

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Rumah Sakit

2.1.1. Pengertian

Menurut (Permenkes Republik Indonesia Nomor 147/MENKES/PER/I, 2010) tentang perizinan Rumah Sakit bahwa pengertian dari Rumah Sakit adalah institusi pelayanan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Menurut Permenkes Republik Indonesia /Nomor 147/MENKES/PER/I/2010 tentang perizinan Rumah Sakit, rumah sakit dibedakan menjadi :

1. Rumah Sakit umum adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
2. Rumah Sakit Khusus adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.
3. Rumah Sakit Publik adalah Rumah Sakit yang dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah atau Badan hukum yang bersifat nirlaba.

2.1.2 Tujuan dan fungsi Rumah Sakit

Menurut UU No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, disebutkan bahwa Rumah Sakit mempunyai tugas dalam memberikan pelayan kesehatan

perorangan secara paripurna. Sedangkan untuk menjalankan tugas Rumah Sakit mempunyai fungsi :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standard 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; dan
4. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan

kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.2 Kajian Rekam Medis

2.2.1. Pengertian

Menurut (Departemen Kesehatan, 2006) rekam medis adalah keterangan baik tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnese, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

2.2.2. Tujuan

Menurut Departemen Kesehatan RI (1997), dinyatakan bahwa tujuan dari rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, agar terciptanya administrasi sebagaimana yang telah diharapkan.

Menurut Depkes RI (1997) Kegunaan dari rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek yang secara mudah untuk mengingatnya dengan akronim “ALFRED”

1. Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medik karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen resiko klinis serta keamanan/keselamatan pasien dan dikenai biaya.

3. Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum. Karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan.

4. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.

5. Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

6. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan publik medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran dibidang profesi kesehatan.

7. Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit. Melihat beberapa aspek tersebut diatas, rekam medis mempunyai

kegunaan yang sangat luas. Selanjutnya, dengan majunya teknologi informasi, kegunaan rekam kesehatan dapat dilihat dalam 2 kelompok besar (Dick et al., 1997, Im.77-79) Pertama yang paling berhubungan langsung dengan pelayanan pasien (primer) yang dibagi menjadi lima (5) kepentingan yaitu :

1. Pasien, rekam kesehatan merupakan alat bukti utama yang mampu membenarkan adanya pasien dengan identitas yang jelas dan telah mendapatkan berbagai pemeriksaan dan pengobatan di sarana pelayanan kesehatan dengan segala hasil serta konsekuensi biayanya.
2. Pelayanan pasien, rekam kesehatan mendokumentasikan pelayanan yang diberikan berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian rekaman itu membantu pengambilan keputusan tentang terapi, tindakan, dan penentuan diagnosis pasien. Rekam kesehatan juga sebagai sarana komunikasi antar negara lain yang sama-sama terlibat dalam menangani dan merawat pasien. Rekaman yang rinci dan bermanfaat menjadi alat penting dalam menilai dan mengelola risiko manajemen. Selain itu rekam kesehatan setiap pasien juga berfungsi sebagai tanda bukti sah yang dapat

dipertanggung jawabkan secara hukum. Oleh karena itu rekam medis yang lengkap harus setiap saat tersedia dan berisi data/informasi tentang pemberian pelayanan kesehatan secara jelas.

3. Manajemen pelayanan, rekam kesehatan yang lengkap memuat segala aktivitas yang terjadi dalam manajemen pelayanan sehingga dalam menganalisis berbagai penyakit, menyusun pedoman praktik, serta untuk mengevaluasi mutu pelayanan yang diberikan.
4. Menunjang pelayanan, rekam kesehatan yang rinci akan mampu menjelaskan aktivitas yang berkaitan dengan penanganan sumber-sumber yang ada pada organisasi pelayanan di RS, menganalisa kecenderungan yang terjadi dan mengkomunikasikan informasi di antara klinik yang berbeda.
5. Pembiayaan, rekam kesehatan yang akurat mencatat segala pemberian pelayanan kesehatan yang diterima pasien. Informasi ini menentukan besarnya pembayaran yang harus dibayar, baik secara tunai atau melalui asuransi.

Kedua, yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien namun tidak berhubungan langsung secara spesifik (sekunder). Tujuan sekunder rekam kesehatan ditujukan kepada hal yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien yaitu untuk kepentingan edukasi, riset, peraturan dan pembuatan kebijakan. Adapun yang dikelompokkan dalam kegunaan sekunder adalah kegiatan yang tidak berhubungan secara spesifik antara pasien dan tenaga kesehatan (Hatta, 2008:79).

2.2.3. Isi Rekam Medis

1. Catatan, merupakan uraian tentang identitas pasien, pemeriksaan pasien, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain baik dilakukan oleh dokter dan dokter gigi maupun tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kompetensinya.
2. Dokumen, merupakan kelengkapan dari catatan tersebut, antara lain foto rontgen, hasil laboratorium dan keterangan lain sesuai dengan kompetensi keilmuannya.

2.2.4. Isi Rekam Medis Rawat Inap

Menurut Permenkes RI Nomor 269/Menkes/per/III/2008, pada pasal 3 tentang rekam medis, dan dinyatakan pada ayat (2) bahwa isi dari rekam medis pasien rawat inap dan perawatan suatu hari sekurang-kurangnya memuat :

1. Identitas Pasien;
2. Tanggal dan Waktu;
3. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
5. Diagnosis;
6. Rencana penatalaksanaan;
7. Pengobatan dan/atau tindakan;
8. Persetujuan tindakan bila diperlukan;
9. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
10. Ringkasan pulang (discharge summary);
11. Nama dan tanda tangan dokter atau tenaga dokter atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan ;
12. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu dan

13. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

Kualitas Rekam Medis menurut Hatta (2008) informasi yang berkualitas menjadi suatu prasyarat dalam menyimpan rekam medis. Kurang atau hilangnya data dengan sendirinya mempengaruhi pengambilan keputusan. Kualitas data harus memenuhi 10 (sepuluh) ciri data yang berkualitas yaitu:

1. Akurat

Agar data menggambarkan proses atau hasil akhir pasien yang secara benar.

2. Lengkap

Agar data mencakup seluruh karakteristik pasien dan sistem yang dibutuhkan dalam analisis hasil ukuran.

3. Dapat Dipercaya

Agar data digunakan dalam berbagai kepentingan.

4. Valid

Agar data dianggap sah dan sesuai dengan gambaran proses atau hasil akhir yang diukur.

5. Tepat Waktu

Agar dapat ,ungkin data yang dikumpulkan dan dilaporkan mendekati waktu atau episode pelayanan.

6. Dapat digunakan

Agar data yang bermutu menggambarkan bahasa dan bentuk yang memungkinkan trjadinya interpretasi, analisis dan pengambilan keputusan.

7. Seragam

Agar definisi data dibakukan dalam organisasi dan penggunaannya konsisten dengan definisi diluar organisasi.

8. Dapat dibandingkan

Agar bermutu terelevansi dengan menggunakan referensi data agar yang berhubungan, sumber-sumber riset dan kemungkinan-kemungkinan terjadi patok duga.

9. Terjamin

Agar data yang bermutu menjamin kerahsiaan informasi spesifik.

10. Mudah Diperoleh

Agar data yang bermutu diperoleh melalui komunikasi langsung dengan tenaga kesehatan, pasien, rekam medis dan sumber-sumber lain.

2.2.5. Penyelenggaraan Rekam Medis

Selain dokter dan dokter gigi yang membuat/mengisi rekam medis, tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien dapat membuat/mengisi rekam medis atas perintah / pendelegasian secara tertulis dari dokter dan dokter gigi yang menjalankan praktik kedokteran.

2.3 Kajian Rawat Inap

2.3.1. Pengertian

Menurut Departemen Kesehatan RI 1997, pelayanan rawat inap merupakan pelayanan terhadap pasien di Rumah Sakit yang menempati tempat tidur perawatan observasi, diagnosa, terapi, reabilitasi medik dan atau pelayanan medik lainnya. Kegiatan pelayanan rawat inap rumah sakit meliputi:

1. Penerimaan Pasien
2. Pelayanan Medik
3. Pelayanan Penunjang Medik
4. Pelayanan Perawatan
5. Pelayanan Obat
6. Pelayanan Makanan
7. Pelayanan Administrasi

“ Rawat Inap adalah pasien yang memerlukan observasi, diagnosis terapi atau rehabilitasi yang perlu menginap dan menggunakan tempat tidur serta mendapatkan makanan, pelayanan dan pelayanan perawatan terus menerus “
(Ery Rustyanto, 2010:54).

2.4 Kajian Tentang Kelengkapan

Menurut Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis, Departemen Kesehatan RI (1997:35), ketentuan pengisian rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam harus ditulis dalam lembar rekam medis,

2. Semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter / tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal,
3. Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya ditanda tangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter yang membimbingnya.,
4. Catatan yang dibuat oleh dokter Resident harus diketahui oleh dokter pembimbingnya,
5. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf,
6. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.

Berdasarkan pedoman pengelolaan rekam medis, (Departemen Kesehatan, 2006:57) tentang rekam medis dikatakan lengkap apabila memuat:

1. Ringkasan (diisi oleh bagian rekam medis)
2. Pembatas masuk
3. Ringkasan masuk dan keluar
4. Surat dokumen pengantar
5. Instruksi dokter
6. Lembar konsultasi
7. Catatan perawat
8. Catatan perkembangan
9. Grafik, suhu,nadi dan pernafasan

10. Pengawasan khusus
11. Hasil Pemeriksaan laboratorium
12. Hasil pemeriksaan radiodiagnostik
13. Salinan resep
14. Resume / laporan kematian

Tanggung jawab utama akan kelengkapan rekam medis adalah sesuai dengan dokter yang merawat pasien. Oleh karena itu ditinjau dari beberapa aspek tersebut rekam medis sangat bernilai penting karena dapat dilihat dari poin yang kedua kelengkapan dalam sebuah rekam medis dapat melindungi rumah sakit maupun dokter dalam segi hukum (*medical legal*) dan juga kelengkapan BRM sangat dibutuhkan dalam proses pembiayaan.

Bilamana rekaman medis tidak lengkap dan tidak akurat maka kemungkinan merugikan bagi pasien, rumah sakit maupun dokter itu sendiri.

2.5 Kajian Analisis

Menurut (Moleong, 2007:280) menyatakan bahwa “ Analisis data adalah proses mengorganisasikan dan mengurutkan data kedalam pola, kategori, dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data.”

Menurut (Hatta, 2013), analisis kuantitatif dilakukan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam kesehatan rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki sarana pelayanan kesehatan dan dapat dilakukan saat pasien masih berada di sarana pelayanan kesehatan rumah sakit (*Concurrent review*) ataupun sesudah pasien pulang (*retrospective review*).

Analisis Kuantitatif adalah review catatan medis untuk mengetahui bagian tertentu dari rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis(Astuti, 2014).

Komponen analisis kuantitatif :

1. Identitas Pasien

No. Rekam medis, nama pasien, umur, jenis kelamin, alamat lengkap

2. Kelengkapan Formulir

Adanaya semua lembaran penting : sesuai aturan yang ada Informed Consent

3. Autentifikasi

a. Tanda tangan, cap / stempel, dan inisial yang dapat diidentifikasi dalam rekam medis, atau kode seseorang untuk komputerisasi

b. Harus ada titel / gelar profesional (dokter, perawat)

c. Bila ditulis oleh dokter jaga atau mahasiswa maka ada tanda tangan penulis ditambah countersign oleh supervisor.

4. Review Pencatatan dan cara pengisian

a. Catatan tidak lengkap dan yang tidak dapat dibaca

b. Memeriksa baris perbaris dan bila ada barisan yang kosong digaris agar tidak diisi belakangan

c. Singkatan tidak boleh

d. Bila ada yang salah pencatatan maka bagian yang salah digaris dan catatan tersebut masih terbaca, kemudian diberi keterangan

disampingnya bahwa catatan tersebut salah/menulis rekam medis pasien lain.

2.6 Kajian Kodefikasi

Berdasarkan (KEPMENKES RI Nomor 377/Menkes/SK/III, 2007) tentang standart profesi rekam medis, kompetensi yang pertama yaitu berisi klasifikasi dan kodefikasi penyakit masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis.

Berdasarkan(Peraturan Menteri Kesehatan No 27 tahun, 2014) menyatakan bahwa :

Coding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD- 10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD- 9CM. Coding sangat menentukan dalam aplikasi pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke Rumah Sakit. Coding dalam INA-CBG's menggunakan ICD-10 Tahun 2010 untuk mengkode diagnosis utama dan sekunder serta menggunakan ICD- 9 CM untuk mengkode tindakan/prosedur. Sumber data untuk mengkode berasal dari rekam medis yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur yang terdapat pada resume medis pasien. Ketepatan *coding* diagnosis dan prosedur sangat berpengaruh terhadap hasil grouper dalam aplikasi INA-CBG's.

Kecepatan dan ketepatan kodefikasi dari suatu diagnosis sangat tergantung

kepada pelaksana yang menangani rekam medis tersebut, yaitu :

1. Tenaga Medis dalam menetapkan Diagnosis
2. Tenaga Rekam Medis sebagai pemberi kode
3. Tenaga Kesehatan lainnya

Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter (tenaga medis) yang terkait tidak boleh diubah oleh karenanya untuk hal yang kurang jelas atau tidak lengkap, sebelum koding

ditetapkan, komunikasikan terlebih dahulu terhadap dokter yang membuat diagnosis tersebut. Kelancaran dan kelengkapan pengisian rekam medis di unit rawat jalan dan diruang rawat inap atas kerjasama tenaga medis dan tenaga kesehatan lain yang ada dimasing-masing unit kerja tersebut (Depkes RI,1997).

2.7 *International Statistical Classification of disease and related Health Problem Revision 10 (ICD-10)*

2.7.1. Pengertian ICD

Menurut Gemala R Hatta (2008:13) pengertian *International Statistical Classification of disease and related Problem* dari WHO, adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional. Banyak sistem klasifikasi yang sudah dikenal di Indonesia, namun demikian sesuai peraturan Depkes, sistem klasifikasi yang harus digunakan sejak tahun 1996 sampai sekarang adalah ICD-10 dari WHO (Klasifikasi Statistik Internasional mengenai Penyakit dan Masalah yang berhubungan dengan kesehatan, revisi kesepuluh), sedangkan sistem klasifikasi yang lain-lain masih dalam tahap pengenalan.

2.7.2. Fungsi dan Kegunaan ICD

Fungsi ICD sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan digunakan untuk kepentingan informasi statistik moriditas dan mortalitas.

Penerapan pengkodean sistem ICD-10 digunakan untuk :

1. Mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan,
2. Masukan bagi sistem pelaporan diagnosis medis,
3. Memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien penyedia layanan,
4. Bahan dasar dalam mengelompokkan kode diagnosis dan kode tindakan medis (INA-CBG's) untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan,
5. Pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas,
6. Tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses pelayanan yang harus direncanakan pelayanan medis,
7. Menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman,
8. Analisis pembiayaan pelayanan kesehatan,
9. Untuk penelitian epidemiologi klinis.

2.8 Kajian Tentang SPO

Menurut (Permenkes RI Nomor 512/MENKES/PER/IV, 2007). Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Kedokteran Bab 1 Pasal 1 Ayat (1) menyatakan bahwa : Standart Prosedure Operasional adalah suatu perangkat

instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana Standart Prosedure Operasional memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsesus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi .

Kemudian, ditegaskan kembali oleh (Santoso, 2014) bahwa pengertian dari SOP (*Standart Operational Procedure*) adalah sekumpulan tulisan yang memuat langkah-langkah khusus yang spesifik, yang menjelaskan tiap detail dari aktivitas untuk menyempurnakan tugas-tugas sesuai dengan regulasi perusahaan, kesehatan, pendidikan, penerbangan, perindustrian, militer, atau bahkan menjalankan usaha kecil.

2.8.1 Tujuan Standart Prosedure Operasional

1. Menyediakan sebuah rekaman aktivitas, juga pengoperasian secara praktis
2. Menyediakan sebuah informasi yang konsisten, oleh karenanya juga membentuk disiplin kepada semua anggota organisasi baik dalam institusi, organisasi, maupun perusahaan
3. Memudahkan menyaring, menganalisis, dan membuang hal-hal atau pekerjaan yang tidak berkaitan secara langsung dengan prosedur yang sudah ada

4. Mendukung pengalaman dan pengetahuan pegawai, dan sekaligus juga mngantisipasi banyak kesalahan yang mungkin terjadi
5. Memperbaiki performa, atau kualitas pegawai itu sendiri
6. Membantu menguatkan regulasi perusahaan
7. Memastikan efisiensi tiap-tiap aktivitas operasional
8. Menjelaskan segala peralatan untuk keefktifan program pelatihan.

2.8.2 Manfaat Standart Prosedure Operasional

1. Memberikan Penjelasan tentang prosedur kegiatan secara detail dan terinci
2. Meminimalisasi variasi dan kesalahan dalam suatu prosedur operasional kerja.
3. Mempermudah dan menghemat waktu dan tenaga dalam program training karyawan
4. Menyamaratakan seluruh kegiatan yang dilakukan oleh semua pihak.
5. Membantu mengendalikan dan mengantisipasi apabila terdapat suatu perubahan kebijakan.

2.9 Penelitian Yang Relevan

No	Penelitian	Peneliti	Hasil
1.	Hubungan Antara Kelengkapan Informasi Medis Dengan Keakuratan Kodefikasi Pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar Tahun 2013	(Wariyanti, 2013)	kelengkapan informasi medis lengkap dan pemberian kode diagnosis akurat sejumlah 10 (66,67%), dokumen rekam medis dengan tingkat kelengkapan informasi medis lengkap tetapi pemberian kodenya tidak akurat sejumlah 5 (33,33%), dokumen rekam medis dengan tingkat kelengkapan informasi medis tidak lengkap dan pemberian kode diagnosis akurat sejumlah 8 (27,59%), dan dokumen rekam medis dengan tingkat kelengkapan informasi medis tidak lengkap dan pemberian kode diagnosis tidak akurat sejumlah 21 (72,41%). Dokumen rekam medis dengan kelengkapan informasi medis lengkap tetapi pemberian kodenya tidak akurat. Ini disebabkan bahwa dokumen rekam medis telah lengkap diisi oleh tenaga medis tetapi coder kurang teliti dalam melakukan pengkodean ditambah sebagian diagnosis dikode dengan mengulang kebiasaan seperti yang telah dijelaskan diatas. Sedangkan dokumen rekam medis dengan tingkat kelengkapan informasi medis tidak lengkap dan pemberian kode diagnosis akurat sejumlah 8. Ini disebabkan coder tidak memperhatikan informasi medisnya tetapi langsung memberi kode sesuai diagnosis yang tertulis dalam lembar RM-1 dengan kebiasaan tetapi kodenya tepat
2.	Identifikasi Kelengkapan Informasi Dan Keakuratan Kode Dokumen Rekam Medis Terkait Penentuan Tarif Biaya Pasien Bpjs Di Rsud Pandan Arang Boyolali	(Saputri, 2015)	Kelengkapan Pengisian Informasi Dokumen Rekam Medis Dari Aspek Administrasi dan Aspek Medis ; sebagian besar dari 7 besar penyakit pasien rawat inap BPJS yang tidak lengkap pada item tanggal keluar ; sebagian besar dari 7 besar penyakit pasien rawat inap BPJS yang tidak lengkap pada item tindakan. Keseluruhan Kelengkapan Pengisian Informasi Dokumen Rekam Medis ; sebagian besar dari 7 besar penyakit pasien rawat inap BPJS rata-rata tidak lengkap karena pengisian informasi dokumen rekam medis <100%. Keakuratan kode diagnosis yang akurat pada diagnosis hypertensive; keakuratan kode tindakan tidak akurat pada tujuh diagnosis yaitu diarrhoe, diabetes mellitus, congestive heart failure, dyspepsia, abdominal pain, dan hypertensive. Pelaksanaan pengisian informasi dokumen rekam medis belum sesuai dengan standar pelayanan minimal rekam medis yang harus 100% terisi ; Pelaksanaan pengkodean telah sesuai dengan SOP yang berlaku