

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat.

Untuk meningkatkan penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit harus ditunjang dengan penyelenggaraan rekam medis yang baik. Penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit diatur dalam PERMENKES Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 pasal 7, yang menyatakan bahwa setiap sarana pelayanan kesehatan yang melakukan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis.

Salah satu sarana pelayanan kesehatan di rumah sakit yaitu rawat inap. Pada pelayanan rawat inap, cara pulang pasien setelah dirawat dapat berupa pulang hidup, dirujuk ke rumah sakit lain, pulang paksa, atau meninggal. Pasien pulang dengan kondisi sudah meninggal atau meninggal di rumah sakit harus disertakan dengan surat kematian.

Surat kematian sangat penting karena merupakan bukti bahwa pasien meninggal di rumah sakit. Oleh karena itu kelengkapan surat kematian menjadi bagian dari proses administrasi terhadap keluarga pasien dengan pihak rumah sakit tentang kematian pasien.

Isi dari dokumen rekam medis salah satunya formulir surat kematian terdapat informasi tentang diagnosis akhir pasien yang digunakan dalam proses pengkodean. Pengkodean ini dilakukan dengan menggunakan standar klasifikasi penyakit yang sesuai dengan ICD-10 (*International Statistical Classification of diseases and Related health Problem Tenth Revision*). Sehingga pengkodean diagnose dilakukan secara tepat dan akurat.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan pada bulan Desember 2013, jumlah pasien kusta meninggal tahun 2012 – 2013 sebanyak 30 pasien. Dari 30 pasien meninggal ada nya surat kematian berjumlah 22 atau 73,3%. Dan 26,7% atau 8 rekam medis yang tidak ada surat kematian. Dari hasil kekuratan kode diagnose penyebab kematian pada surat kematian, tidak adanya keakuratan kode diagnose penyebab kematian pasien. karena pada komponen no.sebab kematian (ICD) pada surat kematian tidak diisi.

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis bermaksud melakukan penelitian tentang **“TINJAUAN KELENGKAPAN SURAT KEMATIAN TERHADAP KEAKURATAN PEMBERIAN KODE DIAGNOSA PENYEBAB KEMATIAN PASIEN KUSTA DI RUMAH SAKIT KUSTA Dr. SITANALA TANGERANG”**

1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang sudah dijelaskan di atas, maka perumusan masalah adalah ”Bagaimana Kelengkapan surat kematian dan keakuratan kode diagnosa penyebab kematian (mortalitas) di Rumah Sakit Kusta Dr.Sitanala Tangerang?”

1.3. Pembatasan Masalah

Pembatasan masalah yang akan dibahas pada penelitian ini adalah hanya pada kelengkapan surat kematian dan keakuratan kode diagnose penyebab kematian pasien kusta di Rumah Sakit Kusta Dr. Sitanala Tangerang.

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui kelengkapan surat kematian dan keakuratan kode diagnosa penyebab kematian berdasarkan buku ICD-10.

1.4.2. Tujuan Khusus

- Mengidentifikasi SPO
- Mengidentifikasi kelengkapan surat kematian
- Mengidentifikasi penyebab kematian pasien

- Mengidentifikasi keakuratan pengkodean diagnosa kematian pasien.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Bagi Rumah Sakit

Menjadi bahan evaluasi untuk meningkatkan mutu pelayanan yang bertujuan pada hasil diagnosa yang akan menjadi penyebab kematian pasien.

1.5.2. Bagi Penulis

Mengembangkan ilmu yang telah diperoleh selama di bangku kuliah, menambah wawasan dan pengetahuan dalam menentukan kode diagnosa yang sesuai dengan penyebab kematian pasien.

1.5.3. Bagi Mahasiswa Lain

Menambah wawasan dan pengetahuan dalam menentukan kode diagnosa yang sesuai dengan penyebab kematian pasien.