

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2018 rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan kesehatan perorangan secara pari purna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit tanpa henti selama 24 jam sebagai upaya pelayanan kesehatan yang bermutu. Selama pelayanan kesehatan diberikan oleh tenaga kesehatan kepada pasien maka semua riwayat perjalanan penyakit pasien harus direkam dalam dokumen rekam medis.

Rekam medis merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesa, diagnosis, tindakan dan pelayanan penunjang yang diberikan kepada pasien selama mendapatkan pelayanan di unit rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat, serta catatan yang juga harus dijaga kerahasiannya dan merupakan sumber informasi tentang pasien yang datang berobat ke rumah sakit, pengolahan tersebut meliputi penyusunan atau pendaftaran, *assembling*, *coding*, *indexing*, dan analisis atau pelaporan (Ismaniar, 2015).

Pengelolaan rekam medis di rumah sakit adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya mencapai tujuan rumah sakit, yaitu peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dalam

pengelolaan rekam medis untuk menunjang mutu pelayanan bagi rumah sakit, pengelolaan rekam medis harus efektif dan efisien. Rekam medis itu harus secara akurat di dokumentasikan, segera tersedia, dapat digunakan, mudah di telusuri kembali (*retrieving*), dan lengkap informasi (Siregar, 2004). Sistem penyelenggaraan rekam medis dilakukan oleh unit rekam medis. Satu diantara bentuk penyelenggaraan rekam medis adalah proses pengkodean diagnosis.

Pengkodean merupakan pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf dan angka atau kombinasi antara huruf dan angka yang mewakili komponen data. Kegiatan yang dilakukan dalam coding meliputi kegiatan pengkodean diagnosis penyakit dan pengkodean tindakan medis. Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode bertanggungjawab atas keakuratan kode (Budi, 2011). Ketepatan kode diagnosis dan tindakan sangat mempengaruhi data statistik dan pelayanan kesehatan, serta pembayaran biaya kesehatan dirumah sakit, ketepatan dalam pengkodean diagnosis juga berpengaruh dalam menghasilkan data yang berkualitas (Ervina, 2019)

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang cukup serius karena angka kematian dan kesakitannya yang tinggi serta dampaknya yang dapat menimbulkan kecacatan yang berlangsung kronis dan bukan hanya terjadi pada orang lanjut usia, melainkan juga pada usia muda. Stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi syaraf lokal dan global, munculnya mendadak, progresif dan cepat. Gangguan fungsi syaraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik (Kemenkes RI, 2013).

Hasil penelitian dari (Sari, 2016) menunjukkan bahwa kode diagnosis stroke pasien rawat inap yang akurat sebesar 31 berkas rekam medis (72,10%) dan kode yang tidak akurat sebesar 12 berkas rekam medis (27,90%). Hasil penelitian dari (Mardiawati, 2020) menunjukkan bahwa kode diagnosis stroke pasien rawat inap yang akurat sebesar 13 berkas rekam medis (41,9%) dan kode yang tidak akurat 18 berkas rekam medis (58,1%).

Berdasarkan studi pendahuluan yang saya lakukan pada tanggal 22 Maret 2022 di Rumah Sakit Umum Daerah MA Sentot Patrol Indramayu jumlah kasus Stroke pasien rawat inap pada periode januari hingga desember 2021 sebanyak 284 kasus. Analisis terhadap 10 sampel resume medis pasien rawat inap kasus stroke diperoleh hasil presentase tepat 7 (70%) dan tidak tepat 3 (30%).

Padahal pemberian kode yang tepat sangat penting untuk menghasilkan informasi yang benar, selain itu ketepatan dan akurasi data diagnostik sangat penting dalam statistik rumah sakit dan juga administrasi pembiayaan rumah sakit (Salsabila, 2021). Selain itu, pentingnya dilakukan analisis ketepatan pengisian kode diagnosis stroke pada dokumen rekam medis karena apabila kode diagnosis tidak tepat atau tidak sesuai dengan ICD-10 maka menyebabkan turunnya mutu pelayanan di rumah sakit. serta mempengaruhi data, informasi laporan, dan ketepatan tarif INA-CBG's yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan pasien (Karimah, 2016).

Berdasarkan permasalahan diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Ketepatan Kode Penyakit Stroke Pasien Rawat Inap Di RSUD MA Sentot Patrol Indramayu”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana ketepatan kode penyakit stroke pasien rawat inap di RSUD Pantura M.A Sentot Patrol Indramayu?”.

C. Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui bagaimana ketepatan kode penyakit stroke pasien rawat inap di RSUD Pantura M.A Sentot Patrol Indramayu.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Memberikan gambaran mengenai hal yang terjadi dilapangan dengan pedoman teori pembelajaran.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Akademik

Sebagai masukan membangun dalam meningkatkan kualitas lembaga pendidikan yang ada.

b. Bagi Rumah Sakit

Sebagai acuan dalam melaksanakan evaluasi ataupun peningkatan mutu pelayanan di rumah sakitnya.

c. Bagi Peneliti

Sebagai pengetahuan dan pembelajaran mengenai alur pengkodean penyakit serta menentukan keakuratan pengkodean penyakit.

E. Keaslian Penelitian

1. Penelitian yang dilakukan oleh Dewi Mardawati, Tiara Febri Akika pada tahun 2020 dengan judul “Identifikasi Keakuratan Kode *Underlying Cause Of Death* (UCOD) Kasus Stroke Berdasarkan ICD-10 Di Rumah Sakit TK.III Dr. Reksodiwiryo Padang”. Jenis penelitian ini adalah kuantitatif deskriptif dengan pendekatan cross sectional. Hasil observasi terhadap 10 berkas rekam medis mortalitas kasus stroke terdapat 70% berkas rekam medis tidak lengkap dan akurat pengisian kode *Underlying Cause Of Death* (UCoD) dan 30% berkas rekam medis sudah lengkap dan akurat pengisiannya.

Persamaan : Jenis penelitian ini adalah kuantitatif deskriptif

Perbedaan : Penelitian sebelumnya berfokus pada Kode UcoD (*Underlying Cause Of Death*) sedangkan penelitian ini hanya berfokus pada keakuratan kode stroke-nya saja.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Santi Meylani Eka Sari, Astri Sri Wariyanti pada tahun 2016 dengan judul “Keakuratan Kode Diagnosis Stroke Di Rumah Sakit Islam Amal Sehat Sragen”. Jenis penelitian ini

menggunakan deskriptif dengan pendekatan *retrospektif*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kode diagnosis Stroke yang akurat sebanyak 31 (72,10%) dokumen rekam medis, sedangkan kode yang tidak akurat sebanyak 12 (27,90%) dokumen rekam medis.

Persamaan : Jenis penelitian menggunakan metode observasi

Perbedaan : Jenis penelitian ini menggunakan deskriptif dengan pendekatan *retrospektif* sedangkan pada penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif.

3. Penelitian yang dilakukan oleh Nina Rahmadiliyani dan Aida Fitria pada tahun 2019 dengan judul “Ketepatan Penentuan Kode Diagnosis Utama Penyebab Kematian Pada Kasus Stroke Di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan”. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif didukung kualitatif. Berdasarkan hasil observasi pada formulir RM 17 yaitu resume pasien keluar, dokter biasanya menuliskan penyebab kematian pada kolom resume pasien keluar tepat di samping kolom penyebab kematian pada gambar diatas dengan penulisan Penyebab Kematian : Herniasi otak dan Penyebab Kematian: (-) dengan tanda strip jika dokter tidak menuliskan penyebab kematian. Jika dokter tidak menuliskan diagnosis penyebab kematian pada kolom yang disediakan maka penyebab kematian tersebut sama dengan diagnosis utama pasien yaitu Stroke Hemoregik atau Stroke Non Hemoregik.

Persamaan : Jenis penelitian menggunakan metode observasi

Perbedaan : Penelitian sebelumnya berfokus pada Kode UCOD (*Underlying Cause Of Death*) sedangkan penelitian ini hanya berfokus pada keakuratan kode stroke-nya saja.