

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **1. Rekam Medis**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/MENKES/PER/III/2008 pasal (1) rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Menurut Hatta (2008), rekam medis adalah berkas berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.

Suatu rekam medis memiliki kegunaan dari beberapa aspek antara lain :

##### **a. Aspek Administrasi**

Berkas rekam medik mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medik dan paramedik dalam mencapai tujuan kesehatan.

##### **b. Aspek Hukum**

Sedangkan suatu berkas rekam medik mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, atas dasar usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan bukti untuk menegakkan keadilan.

c. Aspek Keuangan

Berkas rekam medik mempunyai nilai keuangan, karena isinya mengandung data dan informasi yang dapat dipergunakan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan rumah sakit yang dapat dipertanggungjawabkan.

d. Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medik mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat dipergunakan dalam penelitian dan pengembangan ilmu dibidang kesehatan.

e. Aspek Pendidikan

Berkas rekam medik mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan untuk bahan referensi pengajaran di bidang profesi si pemakai.

f. Aspek Dokumentasi

Berkas rekam medik mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

(Depkes RI,1997)

## 2. **Perekam Medis**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 55 tahun 2013 perekam medis adalah seorang yang telah lulus pendidikan rekam medis dan informasi kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang undangan.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 perekam medis adalah seorang yang telah menyelesaikan pendidikan formal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sehingga memiliki kompetensi yang diakui oleh pemerintah dan profesi serta mempunyai tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak secara penuh untuk melakukan kegiatan pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan pada unit pelayanan kesehatan. Perekam medis mempunyai 7 kompetensi profesi perekam medis dan informasi kesehatan salah satunya harus berkompetensi dalam klasifikasi dan kodefikasi penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis antara lain :

- a. Menentukan nomor kode diagnosis pasien sesuai dengan petunjuk dan peraturan pada pedoman buku ICD yang berlaku (ICD-10 Volume 2).
- b. Mengumpulkan kode diagnosis pasien untuk memenuhi sistem pengolahan, penyimpanan data pelaporan untuk kebutuhan tunggal penyakit yang dikembangkan.
- c. Mengklasifikasi data kode diagnosis yang akurat bagi kepentingan informasi morbiditas dan sistem pelaporan morbiditas yang diharuskan.
- d. Menyajikan informasi morbiditas dengan akurat dan tepat waktu bagi kepentingan monitoring kejadian luar biasa epidemiologi dan lainnya.

- e. Mengelola indeks penyakit dan tindakan guna kepentingan laporan medis dan statistik serta permintaan informasi pasien secara cepat dan terperinci.
- f. Menjamin validitas data untuk registrasi penyakit.
- g. Mengembangkan dan mengimplementasikan petunjuk standar koding dan pendokumentasian.

Selain kompetensi di atas juga di cantumkan pada kompetensi manajemen rekam medis dan informasi kesehatan yaitu menganalisis rekam medis secara kuantitatif dan kualitatif.

### **3. ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision*)**

Berdasarkan WHO (2010) ICD 10 revisi ke-10 adalah suatu klasifikasi dengan sumbu-variabel. Strukturnya telah dikembangkan dari usulan William Farr di masa-masa awal diskusi internasional tentang struktur klasifikasi. Skema yang digunakannya adalah bahwa untuk semua tujuan epidemiologis praktis, data statistik pada penyakit harus dikelompokkan secara berikut:

- a. penyakit epidemi
- b. penyakit konstitusi atau umum
- c. penyakit lokal yang disusun menurut tempat
- d. penyakit perkembangan
- e. cedera

ICD dasar adalah daftar kategori 3-karakter berkode tunggal, masing-masingnya dapat dibagi lagi atas 10 subkategori 4-karakter. Menggantikan sistem pengodean yang hanya menggunakan angka pada Revisi-9, Revisi-10 menggunakan kode alfa-numerik dengan sebuah huruf pada posisi pertama dan sebuah angka pada posisi ke-2, ke-3, dan ke-4. Karakter ke-4 didahului oleh sebuah titik desimal. Jadi nomor kode yang mungkin ada berkisar dari A00.0 sampai Z99.9. Huruf 'U' tidak digunakan (WHO, 2010).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 27 Tahun 2014 ICD-10 revisi-10 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-10
- 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. Kode-kode untuk penyebab luar (V01-Y89)

hendaknya digunakan sebagai kode primer untuk pengodean dan tabulasi kondisi tunggal untuk penyebab dasar kalau, dan hanya kalau, kondisi sakit itu bisa diklasifikasikan pada Chapter XIX (Cedera, keracunan dan akibat lain tertentu penyebab luar).

*External cause* atau penyebab luar dalam ICD-10 revisi ke-10 merupakan klasifikasi tambahan yang mengklasifikasikan kemungkinan kejadian lingkungan dan keadaan sebagai penyebab cedera, keracunan dan efek samping lainnya. Kode *external cause* (V01-Y89) harus digunakan sebagai kode primer kondisi tunggal dan tabulasi penyebab kematian (underlying cause) dan pada kondisi yang morbid yang dapat diklasifikasi ke bab XIX (*injury, poisoning, and certain other consequences of external cause*) (WHO, 2010).

Menurut WHO (2010), pengodean diagnosis pada Bab XIX Cedera, Keracunan, dan akibat lain tertentu penyebab eksternal (S00-T98) harus diikuti dengan pengodean penyebab luar Bab XX penyebab-penyebab luar morbiditas dan mortalitas (V01-Y98).

Pengodean untuk cedera dan kondisi lain akibat sebab eksternal, baik bentuk kondisi maupun kejadian di sekitar sebab eksternal harus dikode. Kode 'KU' yang diinginkan haruslah yang bisa menjelaskan bentuk kondisi. Ini biasanya, tapi tidak selalu, diklasifikasikan pada Bab XIX. Kode dari Bab XX yang menunjukkan penyebab eksternal dipakai sebagai kode tambahan pilihan, dimana kode dari bab XIX yang menjelaskan bentuk cedera, dan kode dari bab XX yang menjelaskan penyebabnya.

Pemilihan kode utama dan kode tambahan tergantung pada tujuan pengumpulan data (WHO, 2010).

Manfaat kode *external causes* adalah untuk :

- a. Melaporkan Rekapitulasi Laporan (RL4b) atau Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Jalan Rumah Sakit Penyebab Kecelakaan dalam bentuk kode.
- b. Melaporkan Rekapitulasi Laporan (RL 3.2) Pelayanan Gawat Darurat.
- c. Membuat surat keterangan medis klaim asuransi kecelakaan.
- d. Sebagai penyebab kematian pada surat sertifikat kematian jika pasien kasus kecelakaan meninggal
- e. Indeks penyakit sebagai laporan internal rumah sakit.

Berdasarkan WHO (2010) ICD 10 revisi ke-10 volume 1 terdapat blok-blok kategori sebagai berikut :

- a. Klasifikasi Kode *External cause*

Pada umumnya penyebab luar sebaiknya ditabulasi baik menurut Bab XIX dan Bab XX, pada kondisi ini, kode dari Bab XX harus digunakan untuk memberikan informasi tambahan untuk beberapa analisis kondisi. Bab XX dibagi menjadi beberapa subbab, yaitu (WHO, 2010):

1) *Transport Accident*

- a) V01-V09 : Pejalan kaki terluka di kecelakaan transportasi

- b) V10-V19 : Pengendara sepeda terluka di kecelakaan transportasi
  - c) V20-V29 : Pengendara motor terluka di kecelakaan transportasi
  - d) V30-V39 : Penumpang motor roda 3 terluka di kecelakaan transportasi
  - e) V40-V49 : Penumpang mobil terluka di kecelakaan transportasi
  - f) V50-V59 : Penumpang pick up, truk, atau van terluka di kecelakaan transportasi
  - g) V60-V69 : Penumpang kendaraan berat terluka di kecelakaan transportasi
  - h) V70-V79 : Penumpang bus terluka di kecelakaan transportasi
  - i) V80-V89 : Kecelakaan transportasi darat lainnya
  - j) V90-V94 : Kecelakaan transportasi laut
  - k) V95-V97 : Kecelakaan transportasi lain tidak spesifik
  - l) V98-V99 : Kecelakaan transportasi lain tidak spesifik
- 2) Penyebab eksternal lainnya cedera disengaja
- a) W00-W19 : Jatuh
  - b) W20-W49 : Paparan untuk mematikan kekuatan mekanik

- c) W50-W64 : Paparan untuk menghidupkan kekuatan mekanik
  - d) W65-W74 : Melempar disengaja dan perendaman
  - e) W75-W84 : Kecelakaan lain untuk bernafas
  - f) W85-W99 : Paparan arus listrik, radiasi, suhu dan tekanan udara
  - g) X00-X09 : Paparan asap dan kebakaran
  - h) X10-X19 : Kontak dengan zat panas
  - i) X20-X29 : Kontak dengan racun binatang dan tumbuhan
  - j) X30-X39 : Paparan kekuatan alam
  - k) X40-X49 : Disengaja keracunan oleh dan paparan zat berbahaya
  - l) X50-X57 : Kelelahan, wisata, penderitaan
  - m) X58-X59 : Kecelakaan paparan faktor-faktor lain dan tidak ditentukan
- 3) X60-X84 : Sengaja menyakiti diri sendiri
- 4) X85-Y09 : Serangan
- 5) Y10-Y34 : Acara niat belum ditentukan
- 6) Y35-Y36 : Intervensi hukum dan operasi perang
- 7) Y40-Y84 : Komplikasi perawatan medis dan bedah
- a) Y40-Y59 : obat-obatan dan zat biologis menyebabkan efek samping pada

perawatan

- b) Y60-Y69 : Kesialan pasien selama perawatan medis dan bedah
- c) Y70-Y82 : Peralatan medis kaitan dengan dengan insiden yang merugikan di diagnosis dan terapi
- d) Y83-Y84 : Prosedur medis bedah lainnya sebagai penyebab reaksi abnormal pasien, atau akhir-akhir komplikasi, tanpa menyebutkan kecelakaan pada saat prosedur

8) Y85-Y89 : Sisa gejala dari penyebab luar morbiditas dan mortalitas

9) Y90-Y98 : Faktor tambahan yang terkait dengan penyebab kesakitan dan kematian diklasifikasikan di tempat lain 20

#### b. Karakter Kode Tempat Kejadian

Kategori berikut disediakan untuk digunakan untuk mengidentifikasi tempat kejadian penyebab luar mana yang relevan sebagai karakter keempat pada kode *external cause*.

- 1) 0: Tempat tinggal
- 2) 1: Tempat tinggal institusi
- 3) 2: Sekolah, fasilitas umum, rumah sakit, bioskop, tempat hiburan
- 4) 3: Tempat olah raga
- 5) 4: Jalan umum

- 6) 5: Area perdagangan dan jasa
- 7) 6: Industri dan konstruksi area
- 8) 7: Perkebunan
- 9) 8: Tempat yang spesifik lainnya
- 10) 9: Tempat tidak spesifik

c. Karakter Kode Aktivitas

Kategori berikut disediakan untuk digunakan untuk menunjukkan aktivitas orang yang terluka saat peristiwa itu terjadi sebagai karakter kelima kode *external cause*.

- 1) 0 : Sedang melakukan aktivitas olah raga
- 2) 1 : Sedang melakukan aktivitas waktu luang
- 3) 2 : Sedang melakukan aktivitas bekerja ( income )21
- 4) 3 : Sedang melakukan aktivitas pekerjaan rumah
- 5) 4 : Sedang istirahat, tidur, makan, atau aktivitas vital lainnya
- 6) 8 : Sedang melakukan aktivitas spesifik lainnya
- 7) 9 : Sedang melakukan aktivitas tidak spesifik

d. Kode Tambahan Kecelakaan Transportasi

Kode tambahan kecelakaan transportasi digunakan sebagai karakter keempat untuk mengidentifikasi korban kecelakaan dan penyebab kecelakaan, dimana kode tersebut digunakan untuk V01-V89 dan kode kelima yang digunakan adalah kode tempat kejadian kecelakaan dan tidak perlu disertai kode aktivitas.

- 1) 0: Pengemudi terluka dalam kecelakaan bukan lalu lintas

- 2) 1: Penumpang terluka dalam kecelakaan bukan lalu lintas
- 3) 2: Pengemudi terluka dalam kecelakaan bukan lalu lintas tidak spesifik
- 4) 3: Seseorang terluka saat menumpang atau turun
- 5) 4: Pengemudi terluka dalam kecelakaan lalu lintas
- 6) 5: Penumpang terluka dalam kecelakaan lalu lintas
- 7) 9: Pengemudi terluka dalam kecelakaan lalu lintas tidak spesifik

Adapun proses kodifikasi *external cause* menggunakan ICD-10 revisi-10 sebagai berikut:

- a. Tentukan *lead term* cedera, keracunan, dan penyebab eksternal yang akan dikode.
- b. Lihat buku ICD-10 revisi ke 10 Volume III (Alphabetical Index) halaman 663 s/d 714.
- c. Pastikan kode pada buku ICD-10 revisi ke 10 Volume I (Tabular List) halaman 891 s/d 978.
- d. Untuk subkategori W00-Y34 kecuali Y06.- dan Y07.- menggunakan kategori angka keempat itu terjadi.
- e. Untuk subkategori V01-Y34 menggunakan kategori angka kelima untuk aktivitas orang yang cedera pada saat kejadian berlangsung.

#### **4. Analisis Rekam Medis**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, untuk melakukan analisis perekam Medis dipercaya untuk melakukan analisa baik kuantitatif,

kualitatif, maupun statistik serta memberitahu kepada petugas yang mengisi Rekam Medis apabila ada kekurangan yang mengakibatkan Rekam Medis menjadi tidak lengkap atau tidak akurat, kemudian membuat laporan ketidaklengkapan sehingga dapat ditindak lanjut untuk diatasi agar Rekam Medis menjadi lengkap.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 terdapat kompetensi perekam medis dan informasi kesehatan mampu mengelola rekam medis, administrasi dan kebutuhan informasi kesehatan sebagai bahan pengambilan keputusan di bidang kesehatan, yang di dalamnya berbunyi menganalisis rekam medis secara kuantitatif dengan tepat meliputi :

- a. Kebenaran identifikasi
- b. Adanya laporan laporan yang penting
- c. Autentifikasi
- d. Pendokumentasian yang baik

Sedangkan menganalisis rekam medis secara kualitatif guna konsistensi isi dan mutu rekam medis.

**a. Analisis Kuantitatif**

Menurut DepkesRI (1997) analisis kuantitatif adalah analisis yang ditujukan kepada jumlah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelengkapan lembaran medis, paramedis dan penunjang sesuai prosedur yang ditetapkan. Petugas akan menganalisis

setiap berkas yang diterima apakah lembaran rekam medis yang seharusnya ada pada berkas seorang pasien sudah ada atau belum.

Tujuan Analisis Kuantitatif menurut Huffman, Edna K. (1994) adalah :

1. Untuk mengidentifikasi informasi yang jelas dan selalu terjadi, yang bisa diperbaiki dengan mudah pada prosedur norma Rumah Sakit. Prosedur ini membuat catatan medis lengkap untuk dirujuk pada asuhan yang berkesinambungan, untuk melindungi kepentingan hukum pasien, dokter, Rumah Sakit dan untuk memenuhi persyaratan lisensi, akreditasi, dan sertifikasi.
2. Menentukan sekiranya ada kekurangan agar dapat dikoreksi dengan segera pada saat pasien dirawat, dan item kekurangan belum terlupakan, untuk menjamin efektifitas kegunaan isi Rekam Medis dikemudian hari. Yang dimaksud dengan koreksi ialah perbaikan sesuai keadaan yang sebenarnya terjadi.

Komponen Analisis kuantitatif menurut Huffman, Edna K. (1994) adalah :

- 1) Mengoreksi identifikasi pasien pada setiap formulir
- 2) *Review* semua laporan yang perlu
- 3) *Review* Autentifikasi
- 4) *Review* cara pencatatan

Waktu Pelaksanaan Analisis Kuantitatif :

- 1) Concurrent Analisis yaitu analisis dilakukan bersamaan dengan saat pelayanan pasien terkait sedang berjalan. Cara ini memudahkan

koreksi dan akan mengurangi salah tafsir dikemudian hari. Keuntungan lain yaitu terjaganya kualitas kelengkapan data atau informasi klinis dan pengesahannya (adanya nama lengkap, tanda tangan petugas/pasien/wali, waktu pemberian pelayanan dan lainnya) dalam Rekam Medis.

- 2) Retrospective Analisis yaitu analisis dilakukan pada saat perawatan selesai dilaksanakan yang memungkinkan telaah secara menyeluruh walaupun hal ini memperlambat proses melengkapi yang kurang (Huffman, Edna K., 1994).

#### **b. Analisis Kualitatif**

Analisis kualitatif adalah suatu *review* pengisian rekam medis yang berkaitan tentang kekonsistenan dan isinya merupakan bukti rekam medis tersebut akurat dan lengkap (Alkasah, 2008)

Tujuan Analisis Kualitatif (Alkasah, 2008):

- 1) Mendukung kualitas Informasi.
- 2) Merupakan aktifitas dari Risk management.
- 3) Membantu dalam memberikan kode penyakit dan tindakan yang lebih spesifik yang sangat penting untuk penelitian medis, studi administrasi dan untuk penagihan.
- 4) Meningkatkan kualitas pencatatan, khususnya yang dapat mengakibatkan ganti rugi pada masa yang akan datang.
- 5) Kelengkapan Informed Consent sesuai dengan peraturan.
- 6) Identifikasi catatan yang tidak konsisten.

- 7) Mengingatkan kembali tentang pencatatan yang baik dan memperlihatkan pencatatan yang kurang.

Komponen Analisis Kualitatif menurut Huffman (1994 :27) adalah :

- 1) *Review* kelengkapan dan kekonsistenan pencatatan diagnosis.
- 2) *Review* kekonsistenan pencatatan diagnosis.
- 3) *Review* pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan.
- 4) *Review* informed consent yang seharusnya ada.
- 5) *Review* cara atau praktek pencatatan.

Terdapat 7 kriteria :

- a) Dapat dibaca */legible*
  - b) Dapat dipercaya */reliable*
  - c) Tepat */precise*
  - d) Lengkap */complete*
  - e) Konsisten */consistent*
  - f) Jelas */clear*
  - g) Tepat waktu */timely*
- 6) *Review* hal-hal berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi.

## **5. Ketepatan Kode Diagnosis**

Ketepatan kode diagnosis merupakan penulisan kode diagnosis penyakit yang sesuai dengan klasifikasi yang ada di dalam ICD-10. Menurut Budi S., (2011) kecepatan dan ketepatan coding dari suatu diagnosis dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah tulisan dokter yang

sulit dibaca, diagnosis yang tidak spesifik, dan ketrampilan petugas coding dalam pemilihan kode. Pada coding ada beberapa kemungkinan yang dapat mempengaruhi hasil pengodean dari petugas coding, yaitu bahwa penetapan diagnosis pasien merupakan hak, kewajiban, dan tanggungjawab tenaga medis yang memberikan perawatan pada pasien, dan tenaga coding di bagian unit rekam medis tidak boleh mengubah (menambah atau mengurangi) diagnosis yang ada. Tenaga rekam medis bertanggungjawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis. Apabila kewajiban menanyakan atau berkomunikasi dengan tenaga kesehatan yang bersangkutan. Dalam proses coding mungkin terjadi beberapa kemungkinan, yaitu :

- a. Penetapan diagnosis yang salah sehingga menyebabkan hasil pengodean salah.
- b. Penetapan diagnosis yang benar, tetapi petugas pengodean salah menentukan kode, sehingga hasil pengodean salah.
- c. Penetapan diagnosis dokter kurang jelas, kemudian dibaca salah oleh petugas pengodean, sehingga hasil pengodean salah.

Oleh karena itu, kualitas hasil pengodean bergantung pada kelengkapan diagnosis, kejelasan tulisan dokter, serta profesionalisme dokter dan petugas pengodean (Budi S., 2011).

Pentingnya dilakukan analisis ketepatan pengisian kode diagnosis pada dokumen rekam medis karena apabila kode diagnosis tidak tepat/ tidak sesuai dengan ICD-10 maka dapat menyebabkan turunnya mutu pelayanan

di rumah sakit serta mempengaruhi data, informasi laporan (Mukhtadi K., 2013).

Hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga rekam medis adalah ketepatan dalam pemberian kode diagnosis. Pengodean yang tepat dan akurat diperlukan rekam medis yang lengkap. Rekam medis harus memuat dokumen yang akan dikode seperti pada lembar depan seperti; ringkasan masuk keluar, lembaran operasi dan laporan tindakan, laporan patologi dan resume pasien keluar. Dampak yang terjadi bila penulisan kode diagnosis tidak tepat adalah pasien mengorbankan biaya yang sangat besar, pasien yang seharusnya tidak minum obat antibiotika tetapi harus diberi antibiotika dan dampak yang lebih fatal berisiko mengancam jiwa pasien (Hatta G., 2012).

## **6. Keakuratan Kode Diagnosis**

Kode dianggap akurat bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, kebenaran sesuai aturan klasifikasi yang digunakan. Bila kode mempunyai 3 karakter dapat diasumsikan bahwa kategori tidak dibagi. Seringkali bila kategori dibagi, kode nomor pada indeks akan memberikan 4 karakter. Suatu dash pada posisi ke-4 (mis. O03.-) mempunyai arti bahwa kategori telah dibagi dan karakter ke-4 yang dapat ditemukan dengan merujuk ke daftar tabular. Sistem dagger (†) dan asterisk (\*) mempunyai aplikasi pada istilah yang akan diberi dua kode (WHO, 2004).

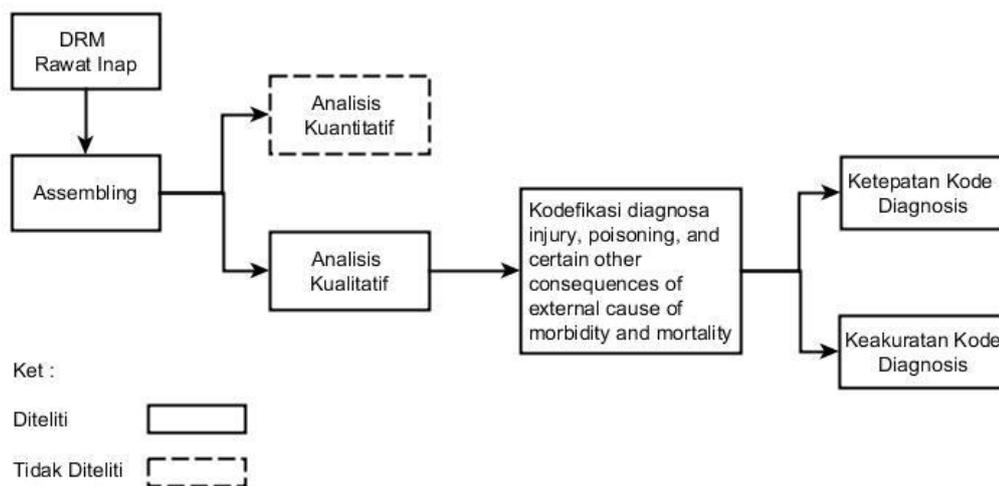
Keakuratan kode diagnosis pada berkas rekam dipakai sebagai dasar pembuatan laporan. Kode diagnosis pasien apabila tidak terkode dengan akurat maka informasi yang dihasilkan akan mempunyai tingkat validasi data yang rendah, hal ini tentu akan mengakibatkan ketidakakuratan dalam pembuatan laporan, misalnya laporan morbiditas rawat jalan, laporan sepuluh besar penyakit. Dengan demikian, kode yang akurat mutlak harus diperoleh agar laporan yang dibuat dapat dipertanggungjawabkan (Pramono A., Nuryati, 2013).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit yang didalamnya terdapat informasi mengenai standar pelayanan rekam medis rumah sakit yaitu kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan dan kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas memiliki standar yaitu 100 %, selain itu juga dijelaskan bahwa waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat inap yaitu  $\leq 15$  menit serta yang penanggung jawab dalam pelayanan tersebut terpusat pada kepala instalasi rekam medis pada setiap rumah sakit.

Kelengkapan pengisian rekam medis adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu  $\leq 24$  jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume. Sedangkan kelengkapan informed consent adalah persetujuan yang diberikan pasien atau keluarga pasien atas dasar penjelasan

mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut (Kepmenkes, 2008).

## B. Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep