BAB II
DAFTAR PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit didefinisikan sebagai institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi dan kehidupan sosial ekonomi Masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat. Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan perorangan paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat serta beberapa pelayanan penunjang lainnya (Permenkes Nomor 4 Tahun 2018).

b. Klasifikasi Rumah Sakit

Terdapat beberapa kategori klasifikasi Rumah Sakit menurut Permenkes No.3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Berikut merupakan kategori jenis pelayanan yang diberikan, Rumah sakit dibagi menjadi dua, diantaranya :

1) Rumah Sakit Umum

Rumah sakit umum merupakan rumah sakit yang mudah ditemui. Rumah sakit ini memiliki kapasitas ruang rawat inap yang cukup besar yang dilengkapi dengan fasilitas pelayanan dan penunjang medis, layanan keperawatan, layanan kebidanan, dan layanan nonmedis lainnya. Pelayanan medis tersebut terdiri atas pelayanan medis umum, pelayanan medis spesialis, dan pelayanan medis subspesialis.

Sumber daya manusia di rumah sakit umum terdiri atas tenaga medis, psikologi klinis, keperawatan, kebidanan, kefarmasian,

kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, gizi, keterapian fisik, keteknisian medis, biomedis, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non kesehatan. Rumah Sakit Umum diklasifikasikan menjadi beberapa tipe, diantaranya adalah :

i. Rumah Sakit Tipe A

Rumah sakit tipe A umumnya memiliki kapasitas tempat tidur yang tersedia sebanyak 250 unit. Memiliki kemampuan dalam memberikan pelayanan medis sebanyak 4 spesialis dasar, 5 penunjang medis spesialis, 12 spesialis lain, dan 13 subspesialis.

ii. Rumah Sakit Tipe B

Rumah sakit tipe B umumnya memiliki kapasitas tempat tidur yang tersedia sebanyak 200 unit. Memiliki kemampuan dalam memberikan pelayanan medis sebanyak 4 spesialis dasar, 4 penunjang medis spesialis, 8 spesialis lain, dan 2 subspesialis.

iii. Rumah Sakit Tipe C

Rumah sakit tipe C umumnya memiliki kapasitas tempat tidur yang tersedia sebanyak 100 unit. Memiliki kemampuan dalam memberikan pelayanan medis sebanyak 4 spesialis dasar dan 4 penunjang medis spesialis.

iv. Rumah Sakit Tipe D

Rumah sakit tipe D umumnya memiliki kapasitas tempat tidur yang tersedia sebanyak 50 unit. Memiliki kemampuan dalam memberikan pelayanan medis sebanyak 2 spesialis dasar.

2) Rumah Sakit Khusus

Rumah sakit khusus merupakan rumah sakit yang berfokus untuk melayani salah satu masalah kesehatan yang dilengkapi dengan pelayanan dan penunjang medis, layanan keperawatan, layanan kebidanan, dan layanan nonmedis lainnya. Contoh rumah sakit khusus seperti rumah sakit kanker, rumah sakit jantung, dan rumah sakit jiwa.

Sumber daya manusia yang ada di rumah sakit khusus terdiri atas tenaga medis, keperawatan, kebidanan, kefarmasian, tenaga kesehatan

lain, dan tenaga non kesehatan. Rumah Sakit Khusus diklasifikasikan menjadi beberapa tipe, diantaranya adalah :

i. Rumah Sakit Khusus Tipe A

   Rumah sakit khusus tipe A umumnya memiliki kapasitas tempat tidur yang tersedia sebanyak 100 unit dan memiliki kemampuan dalam pelayanan medis spesialis dan sub spesialis sesuai kekhususannya.

ii. Rumah Sakit Khusus Tipe B

   Rumah sakit khusus tipe B umumnya memiliki kapasitas tempat tidur yang tersedia sebanyak 75 unit dan memiliki kemampuan dalam pelayanan medis spesialis dan sub spesialis sesuai kekhususannya.

iii. Rumah Sakit Khusus Tipe C

   Rumah sakit khusus tipe C umumnya memiliki kapasitas tempat tidur yang tersedia sebanyak 25 unit dan memiliki kemampuan dalam pelayanan medis spesialis dan sub spesialis sesuai kekhususannya.

2.1.2 Rekam Medis

Rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. (Permenkes RI, 2022). Rekam medis merupakan kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dari riwayat penyakit termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleh praktisi kesehatan dalam upaya pemberian pelayanan kesehatan pada pasien. (Hatta, 2013).

Menurut Griyana (2009) dalam jurnal Nugraheni, Reny (2015) Rekam medis adalah keterangan tertulis tentang identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosis dan Tindakan medis yang diberikan kepada pasien baik gawat darurat, rawat jalan, maupun rawat inap. Tujuan dari rekam medis menurut Rusdiyanto (2012) dalam karya tulis ilmiah Wahyudi, Bella A. (2021) adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Sedangkan

tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan upaya kesehatan di rumah sakit.

a. Kegunaan Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain:

1) *Administrative* (Administrasi)

Rekam medis memiliki nilai administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan

2) *Medical* (Medis)

Rekam medis memiliki 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.

3) *Legal* (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. Rekam medis adalah milik dokter dan rumah sakit sedangkan isinya yang terdiri dari identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien adalah sebagai informasi yang dapat dimiliki oleh pasien sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku (UU Praktik Kedokteran RI No. 29 Tahun 2004 Pasal 46 ayat (1), Penjelasan).

4) *Financial* (Keuangan)

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

Kaitannya rekam medis dengan aspek keuangan sangat erat kaitannya dalam hal pengobatan, terapi serta tindakan-tindakan apa saja yang diberikan kepada seorang pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit.

5) *Education* (Pendidikan)

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

6) *Documentation* (Dokumentasi)

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

b. Isi Rekam Medis

Isi rekam medis menurut Permenkes No. 24 Tahun 2022, isi rekam medis paling sedikit terdiri atas :

1) Identitas pasien
2) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang
3) Diagnosis, pengobatan, dan rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan
4) Nama dan tanda tangan tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan.

Sedangkan isi dari rekam medis elektronik sekurang-kurangnya terdiri dari dokumentasi administratif dan dokumentasi klinis (Kemenkes, 2022)

c. Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik

Menurut PERMENKES RI Nomor 24 Tahun 2022, RME adalah rekam medis yang dibuat menggunakan sistem elektronik dalam pengelolaannya. RME merupakan salah satu subsistem dari sistem informasi fasyankes yang terhubung dengan subsistem informasi lainnya di fasilitas pelayanan kesehatan. Kegiatan penyelenggaraan rekam medis elektronik menurut Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 (Kementerian Kesehatan RI, 2022), paling sedikit terdiri atas :

1) Registrasi Pasien;
2) Pendistribusian data Rekam Medis Elektronik;
3) Pengisian informasi klinis;
4) Pengolahan informasi Rekam Medis Elektronik;
5) Penginputan data untuk klaim pembiayaan;
6) Penyimpanan Rekam Medis Elektronik;
7) Penjaminan mutu Rekam Medis Elektronik; dan
8) Transfer isi Rekam Medis Elektronik

2.1.3 Kodefikasi

a. Pengertian kodefikasi

Kodefikasi merupakan kegiatan pemberian kode pada diagnosis penyakit. yang terdiri atas kombinasi huruf dan angka yang harus disesuaikan dengan Standar Prosedur Operasional (SPO). Menurut Permenkes No. 844/MENKES/X/2006 tentang penerapan standar kode data bidang kesehatan dijelaskan bahwa acuan yang digunakan di Indonesia dalam mengkode diagnosis adalah International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision (ICD-10). Kodefikasi memiliki beberapa manfaat diantaranya melakukan indeks pencatatan penyakit dan prosedur tindakan, memberikan rekomendasi solusi bagi sistem pelaporan diagnosis medis, menganalisis pembiayaan kesehatan, dan menentukan pelayanan yang akan direncanakan di masa depan. Kesesuaian kodefikasi diagnosis dipengaruhi oleh tulisan dokter, diagnosis, dan keterampilan perekam medis dalam menentukan kode. Perekam medis tidak boleh mengurangi atau menambahkan diagnosis yang ada.

Diagnosis merupakan penyakit atau adanya masalah kesehatan. Menurut Hatta, Gemala R. (2012) diagnosis utama merupakan kondisi masalah kesehatan yang paling bertanggung jawab menyebabkan pasien masuk rumah sakit untuk perawatan. Sedangkan, diagnosis sekunder merupakan masalah kesehatan yang baru muncul saat periode perawatan. Komorbiditas merupakan masalah kesehatan yang menyertai diagnosis

utama yaitu kondisi pasien saat masuk rumah sakit dan membutuhkan perawatan. Komplikasi merupakan masalah kesehatan yang muncul saat masa perawatan dan memerlukan perawatan tambahan, bisa disebabkan kondisi yang ada atau akibat dari perawatan yang diberikan.

b. Pengertian ICD_10

ICD-10 (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems) menurut WHO merupakan sistem klasifikasi yang komprehensif dan dapat diakui secara internasional. Menurut Gemala Hatta (2008) terdapat struktur dalam ICD-10 diantaranya :

1) ICD-10 Volume 1

Berisi klasifikasi utama, terdiri dari tiga karakter dan daftar tabulasi dan subkategori empat karakter. Volume 1 juga berisi morfologi neoplasma, daftar tabulasi khusus, definisi dari tiap kategori, subkategori dan item dalam daftar tabulasi, serta regulasi nomenklatur.

2) ICD-10 Volume 2

Berisi deskripsi terkait sejarah ICD-10 beserta struktur dan prinsip klasifikasi, aturan terkait kodefikasi morbiditas dan mortalitas, presentasi statistik, serta petunjuk praktis agar dapat memanfaatkan klasifikasi dengan baik.

3) ICD-10 Volume 3

Berisi indeks alfabetik yang dibagi dalam 3 bagian, diantaranya:

- Bagian I berisi terminologi yang diklasifikasikan dalam Bab I-XIX dan Bab XXI, kecuali obat-obatan dan zat kimia.
- Bagian II berisi indeks sebab luar morbiditas dan mortalitas, berisi terminologi yang diklasifikasikan dalam Bab XX, kecuali obat-obatan dan zat kimia.
- Bagian III berisi tabel obat-obatan dan zat kimia yang digunakan dalam koding keracunan dan efek samping obat yang ada di dalam Bab XIX dan Bab XX.

c. Tahapan kodefikasi diagnonis

Menurut Hatta, Gemala R. (2008), terdapat tahapan dalam menentukan

kode diagnosis penyakit, diantaranya :

1) Mengidentifikasi jenis pernyataan yang akan dikode. Jika pernyataan tersebut merupakan penyakit atau cedera atau kondisi lain maka akan diklasifikasikan ke Bab I-XIX atau XXI. Jika pernyataan tersebut merupakan penyebab eksternal maka akan diklasifikasikan ke Bab XX.
2) Mencari leadterm (kata panduan). Jangan menggunakan istilah benda anatomi, kata sifat, atau keterangan sebagai leadterm.
3) Baca dan ikuti catatan yang muncul dalam leadterm sesuai petunjuk ICD-10 Volume 3.
4) Baca istilah yang ada di dalam tanda kurung dalam ICD-10 Vol 3.
5) Telusuri indeks abjad. Biasanya terdapat kata dalam kurung dan terdapat perintah lain yang menyertainya, seperti : see also . kemudian, ikuti rujukan tersebut.
6) Melihat daftar tabular list dalam ICD-10 Volume 1 untuk menentukan kode dengan tepat. Melihat kode 3 karakter dalam indeks dengan tanda hubung di posisi ke empat yang ditemukan dalam volume 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indeks volume 3.
7) Menentukan kode dengan tepat dan menelusuri kode tersebut di ICD-10 volume 1. Baca semua keterangan yang terkait.
8) Cek kembali diagnosis yang terkait dengan yang tertulis di rekam medis pasien.
9) Melakukan analisis apakah kode tersebut sudah tepat dipilih sebagai kondisi utama.

d. Kode diagnosis akurat

Keakuratan kode diagnosis merupakan penulisan kode diagnosis penyakit yang sesuai dengan klasifikasi yang ada di dalam ICD-10. Kode dianggap tepat dan akurat bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan. Terkaitnya kode klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan dapat menyebabkan keakuratan kode diagnosis menurun (Yelvita, 2022, dikutip dalam Simbolon et al., 2024). Keakuratan kode diagnosa dan tindakan

sangat mempengaruhi kualitas data statistik dan pembayaran biaya kesehatan di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Hertiani, et al., 2023).

e. Standar Prosedur Operasional (SOP) Kodefikasi

Standar Prosedur Operasional merupakan acuan yang berisi prosedur dalam menentukan kode agar dapat memastikan setiap keputusan dan tindakan yang akan dilakukan sudah berjalan secara efektif. Menurut Bowman (2001) dikutip dalam Nairoh, A. (2021) terdapat kebijakan dan prosedur dalam menentukan kode, diantaranya :

1) Memiliki arah dalam pengkajian catatan.
2) Mengatasi dokumen yang tidak lengkap.
3) Memiliki instruksi untuk saling berkomunikasi dengan tenaga kesehatan yang lain.
4) Memiliki petunjuk apabila terdapat kode yang tidak dapat ditemukan.
5) Menggunakan bahan referensi untuk memperbarui.
6) Memasukkan data secara komputerisasi.

2.1.4 Faktor-Faktor yang Berkaitan dengan Kodefikasi

Berikut merupakan faktor yang berhubungan dengan penentuan kodefikasi diagnosis penyakit :

a. Tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan secara langsung kepada pasien dan bertanggung jawab terhadap kelengkapan dan kebenaran data rekam medis, seperti dokter, dokter gigi, perawat, dll.

b. Koder (petugas koding)

Seorang koder harus memiliki beberapa kualitas, diantaranya :

1) Memiliki pengalaman kerja yang cukup sehingga dapat lebih cepat dalam menentukan kode diagnosis.
2) Latar belakang pendidikan rekam medis dan informasi
3) kesehatan juga berpengaruh terhadap keakuratan dalam
4) menentukan kode diagnosis.

5) Sering diadakannya pelatihan juga sangat membantu dalam menambah wawasan serta keterampilan dalam
6) menentukan kode diagnosis.

c. Kelengkapan berkas rekam medis

Kelengkapan berkas rekam medis merupakan faktor yang sangat penting dan dibutuhkan dalam membantu menentukan kode diagnosis suatu penyakit.

d. Kebijakan Kodefikasi

Rumah sakit harus memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO) yang digunakan dalam acuan menentukan kode diagnosis.

2.1.5 Unsur Manajemen

Menurut (Gesi et al., 2019), manajemen adalah sebuah proses untuk mengatur sesuatu yang dilakukan oleh sekelompok orang atau organisasi untuk mencapai tujuan organisasi tersebut dengan cara bekerja sama memanfaatkan sumber daya yang dimiliki. Dalam menjalankan fungsi manajemen, sebuah organisasi membutuhkan sumber daya berupa unsur manajeman. Dalam pelaksanaan kodifikasi penyakit, terdapat 5 unsur manajemen yang berpengaruh terhadap keakuratan dan ketidakakuratan kode diagnosis, yakni unsur *man, money, methods, material, dan machines*. Berdasarkan identifikasi unsur 5M dapat dijabarkan sebagai berikut (Indawati, 2017):

a. *Man* (manusia)
   1) Pengalaman dan masa kerja petugas koder belum berpengalaman;
   2) Petugas koder kurang teliti dalam mengkode diagnosis;
   3) Beban kerja petugas koder;
   4) Kegiatan pengkodean dilakukan oleh profesi lain selain perekam medis (seperti; perawat);
   5) Kurangnya komunikasi efektif antara tenaga medis dan petugas koder;
   6) Kompetensi koder perekam medis yang perlu diasah agar keterampilan dan keilmuannya terus bertambah.

b. *Money* (Uang).

   Kode external cause yang dianggap sepele karena tidak mempengaruhi nominal klaim asuransi.

c. *Material* (Materi)

   1) Tulisan dokter yang tidak terbaca jelas;
   2) Penggunaan singkatan yang tidak umum di kalangan petugas koder;
   3) Tidak lengkap atau tidak jelasnya diagnosis yang ditulis oleh tenaga medis;
   4) Kelengkapan pengisian rekam medis

d. *Method* (Metode)

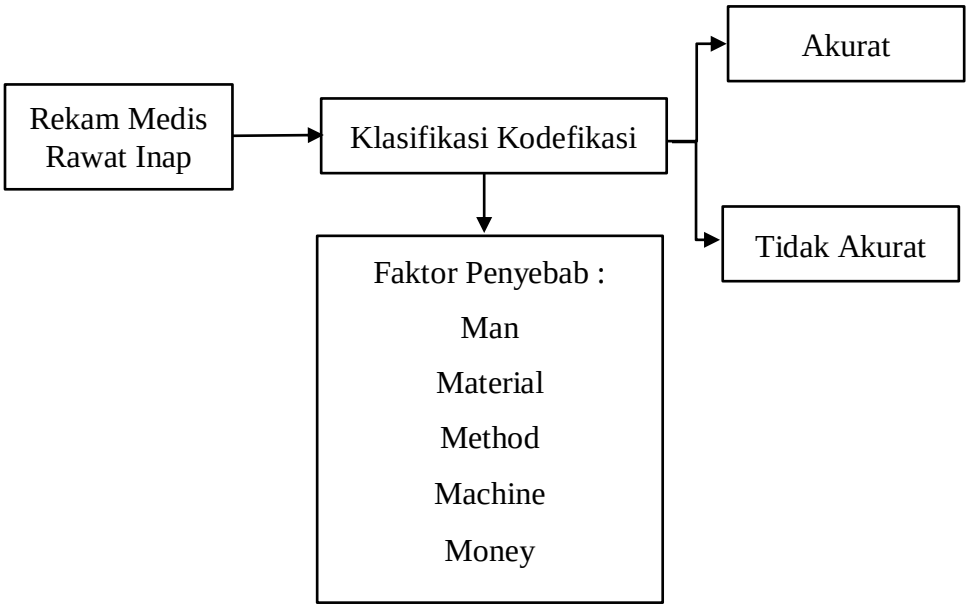
   1) Petugas cenderung mengkoding dengan menggunakan hafalan atau buku bantu;
   2) Tidak melihat maupun menganalisis informasi tambahan pada hasil pemeriksaan penunjang serta formular-formulir pendukung;
   3) Ketidaktepatan pemilihan diagnosis utama; d. Belum ada SOP mengenai penentuan kode pada karakter ke-5;
   4) Belum ada SOP mengenai penentuan kode;
   5) Belum ada SOP mengenai penggunaan istilah;
   6) Kebijakan pengkodean belum spesifik.

e. *Machine* (Mesin)

   1) Kamus kedokteran dan kamus bahasa Inggris tidak tersedia;
   2) SIMRS masih terjadi kendala

2.2 Kerangka Konsep

Menurut Notoatmodjo (2018) dalam kutipan Diana, Dumas (2022), kerangka konsep adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang diukur maupun diamati dalam suatu penelitian (Notoatmodjo, 2018). Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagi berikut:



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep