

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Menurut (UU RI NO. 44, 2009) Tentang Rumah Sakit, menyatakan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat.

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Sesuai dengan (UU RI NO. 44, 2009) Tentang Rumah Sakit pasal 4 menyebutkan bahwa rumah sakit memiliki tugas, yaitu memberikan pelayanan kesehatan secara paripurna. Sedangkan untuk fungsi rumah sakit adalah 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 tingkat ketiga menurut kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pelatihan dan pendidikan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
- 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

Dalam (UU RI NO. 44, 2009) pasal 24 tentang rumah sakit diterangkan bahwa Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus dapat diklasifikasikan menjadi rumah sakit dengan tipe tertentu.

1. Rumah Sakit Khusus diklasifikasikan menjadi:
 - a. Rumah Sakit Khusus Kelas A;
 - b. Rumah Sakit Khusus Kelas B;
 - c. Rumah Sakit Khusus Kelas C.
2. Rumah Sakit Umum diklasifikasikan menjadi:
 - a. Rumah Sakit Umum Kelas A;
 - b. Rumah Sakit Umum Kelas B;
 - c. Rumah Sakit Umum Kelas C;
 - d. Rumah Sakit Umum Kelas D.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam medis

Rekam medis dapat diartikan sebagai keterangan tertulis maupun terekam yang memuat identitas pasien, pelayanan, tindakan, pengobatan, dan segala sesuatu yang diperoleh pasien selama berada di dalam fasilitas pelayanan kesehatan baik pasien rawat inap, pasien rawat jalan, maupun pasien gawat darurat. Seiring dengan berkembangnya zaman, rekam medis memiliki pengertian secara luas, di antaranya sebagai berikut:

- a. Rekam medis menurut (PERMENKES RI NO. 269, 2008) adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lainnya yang diberikan kepada pasien.
- b. Rekam medis menurut (Huffman, 1994) adalah apa, siapa, di mana, kapan, dan bagaimana perawatan pasien selama berada di rumah sakit. Menurut Huffman, rekam medis yang lengkap merupakan tanda bahwa pasien mendapatkan pelayanan yang tepat.
- c. Rekam medis menurut (Geoffrey, 1966) adalah catatan kasus – kasus setiap pasien yang dirawat di rumah sakit.
- d. Rekam medis menurut (AMRA, 1975) adalah rekam kesehatan yang dibuat bagi setiap pasien dalam fasilitas kesehatan dan seksi – seksinya, semua formulir yang dihasilkan dari adanya satu kesatuan.

2.2.2 Manfaat Rekam Medis

Sebagai salah satu penunjang di fasilitas pelayanan kesehatan, rekam medis memiliki manfaat sebagaimana yang sudah disebutkan dalam buku (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006) sebagai berikut:

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 dapat meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencaopaian kesehatan masyarakat yang optimal.

3) Pendidikan dan Penelitian

Rekam medis 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. Catatan medis tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.

5) Statistik Kesehatan

Rekam medis digunakan sebagai bahan statistic kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita 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.

2.2.3 Tujuan Rekam Medis

Terdapat banyak pendapat mengenai tujuan dari rekam medis, salah satunya menurut (Hatta, 1985) . Supaya lebih mudah dalam mengingat apa saja tujuan dari

rekam medis, biasanya digunakan akronim 'ALFRED' yang memiliki uraian *Administration, Legal, Financial, Research, Education, dan Documentation*. Masing – masing kata dari akronim tersebut memiliki penjelasan tentang tujuan rekam medis, yaitu sebagai berikut:

1. Aspek *Administration* (Administrasi)

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedic dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. Aspek *Legal* (Hukum)

Berkas rekam medis memiliki nilai hukum karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan hukum dan penyediaan bahan bukti untuk keperluan hukum.

3. Aspek *Financial* (Keuangan)

Berkas rekam medis mempunyai nilai uang karena isinya mengandung data dan informasi yang digunakan sebagai aspek keuangan.

4. Aspek *Research* (penelitian)

Rekam medis memiliki nilai penelitian karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat digunakan sebagai penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

5. Aspek *Education* (Pendidikan)

Rekam medis memiliki nilai pendidikan karena isinya menyangkut data dan informasi mengenai perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis

yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan ajar di bidang profesi.

6. Aspek *Documentation* (Dokumentasi)

Rekam medis memiliki nilai dokumentasi karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

2.2.4 Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dibagi menjadi 2, yaitu kegunaan primer dan kegunaan sekunder. Berikut uraian kegunaan primer dan kegunaan sekunder dari rekam medis:

A. Kegunaan Primer

- 1) Alat bukti utama yang mampu membenarkan adanya pasien dengan identitas yang jelas dan telah mendapatkan segala pemeriksaan dan pengobatan di sarana pelayanan kesehatan.
- 2) Membantu pengambilan keputusan tentang terapi, tindakan, dan penentuan diagnosis pasien.
- 3) Sebagai sarana komunikasi antar tenaga kesehatan antar tenaga kesehatan yang berwenang menggunakan rekam medis.
- 4) Sebagai tanda bukti yang sah yang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum.
- 5) Digunakan dalam menganalisis berbagai penyakit, menyusun pedoman praktik, serta untuk mengevaluasi pelayanan kesehatan.

- 6) Menunjang pelayanan dengan cara menjelaskan aktivitas yang berkaitan dengan pelayanan sumber–sumber yang ada pada organisasi pelayanan di rumah sakit.
- 7) Mencatat segala pemberian pelayanan kesehatan yang diterima pasien, kemudian informasi tersebut digunakan untuk menentukan besaran biaya yang harus dibayarkan oleh pasien.

B. Kegunaan Sekunder

Kegunaan sekunder rekam medis ditujukan kepada hal–hal yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien, yaitu untuk kepentingan edukasi, riset, peraturan dan pembuatan kebijakan. Adapun yang dikelompokkan ke dalam kegunaan sekunder adalah kegiatan yang tidak berhubungan secara spesifik antara pasien dan tenaga kesehatan.

2.2.5 Fungsi Rekam Medis

Di Indonesia, fungsi rekam medis dapat dilihat di PERMENKES Nomor (PERMENKES 749a, 1989), yaitu dapat dipakai untuk:

- a. Dasar pemeliharaan dan pengobatan pasien;
- b. Bahan pembuktian dalam perkara hukum;
- c. Bahan untuk keperluan penelitian dan pendidikan;
- d. Dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan;
- e. Bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan.

2.2.6 Data dalam Rekam Medis

Rekam medis terdiri dari dua data, yaitu data administratif dan data klinis yang masing–masing memiliki pengertian, yaitu:

1. Data Administratif

Data administratif adalah data yang memuat informasi mengenai data demografi, keuangan (*financial*), dan informasi lain yang berhubungan dengan pasien. Dalam pelayanan kesehatan, informasi demografi diperlukan dalam mengisi informasi dasar identitas pasien yang memuat nama lengkap pasien, nomor rekam medis/asuransi/BPJS pasien, alamat lengkap pasien, tanggal lahir pasien, jenis kelamin, status pernikahan, nama penanggung jawab, nomor telfon dan tanggal/waktu mendaftar.

2. Data Klinis

Data klinis diartikan sebagai data hasil pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan penunjang medis kepada pasien rawat inap, rawat jalan, maupun gawat darurat. Data klinis untuk pasien rawat inap meliputi: riwayat medis masa lalu, pemeriksaan fisik, instruksi diagnostik terapeutik, pemeriksaan klinis, laporan dan hasil pemeriksaan, diagnosa akhir, kondisi saat pasien pulang, dan instruksi akhir kepada pasien sebelum pasien pulang.

2.3 *Coding*

Menurut (Depkes RI, 2006) *coding* adalah membuat kode atau diagnosa penyakit berdasarkan klasifikasi penyakit yang berlaku, yang bertujuan untuk mempermudah pengelompokan penyakit dan operasi yang dapat dituangkan dalam bentuk angka. *Coding* juga dapat didefinisikan sebagai pemberian kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data. *Coding* bertujuan untuk menyeragamkan Nama dan golongan

penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. Menurut Kasim dalam (Hatta, 2011) pengodean yang sesuai dengan ICD-10 yaitu sebagai berikut:

- 1) Menentukan tipe pernyataan yang akan dikode dan membuka buku ICD-10 Volume 3 *Alphabetical Index*. Bila pernyataan adalah istilah cedera atau penyakit, maka dapat dijadikan sebagai *lead term*.
- 2) *Lead term* atau kata 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 atau eponym (menggunakan Nama penemu) yang tercantum di dalam indeks sebagai "*lead term*".
- 3) Baca dengan saksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul di bawah istilah yang akan dipilih di Volume 3.
- 4) Baca istilah yang terdapat dalam tanda kurung "()" sesudah *lead term* (kata dalam tanda kurung tidak mempengaruhi kode), sedangkan istilah lain yang ada di bawah *lead term* (menggunakan tanda **minus**) dapat mempengaruhi nomor kode.
- 5) Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (*cross references*) dan perintah *see* dan *see also* yang terdapat dalam indeks.
- 6) Melihat daftar tabulasi pada volume 1 untuk mencari 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 indek (Volume 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) Menentukan kode yang dipilih
- 9) Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk memastikan kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan.

2.4 Rawat Inap

Rawat inap merupakan salah satu pelayanan yang ada di rumah sakit yang berfungsi sebagai tempat perawatan pasien minimal 1x24 jam. Menurut (Nursalam, 2007), pelayanan rawat inap adalah salah satu pelayanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan secara komprehensif untuk membantu menyelesaikan masalah yang dialami pasien di mana, unit rawat inap merupakan salah satu revenue center rumah sakit sehingga kepuasan pasien bisa digunakan sebagai salah satu indikator mutu pelayanan. Indikator mutu pelayanan yang ada di rawat inap adalah *Bed Occupation Rate (BOR)*, *Average Length of Stay (AvLOS)*, *Turn Over Interval (TOI)*, dan *Bed Turn Over (BTO)*.

2.5 Ketepatan Kode

Ketepatan berasal dari kata “tepat” yang berarti benar, jitu, atau cocok, sedangkan ketepatan diartikan sebagai ketelitian dan kejituan. Ketepatan kode

memiliki definisi yaitu kecocokan dalam penentuan kode diagnosa sesuai dengan ICD-10 berdasarkan catatan medis yang telah dibuat oleh dokter. Menurut (Hatta, 2008) hal-hal yang penting dalam pengodean untuk dapat menciptakan ketepatan dan kecepatan pengodean penyakit, yaitu sebagai berikut:

1. Kualitas pengodean

Kualitas data terkode merupakan hal yang penting bagi kalangan tenaga personal Manajemen Informasi Kesehatan, fasilitas asuhan kesehatan, dan para professional Manajemen Informasi Kesehatan.

2. Standard dan Etika

Standar dan etika pengodean yang dikembangkan AHIMA, meliputi beberapa standar yang harus dipenuhi oleh koder professional, di antaranya adalah:

- a. Koder harus mengikuti sistem klasifikasi yang sedang berlaku dengan memilih pengodean diagnosis dan tindakan yang tepat.
- b. Akurat, lengkap, dan konsisten untuk menghasilkan data yang berkualitas
- c. Pengode harus ditandai dengan laporan kode yang jelas dan konsisten pada dokumentasi dokter dalam rekam medis pasien
- d. Koder professional harus berkonsultasi dengan dokter untuk klarifikasi kelengkapan pengisian diagnosis dan tindakan pasien
- e. Koder professional tidak mengganti kode pada *bill* pelayanan
- f. Koder professional harus mengembangkan kebijakan
- g. Koder professional harus secara rutin meningkatkan kemampuannya di bidang pengodean

- h. Koder professional senantiasa berusaha untuk memberi kode yang paling sesuai untuk pembayaran.
3. Elemen kualitas pengodean audit harus dilakukan untuk me-review kode yang telah dipilih oleh petugas. Proses pengodean rumah sakit harus dimonitor untuk beberapa elemen sebagai berikut:
 - a. Konsisten bila dikode 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*)
4. Kebijakan dan prosedur pengodean setiap fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit maupun puskesmas harus membuat kebijakan dan prosedur pengodean sesuai dengan tenaga dan fasilitas yang dimilikinya. Kebijakan dan prosedur tersebut merupakan pedoman bagi koder agar dapat melaksanakan pengodean dengan konsisten. Kebijakan ditetapkan oleh Organisasi Rumah Sakit (ARSADA, PERSI), IDI (Ikatan Dokter Indonesia), PORMIKI (Perhimpunan Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia) maupun organisasi terkakit lainnya.
5. ICD-10 menurut (WHO, 2004), ICD-10 atau *International Statistical Classification of Disesases and Related Health Problems Tenth Revision* adalah suatu daftar kode tunggal katagori tiga karakter masing-masing dapat dibagi lagi menjadi hingga sepuluh subkatagori empat karakter. Pada revisi sebelumnya digunakan sistem kode numerik. ICD-10 ini menggunakan kode alfanumerik, yaitu kombinasi antara huruf *alphabet* dan angka. Fungsi ICD-10

sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan digunakan untuk kepentingan informasi statistic morbiditas dan mortalitas.

2.6 Tinjauan Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosa

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Alik, 2016), koding yang tidak tepat merupakan hal yang dapat berpengaruh terhadap pembiayaan pelayanan kesehatan karena besaran biaya yang akan dibayarkan ditentukan oleh hasil koding dalam INA CBG's. Faktor yang menyebabkan kode tidak tept adalah tulisan dokter yang sulit dibaca, kurangnya fasilitas bagi petugas koding yaitu ICD yang digunakan masih ICD-10 tahun 2002 dan 2004 (ICD belum *update*), beban kerja petugas koding yang tinggi, petugas koding sering tidak merujuk ke volume 1, dan SOP pengkodean tidak dijelaskan secara spesifik. Selain itu, koding yang tidak tepat juga dapat mempengaruhi pengelolaan rekam medis terutama keakuratan data morbiditas dan mortalitas yang jika tidak akurat dapat mengakibatkan kesalahan dalam pengambilan keputusan. Penelitian ini tidak hanya didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Alik saja, tetapi juga penelitian–penelitian yang relevan dengan judul peneliti, yaitu penelitian yang dilakukan oleh (Trisetyawan, 2016) yang menyatakan bahwa salah satu faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis adalah dokter yang tidak menuliskan diagnosa sesuai terminologi medis. Adapun penelitian yang dilakukan oleh (Indawati, 2017) dalam penelitian systematic review membahas mengenai faktor-faktor ketidaktepatan kode diagnosa ditinjau dari unsur 5M yang menyebutkan bahwa ketidaktepatan kode diagnosa dapat disebabkan oleh:

1. *Man*:
 - a. Petugas koding kurang teliti

- b. Kurangnya pengalaman kerja
- c. Komunikasi efektif antara koder dan dokter
- d. Beban kerja koder
- e. Koding dilakukan oleh profesi lain

2. *Material:*

- a. Tulisan dokter tidak terbaca
- b. Penggunaan singkatan tidak baku
- c. Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis
- d. Tidak jelas atau tidak lengkap diagnosa yang ditulis

3. *Method:*

- a. Koder tidak melihat dan menganalisis pemeriksaan penunjang
- b. Petugas koding cenderung menggunakan hafalan atau buku bantu
- c. Ketidaktepatan pemilihan diagnosa utama
- d. SOP penentuan kode belum ada
- e. Kebijakan pengodean kurang spesifik
- f. Belum adanya SOP tentang penggunaan istilah

4. *Machine:*

- a. Tidak tersedia kamus kedokteran dan kamus Bahasa Inggris
- b. SIMRS masih belum *user friendly*

5. *Money:*

Untuk kasus *externa causa*, digit ke-4 dan ke-5 harus dikode karena dibutuhkan oleh pihak asuransi untuk memutuskan apakah kasus tersebut kasus kecelakaan atau bukan.