

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rekam Medis

2.1.1 Pengertian Rekam Medis

Rekam medis menurut Permenkes/No.269/Menkes/Per/III/2008 adalah “berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan”.

Pengertian lain berdasarkan Pedoman Pengelolaan Rekam Medis, Departemen Kesehatan (Depkes) RI (2006:11) dinyatakan bahwa “Rekam Medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik identitas, diagnosa segala pelayanan, dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan, maupun yang mendapatkan pelayanan darurat”.

2.1.2 Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis menurut Depkes RI (2006:13), tujuan rekam medis adalah “menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit”.

Selanjutnya tujuan rekam medis menurut Rustiyanto (2012:6) menyatakan bahwa:

“Untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Pembuatan rekam medis di rumah sakit bertujuan untuk mendapatkan catatan atau dokumen yang akurat dan adekuat dari pasien, mengenai kehidupan dan riwayat kesehatan, riwayat penyakit dimasa lalu dan sekarang,

juga pengobatan yang telah diberikan sebagai upaya meningkatkan pelayanan kesehatan”.

2.1.3 Kegunaan Rekam Medis

Menurut Depkes (2006:13) kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, diantaranya adalah:

1. Aspek Administrasi

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

2. Aspek Administrasi

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

3. Aspek Hukum

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

4. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis yang 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 dan informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang 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 Dokumen

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.

8. Aspek Medis

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

Selanjutnya menurut Permekens/No.269/Menkes/Per/III/2008 Pasal 13

meyebutkan bahwa Rekam Medisdapat digunakan sebagai :

1. Pemeliharaan kesehatan dan pengobatan dipakai pasien
2. Alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dan penegakan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi
3. Keperluan pendidikan dan penelitian
4. Dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan dan
5. Data statistik kesehatan

2.1.4 Nilai Informasi Yang Terkandung Dalam Rekam Medis

Menurut Depkes (2006:109) pada dasarnya terdapat dua kategori informasi yang bersumber dari rekam medis:

1. Informasi Yang Mengandung Nilai Kerahasiaan Informasi
Yaitu laporan atau catatan yang terdapat dalam berkas rekam medis sebagai hasil pemeriksaan, pengobatan, observasi atau wawancara dengan pasien. Informasi ini tidak boleh disebar luaskan kepada pihak-pihak yang tidak berwenang karena menyangkut informasi pribadi individu pasien.
2. Informasi Yang Tidak Mengandung Nilai Kerahasiaan Informasi
Jenis informasi yang dimaksud adalah perihal identitas (nama, alamat, dan lain-lain) serta informasi lain yang tidak mengandung nilai medis. Biasanya informasi ini terdapat dalam lembar paling depan berkas rekam medis rawat jalan maupun rawat inap (ringkasan riwayat klinik ataupun ringkasan masuk dan keluar).

Nilai guna rekam medis menurut Rustiyanto (2009:7) terbagai menjadi 3 bagian antara lain yakni:

1. Bagi Pasien
 - a. Menyediakan bukti asuhan keperawatan/tindakan medis yang diterima oleh pasien
 - b. Menyediakan data bagi pasien jika pasien datang untuk yang kedua kali dan seterusnya
 - c. Menyediakan data yang dapat melindungi kepentingan hukum pasien dalam kasus-kasus kompensasi pekerja kecelakaan pribadi atau mal praktek
2. Bagi Fasilitas Layanan Kesehatan
 - a. Memiliki data yang dipakai untuk pekerja profesional kesehatan
 - b. Sebagai bukti atas biaya pembayaran pelayanan medis pasien
 - c. Mengevaluasi penggunaan sumber daya
3. Bagi Pemberi Pelayanan
 - a. Menyediakan informasi untuk membantu seluruh tenaga profesional dalam merawat pasien
 - b. Membantu dokter dalam menyediakan data perawatan yang bersifat berkesinambungan pada berbagai tingkatan pelayanan kesehatan
 - c. Menyediakan data-data untuk penelitian dan pendidikan

2.2 Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Pengertian Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit adalah “salah satu bagian dari rumah sakit yang menyediakan penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera, yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya” (Meinurisa, 2017).

Menurut Permenkes/No.269/Menkes/Per/III/2008 Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat sekurang-kurangnya memuat hal-hal dibawah ini:

- a. Identitas pasien;
- b. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan;
- c. Identitas pengantar pasien;
- d. Tanggal dan waktu;
- e. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;

- f. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
- g. Diagnosa;
- h. Pengobatan dan/atau tindakan;
- i. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan instalasi gawat darurat dan rencana tindak lanjut;
- j. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
- k. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain; dan
- l. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

2.3 Kelengkapan Berkas Rekam Medis

2.3.1 Pengisian Berkas Rekam Medis

Ketentuan dalam pengisian berkas rekam medis milik pasien menurut

Rustiyanto (2012:35) antara lain:

1. Pengisian RM harus lengkap selesai 1x24 jam, dalam setiap tindakan/konsultasi
2. Diisi oleh tenaga kesehatan medis (dokter sebagai penanggung jawab)
3. Setiap memberi pelayanan harus ditulis/dicatat dan ditandatangani
4. Jika rekam medis belum lengkap, harus dilengkapi 2x24 jam
5. Penulisan yang dibuat oleh residen harus diketahui oleh dokter yang membimbingnya
6. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukan pada saat itu juga serta dubuahi paraf
7. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan

2.3.2 Memenuhi Persyaratan Hukum

Menurut Permenkes RI No.269/Menkes/Per/III/2008, rekam medis

memenuhi persyaratan aspek hukum 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
7. Ada lembar persetujuan

2.3.3 Penanggung Jawab Pengisian Berkas Rekam Medis

Menurut Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008 pasal 6, disebutkan bahwa:

“yang bertanggung jawab atas catatan dokumen yang dibuat pada rekam medis adalah dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu. Tenaga kesehatan tertentu adalah tenaga kesehatan yang ikut memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien. Dalam kegiatan pelayanan, yang bertanggung jawab terhadap pengisian berkas rekam medis adalah dokter dan tenaga kesehatan lainnya seperti perawat, fisioterapis, radiographer, perekam medis dan lain-lain. Tetapi dalam penelitian ini hanya dibatasi pada perawat” (Kemenkes, 2008).

Selanjutnya menurut Undang-Undang RI No.29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran Pasal 46 menyatakan bahwa:

- (1) Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis.
- (2) Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan.
- (3) Setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan

2.4 Asesmen Awal Keperawatan

Menurut kebijakan tata kelola pada asesmen pasien UPT RS Mata Masyarakat Jawa Timur 2016, Asesmen awal adalah tahap awal dari proses dimana dokter, perawat mengevaluasi data pasien baru yang terdiri dari data keadaan fisik, psikologis, social, dan riwayat kesehatan pasien. Keperawatan adalah seluruh rangkaian proses asuhan keperawatan dan kebidanan yang diberikan kepada pasien yang berkesinambungan yang di mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi dalam usaha memperbaiki ataupun memelihara derajat

kesehatan yang optimal, pada Juknis (petunjuk teknis) pengisian rekam medis di

UPT RS Mata Masyarakat Jawa Timur antara lain terdiri dari:

1. Identitas pasien
2. Tanggal dan jam kunjungan
3. Anamnesa:
 - a. Keluhan utama
 - b. Riwayat penyakit
 - c. Pemeriksaan fisik
 - d. Obat yang digunakan
 - e. Status fungsional
4. Skrining nyeri
5. Skrining risiko jatuh
6. Riwayat alergi
7. Skrining nutrisi
8. Pengkajian psikososial dan ekonomi
9. Kebutuhan edukasi
10. Diagnose keperawatan
11. Intervensi keperawatan

2.5 Perawat

2.5.1 Pengertian Perawat

Pengertian perawat Menurut Undang-Undang RI No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, mendefinisikan perawat adalah “mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan”.

2.5.2 Peran Perawat

Peran perawat menurut Kusnanto (2004:82) mengidentifikasi beberapa peran perawat sebagai perawat profesional meliputi:

1. *Care giver* (pemberi asuhan keperawatan)
2. *Client advocate* (pembela untuk melindungi klien)
3. *Coundellor* (pemberi bimbingan/konseling klien)

4. *Educator* (sebagai pendidik klien)
5. *Collaborator* (anggota tim kesehatan)
6. *Change agent* (pembaharu)
7. *Consultant* (konsultan)

2.5.3 Fungsi Perawat

Fungsi perawat menurut Kusnanto (2004:87) mengidentifikasi beberapa fungsi perawat meliputi:

1. Mengkaji kebutuhan pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat serta sumber yang tersedia dan potensial untuk memenuhi kebutuhan tersebut.
2. Merencanakan tindakan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat berdasarkan diagnosis keperawatan.
3. Melaksanakan rencana keperawatan meliputi upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan dan pemeliharaan kesehatan termasuk pelayanan pasien dan keadaan terminal.
4. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan.
5. Mendokumentasikan proses keperawatan.
6. Mengidentifikasi hal-hal yang perlu diteliti atau dipelajari serta merencanakan studi kasus guna meningkatkan pengetahuan dan pengembangan ketrampilan dan praktek keperawatan.
7. Berperan serta dalam melaksanakan penyuluhan kesehatan kepada pasien, keluarga, kelompok serta masyarakat.
8. Bekerja sama dengan disiplin ilmu terkait dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat.
9. Mengelola perawatan pasien dan berperan sebagai ketua tim dalam melaksanakan kegiatan keperawatan.

2.6 Faktor Individual yang Mempengaruhi Pencatatan Rekam Medis

Karakteristik individu dapat mempengaruhi hasil pencatatan rekam medis, sesuai dengan teori kinerja (Gibson, 1996) yang diimplementasikan

dalam pelayanan kesehatan, antara lain: usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pengetahuan, dan lama kerja.

1. Usia

Hasil kemampuan dan ketrampilan seseorang seringkali dihubungkan dengan usia, sehingga semakin lama usia seseorang maka pemahaman terhadap masalah akan lebih dewasa dalam bertindak. Hal lain usia juga berpengaruh terhadap produktivitas dalam bekerja. Tingkat pematangan seseorang yang didapat dari bekerja seringkali berhubungan dengan penambahan umur, disisi lain pertambahan usia seseorang akan mempengaruhi kondisi fisik seseorang.

2. Jenis Kelamin

Implikasi jenis kelamin para pekerja merupakan hal yang perlu mendapat perhatian secara wajar dengan demikian perlakuan terhadap mereka pun dapat disesuaikan sedemikian rupa sehingga mereka menjadi anggota organisasi yang bertanggung jawab terhadap pekerjaannya.

3. Pendidikan

Semakin tinggi pendidikan seorang dokter, diharapkan bisa semakin paham dan mengerti mengenai manfaat pembuatan rekam medis, sehingga mampu membuat rekam medis yang baik dan lengkap.

4. Masa Kerja

Pengalaman (masa kerja) biasanya dikaitkan dengan waktu mulai bekerja dimana pengalaman kerja juga ikut menentukan kinerja seseorang. Semakin lama masa kerja maka kecakapan akan lebih baik karena sudah menyesuaikan diri dengan pekerjaannya. Seseorang akan mencapai kepuasan tertentu bila sudah mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan.

2.7 Pengetahuan

Pengetahuan seseorang dapat didapat dari pendidikan atau pengalaman yang berasal dari berbagai sumber. Pengetahuan juga merupakan hasil penginderaan manusia terhadap objek melalui indra yang dimilikinya. Menurut Notoatmodjo (2012), Secara garis besar dibagi menjadi 6 tingkat pengetahuan, yakni :

1. Tahu (Know)

Tahu adalah mengingat kembali memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

2. Memahami (*Comprehension*)
Memahami adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan tentang suatu objek yang diketahui dan diinterpretasikan secara benar
3. Aplikasi (*Aplication*)
Aplikasi adalah suatu kemampuan untuk mempraktekkan materi yang sudah dipelajari pada kondisi real (sebenarnya). kemampuan untuk menggunakan rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam suatu situasi.
4. Analisis (*Analysis*)
Analisis adalah kemampuan menjabarkan atau menjelaskan suatu objek atau materi tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu dengan yang lainnya.
5. Sintesis (*Synthesis*)
Sintesis adalah suatu kemampuan menghubungkan bagianbagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
6. Evaluasi (*Evaluation*)
Evaluasi adalah pengetahuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2.8 Standar Prosedur Operasional (SPO)

Standar Prosedur Operasional (SPO) menurut Budihardjo (2014:7) adalah suatu perangkat lunak pengatur, yang mengatur tahapan suatu proses kerja atau prosedur kerja tertentu. Oleh karena prosedur kerja yang dimaksud bersifat tetap, rutin, menjadi dokumen tertulis yang disebut Standar Prosedur Operasional yang disingkat SPO. Dokumen tertulis ini selanjutnya dijadikan standar bagi pelaksanaan prosedur kerja tertentu.

Selanjutnya menurut Permenkes RI No.512/Menkes/Per/IV/2007 tentang izin praktik dan pelaksanaan praktik kedokteran Bab 1 Pasal 1 Ayat 10, SOP adalah suatu perangkat intruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu. Dimana SOP memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk

melaksanakan sebagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.

2.9 Standar Prosedur Minimal (SPM) Rumah sakit

Menurut Kepmenkes RI No.129/SK/II/2008 tentang 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 minimal yang diberikan oleh Badan Pelayanan Umum kepada Masyarakat”.

Indikator SPM adalah tolak ukur untuk presentasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam mencapai SPM tertentu. SPM ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggung jawaban penyelenggaraan SPM rumah sakit.

Maksud dan tujuan SPM Menurut Kepmenkes RI No.129/SK/II/2008 tentang SPM Standar pelayanan minimal ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggung jawaban penyelenggaraan standar Pelayanan minimal rumah sakit. Standar pelayanan minimal 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 1.1 Standar Pelayanan Minimal 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 atau setelah pasien 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	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekammedis/wadir pelayanan medis

Sumber: Kepmenkes RI No.129/SK/II/2008 tentang SPM