

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Puskesmas

a. Pengertian Puskesmas

Menurut Permenkes No. 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorang tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

b. Tugas dan Fungsi Puskesmas

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; dan
- 2) Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya.

c. Upaya Pelayanan Kesehatan Puskesmas

Berdasarkan Permenkes No. 75 Tahun 2014, upaya pelayanan kesehatan yang diselenggarakan puskesmas meliputi:

1) Upaya Kesehatan Masyarakat Tingkat Pertama

Dalam upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama sebagaimana dimaksud meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan. Upaya kesehatan masyarakat esensial harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas untuk mendukung pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten/kota dalam bidang kesehatan. Upaya kesehatan masyarakat esensial meliputi:

- a) Pelayanan promosi kesehatan
- b) Pelayanan kesehatan lingkungan
- c) Pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana
- d) Pelayanan gizi
- e) Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit

Sedangkan upaya kesehatan masyarakat pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya memerlukan upaya yang sifatnya inovatif dan/atau bersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia dimasing-masing.

2) Upaya Kesehatan Perseorangan Tingkat Pertama

Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dilaksanakan dalam bentuk :

- a) Rawat jalan

- b) Pelayanan gawat darurat
- c) Pelayanan satu hari (*one day care*)
- d) *Home care*; dan/atau
- e) Rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dilaksanakan sesuai dengan standar prosedur operasional dan standar pelayanan. Untuk melaksanakan upaya kesehatan sebagaimana sudah disebutkan diatas, puskesmas harus menyelenggarakan:

- a) Manajemen puskesmas;
- b) Pelayanan kefarmasian;
- c) Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat; dan
- d) Pelayanan laboratorium.

d. Kategori Puskesmas

Berdasarkan Permenkes No. 75 Tahun 2014 dalam pasal 25, puskesmas berdasarkan kemampuan penyelenggaraannya dikategorikan menjadi:

1) Puskesmas Non Rawat Inap; dan

Puskesmas non rawat inap adalah puskesmas yang tidak menyelenggarakan pelayanan rawat inap, kecuali pertolongan persalinan normal.

2) Puskesmas Rawat Inap

Puskesmas rawat inap adalah puskesmas yang diberi tambahan sumber daya untuk menyelenggarakan pelayanan rawat inap, sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Dalam Permenkes No. 75 Tahun 2014 Pasal 7, puskesmas berwenang untuk salah satunya adalah melaksanakan rekam medis di sarana kesehatan strata pertama. Dalam pengelolaan rekam medis di puskesmas terdiri dari cara pemberian nomor rekam kesehatan keluarga, *assembling*, analisa kelengkapan, penyimpanan dan distribusi.

2. Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Rekam Medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesis, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosis serta segala pelayanan dan tindakan medis yang di berikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang di rawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Depkes RI, 2006).

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No.269/Menkes/PER/III/2008, rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Menurut Hanafiah dan Amir (2007), rekam medis adalah kumpulan keterangan tentang identitas, hasil anamnesis, pemeriksaan dan catatan segala kegiatan para pelayan kesehatan atas pasien dari waktu ke waktu. Catatan ini berupa tulisan ataupun gambar, dan belakangan ini dapat pula berupa rekaman elektronik, seperti komputer, mikrofilm, dan rekaman suara.

Dalam artian sederhana rekam medis hanya merupakan catatan dan dokumen yang berisi tentang kondisi keadaan pasien, tetapi jika di kaji lebih mendalam rekam medis mempunyai makna yang lebih kompleks tidak hanya catatan biasa, karena didalam catatan tersebut sudah tercermin segala informasi menyangkut seorang pasien yang akan dijadikan dasar di dalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lainnya yang di berikan kepada seorang pasien yang datang kerumah sakit (Depkes RI, 2006).

b. Manfaat Rekam Medis

Manfaat rekam medis dalam Manual Rekam Medis (2006) yaitu:

1) Pengobatan Pasien

Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.

2) 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.

3) 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.

4) Pembiayaan

Dokumen 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.

5) Statistik Kesehatan

Rekam medis dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit-penyakit tertentu.

6) Pembuktian Masalah Hukum, Disiplin dan Etik

Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik.

c. Mutu Rekam Medis

Menurut Schoeder dalam Sunartini (2003), mutu pelayanan rumah sakit merupakan suatu kesepakatan dan pendekatan untuk meningkatkan mutu setiap proses pelayanan secara berkesinambungan pada setiap dan antar bagian organisasi yang bertujuan untuk memenuhi bahkan melebihi harapan pelanggan. Mutu rekam medis akan menggambarkan mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan. Menurut Hatta (2003), syarat rekam medis yang bermutu adalah:

- 1) Akurat: agar data menggambarkan proses atau hasil pemeriksaan pasien diukur secara benar;
- 2) Lengkap: agar data mencakup seluruh karakteristik pasien dan sistem yang dibutuhkan dalam analisis hasil ukuran;
- 3) Dapat dipercaya: agar dapat digunakan dalam berbagai kepentingan;
- 4) Valid: Agar data dianggap sah dan sesuai dengan gambaran proses atau hasil akhir yang diukur;
- 5) Tepat waktu: agar sedapat mungkin data dikumpulkan dan dilaporkan mendekati waktu episode pelayanan;
- 6) Dapat digunakan: agar data yang bermutu menggambarkan bahasa dan bentuk sehingga diinterpretasi, dianalisis untuk pengambilan keputusan;
- 7) Seragam: agar definisi elemen data dibakukan dalam organisasi dan penggunaannya konsisten dengan definisi diluar organisasi.

d. Isi Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269/Menkes/Per/III/2008 Pasal 3, isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat:

- 1) Identitas pasien;
- 2) Tanggal 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) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
- 9) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; dan
- 10) Persetujuan tindakan bila diperlukan.

Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat:

- 11) Identitas pasien;
- 12) Tanggal waktu;
- 13) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- 14) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis;
- 15) Diagnosis;

- 16) Rencana penatalaksanaan;
- 17) Pengobatan dan/atau tindakan;
- 18) Persetujuan tindakan bila diperlukan;
- 19) Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
- 20) Ringkasan pulang (*discharge summary*);
- 21) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
- 22) Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu;
- 23) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan ontogram klinik.

Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat, sekurang-kurangnya memuat:

- 1) Identitas pasien;
- 2) Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan;
- 3) Identitas pengantar pasien;
- 4) Tanggal dan waktu;
- 5) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- 6) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis;
- 7) Diagnosis;
- 8) Pengobatan dan/atau tindakan;
- 9) Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;

- 10) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
- 11) Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain; dan
- 12) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
- e. Kelengkapan Rekam Medis

Menurut Pemenkes No. 269/Menkes/PER/III/2008 pasal 2 menyebutkan bahwa rekam medis sebagaimana pada ayat (1) harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menyebutkan kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan.

Tabel 2.1 SPM Kelengkapan Pengisian Rekam Medis

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 jam setelah selesai pelayanan |
| Dimensi Mutu | Kesinambungan pelayanan dan keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis |
| Definisi Operasional | Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap |
| Denominator | Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 bulan |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab | Kepala Bidang Rekam Medis |

Kelengkapan rekam medis adalah mengecek keterisian pada bagian-bagian isi rekam medis dengan maksud menemukan kesalahan dan kekurangan yang berkaitan dengan pendokumentasian rekam medis dan yang dilakukan petugas rekam medis saat menganalisa kuantitatif adalah jenis formulir yang digunakan, siapa yang berhak dan harus mengisi rekam medis, siapa yang harus menandatangani rekam medis dan formulir apa saja yang harus disertakan. Rekam medis yang berisi data dengan lengkap dapat diolah menjadi informasi sehingga mungkin dilakukannya evaluasi objektif terhadap mutu pelayanan kesehatan dan dapat menjadi basis pendidikan dan penelitian.

f. Kegunaan Rekam Medis

Menurut Depkes RI (2006) kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain:

1) Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggungjawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2) Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada pasien.

3) Aspek Hukum

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

4) Aspek Keuangan

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

5) Aspek Penelitian

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

6) Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi sesuai profesi.

7) Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus

didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

3. *Manual Book* atau Buku Pedoman

a. Pengertian *Manual Book* atau Buku Pedoman

Manual artinya pedoman/panduan. *Manual book* artinya buku pedoman (Oxford Dictionaries, 2017). Pedoman artinya kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan (Kemdikbud, 2016). Buku artinya lembar kertas yang berjilid, berisi tulisan atau kosong. Buku pedoman artinya buku yang berisikan informasi (keterangan) yang digunakan sebagai acuan dalam melakukan sesuatu (Kemdikbud, 2016). Buku pedoman memiliki beberapa kesamaan arti diantaranya:

- 1) Buku petunjuk artinya buku yang berisikan keterangan dan petunjuk praktis untuk melakukan (melaksanakan, menjalankan) sesuatu.
- 2) Buku acuan artinya buku yang berisikan informasi (keterangan) yang dipakai sebagai panduan dalam melaksanakan sesuatu (penelitian dan sebagainya).

b. Aspek Pembuatan Buku

Aspek dalam pembuatan buku (Taranokanai, 2012):

1) Layout (Tata Letak)

Suatu usaha/perbuatan dalam menata dan memadukan unsur-unsur komunikasi grafis seperti gambar/ilustrasi, teks, grafik, tabel,

caption, angka halaman, dan elemen lainnya menjadi suatu media komunikasi visual yang komunikatif dan estetik. Dihasilkan melalui:

- a) Gagasan-gagasan, yang kemudian dinyatakan dengan kata-kata.
- b) Unsur-unsur yang akan dipakai.
- c) Pentingnya hubungan antara gagasan dan unsur secara relatif.
- d) Urutan penyajian.
- e) Dipengaruhi oleh jenis produk yang dipromosikan, jenis konsumen serta tingkatan perhatian konsumen terhadap produk. Hal ini akan mempengaruhi komposisi/susunan layout.

2) Proporsi/Perbandingan

Menunjukkan hubungan antara suatu unsur dengan lainnya atau dengan layout keseluruhannya dalam hal ukuran atau bidang. Serta, antara dimensi layout dengan dimensi bagian-bagiannya.

3) Keseimbangan

Keseimbangan terjadi bila unsur-unsur ditempatkan/disusun dengan serasi sehingga bobot unsur tersebut memberi kesan mantap dan tepat. Bobot dipengaruhi oleh ukuran, bentuk, warna serta kecerahan atau kegelapan. Di dalam tampilan layout ada istilah pusat optik, tempat dalam suatu ruang yang merupakan pusatnya.

Letak pusat optik berada sedikit di atas pusat matematika (kira-kira $1/20$ x tinggi).

4) Kontras

Kontras digunakan untuk menyatakan sesuatu yang ingin ditonjolkan. Kontras dapat dicapai dengan mengganti ukuran, bentuk nada, dan arah.

5) Irama

Irama dicapai dengan cara pengulangan secara teratur beberapa pola dalam rancangan seperti bentuk, nada atau warna. Variasi bentuk yang tidak terlalu besar sehingga pembaca dapat mengenali kesamaanya. Agar layout dapat berhasil baik, irama harus mengarah dari suatu unsur ke unsur lain sesuai kepentingannya.

6) Kesatuan

Unsur-unsur yang membentuk suatu tampilan, harus ada hubungan satu sama lain dalam ruang, sehingga memberi kesan menjadi satu. Kesatuan merupakan pengelompokan bentuk atau warna.

7) Harmoni/keselarasan

Ketika menyusun perlu memperhatikan persyaratan penting yaitu layout harus menggambarkan sesuatu yang kuat, dipandang dari segi visual dan komposisi keseluruhannya harus menghasilkan efek kesatuan.

c. Cara membuat buku menurut Hodgson (2015):

Petunjuk penggunaan harus memiliki kesan yang kuat dan positif.

Pedoman-pedoman di bawah ini dapat membantu:

- 1) Hindari tampilan dalam bentuk buku teks.
 - 2) Gunakanlah kertas yang sepadan dengan kualitas produk.
 - 3) Manfaatkanlah warna yang bermakna dan efektif.
 - 4) Petunjuk penggunaan tidak boleh berukuran terlalu besar, berat, kecil, atau tipis.
 - 5) Efektifkan penggunaan gambar-gambar dan diagram-diagram.
 - 6) Jangan berisi tulisan yang terlalu padat.
 - 7) Gunakanlah jenis huruf "sanserif" yang bersih dan mudah dibaca.
 - 8) Sertakan sejumlah angka bantuan.
 - 9) Gunakanlah satu bahasa.
- d. Cara merancang halaman menurut Philip Hugson (2015)
- 1) Ukuran jenis huruf memadai (setidaknya ukuran 12).
 - 2) Teks dengan latar belakang sangat kontras (hitam putih adalah yang terbaik).
 - 3) Jenis huruf "sanserif"
 - 4) Hindari penggunaan beberapa jenis huruf.
 - 5) Berat jenis huruf dapat digunakan secara hemat untuk menunjukkan fungsinya yang penting.
 - 6) Penggunaan kode warna secara konsisten
 - 7) Banyak ruang putih di antara tiap bagian dan di sekitar gambar dan paragraf.

- 8) Tersedia satu bagian (atau atas) bagi pengguna untuk membuat catatan mereka sendiri.
 - 9) Tata letak yang konsisten dalam tiap halaman.
 - 10) Uji penggunaan warna sekedar untuk memastikan dapat dibaca oleh pengguna buta warna atau tidak.
 - 11) Hindari penggunaan warna biru muda untuk teks dan detail kecil, dan jangan menggunakan warna biru pada latar belakang merah.
- e. Ukuran buku
- Menurut Ahmad Faizin Karimi (2012), dalam menentukan ukuran halaman, yang penting adalah prinsip proporsionalitas. Artinya perbandingan panjang dan lebar seimbang (kecuali untuk tujuan tertentu kita bisa menggunakan ukuran yang tidak umum). Prinsip kedua adalah kemudahan, bagaimana agar buku itu mudah dibawa. Ketiga, hubungannya dengan tebal buku/panjang naskah. Jika naskah tebal, mungkin ukuran halaman bisa menggunakan format standar. Tapi jika naskah terlalu tipis, bisa pilih ukuran buku yang lebih kecil agar tebal buku masih memadai untuk kebutuhan penjilidan (*binding*).
- Berikut adalah beberapa ukuran standar buku:
- 1) Ukuran besar : 20 cm x 28 cm, 21,5 cm x 15,5 cm
 - 2) Ukuran standar : 16 cm x 23 cm, 11,5 cm x 17,5 cm
 - 3) Ukuran kecil : 14 cm x 21 cm, 10 cm x 16 cm
 - 4) Buku saku : 10 cm x 18 cm, 13,5 cm x 7,5 cm
- f. Ketentuan penyusunan buku pedoman

Menurut Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tahun 2017 dikarenakan sangat bervariasi bentuk dan isi pedoman maka Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dapat menyusun atau membuat sistematika buku pedoman sesuai dengan kebutuhan.

Ada beberapa hal yang harus diperhatikan untuk buku pedoman yaitu:

- 1) Setiap buku pedoman harus dilengkapi dengan peraturan/kebijakan/keputusan Kepala Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) untuk pemberlakuan buku pedoman tersebut.
- 2) Peraturan Kepala Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) tetap berlaku meskipun telah terjadi pergantian Kepala Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).
- 3) Setiap buku pedoman sebaiknya dilakukan evaluasi minimal 2–3 tahun sekali.
- 4) Jika Kementerian Kesehatan telah menerbitkan buku pedoman untuk kegiatan atau pelayanan tertentu, maka Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dalam pembuatan buku pedoman harus mengacu pada buku pedoman yang telah diterbitkan Kementerian Kesehatan.
- 5) Format baku penyusunan pedoman yang biasa digunakan sebagai berikut:

COVER

LEMBAR PENGESAHAN

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

B. Tujuan Buku Pedoman

C. Ruang Lingkup Buku Pedoman

ISI

PENUTUP

4. Unit Gawat Darurat

a. Pengertian UGD

Unit Gawat Darurat (UGD) merupakan salah satu unit pelayanan di sarana pelayanan kesehatan yang memberikan pertolongan pertama dan sebagai jalan pertama masuknya pasien dengan kondisi gawat darurat. Keadaan gawat darurat adalah suatu keadaan klinis dimana pasien membutuhkan pertolongan medis yang cepat untuk menyelamatkan nyawa dan kecacatan lebih lanjut (Depkes RI, 2009).

Pelayanan pasien gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan pelayanan segera, yaitu cepat, tepat, dan cermat untuk mencegah kematian dan kecacatan. Pelayanan ini bersifat penting (*emergency*) sehingga diwajibkan untuk melayani pasien 24 jam sehari secara terus menerus. Unit gawat darurat menyediakan penanganan

awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera yang dapat mengancam jiwa dan kelangsungan hidupnya.

b. Kriteria UGD

Kriteria unit gawat darurat adalah sebagai berikut:

- 1) Unit gawat darurat harus buka 24 jam,
- 2) Unit gawat darurat juga harus melayani penderita-penderita “*false emergency*” tetapi tidak boleh mengganggu/mengurangi mutu pelayanan penderita gawat darurat,
- 3) Unit gawat darurat sebaiknya hanya melakukan “*primary care*”. Sedangkan “*definitive care*” dilakukan ditempat lain dengan cara kerja sama yang baik,
- 4) Unit gawat darurat harus meningkatkan mutu personalia maupun masyarakat sekitarnya dalam penanggulangan penderita gawat darurat,
- 5) Unit gawat darurat harus melakukan riset guna meningkatkan mutu/kualitas pelayanan kesehatan masyarakat sekitarnya (Depkes RI, 1992).

c. Pengertian Triage

Triage merupakan tahapan awal unit gawat darurat, proses ini bertujuan untuk memilih dan memilah pasien gawat darurat berdasarkan tingkat kegawatannya sehingga pasien mendapatkan penanganan yang tepat. Triage terdiri dari upaya-upaya klasifikasi kasus cedera secara cepat berdasarkan keparahan cedera pasien dan

peluang kelangsungan hidup pasien melalui intervensi medis yang segera.

Triase berasal dari Bahasa Prancis "*trie*" dan Bahasa Inggris "*triage*" dan diturunkan dalam bahasan Indonesia triase yang berarti sortir. Yaitu proses khusus memilah pasien berdasarkan beratnya cedera/penyakit untuk menentukan jenis perawatan gawat darurat. Saat ini istilah tersebut sering digunakan untuk menggambarkan suatu konsep pengkajian yang cepat dan terfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang paling efisien terhadap 100 juta orang yang memerlukan perawatan di UGD setiap tahunnya (Pusponegoro, 2010).

d. Prinsip - Prinsip Triage

Prinsip-prinsip triage yaitu *respon time* diusahakan sependek mungkin (*Time Saving is Life Saving*), serta melakukan yang terbaik untuk jumlah terbanyak (*The Right Patient, to The Right Place at The Right Time*) dengan seleksi korban berdasarkan:

- 1) Ancaman jiwa mematikan dalam hitungan menit
- 2) Dapat mati dalam hitungan jam
- 3) Trauma ringan
- 4) Sudah meninggal

Terdapat beberapa cara penilaian korban dalam triase yaitu dengan melakukan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Menilai tanda vital dan kondisi umum korban;

- 2) Menilai kebutuhan medis;
- 3) Menilai kemungkinan bertahan hidup;
- 4) Menilai bantuan yang memungkinkan;
- 5) Memprioritaskan penanganan definitive; dan
- 6) Tag warna

e. Penentuan Prioritas Pasien

Menurut *Comprehensive Speciality Sandart* (Ena, 1999), penentuan triase didasarkan pada kebutuhan fisik, tumbuh kembang dan psikososial selain pada faktor-faktor yang mempengaruhi akses pelayanan kesehatan serta alur pasien lewat sistem pelayanan kedaruratan. Hal-hal yang harus dipertimbangkan mencakup setiap gejala ringan yang cenderung berulang atau meningkat keparahannya. Pengambilan keputusan triage didasarkan pada keluhan utama, riwayat medis, dan data objektif yang mencakup keadaan umum pasien serta hasil pengkajian fisik yang terfokus (Oman, 2008).

Menurut Wijaya (2010) terdapat beberapa hal yang mendasari klasifikasi pasien dalam sistem triage adalah kondisi pasien yang meliputi:

- 1) Gawat, adalah suatu keadaan yang mengancam nyawa dan kecacatan yang memerlukan penanganan dengan cepa dan tepat.

- 2) Darurat, adalah suatu keadaan yang tidak mengancam nyawa tapi memerlukan penanganan cepat dan tepat seperti kegawatan.
- 3) Gawat darurat, adalah suatu keadaan yang mengancam jiwa disebabkan oleh gangguan ABC (*Airway* / jalan napas, *breathing* / pernapasan, *circulation* / sirkulasi), jika tidak ditolong segera maka dapat meninggal atau cacat.

Tabel 2.2 Klasifikasi Triage Konsep Dasar Keperawatan Gawat Darurat

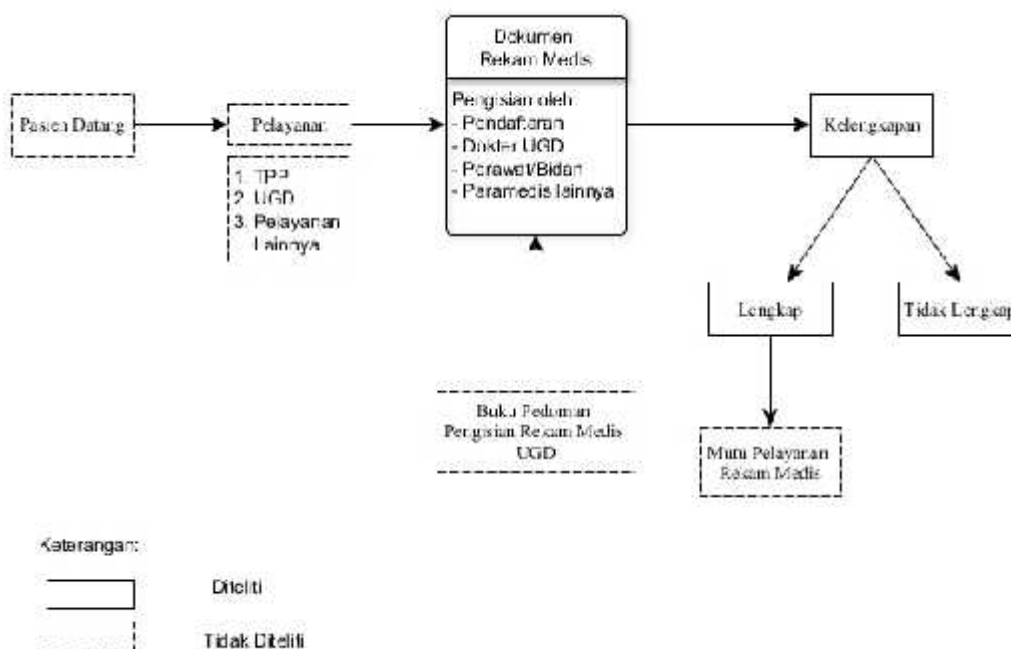
| Klasifikasi | Keterangan |
|--------------------------------|---|
| P1 (Gawat Darurat) | Pasien yang tiba-tiba dalam keadaan gawat dan/atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya dan/atau anggota badannya (akan menjadi cacat) jika tidak mendapatkan pertolongan dengan segera. |
| P2 (Gawat Tidak Darurat) | Pasien dengan kondisi gawat tetapi tidak memerlukan tindakan yang darurat. Tindakan akan dilanjutkan oleh dokter spesialis setelah pasien mendapatkn penanganan resuitasi. |
| P3 (Darurat Tidak Gawat) | Pasien akibat musibah yang datang tiba-tiba, tidak mengancam jiwanya tetapi memerlukan tindakan darurat. Pasien sadar, tidak gangguan dan dapat langsung diberikan tindakan definitif. Untuk tindak lanjut dapat ke poliklinik. |
| P4 (Tidak Gawat Tidak Darurat) | Pasien yang tidak mengancam nyawa dan tidak memerlukan tindakan darurat. |

Tabel 2.3 Pengelompokan Berdasarkan Tag Label

| Klasifikasi | Keterangan |
|---------------------------|---|
| Prioritas Nol (Hitam) | Pasien meninggal atau cedera sangat parah yang kemungkinan hidupnya kecil dan tidak mungkin untuk diselamatkan. |
| Prioritas Pertama (Merah) | Pasien dengan kondisi mengancam nyawa, memerlukan intervensi dan |

| | |
|--------------------------|--|
| | evaluasi segera, pendarahan berat. Perlu resusitasi dan tindakan bedah segera. |
| Prioritas Kedua (Kuning) | Pasien dengan penyakit yang akut, mengancam nyawa bila tidak segera dilakukan penanganan. Penanganan dan pemindahan bersifat jangan terlambat. |
| Prioritas Ketiga (Hijau) | Pasien dengan masalah medis yang minimal dan biasanya pasien masih bisa berjalan, penanganan tidak perlu segera. |

B. Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Pada gambar 2.1 dijelaskan bahwa pasien datang ke Puskesmas untuk mendapatkan pelayanan gawat darurat. Puskesmas sebagai pelaksana pelayanan kesehatan gawat darurat menggunakan rekam medis dalam pencatatan pemeriksaan dan tindakan pasien yang diisi oleh pemberi pelayanan sesuai dengan buku pedoman pengisian dokumen rekam medis UGD seperti petugas pendaftaran yang akan mengisi data identitas pasien, dokter UGD, Perawat

dan/atau bidan serta paramedis lainnya. Dokumen rekam medis dianalisis kelengkapannya yang dapat dikategorikan menjadi 2 yaitu lengkap dan tidak lengkap. Dokumen rekam medis yang lengkap akan meningkatkan mutu pelayanan rekam medis.

C. Hipotesis

H_0 : Tidak ada perbedaan kelengkapan pengisian rekam medis UGD antara sebelum dan sesudah adanya pembuatan buku pedoman pengisian dokumen rekam medis UGD.

H_1 : Ada perbedaan kelengkapan pengisian rekam medis UGD antara sebelum dan sesudah adanya pembuatan buku pedoman pengisian dokumen rekam medis UGD.