

**ANALISIS PERILAKU DOKTER DALAM MENGISI KELENGKAPAN DATA REKAM MEDIS
LEMBAR RESUME RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT UNGARAN TAHUN 2005**



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan
Mencapai derajat Sarjana S-2

Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi Rumah Sakit

Oleh :
ZAENAL SUGIYANTO
NIM : E4A0002036

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2005**

BAB.I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan Permenkes N0 749a/Menkes/Per/XII/1999 tentang rekam medis, setiap pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit diwajibkan untuk menyelenggarakan rekam medis. Sistem pelayanan rekam medis adalah suatu sistem yang mengorganisasikan formulir, catatan, dan laporan yang dikoordinasikan sedemikian rupa untuk menyediakan dokumen yang dibutuhkan manajemen rumah sakit dan dilaksanakan untuk pasien yang dipandang sebagai manusia seutuhnya.⁽¹⁾

Dalam rekam medis yang lengkap, dapat diperoleh informasi –informasi yang dapat digunakan untuk berbagai keperluan. Keperluan tersebut diantaranya 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.

(2)

Dalam rangka peningkatan mutu pelayanan, serta mengingat pentingnya dokumen rekam medis untuk rumah sakit, maka diperlukan adanya pengendalian terhadap pengisian dokumen rekam medis. Pada dasarnya rekam medis merupakan salah satu bagian penting dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Kualitas rekam medis di rumah sakit ikut menentukan mutu pelayanannya. Hal ini mengingat rekam medis merupakan salah satu standar yang harus dipenuhi oleh instansi atau rumah sakit untuk mendapatkan predikat akreditasi.⁽³⁾

Sesuai pasal 3 dan 4 Permenkes RI No 749a/Menkes/Per/XII/1999 tentang rekam medis menyebutkan rekam medis sangat tergantung pada dokter sebagai penentu diagnosis, karena hanya profesi dokterlah yang mempunyai hak dan tanggung jawab untuk menetapkan diagnosis pasien. ⁽⁴⁾

Sebelum petugas menetapkan penulisan kode diagnosis penyakit, petugas rekam medis yang bertugas menetapkan kode diagnosis dokter diharuskan mengkaji data rekam medis pasien untuk menemukan kekurangan, kekeliruan atau terjadinya kesalahan akibat tidak digunakan standar minimum pencatatan, sehingga kelengkapan isi rekam medis merupakan persyaratan untuk menentukan kode diagnosis oleh petugas rekam medis. Kelengkapan data rekam medis sangat tergantung pada dokter sebagai penentu diagnosis dan petugas rekam medis sebagai pengkaji kelengkapannya.

Penulisan diagnosis yang ada di dalam berkas rekam medis merupakan pernyataan diagnosis yang sifatnya rahasia dan bukti secara tertulis untuk kepentingan penegakan hukum. Penulisan diagnosis seorang pasien adalah tanggung jawab dokter yang merawat dan tidak boleh diwakilkan. Ketentuan ini diatur dalam International Statistical Classification Diseases and Health Problem (ICD) Revisi 10. Sedangkan untuk memonitor keakuratan kode diagnosis dengan ICD 10 perlu dilakukan oleh staf rumah sakit yang melaksanakan program jaga mutu (Quality Assurance). Setelah pasien pulang seorang dokter yang merawat pasien tersebut akan melengkapi data medis dilembar resume baik secara komputerisasi atau secara manual, khususnya di Rumah Sakit Ungaran lembar resume diisi oleh dokter secara manual. Lembar resume yang telah diisi tersebut bersama lembar yang lain akan diserahkan oleh Unit Rawat Inap ke bagian assembling. Di bagian assembling lembar resume akan dilakukan analisis kuantitatif, dan data yang ada pada lembar tersebut bisa digunakan untuk membuat indeks dan coding penyakit, yang nantinya diperlukan untuk analisis dan laporan yang diperlukan oleh

rumah sakit tersebut.

Keputusan medis dokter yang diambil oleh seorang dokter berdasarkan diagnosa yang dibuat, akan sangat mempengaruhi tindakan terhadap pasien baik dalam pengobatan atau bahkan tindakan yang akan diambil. Suatu diagnosa yang akurat didasari oleh anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan ditulis dalam berkas rekam medis. Berkas rekam medis berisi semua catatan atau rekaman tindakan kepada pasien selama mendapat perawatan di Rumah Sakit. Berkas rekam medis ini sebagai bukti tindakan dokter terhadap pasien, sehingga bila terjadi gugatan dari pasien terhadap dokter atas pengobatan atau tindakan yang telah dilakukan oleh dokter, dokumen tersebut dapat menjadi alat bukti.

Agar rekam medis terisi dengan tepat dan sesuai dengan kewenangan dan keakuratan data, perlu adanya kebijakan dari instansi atau pihak rumah sakit yang bersangkutan tentang kewenangan pengisian rekam medis, yang berisi tentang riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, perjalanan penyakit, tanda tangan dokter yang menerima dan atau merawat pasien.⁽²⁾

Dokter yang merawat, petugas rekam medis, pimpinan rumah sakit dan staf medik mempunyai tanggung jawab terhadap rekam medis. Tanggung jawab utama akan kelengkapan rekam medis terletak pada dokter yang merawat pasien tersebut.⁽³⁾

Dokumen rekam medis rawat inap yang digunakan untuk mencatat data pasien terdiri dari berbagai formulir yang terdiri dari formulir RM1 (formulir keluar masuk),RM2 (formulir resume), pemeriksaan fisik, laboratorium, keperawatan dan lain-lain tergantung kepentingan rumah sakit. RM2/formulir resume (lihat lampiran 1) adalah formulir pada akhir catatan perkembangan atau dengan lembaran tersendiri yang singkat dan menjelaskan informasi penting tentang penyakit,pemeriksaan yang dilakukan dan pengobatannya serta harus ditulis segera setelah pasien keluar. Formulir ini digunakan untuk kepentingan rujukan dari satu rumah sakit ke rumah sakit lain , untuk kepentingan asuransi dan merupakan dokumen yang abadi yang tidak boleh dimusnahkan.⁽⁵⁾

Di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran sudah terdapat protap (lihat lampiran 2) yang berkaitan dengan pengisian data rekam medis, termasuk formulir resume dan secara rutin telah dilakukan analisis kelengkapan data rekam medis pasien. Dalam survei awal yang dilakukan oleh peneliti didapatkan banyak formulir resume yang tidak lengkap, lembar resume belum terkomputerisasi dan pengisiannya dilakukan secara manual oleh dokter setelah pasien dinyatakan boleh pulang. Setelah lembar resume diisi oleh dokter akan diserahkan ke bagian assembling untuk dianalisis kelengkapannya dengan menggunakan check list (lihat lampiran 3) yang meliputi identifikasi pasien, otentikasi dokter, adanya laporan yang penting serta terciptanya pelaksanaan rekaman/pencatatan yang baik.⁽⁵⁾

Menurut survei awal (Suhartanti, 2002) analisis lembar resume rawat inap bangsal penyakit dalam RSUD Ungaran 2002 didapatkan kelengkapan data rekam medis sebanyak 28 % yang seharusnya 100% sesuai protap, yang harus mengisi lembar resume adalah dokter.

Lembar resume yang dipakai adalah lembar resume rawat inap dengan alasan ada kebijakan pasien rawat inap yang sudah pulang resume harus lengkap dalam jangka waktu 2 hari, sehingga ada kesempatan dokter untuk melengkapi. Di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran sudah ada Prosedur tetap (lihat lampiran 2) yang mengharuskan dokter di RS tersebut harus melengkapi semua data pada lembar resume, tetapi prakteknya menurut survei awal (Suhartanti 2002) hanya didapatkan kelengkapan sebesar 28 %. Hasil tersebut juga diperkuat oleh hasil penelitian Meliala A di Rumah Sakit Sarjito Yogyakarta dengan rancangan penelitian dengan cara membandingkan kelengkapan rekam medis sebelum pelatihan dan sesudah pelatihan tanpa kontrol terlihat signifikan secara statistik namun kurang memuaskan secara praktis dan penelitian Maria RL di Rumah sakit GMIM Manado dengan pre test dan post test dengan kontrol didapatkan masih tidak lengkap pada lembar anamnesa, pemeriksaan fisik dan diagnostik. Kelengkapan data pada lembar resume juga bermanfaat bagi dokter yang

bersangkutan karena sebagai bukti otentik pelayanan dokter terhadap pasien, sehingga bila ada tuntutan ,data pada lembar resume dapat sebagai bukti. Melihat pentingnya kelengkapan data pada lembar resume bagi dokter, tetapi dalam survei awal prakteknya dokter banyak yang tidak melengkapi data pada lembar resume. Hal ini tentunya berkaitan dengan perilaku dokter sendiri dalam melengkapi data resume pasien. Sedangkan perilaku sendiri dipengaruhi oleh faktor predisposisi seperti : pengetahuan, sikap, nilai, keyakinan, faktor pemungkin seperti : ketrampilan,sumber daya pribadi,sumber daya komuniti dan faktor penguat seperti : protap, manfaat yang diterima baik secara sosial maupun fisik, hukuman yang nyata ataupun tidak nyata yang pernah diterima oleh pihak lain. ⁽⁶⁾

Lembar resume dan lembar pendukungnya yang diteliti kelengkapannya bulan juni 2005, karena di RSUD Ungaran tidak ada indeks dokter.

Berdasarkan tersebut di atas peneliti tertarik untuk melakukan Analisis Hubungan Perilaku Dokter Terhadap kelengkapan penulisan data rekam medis pasien pada lembar resume pasien rawat inap dan lembar pendukungnya di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran tahun 2005.

B. Rumusan Masalah

Untuk menjamin agar lembar resume pasien diisi lengkap oleh dokter di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran telah memiliki protap yang mengatur tanggung jawab dokter tersebut. Hal ini bertujuan agar bila ada tuntutan terhadap dokter dalam mengobati pasien ada bukti tertulis di lembar resume tersebut. Walaupun sudah ada protap tersebut kenyataannya menurut hasil survei awal (Suhartanti 2002) ternyata hanya didapatkan 28 % resume rawat inap yang diisi lengkap dan berdasarkan penelitian dokter dalam kelengkapan pengisian data rekam medis pasien sebelum dan sesudah diadakan pelatihan ternyata tidak ada perbedaan,berdasarkan keadaan tersebut rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

Bagaimana hubungan perilaku dokter terhadap kelengkapan penulisan lembar resume rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran tahun 2005.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan perilaku dokter terhadap kelengkapan data lembar resume rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran tahun 2005.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik dokter yang berhubungan dengan kelengkapan penulisan data rekam medis pasien pada lembar resume rawat inap
- b. Mengetahui pengetahuan dokter yang berhubungan dengan kelengkapan penulisan data rekam medis pasien pada lembar resume.
- c. Mengetahui sikap dokter yang berhubungan dengan kelengkapan penulisan data rekam medis pasien pada lembar resume .
- d. Mengetahui praktek dokter dalam kelengkapan penulisan data rekam medis pasien pada lembar resume .
- e. Mengetahui hubungan karakteristik dokter yang berhubungan dengan kelengkapan penulisan data rekam medis pasien pada lembar resume.
- f. Mengetahui hubungan pengetahuan dan praktek dokter dalam kelengkapan penulisan data rekam medis pasien pada lembar resume .
- g. Mengetahui hubungan sikap dan praktek dokter dalam kelengkapan penulisan data rekam medis pasien pada lembar resume .
- h. Mengetahui variabel yang paling berhubungan dengan kelengkapan penulisan data rekam medis pasien pada lembar resume.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dalam pelaksanaan manajemen kelengkapan data rekam medis pasien

2. Bagi Peneliti

a. Menambah pengalaman dan wawasan dalam penelitian manajemen rekam medis dalam kaitan dengan perilaku dokter.

b. Mengetahui pengaruh perilaku dokter terhadap kelengkapan data resume pasien

3. Bagi Akademik

a. Sebagai bahan untuk menambah referensi di Perpustakaan Megister Ilmu Kesehatan Masyarakat UNDIP khususnya konsentrasi Administrasi Rumah Sakit.

b. Sebagai parameter untuk menilai pemahaman mahasiswa dalam penelitian.

E. Keaslian Penelitian

Beberapa peneliti yang meneliti kelengkapan lembar resume di beberapa rumah sakit diantaranya :

1. Maria RL, meneliti efek himbauan pelatihan terhadap kelengkapan rekam medis pasien rawat inap di RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado , dengan metode pre test dan post test dengan kontrol.

2. Lily Wijaya,(2001) meneliti kelengkapan lembar resume di Rumah sakit Pondok Indah Kapuk

Jakarta yang hanya meneliti kelengkapan lembar resume pasien tanpa dihubungkan dengan aspek perilaku dokter.

3. Meliala A , telaah rekam medis pendidikan dokter spesialis sebelum dan sesudah pelatihan di IRNA II, RSUP Dr. Sarjito Yogyakarta, metode preeksperimental dan perlakuan dikenakan pada satu kelompok dengan penilaian sebelum dan sesudah perlakuan yang berupa yang berupa program pelatihan serta tanpa kelompok pembandingan.

Dari ketiga penelitian yang dilakukan oleh Maria RL ,Lily Wijaya (2001) dan penelitian Meliala A di RS Sarjito hanya didapatkan gambaran kelengkapan lembar resume dan lembar pendukungnya . Sedangkan penelitian yang akan dilakukan penulis adalah kaitan antara perilaku dokter terhadap kelengkapan penulisan data rekam medis resume pasien dan lembar pendukungnya. Sehingga hasilnya bisa menggambarkan karakteristik dokter yang berpengaruh terhadap kelengkapan pengisian lembar resume pasien serta hubungan antara perilaku dokter dengan kelengkapan penulisan data rekam medis pada lembar resume pasien.

F. Keterbatasan Penelitian

1. Keterbatasan uji coba kuesener hanya dilakukan di satu di rumah sakit
2. Keterbatasan kemampuan peneliti dalam penelitian perilaku dokter dalam penulisan data rekam medis pasien dalam analisis data hanya mencari hubungan antara perilaku dengan praktik penulisan data rekam medis pada lembar resume tanpa menjelaskan perilaku sendiri secara kualitatif