

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks (Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, 2008). Rumah sakit juga sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang memberikan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan, serta mengingat pentingnya dokumen rekam medis untuk rumah sakit, diperlukan adanya pengendalian terhadap pengisian dokumen rekam medis. Rekam medis pada dasarnya merupakan salah satu bagian penting dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Kualitas rekam medis di rumah sakit ikut berperan menentukan mutu pelayanannya. Hal ini mengingat rekam medis merupakan salah satu standar yang harus dipenuhi oleh instansi atau rumah sakit untuk memperoleh predikat akreditasi.

Berdasarkan Permenkes N0 269/MENKES/PER/III/2008 Rekam medis merupakan suatu berkas yang berisikan catatan dan dokumen

tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Kemudian setelah rekam medis selesai digunakan dari ruang rawat, maka dalam waktu 1×24 jam rekam medis tersebut harus dikembalikan ke bagian Rekam Medis. Setiap pelayanan kesehatan di rumah sakit diwajibkan untuk menyelenggarakan rekam medis. Sistem pelayanan rekam medis merupakan suatu sistem yang mengorganisasikan formulir, catatan, dan laporan yang dikoordinasikan sedemikian rupa untuk menyediakan dokumen yang dibutuhkan manajemen rumah sakit dan dilaksanakan untuk pasien yang dipandang sebagai manusia seutuhnya. Rekam medis yang lengkap, diperoleh informasi –informasi yang dapat digunakan untuk berbagai keperluan. Keperluan tersebut diantaranya sebagai bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahan penelitian dan pendidikan, serta bisa digunakan sebagai alat untuk analisis dan evaluasi terhadap mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit. Sebelum menetapkan penulisan kode diagnosis penyakit, petugas rekam medis yang bertugas menetapkan kode diagnosis dokter diharuskan mengkaji data rekam medis pasien untuk menemukan kekurangan, kekeliruan atau terjadinya kesalahan akibat tidak digunakan standar minimum pencatatan, sehingga kelengkapan isi rekam medis merupakan persyaratan untuk menentukan kode diagnosis oleh petugas rekam medis. Kelengkapan data rekam medis sangat tergantung pada dokter sebagai penentu diagnosis dan petugas rekam medis sebagai pengkaji kelengkapannya. Penulisan

diagnosis yang terdapat di dalam berkas rekam medis merupakan pernyataan diagnosis yang sifatnya rahasia dan bukti secara tertulis untuk kepentingan penegakan hukum. Istilah resume medis disebut ringkasan pulang harus dibuat oleh dokter dan dokter gigi yang melakukan perawatan pasien.

Penulisan diagnosis seorang pasien merupakan tanggung jawab dokter yang merawat dan tidak boleh diwakilkan. Menurut Peraturan Direktur RSUD Bagas Waras Kabupaten Klaten no 1 Tahun 2017 tentang kebijakan pelayanan Rumah Sakit, menyatakan bahwa setelah pasien pulang seorang dokter yang merawat pasien tersebut akan melengkapi data medis dilembar resume baik secara komputerisasi atau secara manual, khususnya di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bagas Waras Klaten semua lembar resume diisi oleh dokter secara manual. Lembar resume yang telah diisi tersebut bersama lembar yang lain akan diserahkan oleh Unit Rawat Inap ke bagian assembling. Di bagian assembling lembar resume akan dilakukan analisis kuantitatif, dan data yang ada pada lembar tersebut bisa digunakan untuk membuat indeks dan koding penyakit, yang nantinya diperlukan untuk analisis dan laporan yang diperlukan oleh rumah sakit tersebut. Keputusan medis dokter yang diambil oleh seorang dokter berdasarkan diagnosa yang dibuat, akan sangat berpengaruh terhadap tindakan dokter terhadap pasien baik dalam pengobatan atau bahkan tindakan yang akan diambil. Suatu diagnosa yang akurat didasari oleh anamnesa, pemeriksaan fisik,

pemeriksaan penunjang dan ditulis dalam berkas rekam medis. Berkas rekam medis berisi semua catatan atau rekaman tindakan kepada pasien selama mendapat perawatan di Rumah Sakit. Berkas rekam medis ini sebagai bukti tindakan dokter terhadap pasien, sehingga apabila terjadi gugatan dari pasien terhadap dokter atas pengobatan atau tindakan yang telah dilakukan oleh dokter, dokumen tersebut dapat menjadi alat bukti.

Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bagas Waras Klaten sudah terdapat protap yang berkaitan dengan pengisian data rekam medis, termasuk formulir resume dan secara rutin telah dilakukan analisis kelengkapan data rekam medis pasien. Fenomena yang ditemukan pada survey awal Rumah Sakit Umum Daerah Bagas Waras Klaten didapatkan banyak formulir resume yang tidak lengkap, lembar resume belum terkomputerisasi dan pengisiannya dilakukan secara manual oleh dokter setelah pasien dinyatakan boleh pulang. Setelah lembar resume diisi oleh dokter akan diserahkan kebagian assembling untuk dianalisis kelengkapannya dengan menggunakan check list yang meliputi identifikasi pasien, otentikasi dokter, adanya laporan yang penting serta terciptanya pelaksanaan rekaman/pencatatan yang baik. Lembar resume yang dipakai adalah lembar resume rawat inap dengan alasan ada kebijakan pasien rawat inap yang sudah pulang resume harus lengkap dalam jangka waktu 2 hari, sehingga ada kesempatan dokter untuk melengkapinya. Di Rumah Sakit Umum Daerah Bagas Waras Klaten sudah ada Prosedur tetap yang mengharuskan dokter di RS tersebut harus

melengkapi semua data pada lembar resume tetapi di dalam kenyataannya masih terdapat perilaku dokter yang belum memenuhi protap yang telah ditentukan di Rumah Sakit Umum Daerah Bagas Waras Klaten.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas maka permasalahan yang akan dikaji lebih lanjut dalam penelitian ini adalah: Bagaimana perilaku dokter terhadap kelengkapan penulisan lembar resume rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bagas Waras Klaten Tahun 2017.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui perilaku dokter terhadap pengisian data lembar resume rawat inap di (RSUD) Bagas Waras Klaten.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui pengetahuan dokter yang berhubungan dengan kelengkapan penulisan data rekam medis pasien pada lembar resume.
- b. Mengetahui sikap dokter yang berhubungan dengan kelengkapan penulisan data rekam medis pasien pada lembar resume.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit.

Sebagai bahan masukan dalam pelaksanaan manajemen kelengkapan data rekam medis pasien

2. Bagi Peneliti

a. Menambah pengalaman dan wawasan dalam penelitian manajemen rekam medis dalam kaitan dengan perilaku dokter.

b. Mengetahui pengaruh perilaku dokter terhadap kelengkapan data resume pasien

3. Bagi Akademik

a. Sebagai bahan untuk menambah referensi di Perpustakaan.

b. Sebagai parameter untuk menilai pemahaman mahasiswa dalam penelitian.

E. Keterbatasan Penelitian

1. Keterbatasan uji coba kuisisioner hanya dilakukan di satu di rumah sakit

2. Keterbatasan kemampuan peneliti dalam penelitian perilaku dokter dalam penulisan data rekam medis pasien dalam analisis data hanya mencari hubungan antara perilaku dengan praktik penulisan data rekam medis pada lembar resume tanpa menjelaskan perilaku sendiri secara kualitatif.