

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Puskesmas**

###### **a. Pengertian Puskesmas**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Pelayanan kesehatan adalah upaya yang diberikan oleh puskesmas kepada masyarakat, mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan, pelaporan, dan dituangkan dalam suatu sistem.

###### **b. Tujuan Penyelenggara Puskesmas**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 pasal 2, pengaturan penyelenggaraan puskesmas bertujuan:

- 1) Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat
- 2) Mampu menjangkau pelayanan kesehatan
- 3) Hidup dalam lingkungan sehat
- 4) Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

###### **c. Fungsi Puskesmas**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 pasal 4, pengaturan penyelenggaraan puskesmas berfungsi puskesmas mempunyai tugas melaksanakan

kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam pasal 4, puskesmas menyelenggarakan fungsi:

- 1) Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya dalam menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud Puskesmas berwenang untuk:
  - (a) melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
  - (b) melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
  - (c) melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
  - (d) menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait
  - (e) melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat
  - (f) melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas
  - (g) memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
  - (h) melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan
  - (i) memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

- 2) Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya dalam menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud Puskesmas berwenang untuk:
- (a) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu
  - (b) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif
  - (c) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat
  - (d) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung
  - (e) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi melaksanakan rekam medis
  - (f) melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan
  - (g) melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan
  - (h) mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya dan
  - (i) melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan.

d. Sistem Penerimaan Pasien

Menurut Shofari(2004) dalam bukunya yang berjudul Pengantar Sistem Rekam Kesehatan, alur dan prosedur rekam medis pada masing-masing pelayanan kesehatan, yaitu:

1) Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ)

TPPRJ atau lebih dikenal dengan sebutan tempat pendaftaran, merupakan tempat dimana antara pasien dan petugas rumah sakit melakukan kontak pertama kali.

2) Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TPPRI)

TPPRI atau *administration office* merupakan tempat dimana pengaturan pasien rawat inap dilakukan, sehingga informasi lokasi ruangan (bangsal) pasien yang dirawat inap dapat diperoleh disini. Pasien yang dirawat inap berasal dari IRJ atau UGD. Tetapi TPPRI juga menerima pasien rujukan dari rumah sakit lain sehingga harus dibuka selama 24 jam.

3) Tempat Pendaftaran Pasien Gawat Darurat (TPPGD)

UGD merupakan tempat pelayanan dirumah sakit yang melayani pasien selama 24 jam setiap hari, untuk melayani pasien yang mengalami keadaan yang gawat darurat. Karena kecepatan dan ketepatan pelayanan medis, maka seringkali dikatakan bahwa UGD merupakan “Jendela Mutu Pelayanan Medis” rumah sakit.

e. Sistem Pengelolaan Data Rekam Medis

1) *Assembling*(Perakitan)

Bagian assembling yaitu salah satu bagian di unit rekam medis. Peran dan fungsi assembling dalam pelayanan rekam medis yaitu sebagai perakitan formulir rekam medis, penulisan data rekam medis, pengendalian DRM tidak lengkap, pengendalian penggunaan nomor rekam medis dan formulir rekam medis (Shofari, 2004).

2) *Verifikasi*

Pada bagian verifikasi ini berfungsi untuk mengecek kembali berkas-berkas rawat inap dan kelengkapannya. Adapun untuk mengecek atau menyamakannya dengan data yang ada di komputer maka cukup ditulis No.Rekam Medis pasien saja di komputer setelah itu dilihat apakah sudah sesuai belum, setelah sama antara identitas pasien pada berkas rekam medis dengan komputer langkah selanjutnya adalah melihat atau mengecek tanda tangan dokter yang merawat (Shofari, 2004).

3) *Coding dan Indexing*

Coding dan indexing adalah salah satu bagian dalam unit rekam medis yang berperan sebagai pencatat dan peneliti kode penyakit dan diagnose yang ditulis dokter, kode operasi atau tindakan medis yang ditulis dokter atau petugas kesehatan lainnya, kode sebab kematian dari sebab kematian yang ditetapkan dokter. Serta mencatat dan menyimpan indeks penyakit, operasi atau tindakan medis, sebab kematian dan indeks dokter dan penyedia informasi nomor-nomor rekam medis yang memiliki jenis penyakit, operasi atau tindakan medis sebab kematian yang sama berdasarkan indeks yang bersangkutan untuk berbagai keperluan (misal audit medis, audit kematian dan audit keperawatan), serta pembuat laporan penyakit dan laporan kematian berdasarkan indeks penyakit, operasi dan sebab kematian (Shofari, 2004).

4) *Analising dan Reporting*

Analising dan reporting adalah salah satu bagian dalam rekam medis yang tugasnya mengumpulkan data kegiatan dari unit pelayanan kesehatan. Berfungsi untuk menganalisa semua data rekam medis yang masuk ke unit rekam medis untuk diolah menjadi sebuah informasi yang disajikan dalam bentuk laporan guna mengambil keputusan manajemen. (Shofari, 2004).

5) *Filing*

Bagian filing merupakan salah satu bagian dalam unit rekam medis. Peran dan fungsi dalam pelayanan rekam medis yaitu sebagai penyimpan DRM, penyedia DRM untuk berbagai keperluan, pelindung arsip-arsip DRM terhadap kerahasiaan isi data rekam medis dan pelindung arsip-arsip DRM terhadap bahaya kerusakan fisik, kimiawi dan biologi (Shofari, 2004).

## **2. Rekam Medis**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 pasal 1 ayat 1 rekam medis adalah

berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamneses, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Dirjen Yanmed, 2006)

Rekam medis adalah bentuk pelayanan sebuah rumah sakit untuk mengelola informasi medis berupa sejarah penyakit dan tindakan medis yang pernah diterima pasien, tujuan rekam medis memungkinkan pengguna (pasien dan tenaga medis) melakukan pengisian, penyimpanan dan pengambilan ulang data secara spesifik baik per individu pasien atau kelompok, termasuk data klinis, administrasi dan demografi, sehingga memudahkan operasional sebuah rumah sakit.

a. Tujuan rekam medis

Berdasarkan Dirjen Yanmed RI (2006) tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan terciptanya tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

b. Kegunaan rekam medis

Berdasarkan Dirjen Yanmed RI (2006) kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain:

1) Aspek administrasi

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai administrasi, karena menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan

tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2) Aspek medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut digunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen resiko klinis serta keamanan/keselamatan pasien dan kendala biaya.

3) Aspek hukum

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

4) Aspek keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/ informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan. Kaitannya rekam medis dengan aspek keuangan sangat erat sekali dalam hal pengobata, terapi serta tindakan-tindakan apa saja yang diberikan kepada seorang pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit.

5) Aspek penelitian

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

6) Aspek pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/ informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang

diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/ referensi pengajaran dibidang profesi pendidikan kesehatan.

7) Aspek dokumentasi

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

### **3. Analisa Kuantitatif**

a. Analisa Kuantitatif

Analisis untuk mengetahui kelengkapan pengisian pada item berkas rekam medis dilakukan melalui analisa kuantitatif berkas rekam medis. Menurut Huffman (1994) dalam Citra Budi (2011) analisis kuantitatif adalah review bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pendokumentasian (pencatatan) pada berkas rekam medis. Untuk melakukan analisis kuantitatif dapat menggunakan 4 komponen utama pada analisis, yaitu:

- 1) Identitas pasien pada setiap lembar rekam medis
- 2) Autentifikasi dokter pada setiap tempat yang ditentukan
- 3) Pengisian laporan yang penting pada berkas rekam medis
- 4) Pendokumentasian yang baik

Dari hasil analisis ini akan diketahui jumlah berkas rekam medis yang terisi lengkap, terisi tidak lengkap dan tidak terisi. Hal ini dapat dijadikan tolak ukur mutu berkas rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan.

b. Standart Waktu Analisa Kuantitatif

Berdasarkan Kepmenkes 129 Tahun 2008 mengenai standart pelayanan minimal rumah sakit mengatur tentang standart pelayanan rekam medis yang dibagi menjadi 4 bagian, yaitu:

Tabel 2.1 Standart waktu analisa kuantitatif

Jenis Pelayanan	Indikator	Standart
REKAM MEDIK	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%
	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
	Waku penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit yang didalamnya terdapat informasi mengenai standar pelayanan rekam medis rumah sakit yaitu kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan dan kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas memiliki standar yaitu 100%, selain itu juga dijelaskan bahwa waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan yaitu ≤ 10 menit.

c. Penanggung Jawab Pengisian Rekam Medis

Berdasarkan Dirjen Yanmed RI (2006) puskesmas sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan yang melakukan rawat jalan wajib membuat rekam medis. Yang membuat atau mengisi rekam medis adalah dokter dan tenaga kesehatan lainnya:

- 1) Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang melayani pasien.
- 2) Dokter tamu yang merawat pasien

- 3) Residen yang sedang melaksanakan kepaniteraan klinik
- 4) Tenaga medis perawatan dan tenaga medis non perawatan yang langsung terlihat didalam antara lain : Perawat, Perawat gigi, Bidan, Tenaga laboratorium klinik, Gizi, Anastesi, Penata Rontgen, Rehabilitasi Medik dan lain sebagainya.
- 5) Untuk dokter luar negeri yang melakukan ahli teknologi kedokteran yang berupa tindakan/ konsultasi kepada pasien, maka yang membuat rekam medis pasien adalah dokter yang ditunjuk oleh direktur/ kepala bagian.

d. Ketentuan Pengisian Rekam Medis

Berdasarkan Dirjen Yanmed RI (2006) rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan :

- 1) Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1 x 24 jam harus ditulis dalam lembaran rekam medis.
  - 2) Semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter/ tenaga kesehatan lainnya yang sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta tanggal.
  - 3) Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya ditanda tangani dan menjadi tanggung jawab dokter merawat atau oleh dokter pembimbingnya.
  - 4) Catatan yang dibuat oleh residens harus diketahui oleh dokter pembimbingnya.
  - 5) Doter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf.
  - 6) Penghapusan tulisan secara apapun tidak diperbolehkan.
- e. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Kelengkapan Pengisian Rekam Medis
- 1) Hubungan Status Kepegawaian dengan Kelengkapan Pengisian Rekam Medis

Berdasarkan penelitian (Indar, 2013) bahwa yang berstatus non PNS lebih banyak yang tidak mengisi rekam medis dibandingkan responden yang berstatus PNS. Hal ini disebabkan karena tuntutan kerja pada PNS lebih tinggi dibanding yang non PNS. PNS lebih disiplin karena adanya aturan disiplin baik dalam ketepatan waktu maupun dalam melaksanakan pekerjaan.

2) Hubungan Pengetahuan dengan Kelengkapan Pengisian Rekam Medis

Berdasarkan penelitian (Indar, 2013) bahwa responden yang mempunyai pengetahuan cukup lebih banyak mengisi rekam medis dibandingkan responden yang mengetahui pengetahuan kurang. Hal ini disebabkan karena pengetahuan dari individu sangat penting untuk mempengaruhi kelengkapan pengisian rekam medis.

3) Hubungan Jenis Keahlian dengan Kelengkapan Pengisian Rekam Medis

Berdasarkan penelitian (Indar, 2013) bahwa responden baik dokter umum maupun dokter spesialis mempunyai presentase kelengkapan pengisian rekam medis yang tidak lengkap keduanya tinggi dibandingkan yang lengkap. Hal ini juga menunjukkan bahwa tingkat pendidikan dokter pada penelitian ini tidak mempengaruhi kelengkapan pengisian rekam medis.

4) Hubungan Masa Kerja dengan Kelengkapan Pengisian Rekam Medis

Berdasarkan penelitian (Indar, 2013) bahwa responden yang masa kerja lebih lama mempunyai presentase pengisian rekam medis lebih banyak dibandingkan dengan responden yang masa kerja baru. Hal ini disebabkan karena masa kerja lebih lama

memiliki pengalaman yang cukup yang berhubungan dengan sarana rekam medis.

#### **4. Formulir Rawat Jalan**

##### **a. Formulir**

Menurut Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat:

- 1) Identitas pasien
- 2) Tanggal dan waktu
- 3) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan riwayat penyakit
- 4) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
- 5) Diagnosis
- 6) Rencana penatalaksanaan
- 7) Pengobatan dan/atau tindakan
- 8) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
- 9) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
- 10) Persetujuan tindakan bila diperlukan

Pelayanan rawat jalan menurut Kepmenkes 129 Tahun 2008 meliputi :

- 1) Pemberi pelayanan di klinik spesialis
- 2) Ketersediaan pelayanan rawat jalan
- 3) Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa
- 4) Buka pelayanan sesuai ketentuan
- 5) Waktu tunggu di rawat jalan
- 6) Kepuasan pelanggan pada rawat jalan
- 7) Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS.

#### **5. Buku Pedoman**

Pengertian Buku menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah lembar kertas yang berjilid, berisi tulisan atau kosong. Buku adalah

kumpulan kertas atau bahan lainnya yang berjilid menjadi satu pada salah satu ujungnya dan berisi tulisan atau gambar. Setiap sisi dari sebuah lembaran kertas pada buku disebut sebuah halaman. Pedoman adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan. Menurut Effendy (2015) Buku Pedoman adalah buku yang berisi informasi, petunjuk, dan lain – lain yang menjadi petunjuk tuntunan bagi pembaca untuk mengetahui sesuatu secara lengkap. Dapat diartikan juga suatu hal pokok yang menjadi dasar (pegangan, petunjuk, dan sebagainya) untuk melaksanakan atau melakukan sesuatu. Maka buku pedoman adalah buku yang digunakan sebagai acuan dalam melakukan sesuatu.

Berdasarkan komisi akreditasi rumah sakit tahun 2012 tentang panduan penyusunan dokumen akreditasi pedoman adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan atau melaksanakan kegiatan. Mengingat sangat bervariasi bentuk dan isi pedoman/panduan maka sulit untuk dibuat standar sistematikanya atau format bakunya. Oleh karena itu puskesmas dapat menyusun/ membuat sistematika buku pedoman/panduan sesuai kebutuhan. Namun, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk pembuatan buku pedoman yaitu:

- a. Setiap pedoman/panduan harus dilengkapi dengan dokumen pedoman/panduan ini yaitu: peraturan/keputusan Direktur/Pimpinan puskesmas untuk pemberlakuan pedoman/panduan tersebut. Bila Direktur/ Pimpinan puskesmas diganti, peraturan/ keputusan Direktur/ Pimpinan puskesmas untuk pemberlakuan pedoman/panduan tidak perlu diganti. Peraturan/Keputusan Direktur/pimpinan puskesmas diganti bila memang ada perubahan dalam pedoman/panduan tersebut.
- b. Setiap pedoman/panduan sebaiknya dilakukan evaluasi minimal setiap 2-3 tahun sekali.

c. Bila Kementerian Kesehatan sudah menerbitkan pedoman/panduan untuk suatu kegiatan/pelayanan tertentu maka puskesmas dalam membuat pedoman/panduan wajib mengacu pada pedoman/panduan yang diterbitkan oleh kementerian kesehatan tersebut.

d. Sistematika Buku Pedoman

Sistematika buku pedoman pengisian formulir rawat jalan sebagai berikut:

A. KATA PENGANTAR

B. DAFTAR ISI:

C. BAB I

1. Pengertian Formulir
2. Tujuan dan Manfaat Formulir
3. Formulir Rekam Medis Dasar

D. BAB II

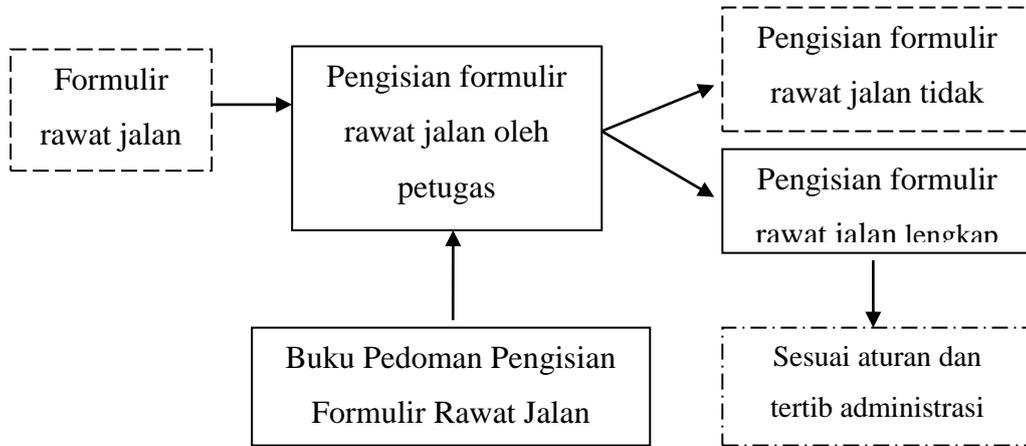
1. Pemberian Identitas Pasien
2. Formulir Catatan Poliklinik
3. Rekam Asuhan Keperawatan
4. Formulir Hasil Penunjang Medik

E. BAB III

Cara Pengisian Formulir Rawat Jalan

F. DAFTAR PUSTAKA

## B. Kerangka Teori



Keterangan :

= Diteliti

= Tidak diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Teori

## C. Hipotesis

H0 = Tidak ada perbedaan kelengkapan pengisian formulir rawat jalan sebelum dan sesudah menggunakan buku pedoman pengisian formulir rawat jalan terkait kelengkapan pengisian formulir.

H1 = Ada perbedaan kelengkapan pengisian formulir rawat jalan sebelum dan sesudah menggunakan buku pedoman pengisian formulir rawat jalan terkait kelengkapan pengisian formulir.