

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (WHO) Tahun 2016, menekankan bahwa kelengkapan dan akurasi dokumentasi rekam medis sangat penting untuk penegakan diagnosis dan pengkodean yang tepat. Penggunaan ICD-10 juga dimaksudkan untuk tujuan pelaporan statistik, epidemiologi, dan klaim pembiayaan layanan kesehatan.

Menurut Permenkes No. 24 Tahun 2022 atau standar SNARS memuat tentang regulasi di Indonesia mengenai standar kelengkapan dokumen rekam medis. Analisis Kelengkapan Dokumentasi Medis merupakan proses evaluasi terhadap rekam medis pasien untuk memastikan bahwa seluruh elemen yang diwajibkan telah diisi dengan lengkap, akurat, dan sesuai standar. Dokumen yang lengkap mulai dari Identitas pasien, anamnesis dan hasil pemeriksaan fisik, diagnosa kerja dan banding, rencana asuhan medis, tindakan medis (termasuk persetujuan tindakan), resume medis, hasil penunjang (laboratorium, radiologi, dll), catatan perkembangan pasien, instruksi dokter dan pelaksanaannya, surat rujukan atau pulang.

Kelengkapan rekam medis menjadi indikator Standar Pelayanan Minimal rekam medis di rumah sakit yaitu kelengkapan pengisian dokumen rekam medis 100%. Rekam medis yang lengkap adalah dokumen rekam medis yang telah diisi

lengkap oleh dokter dalam waktu kurang dari 24 jam setelah selesai pelayanan/ setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang (Permenkes,2018).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019) tentang Pedoman pengkodean penyakit dan tindakan di fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan ICD-10 dan ICD-9-CM. salah satu penegakan koding adanya kelengkapan dokumentasi medis merupakan aspek krusial dalam sistem pelayanan kesehatan, terutama dalam kasus gangguan persalinan. Dokumentasi ini harus lengkap dan akurat agar diagnosis dapat ditegakkan secara tepat dan kodefikasi penyakit (ICD) dapat dilakukan secara benar. Ketidaklengkapan dokumentasi dapat menyebabkan kesalahan diagnosis, klaim asuransi yang ditolak, atau pelaporan data kesehatan yang tidak valid.

Salah satu penunjang mutu pelayanan di rumah sakit ialah bagian unit rekam medis. Rekam medis harus ditulis secara konsisten, termasuk dalam penggunaan bahasa medis oleh tenaga kesehatan yang pada akhirnya menjadi salah satu komunikasi antar tenaga kesehatan, penunjang medis dan tenaga lain yang bekerja di bidang pelayanan kesehatan. Penggunaan medis bertujuan untuk keseragaman pada istilah yang dituliskan dokter di suatu negara tetap dapat dipahami oleh dokter di seluruh dunia (Kemenkes RI,2019).

medis menjadi hal yang sangat penting untuk seorang coder dalam menentukan kode diagnosa. Ketidakakuratan penulisan terminology medis dapat memberikan dampak serius bagi petugas yang belum mengerti tentang medis, seperti kesalahan dalam memberikan kode diagnosa yang berpotensi menimbulkan masalah dalam klaim BPJS. Hal ini menandakan

kemampuan seorang coder dalam memahami medis menjadi salah satu faktor yang akan mempengaruhi keakuratan kode diagnosa yang akan diberikan di rekam medis pasien (Alvionita, 2024).

Coder harus memiliki keterampilan serta pengetahuan dalam mengkode diagnosa, teliti dalam membaca medis yang tertera dalam diagnosa, bekerja sesuai dengan standar yang telah ditetapkan serta dapat menerapkan komunikasi efektif dengan berbagai pihak terutama dengan dokter yang telah menuliskan langsung diagnosa pasien (Kurnianingsih, 2020). Untuk menghasilkan kode diagnosa yang tepat dan akurat, dalam melakukan pengkodean harus berdasarkan klasifikasi penyakit yang tercantum dalam ICD-10.

Hasil penelitian Wahyuni,A.,dkk 2024 didapatkan frekuensi pengisian rekam medis tidak lengkap 89.3%, ketidakakuratan kode ICD-10 yaitu 26.2% dan ICD-9 CM yaitu 32.2%. Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan rekam medis dengan akurasi pengkodean ICD-10 dan ICD-9 ($P\text{-value} > 0.05$). Rekam medis yang lengkap cenderung memiliki pengkodean yang lebih akurat, sementara rekam medis yang tidak lengkap sering kali menyebabkan kesalahan dalam pengkodean. Pentingnya menjaga kelengkapan rekam medis untuk meningkatkan akurasi pengkodean, yang berdampak positif pada pengelolaan data kesehatan, pengambilan keputusan klinis, dan klaim asuransi kesehatan.

Berdasarkan penelitian Setiyoargo, A, dkk (2022) diketahui ketidakakuratan kode diagnosa kasus persalinan sebesar 57% karena disebabkan *coder* tidak memberikan kode sekunder sebagai bentuk keterangan

tambahan terkait jenis kelahiran yang terjadi. Penelitian ini menggunakan data sekunder yang diperoleh dari rekam medis pasien kasus kecelakaan di RS Panti Waluya Sawahan Malang tahun 2021. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara variabel kelengkapan resume medis dengan keakuratan kode diagnosa kasus persalinan. Jika suatu resume medis tersebut lengkap maka kode diagnosa kasus persalinan yang dihasilkan juga semakin akurat.

Hasil Penelitian Mardhatilah M, (2019) di Rumah sakit Ibu Surakarta studi retrospektif terhadap 51 rekam medis kasus asfiksia lahir hanya ada 14 dokumen rekam medis (27,5%) yang tergolong lengkap dan akurat, ada 5 dokumen rekam medis (9,8%) yang tergolong lengkap dan tidak akurat, yaitu 5 Dokumen rekam medis (9,8%) Berkat kategori tidak lengkap dan akurat dan ada 14 dokumen rekam medis (27,5%) tergolong tidak lengkap dan tidak akurat. Berdasarkan uji Chi-Square diperoleh harga 0,000 berarti signifikan $p < 0,05$. Hal ini menunjukkan adanya korelasi antara kelengkapan informasi yang mendukung diagnosis birth asphyxia dengan keakuratan kode diagnosis. Penyebab terbesar adalah ketidaklengkapan pengisian deskripsi aktivitas bayi.

Hasil Penelitian Rika Y. Pratama et al. (2019) yang dilakukan di RS RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang tentang kelengkapan dan pendokumentasian rekam medis pasien ketuban pecah dini (KPD). Hasil penelitian menunjukkan ketidaklengkapan terbanyak terdapat pada *review* laporan penting pada lembar formulir laporan operasi sebesar 20 dokumen (32,26%) dan *review* pendokumentasian yang benar ketidaklengkapan terbanyak pada lembar

formulir ringkasan masuk dan keluar yaitu sebanyak 57 dokumen rekam medis (91,94%) pada item pemberian garis tetap pada area kosong.

Berdasarkan survei awal yang saya lakukan pada tanggal 30 Juni 2025 di Rumah Sakit Haji Medan pada kasus gangguan Persalinan ada 15 kasus penyakit diantaranya yaitu, *Maternal care for tumour of corpus uteri ersalinan ada 15 kasus penyakit diantaranya yaitu, Rupture of uterus during labor , Maternal care for intrauterine death , Maternal Care For Tumour Of Corpus Uteri, Spontaneous Abortion , Spontaneous Vertex Deleverly, Serve pre -eclampsia, Blighted Ovum And Nonhy , Spontaneous Vertex Deleverly, Labour and delivery complicated by fetal hearth rate anomaly, Threatened abortion , Maternal Care For Tumour of corpus uteri, Mild Hyperemesis Gravidarum, Spontaneous abortion*. Diantara berkas rekam medis pasien tersebut, terdapat berkas rekam medis masih ditemukan ketidaktepatan penulisan medis sesuai dengan ICD-10 seperti Reptur Uteri, KPD, Retensio Plasenta, Plasenta Previa, Abortus Inkomplit, Maternal Distress, Post Kuret, Post Partum, Hiperesi, Plasenta Previa +Mioma Uteri. Selain itu saya melihat ketidaklengkapan pada dokumen yaitu anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, hasil laboratorium, dokumentasi pendukung (obsional) sehingga petugas koder kesulitan menegakkan kode diagnosa penyakit.

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Analisis kelengkapan Dokumentasi Medis Sistem Reproduksi Pada Gangguan Persalinan Dengan Penegakan Diagnosa Dalam Menentukan kodefikasi Penyakit Di Rumah Sakit Haji Medan tahun 2025”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, rumusan masalah pada penelitian ini adalah apa saja yang harus diperhatikan untuk melengkapi dokumentasi medis sistem reproduksi pada kasus gangguan persalinan dengan penegakan diagnosa dalam menentukan kodefikasi penyakit di RS. Haji Medan

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, tujuan pada penelitian ini adalah “Untuk menganalisis kelengkapan dokumentasi medis sistem reproduksi pada kasus gangguan Persalinan di RS. Haji Medan”

1.3.2. Tujuan Khusus Penelitian

Menganalisis kelengkapan dokumentasi medis pada pasien dengan gangguan Persalinan untuk penegakan diagnosa dan menentukan kodefikasi penyakit di RS. Haji Medan pada formulir anamnesis ,pemeriksaan fisik ,hasil laboraturium ,pemeriksaan penunjang ,dokumentasi pendukung ,diagnosa primer.

1.4 Manfaat Penelitian

Berdasarkan uraian tujuan penelitian di atas maka manfaat dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini di harapkan sebagai bahan evaluasi untuk meningkatkan kualitas dokumentasi medis, khususnya dalam medis pada gangguan persalinan sehingga pelayanan Kesehatan pasien menjadi lebih

baik, dan pelaporan data medis dapat dilakukan lebih valid dan sesuai dengan standar.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat berguna bagi mahasiswa/I Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Universitas Imelda Medan sebagai bahan penelitian dan referensi, atau bahan ajar dalam pembelajaran dokumentasi medis, Kesehatan, serta proses kodefikasi diagnosis menggunakan ICD-10.

3. Bagi Penulis

Penelitian ini memberikan manfaat yang sangat berarti bagi penulis, terutama dalam meningkatkan pemahaman dan wawasan mengenai pentingnya kelengkapan medis, khususnya pada kasus gangguan persalinan. Melalui proses penelitian ini, penulis dapat mengembangkan kemampuan dalam menganalisis data, memahami prosedur kodefikasi berdasarkan ICD-10, serta menulis karya tulis ilmiah secara sistematis dan sesuai kaidah akademik.