

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah tempat pelayanan kesehatan untuk masyarakat yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan tentang kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau agar terwujud derajat kesehatan yang tinggi. Rumah sakit memiliki kewajiban seperti memberikan informasi tentang pelayanan rumah sakit, memberikan informasi mengenai hak dan kewajiban pasien, menghormati dan melindungi hak pasien, memberikan layanan gawat darurat, harus berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan, menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan, dan wajib menyediakan penyelenggaraan rekam medis (Kemenkes RI, 2009).

Rekam Medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen seperti identitas pasien, hasil pemeriksaan, hasil pengobatan, serta tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan diwajibkan untuk mempunyai rekam medis. Jika ditinjau dari (Kemenkes RI, 2022) pengisian informasi klinis berupa kegiatan pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan kesehatan lain yang telah dan akan diberikan kepada pasien harus lengkap, jelas, dan dilakukan setelah pasien menerima pelayanan. Ditinjau dari isi rekam medis, angka kelengkapan dokumen rekam medis pasien harus 100% dan dibuat secara tertulis, maka dari itu angka kelengkapan pengisian rekam medis merupakan salah satu indikator mutu pelayanan rumah sakit yang diharapkan untuk memicu dalam meningkatkan pelayanan yang sesuai dengan standart atau prosedur yang telah ditetapkan (PERMENKES RI No 269/MENKES/PER/III/2008, 2008)

Ketidaklengkapan rekam medis merupakan catatan atau rekaman medis yang memiliki kekurangan, kesalahan dan ketidak jelasan hasil diagnosa, tindakan medis atau laporan penting. Menurut *Self Assesment* dalam buku

pedoman penyelenggaraan rekam medis, program kerja akreditasi rumah sakit atau puskesmas mewajibkan pemberlakuan SOP (Standar Operasional Procedure) harus diperbaharui melalui penetapan tertulis direktur rumah sakit atau kepala puskesmas. Dampak dari ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis yaitu beban kerja petugas rekam medis dalam pengolahan data bertambah, data yang tidak lengkap akan mempengaruhi penyampaian informasi serta keterlambatan dalam pembuatan laporan (Alif, 2018)

Berdasarkan hasil observasi yang telah dilakukan di Instalasi Rawat Inap 2, Instalasi Rawat Inap 3, Instalasi Rawat Inap 4, Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu, Instalasi Pelayanan Infeksi Terpadu, dan IGD di RSUD Dr. Saiful Anwar Provinsi Jawa Timur pada tanggal 8 Oktober 2024 didapatkan suatu permasalahan yaitu ketidaklengkapan pengisian rekam medis pasien melebihi batas waktu yang telah ditentukan yaitu ≤ 24 jam setelah pelayanan rawat inap meliputi penulisan diagnosa dan tindakan. Permasalahan ini terjadi karena petugas yang lupa melengkapi rekam medis sebelum pasien dipindahkan ke ruang rawat inap lain, tidak adanya SOP (Standar Operasional Prosedur) yang mengatur kelengkapan pengisian rekam medis, serta tidak adanya penyelenggaraan sanksi pada petugas yang tidak melengkapi rekam medis sesuai ketentuan. Berikut data hasil observasi yang dilakukan di Instalasi Rawat Inap 2, Instalasi Rawat Inap 3, Instalasi Rawat Inap 4, Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu, Instalasi Pelayanan Infeksi Terpadu dan IGD pada tanggal 24 September 2024 – 17 Oktober dan 30 Oktober – 4 November

1. 1 Data Observasi Ketidaklengkapan Diagnosis dan Tindakan pada Resume Medis Pasien Rawat Inap

No	Tanggal Observasi	Rekam Medis Lengkap	Persentase Rekam Medis Lengkap (%)	Rekam Medis Tidak Lengkap	Persentase Rekam Medis Tidak Lengkap (%)	Total Rekam Medis
1	24 Sep 2024	0	0%	1	3,33 %	70
2	25 Sep 2024	1	2,5%	0	0%	70
3	26 Sep 2024	2	5%	0	0%	70
4	27 Sep 2024	2	5%	2	6,66%	70
5	30 Sep 2024	2	5%	0	0%	70
6	1 Okt 2024	2	5%	0	0%	70
7	2 Okt 2024	1	2,5%	3	10%	70
8	3 Okt 2024	2	5%	0	0%	70
9	4 Okt 2024	3	7,5%	0	0%	70
10	7 Okt 2024	2	5%	0	0%	70
11	8 Okt 2024	2	5%	2	6,66%	70

12	9 Okt 2024	3	7,5%	0	0%	70
13	10 Okt 2024	1	2,5%	2	6,66%	70
14	11 Okt 2024	3	7,5%	1	3,33%	70
15	14 Okt 2024	2	5%	1	3,33%	70
16	15 Okt 2024	2	5%	1	3,33%	70
17	16 Okt 2024	0	0%	2	6,66%	70
18	17 Okt 2024	3	7,5%	2	6,66%	70
19	30 Okt 2024	2	5%	2	6,66%	70
20	31 Okt 2024	2	5%	6	20%	70
21	1 Nov 2024	2	5%	3	10%	70
22	4 Nov 2024	1	2,5%	2	6,6%	70
Total		40		30		70
Persentase		57,14%		42,85%		100%

Sumber: Data Primer

Berdasarkan pada tabel 1.1 dapat diketahui bahwa dari 70 rekam medis yang diidentifikasi, diketahui bahwa jumlah rekam medis yang lengkap sebanyak 40 berkas dan sebanyak 30 rekam medis dinyatakan tidak lengkap dengan persentase total sebesar 42,85%. Ketidaklengkapan penulisan diagnosa dan tindakan pada resume medis pasien yang tertinggi terjadi pada tanggal 31 Oktober 2024 yakni dari

8 berkas yang diidentifikasi, sebanyak 6 rekam medis ditemukan ketidaklengkapan penulisan diagnosa dan tindakan dengan persentase sebesar 20%. Berkas rekam medis dikatakan lengkap apabila rekam medis yang telah diisi seluruhnya oleh dokter atau PPA sudah terisi dengan lengkap dalam waktu (≤ 24 jam) setelah pasien menerima pelayanan.

Ketidaklengkapan dalam pengisian berkas rekam medis sangat berdampak pada pelayanan di rumah sakit. Ketidaklengkapan tersebut akan mengakibatkan terhambatnya pemenuhan hak pasien terhadap isi rekam medisnya, mempersulit proses klasifikasi dan kodefikasi penyakit, terhambatnya proses pembuatan pelaporan rumah sakit, terhambatnya pembuatan tanda bukti untuk kasus kepolisian dan hukum, dan menghambat proses pengajuan klaim asuransi. Selain itu dampak dari ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis yaitu beban kerja petugas rekam medis dalam pengolahan data bertambah, data yang tidak lengkap akan mempengaruhi penyampaian informasi serta keterlambatan dalam pembuatan laporan. (Azzahra *et al.*, 2023).

Berdasarkan permasalahan tersebut diperlukannya suatu penyelesaian masalah, maka peneliti bermaksud melakukan upaya perbaikan terkait ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis rawat inap dengan menggunakan pendekatan FOCUS PDCA (*Find, Organized, Clarify, Understand, Select, Plan, Do, Check, Action*) di unit rawat inap RSUD Dr. Saiful Anwar Provinsi Jawa Timur. Dalam pemecahan masalah dengan menggunakan pendekatan FOCUS PDCA dilakukan dengan proses berkesinambungan dan tidak hanya terus – menerus, tetapi secara sistematis yang melalui 4 tahapan yaitu *Find* (Menemukan/mengidentifikasi), *Organized* (Menentukan tim), *Clarify* (Memperjelas), *Understand* (Memahami), *Select* (Memilih), *Plan* (perencanaan), *Do* (pelaksanaan), *Check* (pemeriksaan), *Action* (tindaklanjut terkait upaya perbaikan ketidaklengkapan berkas rekam medis rawat inap). Kelebihan yang dimiliki pendekatan dengan siklus PDCA yaitu membantu menyelenggarakan dan menegakkan organisasi mutu dalam jangka panjang dan berkelanjutan untuk mencapai kualitas dan produktivitas yang tinggi dibanding sebelumnya (Solehah, 2020).

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.1.1 Tujuan Umum PKL

Menganalisis ketidaklengkapan penulisan diagnosa dan tindakan pada resume medis pasien di instalasi rawat inap dengan metode *FOCUS PDCA* di RSUD Dr. Saiful Anwar Provinsi Jawa Timur

1.1.2 Tujuan Khusus PKL

1. Mengidentifikasi tahap *FOCUS* pada ketidaklengkapan penulisan diagnosa dan tindakan pada resume medis pasien di instalasi rawat inap dengan metode *FOCUS PDCA* di RSUD Dr. Saiful Anwar Provinsi Jawa Timur
2. Mengidentifikasi tahap *PDCA* pada ketidaklengkapan penulisan diagnosa dan tindakan pada resume medis pasien di instalasi rawat inap dengan metode *FOCUS PDCA* di RSUD Dr. Saiful Anwar Provinsi Jawa Timur

1.1.3 Manfaat PKL

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan dan bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya terkait dengan ketidaklengkapan penulisan diagnosa dan tindakan pada resume medis pasien di instalasi rawat inap dengan metode *FOCUS PDCA* di RSUD Dr. Saiful Anwar Provinsi Jawa Timur
2. Bagi Politeknik Negeri Jember
 - a) Menambah ilmu di lingkungan Politeknik Negeri Jember, khususnya Jurusan Kesehatan Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan
 - b) Untuk mengembangkan ilmu pengetahuan sehingga membuat institusi pendidikan dipandang baik dan dipercaya mampu menghasilkan tenaga kerja rekam medis yang bermutu
3. Bagi Peneliti
 - a) Mengaplikasikan ilmu yang telah dipelajari dibangku perkuliahan

- b) Dapat meningkatkan wawasan keilmuan mahasiswa tentang situasi dalam dunia kerja pada Unit Rekam Medis.
- c) Dapat menemukan dan menyelesaikan permasalahan yang ditemukan di instalasi rekam medis

1.3 Lokasi dan Waktu

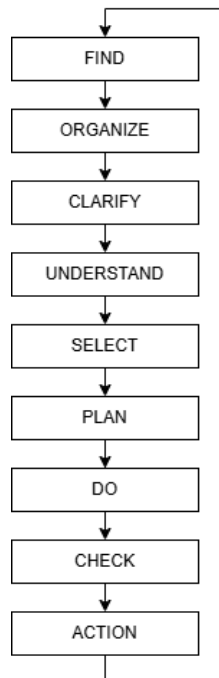
Lokasi penelitian ini di RSUD Dr. Saiful Anwar yang berlokasi di Jl. Jaks Agung Suprpto No. 2, Klojen, Kec. Klojen, Kota Malang, Jawa Timur pada tanggal 23 September-13 Desember 2024

1.4 Metode Pelaksanaan

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan subjek penelitian perekam medis di setiap instalasi rawat inap. Metode kegiatan yang digunakan dalam kegiatan PKL ini adalah FOCUS PDCA yang ditemukan oleh Walter Shewhart dan kemudian disempurnakan oleh Edward Deming merupakan proses perbaikan mutu.

1.5 Alur Pelaksanaan

Berikut alur pelaksanaan *FOCUS PDCA* yang dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 1. 1 Tahap FOCUS PDCA

Deskripsi alur pelaksanaan diatas sebagai berikut:

1) F (*Find*)

Menemukan/mengidentifikasi merupakan kegiatan mencari proses yang perlu perbaikan. Mementukan proses dan komponen yang terlibat dalam proses tersebut. Mencatat keuntungan yang dapat diterima bila dilaksanakan perbaikan pada proses tersebut. Memahami bagaimana proses tersebut sesuai dengan ketentuan dan prioritas Rumah Sakit.

2) O (*Organize*)

Memilih tim yang berpengetahuan luas dalam proses tersebut. Menentukan ukuran tim, yang terdiri dari anggota yang mewakili berbagai komponen yang terlibat dalam organisasi, memilih anggota, dan mempersiapkan diri untuk mendokumentasikan rencana perbaikan.

3) C (*Clarify*)

Memperjelas pengetahuan terkini dalam proses. Tim yang telah terbentuk harus mengulas pengetahuan terkini yang kemudian menghubungkan dengan proses yang telah terlaksana untuk dapat menganalisa dan membedakan kesenjangan dalam proses tersebut.

4) U (*Understand*)

Memahami penyebab variasi / kesenjangan / permasalahan. Tim akan mengukur proses dan mempelajari penyebab variasi/kesenjangan/permasalahan. Mereka kemudian akan merumuskan rencana untuk pengumpulan data (indikator), dengan menggunakan informasi spesifik tentang permasalahan pada proses untuk membangun gambaran proses yang terukur dan terkendali.

5) S (*Select*)

Memilih proses perbaikan yang potensial. Menentukan tindakan yang perlu diambil untuk meningkatkan proses (harus didukung oleh bukti yang terdokumentasi)

6) P (*Plan*)

Perencanaan merupakan suatu upaya menjabarkan cara penyelesaian masalah yang ditetapkan ke dalam unsur-unsur rencana yang lengkap

serta saling terkait dan terpadu sehingga dapat dipakai sebagai pedoman dalam melaksanakan cara penyelesaian masalah. Hasil akhir yang dicapai dari perencanaan adalah tersusunnya rencana kerja penyelesaian masalah mutu yang akan diselenggarakan

7) *D (Do)*

Melaksanakan rencana yang telah disusun. Jika pelaksanaan rencana tersebut membutuhkan keterlibatan staf lain di luar anggota tim, perlu terlebih dahulu diselenggarakan orientasi, sehingga staf pelaksanaan tersebut dapat memahami dengan lengkap rencana yang akan dilaksanakan.

8) *C (Check)*

Yang dilakukan dalam tahap ini ialah secara berkala memeriksa kemajuan dan hasil yang dicapai dan pelaksanaan rencana yang telah ditetapkan

9) *A (Action)*

Tahapan terakhir yang dilakukan adalah melaksanakan perbaikan rencana kerja. Lakukan penyempurnaan rencana kerja atau bila perlu mempertimbangkan pemilihan dengan cara penyelesaian masalah ini. Untuk selanjutnya rencana kerja yang telah diperbaiki tersebut dilaksanakan kembali. Jangan lupa untuk memantau kemajuan serta hasil yang dicapai. Untuk kemudian tergantung dari kemajuan serta hasil tersebut kemudian melaksanakan tindakan yang sesuai.