

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penggunaan teknologi informasi dalam bidang kesehatan telah merevolusi dan meningkatkan pengiriman layanan kesehatan secara global. Teknologi informasi juga telah diterapkan di rumah sakit untuk administrasi dan manajemen pasien, sumber daya manusia, pengadaan, manajemen gawat darurat, dan masih banyak lagi. Sebelumnya, semua tugas tersebut dikelola menggunakan sistem pencatatan berbasis kertas, yang terbukti tidak efisien dalam hal pencarian informasi, keamanan, dan kualitas data serta tidak menyediakan akses data secara bersamaan (Msiska, Kunitawa and Kumwenda, 2017).

Rekam medis yang lengkap dan akurat digunakan sebagai referensi pelayanan kesehatan, dasar hukum, menunjang informasi untuk meningkatkan kualitas medis, riset medis dan dijadikan dasar menilai kinerja rumah sakit (Nurhaidah, Harijanto and Djauhari, 2016). Rekam medis yang lengkap juga, dapat menyediakan informasi-informasi yang dapat digunakan untuk berbagai keperluan sebagai bahan pembuktian dalam perkara

hukum, bahan penelitian dan pendidikan serta dapat digunakan sebagai alat untuk analisis dan evaluasi terhadap mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit (Pamungkas, Hariyanto and Woro, 2015).

Jumlah insiden pasien jatuh berdasarkan laporan keselamatan pasien di RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2018 sebanyak 16,7% dari 66 insiden. Dari insiden pasien jatuh tersebut terdapat 8 variasi insiden pasien jatuh. Disebabkan karena ketidak akuratnya tenaga kesehatan dalam mendokumentasikan tindakan yang dilakukan kepada pasien setelah terjadinya insiden. Sehingga rumah sakit perlu meningkatkan monitoring terkait keakuratan rekam medis sebagai bukti pelayanan kepada pasien (Budi *et al.*, 2019). Rekam `medis yang akurat dapat memberikan informasi riwayat pasien jatuh dan menggambarkan keadaan-keadaan yang menyebabkan pasien jatuh melalui catatan di dalam formulir-formulir yang terdapat di rekam medis.

Kesalahan dalam pencatatan pada rekam medis maupun ketidaklengkapannya dapat menyebabkan kesalahan dalam pemberian pelayanan terapi pada pasien sehingga menimbulkan kerugian pada pasien atau bisa melukai pasien. Disebutkan oleh

David Karp *et al* (2008) bahwa dokumentasi yang baik akan melindungi pasien. Jadi pendokumentasian yang baik dalam rekam medis merupakan aspek yang penting dalam mewujudkan keselamatan pasien.

Pengisian rekam medis yang tidak lengkap disebabkan karena beberapa hal salah satunya adalah penulisan dokter yang sulit dipahami mengenai diagnosa. Situasi seperti ini akan mengakibatkan pengaruh bagi intern serta ekstern rumah sakit, karena hasil pengolahan data menjadi dasar pembuatan laporan intern dan ekstren rumah sakit. Laporan tersebut berkaitan dengan pengolahan berbagai perencanaan rumah sakit, pengambilan keputusan oleh pimpinan khususnya evaluasi pelayanan yang telah diberikan yang diharapkan hasil evaluasinya akan menjadi lebih baik (Giyana, 2012). Mengetahui pentingnya kelengkapan data pada rekam medis bagi dokter maupun perawat, yang berhubungan dengan perilaku petugas klinis itu sendiri dalam melengkapi data pasien pada rekam medis.

Sebagaimana pendapat di atas sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Job *et al.*, 2013), bahwa catatan pasien yang berbasis kertas adalah tulisan tangan dan gambaran umum tentang

perawatan dan riwayat pasien. Tulisan tangan dokter yang bertanggung jawab kadang-kadang sulit dibaca dan gambaran umum yang hilang berpotensi menyebabkan pemeriksaan dan kesalahan yang tidak perlu dalam diagnosis, resep dan pengobatan, pengambilan sampel laboratorium karena tidak adanya informasi yang konsisten tentang perubahan dalam perawatan pasien dan parameter yang diukur.

Dari hasil penelitian terdahulu terdapat banyak masalah dari ketidaklengkapan berkas rekam medis khususnya pada catatan rekam medis yang terjadi di rumah sakit, disebutkan pada penelitian dari Ekawati, Laksono and Sanjaya, (2012) bahwa 20 Puskesmas di Kabupaten Nganjuk terdapat data rekam medis elektronik (RME) tidak lengkap sebesar 50,12%. Meliputi kondisi umum tidak terisi sebesar (15,55%), pemeriksaan fisik (36,92%), diagnosis (3,10%), dan 28,12% resep tidak didokumentasi dalam RME serta hasil laboratorium sebesar 61,99%. Hal ini menunjukkan penggunaan RME belum mampu menjamin kelengkapan data kesehatan pasien.

Riwayat pengobatan di rekam medis rumah sakit sering kali tidak lengkap, 25% obat resep yang digunakan tidak dicatat

dan 61% dari semua pasien memiliki satu atau lebih menerima obat yang tidak terdaftar (Lau *et al.*, 2000). Pada penelitian dilakukan oleh Joon *et al.* (2015) Dari 270 rekam medis yang dilihat pada bagian informasi rekam medis, ada empat (1,48%) tidak akurat dan 66 (24,4%) tidak lengkap. Pada bagian ketidakakuratan yang paling umum adalah pada formulir pengobatan saat ini, catatan riwayat medis dan alergi medis. Sedangkan pada bagian ketidaklengkapan yang paling umum adalah riwayat penyajian penyakit diikuti oleh riwayat bedah.

Pada penelitian yang dilakukan Ridho, Rosa and Suparniati (2013), menyatakan bahwa 128 rekam medis tidak lengkap dari 364 rekam medis yang diteliti. Aspek kelengkapan rekam medis yang tidak lengkap yaitu nama dan tanda tangan dokter (23,35%), koreksi kesalahan (16,21%), identitas pasien (3,85%) serta tanggal dan waktu (1,65%). Untuk faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan ketidaklengkapan rekam medis adalah pengetahuan, sikap operator, motivasi, dan keterbatasan waktu.

Di Indonesia sendiri pemanfaatan teknologi informasi di bidang kesehatan yang sudah diterapkan dalam sistem informasi

kesehatan (SIK), dan sekarang mulai berkembang ke arah pembuatan rekam medis elektronik (RME). Implementasi Rekam Medis Elektronik ini dimaksudkan untuk mempermudah pelayanan kesehatan dan diharapkan memiliki efek yang positif pada perawatan dan tindakan yang diberikan kepada pasien (Ningtyas and Lubis, 2018). Sistem rekam medis elektronik juga terbukti efisien dan hemat biaya dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan meningkatkan aksesibilitas catatan kesehatan, serta kualitas dan ketepatan informasi pasien (Job *et al.*, 2013).

Menurut Sugiyanto (2005) mengatakan mengingat pentingnya dokumen rekam medis untuk rumah sakit, maka diperlukan adanya pengendalian terhadap pengisian dokumen rekam medis. Kepatuhan para tenaga medis atau paramedis dalam memberikan pelayanan mengacu kepada standar dan prosedur sangat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan terhadap pasien. Pelayanan kesehatan yang baik dimulai dengan meningkatnya kepatuhan terhadap standar pelayanan medis. Pada dasarnya rekam medis merupakan salah satu bagian penting dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Pada tanggal 8 November 2018 peneliti melakukan wawancara terhadap petugas rekam medis. Menyatakan bahwa sistem rekam medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping telah menggunakan catatan rekam medis berbasis elektronik, tetapi kenyataan dilapangan hanya beberapa data yang diisi dalam rekam medis terkomputerisasi selama pasien dirawat. Ada sebagian data pasien masih menggunakan lembar rekam medis manual dengan kertas catatan medik pasien yang meliputi data lembar IGD (Instalasi Gawat Darurat), asesmen awal rawat inap, lembar edukasi, *discharge planning*, asesmen awal keperawatan, lembar orientasi, catatan operasi/anestesi, *resume* medis, *informed consent*.

Kemudian rekam medis pasien yang sudah pulang, petugas rekam medik melakukan analisa yang berupa *assembling*, *coding*, tabulasi serta statistik. jika ada dalam salah satu lembar item catatan medis tidak terisi maka lembaran tersebut tidak lengkap. Contohnya pada kasus lembar resume medis tidak terisi item diagnosa pasien atau tanda tangan dokter, maka pihak petugas rekam medis mengajukan kepada dokter yang bertanggung jawab untuk melengkapinya. Apabila petugas klinis

tidak melengkapi salah lembar catatan medis dalam satu bulan , maka akan diberikan *panishment* berupa jasa medisnya tidak dibayarkan.

Berdasarkan data dari studi pendahuluan pada tanggal 8 November 2018 didapatkan jumlah kelengkapan berkas rekam medis di ruang Rawat Inap Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping. Dengan total pasien rawat inap tahun 2018 berjumlah 16.036 pasien.

Tabel 1.1 Jumlah Rekam Medis Lengkap di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Tahun 2018

Layanan	Persentase
Lembar Instalasi Gawat Darurat (IGD)	74,31%
Asesmen awal rawat inap	69,79%
Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)	56,30%
Lembar edukasi	99,88%
<i>Discarghe planning</i>	64,27%
Asesmen awal keperawatan	99,30%
Lembar orientasi	84,65%
Catatan operasi	99,46%
Catatan anestesi	98,76%
<i>Resume</i> medis	99,87%
Persetujuan umum	99,09%
<i>Informed concent</i> tindakan medis	95,71%
<i>Informed concent</i> pembiusan	95,97%
<i>Holistic Health Care</i> (HHC)	68,05%

Sumber: rekam medis

Dari tabel 1.1 menunjukkan bahwa kelengkapan rekam medis sudah cukup lengkap namun masih kurang dari standart kelengkapan yang ditetapkan DepKes RI yaitu sebesar 100%. Berkas rekam medis yang paling tinggi kelengkapannya yaitu pada lembar edukasi, asesmen awal keperawatan, *resume* medis, catatan operasi dan persetujuan umum. Sedangkan lembar rekam medis yang rendah kelengkapannya pada lembar CPPT, HHC, *Discharge planning*, lembar instalasi gawat darurat dan lembar orientasi.

Oleh karena itu, catatan rekam medis yang ada di RS PKU Muhammadiyah Gamping diharapkan dapat mengisi berkas rekam medis dengan tepat dan sesuai dengan kewenangan serta keakuratan data, maka perlu adanya kebijakan dari pihak rumah sakit tentang kewenangan pengisian rekam medis, yang berisi tentang lembar IGD, asesmen awal rawat inap, CPPT, lembar edukasi, *discharge planning*, asesmen awal keperawatan, lembar orientasi, catatan operasi/anestesi, *resume* medis, *informed consent* tindakan medis dan tanda tangan dokter yang menerima dan atau merawat pasien. Pengisian catatan rekam medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping dilakukan oleh

petugas klinis seharusnya terhindar dari petunjuk yang tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk meneliti mengenai “Analisis Perbedaan Kelengkapan Petugas Klinis Rekam Medis Elektronik dan Rekam Medis Manual di Rumah Sakit”.

B. Rumusan Masalah

Apakah Ada Perbedaan Kelengkapan Petugas Klinis Rekam Medis Elektronik dan Rekam Medis Manual di Rumah Sakit?

C. Ruang Lingkup

Untuk memperjelas masalah yang akan dibahas dan agar tidak terjadi pembahasan yang meluas atau menyimpang, maka perlu kiranya dibuat suatu batasan masalah. Adapun ruang lingkup permasalahan yang akan dibahas dalam penelitian ini, yaitu hanya pada lingkup Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dokter jantung dengan diagnosa jantung primer.

Penyakit jantung merupakan salah satu penyakit yang berbahaya dan penyebab kematian nomor satu di dunia jika tidak ditangani dengan baik. Di Indonesia khususnya pada Provinsi Yogyakarta, menurut data rekam medis Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping jumlah penderita penyakit jantung dari tahun ketahun terus meningkat. Jumlah pasien penderita penyakit jantung pada rawat inap pada tahun 2018 sebanyak 1.128 orang dan tahun 2019 bertambah menjadi 1.429 orang (Instalasi Catatan Medis RS. PKU Muhammadiyah Gamping, 2019).

Pada penelitian Susanti, Sugiarsi and Harjanti (2013), menyatakan bahwa berdasarkan hasil *survey* ketidaklengkapan tertinggi dokumen rekam medis pada pasien *chronic heart failure* (gagal jantung kronis) terletak pada *review autentikasi* (nama penanggung jawab) yaitu 60%, sehingga mengakibatkan petugas kesulitan dalam menentukan pihak yang bertanggung jawab terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien. Hal senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Sakidjan, (2013), bahwa salah satu faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan isian rekam medis pada kasus *tetralogy of fallot* (TOF) adalah kurangnya tanggung jawab DPJP dalam mengisi rekam medis.

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan penelitian ini dilaksanakan untuk mengetahui perbedaan kelengkapan petugas klinis rekam medis elektronik dan rekam medis manual dengan diagnosa jantung primer di rumah sakit.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui tingkat kelengkapan petugas klinis dalam pengisian rekam medis elektronik dengan diagnosa jantung primer di rumah sakit.
- b. Mengetahui tingkat kelengkapan petugas klinis dalam pengisian rekam medis manual dengan diagnosa jantung primer di rumah sakit.
- c. Menganalisis ada tidaknya perbedaan tingkat kelengkapan penggunaan rekam medis elektronik dengan rekam medis manual dengan diagnosa jantung primer di rumah sakit.

E. Manfaat Penelitian

1. Memberikan informasi bagi Rumah Sakit pentingnya kelengkapan pengisian rekam medis.

2. Sebagai bahan masukan bagi Rumah Sakit untuk melengkapi pengisian rekam medis
3. Sebagai masukan bagi rumah sakit untuk memperhatikan SOP dan aturan tentang pengisian rekam medis
4. Sebagai bahan masukan untuk dokter DPJP dan Perawat pelaksana dalam mengisi rekam medis.