

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (UU NO. 44, 2009).

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Rumah sakit berfungsi sebagai penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis, penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan dan penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.3 Asas Rumah Sakit

Rumah sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien serta mempunyai fungsi sosial (UU NO. 44, 2009).

2.1.4 Tujuan Rumah Sakit

Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit, meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit.

2.1.5 Jenis dan Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

Berdasarkan pengelolaannya rumah sakit dapat dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat. Rumah sakit publik dapat dikelola oleh pemerintah,

pemerintah daerah dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah sakit publik yang dikelola pemerintah dan pemerintah daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.

Rumah sakit dapat ditetapkan menjadi rumah sakit pendidikan setelah memenuhi persyaratan dan standar rumah sakit pendidikan. Rumah sakit pendidikan ditetapkan oleh Menteri setelah berkoordinasi dengan Menteri yang membidangi urusan pendidikan. Rumah sakit pendidikan merupakan rumah sakit yang menyelenggarakan pendidikan dan penelitian profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan, dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya.

Rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit. Klasifikasi rumah sakit umum terdiri atas rumah sakit umum kelas A, rumah sakit umum kelas B, rumah sakit umum kelas C, rumah sakit umum kelas D. Klasifikasi rumah sakit khusus terdiri atas rumah sakit khusus kelas A, rumah sakit khusus kelas B, rumah sakit khusus kelas C.

2.2 Tinjauan Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

Rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana, dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan pasien dan pelayanan yang diperolehnya

serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, memberikan diagnosis dan pengobatan (Edna K Huffman, 1981).

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik (Peraturan Menteri Kesehatan No 269 Tahun 2008, 2008).

2.2.2 Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit (Depkes RI, 2006).

2.2.3 Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain:

a. Aspek Administrasi

Di dalam 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.

b. Aspek Medis

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

c. Aspek Hukum

Suatu berkas 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.

d. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan. Kaitannya rekam medis dengan aspek keuangan sangat erat sekali dalam hal pengobatan, terapi serta tindakan-tindakan apa saja yang diberikan kepada seorang pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit, oleh karena itu penggunaan sistem teknologi komputer didalam proses penyelenggaraan rekam medis sangat diharapkan sekali untuk diterapkan pada setiap instansi pelayanan kesehatan.

e. Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

f. Aspek Pendidikan

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

g. 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.

Dengan melihat dari beberapa aspek tersebut diatas, rekam medis mempunyai kegunaan yang sangat luas, karena tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi pelayanan kesehatan saja. Kegunaan rekam medis secara umum adalah:

- a. Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian didalam proses pemberian pelayanan, pengobatan, dan perawatan kepada pasien.
- b. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien
- c. Sebagai bukti tertulis maupun terekam atas segera tindakan pelayanan, pengobatan dan perkembangan penyakit selama pasien berkunjung atau dirawat di rumah sakit.
- d. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien.

- e. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya
- f. Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan
- g. Sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis yang diterima oleh pasien
- h. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan.

2.3 Tinjauan Profesi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Perekam medis adalah seseorang yang telah lulus dalam menempuh pendidikan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Pemerintah memberikan bukti tertulis berupa STR atau Surat Tanda Registrasi kepada perekam medis yang telah memiliki sertifikat kompetensi sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Bukti tertulis lain yang didapat perekam medis yaitu Surat Izin Kerja dimana bukti tersebut untuk menjalankan pekerjaan rekam medis dan informasi kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 55, 2013).

Berdasarkan pendidikan Perekam Medis dikualifikasikan menjadi standar kelulusan diploma tiga atau Ahli Madya rekam medis dan informasi kesehatan, standar kelulusan diploma empat atau Sarjana Terapan rekam medis dan informasi kesehatan, standar kelulusan sarjana atau sarjana rekam medis dan informasi kesehatan dan standar kelulusan Magister sebagai Magister rekam medis dan

informasi kesehatan. Perkam medis dapat melakukan pekerjaannya di puskesmas, klinik, rumah sakit, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

Dalam melaksanakan pekerjaannya, perkam medis memiliki tanggung jawab dan wewenang sesuai dengan kualifikasi pendidikan. Ahli Madya rekam medis dan informasi kesehatan dalam melaksanakan pekerjaannya memiliki tanggung jawab dan kewenangan sebagai berikut:

- a. Melaksanakan kegiatan pelayanan pasien dalam manajemen dasar rekam medis dan informasi kesehatan.
- b. Melaksanakan evaluasi isi rekam medis.
- c. Melaksanakan sistem klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan edis sesuai terminologi medis yang benar.
- d. Melaksanakan indeks dengan cara mengumpulkan data penyakit, kematian, tindakan dan dokter yang dikelompokkan pada indeks.
- e. Melaksanakan sistem pelaporan dalam bentuk informasi kegiatan pelayanan kesehatan.
- f. Merancang struktur isi dan standar data kesehatan untuk pengelolaan informasi kesehatan.
- g. Melaksanakan evaluasi kelengkapan isi diagnosis dan tindakan sebagai ketepatan pengkodean.
- h. Melaksanakan pengumpulan, validasi dan verifikasi data sesuai ilmu statistik rumah sakit.
- i. Melakukan pencatatan dan pelaporan sata surveilans.

- j. Mengelola kelompok kerja dan manajemen unit kerja dan menjalankan organisasi penyelenggara dan pemberi pelayanan kesehatan.
- k. Mensosialisasikan setiap program pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan.
- l. Melaksanakan hubungan kerja sesuai dengan kode etik profesi dan
- m. Melakukan pengembangan diri terhadap kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi.

2.4 Tinjauan Sistem Klasifikasi Penyakit

2.4.1 Sistem Klasifikasi

Sistem klasifikasi penyakit adalah suatu sistem mengelompokkan atau mengkategorikan sebuah penyakit (*morbid entities*) menurut kriteria yang disepakati bersama. Dengan demikian sistem klasifikasi penyakit merupakan sebuah standarisasi kondisi maupun tindakan medis dalam satu kelompok tertentu. Sistem klasifikasi digunakan sebagai mengorganisir data asuhan kesehatan sehingga dalam pengambilan menjadi lebih mudah dan bermakna.

2.4.2 Sejarah Singkat Sistem Klasifikasi

Sejak zaman Hippocrates (yunani kuno) sudah ada upaya dalam pengelompokkan data tentang penyakit dengan suatu cara yang layak. Namun baru pada abad 17 seorang Kapten dari London yang bernama John Graunt mulai memberi perhatian terhadap statistik morbiditas dan mortalitas. Dan untuk pertama

kalinya mempelajari penyakit dari sudut pandang statistik melalui sebuah karyanya yaitu London Bills of Mortality.

Sekitar tahun 1837 William Farr, Registrar General of England and Wales mengusahakan klasifikasi yang lebih baik dan memiliki keseragaman internasional dalam penggunaan statistik. Secara umum dan prinsip klasifikasi berdasar letak anatomis menjadi dasar dalam penyusunan *The International List of Causes of Death*. Dasar tersebut masih digunakan hingga saat ini.

Pada tahun 1981 lembaga statistik internasional mengadakan pertemuan di Wina, yang dipimpin oleh Dr Jacques untuk pengembangan klasifikasi mengenai sebab kematian. Mengalami beberapa revisi sehingga dikenal sebagai *The Bertillon Classification of Causes of Death* tahun 1983. Kemudian klasifikasi Bertillon tersebut digunakan oleh kantor pencatatan di Kanada, Meksiko dan Amerika Serikat atas usulan *American Public Health Association*. Serta mengusulkan agar klasifikasi tersebut direvisi setiap 10 tahun sekali yang diselesaikan pada tahun 1900, 1920, 1929, dan 1983 hasil revisian tersebut berjudul *The International Classification of Causes of Death*.

Public Health Service mendukung *American Hospital Association* dan *American Medical Record Association* menggunakan dana riset untuk melaksanakan 'pilot study' dengan versi modifikasi dari *The International Statistical Classification of Diseases Injuries and Causes of Death* dengan *The Standard Nomenclature of Diseases and Operations* yang berperan sebagai kontrol. Dan menghasilkan bahwa versi modifikasi cocok digunakan untuk indeksing rumah sakit. *The International Classification of Diseases, Adapted for Indexing Hospital*

Records by Diseases and Operations (ICDA) di adakan oleh *U.S Public Health Service Publications 719* pada tahun 1959, yang kemudian dikenal dengan singkatan ICD.

WHO menyelenggarakan konferensi Internasional untuk revisi ICD ke sembilan di Genewa pada tahun 1975 bulan September sampai Oktober. ICD edisi ke sembilan ini merupakan metode alternatif pilihan untuk klasifikasi diagnosis, termasuk tentang penyakit potensial dan manifestasi klinis dari organ atau bagian tertentu. Sistem ini disebut '*dagger* dan *asterisk*' yang berlanjut pada edisi ke sepuluh. Inovasi ICD ke sembilan ini bertujuan untuk meningkatkan fleksibilitas penggunaan dalam berbagai situasi.

Dalam setiap revisi memerlukan ketelitian dan percobaan dengan berbagai model. Jadi ICD edisi ke sepuluh ini merupakan terbitan terakhir dari semua serial ICD yang bermula dari Klasifikasi Bertillon pada tahun 1983. Untuk edisi cetak yang terakhir yaitu ICD-10 tahun edisi 2010. Namun untuk versi online telah ada hingga edisi 2019. (web <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/G41>)

2.5 Tinjauan ICD

The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Revisions atau disingkat dengan ICD.

2.5.1 Tinjauan ICD

- a. Memudahkan perekam secara sistematis,
- b. Untuk menganalisis, interpretasi maupun komparasi data morbiditas dan mortalitas,

- c. Sebagai penerjemah diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lain dari kata menjadi kode alfabetik dan numerik sehingga memudahkan dalam penyimpanan, retrieval dan analisis data.

2.5.2 Penerapan ICD di Indonesia

Pada tanggal 13 Januari 1998 melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI No 50/MENKES/SK/I/1998 tentang Pemberlakuan Klasifikasi Statistik Internasional Mengenai Penyakit Revisi Ke Sepuluh, dengan diterbitkan SK Menkes tersebut maka diberlakukannya ICD-10 sebagai pedoman klasifikasi penyakit. Dan mulai saat itu, ICD-10 resmi digunakan di seluruh Indonesia.

2.5.3 Struktur dan Isi ICD

ICD 10 tahun 2010 terdiri dari 3 volum dan 22 bab. Berikut uraian dari masing-masing volume:

- a. Volume 1

Merupakan daftar tabulasi dalam kode alfanumerik tiga atau empat karakter dengan inklusi dan eksklusi, beberapa aturan pengkodean, klasifikasi morfologis neoplasma, daftar tabulasi khusus untuk morbiditas dan mortalitas, definisi tentang penyebab kematian serta peraturan mengenai nomenklatur. (PMK No 76 th 2016)

- b. Volume 2

Merupakan manual instruksi dan pedoman penggunaan ICD 10. Volume 2 berisi deskripsi tentang sejarah ICD, aturan koding morbiditas dan mortalitas dan presentase statistik.

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*. Susunan indeks alfabetik dalam volume 3 yaitu sebagai berikut:

- 1) Bagian I berisi terminologi yang terklasifikasi dalam Bab I-XIX dan Bab XXI kecuali obat-obatan dan zat kimia
- 2) Bagian II merupakan indeks dari sebab luar morbiditas dan mortalitas, berisi terminologi yang terklasifikasi dalam Bab XX kecuali obat-obatan dan zat kimia
- 3) Bagian III berisi tabel obat-obatan dan zat kimia.

2.5.4 Bab Dalam ICD 10

Klasifikasi ICD 10 terbagi menjadi 22 Bab. Karakter pertama kode ICD yaitu huruf, dimana dalam setiap huruf terkait dengan Bab tertentu. Masing-masing Bab berisi tiga karakter sesuai dengan muatan Bab, tidak semua kode dapat digunakan hal ini digunakan sebagai persediaan perluasan maupun revisi di masa yang akan datang.

2.6 Tinjauan Kode Diagnosa

2.6.1 Pengertian dan Tujuan Koding

Koding medis adalah sebuah kegiatan untuk mengubah suatu diagnosis penyakit, prosedur medis, dan masalah kesehatan lain dari sebuah kata menjadi sebuah kode yang berkombinasi dengan abjad maupun angka yang berfungsi untuk memudahkan dalam penyimpanan, retrieval dan analisis data. Koding merupakan sebuah proses yang kompleks serta membutuhkan pengetahuan mengenai tata cara koding sesuai dengan perangkat yang digunakan, anatomi, patofisiologi, persyaratan dokumentasi klinis, kebijakan dan regulasi serta standar. Hal ini membuat tantangan bagi para koder untuk melakukan telaah berkas rekam medis secara hati hati maupun menyeluruh agar dapat menentukan kode dengan tepat. (Anggraini *et al.*, 2017)

Koding sangat penting dalam jasa pelayanan informasi kesehatan. tujuan mengkode diagnosa untuk *me-retrieve* informasi guna kepentingan asuhan pasien, penelitian, peningkatan performasi pelayanan, perencanaan dan manajemen sumber data serta untuk proses *reimbursement* (pembayaran) yang sesuai dengan pelayanan kesehatan yang diberikan. selain itu untuk memastikan *medical necessity* dari pelayanan kesehatan.

2.6.2 Pengertian Diagnosa

Diagnosis utama adalah diagnosa yang ditegakkan oleh dokter pada akhir episode perawatan yang menyebabkan pasien mendapatkan perawatan atau pemeriksaan lebih lanjut (Menteri Kesehatan RI, 2016). Diagnosis sekunder adalah

diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode perawatan. Diagnosis sekunder merupakan kormobiditas atau komplikasi.

Dari pengertian diatas dapat diketahui bahwa diagnosis bukan hanya sekedar mengidentifikasi jenis dan karakteristiknya serta latar belakang dari suatu kelemahan tertentu, melainkan juga mengimplikasikan suatu upaya untuk meramalkan atau memprediksi kemungkinan dan menyarankan tindak pemecahannya. Diagnosis medis merupakan langkah awal yang dilakukan untuk menangani suatu penyakit. Seorang ahli kesehatan melakukan penentuan jenis penyakit yang diderita oleh pasien, menentukan diagnosis pasien tersebut sehingga dapat memberikan pengobatan yang tepat sesuai dengan jenis penyakit maupun gejala yang dialami, hal ini disebut dengan proses diagnosis. Suatu penyakit dapat dikenali dengan melihat ciri-ciri gejala klinis, seperti demam, maupun sakit kepala. Semua gejala yang dialami kemudian dibandingkan dengan pengetahuan mengenai ciri-ciri dari suatu penyakit yang dimiliki oleh ahli tersebut apabila terdapat kesamaan maka ahli tersebut dapat menentukan jenis penyakitnya.

2.6.3 Langkah Mengkoding Menggunakan ICD-10

- a. Mengidentifikasi tipe pernyataan yang akan dikode dan dilihat di buku ICD volume 3 (*Alphabetical Index*). Jika pernyataannya adalah penyakit atau cedera atau lainnya diklasifikasikan dalam bab 1 sampai 19 dan 20 sampai 21 (*Section I volume 3*). Jika pernyataannya adalah penyebab luar atau cedera diklasifikasikan pada bab 20 (*Section II volume 3*).

- b. Menentukan *Lead Term*. Untuk penyakit dan cedera biasanya adalah kata benda untuk kondisi patologis. Namun, beberapa kondisi dijelaskan dalam kata sifat atau eponym dimasukkan dalam index sebagai *Lead Term*.
- c. Membaca dan mengikuti semua catatan atau petunjuk dibawah *Lead Term*.
- d. Membaca setiap terminologi dalam tanda kurung setelah *Lead Term* (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan yang terdapat dibawah *Lead Term* (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum
- e. Mengikuti setiap petunjuk rujukan (“*see*” dan “*see also*”) yang ditemukan dalam indeks
- f. Mengecek ketepatan kode yang telah terpilih pada volume 1. Untuk kategori 3 karakter diikuti dengan tanda “*dash*” berarti terdapat karakter ke 4 yang harus ditentukan pada volume 1 karena tidak terdapat dalam indeks
- g. Membaca setiap *inclusion* atau *exclusion* dibawah kode yang dipilih dibawah bab, dibawah blok atau dibawah judul kategori
- h. Menentukan kode

2.7 Tinjauan Faktor Yang Mempengaruhi Keakuratan Kode Diagnosis

Dalam proses coding dipengaruhi oleh banyak faktor yang terkait, yaitu sebagai berikut:

- a. Tenaga medis

Tenaga medis atau dokter, merupakan pemberi pelayanan utama di rumah sakit serta bertanggung jawab atas kelengkapan dan kebenaran data klinis yang

tercantum dalam rekam medis. Data klinis berupa riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, perintah pengobatan, laporan operasi atau tindakan medis yang akan di koding oleh koder bagian rekam medis.

b. Kelengkapan berkas rekam medis

Kelengkapan berkas rekam medis mencerminkan mutu pelayanan di rumah sakit. Petugas rekam medis bertanggung jawab dalam kualitas berkas rekam medis untuk menjamin konsistensi dan kelengkapan isinya. Untuk menilai kelengkapan berkas rekam medis, dapat melihat bagian berkas rekam medis sebagai berikut:

- 1) Diagnosis utama, diagnosis pendukung, komplikasi maupun tindakan operasi yang ditulis secara benar dan lengkap pada lembar masuk dan keluar sesuai dengan temuan dan pelayanan yang telah diberikan. Dokter harus mencantumkan tanggal serta tanda tangan sebagai bertun pertanggung jawaban terhadap pasien.
- 2) Laporan riwayat penyakit, pemeriksaan fisik maupun resume medis dalam keadaan benar dan lengkap berisi data penemuan positif maupun negatif yang telah di tuliskan tanggal serta tanda tangan dokter sebagai pertanggung jawaban terhadap pasien.
- 3) Catatan perkembangan pasien dibuat dengan sebenarnya keadaan pasien, serta memberikan gambaran kronologis dan analisis klinis keadaan pasien.
- 4) Hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang seperti CT Scan, X-ray photo, maupun USG dicatat secara benar dan lengkap dan dituliskan tanggal serta ditandatangani oleh petugas yang bersangkutan sebagai bentuk pertanggung jawaban kepada pasien,.

- 5) Tindakan medis maupun operasi harus ditulis secara benar dan lengkap serta dituliskan tanggal dan tanda tangan dokter yang melakukan.
- 6) Resume medis ditulis saat pasien pulang. Resume ini harus berisi mengenai penemuan, kondisi pada saat perawatan, keadaan saat keluar rumah sakit, saran maupun rencana pengobatan.

Sebelum melakukan koding petugas rekam medis harus mengkaji ulang data-data pasien yang telah tertulis di berkas rekam medis untuk memastikan bahwa yang tertulis sudah lengkap dan sesuai. Sehingga tidak terjadinya kesalahan dalam memberikan kode.

Penentuan kode merupakan salah satu hal penting dalam proses sistem pembayaran prospektif berbasis case-mix dimana keakurasian dan kelengkapan koding menentukan besaran klaim yang dibayarkan oleh asuransi kesehatan ke rumah sakit.

c. Kebijakan

Kebijakan rumah sakit diwujudkan dalam bentuk SK direktur, prosedur tetap maupun standar prosedur operasional yang akan menjadi acuan dalam pengisian berkas rekam medis untuk pelaksanaannya sesuai dengan peraturan dan perundangan yang berlaku.

d. Sarana dan prasarana

Sarana dan prasarana dalam mengkoding yaitu ATK, komputer dan printer, daftar tabulasi, formulir rekam medis, ICD 10th volume 1 dan 3, dan ICD 9.