

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit didefinisikan sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan tersebut merupakan proses yang dilakukan terhadap pasien untuk kesembuhan pasien. Proses pelayanan tersebut perlu di catat serta di dokumentasikan dan rekam medis menjadi bukti utama (Hatta, 2022).

Rekam Medis berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Data tersebut akan didokumentasikan oleh setiap tenaga kesehatan pemberi pelayanan dimulai dari pasien datang hingga pasien keluar. Setiap isi rekam medis tersebut menjadi salah satu alat komunikasi bagi setiap tenaga kesehatan pada proses pelayanan pasien. Rekam medis terdiri dari dua versi dan salah satunya yaitu rekam medis elektronik.

Rekam Medis Elektronik berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis merupakan Rekam Medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan Rekam Medis. Pelayanan pencatatan yang semula tradisional lambat laun akan digantikan dengan rekam medis versi elektronik dengan isi rekam medis yang masih sama. Peraturan tersebut juga memberikan informasi bahwa setiap fasilitas kesehatan wajib mengimplementasikan rekam medis elektronik paling lambat 31 Desember 2023, artinya pencatatan dan pelaporan akan mengalami proses peralihan menjadi elektronik.

Pasal 52 Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, menyatakan bahwa setiap Rumah Sakit wajib melaksanakan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan Rumah Sakit dalam bentuk Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. Rekam medis yang telah elektronik

tentunya memudahkan dalam pelaporan yang diharuskan dalam bentuk sistem. Informasi yang dilaporkan oleh rumah sakit bervariasi, salah satunya pelaporan data kematian.

Laporan data kematian (mortalitas) bukan hanya sekedar informasi yang perlu dilaporkan, namun tentunya harus memiliki kualitas data yang mumpuni khususnya sebagai acuan dalam pengambilan keputusan. Menurut Departemen Kesehatan RI (2008), data penyebab kematian dapat menjadi dasar pengkajian dalam pengambilan keputusan dalam upaya mencegah kasus atau penyakit yang mematikan agar status kesehatan masyarakat meningkat (Nuryati & Hidayat, 2014). Kualitas data mortalitas tentunya dipengaruhi oleh sumber utama dari data mortalitas itu sendiri.

Sumber utama data mortalitas adalah sertifikat kematian atau berdasarkan *ICD-10* disebut dengan Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK). Informasi yang berkaitan dengan kematian dapat ditemukan dari penyelenggara kesehatan atau pada kasus kematian seperti kecelakaan, kekerasan, dan lain sebagainya (Hatta, 2022). Selain sebagai sumber data utama mortalitas, sertifikat ini juga menunjang pelaporan kematian dan penyebab kematian yang harus dilaksanakan oleh dinas kesehatan bersama fasilitas kesehatan berdasarkan Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2010 tentang Pelaporan Kematian dan Penyebab Kematian.

Hatta (2022) menyatakan bahwa setiap rumah sakit di Indonesia sejatinya belum menerapkan sertifikat kematian sebagai data utama untuk data mortalitas dan juga belum menerapkan sertifikat kematian berdasarkan format *World Health Organization* (WHO). Hal tersebut tentunya mempengaruhi pelaporan data mortalitas yang belum diatur berdasarkan penyebab kematian atau *cause of death* (CoD). Selain itu, rumah sakit yang menerapkan sertifikat ini pun masih belum akurat dalam proses pengisian penyebab kematian.

Perlu diketahui, berdasarkan *ICD-10* atau lebih kita kenal dengan ICD-10, pada volume 2 terdapat keterangan bahwa pada bagian I SMPK tidak di isi dengan istilah-istilah cara kematian seperti gagal jantung atau gagal nafas, melainkan berkaitan dengan penyakit atau komplikasi akibat cedera. Adeyinka

& Bailey (2022) menyatakan bahwa proses fisiologis gagal napas atau gagal jantung tidak menjelaskan kejadian sebelum kematian. Berdasarkan alasan tersebut, dokter disarankan tidak memakai terminologi seperti henti jantung, henti pernapasan, henti jantung dan paru, serta usia tua. Cara kematian seperti henti napas dan henti jantung tidak memberi informasi akurat bagi penanggungjawab program kesehatan dan alangkah baiknya dihindari (Nuryati & Hidayat, 2014).

Temuan saat ini didapat dari hasil penelitian dari salah satu rumah sakit tersier yang terdapat di Bandung tentang tingkat pengetahuan dan keterampilan dokter dalam mengisi kolom penyebab kematian berdasarkan standar WHO, dari jumlah 142 kesalahan penulisan penyebab kematian yang ditemukan, sebagian besar kesalahan (75,4%) terjadi pada penulisan kondisi akhir dimana masih banyak yang mencantumkan henti napas, gagal napas, henti jantung, *aritmia* dan fibrilasi ventrikel (Windasari et al., 2019). Penelitian lain juga melakukan analisis pengetahuan dokter yang sedang menempuh program pendidikan dokter spesialis di RSUP Sanglah terkait pengisian kolom penyebab kematian, di dapat hasil dari 740 kesalahan mayor, sebanyak 37.43% merupakan diagnosis yang di isikan tidak spesifik layaknya henti nafas dan henti jantung (Nathania et al., 2022).

Penelitian Karolina et al (2017) melakukan identifikasi terhadap rekam medis pasien meninggal di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Hasan Sadikin Bandung. Hasil dari identifikasi rekam medis pasien meninggal sebanyak 90, terdapat 25 rekam medis yang tidak dilengkapi dengan penulisan sebab kematian. Terdapat 50 berkas rekam medis dari total 90 yang ditinjau masih terjadi ketidaksesuaian pengisian sebab kematian berdasarkan standar ICD-10. *Cause of death (CoD)* mencantumkan kondisi akhir sebelum kematian, misalnya henti jantung (*Cardiac Arrest*), gagal napas (*Respiratory Failure*), *Respiratory Distress Syndrome*, Syok, *Multiple Organ Dysfunction*, dan *Acute Liver Failure*.

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo adalah rumah sakit umum yang ada di Kota Tasikmalaya dengan klasifikasi Kelas B Non Pendidikan dengan akreditasi paripurna. Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada tanggal

10 Januari 2023, rumah sakit ini menjadi salah satu yang menggunakan formulir penyebab kematian bagi pasien yang meninggal. Penggunaan formulir penyebab kematian digunakan sebagai data untuk melengkapi informasi medis pada ringkasan masuk dan keluar. Selain itu, informasi penyebab kematian digunakan jika berkaitan dengan keperluan hukum.

Studi pendahuluan selanjutnya dilakukan identifikasi terhadap 20 berkas, ditemukan 3 berkas tanpa kondisi cara kematian yang dilaporkan, 7 berkas dengan cara kematian dilaporkan sebagai penyebab kematian namun disertai dengan kondisi dibawahnya, dan 10 berkas terdapat kesalahan karena hanya melaporkan cara kematian sebagai penyebab kematian. Kesalahan dalam penentuan penyebab kematian yaitu hanya dicatatnya cara kematian sebagai penyebab kematian dan ditemukan seperti kondisi *Cardiac Arrest*, *Cardiac Failure*, *Cardiorespiratory Arrest*, dan *Respiratory Failure* yang dicatat pada bagian I. Selain itu, terdapat kesalahan pada 5 rekam medis berkaitan dengan penulisan lebih dari satu kondisi pada satu baris. Kesalahan tersebut perlu diperbaiki dan diminimalisasi.

Penelitian Ilhamsyah & Setyonugroho (2020) menyatakan bahwa untuk mengurangi kelalaian yang terjadi, salah satunya dengan memanfaatkan teknologi dan informasi. Menurut Putri et al (2020) risiko terjadinya kesalahan manusia masih cukup tinggi dalam pengelolaan data rekam medis, sehingga perancangan sistem elektronik diperlukan guna meningkatkan pengarsipan yang lebih baik dan meminimalkan terjadinya kesalahan. Perancangan formulir elektronik diharapkan dapat meningkatkan kualitas pendokumentasian dan pencatatan untuk penyebab kematian. Informasi penyebab kematian yang digunakan dalam keperluan hukum, tentu harus memiliki informasi yang jelas dan spesifik. Perancangan ini pun diharapkan dapat mempermudah proses administrasi pasien meninggal yang semula dilakukan secara manual. Peralihan rekam medis menjadi elektronik salah satu faktor bahwa informasi penyebab kematian harus tetap terakomodasi meski dalam bentuk elektronik.

Latar belakang serta masalah tersebut memberikan dorongan kepada peneliti untuk melakukan penelitian dengan judul “Perancangan Formulir

Elektronik Sertifikat Medis Penyebab Kematian Berdasarkan ICD-10 Edisi 2010 di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya Tahun 2023”

B. Rumusan Masalah Penelitian

Adapun rumusan masalah yang dirumuskan yaitu “Bagaimana Perancangan Formulir Elektronik Sertifikat Medis Penyebab Kematian di Rumah Sakit?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini memiliki tujuan umum untuk merancang Formulir Elektronik Sertifikat Medis Penyebab Kematian di Rumah Sakit.

2. Tujuan Khusus

Penelitian ini memiliki tujuan secara khusus, yaitu sebagai berikut.

- a. Mengetahui alur prosedur penggunaan sertifikat medis penyebab kematian di rumah sakit;
- b. Menganalisis permasalahan penggunaan Sertifikat Medis Penyebab Kematian di Rumah Sakit;
- c. Mengidentifikasi kebutuhan pengguna sertifikat medis penyebab kematian di Rumah Sakit; dan
- d. Merancang *prototype* formulir elektronik sertifikat medis penyebab kematian.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Manfaat Teoritis yang diharapkan dari penelitian ini yaitu:

- a. Memberikan gambaran tentang alur prosedur penggunaan Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) di Rumah Sakit;
- b. Mampu merancang dan memberikan gambaran SMPK dalam bentuk formulir elektronik.

2. Manfaat Praktis

Manfaat praktis yang dapat diperoleh dari penelitian ini yaitu:

- a. Bagi institusi, hasil penelitian ini dapat menjadi sumber rujukan berkaitan dengan formulir elektronik Sertifikat Medis Penyebab kematian Berdasarkan ICD-10;
- b. Bagi rumah sakit, penelitian ini dapat membantu rumah sakit dalam melakukan pencatatan penyebab kematian dengan menggunakan formulir elektronik Sertifikat Medis Penyebab Kematian;
- c. Bagi peneliti, sebagai pengembangan pengetahuan peneliti dalam perancangan formulir elektronik Sertifikat Medis Penyebab Kematian.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian

No	Nama Peneliti	Judul	Persamaan	Perbedaan
1	Zulfatly, Alfauzain. Vol 2, <i>Administration and Health Information</i> , (2021)	<i>Literature Review</i> Aplikasi Sertifikat Kematian Elektronik	Memiliki topik yang sama yaitu tentang sertifikat kematian	Hanya membahas tentang perancangan sertifikat kematian elektronik berdasarkan studi literatur
2	Rizkita, Sabila. Dkk. Volume 1 Nomor 10, Jurnal Ilmiah Indonesia, (2021)	Perancangan Sistem Informasi Keterangan Kematian di Rumah Sakit Bhayangkara Sartika Asih	Memiliki topik yang sama dengan penelitian ini Metode penelitian yang digunakan yaitu kualitatif deskriptif.	Perancangan berfokus pada surat keterangan kematian saja. Metodologi Pengembangan sistem menggunakan <i>waterfall</i>
3	Nuraini, Ina. Dkk. Volume 1 Nomor 4, <i>Journal of Inovation Research and knowledge</i> . (2021)	Perancangan Sistem Informasi Sertifikasi Kematian Pasien Rawat Inap Berbasis Web di RSUD Koja Jakarta	Membahas tentang perancangan yang berkaitan dengan sertifikat kematian. Metode penelitian kualitatif	Merancang sistem informasi untuk pelaporan sertifikasi kematian secara umum. Metode pengembangan sistem menggunakan <i>waterfall</i>