

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 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 (Kemenkes RI 2020). Rumah sakit harus menyediakan beberapa jenis pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan medis dan penunjang medis, pelayanan keperawatan atau kebidanan, pelayanan kefarmasian, dan pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga kesehatan serta non kesehatan. Jenis pelayanan kesehatan tersebut terdapat spesifikasinya sesuai dengan jenis pelayanan kesehatan itu sendiri. Seperti salah satu contoh pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga kesehatan yaitu pelayanan rekam medis (Presiden 2021).

Rekam medis merupakan berkas berisi catatan dan dokumen pengobatan tindakan medis lain pada sarana pelayanan kesehatan untuk rawat jalan, rawat inap, maupun gawat darurat baik dikelola pemerintah maupun swasta, adapun tujuan dibuatnya rekam medis untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Rekam medis berfungsi untuk memelihara dan menyediakan informasi bagi semua pihak yang terlibat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Rekam medis berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, seperti pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan yang telah diberikan kepada pasien. Kualitas rekam medis dapat dilihat pada kelengkapan, kesesuaian, ketepatan isi, serta

perlindungan terhadap informasi yang terkandung di dalam rekam medis tersebut. Rekam medis dikatakan lengkap apabila catatan medis tersebut telah berisi seluruh informasi tentang pasien, sesuai dengan formulir yang telah disediakan (Kemenkes RI 2008a).

Petugas rekam medis yang profesional wajib memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan standar kompetensi dan kode etik profesi. Kompetensi petugas rekam medis yaitu; (1) Klasifikasi dan kodifikasi penyakit dan masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis, (2) Aspek hukum dan etika profesi, (3) Manajemen rekam medis dan informasi kesehatan, (4) Menjaga mutu rekam medis, (5) Statistik kesehatan, (6) Manajemen unit kerja informasi kesehatan/rekam medis dan (7) Kemitraan profesi. Pentingnya penguasaan kompetensi ini untuk seorang profesional petugas rekam medis terkait dengan kualitas kerja dan jenjang karirnya di unit rekam medis, untuk menjalankan pekerjaan di rekam medis diperlukan sumber daya manusia yang memenuhi kompetensi perekam medis (Kemenkes RI 2007).

Kualitas rekam medis dapat dilihat dari kelengkapan isi setiap item-item pada lembaran dokumen rekam medis. Kelengkapan rekam medis sangat bermanfaat untuk mengetahui secara detail riwayat penyakit pasien, tindakan pemeriksaan yang telah diberikan kepada pasien, dan selanjutnya merencanakan tindakan pengobatan yang tepat bagi pasien. Selain itu, kualitas rekam medis juga dapat dilihat dari kelengkapan, kesesuaian, ketepatan isinya, serta dapat dilihat juga dari terlindungi atau tidaknya kerahasiaan informasi yang terkandung di dalam rekam medis. Kesalahan penulisan tersebut merupakan salah satu faktor penyebab dari ketidaklengkapan dokumen rekam medis. Ketidaklengkapan dokumen rekam

medis mempunyai dampak yaitu terhambatnya proses klaim asuransi yang diajukan serta terhambatnya proses tertib administrasi (Eny dan Rachman, 2008).

Ketidaklengkapan dokumen rekam medis juga akan berdampak pada indikator Standar Pelayanan Minimal Rekam Medis. Dikarenakan pada standar pelayanan rekam medis terdapat indikator tentang Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam Setelah Pelayanan Rekam Medis dengan standar 100%. Hal tersebut berarti bahwa apabila terdapat kesalahan penulisan yang tidak sesuai dengan standar koreksi kesalahan penulisan maka akan mempengaruhi kelengkapan dokumen rekam medis dan berdampak pada nilai dari Standar Pelayanan Minimal. Standar Pelayanan Minimal digunakan untuk ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan di Rumah Sakit (Kemenkes RI 2008b).

Menurut penelitian oleh Giyatno dan Rizkika tahun 2020, dokumen rekam medis pasien dengan terdapat ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis. Pada review pelaporan penting yaitu resume medis dan informed consent terdapat 8 dokumen (80%) yang terisi tidak lengkap. Pada review autentifikasi yaitu nama perawat, tanda tangan perawat, dan gelar profesional terdapat 10 dokumen (100%) yang terisi tidak lengkap, sedangkan pada review pendokumentasian yaitu bagian kosong dan coretan yang tidak diparaf terdapat 10 dokumen (100%). Berdasarkan penelitian tersebut, didapatkan bahwa pada review pendokumentasian berupa coretan atau kesalahan penulisan mempunyai nilai tinggi 100%. Hal tersebut berarti bahwa dokumen rekam medis tidak lengkap. Dampak dari dokumen rekam medis tidak lengkap adalah kualitas data yang dihasilkan tidak baik dan tidak akurat sehingga dapat merugikan manajemen rumah sakit sendiri dalam pengambilan

keputusan (Giyatno and Rizkika 2020). Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti kesalahan penulisan pada dokumen rekam medis.

Berdasarkan hasil pengamatan selama PKL di RSUD Kanjuruhan, masih banyak kasus kesalahan penulisan yaitu 8 dari 50 dokumen rekam medis yang masih terdapat kesalahan penulisan berupa coretan tanpa paraf dan tipe-x. Peneliti menggunakan SOP serta buku pedoman rekam medis RSUD Kanjuruhan sebagai acuan penelitian. Pada SOP dan buku pedoman rekam medis RSUD Kanjuruhan disebutkan bahwa dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf dan penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan. Penelitian ini juga melihat dari dokumentasi yang digunakan di RSUD Kanjuruhan berupa dokumentasi pencatatan. Dampak dari kesalahan penulisan di RSUD Kanjuruhan yaitu ketidaklengkapan dokumen rekam medis sehingga sulit untuk menunjang dokumen rekam medis yang *Absolute* atau sempurna dan juga kurang jelasnya informasi antar profesi yang ada pada dokumen rekam medis apabila terdapat coretan-coretan atau tipe-x. Dari latar belakang diatas, maka peneliti mengambil judul “Analisis Kesalahan Penulisan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Kanjuruhan”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, dapat dirumuskan masalah yaitu “Bagaimanakah Analisis Kesalahan Penulisan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Kanjuruhan?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis kesalahan penulisan dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Kanjuruhan.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi jumlah angka kesalahan penulisan dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Kanjuruhan.
- b. Mengidentifikasi faktor-faktor kesalahan penulisan dokumen rekam medis rawat inap berdasarkan (*man, material, machine, dan method*).
- c. Mengidentifikasi upaya perbaikan kesalahan penulisan dokumen rekam medis rawat inap berdasarkan faktor penyebab di RSUD Kanjuruhan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Aspek Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan serta sebagai referensi pengembangan ilmu pengetahuan dalam memperkaya teori - teori khususnya mengenai kesalahan penulisan dokumen rekam medis rawat inap sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit.

1.4.2 Aspek Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam kesalahan penulisan pada dokumen rekam medis rawat inap secara benar dan tepat serta untuk penyempurnaan dokumen rekam medis rawat inap di unit rekam medis RSUD Kanjuruhan.