

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang 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. Secara khusus, rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah sakit memiliki beberapa fungsi, antara lain : 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. Dalam upaya menyelenggarakan fungsinya, maka rumah sakit umum menyelenggarakan berbagai kegiatan, salah satunya adalah pelayanan penunjang medis dan nonmedis. Berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Nomor 77 Tahun 2015 Pasal 13 Ayat (2), unsur penunjang medis menyelenggarakan 5 (lima) fungsi, salah satunya adalah fungsi pengelolaan rekam medis.

Rekam medis adalah berkas berisi catatan dan dokumen tentang pasien yang berisi identitas, pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis lain pada sarana pelayanan kesehatan untuk rawat jalan, rawat inap baik dikelola pemerintah maupun swasta (Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008). Setiap pasien yang berobat ke rumah sakit pasti tidak terlepas dari catatan medis yang tertuang pada dokumen rekam medis pasien tersebut. Hal ini

digunakan sebagai pendokumentasian terhadap pelayanan yang sudah diberikan dari rumah sakit kepada pasien. Jika dilihat dari isi rekam medis sendiri, kelengkapan isi rekam medis harus 100% termasuk didalamnya pengisian kode diagnosa.

Rekam medis yang tidak lengkap, tidak akan cukup memberikan informasi untuk pengobatan selanjutnya jika pasien berobat kembali ke rumah sakit. Menurut Lubis (2009), faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis diantaranya sarana prasarana yang meliputi dokumen rekam medis, metode atau standar operasional prosedur, dan evaluasi yang berkelanjutan; faktor yang kedua adalah sumber daya tenaga kesehatan yang meliputi perilaku dokter, paramedis, dan petugas kesehatan lainnya; selain itu beban kerja petugas kesehatan juga memengaruhi ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis. Menurut Wuryandari (2013), hal yang dapat memengaruhi kelengkapan pengisian dokumen rekam medis meliputi : tersedianya form rekam medis yang baik, kejelasan format rekam medis, kesesuaian format dalam form rekam medis dengan hal-hal yang harus dicatat dalam pelayanan, ketersediaan waktu dalam pengisian rekam medis, serta pengetahuan yang cukup dalam mengisi dokumen rekam medis. Dokter yang merawat pasien wajib untuk bertanggungjawab terhadap kelengkapan dokumen rekam medis. Dalam prakteknya, dokumen rekam medis dapat saja diisi oleh tenaga kesehatan lainnya, namun dokter tetap bertanggungjawab terhadap pengisian dokumen rekam medis. Pada penelitian yang dilakukan oleh Hernandita Pritantyara dalam jurnal *REPOSITORY* Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta di Rumkit Tk.II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang, ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis disebabkan oleh keterbatasan waktu dokter.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 Tahun 2013 Pasal 13 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis, disebutkan bahwa seorang perekam medis mempunyai kewenangan untuk melaksanakan sistem klasifikasi klinis dan kodifikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai terminologi medis yang benar serta berkewenangan untuk melaksanakan evaluasi kelengkapan isi diagnosis dan tindakan sebagai

ketepatan pengkodean. Kelengkapan dalam pengkodean penyakit merupakan hal yang sangat penting untuk diperhatikan karena hasil kodefikasi tersebut berpengaruh pada laporan morbiditas dan mortalitas serta berpengaruh dalam penentuan rincian tagihan biaya pasien yang dirawat di rumah sakit.

Ketidaklengkapan pengisian kode diagnosa sebagai salah satu bagian dari pendokumentasian dokumen rekam medis menyebabkan informasi yang diperlukan untuk perawatan selanjutnya kurang lengkap. Tenaga kesehatan akan sulit dalam melakukan tindakan atau terapi sebelum mengetahui sejarah penyakit, tindakan atau terapi yang pernah diberikan kepada pasien yang terdapat di dalam berkas rekam medis. Selain itu, ketidaklengkapan pengisian kode diagnosa akan berdampak pada keefektifan pengelolaan data dan informasi pelayanan kesehatan tersebut serta akan terjadi keterlambatan pembuatan laporan oleh petugas untuk kepentingan rumah sakit.

Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 6 September 2021, pengelolaan manajemen rekam medis di Rumah Sakit Baptis Kediri sudah menggunakan *Electronic Medical Record* seluruhnya, bahkan untuk dokumen rekam medis sudah mulai beralih menggunakan sistem elektronik. Oleh karena itu, pengisian diagnosa beserta kode diagnosa diharapkan dapat diisi langsung oleh dokter. Namun karena dokter tidak berlatar belakang pendidikan rekam medis, maka seringkali dokter kesulitan dalam mengisi kode diagnosa pada rekam medis pasien sehingga ketidaklengkapan dokumen rekam medis pada bagian kode diagnosa tinggi. Ketidaklengkapan pengisian kode diagnosa di Rumah Sakit Baptis Kediri pada Bulan Agustus sebesar 52% dan kelengkapan pengisian kode diagnosa sebesar 48% dari 100 dokumen rekam medis yang seharusnya menurut Permenkes No. 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, indikator kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan adalah 100%.

Berdasarkan permasalahan tersebut, peneliti melakukan pembuatan Buku Saku Pedoman Pengisian Kode Diagnosa di Rumah Sakit Baptis Kediri. Tujuan utama dalam pembuatan buku saku pedoman pengisian kode diagnosa yaitu untuk memecahkan permasalahan ketidaklengkapan pengisian kode

diagnosa sehingga angka ketidaklengkapan pengisian kode diagnosa di Rumah Sakit Baptis Kediri akan mengalami penurunan bahkan tidak terjadi masalah ketidaklengkapan pengisian kode diagnosa kembali.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat perbedaan presentase ketidaklengkapan pengisian kode diagnosa sebelum dan sesudah pembuatan buku saku pedoman pengisian kode diagnosa?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis perbedaan ketidaklengkapan pengisian kode diagnosa sebelum dan sesudah penggunaan buku saku pedoman pengisian kode diagnosa di Rumah Sakit Baptis Kediri

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Membuat buku saku pedoman pengisian kode diagnosa
2. Mengukur ketidaklengkapan pengisian kode diagnosa sebelum menggunakan buku saku pedoman pengisian kode diagnosa di Rumah Sakit Baptis Kediri
3. Mensosialisasikan buku saku pedoman pengisian kode diagnosa
4. Mengukur ketidaklengkapan pengisian kode diagnosa sesudah menggunakan buku pedoman pengisian kode diagnosa di Rumah Sakit Baptis Kediri
5. Membandingkan ketidaklengkapan pengisian kode diagnosa antara sebelum dan sesudah menggunakan buku saku buku pedoman pengisian kode diagnosa di Rumah Sakit Baptis Kediri

1.4 Manfaat

1. Aspek teoritis (Keilmuan)

Penelitian ini diharapkan memberi kontribusi dalam meningkatkan pengetahuan tentang pengisian kode diagnosa sehingga dapat tercapai kelengkapan pengisian kode diagnosa yang sesuai target dan mencegah ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis.

2. Aspek Praktis (Guna Laksana)

Penelitian ini diharapkan menjadi sarana yang bermanfaat dalam mengimplementasikan pengetahuan peneliti tentang pengisian kode diagnosa. Melalui penelitian ini, diharapkan peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dapat terjadi melalui indikator kelengkapan pengisian kode diagnosa.