

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Puskesmas

a. Pengertian

Menurut Permenkes No. 75 Tahun 2014 Puskesmas atau Pusat Kesehatan Masyarakat adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat perseorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Menurut Sumitro (2010), Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membantu peran masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

b. Tujuan Puskesmas

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas yang tertera pada Permenkes RI No. 75 Tahun 2014 Pasal 2 yang mana bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki derajat

kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

c. Fungsi Puskesmas

Dalam menyelenggarakan fungsi UKM, Puskesmas berwenang untuk :

1. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan
2. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan
3. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
4. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait
5. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat
6. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas
7. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan
8. Melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi terhadap akses mutu dan cakupan Pelayanan Kesehatan

9. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon Penanggulangan Penyakit.

Dalam menyelenggarakan fungsi UKP, Puskesmas berwenang untuk:

1. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu
2. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif
3. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat
4. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung
5. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi
6. Melaksanakan Rekam Medis
7. Melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan
8. Melaksanakan peningkatan Kompetensi Tenaga Kesehatan
9. Mengkoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya
10. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan.

2. Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Menurut PERMENKES No: 269/MENKES/PER/III/2008 yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan-tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan.

Menurut Gemala R. Hatta (2012:73), dalam buku yang berjudul Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, rekam medis adalah “berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien di sarana pelayanan kesehatan”.

b. Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah guna 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 Puskesmas.

Menurut Hatta (2008), tujuan primer rekam medis adalah untuk :

1. Kepentingan pasien
2. Kepentingan pelayanan pasien
3. Kepentingan manajemen pelayanan
4. Kepentingan menunjang pelayanan, dan
5. Kepentingan pembiayaan.

Tujuan sekunder adalah untuk: edukasi, riset, peraturan dan pembuatan kebijakan.

c. Manfaat Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang rekam medis sebagai berikut :

1. Pengobatan, rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien
2. Peningkatan kualitas pelayanan membuat rekam medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal
3. Pendidikan dan penelitian, rekam medis yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan

medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi

4. Pembiayaan, rekam medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien
5. Statistik kesehatan, rekam medis dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit-penyakit tertentu
6. Pembuktian masalah hukum, disiplin dan etika rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etika.

d. Kegunaan Rekam Medis

Rekam medis memiliki aspek-aspek yang sangat penting, diantaranya :

1. Aspek Administrasi

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 Medis

Suatu rekam medis mempunyai nilai medis, karena

catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

3. Aspek Hukum

Suatu rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah jaminan adanya kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakan hukum dan pengembangan hukum baru yang lebih baik serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

4. Aspek Keuangan

Rekam Medis mempunyai nilai keuangan, isinya mengandung data / informasi atau urutan pelayanan kesehatan yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.

5. Aspek Penelitian

Rekam Medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut isinya menyangkut data / informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

6. Aspek Pendidikan

Rekam medis mempunyai nilai pendidikan atau edukasi, karena menyangkut masalah data / informasi tentang perkembangan kronologis dari kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seorang pasien baik di unit rawat jalan,

rawat inap, maupun di gawat darurat, dari isi data tersebut dapat dipergunakan sebagai referensi / bahan pelajaran di bidang profesi si pemakai.

7. Aspek Dokumentasi

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

3. Konsep Rawat Jalan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 1165/MENKES/SK/X/2007 pelayanan rawat jalan adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa menginap di rumah sakit. Pelayanan rawat jalan tidak hanya dilakukan di rumah sakit atau klinik, tetapi juga di diselenggarakan di Puskesmas dan ruang perawatan (*nursing homes*) (Azrul Azwar, 1996).

4. Isi Rekam Medis Rawat Jalan

Menurut PERMENKES RI Nomor 269/MENKES/PER III/2008 BAB II Pasal 2, isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat :

- a. Identitas pasien
- b. Tanggal dan waktu

- c. Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit)
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
- e. Diagnosis
- f. Rencana penatalaksanaan
- g. Pengobatan dan atau tindakan
- h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
- i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik dan
- j. Persetujuan tindakan bila perlu

5. Kelengkapan Dokumen Rekam Medis

a. Definisi Kelengkapan

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), lengkap adalah tidak ada kurangnya, segalanya sudah lengkap atau disediakan, dan tidak kurang sedikit juga dalam kebenarannya. Sedangkan kelengkapan adalah perihal lengkap, kegenapan, kekompletan, dan segalanya yang sudah dilengkapi (disediakan dan sebagainya).

b. Kelengkapan dalam Rekam Medis

Kelengkapan rekam medis adalah mengecek keterisian pada bagian-bagian isi rekam medis dengan maksud menemukan kesalahan dan kekurangan yang berkaitan dengan pendokumentasian rekam medis. Dan yang dilakukan petugas perekam medis saat menganalisis kuantitatif adalah jenis berkas yang digunakan, siapa yang berhak dan siapa yang harus mengisi

rekam medis. Rekam medis yang berisi data dengan lengkap dapat diolah menjadi informasi sehingga memungkinkan dilakukan evaluasi objektif terhadap mutu pelayanan kesehatan dan dapat menjadi basis pendidikan serta penelitian (Rahmadhi, 2016:16-17).

Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis sangat penting dikarenakan informasi yang terkandung dalam rekam medis dapat digunakan oleh rumah sakit dan organisasi kesehatan terkait sebagai basis dan statistik, riset dan sumber pencernaan untuk peningkatan mutu pelayanan (Hatta, 2008, dikutip oleh Ummah, 2017:17).

Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas. Rekam medis ini harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan. Pembuatan rekam medis dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung. Jika terjadi kesalahan dalam pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan. Hal ini diperlukan dalam rangka penyelenggaraan

rekam medis sehingga dokter, dokter gigi dan/atau tenaga kesehatan tertentu bertanggungjawab atas catatan dan / atau dokumen yang dibuat pada rekam medis (Permenkes RI No. 269, 2008).

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

6. Mutu Berkas Rekam Medis

Ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis sering terjadi pada pengisian nama dan nomor rekam medis. Dengan tidak adanya nama dan nomor rekam medis akan menyulitkan petugas rekam medis dalam menggabungkan berkas rekam medis dengan berkas rekam medis yang lain jika tercecer atau terlepas dari mapnya. Kekonsistenan diagnosa dan isi rekam medis yang lengkap juga mendukung kualitas informasi yang ada di dalam berkas rekam medis.

Menurut Huffman (1994), mutu rekam medis yang baik adalah rekam medis yang memenuhi indikator-indikator mutu rekam medis sebagai berikut :

- a. Kelengkapan isian resume medis
- b. Keakuratan
- c. Tepat waktu
- d. Pemenuhan persyaratan hukum

Untuk menentukan mutu dari berkas rekam medis dilakukan analisa atau *review*, yang terbagi menjadi 2 yaitu :

- a. Analisis Kuantitatif

Analisis kuantitatif adalah telaah atau *review* bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis atau dapat disebut juga sebagai analisa ketidaklengkapan baik dari segi formulir yang harus ada maupun dari segi kelengkapan pengisian semua item pertanyaan yang ada pada formulir sesuai dengan pelayanan yang diberikan pada pasien (Huffman, 1994).

Menurut DEPKES RI, 1997 analisis kuantitatif adalah analisis yang ditujukan kepada jumlah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelengkapan lembaran medis, paramedis dan penunjang sesuai prosedur yang ditetapkan. Petugas akan menganalisa setiap berkas yang diterima apakah lembaran rekam medis yang seharusnya ada pada berkas

seorang pasien sudah ada atau belum. Tujuan analisis kuantitatif adalah menentukan sekiranya ada kekurangan agar dapat dikoreksi pada saat pasien masih dirawat, untuk mengidentifikasi bagian yang tidak lengkap dengan mudah dapat dikoreksi dengan adanya suatu prosedur sehingga rekam medis menjadi lebih lengkap dan dapat digunakan untuk pelayanan pasien, kelengkapan rekam medis sesuai peraturan yang ditetapkan jangka waktunya, perizinan, dan akreditasi, mengetahui hal hal yang berpotensi menyebabkan ganti rugi. Analisis kuantitatif mempunyai 4 komponen *review* yaitu:

1. *Review* identifikasi pasien

Pemilihan terhadap tiap-tiap halaman atau lembar dokumen rekam medis dalam hal identifikasi pasien, minimal harus memuat nomor rekam medis dan nama pasien. Bila terdapat lembaran tanpa identitas maka harus dilakukan *review* untuk menentukan kepemilikan formulir rekam medis tersebut.

2. *Review* pelaporan yang penting

Dalam analisis kuantitatif, bukti rekaman yang dapat dipertanggungjawabkan secara lengkap yaitu adanya data/info kunjungan yang memuat alasan, keluhan pasien (anamnesa), riwayat pemeriksaan, data tambahan (*lab*), USG, EKG, EMG, diagnosis atau kondisi pasien. Lembaran tertentu kadang ada tergantung kasus. Contoh laporan operasi, anestesi, hasil PA.

Penting ada tanggal dan jam pencatatan, sebab ada kaitannya dengan peraturan pengisian.

3. *Review* Pencatatan

Analisa kuantitatif tidak bisa memecahkan masalah tentang isi rekam medis yang tidak terbaca atau tidak lengkap, tetapi bisa mengingatkan atau menandai entri yang tidak tertanggal, dimana kesalahan tidak diperbaiki secara semestinya terdapat daerah lompatan yang seharusnya diberi garis untuk mencegah penambahan, kemudian pada catatan kemajuan dan perintah dokter, perbaikan kesalahan merupakan aspek yang sangat penting dalam pendokumentasian.

4. *Review* Autentifikasi

Rekam kesehatan dikatakan memiliki keabsahan bilamana tenaga kesehatan yang memeriksa pasien atau surat persetujuan yang diberikan pasien / wali dalam rekam kesehatan diakhiri dengan membubuhkan tanda tangan. Autentifikasi dapat berupa tanda tangan, stempel milik pribadi, initial akses komputer, *password* dan sebagainya. Sehingga dapat memudahkan identifikasi dalam rekam medis.

b. Analisis Kualitatif

Analisis kualitatif yaitu suatu *review* yang ditujukan terhadap dokumen rekam medis untuk mengidentifikasi tentang ketidaklengkapan dalam pengisian dokumen rekam medis, dalam

analisis kualitatif harus memerlukan pengetahuan tentang terminologi medis, anatomi dan fisiologi, dasar-dasar ilmu penyakit, serta isi catatan medis.

Tujuan analisis kualitatif adalah mendukung kualitas informasi pada formulir rekam medis, merupakan aktifitas dari *risk management*, membantu dalam memberikan kode penyakit dan tindakan yang lebih spesifik yang sangat penting untuk penelitian medis, studi administrasi dan penagihan, meningkatkan kualitas pencatatan khususnya yang dapat mengakibatkan ganti rugi pada masa yang akan datang, kelengkapan *informed consent* sesuai dengan peraturan seperti identifikasi catatan yang tidak konsisten, mengingatkan kembali tentang pencatatan yang baik dan memperlihatkan catatan yang kurang. Analisis kualitatif mempunyai 4 komponen *review* yaitu:

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, *postoperative* diagnosa dan lain-lain.

2. *Review* kekonsistensian pencatatan diagnosa

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 pasiendan 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 tahan lama, 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.

c. Jenis Ketidaklengkapan dalam Pengisian Rekam Medis

a. IMR (Incomplete Medical Record)

Yaitu jumlah rekam medis yang belum lengkap dan batas waktu melengkapinya selambat-lambatnya 2 X 24 jam sejak dokumen rekam medis diserahkan ke unit pencatatan.

$$\text{IMR} = \frac{\text{Jumlah berkas rekam medis yang belum lengkap}}{\text{Jumlah seluruh berkas yang diteliti}} \times 100\%$$

b. DMR (Delinquent Medical Record) atau disebut dokumen yang membandel.

Yaitu Rekam medis yang masih tetap belum lengkap setelah melewati masa perlengkapan dari batas waktu yang telah ditentukan yaitu 4 X 24 jam setelah waktu penyerahan dokumen rekam medis tak lengkap.

$$\text{DMR} = \frac{\text{Jumlah berkas rekam medis yang bandel}}{\text{Jumlah berkas yang dilengkapi}} \times 100\%$$

d. Waktu Analisis

Proses analisis rekam medis ditujukan pada 2 hal yaitu analisis kuantitatif dan analisis kualitatif. Adapun waktu untuk melakukan analisis menurut Huffman (1999 : 226) dapat dilakukan dengan 2 cara yaitu :

a) *Retropective analysis*

Analisis yang dilakukan setelah pasien pulang. Hal ini sering dilakukan karena dapat menganalisis rekam medis secara

keseluruhan walaupun hal ini dapat memperlambat proses melengkapi yang kurang.

b) *Concurrent analysis*

Analisis yang dilakukan pada saat pasien masih dirawat atau selama perawatan berlangsung. Analisis dilakukan diruang perawatan untuk mengidentifikasi kekurangan atau ketidaksesuaian.

7. Kriteria Pendokumentasian Klinis yang Berkualitas

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 (Steed, 2015).

Terdapat 7 kriteria pendokumentasian klinis yang berkualitas yaitu :

- a. *Legible*/Dapat dibaca
- b. *Reliable*/Dapat dipercaya
- c. *Precise*/Tepat
- d. *Complete*/Lengkap
- e. *Consistent*/Konsisten

f. *Clear*/Jelas

g. *Timely*/Tepat waktu

Enam kriteria pertama difokuskan pada saat review sebab dapat dilakukan perbaikan pendokumentasian sesudah direview jika diperlukan. Sedangkan “Timely” tidak dapat dikoreksi.

1) *Legible*: cukup jelas untuk dibaca dan ditafsirkan

Biasanya rekam medis yang tidak dapat dibaca faktanya karena tulisan dokter yang tidak dapat ditafsirkan. Keterbacaan dokumen klinis pada isi rekam kesehatan merupakan hal yang diharapkan oleh setiap badan regulasi dan hukum.

2) *Reliable*: dapat dipercaya, aman, memberikan hasil yang sama saat diulang.

Reliable menunjukkan sejauhnya hasil pengukuran dengan alat tersebut dapat dipercaya. Hasil pengukuran harus *reliable* dalam artian harus memiliki tingkat kekonsistesian dan kemantapan.

3) *Precise: accurate, strictly defined* (*Precise*: Akurat, tepat, pasti)

Terperinci, jika tersedia dan tepat secara klinis merupakan komponen yang penting pada setiap dokumen rekam medis pasien. Lebih diharapkan jika dokter membuat rekam medis dengan pendokumentasian klinis yang terperinci, lebih menggambarkan dan akurat.

- 4) *Complete: has the maximum content; thorough* (Lengkap: memiliki arti yang maksimum, teliti)

Artinya perhatian dokter sepenuhnya ditujukan dalam membuat rekam medis pasien. Kelengkapan juga termasuk dalam ketepatan autentifikasi dokter, yang biasanya termasuk tanggal dan tanda tangan.

- 5) *Consistent: not contradictory* (Konsisten: tidak bertentangan)

Pendokumentasian klinis pasien tidak bertentangan satu sama lain pada catatan perkembangan dokter yang satu dengan dokter yang lainnya. Bila terjadi pendokumentasian yang bertentangan, dokter penanggung jawab pasien (DPJP) mempunyai hak lebih tinggi bila DPJP mendokumentasikan tulisannya sendiri yang saling bertentangan, maka dokter harus mengklarifikasi dan menambahkan pada resume atau catatan perkembangan akhir.

- 6) *Clear, Unambiguous, Intelligible; Not Vague* (Jelas, tidak dua arti, dimengerti, tidak diragukan)

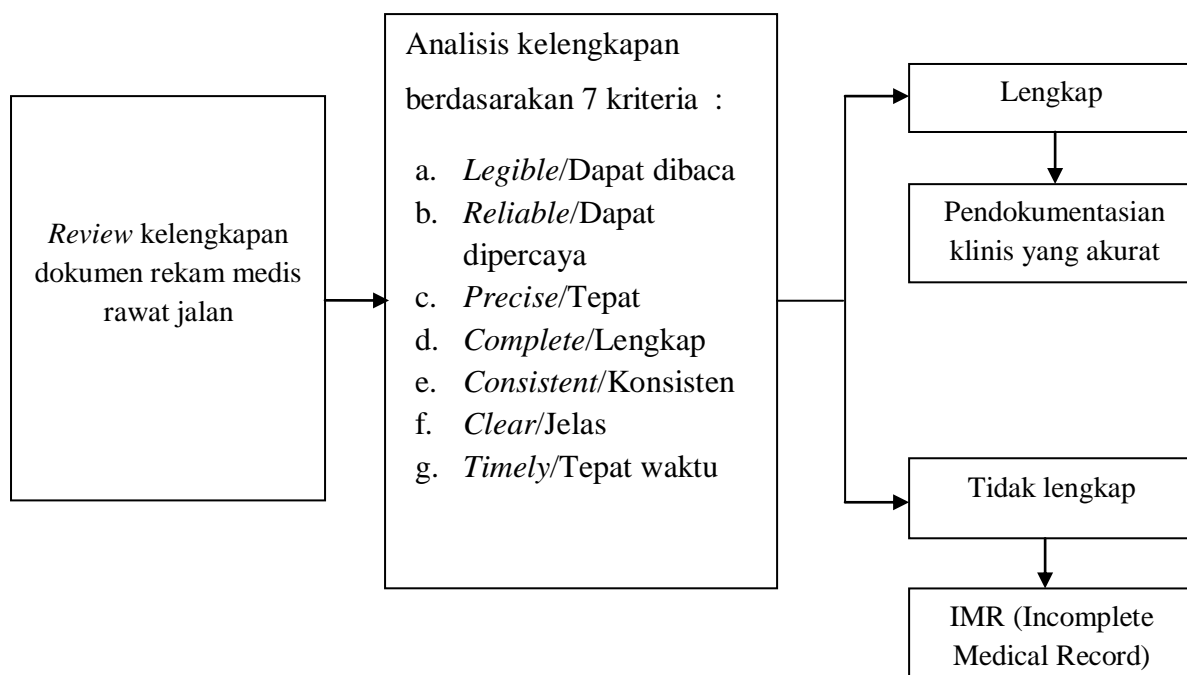
Ketidakjelasan dan pengertian yang mendua terjadi jika pendokumentasian tidak menjelaskan apa yang terjadi permasalahan pada pasien. Hasilnya mungkin mencatat *symptom* tanpa penyebab.

- 7) *Timely: at the time of services* (Tepat waktu sesuai pelayanan)

Ketepatan waktu pendokumentasian klinis merupakan hal yang penting, untuk pengobatan yang terbaik bagi pasien. Adanya

pendokumentasian saat masuk mempengaruhi penelitian, penagihan, indikator kualitas dan perencanaan.

B. Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Keterangan :

Kerangka konsep diatas menjelaskan bahwa petugas *assembling* melakukan kegiatan analisis dokumen rekam medis rawat jalan. Petugas di Puskesmas Dinoyo melakukan analisis tidak berdasarkan kriteria pendokumentasian klinis yang akurat. Jadi dalam hal ini, peneliti ingin mengetahui prosentase kelengkapan dokumen rekam medis rawat jalan di Puskesmas Dinoyo Kota Malang berdasarkan kriteria pendokumentasian klinis yang akurat.