

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Puskesmas

a. Definisi Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas juga dapat disebut sebagai klinik pratama dimana merupakan sebuah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan dengan menyediakan pelayanan medik dasar baik umum maupun khusus (Permenkes RI No.46, 2015).

Adanya Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang: memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat; mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu, hidup dalam lingkungan sehat; dan memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat (Permenkes RI No.75, 2014).

b. Tugas dan Fungsi Puskesmas

Berdasarkan pasal 4 Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014 menyatakan bahwa Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat (Permenkes RI No.75, 2014).

Agar dapat melaksanakan tugas yang telah dijelaskan pada pasal 4, maka dalam pasal 5 Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014 menjelaskan bahwa Puskesmas menyelenggarakan fungsi: penyelenggaraan UKM

tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya (Permenkes RI No.75, 2014).

c. Panduan Pelayanan Puskesmas

Berdasarkan Buku Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan (2014) bahwa format baku sistematika pedoman atau panduan yang lazim digunakan sebagai berikut:

1) Format Pedoman Pengorganisasian Unit Kerja

- BAB I Pendahuluan
- BAB II Gambaran Umum Puskesmas
- BAB III Visi, Misi, Falsafah, Nilai dan Tujuan Puskesmas
- BAB IV Struktur Organisasi Puskesmas
- BAB V Struktur Organisasi Unit Kerja
- BAB VI Uraian Jabatan
- BAB VII Tata Hubungan Kerja
- BAB VIII Pola Ketenagaan dan Kualifikasi Personil
- BAB IX Kegiatan Orientasi
- BAB X Pertemuan atau Rapat
- BAB XI Pelaporan
 - 1. Laporan Harian
 - 2. Laporan Bulanan
 - 3. Laporan Tahunan

2) Format Pedoman Pelayanan Unit Kerja

- BAB I PENDAHULUAN
 - A. Latar Belakang
 - A. Tujuan Pedoman
 - B. Ruang Lingkup Pelayanan
 - C. Batasan Operasional
 - D. Landasan Hukum
- BAB II STANDAR KETENAGAAN
 - A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

B. Distribusi Ketenagaan

C. Jadwal Kegiatan, termasuk Pengaturan Jaga (Rawat Inap)

BAB III STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruang

B. Standar Fasilitas

BAB IV TATALAKSANA PELAYANAN

BAB V LOGISTIK

BAB VI KESELAMATAN PASIEN

BAB VII KESELAMATAN KERJA

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

BAB IX PENUTUP

3) Format Panduan Pelayanan Puskesmas

BAB I DEFINISI

BAB II RUANG LINGKUP

BAB III TATALAKSANA

BAB IV DOKUMENTASI

Sistematika panduan pelayanan Puskesmas dapat dibuat sesuai dengan materi atau isi panduan. Pedoman atau panduan yang harus dibuat adalah pedoman atau panduan minimal yang harus ada di Puskesmas yang dipersyaratkan sebagai regulasi yang diminta dalam elemen penilaian. (Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, 2014:19-21).

Bagi Puskesmas yang telah menggunakan *e-file* tetap harus mempunyai *hardcopy* pedoman atau panduan yang dikelola oleh tim akreditasi Puskesmas atau bagian Tata Usaha Puskesmas. (Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, 2014:21).

2. Kegiatan Rawat Jalan

a. Definisi Rawat Jalan

Rawat jalan merupakan salah satu unit kerja di Puskesmas yang melayani pasien yang berobat jalan dan tidak lebih dari 24 jam pelayanan, termasuk seluruh prosedur diagnostik dan terapeutik. Pada waktu yang

akan datang, rawat jalan merupakan bagian terbesar dari pelayanan kesehatan di Puskesmas. Pertumbuhan yang cepat dari rawat jalan ditentukan oleh tiga faktor yaitu: (Wulansari, 2013)

- 1) Penekanan biaya untuk mengontrol peningkatan harga perawatan kesehatan dibandingkan dengan rawat inap
- 2) Peningkatan kemampuan dan sistem reimbursement untuk prosedur di rawat jalan
- 3) Perkembangan secara terus menerus dari teknologi tinggi untuk pelayanan rawat jalan akan menyebabkan pertumbuhan rawat jalan

Tujuan pelayanan rawat jalan diantaranya untuk menentukan diagnosa penyakit dengan tindakan pengobatan, untuk rawat inap atau untuk tindakan rujukan, untuk memberikan konsultasi kepada pasien yang memerlukan pendapat dari seorang dokter spesialis, dengan tindakan pengobatan atau tidak dan untuk menyediakan tindak lanjut bagi pasien rawat inap yang sudah diijinkan pulang tetapi masih harus dikontrol kondisi kesehatannya (Wulansari, 2013).

Tenaga pelayanan di rawat jalan adalah tenaga yang langsung berhubungan dengan pasien, yaitu : (Wulansari, 2013)

- 1) Tenaga administrasi (non medis) yang memberikan pelayanan penerimaan pendaftaran dan pembayaran,
- 2) Tenaga keperawatan (paramedis) sebagai mitra dokter dalam memberikan pelayanan pemeriksaan atau pengobatan,
- 3) Tenaga dokter (medis) pada masing-masing poliklinik yang ada.

Rawat jalan hendaknya memiliki lingkungan yang nyaman dan menyenangkan bagi pasien. Hal ini penting untuk diperhatikan karena dari rawat jalanlah pasien mendapatkan kesan pertama mengenai puskesmas tersebut. Lingkungan rawat jalan yang baik hendaknya cukup luas dan memiliki sirkulasi udara yang lancar, tempat duduk yang nyaman perabotan yang menarik dan tidak terdapat suara-suara yang mengganggu. Diharapkan petugas yang berada di rawat jalan menunjukkan sikap yang sopan dan suka menolong. (Wulansari, 2013).

3. Rekam Medis

a. Definisi Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 269 Tahun 2008 menyebutkan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes RI No.269, 2008).

Catatan-catatan tersebut sangat penting untuk pelayanan bagi pasien karena dengan data yang lengkap dapat memberikan informasi dalam menentukan keputusan baik pengobatan, penanganan, tindakan medis dan lainnya. Dokter atau dokter gigi diwajibkan membuat rekam medis sesuai aturan yang berlaku.

Kegiatan dalam pencatatan ini dilakukan mulai dari pasien mendaftar di unit layanan kesehatan hingga pasien pulang. Dalam hal ini segala yang dilakukan oleh dokter atau dokter gigi maupun perawat dan tenaga non medis lainnya terkait pasien diharuskan dicatat pada rekam medis guna sebagai bukti nyata perihal kegiatan pelayanan kesehatan yang diterima pasien.

Hal ini sesuai dengan kegunaan rekam medis secara umum yaitu: (Dirjen Yanmed, 2006:16)

- 1) Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian didalam proses pemberian pelayanan, pengobatan, dan perawatan kepada pasien.
- 2) Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien
- 3) Sebagai bukti tertulis maupun terekam atas segala tindakan pelayanan, pengobatan dan perkembangan penyakit selama pasien berkunjung atau dirawat di rumah sakit.
- 4) Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien

- 5) Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
- 6) Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
- 7) Sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis yang diterima oleh pasien.
- 8) Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan.

b. Tujuan Rekam Medis

Tujuan utama rekam medis adalah untuk secara akurat dan lengkap mendokumentasikan riwayat kehidupan dan kesehatan pasien, termasuk penyakit masa lalu dan saat ini, serta pengobatan dengan penekanan kejadian – kejadian yang mempengaruhi pasien selama periode perawatan dan menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan di rumah sakit karena tanpa didukung suatu pengelolaan Rekam Medis yang baik dan benar maka tertib administrasi Rumah Sakit tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan (Huffman, 1990: 34).

Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit (Dirjen Yanmed, 2006:13). Semakin lengkap dan akurat suatu rekam medis mampu menilai mutu pelayanan yang telah diberikan kepada pasien.

c. Manfaat Rekam Medis

Saat ini bentuk rekam medis ada dua yaitu rekam medis manual dan rekam medis elektronik. Secara umum, rekam medis memiliki banyak manfaat yang sama antara manual maupun elektronik, antara lain: (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006:5)

1) Pengobatan Pasien

Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan

pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.

2) Peningkatan Kualitas Pelayanan

Membuat rekam medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.

3) Pendidikan dan Penelitian

Rekam medis yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.

4) 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.

5) Statistik Kesehatan

Rekam medis dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit-penyakit tertentu.

6) Pembuktian Masalah Hukum, Disiplin dan Etik

Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik.

d. Isi Rekam Medis

Dalam rekam medis baik berbentuk kertas maupun komputerisasi, isi rekam medis dibagi dalam 2 kelompok data yaitu data administratif dan data klinis, sedangkan isi (data atau informasi) rekam medis dipengaruhi oleh bentuk pelayanan kesehatan (pelayanan rumah sakit atau pusat kesehatan masyarakat); bentuk klasifikasi jenis pelayanan (umum atau

khusus); serta bentuk status kepemilikan sarana pelayanan kesehatan (swasta atau pemerintah pusat atau daerah). (Hatta, 2014:93).

Data administratif mencakup data demografi, keuangan (*financial*) disamping tentang informasi lain yang berhubungan dengan pasien, seperti data yang terdapat pada beragam izin (*consent*), pada lembaran hak kuasa (otorisasi) untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan dalam penanganan informasi konfidensial pasien. Dalam pelayanan kesehatan, informasi demografi diperlukan untuk mengisi informasi dasar identitas diri pasien dan bersifat permanen (kekal) mencakup nama lengkap (nama sendiri dan nama keluarga yaitu nama ayah atau suami atau marga atau she), nomor rekam kesehatan pasien dan nomor identitas lain (asuransi), alamat lengkap pasien (nama jalan atau gang, nomor rumah, wilayah, kota yang dihuni saat ini dan kode pos bila diketahui), tanggal lahir pasien (tanggal, bulan, tahun) dan kota tempat kelahiran, jenis kelamin (perempuan atau laki-laki), status pernikahan (sendiri, janda, duda, cerai), nama dan alamat keluarga terdekat yang sewaktu-waktu dapat dihubungi, tanggal dan waktu terdaftar di tempat pendaftaran, dan nama rumah sakit atau pusat kesehatan masyarakat (tertera pada kop formulir: nama, alamat, telepon, kota). (Hatta, 2014:93).

Data administratif lainnya adalah data keuangan (*financial*) yang biasanya dikaitkan dengan asuransi. Data identifikasi yang dapat dihubungkan dengan pasien (*patient-identifiable information*) yang digunakan bagi kepentingan administratif, regulasi, operasional pelayanan kesehatan dan penggantian biaya pengobatan. (Hatta, 2014:93-94).

Data klinis diartikan sebagai data hasil pemeriksaan, pengobatan, perawatan yang dilakukan oleh praktisi kesehatan dan penunjang medis terhadap pasien rawat inap maupun rawat jalan (termasuk darurat). Setiap masukan data/ informasi klinis wajib mencantumkan nama lengkap tenaga kesehatan dan penunjang medis terkait serta tanggal pemberian pelayanan kesehatan terhadap pasien. Rekaman data atau informasi klinis meliputi: riwayat medis pasien masa lalu, pemeriksaan fisik saat datang, instruksi

diagnostik dan terapeutik yang diberikan tenaga kesehatan, pemeriksaan klinis oleh tenaga kesehatan yang merawat pasien, laporan dan hasil setiap pemeriksaan diagnostik dan terapeutik, diagnosis akhir dan kondisi pasien saat pulang, dan instruksi akhir kepada pasien sebelum pulang. (Hatta, 2014:95-96).

e. Aspek Hukum Rekam Medis

1) Kepemilikan Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes RI No. 269 Tahun 2008 pasal 12 ayat 1 dan ayat 2 bahwa berkas rekam medis milik sarana pelayanan kesehatan, sedangkan isi rekam medis merupakan milik pasien. Dalam hal ini, pasien memiliki hak untuk tahu atau diberitahu sesuai dengan Undang-Undang No.36 Tahun 2009 Pasal 57 tentang Kesehatan bahwa setiap orang berhak atas rahasia kesehatan pribadinya yang telah dikemukakan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan, begitu pula pada Pasal 56 yang menyatakan bahwa setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap.

2) Kerahasiaan Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes RI No. 269 Tahun 2008 Pasal 10 bahwa setiap dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan memiliki kewajiban menjaga kerahasiaan pasien yang tertuang dalam rekam medis. Hal ini juga dijelaskan dalam Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 Pasal 48 tentang Praktik Kedokteran bahwa rahasia kedokteran dapat dibuka hanya untuk kepentingan kesehatan pasien, memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum, permintaan pasien sendiri, atau berdasarkan ketentuan perundang-undangan.

f. Mutu Rekam Medis

Mutu rekam medis adalah kelengkapan dan ketepatan dari berbagai sumber primer manajemen rekam medis. Kualitas pelayanan pasien

cenderung berlawanan jika kelengkapan data atau informasi yang benar tidak tersedia untuk pelayanan pasien. Apalagi administrasi dan fungsi lain seperti evaluasi kinerja mutu klinik, sistem pembayaran dan riset menjadi negatif tanpa kelengkapan dan keakuratan rekam medis. (Farikhta, 2016:11).

g. Formulir Rekam Medis

1) Definisi Formulir

Formulir adalah lembaran catatan yang dirancang untuk memenuhi tujuan penggunaannya. Pertimbangan utama dalam formulir adalah untuk mengumpulkan data atau melaporkan informasi. Dalam hal ini data adalah fakta dan angka mentah, sedangkan informasi adalah data yang telah diproses dengan cara yang berarti dan bermanfaat. (Huffman, 1990: 263).

2) Formulir pada Rekam Medis Rawat Jalan

Rekam medis untuk pasien rawat jalan pada pelayanan kesehatan terdiri beberapa formulir yang sekurang-kurangnya memuat: (Permenkes RI No.269, 2008)

- 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) Diagnosis;
- f) Rencana penatalaksanaan;
- g) Pengobatan dan/atau tindakan;
- h) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
- i) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; dan
- j) Persetujuan tindakan bila diperlukan.

3) **Ketentuan Pengisian Formulir Rekam Medis**

Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan sebagai berikut: (Dirjen Yanmed, 2006:45-46)

- a) Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam harus ditulis dalam lembaran rekam medis.
- b) Semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter atau 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 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.

4. **Pengetahuan**

a. **Definisi Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap objek. (Notoatmodjo, 2003, dalam Wawan dkk, 2011:11).

Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu. Menurut teori WHO (*World Health Organization*) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2007), salah satu bentuk objek kesehatan dapat

dijabarkan oleh pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman pribadi. (Wawan dkk, 2011:12).

b. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*ovent behavior*). Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. (Wawan dkk, 2011:12).

Pengetahuan yang cukup dominan kognitif mempunyai 6 tingkat yaitu: (Notoatmodjo, 2003, dalam Wawan dkk, 2011:12-14)

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2) Memahami (*comprehention*)

Memahami artinya sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dimana dapat menginterpretasikan secara benar.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi ataupun kondisi riil (sebenarnya).

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suau kemampuan untuk menyatakan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk melaksanakan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu

keseluruhan yang baru. Kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

5. Kelengkapan Dokumen Rekam Medis

a. Definisi Kelengkapan Dokumen Rekam Medis

Kelengkapan rekam medis adalah mengecek keterisian pada bagian-bagian isi rekam medis dengan maksud menemukan kesalahan dan kekurangan yang berkaitan dengan pendokumentasian rekam medis. Dan yang dilakukan petugas perekam medis saat menganalisa kuantitatif adalah jenis formulir yang digunakan, siapa yang berhak dan harus mengisi rekam medis, siapa yang harus menandatangani rekam medis dan formulir apa saja yang harus disertakan. Rekam medis yang berisi data dengan lengkap dapat diolah menjadi informasi sehingga memungkinkan dilakukannya evaluasi objektif terhadap mutu pelayanan kesehatan dan dapat menjadi basis pendidikan serta penelitian. (Ramadhani, 2016:16-17).

Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis sangat penting dikarenakan informasi yang terkandung dalam rekam medis dapat digunakan oleh rumah sakit dan organisasi kesehatan terkait sebagai basis data statistik, riset dan sumber perencanaan untuk peningkatan mutu pelayanan (Hatta, 2014:93).

Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas. Rekam medis ini harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan. Pembuatan rekam medis dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan

kesehatan secara langsung. Jika terjadi kesalahan dalam pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan. Hal ini diperlukan dalam rangka penyelenggaraan rekam medis sehingga dokter, dokter gigi dan/atau tenaga kesehatan tertentu bertanggungjawab atas catatan dan/atau dokumen yang dibuat pada rekam medis. (Permenkes RI No.269, 2008).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal menyebutkan bahwa kelengkapan pengisian rekam medis ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan harus mencapai 100% (Kepmenkes RI No.129, 2008). Semakin lengkap tenaga kesehatan memberikan data tindak lanjut dalam pelayanan kesehatan berarti semakin banyak pemanfaatan kelengkapan informasi oleh tenaga kesehatan. Berarti pula, kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan semakin dapat dibuktikan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan terkait (Hatta, 2014:350).

Kelengkapan isi rekam medis juga menjadi elemen penting dalam akreditasi puskesmas dimana kelengkapan isi rekam medis diperlukan untuk menjamin kesinambungan pelayanan, memantau kemajuan respons pasien terhadap asuhan yang diberikan. Puskesmas menetapkan kebijakan dan prosedur kelengkapan rekam medis. Privasi dan kerahasiaan data serta informasi wajib dijaga, terutama data dan informasi yang sensitif. Berkaitan dengan penyelenggaraan rekam medis maka dilakukanlah penilaian dan tindak lanjut kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis. (Permenkes RI No. 46, 2015).

b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kelengkapan Keterisian Dokumen Rekam Medis

Kelengkapan dalam pengisian dokumen rekam medis dipengaruhi beberapa faktor, antara lain:

- 1) Hubungan status kepegawaian dengan kelengkapan pengisian rekam medis

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Indar dkk (2013) bahwa responden yang berstatus non PNS lebih banyak tidak mengisi rekam medis dibandingkan dengan responden yang berstatus PNS. Hal ini dikarenakan tuntutan kerja pada responden PNS lebih tinggi dibanding dengan responden non PNS. Dalam melaksanakan pekerjaan, PNS lebih disiplin karena terdapat aturan disiplin baik ketepatan waktu maupun pekerjaan itu sendiri.

- 2) Hubungan pengetahuan dengan kelengkapan pengisian rekam medis

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Indar dkk (2013) bahwa responden yang memiliki pengetahuan cukup lebih banyak mengisi rekam medis dibandingkan dengan responden yang memiliki pengetahuan kurang. Hal ini dikarenakan pengetahuan dari setiap individu sangat penting guna mempengaruhi kelengkapan pengisian rekam medis.

- 3) Hubungan jenis keahlian dengan kelengkapan pengisian rekam medis

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Indar dkk (2013) bahwa responden baik dokter umum maupun dokter spesialis mempunyai persentase kelengkapan pengisian rekam medis yang tidak lengkap lebih tinggi dibandingkan dengan yang lengkap. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan dokter kurang mempengaruhi kelengkapan pengisian rekam medis.

- 4) Hubungan masa kerja dengan kelengkapan pengisian rekam medis

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Indar dkk (2013) bahwa responden yang memiliki masa kerja lama mempunyai persentase pengisian rekam medis lengkap lebih tinggi. Masa kerja yang lama menunjukkan pengalaman yang cukup terutama yang berhubungan dengan sarana rekam medis.

5) Faktor lain yang berkontribusi mempengaruhi pengisian rekam medis

Selain faktor-faktor yang telah dijelaskan di atas, terdapat faktor lain yang ikut berkontribusi mempengaruhi pengisian rekam medis antara lain latar belakang pendidikan tenaga kesehatan, masa kerja, keterampilan, motivasi, alat kerja, sarana kerja, waktu kerja, pedoman tertulis, dan kepatuhan terhadap pedoman serta faktor psikologis. (Indar dkk, 2013).

c. Analisis Rekam Medis

Sejak pertengahan abad yang lampau analisis rekam kesehatan dibedakan dalam analisis kuantitatif dan kualitatif yang sederhana dan statis. Hatta, (2002) beranggapan sudah saatnya bila kedua jenis analisis rekam kesehatan tersebut dikembangkan sehingga tiga unsur yaitu hukum, administratif, serta standar pelayanan kesehatan terintegrasi dalam penganalisisan rekam kesehatan. Analisis kuantitatif lebih berbobot sedangkan analisis kualitatif dikembangkan ke arah dua hal yaitu analisis kualitatif administratif dan medis. Semakin lengkap tenaga kesehatan memberikan data tindak lanjut dalam pelayanan kesehatan berarti semakin banyak pemanfaatan kelengkapan informasi oleh tenaga kesehatan. Berarti pula, kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan semakin dapat dibuktikan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan terkait. (Hatta, 2014:350).

1) Analisis Kuantitatif

Analisa kuantitatif adalah analisis yang ditujukan kepada jumlah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelengkapan lembaran medis, paramedis, dan penunjang medis sesuai prosedur yang ditetapkan. Petugas akan menganalisis setiap berkas yang diterima apakah lembaran rekam medis yang seharusnya ada pada berkas seseorang pasien sudah ada atau belum. (Dirjen Yanmed, 2006:79).

Kegiatan analisis kuantitatif dimaksudkan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam kesehatan (RK) rawat inap dan

rawat jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan. Untuk melakukannya dibutuhkan standart waktu analisis. (Hatta, 2014:350).

Analisis kuantitatif rawat jalan dilakukan sesudah pasien menyelesaikan kunjungannya ke unit rawat jalan. Informasi yang hilang atau belum lengkap harus dilaporkan secara manual dengan mengisi lembar kekurangan (*deficiency note*) atau melalui komputerisasi (bagi yang telah melaksanakan MIK secara elektronik). Selanjutnya praktisi MIK segera memberitahu pihak yang memberikan pelayanan agar segera melengkapinya. (Hatta, 2014:350-351).

Analisa kuantitas rekam medis dapat dibagi dalam dua kategori yang bertanggung jawab, antara lain: (Dirjen Yanmed, 2006:75-76)

- a) Dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang melaksanakan tindakan medis harus mengisi lembaran-lembaran rekam medis dengan benar, para perawat yang menyatukan lembaran-lembaran formulir secara kronologis. Jangan sampai ada lembaran yang tertinggal, salah masuk atau berceceran.
- b) Petugas unit rekam medis berkewajiban menemukan hal-hal yang kurang selama proses perekaman yang dilakukan oleh dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain.

Analisa kuantitatif diperlukan karena adanya desakan untuk mengidentifikasi ada tidaknya sesuatu yang dihilangkan. Disamping itu juga agar berkas rekam medis lengkap dan dapat dipergunakan sebagai referensi pelayanan kesehatan, melindungi minat hukum, sesuai dengan peraturan yang ada. (Dirjen Yanmed, 2006:76).

2) Analisis Kuantitatif yang Terintegrasi

Untuk tingkatan analisis kuantitatif yang lebih mahir, Hatta, (2002) berpendapat agar praktisi jangan hanya terfokus pada penganalisan kelengkapan data sosial pasien (demografi) dan kelengkapan beragam lembaran medis belaka (seperti yang biasa dilakukan). Namun, analisis kuantitatif juga harus mengintegrasikan kegiatannya dengan kegiatan yang berdampak pada unsur hukum dan

administratif yang kemudian diintegrasikan dengan standar pelayanan kesehatan. (Hatta, 2014:351-352).

Dalam analisis kuantitatif dititikberatkan pada 4 (empat) kriteria, yaitu: (Hatta, 2014:352)

- a) Menelaah kelengkapan data sosial pasien (demografi): meliputi informasi tentang identitas pasien: (1) nama lengkap yang terdiri dari nama sendiri dan nama ayah atau suami atau marga atau she; (2) nomor pasien; (3) alamat lengkap; (4) usia; (5) orang yang dapat dihubungi dan (6) tanda tangan persetujuan. Apabila terdapat lembaran formulir rekam medis yang tanpa identitas harus di-*review* untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut.
- b) Menelaah kelengkapan bukti rekaman yang ada. Dalam hal ini, laporan yang diperiksa yaitu:
 - (1) Laporan umum seperti: lembar riwayat pasien, pemeriksaan fisik, catatan perkembangan, observasi klinik, ringkasan penyakit.
 - (2) Laporan khusus seperti: laporan laboratorium, laporan operasi, anestesi, dan hasil-hasil pemeriksaan penunjang lainnya.
- c) Menelaah tanda bukti keabsahan rekaman dari tenaga kesehatan maupun tenaga lain yang terlibat dalam pelayanan kepada pasien sehingga informasi dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Pada komponen ini, hal yang diperiksa adalah autentifikasi dari pencatatan berupa tanda tangan, nama jelas seseorang. Dalam autentifikasi tidak boleh ditanda tangani oleh orang lain selain dari penulisnya, kecuali bila ditulis oleh dokter jaga atau mahasiswa maka ada tanda tangan si penulis ditambah *counter sign* oleh supervisor dan ditulis telah di-*review* dan dilaksanakan atas instruksi dari ... atau telah diperiksa oleh ... atau diketahui oleh ...
- d) Menelaah tata cara mencatat (administratif) yang meliputi adanya tanggal, keterangan waktu, menulis pada baris yang tetap serta

menerapkan cara koreksi yang benar. Dalam hal ini akan dilakukan:

- (1) Memeriksa pencatatan yang tidak lengkap dan tidak dapat dibaca sehingga dapat dilengkapi dan diperjelas serta adanya tanggal dan keterangan waktu.
- (2) Memeriksa baris perbaris dan bila ada barisan yang kosong digaris agar tidak diisi belakangan.
- (3) Bila ada yang salah pencatatan, maka bagian yang salah digaris dan di catatan tersebut masih terbaca, kemudian diberi keterangan di sampinnya bahwa catatan tersebut salah (menerapkan cara koreksi yang benar).

Keempat hal ini yang sering disepelekan dalam pencatatan sehingga pelaksanaannya diidentikkan dengan tingkat kedisiplinan pengisi rekaman. (Hatta, 2014:352).

6. Buku Petunjuk Teknis

a. Definisi Buku Petunjuk Teknis

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) buku adalah lembar kertas yang berjilid, berisi tulisan atau kosong. Buku adalah kumpulan kertas atau bahan lainnya yang dijilid menjadi satu pada salah satu ujungnya dan berisi tulisan atau gambar. Setiap sisi dari sebuah lembaran kertas pada buku disebut halaman (KBBI dalam Widodo, 2016:5). Buku petunjuk teknis merupakan buku yang berisikan keterangan dan petunjuk praktis untuk melakukan (melaksanakan, menjalankan) sesuatu secara teknik. Buku petunjuk teknis ini juga memiliki arti yang sama dengan buku pedoman yaitu buku yang digunakan sebagai acuan dalam melakukan sesuatu.

Hal ini juga dijelaskan dalam Buku Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama bahwa pedoman atau panduan adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah langkah-langkah yang harus dilakukan. Pedoman merupakan dasar untuk

menentukan dan melaksanakan kegiatan. Panduan adalah petunjuk dalam melakukan kegiatan.

Mengingat sangat bervariasinya bentuk dan isi pedoman atau panduan maka puskesmas menyusun atau membuat sistematika buku pedoman atau panduan sesuai kebutuhan. Beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk dokumen pedoman atau panduan yaitu: (Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, 2014:19)

- 1) Setiap pedoman atau panduan harus dilengkapi dengan peraturan atau keputusan Kepala Puskesmas untuk pemberlakuan pedoman atau tersebut.
- 2) Peraturan Kepala Puskesmas tetap berlaku meskipun terjadi penggantian Kepala Puskesmas.
- 3) Setiap pedoman atau panduan sebaiknya dilakukan evaluasi minimal setiap 2-3 tahun sekali.
- 4) Bila Kementerian Kesehatan telah menerbitkan Pedoman atau Panduan untuk suatu kegiatan atau pelayanan tertentu, maka Puskesmas dalam membuat pedoman atau panduan wajib mengacu pada pedoman atau panduan yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan.

b. Tata Cara Menulis Buku Petunjuk Teknis

Membuat petunjuk yang mudah dibaca dan dimengerti oleh semua pengguna memang sangat penting. Banyak petunjuk penggunaan memiliki instruksi yang tidak lengkap, tidak benar, atau malah tidak memiliki keterkaitan pada produk yang nyata. Dalam panduan umum menulis buku pedoman dijelaskan bahwa terdapat instruksi efektif dalam penulisan buku pedoman diantaranya adalah: (Hodgson, 2007)

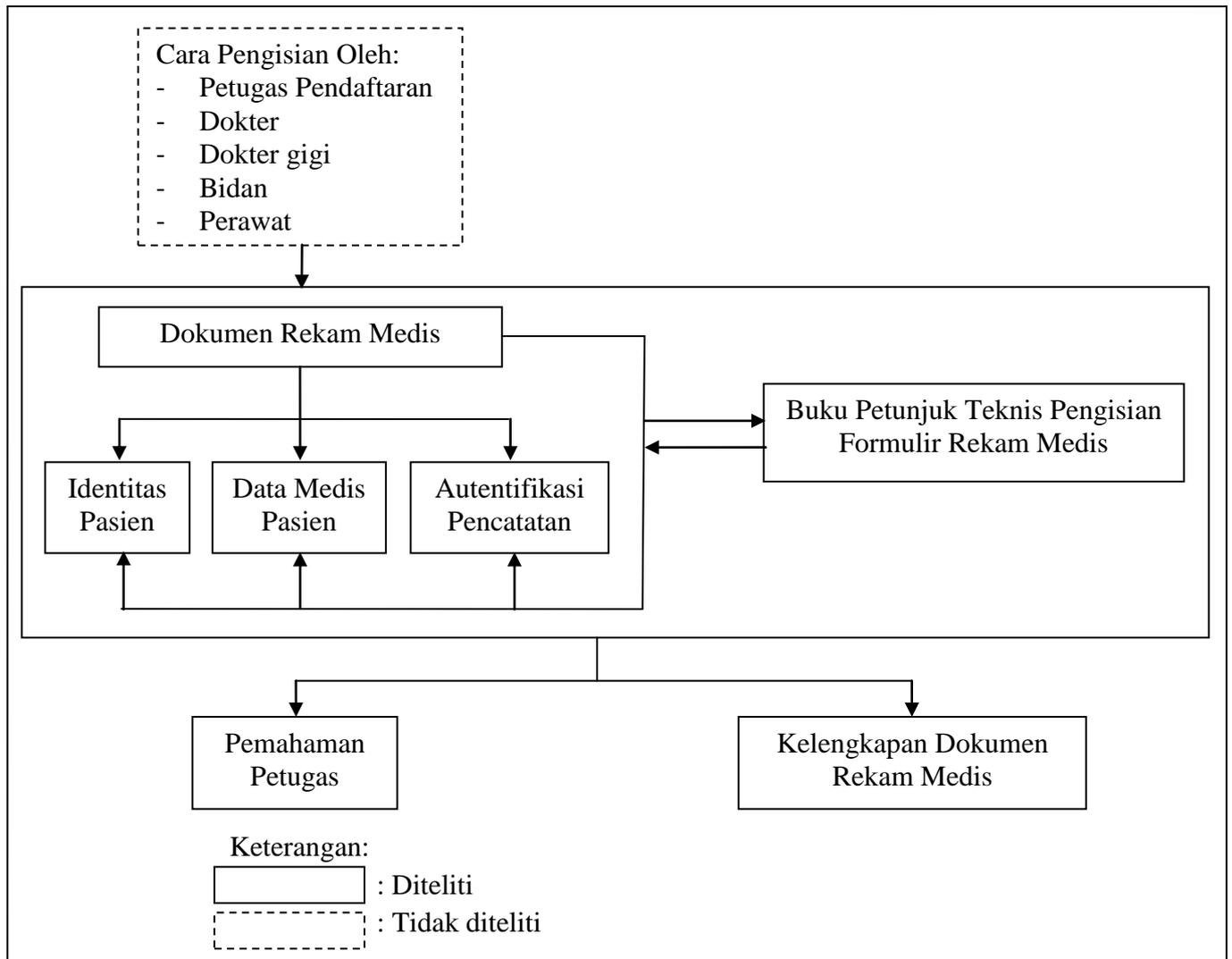
- 1) Pastikan ukuran jenis huruf memadai (jenis huruf dalam ukuran 12).
- 2) Pastikan teks dengan latar belakang sangat kontras.
- 3) Gunakanlah jenis huruf "*Sanserif*".
- 4) Hindarilah penggunaan beberapa jenis huruf.
- 5) Berat jenis huruf dapat digunakan secara hemat untuk menunjukkan fungsinya yang penting.

- 6) Gunakanlah kode warna secara konsisten.
- 7) Sediakanlah banyak ruang putih di antara tiap bagian dan di sekitar gambar dan paragraf.
- 8) Sediakanlah suatu bagian (atau batas) bagi pengguna untuk membuat catatan mereka sendiri.
- 9) Gunakanlah tata letak yang konsisten dalam tiap halaman.
- 10) Ujilah penggunaan warna untuk memastikan itu dapat dibaca oleh pengguna buta warna.
- 11) Hindarilah penggunaan warna biru muda untuk teks dan detail yang kecil, dan jangan pernah menggunakan warna biru pada latar belakang merah.

B. Kerangka Konsep

Dari hasil tinjauan pustaka kemudian dapat dikembangkan suatu kerangka konsep penelitian. Kerangka konsep merupakan suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lain. Dengan demikian, kerangka konsep bisa diartikan suatu hubungan atau kaitan antara variabel-variabel yang akan diukur di dalam penelitian (Fatimah dkk, 2009:15).

Kerangka konsep penelitian adalah gambaran sederhana (ringkas) dan jelas mengenai keterkaitan satu konsep dengan konsep yang lainnya atau menggambarkan pengaruh atau hubungan antara satu kejadian (fenomena) dengan kejadian (fenomena) lainnya (Sibagariang dkk, 2010:42). Karena konsep tidak dapat langsung diamati maka konsep dapat diukur melalui variabel (Riyanto, 2011:65).



Gambar 2.1 Kerangka Konsep “Implementasi Buku Petunjuk Teknis Pengisian Formulir Rekam Medis terhadap Pemahaman Petugas dan Kelengkapan Dokumen Rekam Medis di Puskesmas Rampal Celaket”

Berdasarkan kerangka konsep di atas menjelaskan bahwa penelitian dilakukan dengan meneliti pemahaman petugas, meliputi petugas pendaftaran, dokter, dokter gigi, bidan, dan perawat mengenai kelengkapan dokumen rekam medis dikaitkan penggunaan buku petunjuk teknis pengisian formulir rekam medis. Dalam penelitian ini, juga meneliti kelengkapan dokumen rekam medis berdasarkan keterisian komponen identitas pasien, data medis pasien, dan autentifikasi pencatatan. Penelitian akan dilakukan dengan cara mengidentifikasi pemahaman petugas dan mengukur kelengkapan dokumen rekam medis. Kemudian, peneliti akan mengimplementasikan buku petunjuk

teknis pengisian formulir rekam medis. Dari pengimplementasian ini, peneliti akan mengidentifikasi kembali pemahaman petugas, meliputi petugas pendaftaran, dokter, dokter gigi, bidan, dan perawat mengenai kelengkapan dokumen rekam medis dikaitkan penggunaan buku petunjuk teknis pengisian formulir rekam medis serta mengukur kembali kelengkapan dokumen rekam medis berdasarkan keterisian komponen identitas pasien, data medis pasien, dan autentifikasi pencatatan. Kemudian pemahaman petugas dan kelengkapan dokumen rekam medis dianalisis sebelum maupun sesudah implementasi buku petunjuk teknis pengisian formulir rekam medis.

C. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- H_0 : Tidak terdapat perbedaan pemahaman petugas sebelum dan sesudah implementasi buku petunjuk teknis pengisian formulir rekam medis.
- H_0 : Tidak terdapat perbedaan kelengkapan dokumen rekam medis sebelum dan sesudah implementasi buku petunjuk teknis pengisian formulir rekam medis.
- H_1 : Terdapat perbedaan pemahaman petugas sebelum dan sesudah implementasi buku petunjuk teknis pengisian formulir rekam medis.
- H_1 : Terdapat perbedaan kelengkapan dokumen rekam medis sebelum dan sesudah implementasi buku petunjuk teknis pengisian formulir rekam medis.