

## **BAB 2**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **2.1 Rekam Medis Elektronik**

##### **2.1.1 Pengertian Rekam Medis Elektronik**

Menurut Permenkes Nomor 24 tahun 2022 rekam medis elektronik adalah rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis. Penyelenggaraan rekam medis elektronik dilakukan sejak pasien masuk sampai pasien pulang, dirujuk, atau meninggal. Selain itu menurut (Handiwidjojo, 2009) menjelaskan bahwa rekam medis elektronik merupakan sebagai lingkungan aplikasi yang tersusun atas penyimpanan data klinis, sistem pendukung keputusan klinis, standarisasi istilah medis, entry data terkomputerisasi, serta dokumentasi medis dan farmasi.

Kegiatan penyelenggaraan rekam medis elektronik paling sedikit terdiri atas:

- a. Registrasi pasien;
- b. Pendistribusian data rekam medis elektronik;
- c. Pengisian informasi klinis;
- d. Pengolahan informasi rekam medis elektronik;
- e. Penginputan data untuk klaim pembiayaan;
- f. Penyimpanan rekam medis elektronik;
- g. Penjaminan mutu rekam medis elektronik; dan
- h. Transfer isi rekam medis elektronik.

### 2.1.2 Manfaat Rekam Medis Elektronik

Menurut (Handiwidjojo, 2009) menyebutkan ada tiga manfaat yang dapat diperoleh dengan penggunaan rekam medis elektronik yaitu:

1. Manfaat Umum, rekam medis elektronik akan meningkatkan profesionalisme dan kinerja manajemen rumah sakit. Para *stakeholder* seperti pasien akan menikmati kemudahan, kecepatan, dan kenyamanan pelayanan kesehatan. Bagi para dokter, rekam medis elektronik memungkinkan diberlakukannya standar praktek kedokteran yang baik dan benar. Sementara bagi pengelola rumah sakit, rekam medis elektronik menolong menghasilkan dokumentasi yang *auditable* dan *accountable* sehingga mendukung koordinasi antar bagian dalam rumah sakit dan rekam medis elektronik membuat setiap unit akan bekerja sesuai fungsi, tanggung jawab dan wewenangnya.
2. Manfaat Operasional, manakala rekam medis elektronik diimplementasikan paling tidak ada empat faktor operasional yang akan dirasakan yaitu:
  - a. Faktor yang pertama adalah kecepatan penyelesaian pekerjaan-pekerjaan administrasi. Ketika dengan sistem manual pengerjaan penelusuran berkas sampai dengan pengembaliannya ketempat yang seharusnya pastilah memakan waktu, terlebih jika pasiennya cukup banyak. Kecepatan ini berdampak membuat efektifitas kerja meningkat.
  - b. Faktor akurasi khususnya akurasi data, apabila dulu dengan sistem manual orang harus mencek satu demi satu berkas, namun sekarang dengan rekam medis elektronik data pasien akan lebih tepat dan benar karena campur tangan manusia lebih sedikit, hal lain yang dapat dicegah adalah terjadinya

duplikasi data untuk pasien yang sama. Misalnya, pasien yang sama diregistrasi 2 kali pada waktu yang berbeda, maka sistem akan menolaknya, rekam medis elektronik akan memberikan peringatan jika tindakan yang sama untuk pasien yang sama dicatat 2 kali, hal ini menjaga agar data lebih akurat dan user lebih teliti.

- c. Faktor efisiensi, karena kecepatan dan akurasi data meningkat, maka waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan-pekerjaan administrasi berkurang jauh, sehingga karyawan dapat lebih fokus pada pekerjaan utamanya.
  - d. Kemudahan pelaporan. Pekerjaan pelaporan adalah pekerjaan yang menyita waktu namun sangat penting. Dengan adanya rekam medis elektronik, proses pelaporan tentang kondisi kesehatan pasien dapat disajikan hanya memakan waktu dalam hitungan menit sehingga kita dapat lebih konsentrasi untuk menganalisa laporan tersebut
3. Manfaat Organisasi, karena sistem informasi manajemen rumah sakit ini mensyaratkan kedisiplinan dalam pemasukan data, baik ketepatan waktu maupun kebenaran data, maka budaya kerja yang sebelumnya menanggihkan hal-hal seperti itu, menjadi berubah. Seringkali data rekam medis elektronik diperlukan juga oleh unit layanan yang lain.

### 2.1.3 Keunggulan dan Kelemahan Rekam Medis Elektronik

Menurut (Kesuma, 2023) rekam medis elektronik memiliki beberapa keunggulan yang utama, yaitu sebagai berikut:

1. Akses yang mudah dan cepat.
2. Perubahan data meninggalkan jejak elektronik.
3. Meningkatkan kepuasan pelayanan pasien.
4. Penelusuran informasi medis yang cepat dan tepat.
5. Sistem terintegrasi interdepartemen dalam rumah sakit bahkan dengan luar rumah sakit.
6. Penyimpanan yang ringkas dan tidak memerlukan ruangan khusus.
7. Meningkatkan keamanan pasien / *patient safety*.

Akan tetapi, disisi lain, rekam medis elektronik juga memiliki beberapa kelemahan, yaitu sebagai berikut:

1. Resiko *Malware* (virus) dan kesalahan server.
2. Dapat terjadi kesalahan dalam proses input atau edit data.
3. Dapat diretas (pembajakan).
4. Biaya yang mahal untuk mengembangkan dan merawat sistem agar tetap baik.
5. Sangat bergantung pada ketersediaan sumber tenaga listrik.

Salah satu keunggulan yang terbesar dalam menerapkan rekam medis elektronik adalah adalah terhindar dari adanya kesalahan medis seperti kesalahan dalam persepsan, dimana kesalahan persepsan secara garis besar dibagi kedalam 5 kategori, yaitu salah pasien (*wrong patient*), salah obat (*wrong drug*), salah dosis (*wrong dose*), salah rute pemberian (*wrong route*), salah waktu pemberian (*wrong*

*timing*). Hal ini dapat terjadi karena panjangnya jam kerja, fokus dokter yang menurun, pengalaman dan pengetahuan farmakologis dokter yang kurang, penjelasan terapi ke pasien yang minimal.

Menerapkan rekam medis elektronik dapat mengurangi kesalahan dalam interpretasi resep akibat tulisan tangan dokter yang tidak terbaca dengan jelas karena setiap penginputan data sudah menggunakan komputer sehingga dapat menerima informasi yang jelas dan akurat.

## **2.2 Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.560 tahun 2003 tentang Pola Tarif Perjan Rumah Sakit menyebutkan Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit;

Menurut (Departemen Kesehatan RI, 2006) menjelaskan unit yang menangani penerimaan pasien dinamakan *admitting office* atau sering dinamakan *sentral opname*. Fungsi utamanya adalah menerima pasien untuk dirawat di rumah sakit.

Pasien yang memerlukan perawatan dapat dibagi menjadi 3 kelompok :

1. Pasien yang tidak urgen, penundaan perawatan pasien tersebut tidak akan menambah gawat penyakitnya.
2. Pasien yang urgen tetapi tidak darurat gawat, dapat dimasukkan kedalam daftar tunggu.
3. Pasien gawat darurat (*emergency*), langsung dirawat.

Formulir rekam medis rawat inap minimal terdiri dari :

1. Identitas pasien
2. Resume medis
3. Riwayat penyakit dan pemeriksaan jasmani
4. Laporan kematian (jika pasien meninggal)
  - a. Surat keterangan kematian
  - b. Surat keterangan kedokteran tentang sebab kematian
5. Surat keterangan lahir (surat identitas bayi jika pasien bayi lahir di rumah sakit)
  - a. Formulir kurve list bayi
  - b. Formulir serah terima bayi
6. Pengantar masuk rawat inap (surat rujukan)
7. Surat persetujuan rawat inap
8. Surat perpindahan pasien dari ruang perawatan (jika pasien pindah ruang perawatan)
9. *Informed consent* (jika ada tindakan medis yang diberikan kepada pasien)
10. Catatan dan intruksi dokter
11. Rekaman asuhan keperawatan
  - a. Resume asuhan keperawatan
  - b. Data dasar dan ringkasan pengkasjian
  - c. Pelaksanaan perawatan kesehatan
  - d. Tindakan dan evaluasi keperawatan
12. Catatan klinis
13. Formulir obsetri dan ginekologi (untuk pasien obsgin)

- a. Lembar patogram
14. Formulir laporan operasi (jika pasien operasi)
- a. Persiapan operasi
  - b. Catatan anestesi
  - c. Laporan operasi
  - d. Laporan pasca bedah
  - e. Prosedur RR
15. Formulir hasil-hasil penunjang medik (hanya hasil yang diperksakan saja)
- a. Laboratorium
  - b. Radiologi
  - c. Diagnostik
  - d. Fisioterapi
16. Copy resep

### **2.3 Analisis Kuantitatif**

Menurut pendapat (Hatta, 2012) menyatakan bahwa analisis kuantitatif dimaksudkan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam medis rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan . Dengan demikian analisis kuantitatif format rekam kertas (manual) maupun elektronik harus betul-betul menyeluruh. Dalam metode ini analisis kuantitatif dititik beratkan pada 4 (empat) kriteria yaitu :

1. *Review* identifikasi pasien adalah menelaah kelengkapan data sosial pasien (demografi) yang meliputi informasi tentang identitas pasien seperti nama

lengkap yang terdiri dari nama sendiri dan nama ayah/suami/marga, nomor pasien, alamat lengkap, usia, orang yang dapat dihubungi dan tanda tangan persetujuan (Hatta, 2012).

2. *Review* laporan penting adalah bukti rekaman yang dapat dipertanggungjawabkan secara lengkap yaitu adanya data/info kunjungan yang memuat alasan, keluhan pasien (kalau ada), riwayat pemeriksaan, data tambahan (lab), USG, EKG, EMG, diagnosis atau kondisi, rujukan (jika dilakukan) (Hatta, 2012).
3. *Review* autentifikasi adalah rekam kesehatan memiliki keabsahan bilamana tenaga kesehatan yang memeriksa pasien atau surat persetujuan yang diberikan pasien/wali dalam rekam kesehatan diakhiri dengan membubuhkan atau mengabsahkan tanda tangan. Tanda bukti keabsahan rekaman dari tenaga kesehatan maupun tenaga lain yang terlibat dalam pelayanan kepada pasien sehingga informasi dapat dipertanggungjawabkan secara hukum (Hatta, 2012). Menurut (Herfiyanti, 2015) menyebutkan bahwa autentifikasi yaitu formulir yang memuat informasi autentifikasi diantaranya nama dan tanda tangan saksi yaitu dokter selaku pemberi informasi dan pasien/keluarga pasien selaku penerima informasi dan saksi-saksi.
4. *Review* pencatatan adalah menelaah tata cara mencatat (administrasi) yang meliputi adanya tanggal, keterangan waktu, menulis pada baris yang tepat serta menerapkan cara koreksi yang benar. Keempat unsur ini merupakan hal yang sering disepelekan dalam pencatatan sehingga pelaksanaannya diidentikkan dengan tingkat kedisiplinan pengisian rekaman (Hatta, 2012).

## **2.4 Formulir *Informed Consent***

### **2.4.1 Pengertian *Informed Consent***

*Informed consent* adalah suatu proses yang menunjukkan komunikasi yang efektif antara dokter dengan pasien, dan bertemunya pemikiran tentang apa yang akan dan apa yang tidak akan dilakukan terhadap pasien. *Informed consent* dilihat dari aspek hukum bukanlah suatu perjanjian antara dua pihak melainkan lebih ke arah persetujuan sepihak atas layanan yang ditawarkan pihak lain. Dengan demikian cukup ditandatangani oleh pasien dan/atau walinya. Sedangkan rumah sakit, termasuk dokternya hanya menjadi saksi (Hatta, 2012).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 290 tahun 2008 pasal 1 menyebutkan bahwa “Persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien”.

### **2.4.2 Penjelasan Isi *Informed Consent***

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 290 tahun 2008 penjelasan tentang tindakan kedokteran harus diberikan langsung kepada pasien dan/keluarga pasien terdekat. Penjelasan tentang tindakan kedokteran sekurang-kurangnya mencakup:

- a. Diagnosa 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.

Memperoleh informasi adalah suatu hak dari pasien, sebaliknya merupakan kewajiban bagi dokter untuk memberikannya. Pasien berhak tanpa harus diminta untuk memperoleh informasi mengenai penyakitnya serta tindakan medik apa yang hendak dilakukan oleh dokter terhadap dirinya (Guwandi, 2003).

### **2.4.3 Aspek Hukum *Informed Consent***

Menurut (Sidi, 2021) menyebutkan bahwa Aspek hukum *informed consent* yaitu:

1. Aspek hukum pidana adalah pasien harus memberikan persetujuan tindakan medis oleh dokter, misalnya operasi. Sebab apabila dikaitkan dengan pasal 351 KUHP mengenai penganiaya, maka operasi oleh dokter, misalnya dengan menusukkan pisau bedah ke tubuh pasien tanpa persetujuan terlebih dahulu dapat dikenakan sanksi pidana karena dikategorikan penganiayaan.
2. Aspek hukum perdata yaitu berkaitan dengan hukum perikatan pada pasal 1320 BW yang intinya harus ada kesepakatan antara kedua belah pihak. Yang berarti harus ada informasi antara pasien dan tenaga kesehatan.
3. Aspek hukum administrasi adalah rumah sakit menyodorkan formulir persetujuan dalam *informed consent* seperti melakukan tindakan medis untuk keperluan administrasi rumah sakit sehingga wajib perlu dilakukannya, sebagaimana peraturan mengenai Tindakan Kedokteran Permenkes 290 Tahun 2008.

#### **2.4.4 Kelengkapan *Informed Consent***

Kelengkapan isi *informed consent* harus memuat data yang lengkap, sehingga pasien, dokter, dan rumah sakit dapat mencegah terjadinya kasus-kasus hukum. Apalagi sekarang ini banyak terjadi malpraktek sehingga membuat pasien merasa waswas terhadap kasus tersebut (Herfiyanti, 2015). Selain itu kelengkapan pada *Informed Consent* digunakan dalam berbagai Aspek. Salah satunya sebagai alat bukti dan bahan penelitian untuk kasus hukum dan pendidikan, Hal ini juga dapat digunakan sebagai alat untuk menganalisis dan mengevaluasi kualitas pelayanan rumah sakit. Penjelasan dan Persetujuan ini akan memberikan perlindungan hukum tidak hanya untuk pasien, tetapi juga untuk perlindungan tenaga kesehatan/dokter (Sanjay & Sari, 2022).

#### **2.5 Formulir Laporan Operasi**

Menurut (Hatta, 2012) menjelaskan bahwa laporan operasi merupakan prosedur pembedahan terhadap pasien. Laporan operasi harus segera dibuat setelah pembedahan dan dimasukkan dalam rekam kesehatan (rekam medis). 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. Hal ini dapat menimbulkan permasalahan serius terutama bila sampai ke pengadilan. Laporan yang tercatat tentang operasi memuat paling sedikit diantaranya:

- a. Diagnosis pre dan pascaoperasi
- b. Deskripsi tentang prosedur bedah

- c. Deskripsi tentang seluruh temuan normal dan tidak normal
- d. Deskripsi tentang kejadian yang unik dan tidak lazim dalam pembedahan
- e. Jumlah ikatan, tekukan, jahitan (*ligature* dan *suture*) dan jumlah pak, *drain*, spons yang digunakan
- f. Deskripsi tentang spesimen yang diambil
- g. Nama ahli bedah (operator) dan asisten yang membantu
- h. Tanggal dan lama proses pembedahan

Isi dari laporan operasi yang dapat dikategorikan sebagai catatan yang penting adalah satu-satunya aspek yang hanya bisa diisi oleh dokter, sedangkan perawat tidak memiliki kewenangan dalam pengisian catatan penting tersebut, sehingga dokter bertanggung jawab penuh dalam pengisian aspek tersebut. Hal tersebut dikarenakan praktisi yang melakukan tindakan operasi pada pasien dan bertanggung jawab penuh atas segala sesuatu yang terjadi pada saat proses operasi adalah seorang dokter yang sering disebut sebagai operator. Aspek catatan penting harus diisi secara lengkap, karena salah satunya berkaitan dengan pendokumentasian pelayanan yang dilakukan kepada pasien, yaitu dapat menjadi bukti bahwa dokter melakukan tindakan operasi sesuai dengan prosedur (Febrianti & Sugiarti, 2019).

Jika rekam medis pada formulir laporan operasi terisi secara lengkap maka kondisi pasien sebelum, selama, dan setelah mendapat tindakan/operasi dapat diketahui dengan jelas (Alfiani et al., 2020). Selain itu kelengkapan laporan operasi merupakan salah satu indikator untuk mengukur mutu pelayanan yang diberikan rumah sakit, mengukur mutu rekam medis dan pendokumentasian yang baik (Yulida et al., 2016).

## 2.6 Standar Pelayanan Minimal

Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menyebutkan bahwa Standar pelayanan minimal 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 Pemerintah Republik Indonesia No. 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal bab 1 ayat 7 menyebutkan Indikator SPM adalah tolok 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.

Standar pelayanan minimal ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban 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. Berikut SPM Kelengkapan pengisian rekam medis dan kelengkapan pengisian *informed consent*:

Tabel 2.1 SPM Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayan
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 identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, 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.

Tabel 2.2 SPM Kelengkapan *Informed Consent* Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas

Judul	Kelengkapan <i>informed consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi operasional	<i>Informed consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rekam medik

## 2.7 Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Rekam Medis

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh (Rini et al., 2019) menyebutkan bahwa faktor penyebab dari segi sumber daya manusia yang menyebabkan keterbatasan dalam kelengkapan pengisian rekam medis adalah rendahnya tingkat kesadaran dan pemahaman dari dokter penanggung jawab. Selain itu, beban kerja bertambah seiring meningkatnya jumlah pasien juga mempengaruhi kelengkapan pengisian rekam medis (DPJP), sedangkan menurut (Pamungkas et al., 2010) menyebutkan bahwa faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan yaitu keterbatasan waktu sehingga dokter tidak sempat mengisi rekam medis. Selain itu faktor lain yang menyebabkan ketidaklengkapan pengisian rekam medis yaitu ketidakdisiplinan. Ketidakdisiplinan disebabkan karena kurangnya kesadaran dari dokter akan pentingnya kelengkapan pengisian rekam medis dan ketidakdisiplinan dari dokter yang bertanggungjawab merawat pasien.