

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit menyatakan bahwa, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam pelaksanaannya sebagai pemberi pelayanan kesehatan, rumah sakit harus menyelenggarakan pengelolaan rekam medis yang baik.

Menurut Ismainar (2015) Rekam medis merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesa, diagnosis, pengobatan, tindakan, dan pelayanan penunjang yang diberikan kepada pasien selama mendapat pelayanan di unit rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat serta catatan yang juga harus dijaga kerahasiaannya. Rekam medis juga merupakan sumber informasi tentang pasien yang datang berobat ke rumah sakit yang harus diisi lengkap 100% sesuai dengan Kepmenkes RI 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Salah satu data yang penting dalam pengelolaan rekam medis yang baik ialah pemberian kode diagnosis pasien atau biasa disebut dengan pengkodean (*coding*), kode tersebut digunakan sebagai acuan dalam penentuan besar biaya kesehatan. Petugas rekam medis harus mampu melakukan tugas dalam memberikan pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan yang bermutu termasuk dalam melakukan koding penyakit sesuai dengan aturan yang ada yaitu sesuai dengan Kepmenkes RI No. HK.01.07/MENKES/312/2020 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan.

Menurut Hatta (2013) Pengkodean (*coding*) adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data. Ketepatan kode menjadi tanggung jawab petugas rekam medis dimana kegiatan pengkodean meliputi pemberian kode diagnosis dan

kode tindakan medis. Hal penting yang harus diperhatikan oleh perekam medis ialah keakuratan pemberian kode diagnosis pasien (Gemala, 2012). Pengkodean yang akurat diperlukan rekam medis yang lengkap dan tepat yakni dokumen yang akan dikode seperti pada lembar depan seperti; ringkasan masuk keluar, lembaran operasi dan laporan tindakan, laporan patologi dan resume pasien keluar.

Berdasarkan hasil penelitian terdahulu oleh Ayu (2012) di RSUD Kota Semarang masih ditemukan penulisan diagnosis utama yang tidak spesifik yang nantinya akan memengaruhi pada keakuratan pemberian kode pada diagnosis utama. Berikut merupakan tabel hasil observasi terhadap penulisan diagnosis pada dokumen rekam medis lembar masuk dan keluar rawat inap di RSUD Kota Semarang tahun 2012 triwulan I.

Tabel 1.1 Penulisan Diagnosis pada Dokumen Rekam Medis Lembar Masuk dan Keluar Rawat Inap Tahun 2012 Triwulan I di RSUD Kota Semarang

No	Jumlah Dokumen Rekam Medis yang di Observasi	Persentase	Keterangan Penulisan Diagnosis
1	78	83,87%	Tepat
2	15	16,13%	Tidak Tepat
Total	93	100%	

Berdasarkan tabel tersebut, dapat diketahui bahwa dari total sampel sejumlah 93 dokumen rekam medis, jumlah dokumen rekam medis yang memiliki penulisan diagnosis utama yang tepat ialah 78 dokumen rekam medis dengan persentase 83,87% dan jumlah dokumen rekam medis yang memiliki penulisan diagnosis yang tidak tepat ialah 15 dokumen rekam medis dengan persentase 16,13%. Adanya penulisan diagnosis utama yang tidak tepat tersebut dikarenakan diagnosis yang ditulis tidak spesifik sehingga kode diagnosa yang dihasilkan tidak akurat.

Pada penelitian lain yang dilakukan oleh Oktamianiza (2016) di RSI Siti Rahmah Padang dari 100 rekam medis pasien rawat inap JKN masih terdapat penulisan diagnosa utama penyakit oleh petugas yang tidak lengkap. Berikut merupakan tabel hasil penelitian rekam medis pasien rawat inap JKN di RSI Siti Rahmah Padang tahun 2016.

Tabel 1.2 Penulisan Diagnosa Utama Penyakit Pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap JKN di RSI Siti Rahmah Padang Tahun 2016

No	Kelengkapan Penulisan Diagnosa Utama	Frekuensi DRM	Persentase
1	Lengkap	82	82%
2	Tidak Lengkap	18	18%
Total		100	100%

Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui bahwa dari 100 berkas rekam medis pasien rawat inap JKN, jumlah penulisan diagnosa utama yang lengkap ialah 82 dokumen rekam medis dengan persentase 82% dan jumlah penulisan diagnosa utama yang tidak lengkap ialah 18 dokumen rekam medis dengan persentase 18%. Adanya penulisan diagnosa utama yang tidak lengkap tersebut disebabkan oleh penulisan diagnosa yang disingkat dan tidak sesuai dengan ICD-10 dan tidak terdapat penjelasan langsung mengenai diagnosa utamanya sehingga menyebabkan adanya penulisan kode diagnosa utama yang tidak akurat.

Permasalahan yang sama juga ditemukan oleh Widyaningrum (2020) di Rumah Sakit Umi Barokah Boyolali yang diakibatkan oleh ketidaktepatan penulisan informasi medis terhadap keakuratan kode diagnosis dimana dari 77 sampel dokumen rekam medis pasien kasus obstetri, ditemukan bahwa masih terdapat 31 dokumen rekam medis dengan persentase 40,26% yang tidak tepat dalam penulisan diagnosis kasus obstetri dan 46 dokumen rekam medis dengan persentase 59,74% yang tepat dalam penulisan diagnosis kasus obstetri. Ketidaktepatan penulisan diagnosa disebabkan oleh dokter atau petugas yang tidak sesuai karena lebih sering menggunakan bahasa campuran antara terminologi medis dan bahasa Indonesia dan menyebabkan petugas kurang memahami dan menentukan *lead term* dan berdampak pada tidak akuratnya penulisan kode diagnosis.

Dari uraian tersebut dapat diketahui bahwa dampak ketidaklengkapan penulisan diagnosis penyakit sebagai informasi dalam rekam medis menyebabkan gangguan komunikasi antar tenaga medis dikarenakan kondisi pasien yang melakukan kunjungan tidak digambarkan secara spesifik dan lengkap melalui

catatan diagnosa pada resume medis pasien sehingga menyulitkan petugas dalam memilih kode dan dapat berpengaruh terhadap ketidakakuratan kode diagnosis yang ditulis oleh petugas koding. Rincian informasi yang disyaratkan menurut ICD-10 dapat berupa kondisi akut/kronis, letak anatomik yang detail, tahapan penyakit, ataupun komplikasi atau kondisi penyerta, penulisan diagnosis yang tidak spesifik seringkali menyulitkan *coder* dalam pemilihan kode penyakit yang tepat, dan berujung pada kesalahan pengodean (*miscoding*) (Purwanti, 2016).

Kemudian, dampak dari ketidaktepatan penulisan diagnosis penyakit sebagai informasi dalam rekam medis menyebabkan petugas koding kesulitan membaca tulisan diagnosa dokter yang tidak sesuai karena menggunakan bahasa campuran, hanya dituliskan dalam bentuk singkatan dan kesalahan penulisan diagnosa yang tidak terdapat keterangan lebih lanjut pada resume medis sehingga menyebabkan petugas kesulitan dalam menentukan kode yang akan diberikan pada diagnosa pasien yang berpengaruh pada tidak akuratnya kode diagnosis tersebut. Kesalahan umum yang dilakukan koder antara lain memasukkan informasi yang salah sebagai akibat kesalahan memutuskan apa yang seharusnya dikoding, salah membaca rekam medis serta kesalahan typographical (Bowman, dalam Windari 2016).

Tidak akuratnya pemberian kode diagnosis berpotensi Menyebabkan penurunan mutu pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan juga dapat mempengaruhi informasi laporan, kualitas data, dan tarif INA-CBG's. Apabila biaya yang didapatkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan rendah tentunya akan merugikan pihak di fasilitas pelayanan tersebut dan apabila biaya yang didapatkan oleh fasilitas pelayanan tinggi tentunya akan merugikan pihak pasien maupun penyelenggara pelayanan kesehatan. Ketidaksesuaian pengkodean berdampak terhadap besarnya klaim yang dibayarkan karena besarnya biaya klaim tergantung dari kode diagnosis yang dimasukkan ke dalam program INA-CBG's, sehingga ketidakakuratan kode diagnosis ini akan membawa dampak besar terhadap pendapatan Pelayanan Kesehatan dapat mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian jumlah klaim yang dibayar dengan besaran biaya untuk suatu pelayanan (Utami, 2015).

Ketidakkuratan kode banyak menyebabkan kerugian pada rumah sakit akibat ketidaksesuaian besaran biaya yang telah dikeluarkan oleh rumah sakit untuk suatu pelayanan, dengan jumlah klaim yang dibayar. Hasil penelitian yang dilakukan di RS Dr. Kariadi menyebutkan bahwa hasil koding yang tidak sesuai berpotensi menurunkan pendapatan rumah sakit rata-rata sebesar 4,04% dari klaim yang seharusnya diterima oleh rumah sakit (Dewi, 2014). Berdasarkan uraian tersebut maka peneliti akan melakukan studi *literature review* dengan judul “Hubungan Kelengkapan dan Ketepatan Informasi Medis Terhadap Keakuratan Kode Diagnosis pada Dokumen Rekam Medis”. Peneliti memilih untuk mengambil dua variabel yakni kelengkapan dan ketepatan informasi medis dikarenakan keterbatasan jurnal yang membahas terkait hal yang mempengaruhi keakuratan kode diagnosis pada berkas rekam medis dengan metode penelitian kuantitatif sehingga peneliti hanya memilih kedua variabel tersebut.

1.2 Rumusan Masalah

Pertanyaan penelitian atau rumusan masalah dibuat dengan menggunakan metode PICO (*Population/Patient/Problem/Program, Intervention, Comparison, Outcome*).

Tabel 1.3 Perumusan Masalah Menggunakan Metode Pico

Metode PICO	
P (<i>Population/Patient/Problem/Program</i>)	Dokumen Rekam Medis
I (<i>Intervention</i>)	Hubungan Kelengkapan dan Ketepatan Informasi Medis
C (<i>Comparison</i>)	-
O (<i>Outcome</i>)	Keakuratan Kode Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit

Berdasarkan perumusan masalah menggunakan metode PICO tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Hubungan Kelengkapan dan Ketepatan Informasi Medis pada Dokumen Rekam Medis Terhadap Keakuratan Kode Diagnosis Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis hubungan kelengkapan dan ketepatan informasi medis pada dokumen rekam medis terhadap keakuratan kode diagnosis dokumen rekam medis di Rumah Sakit.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian Ini dapat digunakan sebagai bahan untuk menambah wawasan dan ilmu pengetahuan mengenai kelengkapan dan ketepatan informasi medis terhadap keakuratan kode pada dokumen rekam medis, serta dapat digunakan sebagai pembelajaran di bangku kuliah sebagai tinjauan kepustakaan atau kajian teori.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Institusi Pendidikan

Sebagai bahan referensi kepustakaan kelengkapan dan ketepatan informasi medis terhadap keakuratan kode pada dokumen rekam medis.

b. Bagi Peneliti

Menambah ilmu pengetahuan bagi peneliti terutama tentang pengolahan berkas rekam medis.

1.5 Ruang Lingkup

Ruang lingkup penelitian ini dibatasi pada hubungan kelengkapan dan ketepatan informasi medis terhadap keakuratan kode diagnosis pada dokumen rekam medis.

1.6 Keaslian Penelitian

Berdasarkan pencarian artikel oleh peneliti pada database pencarian artikel yakni *Google Scholar*, Portal Garuda, dan *Crossref* ditemukan beberapa artikel yang membahas tentang keakuratan kode pada dokumen rekam medis berkas rekam medis. Hasil pencarian tersebut dapat dilihat dalam tabel *State of The Art* berikut.

Tabel 1.4 *State of The Art*

No	Materi	Retno Vika 2012	Dwi Ayu, 2015	Aurelius Anugerah Harvey Pepo, 2015	Oktamianiza, 2016	Ratna Umi Azizah, 2021
1.	Judul	Tinjauan Penulisan Diagnosis Utama Dan Ketepatan Kode ICD-10 Pada Pasien Umum Di RSUD Kota Semarang Triwulan I Tahun 2012	Kelengkapan Penulisan Diagnosa Pada Resume Medis Terhadap Ketepatan Pengkodean Klinis Kasus Kebidanan	Ketepatan Pengodean Diagnosa Utama Penyakit Pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap JKN (Jaminan Kesehatan Nasioanal) Di RSI Siti Rahmah Padang Tahun 2016	Hubungan Kelengkapan dan Ketepatan Informasi Medis Terhadap Keakuratan Kode Diagnosis Pada Dokumen Rekam Medis: <i>Literature Review</i>	
2.	Tujuan	Meninjau lebih lanjut mengenai kesesuaian diagnosis utama pada dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Kota Semarang triwulan I tahun 2012	Mengidentifikasi hubungan kelengkapan penulisan diagnosa pada resume medis terhadap ketepatan pengkodean klinis pasien dengan kasus kebidanan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Atma Jaya	Mengetahui dan menambah wawasan peneliti dalam pelaksanaan pengodean diagnosa utama penyakit pasien.	Mengetahui Hubungan Kelengkapan dan Ketepatan Informasi Medis Terhadap Keakuratan Kode Diagnosis Pada Dokumen Rekam Medis	
3.	Model	Skripsi	Skripsi	Skripsi	Skripsi	
4.	Teknik Pengumpulan data	Observasi, Dokumentasi	Observasi	Observasi	Dokumentasi	
5.	Jenis Penelitian	Deskriptif	Kuantitatif	Deskriptif	<i>Literature Review</i>	

Perbedaan penelitian ini dengan dua penelitian diatas adalah jenis yang digunakan dalam penelitian. Jenis penelitian yang digunakan ialah *literature review* dengan metode yang digunakan oleh peneliti ialah penelitian kualitatif dan teknik pengumpulan data dengan cara dokumentasi.