

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan layanan kesehatan kepada individu secara menyeluruh melalui upaya preventif, kuratif, rehabilitatif, atau paliatif, dengan menyediakan layanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. (UU RI No 17 Tahun 2023, 2023).

b. Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit menyelenggarakan fungsi dalam memberikan layanan kesehatan individu, baik dalam bentuk spesialisik atau subspesialisik. Rumah sakit juga dapat menyediakan layanan kesehatan dasar serta menyelenggarakan fungsi pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan. (UU RI No 17 Tahun 2023, 2023). Selain itu, rumah sakit juga berfungsi sebagai sarana untuk meningkatkan status kesehatan individu yang mendukung peningkatan kualitas kesehatan dan kesejahteraan masyarakat Indonesia. (Sugiarto, Aprilistiyani and Yudianti, 2020)

c. Kewajiban Rumah Sakit

Rumah sakit memiliki berbagai kewajiban penting yang harus dipenuhi untuk menjamin kualitas pelayanan kepada masyarakat. Salah satu kewajibannya adalah memberikan informasi yang benar, mengenai pelayanan yang tersedia. Rumah sakit juga wajib memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien. Dalam situasi darurat, rumah sakit bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kemampuan pelayanan. Selain itu, rumah sakit juga berperan aktif dalam penanganan bencana sesuai kemampuan pelayanan.

Untuk mendukung aksesibilitas pelayanan kesehatan, rumah sakit diharuskan menyediakan sarana dan prasarana bagi masyarakat tidak mampu atau miskin, seperti pelayanan darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan bagi korban bencana dan KLB, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan. Fungsi sosial ini mencakup penyediaan fasilitas yang layak bagi kelompok rentan, termasuk sarana untuk penyandang disabilitas, ibu menyusui, anak-anak, dan lansia. Rumah sakit juga wajib menjaga standar mutu pelayanan kesehatan, menyelenggarakan rekam medis yang baik, serta melaksanakan sistem rujukan. Dalam konteks profesionalisme, rumah sakit harus menolak permintaan pasien yang bertentangan dengan etika atau standar profesi.

Selain itu, rumah sakit berkewajiban untuk melindungi hak-hak pasien dan memberikan informasi yang benar mengenai hak serta kewajiban mereka. Rumah sakit juga dituntut untuk memiliki sistem pencegahan kecelakaan, penanggulangan bencana, serta menjalankan program pemerintah di bidang kesehatan. Dalam operasionalnya, rumah sakit wajib melindungi staf medis dengan memberikan bantuan hukum dan menerapkan peraturan internal yang mendukung keselamatan kerja. Sebagai bagian dari upaya menjaga kesehatan masyarakat, rumah sakit juga wajib memberlakukan lingkungan bebas rokok di seluruh kawasan. (UU RI No 17 Tahun 2023, 2023).

2. Rekam Medis

Rekam medis merupakan dokumen yang memuat informasi mengenai data identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis, serta layanan lain yang diberikan kepada pasien. Salah satu tujuan dari rekam medis adalah mendukung pelaksanaan dan pengelolaan rekam medis berbasis digital yang terintegrasi. Oleh sebab itu, setiap fasilitas pelayanan kesehatan diwajibkan untuk menyelenggarakan rekam medis elektronik yang mencatat seluruh proses, mulai dari saat pasien masuk hingga keluar, dirujuk, atau meninggal dunia (Permenkes RI No 24 Tahun 2022, 2022). Kegiatan penyelenggaraan rekam medis elektronik paling sedikit terdiri atas:

- a) Registrasi pasien;
- b) Pendistribusian data rekam medis elektronik;
- c) Pengisian informasi klinis;
- d) Pengolahan informasi rekam medis elektronik;
- e) Penginputan data untuk klaim pembiayaan;
- f) Penyimpanan rekam medis elektronik;
- g) Penjaminan mutu rekam medis elektronik; dan
- h) Transfer isi rekam medis elektronik.

Pelaksanaan rekam medis elektronik dilakukan oleh tenaga Perekam Medis dan Informasi Kesehatan melalui kerjasama dengan unit kerja lain yang telah menerima pelatihan terkait pelayanan rekam medis elektronik. Namun, pengisian informasi klinis tidak bisa dilakukan oleh tenaga Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, melainkan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan pemberi pelayanan (Permenkes RI No 24 Tahun 2022, 2022).

Seorang Perekam Medis dan Informasi Kesehatan mempunyai tanggungjawab terhadap kelengkapan pengisian dokumen rekam medis. Kelengkapan pengisian tersebut dapat mempermudah tenaga kesehatan lain dalam memberikan tindakan atau pengobatan kepada pasien. Selain itu, pengisian rekam medis secara lengkap dapat menghasilkan informasi yang akurat dan terpercaya. (Purwanti, Prihatiningsih and Devhy, 2020).

3. Standar Kompetensi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan

Pengelolaan pelayanan rekam medis harus dilakukan oleh seseorang yang kompeten dan memiliki kewenangan sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku. Oleh karena itu, tenaga Perekam Medis dan Informasi Kesehatan diwajibkan memiliki tujuh area kompetensi yang disesuaikan dengan tugas, peran, dan fungsi mereka. Menurut (Kepmenkes No 312 Tahun 2020, 2020) standar kompetensi tersebut mencakup:

- a) Profesionalisme yang Luhur, Etika dan Legal
- b) Mawas Diri dan Pengembangan Diri
- c) Komunikasi Efektif
- d) Manajemen Data dan Informasi Kesehatan
- e) Keterampilan Klasifikasi Klinis, Kodifikasi Penyakit dan Masalah Kesehatan Lainnya, serta Prosedur Klinis
- f) Aplikasi Statistik Kesehatan, Epidemiologi Dasar, dan Biomedik
- g) Manajemen Pelayanan RMIK

Salah satu standar kompetensi tersebut yaitu keterampilan klasifikasi klinis, kodifikasi penyakit dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis. Seorang Perekam Medis dan Informasi Kesehatan bertanggungjawab memastikan keakuratan kode untuk diagnosis dan tindakan medis yang ditetapkan oleh dokter. Jika kompetensi ini dikuasai dengan baik, data koding klinis yang dihasilkan akan berkualitas tinggi. Upaya meningkatkan kualitas koding klinis dapat

dilakukan dengan pertemuan rutin untuk membahas permasalahan koding klinis serta mengikuti pelatihan yang relevan guna memastikan koding yang dihasilkan semakin berkualitas. (Utomo and Markam, 2020).

4. Kegiatan Pengkodean

Pengkodean adalah proses menetapkan kode untuk diagnosis utama dan sekunder berdasarkan ICD-10 yang diterbitkan oleh WHO serta memberikan kode untuk tindakan atau prosedur menggunakan ICD 9-CM. Diagnosis utama merujuk pada kondisi yang ditetapkan oleh dokter sebagai alasan utama pasien mendapatkan perawatan. Apabila terdapat lebih dari satu diagnosis, maka yang dipilih adalah diagnosis yang membutuhkan penggunaan sumber daya terbanyak. Diagnosis sekunder adalah kondisi yang menyertai diagnosis utama saat pasien masuk atau yang muncul selama perawatan. Diagnosis ini mencakup komorbiditas dan/atau komplikasi. (Permenkes No 26 Tahun 2021, 2021). Kegiatan pengkodean dilaksanakan dengan menggunakan alat bantu ICD, baik ICD-10 ataupun ICD 9-CM.

a. ICD-10

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10th revision (ICD-10) versi 2010 terdiri dari 22 bab dan 3 volume sebagai berikut.

- 1) Volume 1 berisi daftar tabulasi dalam kode alfanumerik tiga atau empat karakter, morfologis neoplasma, peraturan mengenai

nomenklatur, daftar tabulasi khusus untuk mortalitas dan morbiditas, serta definisi penyebab kematian.

- 2) Volume 2 adalah manual instruksi dan pedoman dalam penggunaan ICD-10.
- 3) Volume 3 terdiri dari tiga bagian, yaitu *section I* membahas indeks alfabetis penyakit, *section II* memuat penyebab luar cedera, serta *section III* mengenai tabel obat dan bahan kimia.

Langkah-langkah pengkodean diagnosis menggunakan ICD-10 menurut (Permenkes No 76 Tahun 2016, 2016) yaitu sebagai berikut.

- 1) Mengidentifikasi jenis pernyataan yang akan dikode dan merujuk ke buku ICD-10 volume 3 *section I (alphabetical index)*. Jika pernyataan tersebut berupa penyakit, cedera, atau kondisi lain yang termasuk dalam bab 1-19 dan bab 20-21, maka kode yang sesuai dapat ditemukan di *section I* volume 3. Namun, jika pernyataan tersebut berkaitan dengan penyebab luar atau cedera, maka kode terdapat pada bab 20 yang tercakup dalam *section II* volume 3.
- 2) Menentukan *lead term*. Umumnya pada penyakit dan cedera *lead term* berupa kata benda yang menggambarkan kondisi patologis. Namun, pada beberapa kondisi yang dijelaskan dengan kata istilah eponim atau sifat juga dicantumkan dalam indeks sebagai *lead term*.

- 3) Baca dan patuhi semua catatan atau petunjuk yang tercantum di bawah kata kunci dalam indeks.
- 4) Perhatikan setiap catatan dalam tanda kurung yang terletak setelah kata kunci. Catatan ini memberikan penjelasan tambahan, tetapi tidak memengaruhi pemilihan kode. Selain itu, baca penjelasan indentasi dibawah *lead term* karena informasi ini berpengaruh terhadap pemilihan kode. Pastikan semua kata dalam diagnosis tercantum.
- 5) Patuhi setiap petunjuk rujukan silang seperti “*see*” dan “*see also*” yang terdapat dalam indeks.
- 6) Periksa keakuratan kode yang telah dipilih pada volume 1. Jika kategori kode memiliki tiga karakter dengan .- (*point dash*) maka diperlukan karakter keempat yang harus ditentukan di volume 1 karena tidak dicantumkan dalam indeks.
- 7) Baca dengan teliti setiap *inclusion* atau *exclusion* yang tercantum di bawah kode yang dipilih, serta yang terdapat di bawah bab, blok, atau judul kategori.
- 8) Menentukan kode dengan cermat. Jika terdapat ketidakjelasan atau kesalahan dalam pencatatan diagnosis maka *coder* harus melakukan konfirmasi langsung kepada Dokter Penanggungjawab Pelayanan (DPJP).

b. ICD 9-CM

International Classification of Procedure Code 9th Revision, Clinical Modification (ICD 9-CM) versi 2010 terdiri dari 3 volume dan 16 *chapter* klasifikasi prosedur. Akan tetapi, yang digunakan untuk mengkode tindakan atau prosedur adalah volume 3.

Langkah-langkah menentukan kode tindakan atau prosedur menggunakan ICD 9-CM menurut (Permenkes No 76 Tahun 2016, 2016) sebagai berikut.

- 1) Identifikasi jenis pernyataan prosedur atau tindakan yang akan dikodekan dan dilihat dalam indeks alfabetik ICD 9-CM.
- 2) Menentukan *lead term* untuk tindakan atau prosedur yang akan dikode.
- 3) Baca dan patuhi semua catatan atau petunjuk yang tercantum di bawah kata kunci.
- 4) Perhatikan setiap catatan dalam tanda kurung yang terletak setelah kata kunci. Catatan ini memberikan penjelasan tambahan, tetapi tidak memengaruhi pemilihan kode. Selain itu, baca penjelasan indentasi dibawah *lead term* karena informasi ini berpengaruh terhadap pemilihan kode. Pastikan semua kata dalam diagnosis tercantum.
- 5) Patuhi setiap petunjuk rujukan silang seperti “*see*” dan “*see also*” yang terdapat dalam indeks.
- 6) Tentukan keakuratan kode yang telah dipilih di *tabular list*.

- 7) Baca dengan teliti setiap *inclusion* atau *exclusion* yang tercantum di bawah kode yang dipilih, serta yang terdapat di bawah bab, blok, atau judul kategori.
- 8) Menentukan kode yang sesuai.

Beberapa aturan yang perlu diperhatikan menurut (Permenkes No 26 Tahun 2021, 2021) ketika melakukan koding tindakan atau prosedur menggunakan ICD 9-CM sebagai berikut.

- 1) Apabila terdapat keterangan “*see*”, “*see also*” di belakang pernyataan mengenai tindakan atau prosedur maka perlu untuk merujuk pada pernyataan tindakan yang relevan tersebut.
- 2) Jika terdapat keterangan *omit code* pada indeks alfabetik maka prosedur tersebut merupakan bagian dari kode prosedur terkait lainnya yang tidak perlu dikodifikasi secara tersendiri.
- 3) Apabila terdapat keterangan *code also* di bawah pernyataan mengenai tindakan atau prosedur maka tindakan tersebut harus dikode.
- 4) Ketika tindakan atau prosedur memiliki keterangan *exclude* di bawah pernyataan tindakan atau prosedur maka tindakan tersebut tidak termasuk dalam kategori yang sedang dikode sehingga harus merujuk pada panduan *exclude* untuk menemukan kode alternatif yang relevan.
- 5) Jika tindakan atau prosedur dilengkapi dengan keterangan *include* di bawah pernyataan tindakan atau prosedur maka

menunjukkan bahwa tindakan tersebut mencakup contoh atau bagian dari tindakan yang dimaksud.

5. Persalinan

Persalinan adalah proses biologis yang melibatkan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui saluran lahir. Proses ini diawali dengan pembukaan serta pelebaran serviks yang terjadi akibat adanya kontraksi rahim. Kontraksi ini berlangsung secara teratur dengan pola yang khas, meliputi frekuensi, durasi, dan intensitas tertentu. Persalinan dapat dianggap normal apabila berlangsung pada usia kehamilan cukup bulan, yaitu setelah 37 minggu, serta tidak disertai dengan penyulit atau komplikasi yang dapat membahayakan ibu maupun bayi. (Yuriati and Khoiriyah, 2021).

Angka kematian ibu dan bayi di Indonesia tergolong masih tinggi yang disebabkan beberapa faktor langsung berkaitan dengan masalah pada masa persalinan. (Bayuana *et al.*, 2023). Menurut data *Sampling Registration System* Kementerian Kesehatan tahun 2018 sekitar 76% kematian ibu terjadi selama fase persalinan dan pasca persalinan. Dari total tersebut, 24% kematian terjadi saat masa kehamilan, 36% saat persalinan, dan 40% pasca persalinan.

6. Penyulit *Fetopelvic Disproportion*

Fetopelvic disproportion adalah ketidaksesuaian antara ukuran atau bentuk bagian tubuh bayi yang akan lahir dengan ukuran atau bentuk panggul ibu. Secara medis, ukuran panggul sering terlibat dalam

persalinan macet yang merupakan kegagalan persalinan untuk maju. *Fetopelvic disproportion* adalah penyebab utama persalinan macet dan merupakan rasio antara faktor pembatas bayi dalam ukuran, biasanya lingkaran kepala atau lebar korset bahu, dan panggul ibu. *Fetopelvic disproportion* merupakan penyebab utama kematian dan morbiditas ibu dan memiliki konsekuensi medis yang serius bagi janin (Light *et al.*, 2024).

7. Kodefikasi Kasus Persalinan

Kasus obstetri termasuk bab XV yang menjelaskan tentang kehamilan, persalinan, dan nifas. Kodefikasi kasus persalinan berbeda dengan kodefikasi kasus-kasus lainnya. Hal ini dikarenakan menurut aturan dalam ICD-10 kasus persalinan terdiri dari tiga komponen, yaitu kondisi atau penyulit (O00-O99), metode persalinan (O80-O84), dan *outcome of delivery* (Z37.-). Ketiga komponen ini harus ada ketika melakukan kodefikasi kasus persalinan. Terdapat beberapa aturan dalam melakukan kodefikasi kasus persalinan menurut (Permenkes No 26 Tahun 2021, 2021) antara lain sebagai berikut.

- a) Bila terdapat penyulit atau komplikasi (O00-O99) maka penyulit atau komplikasi tersebut menjadi diagnosis utama.
- b) Metode persalinan (O80.0-O84.9) sebagai diagnosis sekunder.
- c) *Outcome of delivery* (Z37.0 – Z37.9) sebagai diagnosis sekunder.

Selain itu, terdapat beberapa aturan yang harus diperhatikan dalam menetapkan kode diagnosis utama pada kasus persalinan, yaitu:

- a) Apabila terjadi persalinan, kode diagnosis utama harus berhubungan dengan kondisi utama/komplikasi persalinan.
- b) Pada kasus persalinan dengan SC, kode diagnosis utama harus berkaitan dengan alasan/indikasi dilakukannya SC.

8. Faktor yang Menyebabkan Ketidakakuratan Pengkodean

Ada beberapa hal yang harus diperhatikan oleh *coder* ketika melakukan proses pengkodean kasus persalinan, baik pengkodean diagnosis maupun tindakan. Hal ini mencakup kewajiban *coder* untuk konfirmasi dengan DPJP dalam memperoleh informasi yang lebih rinci terkait diagnosis yang tidak spesifik, *coder* juga harus menganalisis secara mendalam informasi dalam rekam medis dan melakukan konfirmasi dengan DPJP untuk informasi tambahan, serta memastikan perhatian terhadap detail diagnosis, pemeriksaan penunjang, dan penanganan bayi yang tercantum dalam rekam medis. (Nita Budiyan, 2024).

Adapun faktor yang menyebabkan ketidakakuratan pengkodean diagnosis maupun tindakan pada kasus persalinan berdasarkan unsur 5M (*Man, Material, Money, Methode, Machine*) antara lain sebagai berikut.

a) *Man*

Unsur *man* mencakup Sumber Daya Manusia atau petugas rekam medis bagian *coding*. Petugas rekam medis ini biasa disebut *coder* yang bertanggungjawab atas keakuratan pengkodean. Hal ini dikarenakan seorang PMIK memiliki keterampilan khusus mengenai klasifikasi klinis, kodifikasi penyakit dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis. Pemahaman tentang *coding* sangat penting untuk mendukung kemudahan dalam penyajian informasi. Seorang *coder* dituntut memiliki wawasan mendalam tentang standar, etika, dan kualitas dalam proses pengkodean. Selain itu, *coder* perlu memahami elemen kualitas, kebijakan, dan prosedur pengkodean. Hal ini bertujuan memastikan *coding* dilakukan dengan akurat dan tepat (Prihantoro *et al.*, 2023). Faktor yang dapat memengaruhi keterampilan setiap petugas *coder* seperti pengalaman bekerja petugas serta pendidikan dan pelatihan petugas *coder* (Garmelia, Irmawati and Hanifah, 2022).

b) *Material*

Unsur material mengacu pada faktor yang berkaitan dengan bahan dan dokumentasi yang digunakan dalam proses pengkodean. Unsur ini mencakup beberapa hal, seperti tulisan dokter yang sulit dibaca, ketidaklengkapan pengisian rekam medis, diagnosis yang tidak jelas atau tidak lengkap sehingga memerlukan komunikasi lebih lanjut antara DPJP dengan *coder*, serta penggunaan singkatan yang tidak

lazim. Kualitas pengisian rekam medis memiliki dampak pada ketepatan pengkodean diagnosis yang dilakukan *coder*. Kesalahan dalam pemberian kode dapat memengaruhi proses klaim pada sistem INA-CBG yang berpotensi menimbulkan kerugian bagi rumah sakit. (Loren, Wijayanti and Nikmatun, 2020).

c) *Money*

Unsur *money* mengacu pada anggaran yang digunakan petugas koding untuk mendukung pelaksanaan rekam medis di rumah sakit. Unsur ini juga dipengaruhi oleh proses klaim BPJS. Apabila kode yang dihasilkan tidak akurat, dapat memengaruhi klaim terhadap sistem INA CBG yang berpotensi memberikan dampak positif atau negatif terhadap pembiayaan rumah sakit (Loren, Wijayanti and Nikmatun, 2020). Selain itu, ketidaktepatan kode dapat menyebabkan *dispute claim* atau klaim tertunda sehingga berkas harus dikembalikan dan dikoreksi sebelum diajukan kembali. Proses ini menambah beban kerja petugas koding (Yulida, Nur Seha and Mau'idzoh Khafi, 2021).

d) *Method*

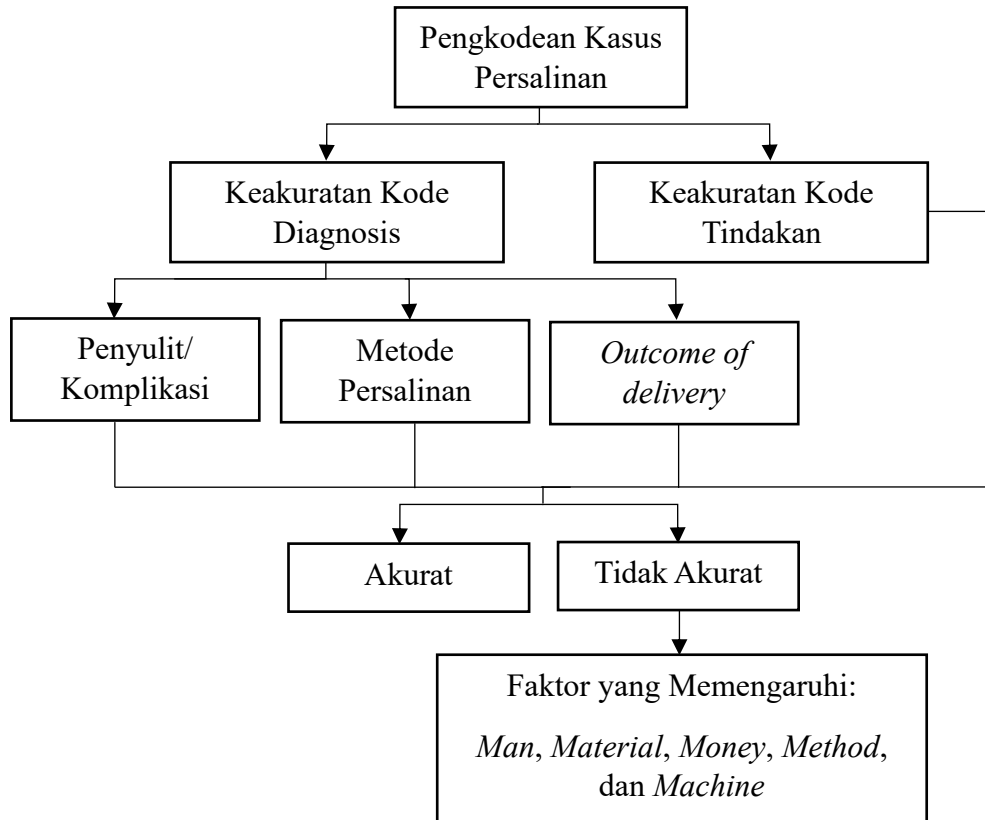
Unsur *method* mencakup ketersediaan Standar Prosedur Operasional (SPO) terkait pengkodean diagnosis maupun tindakan, penundaan input kode, serta monitoring dan evaluasi penyelenggaraan rekam medis. SPO adalah pedoman yang mengatur langkah dalam suatu proses kerja secara sistematis. Fungsi utama SPO adalah

memberikan panduan kerja yang jelas kepada petugas untuk mengurangi kemungkinan terjadinya kesalahan. Namun, kurangnya spesifikasi dalam kebijakan pengkodean dapat menjadi masalah. Hal ini berpotensi membuat petugas merasa tidak memiliki tanggungjawab untuk menerapkan pengkodean yang lebih rinci (Putri *et al.*, 2023).

e) *Machine*

Unsur *machine* mencakup berbagai sarana dan prasarana yang digunakan oleh petugas coding dalam melaksanakan tugas pengkodean diagnosis dan tindakan pasien (Loren, Wijayanti and Nikmatun, 2020). Sarana dan prasarana tersebut meliputi buku referensi seperti ICD-10, ICD 9-CM, dan terminologi medis, serta perangkat komputer yang telah dilengkapi sistem SIMRS. Fasilitas ini dirancang untuk mendukung kelancaran proses kerja di unit rekam medis. Sarana yang memadai membantu pekerjaan dilakukan secara lebih efisien dan terstruktur sehingga menghasilkan kinerja yang lebih efektif dalam mendukung pelayanan kesehatan. (Anggraini *et al.*, 2023).

B. Kerangka Teori

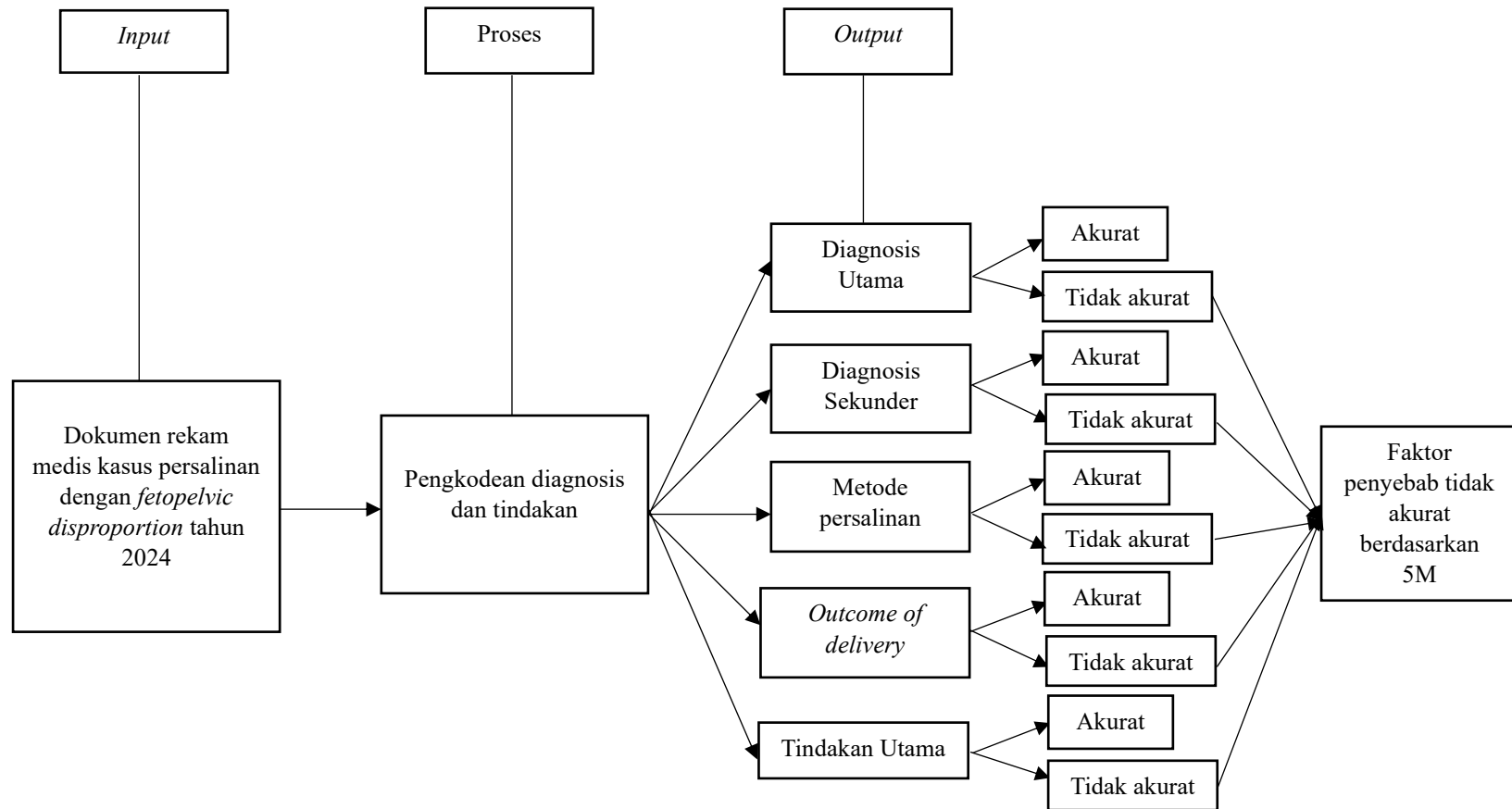


Gambar 1. Kerangka Teori Pengkodean Diagnosis dan Tindakan Persalinan

Sumber: (Permenkes No 26 Tahun 2021, 2021), dan (Vera Yulianti Budiyan, Astri

Sri Wariyanti and Sri Wahyuningsih, 2021)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Pengkodean Kasus Persalinan

D. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana alur dan prosedur pengkodean pada kasus persalinan di RSUD Wonosari?
2. Berapa persentase keakuratan maupun ketidakakuratan kode diagnosis dan tindakan kasus persalinan dengan penyulit *fetopelvic disproportion* di RSUD Wonosari?
3. Apa saja faktor penyebab ketidakakuratan dalam pengkodean diagnosis dan tindakan pada kasus persalinan dengan penyulit *fetopelvic disproportion* di RSUD Wonosari?