

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 Rumah Sakit**

Berdasarkan (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015) tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit pada pasal 1 rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pada pasal 2 pedoman organisasi yang dilaksanakan di rumah sakit bertujuan untuk mewujudkan Rumah Sakit yang efektif, efisien, dan akuntabel dalam rangka mencapai visi dan misi Rumah Sakit sesuai tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*).

Rumah Sakit memiliki tugas dan fungsi berdasarkan (Undang-undang Nomor 25 Bab III Pasal 6 dan Pasal 7 tahun 2021) tentang tata kerja rumah sakit di lingkungan kementerian kesehatan yang bertugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, rumah sakit memiliki fungsi dan tugas yaitu:

- a. Penyusunan rencana, program, dan anggaran pelayanan kesehatan kepada pasien,
- b. Pengelolaan pelayanan medis, penunjang medis,
- c. Pengelolaan pelayanan non medis
- d. Pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan,
- e. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan,
- f. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan,
- g. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara,
- h. Pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia
- i. Pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat,
- j. Pengelolaan sistem informasi kesehatan,
- k. Melakukan pemantauan, evaluasi, pelaporan,

1. dan melaksanakan urusan administrasi rumah sakit.

## **2.1.2 Rekam Medis**

### **2.1.2.1 Pengertian Rekam Medis**

Rekam medis menurut (Permenkes No.24 tahun 2022) merupakan dokumen atau catatan yang berisikan data identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, serta pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien saat perawatan baik yang sudah pernah berobat, maupun pasien yang baru.

Menurut (Gemala Hatta, 2013) berpendapat bahwa, rekam medis adalah kumpulan beberapa fakta mengenai kehidupan seseorang tentang riwayat penyakit, pada keadaan sakit, pengobatan saat ini, dan saat lampau yang ditulis oleh praktisi kesehatan dengan upaya memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Jadi rekam medis ini penting karena didalamnya berisi informasi tentang riwayat kesehatan pasien sebelumnya, perencanaan pengobatan, dan pengelolaan pelayanan fasilitas kesehatan yang telah diberikan arahan dasar untuk menentukan penanganan terbaik pada tindakan klinis lebih lanjut maupun tindakan medis yang lain yang diberikan oleh tenaga medis kepada pasien yang telah berobat.

### **2.1.2.2 Isi Rekam Medis**

Berdasarkan isi rekam medis menurut Manual Rekam Medis (2006) terdiri dari catatan, yang berisi uraian tentang identitas pasien, pemeriksaan pasien, diagnosis, pengobatan, tindakan dan 9 pelayanan lain baik dilakukan oleh dokter dan dokter gigi maupun tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kompetensinya, serta dokumen, merupakan kelengkapan penunjang medis, misalnya pada lembar penunjang medis seperti hasil pemeriksaan radiologi, hasil pemeriksaan laboratorium, hasil pemeriksaan darah, hasil pemeriksaan urine, dan lembar lain yang berkaitan dengan proses keakuratan pemberian kode diagnosis yang akurat.

Isi rekam medis sesuai (Permenkes No.24 tahun 2022) memuat paling sedikit atas:

- a. Identitas Pasien
- b. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang
- c. Diagnosis, pengobatan, dan rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan,
- d. Nama dan tanda tangan tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan.

### **2.1.2.3 Kegunaan Rekam Medis**

Kegunaan rekam medis secara umum adalah sebagai bukti perjalanan pada perkembangan penyakit pasien dan pengobatan yang telah diberikan, sebagai alat komunikasi diantara para tenaga kesehatan yang memberikan perawatan kepada pasien, sumber informasi untuk riset dan pendidikan, serta sebagai sumber untuk upaya dalam mengumpulkan data statistik (Pamungkas, 2010).

Menurut (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, tahun 2016) tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rumah Sakit di Indonesia pada pasal 15 dan 16, kegunaan rekam medis secara intinya adalah sebagai berikut:

- a. Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga ahli lainnya yang ikut mengambil bagian didalam proses pemberi pelayanan, pengobatan, dan perawatan pasien
- b. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien
- c. Sebagai bukti tertulis maupun terekam atas segala 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 pertanggungjawaban dan laporan.

Adapun kegunaan rekam medis menurut Gibony (1991) dengan singkatan ALFRED, kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, yaitu:

1. Aspek Administrasi (*Administration*)  
Data dan informasi yang didapatkan dalam rekam medis dapat digunakan sebagai manajemen untuk melaksanakan fungsi pengelolaan pada sumber daya.
2. Aspek Hukum (*Legal*)  
Rekam medis dapat digunakan sebagai alat bukti pada hukum yang dapat melindungi pasien, provider (dokter,dokter gigi, perawat, dan tenaga kesehatan lain) serta pengelola dan pemilik sarana pelayanan kesehatan terhadap hukum yang mengatur.
3. Aspek Keuangan (*Financial*)  
Catatan informasi yang ada pada dokumen rekam medis dapat digunakan sebagai penelusuran terhadap berbagai macam penyakit yang dicatat untuk memprediksi pendapatan dan sarana pelayanan kesehatan yang telah diberikan.
4. Aspek Riset (*Research*)  
Dalam berkas rekam medis mempunyai nilai yang dapat digunakan sebagai penelitian, karena isi pada dokumen rekam medis menyangkut data/informasi yang didasarkan sebagai aspek penelitian dan berguna pada pengembangan ilmu pengetahuan kesehatan.
5. Aspek Pendidikan (*Education*)  
Dokumen rekam medis digunakan untuk manfaat pengembangan ilmu kesehatan.

#### 6. Aspek Dokumentasi (*Documentation*)

Rekam medis dapat digunakan sebagai dokumentasi karena catatan dari dokumen dapat menyimpan sejarah riwayat medis pasien/seseorang.

#### **2.1.2.4 Tujuan Rekam Medis**

Menurut (Peraturan Menteri Kesehatan RI, 2016:13), menyatakan bahwa tujuan rekam medis adalah sebagai penunjang tercapainya suatu tertib administrasi dalam upaya pada peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa adanya dokumen pendukung suatu sistem pengelolaan rekam medis dengan baik dan benar, tidak akan pernah terjadinya ketertiban administrasi di rumah sakit yang sebagaimana diharapkan. Sedangkan ketertiban administrasi merupakan salah satu faktor yang selalu menentukan upaya keberhasilan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

#### **2.1.2.5 Manfaat Rekam Medis**

Penyelenggaraan rekam medis menurut (Peraturan Menteri Kesehatan RI, 2006) memiliki manfaat sebagai berikut:

##### a. Pengobatan Pasien

Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan, dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.

##### b. Peningkatan Kualitas

Rekam medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk mencapai kesehatan masyarakat yang optimal dan goal.

##### c. Pendidikan dan Penelitian

Informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi

bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.

d. **Pembiayaan Berkas**

Rekam medis dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan yang dipakai sebagai bukti tertulis pembiayaan perawatan pasien.

e. **Statistik Kesehatan**

Sebagai bahan statistic pada dunia kesehatan, yang mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit-penyakit tertentu.

f. **Pembuktian Masalah Hukum, Disiplin, dan Etik Rekam Medis**

Merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hokum, disiplin dan etik.

#### **2.1.2.6 Resume Medis**

Menurut (Hatta,2017), informasi yang ada pada ringkasan riwayat pulang (*resume*) adalah ringkasan seluruh perawatan dan pengobatan pasien yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, perekam medis, dan wajib ditandatangani oleh dokter yang telah memberikan perawatan kepada pasien. Dalam (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 24 Tahun 2022) tentang Rekam Medis, isi resume medis itu harus dibuat oleh tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan kepada pasien. Isi yang ada pada dokumen ringkasan pulang atau resume medis sekurang-kurangnya memuat:

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.

Dibuatnya resume medis menurut (Departemen Kesehatan RI, 2006) tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis bertujuan:

- a. Menjamin kontinuitas pelayanan medik dengan kualitas yang tinggi dan dijadikan sebagai referensi yang sangat membantu bagi dokter yang menerima pasien apabila akan dirawat kembali di rumah sakit
- b. Menjadi bahan penilaian staf medis rumah sakit
- c. Memenuhi permintaan badan-badan resmi atau perorangan tentang klaim pembayaran tagihan perawatan seseorang pasien, misalnya dari Pimpinan Badan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (BPJS).
- d. Memberikan tembusan kepada sistem ahli yang memerlukan catatan tentang pasien yang sudah pernah berobat/dirawat.

### **2.1.3 Diagnosis**

Diagnosis adalah suatu prosedur yang hanya boleh dilakukan oleh dokter berguna untuk menetapkan suatu kondisi pasien dari hasil pertimbangan yang telah diberikan. Diagnosis bertujuan untuk menetapkan penyakit yang dialami pasien yang sudah melakukan tahapan pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang, dan beberapa pemeriksaan yang lain. Menurut Hatta(2011:140), pengertian diagnosis dibagi menjadi 2 yaitu:

#### **1. Diagnosis utama**

Kondisi utama adalah suatu diagnosis /kondisi yang menyebabkan pasien untuk memperoleh perawatan atau pemeriksaan, yang ditegakkan pada akhir episode pelayanan dan bertanggung jawab atas kebutuhan sumber daya pengobatannya.

#### **2. Diagnosis Sekunder, Komorbiditas, dan Komplikasi**

- a. Diagnosis sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode pelayanan.
- b. Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi pasien saat masuk dan membutuhkan pelayanan/asuhan khusus setelah masuk dan selama dirawat.

- c. Komplikasi adalah penyakit yang ditimbulkan dalam masa pengobatan dan memerlukan pelayanan tambahan sewaktu episode pelayanan, baik yang disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul sebagai akibat dari pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Menurut (Peraturan Menteri Kesehatan RI, 2006), penetapan diagnosis pasien merupakan kewajiban dokter, tidak boleh diubah oleh karenanya diagnosis yang ada pada resume penunjang medis harus diisi dengan lengkap, jelas, dan sesuai dengan panduan ICD 10. Sesuai dengan rekomendasi dari ICD 10, WHO menetapkan kategori-kategori diagnosis yang akan digunakan untuk memaparkan data morbiditas penyakit, khususnya di rumah sakit, yaitu:

a. *Principal Diagnosis*

Merupakan diagnosa utama yang dikaji, yang terutama bertanggung jawab menyebabkan *admission* pasien ke rumah sakit. WHO menetapkan batasan dari *principal diagnosis* ini karena ditentukan setelah dikaji (*determined after study*), menjadi alasan penyebab sesuai fakta *admission* masuk (*caused this particular admission*), dan menjadi arahan fakta terapi pengobatan tindakan lain-lain yang dilaksanakan (*focus of treatment*).

b. *Other Diagnosis*

Diagnosis lain, selain *principal diagnosis* yang menggambarkan suatu kondisi dimana pasien mendapatkan pengobatan, atau dimana dokter mempertimbangkan kebutuhan-kebutuhan untuk memasukkannya dalam pemeriksaan kesehatan lebih lanjut.

c. *Complication*

Suatu diagnosis tambahan (*additional diagnosis*) yang menggambarkan suatu kondisi akibat yang tidak diharapkan atau *misadventure* yang muncul setelah dimulainya observasi dan perawatan rumah sakit yang berpengaruh pada perjalanan pasien atau asuhan medis yang dibutuhkan.

#### **2.1.4 ICD-10 (International Statistical Classification Of Disease And Related Health Problem Tenth Revision)**

*The International Statistical Classification Of Disease And Related Health Problem Tenth Revision / ICD* menurut (Peraturan Menteri Kesehatan No.27 tahun 2014) Tentang Petunjuk Teknis sistem *Indonesia Case Base Group* (INA-CBG's) merupakan klasifikasi penyakit, cedera, gejala, sebab kematian, dan tanda penemuan abnormal yang diterbitkan oleh WHO (*World Health Organization*), ICD-10 terdiri dari 3 volume dan 21 BAB yaitu: Volume 1 yang berisi klasifikasi utama, Volume 2 berisi pedoman bagi pengguna ICD yang berguna untuk mengklasifikasikan penyakit dan masalah kesehatan lain pada rekam kesehatan vital, dan untuk ICD Volume 3 berisi indeks alfabetik bagi klasifikasi.

Klasifikasi kode penyakit oleh WHO (*World Health Organization*) bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang berpengaruh pada kesehatan. Pada tahun 1993 WHO (*World Health Organization*) menetapkan keharusan penggunaan klasifikasi penyakit revisi 10, *International Statistical Classification Of Disease And Related Health Problem Tenth Revision* (ICD-10). Namun di Indonesia ICD-10 baru ditetapkan untuk menggantikan ICD-9 sesuai aturan SK Menkes RI No.50/MENKES/KES/SK/I/1998 (Budi,2011).

Menurut WHO (*World Health Organization*) tahun 2004, ICD-10 adalah klasifikasi statistik, yang terdiri dari kode *alpha-numerik* yang berbeda menurut kategori, dimana kode tersebut menggambarkan konsep setiap penyakit. ICD telah mengalami beberapa kali revisi dan terakhir adalah revisi ke-11 yaitu (ICD-11). Namun rekam medis di Indonesia masih berlaku memakai ICD revisi ke-10 yaitu (ICD-10). Penggunaan ICD bertujuan untuk pelaksanaan pada proses perekaman yang sistematis. ICD juga digunakan untuk menerjemahkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lain kedalam bentuk kode *alpha-numerik* yang mudah untuk dicari, dianalisis untuk data, dan disimpan.

### 2.1.5 Koding (*Coding*)

Koding klinis atau koding medis adalah suatu kegiatan yang mentransformasikan diagnosis penyakit, prosedur medis, dan masalah kesehatan yang lain dari kata-kata menjadi sebuah bentuk kode, yang disajikan dalam bentuk numerik atau alfanumerik, dengan bertujuan memudahkan penyimpanan, retrieval, dan analisis data (Mayang Anggraeni, Irmawati, Elise Garmelia, 2017).

Koding adalah pemberian pentapan kode dengan menggunakan huruf atau angka yang mempengaruhi komponen data dengan paduan kode klasifikasi penyakit menurut WHO (*World Health Organization*) yang bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. Keakuratan kode adalah penguraian dari pengodean yang dilakukan dengan cermat dan teliti sehingga menghasilkan suatu informasi yang akurat, benar, dan cepat (Kasanah dan Sudra, 2011).

Adapun langkah-langkah dalam mengkode juga harus sesuai langkahnya. Menurut Rahayu dan Setyowati, 2018 dibawah ini merupakan langkah-langkah dalam mengkode yaitu:

1. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode dan lihat pada indeks alfabet yang sesuai (jika pernyataan adalah penyakit atau cedera atau kondisi lain dapat diklasifikasikan pada chapter I-XIX atau XXI, rujuk pada seksi I indeks alfabet. Jika pernyataan adalah sebab luar dari cedera atau kejadian dapat diklasifikasikan pada chapter XX, jadi rujuk pada seksi II alfabet
2. Cari *lead term*. Untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda dari kondisi patologi. Walaupun ada beberapa kondisi menunjukkan suatu kata sifat atau eponym yang termasuk pada indeks
3. Baca dan ikuti catatan yang ada dibawah leadterm
4. Baca kata yang ada dalam parantheses setelah leadterm
5. Ikuti secara hati-hati *cross-references* (*see* dan *see also*) yang terdapat dalam indeks

6. Rujuk pada daftar tabulasi untuk kesesuaian nomer kode yang dipilih. Catatan kategori 3 karakter dalam indeks dengan *dash* dan posisi ke-4 berarti bahwa kategori 3 karakter dapat dilihat pada volume 3. Selanjutnya, perincian dapat dilihat dari posisi karakter tambahan yang tidak diindeks, jika digunakan dapat dilihat pada volume 3
7. Ikuti *inclusion* dan *exclusion* terma dibawah kode atau dibawah chapter, *block* atau diawal kategori
8. Tetapkan kode yang sesuai.

Berdasarkan prosedur tetap pelayanan rekam medis nomor dokumen 445/68/403.211/2009 tentang pemberian kode penyakit (ICD-10) bahwa agar pemberian kode penyakit lebih tepat, dapat juga membuka buku ICD-10 volume 1. Sedangkan menurut Hatta (2014) adanya *note inclusion* dan *exclusion* sangat mempengaruhi akurat dan tidaknya suatu kode tersebut. Sehingga apabila petugas koding tidak memperhatikan secara teliti kode tersebut pada ICD-10 volume 1 maka kode yang dihasilkan tidak akurat.

Adapun dalam melaksanakan kodefikasi menurut PERMENKES No.27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknik Sistem *Indonesia Case Based Group* (INA-CBG's) menyebutkan bahwa dalam melaksanakan kodefikasi tugas seorang dokter dan koder itu berbeda. Tugas dan tanggungjawab dokter adalah menuliskan diagnosis primer dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD 10 dan menuliskan seluruh tindakan/prosedur sesuai dengan ICD-9CM yang telah dilaksanakan serta membuat *resume* medis pasien secara lengkap dan jelas selama pasien dirawat di rumah sakit.

#### **2.1.6 Kelengkapan Informasi Penunjang Medis**

Untuk menunjang pelayanan kesehatan yang berkualitas serta menghasilkan informasi yang tepat dan akurat, tentu perlu ditunjang dengan kelengkapan informasi penunjang yang lengkap pada lembar formulir rekam medis. Apabila pada formulir rekam medis terjadi ketidaklengkapan informasi penunjang, maka akan mengakibatkan informasi pada rekam medis menjadi tidak tepat dan tidak akurat dan dapat menurunkan kualitas pada rekam medis (Wirajaya & Nurani, 2019).

Kelengkapan informasi penunjang medis yang terdapat dalam dokumen rekam medis (DRM), sangat diperlukan karena kesinambungan informasi medis untuk melihat diagnosis mana yang banyak menghabiskan pencarian selama episode perawatan pada rumah sakit, dan selanjutnya untuk dasar penetapan kode diagnosis utama dengan menggunakan ICD-10 (Wariyanti, 2014).

Kelengkapan informasi penunjang medis pada penulisan diagnosis dan kecepatan *coding* dari suatu diagnosis dipengaruhi oleh tulisan dokter yang tidak spesifik, yang tidak mudah untuk dibaca, dan kemampuan keterampilan petugas pengkodean yang memberi kode tersebut. Pengaruh hasil kode berasal dari petugas medis dan petugas rekam medis *coding*, petugas medis bertugas menetapkan diagnosis tanpa boleh diubah oleh siapapun, dan petugas rekam medis *coding* bertugas untuk memberikan kode diagnosis yang telah ditegaskan oleh petugas medis tanpa boleh merubahnya (Budi,2011).

### **2.1.7 Keakuratan Kode Diagnosis**

Keakuratan kode diagnosis menurut Hatta (2008) dalam (Amalia dkk, 2018) berguna untuk mengindeks pencatatan penyakit dan 19 tindakan di sarana pelayanan kesehatan, masukan bagi sistem pelaporan diagnosis medis, memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia layanan, bahan dasar dalam pengelompokan DRGs (*diagnosis related groups*) untuk system penagihan pembayaran biaya pelayanan, pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas, tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis, menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman, analisis pembiayaan pelayanan kesehatan, dan dasar penelitian klinik dan epidemiologi.

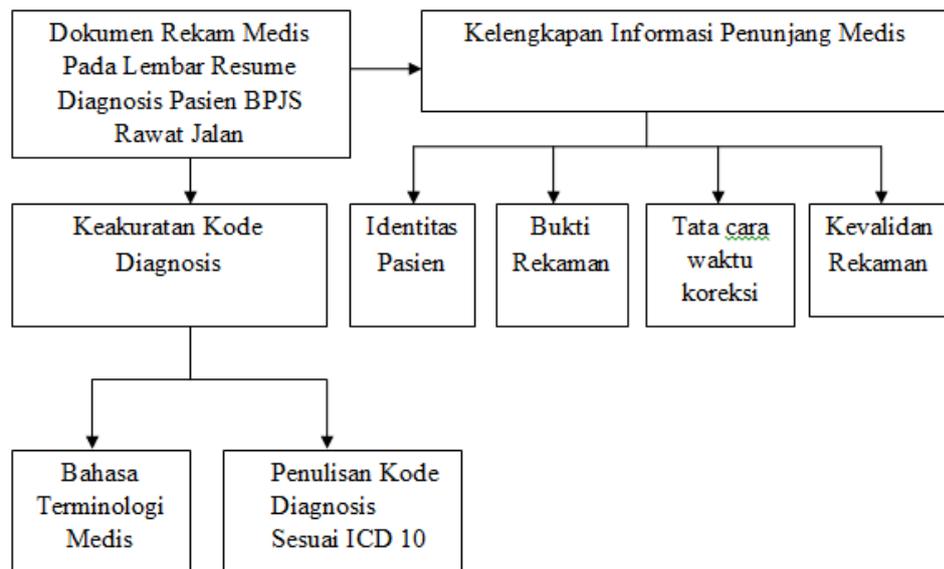
Kecepatan dan keakuratan pengkodean dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksana yang menangani rekam medis yaitu:

- a. Tenaga medis dalam menetapkan diagnosis,
- b. Tenaga perekam medis sebagai pemberi kode dan tenaga kesehatan lainnya.

Beberapa faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis dapat dilihat dari sisi eksternal dan internal. Dari sisi eksternalnya adalah diagnosis utama

yang tidak ditulis, penggunaan singkatan/ istilah-istilah baru, dan tulisan dokter yang sulit dibaca. Sedangkan dari faktor internalnya adalah petugas koding yang belum terlalu memahami cara mengkode, latar belakang petugas rekam medis, dan alat bantu (patologi anatomi atau peta anatomi tubuh), dan kamus kedokteran Dorland (Rohman, 2011).

## 2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

Pada kerangka konsep diatas dijelaskan bahwa dokumen rekam medis pada pasien BPJS Rawat Jalan yang tertera pada lembar resume penunjang medis yang dilakukan oleh petugas rekam medis untuk mengetahui kelengkapan informasi penunjang medis pada penulisan kode diagnosis yang meliputi identitas pasien, bukti rekaman, tata cara waktu koreksi, dan kevalidan rekaman. Dan juga untuk mengetahui keakuratan kode diagnosis pada pasien BPJS Rawat Jalan sesuai terminologi medis dan berdasarkan ICD 10.

### 2.3 Hipotesis

**H<sub>0</sub>** : Tidak ada pengaruh antara kelengkapan informasi penunjang medis terhadap keakuratan kode diagnosis pasien BPJS Rawat Jalan di RS TNI-AD Bhirawa Bhakti Kota Malang.

**H<sub>a</sub>** : Ada pengaruh antara kelengkapan informasi penunjang medis terhadap keakuratan kode diagnosis pasien BPJS Rawat Jalan di RS TNI-AD Bhirawa Bhakti Kota Malang.