

BAB I PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Rekam Medis adalah bagian penting yang diwajibkan ada pada setiap sarana pelayanan kesehatan (rumah sakit) beserta dokter yang melakukan pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Ketentuan ini telah berlaku sejak Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang rekam medis yang disahkan pada Tahun 1989.

Rekam medis mempunyai tugas untuk: (1) mengumpulkan, mengintegrasikan, menganalisis data pelayanan kesehatan primer dan sekunder, menyajikan dan mendesiminasikan informasi, menata sumber informasi bagi kepentingan riset, perencanaan, *monitoring*, dan evaluasi pelayanan kesehatan; (2) membuat standar dan pedoman manajemen informasi kesehatan meliputi aspek legal dengan unsur keamanan (*safety*), kerahasiaan (*confidential*), sekuritas, privasi serta integrasi data; (3) manajemen operasional unit kerja manajemen informasi kesehatan, dibagi berdasarkan kemampuan sarana pelayanan dalam menjalankan manajemen informasi kesehatan; (4) serta membuat rekapitulasi laporan tentang rumah sakit untuk diserahkan kepada dinas kesehatan kab/kota.

Rekapitulasi laporan rekam medis adalah berkas yang berisikan tentang semua data dasar rumah sakit beserta kegiatan pelayanannya. Rekapitulasi Laporan (RL) ini terdiri dari 5 (lima) bagian, yang dielaskan dengan rinci pada Tabel I.1:

Tabel I-1 Tabel Formulir RL

Formulir RL	Deskripsi
RL 1.1	Data Dasar Rumah Sakit
RL 1.2	Indikator Pelayanan Rumah Sakit
RL 1.3	Fasilitas Tempat Tidur
RL 2	Ketenagaan
RL 3.1	Kegiatan Pelayanan Rawat Inap
RL 3.2	Kegiatan Pelayanan Rawat Darurat

RL 3.3	Kegiatan Kesehatan Gigi dan Mulut
RL 3.4	Kegiatan Kebidanan
RL 3.5	Kegiatan Perinatologi
RL 3.6	Kesehatan Pembedahan
RL 3.7	Kegiatan Radiologi
RL 3.8	Pemeriksaan Laboratorium
RL 3.9	Pelayanan Rehabilitas Medik
RL 3.10	Kegiatan Pelayanan Khusus
RL 3.11	Kesehatan Pelayanan Jiwa
RL 3.12	Kegiatan Keluarga Berencana
RL 3.13	Pengadaan Obat, Penulisan, dan Pelayanan Resep
RL 3.14	Kegiatan Rujukan
RL 3.15	Cara Bayar
RL 4.A	Data Kegiatan Morbiditas Pasien Rawat Inap
RL 4.AS	Data Kegiatan Morbiditas Pasien Rawat Inap Penyebab Kecelakaan
RL 4.B	Data Kegiatan Morbiditas Pasien Rawat Jalan
RL 4.BS	Data Kegiatan Morbiditas Pasien Rawat Jalan Penyebab Kecelakaan
RL 5.1	Pengunjung Rumah Sakit
RL 5.2	Kunjungan Rawat Jalan
RL 5.3	Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap
RL 5.4	Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan

Berdasarkan pelaksanaan pelaporan RL di rumah sakit pada saat ini, rekapitulasi laporan rekam medis tersebut belum dapat memberikan gambaran pencatatan, pengumpulan, dan pelaporan secara lengkap terhadap semua kegiatan di rumah sakit. Proses yang dilakukan pun masih menggunakan sistem *manual* atau konvensional.

Rekam medis konvensional pada Rumah Sakit XYZ ini, mendapatkan beberapa permasalahan terhadap proses bisnis, pemrosesan data, serta penyampaian

informasi rumah sakit. Permasalahan tersebut, yaitu: (1) Proses *input* yang berulang-ulang sehingga terjadi duplikasi pekerjaan. Duplikasi pekerjaan terjadi pada bagian pelayanan kesehatan dan pada bagian pulahta untuk *input* data. (2) Proses pengiriman informasi yang cukup panjang. Pengiriman informasi dilakukan secara *manual* dengan cara menyerahkan data pada bagian sensus yang mendatangi masing-masing bagiannya. Biasanya, sensus harian akan diterima oleh bagian pulahta setiap 3-5 hari kerja. (3) Membutuhkan SDM dan kertas yang banyak sehingga membutuhkan biaya yang berlebih. Pada masing-masing bagian *input* terdapat bagian sensus yang bertugas untuk mengambil data. Sehingga memerlukan banyak SDM yang harus digaji untuk melaksanakan tugas pengambilan data. (4) Data medis kurang lengkap dan kurang akurat. Dikarenakannya pelaporan sering tidak tepat waktu untuk dibuat, maka terdapat data yang tidak diserahkan ke bagian pulahta. (5) Laporan yang tidak sesuai dengan standar dinas kesehatan kab/kota. Format pelaporan data dari masing-masing bagian tidak dibuat berdasar *format* yang telah ditentukan oleh Kementerian Kesehatan RI melalui Dinas Kesehatan Kab/Kota. Sehingga bagian pulahta harus mensortir, melakukan penjumlahan, dan meng-*copy* ulang data yang akan dikirimkan ke Dinas Kesehatan Kab/Kota.

Dari beberapa hal tersebut, maka, dibutuhkan suatu Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) yang membuat pemrosesan data lebih cepat, hemat, dan akurat, untuk mendukung peng-*input*-an, pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data, serta sistem pelaporan rumah sakit sesuai dengan standar yang telah ditentukan oleh Kementerian Kesehatan RI melalui dinas kesehatan kab/kota.

Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) ini adalah suatu proses peng-*input*-an, pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data-data rumah sakit, yang berlaku secara umum di seluruh Indonesia. Sistem Informasi ini mencakup semua Rumah Sakit umum maupun khusus, baik yang dikelola secara publik maupun privat, sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Di dalam SIRS, pendokumentasian data rekam medis rumah sakit, yang juga dilaporkan kepada Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui dinas kesehatan kab/kota, tercantum pada Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia NOMOR 1171/MENKES/PER/VI/2011, data yang dilaporkan mencakupi Laporan Data Kegiatan Rumah Sakit (RL1) sampai dengan Laporan Data (RL5), yang sudah diberlakukan sejak diundangkan tanggal 1 Juli 2011.

Usulan SIRS ini disusun dan didapatkan berdasarkan masukan dari tiap Direktorat dan Sekretariat di lingkungan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, serta harapan dari tenaga bagian rekam medis, setelah melakukan survei lapangan. Hal ini diperlukan agar SIRS tersebut mampu menunjang pemanfaatan data yang optimal, konsistensi data, data terbit lebih cepat, akurasi data yang tepat, serta pemenuhan terhadap kebutuhan data yang semakin meningkat pada saat ini, terlebih pada masa yang akan datang.

I.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan penjelasan latar belakang, maka diperlukan sebuah sistem informasi yang dapat melakukan proses *peng-input-an*, pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data rekam medis rumah sakit yang baik. Adapun rincian permasalahan yang akan dibahas dalam pengembangan sistem ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana pihak rumah sakit melakukan proses *input*, pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data dari kegiatan rumah sakit tersebut, khususnya mengenai rekam medis?
2. Bagaimana proses *input*, pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data rekam medis rumah sakit dapat meminimalisir penggunaan kertas, dan sumber daya manusia?
3. Bagaimana pihak rumah sakit dapat memenuhi kebutuhan data yang sesuai dengan standardisasi pelaporan, yang digunakan oleh dinas kesehatan kab/kota?

4. Bagaimana pihak rumah sakit dapat meningkatkan kecepatan, konsistensi, dan akurasi dalam proses peng-*input*-an, pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data rekam medis dengan tepat untuk dilaporkan kepada dinas kesehatan kab/kota?

I.3 Tujuan

Berdasarkan perumusan masalah yang sudah dikemukakan sebelumnya, maka dapat ditentukan tujuan dari tugas akhir ini adalah membangun sistem informasi manajemen rekapitulasi laporan rekam medis rumah yang dapat:

1. Melakukan proses *input*, pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data dari kegiatan rumah sakit tersebut, khususnya mengenai rekam medis.
2. Melakukan proses *input*, pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data rekam medis rumah sakit dapat meminimalisir penggunaan kertas, dan sumber daya manusia.
3. Memenuhi kebutuhan data yang sesuai dengan standardisasi pelaporan, yang digunakan oleh dinas kesehatan kab/kota.
4. Meningkatkan kecepatan, konsistensi, dan akurasi dalam proses peng-*input*-an, pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data rekam medis dengan tepat untuk dilaporkan kepada dinas kesehatan kab/kota.

I.4 Manfaat

Penelitian tugas akhir ini memberikan manfaat untuk:

1. Bagi rumah sakit:
 - a) Mempunyai rincian data secara detail tentang penyakit, pelayanan kesehatan oleh pihak rumah sakit kepada pasien.
 - b) Mempunyai pegangan untuk perencanaan pengobatan, perawatan atau tindakan kesehatan yang diberikan kepada pasien.
 - c) Mempunyai standar rekapitulasi laporan kinerja rumah sakit sesuai dengan ketentuan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
 - d) Pelaporan data rumah sakit kepada dinas kesehatan kab/kota menjadi lebih mudah, cepat, dengan konsistensi, dan akurasi yang tepat.

2. Bagi Dinas dan Kementerian Kesehatan Kota Bandung:
 - a) Mendapatkan data dengan cepat dan akurat sehingga data dapat lebih mudah dan lebih dini untuk diolah dan dianalisis sebagai bahan penelitian dan evaluasi kualitas kesehatan manusia.
3. Bagi masyarakat secara umum/pasien:
 - a) Lebih mudah dan lebih cepat mendapat informasi tentang wabah atau persebaran penyakit serta mendapat pelayanan rumah sakit dengan baik dan tanggap.

I.5 Batasan Masalah

Penelitian ini mempunyai batasan sebagai berikut:

1. Rumah sakit yang menjadi studi kasus, yaitu RS XYZ Kabupaten Bandung, Jawa Barat.
2. Modul yang menjadi pembahasan adalah modul rekapitulasi laporan rekam medis rumah sakit.
3. Data yang digunakan adalah data contoh/asumsi.
4. Standar rekapitulasi laporan yang digunakan berdasar Juknis SIRS 2011 yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.