

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Setiap tahun jutaan manusia meninggal karena beragam penyakit. Kondisi tersebut juga dialami oleh Indonesia. Indonesia mengalami peningkatan dalam prevalensi penyakit tidak menular dan menjadi penyebab kematian tertinggi masyarakat Indonesia (Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), 2018). Upaya kesehatan dengan meningkatkan kesehatan setiap kegiatan yang bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Sarana kesehatan berfungsi untuk melakukan upaya kesehatan dasar, kesehatan rujukan dan atau upaya kesehatan penunjang. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Upaya kesehatan inipun berlaku bagi penderita Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) (KMK Nomor HK.01.07/MENKES/624/2017 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Penyakit Ginjal Tahap Akhir, 2017)..

Morbiditas dan mortalitas pasien PGTA masih tinggi, dengan angka mortalitas sekitar 22%. Sejak tahun 2007, jumlah pasien *hemodialisa* terus meningkat (4977 pasien) hingga tahun 2013 (15.128 pasien). Hingga tahun 2013 pengelolaan PGTA dalam bentuk HD sebanyak 78%, CAPD 3% dan transplantasi ginjal 16% (KMK Nomor HK.01.07/MENKES/624/2017 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Penyakit Ginjal Tahap Akhir, 2017).

Sistem informasi kesehatan saat ini sudah menggunakan sistem komputerisasi yang memudahkan dalam proses pengolahan data dan

informasi kesehatan untuk mendukung manajemen kesehatan dalam rangka peningkatan mutu pelayanan, serta semua orang dengan mudah mendapatkan informasi kesehatan. Berdasarkan ketentuan pasal 52 ayat (1) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, setiap rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan rumah sakit dalam bentuk Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIRS) (UU Nomor 44, 2009). Setiap rumah sakit memperoleh kewajiban dari Kementerian Kesehatan untuk membuat laporan rutin, salah satunya adalah laporan Formulir RL 4a (Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Inap Rumah Sakit) yang didasarkan dari rekam medis (Juknis SIRS, 2011). Rumah sakit dalam memberikan pelayanan harus tetap meningkatkan mutu terhadap pelayanan yang diberikan. Sehingga, rumah sakit melakukan audit kualitatif untuk melihat konsistensi dengan menggunakan 6 komponen diantaranya yaitu *Review for complete and consistent diagnostic*, *Review for Entry Consistency*, *Review for description & justification of course of treatment*, *Review for recording informed consent*, *Review for documentation practices*, dan *Review for potentially compensable events* (Modul Manajemen Mutu Informasi Kesehatan Pendokumentasian Rekam Medis, 2018).

Pengisian laporan SIRS mengacu pada pedoman sistem informasi rumah sakit sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Pelaporan SIRS terdiri dari pelaporan yang bersifat terbarukan setiap saat (*update*) dan pelaporan yang bersifat periodik. Jenis pelayanan rawat inap disuatu rumah sakit diisi dengan jenis pelayanan yang diberikan pada pasien. Pelayanan rawat inap disuatu rumah sakit mempunyai tingkatan pelayanan yang diperinci menurut kelas perawatan. Kelas perawatan tersebut ditentukan oleh masing-masing rumah sakit dan untuk standarisasi berbagai kelas telah diadakan pengelompokan kelas perawatan (Permenkes Nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit, 2011).

Rekapitulasi data yang harus dikirimkan sesuai dengan pedoman sistem informasi rumah sakit, yaitu terdapat data dasar rumah sakit (RL1), data keadaan tenaga rumah sakit (RL2), data kegiatan pelayanan rumah sakit (RL3), data morbiditas dan mortalitas (RL4), dan data kegiatan pelayanan rumah sakit (RL5). Pengelompokan jenis penyakit yang terdapat pada formulir RL4a disusun menurut pengelompokan jenis penyakit sesuai dengan daftar tabulasi dasar KIP/10 dan penambahan kelompok DTD pada gabungan sebab sakit. Terdapat 19 kelompok DTD dari 489 kelompok menjadi 508 kelompok (Permenkes Nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit, 2011). Pengisian formulir RL4 pengkodean harus dilakukan secara konsisten dan akurat sesuai dengan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*).

Rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan yang telah diberikan. Pendokumentasian rekam medis dari pencatatan hingga pelaporan harus dilakukan secara akurat setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan. Perekam medis mempunyai tugas dan kewenangan sesuai Permenkes Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis melaksanakan sistem klasifikasi klinis dan kodifikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai terminologi medis yang benar, melaksanakan indeks dengan cara mengumpulkan data penyakit, kematian, tindakan dan dokter yang dikelompokkan pada indeks, dan melaksanakan sistem pelaporan dalam bentuk informasi kegiatan pelayanan kesehatan. Dalam standar profesi disebutkan salah satu kompetensi perekam medis, yaitu keterampilan klasifikasi klinis, kodifikasi penyakit dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/312/2020 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, 2020).

Tugas dan tanggung jawab seorang koder, yaitu melakukan kodifikasi diagnosis dan tindakan/prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien sesuai dengan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*) Versi Tahun 2010 untuk diagnosis dan ICD-9-CM (*International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification*) Versi Tahun 2010 untuk tindakan/prosedur yang bersumber dari rekam medis pasien. Pengodean diagnosis atau tindakan/prosedur koder menemukan kesulitan ataupun ketidaksesuaian dengan aturan umum pengodean, maka koder harus melakukan klarifikasi dengan dokter (Permenkes Nomor 26 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG)* Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan, 2021).

Studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Sumber Hurip, peneliti mendapat informasi bahwa pada dokumen rekam medis pasien terdapat formulir ringkasan masuk dan keluar dan *resume* medis. Selain itu, laporan morbiditas dan mortalitas di Rumah Sakit Sumber Hurip telah sesuai dengan juknis SIRS 2011. Berdasarkan laporan tersebut dapat diketahui informasi 10 besar penyakit. Rumah Sakit Sumber Hurip memiliki pelayanan unggulan pada kasus urologi. Berdasarkan latar belakang masalah tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Konsistensi Penulisan Diagnosis dan Kodefikasi Penyakit Urologi Dalam Rekam Medis Manual di Rumah Sakit Sumber Hurip”.

B. Rumusan Masalah Penelitian

Berdasarkan latar belakang masalah yang dikemukakan diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu “Bagaimana konsistensi penulisan diagnosis dan kodefikasi penyakit urologi dalam rekam medis manual di Rumah Sakit Sumber Hurip?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk memperoleh informasi terkait konsistensi penulisan diagnosis dan kodefikasi penyakit urologi dalam rekam medis manual di Rumah Sakit Sumber Hurip.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui konsistensi penulisan diagnosis keluar pasien penyakit urologi yang tercatat pada dokumen rekam medis pasien di Rumah Sakit Sumber Hurip tahun 2022.
- b. Mengetahui konsistensi kode berdasarkan diagnosis keluar pasien penyakit urologi yang tercatat pada dokumen rekam medis pasien di Rumah Sakit Sumber Hurip tahun 2022.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sarana atau bahan masukan bagi rumah sakit dalam melakukan penulisan diagnosis dan kodefikasi harus konsisten sehingga dapat meningkatkan sarana mutu rumah sakit.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber pustaka baru terkait penelitian konsistensi penulisan diagnosis dan kodefikasi penyakit pada rekam medis manual.

3. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan wawasan dan pengetahuan peneliti terkait konsistensi penulisan diagnosis dan kodefikasi penyakit, menjadi referensi dan bahan acuan bagi peneliti lainnya yang akan melakukan penelitian yang serupa, serta menjadi bahan motivasi dan pengembangan diri.

E. Keaslian Penelitian

Peneliti memilih 6 (enam) jurnal penelitian terlebih dahulu dan beberapa penelitian serupa sebagai bukti keaslian penelitian yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 1.1 Penelitian Terdahulu

Peneliti	Judul Peneliti	Metode Penelitian	Variabel Penelitian	Letak Perbedaan
Ivana Putri Risyanti dan Syafira Atikah Yudianti (2020)	Pengaruh ketepatan kodefikasi penyakit terhadap validasi laporan rawat jalan di RS X	Penelitian analitik observasiona l dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Ketepatan kodefikasi	Membahas keakuratan kode diagnosis pasien rawat jalan
Dyah Ernawati dan Laurensia Rossandra (2019)	Kelengkapan Informasi Medis Dalam Penetapan Kode Morbiditas , Pada Kasus <i>Chronic Kidney Disease</i> di Rumah Sakit Panti Wiloso Dr Cipto Semarang	Deskriptif kuantitatif	Kelengkap an informasi medis	Jenis penelitian deskriptif kuantitatif dan variabelnya kelengkapan informasi medis
Marisa Yunus, Agus Donny	Efektivitas Penerapan Formulir <i>Incomplete</i>	<i>Pre experimental designs</i> dengan <i>one</i>	Kelengkap an informasi medis dan	Jenis metode penelitian menggunakan

Peneliti	Judul Peneliti	Metode Penelitian	Variabel Penelitian	Letak Perbedaan
Susanto, Ni Made Diaris (2020)	<i>Medical Record</i> Terhadap Kelengkapan Informasi Medis Dalam Mendukung Keakuratan Kode Diagnosis <i>Diabetes Mellitus</i> dan Keakuratan Laporan Morbiditas di RSUD Arifin Acchmad Provinsi Riau	<i>group pretest-postest design</i>	keakuratan kode diagnosis	an metode eksperimen tal
Khomsatul Nikmatul Fajri, Sri Sugiarsi, Bambang Widjokong ko (2014)	Manajemen Data Morbiditas Pasien Rawat Inap (RL 4a) di RSUD Kota Surakarta Triwulan I Tahun 2013	Deskriptif kualitatif	Manajemen data morbiditas	Jenis metode penelitian adalah deskriptif kualitatif
Linda Widyaningrum (2015)	Ketepatan Reseleksi Diagnosa dan Kode Utama	Analitik korelasi	Keakuratan kode diagnose	Jenis metode penelitian adalah

Peneliti	Judul Peneliti	Metode Penelitian	Variabel Penelitian	Letak Perbedaan
	Berdasarkan Aturan Morbiditas Pembiayaan Jaminan Kesehatan INA-CBGS			analitik korelasi
Yeni Tri Utami (2017)	Hubungan Konsistensi Penulisan Diagnosis Utama Pada Lembar RM 1 dan <i>Resume</i> Keluar Dengan Akurasi Pemilihan Kode Pada Kasus Persalinan di RSUD Kota Surakarta	Analitik dengan pendekatan <i>retrospektif</i> .	Konsistensi penulisan diagnosis utama pada lembar RM 1 dan <i>resume</i> keluar	Hanya meneliti konsistensi penulisan diagnosis bukan kode diagnosis