

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan Permenkes RI No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang rekam medis, yang dimaksud rekam medis adalah berkas berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis juga digunakan sebagai alat komunikasi dokter dan penyedia pelayanan kesehatan lainnya di rumah sakit. Fungsi utama rekam medis (kertas) adalah untuk menyimpan data dan informasi pelayanan pasien. Data dan informasi tersebut membantu dokter dalam pengambilan keputusan tentang terapi, tindakan, dan penentuan diagnosis pasien.

Permenkes RI No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang rekam medis pasal 5 ayat (1): “Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis”, pada pasal 5 ayat (2) : “rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan”. Pada ayat (3) : “pembuatan rekam medis dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien”. Pada ayat (4) : “setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi identitas, waktu, nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung”.

Setiap rumah sakit sudah menetapkan isi dan format rekam medis pasien dan mempunyai proses untuk melakukan asesmen terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis. Proses tersebut merupakan bagian dari kegiatan peningkatan kinerja rumah sakit yang dilaksanakan secara berkala. *Review* rekam medis berdasar atas sampel yang mewakili PPA yang memberikan pelayanan dan jenis pelayanan yang diberikan. Proses *review* melibatkan staf medis, keperawatan, serta PPA lainnya yang relevan dan mempunyai otorisasi untuk mengisi rekam medis pasien (SNARS edisi 1).

Pada MIRM 13.4 SNARS edisi 1, *Review* berfokus pada ketepatan waktu, kelengkapan, dapat terbaca, keabsahan, dan lain-lain dari rekam medis serta informasi klinis. Dalam penilaian berfokus pada ketepatan waktu, keterbacaan, dan kelengkapan rekam medis. Isi rekam medis yang dipersyaratkan oleh peraturan dan perundang-undangan dimasukkan ke dalam proses *review* rekam medis. *Review* rekam medis di rumah sakit tersebut termasuk rekam medis pasien yang saat ini sedang dalam perawatan dan pasien yang sudah pulang. Hasil *review* dilaporkan secara berkala kepada Pimpinan RS.

Berdasarkan Praktek Kerja Lapangan 1 yang dilaksanakan di Rumah Sakit Baptis Batu, dokumen rekam medis (DRM) pasien rawat inap sudah ada dan berbasis kertas. Setiap periodik sudah dilakukan analisis kuantitatif Dokumen Rekam Medis (DRM) oleh petugas rekam medis. Tetapi direkap dalam Microsoft excel, dan hanya mengecek keterisiaannya saja yaitu dengan keterangan lengkap atau tidak lengkap

saja, padahal menurut SNARS edisi 1 analisis yang dibutuhkan adalah kelengkapan, tepat waktu dan dapat dibaca.

Menurut *American Health Information Manajemen Association* (AHIMA) tentang *Clinical Documentation Improvement* (CDI) ada 7 kriteria pendokumentasian klinis yang berkualitas prima, yaitu dapat dibaca, dapat dipercaya, tepat, lengkap, konsisten, jelas dan tepat waktu.

Dengan adanya pengembangan desain kelengkapan untuk analisis kuantitatif pada lembar Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi pada pasien rawat inap dengan media *Microsoft access*, diharapkan dapat mempermudah dalam evaluasi analisis kuantitatif dari lembar Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi tersebut sesuai dengan analisis yang dibutuhkan oleh SNARS edisi 1 dan AHIMA.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis ingin mengetahui “Bagaimana kelengkapan pengisian formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien rawat inap dengan menggunakan *Microsoft access* di Rumah Sakit Baptis Batu?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui kelengkapan pengisian formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien rawat inap dengan menggunakan *Microsoft access* di Rumah Sakit Baptis Batu.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kelengkapan pengisian formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien rawat inap dengan media *paper based* atau secara manual.
- b. Melakukan simulasi desain kelengkapan formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien rawat inap dengan media *Microsoft access*.
- c. Mengidentifikasi kelengkapan pengisian formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi pada pasien rawat inap dengan media *Microsoft access*.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Hasil dari penelitian ini diharapkan desain kelengkapan formulir catatan perkembangan pasien rawat inap dengan media *Microsoft access* dapat mempermudah petugas dalam hal analisis kuantitatif pendokumentasian rekam medis sesuai yang dibutuhkan dalam SNARS edisi 1 dan AHIMA.

2. Bagi Peneliti

Dapat meningkatkan bahan referensi dalam proses kegiatan belajar mengajar bagi mahasiswa D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan khususnya cara mendesign formulir kelengkapan catatan perkembangan pasien terintegrasi dengan media *microsoft access*.

3. Bagi Institusi Pendidikan

- a. Dapat digunakan sebagai wacana dan bahan evaluasi belajar dalam peningkatan mutu pendidikan khususnya di bidang rekam medis.
- b. Sebagai referensi penelitian lanjutan bagi mahasiswa yang akan melakukan penelitian.