

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Implementasi penggunaan sistem informasi kesehatan saat ini sangat berkembang pesat. salah satu tujuan dari implementasi tersebut ialah mendukung proses pencatatan, kecepatan layanan di suatu fasilitas kesehatan seperti rumah sakit. Menurut Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 pada bab I pasal 1 ayat 1 Tentang Rumah Sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit yaitu institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Pemerintah Indonesia, 2009). Mengacu pada Permenkes RI No 82 tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit pada pasal 3 ayat 1 Rumah sakit wajib menyelenggarakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (Menkes RI, 2013).

Menurut Permenkes RI No 82 tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit pada pasal 1 ayat 1 disebutkan bahwa Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yaitu sebuah sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan keseluruhan alur proses pelayanan Rumah Sakit berbentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk mendapatkan informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan. (Menkes RI, 2013)

Pada pasal 4 ayat 2 penggunaan SIMRS diharapkan dapat memberi manfaat dalam kecepatan, akurasi, integrasi, peningkatan pelayanan, peningkatan efisiensi, kemudahan pelaporan dalam pelaksanaan operasional. Kecepatan dalam pengambilan keputusan, identifikasi masalah secara cepat dan akurat serta kemudahan menyusun strategi dalam pelaksanaan manajerial. Budaya kerja, transparansi, koordinasi antar unit, pemahaman sistem dan pengurangan biaya administrasi dalam pelaksanaan organisasi. (Menkes RI, 2013)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 pada bab 1 pasal 2 huruf h Tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasiendi dalam sebuah rumah sakit wajib menyelenggarakan rekam medis. (Menkes RI, 2018)

Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam medis pada bab 1 pasal 1 ayat 1 Rekam Medis yaitu berkas yang didalamnya berisi catatan dan dokumen yang berisikan mengenai identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien, tertuang juga pada bab 2 pasal 2 ayat 1 disebutkan bahwa rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap, dan jelas atau secara elektronik. (Menkes RI, 2008) Salah satu formulir yang harus dibuat unruk pasien rawat inap yaitu formulir ringkasan riwayat pulang (*discharge summary*).

Formulir ringkasan riwayat pulang (*discharge summary*) adalah ringkasan dari seluruh masa perawatan dan pengobatan pasien yang telah dilakukan oleh paratenaga kesehatan dan pihak terkait, formulir riwayat pulang (*discharge summary*) harus ditandatangani oleh dokter yang merawat pasien (Hatta, 2013)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Ani *et al*, 2017) menjelaskan bahwa dari hasil penelitian sebanyak 102 sampel yang diambil dari resume medis bagian paling lengkap ada pada data identitas pasien (99%) sedangkan jumlah paling lengkap ada pada kelengkapan catatan yang baik (69%). Hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh (Kurniawati & Sugiarti, 2014) dengan 222 sampel menyebutkan bahwa kelengkapan pengisian resume keluar paling lengkap ada pada data identitas pasien (97,93%), sedangkan jumlah paling lengkap ada pada kelengkapan laporan penting (89,44%). Walaupun sebagian besar terpenuhi diatas 80% namun belum dapat memenuhi 100% sesuai standar Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2006.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan dari 20 formulir *discharge summary* manual; kelengkapan data administrasi 93% terisi lengkap 1% terisi

sebagian 6% tidak terisi, data klinis 48% terisi lengkap 10% terisi sebagian 43% tidak terisi, Autentikasi 57% terisi lengkap 7% terisi sebagian 36% tidak terisi. Sedangkan dari 20 dari formulir *discharge summary* elektronik kelengkapan data administrasi 94% terisi lengkap 6% tidak terisi, data klinis 94% terisi lengkap 3% terisi sebagian 3% tidak terisi, autentikasi 98% terisi lengkap, 2% tidak terisi. Dari penjabaran diatas terdapat kesenjangan antara formulir *discharge summary* manual dengan formulir *discharge summary* elektronik. Dengan demikian dari latarbelakang, keaslian penelitian dan studi pendahuluan diatas maka peneliti ingin mengambil penelitian dengan judul “Perbandingan *Discharge Summary* Manual Dengan Elektronik Di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta”

B. Perumusan Masalah

Sesuai dengan permasalahan di atas, maka rumusan masalah yang akan dipaparkan oleh peneliti yaitu bagaimana perbandingan kelengkapan formulir *discharge summary* manual dan elektronik di rumah sakit Bethesda Yogyakarta.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum
Mengetahui bagaimana perbandingan kelengkapan formulir *discharge summary* manual dan elektronik di rumah sakit Bethesda Yogyakarta.
2. Tujuan Khusus
 - a. Mengetahui persentase kelengkapan pada formulir *discharge summary* manual di rumah sakit Bethesda Yogyakarta
 - b. Mengetahui persentase kelengkapan pada formulir *discharge summary* elektronik di rumah sakit Bethesda Yogyakarta
 - c. Membandingkan persentase kelengkapan formulir *discharge summary* manual dan elektronik di rumah sakit Bethesda Yogyakarta

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Memberikan manfaat untuk pihak rumah sakit Bethesda Yogyakarta sebagai masukan untuk pertimbangan kepada petugas rekam medis dan tenaga kesehatan lainnya dalam menangani permasalahan kelengkapan pada formulir ringkasan riwayat pulang (*discharge summary*) manual dari rekam medis elektronik

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan menjadi bahan referensi untuk membandingkan teori yang ada dengan praktik di lapangan.

3. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan pengalaman dari rumah sakit mengenai permasalahan pada objek penelitian.

4. Bagi Peneliti Lain

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan referensi dalam penelitian lebih lanjut.