# BAB II

# TINJAUAN PUSTAKA

## Landasan Teori

1. **Puskesmas**

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang amat penting di Indonesia. Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatau wilayah kerja (Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Puskesmas). Jika ditinjau dari sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, maka peranan dan kedudukan puskesmas adalah sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Sebagai sarana pelayanan kesehatan terdepan, maka Puskesmas bertanggungjawab dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat, juga bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kedokteran.

Puskesmas diharapkan dapat bertindak sebagai motivator, fasilitator, dan turut serta memantau terselenggaranya proses pembangunan di wilayah kerjanya agar berdampak positif terhadap kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Hasil yang diharapkan dalam menjalankan fungsi ini antara lain adalah terselenggaranya pembangunan di luar bidang kesehatan yang mendukung terciptanya lingkungan dan perilaku sehat.

1. **Rekam Medis**
2. **Pengertian Rekam Medis**

Rekam medis diartikan sebagai “keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamneses, pemeriksaan fisik, laboratorium, iagnosa srta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pngobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan. Dokumen adalah catatan dokter, dokter gigi, dan atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan (imaging), dan rekaman elektro diaknostik.

Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesis, penentu fisik laboratorium, diagnosa, segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan tentang pengobatan, baik rawat inap, rawat jalan maupun pengobatan melalui pelayanan rawat darurat (Rustiyanto, 2010).

Rekam medis adalah data-data yang terdapat didalam dokumen rekam medis itu bersifat rahasia. Karena hubungan dokter-pasien bersifat pribadi dan khusus, maka segala sesuatu yang dipercayakan pasien kepada dokternya harus dilindungi terhadap pengungkapan lebih lanjut. Hal ini sejak zaman Hippokrates sudah dirasakan demikian dan terdapat perlindungan dan pengaturan, baik dalam bidang Etika maupun Hukum Medis. (J.Guwandi 2005)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008, yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

1. **Tujuan Rekam Medis**

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di puskesmas rampal celaket. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak aka nada tercapainya tertib administrasi puskesmas sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan puskesmas.

Tujuan dibuatnya rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan. Tanpa dukungan suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar tertib administrasi fasilitas pelayanan kesehatan tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan upaya kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Tujuan primer rekam medis terbagi dalam 5 kepentingan, yaitu untuk :

1. **Pasien**

Rekam kesehatan merupakan alat bukti utama yang mampu membenarkan adanya pasien dengan identitas yang jelas dan telah mendapatkan berbagai pemeriksaan dan pengobatan di sarana pelayanan kesehatan dan segala hasil serta konsekuensi biayanya.

1. **Pelayanan Pasien**

Rekam kesehatan mendokumentasikan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis dan tenaga lain yang bekerja dalam berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian rekaman itu membantu pengambilan keputusan tentang terapi, tindakan, dan penentuan diagnosis pasien. Rekam kesehatan juga sebagai sarana komunikasi antar tenaga lain yang sama-sama terlibat dalam menangani dan merawat pasien. Rekaman yang rinci dan bermanfaat menjadi alat penting dalam menilai dan mengelola resiko manajemen.

1. **Manajemen pelayanan**

Rekam medis yang lengkap memuat aktivitas yang terjadi dalam manajemen pelayanan sehingga digunakan dalam menganalis berbagai penyakit, menyusun pedoman praktik, serta untuk mengevaluasi mutu pelayanan yang diberikan.

1. **Menunjang pelayanan**

Rekam medis yang rinci akan mampu menjelaskan aktivitas yang berkaitan dengan penanganan sumber-sumber yang ada pada organisasi pelayanan dirumah sakit, menganalisis kecenderungan yang terjadi dan mengomunikasikan informasi diantara klinik yang berbeda.

1. **Pembiayaan**

Rekam medis yang akurat mencatat segala pemberian pelayanan kesehatan yang diterima pasien. Tujuan sekunder rekam kesehatan ditujukan kepada hal yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien, yaitu untuk kepentingan edukasi, riset, peraturan dan pembuatan kebijakan (Gemala, 2011). Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis dalam pasal 3 menyebutkan butir-butir minimal yang harus dimuat untuk pasien rawat inap dan perawatan 1 hari sekurang-kurangnya memuat:

1. Identifikasi pasien;
2. Tanggal dan waktu;
3. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
5. Diagnosis
6. Rencana penatalaksanaan;
7. Pengobatan atau tindakan;
8. Persetujuan tindakan bila diperlukan;
9. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
10. Ringkasan pulang (discharge summary);
11. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
12. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kerja kesehatan tertentu;
13. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
14. Kegunaan Rekam Medis.

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain:

1. **Aspek Administrasi**

Di dalam dokumen rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

1. **Aspek Medis**

Suatu dokumen rekam medis mmpunyai nilai medik, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

1. **Aspek Hukum**

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan bukti untuk menegakkan keadilan.

1. **Aspek Keuangan**

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.

1. **Aspek Penelitian**

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

1. **Aspek Pendidikan**

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran dibidang profesi pemakai.

* 1. **Aspek Dokumen**

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

* + 1. Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian di dalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien;
    2. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang haarus diberikan kepada seorang pasien;
    3. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit;
    4. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien;
    5. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya;
    6. Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan;
    7. Sebagai dasar di dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medik pasien;
    8. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan serta sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan (Depkes RI, 1997).

1. **Manfaat Rekam Medis**

Berdasarkan Permenkes Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang rekam medis sebagai berikut:

1. Pengobatan, rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencankan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.
   1. Peningkatan Kualitas Pelayanan membuat Rekam Medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal
   2. Pendidikan dan penelitian Rekam Medis yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.
   3. Pembiayaan. Rekam Medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.
   4. Statistik kesehatan Rekam Medis dapat digunakan sebagai bahan statistic kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit-penyakit tertentu.
   5. Pembuktian Masalah Hukum, disiplin dan Etika Rekam Medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etika.
2. **Isi Rekam Medis**

Dalam „rekam kertas‟ ataupun „komputerisasi‟, isi rekam medis kesehatan dibagi dalam dua data yaitu: data administrative dan data klinis, sedangkan isi (data atau informasi) rekam medis dipengaruhi oleh bentuk pelayanan kesehatan:

1. **Data Administratif**

Data administratif mencakup data demografi, keuangan (financial) disamping tentang informasi lain berhubungan dengan pasien, seperti data yang terdapat pada beragam izin (consent), pada lembaran hak kuasa otorisasi untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan dalam pelayanan informasi pasien. Data administratif mencakup informasi tentang:

1. Nama lengkap (nama sendiri dan nama keluarga yaitu nama ayah/suami/marga). Tuliskan nama keluarga, beri tanda koma, baru nama sendiri;
2. Nomor rekam medis pasien dan nomor identitas lain (asuransi);
3. Alamat lengkap pasien (nama jalan/gang, nomor rumah, wilayah kota yang dihuni saat ini dan kode pos bila diketahui);
4. Nomor rekam medis pasien dan tempat kelahiran pasien;
5. Jenis kelamin;
6. Status pernikahan;
7. Nama dan alamat keluarga terdekat yang sewaktu-waktu dapat dihubungi;
8. Tanggal dan waktu terdaftar di tempat penerimaan pasien rawat inap/jalan/gawat darurat;
9. Nama rumah sakit (tertera dalam kop formulir: nama, alamat, telepon, dan kota) (Gemala, 2011).

**b. Data Klinis**

Data klinis adalah data hasil pemeriksaan, pengobatan, perawatan yang dilakukan oleh praktisi kesehatan dan penunjang medis terhadap pasien rawat inap maupun rawat jalan (termasuk darurat). Data klinis meliputi:

1. Riwayat kepenyakitan (medis);
2. Riwayat pemeriksaan fisik;
3. Observasi klinis;
4. Perintah dokter;
5. Laporan dan hasil prosedur diagnosik dan tearpeutik;
6. Laporan konsultasi;
7. Ringkasan riwayat pulang (resume);
8. Instruksi untuk pasien (Gemala, 2011).

Menurut Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Pasal 1 ayat 2 yang melepaskan isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan rawatan 1 hari sekurang-kurangnya memuat:

1. Identitas pasien;
2. Tanggal dan waktu;
3. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit; d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis;
4. Diagnosis;
5. Rencana penatalaksanaan;
6. Pengobatan dan/atau tindakan;

Menurut Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Pasal 1 ayat 2 yang melepaskan isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan rawatan 1 hari sekurang-kurangnya memuat:

1. Identitas pasien;
2. Tanggal dan waktu;
3. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis;
5. Diagnosis;
6. Rencana penatalaksanaan;
7. Pengobatan dan/atau tindakan;
8. Persetujuan tindakan bila diperlukan;
9. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
10. Ringkasan pulang (discharge summary);
11. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
12. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu dan;
13. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik. (Gemala, 2010).
14. **Mutu Rekam Medis**

Rekam medis yang baik dapat pula mencerminkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan (Huffman,1994). Rekam medis yang bermutu juga diperlukan untuk persiapan evaluasi dan audit medis terhadap pelayanan medis secara retrospektif terhadap rekam medis. Tanpa dipenuhinya syarat-syarat dari mutu rekam medis ini, maka tenaga medis maupun pihak rumah sakit akan sukar membela diri di pengadilan bila terdapat tuntutan malpraktik oleh pihak pasien. Menurut Huffman (1994), mutu rekam medis yang baik adalah rekam medis yang memenuhi indikator-indikator mutu rekam medis sebagai berikut :

1. Kelengkapan isian resume medis
2. Keakuratan
3. Tepat waktu
4. Pemenuhan persyaratan hokum

Formulir rekam medis yang digunakan dan harus diisi oleh berbagai Rumah Sakit, semua formulir harus memenuhi standar. Formulir rekam medis sendiri tidak memberikan jaminan pencatatan data medis yang tepat dan baik, apabila para dokter dan staf medisnya tidak secara seksama melengkapi informasi yang diperlukan pada setiap lembaran rekam medis dengan baik dan benar.

Berdasarkan Peraturaran Menteri Kesehatan nomor 269 tahun 2008 yang dimaksud dengan isi rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Data-data yang harus dimasukkan dalam rekam medis dibedakan untuk pasien yang diperiksa di unit gawat darurat, unit rawat jalan dan unit rawat inap.

Uraian indikator-indikator tersebut adalah sebagai berikut:

1. Kelengkapan isian resume medis untuk pasien rawat inap dan perawatan sekurang-kurangnya memuat (Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008).
   1. Identitas pasien
   2. Tanggal dan waktu
   3. Anamnese (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit)
   4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
   5. Diagnosis
   6. Rencana penatalaksanaan /TP (treatment planning)
   7. Pengobatan dan atau tindakan
   8. Persetujuan tindakan bila perlu
   9. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
   10. Ringkasan pulang (discharge summary)
   11. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
   12. Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu
   13. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

Ringkasan pulang (discharge summary) atau resume medis, harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pasien. Isi ringkasan pulang sekurang-kurangnya memuat :

1. Identitas pasien
2. Diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat
3. Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan tindak lanjut; dan
4. Nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan.
5. Keakuratan

Adalah ketepatan catatan rekam medis, dimana semua data pasien ditulis dengan teliti, cermat, tepat, dan sesuai dengan keadaan sesungguhnya.

1. Tepat waktu

Rekam medis harus diisi dan setelah diisi harus dikembalikan ke bagian rekam medis tepat waktu sesuai dengan peraturan yang ada.

1. Memenuhi persyaratan hokum

Rekam medis memenuhi persyaratan aspek hukum (Permenkes 269 tahun 2008; Huffman, 1994) yaitu:

* + 1. Penulisan rekam medis tidak memakai pensil
    2. Penghapusan tidak ada
    3. Coretan, ralat sesuai dengan prosedur, tanggal, dan tanda tangan
    4. Tulisan harus jelas dan terbaca
    5. Ada tanda tangan oleh yang wajib menandatangani dan nama petugas
    6. Ada tanggal dan waktu pemeriksaan tindakan

1. Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam harus ditulis dalam lembaran rekam medis.
2. Semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter/tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangan klinis dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal.
3. Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran/dan mahasiswa lainnya ditandatangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter pembimbingnya.
4. Catatan yang dibuat oleh residens harus diketahui oleh dokter pembimbingnya.
5. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan yang terjadi dengan wajar seperti mencoret kata/kalimat yang salah dengan jalan memberikansatu garis lurus pada tulisan tersebut.
6. Diberi inisial (singkatan nama) orang yang menkoreksi tadi dan mencantumkan tanggal perbaikan dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf.
7. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan. (Boedihartono, 1991; Hatta, 2008).
   * 1. **Kepemilikan Rekam Medis**

Dari defenisi rekam medis di atas sudah jelas dapat diketahui bahwa informasi yang terkandung di dalam rekam medis adalah menjadi milik pasien yang diperoleh dari kontak medis antara pasien dan dokter selama masa perawatan pasien. Dokumen rekam medis adalah milik sarana pelayanan kesehatan, oleh karena itu pasien tidak berhak untuk membawa rekam medis pasien tersebut keluar dari sarana pelayanan kesehatan tersebut. Hal ini dijelaskan pula oleh PerMenKes No.269/MENKES/PER/III/2008 pasal 12 yaitu :

1. Ayat (1) Dokumen rekam medis milik sarana pelayanan kesehatan
2. Ayat (2) Isi rekam medis milik pasien.
3. Ayat (3) Isi rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dalam bentuk ringkasan rekam medis.
   * 1. **Kelengkapan Pengisian Dokumen rekam medis**
4. **Defenisi Kelengkapan**

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), lengkap adalah tidak ada kurangnya, segalanya sudah lengkap atau disediakan, dan tidak kurang sedikit juga dalam kebenarannya. Sedangkan kelengkapan adalah perihal lengkap, kegenapan, kekompletan, dan segalanya yang sudah dilengkapkan (disediakan dan sebagainya).

1. **Kelengkapan dalam Rekam Medis**

Kelengkapan rekam medis adalah mengecek keterisian pada bagian-bagian isi rekam medis dengan maksud menemukan kesalahan dan kekurangan yang berkaitan dengan pengdokumentasian rekam medis. Dan yang dilakukan petugas perekam medis saat menganalisa kuantitatif adalah jenis berkas yang digunakan, siapa yang berhak dan siapa yang harus mengisi rekam medis. Rekam medis yang berisi data dengan lengkap dapat diolah menjadi informasi sehingga memungkinkan dilakukan evaluasi objektif terhadap mutu pelayanan kesehatan dan dapat menjadi basis pendidikan serta peneliatian.(Rahmadhi, 2016:16-17).

Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis sangat penting dikarenakan informasi yang terkandung dalam rekam medis dapat digunakan oleh rumah sakit dan organisasi kesehatan terkait sebagai basis dan statistic, riset dan sumber pencernaan untuk peningkatan mutu pelayanan (Hatta, 2008, dikutip oleh Ummah, 2017:17).

Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas. Rekam medis ini harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan. Pembuatan rekam medis dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemerikasaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung. Jika terjadi kesalahan dalam pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan. Hal ini diperlukan dalam rangka penyelenggaraan rekam medis sehingga dokter, dokter gigi dan/atau tenaga kesehatan tertentu bertanggungjawab atas catatan dan/atau dokumen yang dibuat pada rekam medis. (Permenkes RI No.269,2008).

Kelengkapan isi rekam medis juga menjadi elemen penting dalam akreditasi puskesmas dimana kelengkapan isi rekam medis diperlukan untuk menjamin kesinambungan pelayanan, memantau kemajuan respons pasien terhadap asuhan yang diberikan. Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur kelengkapan rekam medis. Privasi dan kerahasiaan data serta informasi wajib dijaga, terutama data dan informasi yang sensitif. Berkaitan dengan penyelenggaraan rekam medis maka dilakukan penilaian dan tindak lanjut kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis. (Permenkes RI No. 46, 2015)

1. **Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kelengkapan Keterisian Dokumen Rekam Medis**

Kelengkapan dalam pengisian dokumen rekam medis dipengaruhi beberapa faktor, antara lain:

1. Hubungan status kepegawaian dengan kelengkapan pengisian rekam medis

Berdasarkan hasil peneliatian yang dilakukan oleh indar dkk (2013) bahwa responden yang berstatus non PNS lebih banyak tidak mengisi rekam medis dibandingkan dengan responden yang berstatus PNS. Hal ini dikarenakan tuntutan kerja pada responden PNS lebih tinggi dibanding dengan non PNS. Dalam melaksanakan pekerjaan, PNS lebih disiplin karena terdapat aturan disiplin baik ketetapan waktu maupu perkejaan itu sendiri.

1. Hubungan pengetahuan dengan kelengkapan rekam medis

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh indar ddk (2013) bahwa responden yang memiliki pengetahuana cukup lebih banyak mengisi rekam medis dibandingkan dengan responden yang memiliki pengetahuan kurang. Hal ini dikarenakan pengetahuan dari setiap individu sangat penting guna mempengaruhi kelengkapan pengisian rekam medis.

1. Hubungan jenis keahlihan dengan kelengkapan pengisisan rekam medis.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh indar ddk (2013) bahwa responden baik dokter umum maupun dokter spesialis mempunyai presentase kelengkapan pengisian rekam medis yang tidak lengkap lebih tinggi dibandikan dengan yang lengkap. Hal ini menujukan bahwa tingkat pendidikan dokter kurang mempengaruhi kelengkapan pengisian rekam medis.

1. Hubungan mas kerja dengan kelengkapan pengisian rekam medis Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh indar ddk

(2013) bahwa responden yang memiliki masa kerja lam mempunyai persentase pengisian rekam medis lengkap lebih tinggi. Masa kerja yang lama menunjukan pengalaman yang cukup terutama yang berhubungan dengan sarana rekam medis.

* 1. Faktor lain yang berkontribusi mempengaruhi pengisian rekam medis.

Selain faktor-faktor yang telah dijelaskan di atas, terdapat faktor lain yang ikut berkontribusi mempengaruhi pengisian rekam medis antar latar belakang pendidikan tenaga kesehatan, masa kerja, keterampilan, motivasi,alat kerja, waktu kerja, pedoman tertulis, dan kepatuhan terhadap pedoman serta faktor psikologis. (Indar ddk,2013).

1. **Analisis Rekam Medis**

Sejak abad yang lampau analisa rekam kesehatan dibedakan dalam analisa kuantitatif dan kualitatif yang sederhana dan statis. Hatta (2002) beranggapan sudah saatnya bila kedua jenis analisa rekam kesehatan tersebut dikembangkan sehingga tiga unsur yaitu hukum, administrasi, serta standar pelayanan kesehatan terintegrasi dalam penganalisisan rekam kesehatan. Analisis kuantitatif lebih berbobot sedangkan analisis kualitatif dikembangkan kea rah dua hal yaitu analisis kualitatif administratif dan medis. Semakin lengkap tenaga kesehatan meberikan data tindak lanjut dalam pelayanan kesehatan berarti semakin banyak pemanfaatan kelengkapan informasi oleh tenaga kesehatan. Berarti pula, kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan semakin dapat dibuktikan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan terkait. (Hatta,2014:350).

1. **Analisis Kuantitatif**

Analaisa kuantitatif adalah anilisis yang ditujukan kepada jumlah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelengkapan lembaran medis, paramedis, dan penunjang medis sesuai prosedur yang ditetapkan. Petugas akan menganalisis setiap berkas yang diterima apakah lembaran rekam medis yang seharusnay ada pada berkas seseorang pasien sudah ada atau belum. (Dirjen Yanmed, 2006:79).

Kegiatan analisis kuantitatif dimaksudkan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam kesehatan rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan. Untuk melakukannya dibutuhkan standar waktu analisis.(Hatta, 2014:350).

Analisis kuantitatif rawat jalan dilakukan sesudah pasien menyelesaikan kunjungannya ke unit rawat jalan. Informasi yang hilang atau belum lengkap harus dilaporkan secara manual dengan mengisi lembar kekurangan (*deficiency note*) atau melalui komputerisasi (bagi yang telah melaksanakan MIK secara elektronik). Selanjutnya praktisi MIK segera memberitahu pihak yang memberikan pelayanan agar segera melengkapinya. (Hatta, 2014:350-351).

Analisa kuantitas rekam medis dapat dibagi dalam dua kategori yang bertanggung jawab, antara lain: (Dirjen Yanmed, 2006:75-76)

1. Dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang melaksanakan tindakan medis harus mengisi lembaran-lembaran rekam medis dengan benar, para perawat yang menyatuhkan lembaran-lembaran formulir secara kronoogis. Jangan sampai ada lembaran yang tertinggal,salah masuk atau berceceran.
2. Petugas unit rekam medis berkewajiban menemukan hal-hal yang kurang selama proses perekaman yang dilakukan oleh dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain.

Analisa kuantitatif diperlukan karena adanya desakan untuk mengidetifikasi ada tidaknya sesuatu yang dihilangkan. Disamping itu juga agar dokumen rekam medis lengkap dan dapat dipergunakan sebagai referensi pelayanan kesehatan, melindungi minat hukum, sesuai dengan peraturan yang ada. (Dirjen Yanmed, 2006:76).

1. **Analisis Kuantitatif yang Terintegrasi**

Untuk tingkat analisis kuantitatif yang lebih mahir, Hatta (2002) berpendapat agar praktisi jangan hanya terfokus pada kelengkapan beragam lembaran medis belaka (seperti yang biasa dilakukan). Namun, analisis kuantitatif juga harus mengintegrasikan kegiatannya dengan kegiatan yang berdampak pada unsur hukum dan administratife yang kemudian dintegrasikan dengan standar pelayanan kesehatan. (Hatta, 2014:351-352). Dalam analisis kuantitatif dititikberatkan pada 4(empat kriteria), yaitu: (Hatta, 2014:352)

1. Menelaah kelengkapan data social pasien (demografi): meliputi informasi tentang identitas pasien: (a) nama lengkap yang terdiri dari nama sendiri dan nama ayah/suami/she; (b) nomor pasien; (c) alamat lengkap; (d) usia; (e) orang yang dapat dihubungi dan (f) tanda tangan persetujuan. Apabila terdapat lembaran formulir rekam medis yang tanpa identitas harus direview untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut.
2. Menelaah kelengkapan bukti rekaman yang ada. Dalam hal ini, laporan yang diperiksa yaitu:
   1. Laporan umum seperti: lembar riwayat pasien, pemeriksaan fisik, catatan perkembangan, observasi klinik, ringkasan penyakit.
   2. Laporan khusus seperti: laporan laboratorium, laporan operasi, anastesi, dan hasil-hasil pemeriksaan penunjang lainnya.
3. Menelaah tanda bukti keabsahan rekaman dari tenaga kesehatan maupun tenaga lain yang terlibat dalam pelayanan
4. kepada pasien sehingga informasi dapat dipettanggungjawabkan secara hukum. Pada komponen ini, hal yang diperiksa adalah autentifikasi dari pecatata berupa tanda tangan, nama jelas seseorang. Dalam autentifikasi tidak boleh tanda tangan oleh orang lain selain dari penulisnya, kecuali bila ditulis oleh dokter jaga atau mahasiswa maka ada tanda tangan si penulis ditambah *counter sign* oleh supervisor dan ditulis telah di-review dan dilaksanakan atas instruksi dari ....atau telah diperiksa oleh … atau diketahui oleh … Menelaah tata cara mencatat (administrasi) yang meliputi adanya tanggal, keterangan waktu, menulis pada baris yang tetap serta menerapkan cara koreksi yang benar. Dalam hal ini akan dilakukan:
   1. Memeriksa pencatatan yang tidak lengkap dan tidak dapat dibaca sehingga dapat dilengkapi dan diperjelas serta adanya tanggal dan keterangan waktu.
   2. Memeriksa baris perbaris dan bila ada barisan yang kosong digaris agar tidak diisi belakangan.

**B. Kerkangka Konsep**

Analisa Kuantitatif

Pengisian DRM Meliputi:

1. Kelengkapan identitas pasien
2. Kelengkapan bukti rekaman pasien
3. Kelengkapan keabsahan rekaman
4. Kelengkapan tata cara mencatat

Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis

**Gambar 2.1 Kerkangka Konsep**

1. **Hipotesis**

H1 : Ada perbedaan kelengkapan setelah dilakukan analisis kuantitatif

H0 : tidak ada perbedaan kelengkapan setelah dilakukan analisis kuantitat