

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Telaah Pustaka

2.1.1 Rumah Sakit

Dalam Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang dimaksud dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan layanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat.

Pelayanan paripurna adalah pelayanan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan juga rehabilitatif. Dan pelayanan perorangan yang dilakukan di rumah sakit merupakan pelayanan atau kegiatan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dengan tujuan untuk meningkatkan kesehatan, menyembuhkan penyakit, dan pemulihan kesehatan. (Republik Indonesia, 2019)

Adapun fungsi rumah sakit menurut UU No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, sebagai berikut:

- Menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan juga pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai dengan kebutuhan medis.
- Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka upaya peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.2 Pelayanan Rawat Inap

Rawat inap adalah istilah yang berarti proses perawatan pasien oleh tenaga kesehatan profesional akibat penyakit tertentu, dimana pasien diinapkan disuatu ruangan di rumah sakit berdasarkan rujukan dari suatu pelaksanaan pelayanan kesehatan atau rumah sakit pelaksana pelayanan kesehatan lain. Rawat inap adalah ruang tempat pasien dirawat, pelayanan kesehatan perorangannya yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rahabilitasi medis dengan menginap diruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah dan swasta, serta puskesmas perawatan dan rumah sakit bersalin, yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap. (Ninla Elmawati Falabiba, 2019)

2.1.3 Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Dalam UU RI No. 29 Tahun 2009 tentang Praktik Kedokteran pada bagian penjelasan pasal 46 ayat 1 dinyatakan bahwa yang dimaksud rekam medis adalah berkas berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. (UU RI Nomor, 2004)

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269/MenKes/Per/III/2008 menyatakan bahwa yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien. (PERMENKES RI No 269/MENKES/PER/III/2008, 2008)

Pengertian layanan rekam medis dalam Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit (2006) 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 pelayanan gawat darurat. Rekam medis jika dikaji lebih dalam maka akan mempunyai makna yang lebih kompleks yang bukan hanya berisi catatan kondisi dan keadaan pasien, tetapi di dalam rekam medis akan tercermin dan terekam segala informasi menyangkut pasien yang menjadi dasar dalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lain yang diberikan kepada seorang pasien yang datang ke rumah sakit. (Kedokteran, 2006)

2. Tujuan dan Manfaat Rekam Medis

Untuk menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Manfaat rekam medis antara lain: (Konsil Kedokteran Indonesia, 2011)

- Pengobatan Pasien, rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan juga petunjuk untuk membuat rencana, menganalisa penyakit dan juga merancang pengobatan, perawatan dan juga tindakan tindakan medis apa yang harus diberikan kepada pasien.
- Peningkatan Kualitas Pelayanan, membuat rekam medis bagi setiap penyelenggaraan praktik ilmu kedokteran dengan jelas dan juga lengkap akan berpengaruh pada peningkatan kualitas pelayanan serta melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.
- Pendidikan dan Penelitian, rekam medis yang merupakan data dan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat menjadi bahan informasi untuk perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.
- Pembiayaan, berkas 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.

- Statistik Kesehatan, rekam medis dapat berguna sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk dapat mempelajari bagaimana pola perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit-penyakit tertentu.
- Pembuktian masalah hukum, disiplin dan etik, rekam medis merupakan alat bukti tertulis yang paling utama, sehingga bermanfaat dalam upaya penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik.

3. Kegunaan Rekam Medis (Zaenal, 2006)

- Administrasi data dan informasi yang dihasilkan rekam medis dapat digunakan manajemen untuk melaksanakan fungsinya guna pengelolaan berbagai sumber daya.
- Hukum / Legal, sebagai bukti hukum yang dapat memberikan perlindungan hukum terhadap pasien, provider kesehatan (dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya) serta pengelola dan pemilik sarana pelayanan kesehatan.
- Keuangan / Financial, setiap jasa yang diterima pasien bila dicatat dengan lengkap dan benar maka dapat digunakan untuk menghitung biaya yang harus dibayar pasien, selain itu jenis dan jumlah kegiatan pelayanan yang tercatat dalam formulir dapat digunakan untuk memprediksi pendapatan dan biaya sarana pelayanan kesehatan.
- Research, berbagai macam penyakit yang telah dicatat ke dalam dokumen rekam medis dapat digunakan untuk melakukan penelusuran guna kepentingan penelitian.
- Education, para mahasiswa atau pendidik atau peneliti dapat belajar dan mengembangkan ilmunya dengan menggunakan dokumen rekam medis.
- Sejarah / dokumentasi, Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi karena isinya menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

4. Macam-macam Berkas Rekam Medis (Zaenal, 2006)

- Berkas Rekam Medis aktif

Berkas rekam medis yang masih aktif digunakan di sarana pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan masih tersimpan di tempat penyimpanan berkas rekam medis.

- Berkas rekam medis in-aktif

Berkas rekam medis yang apabila telah disimpan minimal selama lima tahun di unit kerja rekam medis dihitung sejak tanggal terakhir pasien tersebut dilayani pada sarana pelayanan kesehatan atau lima tahun setelah meninggal dunia.

5. Isi Rekam Medis

Secara umum isi rekam medis dibagi menjadi 2, yaitu data administratif dan data klinis. Keseluruhan isi ini masih dipengaruhi oleh bentuk pelayanan kesehatan yang terdiri dari Ambulatory Care, Hospital Acute Care, Long Term Care. (Indradi, 2014)

- Data Administratif

Data administratif meliputi data demografi, keuangan (financial) dan data/informasi lain yang berhubungan dengan pasien, misalnya tentang pernyataan pasien untuk menerima atau menolak suatu rencana medis, pernyataan pasien tentang pemberian hak kuasa (otorisasi), dan juga pernyataan tentang kerahasiaan (konfidensialitas) informasi medis pasien. Lembar data administratif ini biasanya ditempatkan sebagai lembar awal dalam berkas rekam medis pasien.

Data administratif setidaknya mencakup beberapa hal, diantaranya :

- Nama lengkap (nama sendiri dan nama keluarga yaitu nama ayah/suami/ marga/she). Aturan penulisan nama lengkap ini disusun tersendiri dan menjadi acuan dalam penulisan nama lengkap pasien dalam lembar-lembar rekam medis;
- Nomor rekam medis dan nomor identitas lainnya (misalnya nomor asuransi);

- Alamat lengkap (nama jalan/gang/blok, nomor rumah, wilayah, kota, dan kode pos);
- Tanggal lahir (tanggal, bulan, tahun) dan kota tempat kelahiran;
- Jenis kelamin (perempuan atau laki-laki);
- Status pernikahan (belum menikah, menikah, janda, duda);
- Nama dan alamat keluarga terdekat yang sewaktu-waktu dapat dihubungi
- Tanggal dan waktu saat terdaftar di tempat penerimaan pasien rawat inap/ rawat jalan/gawat darurat;
- Nama dan identitas lain dari sarana pelayanan kesehatan, misalnya rumah sakit (umumnya tercantum pada bagian atas formulir).

Data demografi ini selain sebagai sumber informasi untuk menghubungi dan mengenali pasien, dapat juga digunakan sebagai basis data untuk kebutuhan statistik, riset dan perencanaan manajemen. Selain data demografi, data administratif lainnya adalah data keuangan (financial). Data finansial umumnya berisi data nomor asuransi yang digunakan untuk pertanggung jawaban pembiayaan pasien. Mengenai lembar-lembar formulir yang berisi pernyataan pasien tentang pemberian izin terhadap rencana tindakan medis, rencana penempatan dalam suatu kelas ruang perawatan dan izin penggunaan informasi dalam rekam medisnya untuk berbagai keperluan, biasanya formulir ini sudah disediakan oleh sarana pelayanan kesehatan dan tinggal diisi dan ditandatangani oleh pasien atau walinya. Aturan mengenai pengisian dan penandatanganan formulir-formulir pernyataan ini mengikuti peraturan perundang-undangan yang telah ditetapkan oleh pemerintah. Umumnya data administratif adalah data yang dapat dihubungkan dengan pasien dan digunakan bagi kepentingan administratif, regulasi, pelaksanaan pelayanan kesehatan dan pembayaran.

- Data Klinis

Data klinis dapat diartikan sebagai data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan penunjang medis terhadap pasien. Dari runtutan "cerita" dalam lembar-lembar yang berisi data klinis inilah dapat diambil informasi untuk berbagai kebutuhan, terutama yang berkaitan langsung dengan pelayanan terhadap pasien. Data klinis didapatkan dan segera dicatat sejak dari melihat pasien (inspeksi), mewawancarai pasien (auto anamnesa) atau wakil atau pendampingnya (alloanamnesa), pemeriksaan fisik (secara meraba/palpasi, mengetuk/perkusi, mendengarkan/auskultasi), dan berbagai pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, gizi, konsultasi spesialis bagian lain, dan sebagainya). Masing-masing data tersebut di atas dicatat dalam lembar-lembar formulir yang telah tersedia. Jadi data klinis umumnya terdapat dalam lembar formulir berikut ini:

a. Formulir anamnesis, berisi:

- Riwayat penyakit/operasi/trauma yang pernah diderita;
- Riwayat dan kondisi penyakit yang sedang dikeluhkan saat ini;
- Riwayat penyakit serupa atau yang terkait dalam keluarga.

b. Formulir pemeriksaan, berisi

- Keadaan umum;
- Tanda vital: tekanan darah, suhu, pernafasan;
- Pemeriksaan terhadap organ/sistem yang terkait langsung atau secara tidak langsung dengan kondisi saat ini. Pemeriksaan ini bisa meliputi dari kepala, leher, dada, perut, anggota gerak atas/bawah, sistem rangka dan otot (musculoskeletal), sistem jantung & aliran darah (cardiovaskular), sistem pernafasan (respirasi), sistem pencernaan (digestif), sistem perkemihan (urinaria),

sistem kelamin (reproduksi), sistem saraf (nervous), sistem kelenjar (endokrin);

- Formulir konsultasi (terhadap tenaga kesehatan sebidang yang dianggap lebih mampu atau terhadap spesialis bidang lain yang dianggap terkait);
- Formulir pemeriksaan laboratorium;
- Formulir pemeriksaan radiologi;
- Formulir pemeriksaan/tindakan penunjang lainnya (misalnya fisioterapi, terapi wicara, terapi okupasi, kejiwaan/ psikiatri, dan sebagainya);
- Formulir laporan hasil suatu tindakan (misalnya laporan operasi, laporan persalinan, laporan kematian, laporan pemasangan/pelepasan alat bantu, dan sebagainya);
- Formulir perintah atau rencana tindakan dokter;
- Formulir catatan perkembangan kondisi pasien (progress notes);
- Formulir ringkasan masuk dan keluar;
- Formulir resume medis; dan sebagainya.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis Pasal 1 Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan kepada pasien. Menurut UU No. 29 Tahun 2004 pasal 46 ayat (1) tentang praktik kedokteran, rekam medis adalah dokumen yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Menurut Huffman E.K, rekam medis yang dimaksud rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana dan bagaimana yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai dan pelayanan yang diperolehnya serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien membenarkan diagnosa dan

pengobatan serta merekam hasilnya. (PERMENKES RI No 269/MENKES/PER/III/2008, 2008)

Data-data yang harus dimasukkan dalam Medical Record dibedakan untuk pasien yang diperiksa di unit rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Setiap pelayanan apakah itu di rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat dapat membuat rekam medis dengan data-data sebagai berikut (Permenkes 269/PER/MENKES/PER/III/2008 Bab II Pasal 2) :

- Rekam Medis Pasien Rawat Jalan

Data pasien rawat jalan yang dimasukkan dalam rekam medis sekurang-kurangnya antara lain : identitas Pasien, tanggal dan waktu, anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit), hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan dan atau tindakan, pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien, untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik dan, persetujuan tindakan bila perlu.

- Rekam Medis Pasien Rawat Inap

Data pasien rawat inap yang dimasukkan dalam rekam medis sekurang-kurangnya antara lain : identitas pasien, tanggal dan waktu, anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit), hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis, diagnosis, rencana penatalaksanaan / TP (treatment planning), pengobatan dan atau tindakan, persetujuan tindakan bila perlu, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, ringkasan pulang (discharge summary atau resume medis), nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan, pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu dan, untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

- Rekam Medis Pasien Gawat Darurat

Data untuk pasien gawat darurat yang harus dimasukkan dalam rekam medis sekurang-kurangnya antara lain : identitas pasien, kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan, identitas pengantar pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit), hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis, diagnosis, pengobatan dan/atau tindakan, ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut, nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan, sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain dan, pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

2.1.4 Mutu Rekam Medis

1. Pengertian Mutu Pelayanan Rekam Medis

Mutu pelayanan rekam medis adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seorang pasien sebaik-baiknya melalui pengetahuan terkini, sehingga probabilitas outcome yang diharapkan meningkat. Untuk itu pelayanan rekam medis yang baik adalah pelayanan yang bermutu, yakni pelayanan yang diberikan harus sesuai dengan tata cara penyelenggaraannya dan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, serta memberi rasa puas kepada pasien atas pelayanan yang telah diberikan. (Astuti, 2018)

2. Indikator Mutu Rekam Medis (Wirajaya & Nuraini, 2019)

- Kelengkapan isi Rekam Medis;
- Akurat;
- Tepat waktu;
- Pemenuhan aspek persyaratan hukum.

2.1.5 Resume Medis

1. Pengertian Resume Medis

Permenkes 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, istilah resume medis disebut informasi yang ada dalam ringkasan riwayat pulang (resume medis) menurut adalah ringkasan seluruh perawatan dan pengobatan pasien yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan, dan harus ditanda tangani oleh dokter yang merawat pasien. Informasi yang terdapat dalam lembaran resume terdiri dari jenis perawatan, reaksi tubuh pada pengobatan, kondisi saat pulang dan tindak lanjut setelah pasien pulang. (PERMENKES RI No 269/MENKES/PER/III/2008, 2008)

2. Tujuan Resume Medis

Tujuan dibuatnya resume medis menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2006, yaitu (Depkes, 2006) :

- Menjamin kontinuitas pelayanan medik dengan kualitas yang tinggi dan sebagai bahan referensi yang sangat berguna bagi dokter yang menerima pasien apabila di rawat kembali di rumah sakit.
- Menjadi bahan penilaian staf medis rumah sakit.
- Memenuhi permintaan badan-badan resmi atau perorangan tentang perawatan seseorang pasien, misalnya dari Perusahaan Asuransi (persetujuan Pimpinan).
- Memberikan tembusan kepada sistem ahli yang memerlukan catatan tentang pasien yang pernah dirawat.

Untuk kelengkapan resume medis ini diperkuat lagi di dalam Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 Bab II pasal 4 menyebutkan bahwa (PERMENKES RI No 269/MENKES/PER/III/2008, 2008) :

1. Ringkasan pulang sebagaimana diatur dalam pasal 3 ayat (2) harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pasien.
2. Isi ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sekurang-kurangnya memuat:
 - Identitas pasien;

- Diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat;
- Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan tindak lanjut;
- Nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan.

2.1.6 Kelengkapan

1. Pengertian Kelengkapan

Kelengkapan adalah Menurut kamus besar bahasa Indonesia lengkap adalah tidak ada kurangnya, segalanya yang sudah dilengkapkan atau disediakan. (Esa, 2008)

2. Angka Ketidaklengkapan Pengisian Catatan Medis (AKLPCM)

Angka Ketidaklengkapan Pengisian Catatan Medis (AKLPCM) yaitu indikator mutu kualitas pelayanan Rumah Sakit dapat dicari dengan rumus (Depkes –WHO) :

KLPCM :

$$\frac{\text{Total RM belum lengkap dan benar dalam 14 hari/bulan} \times 100}{\text{Total pasien yang termasuk pada bulan tersebut}}$$

- Pencatatan kekurangan dari rekam medis (Huffman 1994:239)

Mencatat semua item pertanyaan yang tidak lengkap, kemudian merekap mana yang paling banyak yang tidak lengkap, dan dilaporkan ke Direktur Rumah Sakit.

- Final Chat Check (Huffman 1994:424)

Sebagai laporan akhir dari ketidaklengkapan atau hasil dari analisis kuantitatif dan kualitatif, berguna untuk mengecek berkas rekam medis yang telah dilengkapi.

2.1.7 Analisa Kuantitatif

1. Pengertian Analisa Kuantitatif

Telaah atau review bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan

pencatatan rekam medis. Suatu review dari area tertentu catatan medis untuk mengidentifikasi defisiensi spesifik. (Rizkika, 2020)

2. Tujuan Analisa Kuantitatif

- Mengidentifikasi omisi (kelupaan) yang jelas dan selalu terjadi.
- Untuk melindungi kepentingan hukum pasien, dokter dan rumah sakit.
- Untuk memenuhi persyaratan lisensi, akreditasi dan sertifikasi

3. Komponen Analisa Kuantitatif

Komponen dasar meliputi suatu review medis :

- Komponen identifikasi

Minimal setiap lembar berkas mempunyai nama dan no. rekam medis pasien. Bila ada lembaran tanpa identitas maka harus direview untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut.

- Komponen catatan penting

Adanya lembaran laporan yang umum terdapat rekam medis. Prosedur analisis kuantitatif harus menegaskan laporan mana yang akan diperiksa, kapan saja dan pada keadaan yang bagaimana sehingga tidak ada laporan yang difisiensi.

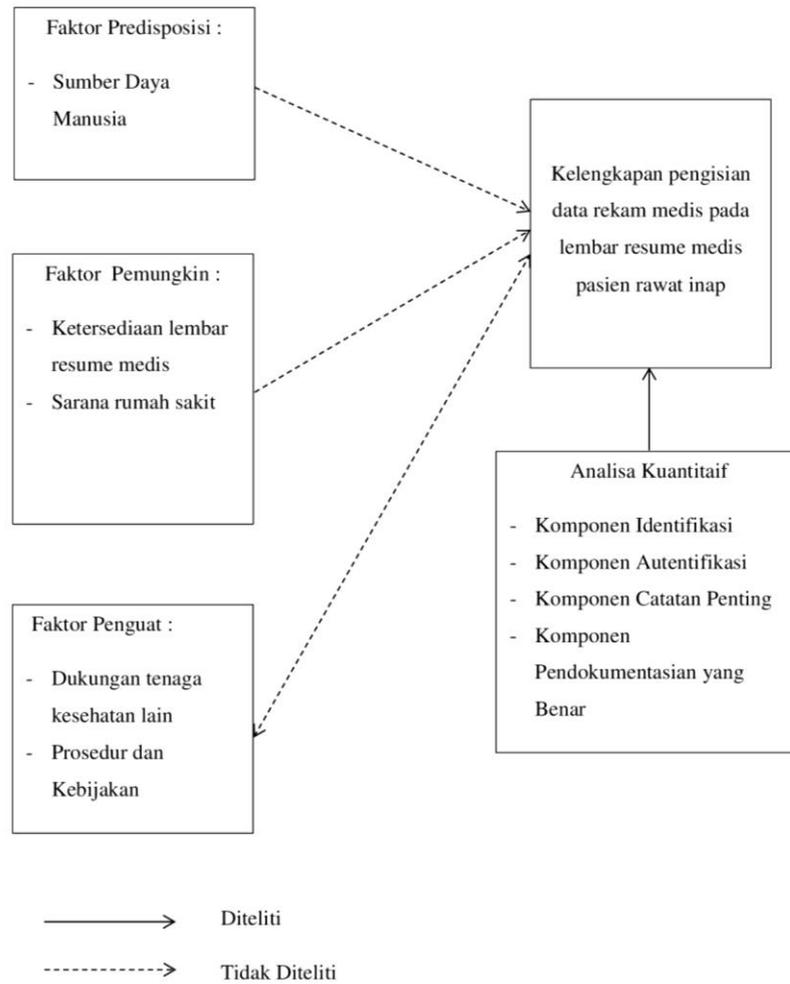
- Komponen autentifikasi

Autentifikasi dapat berupa tanda, cap atau stempel, inisial yang dapat diidentifikasi dalam rekam medis atau kode seseorang untuk komputerisasi dan harus ada title atau gelar profesional (Dokter, perawat).

- Komponen pendokumentasian yang benar

Analisa kuantitatif memeriksa pencatatan yang tidak lengkap dan yang tidak dapat dibaca. Hal ini dapat dilengkapi dan diperjelas.

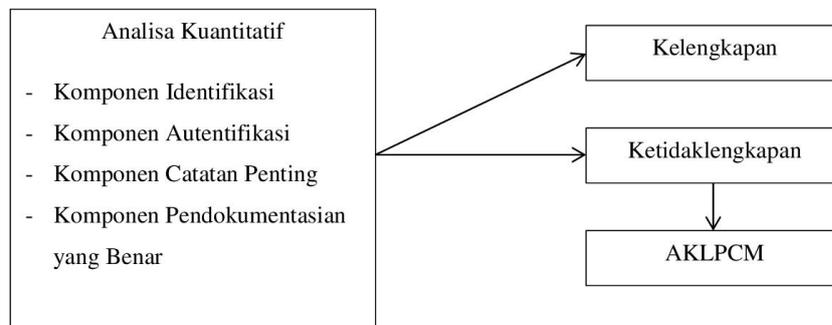
2.2 Kerangka Teori



Sumber : Modifikasi Lawrence Green, 2000

Gambar 2.1 Kerangka Teori

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep