

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Rumah Sakit**

##### **2.1.1 Pengertian Rumah Sakit**

Undang-Undang Republik Indonesia (UU RI) No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (RS), Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

##### **2.1.2 Tujuan Rumah Sakit**

Penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan:

1. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan;
2. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit;
3. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; dan
4. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit.

### 2.1.3 Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit mempunyai fungsi :

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

PERMENKES RINo. 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan yang lain yang diberikan kepada pasien. Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Isi rekam medis merupakan dokumen resmi mencatat seluruh proses pelayanan medis di

rumah sakit, dan sangat bermanfaat antara lain bagi aspek administrasi, medis, hukum, keuangan, penelitian, pendidikan, dokumentasi, perencanaan serta pemanfaatan sumber daya.

### 2.2.2 Kegunaan Rekam Medis

1. Media komunikasi antara dokter dengan tenaga ahli lainnya yang terkait ambil bagian didalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.
2. Data yang berguna bagi keperluan penelitian dan pendidikan.
3. Dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada pasien.
4. Bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien dirawat di rumah sakit.
5. Dasar untuk analisis, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
6. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
7. Dasar dalam perhitungan pembayaran pelayanan medis pasien.
8. Sumber dokumentasi, sekaligus bahan pertanggungjawaban dan laporan.

### 2.2.3 Tujuan dan Manfaat Rekam Medis

Rekam medis dilaksanakan dengan tujuan tercapaiannya tertib administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan. Rekam medis memiliki manfaat, antara lain :

#### 1. Aspek Administrasi

Suatu dokumen rekam medis yang berisikan tentang tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

#### 2. Aspek Legal

Suatu dokumen rekam medis yang berisi tentang adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan pelayanan kesehatan, sebagai usaha menegakkan hukum serta penyediaan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

#### 3. Aspek Finansial

Suatu dokumen rekam medis yang dapat dijadikan sebagai bahan informasi untuk menetapkan biaya pembayaran jasa pelayanan kesehatan. Tanpa adanya bukti catatan tindakan atau pelayanan maka pembayaran tidak dipertanggungjawabkan.

#### 4. Aspek Penelitian

Suatu dokumen rekam medis yang mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data atau informasi yang dapat digunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

#### 5. Aspek Pendidikan

Suatu dokumen rekam medis yang berisi data-data yang dapat digunakan mengetahui kronologis suatu tindakan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dan mengetahui sistem pengolahan rekam medis.

#### 6. Aspek Dokumentasi

Suatu dokumen rekam medis yang digunakan sebagai sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan sarana kesehatan.

### 2.3 Koding

PERMENKES RI No 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs), Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10(*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9-CM(*International Classification of Diseases Revision Clinical Modification*). Koding sangat menentukan dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke Rumah Sakit.Sumber data untuk mengkoding berasal dari rekam medis yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur yang terdapat pada resume medis pasien.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, dan juga memastikan medical necessity dari suatu pelayanan kesehatan. Dalam lingkungan RS, data tentang penyakit dan operasi digunakan oleh profesional rekam medis untuk memenuhi kebutuhan penelitian medis. Perencana kebijakan kesehatan seperti departemen kesehatan dan WHO menggunakan data klasifikasi penyakit untuk studi epidemiologik, demografi dan statistik.

Fungsi dasar dari *International Classification of Disease (ICD)* adalah sebagai klasifikasi penyakit, cedera, dan sebab kematian untuk tujuan statistik menyatukan dua kepentingan tersebut di atas. WHO mempromosikan klasifikasi tersebut dengan tujuan agar berbagai negara di dunia dapat merekam data kesehatannya dengan cara yang sama dan komparabel.

2.3.1 Menurut (Hatta, 2017) pada standar standar dan etik pengkodean (*coding*) yang dikembangkan oleh *American Health Information Management Association (AHIMA)* meliputi beberapa standar yang harus dipenuhi oleh seorang pengode (*coder*) profesional, antara lain :

1. Akurat, komplet, dan konsisten untuk menghasilkan data yang berkualitas

2. Pengode harus mengikuti sistem klasifikasi yang berlaku dengan memilih pengodean diagnosis dan tindakan yang tepat
3. Pengodean harus ditandai dengan laporan kode yang jelas dan konsisten pada dokumen dalam rekam medis pasien
4. Pengode profesional harus berkonsultasi dengan dokter untuk klasifikasi dan kelengkapan pengisian data diagnosis dan tindakan
5. Pengode profesional tidak mengganti kode pada bill pembayaran
6. Pengode profesional harus anggota dari tim kesehatan, harus membantu dan menyosialisasikan kepada dokter dan tenaga kesehatan lain
7. Pengode profesional harus secara rutin meningkatkan kemampuan di bidang pengodean
8. Pengode profesional senantiasa berusaha untuk memberi kode yang paling sesuai untuk pembayaran

Untuk mencapai kode diagnosis yang yang tepat dan konsisten maka RS juga ikut untuk berkontribusi dalam pembuatan kebijakan dan prosedur pengodean yang sesuai dengan dengan tenaga dan fasilitas yang dimilikinya.

### 2.3.2 Tujuan pengodean yaitu:

1. Memudahkan pencatatan, pengumpulan dan pengambilan kembali informasi sesuai diagnosis ataupun tindakan medis operasi yang diperlukan uniformitas tersebut istilah (*medical terms*).
2. Memudahkan entri data ke *database* komputer yang tersedia (satu kode bisa mewakili beberapa terminologi yang digunakan para dokter)

3. Menyediakan data yang diperlukan oleh sistem pembayaran atau penagihan biaya yang dijalankan atau diaplikasi.
4. Memaparkan indikasi alasan mengapa pasien memperoleh asuhan untuk atau perawatan untuk atau pelayanan (justifikasi runtunaan kejadian).
5. informasi diagnosis dan tindakan (medis atau operasi) bagi : riset, edukasi, dan kajian asesmen kualitas keluaran atau outcome (legal dan ontentik).

Di setiap pelayanan kesehatan diharapkan memiliki keakuratan terhadap dokumen rekam medis dan diagnosis, karena keakuratan diperlukan dalam ketepatan kode diagnosis yang dilakukan oleh perakam medis atau coder

### 2.3.3 Langkah-Langkah Koding Menggunakan ICD-10

1. Identifikasi tipe pernyataan yang akan dikode dan lihat di buku ICD volume 3 (*Alphabetical Index*). Jika pernyataannya adalah penyakit atau cedera atau lainnya diklasifikasikan dalam bab 1-19 dan 21 (Section I Volume 3). Jika pernyataannya adalah penyebab luar atau cedera diklasifikasikan pada bab 20 (Section II Volume 3)
2. Tentukan Lead Term. Untuk penyakit dan cedera biasanya adalah kata benda untuk kondisi patologis. Namun, beberapa kondisi dijelaskan dalam kata sifat atau xxx dimasukkan dalam indeks sebagai *Lead Term*.
3. Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci.
4. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan indentasi dibawah lead term

(penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum.

5. Ikuti setiap petunjuk rujukan silang (“*see*” dan “*see also*”) yang ditemukan dalam index.
6. Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada volume 1. Untuk Kategori 3 karakter dengan *-* (*point dash*) berarti ada karakter ke 4 yang harus ditentukan pada Volume 1 karena tidak terdapat dalam Indeks.
7. Baca setiap *inclusion* atau *exclusion* dibawah kode yang dipilih atau dibawah bab atau dibawah blok atau dibawah judul kategori.
8. Tentukan Kode.

## 2.4 ICD

2.4.1 Di dalam ICD terdiri dari beberapa volume yaitu :

1. ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) Terdiri dari 3 volume dan 21 BAB dengan rincian sebagai berikut:
  - a. Volume 1 merupakan daftar tabulasi dalam kode alfanumerik tiga atau empat karakter dengan inklusi dan eksklusi, beberapa aturan pengodean, klasifikasi morfologis neoplasma, daftar tabulasi khusus untuk morbiditas dan mortalitas, definisi tentang penyebab kematian serta peraturan mengenai nomenklatur.
  - b. Volume 2 merupakan manual instruksi dan pedoman penggunaan ICD-

- c. Volume 3 merupakan Indeks alfabetis, daftar komprehensif semua kondisi yang ada di daftar Tabulasi (volume 1), daftar sebab luar gangguan (*external cause*), tabel neoplasma serta petunjuk memilih kode yang sesuai untuk berbagai kondisi yang tidak ditampilkan dalam Tabular List.

Untuk penggunaan lebih lanjut ICD-10 lihat buku manual penggunaan ICD-10 volume 2 yang diterbitkan oleh WHO, rumah sakit diharapkan dapat menyediakan buku tersebut.

2. ICD-9-CM (*International Classification of Diseases Revision Clinical Modification*) ICD-9-CM digunakan untuk pengodean tindakan/prosedur yang berisi kode prosedur bedah/operasi dan pengobatan serta non operasi seperti *Computerized Tomography Scan (CT Scan)*, *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*, dan *Ultrasonography (USG)*. ICD-9-CM berisi daftar yang tersusun dalam tabel dan Indeks Alfabetis. Prosedur bedah operasi dikelompokkan pada bagian 01-86 dan prosedur bukan bedah/non operasi dibatasi pada bagian 87-99. Struktur klasifikasi berdasarkan anatomi dengan kode berupa numerik. ICD-9-CM terdiri dari 16 bab.

2.4.2 Tujuan penyusunan ICD-10 adalah sebagai berikut:

1. Untuk mempermudah perekaman yang sistematis, untuk keperluan analisis, interpretasi dan komparasi data morbiditas maupun mortalitas yang dikumpulkan dari berbagai daerah pada saat yang berlainan.

2. Untuk menerjemahkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lainnya dari katakata menjadi kode alfanumerik, yang memudahkan penyimpanan, retrieval dan analisis data.