

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Pengisian rekam medis merupakan kegiatan yang sangat penting untuk memberikan pelayanan yang baik kepada pasien. Data rekam medis sangat diperlukan untuk mendapatkan catatan atau dokumen yang akurat dan adekuat dari pasien, dan juga untuk tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan. Pengelolaan rekam medis yang dilakukan dengan seksama dan lebih profesional dapat menunjang pelayanan medis yang cepat, tepat, dan akurat. Setiap staf rumah sakit perlu memahami pentingnya rekam medis dalam memberikan pelayanan. Rekam medis dipergunakan sebagai bukti tertulis yang dapat dipertanggungjawabkan oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

Dalam rekam medis yang lengkap, dapat diperoleh informasi-informasi yang dapat digunakan untuk berbagai keperluan. Keperluan tersebut di antaranya adalah 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 (Ardika, 2012).

Masalah yang sering timbul dalam pengisian rekam medis adalah dalam proses pengisiannya tidak lengkap, penulisan dokter yang kurang spesifik mengenai diagnosis. Keadaan ini akan mengakibatkan dampak bagi intern rumah sakit dan ekstern rumah sakit, karena hasil pengolahan data menjadi

dasar pembuatan laporan intern rumah sakit dan laporan ekstern rumah sakit. Laporan ini berkaitan dengan penyusunan berbagai perencanaan rumah sakit, pengambilan keputusan oleh pimpinan khususnya evaluasi pelayanan yang telah diberikan yang diharapkan hasil evaluasinya akan menjadi lebih baik (Giyana, 2012).

Dari hasil penelitian, kelengkapan pengisian rekam medis di Rumah Sakit milik Pemerintah Kota Banjarbaru Kalimantan Selatan 35% (Awliya, 2007). Penelitian Meliala (2004) menyebutkan bahwa pada tahun 1990 rekam medis di Rumah Sakit Sardjito Yogyakarta terisi lengkap 70%, penelitian pada tahun 1999 kelengkapan rekam medis Rumah Sakit Sardjito 0% sampai 96,97%. Pada bangsal kesehatan anak kelengkapan rekam medis 7,19%, bangsal perawatan bayi kelengkapan rekam medis 36,88%. Dari 92 rekam medis yang diteliti kelengkapannya 60,9% sebelum pelatihan, setelah dilakukan pelatihan kelengkapan rekam medis mencapai 96,7%. Hasil penelitian lainnya oleh Waruna di Rumah Sakit Santa Elizabeth Medan (2003) menunjukkan bahwa rekam medis yang dilakukan oleh dokter 78,6% sedangkan yang dilakukan oleh perawat 68,2%, penelitian lain oleh Anggraini di Rumah Sakit Djaesemen Saragih Pematang Sinar (2007) menemukan kelengkapan rekam medis sebesar 65,9% (Anggraini,2007).

*World Health Organization* (WHO) pada tahun 2004 mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit diberbagai negara : Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia, ditemukan kejadian tidak diharapkan (KTD) dengan rentang 3,2-16,6%. Data-data tersebut menjadikan pemicu berbagai negara

segera melakukan penelitian dan mengembangkan sistem keselamatan pasien (DepKes, 2008).

Penelitian mengenai “ Analisis penyebab insiden keselamatan pasien oleh perawat di unit rawat inap Rumah Sakit “X” Jakarta, tercatat pada tahun 2009-2011 jumlah insiden keselamatan pasien berjumlah 171 kasus. Dari jumlah tersebut sekitar 34,5% kasus terkait penggunaan obat dan 65,5% kasus lainnya seperti pasien jatuh, salah identitas, salah hasil laboratorium, dan lain-lain. Dari semua insiden yang terjadi di rumah sakit “X” tersebut sekitar 60% terjadi di ruang perawatan (Mulyana, 2013). Berdasarkan insiden keselamatan pasien tersebut maka yang tergolong kedalam kejadian tidak diharapkan (KTD), sekitar 18%, kejadian tidak cedera (KTC) sekitar 9,4%, dan kejadian nyaris cedera (KNC) sekitar 56%. Dari semua insiden keselamatan pasien yang terjadi di rumah sakit “X” tersebut sekitar 60% terjadi di ruang perawatan.

Tahun 2001 dalam laporan FDA *Safety*, Thomas Maria R, et. Al menemukan bahwa yang menjadi penyebab terjadinya kesalahan obat adalah: komunikasi (19%), pemberian label (20%), nama pasien yang membingungkan (13%), faktor manusia (42%), dan desain kemasan (20,6%). Adapun kesalahan yang berhubungan dengan faktor manusia antara lain berhubungan dengan: kurangnya pengetahuan (12,3%), kurangnya kinerja (13,2%), kelelahan (0,3%), kesalahan kecepatan infus (7%) dan kesalahan dalam menyiapkan obat (7%).

Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta pada Bulan November tahun 2011 terjadi suatu peristiwa kesalahan identifikasi pasien terkait dengan keselamatan pasien, yakni kesalahan pemberian obat akibat nama pasien yang sama (Meliawati, 2012).

Penelitian mengenai “hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan pelaksanaan keselamatan pasien di ruang rawat inap RSUD Liun Kendage Tahuna”, secara keseluruhan program *patient safety* sudah diterapkan, namun masalah dilapangan merujuk pada konsep *patient safety*, karena walaupun sudah pernah mengikuti sosialisasi, tetapi masih ada resiko pasien cedera, resiko jatuh, resiko salah pengobatan, pendelegasian yang tidak akurat saat operan pasien yang mengakibatkan keselamatan pasien menjadi kurang maksimal (Bawelle, 2013).

Selama ini pengisian data rekam medis oleh petugas kesehatan di sejumlah rumah sakit masih sangat minim. Data penelitian di atas menunjukkan bahwa pengisian rekam medis baik di Rumah Sakit Swasta maupun Rumah Sakit Pemerintah masih jauh di bawah ketentuan standar yang ditetapkan Departemen Kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa belum adanya kesadaran akan pentingnya rekam medis dan belum dilaksanakannya pengisian rekam medis sesuai ketentuan (Djojodibroto, 1997).

Kelengkapan pengisian rekam medis adalah hal yang penting bagi petugas kesehatan. Hal ini sesuai dengan surat Al Baqarah ayat 282, yang berbunyi :

## وَلْيَكْتُبْ بَيْنَكُمْ كَاتِبٌ بِالْعَدْلِ

*Artinya : "Dan hendaklah seorang penulis di antara kamu menuliskannya dengan benar."*

Sistem pencatatan rekam medis bisa secara manual atau digital, dimana sebagian rumah sakit di Indonesia masih menggunakan sistem pencatatan manual dalam mendokumentasikan rekam medis. Sukses tidaknya pemberian pelayanan kesehatan terlihat dari rekam medis. Layaknya sebuah *diary* lembar demi lembar rekam medis menceritakan seluruh catatan interaksi pasien dengan dokter. Dari mulai identitas pasien, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan laboratorium, diagnosis dan persetujuan tindakan medis, pengobatan, observasi hasil pengobatan (Yonathan, 2007).

Menteri Kesehatan RI pada tahun 2005 mencanangkan gerakan Nasional keselamatan pasien di rumah sakit. Saat ini, berbagai rumah sakit sudah mulai menerapkan sistem informasi rumah sakit berbasis komputer untuk mendukung pelayanan kesehatan yang tersedia, peran penting, teknologi informasi juga tidak lepas dari potensinya untuk mencegah *medical error*. Penyebab terjadinya *error* di rumah sakit, yaitu karena kesalahan individual tenaga kesehatan, tetapi kesalahan individual tersebut tidak akan terjadi jika dilakukan tindakan pencegahan dengan cara pembuatan sistem pelayanan yang baik oleh manajemen. Teknologi informasi dapat berperan dalam mencegah *medical error* (Parulina, 2012).

Salah satu bahan yang dapat digunakan sebagai evaluasi medis adalah rekam medis pasien, karena rekam medis merupakan dokumen yang sangat

penting di rumah sakit yang dapat digunakan sebagai evaluasi dari kualitas pelayanan yang diberikan pada pasien (Mogli, 2006). Dalam proses pemberian layanan kesehatan dapat terjadi kesalahan berupa kesalahan diagnosis, pengobatan, pencegahan, serta kesalahan sistem lainnya. Berbagai kesalahan tersebut pada akhirnya berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien. Hal ini berarti bahwa kesalahan dapat pula tidak mengakibatkan cedera terhadap pasien. Keselamatan pasien adalah suatu sistem rumah sakit yang membuat asuhan pasien lebih aman, mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sistem tersebut meliputi pengenalan resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, tindak lanjut dan implementasi solusi untuk meminimalkan resiko (Yendi, 2011).

Di dalam pelayanan di rumah sakit seperti yang tertuang dalam Undang-undang No 44 tahun 2009 tentang rumah sakit bahwa rumah sakit berkewajiban memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit, oleh karena itu rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien. Rumah sakit perlu meningkatkan mutu pelayanan untuk mengembalikan kepercayaan masyarakat diantaranya melalui program keselamatan pasien dimana World Health Organization (WHO) telah memulai pada tahun 2004. Di Indonesia gerakan keselamatan

pasien rumah sakit (GKPRS) dicanangkan Menteri Kesehatan Republik Indonesia pada 21 Agustus 2005. Setiap rumah sakit membentuk tim keselamatan pasien rumah sakit. Gerakan keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem yang mencegah terjadinya cedera yang disebabkan kesalahan akibat melaksanakan tindakan *commission* atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil *omission* (Mulyana, 2013).

Laporan insiden keselamatan pasien di Indonesia berdasarkan provinsi menemukan bahwa dari 145 insiden yang dilaporkan sebanyak 55 kasus (37,9%) terjadi di wilayah DKI Jakarta. Sedangkan berdasarkan jenisnya dari 145 insiden yang dilaporkan tersebut didapatkan KNC sebanyak 69 kasus (47,6%), KTD sebanyak 67 kasus (46,2%) dan lain-lain sebanyak 9 kasus (6,2%). Walaupun data ini telah ada secara umum di Indonesia, kejadian atau catatan yang berhubungan dengan keselamatan pasien di rumah sakit belum dikembangkan secara menyeluruh oleh semua rumah sakit sehingga perhitungan kejadian yang berhubungan dengan keselamatan pasien masih sangat terbatas. Penerapan keselamatan pasien merupakan hal yang sangat kompleks dan tergantung oleh banyak faktor yang berkontribusi. Hambatan yang paling berat adalah penerapan keselamatan pasien adalah bagaimana menciptakan *safety culture* sebagai fondasi program keselamatan pasien. Keselamatan pasien merupakan suatu perubahan budaya yang dipengaruhi oleh *Learning culture*. Kondisi individual tidak dapat diubah tetapi berbagai perubahan kondisi kerja individu dapat diupayakan untuk meningkatkan kinerja dalam keselamatan pasien. Kondisi kerja yang mengarah pada budaya

keselamatan akan mengoptimalkan peran dan kinerja individu dalam mendukung program keselamatan pasien. (Yulia, 2010).

Keselamatan pasien telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan yang ada di rumah sakit: keselamatan pasien, keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (*green productivity*) yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan “bisnis” rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Kelima aspek keselamatan tersebut sangatlah penting untuk dilaksanakan di setiap rumah sakit. Namun harus diakui kegiatan keselamatan tersebut sangatlah penting untuk dilaksanakan di setiap rumah sakit. Karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan dan hal tersebut terkait dengan isi mutu dan citra rumah sakit (Depkes, 2006).

Sejak awal tahun 1900, institusi rumah sakit selalu meningkatkan mutu pada tiga elemen yaitu struktur, proses, dan outcome dengan berbagai macam program regulasi yang berwenang misalnya antara lain penerapan standar pelayanan rumah sakit, ISO, indikator klinis dan lain sebagainya. Standar keselamatan pasien rumah sakit yang saat ini digunakan mengacu pada “*hospital patient safety standards*” yang dikeluarkan oleh *join commision on accreditation of health organization* di Illinois pada 2002. Enam tujuan penanganan keselamatan pasien menurut *joint commision international* antara lain: mengidentifikasi pasien dengan benar, meningkatkan komunikasi secara



memberikan pelayanan pasien 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat terjadi KTD (Depkes RI, 2006).

Terjadinya insiden keselamatan pasien di suatu rumah sakit, akan memberikan dampak yang merugikan bagi pihak rumah sakit, staf, dan pasien pada khususnya karena sebagai penerima pelayanan. Adapun dampak yang ditimbulkan lainnya adalah menurunnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Rendahnya kualitas atau mutu asuhan yang diberikan, karena keselamatan pasien merupakan bagian dari mutu. Di dalam keselamatan pasien terdapat istilah insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden yaitu setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian tidak cedera (KTC), dan kejadian potensi cedera (KPC) (Mulyana, 2013).

Keselamatan pasien merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem ini meliputi : assesmen, risiko indentifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan menindak lanjut insiden serta implementasi solusi untuk mengurangi dan meminimalkan timbulnya risiko. Kejadian yang tidak diinginkan (*adverse event*) merupakan suatu bentuk kegagalan dalam memberikan pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien. Kajian yang dilakukan di beberapa

Negara maju menunjukkan bahwa kejadian yang tidak diinginkan (*adverse event*) masih relatif tinggi. Penelitian lain yang dilakukan Dunn, et al (2006) selama 6 tahun terdapat 1612 rekam medis di ICU Anak *Royal Children Hospital*, Melbourne, didapatkan sebanyak 325 (20%) KTD yang berhubungan dengan operasi, tindakan dan anestesi sebanyak 56,6%, diagnosa dan terapi 24% , obat dan penanganan lain 12,6% dan arena sistem sebanyak 7%. Hasil penelitian Forset et al (2006, dalam Lumenta, 2008) mengenai KTD pasien dari ruang penyakit dalam di beberapa rumah sakit pendidikan didapatkan KTD sebanyak 76 kasus (23%) dan sebanyak 722% dari KTD tersebut karena obat. Data diatas secara jelas menunjukkan bahwa telah terjadi KTD di beberapa jenis rumah sakit (Yulia, 2010).

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut dirumuskan permasalahan sebagai berikut “hubungan kelengkapan pengisian rekam dengan insiden keselamatan pasien?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan kelengkapan pengisian berkas rekam medis dengan insiden keselamatan pasien di rumah sakit

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk mengetahui kelengkapan pengisian berkas rekam medis
- b. Untuk mengetahui pelaksanaan insiden keselamatan pasien

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi Rumah Sakit**

Sebagai bahan masukan untuk mengembangkan program peningkatan kelengkapan pengisian berkas rekam medis dan insiden keselamatan pasien di rumah sakit.

##### **2. Bagi Tenaga Kesehatan**

Sebagai pengetahuan akan pentingnya rekam medis dan meningkatkan kesadaran untuk mengisi rekam medis secara lebih teliti

##### **3. Bagi Mahasiswa Kesehatan**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengalaman dan wawasan dalam penelitian tentang kelengkapan berkas rekam medis dan insiden keselamatan pasien.

##### **4. Bagi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan**

Sebagai bahan untuk menambah referensi di Perpustakaan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

## E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1. keaslian penelitian yang berkaitan dengan penelitian ini:

Judul	Pengarang	Tahun	Persamaan/Perbedaan
Faktor yang berhubungan dengan kelengkapan rekam medis di RSUD H. Padjonga DG.Ngalle Takalar	Irmawaty Indar	2013	Persamaan: Pendekatan cross sectional Perbedaan: Analisis data chi square dan regresi logistik bertingkat
Identifikasi ketidaklengkapan rekam medis pasien Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan	Dian mawarni, dwi wulandari	2013	Persamaan: Pendekatan cross sectional. Perbedaan: sample 97 rekam medis pada 7 bangsal rumah sakit.
Perbedaan kelengkapan pengisian rekam medis antara instalasi rawat jalan dan instalasi rawat darurat di poli bedah RSUP DR. Kariadi Semarang	Avita Erfavira	2012	Persamaan: pendekatan cross sectional, analisis data uji chi square Perbedaan: jumlah sample 62 rekam medis di instalasi gawat darurat.
Perbedaan kelengkapan pengisian rekam medis antara dokter umum dan dokter spesialis pada praktik swasta mandiri di Kecamatan Semarang Selatan Kota Semarang	Rizki Januari	2012	Persamaan: pendekatan cross sectional, analisis data uji chi square Perbedaan: jumlah sample 93 rekam medis
Hubungan antara masa kerja dokter dengan kelengkapan pengisian data rekam medis oleh dokter yang bertugas di Puskesmas Kecamatan Karawang Barat Kabupaten Karawang periode 1-31 oktober 2011	Firman Akbar Haji Nur	2012	Persamaan: pendekatan Cross sectional Perbedaan: Analisis data uji fischer exact test