

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rekam Medis

A. Pengertian Rekam Medis

Berdasarkan PMK Nomor 24 Tahun 2022, Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Pengisian rekam medis merupakan tanggung jawab seorang Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang terdiri dari Dokter, Dokter gigi, Perawat hingga Bidan. Dokumen rekam medis harus memiliki isi yang jelas dan runtut agar dapat memberikan informasi dengan baik.

B. Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah upaya menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Tanpa didukung suatu system pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, maka mustahil tertib administrasi rumah sakit akan berhasil dicapai sebagaimana yang diharapkan, sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu factor yang menentukan dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit (Depkes RI, 2006). Kegunaan rekam medis menurut Dirjen Yanmed (2006) dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain :

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 medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan dan perawatan yang harus diberikan kepada pasien.

3) Aspek hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakan hukum serta menyediakan bahan tanpa bukti untuk menegakan keadilan.

4) Aspek keuangan

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

5) Aspek penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

6) Aspek pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan karena isinya menyangkut data tentang perkembangan kronologi dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien.

7) 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.

C. Manfaat Rekam Medis

Pemanfaatan rekam medis menurut PMK Nomor 24 Tahun 2022, rekam medis memiliki manfaat untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis, menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaan data rekam medis dan mewujudkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang berbasis digital dan terintegrasi.

2.1.2 Akreditasi Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

(MRMIK) Edisi KARS Tahun 2022

Akreditasi Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan merupakan upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dalam bidang rekam medis. Setiap rumah sakit memiliki, mengelola dan menggunakan informasi untuk meningkatkan luaran (*outcome*) bagi pasien, kinerja staf dan kinerja rumah sakit secara umum (KARS, 2022).

Dalam melakukan proses manajemen informasi, rumah sakit menggunakan metode pengembangan yang sesuai dengan sumber daya rumah sakit, dengan memperhatikan perkembangan teknologi informasi. Proses manajemen informasi tersebut mencakup :

- a. Misi rumah sakit,
- b. Layanan yang diberikan,
- c. Sumber daya,

- d. Akses ke teknologi informasi kesehatan, dan
- e. Dukungan untuk menciptakan komunikasi efektif antar Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

Untuk memberikan asuhan pasien yang terkoordinasi dan terintegrasi, rumah sakit bergantung pada informasi tentang perawatan pasien. Informasi merupakan salah satu sumber daya yang harus dikelola secara efektif oleh pimpinan rumah sakit.

Pelaksanaan asuhan pasien dirumah sakit adalah suatu proses yang kompleks yang sangat bergantung pada komunikasi dan informasi. Komunikasi dilakukan antara rumah sakit dengan pasien dan keluarga, antar Profesional Pemberi Asuhan (PPA), serta komunikasi di wilayah rumah sakit.

Pelaksanaan akreditasi rumah sakit berdasarkan standar MRMIK 12, menjelaskan upaya perbaikan kinerja rekam medis, rumah sakit secara teratur melakukan evaluasi atau pengkajian rekam medis yang meliputi tentang ketepatan waktu, kelengkapan, keterbacaan, keabsahan dan ketentuan lainnya seperti informasi klinis yang ditetapkan rumah sakit. Untuk mendukung pelaksanaan akreditasi MRMIK 12. Upaya yang dilakukan dapat meliputi standarisasi rekam medis berdasarkan standar MRMIK 8 dan MRMIK 9.

Berdasarkan standar MRMIK 8 dijelaskan rumah sakit memastikan bahwa setiap catatan dalam rekam medis dapat diidentifikasi dengan tepat, pada setiap pengisian rekam medis ditulis tanggal, jam, serta identitas Profesional Pemberi Asuhan (PPA) berupa nama jelas dan tanda tangan/paraf. Rumah sakit menetapkan proses pembenaran atau koreksi terhadap kesalahan penulisan catatan dalam rekam medis.

Pada standar MRMIK 9, Rumah sakit menggunakan kode diagnosis, kode prosedur, penggunaan simbol dan singkatan baku yang seragam dan terstandar. Penggunaan kode, simbol, dan singkatan yang terstandar berguna untuk mencegah terjadinya kesalahan komunikasi dan kesalahan pemberian asuhan kepada pasien. Penggunaan singkatan yang baku dan seragam menunjukkan bahwa singkatan, kode, simbol yang digunakan mempunyai satu arti/makna yang digunakan dan berlaku di semua lingkungan rumah sakit.

Rumah sakit menyusun dan menetapkan daftar atau penggunaan kode, simbol dan singkatan yang digunakan dan tidak boleh digunakan di rumah sakit. Penggunaan kode, simbol, dan singkatan baku yang seragam harus konsisten dengan standar praktik profesional. Prinsip penggunaan kode di rekam medis utamanya menggunakan ICD-10 untuk kode Penyakit dan dan ICD9 CM untuk kode Tindakan. Penggunaan kode di rekam medis sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit serta dilakukan evaluasi terkait penggunaan kode tersebut.

2.1.3 Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)

A. Pengertian Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)

Catatan perkembangan pasien terintegrasi adalah catatan perubahan subjektif dan objektif serta pengkajian selanjutnya yang berdasarkan prinsip *cost effectiveness*. Catatan Pasien Terintegrasi juga merupakan hasil asuhan pelayanan medis pasien atau kesimpulan rapat dari tim asuhan atau diskusi lain tentang kolaborasi terhadap pelayanan pasien dicatat dalam rekam medis pasien di catatan terintegrasi. Penulisan dalam Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi ini memiliki sistematika model SOAP.

B. Tujuan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)

1. Memudahkan pemberi pelayanan kesehatan dalam mengikuti pemberian pelayanan dan pengobatan pasien sehingga mempermudah mengetahui perkembangan kondisi pasien.
2. Sebagai acuan dalam menuliskan asuhan pelayanan pasien pada catatan terintegrasi agar terjadi keseragaman dalam penulisan di lembar CPPT dalam rekam medis pasien.

C. Prosedur Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)

Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) memiliki prosedur umum diantaranya yaitu :

1. Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) membuat perencanaan asuhan pelayanan pasien dalam waktu 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap.
2. DPJP membuat rencana asuhan pasien secara individual dan di review serta diverifikasi dengan mencatat kemajuan dalam catatan terintegrasi.
3. Bila asuhan sudah sesuai dengan rencana dan pencapaian sasaran. DPJP melakukan verifikasi dengan memberikan paraf atau cap nama. Gelar serta SIP DPJP pada pojok kanan bawah setiap lembar CPPT.
4. Dokter membuat hasil asuhan pelayanan medis pasien atau kesimpulan rapat dari tim asuhan atau diskusi lain tentang kolaborasi dalam rekam medis pasien di dalam catatan terintegrasi.
5. Dokter, perawat, bidan, ahli gizi dan fisioterapi dalam membuat :
 - a. Asuhan yang diberikan kepada pasien haruslah terintegrasi dan terkoordinasi.

- b. Asuhan untuk setiap pasien direncanakan oleh dokter penanggung jawab dalam waktu 24 jam setelah terbit struk rawat inap tercetak.
 - c. Rencana asuhan pasien harus individual dan berdasarkan data pengkajian awal pasien.
 - d. Rencana asuhan dicatat di rekam medis dalam bentuk kemajuan terukur pencapaian sasaran.
 - e. Dokter dan perawat mencatat atau merevisi kemajuan pasien sesuai kebutuhan pasien berdasarkan hasil pengkajian ulang.
 - f. DPJP mereview dan melakukan verifikasi rencana asuhan dan mencatat kemajuannya dalam catatan terintegrasi.
 - g. Setiap pemberi pelayanan kesehatan yang memberikan asuhan dicatat dalam rekam medis pasien.
6. Memberi pelayanan kesehatan yang diizinkan memberikan instruksi atau menuliskan instruksi dalam rekam medis pasien di lokasi seragam adalah dokter, perawat, bidan, ahli gizi, dan fisioterapis yang memberikan asuhan kepada pasien.
7. Dokter anestesi menulis instruksi post anestesi-sedasi pada formulir laporan anestesi-sedasi dan pada catatan terintegrasi dengan menuliskan “instruksi post operasi lihat pada laporan operasi”.
8. Perintah yang harus ditulis adalah pemberian oksigen, pemberian terapi obat-obatan, pemeriksaan penunjang yang diperlukan, pemberian diet, pemberian fisioterapi dan konsultasi.
9. DPJP membuat permintaan pemeriksaan diagnostic imaging dan laboratorium klinis atas indikasi klinis dan alasan pemeriksaan yang

rasional agar mendapatkan interpretasi yang diperlukan kecuali dipelayanan khusus seperti IGD dan *High Care Unit* (HCU) dan Perinatologi yang memerlukan pemeriksaan cito dapat dilakukan oleh dokter jaga IGD dan dokter jaga ruangan.

10. Tindakan diagnostic dan tindakan lain yang dilakukan termasuk hasilnya dicatat dalam rekam medis pasien.

11. Untuk penulisan di catatan terintegrasi, dokter menggunakan bolpoint.

12. Cara penulisan data dilembar catatan perkembangan pasien terintegrasi dengan format problem oriented dikenal dengan SOAP. Konsep SOAP terdiri atas 4 bagian :

a. *Subjective* (Data Subjektif)

Berisikan keluhan yang dirasakan oleh pasien sekarang atau saat ini.

b. *Objective* (Data Objektif)

Berisikan hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

c. *Assessment* (Pengkajian)

Kesimpulan dalam bentuk suatu diagnosis kerja, diagnosis differensial, atau suatu penilaian keadaan berdasarkan hasil data subjektif dan data objektif.

d. *Plan* (Rencana)

Berisikan tentang rencana diagnostik, rencana terapi atau tindakan, rencana monitoring dan rencana edukasi kolaborasi.

1) Semua petugas kesehatan menulis SOAP lurus dibawah di kolom hasil pemeriksaan, analisis, rencana dan penatalaksanaan pasien.

- 2) Kolom penatalaksanaan (SOAP) oleh tenaga kesehatan adalah sebuah rencana tindakan yang dilakukan terhadap pasien.
- 3) Konsul dilakukan oleh perawat, bidan dan petugas kesehatan lainnya ke dokter umum atau dokter spesialis, maka instruksi tenaga kesehatan di sebelah kanan.
- 4) Konsul dilakukan oleh dokter umum ke DPJP atau dokter spesialis maka instruksi DPJP tetap ditulis di kolom penatalaksanaan sebagai bagian dari Plan (SOAP).

13. Tanggal dan jam

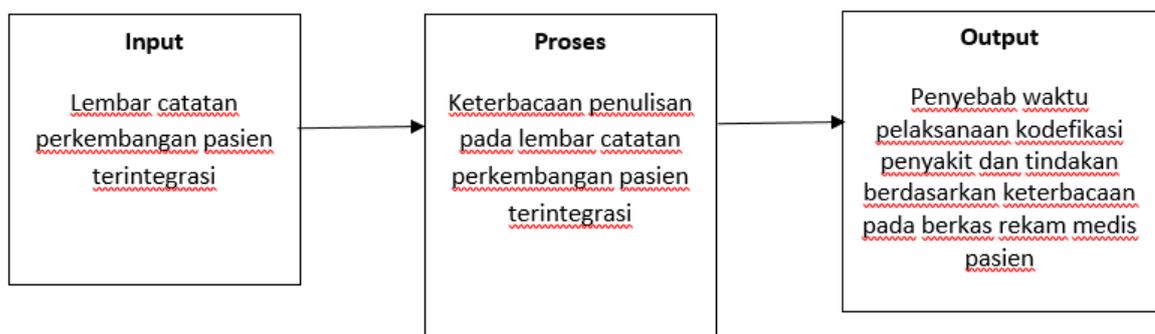
Semua petugas kesehatan menulis waktu pelaksanaan pencatatan yaitu tanggal, bulan, tahun dan jam dalam WIB.

14. Nama dan paraf. Setiap petugas kesehatan menulis CPPT dilengkapi paraf dan cap nama serta gelar petugas kesehatan.

15. Catatan.

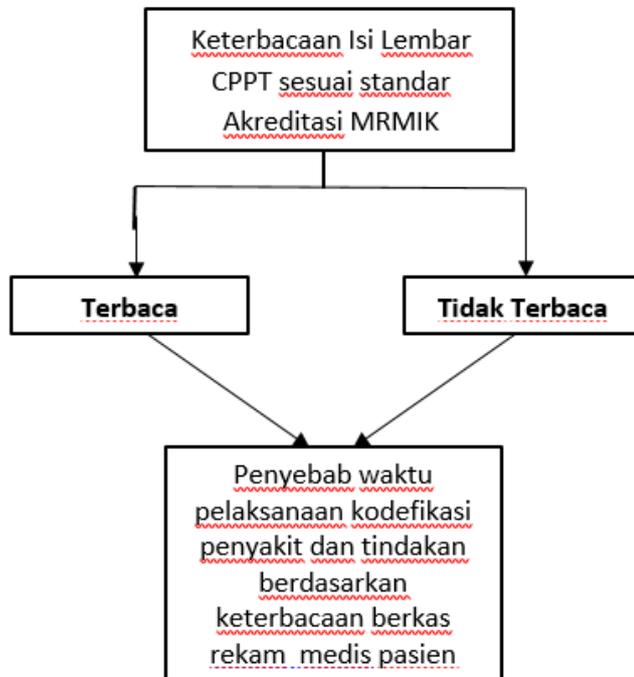
Berisi catatan dari DPJP untuk perhatian semua petugas kesehatan.

2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep