

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Presiden RI, 2009). Rumah sakit juga harus senantiasa meningkatkan mutu pelayanan yang sesuai dengan harapan konsumen melalui peningkatan kualitas kerja. Mutu pelayanan sangat penting untuk tetap dapat menjaga keberadaan suatu rumah sakit (Lubis, 2009). Pelayanan yang bermutu bukan hanya tentang pelayanan medis tetapi juga pelayanan penunjang. Salah satu pelayanan penunjang yang penting diperhatikan adalah rekam medis rumah sakit (Wirajaya, 2019).

Walaupun pelayanan Rekam Medis (RM) di Indonesia telah ada sejak zaman penjajahan, namun perhatian untuk pembenahan yang lebih baik dapat dikatakan mulai sejak diterbitkannya Keputusan MenKes RI No. 031/Birhup/1972 yang menyatakan bahwa semua rumah sakit diharuskan mengerjakan medical recording, reporting, dan hospital statistic (Cinthia, 2014). Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Menkes RI, 2022). Dalam produk hukum disebutkan bahwa rekam medis juga dapat berbentuk elektronik (Cinthia, 2014). Pada Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis Bab I Pasal 1 menjelaskan bahwa, Rekam Medis Elektronik adalah Rekam Medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan Rekam Medis. Sistem Elektronik adalah serangkaian perangkat dan prosedur elektronik yang berfungsi mempersiapkan, mengumpulkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, menampilkan, mengumumkan, mengirimkan, dan/atau menyebarkan informasi elektronik. Pada Bab II tentang penyelenggaraan pasal 3 menjelaskan bahwa, setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik (Menkes RI, 2022).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah

Sakit pada pasal 52 mengatakan bahwa, setiap Rumah Sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan Rumah Sakit dalam bentuk Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (Presiden RI, 2009). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 Tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Pasal 1 Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat SIMRS adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan. Pasal 7 SIMRS yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit harus memenuhi 3 (tiga) unsur yang meliputi keamanan secara fisik, jaringan, dan sistem aplikasi (Menkes RI, 2014). SIMRS yang digunakan di RSCM bernama *Electronic Health Record* (EHR) aplikasi yang berbasis web yang pertama kali dioperasikan pada tahun 2013.

Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo sudah menerapkan *Electronic Health Record* (EHR) yang digunakan untuk memudahkan dalam proses pelayanan di unit rekam medik. *Electronic Health Record* (EHR) digunakan mulai dari pasien mendaftar, berkas ke poli hingga pasien pulang dan berkas kembali ke rak penyimpanan berkas rekam medis. Dengan adanya *Electronic Health Record* (EHR) dapat mempercepat pelayanan sehingga berkas yang dibutuhkan oleh pasien dapat segera sampai di poli yang akan dituju oleh pasien. Keunggulan menerapkan EHR adalah menyederhanakan rangkaian aktivitas di rumah sakit yang tersusun secara rapi dan sistematis melalui sistem komputersasi sehingga berdampak pada pelayanan yang lebih efisien, cepat, mudah, dan transparan (Resti, 2020)

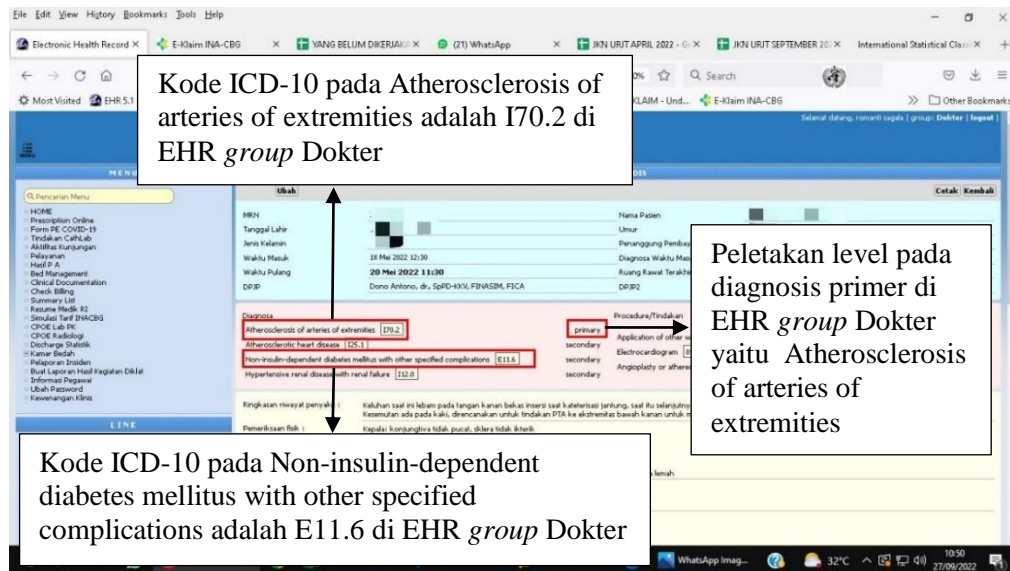
Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis Pasal 18 (1) Pengolahan informasi Rekam Medis Elektronik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (1) huruf d salah satunya terdapat pengkodean. Pengkodean sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan kegiatan pemberian kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan medis yang terbaru/*International Statistical Classification*

of Disease and Related Health Problems, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang - undangan (Menkes RI, 2022). Berdasarkan hasil wawancara dengan PJ Grouping & Coding pada tanggal 7 Oktober 2022, mengatakan bahwa jika resume medis rawat inap ada fitur ICD-10 dan ICD-9-CM menyebabkan dokter untuk mengkode langsung, padahal dokter tidak dapat pendidikan koding, jadi dokter terdapat kurang tepat dalam menentukan koding, hal tersebut dapat dibuktikan dengan perbedaan pelaksanaan pengkodean dokter dan koder di EHR pada Tabel 1.1 sebagai berikut:

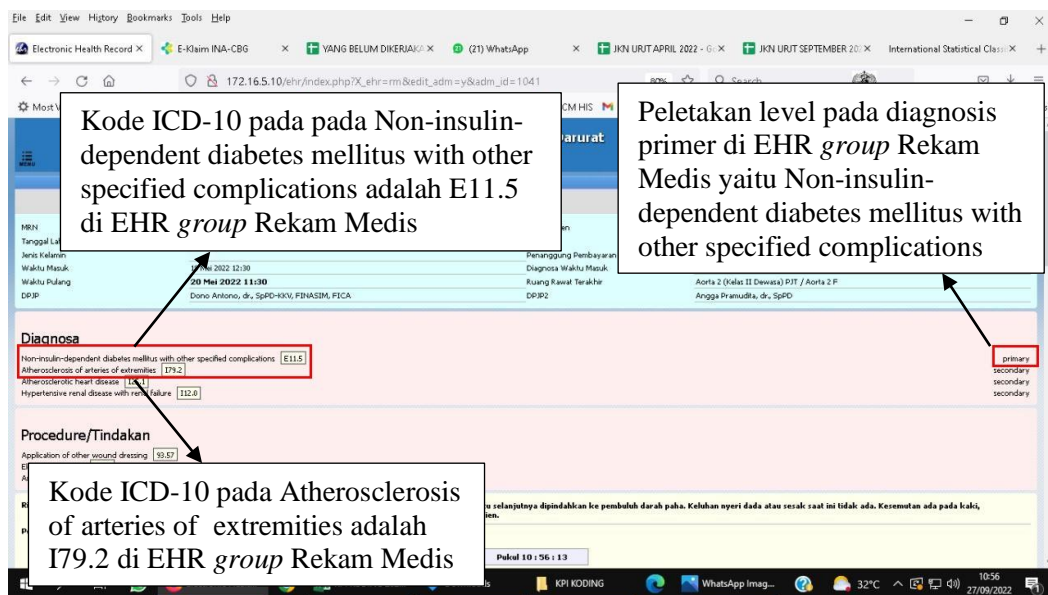
Tabel 1.1 Perbedaan pelaksanaan pengkodean dokter dan koder di EHR

No	Kategori	Dokter	Koder
1.	Kesalahan kode pada Atherosclerosis of arteries of extremities	EHR Dokter kode I70.2	EHR Rekam Medis kode I79.2
	Kesalahan kode pada Non-insulin-dependent diabetes mellitus with other specified complications	EHR Dokter kode E11.6	EHR Rekam Medis kode E11.5
	Kesalahan Peletakan level diagnosis primer dan sekunder	Diagnosis primer pada EHR Dokter yaitu Atherosclerosis of arteries of extremities	Diagnosis primer pada EHR Koder yaitu Non-insulin-dependent diabetes mellitus with other specified complications
2.	Kesalahan kode pada Hipertensi	EHR Dokter kode I11.0	Resume medis setelah di print diagnosis Hipertensi tidak ada, yang ada deskripsi I11.0, seharusnya ada diagnosis Hipertensi
	Kesalahan pengkodean tindakan terhadap Coronary arteriography using a single catheter	EHR Dokter kode 88.55	Kode tindakan tersebut adalah 88.56 karna terbukti di laporan prosedur tindakan catheter lebih dari satu
3.	Pengkodean pada tindakan coronary arteriography using a single catheter	EHR Dokter kode 88.55	Kode tindakan tersebut adalah 88.56 karna terbukti di laporan prosedur tindakan catheter lebih dari satu
4.	Pengkodean pada tindakan Procedure on two vessels	EHR Dokter kode 00.41	Kode tindakan tersebut adalah 00.40 karna terbukti di laporan prosedur tindakan
5.	Mengkode diagnosis dan tindakan	Mengkode semua diagnosis dan tindakan	Seharusnya hanya menuliskan diagnosis nya saja

Dengan Tabel 1.1 nomor 1 dibuktikan dengan Gambar 1.1 dan Gambar 1.2 sebagai berikut:



Gambar 1.1 Tampilan EHR Pelaksanaan Pengkodean Dokter



Gambar 1.2 Tampilan EHR Pelaksanaan Pengkodean Koder

Salah satu metode yang dapat digunakan oleh peneliti sebagai dasar pengukuran kepuasan pengguna sistem informasi computer adalah EUCS (*end user computing satisfaction*) dari Doll dan Torkzades (1988). Doll dan Torkzadeh (1988) dalam Nurmala Ahmar dan Yuda Paramon (2005), mengembangkan alat ukur kepuasan pengguna berdasarkan *end user computing satisfaction* (EUCS) yang meliputi lima komponen yaitu isi (*content*), akurasi (*accuracy*), bentuk (*format*), kemudahan penggunaan (*ease of use*), dan ketepatan waktu (*timeliness*) (Rika, 2020). Kelima

komponen utama tersebut terdapat permasalahan pada komponen isi (*content*) yaitu fitur ICD-10 dan ICD-9-CM pada EHR *group* dokter tidak diperlukan karena tidak sesuai kebutuhan pengguna karena itu bagian rekam medis. Komponen isi (*content*) dengan Fitur ICD-10 dan ICD-9-CM pada EHR *group* dokter jika tetap ada menyebabkan dokter yang bukan kompetensinya terbebani dalam mengkoding dan akan terjadi kurang tepat dalam mengkoding karena tidak sesuai kaidah koding di fitur ICD-10 dan ICD-9 CM, padahal fitur tersebut seharusnya hanya ada di EHR *group* Rekam Medis, karena perekam medis terdapat kompetensi Keterampilan klasifikasi klinis, kodifikasi penyakit dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis (Menkes RI, 2020). Komponen akurasi (*accuracy*) yaitu masih menggunakan database ICD versi 2005 menyebabkan ada beberapa kode yang tidak ada di sistem EHR, sedangkan di eclaim ada karena sudah menggunakan ICD versi 2010, hal itu menyebabkan harus menginput ulang di eclaim, karena tidak akuratnya kode menyebabkan perbedaan tarif pada eclaim. Berdasarkan masalah yang diuraikan tersebut, maka penulis tertarik mengangkat laporan praktek kerja lapang dengan judul “Evaluasi Fitur Pengisian Diagnosa Dan Tindakan Pada Resume Medis Rawat Inap EHR Menggunakan Metode EUCS di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo”

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.2.1 Tujuan Umum PKL

Mengevaluasi fitur pengisian diagnosa dan tindakan pada resume medis rawat inap EHR Menggunakan Metode EUCS di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo.

1.2.2 Tujuan Khusus PKL

- a. Mengevaluasi fitur pengisian diagnosa dan tindakan pada resume medis rawat inap EHR Menggunakan Metode EUCS di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo berdasarkan komponen isi (*content*).
- b. Mengevaluasi fitur pengisian diagnosa dan tindakan pada resume medis rawat inap EHR Menggunakan Metode EUCS di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo berdasarkan komponen akurasi (*accuracy*).
- c. Mengevaluasi fitur pengisian diagnosa dan tindakan pada resume medis rawat

inap EHR Menggunakan Metode EUCS di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo berdasarkan komponen bentuk (*format*).

- d. Mengevaluasi fitur pengisian diagnosa dan tindakan pada resume medis rawat inap EHR Menggunakan Metode EUCS di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo berdasarkan komponen kemudahan penggunaan (*ease of use*).
- e. Mengevaluasi fitur pengisian diagnosa dan tindakan pada resume medis rawat inap EHR Menggunakan Metode EUCS di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo berdasarkan komponen ketepatan waktu (*timeliness*).
- f. Menyusun upaya rekomendasi perbaikan berdasarkan hasil evaluasi fitur pengisian diagnosa dan tindakan pada resume medis rawat inap EHR Menggunakan Metode EUCS di RSUPN Dr.Cipto Mangunkusumo.

1.2.3 Manfaat PKL

a. Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan dan referensi bagi pihak rumah sakit terkait dengan hasil evaluasi fitur pengisian diagnosa dan tindakan pada resume medis rawat inap EHR menggunakan metode EUCS di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo.

b. Bagi Mahasiswa

Sebagai bentuk untuk meningkatkan pengetahuan serta keterampilan dalam memberikan gambaran evaluasi fitur pengisian diagnosa dan tindakan pada resume medis rawat inap EHR menggunakan metode EUCS di RSUPN Dr.Cipto Mangunkusumo.

c. Bagi Politeknik Negeri Jember

Dapat dijadikan sebagai referensi bahan pembelajaran dalam perpustakaan bagi pihak yang ingin mempelajari tentang evaluasi fitur pengisian diagnosa dan tindakan pada resume medis rawat inap EHR menggunakan metode EUCS di rumah sakit.

1.3 Lokasi dan Waktu

1.3.1 Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo khususnya di Instalasi Rekam Medis dan Admisi yang

beralamat di Jalan Pangeran Diponegoro No. 71, Kenari Senen, Kota Jakarta Pusat, Daerah Khusus Ibu Kota Jakarta.

1.3.2 Waktu Penelitian

Pelaksanaan pada tanggal 15 Agustus 2022 – 4 November 2022 yang dilakukan setiap hari Senin-Jumat pukul 08.00 - 13.00 selama 11 minggu.

1.4 Metode Pelaksanaan

1.4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini yang digunakan dalam mengevaluasi penggunaan resume medis rawat inap adalah jenis penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan metode EUCS (*End-User Computing Satisfaction*). Metode *End User Computing Satisfaction* (EUCS) adalah metode untuk mengukur tingkat kepuasan dari pengguna dari suatu sistem aplikasi dengan membandingkan antara harapan dengan kenyataan dari sebuah sistem informasi. Definisi EUCS dari sebuah sistem informasi adalah evaluasi secara keseluruhan dari para pengguna sistem informasi berdasarkan pengalaman mereka dalam menggunakan sistem informasi tersebut (Rika, 2020).

1.4.2 Subjek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini adalah dengan 5 informan yang terdiri dari 1 penanggung jawab Grouping & Coding dan 4 petugas koding rawat inap.

1.4.3 Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang didapatkan secara langsung oleh mahasiswa untuk kepentingan laporan, dengan cara observasi, studi dokumentasi dan wawancara. Wawancara dilakukan kepada subjek laporan terkait resume medis rawat inap pada *Electronic Health Record* (EHR).

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh secara tidak langsung melainkan melalui perantara. Data sekunder yang dilakukan dalam penelitian didapatkan oleh mahasiswa tidak langsung dari lapangan melainkan melalui jurnal, arsip rekam medis, buku dan lain-lain.

1.4.4 Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara digunakan untuk memperoleh data awal sebagai study pendahuluan dan untuk memperoleh data penelitian. Esterberg (2002) dalam Sugiyono (2014) dan Sari (2018) mendefinisikan wawancara adalah merupakan pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu. Jadi dengan wawancara maka peneliti akan mengetahui hal-hal yang lebih mendalam tentang partisipan dalam menginterpretasikan situasi dan fenomena yang terjadi, dimana hal ini tidak bias ditentukan selama observasi. Teknik wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara semi struktur karena peneliti hanya membawa garis besar permasalahan saja dan akan dikembangkan oleh peneliti saat di lapangan. Jenis wawancara ini sudah termasuk kategori in-dept interview, dimana dalam pelaksanaannya lebih bebas bila dibanding dengan wawancara terstruktur (Sugiyono, 2014). Wawancara ini ditujukan kepada beberapa informan yaitu 1 penanggung jawab Grouping & Coding dan 4 petugas koding rawat inap di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo.

b. Observasi

Menurut Nasution (1998) dalam Sugiyono (2014) dan Sari (2018) menyatakan bahwa Observasi adalah “dasar semua ilmu pengetahuan. Para ilmuwan hanya dapat bekerja berdasarkan data, yaitu faktor mengenai dunia kenyataan yang diperoleh melalui observasi. Data itu dikumpulkan dan sering dengan bantuan berbagai alat yang sangat canggih, sehingga benda-benda yang sangat kecil (proton dan electron) maupun yang sangat jauh (benda ruang angkasa) dapat diobservasi dengan jelas.” Jenis observasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi terus terang atau tersamar. Sugiyono (2014) dalam Sari (2018) menjelaskan bahwa peneliti dalam melakukan pengumpulan data menyatakan terus terang kepada sumber data bahwa ia sedang melakukan penelitian. Observasi pada penelitian ini dengan melakukan pengamatan yang berkaitan dengan topik peneliti yakni evaluasi fitur pengisian diagnosa dan tindakan pada resume medis rawat inap EHR menggunakan metode EUCS di

RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo.

c. Dokumentasi

Penggunaan teknik dokumentasi ini bertujuan untuk menggali data-data yang bersifat historis maksudnya catatan peristiwa yang sudah berlalu. Studi dokumen merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara. Menurut Sugiyono (2014) dalam Sari (2018) hasil penelitian dari observasi atau wawancara, akan lebih kredibel/dapat dipercaya kalau didukung oleh sejarah pribadi kehidupan dimasa kecil, disekolah, ditempat kerja, dimasyarakat dan autobiografi. Teknik ini digunakan untuk mendapatkan data sekunder yang dilaksanakan dengan cara pengumpulan data yang bersumber pada arsip dan dokumen yang ada. Dalam hal ini Sugiyono (2014) dalam Sari (2018) menyatakan pendapatnya yaitu: “dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar atau karya-karya monumental dari seseorang. Dokumen yang berbentuk gambar misalnya foto, gambar hidup, sketsa, dan lain- lain”. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik dengan berada dilokasi penelitian dan akan mencatat, memfoto, dan menfotokopi arsip maupun dokumen yang tersimpan pada masing- masing informan. Dokumentasi dalam penelitian ini dilakukan untuk mengambil gambar dalam proses penelitian.