

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-undang RI Nomor 44 Tahun 2009, Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2. Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis merupakan bukti tertulis tentang proses pelayanan yang diberikan oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya kepada pasien, hal ini merupakan cerminan kerja sama lebih dari satu orang tenaga kesehatan untuk menyembuhkan pasien. Bukti tertulis pelayanan dilakukan setelah pemeriksaan tindakan, pengobatan sehingga dapat dipertanggung jawabkan (Depkes RI, 1997).

Sesuai dengan penjelasan Permenkes No. 269 Tahun 2008, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan. Dokumen adalah catatan dokter, dokter gigi, dan atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi, dan pengobatan harian serta semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan, asuhan keperawatan sampai asuhan gizi. Di dalamnya dijelaskan juga mengenai isi rekam medis pasien rawat jalan, pasien rawat inap, dan pasien rawat darurat. Sarana pelayanan kesehatan

adalah tempat penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan yang dapat digunakan untuk praktik kedokteran dan dokter gigi. (Kesehatan, Permenkes No. 269, 2008)

b. Tujuan Rekam Medis

Menurut DepKes RI (2006) tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

c. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, menurut Buku Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis tahun 2006, kegunaan rekam medis antara lain:

1) Aspek Administrasi

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

2) Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/tindakan 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.

3) Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karenanya isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai bukti untuk menegakkan keadilan, Rekam Medis adalah milik Dokter dan Rumah Sakit sedangkan isinya 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 (UU Praktik Kedokteran RI No.29 Tahun 2004 Pasal 26 ayat (1), Penjelasan).

4) Aspek keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat digunakan sebagai aspek keuangan. Kaitannya rekam medis dengan aspek keuangan sangat erat sekali dalam hal pengobatan, terapi serta tindakan – tindakan apa saja yang diberikan seorang pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit, oleh karena itu penggunaan sistem teknologi computer dalam proses penyelenggaraan rekam medis sangat diharapkan sekali untuk diterapkan pada setiap instansi pelayanan kesehatan

5) Aspek Penelitian

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.

6) Aspek Dokumentasi

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. Dengan melihat dari beberapa aspek tersebut di atas, rekam medis mempunyai kegunaan yang sangat luas karena tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi layanan saja. Kegunaan rekam medis secara umum adalah

- a) Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian di dalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien;
- b) Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien;
- c) Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit;
- d) Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien;
- e) Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya;
- f) Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan;
- g) Sebagai dasar di dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medik pasien;
- h) Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan serta sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan (Depkes RI, 1997).

3. Formulir

a. Pengertian Formulir Rekam Medis

Formulir adalah selembaran kertas dengan format tercetak dan berisikan ruang untuk informasi yang ditentukan sebelumnya (Hosizah, 2006), menurut pakar lain Sayuti (2013) formulir adalah lembaran kartu atau kertas lepas berukuran tertentu yang telah dipersiapkan terlebih dahulu secara dicetak dengan uraian-uraian, kolom-kolom, garis-garis atau ruang-ruang untuk menghimpun, mencatat atau menyampaikan informasi yang diperlukan. Pengertian lain menyatakan bahwa formulir atau form adalah sehelai kertas yang memuat informasi tetap serta ruang kosong untuk informasi variabel. Formulir rekam medis adalah form yang digunakan untuk mengumpulkan data pasien baik berupa data demografi dan data klinis.

Menurut Huffman (1994) aturan dasar atau prinsip formulir adalah :

1) Sesuai kebutuhan pengguna

Pelajari tujuan dan pemakaian formulir dan membuat rancangan sesuai kebutuhan pengguna. Untuk mengetahui kebutuhan pengguna dan studi dokumentasi dengan mempertimbangkan standar isi formulir.

2) Membuat formulir sesederhana mungkin

Merancang formulir sesederhana mungkin dengan menghilangkan data atau informasi yang tidak diperlukan. Untuk mendapatkan formulir yang sederhana dapat dilakukan dengan analisis kebutuhan item data.

3) Terminologi yang standar

Menggunakan terminologi standar untuk semua elemen data atau menggunakan definisi-definisi, beri label semua informasi. Untuk

dapat menggunakan terminologi standar, maka perlu dibuat kebijakan tertulis yang disahkan tentang terminologi standar dan singkatan yang digunakan di rumah sakit atau puskesmas.

4) Adanya pedoman pengumpulan data interpretasi data

Jika perlu masukkan pedoman untuk menjamin agar pengumpulan dan interpretasi data konsisten.

5) Urutan penempatan item yang logis

Untuk mendapat urutan penempatan yang logis dapat dilakukan dengan menempatkan item formulir sesuai dengan alur pengisiannya atau alur mendapatkan informasi, contohnya seperti : data sosial didapatkan lebih dulu daripada data medis.

b. Dasar Hukum Desain Rekam Medis

Perkembangan teknologi tidak lagi dipungkiri dapat mempercepat pekerjaan yang dilakukan, begitu pula pada dunia kesehatan. Pemanfaatan rekam medis elektronik sangat mempercepat proses pada pengelolaan data pada unit rekam medis. Penerapan rekam medis elektronik harus tetap menjaga prinsip-prinsip pengelolaan rekam medis manual. Untuk itu penguasaan rekam medis manual diharapkan dapat menjadikan dasar pengembangan rekam medis elektronik yang baik, contohnya pada penguasaan materi desain formulir pada rekam medis manual diharapkan dapat menjadi dasar pengembangan desain formulir pada rekam medis elektronik.

Beberapa keputusan yang mendasari kewajiban profesional perekam medis untuk memperbaiki mutu formulir rekam medis termasuk di dalamnya merancang formulir rekam medis yaitu :

- 1) Keputusan Menteri PAN Nomor 135 tahun 2002 tentang Jabatan Fungsional Medis dan Angka Kreditnya;

- 2) Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 377 tahun 2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan;
- 3) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis;
- 4) Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan;
- 5) Undang-undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
- 6) Undang-undang RI Nomor 11 tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik;
- 7) Undang-undang RI Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Savitri Citra Budi, 2013).

c. Kelengkapan Pengisian Formulir

Kelengkapan pengisian berkas rekam medis oleh tenaga kesehatan akan memudahkan tenaga kesehatan lain dalam memberikan tindakan atau laporan kepada pasien. Selain itu juga sebagai sumber data pada bagian rekam medis dalam pengolahan data yang kemudian akan menjadi informasi yang berguna bagi pihak manajemen dalam menentukan langkah-langkah strategis untuk pengembangan pelayanan kesehatan (Depkes RI, 1997).

Menurut Gemala Hatta tahun 2008, kelengkapan pengisian dokumen rekam medis sangat penting dikarenakan informasi yang digunakan oleh rumah sakit dan organisasi kesehatan yang terkait sebagai basis data statistik, riset dan sumber perencanaan untuk peningkatan mutu pelayanan.

Menurut Arif Kurniadi (2012) kelengkapan pengisian formulir rekam medis dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain :

- 1) Latar belakang pendidikan tenaga kesehatan
- 2) Masa kerja
- 3) Pengetahuan mengenai rekam medis
- 4) Keterampilan
- 5) Motivasi
- 6) Alat kerja
- 7) Sarana kerja
- 8) Waktu kerja
- 9) Pedoman tertulis
- 10) Kepatuhan terhadap pedoman

Rekam medis yang lengkap dan benar akan memudahkan informasi bagi pihak rumah sakit. Rekam medis yang lengkap dapat digunakan bagi referensi pelayanan kesehatan, melindungi hukum, menunjang informasi, *quality assurance*, menetapkan diagnosa, prosedur pengodean, pengertian biaya dan untuk penelitian.

Rekam medis merupakan bukti dokumentasi semua upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Kelengkapan rekam medis menitikberatkan pada 4 kriteria (Hatta, 2008) :

- 1) Kelengkapan data sosial pasien (demografi), meliputi informasi tentang nama lengkap, nomor rekam medis, alamat lengkap, usia, orang yang dapat dihubungi, tanda tangan persetujuan
- 2) Kelengkapan bukti rekaman yang ada, yang dapat dipertanggungjawabkan secara lengkap yaitu adanya data/informasi kunjungan yang memuat alasan, keluhan pasien, riwayat pemeriksaan, data tambahan atau penunjang, diagnosa atau kondisi, rujukan bila diperlukan

- 3) Keabsahan rekaman, dikatakan memiliki keabsahan bilamana tenaga kesehatan yang memeriksa pasien atau suarat persetujuan yang diberikan pasien/wali dalam rekam medis diakhiri dengan membubuhkan atau mengabsahkan tanda tangan
- 4) Tata cara mencatat, adalah aturan yang harus ditaati dan terdiri dari pemberian tanggal, keterangan waktu, baris tetap, dan koreksi.

Menurut KEPMENKES R1 No. 129/MENKES/SK/II/2008 tentang standar pelayanan minimal, yang dimaksud dengan rekam medis lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang dengan standar pengisian 100% lengkap.

d. Aspek Anatomi Formulir

Analisis berdasarkan aspek anatomi dilihat dari komponen bagian dalam formulir. Menurut Huffman (1994) bagian anatomi formulir terdiri dari *heading*, *introduction*, *instruction*, *body*, dan *close*.

1) Kepala (*heading*)

Bagian ini mencerminkan judul dan informasi tentang formulir. Posisi standar dari judul adalah kiri-atas, tengah, kanan-atas, kiri-bawah atau kanan-bawah. Sebuah sub judul digunakan jika judul utama memerlukan penjelasan atau kualifikasi lebih lanjut. Informasi lain mengenai formulir mencakup identifikasi formulir, tanggal penerbitan dan nomor halaman. Jika formulir terdiri dari beberapa halaman terpisah atau tercetak di halaman balik, identifikasi harus berada pada kedua sisi dan setiap halaman.

2) Pendahuluan (*Introduction*)

Bagian ini menjelaskan tujuan formulir. Terkadang tujuan ditunjukkan oleh judul, sehingga tidak perlu lagi ada. Jika penjelasan lebih lanjut dari judul diperlukan, maka pernyataan yang jelas dapat dimasukkan ke dalam formulir untuk menjelaskan tujuannya.

3) Perintah (*Instruction*)

Instruksi yang singkat dan berada pada bagian atas formulir. Tujuannya agar pengguna segera dapat menentukan berapa kopi yang diperlukan, siapa yang harus mengajukan formulir dan kepada siapa kopiannya harus dikirimkan, dan bagaimana cara mengisi formulir. Instruksi tidak boleh diletakkan di antara ruang-ruang isian formulir karena hal ini membuat formulir terkesan berantakan dan mempersulit pengisian.

4) Isi (*Body*)

Bagian ini merupakan bagian inti dari formulir untuk pengisian data. Hal yang perlu diperhatikan dalam komponen ini meliputi :

a) *Margins*

Margin merupakan jarak antara tepi formulir dengan area isi formulir. Batas *margin* minimum harus disediakan $2/16''$ (inches) atau 0,3175cm pada bagian atas, $3/6''$ atau 1,27cm pada bagian bawah dan $3/10''$ atau 0,762cm pada sisi-sisi.

b) *Spacing*

Spacing merupakan ukuran area isian data. Untuk *spacing* yang dibuat dengan tulisan tangan, diberikan horizontal *spacing* $1/10''$ atau 0,254cm sampai $1/12''$ atau 0,21167cm per-karakter. Vertikal *spacing* memerlukan $1/4''$ atau

0,635cm sampai 1/3” atau 0,84667cm. Desain kotak yang digunakan memerlukan 1/3” atau 0,84667cm.

c) *Rules*

Sebuah *rule* adalah sebuah garis vertikal atau horizontal. *Rules* membagi formulir atas bagian-bagian logis, mengarahkan penulis untuk memasukkan data pada tempat yang semestinya, menginstruksikan penulis mengenai panjang yang diinginkan dari data yang dimasukkan, membimbing pembaca melalui komunikasi dan menambah daya tarik fisik formulir.

d) *Type Styles*

Jenis huruf ini penting dalam hal keterbacaan dan penonjolan. Untuk suatu formulir, paling baik adalah menggunakan sesedikit mungkin jenis dan ukuran huruf. Item-item dengan kepentingan yang sama hendaknya dicetak dengan huruf yang sama di semua bagian formulir. Jenis *Italic* dan *Bold* digunakan untuk penekanan, tetapi terbatas pada kata-kata yang memerlukan penekanan khusus.

e) Cara Pencatatan

Cara pencatatan pada formulir dapat dihasilkan dengan tangan, mesin ketik atau cetakan komputer. Cara lain pencatatan data mencakup OCR (*Optical Character Recognition*) dan *barcode*, yang bekerja sebagai input langsung ke dalam komputer.

5) Penutup (*Close*)

Bagian ini merupakan penutup sebuah formulir kertas dan tersedia ruangan untuk tanda tangan sebagai tanda bukti autentifikasi atau persetujuan.

e. Aspek Isi Desain Formulir

Analisis berdasarkan aspek isi dilihat dari isi data pada formulir rekam medis tersebut. Menurut Huffman (1994) bagian isi formulir terdiri dari item, istilah, singkatan dan simbol yang digunakan dalam formulir rekam medis tersebut yang terdiri dari :

1) Kelengkapan Item

Item-item yang tercantum pada formulir harus lengkap agar informasi yang dibutuhkan dapat terpenuhi. Item ini menyesuaikan pada struktur data atau isi data rekam medis yang ditentukan.

2) Istilah

Penggunaan istilah dalam desain formulir harus menggunakan istilah yang standar, khususnya standar di rumah sakit atau puskesmas tersebut. Untuk mendapatkan istilah yang standar dapat dilakukan dengan pembuatan surat keputusan tentang pemberlakuan istilah yang ada di rumah sakit atau puskesmas. Istilah harus didefinisikan dalam keputusan tersebut, hal ini penting untuk menghindari salah persepsi pada istilah yang digunakan.

3) Singkatan

Penggunaan singkatan dalam desain formulir harus menggunakan singkatan yang standar. Singkatan tersebut telah disepakati dan dipahami oleh seluruh sumber daya di pelayanan kesehatan tersebut.

4) Simbol

Penggunaan simbol dalam formulir harus sesuai dengan standar, khususnya standar di pelayanan kesehatan tersebut. Untuk

mendapatkan simbol yang sesuai standar dapat dilakukan dengan pembuatan surat keputusan tentang pemberlakuan simbol yang ada di pelayanan kesehatan tersebut.

f. Teknik Desain Formulir

Teknik desain formulir (Hosizah, 2006) adalah meskipun saling berbeda antara pemakai, tetapi memiliki konsep-konsep seperti:

- 1) Setiap formulir harus memiliki judul tertentu (nama formulir)
- 2) Setiap formulir harus diberi nomor, sehingga memudahkan dalam pengontrolan mengenai data pasien dan jumlah formulir yang telah digunakan
- 3) Setiap butir-butir dalam formulir harus diberi jarak
- 4) Dalam susunan *layout* formulir, data yang berhubungan agar dikelompokkan atau diletakkan dalam satu bagian
- 5) Gunakan judul kolom atau judul *caption* (keterangan) dengan jelas, untuk menerangkan tujuan dari formulir tersebut. Penggunaan kotak jawaban (balok box), akan lebih memudahkan dalam pengisian
- 6) Format formulir harus seimbang dengan isi, yaitu mempertimbangkan jumlah butir-butir yang ada dengan format *layout* dapat dikerjakan dengan baik.
- 7) Untuk memudahkan dalam membuat desain formulir, buatlah sketsa kasar dari desain yang dibuat, sehingga pengaturan layout dapat dikerjakan dengan baik.

Sedangkan menurut *American Health Information Management Association* (Maki & Eichenwald, 2010) dijelaskan bahwa prinsip-prinsip desain formulir adalah sebagai berikut:

- 1) Formulir harus mudah diisi/dilengkapi
- 2) Tercantum instruksi pengisian dan penggunaan formulir tersebut
- 3) Pada formulir harus terdapat *heading* yang mencakup judul dan tujuan secara jelas
- 4) Nama dan alamat sarana pelayanan kesehatan (rumah sakit) harus tercantum dalam setiap halaman formulir
- 5) Nama, nomor rekam medis dan informasi lain tentang pasien seharusnya tercantum dalam setiap halaman formulir. Saat ini rumah sakit banyak menggunakan *bar coding* sebagai informasi identitas pasien
- 6) *Bar coding* juga mencakup indek formulir
- 7) Nomor dan tanggal revisi formulir dicantumkan agar dipastikan penggunaan formulir terkini
- 8) Mengurangi penggunaan formulir yang tidak terpakai (*out date*)
- 9) *Layout* formulir fisik harus logis
- 10) Data pribadi dan alamat serta informasi lain yang terkait satu dengan yang lainnya dikelompokkan menjadi satu kesatuan
- 11) Seleksi jenis huruf yang terstandar, beberapa pakar menyarankan semua dengan huruf kapital
- 12) *Margin* (batas tepi) disediakan yang cukup untuk kepentingan *hole punches*
- 13) Garis digunakan untuk memudahkan entri data dan memisahkan area pada formulir
- 14) *Shading* digunakan untuk memisahkan dan penekanan area-area formulir
- 15) *Cek boxes* digunakan untuk menyediakan ruangan pengumpulan data.

4. Unit Rawat Inap

Menurut Kementerian Kesehatan RI (1992) dalam Hestiningih (2004), pelayanan rawat inap adalah pelayanan kepada pasien masuk yang menempati tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehab medis dan atau pelayanan medis lainnya.

Penerimaan pasien rawat inap adalah penerimaan pasien untuk mendapatkan pelayanan lanjutan setelah mendapatkan surat pengantar dirawat dari pihak yang berwenang. Dalam hal ini pihak yang memberi surat pengantar adalah dokter yang menangani atau pelayanan rawat darurat di fasilitas kesehatan tersebut bukan dari fasilitas pelayanan kesehatan yang lain.

1. Asuhan Gizi

Asuhan gizi merupakan sarana dalam pemenuhan dalam upaya pemenuhan zat gizi pasien. Pelayanan gizi rawat inap sering disebut juga dengan terapi gizi medik. Pelayanan kesehatan paripurna seorang pasien, baik rawat inap maupun rawat jalan, secara teoritis memerlukan tiga jenis asuhan (care) yang pada pelaksanaannya dikenal sebagai pelayan (service). Ketiga jenis asuhan tersebut adalah : asuhan medik, asuhan keperawatan dan asuhan gizi (Depkes, 2006).

Tujuannya untuk memberikan pelayanan kepada pasien rawat inap agar memperoleh gizi yang sesuai dengan kondisi penyakit, dalam upaya mempercepat proses penyembuhan. Pelayanan gizi rawat inap merupakan serangkaian kegiatan selama perawatan yang meliputi :

1. Pengkajian status gizi
2. Penentuan kebutuhan gizi sesuai dengan status gizi dan penyakitnya
3. Penentuan macam atau jenis diet sesuai dengan penyakitnya dan cara pemberian makanan

4. Konseling gizi

5. Evaluasi dan tindak lanjut pelayanan gizi

Adapun data kategori dalam asuhan gizi yaitu :

a. Riwayat Gizi (FH)

Pengumpulan data riwayat gizi dilakukan dengan cara interview, termasuk interview khusus seperti recall makanan 24 jam, food frequency questioner (FFQ) atau dengan metoda asesmen gizi lainnya. Berbagai aspek yang digali adalah:

- 1) Asupan makanan dan zat gizi, yaitu pola makanan utama dan snack, menggali komposisi dan kecukupan asupan makan dan zat gizi, sehingga tergambar mengenai:
 - a) Jenis dan banyaknya asupan makanan dan minuman,
 - b) Jenis dan banyaknya asupan makanan enteral dan parenteral,
 - c) Total asupan energi,
 - d) Asupan makronutrien,
 - e) Asupan mikronutrien,
 - f) Asupan bioaktif.
- 2) Cara pemberian makan dan zat gizi yaitu menggali mengenai diet saat ini dan sebelumnya, adanya modifikasi diet, dan pemberian makanan enteral dan parenteral, sehingga tergambar mengenai:
 - a) Order diet saat ini,
 - b) Diet yang lalu,
 - c) Lingkungan makan,
 - d) Pemberian makan enteral dan parenteral.
 - e) Pedoman Proses Asuhan Gizi Terstandar .

- 3) Penggunaan medika mentosa dan obat komplemen-alternatif (interaksi obat dan makanan) yaitu menggali mengenai penggunaan obat dengan resep dokter ataupun obat bebas, termasuk penggunaan produk obat komplemen-alternatif.
- 4) Pengetahuan/Keyakinan/Sikap yaitu menggali tingkat pemahaman mengenai makanan dan kesehatan, informasi dan pedoman mengenai gizi yang dibutuhkan, selain itu juga mengenai keyakinan dan sikap yang kurang sesuai mengenai gizi dan kesiapan pasien untuk mau berubah.
- 5) Perilaku yaitu menggali mengenai aktivitas dan tindakan pasien yang berpengaruh terhadap pencapaian sasaran-sasaran yang berkaitan dengan gizi, sehingga tergambar mengenai :
 - a) Kepatuhan,
 - b) Perilaku melawan,
 - c) Perilaku makan berlebihan yang kemudian dikeluarkan lagi (bingeing and purging behavior),
 - d) Perilaku waktu makan,
 - e) Jaringan sosial yang dapat mendukung perubahan perilaku.
- 6) Faktor yang mempengaruhi akses ke makanan yaitu mengenai faktor yang mempengaruhi ketersediaan makanan dalam jumlah yang memadai, aman dan berkualitas.
- 7) Aktivitas dan fungsi fisik yaitu menggali mengenai aktivitas fisik, kemampuan kognitif dan fisik dalam melaksanakan tugas spesifik seperti menyusui atau kemampuan makan sendiri sehingga tergambar mengenai:

- a) Kemampuan menyusui
 - b) Kemampuan kognitif dan fisik dalam melakukan aktivitas makan bagi orang tua atau orang cacat
 - c) Level aktivitas fisik yang dilakukan
 - d) Faktor yang mempengaruhi akses ke kegiatan aktivitas fisik
- b. Atropometri (AD)
- Pengukuran tinggi badan, berat badan, perubahan berat badan, indeks masa tubuh, pertumbuhan dan komposisi tubuh.
- c. Laboratorium (BD)
- Keseimbangan asam basa, profil elektrolit dan ginjal, profil asam lemak esensial, profil gastrointestinal, profile glukosa/endokrin, profil inflamasi, profil laju metabolik, profil mineral, profil anemia gizi, profil protein, profil urine, dan profil vitamin.
- d. Pemeriksaan fisik terkait gizi (PD)
- Evaluasi sistem tubuh, wasting otot dan lemak subkutan, kesehatan mulut, kemampuan menghisap, menelan dan bernafas serta nafsu makan.
- e. Riwayat Client (CH)
- Informasi saat ini dan masa lalu mengenai riwayat personal, medis, keluarga dan sosial. Data riwayat klien tidak dapat dijadikan tanda dan gejala (signs/symptoms) problem gizi dalam pernyataan PES, karena merupakan kondisi yang tidak berubah dengan adanya intervensi gizi. Riwayat klien mencakup:
- 1) Riwayat personal yaitu menggali informasi umum seperti usia, jenis kelamin, etnis, pekerjaan, merokok, cacat fisik.

- 2) Riwayat medis/kesehatan pasien yaitu menggali penyakit atau kondisi pada klien atau keluarga dan terapi medis atau terapi pembedahan yang berdampak pada status gizi
- 3) Riwayat sosial yaitu menggali mengenai faktor sosioekonomi klien, situasi tempat tinggal, kejadian bencana yang dialami, agama, dukungan kesehatan dan lain-lain

2. Analisis Pendokumentasian Rekam Medis

A. Analisa statistik

Analisa statistik yaitu suatu analisa berdasarkan data yang dihasilkandalam pelayanan rekam medis dan diolah dengan menggunakan metodestatistik deskriptif atau inferensial sehingga menghasilkan informasi yangbergunauntuk keperluan pengambilan keputusan organisasi (klinis atau administrasi).

B. Analisa kuantitatif

Analisa kuantitatif adalah analisis yang ditujukan untuk memeriksa kelengkapan urutan lembaran pemeriksaan sejak saat masuk ke Rumah sakit sampai keluar dari Rumah Sakit atau sesuai dengan lamanya penanganan meliputi lembaran medis, paramedis dan penunjang prosedur sesuai prsedur yang telah ditetapkan. Komponen analisa kuantitatif (Dirjen Yanmed,1994) :

1) Review Identifikasi

Yaitu data identitas pasien dengan cara memeriksa setiaphalaman atau memeriksa lembar rekam medis.

Meliputi : No RM, Nama Pasien, Umur, Jenis Kelamin.

2) Review Pelaporan

Yaitu beberapa laporan tertentu yang ada dilaporkan rekam medis dalam pelayanan kesehatan, sedangkan laporan lain disesuaikan dengan penyakit pesien selama dirawat di Rumah Sakit.

Meliputi : Anamnesa, pemeriksaan fisik, laporan operasi, anasthesia, *informed consent*, konsultasi, pemeriksaan penunjang.

3) Review Autentifikasi

Yaitu data yang memastikan penulisan data rekam medis mempunyai autentifikasi berupa tanggal pelayanan, nama terang, tanda tangan, inisial petugas atau akses komputer berupa kode dan kunci sandi yang hanya dipegang oleh pemilik, inisial (singkatnama).

4) Review Pencatatan

Yaitu pencatatan yang tidak lengkap dan tidak bisa dibaca.

Meliputi : cara penulisan, cara pembetulan kesalahan, penggunaan simbol dan istilah yang sah.

C. Analisa Kualitatif

Komponen analisa kualitatif meliputi :

1) Review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa

Yaitu adanya kesesuaian penulisan diagnosa dari diagnosa masuk sampai diagnosa akhir, yang meliputi Diagnosa tambahan, *differensial diagnosa*, *preoperative diagnosa*, *post operative diagnosa* dan lain-lain.

2) Review kekonsistensian pencatatandiagnosa

Yaitu penyesuaian atau adanya kecocokan pencatatan antara satu bagian dengan bagian lain dan seluruh bagian yang mencerminkan perkembangan informasi mengenai kondisi pasien. Meliputi : hasil operasi, hasil PA, catatan perkembangan, instruksi dokter dan catatan obat.

3) Review pencatatan yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan.

Yaitu hal-hal yang harus dicatat selama pasien dirawat, tindakan yang telah dilakukan pada pasien dan menyimpan seluruh hasil pemeriksaan.

4) Review adanya informed consent yang seharusnya ada

Adalah pencatatan pada surat-surat pernyataan atau *informed consent* secara lengkap sesuai tindakan atau pengobatan yang diberikan kepada pasien, sesuai peraturan yang ada.

5) Review cara atau praktek pencatatan

Adalah pencatatan yang mudah dibaca, jelas, tinta yang tahanlama, menggunakan singkatan umum dan tidak menulis hal-hal yang tidak ada kaitannya dengan pengobatan pasien.

6) Review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi

Yaitu Rekam Medis harus mempunyai semua catatan mengenai kejadian yang dapat menyebabkan atau berpotensi tuntutan kepada Rumah Sakit , baik oleh pasien maupun pihak ketiga

3. Pendekatan Dalam Mendesain Formulir Rekam Medis

Ada tiga pendekatan dalam merancang/mendesain formulir rekam medis,yaitu:

1. SOMR (*Source Oriented Medical Record*)

Yaitu pendokumentasian pelayanan medis berdasar pada sumber data bagian atau departemen yang merawat pasien.Dengan demikian laporan disusun berdasarkan kegiatan unit pelayanan dengan mengkaji transaksi-transaksi pelayanan yang telah dilakukan di bagian yang bersangkutan.

Kelebihan SOMR yaitu akses data pasien pada unit pelayanan cepat diperoleh.Tetapi kekurangannya adalah penentuan seluruh masalah pasien dan tindakan berikutnya tak dapat disediakan dengan cepat pada waktu tertentu karena data terbagi di beberapa unit pelayanan.

Pendekatan SOMR ini sudah banyak ditinggalkan oleh organisasi pelayanan kesehatan karena perubahan paradigma dan pendekatan desain formulir rekam medis kearah pentingnya kesinambungan setiap data yang

diperoleh pada setiap bagian. Oleh sebab itu sebagai perekam medis pendekatan utamanya adalah pendekatan sistem.

2. POMR (*Problem Oriented Medical Record*)

Definisi tentang POMR yaitu pengetahuan tentang metode pencatatan yang terpusat pada pemecahan masalah klien dengan pendekatan pada tahapan proses pelayanan medis dan keperawatan.

Cara pendokumentasian hasil pelayanan kepada pasien ke dalam rekam medis dengan pendekatan sistem sehingga dapat merefleksikan pemikiran yang logis bagi dokter dan perawat yang merawat atau melayani pasien.

a. Tujuan POMR, sebagai berikut:

- 1) Menyediakan informasi yang logis dan sistematis tentang problem yang dihadapi pasien.
- 2) menyediakan informasi rencana pemecahan masalah, pengobatan, tindakan dan perkembangan hasilnya.
- 3) Mencegah pelayanan yang terkotak-kotak
- 4) Meningkatkan akuntabilitas (pertanggungjawaban) dan mutu pelayanan yang ditunjukkan adanya kelengkapan data.
- 5) Memudahkan dilakukannya penelitian klinis.

b. Manfaat POMR :

- 1) Meningkatkan mutu asuhan pasien karena informasi yang terkandung di dalam formulir rekam medis dapat berkesinambungan dari bagian satu dengan bagian lainnya serta dapat diakses dari waktu ke waktu berikutnya.
- 2) Meningkatkan pengetahuan dan pendidikan tenaga medis dan perawat, karena semua data dan informasi pelayanan kepada pasien pada penyakit yang sama dapat dibaca dan dilihat secara menyeluruh dan sistematis.

- 3) Memudahkan evaluasi pelayanan klinis yang dilakukan dokter dan perawat, karena data yang tercatat logis mengikuti pemikiran mereka.
- 4) Memudahkan dilakukannya adaptasi adanya perubahan teknologi.

Dengan pendekatan POMR yang sesuai dengan logika pemikiran pengguna, bila formulir kertas akan dirubah menjadi formulir elektronik akan lebih familier (dikenal) bagi pengguna formulir.

3. IMR (Integrated Medical Record)

Adalah menyatukan semua data ke dalam formulir rekam medis sehingga tersusun kronologi pasien. Desain Formulir adalah proses produksi kreativitas seseorang pada formulir berupa kertas atau formulir elektronik dalam bentuk komunikasi visual yang mempunyai fungsi dan nilai estetika untuk menyampaikan informasi atau pesan kepada setiap orang yang telah diatur formatnya sedemikian rupa sesuai dengan kebutuhan tertentu.

4. CDI (*Clinical Documentation Improvement*)

Menurut Ms. Dorothy Steed, dokumentasi klinis adalah dasar dari setiap rekam medis pasien. Semua orang yang mendokumentasikan dalam catatan harus memenuhi standar dokumentasi klinis. Catatan tersebut mendukung keparahan kondisi pasien, penilaian dan evaluasi yang mengarah pada diagnosis dan manajemen perawatan. Tanpa dokumentasi yang kuat, menjadi sulit untuk mendukung kebutuhan medis dari layanan yang diberikan, membuka pintu untuk permintaan informasi tambahan, menyandi ulang, atau menolak layanan.

Coder memerlukan dokumentasi berkualitas tinggi untuk menentukan kualitas dan akurasi pengkodean, dan tidak dapat mengambil diagnosis kecuali didokumentasikan oleh penyedia. Setiap badan pengawas memberikan penekanan lebih besar pada dokumentasi klinis.

Audit Pendokumentasian Rekam Medis adalah pengujian kebenaran pencatatan rekam medis yang dapat dilakukan dengan melakukan analisis. Ada 7 Kriteria Pendokumentasian klinis yang berkualitas prima yaitu :

1) Dapat dibaca /*Legible*

- a) Tulisan dokter yang tidak dapat ditafsirkan.
- b) Keterbacaan Dokumen Klinis (hal yang diharapkan oleh setiap badan regulasi dan hokum).
- c) Ketidak jelasan tulisan tangan umumnya hasil dari praktek pendokumentasian yang tergesa-gesa dan ceroboh.

2) Dapat Dipercaya /*Reliable*

- a) Dapat dipercaya.
- b) Aman.
- c) Memberikan hasil yang sama saat diulang.

3) Tepat /*Precise*

Terperinci atau dokumen harus mengandung detail yang cukup untuk mendukung kondisi pasien.

4) Lengkap /*Complete*

Perhatian dokter sepenuhnya ditujukan dalam membuat rekam medis pasien. Kelengkapan termasuk: ketepatan autentikasi.

5) Konsisten /*Consistent*

Pendokumentasian klinis pasien tidak bertentangan satu sama lain:

- a) Pada catatan perkembangan dokter yang satu dengan dokter lainnya tidak sependapat.
- b) Peraturannya bila terjadi pendokumentasian yang bertentangan dokter Penanggung jawab pasien (DPJP) mempunyai hak lebih tinggi.

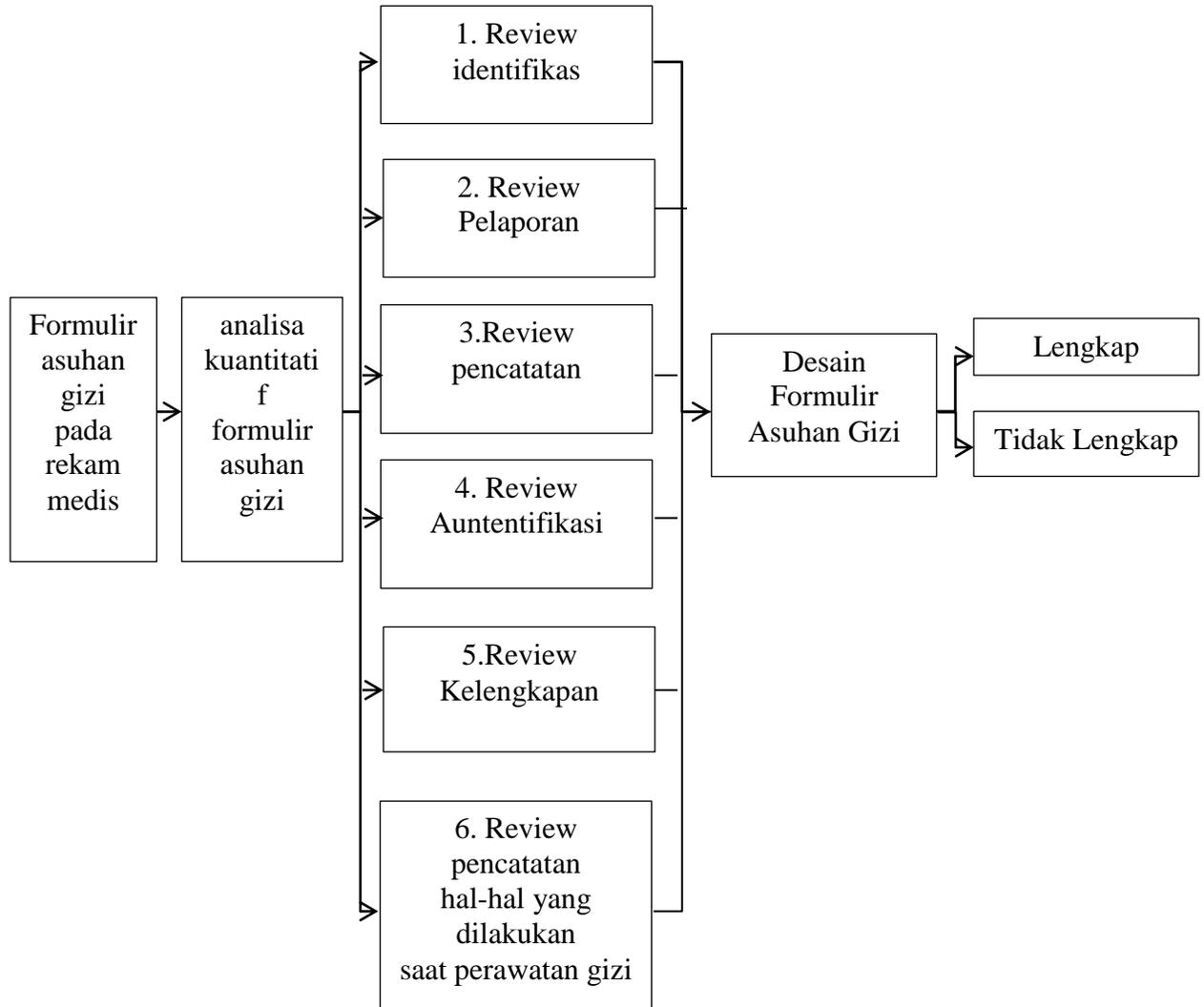
6) Jelas /*Clear*

Ketidakjelasan terjadi jika informasi pendokumentasian tidak sepenuhnya menggambarkan kondisi pasien,

7) Tepat waktu /*Timely*

- a) Ketepatan waktu pendokumentasian klinis merupakan hal yang penting, untuk pengobatan yang terbaik bagi pasien.
- b) Adanya pendokumentasian saat masuk mempengaruhi penelitian, penagihan, indikator kualitas dan perencanaan.
- c) Dokumentasi yang tepat waktu sangat penting untuk hasil optimal pasien. Ini termasuk catatan kemajuan harian, hasil diagnostik, ringkasan pemulangan, apakah diagnosis ada pada saat masuk, dan masukan dari penyedia konsultasi

Kriteria 1 hingga kriteria 6 difokuskan pada saat petugas melakukan kegiatan review dokumen rekam medis, sedangkan untuk kriteria “*timely*” tidak dapat dikoreksi bila suatu bagian ditulis terlambat maka tetap akan terlambat.

B. Kerangka Konsep

Gambar 2. 1 Kerangka Konsep Penelitian Pengembangan Desain Formulir Asuhan Gizi Tahun 2018

