

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Akreditasi rumah sakit merupakan pengakuan yang diberikan oleh pemerintah pada manajemen rumah sakit, karena telah memenuhi standar yang ditetapkan. Tujuan dilakukan akreditasi untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan. Berdasarkan UU Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, adalah istitusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat, pada ayat 9 (1) huruf b yaitu “Rumah sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit”. Dukungan dari berbagai manajemen rumah sakit sangat diperlukan untuk kesuksesan akreditasi ini, salah satunya yaitu rekam medis. Rekam medis yaitu sebagai bukti pelayanan yang diberikan kepada pasien dan menjadi salah satu bukti pendukung penerapan standar akreditasi di rumah sakit.

Kelengkapan pengisian berkas rekam medis merupakan mutu pelayanan rumah sakit yang berkualitas. Kelengkapan pengisian rekam medis adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan maupun setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume yang harus dilengkapi pada waktu yang telah ditentukan (Kepmenkes, 2008).

Berdasarkan Kepmenkes (2008) tentang pasien rawat inap yang lengkap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya 5 (lima) tahun dari tanggal terakhir pasien berobat. Rekam medis disimpan atau diabadikan harus memiliki nilai guna, diantaranya yaitu lembar ringkasan masuk keluar, Resume medis, laporan operasi, lembar persetujuan, lembar kematian, dan identifikasi bayi.

Laporan operasi yaitu Formulir yang menjelaskan prosedur pembedahan terhadap pasien yang memuat sekurang-kurangnya diagnosis post dan pre operasi, nama dokter bedah dan asisten, perdarahan, prosedur operasi dan tanggal, waktu serta tanda tangan dan nama dokter yang bertanggung jawab, sebagai bukti perjalanan penyakit dan pengobatan. Laporan operasi harus segera dibuat setelah pembedahan dan dimasukkan dalam rekam medis kesehatan. Bila terjadi penundaan dalam pembuatannya maka informasi tentang pembedahan harus dimasukkan dalam catatan perkembangan.

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan di Rumah Sakit TK. II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang pada tanggal 09 Mei 2018 peneliti menganalisis 30 berkas pasien yang akan dilakukan operasi pada triwulan pertama tahun 2018. Dari hasil studi pendahuluan ini didapatkan hasil angka kelengkapan pengisian laporan operasi pada *review* identifikasi 87%, *review* laporan penting 70%, *review* pendokumentasian yang benar 50%, dan pada *review* autentifikasi dengan angka kelengkapan 92%.

Dilihat dari hasil studi pendahuluan di Rumah Sakit TK. II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang belum mencapai 100% sehingga akan berdampak pada hasil survei assesment akreditasi rumah sakit di RST Magelang maka peneliti tertarik untuk melakukan penilaian dengan judul “**Kelengkapan Laporan Operasi Dalam Pemenuhan Bab Pelayanan Anaestesi Dan Bedah Untuk Mendukung Standar Akreditasi 2017 Di Rumah Sakit Tk. II 04.05.01 Dr. Soedjono Magelang**”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti ingin mengetahui “Bagaimana Kelengkapan Laporan Operasi Dalam Pemenuhan Bab Pelayanan Anaestesi Dan Bedah Untuk Mendukung Standar Akreditasi 2017”?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui analisis Kelengkapan Laporan Operasi Dalam Pemenuhan Bab Pelayanan Anaestesi Dan Bedah Untuk Mendukung Standar Akreditasi 2017 di Rumah Sakit TK. II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang.

2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui prosedur pengisian laporan operasi di Rumah Sakit TK. II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang.
2. Mengetahui tingkat kelengkapan pengisian laporan operasi di Rumah Sakit TK. II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang.
3. Mengetahui pemenuhan Elemen penilaian 7.2 tentang formulir laporan operasi pada bab pelayanan anestesi dan pembedahan pada standar akreditasi 7.2 tahun 2017 di Rumah Sakit TK. II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi penulis

Penulis dapat memperoleh pengalaman dan menambah wawasan di bidang rekam medis dan dapat mengidentifikasi masalah yang dihadapi diinstalasi rekam medis yang berkaitan dengan pengisian tindakan laporan operasi dalam rangka meningkatkan mutu rekam medis.

2. Bagi rumah sakit

Sebagai masukan dari permasalahan yang berkaitan dengan catatan rekam medis terutama di pengisian tindakan laporan operasi.

3. Bagi petugas rekam medis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rekam medis.

E. Keaslian Penelitian

1. (Hidayat, 2012) melakukan penelitian dengan judul “ Tinjauan Terhadap Kelengkapan Pengisian Laporan Operasi Tindakan Operasi Di Rumah Sakit Peln Petamburan”. Jenis penelitian ini menggunakan metode dekriptif. Populasi subjek dalam penelitian ini adalah berkas rekam medis, sampel yang diambil sebanyak 90 berkas dari 191 populasi yang tersedia. Teknik pengumpulan data menggunakan tehnik pengamatan, wawancara dan studi kepustakaan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka ketidaklengkapan pengisian laporan operasi sebanyak 0% yakni pada item obat-obatan yang digunakan selama tindakan operasi, 8,88% pada jam operasi, 10% pada dokter anastesi yang tidak terisi jam mulai dan selesai operasi yang tidak terisi sebanyak 22%, metode anastesi sebanyak 42% dan asisten anastesi sebanyak 10%. Persamaan penelitian ini dengan penelitian (Hidayat, 2012), terletak pada jenis penelitian dan populasi subjek sedangkan perbedaanya terletak pada pengumpulan data yang digunakan.
2. (Febriyanti, 2015) melakukan penelitian dengan judul “Analisis Kelengkapan Pengisian Data Formulir Anamnesis Dan Pemeriksaan Fisik Kasus Bedah”. Jenis penelitian ini menggunakan metode analisis kuantitatif. Populasi subjek dalam penelitian ini adalah berkas rekam medis, dengan menggunakan instrumen *checklis* observasi. Sempel yang diambil sebanyak 90 berkas dari 1008 populasi yang tersedia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka ketidaklengkapan pengisian formulir anamnesis dan pemeriksaan fisik pada review identifikasi sebanyak 80% , review laporan penting 68,88%, review autentikasi 16,67% dan pada review pendokumentasian yang benar 96,6%. Persamaan penelitian ini dengan penelitian (Febriyanti, 2015), terletak pada instrumen yang digunakan yaitu dengan menggunakan *checklis* observasi dan populasi subjek sedangkan perbedaanya terletak pada jenis penelitian.

3. (Mulyawan, 2016) melakukan penelitian dengan judul “Gambaran Kelengkapan Laporan Operasi Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012 Pab 7.2 Di Ruang Dukuh Rsud Dr. Adjidarmo Kab. Lebak Periode Juni 2016”.

Hasil Penelitian: Hasil telaah rekam medis tertutup terhadap 66 formulir laporan operasi sesuai standar akreditasi rumah sakit 2012, diperoleh hasil presentase 77%, kelengkapan tertinggi pada diagnosa pasca operasi sebesar 95%, dan kelengkapan terendah pada waktu pelaksanaan operasi yaitu 45%. Faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan pengisian adalah tidak adanya SPO pengisian laporan operasi dan SDM yang kurang paham memperhatikan dalam menyempurnakan kelengkapan laporan operasi. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi ketidaklengkapan pengisian formulir laporan operasi adalah melakukan sosialisasi kelengkapan termasuk akreditasi PAB 7.2 kepada seluruh petugas pelayanan supaya proses akreditasi berjalan secara lancar.

Persamaan : Teknik pengumpulan data yaitu dengan teknik observasi, wawancara dan studi dokumentasi.

Perbedaan : Judul penelitian, lokasi penelitian, dan waktu penel