

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rekam Medis

Rekam medis adalah berkas berisi catatan dan dokumen tentang pasien yang berisi identitas, pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis lain pada sarana pelayanan kesehatan untuk rawat jalan, rawat inap baik dikelola pemerintah maupun swasta. (Permenkes 269 Tahun 2008 tentang rekam medis).

Menurut Hatta (2012) tujuan rekam medis terbagi menjadi 2, yaitu:

1. Tujuan utama rekam medis terbagi menjadi 5 kepentingan yaitu untuk:
 - a. 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 serta konsekuensi.
 - b. Pelayanan Pasien, rekam medis mendokumentasikan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang, medis dantenaga lain yang bekerjadalam berbagai fasilitas pelayanan kesehatan.
 - c. Manajemen Kesehatan, rekam medis yang lengkap memuat segala aktivitas yang terjadi dalam manajemen pelayanan sehingga digunakan dalam menganalisis berbagai penyakit menyusun pedoman praktik, serta untuk mengevaluasi mutu pelayanan yang digunakan.
 - d. 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 mengomunikasikan informasi di antara klinik yang berbeda.
 - e. Pembiayaan, rekam kesehatan yang akurat mencatat segala pemberian pelayanan kesehatan yang diterima pasien. Informasi ini menentukan besarnya pembayaran yang harus dibayar, baik secara tunai atau melalui asuransi.

2. Tujuan Sekunder Rekam Medis

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

- a. Fungsi rekam medis

Fungsi rekam medis adalah untuk menyimpan data dan informasi pelayanan pasien. Agar fungsi itu tercapai, beragam metode dikembangkan secara efektif seperti dengan fungsi itu tercapai, beragam metode dikembangkan secara efektif seperti dengan melaksanakan ataupun mengembangkan sejumlah sistem, kebijakan, dan proses pengumpulan, termasuk penyimpanannya secara mudah diakses disertai dengan keamanan yang baik.

b. Kegunaan rekam medis

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek yaitu:

- 1) Aspek administrasi. Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
- 2) Aspek hukum. Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan bukti untuk menegakkan keadilan.
- 3) Aspek keuangan. Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat digunakan dalam menghitung biaya pengobatan/tindakan dan perawatan.
- 4) Aspek penelitian. Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.
- 5) Aspek pendidikan. Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan/ kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran di bidang profesi 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 sarana pelayanan kesehatan.

Menurut Hatta (2012) komponen rekam medis terbagi menjadi 4, yaitu:

1. Identifikasi
 - a. Nama lengkap
 - b. Nama orang tua

- c. Tempat tanggal lahir
 - d. Pekerjaan
 - e. Agama
 - f. Status perkawinan
2. Sosial
- a. Ras/Suku
 - b. Status dalam keluarga
 - c. Hobi
 - d. Sikap
3. Medical
- a. Data Langsung : laporan laboratorium, laporan operasi/anestesi/pasca anestesi. Diagnose, perintah dokter.
 - b. Data Dokter : laporan laboratorium, laporan operasi/anestesi/pasca anestesi, diagnose, perintah dokter.
4. Financial/ keuangan
- a. Nama perusahaan
 - b. Cara pembayaran
 - c. Orang yang bertanggungjawab
 - d. Nomor asuransi
 - e. Dsb

B. Formulir Rawat Inap

1. Rawat Inap

Pelayanan rawat inap (*opname*) adalah proses perawatan pasien oleh tenaga profesional akibat penyakit tertentu, dimana pasien diinapkan di rumah sakit. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien kondisinya memerlukan rawat inap.

2. Formulir

Menurut Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 isi rekam medis untuk pasien rawat inap pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat:

- a. Identitas pasien;
- b. Tanggal dan waktu;
- c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;

- d. Diagnosis;
- e. Rencana penatalaksanaan;
- f. Pengobatan dan/atau tindakan;
- g. Persetujuan tindakan bila diperlukan;
- h. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
- i. Ringkasan pulang (*discharge summary*);
- j. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
- k. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu; dan
- l. Untuk pasien khusus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

C. Formulir SOAP

Formulir SOAP biasanya terletak dalam lembar CPPT (catatan perkembangan pasien terintegrasi). SOAP adalah catatan yang bersifat sederhana, logis, dan tertulis. Formulir ini sering digunakan dalam catatan perkembangan pasien. SOAP juga digunakan untuk mendokumentasikan asuhan pasien dalam rekaman medis pasien sebagai catatan kemajuan. Bentuk SOAP pada umumnya digunakan pengkajian awal pasien, dengan cara penulisannya adalah sebagai berikut:

1. S (subjektif) adalah data subjektif berisi data dari pasien melalui anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung.
2. O (objektif) adalah data objektif yang dari hasil observasi melalui pemeriksaan fisik.
3. A (assesment) adalah analisis dan interpretasi berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera.
4. P (planning) adalah perencanaan yang merupakan rencana dari tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, diagnosis atau laboratorium, serta konseling untuk tindak lanjut.

D. Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripura yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. (Menurut Kepmenkes RI No 340/MENKES/PER/III/2010). Rumah sakit

melakukan pelayanan berasaskan pancasila yang memiliki nilai moral dan sosial sehingga mampu memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu.

1. Tujuan Penyelenggaraan Rumah Sakit

Berdasarkan undang-undang Republik Indonesia Nomer 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit pasal 3, pengaturan penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan:

- a. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan;
- b. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit;
- c. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; dan
- d. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya rumah sakit, dan rumah sakit.

2. Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan undang-undang Republik Indonesia Nomer 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit pasal 5, rumah sakit memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

3. Jenis pelayanan

Berdasarkan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, ada beberapa jenis pelayanan rumah sakit yang wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi 21 jenis pelayanan, yaitu :

- a. Pelayanan Gawat Darurat
- b. Pelayanan Rawat Inap
- c. Pelayanan Rawat Jalan
- d. Pelayanan Bedah

- e. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi
- f. Pelayanan Intensif
- g. Pelayanan Radiologi
- h. Pelayanan Laboratorium Patologi Klini
- i. Pelayanan Rehabilitasi Medik
- j. Pelayanan Farmasi
- k. Pelayanan Gizi
- l. Pelayanan Transfuse Darah
- m. Pelayanan Keluarga Miskin
- n. Pelayanan Rekam Medis
- o. Pelayanan Limbah
- p. Pelayanan Administrasi Manajemen
- q. Pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah
- r. Pelayanan Pemulasaran Jenazah
- s. Pelayanan *Laundry*
- t. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
- u. Pencegah Pengendalian Infeksi

E. Buku Panduan

Pedoman adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan atau melaksanakan kegiatan. Sedangkan panduan adalah merupakan petunjuk dalam melakukan kegiatan. Dengan demikian, dapat diartikan bahwa pedoman mengatur beberapa hal, sedangkan panduan hanya meliputi 1 (satu) kegiatan. Agar pedoman/panduan dapat di implementasikan dengan baik dan benar, diperlukan pengaturan melalui SPO. Mengingat sangat bervariasinya bentuk dan isi pedoman/panduan maka sulit untuk dibuat standar sistematiknya atau format bakunya. Oleh karena itu RS dapat menyusun/membuat sistematika buku pedoman/panduan sesuai kebutuhan. Menurut (Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi Komisi Akreditasi Rumah Sakit Tahun 2012).

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk dokumen pedoman/panduan ini yaitu :

- Setiap pedoman/panduan harus dilengkapi dengan peraturan/keputusan Direktur/Pimpinan RS untuk pemberlakuan pedoman/panduan tersebut. Bila Direktur/Pimpinan RS diganti, peraturan/keputusan Direktur/Pimpinan RS untuk pemberlakuan pedoman/panduan tidak perlu diganti. Peraturan/Keputusan Direktur/pimpinan RS diganti bila memang ada perubahan dalam pedoman/panduan tersebut.

- Setiap pedoman/panduan sebaiknya dilakukan evaluasi minimal setiap 2-3 tahun sekali.
- Bila Kementerian Kesehatan sudah menerbitkan pedoman/panduan untuk suatu kegiatan/pelayanan tertentu maka RS dalam membuat pedoman/panduan wajib mengacu pada pedoman/panduan yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan tersebut.

Walaupun format baku sistematika pedoman/panduan tidak ditetapkan, namun ada sistematika yang lazim digunakan sebagai berikut :

a. Format Pedoman Pengorganisasian Unit Kerja :

BAB I Pendahuluan

BAB II Gambaran Umum RS

BAB III Visi, Misi, Falsafah, Nilai dan Tujuan RS

BAB IV Struktur Organisasi RS

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/rapat

BAB XI Pelaporan

1. Laporan Harian
2. Laporan Bulanan
3. Laporan Tahunan

b. Format Pedoman Pelayanan Unit Kerja :

BAB I PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Tujuan Pedoman
- C. Ruang Lingkup Pelayanan

D. Batasan Operasional

E. Landasan Hukum

BAB II STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

B. Distribusi Ketenagaan

C. Pengaturan Jaga

BAB III STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruang

B. Standar Fasilitas

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

BAB V LOGISTIK

BAB VI KESELAMATAN PASIEN

BAB VII KESELAMATAN KERJA

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

BAB IX PENUTUP

c. Format Panduan Pelayanan RS :

BAB I DEFINISI

BAB II RUANG LINGKUP

BAB III TATA LAKSANA

BAB IV DOKUMENTASI

Sistematika panduan pelayanan RS tersebut diatas bukanlah baku tergantung dari materi/isi panduan. Pedoman/panduan yang harus dibuat adalah pedoman/panduan minimal yang harus ada di RS yang di persyaratkan sebagai regulasi yang diminta dalam elemen penilaian.

f. Prosedur

1) Beberapa Istilah Prosedur yang Sering Digunakan

a) *Standard Operating Procedure* (SOP), istilah ini lazim digunakan namun bukan merupakan istilah baku di Indonesia.

b) Standar Prosedur Operasional (SPO), istilah ini digunakan di Undang- undang RI Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran dan Undang-undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

c) Prosedur tetap (Protap)

- d) Prosedur kerja
- e) Prosedur tindakan
- f) Prosedur penatalaksanaan
- g) Petunjuk teknis.

Walaupun banyak istilah, namun istilah digunakan adalah SPO karena sesuai dengan yang tercantum di dalam undang-undang. Oleh karena itu untuk selanjutnya istilah yang digunakan di buku panduan ini adalah SPO.

2) Pengertian

Yang dimaksud dengan SPO adalah suatu perangkat instruksi/ langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu.

3) Tujuan Penyusunan SPO

Agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten/ seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku.

4) Manfaat SPO

- a) Memenuhi persyaratan standar pelayanan RS/Akreditasi RS.
- b) Mendokumentasi langkah-langkah kegiatan.
- c) Memastikan staf RS memahami bagaimana melaksanakan pekerjaannya.

Contoh: SPO Pemberian informasi, SPO Pemasangan infus, SPO Pemindahan pasien dari tempat tidur ke brandkar.

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Diisi oleh Dokter/Keperawatan/Keterampilan Fisik/Tenaga Gizi/Apoteker		
Nama Lengkap Pasien:		No.RM :
Umur/Tanggal Lahir :		
Tanggal/ Jam	SOAP DOKTER Catatan Keperawatan / Keterampilan Fisik / Tenaga Gizi / Apoteker	Tanda tangan,nama dan gelar
	Setiap selesai SOAP atau menulis catatan (implementasi) harus menulis tanda tangan, nama dan gelar di dalam kolom yang disediakan	

Gambar 2. 1 Gambar Formulir SOAP

F. Analisis Kuantitatif

Menurut Departemen Kesehatan RI tahun 2006 analisa kuantitatif adalah analisis yang ditujukan kepada jumlah lembaran – lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelengkapan lembaran medis, paramedic dan penunjang medis yang 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. Jika terdapat ketidak lengkapan berkas pasien dari lembaran tertentu, maka harus segera menghubungi ke ruang perawatan dimana pasien dirawat.

Yang bertanggung jawab terhadap kuantitas rekam medis dibagi menjadi dua kategori :

- 1) 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.
- 2) Petugas rekam medis berkewajiban menemukan hal – hal yang kurang selama proses perekaman yang dilakukan oleh dokter gigi atau tenaga kesehatan lain, bila rumah sakit mempunyai ketepatan bahwa tugas review (titik balik) ini hanya pada lembaran medis, karena seringnya kemungkinan terkait dengan kasus malpraktek. Maka petugas rekam medis yang terlatih hanya mereview para dokter. Bila tidak, maka seluruh pekerjaan tenaga kesehatan (termasuk perawat, unit penunjang, ahli – ahli lain) wajib dilakukan review. Bila saja Rumah Sakit itu memiliki computer, petugas rekam medis yang melakukan *review* wajib mempunyai nomor kode rahasia.

Analisa kuantitatif diperlukan karena adanya desakan untuk mengidentifikasika ada tidaknya sesuatu yang dihilangkan. Disamping itu juga agar berkas rekam medis lengkap dan dapat dipergunakan sebagai referensi pelayanan kesehatan, melindungi minat hokum, sesuai dengan peraturan yang ada.

G. Kelengkapan

Definisi Kelengkapan Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia Adalah alat atau segala sesuatu yang sudah tersedia dengan lengkap (Poerwadarminta, 2007). Menurut Kepmenkes Nomor 129 Tahun 2008 menyebutkan bahwa kelengkapan pengisian rekam medis rawat inap adalah 24 jam setelah selesai pelayanan.

H. **Komponen Manajemen Kesehatan**

Komponen manajemen kesehatan Menurut Alamsyah (2012) ada 6 yaitu :

1. *Man* (manusia)

Sarana penting dan sarana utama dari setiap manajer untuk mencapai tujuan yang ingin dicapai terlebih dahulu adalah manusia. Berbagai macam aktivitas yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan adalah *Planning* (perencanaan), *organizing* (organisasi), *staffing* (staff), *directing* (direksi), dan *controlling* (pengawasan). Untuk melakukan semuanya itu kita memerlukan manusia. Tanpa manusia kita tidak bisa melakukan aktivitas dalam manajemen.

2. *Money*

Untuk melakukan aktivitas membutuhkan uang, seperti upah atau gaji manusia yang melakukan perencanaan, mengadakan pengawasan. uang sebagai sarana manajemen harus digunakan sedemikian rupa agar tujuan yang ingin dicapai bila dinilai dengan uang yang lebih besar dari uang yang digunakan untuk mencapai tujuan tersebut.

3. *Material* (bahan-bahan)

Dalam proses pelaksanaan kegiatan manusia menggunakan bahan-bahan, karenanya maka juga disebut sebagai sarana atau alat manajemen untuk mencapai tujuan. Demikian juga dalam proses dalam melakukan kegiatan, terlebih dalam kemajuan teknologi dewasa ini, namun manusia bukan lagi pembantu dari mesin seperti pada zaman revolusi.

4. *Machine* (mesin)

Untuk melakukan kegiatan yang cepat dan tidak menggunakan tenaga manusia maka dibutuhkan mesin untuk suatu kegiatan untuk mencapai tujuan.

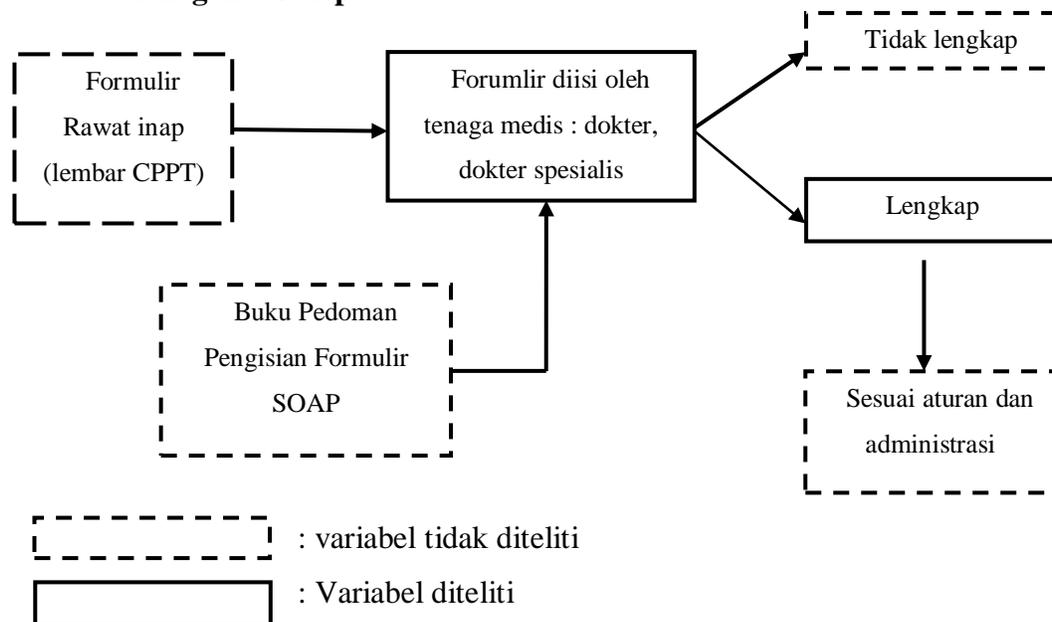
5. *Metode* (cara)

Untuk melakukan kegiatan berdaya guna atau efektif dan berhasil guna, manusia dihadapkan kepada berbagai alternative-alternatife cara untuk melakukan suatu pekerjaan. Oleh karena itu metode atau cara dianggap pula sebagai sarana atau alat manajemen untuk mencapai suatu tujuan.

6. Market (pasar)

Tanpa adanya pasar tujuan yang ingin dicapai tidak mungkin akan tercapai, oleh karena itu sarana manajemen yang penting adalah pasar. Meskipun kesemuanya itu saling berkaitan satu dengan yang lainnya.

I. Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

J. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

H_0 = Tidak ada perbedaan persentase kelengkapan pengisian formulir SOAP dokter pada berkas rekam medis rawat inap sebelum dan sesudah menggunakan buku panduan pengisian SOAP dokter.

H_1 = Ada perbedaan persentase kelengkapan pengisian formulir SOAP dokter rekam medis rawat inap sebelum dan sesudah menggunakan buku panduan pengisian SOAP dokter.