

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit adalah suatu organisasi tenaga medis professional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosa serta pengobatan penyakit yang diderita pasien^[1]

Jenis pelayanan yang diselenggarakan Rumah sakit salah satunya yaitu rumah sakit wajib menyelenggarakan jenis pelayanan kesehatan rekam medis dan nilai guna rekam medis, diantaranya: (a) *Administration*, (b) *Legal*, (c) *Financial*, (d) *Education*, (e) *Documentation*^[2]

Rekam medis adalah siapa, apa, dimana, dan bagaimana perawatan pasien selama dirumah sakit. Untuk melengkapi rekam medis harus memiliki data yang cukup tertulis dalam rangkaian kegiatan guna menghasilkan suatu diagnosis, jaminan, pengobatan dan hasil akhir. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. ^[3].

Koding adalah pemberian kode dengan menggunakan huruf atau angka, kombinasi huruf dalam angka mewakili komponen data yang bertujuan untuk mensejajarkan klasifikasi penyakit agar sama secara internasional. Sedangkan pengkodean adalah bagian dari usaha pengorganisasian proses penyimpanan dan pengambilan kembali data yang memberi kemudahan bagi penyajian informasi tersebut.

Penyebab dasar kematian utama (*Underlying Cause of Death*) adalah penyakit atau cedera yang menimbulkan serangkaian kejadian yang berakhir dengan kematian. Penentuan kode sebab dasar kematian sangat penting dilaksanakan secara tepat agar laporan mortalitas akurat dan tindakan

pencegahan penyakit mematikan dapat terlaksana secara optimal. Aturan yang digunakan untuk menentukan kode penyebab dasar kematian adalah berdasarkan ICD-10 serta table bantu berupa MMDS (*Medical Mortality Data System*).

Berdasarkan hasil survey awal 10 DRM (Dokumen Rekam Medis) kematian di RSUD Tugurejo Semarang diketahui bahwa persentase ketepatan kodenya 30% tepat dan 70% tidak tepat. Tidak tepatnya kode karena tahap petugas dalam memberikan kode tidak melihat diagnosa pada SMPK (Sertifikat Medis Penyebab Kematian) melainkan hanya melihat diagnosa utama yang ada pada RM1 (Lembar Masuk dan Keluar) saja.

Contoh 1:

Pada RM1 tertulis diagnosa Stroke Haemorrhage (I64). Diagnosa dalam SMPK tertulis sebagai berikut:

- I a) Gagal Nafas (J96.9)
- b) Stroke Haemorrhage (I64)
- c) Hypertensi (I10)

Petugas koding menulis I64 sebagai kode UCOD karena hanya melihat diagnosa utama pada RM1 saja. Sedangkan tahapan dalam penentuan UCOD yang diatur dalam ICD-10 adalah:

1. Kode terlebih dahulu tiap diagnosa yang tertulis dalam SMPK.
2. Buka tabel MMDS agar mempermudah dalam menentukan UCOD
3. Pilih bagian a sebagai *address code* dalam tabel MMDS, kode yang ada pada bagian b dan c terdapat didalam *address code* tersebut.
4. Selanjutnya pilih bagian b sebagai *address code* dalam tabel MMDS, kode yang ada pada bagian c terdapat didalam *address code* tersebut.
5. Karena hasil dari tabel MMDS menunjukkan bahwa bagian a, b dan c saling berhubungan, maka kode UCODnya adalah I10 yang ada pada bagian c dengan menggunakan *General Principle*. Jadi kode UCOD yang tepat adalah I10.

Contoh 2:

Pada RM1 tertulis diagnosa utama Intracerebral Haemorrhage (I61.9). Diagnosa didalam SMPK tertulis sebagai berikut:

- I a) Gagal Nafas (J96.9)

b) Intracerebral Haemorrhage (I61.9)

Petugas menulis I61.9 sebagai UCOD karena melihat RM1 bukan karena melihat diagnosa dalam SMPK. Kode I61.9 memang benar menjadi UCOD karena dalam tabel MMDS dengan *address code* J96.9 terdapat kode I61.9. Namun tidak semua diagnosa utama dapat dijadikan sebagai UCOD.

Dalam aturan ICD-10 tentang UCOD bahwa untuk mengkode sebab dasar kematian harus memperhatikan terlebih dahulu *sequent* atau serangkaian kejadian yang berakhir pada kematian pasien. Apabila *sequent* sudah ditentukan maka petugas *coding* memberikan kode pada setiap diagnosa penyakit tersebut dan menggunakan tabel bantu MMDS untuk menentukan UCOD dengan menerapkan sistem *rule* seleksi.

Dari hasil wawancara dengan salah satu petugas koding rawat inap tentang kode sebab dasar kematian dan bagaimana tahap pengkodeannya petugas koding tidak tahu tentang kode kematian dan tahapannya. Petugas hanya mengikuti aturan rumah sakit untuk mengkode sebab kematian dengan kode diagnosa utama.

Kode penyebab dasar kematian yang tidak tepat akan berdampak pada laporan 10 besar kematian dibagian analisa dan pelaporan menjadi tidak akurat karena kode yang dilaporkan adalah diagnosa utama bukan diagnosa penyebab kematian.

Dari data objek dan data subjek yang didapat, penulis tertarik untuk membahas mengenai analisis pengetahuan dan sikap petugas rekam medis tentang kode penyebab dasar kematian berdasarkan ICD-10 di RSUD Tugurejo Semarang.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana pengetahuan dan sikap petugas rekam medis tentang kode penyebab dasar kematian berdasarkan ICD-10 di RSUD Tugurejo Semarang?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum:

Mengetahui pengetahuan dan sikap petugas rekam medis RSUD Tugurejo Semarang tentang kode penyebab dasar kematian berdasarkan ICD-10.

2. Tujuan Khusus:

- a. Mendeskripsikan karakteristik petugas rekam medis RSUD Tugurejo Semarang yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja dan pelatihan *coding*.
- b. Mendeskripsikan pengetahuan petugas rekam medis RSUD Tugurejo Semarang tentang kode penyebab dasar kematian berdasarkan ICD-10.
- c. Mendeskripsikan sikap petugas rekam medis RSUD Tugurejo Semarang tentang kode penyebab dasar kematian berdasarkan ICD-10.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik rekam medis khususnya dalam penerapan kode penyebab dasar kematian.

2. Bagi Petugas Rekam Medis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pemahaman petugas rekam medis tentang kode penyebab dasar kematian berdasarkan ICD-10 dan penerapannya di rumah sakit.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan manfaat yang positif bagi perkembangan ilmu dan praktik rekam medis khususnya tentang kode penyebab dasar kematian.

4. Bagi Peneliti

Hasil laporan ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, pemahaman dan pendalaman tentang kode penyebab dasar kematian dan sebagai syarat menyelesaikan tugas akhir DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

E. Ruang Lingkup Penelitian

1. Ruang Lingkup Keilmuan

Ruang lingkup penelitian ini adalah ilmu rekam medis dan informasi kesehatan.

2. Ruang Lingkup Materi

Penelitian ini mengambil salah satu kompetensi rekam medis yaitu koding dengan sub materi kode penyebab dasar kematian.

3. Ruang Lingkup Lokasi

Penelitian ini akan dilakukan di bagian rekam medis RSUD Tugurejo Semarang.

4. Ruang Lingkup Metode

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi dengan pendekatan *cross sectional* yaitu pengukuran variabel penelitian dilakukan pada saat yang bersamaan.

5. Ruang Lingkup Objek

Objek dalam penelitian ini adalah petugas rekam medis RSUD Tugurejo Semarang.

6. Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan Mei 2016 sampai dengan data dan sampel tercukupi.

F. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Jenis dan Metode Penelitian	Hasil
1	Nur Anissa	Tinjauan Pengetahuan Pasien Rawat Inap Tentang Hak dan Kewajiban Terkait Pelayanan Rekam Medis Rumah Sakit Permata	Jenis penelitain deskriptif, metode penelitian wawancara dan observasi	Pengetahuan tentang hak mengetahui 55,20% dan tidak mengetahui 44,80%, hak untuk menolak cara perawatan mengetahui 37,90% dan tidak mengetahui 62,10%, hak mengakhiri perjanjian perawatan mengetahui 41,40% dan tidak mengetahui 58,60% dan

		Bunda Purwodadi		ha katas informasi yaitu pasien mengetahui 55,20% dan pasien tidak mengetahui 44,80%. Hak atas rasa aman yaitu pasien mengetahui 69.00% dan tidak mengetahui 31,00%.
2	Lestari Dwi Ayuk	Analisis Tingkat Pengetahuan Petugas Paramedis dan Non Paramedis Tentang Pengkodean Penyakit Di Puskesmas Mijen Kota Semarang.	Jenis penelitian deskriptif, metode penelitian observasi dan pendekatan <i>cross sectional</i>	Dari hasil penelitian disimpulkan bahwa pengetahuan semua responden sangat kurang
3	Febrina Herlinawati	Analisis Pengetahuan Dan Sikap Petugas Rekam Medis Tentang Penentuan Kode Penyakit Dan INA CBG'S Di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal Tahun	Jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan secara <i>cross sectional</i>	Hasil analisis dapat disimpulkan bahwa 100% pengetahuan petugas baik dan sikap petugas 80% dapat melakukan koding.

		2015		
4	Winda Puji Rahayu	Pengetahuan Dan Sikap Perawat Rawat Inap Terhadap Pengisian Formulir Resume Asuhan Keperawatan (RM 13) Di RS Permata Medika Semarang Tahun 2015	Jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> .	Karakteristik perawat rawat inap 83,3% adalah perawat berumur 20-29 tahun dengan pengetahuan perawat rata-rata yaitu 30,25 atau sebesar 54,2% pengetahuan perawat diatas rata-rata.
5	Diana Marianan	Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap Dan Praktek Petugas Rekam Medis Terhadap Pelaksanaan Kerahasiaan Medis Di RSUD Ambarawa	Jenis penelitian deskriptif dengan metode observasi dan wawancara	Hubungan pengetahuan, sikap dan praktek petugas rekam medis terhadap kerahasiaan medis sudah sangat baik.

Perbedaan penelitian penulis dengan penelitian sebelumnya adalah tidak adanya kesamaan judul penelitian, lokasi penelitian, variabel penelitian dan waktu penelitian.