 8) Pengobatan dan/atau tindakan;
 - 9) Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;
 - 10) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 - 11) Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana kesehatan; dan
 - 12) Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu.

2.4 Definisi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 377 Tahun 2007 (Kepmenkes RI, 2007) Tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, menyatakan bahwa :“Perekam 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”. Pengolahan rekam medis terdiri dari *assembling, coding, indexing, filing* dan *reporting*.

Menurut WHO pada tahun 2004 bahwasannya pelaksanaan pemberian kode penyakit harus lengkap dan akurat sesuai dengan ICD 10. Pemberian kode penyakit oleh petugas rekam medis disebut oleh coding. Coding adalah pemberian kode dengan menggunakan huruf atau angka, kombinasi huruf dalam angka mewakili komponen data yang bertujuan untuk mensejajarkan klasifikasi penyakit agar sama secara internasional.

Berdasarkan Permenkes Nomor 55 Pasal 13 Tahun 2013 (Permenkes 55, 2013) Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Rekam Medis bahwasannya perekam medis mempunyai kewenangan melaksanakan sistem klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai terminologi medis yang benar.

2.5 ICD

2.5.1 Pengertian ICD

ICD adalah singkatan dari *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Berlakunya pemakaian ICD-10 di Indonesia sejak adanya himbauan dari WHO mengenai penetapan ICD-10 sebagai ICD edisi terbaru. Mengenai hal tersebut melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 50/MENKES/SK/I/1998 tentang Pemberlakuan Klasifikasi Statistik Internasional Mengenai Penyakit Revisi ke-Sepuluh tertanggal 13 Januari 1998 ICD-10 resmi dipergunakan di seluruh Indonesia.

2.5.2 ICD Yang Digunakan Dalam Menentukan Kode Diagnosis

ICD yang digunakan untuk menentukan kode diagnosis yaitu ICD-10 dan ICD 9CM. ICD-10 terdiri atas 3 volume yaitu volume 1 berisikan klasifikasi utama, volume 2 merupakan pedoman bagi para pengguna ICD, dan volume 3 adalah indeks alfabetik bagi klasifikasi.

a. ICD-10 Volume 1

Volume 1 berisikan klasifikasi yang menunjukkan kategori-kategori di mana suatu diagnosis akan dialokasikan guna mempermudah penyortiran dan penghitungan data untuk tujuan statistik.

b. ICD-10 Volume 2

Volume 2 berisikan deskripsi tentang sejarah ICD berikut struktur dan prinsip klasifikasi; aturan-aturan yang berkaitan dengan koding morbiditas dan mortalitas; presentasi statistik serta petunjuk praktis bagi pengguna ICD agar dapat memanfaatkan klasifikasi yang ada sebaik-baiknya. Pengetahuan dan pemahaman tentang tujuan dan struktur ICD sangat penting artinya bagi statistisi dan analis informasi kesehatan, serta petugas koding (koder).

c. ICD-10 Volume 3

Pada ICD-10 Volume 3 berisikan instruksi tentang penggunaan ICD tersebut yang merupakan indeks alfabetik dari ICD-10. Instruksi ini harus dimengerti dengan baik sebelum mulai mengkode.

d. ICD 9CM

ICD 9–CM (*The International Classification of Diseases, 9th Revision–Clinical Modification*) versi 2010 merupakan ICD-9-CM versi 2010 untuk Prosedur dan Tindakan Medis.

2.6 Coding

2.6.1 Pengertian Coding

Menurut Departemen Kesehatan Tahun 2006 (Depkes RI, 2006) Pemberian Kode (coding) adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf atau angka yang mewakili komponen data.

Koding menurut buku (KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA, 2017) menjelaskan bahwa Koding klinis atau koding medis

adalah suatu kegiatan yang mentransformasikan diagnosis penyakit, prosedur medis dan masalah kesehatan lainnya dari kata-kata menjadi suatu bentuk kode, baik numerik atau alfanumerik, untuk memudahkan penyimpanan, *retrieval* dan analisis data.

Untuk lebih meningkatkan informasi dalam rekam medis, petugas rekam medis harus membuat kode sesuai dengan klasifikasi yang tepat. Disamping kode penyakit, berbagai tindakan lain juga harus diberi kode sesuai dengan klasifikasi masing-masing dengan menggunakan ICD 10 dan ICD 9CM.

2.6.2 Tujuan Coding

Berdasarkan buku (KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA, 2017) Koding merupakan fungsi yang cukup penting dalam jasa pelayanan informasi kesehatan. Data klinis yang terkode dibutuhkan untuk *me-retrieve* informasi guna kepentingan asuhan pasien, penelitian, peningkatan performansi pelayanan, perencanaan dan manajemen sumber daya, serta untuk mendapatkan reimbursement (pembayaran kembali) yang sesuai bagi jasa pelayanan kesehatan yang diberikan. Sistem pembayaran yang ada saat ini sangat bergantung pada data kode untuk menentukan jumlah pembayaran kembali.

2.6.3 Tahapan Coding

Tahapan coding menurut buku (KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA, 2017) terdiri atas 2 tahap, yaitu :

a. Analisis lembar-lembar dokumen rekam medis

Tujuan dilakukannya analisis lembar dokumen rekam medis adalah untuk mendapatkan gambaran yang komprehensif dan detail tentang kondisi pasien dan juga untuk merangkum semua keterangan kondisi dan pelayanan kesehatan yang telah diberikan, sehingga koder akan dapat menentukan kode yang paling tepat bagi diagnosis dan prosedur medis. Berikut adalah lembar rekam medis yang harus di analisis sebelum ditetapkan kode diagnosis di setiap unit pelayanan di Rumah Sakit :

- 1) Untuk Koding Pasien Rawat Inap :
 - a) Lembar Keluar Masuk (RM 1)
 - b) Catatan Kemajuan (*Progress Notes*)
 - c) Riwayat Penyakit (Anamnesis) dan Pemeriksaan Fisik
 - d) Ringkasan Keluar (Resume)
 - e) Lembar Konsultasi
 - f) Laporan Operasi
 - g) Laporan Patologi
 - h) Pemeriksaan Laboratorium
 - i) Radiologi
 - j) Perintah Dokter
 - k) Assessment Nutrisi
 - 2) Untuk Koding Rawat Jalan
 - a) Perintah dokter yang otentik untuk jasa pelayanan
 - b) Catatan Kunjungan (*Visite*) Klinisi
 - c) Diagnosis atau Alasan pemberian jasa layanan
 - d) Hasil-hasil pemeriksaan
 - e) Terapi
 - f) Daftar Masalah
 - g) Daftar Obat (medikasi)
 - 3) Koding Untuk Pasien Unit Gawat Darurat (UGD)
 - a) Laporan UGD
 - b) Dokumentasi awal dari dokter
 - c) Intervensi Diagnostik
 - d) Intervensi Terapeutik
 - e) Catatan Keperawatan
 - f) Perintah Dokter
 - g) Catatan Kemajuan untuk Diagnosis Utama
- b. Alokasi /penentuan kode dengan tepat.
- Setelah petugas koding mendapatkan informasi yang cukup untuk menentukan diagnosis secara tepat dan akurat, kemudian menuliskan

kode yang sesuai di berkas rekam medis. Tata cara penetapan kode ditentukan oleh perangkat koding yang digunakan di setiap Rumah Sakit.

2.6.4 Tata Cara Coding

Pemberian kode diagnosis dilakukan setelah mendapatkan informasi yang cukup dari lembar rekam medis dan penunjang sesuai dengan kebutuhan. Kode yang nantinya akan diberikan harus menggambarkan perjalanan dan pelayanan terhadap pasien selama episode rawat. Berikut merupakan tata cara coding menurut Buku KKPM I (KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA, 2017) yaitu :

a. ICD-10

Dalam buku ICD-10 dijelaskan langkah-langkah dalam koding :

- 1) Identifikasi tipe pernyataan yang akan di kode, kemudian carilah dalam buku Volume 3 pada bagian yang sesuai.
- 2) Temukan "*lead-term*"-nya. *Lead term* atau kata-kata kunci (*key words*) biasanya dalam bentuk kata benda, sebagian besar merujuk ke kondisi penyakit dan keluhan.
- 3) Bacalah semua catatan yang tercantum dibawah "*lead-term*".
- 4) Bacalah semua terminologi yang ada dalam kurung dibelakang "*lead-term*".
- 5) Ikuti dengan hati-hati semua "*cross-references*" (kata "*see*" dan "*see also*") yang termuat dalam indeks.
- 6) Rujuk daftar tabulasi dalam Volume I untuk verifikasi kecocokan nomor kode terpilih.
- 7) Berpedomanlah pada "*inclusion*" atau "*exclusion terms*" yang ada di bawah kode terpilih, atau dibawah judul bab, blok atau kategori.
- 8) Tentukan kode yang sesuai.

b. ICD-9CM

Dalam buku ICD-9CM dijelaskan langkah-langkah dalam koding :

- 1) Dalam mengkode laporan operasi, koder harus membaca dengan seksama seluruh laporan operasi dan mencatat atau menggaris bawahi kemungkinan adanya penulisan diagnosis, kelainan atau prosedur yang tidak sesuai dengan apa yang ditulis oleh dokter dalam laporan operasi, koder harus mengklarifikasi hal tersebut dengan dokter yang bersangkutan.
- 2) Jika ditemukan diagnosa *pre operative* dan *post operative* berbeda maka gunakan diagnosis *post operative*.
- 3) Periksa laporan patologi, bila terdapat perbedaan antara diagnosis patologist dan SpB, maka sebaiknya didiskusikan dengan kedua pihak.
- 4) Langkah-langkah koding:
 - a) Carilah dalam indeks alfabetik nama prosedur, atau eponimnya
 - b) Kroscek ke dalam daftar tabulasi
 - c) Ikuti catatan-catatan khusus (konvensi) dalam daftar tabulasi
 - d) Pilih kode dengan tingkat rincian tertinggi. Kode paling spesifik mencakup 4 digit

2.7 Standar Prosedur Operasional (SPO)

2.7.1 Pengertian Standar Prosedur Operasional (SPO)

Menurut Kementerian Pendayagunaan Apatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Tahun 2012 (Kementerian Pendayagunaan Apatur Negara Reformasi RI, 2012) Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan administrasi pemerintahan, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan. SPO pada dasarnya merupakan pedoman yang berisi prosedur operasional standar kegiatan yang di suatu organisasi tertentu.

2.7.2 Tujuan dan Manfaat Standar Prosedur Operasional (SPO)

Tujuan disusunnya Pedoman Penyusunan SPO ini adalah untuk memberikan pedoman bagi seluruh unit kerja di lingkungan unit kerja Rekam Medis dalam mengidentifikasi, merumuskan, menyusun, mengembangkan, memonitor, dan mengevaluasi SPO sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.

Manfaat SPO berdasarkan Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Tahun 2012 (Kementrian Pendayagunaan Aparatur Negara Reformasi RI, 2012) antara lain :

- a. Sebagai standarisasi cara yang dilakukan aparatur dalam menyelesaikan pekerjaan yang menjadi tugasnya;
- b. Mengurangi tingkat kesalahan dan kelalaian yang mungkin dilakukan oleh seorang aparatur atau pelaksana dalam melaksanakan tugas;
- c. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelaksanaan tugas dan tanggung jawab individual aparatur dan organisasi secara keseluruhan;
- d. Membantu aparatur menjadi lebih mandiri dan tidak tergantung pada intervensi manajemen, sehingga akan mengurangi keterlibatan pimpinan dalam pelaksanaan proses sehari-hari;
- e. Meningkatkan akuntabilitas pelaksanaan tugas;
- f. Menciptakan ukuran standar kinerja yang akan memberikan aparatur cara konkrit untuk memperbaiki kinerja serta membantu mengevaluasi usaha yang telah dilakukan;
- g. Memastikan pelaksanaan tugas penyelenggaraan pemerintahan dapat berlangsung dalam berbagai situasi.

2.7.3 Prinsip Penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO)

- a. Kemudahan dan Kejelasan
Prosedur yang distandarkan harus dapat dengan mudah dimengerti dan diterapkan oleh semua Pegawai bahkan oleh seseorang yang

- sama sekali baru dalam pelaksanaan tugasnya. SOP harus dibuat secara jelas dan sederhana sehingga mudah dipahami dan diterapkan;
- b. Efisiensi dan Efektifitas
Prosedur yang distandarkan harus merupakan prosedur yang paling efisien dan efektif dalam proses pelaksanaan tugas;
 - c. Keselarasan
Prosedur yang distandarkan harus selaras dengan prosedur standar lain yang terkait;
 - d. Keterukuran
Output dari prosedur yang distandarkan mengandung standar kualitas (mutu) tertentu yang dapat diukur pencapaian dan keberhasilannya;
 - e. Dinamis
Prosedur yang distandarkan harus dengan cepat dapat disesuaikan dengan kebutuhan peningkatan kualitas pelayanan yang berkembang dalam penyelenggaraan administrasi pemerintahan;
 - f. Berorientasi Pada Pengguna
Prosedur yang distandarkan harus mempertimbangkan kebutuhan pengguna sehingga dapat memberikan kepuasan kepada pengguna;
 - g. Kepatuhan Hukum
Prosedur yang distandarkan harus memenuhi ketentuan dan peraturan perundang-undangan;
 - h. Kepastian Hukum
Prosedur yang distandarkan harus ditetapkan oleh pimpinan sebagai sebuah produk hukum yang ditaati, dilaksanakan dan menjadi instrumen untuk melindungi Pegawai dari kemungkinan tuntutan hukum.

2.8 Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis

2.8.1 Faktor *Man*

- a. Pendidikan Petugas Coding Rawat Inap

Menurut Permenkes Nomor 55 Tahun 2013 (Permenkes 55, 2013) Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis menyebutkan bahwa

seorang “Perekam Medis adalah seorang yang telah lulus pendidikan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan” . Berdasarkan pendidikannya seorang Perekam Medis adalah seseorang yang telah melaksanakan pendidikan minimal dengan standar kelulusan Diploma tiga sebagai Ahli Madya Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

Petugas rekam medis pada proses pengolahan rekam medis pemberian kode diagnosis (coding) telah dinyatakan pada Keputusan Menteri Kesehatan 377 Tahun 2007 (Kepmenkes RI, 2007) Tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, Bahwasannya salah satu Kompetensi yang dimiliki oleh perekam medis adalah “Klasifikasi dan kodifikasi penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis” . Perekam medis mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi Internasional (ICD-10 dan ICD 9CM) tentang penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan.

Perekam medis yang bertugas sebagai pengolah kode diagnosis (coding) sangat berkaitan dengan pendidikan yang dimilikinya agar dapat memperoleh hasil kode diagnosis yang tepat dan berkualitas. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sukawan dan Palu (2019) , yang menyebutkan bahwa “Perekam medis sebagai coder dituntut professional dalam memberikan kode diagnosis oleh karena itu coder harus didasari pendidikan rekam medis yang memadai”.

b. Pelatihan Petugas Coding Rawat Inap

Pelatihan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia berasal dari kata latih, pelatihan adalah proses atau cara perbuatan yang ditujukan untuk melatih kegiatan atau pekerjaan. Pelatihan bagi seorang petugas coding rawat inap sangat diperlukan untuk menunjang dan memperbarui pengetahuan dengan ilmu yang semakin berkembang. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Irmawati, Sugiharto, dan Rozalia

Mayasari (2019) bahwasannya keterampilan petugas coding dapat diperoleh dengan petugas rekam medis yang pernah mengikuti pelatihan coding. Pelatihan tersebut dapat diperoleh dari seminar dan juga pelatihan khusus yang ditujukan untuk pemberian kode diagnosis (coding).

c. Pengalaman Petugas Coding Rawat Inap

Pengalaman kerja adalah suatu kemampuan dan keterampilan yang dimiliki seorang pegawai saat menerima tanggung jawab dari pekerjaan sebelumnya. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Windari, dan Adhani. Kristijono (2016) “Pengalaman kerja seorang koder di rawat inap yang bekerja sebagai koder kurang dari 5 tahun. Petugas coding yang berpengalaman dapat menentukan kode penyakit lebih cepat berdasarkan ingatan dan kebiasaan”.

d. Motivasi Petugas Coding Rawat Inap

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia kata Motivasi memiliki arti dorongan yang timbul pada diri seseorang secara sadar atau tidak sadar untuk melakukan suatu tindakan dengan tujuan tertentu. Motivasi adalah suatu dorongan dari dalam diri seseorang yang berusaha dalam melakukan sesuatu agar tercapainya suatu keinginan atau kebutuhannya.

Menurut buku Dasar Organisasi dan Manajemen Unit Kerja Rekam Medis Tahun 2018 Tujuan dari adanya motivasi adalah :

- 1) Mengubah perilaku bawahan sesuai dengan keinginan pimpinan
- 2) Meningkatkan kegairahan kerja pegawai
- 3) Meningkatkan kesejahteraan pegawai
- 4) Meningkatkan disiplin pegawai
- 5) Mempertinggi moral dan loyalitas pegawai
- 6) Meningkatkan rasa tanggung jawab pegawai pada tugas-tugasnya.
- 7) Meningkatkan produktivitas dan efisiensi

Motivasi bagi petugas medis yang ikut serta dalam pengolahan kode diagnosis juga berperan penting dalam menentukan kualitas kode

yang dihasilkan. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Husni (2018) bahwasannya “Motivasi berpengaruh positif terhadap kepatuhan penulisan diagnosis pada resume medis pasien”.

2.8.2 Faktor *Material*

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia kelengkapan berasal dari kata lengkap yang bermakna segala yang sudah dilengkapkan atau disediakan. Kelengkapan sendiri bagi isi dari rekam medis sangat diperlukan mengingat pengisian rekam medis yang harus ditulis lengkap, jelas baik secara manual maupun elektronik. Kelengkapan isi rekam medis digunakan untuk menunjang mutu rekam medis dan sebagai dasar untuk memastikan diagnosis yang dihasilkan.

Berdasarkan buku (KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA, 2017) yang bisa dilakukan untuk menilai kelengkapan rekam medis, dapat berpegangan pada pedoman pencatatan rekam medis di antaranya adalah

- a. Semua diagnosis, baik diagnosis utama, diagnosis lain, komplikasi, maupun tindakan operasi ditulis dengan lengkap dan benar pada Lembaran Masuk dan Keluar (Lembar RM 1), sesuai dengan temuan penanganan yang telah dilakukan oleh tenaga medis.
- b. Laporan riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, dan resume dalam keadaan lengkap dan berisi semua data penemuan baik yang positif maupun negatif, dan telah ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pasien.
- c. Catatan kemajuan/perkembangan dibuat sesuai keadaan pasien, dan dapat memberikan gambaran kronologis dan analisis klinis keadaan pasien.
- d. Hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang lain seperti X-ray photo, CT Scan, ataupun USG di catat dan dicantumkan tanggal pemeriksaan, serta ditandatangani oleh pemeriksa.

- e. Semua tindakan pengobatan medik ataupun tindakan operasi dan tindakan lain harus mencantumkan tanggal pelaksanaannya serta ditandatangani oleh dokter yang melakukan.
- f. Resume telah ditulis pada saat pasien pulang. Resume harus berisi ringkasan tentang penemuan-penemuan dan kejadian penting selama di rawat, keadaan waktu pulang, saran dan rencana pengobatan selanjutnya.

Kode diagnosis yang berkualitas juga dapat diperoleh dari adanya kelengkapan dari isi rekam medis. Hal ini sesuai dengan pernyataan (Windhari, Adhani dan Kristijono, 2016) yang menyebutkan bahwa “Kelengkapan formulir rekam medis sangat dibutuhkan koder karena sebelum melakukan pengkodean diagnosis penyakit, koder diharuskan mengkaji data pasien dalam lembar-lembar rekam medis untuk memastikan rincian diagnosis yang dimaksud, sehingga penentuan kode penyakit dapat mewakili sebutan diagnosis tersebut secara utuh dan lengkap, sebagaimana aturan yang digariskan dalam ICD-10 dan ICD-9 CM”.

2.8.3 Faktor *Method*

- a. ICD-10 Sebagai Pedoman Pemberian Kode Diagnosis

Menurut WHO Tahun 2002 pelaksanaan pengkodean diagnosis harus lengkap dan akurat sesuai dengan arahan ICD-10. Penulisan diagnosis sesuai dengan ICD-10 akan menghasilkan kode yang akurat. ICD-10 digunakan untuk menerjemahkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan dari kata-kata menjadi kode alfanumerik yang akan memudahkan penyimpanan dan mendapatkan data kembali serta analisis data. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Sukawan dan Palu (2019) bahwasannya : “Penetapan diagnosis dan tindakan medis seorang pasien adalah kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter (tenaga medis) yang terkait tidak boleh diubah, oleh karenanya diagnosis dan tindakan medis yang ada dalam rekam medis harus diisi

dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada buku ICD-10 dan ICD-9-CM”.

b. SPO Pemberian Kode Diagnosis

Menurut Kementrian Pendayagunaan Apatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Tahun 2012 (Kementrian Pendayagunaan Apatur Negara Reformasi RI, 2012) Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan administrasi pemerintahan, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan. Pemberlakuan SPO pada proses pengolahan kode diagnosis perlu dilakukan mengingat kualitas kode akan diperoleh jika langkah-langkah dalam pemberian kode dilakukan secara efektif. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Oktamianiza (2020) menyatakan bahwa “SOP merupakan standar dalam melakukan suatu pekerjaan dan tolak ukur bagi petugas dalam keberhasilan menyelesaikan tugasnya dan juga menjadi indikator keefektifan pekerjaan petugas pengodean untuk kepatuhan dalam menerapkan kode”.