

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang sangat kompleks, padat informasi, padat profesi dan padat modal. Rumah sakit berperan aktif dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal, dalam hal bidang pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif di masyarakat.¹

Upaya untuk perbaikan kesehatan masyarakat dikembangkan melalui sistem kesehatan nasional, bahwa pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah penyelenggaraan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia, untuk mencapai hidup yang sehat bagi setiap masyarakat, agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional.

Untuk meningkatkan derajat kesehatan dan mutu pelayanan kesehatan, maka pemerintah berupaya untuk mendirikan rumah sakit yang merupakan salah satu perwujudan dari pemerataan pembangunan kesehatan masyarakat.

Suatu instansi pelayanan kesehatan baik buruknya pelayanan dapat dilihat dari pelayanan yang diberikan kepada pasien. Dalam hal ini rekam medis merupakan jantung suatu instansi pelayanan kesehatan karena yang melayani pasien pertama kali adalah unit rekam medis dalam hal ini adalah pendaftaran pasien.

¹ A.A. Gde Munijaya, MPH” *Manajemen Kesehatan edisi 2*”(PBK EGC tahun 2004), hal 220.

Sistem rekam medis merupakan sub sistem dari sistem informasi rumah sakit. Dalam hal ini masukan dari faktor tersebut adalah tersedianya data sebagai bahan informasi yang memungkinkan terselenggaranya pekerjaan penganalisaan dan penelitian. Informasi kesehatan yang bersumber dari data rekam medis, karena itu masukan data dalam rekam medis harus lengkap dan akurat, sehingga berguna untuk berbagai kepentingan.

Dalam hal ini dibutuhkan adanya berkas rekam medis yang lengkap, akurat dan dapat dipertanggung jawabkan, karena itu para petugas atau tenaga medis diminta untuk selalu memperhatikan kelengkapan dan keakuratan rekam medis yang dicatat.

Sesuai dengan peraturan Menteri kesehatan No.269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis pada bab II pasal 3 dijelaskan bahwa, "bahwa untuk pasien unit gawat darurat sekurang kurangnya memuat: identitas pasien, kondisi pasien tiba disarana pelayanan kesehatan, identitas pengantar pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis, pengobatan dan tindakan, ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut, nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan, sarana transportasi yang digunakan bagi pasien akan dipindahkan kesarana pelayanan kesehatan lain, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Penerimaan pasien rawat darurat dibuka 24 jam oleh karena sifat penyakitnya memang tidak terbatas pada waktu. Prosedur penerimaan pasien

rawat darurat bisa mendapatkan pelayanan lebih dulu baru mengurus administrasinya. Ketika pasien tiba di Instalasi Gawat Darurat (IGD), asisten triase akan menentukan pasien berada di ruangan yang tepat sesuai dengan kondisi pasien setelah dilakukan pemeriksaan. Ruangan tersebut dibagi menjadi tiga yaitu ruang triase, ruang resusitasi (gawat darurat), dan ruang trauma bedah dan non trauma bedah. Untuk pasien rawat darurat setelah mendapatkan pelayanan medis kemungkinan pasien boleh pulang, dirawat atau dirujuk tetapi bisa pula meninggal dan dikirim ke kamar jenazah. Jumlah pasien pada Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati tercatat rata-rata perhari adalah 90 pasien .

Untuk formulir Rekam medis rekam medis gawat darurat di RSUP fatmawati terdiri dari:

1. Identitas pasien.
2. Riwayat pemeriksaan pasien, berisi identitas pasien, kondisi pasien tiba disarana pelayanan kesehatan, identitas pengantar pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis, pengobatan dan tindakan, ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut, nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
3. Observasi klinis Rawat Darurat
4. Asuhan keperawatan Rawat Darurat

5. Konsul (bila diperlukan)
6. Lembaran copy resep

Untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan yang diselenggarakan oleh instansi pelayanan atau rumah sakit dianjurkan untuk melakukan analisa kuantitatif dan analisa kualitatif terhadap kelengkapan Rekam Medis secara berkala.

Kegiatan analisa kuantitatif dan analisa kualitatif dilakukan terhadap berkas Rekam Medis rawat darurat yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan. Untuk melakukan dibutuhkan standar waktu analisis, misalnya yang ditetapkan oleh organisasi profesi ataupun rumah sakit.

Untuk pengisian formulir riwayat pemeriksaan pasien di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati yang sesuai dengan Permenkes NO 269/Menkes/PER/III/2008 masih ada beberapa isi rekam medis untuk pasien rawat darurat yang tidak ditulis atau diisi oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan kesehatan.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dibuatlah suatu rumusan masalah tentang bagaimanakah kelengkapan pengisian formulir riwayat pemeriksaan pasien rawat darurat di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum.

Mengetahui kelengkapan pengisian formulir riwayat pemeriksaan pasien rawat darurat yang sesuai dengan Permenkes No 269/MenKes/Per/III/2008 di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati

2. Tujuan Khusus.

- a. Mengidentifikasi tingkat kelengkapan pengisian formulir riwayat pemeriksaan pasien rawat darurat.
- b. Mempelajari komponen isi formulir riwayat pemeriksaan pasien rawat darurat sesuai dengan Permenkes No.269 /MenKes/Per/III/2008 di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi penulis.

- a. Meningkatkan pengetahuan dan wawasan pengelolaan Rekam Medis
- b. Mengetahui tentang analisa kelengkapan pengisian formulir riwayat pemeriksaan Rekam Medis rawat daruat.

2. Bagi Rumah Sakit.

- a. Memberikan informasi yang berguna bagi rumah sakit tentang kelengkapan formulir riwayat pemeriksaan rawat darurat.
- b. Dapat digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.