

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Berdasarkan SK Menteri kesehatan Nomor:269/Menkes/Per/III/2008 tentang rekam medis menjelaskan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.⁽¹⁾

Menurut E.K Huffman, rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang di perolehnya serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, membenarkan diagnosa dan pengolahan data.⁽⁴⁾

Rekam medis yang memuat informasi evaluasi keadaan fisik dan riwayat penyakit pasien sangat penting dalam perencanaan dan koordinasi pelayanan pasien, bagi evaluasi lanjut serta menjamin kontinuitas pelayanan yang diberikan. Oleh karena itu kelengkapan, keakuratan dan ketepatan waktu pengisian harus diupayakan dalam organisasi kesehatan karena amat penting bagi kalayakan tindakan pelayanan dan rujukan.⁽⁵⁾

2. Tujuan Rekam Medis

Rekam medis bertujuan untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

3. Kegunaan Rekam Medis

Menurut seorang pakar Gibony, menyatakan kegunaan rekam medis menggunakan singkatan ALFRED, yaitu :

a. *Administration* (Administrasi)

Data dan informasi yang dihasilkan dalam rekam medis dapat digunakan manajemen untuk melaksanakan fungsinya guna pengelolaan berbagai sumber daya.

b. *Legal* (Hukum)

Rekam medis dapat digunakan sebagai alat bukti hukum yang dapat melindungi pasien, *provider* (dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya) serta pengelola dan pemilik sarana pelayanan kesehatan terhadap hukum.

c. *Financial* (Keuangan)

Catatan yang ada dalam dokumen rekam medis dapat digunakan untuk memprediksikan pendapatan dan biaya sarana pelayanan kesehatan.

d. *Research* (Penelitian)

Dapat dilakukan penelusuran terhadap berbagai macam penyakit yang telah dicatat kedalam dokumen rekam medis guna kepentingan penelitian.

e. *Education* (Pendidikan)

Dokumen rekam medis dapat digunakan untuk pengembangan ilmu.

f. *Documentation* (Dokumentasi)

Dapat digunakan sebagai dokumen karena menyimpan sejarah medis seseorang.⁽⁵⁾

B. Formulir Rekam Medis Rawat Inap

Formulir rekam medis rawat inap adalah kertas yang memiliki fungsi untuk merekam terjadinya transaksi pelayanan yang dilakukan di unit rawat inap.

Macam-macam formulir rekam medis rawat inap yaitu:

- a. Formulir ringkasan masuk dan keluar
- b. Resume dokter
- c. Lembar pengkajian medis umum
- d. Grafik perkembangan pasien
- e. Formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi
- f. Formulir informasi pasien dan keluarga
- g. Formulir pemeriksaan penunjang
- h. Formulir laporan anestesi
- i. Laporan operasi
- j. Formulir pencatatan pemberian obat
- k. Catatan keperawatan
- l. Resume keperawatan
- m. Laporan persalinan dan identitas bayi.
- n. Laporan identitas bayi lahir
- o. Surat persetujuan rawat inap
- p. *Informed consent*

C. Fungsi dan Tugas Assembling

Yaitu salah satu bagian di unit rekam medis yang mempunyai tugas pokok :

1. Merakit kembali formulir-formulir dalam DRM dari rawat jalan, gawat darurat, dan rawat inap menjadi urutan atau runtut sesuai dengan kronologis penyakit pasien yang bersangkutan.

2. Meneliti kelengkapan data yang tercatat didalam formulir rekam medis sesuai dengan kasus penyakitnya.
3. Mengendalikan DRM yang kembali ke unit pencatatan data karena isinya tidak lengkap.
4. Mengendalikan penggunaan nomor rekam medis
5. Mendistribusikan dan mengendalikan penggunaan formulir rekam medis.⁽⁶⁾

D. Quality Assurance

1. Pengertian *Quality Assurance*

- a. *Quality Assurance* disebut juga dengan jaminan mutu, merupakan suatu rangkaian kegiatan yang dilakukan untuk menetapkan, melaksanakan dan memonitor pelaksanaan standar, serta rangkaian peningkatan kinerja melalui upaya perbaikan atau proses secara kesinambungan sehingga pelayanan yang diberikan memenuhi harapan pelanggan dan dilakukan dengan efektif efisien dan seaman mungkin.⁽⁶⁾
- b. Sedangkan menurut Depkes RI, Jaminan mutu merupakan upaya yang dilaksanakan secara kesinambungan, sistematis, objektif, dan terpadu dalam menetapkan masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan berdasarkan standar yang telah ditetapkan selanjutnya menetapkan serta melaksanakan cara penyelesaian masalah sesuai dengan kemampuan yang tersedia, menilai hasil yang dicapai dan menyusun saran tindak lanjut untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan.

2. Tujuan *Quality Assurance*

Makin meningkatnya mutu pelayanan agar berkesinambungan, sistematis, obyektif dan terpadu dalam menetapkan masalah dan penyebab masalah mutu

pelayanan berdasarkan standar yang telah ditetapkan, menetapkan dan melaksanakan cara penyelesaian masalah sesuai dengan kemampuan yang tersedia.

3. Analisa Pendokumentasian Rekam Medis

a. Analisa statistik

Analisa statistik yaitu suatu analisa berdasarkan data yang dihasilkan dalam pelayanan rekam medis dan diolah dengan menggunakan metode statistik deskriptif atau inferensial sehingga menghasilkan informasi yang berguna untuk keperluan pengambilan keputusan organisasi (klinis atau administrasi).

b. Analisa kuantitatif

Komponen analisa kuantitatif

1.) *Review* Identifikasi

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

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

2.) *Review* Pelaporan

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

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

3.) *Review* Autentifikasi

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

4.) *Review* Pencatatan

Yaitu pencatatan yang tidak lengkap dan tidak bisa dibaca.

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

c. Analisa Kualitatif

Komponen analisa kualitatif meliputi :

1.) *Review* kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa

Yaitu adanya kesesuaian penulisan diagnosa dari diagnosa masuk sampai diagnosa akhir, yang meliputi Diagnosa tambahan, *differensial* diagnosa, *preoperative* diagnosa, *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 pasien dan menyimpan seluruh hasil pemeriksaan.

4.) *Review* adanya *informed consent* yang seharusnya ada

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

5.) *Review* cara atau praktek pencatatan

Adalah pencatatan yang mudah dibaca, jelas, tinta yang 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.

4. Cara untuk mengetahui ketidaklengkapan dokumen dapat di cari sebagai perhitungan berikut :

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.

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

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 14 X 24 jam setelah waktu penyerahan dokumen rekam medis tak lengkap.

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

E. Ketentuan Pengisian Dokumen Rekam Medis

Untuk mencapai data yang optimal pada semua Rumah Sakit tentunya memiliki sebuah atau pengawasan yang baik dan dapat diwujudkan dengan menganalisa ketidaklengkapan pengisiannya. Setiap bukti dari pelayanan medis terhadap pasien melalui dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain yang bertanggung jawab untuk mengisi berkas rekam medis sebagai berikut :

1. Setiap tindakan atau konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat – lambatnnya dalam waktu 1 X 24 jam harus ditulis dalam lembar rekam medis.
2. Semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnnya serta diberi tanggal.
3. Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran atau mahasiswa lainnya di tanda tangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter yang membimbingnya.
4. Pencatatan yang dibuat oleh *residens* harus diketahui oleh dokter pembimbingnya.
5. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukan pada saat itu juga serta dibubuhi paraf.

6. Bila terjadi ketidaklengkapan rekam medis yang telah dikembalikan ke sub bagian pencatatan medis, maka dokter yang bersangkutan di panggil untuk melengkapinya.
7. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan⁽⁵⁾

F. Pengaruh Dari Ketidaklengkapan Isi Dokumen Rekam Medis

Jika rekam medis tidak lengkap, maka dapat mempengaruhi dokter atau perawat dalam memberikan rencana pengobatan karena kurang lengkapnya informasi yang diperlukan. Kemungkinan-kemungkinan lain adalah kesulitan dalam melakukan evaluasi terhadap pelayanan medis yang diberikan dan pada akhirnya tidak bisa dijadikan bukti di pengadilan, padahal kalau terjadi tuntutan malpraktik dari pasien, rekam medis yang lengkap dapat membantu dokter ataupun tenaga kesehatan lainnya sebagai bukti pelayanan yang telah diberikan.

Kualitas rekam medis melalui indikator kelengkapan pengisian dokumen rekam medis menunjukkan bahwa masalah ketidaklengkapan menjadi masalah yang serius tetapi sering terlupakan, apabila tidak lengkap dalam membuat rekam medis maka akan kena sanksi seperti pada Pasal 79 Undang-undang Praktek Kedokteran, yang menyebutkan bahwa, "Dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun atau denda paling banyak Rp 50.000.000,- (lima puluh juta rupiah), setiap dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja tidak membuat rekam medis sebagaimana dimaksud pasal 46 Ayat (1)". Masalah ketidaklengkapan rekam medis perlu segera diatasi sebelum terjadi tuntutan dari masyarakat karena dugaan malpraktik.⁽⁵⁾

G. Bedah Orthopedi

Bedah Orthopedi adalah tindakan pembedahan yang dilakukan oleh ahli Orthopedi yang berpengalaman atau ahli bedah ortopedi untuk merawat masalah muskuloskeletal yang mempengaruhi tulang, sendi, otot, tendon, dan ligamen yang disebabkan oleh kecelakaan, trauma, cedera, atau kondisi kronis lainnya. Pembedahan Orthopedi juga dapat memperbaiki permasalahan pada sistem saraf yang terhubung ke tulang belakang, kelainan bawaan, serta permasalahan muskuloskeletal yang disebabkan oleh penuaan.⁽⁷⁾

Tindakan yang umum dalam pembedahan Orthopedi adalah sebagai berikut:

1. *Artroskopi* merupakan teknik invasif minimal yang canggih untuk mendiagnosis dan memperbaiki jaringan sendi yang rusak dilakukan dengan menggunakan sonde, tabung tipis dan peralatan kecil.
2. Perbaikan patah tulang adalah tindakan bedah yang dilakukan untuk mengobati patah pada bagian pergelangan kaki, kaki, pinggul, rusuk, lengan, tulang selangka (hampir pada semua hal yang berbau tulang); melibatkan penyayatan melalui tulang yang diperbaiki atau dikembalikan ke tempat semula, biasanya dengan menggunakan sekrup atau pelat.
3. *Artroplasti* (Penggantian/Mobilisasi sendi) berbagai teknik bedah untuk penggantian seluruh sendi seperti pinggul atau lutut, seperti dalam kasus kronis dari radang sendi; teknik ini melibatkan penggantian sendi yang sakit dengan bahan karet prostetik untuk mengembalikan gerakan pada sendi seperti semula.
4. Perbaikan jaringan yang rusak tindakan bedah dimana ligamen atau tendon yang robek dipulihkan dengan cara pencangkokan yang diambil dari tempat lain di tubuh.

5. Operasi korektif Berbagai tindakan yang dilakukan untuk memperbaiki kesalahan alur dan kerusakan bagian tubuh tertentu atau tulang belakang untuk meningkatkan dan mengoptimalkan pergerakan; tindakan yang umum diantaranya adalah pembedahan gabungan (menyambungkan dua bagian untuk membentuk satu tulang) dan osteotomy (pemotongan dan reposisi tulang).⁽⁷⁾

H. Kerangka Teori

