

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu pelayanan medis di setiap unit fasilitas kesehatan, diperlukan berbagai faktor terutama yang berkaitan dengan pencatatan dan penyimpanan data pasien yang diberikan secara handal, lengkap dan berkesinambungan. Rumah Sakit adalah salah satu bentuk dari fasilitas pelayanan kesehatan itu salah satunya adalah rumah sakit, sebagaimana telah disebutkan pada UU Nomor 44 tahun 2009 bahwasannya Rumah Sakit wajib menyelenggarakan rekam medis yang baik dan bermutu. Oleh sebab itu, ditetapkanlah Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 24 tahun 2022 yang bertujuan untuk mengatur penyelenggaraan rekam medis.

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 darura serta catatan yang juga harus dijaga kerahasiaannya dan merupakan sumber informasi tentang pasien di rumah sakit. Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek yaitu aspek administrasi, aspek medis, aspek hukum, aspek keuangan, aspek penelitian, aspek pendidikan serta aspek dokumentasi. Melihat dari beberapa aspek tersebut, rekam medis mempunyai kegunaan yang sangat luas, karena tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi pelayanan kesehatan saja, melainkan sumber data yang dapat dimanfaatkan untuk berbagai kepentingan bahkan sampai pasien tersebut telah meninggal (DepKes RI, 2006).

Salah satu kebutuhan akan data dan informasi di dunia kesehatan saat ini berkembang sangat pesat, dilihat dari segi kuantitas maupun kualitasnya. Salah satu informasi yang dibutuhkan dan dilaporkan oleh rumah sakit pada Sistem Informasi Rumah Sakit adalah laporan morbiditas dan mortalitas pasien (Sunaryo & Sugiarsi, 2014). Morbiditas merupakan suatu kondisi terjadi cedera atau komplikasi yang tidak terduga selain kematian sedangkan Mortalitas adalah jumlah kematian yang terjadi dalam suatu populasi (Indrina dkk., 2022).

Data kematian merupakan sumber informasi penting untuk menilai kesehatan masyarakat. Umumnya, penyakit atau kondisi pencetus. Hal ini tertulis pada sertifikat kematian dengan urutan kejadian dari penyebab langsung kematian hingga penyebab dasar dengan masing-masing rentang waktu. Penyebab dasar kematian atau biasa disebut *Underlying Cause of Death* (UCOD) merupakan sebab-sebab kematian sebagai semua penyakit, keadaan sakit atau cedera yang menyebabkan atau berperan terhadap terjadinya kematian kalau tidak diderita pasien maka tidak akan meninggal (Widyaningrum and Kuntari, 2018). *Underlying Cause of Death* (UCOD) dari sertifikat kematian digunakan untuk memperkirakan angka kematian atau risiko kematian akibat penyakit tertentu (Rusdi dkk., 2022). Namun, Informasi UCOD yang diambil dari sertifikat kematian seringkali tidak akurat dan tidak lengkap, berdasarkan pada aturan yang telah ditetapkan oleh WHO penentuan UCOD dilaksanakan berdasarkan pada *Medical Mortality Data System* (MMDS). Penentuan UCOD didasarkan pada ketentuan tabel MMDS dan *rule* yang ditetapkan oleh WHO.

Penentuan kode penyebab dasar kematian merupakan salah satu tugas yang dilakukan oleh unit kerja rekam medis yang membutuhkan ketelitian. Untuk menentukan kode, petugas harus memperhatikan prosedur atau aturan yang ditetapkan oleh WHO di dalam ICD-10 (Hardono & Ernawati, 2018). Penentuan kode sebab dasar kematian sangat penting dilaksanakan secara tepat agar laporan mortalitas dan tindakan pencegahan penyakit mematikan dapat terlaksana secara optimal. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2011 Mengenai Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) data mortalitas wajib dilaporkan oleh rumah sakit kepada Kementerian Kesehatan oleh karena itu penentuan kode diagnosis penyebab dasar kematian harus diperhatikan dalam pelaksanaannya oleh petugas koder. Tidak hanya itu keahlian petugas koder dalam mengkode dan kepatuhan dokter dalam mengisi sebab kematian sesuai aturan juga diperlukan dalam hal ini (Hidayat, 2014).

Berdasarkan data awal yang didapatkan, peneliti menemukan bahwa petugas masih melakukan kesalahan dalam menentukan kode penyebab dasar kematian terbukti saat dilakukan observasi terhadap 50 berkas rekam medis kematian tahun

2023. Berdasarkan hasil observasi masih ditemukan kode penyebab dasar yang tidak sesuai dengan aturan koding mortalitas sebanyak 19 berkas. Ketidaktepatan kode penyebab dasar kematian dikarenakan petugas koding tidak melakukan reseleksi terhadap UCOD dan petugas juga tidak melakukan pengecekan pada tabel MMDS.

DATA KEMATIAN	
Tanggal	2022-12-21
Jam	14:25
Tempat meninggal	Rumah Sakit
Ruangan	R. Mahottama
Penyebab Kematian	
ICD Dewasa	
penyebab langsung	[B22.2] HIV disease resulting in wasting syndrome
penyebab antara	[B20.4] HIV disease resulting in candidiasis
penyebab dasar	[G02.1] Meningitis in mycoses

Gambar 1.1 Contoh Kesalahan Penentuan Kode Penyebab Dasar Kematian

Disamping itu, peneliti melakukan survei kepada sembilan petugas koding yang ada di RSUP Prof. dr. I.G.N.G Ngoerah mengenai pengetahuan petugas terhadap aturan koding mortalitas atau *mortality rule*. Ditemukan 7 dari 9 petugas koding yang belum mengetahui dan menerapkan aturan koding mortalitas. Hal ini menjadi salah satu faktor yang menimbulkan ketidaktepatan kode penyebab dasar kematian pasien.

Dengan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk menyusun laporan PKL dengan judul “Analisis Pelaksanaan Pengkodean Penyebab Dasar Kematian Dengan Metode *FOCUS PDCA* Di RSUP Prof. dr. I.G.N.G Ngoerah” dengan tujuan mempermudah petugas koding dalam menentukan *Underlying Cause of Death* atau penyebab dasar kematian.

1.2 Tujuan Penelitian

1.2.1 Tujuan umum

Untuk mempermudah petugas koding dalam menentukan kode penyebab dasar kematian dengan merancang Buku Saku Panduan Penentuan Penyebab Dasar Kematian.

1.2.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi tahap *FOCUS* pada pelaksanaan pengkodean penyebab dasar kematian.
2. Menyusun perencanaan (*PLAN*) terhadap pelaksanaan pengkodean penyebab dasar kematian.
3. Melaksanakan (*DO*) sosialisasi buku saku panduan penentuan penyebab dasar kematian kepada petugas coding.
4. Melakukan pemeriksaan (*CHECK*) terhadap penerapan buku saku panduan penentuan penyebab dasar kematian.
5. Memberikan upaya rekomendasi (*ACTION*) terhadap hasil penerapan buku saku panduan penentuan penyebab dasar kematian telah dilakukan

1.3 Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit
 - a. Sebagai bahan masukan rumah sakit dalam mengevaluasi pelaksanaan pengkodean penyebab dasar kematian
 - b. Sebagai upaya meningkatkan pengetahuan petugas coding dalam melaksanakan pengkodean penyebab dasar kematian
 - c. Sebagai upaya meningkatkan mutu pelayanan Instalasi Rekam Medis yaitu menghasilkan informasi yang akurat.
2. Bagi Politeknik Negeri Jember
 - a. Sebagai tambahan referensi untuk bahan ajar di lingkungan Politeknik Negeri Jember
 - b. Sebagai bukti otentik bahwa mahasiswa Politeknik Negeri Jember telah melaksanakan kegiatan Praktik Kerja Lapangan (PKL).
3. Bagi Peneliti
 - a. Sebagai sarana penerapan ilmu yang telah dipelajari dalam bangku perkuliahan
 - b. Sebagai sarana pengembangan kemampuan dan potensi diri
 - c. Mendapatkan pengalaman kerja untuk menjadi tenaga profesional di bidang rekam medis

- d. Meningkatkan pengetahuan mengenai pelaksanaan pengkodean penyebab dasar kematian

1.4 Lokasi dan Waktu

1.4.1 Lokasi

Praktek Kerja Lapang ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Pusat Prof. dr. I.G.N.G. Ngoerah Denpasar yang berlokasi di Jl Diponegoro, Dauh Puri Klod, Kec. Denpasar Barat, Kota Denpasar, Bali 80113.

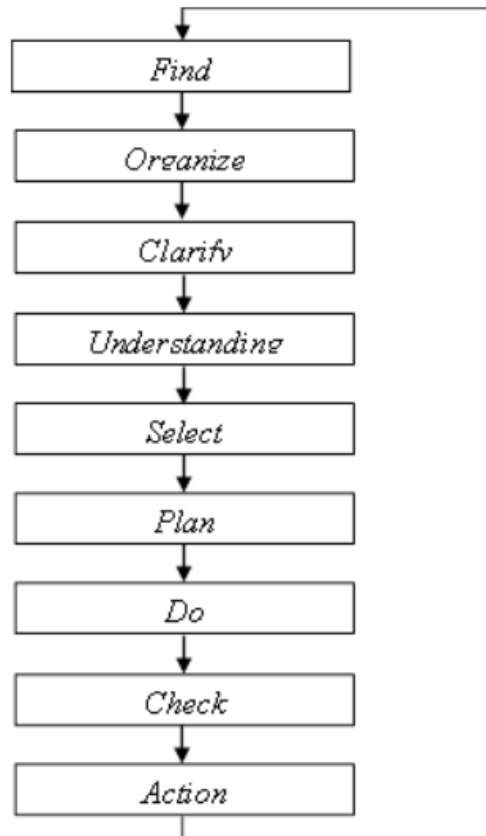
1.4.2 Waktu

Waktu pelaksanaan Praktek Kerja Lapang yaitu pada tanggal 16 Januari 2023 sampai dengan 7 April 2023.

1.5 Metode pelaksanaan

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan subjek penelitian meliputi Kepala Instalasi Rekam Medis dan Petugas koding. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah observasi dan wawancara. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *FOCUS PDCA* yang ditemukan oleh Walter Shewhart dan disempurnakan oleh Edwards Deming. *FOCUS PDCA* merupakan singkatan yang menggambarkan komponen dari proses peningkatan mutu kinerja.

1.5.1 Alur Pelaksanaan



Gambar 1.2 Alur Pelaksanaan Kegiatan

Deskripsi alur pelaksanaan diatas sebagai berikut:

1. F (*Find*)

Menemukan/mengidentifikasi merupakan kegiatan mencari proses yang perlu perbaikan. Mementukan proses dan komponen yang terlibat dalam proses tersebut. Mencatat keuntungan yang dapat diterima bila dilaksanakan perbaikan pada proses tersebut. Memahami bagaimana proses tersebut sesuai dengan ketentuan dan prioritas Rumah Sakit.

2. O (*Organize*)

Memilih tim yang berpengalaman luas dalam proses tersebut. Menentukan ukuran tim, yang terdiri dari anggota yang mewakili berbagai komponen yang terlibat dalam organisasi, memilih anggota, dan mempersiapkan diri untuk mendokumentasikan rencana perbaikan.

3. C (*Clarify*)

Memperjelas pengetahuan terkini dalam proses. Tim yang telah terbentuk harus mengulas pengetahuan terkini yang kemudian menghubungkan dengan proses yang telah terlaksana untuk dapat menganalisa dan membedakan kesenjangan dalam proses tersebut.

4. U (*Understanding*)

Memahami penyebab variasi/kesenjangan/permasalahan. Tim akan mengukur proses dan mempelajari penyebab variasi/kesenjangan/permasalahan. Mereka kemudian akan merumuskan rencana untuk pengumpulan data (indikator), dengan menggunakan informasi spesifik tentang permasalahan pada proses untuk membangun gambaran proses yang terukur dan terkendali.

5. S (*Select*)

Memilih proses perbaikan yang potensial. Menentukan tindakan yang perlu diambil untuk meningkatkan proses (harus didukung oleh bukti yang terdokumentasi).

6. P (*Plan*)

Perencanaan merupakan suatu upaya menjabarkan cara penyelesaian masalah yang ditetapkan ke dalam unsur-unsur rencana yang lengkap serta saling terkait dan terpadu sehingga dapat dipakai sebagai pedoman dalam melaksanakan cara penyelesaian masalah. Hasil akhir yang dicapai dari perencanaan adalah tersusunnya rencana kerja penyelesaian masalah mutu yang akan diselenggarakan.

7. D (*Do*)

Melaksanakan rencana yang telah disusun. Jika pelaksanaan rencana tersebut membutuhkan keterlibatan staf lain di luar anggota tim, perlu terlebih dahulu diselenggarakan orientasi, sehingga staf pelaksanaan tersebut dapat memahami dengan lengkap rencana yang akan dilaksanakan

8. C (*Check*)

Yang dilakukan pada tahap ini ialah secara berkala memeriksa kemajuan dan hasil yang dicapai dan pelaksanaan rencana yang telah ditetapkan.

9. A (*Action*)

Tahapan terakhir yang dilakukan adalah melaksanakan perbaikan rencana kerja. Lakukan penyempurnaan rencana kerja atau bila perlu mempertimbangkan

pemilihan dengan cara penyelesaian masalah ini. Untuk selanjutnya rencana kerja yang telah diperbaiki tersebut dilaksanakan kembali. Jangan lupa untuk memantau kemajuan serta hasil yang dicapai. Untuk kemudian tergantung dari kemajuan serta hasil tersebut kemudian melaksanakan tindakan yang sesuai.