

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 pasal 1 Rumah Sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rumah Sakit merupakan bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan yang mempunyai fungsi memberikan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif), serta pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat (WHO, 1947). Rumah sakit merupakan salah satu unit pelayanan kesehatan yang sangat kompleks dengan berbagai jenis pelayanan kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 4, “Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna”. Untuk menjalankan tugas sebagaimana yang dimaksud, Rumah sakit mempunyai fungsi :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan rehabilitasi sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggarakan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia untuk meningkatkan kemampuan dalam pemberian pelayanan medis.
4. Penyelenggarakan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.2 Rawat Inap

Rawat inap adalah proses dimana seorang tenaga kesehatan merawat pasien dikarenakan penyakit tertentu, dimana pasien diinapkan di suatu ruangan rumah sakit sesuai rujukan dari penyedia layanan kesehatan atau rumah sakit pelaksana pelayanan kesehatan lainnya (Safitri, 2016).

Rawat inap merupakan ruangan tempat pasien dirawat, pelayanan kesehatan perorangnya yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medis dengan menginap di ruang rawat inap pada sasaran kesehatan rumah sakit pemerintah dan swasta, serta puskesmas perawatan dan rumah sakit bersalin yang oleh karena itu penderita penyakit harus menginap (Depkes, 1997).

2.3 Rekam Medis

2.3.1 Definisi Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis menyebutkan bahwa rekam medis merupakan dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Sedangkan berdasarkan Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran, yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (UU RI No. 29, 2004). Rekam medis juga berguna sebagai bukti tertulis atau dokumen pelayanan terhadap pasien, dan juga dapat melindungi kepentingan hukum pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya, jika terjadi sesuatu yang buruk terhadap rekam medis pasien di kemudian hari (Permenkes, 2008).

2.3.2 Tujuan Rekam Medis

Berdasarkan Pasal 13 Pedoman Penyelenggaraan Dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Indonesia Revisi II, (DIRJEN YANMED, 2006), tujuan penyelenggaraan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya ketertiban administrasi guna meningkatkan pelayanan kesehatan Rumah Sakit. Tanpa dukungan sistem pengelolaan rekam medis baik dan benar tertib maka

manajemen rumah sakit tidak akan berfungsi sebagaimana diharapkan.

2.3.3 Kegunaan Rekam Medis

Menurut Depkes RI (1993) kegunaan rekam medis mencakup nilai - nilai yang disebut ALFREDS (*Administrative, Legal, Financial, Research, Education, Documentation, dan Service*), yaitu sebagai berikut:

1. *Administrative* (Aspek Administrasi)

Berkas rekam medis mempunyai nilai administratif karena isinya memuat tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab tenaga medis dan paramedis untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. *Legal* (Aspek Hukum)

Berkas rekam medis mempunyai nilai hukum karena isinya menyangkut pemberian kepastian hukum yang berdasarkan keadilan, dalam usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan bukti untuk penegak keadilan.

3. *Financial* (Aspek Keuangan)

Berkas rekam medis mempunyai nilai finansial karena didalamnya terdapat data dan informasi yang dapat digunakan dalam menghitung pengobatan/tindakan dan biaya perawatan.

4. *Research* (Aspek Penelitian)

Berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena didalamnya memuat data atau informasi yang dapat digunakan dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

5. *Education* (Aspek Pendidikan)

Berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya memuat data atau informasi tentang perkembangan/kronologis dan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, yang dapat dijadikan sebagai bahan edukasi atau referensi dalam bidang kesehatan.

6. *Documentation* (Aspek dokumentasi)

Berkas rekam medis mempunyai nilai dokumenter karena isinya memuat sumber memori yang harus didokumentasikan dan dijadikan sebagai bahan laporan pertanggungjawaban dan sarana pelayanan kesehatan.

7. *Service* (Aspek Medis)

Berkas rekam medis mempunyai nilai medis karena digunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan seorang pasien.

2.3.4 Kompetensi Perekam Medis

PERMENKES RI No.377/Menkes/SK/III/2007, menyatakan bahwa kompetensi perekam medis meliputi:

1. Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis. Perekam medis mampu dalam menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang berlaku di Indonesia tentang penyakit sesuai ICD-10 dan tindakan medis sesuai ICD-9 CM.
2. Aspek Hukum dan Etika Profesi. Perekam medis mampu memberikan pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan yang bermutu tinggi dengan memperhatikan perundangan dan etika profesi yang berlaku.
3. Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Perekam medis mampu mengelola rekam medis dan informasi kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan medis, administrasi dan kebutuhan informasi kesehatan sebagai bahan pengambilan keputusan di bidang kesehatan.
4. Menjaga Mutu Rekam Medis. Perekam medis mampu mengelola, merencanakan, melaksanakan, menilai dan mengevaluasi mutu rekam medis.
5. Statistik Kesehatan. Perekam medis mampu menggunakan statistik kesehatan untuk menghasilkan informasi dan perkiraan

yang bermutu tinggi sebagai dasar perencanaan dan pengambilan keputusan di bidang pelayanan kesehatan.

6. Manajemen Unit Kerja Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Perekam medis dapat mengelola sumber daya yang tersedia pada unit kerja rekam medis untuk dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi informasi kesehatan.
7. Kemitraan Profesi Perekam Medis mampu berkolaborasi secara internal dan eksternal profesi terkait pelayanan Kesehatan.

2.4 Penentuan Kode Diagnosis (*Coding*)

2.4.1 Definisi Penentuan Kode Diagnosis (*Coding*)

Coding adalah proses penentuan kode atas diagnosis penyakit berdasarkan klasifikasi penyakit yang berlaku yang bertujuan untuk mempermudah pengelompokan penyakit dan tindakan yang dapat dituangkan dalam bentuk angka. *Coding* ialah pemberian atau penentuan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data. Untuk memudahkan penyajian informasi yang diperlukan untuk mendukung kegiatan perencanaan, manajemen dan riset di bidang kesehatan, fungsi data medis dan diagnosis harus diberi kode kemudian di indeks (Depkes RI, 2006).

Penetapan diagnosis pasien adalah kewajiban, hak serta tanggung jawab dokter (tenaga medis) yang bersangkutan dan tidak boleh diubah, oleh karena itu diagnosis pada rekam medis harus diisi

secara lengkap dan jelas sesuai petunjuk buku ICD-10. Tenaga medis sebagai pemberi kode bertanggungjawab atas keakuratan kode diagnosis yang telah diberikan oleh tenaga medis (Depkes RI, 2006).

2.4.2 Tujuan Penentuan Kode Diagnosis (*Coding*)

Menurut (Budi, 2011), Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (*World Health Organization*) bertujuan untuk membakukan nama dan kelompok penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. Sejak tahun 1993, WHO mewajibkan negara- anggotanya termasuk Indonesia, untuk menggunakan klasifikasi penyakit versi ke-10 (ICD-10, *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision*). Namun di Indonesia sendiri, ICD-10 baru ditetapkan pada tahun 1998 melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.50/MENKES/KES/SK/I/1998 untuk menggantikan ICD-9. Sedangkan pengkodean untuk tindakan medis dilakukan dengan menggunakan ICD-9-CM.

2.5 Ketepatan Pengkodean

Ketepatan atau keakuratan kode diagnosis merupakan penulisan kode diagnosis penyakit sesuai klasifikasi ICD-10. Suatu kode dikatakan tepat dan akurat apabila kode tersebut sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang dilakukan sesuai aturan klasifikasi yang digunakan. Menggabungkan kode klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan

dapat menimbulkan kesalahan dalam menetapkan suatu kode (Rista *and* Jepisah, 2021).

Kegiatan mengkode diagnosis wajib dilakukan secara tepat dan lengkap yang berpedoman pada ICD-10 (WHO, 2002). Kode diagnosis dimanfaatkan dalam penyusunan laporan. Jika kode tidak akurat maka hasil informasinya memiliki tingkat kebenaran yang rendah, otomatis laporan yang dihasilkan menjadi tidak akurat. Oleh sebab itu, kode wajib diisi akurat agar dapat dipertanggungjawabkan. Perkam medis ialah pihak yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan dan keakuratan kode penyakit dan tindakan. Untuk itu jika ada yang kurang jelas ataupun tidak lengkap petugas perlu berkomunikasi kepada pihak yang menetapkan diagnosis yaitu dokter. Keakuratan diagnosis sangat penting untuk dapat menciptakan keakuratan kode sebab dengan akuratnya diagnosis akan mempermudah petugas coder dalam menentukan kode diagnosis suatu penyakit. (Ari Herisandi *and* Harmanto, 2022).

Pada Permenkes No. 55 Tahun 2013 menyatakan bahwa seseorang ahli madya rekam medis dan informasi kesehatan berwenang melakukan klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit dan tindakan yang berkaitan dengan kesehatan sesuai dengan diagnosa medis yang benar. Oleh sebab itu petugas pengkodean harus tetap memberikan kode diagnosis pkasus fraktur dengan lengkap hingga karakter ke-5 pada berkas rekam medis pasien (Ari Herisandi *and* Harmanto, 2022).

2.6 Fraktur

Menurut Suddarth Brunner dalam bukunya *A Manual of Medical Surgical Nursing*, ia berpendapat bahwa fraktur adalah lepas atau robeknya tulang secara progresif yang terjadi akibat tekanan yang berlebihan pada tulang sehingga tulang tidak dapat menahannya. Patah tulang dapat disebabkan oleh luka langsung, seperti benturan atau pukulan yang menyebabkan patah tulang dan trauma tidak langsung, yaitu bila terjadi patah tulang maka salah satu bagian tulang terkena dan menyebabkan patah tulang lain disekitar bagian tubuh yang menerima efek dan juga karena penyakit utama seperti osteoporosis dan osteosarcoma (Andrifan, 2022).

Berbagai jenis patah tulang dikenali berdasarkan kerusakan fisiknya, yaitu fraktur tertutup (close) dan fraktur terbuka (open). Fraktur dimana kulit tetap utuh disekitar patahan tidak tampak pada kulit dan tidak terdapat hubungan antara tulang dengan bagian luar kulit adalah fraktur tertutup. Jaringan pada kanalis havers dan jaringan lunak akan mengalami kerusakan diarea terjadinya fraktur, kemudian akan terbentuk bekuan darah dan serat fibrin serta hematoma sehingga jaringan mati. Fibroblast muncul dan kapiler-kapiler baru berkembang sehingga membentuk jaringan granulasi. Selain itu periosteum, endosteum dan sumsum tulang akan menyediakan osteoblast, kemudian osteoblast berkembang biak membentuk kartilago fibrosa, kartilago hialin, dan jaringan pendukung fibrosa. Kemudian akan terbentuk serat tulang rawatn pada jaringan tulang yang menghubungkan

kedua bagian tulang yang rusak, sehingga menyebabkan osteogenesis yang cepat hingga terbentuknya jaringan granulasi (Andrifan, 2022).

Sedangkan fraktur terbuka memiliki bekas luka yang mengelilingi patah tulang, luka tersebut melekat pada bagian luar kulit sehingga fraktur terbuka dapat terinfeksi. Terdapat hubungan antara fragmen tulang dengan bagian luar kulit akibat luka pada kulit, dan luka terbuka memecah kulit dan pembuluh darah, kemudian terjadi perdarahan, akan keluar banyak darah dari ekstra vaskuler dan kemudian syok hipovolemik akan terjadi, yang ditandai dengan penurunan tekanan darah atau biasa disebut hipotensi, syok hipovolemik juga dapat menyebabkan penurunan curah jantung dan selanjutnya hipoksia. Selain itu reaksi tubuh akan membentuk metabolisme anaerobik berupa asam laktat, bila terjadi metabolisme anaerobik maka asam laktat dalam tubuh akan meningkat. Selain itu terdapat pula fraktur komplrit, fraktur inkomplit, fraktur displaced, fraktur comminuted, fraktur impacted atau fraktur compressi, fraktur patologis, fraktur greenstick (Andrifan, 2022).

2.7 Kodefikasi Fraktur

Kodefikasi adalah pemberian kode yang mewakili diagnosis penyakit, prosedur atau tindakan dan pelayanan yang diterima (Abdelhak, 2001 dalam Puspita, 2018). Proses kodefikasi fraktur menggunakan ICD 10 adalah sebagai berikut:

1. Menentukan diagnosis fraktur yang akan dikode.
2. Membuka dan melihat buku ICD-10 Volume III (*Alphabetical Index*), diagnosis fraktur adalah istilah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada BAB XIX.
3. Membaca dengan seksama dan mengikuti petunjuk catatan yang muncul di bawah istilah yang akan dipilih pada buku ICD-10 Volume III.
4. Melihat pada daftar tabulasi (Buku ICD-10 Volume I) untuk mencari nomor kode yang paling tepat. Menambahkan karakter ke-5 (fraktur terbuka/*open* dan fraktur tertutup/*close*) yang terdapat di dalam buku ICD-10 Volume I dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indeks (Buku ICD-10 Volume III).
5. Mengikuti pedoman Inclusion dan Exclusion pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab, blok, kategori dan subkategori.
6. Menentukan kode yang dipilih.

2.8 Standar Prosedur Operasional (SPO) Kodefikasi

Standar Prosedur Operasional adalah pedoman yang berisi prosedur standar operasional yang ada dalam suatu organisasi yang memastikan bahwa setiap keputusan, langkah atau tindakan yang diambil oleh orang-orang dalam suatu organisasi ketika menggunakan fasilitas pemrosesan dilakukan secara efisien, sesuai dengan standar, dan sistematis (Tambunan, 2008).

Menurut Bowman (2001) seperti kebijakan dan prosedur organisasi lainnya, kebijakan dan prosedur pengkodean diperlukan untuk

meningkatkan konsistensi. Kebijakan dan prosedur pengodean harus mencakup:

1. petunjuk untuk mengkaji catatan.
2. Petunjuk cara menangani dokumentasi yang tidak lengkap dan bertentangan.
3. Instruksi berkomunikasi dengan dokter untuk klarifikasi dan memperbaiki lampiran laporan kesehatan.
4. Petunjuk tentang tindakan yang harus dilakukan jika kode yang sesuai tidak ditemukan.
5. Penggunaan kode tidak diperlukan untuk penggantian biaya.
6. Spesifikasi standar atau rangkaian kode.
7. Gunakan bahan referensi, buku dan instruksi.
8. Masukkan data dan informasi dengan komputer atau proses lainnya.