

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Kajian Rekam Medis

2.1.1 Pengertian Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 menyatakan bahwa:

“Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.”

2.1.2 Tujuan Rekam Medis

Menurut Rustiyanto, (2009:6) mengemukakan bahwa tujuan dibuatnya rekam medis adalah

“Untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Tanpa dukungan suatu sistem pengelolaan rekam medis baik dan benar tertib administrasi di Rumah Sakit tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan upaya pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.”

2.1.3 Kegunaan Rekam Medis

Menurut Departemen Kesehatan (DepKes) RI, (2006:13-15) dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain :

a. *Administrasi (Administration)*

Didalam BRM mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan Menurut wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya dalam bidang teknologi informasi yang sudah memasuki bidang kesehatan, maka penggunaannya di dalam Rekam Medis saat ini sangat diperlukan karena kita melihat proses pengobatan dan tindakan yang diberikan atas diri seorang pasien dapat diakses secara langsung oleh bagian yang berwenang atas pemeriksaan tersebut. Kemudian pengolahan data-data medis secara komputersasi juga akan memudahkan semua pihak yang berwenang dalam hal ini petugas administrasi di suatu instansi pelayanan kesehatan dapat segera mengetahui rincian biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien selama pasien yang menjalani pengobatan di rumah sakit.

b. Hukum (*Legal*)

Menurut UU Nomor 29 Tahun 2004 Pasal 46, Suatu BRM mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan hukum dan menyediakan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan, Rekam medis adalah milik dokter dan rumah sakit sedangkan isinya yang terdiri dari identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien adalah sebagai informasi yang dapat dimiliki oleh pasien sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.

c. Keuangan (*Financial*)

Menurut Suatu BRM mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan. Kaitannya Rekam Medis dengan aspek keuangan sangat erat sekali dalam hal pengobatan, terapi serta tindakan-tindakan apa saja yang diberikan kepada seorang pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit, oleh karena itu penggunaan sistem teknologi komputer didalam proses penyelenggaraan rekam medis sangat diharapkan sekali untuk diterapkan pada setiap instansi pelayanan kesehatan.

d. Penelitian (*Research*)

Suatu BRM mempunyai nilai guna penelitian, karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan penelitian.

e. Pendidikan (*Education*)

Suatu BRM mempunyai nilai guna pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran di bidang profesi kesehatan.

f. Dokumentasi (*Documentation*)

Suatu BRM mempunyai nilai guna dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan yang dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban laporan di RS. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi informasi dapat diaplikasikan penerapannya didalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang cukup efektif dan efisien. Pendokumentasian data medis seorang pasien dapat dilaksanakan dengan mudah dan efektif sesuai aturan serta prosedur yang telah ditetapkan.

2.2 Kajian Evaluasi

2.2.1 Pengertian Evaluasi

Menurut Notoatmodjo, (2012:30) Evaluasi adalah suatu pelaksanaan kegiatan atau program yang sedang dilakukan dalam rangka mencari umpan balik yang akan dijadikan dasar untuk memperbaiki suatu program atau sistem.

2.2.2 Tujuan Evaluasi

Menurut Rustiyanto, (2010:129) menyatakan bahwa tujuan evaluasi adalah

“Pelayanan Rumah Sakit yaitu untuk meningkatkan daya guna dan hasil guna dari perencanaan dan pelaksanaan program, serta memberikan petunjuk dalam pengelolaan manajemen rumah sakit, misalnya dalam pengelolaan sumber daya manusia, dana dan program peningkatan untuk sekarang dan yang akan datang.”

2.3 Kajian Kelengkapan

Menurut Depkes RI, (2006:35) Ketentuan pengisian rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan sebagai berikut :

- a Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam harus ditulis dalam lembar rekam medis,
- b Semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter / tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal,
- c Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya ditanda tangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter pembimbingnya,
- d Catatan yang dibuat oleh dokter Residen harus diketahui oleh dokter pembimbingnya,
- e Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf,
- f Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.

Tanggung jawab utama akan kelengkapan rekam medis terletak pada dokter yang merawat. Nilai ilmiah dari sebuah rekam medis adalah sesuai dengan biaya pengobatan dan perawatan yang mencatat, oleh karena itu ditinjau dari beberapa segi rekam medis sangat bernilai penting karena dilihat dari poin kedua bahwa kelengkapan dalam sebuah rekam medis dapat melindungi rumah sakit ataupun dokter dalam segi hukum (*medical legal*). Bilamana rekam medis tidak lengkap dan tidak benar kemungkinan dapat merugikan pasien, rumah sakit, maupun dokter itu sendiri.

2.4 Kajian Rawat Inap

Menurut Depkes RI, (2006:41-44) menyatakan bahwa:

“Penerimaan pasien rawat inap dinamakan *admitting office* atau sering dinamakan sentral opname. Fungsi utamanya adalah menerima pasien untuk dirawat di rumah sakit. Tata cara penerimaan pasien yang disebut harus wajar sesuai dengan keperluannya. Dengan semakin meningkatnya jumlah pasien, pimpinan rumah sakit harus memberikan perhatian yang konstan dalam membina sistem dan prosedur penerimaan pasien yang sebaik-baiknya.”

Pasien yang memerlukan perawatan, dapat dibagi menjadi 3 kelompok yaitu :

- a) Pasien yang tidak *urgent*, penundaan perawatan pasien tersebut tidak akan menambah penyakitnya.
- b) Pasien yang *urgent*, tetapi tidak darurat gawat, dapat dimasukkan ke dalam daftar tunggu.
- c) Pasien gawat darurat (*emergency*), langsung dirawat.

Pasien rawat inap juga memiliki ketentuan dan prosedur yang berlaku, antara lain:

- 1) Ketentuan umum penerimaan pasien rawat inap
 - a) Semua pasien yang menderita segala macam penyakit. Selama ruangan dan fasilitas yang memadai tersedia. Dapat diterima di rumah sakit.
 - b) Sedapat mungkin pasien diterima ditempat pendaftaran rawat inap pada waktu yang telah ditetapkan, kecuali untuk kasus gawat darurat dapat diterima setiap saat.
 - c) Tanpa diagnosa yang tercantum dalam surat permintaan dirawat, pasien tidak dapat diterima.

- d) Tanda tangan persetujuan untuk tindakan operasi dan sebagainya (apabila dilakukan) dilaksanakan di sentral opname.
 - e) Pasien tidak dapat diterima, apabila:
 - (1) Ada surat rekomendasi dari dokter yang mempunyai wewenang
 - (2) Untuk merawat pasien dirumah sakit
 - (3) Dikirim oleh dokter poliklinik
 - (4) Dikirim oleh dokter Unit Gawat Darurat
 - f) Pasien Gawat Darurat perlu di prioritaskan.
- 2) Prosedur Pasien Masuk untuk dirawat:
- a) Pasien *urgent* tetapi tidak darurat
 - b) Pasien yang tidak *urgent*
- 3) Prosedur selama pasien di ruang perawatan
- a) Pada waktu pasien tiba di ruang perawatan dan diterima oleh perawat, pasien diberi tanda pengenal.
 - b) Perawat menambahkan formulir-formulir yang diperlukan oleh dokter ataupun perawat itu sendiri.

2.5 Kajian Isi Rekam Medis Pasien Rawat Inap

Menurut PerMenKes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008, Pasal 3 ayat (2) menyatakan isi Rekam Medis untuk pasien rawat inap dan perawatan atau satu hari sekurang-kurangnya memuat:

- a Identitas pasien
- b Tanggal dan waktu
- c Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit

- d Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
- e Diagnosa
- f Rencana penatalaksanaan
- g Pengobatan dan / atau tindakan
- h Persetujuan tindakan apabila diperlukan
- i Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
- j Ringkasan pulang (*discharge summary*)
- k Nama dan tanda tangan dokter atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- l Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu dan
- m Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

2.6 Kajian Lembar Operasi Pasien Rawat Inap

2.6.1 Kajian Lembar Status Anestesi

Menurut Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 Tahun 2017 pada Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB) menyatakan bahwa:

“Anestesi dan sedasi merupakan suatu rangkaian proses yang dimulai dari sedasi minimal hingga anestesi penuh. Oleh karena itu, respons pasien dapat berubah-ubah sepanjang berlangsungnya rangkaian tersebut maka penggunaan anestesi dan sedasi diatur secara terpadu. Karena tindakan bedah juga merupakan tindakan yang berisiko tinggi maka harus direncanakan dan dilaksanakan secara hati-hati. Rencana prosedur operasi dan asuhan pascaoperasi dibuat Menurut atas asesmen dan didokumentasikan.”

Menurut SNARS Edisi 1 Tahun 2017 Pada PAB 6 menyatakan bahwa:

“Monitoring fisiologis memberikan informasi terpercaya tentang status pasien selama anestesi berjalan (umum, spinal, regional, lokal) dan pascaoperasi. Hasil monitoring menjadi acuan pengambilan keputusan selama operasi berlangsung atau pasca operasi, misalnya re-operasi, atau pindah ke tingkat asuhan lainnya, atau lanjut ruang pulih. Informasi dari monitoring menentukan kebutuhan asuhan medis dan keperawatan serta kebutuhan diagnostik dan pelayanan lainnya. Hasil monitoring dicatat di form anestesi, sedangkan untuk anestesi lokal dapat digunakan form tersendiri. Metode memonitor ditentukan oleh status pasien pada pra-anestesi, jenis anestesi yang akan dipergunakan, dan kompleksitas operasi atau tindakan lain yang dilaksanakan selama anestesi. Pelaksanaan monitoring selama anestesi dan operasi harus dijalankan sesuai dengan panduan praktik klinis. Hasil monitoring dicatat di Rekam Medis pasien.”

Menurut KepMenKes RI Nomor HK.02.02/MenKes/251/2015

Pada Bab IV menyatakan bahwa:

“Pelayanan anestesiologi dan terapi intensif mencakup tindakan anestesia (pra anestesia, intra anestesia dan pasca anestesia) serta pelayanan lain sesuai bidang anestesiologi seperti pelayanan kritis, gawat darurat, penatalaksanaan nyeri, dan lain-lain. Dokter spesialis anestesiologi hendaknya membatasi beban pasien yang dilayani dan tanggung jawab supervisi anestesi sesuai dengan jumlah, kondisi dan risiko pasien yang ditangani.”

2.6.2 Kajian Lembar Catatan Keperawatan Intra dan Pasca Operasi

Menurut SNARS Edisi 1 Tahun 2017, Pada Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP) 7.3 menyatakan bahwa:

“Rencana asuhan pascaoperasi dapat dimulai sebelum tindakan operasi. Menurut asesmen kebutuhan dan kondisi pasien serta jenis operasi yg dilakukan. Rencana asuhan dicatat di Rekam Medis pasien dalam waktu 24 jam dan diverifikasi oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai pimpinan tim klinis untuk memastikan kontinuitas asuhan selama waktu pemulihan dan masa rehabilitasi. Kebutuhan pascaoperasi

dapat berubah sebagai hasil perbaikan klinis atau informasi baru dari asesmen ulang rutin, atau dari perubahan kondisi pasien yang mendadak”.

Menurut KepMenKes RI Nomor HK.02.02/MenKes/251/2015

,Rencana pengelolaan pasca bedah, antara lain:

- 1) Menjelaskan teknik dan obat yang digunakan untuk penanggulangan nyeri pasca bedah.
- 2) Menjelaskan rencana perawatan pasca bedah (ruang rawat biasa atau ruang perawatan khusus).

2.6.3 Kajian Lembar Laporan Operasi

Laporan operasi harus segera dibuat setelah pembedahan dan dimasukkan dalam rekam kesehatan. Bila terjadi penundaan dalam pembuatannya maka informasi tentang pembedahan harus dimasukkan dalam catatan perkembangan, perlu diperhatikan catatan operasi yang terlalu singkat dapat mengakibatkan ketidakjelasan urutan prosedur dan hal tersebut dapat menimbulkan permasalahan serius terutama bila sampai di pengadilan (Hatta, 2012).

Menurut SNARS Edisi 1 Tahun 2017 pada PAB 7.2 menyatakan bahwa:

“Laporan yang tercatat tentang operasi memuat paling sedikit diantaranya diagnosis pascaoperasi, nama dokter bedah dan asistennya, prosedur operasi yang dilakukan dan rincian temuan, ada dan tidak ada komplikasi; spesmen operasi yang dikirim untuk diperiksa, jumlah darah yang hilang dan jumlah yang masuk lewat transfusi, nomor pendaftaran alat yang dipasang (implan), tanggal, waktu, dan tanda tangan dokter yang bertanggung jawab.”

2.6.4 Kajian Lembar *Informed Consent*

Menurut PerMenKes RI Nomor 290/MenKes/Per/III/2008

Persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.

Penjelasan tentang tindakan kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sekurang-kurangnya mencakup:

- a. Diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran,
- b. Tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan,
- c. Alternatif tindakan lain dan risikonya,
- d. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi,
- e. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan,
- f. Perkiraan pembiayaan

Penjelasan tentang tindakan kedokteran yang dilakukan meliputi:

- a. Tujuan tindakan kedokteran yang dapat berupa tujuan preventif, diagnostik, terapeutik ataupun rehabilitatif.
- b. Tata cara pelaksanaan tindakan apa yang akan dialami pasien selama dan sesudah tindakan, serta efek samping atau ketidaknyamanan yang mungkin terjadi.
- c. Alternatif tindakan lain berikut kelebihan dan kekurangannya dibandingkan dengan tindakan yang direncanakan.

- d. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi pada masing-masing alternatif tindakan.
- e. Perluasan tindakan yang mungkin dilakukan untuk mengatasi keadaan darurat akibat risiko dan komplikasi tersebut atau keadaan tak terduga lainnya.

2.7 Kajian Penanggung Jawab Pengisian Rekam Medis

Menurut Hatta, (2008:35) Rumah sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap 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 dirumah sakit.
- 2) Dokter tamu yang merawat pasien dirumah sakit.
- 3) Residen yang sedang melaksanakan kepaniteraan klinik.
- 4) Tenaga para medis perawatan dan tenaga para medis non perawatan yang langsung terlihat didalam antara lain: perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium klinik, gizi, anestesi, penata rontgen, rehabilitasi medik, dan lain sebagainya.
- 5) Untuk dokter luar negeri yang melakukan alih teknologi kedokteran yang berupa tindakan atau konsultasi kepada pasien, maka yang membuat rekam medis pasien adalah dokter yang ditunjuk oleh direktur rumah sakit.

2.8 Kajian Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Menurut PerMenKes RI Nomor 129/MenKes/SK/II/2008 SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat.

Menurut Peraturan Menteri Dalam Negeri (PerMenDaGri) Nomor 6 Tahun 2007 Indikator SPM adalah tolak ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan/atau manfaat pelayanan.

Menurut PerMenKes Nomor 129/MenKes/SK/II/2008 SPM ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan, target nasional untuk tahun 2007 sampai dengan tahun 2012, cara perhitungan / rumus / pembilangan penyebut / standar / satuan pencapaian kinerja dan sumber data.

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, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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 instalasi Rekam Medis/wadir pelayanan medik.

Sumber : KepMenKes RI Nomor 129/MenKes/SK/II/2008

2.9 Kajian Konsep Standar Prosedur Operasional (SPO)

Menurut PerMenKes RI Nomor 512/MenKes/Per/IV/2007 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran Bab 1 pasal 1 ayat 10 menyatakan bahwa:

“SPO adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana SPO memberikan langkah yang benar dan terbaik Menurut konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan Menurut standar profesi.”

2.10 Kajian Faktor Penyebab Ketidaklengkapan

2.10.1 Sumber Daya Manusia (SDM)

Menurut Sedarmayanti, (2007:13) Manajemen sumber daya manusia (MSDM) adalah kebijakan dan praktik menentukan aspek “manusia” atau sumber daya manusia dalam posisi manajemen, termasuk merekrut, menyaring, melatih, memberi penghargaan dan penilaian.

a Pelatihan

Menurut Sabarguna, (2003:50) Pelatihan adalah alat untuk mengubah, maka perubahan yang dapat dilakukan oleh perorangan, group dan organisasi dalam rangka meningkatkan efektivitas. Jadi pelatihan sangat penting dalam rangka “mengubah” dari tak terlatih menjadi terlatih.

b Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo, (2010:27) Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya).

c Kepatuhan

Menurut Kemenkes RI, (2011) Kepatuhan terhadap kewaspadaan mengandung arti bahwa seseorang tenaga kesehatan memiliki kesadaran untuk: (1) memahami dan menggunakan peraturan kesehatan yang berlaku (2) mempertahankan tertib terhadap pelayanan kesehatan dan (3) menegakkan kepastian kewaspadaan standar.