

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rekam Medis

2.1.1 Pengertian Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PERMENKES) No.269/Menkes/Per/III/2008, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien di sarana pelayanan kesehatan.

Rekam medis dibuat oleh dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan tenaga kesehatan tertentu yang ikut memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien selain dokter dan dokter gigi. Rekam medis sendiri harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik.

2.1.2 Tujuan Rekam Medis

Menurut Hatta (2012:79) tujuan rekam medis dibedakan menjadi 2 (dua), yang pertama secara langsung berhubungan dengan pelayanan pasien (primer), kedua yaitu tujuan yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien namun tidak berhubungan langsung, secara spesifik (sekunder).

Tujuan utama (primer) rekam medis terbagi dalam 5 kepentingan yaitu untuk :

1. Pasien, rekam medis merupakan alat bukti utama yang mampu membenarkan adanya pasien dengan identitas yang jelas dan telah mendapatkan berbagai pemeriksaan dan pengobatan di sarana pelayanan kesehatan dengan segala hasil dan konsekuensi biayanya.
2. Pelayanan pasien, rekam medis mendokumentasikan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis dan tenaga lain yang bekerja dalam berbagai fasilitas kesehatan. Selain itu rekam medis juga membantu dalam pengambilan keputusan tentang terapi, tindakan, dan penentuan diagnosis pasien.
3. Manajemen pelayanan, rekam medis yang lengkap memuat segala aktivitas yang terjadi dalam manajemen pelayanan sehingga digunakan dalam menganalisis berbagai penyakit, menyusun pedoman praktik, serta untuk mengevaluasi.
4. Menunjang pelayanan, rekam medis yang rinci akan mampu menjelaskan aktivitas yang berkaitan dengan penanganan sumber-sumber yang ada pada organisasi pelayanan di rumah sakit, menganalisis kecenderungan yang terjadi dan mengkomunikasikan informasi diantara klinik yang berbeda.
5. Pembiayaan, rekam medis yang akurat mencatat segala pemberian pelayanan kesehatan yang diterima pasien.

Tujuan sekunder rekam medis ditujukan kepada hal yang berkaitan dengan lingkungan pelayanan pasien yaitu untuk kepentingan edukasi, riset, peraturan dan pembuatan kebijakan.

2.1.3 Kegunaan Rekam Medis

Menurut Depkes RI (2006:13) tentang Pedoman Pengelolaan Rekam medis menyatakan bahwa kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek :

a. *Administration* (Administrasi)

Rekam medis mempunyai nilai administrasi karena di dalamnya terdapat data dan informasi yang berisi tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab baik tenaga medis maupun non medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

Seiring perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, pengolahan data-data secara komputerisasi sudah mulai memasuki bidang kesehatan, oleh sebab itu hal ini sangat diperlukan dalam pelayanan rekam medis untuk memudahkan semua pihak yang berwenang dalam hal ini petugas administrasi di suatu pelayanan kesehatan dapat mengetahui rincian biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien atas tindakan pengobatan selama di rumah sakit.

b. *Legal* (Hukum)

Rekam medis mempunyai nilai hukum, karena di dalamnya menyangkut adanya jaminan kepastian hukum yang berdasarkan atas keadilan dalam menegakkan hukum serta sebagai tanda bukti pengadilan.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran dalam pasal 47 ayat (1), menjelaskan bahwa rekam medis adalah milik dokter, dokter gigi, atau

sarana pelayanan kesehatan, sedangkan isinya yang terdiri dari identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku merupakan milik pasien.

c. *Financial* (Keuangan)

Rekam medis mempunyai nilai keuangan, karena di dalamnya terdapat data dan informasi tentang hasil pengobatan, terapi, serta tindakan yang diberikan kepada pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit, data dan informasi tersebut merupakan rincian besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien atas pelayanan yang diterima selama menjalani perawatan di rumah sakit.

d. *Research* (Penelitian)

Rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena di dalamnya berisi data dan informasi tentang riwayat penyakit serta kronologis perkembangan atas pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, yang dapat digunakan oleh seorang peneliti sebagai data pendukung dalam melakukan pengembangan ilmu pengetahuan khususnya dalam bidang kesehatan.

e. *Education* (Pendidikan)

Rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena di dalamnya berisi data dan informasi tentang riwayat penyakit serta kronologis perkembangan atas pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan referensi

pendidikan dalam melakukan pengembangan ilmu pengetahuan khusus kedokteran atau di bidang kesehatan lainnya.

f. *Documentation* (Dokumentasi)

Rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena di dalamnya terdapat catatan yang merupakan informasi terkait kronologis perkembangan atas pelayanan medis yang telah diberikan kepada pasien dan harus didokumentasikan sebagai bahan pertanggungjawaban serta dapat digunakan sebagai data pendukung dalam menyusun laporan rumah sakit.

2.2 Analisis Kuantitatif Terintegrasi

Menurut Hatta (2013:351) analisis kuantitatif terintegrasi merupakan analisis kuantitatif yang harus mengintegrasikan kegiatannya dengan kegiatan yang berdampak pada unsur hukum dan administratif yang kemudian diintegrasikan dengan standar pelayanan kesehatan. Dengan demikian analisis kuantitatif format rekaman kertas (manual) maupun elektronik harus benar-benar menyeluruh. Dalam metode ini, analisis kuantitatif dititikberatkan pada 4 (empat) kriteria yaitu :

1. Menelaah kelengkapan data sosial pasien (demografi), meliputi: informasi tentang identitas pasien: (a) nama pasien; (b) nomor rekam medis; (c) usia.
2. Menelaah kelengkapan bukti rekaman yang ada.
3. Menelaah tanda bukti keabsahan rekaman dari tenaga kesehatan maupun tenaga lain yang terlihat dalam pelayanan kepada pasien sehingga informasi dapat dipertanggungjawabkan secara hukum.

4. Menelaah tata cara mencatat (Administratif) yang meliputi adanya tanggal, bulan dan tahun.

Keempat unsur ini merupakan hal yang sering disepelekan dalam pencatatan sehingga pelaksanaannya diidentikkan dengan tingkat kedisiplinan pengisi rekaman.

2.3 Rawat Inap

Berdasarkan Pedoman Pengelolaan Rekam Medis, Depkes RI, (2006:41)

menyatakan bahwa :

“Penerimaan pasien rawat inap dinamakan *admitting office* atau sering dinamakan sentral opname. Fungsi utamanya adalah menerima pasien untuk di rawat di rumah sakit. Tata cara penerimaan pasien yang disebut harus wajar sesuai dengan keperluannya. Dengan makin 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, terbagi menjadi 3 kelompok, yaitu :

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

Pasien rawat inap juga mempunyai 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 memadai tersedia. Maka pasien dapat diterima di rumah sakit.

- b. Sebisa mungkin pasien diterima di sentral *opname* pada waktu yang telah ditetapkan, kecuali untuk kasus gawat darurat, dapat diterima setiap saat.
 - c. Tanpa diagnosa yang tercantum dalam surat permintaan dirawat, maka pasien tidak dapat diterima.
 - d. Sebisa mungkin terdapat tanda tangan persetujuan untuk tindakan operasi dan sebagainya (apabila dilakukan tindakan) dilaksanakan di sentral *opname*.
 - e. Pasien dapat diterima, apabila :
 - Ada surat rekomendasi dari dokter yang mempunyai wewenang.
 - Untuk merawat pasien di rumah sakit.
 - Dikirim oleh dokter poliklinik.
 - Dikirim oleh dokter Unit Gawat Darurat.
 - f. Pasien Gawat Darurat perlu diprioritaskan.
2. Prosedur Pasien Masuk untuk dirawat :
- a. Pasien *urgent* tetapi tidak darurat.
 - b. Pasien yang tidak *urgent*.
 - c. Prosedur selama pasien di ruang perawat :
 - Pada waktu pasien tiba di ruang perawatan dan diterima oleh perawat, pasien diberi tanda pengenal.
 - Perawat menambahkan formulir-formulir yang diperlukan oleh dokter maupun perawat sendiri.

- Selama perawatan, perawat mencatat semua data perawatan yang diberikan dari mulai saat pasien datang di ruang sampai pasien tersebut pulang, dipindahkan atau meninggal.

2.4 Isi Rekam Medis Rawat Inap

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PERMENKES) No. 290/Menkes/Per/III/2008, pasal 3 tentang rekam medis, dan disebutkam masing-masing pada ayat (2) menyatakan bahwa isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan sehari 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 bila 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.

2.5 Lembar Rekam Medis Pasien Rawat Inap

2.5.1 Catatan Bukti Pemberian Obat (RM 25.1)

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Kefarmasian di Rumah Sakit Dokter merupakan penanggungjawab utama dalam pemberian resep bagi masing-masing pasien yang dirawat di rumah sakit. Kemudian apoteker memberikan obat yang sesuai dengan resep dokter. Sedangkan cara dalam pemberian obat harus sesuai dengan prosedur dan tergantung pada keadaan umum pasien, kecepatan respon yang diinginkan, sifat obat, dan tempat kerja obat yang diinginkan serta pengawasan terkait efek obat dan sesuai dengan SPO rumah sakit yang bersangkutan.

2.5.2 Lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (RM 26)

Menurut Hatta (2013:116) catatan perkembangan pasien terintegrasi merupakan hasil kerja kolektif berbagai pihak, seperti dokter, perawat, tenaga kesehatan lain termasuk ahli gizi, serta farmasi. Catatan perkembangan pasien terintegrasi menjelaskan tiga hal yaitu apa yang telah terjadi dengan pasien, apa yang direncanakan untuk pasiendan bagaimana pasien bereaksi terhadap terapi. Dalam metode penulisan catatan perkembangan pasien terintegrasi terdapat empat langkah dalam proses pengambilan keputusan secara sistematis yang dikenal dengan sebutan SOAP. Pengertian dari SOAP sendiri adalah huruf S mencatat mengenai perkembangan secara *subjective*, yang artinya mencatat sesuai pernyataan pasien dan gejala, selanjutnya huruf O mencatat temuan secara *objective*, seperti hasil laboratorium, hasil uji dan observasi serta temuan

secara *objective*, kemudian huruf A yang berasal dari kata *analysis*, artinya mengkaji dan menilai berdasarkan temuan dan observasi, dan huruf P sebagai perencanaan (*Plan*) yang artinya catatan harus mengembangkan rencana pelayanan selanjutnya atau merevisi pelayanan yang telah diberikan.

Tenaga kesehatan dan tenaga pelayanan lainnya menggunakan catatan perkembangan untuk mendokumentasikan tentang bagaimana cara mengatasi masalah pasien dan bagaimana reaksi pasien terhadap pengobatan.

2.5.3 Lembar *Informed Consent* (RM 32)

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 menyatakan bahwa "*Informed consent* merupakan persetujuan tindakan kedokteran yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien".

Menurut Guwandi, (2004:43) pada hakikatnya *Informed consent* adalah suatu proses komunikasi antara dokter terhadap pasien, walaupun kesepakatan lisan pun sesungguhnya sudah cukup. Penandatanganan formulir *informed consent* secara tertulis merupakan bukti atas persetujuan tindakan medis yang telah disepakati antara pasien atau keluarga pasien dengan dokter.

Menurut Guwandi (2003) menyatakan bahwa tujuan *informed consent* yaitu :

1. Memberikan perlindungan kepada pasien terhadap segala tindakan medis yang dilakukan tanpa sepengetahuan pasien.
2. Memberikan perlindungan hukum kepada dokter terhadap suatu kegagalan yang bersifat negatif, karena prosedur medik modern bukan tanpa risiko dan pada setiap tindakan medis ada risikonya.

Menurut Konsil Kedokteran Indonesia, (2006:30) format persetujuan tindakan kedokteran berisi antara lain :

1. Dokter pelaksanaan tindakan
2. Pemberi informasi
3. Penerima informasi
4. Jenis informasi, meliputi: (a) diagnosis; (b) tindakan kedokteran; (c) indikasi tindakan; (d) tata cara tindakan; (e) prognosis dan alternatif serta resiko tindakan lainnya.
5. Pernyataan dari dokter yang menyatakan bahwa dokter telah memberikan informasi secara benar dan jelas.
6. Pernyataan dari penerima informasi yang menyatakan bahwa telah diberikan informasi dan memberikan persetujuan tanda tangan disertai nama terang.
7. Identitas pemberi persetujuan yang meliputi: (a) nama; (b) tanggal lahir.

2.6 Penanggungjawab Pengisian Rekam Medis

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2006:45) menjelaskan bahwa rumah sakit merupakan salah satu sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap, oleh

sebab itu rumah sakit wajib membuat rekam medis, yang membuat atau mengisi rekam medis adalah dokter dan tenaga kesehatan lainnya :

- a. Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi spesialis yang melayani pasien di rumah sakit.
- b. Dokter tamu yang merawat pasien di klinik.
- c. Residen yang sedang melaksanakan kemitraan klinik.
- d. Tenaga para medis perawatan dan tenaga para medis non perawatan yang langsung terlihat di dalam antara lain: (a) perawat; (b) perawat gigi; (c) bidan; (d) tenaga laboratorium klinik; (e) gizi; (f) anestesi; (g) penata rontgen; (h) rehabilitasi medik dan lain sebagainya.
- e. Untuk dokter luar negeri yang melakukan alih teknologi kedokteran yang berupa tindakan atau konsultasi kepada pasien yang membuat rekam medis adalah dokter yang ditunjuk oleh direktur rumah sakit.

2.7 Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2008 tentang SPM. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh oleh setiap warga sebagai standart minimal. Indikator SPM adalah tolok 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, penatalaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM rumah sakit.

Menurut Kepmenkes RI No.129/Menkes/SK/II/2008 :

“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 atau rumus atau pembilangan penyebut atau standar atau satuan pencapaian kinerja dan sumber data”.

Tabel2.1 SPM Kelengkapan Pengisian Rekam Medis

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik 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: (a) identitas pasien; (b) anamnesis; (c) rencana asuhan; (d) pelaksanaan asuhan; (e) tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

Sumber : Kepmenkes No.129 Tahun 2008 Tentang SPM

2.8 Konsep Standar Prosedur Operasional

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor 51/Menkes/Per/IV/2007 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran pada Bab I pasal 1 ayat 10 menjelaskan bahwa :

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

2.9 Faktor-Faktor Penyebab Ketidak lengkapan

Menurut Notoadmodjo, (2010:27) dalam Teori Lawrence Green menjelaskan bahwa perilaku manusia terhadap tingkat kesehatan dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor di luar perilaku (*non behaviour causes*). Perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yaitu :

1. Faktor pemudah (*Predisposing Factors*)

Yaitu faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain :

a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, pengetahuan terjadi melalui panca indra manusia, yaitu: (a) indra penglihatan; (b) pendengaran; (c) penciuman; (d) rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga.

b. Sikap

Sikap merupakan suatu reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus/objek, manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat menafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup, sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial.

2. Faktor pendukung atau pemungkin (*Enabling Factors*)

Faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. Yang dimaksud dengan faktor pemungkin adalah adanya pelatihan petugas untuk meningkatkan kerterampilannya.

Menurut Basran (2015:24) menyatakan bahwa strategi pengembangan SDM yang tidak kalah pentingnya adalah upaya perusahaan untuk terus meningkatkan kemampuan seseorang petugas sesuai dengan ranah kerjanya. Adanya pelatihan ini menjadi sangat penting untuk diadakan dan merupakan tanggungjawab perusahaan dalam meningkatkan kemampuan SDM.

3. Faktor pendorong atau penguat (*Reinforcing Factors*)

Faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku seperti terwujud dalam sikap seperti dukungan dari atasan, rekan, tenaga kesehatan serta dukungan dari keluarga, yang termasuk faktor pendorong atau penguat antara lain :

a. Motivasi

Notoatmodjo (2007) motif atau motivasi berasal dari kata “*Marove*” berarti dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku, dalam hal ini motivasi tidak dapat dipisahkan dari kata kebutuhan yang merupakan suatu potensi dalam diri manusia yang perlu ditanggapi atau direspon. Motivasi yang termasuk faktor pendorong dalam penelitian ini yaitu kebutuhan manusia dalam memperoleh imbalan atas apa yang sudah dikerjakan.

b. SPO Pengisian BRM

Menurut Moekijat (2008) Standar Operasional Prosedur adalah urutan langkah-langkah, dimana, berhubungan dengan apa, bagaimana, bilamana, dimana dan siapa yang melakukannya. Standar operasional prosedur yang dimaksud pada faktor pendorong ini yaitu pedoman atau standar dalam melakukan pengisian BRM.