# **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

## Landasan Teori

### Rumah Sakit

* + - 1. Definisi Rumah Sakit

Menurut  Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 340/MENKES/PER/III/2010, Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat”.

Sedangkan pengertian rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit, dinyatakan bahwa rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan”.

Dari pengertian diatas, rumah sakit melakukan beberapa jenis pelayanan diantaranya pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan, pelayanan rehabilitasi, pencegahan dan peningkatan kesehatan, sebagai tempat pendidikan dan atau pelatihan medik dan para medik, sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan serta untuk menghindari risiko dan gangguan kesehatan sebagaimana yang dimaksud, sehingga perlu adanya penyelenggaan kesehatan lingkungan rumah sakit sesuai dengan persyaratan kesehatan.

* + - 1. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, fungsi rumah sakit adalah :

a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan seuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.

c. Penyelenggaaan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.

d.  Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahan bidang kesehatan.

### Akreditasi Rumah Sakit

* + - 1. Pengertian Akreditasi Rumah Sakit

Pada Permenkes Nomor 012 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit disebutkan bahwa pengertian akreditasi rumah sakit adalah pengakuan terhadap rumah sakit yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, setelah dinilai bahwa Rumah Sakit itu memenuhi Standar Pelayanan Rumah Sakit yang berlaku untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkesinambungan.

Menurut Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit pasal 40 yang mengatakan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali.

* + - 1. Tujuan dan Manfaat Akreditasi Rumah Sakit

Tujuan akreditasi rumah adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, sehingga sangat dibutuhkan oleh masyarakat Indonesia yang semakin selektif dan berhak mendapatkan pelayanan yang bermutu. Dengan demikian mutu pelayanan kesehatan diharapkan dapat mengurangi minat masyarakat untuk berobat keluar negeri (KARS, 2012).

Menurut Permenkes Nomor 012 Tahun 2012 Pasal 2, akreditasi bertujuan untuk :

1. Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit;
2. Meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit;
3. Meningkatkan perlindungan bagi pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit sebagai institusi;
4. Mendukung program pemerintah di bidang kesehatan.

Menurut Kementerian Kesehatan RI, manfaat akreditasi rumah sakit adalah sebagai berikut :

1. Bagi pasien dan masyarakat, antara lain : pasien dan masyarakat memperoleh pelayanan sesuai dengan standar yang terukur.
2. Bagi petugas kesehatan di rumah sakit, antara lain : menimbulkan rasa aman dalam melaksanakan tugasnya oleh karena rumah sakit memiliki sarana, prasarana dan peralatan yang telah memenuhi standar.
3. Bagi rumah sakit, antara lain : sebagai alat ukur untuk negosiasi dengan pihak ketiga misalnya asuransi, perusahaan dan lain-lain.
4. Bagi pemilik rumah sakit, antara lain : sebagai alat mengukur kinerja pengelola rumah sakit.
5. Bagi perusahaan asuransi, antara lain : acuan untuk memilih dan mengadakan kontrak dengan rumah sakit.
   * + 1. Standar Akreditasi Nasional (SNARS)

Adapun kajian seluruh bab yang tertuang dalam SNARS 2018 edisi 1 adalah sebagai berikut:

1. **Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)**
2. **Standar Pelayanan Berfokus Pasien**

BAB 1. Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas (ARK)

BAB 2. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)

BAB 3. Asesmen Pasien (AP)

BAB 4. Pelayanan Asuhan Pasien ( PAP)

BAB 5. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)

BAB 6. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)

BAB 7. Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)

1. **Standar Manajemen Rumah Sakit**

BAB 1. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)

BAB 2. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

BAB 3. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)

BAB 4. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)

BAB 5. Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS)

BAB 6. Manajemen Informasi dan Rekam Medik (MIRM)

1. **Program Nasional (menurunkan kematian KIA, menurunkan keskitan HIV/AIDS dan TB, pengendalian resistensi mikroba dan pelayanan geriatri)**
2. **Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit (IPKP)**
   * + 1. Definisi Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Repubik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis pada pasal 1, Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pmeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah di berikan kepada pasien

Menurut Dirjen Pelayanan Medis (2006), rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medis yang di berikan kepada pasien dan pengobatan baik yang di rawat inap, rawat jalan, maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

* + - 1. Tujuan Penyelenggaraan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Tujuan (sekunder) rekam kesehatan ditujukan kepada hal yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien yaitu untuk kepentingan edukasi, riset, peraturan dan pembuatan kebijakan (Hatta, 2008). Tujuan utama (primer) rekam medis terbagi dalam 5 kepentingan yaitu untuk :

* 1. Pasien, rekam kesehatan merupakan alat bukti utama yang mampu membenarkan adanya pasien dengan identitas yang jelas dan telah mendapatkan berbagai pemeriksaan dan pengobatan disarana pelayanan kesehatan dengan segala hasil serta konsekuensi biayanya.
  2. Pelayanan pasien, rekam kesehatan mendokumentasikan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis dan tenaga lain yang bekerja dalam berbagai fasilitas pelayanan kesehatan.
  3. Manajemen pelayanan, rekam kesehatan yang lengkap memuat aktivitas yang terjadi dalam manajemen pelayanan sehingga digunakan dalam menganalisis berbagai penyakit, menyusun pedoman praktik, serta untuk mengevaluasi mutu pelayanan yang diberikan.
  4. Menunjang pelayanan, rekam kesehatan 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.
  5. Pembiayaan, rekam kesehatan yang akurat mencatat segala pemberian pelayanan kesehatan yang diterima pasien.
     + 1. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis menurut Depkes RI (2006:13) dapat dilihat dari beberapa aspek yaitu sebagai berikut :

* + 1. Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administratif karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

* + 1. Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen risiko klinis serta keamanan dan keselamatan pasien dan kendali biaya.

* + 1. Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

* + 1. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.

* 1. Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data atau informasi yang dapat di pergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

* 1. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi sesuai profesi pemakai.

* 1. Aspek Dokumentasi

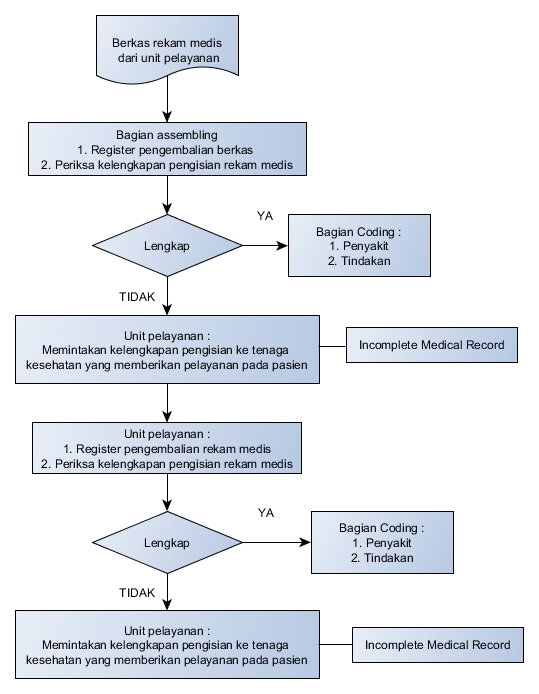
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

Kegunaan rekam medis secara umum menurut Depkes RI (2006:15-16) adalah sebagai berikut :

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 pertanggungjawaban dan laporan.

### *Assembling*

*Assembling* berarti merakit, tetapi untuk kegiatan assembling berkas rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan tidaklah hanya sekedar merakit atau mengurut satu halaman ke halaman yang lain sesuai dengan aturan yang berlaku. Pengurutan halaman ke halaman yang lain sesuai dengan aturan yang berlaku. Pengurutan halaman ini dimulai dari berkas rekam medis rawat darurat, rawat jalan dan rawat inap. Pergantian pada masing-masing pelayanan akan diberikan kertas pembatas yang menonjol sehingga dapat mempermudah pencarian formulir dalam berkas rekam medis (Budi, 2011;73).

Menurut (Budi, 2011 :74), kegiatan assembling termasuk juga mengecek kelengkapan pengisian berkas rekam medis dan formulir yang harus ada pada berkas rekam medis. Untuk kegiatan pengecekan kelengkapan pengisian ini termasuk bagian kecil dari analisa kuantitatif. Proses permintaan kelengkapan pada berkas rekam medis dapat dilihat pada gambar di bawah ini :

Gambar 2. 1 Proses Permintaan Kelengkapan Pada Berkas Rekam Medis

Berkas rekam medis dari unit pelayanan akan dikembalikan ke unit rekam medis bagian *assembling*. Bagian *assembling*  mencatat pada buku register semua berkas yang masuk sesuai tanggal masuk ke bagian *assembling* dan tanggal pasien pulang. Pada proses ini akan diketahui berkas yang kembali tepat pada waktunya dan yang terlambat kembali ke unit rekam medis. Setelah itu berkas rekam medis dianalisis untuk mengetahui kelengkapan pengisiannya. Berkas yang tidak lengkap akan dikembalikan ke tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan pada pasien melalui unit kerjanya. Contoh memo permintaan kelengkapan kepada dokter :

Gambar 2. 2 Contoh Memo Permintaan Kelengkapan Kepada Dokter

PANITIA REKAM MEDIS



FORMULIR EVALUASI KELENGKAPAN REKAM MEDIS

Yth : dr. …………………………………

Dengan hormat,

diberitahukan bahwa rekam medis atas nama : ………………………………………………

No. RM masih ada kekurangan dalam kelengkapan pengisiannya yaitu :

1. RINGKASAN MASUK DAN KELUAR (RM. 01) 2. RESUME/MEDICAL DISCHARGE (RM. 02)

Diagnosis Utama  Diagnosis / Operasi

* Tanda Tangan Dokter  Riwayat Penyakit
* Sebab kematian (hal 2)  Diagnosis / Operasi
*  Tanda tangan dokter

1. Laporan Operasi / Anasthesi 4. …………………………….

Untuk kepentingan memenuhi standar mutu rekam medis dan juga standar mutu pelayanan RS, mohon diselesaikan paling lambat 3 x 24 jam setelah diterima surat ini.

Atas perhatian dan kerjasama TS diucapkan terimakasih.

Yogyakarta, …………………..

Panitia Rekam Medis

Berkas rekam medis akan ditinggal dalam waktu yang telah ditentukan dan akan diambil kembali untuk diproses ke *assembling*. Menurut Huffman (1994) pada bagian *assembling* ini diketahui tipe ketidaklengkapan berkas rekam medis ada 2 yaitu :

1. *Incomplete Medical Record*, merupakan tipe ketidaklengkapan berkas rekam medis ketika berkas rekam medis kembali dari unit pelayanan.
2. *Delinguent Medical Record*, merupakan tipe ketidaklengkapan berkas rekam medis ketika berkas sudah dimintakan ketidaklengkapannya kepada tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan pada pasien dalam waktu yang telah ditentukan, tetapi setelah diambil dan diproses ke *assembling* ditemukan berkas rekam medis masih belum lengkap juga.

Menurut Budi (2011:82), beberapa parameter yang dapat dilihat untuk mengetahui mutu rekam medis di rumah sakit khususnya yang melibatkan kegiatan *assembling* diantaranya :

1. Ketepatan waktu pengembalian
2. Kelengkapan formulir pada berkas rekam medis
3. Kelengkapan pengisian pada berkas rekam medis.

Berdasarkan konsep pemasukan/ pencatatan datanya menurut ( Indradi : 2014 ), maka rekam medis dapat dibagi dalam 3 kelompok, yaitu:

* + - 1. SOMR ( Source Oriented Medical Record )

Berkas rekam medis model somr disusun berdasarkan sumber atau asal usul dari data tersebut. Misalnya, hasil pemeriksaan fisik terkumpul dalam lembar pemeriksaan fisik. Hasil-hasil laboratorium dikelompokkan dalam kelompok laboratorium, catatan perkembangan yang dibuat dokter dikelompokkan dalam lembar-lembar sejenis, dan seterusnya. Masing-masing kelompok sumber tersebut disusun tersendiri dan menurut urutan tanggal sesuai dengan masa perawatan pasien dalam satu episode terkait. Dengan demikian, maka seluruh informasi dari episode perawatan ke-1 tersusun dan terkumpul dalam kelompok berkas episode ke-1, seluruh informasi dari episode perawatan ke-2 tersusun dan terkumpul dalam kelompok berkas episode ke-2, dan seterusnya.

Sudah merupakan tradisi bahwa rekam medis rumah sakit diorganisir berdasarkan bagian pelayanan yang memberikan pelayanan kepada pasien tersebut. Disebut orientasi pada sumber pelayanan , setiap lembar disusun berdasarkan tanggal yang disusun secara kronologis di nurse station, jadi informasi yang terbaru ada di bagian paling atas dan terlama paling bawah.  
Sesudah pasien pulang lembaran disusun kembali dari awal sampai akhir.  
Keuntungan dari SOMR :

Laporan terorganisir berdasarkan setiap sumber pelayanan dalam suatu bagian sehingga memudahkan untuk menentukan penilaian, pengobatan dan observasi pada setiap pelayanan yang telah diberikan.

Kerugian SOMR :

Tidak mungkin untuk menentukan secara cepat masalah dan pengobatan yang telah diberikan kepada pasien pada suatu waktu, karena data terkumpul berdasarkan pelayanan yang diberikan bukan berdasarkan masalah / problem atau integrasi dari waktu berikutnya.

* + - 1. POMR ( Problem Oriented Medical Record )

Dalam model POMR ini, informasi dicatat dalam berkas rekam medis menurut kelompok masalah pasien. Jadi,kunci utama dalam model ini yaitu adanya daftar masalah (problem list). Setiap masalah diberi nomor kode khusus. Setiap laporan dan informasi klinis yang berkaitan dengan suatu masalah akan ditempatkan pada nomor masalah yang sama.

Diperkenalkan oleh Lawrence L. Weed, WD tahun 1960.  
POMR suatu tipe format RM yang pendokumentasiannya mencerminkan pikiran yang logis pada pelayanan yang diberikan dokter. Dokter menyimpulkan dan mengikuti setiap problem klinis secara individu (sendiri-sendiri) dan memecahkan masalah tersebut secara bersama-sama.  
POMR mempunyai 4 bagian :

1. Data Base (Data Dasar)
2. Problem List (Daftar Masalah)
3. Initial Plan (Rencana Awal)
4. Progress Notes (Catatan Perkembangan

Keuntungan POMR :

* + 1. Dokter diharapkan untuk mempertimbangkan seluruh problem pasien dalam segala keadaan
    2. Catatan jelas :Mengidentifikasikan tujuan dan metoda pengobatan.  
       Pendidikan Medis (Lengkapnya catatan dari dokter)  
       Proses menjaga mutu lebih mudah sebab data telah tersusun.

Kerugian POMR :

1. Pelatihan dan tanggung jawab tambahan bagi staf profesional dan staf medis.
2. Tidak banyak fasilitas pelayanan akut melaksanakan POMR secara penuh, banyak dari profesional kesehatan menggunakan SOAP form dari Progress Notes.
   * + 1. IMR ( Integrated Medical Record )

Model IMR merupakan teknik pendokumentasian data dari berbagai sumber secara saling berkaitan dan tersusun urut. Dengan metode ini maka dapat dilakukan penelusuran pemberian pelayanan dan pengobatan pasien dengan lebih mudah

Seluruh form disusun secara kronologis. Di Nurse Station disusun dengan yang terbaru di paling atas. Saat pulang, disusun kembali dari awal sampai akhir. Kunci dari IMR adalah seluruh sumber pemberi pelayanan dijadikan satu. Catatan saat pasien pulang berisi riwayat pasien, pemeriksaan fisik, catatan perkembangan, catatan perawat, laporan rontgen, catatan perkembangan, laporan konsultasi, dll. Formulir-formulir untuk setiap jangka waktu pelayanan disusun dalam seksi-seksi yang berbeda.  
Keuntungan IMR :

Perkembangan pasien dapat diketahui secara cepat, oleh karena seluruh catatan disatukan. Mengurangi jumlah form dan mendorong pelayanan kesehatan bekerja secara tim.  
Kerugian IMR :

* + 1. Hanya 1 orang pemberi pelayanan yang dapat mencatat perkembangan pasien pada satu waktu.
    2. Sulit mengidentifikasi pekerjaan perorangan, kecuali catatan yang biasanya ada titel dari pencatat dan dokter sering merasa catatan hanya menitik beratkan pada kebiasaan untuk membedakannya dengan profesi lain yang memberikan pelayanan kepada pasien.
    3. Keputusan untuk menentukan format RM adalah oleh staf medis dengan persetujuan komite RM.

### Analisa Kuantitatif

Analisis untuk mengetahui kelengkapan pengisian pada item-item berkas rekam medis dilakukan melalui analisa kuantitatif berkas rekam medis. Menurut Huffman (1994) analisis kuantitatif adalah review bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pendokumentasian (pencatatan) pada berkas rekam medis. Untuk melakukan analisis kuantitatif dapat menggunakan 4 komponen utama pada analisis, yaitu :

* + - 1. Identitas pasien pada setiap lembar rekam medis,
      2. autentifikasi dokter pada setiap tempat yang ditentukan,
      3. pengisian laporan yang penting pada berkas rekam medis, dan
      4. pendokumentasian yang baik.

Dari hasil analisis ini akan diketahui jumlah berkas rekam medis yang terisi lengkap, terisi tidak lengkap dan tidak terisi. Hal ini dapat dijadikan tolak ukur mutu berkas rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan.

Analisa kuantitatif dimaksudkan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam medis rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan. Analisa kuantitatif ditujukan untuk memeriksa kelengkapan urutan lembaran pemeriksaan sejak saat masuk ke rumah sakit sampai keluar dari rumah sakit atau sesuai lamanya penanganan meliputi lembaran medis, paramedik dan penunjang sesuai prosedur yang telah ditetapkan.

Analisa kuantitatif rekam medis rawat inap dapat dilaksanakan disaat pasien masih berada di sarana pelayanan kesehatan *(concurrent review)* ataupun sesudah pasien pulang *(retrospective review)*. Analisa kuantitatif menelaah kelengkapan dan ketepatan lembaran (laporan atau dokumentasi) yang terkumpul sesuai jenis pelayanan pasien serta mengikuti ketentuan penataan lembaran. Hal ini juga antara lain sebagai persyaratan akreditasi, permintaan perizinan di sarana pelayanan kesehatan. Prosedur dengan cara telaah rekam medis (saat masih dirawat atau sesudah pulang) tergatung pada masing-masing organisasi pelayanan kesehatan, status medis, peraturan maupun tata tertib yang baik untuk memenuhi permintaan akreditasi dan perizinan (Hatta, 2013).

Analisa kuantitatif juga harus mengintegrasikan kegiatannya dengan kegiatan yang berdampak pada unsur hokum dan administrative yang kemudian diintegrasikan dengan standar pelayanan kesehatan (Hatta, 2013). Analisa kuantitatif memiliki 4 komponen :

* + 1. Menelaah kelengkapan data sosial pasien (demografi)

Memeriksa identifikasi pasien pada setiap lembar rekam medis yang meliputi informasi tentang identitas pasien : (a) nama lengkap yang terdiri dari nama sendiri dan nama ayah/suami/marga; (b) nomor pasien; (c) alamat lengkap; (d) usia; (e) orang yang dapat dihubungi dan (f) tanda tangan persetujuan. Bila ada lembaran rekam medis yang tanpa identitas harus di review untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut.

* + 1. Adanya semua laporan yang penting

Pada komponen ini akan memeriksa laporan-laporan dari kegiatan pelayanan yang diberikan ada atau tidak ada. Laporan yang ada di berkas rekam medis :

* + - 1. Laporan umum seperti : lembar riwayat pasien, pemeriksaan fisik, catatan perkembangan, observasi klinik, ringkasan penyakit.
      2. Laporan khusus seperti : laporan operasi, anastesi dan hasil-hasil pemeriksaan penunjang.
    1. Review Autentifikasi

Menelaah tanda bukti keabsahan rekaman dari tenaga kesehatan maupun tenaga lain yang terlibat dalam pelayanan kepada pasien, sehingga informasi dapat dipertanggungjawabkan secara hokum. Pada komponen ini analisis kuantitatif memeriksa autentifikasi dari pencatatan berupa tanda tangan, nama jelas seseorang.

Dalam autentifikasi tidak boleh ditanda tangani oleh orang lain seain dari penulisnya, kecuali bila ditulis oleh dokter jaga atau mahasiswa maka ada tanda tangan si penulis di tambah *counter sign* oleh supervisor dan ditulis telah direview dan dilaksanakan atas instruksi dari … atau telah diperiksa oleh … atau diketahui oleh … .

* + 1. Review Pencatatan

Pada komponen ini akan dilakukan

* + - 1. Pemeriksaan pada 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 dicatatan tersebut masih terbaca, kemudian diberi keterangan disampingnya bahwa catatan tersebut salah (menerapkan cara koreksi yang benar).

### Kelengkapan Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 pasal 2 menyebutkan bahwa rekam medis sebagaimana pada ayat (1) harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menyebutkan kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan.

Tabel 2. 1 Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Kelengkapan Pengisian Rekam Medis

|  |  |
| --- | --- |
| Judul | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan |
| Dimensi Mutu | Kesinambungan pelayanan dan keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik |
| Definisi Operasional | Rekam medik yang 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 Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan yang diisi lengkap |
| Denomirator | Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung Jawab | Kepala Bidang Rekam Medis & Evapor |

Kelengkapan rekam medis adalah melihat kembali keterisian pada bagian-bagian isi rekam medis dengan maksud menemukan kesalahan dan kekurangan yang berkaitan dengan pendokumentasian rekam medis, dan yang dilakukan petugas rekam 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 mungkin dilakukannya evaluasi objektif terhadap mutu pelayanan kesehatan dan dapat menjadi basis pendidikan dan penelitian.

Berdasarkan Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 46 ayat (1) menyebutkan setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 pasal 6 menyebutkan bahwa dokter, dokter gigi dan/atau tenaga kesehatan tertentu bertanggungjawab atas catatan dan/atau dokumen yang dibuat pada rekam medis.

Untuk meningkatkan mutu rekam medis ada 3 unsur antara lain :

* + - 1. Kelengkapan isi rekam medis

Kelengkapan isi dimonitor oleh sub bagian rekam medis, pada dokumen rekam medis yang tidak lengkap akan diberikan kesempatan kepada dokter untuk melengkapinya.

* + - 1. Validitas (kesahihan)

Isi rekam medis harus jelas, singkat, benar dan tepat waktu. Isi rekam medis diperikasa oleh panitia rekam medis dan kualitasnya tergantung dokter yang merawatnya dan keahlian dinilai oleh sesama dokter.

* + - 1. Sanksi

Adanya sanksi untuk dokter yang alpa perlu diberlakukan, tidak hanya dokter, tetapi juga berlaku untuk sub bagian rekam medis dan unit lain. Peringatan dapat berupa teguran, peringatan tertulis hingga tindakan administrasi.

Analisa mutu rekam medis dilakukan oleh staff rekam medis, dengan cara meneliti rekam medis yang dihasilkan oleh staff medis, paramedis dan hasil-hasil pemeriksaan dari unit-unit penunjang sehingga kebenaran diagnose dan kelengkapan rekam medis dapat dipertanggung jawabkan (Depkes, 1997). Staff rekam medis bertugas mengidentifikasi staff dan bertanggung jawab atas adanya ketidaklengkapan dan melaporkannya untuk dilengkapi sampai batas waktu yang telah ditentukan dan sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.

### Pencatatan Rekam Medis

Penyelanggaran Rekam Medik telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Bab 1 pasal 1 disebutkan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien, dengan adanya rekam medis, riwayat perjalanan penyakit seorang pasien dapat berkesinambungan sehingga akan membantu dalam pengobatan pasien. Untuk mendapat informasi medis yang lengkap dan akurat, maka diperlukan suatu kegiatan pencatatan untuk segala kegiatan yang ada di rumah sakit.

Kegiatan pencatatan rekam medis dilakukan setelah pasien menerima pelayanan medis, seperti yang tercantum dalam Buku Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Departemen Kesehatan RI tahun 1989. Rekam medis harus segera dibuat dan dilengkapi seluruhnya oleh dokter, perawat, bidan dan tenaga medis. Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya rekam medis harus diisi dalam waktu 2x24 jam. Semua pencatatan harus dibubuhi tanda tangan oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya dan menuliskan nama jelas serta diberi tanggal.

### Buku Pedoman

* + - 1. Pengertian Buku Pedoman

Menurut KARS (2012) Pedoman adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan dan melaksanakan kegiatan. Sedangkan panduan adalah petunjuk dalam melakukan kegiatan. Dengan demikian, dapat diartikan bahwa pedoman mengatur beberapa hal, sedangkan panduan hanya meliputi 1 (satu) kegiatan. Agar pedoman/panduan dapat diimplementasikan dengan baik dan benar, diperlukan pengaturan melalui SPO.

* + - 1. Definisi buku pedoman menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KKBI):

Buku pedoman berarti buku yang digunakan sebagai acuan dalam melakukan sesuatu atau buku acuan.

* + - 1. Pembuatan Buku harus memperhatikan beberapa aspek antara lain : (Taranokanai, 2012)
  1. *Layout* (Tata Letak)

Dalam pembuatan buku, dikenal yang namanya *layout*/tata letak. Maksudnya ialah suatu usaha/perbuatan dalam menata dan memadukan unsur-unsur komunikasi grafis seperti gambar/ilustrasi, teks, grafik, tabel, caption, angka halaman, dan elemen lainnya menjadi suatu media komunikasi visual yang komunikatif dan estetik.

Membuat layout adalah proses merangkaikan unsur-unsur tertentu manjadi suatu susunan yang menyenangkan. Sesuai dengan unsurnya, layout haruslah dirancang dengan cermat. Langkah-langkah yang harus ditempuh adalah berupa penyajian secara visual melalui proses pemikiran yang menghasilkan keputusan-keputusan tentang:

1. Gagasan-gagasan, yang kemudian dinyatakan dengan kata-kata.
2. Unsur-unsur yang akan dipakai.
3. Pentingnya hubungan antara gagasan dan unsur secara relatif.
4. Urutan penyajian.

Keputusan tersebut dipengaruhi oleh jenis produk yang - dipromosikan, jenis konsumen serta tingkatan perhatian konsumen terhadap produknya. Hal ini akan mempengaruhi komposisi/susunan - layout.

* + 1. Proporsi/Perbandingan

Proporsi menunjukkan hubungan antara suatu unsur dengan lainnnya atau dengan layout keseluruhannya dalam hal ukuran atau - bidang. Serta, antara dimensi layout dengan dimensi bagian-bagiannya.

* + 1. Keseimbangan

Keseimbangan akan terjadi bila unsur-unsur ditempatkan/disusun - dengan serasi sehingga bobot unsur-unsur tersebut memberi kesan - mantap dan tepat. Bobot itu dipengaruhi oleh ukuran, bentuk, warna serta kecerahan atau kegelapan. Di dalam tampilan *layout* kita mengenal pusat optik, tempat dalam suatu ruang yang bagi mata - merupakan pusatnya. Letak pusat optik berada sedikit di atas pusat matematika (kira-kira 1/20 x tinggi).

* + 1. Kontras

Kontras digunakan untuk menyatakan sesuatu yang ingin ditonjolkan. Kontras dapat dicapai dengan misalnya, mengganti ukuran, bentuk nada, dan arah.

* + 1. Irama

Irama dapat dicapai dengan cara, pengulangan secara teratur beberapa pola dalam rancangan seperti halnya dengan bentuk, nada atau warna. Variasi bentuk yang tidak terlalu besar sehingga pembaca segera dapat mengenali kesamaanya. Agar *layout* dapat berhasil baik irama harus merupakan gerak yang mengarah dari suatu unsur ke unsur lain sesuai kepentingannya.

* + 1. Kesatuan

Unsur-unsur yang membentuk suatu tampilan, harus ada hubungannya satu sama lain dalam ruang, sehingga memberi kesan menjadi satu. Kesatuan merupakan pengelompokan bentuk atau warna.

* + 1. Harmoni/keselarasan

Ketika menyusun unsur-unsur pesan tercetak perlu memperhatikan persyaratan penting yaitu layout harus menggambarkan sesuatu yang kuat, dipandang dari segi visual dan komposisi keseluruhannya harus menghasilkan efek kesatuan.

1. Cara membuat buku dengan kesan pertama yang baik menurut Hodgson (2015):

Petunjuk penggunaan harus memiliki kesan pertama yang kuat dan positif. Pedoman-pedoman di bawah ini dapat membantu :

1. Hindarilah tampilan dalam bentuk buku teks (format “*landscape”* bersifat lebih ramah bagi pengguna).
2. Gunakanlah kertas yang sepadan dengan kualitas produk.
3. Manfaatkanlah warna yang bermakna dan efektif.
4. Petunjuk penggunaan tidak boleh berukuran terlalu besar, berat, kecil, atau tipis.
5. Efektifkanlah penggunaan gambar-gambar dan diagram-diagram.
6. Jangan berisi tulisan yang terlalu padat.
7. Gunakanlah jenis huruf "sanserif" yang bersih dan mudah dibaca.
8. Sertakan sejumlah angka bantuan.
9. Gunakanlah satu bahasa.
10. Cara meningkatkan kemudahan dalam pencarian menurut Hodgson (2015). Berikut adalah beberapa panduan yang akan membantu pengguna menemukan apa yang mereka cari :
11. Aturlah informasi secara hirarkis.
12. Tandailah urutan dengan penebalan-penebalan, warna, dan lain-lain.
13. Bagilah menjadi beberapa bagian yang diatur oleh : Kronologi penggunaan.
14. Frekuensi penggunaan.
15. Kategori fungsional.
16. Tingkat kemahiran (pemula vs pengguna ahli).
17. Tunjukkanlah hal-hal yang penting dengan menggunakan hal-hal yang kontras, warna, bayangan, penebalan, dll.
18. Bekerjalah dengan pengguna nyata untuk mengidentifikasi kesamaan kata kunci (ini dapat dipelajari selama pengujian kegunaan).
19. Menyediakan indeks kata kunci menggunakan terminologi dari pengguna.
20. Pastikan bahwa indeks menyertakan sinonim yang sama.
21. Sediakanlah daftar istilah teknis.
22. Sertakanlah suatu (yang benar-benar berguna) bagian pemecahan masalah.
23. Gunakanlah penandaan dengan warna untuk membantu navigasi.
24. Buatlah panduan awal singkat yang dengan mudah dapat diakses.
25. Hindarilah referensi silang yang tidak perlu ke bagian lain dari petunjuk penggunaan.
26. Hindarilah penggandakan penomoran halaman dalam panduan multi bahasa (lebih baik lagi, hindari penggunaan multi bahasa).
27. Tampilkanlah angka-angka bantuan dengan jelas.
28. Cara memberikan instruksi penggunaan buku menurut Hodgson (2015) :

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. Berikut adalah beberapa panduan untuk membantu membuat petunjuk mudah dimengerti oleh pengguna:

1. Sediakanlah langkah demi langkah dalam urutan yang benar.
2. Ikutilah waktu dan urutan dalam perlakuan yang sebenarnya.
3. Sediakanlah batu loncatan yang terlihat jelas (misalnya langkah 1, langkah 2 dan lain lain).
4. Hindarilah paragraf yang panjang.
5. Gunakanlah kata-kata dan hal-hal sehari-hari, hindarilah jargon.
6. Jelaskanlah untuk apa fungsi atau fitur (dalam hal praktis mendasar) seperti halnya dalam petunjuk "Bagaimana Cara".
7. Periksalah bahwa petunjuk sesuai dengan produk yang sebenarnya.
8. Jelaskanlah simbol, ikon, dan kode-kode awal.
9. Hindarilah membuat penyelesaian yang buntu.
10. Hindarilah kesan menggurui pengguna.
11. Jangan berasumsi bahwa pengguna memiliki pengalaman sebelumnya atau pengetahuan produk.
12. Ujilah kegunaan petunjuk bersama-sama dengan produk dengan mengajak pengguna yang belum berpengalaman (bukan desainer atau ahli produk).
13. Tuliskanlah dalam bentuk kalimat saat ini *(present tense)* dan bentuk aktif.
14. Tuliskanlah langkah-langkah untuk penyelesaian tugas saat mengerjakan perlakuan yang sebenarnya pada produk yang nyata. Milikilah pengguna independen kemudian ikuti langkah-langkahnya (secara harfiah) bersama dengan produk dan periksalah apakah :
15. Sangat mudah untuk mengerjakan perlakuan dari awal sampai akhir.
16. Sangat mudah untuk menyelesaikan perlakuan dan mengulanginya kembali.
17. Sangat mudah untuk melompat menuju petunjuk penggunaan setengah jalan dari pengerjaan.
18. Cara merancang setiap halaman dalam petunjuk penggunaan menurut Philip Hugson (2015):
19. Pastikan ukuran jenis huruf memadai (gunakan setidaknya jenis huruf dalam ukuran 12);
20. Pastikan teks dengan latar belakang sangat kontras (hitam putih adalah yang terbaik);
21. Gunakanlah jenis huruf “sanserif”;
22. Hindarilah penggunaan beberapa jenis huruf;
23. Berat jenis huruf dapat digunakan secara hemat untuk menunjukkan fungsinya yang penting;
24. Gunakanlah kode warna secara konsisten;
25. Sediakanlah banyak ruang putih di antara tiap bagian dan di sekitar gambar dan paragraf;
26. Sediakanlah suatu bagian (atau atas) bagi pengguna untuk membuat catatan mereka sendiri;
27. Gunakanlah tata letak yang konsisten dalam tiap halaman;
28. Ujilah penggunaan warna untuk memastikan itu dapat dibaca oleh pengguna buta warna;
29. Hindarilah penggunaan warna biru muda untuk teks dan detail yang kecil, dan jangan pernak menggunakan warna biru pada latar belakang merah.
30. Ukuran Buku

Menurut Ahmad Faizin Karimi (2012), dalam menentukan ukuran halaman, yang penting adalah prinsip proporsionalitas. Artinya perbandingan panjang dan lebar seimbang (kecuali untuk tujuan tertentu kita bisa menggunakan ukuran yang tidak umum). Prinsip kedua adalah kemudahan, bagaimana agar buku itu mudah dibawa. Ketiga, hubungannya dengan tebal buku/panjang naskah. Jika naskah kita tebal, mungkin ukuran halaman bisa menggunakan format standar. Tapi jika naskah kita terlalu tipis, kita bisa pilih ukuran buku yang lebih kecil agar tebal buku masih memadai untuk kebutuhan penjilidan (binding). Berikut adalah beberapa ukuran standar buku:

1. Ukuran besar : 20 cm x 28 cm. 21,5 cm x 15,5 cm
2. Ukuran standar : 16 cm x 23 cm, 11,5 cm x 17,5 cm
3. Ukuran kecil : 14 cm x 21 cm, 10 cm x 16 cm
4. Buku saku : 10 cm x 18 cm, 13,5 cm x 7,5 cm
5. Format Penyusunan Panduan Rumah Sakit Menurut (KARS, 2012) :

Format Panduan Pelayanan RS :

1. BAB I DEFINISI
2. BAB II RUANG LINGKUP
3. BAB III TATA LAKSANA
4. BAB IV DOKUMENTASI

## Kerangka Konsep

Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Tidak Lengkap

Petugas Assembling Dokumen Rekam Medis

SOP Assembling

Buku Panduan Assembling Dokumen Rekam Medis Rawat Inap

Kualitas Pelayanan Rumah Sakit Baik

Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap

Keterangan : ------------------ : Tidak Diteliti

: Diteliti

Gambar 2. 3 Kerangka Konsep

Keterangan :

Dalam kerangka konsep ini, menjelaskan bahwa setelah pasien mendapatkan atau menerima pelayanan kesehatan, maka dokumen rekam medis pasien tersebut dianalisa oleh petugas *assembling*. Petugas menganalisa kelengkapan pengisian dokumen rekam medis yaitu analisa kuantitatif. Dari hasil analisa kelengkapan dokumen rekam medis dikategorikan menjadi 2, yaitu lengkap dan tidak lengkap.

Pada Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang telah melakukan penyelenggaraan rekam medis yang salah satunya adalah analisa kelengkapan dokumen rekam medis harus menyesuaikan dan mengikuti standar kelengkapan dokumen rekam medis sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) yaitu 100%. Untuk mempersiapkan evaluasi kelengkapan dokumen rekam medis, harus ada pedoman yang sesuai aturan dan standar yang berlaku di rumah sakit. Jadi dalam hal ini, peneliti mengamati pengaruh sebelum dan sesudah adanya Buku Panduan Assembling Terkait Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap terhadap pemenuhan standar kelengkapan dokumen rekam medis sesuai dengan SPM .

## Hipotesis

H0 : Tidak adanya peningkatan kelengkapan pengisian dokumen rekam medis sebelum dan sesudah penggunaan buku panduan assembling.

H1 : Adanya peningkatan kelengkapan pengisian dokumen rekam medis sebelum dan sesudah penggunaan buku panduan assembling.