

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Rumah Sakit**

Menurut WHO (World Health Organization), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi social dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medis. Berdasarkan undang-undang no. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit , yang dimaksud dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan suatu pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna serta menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Permenkes, 2014)

Rumah Sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. (Supartiningsih, 2017) juga mendefinisikan rumah sakit adalah suatu organisasi yang dilakukan oleh tenaga medis professional yang terorganisir baik dari sarana prasarana kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien. (Bramantoro 2017) juga menjelaskan bahwa rumah

sakit merupakan suatu fasilitas pelayanan kesehatan yang melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna pada upaya penyembuhan dan pemulihan yang terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan

## 2. Rekam Medis

Rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan - tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi mengenai tindakan - tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan. Pelayanan pasien dilakukan pada sarana tersebut menurut system kesehatan (Permenkes no. 269 Tahun 2008).

Menurut (Ismainar 2015) Rekam Medis merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesa, diagnosis, pengobatan, tindakan, dan pelayanan penunjang yang diberikan kepada pasien selama mendapat pelayanan di unit rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat serta catatan yang juga harus dijaga kerahasiaannya dan merupakan sumber informasi tentang pasien yang datang berobat ke rumah sakit. Salah satu data yang penting dalam pendokumentasian rekam medis adalah kode diagnosis pasien, kode diagnosis pasien digunakan sebagai acuan dalam penentuan besar biaya pelayanan kesehatan. Sebelumnya dilakukan pengodean terlebih dahulu. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 269/MENKES/PER/III/2008

menyebutkan bahwa rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik.

### 3. Tindakan Medis

Pengertian Tindakan Medis Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, menyatakan bahwa tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang selanjutnya disebut tindakan kedokteran adalah suatu tindakan medis berupa preventif, diagnostik, terapeutik atau rehabilitatif yang dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien. Pengertian dari “tindakan medis disebut juga tindakan kedokteran adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga medis kepada pasiennya” (Sjahdeini, 2020).

Tindakan medis merupakan tindakan profesional oleh dokter kepada pasien yang bertujuan untuk memelihara, meningkatkan, memulihkan kesehatan, serta menghilangkan atau mengurangi penderitaan. Seharusnya tindakan medik hanya boleh dilakukan oleh para tenaga medis, karena tindakan tersebut diutamakan bagi pasien yang mengalami gangguan kesehatan. Keputusan etik yang dilakukan oleh manusia terhadap manusia lain dari suatu tindakan medik, umumnya diperlukan pertolongan dan juga keputusan tersebut berdasarkan pada pertimbangan atas beberapa alternatif yang ada. Dari keputusan etik harus memenuhi tiga syarat yaitu bahwa pada keputusan tersebut harus benar sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan harus tepat sesuai konteks serta situasi dan kondisi (Sutarih, 2018).

#### 4. Koding

Koding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka maupun kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Fungsi dari pengkodean pada rekam medis yaitu bertanggung jawab terhadap penemuan dan penulisan kode penyakit, dan operasi yang tertulis pada rekam medis berdasarkan kode yang telah ditetapkan pada ICD-X dan ICOPIM (International Classification of Procedures in Medicine), serta ICD9-CM (Ismainar, 2018). Koding merupakan translasi dari suatu diagnosis, prosedur, jasa maupun pelayanan ke dalam kode alfanumerik dan atau numerik untuk tujuan pelaporan statistik dan reimbursement (pembayaran kembali).

Adapun kode yang dipilih harus menggambarkan perjalanan dan pelayanan terhadap pasien selama episode rawat (Anggraini et al., 2017). Menurut (Agustini & Agustina, 2016), ditemukan bahwa kegiatan pengkodean atau coding adalah pemberian penetapan kode yang menggunakan huruf dan angka atau kombinasi antara huruf dan angka yang mewakili dari komponen data. Adapun kegiatan yang dilakukan dalam coding yaitu kegiatan pengkodean diagnosis penyakit dan tindakan medis. Keakuratan kode adalah tanggung jawab dari perekam medis sebagai penetapan dan pemberi kode penyakit maupun tindakan medis. Tujuan Koding Dari penelitian (Agustini & Agustina, 2016) terdapat tujuan dari koding, diantaranya :

- a. Dapat memudahkan pencatatan, pengumpulan, dan pengambilan kembali informasi sesuai dengan diagnosa maupun tindakan yang diperlukan.
- b. Dapat memudahkan entry data atau memasukkan data ke database pada komputer yang tersedia.
- c. Dapat menyediakan data yang diperlukan oleh sistem pembayaran atau penagihan biaya yang dijalankan.
- d. Dapat memaparkan petunjuk terhadap alasan pasien mendapatkan asuhan/perawatan/pelayanan.
- e. Dapat menyediakan informasi diagnosis dan tindakan bagi riset edukasi dan kajian assessment (penilaian) kualitas keluaran atau outcome (legal dan otentik).

## 5. ICD 9 CM

Pada tahun 1975, ICD 9 CM diterbitkan oleh WHO (*World Health Organization*) dan terdiri dari 2 volume yaitu volume 1 berisi tentang classification of procedures yang biasa juga disebut dengan tabular list (daftar tabulasi) disertai suplemen kode V dan E (yang akhirnya menjadi bab XXI dan juga bab XX pada revisi tahun 2010), sedangkan volume 2 berisi tentang indeks to procedures atau indeks alfabetik. ICD-9-CM atau *International Classification of Diseases 9th Revision Clinical Modification* dibuat oleh U.S. National Center for Health Statistics (NCHS) dan khusus digunakan mulai tahun 1978 di Amerika Serikat dengan dipublikasikannya ICD-9 oleh WHO (Angraini et al., 2017). Dari uraian tersebut, ICD-9-CM mencakup tentang pengklasifikasian prosedur atau tindakan operasi

dan bukan operasi berdasarkan kriteria atau kategori tertentu dan sangat sering digunakan dalam perkuliahan dan juga dunia kerja khususnya di bagian koding.

Pengertian ICD 9 CM (*Internasional Clasification of Disease and Revision Clinical Modification*) *Internasional Clasification of Disease and Revision Clinical Modification* (ICD 9 CM) digunakan untuk pengkodean tindakan atau prosedur yang berisi kode prosedur bedah/ operasi dan pengobatan non operasi seperti CT Scan, MRI, dan USG. Dalam ICD 9 CM terdiri dari 16 bab berisi daftar kode yang tersusun dalam tabel dan index 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.

Penggunaan ICD 9 CM Langkah-langkah koding menggunakan ICD 9 CM (*Internasional Clasification of Disease and Revision Clinical Modification*)

- a. Identifikasi tipe pernyataan prosedur / tindakan yang akan dikode dan lihat di buku ICD 9 CM *Alphabetical Index*
- b. Tentukan leadterm untuk prosedur/ tindakan
- c. Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci
- d. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan identasi dibawah leadterm (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum

- e. Ikuti setiap petunjuk rujukan silang (“*see*” dan “*see also*”) yang ditemukan dalam index
- f. Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada TabularList
- g. Baca setiap *inclusion* atau *exclusion* dibawah kode yang dipilih atau dibawah bab atau di bawah blok atau dibawah judul kategori
- h. Tentukan kode (Permenkes RI, 2014:29).

#### 6. Kelengkapan Kode Tindakan

Menurut (Wirawan, 2012) untuk meningkatkan mutu rekam medis memerlukan 3 unsur diantaranya :

- a) Kelengkapan isian rekam medis,
- b) Validitas atau kesahihan dari isi rekam medis karena isi rekam medis harus jelas, singkat dan tepat waktu ,
- c) Adanya sanksi untuk dokter yang ‘alpa’.

Menurut naskah Wilson yang dikutip oleh Anggraini (2005) mengenai “ a clinical chart far the record of patient in smaal hospital” menyatakan bahwa kelengkapan rekam medis merupakan sangat penting nilainya demi kepentingan pasien maupun bagi pihak Rumah Sakit. Mengingat tindakan medis adalah salah satu dasar pengisian rekam medis rawat inap, maka kelengkapan tindakan medis menjadi tanggung jawab semua pihak yang terlibat dalam perngisian tersebut. Kode tindakan medis yang lengkap adalah cermin mutu rekam medis serta layanan yang diberikan oleh Rumah Sakit (Depkes, 2012). Audit dan analisis terhadap kode tindakan medis resume medis dilakukan agar kelengkapan dan ketepatan pengisian kode tindakan dapat dipertanggungjawabkan. Audit

dan analisis kelengkapan kode tindakan medis dilakukan dengan cara meneliti rekam medis yang dihasilkan oleh dokter dan tenaga paramedis perawatan atau paramedis non keperawatan yang ikut memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien, sehingga ketepatan dan kebenaran tindakan serta kelengkapan pengisian rekam medis pasien dapat dipertanggungjawabkan (Depkes, 2012). Resume medis harus lengkap dan dibuat dengan singkat disertai bukti autentik seperti nama dan tanda tangan dokter yang merawat pasien serta dapat menjelaskan informasi penting mengenai penyakit pasien, pemeriksaan yang dilakukan dan pengobatan pasien (Depkes, 2012). Di Rumah Sakit, kelengkapan tindakan medis sangat penting karena kode tindakan medis yang lengkap selain untuk menjaga mutu rekam medis rumah sakit juga sering digunakan untuk administrasi dan klaim asuransi.

#### 7. Keakuratan Kode Tindakan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia edisi lux, keakuratan berasal dari kata akurat yang mendapat awalan ke- dan akhiran -an. Kata akurat artinya pasti; meyakinkan; teliti; seksama ; tepat benar. Keakuratan memiliki arti hal ketelitian (Suharso & Retnoningsih, 2011). Keakuratan kode adalah persentase dari ketepatan pemberian kode diagnosis berdasarkan ICD-10 dan kode tindakan berdasarkan ICD9-CM (Saputri, 2015). Akurasi merupakan teliti, tepat, cermat, saksama dan akurat yang harus secara jelas mencerminkan kebenaran data dari sebuah informasi, namun apabila informasi tidak akurat maka kemungkinan terjadi gangguan

(*noise*) yang dapat mengubah atau merusak data tersebut dari sumber informasi kepada penerima informasi (Rudy J & Calvin, 2014).

Keakuratan pengkodean diagnosis berdasarkan standar pelayanan minimal Rumah Sakit dalam bidang rekam medis diatur pada Permenkes Nomor 129 tahun 2008, harus mencapai 100% (Sri & Ali, 2019). Hal ini berkaitan dengan kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan dengan mencapai standar 100 % yang tercantum dalam Permenkes Nomor 129 tahun 2008. Menurut penelitian (Wariyanti, 2014) dalam (Maryati et al., 2018), menyatakan bahwa kelengkapan informasi medis serta keakuratan rekam medis sangat penting, karena apabila informasi medis dalam rekam medis tidak lengkap maka kode diagnosis yang dihasilkan akan menjadi tidak akurat. Menurut (Hatta, 2008) dalam penelitian (Utami & Widjaja, 2016), menjelaskan bahwa kode yang dihasilkan dalam melakukan pengkodean pada rekam medis harus tepat dan sesuai dengan diagnosis karena kode yang dihasilkan secara tidak tepat dan tidak sesuai dengan diagnosis maka akan berpengaruh pada proses pembayaran, indeks penyakit, laporan morbiditas dan mortalitas di Rumah Sakit menjadi tidak akurat serta standar pengukuran kinerja dalam melakukan pengkodean secara kuantitatif dinyatakan tercapai apabila staf dalam melakukan target pengkodean > 15 dan pengukuran kinerja secara kualitatif dinyatakan tepat apabila > 84% dan jika mencapai 100% maka disebut terbaik. Ketepatan dalam melakukan pengkodean adalah hal penting yang harus diperhatikan oleh perekam medis karena pengkodean diagnosis yang akurat, komplet, dan konsisten akan menghasilkan data

yang berkualitas. Sehingga kualitas data yang terkode merupakan hal yang penting bagi kalangan personel manajemen informasi kesehatan. Oleh karena itu, ketepatan data diagnosis sangat krusial pada bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, serta hal-hal lain yang terkait dengan asuhan dan pelayanan kesehatan (Hatta, 2016).

## B. Penelitian Terdahulu

Tinjauan penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti terdahulu dapat dilihat dari judul, metode dan hasil sebagaimana dalam tabel 2.1.

*Tabel 2.1 Judul, Metode dan Hasil Penelitian Terdahulu*

<b>NO</b>	<b>JUDUL</b>	<b>METODE</b>	<b>HASIL</b>
1	Tinjauan Keakuratan Kodefikasi Tindakan Kasus Bedah Pasien Rawat Inap Tahun 2017 (Cahyani Dwi Lestari, 2020)	Desain penelitian: Kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Populasi: 1.509 rekam medis. Sampel: 94 rekam medis dan 5 responden	Persentase kode tindakan terdapat 41 atau 43,6% rekam medis yang dinyatakan akurat dan 53 atau 56,4% rekam medis yang tidak akurat.
2	Tinjauan Keakuratan Kodefikasi Tindakan Kasus Bedah Pasien Rawat Inap Tahun 2019 (Fasya Rizka	Desain penelitian: Kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Populasi: 2.000 rekam medis. Sampel: 100 rekam medis dan 5 responden.	Persentase kode tindakan sebanyak 70 atau 70% tidak akurat dan sisanya 30 atau 30% rekam medis yang akurat.

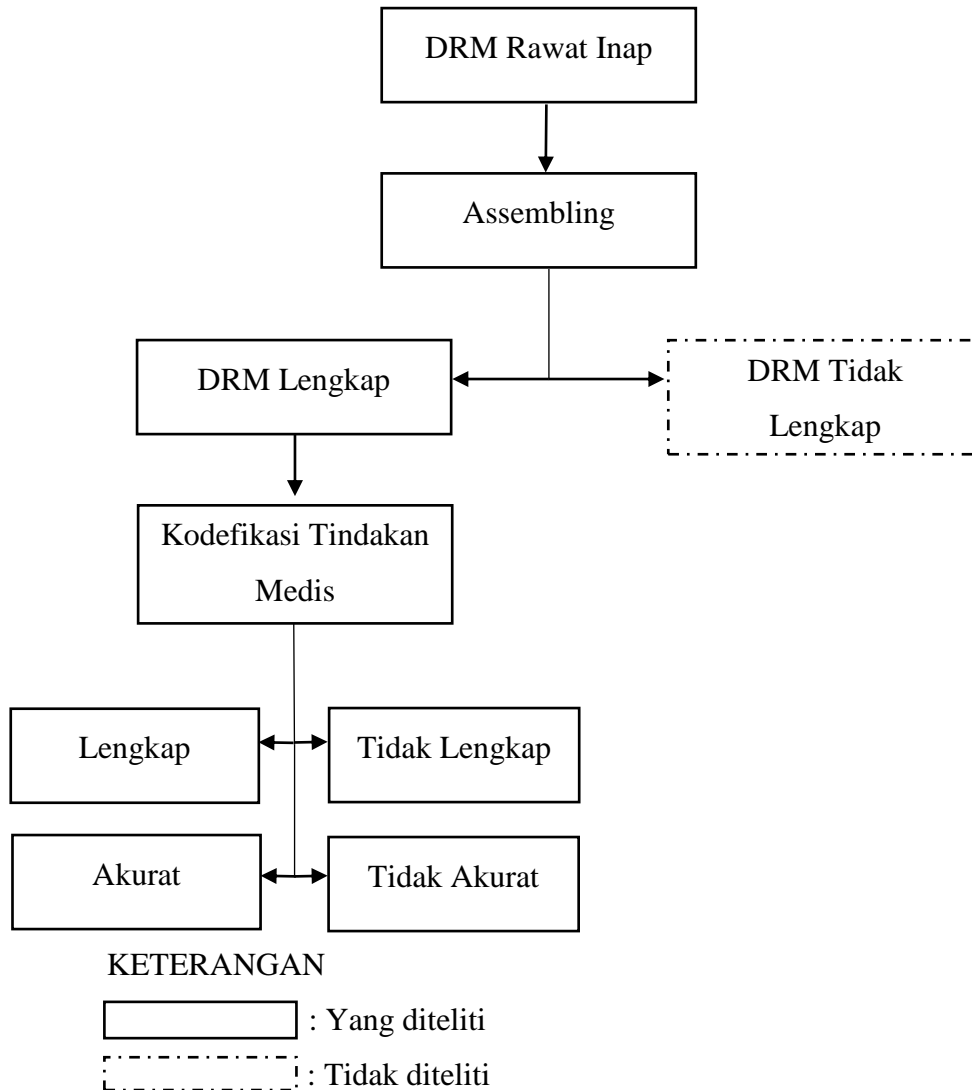
	Fauziyyah, 2021)		
--	---------------------	--	--

Berdasarkan pada tabel 2.1 dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Cahyani Dwi Lestari, 2020 dalam penelitiannya yang berjudul “Tinjauan Keakuratan Kodefikasi Tindakan Kasus Bedah Pasien Rawat Inap Tahun 2017”. Perbedaan penelitian sebelumnya dengan penelitian ini adalah sebagai berikut:
  - a. Jenis penelitian sebelumnya adalah Kuantitatif dengan pendekatan deskriptif sedangkan pada penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*.
  - b. Populasi pada penelitian sebelumnya adalah 1.509 dokumen rekam medis dan sampel berjumlah 94 rekam medis dan 5 responden sedangkan pada penelitian ini berjumlah 3.170 dokumen rekam medis dan sampel 97 dokumen rekam medis menggunakan cara menggunakan sistem simple random sampling.
2. Fasya Rizka Fauziyyah, 2021 dalam penelitiannya yang berjudul “Tinjauan Keakuratan Kodefikasi Tindakan Kasus Bedah Pasien Rawat Inap Tahun 2019”. Perbedaan penelitian sebelumnya dengan penelitian ini adalah sebagai berikut:
  - a. Jenis penelitian sebelumnya adalah Kuantitatif dengan pendekatan deskriptif sedangkan pada penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*.
  - b. Populasi pada penelitian sebelumnya adalah 2.000 dokumen rekam medis dan sampel berjumlah 100 rekam medis dan 5 responden sedangkan pada penelitian ini berjumlah 3.170 dokumen rekam medis dan sampel 97

dokumen rekam medis menggunakan cara menggunakan sistem simple random sampling.

### C. Kerangka Konsep



**Gambar 2.1 Kerangka Konsep**

Pada gambar 2.1 berisi penjelasan mengenai kerangka konsep. Kerangka tersebut merupakan pecahan dari sub bagian variabel penelitian pada kerangka teori yang berisi substansi dokumen rekam medis pasien rawat inap, assembling, dokumen rekam medis lengkap, dokumen rekam

medis tidak lengkap, kodefikasi tindakan medis pasien rawat inap, penilaian atau instrumen keakuratan kodefikasi tindakan berdasarkan ICD 9 CM guna dinilai tepat atau tidak tepat dan kelengkapan kode tindakan medis pada lembar observasi yang didukung dengan data pada aspek penelitian.