

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Dalam memberikan pelayanan kesehatan diharapkan rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang berkualitas. (Giyana, 2012), menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan yang baik secara umum berarti memiliki rekam medis yang baik pula. Berdasarkan pada Permenkes Nomor 24 tahun 2022 menyebutkan bahwa pada beberapa Negara maju, Badan Organisasi Akreditasi Rumah Sakit, menganggap bahwa rekam medis sangat penting dalam mengukur mutu pelayanan medis yang diberikan oleh rumah sakit beserta staf medisnya.

Salah satu tolak ukur untuk menentukan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah data atau informasi dari rekam medis yang baik dan lengkap. Indikator mutu rekam medis yang baik adalah kelengkapan isi, akurat, tepat waktu dan pemenuhan aspek persyaratan hukum. Oleh sebab itu dalam mengelola rekam medis, setiap rumah sakit selalu mengacu kepada pedoman atau petunjuk teknis pengelolaan rekam medis yang dibuat oleh rumah sakit yang bersangkutan. Pengelolaan rekam medis di rumah sakit adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya mencapai tujuan rumah sakit, yaitu peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dalam pengelolaan rekam medis untuk menunjang mutu

pelayanan bagi rumah sakit, pengelolaan rekam medis harus efektif dan efisien (Kemenkes,2022).

Dokumen rekam medis yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesis, penentuan fisik laboratorium, diagnosis, segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan tentang pengobatan, baik rawat inap, rawat jalan maupun pengobatan melalui pelayanan rawat darurat (Kemenkes, 2022) Pencatatan pada dokumen rekam medis di rumah sakit tentunya terdapat beberapa hal harus dipenuhi demi tercapainya kesesuaian data pasien. Ketentuan standar data yang telah ditetapkan untuk melakukan pengisian dokumen rekam medis pasien menurut Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Nomor:Hk.00.05.1.4.4.00744 tentang Penggunaan Klasifikasi Internasional Mengenai Penyakit Revisi Kesepuluh (ICD-10) di Rumah Sakit. ICD digunakan untuk menerjemahkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lainnya dari sebuah kata ke dalam sebuah kode alfanumerik. ICD berisikan daftar kata atau istilah medis yang telah diklasifikasikan menurut abjad. Ketentuan standar data lain yang telah ditetapkan, yaitu dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2016 Tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)*.

Bidang rekam medis memiliki bidang yang riskan sesuai dengan kompetensi seorang perekam medis berdasarkan pada Permenkes yakni kegiatan coding diagnosis penyakit yang tertuang pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan setiap tenaga kesehatan yang menjalankan praktik wajib memiliki Surat Tanda Registrasi (STR), dan Pasal 46 Ayat (1) setiap tenaga yang menjalankan praktik di bidang pelayanan kesehatan wajib memiliki izin. Pasal 58 Ayat (1) menyebutkan bahwa tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik wajib memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan penerima pelayanan kesehatan. Perekam Medis dan Informasi Kesehatan merupakan tenaga kesehatan yang wajib ada dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Perekam medis dan informasi kesehatan termasuk menjadi salah satu tenaga kesehatan yang wajib ada dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan yang dalam tugas nya terdapat bagian klasifikasi dan kodefikasi penyakit, dan masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis adalah kompetensi pertama Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan. sehingga hal tersebut menunjukkan bahwa Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan memiliki kompetensi untuk melakukan kegiatan pengkodean. (Novita, 2010)

Penentuan kode tindakan berdasarkan ICD 9 CM. Sebagaimana disebutkan dalam PerMenKes RI No. 27 Tahun 2016 Tentang Petunjuk Teknis Indonesian *Case Base Groups* (INA-CBGs) Bab I Koding INA-CBGs tentang Tugas dan Tanggung Jawab, bahwa diperlukan kerjasama yang baik

antara dokter dan koder. Dalam menentukan kode tindakan petugas rekam medis harus menentukan aturan dalam ICD 9 CM. Jika pengisian kode tindakan tidak akurat maka dapat menyebabkan kesulitan dan kekeliruan dalam proses pengindekan dan proses pelaporan serta penyajian statistik. Penentuan kode tindakan sangat ditentukan oleh kemampuan petugas coding dalam mengisi kode tindakan. Dalam pengkodean maka diperlukan suatu audit atau evaluasi coding. Audit pengkodean dilakukan agar proses dan hasil pengkodean yang dihasilkan akurat, tepat waktu sesuai dengan aturan, ketentuan kebijakan dan perundang-undangan yang berlaku

Menurut (Azwar, 2012) Kelengkapan rekam medis yang ditulis oleh dokter akan sangat membantu koder dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan/prosedur yang tepat. Maka dari, itu dapat disimpulkan bahwa penggunaan istilah medis mempunyai peran yang penting dalam proses pelaksanaan rekam medis di rumah sakit. Pemberian kode tindakan merupakan salah satu kewajiban petugas rekam medis.

Hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Sitoli Sumatera Barat menunjukkan bahwa kecepatan pelayanan rekam medis mempengaruhi proses pelayanan pasien secara keseluruhan dengan tingkat korelasi $p=0,76$ (kategori sangat kuat), sedangkan di Rumah Sakit di Jawa Tengah 77% memiliki pelayanan rekam medis yang lambat dan tidak akurat sehingga mempengaruhi pelayanan kesehatan yang diberikan secara keseluruhan. Pelayanan rekam medis yang seharusnya berfungsi untuk mendukung proses keperawatan pasien di rumah sakit seringkali menjadi faktor penghambat. Kondisi ini disebabkan karena kualitas pelayanan yang

diberikan masih kurang dalam aspek keandalannya, waktu pelayanan, sikap dalam pelayanan, sarana dan prasarana, maupun ketepatan dalam pencatatan dan pengelompokan pada saat data klien disimpan. Kondisi ini menyebabkan proses pencarian riwayat pasien menjadi sulit dan lambat sehingga tindakan keperawatan yang diberikan dapat terlambat (Reny N, 2023). Adapun penelitian di RSUD Kanjuruhan selama ini belum pernah dilakukan

RSUD Kanjuruhan melakukan upaya perbaikan mutu dengan ikut serta dalam mengikuti akreditasi pada bulan November dengan predikat “LULUS PARIPURNA” dengan memenuhi beberapa standart dalam elemen penilaiannya yang salah satu standart penilaian bidang manajemen rumah sakit pada unit rekam medis terdapat standar MIRM 9. Berdasarkan studi pendahuluan pada bulan November 2022 di RSUD Kanjuruhan ditemukan 965 dokumen mengenai ketidaklengkapan dan keakuratan kode tindakan medis pada pasien rawat inap. Sehingga perlu bagi penulis untuk meneliti dan meninjau kembali hal tersebut.

Berdasarkan permasalahan tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait analisis kegiatan kelengkapan dan keakuratan kode tindakan medis rawat inap. Pada RSUD Kanjuruhan kunjungan rawat inap dalam kurun waktu 3 bulan yakni dari bulan Juli 951 kunjungan, Agustus 1.091 kunjungan dan September dengan 1.128 kunjungan dengan total nilai kunjungan rawat inap 3.170 yang berarti terdapat 3.170 dokumen rekam medis dengan banyaknya jumlah tindakan tersebut perlu adanya peningkatan mutu untuk meningkatkan keakuratan kode Tindakan sehingga tidak menimbulkan kerugian saat klaim dengan menilai lengkap dan tidak

lengkapnya kode tindakan medis serta akurat dan tidak akuratnya kode tindakan medis yang diberikan petugas pada lembar observasi. Dengan demikian penulis tertarik untuk meneliti kelengkapan dan keakuratan kode tindakan medis pasien rawat inap di RSUD Kanjuruhan.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijabarkan oleh peneliti, maka rumusan masalah yang dipaparkan adalah Bagaimana kelengkapan dan keakuratan kode tindakan di RSUD Kanjuruhan?

C. Tujuan Umum

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk mengidentifikasi kelengkapan dan keakuratan kode tindakan berdasarkan ICD 9 CM di RSUD Kanjuruhan.

D. Tujuan Khusus

Penelitian ini secara khusus bertujuan :

- a. Mengkaji kelengkapan kode tindakan medis rawat inap berdasarkan ICD 9 sCM di RSUD Kanjuruhan
- b. Mengkaji keakuratan kode tindakan medis rawat inap di RSUD Kanjuruhan

E. Manfaat Penelitian

Penelitian ini setelah didapatkan hasil berharap dapat memberikan manfaat sebagai berikut :

- a. Bagi Rumah Sakit

Dapat digunakan untuk bahan evaluasi dan bahan pertimbangan dalam meningkatkan kualitas pelayanan dan pengkodean untuk kedepannya, dapat

mengevaluasi dan meningkatkan pendokumentasian dan pemilihan kode Tindakan yang tepat sehingga lebih menyempurnakan tindakan pelayanan yang berkualitas.

b. Bagi Peneliti

Memperoleh pengetahuan wawasan dan pengalaman baru yang berharga dalam melakukan penelitian di rumah sakit sekaligus memenuhi tugas akhir serta sebagai masukan bagi peneliti lain yang ingin mendalami faktor-faktor yang mempengaruhi dan/atau melatarbelakangi keakuratan pemilihan kode Tindakan Pasien rawat inap di Rumah Sakit.

c. Bagi Lembaga Pendidikan

Dapat menambah referensi baru untuk perpustakaan, mahasiswa, peneliti berikutnya dalam melakukan penelitian, serta civitas akademik pada umumnya.