

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat (UU Nomor 44 Tahun 2009). Berdasarkan pengertian tersebut disimpulkan bahwa rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan yang harus memberikan pelayanan bermutu untuk perseorangan, kelompok, keluarga maupun masyarakat.

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, rumah sakit wajib melakukan akreditasi secara berkala minimal tiga tahun sekali (SNARS, 2017). Salah satu penilaian dalam akreditasi adalah dokumen rekam medis. Setiap rumah sakit harus memenuhi pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan rekam medis dengan baik. Terselenggaranya pelayanan kesehatan yang baik tercermin pada kelengkapan dokumen rekam medis yang dibuat (Widya, 2020).

Rekam medis dalam Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 harus dibuat secara tertulis ataupun secara

elektronik dengan lengkap dan jelas yang berisikan catatan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan dan tindakan pasien. Hal ini menunjukkan bahwa rekam medis wajib dibuat lengkap oleh pemberi pelayanan baik menggunakan manual (kertas) maupun elektronik. Data rekam medis pasien tersebut dapat dipakai sebagai acuan untuk pemeriksaan kesehatan pasien selanjutnya, sekaligus sebagai bukti tercatat mengenai diagnosis penyakit pasien dan pelayanan medis yang diperoleh pasien (Susanto dalam Safitri, 2016). Jika terdapat rekam medis yang tidak lengkap dapat mempengaruhi dokter atau perawat dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan rencana pengobatan karena kurangnya informasi yang diperlukan.

Dalam penentuan mutu rumah sakit ditentukan berdasarkan prioritas indikator mutu mengenai ketersediaan, isi dan penggunaan catatan medik sesuai standar PMKP 3.1 klinik 9 yaitu kelengkapan pengisian rekam medis dalam 24 jam setelah selesai pelayanan. Dokumen rekam medis yang dinilai yaitu di bagian rawat inap. Dalam rekam medis yang harus dimuat untuk pasien rawat inap dalam perawatan satu hari sekurang-kurangnya adalah identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan dan/atau tindakan, persetujuan tindakan bila diperlukan catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, ringkasan pulang nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan

tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan, pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien dan persetujuan tindakan bila diperlukan (Permenkes RI No. 269 Tahun 2008).

Dalam proses pengisian rekam medis rawat inap yang lengkap baik secara manual maupun elektronik dilakukan oleh dokter atau pemberi pelayanan kesehatan lainnya yang terkait dengan kondisi medis atau pengobatan pasien. Artinya dokter atau perawat menggunakannya untuk berkomunikasi tentang kondisi pasien dan keputusan cara mengobati pasien agar dapat bermakna, tentu harus akurat, tepat waktu dan mencerminkan cakupan layanan yang diberikan. Baik buruknya suatu pelayanan rumah sakit dapat digambarkan dari lengkap tidaknya dokumen rekam medis di suatu rumah sakit (Amalia, 2016).

Hasil studi pendahuluan di RSUD Aghisna Medika Sidareja pada bulan Maret tahun 2021, diketahui hampir seluruh formulir rekam medis rawat inap yang disimpan dalam ruang *filling* tidak dilakukan pengisian secara lengkap oleh tenaga kesehatan sehingga menimbulkan ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis. Hal tersebut diperkuat dengan hasil analisis kuantitatif rekam medis untuk mengetahui presentase ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap di RSUD Aghisna Medika Sidareja pada tahun 2019-2021 di bulan Januari – Maret.

Analisis kuantitatif dokumen rekam medis berdasarkan metode Hatta (2013) yang dilakukan di RSUD Aghisna Medika Sidareja terdiri dari

empat komponen yaitu identifikasi pasien pada setiap lembar rekam medis (nomor RM dan nama pasien), pelaporan yang penting yang terdiri dari laporan umum (lembar riwayat pasien, pemeriksaan fisik, catatan perkembangan, observasi klinik dan ringkasan penyakit) dan laporan khusus (laporan operasi, anasthesi dan hasil-hasil pemeriksaan laboratorium), autentifikasi (tanda tangan, nama jelas termasuk cap/stempel atau kode seseorang untuk komputerisasi, gelas professional), serta pendokumentasian yang benar (lengkap dan dapat dibaca dengan jelas).

Hasil analisis kuantitatif ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap pada 10 dokumen RSUD Aghisna Medika Sidareja pada tahun 2019 pada komponen identifikasi (100%), 10 dokumen pada komponen laporan penting (100%), 5 dokumen pada komponen autentifikasi (50%) dan 8 dokumen pada komponen pendokumentasian yang benar (80%). Pada tahun 2020 terdapat 7 dokumen pada komponen identifikasi (70%), 10 dokumen pada komponen laporan penting (100%), 5 dokumen pada komponen autentifikasi (50%) dan 6 dokumen pada komponen pendokumentasian yang benar (60%). Sedangkan tahun 2021 terdapat 10 dokumen pada komponen identifikasi (100%), 8 dokumen pada komponen laporan penting (80%), 7 dokumen pada komponen autentifikasi (70%) dan 8 dokumen pada komponen pendokumentasian yang benar (80%).

Data hasil analisis kuantitatif DRM RSUD Aghisna Medika Sidareja selama tiga tahun terakhir dari bulan Januari-Maret tersebut menunjukkan bahwa kelengkapan pengisian dokumen rekam medis masih tidak mencapai standar yang ditentukan yaitu Permenkes No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rekam Medis di Rumah Sakit yaitu sebesar 100%. Rekam medis erat dengan SPM RS yang merupakan bukti tentang proses pelayanan medis kepada pasien. Kelengkapan pembuatan RM menjadi tumpuan kualitas medis, sehingga dokter dan perawat wajib melengkapi rekam medis secara lengkap dan tepat.

Ketidakkelengkapan pengisian dokumen rekam medis dipengaruhi salah satunya karena kinerja petugas kesehatan dalam pengisian dokumen rekam medis. Kinerja petugas kesehatan dalam kelengkapan pengisian dokumen rekam medis menjadi tingkat pencapaian tenaga kesehatan dalam penyelenggaraan rekam medis terutama dalam kelengkapan pengisian lembar rekam medis pasien (Lihawa dkk 2016).

Menurut Laskmini dalam Aditya dkk (2020), tingginya presentase rekam medis yang tidak lengkap merupakan indikator rendahnya kinerja dokter atau perawat dalam pengisian rekam medis di rumah sakit yang diduga sebagai akibat rendahnya motivasi dalam melaksanakan pekerjaannya, baik motivasi dari dalam dirinya sendiri (intrinsik) maupun motivasi dari luar diri (ekstrinsik). Menurut Alif (2019) menyatakan bahwa penyebab ketidakkelengkapan dikarenakan berbagai faktor seperti kurangnya disiplin petugas yang bersangkutan, keterbatasan waktu serta

kurangnya kesadaran tenaga medis untuk menulis nama dan tanda tangan, serta kurangnya petugas *assembling* dan kurangnya sosialisasi kepada petugas.

Berdasarkan uraian permasalahan ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis tersebut dapat disebabkan oleh faktor kinerja petugas. Menurut Armstrong dan Baron (1998) dalam Wibowo (2017), kinerja dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu *personal factors* (faktor individu), *leadership factors* (faktor kepemimpinan), *team factors* (faktor kepemimpinan), *system factors* (faktor system) dan *situational factors* (faktor situasi). Dampak yang ditimbulkan dari hasil kinerja petugas dalam pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap di RSUD Aghisna Medika Sidareja yaitu akan berpengaruh terhadap informasi terkait pasien dalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam pelayanan medis dan tindakan medis yang diberikan, mempengaruhi kualitas laporan internal dan eksternal yang dihasilkan, dan akan mempengaruhi proses hukum ketika terjadi gugatan atau tuntutan hukum.

Berdasarkan uraian tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti tentang “Analisis Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Pada Tenaga Medis RSUD Aghisna Medika Sidareja Tahun 2021” dengan tujuan untuk menganalisis faktor kinerja tenaga medis dalam pengisian dokumen rekam medis rawat inap RSUD Aghisna Medika Sidareja.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana analisis kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap pada tenaga medis di Rumah Sakit Umum Aghisna Medika Sidareja tahun 2021?

C. TUJUAN PENELITIAN

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah yang telah diuraikan diatas, maka terdapat tujuan penelitian sebagai berikut.

1. Tujuan Umum

Mengetahui dan mengidentifikasi analisis kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap pada tenaga medis di Rumah Sakit Umum Aghisna Medika Sidareja tahun 2021.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui *personal factors* (faktor individu) dalam kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap pada tenaga medis di Rumah Sakit Umum Aghisna Medika Sidareja tahun 2021.
- b. Mengetahui *leadership factors* (faktor kepemimpinan) dalam kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap pada tenaga medis di Rumah Sakit Umum Aghisna Medika Sidareja tahun 2021.

- c. Mengetahui *team factors* (faktor kelompok) dalam kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap pada tenaga medis di Rumah Sakit Umum Aghisna Medika Sidareja tahun 2021.
- d. Mengetahui *system factors* (faktor sistem) dalam kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap pada tenaga medis di Rumah Sakit Umum Aghisna Medika Sidareja tahun 2021.
- e. Mengetahui *situational factors* (faktor situasi) dalam kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap pada tenaga medis di Rumah Sakit Umum Aghisna Medika Sidareja tahun 2021.

D. RUANG LINGKUP PENELITIAN

1. Lingkup Masalah

Masalah pada penelitian ini adalah faktor kinerja dalam kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap pada tenaga medis di Rumah Sakit Umum Aghisna Medika Sidareja Tahun 2021.

2. Lingkup Metode

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif menggunakan jenis penelitian *deskriptif analitik*.

3. Lingkup Keilmuan

Bidang ilmu yang diteliti merupakan lingkup kesehatan masyarakat mengenai Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK).

4. Lingkup Tempat

Penelitian dilakukan pada bagian rekam medis dan bagian rawat inap RSUD Aghisna Medika Sidareja.

5. Lingkup Sasaran

Sasaran dalam penelitian ini adalah tenaga medis rawat inap yaitu dokter dan perawat di RSUD Aghisna Medika Sidareja pada tahun 2021.

6. Lingkup Waktu

Penelitian ini dilakukan mulai dari bulan Agustus sampai dengan bulan September tahun 2021.

E. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi Mahasiswa

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan penunjang salah satu mata kuliah yang memiliki keterkaitan terhadap penelitian.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan informasi yang diperlukan sebagai bahan pustaka untuk perbaikan selanjutnya, dan memperkaya khasanah keilmuan dan menjadi referensi bagi mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan khususnya peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan.

3. Bagi Peneliti

Peneliti ini diharapkan dapat membuka pola pikir, memperluas wawasan serta menambah pengetahuan dan pengalaman saat melaksanakan tugas akhir.

4. Bagi RSUD Aghisna Medika Sidareja

- a. Memberikan masukan manajemen rumah sakit tentang kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap pada tenaga medis dalam rangka optimalisasi pelayanan rumah sakit kepada pasien rawat inap.
- b. Dapat digunakan sebagai bahan evaluasi dalam pelaksanaan kegiatan rekam medis terutama indikator mutu kelengkapan rekam medis pasien rawat inap.