

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. REKAM MEDIS

Di dalam membahas pengertian rekam medis terlebih dahulu akan dikemukakan arti dari rekam medis itu sendiri. Rekam medis disini di artikan sebagai “keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamnese, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan yang di rawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat”. Kalau diartikan secara dangkal rekam medis seakan-akan hanya merupakan catatan dan dokumen tentang keadaan pasien, namun kalau dikaji lebih dalam rekam medis mempunyai makna yang lebih luas dari pada hanya catatan biasa, karena di dalam catatan tersebut sudah tercermin segala informasi menyangkut seseorang pasien yang akan dijadikan dasar didalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lainnya yang diberikan kepada seseorang pasien yang datang ke rumah sakit<sup>(4)</sup>

Ada beberapa istilah Rekam medis yaitu : Rekam Medis, “*Medical Recort*”. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/III/2008 Pasal 1 yaitu berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis mengandung pengertian yang sangat luas, tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan, akan tetapi mempunyai

pengertian sebagai suatu sistem penyelenggaraan rekam medis. Sedangkan kegiatan pencatatannya sendiri hanya merupakan salah satu kegiatan dari pada penyelenggaraan rekam medis adalah merupakan proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien di rumah sakit, diteruskan kegiatan pencatatan data medik pasien selama pasien itu mendapatkan pelayanan medis di rumah sakit, dan diteruskan dengan penanganan berkas rekam medis yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan untuk melayani permintaan/peminjaman apabila dari pasien atau untuk keperluan lainnya<sup>(4)</sup>

## **1. Tujuan Rekam Medis**

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa di dukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak mungkin tertib administrasi rumah sakit akan berhasil sebagai mana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tujuan rekam medis secara rinci akan terlihat dan analog sebab kegunaan rekam medis itu sendiri <sup>(7)</sup>

## **2. Kegunaan Rekam Medis**

Kegunaan rekam medis secara umum adalah ;

- a) Sebagai alat komunikasi antara tenaga kesehatan serta tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian didalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.
- b) Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
- c) Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit.
- d) Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
- e) Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
- f) Menyediakan data – data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
- g) Sebagai dasar dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medik pasien.
- h) Menjadi sumber ingatan yang harus di dokumentasikan serta sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan.

Kugunaan Rekam yang disingkat ALFRED adalah :

- a) *Administrstion* / Administrasi data dan informasi yang dihasilkan oleh rekam medis dapat digunakan manajemen untuk melaksanakan fungsinya guna pengelolaan berbagai sumber daya, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan

- b) *Legal* / Hukum sebagai alat bukti hukum yang dapat melindungi hukum terhadap pasien, *profider* kesehatan ( dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya ) seta pengelola dan pemilik sarana pelayanan kesehatan. Berkas rekam medis memiliki nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha untuk menegakkan hukum serta penyediaan bahan bukti untuk menegakkan keadilan.
- c) Aspek Medis sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan / perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
- d) *Financial* / Keuangan setiap jasa yang diterima pasien bila di catat dengan lengkap dan benar maka dapat digunakan untuk menghilangkan biaya yang harus dibayar oleh pasien, selain itu jenis dan jumlah pelayanan kegiatan yang tercatat dalam formulir dapat digunakan untuk memprediksi pendapatan dan biaya sarana pelayanan kesehatan.
- e) *Research* / Riset berbagai macam penyakit yang telah dicatat dalam dokumen rekam medis dapat dilakukan penelusuran guna kepentingan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan. Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data / informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.
- f) *Education* / Pendidikan dokumen rekam medis dapat digunakan untuk belajar dan mengembangkan ilmu bagi mahasiswa atau pendidik. Dalam dokumen rekam medis terkandung data atau informasi tentang perkembangan kronologis

dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran dibidang profesi pemakai.

- g) *Documentation* / Dokumentasi Rekam medis sebagai dokumen karena memiliki sejarah medis seorang pasien dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

### **3. Prosedur Pendaftaran Pasien URI**

Tempat pendaftaran pasien rawat jalan ( TPPRJ ) merupakan pintu masuk pertama dalam penerimaan dan pendaftaran pasien rawat jalan karena dimana setiap pasien yang akan berobat di rumah sakit harus terlebih dahulu mendaftar di ( TPPRJ ). Kegiatan rekam medis yang berkaitan dengan penerimaan pasien / pendaftaran dijelaskan sebagai berikut :

- a) Melaksanakan proses penyelenggaraan pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan / rawat inap IGD.
- b) Melakukan wawancara untuk mengisi identitas pribadi data sosial pasien rawat jalan.
- c) Menyiapkan rekam medis rawat jalan serta meminta rekam medis rawat jalan ke petugas rekam medis bagian penyimpanan.
- d) Mengisi buku register pendaftaran rawat jalan.
- e) Membuat atau memutakhirkan kartu indek utama pasien ( KIUP ) rawat jalan.

Kegiatan rekam medis yang berkaitan dengan pendaftaran pasien URI dijelaskan

sebagai berikut :

- a) Setiap pasien baru yang diterima ditempat penerimaan pasien ( TPP ) ditanya oleh petugas untuk mendapatkan data identitas yang akan diisikan dalam formulir Ringkasan riwayat klinik.
- b) Setiap pasien baru akan memperoleh nomor pasien yang akan digunakan sebagai nomor kartu pengenalan. Kartu pengenalan harus dibawa pada kunjungan berikutnya, baik sebagai pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap.
- c) Berkas rekam medis pasien baru akan dikirim oleh petugas sesuai dengan poliklinik yang dituju.
- d) Berkas pasien yang harus dirawat akan dikirim ke ruang perawatan.

Sedangkan untuk pasien lama sebagai berikut :

- a) Pasien lama dibedakan antara pasien datang dengan perjanjian dan pasien datang tanpa perjanjian. Baik pasien dengan perjanjian atau tanpa perjanjian mendapatkan pelayanan di TPP.
- b) Pasien dengan perjanjian akan langsung menuju poliklinik tujuan karena berkas rekam medisnya sudah disiapkan oleh petugas.
- c) Pasien tanpa perjanjian harus menunggu karena berkas rekam medis akan dimintakan oleh petugas TPP ke bagian rekam medis.

Setelah berkas rekam medis dikirim ke poliklinik, pasien akan mendapat pelayanan

(8)

#### **4. Pencatatan**

Pencatatan adalah pendokumentasian segala informasi medis pasien ke dalam rekam medis yang akan menjadi bahan informasi, Catatan berdasarkan sumber datanya dibedakan menjadi catatan sosial dan catatan medis. Catatan sosial diperoleh saat penerimaan pasien di TPPRI yang meliputi nama, alamat, umur, agama dan pekerjaan. Sedangkan data medis diperoleh pasien setelah mendapatkan pelayanan dari dokter, perawat atau petugas lainya seperti laboratorium dan radiologi<sup>(11)</sup>

Prinsip utama yang harus ditaati oleh petugas pencatatan adalah : nama pasien harus lengkap, minimal terdiri dari dua suku kata. Dengan demikian nama pasien, yang akan tercantum dalam rekam medis akan menjadi satu diantara kemungkinan ini :

- a) Nama pasien sendiri, apabila nama sudah terdiri dari satu kata atau lebih ;  
Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama suami, apabila seorang pasien telah bersuami .
- b) Nama pasien sendiri dilengkapi nama orang tua ( biasanya nama ayah ) .
- c) Bagi pasien yang mempunyai nama keluarga / marga, maka nama keluarga atau marga atau surname didahulukan dan kemudian diikuti nama sendiri .
- d) Dalam setiap penamaan rekam medis, diharapkan : Nama ditulis dengan huruf cetak dan mengikuti ejaan yang disempurnakan .
- e) Sebagai pelengkap bagi pasien perempuan diakir nama lengkap ditambah Ny atau Nn. Sesuai dengan statusnya

Pencantuman titel selalu diletakkan sesudah nama lengkap pasien ; Perkataan tuan,

saudara, bapak tidak dicantumkan dalam penulisan nama pasien <sup>(9)</sup>

## **5. Tugas Pokok TPPRI**

- a) Menerima pasien berdasarkan admission note dibuat dokter.
- b) Bersama - sama pasien atau keluarga pasien menentukan kelas perawat dan bangsal yang dituju.
- c) Menyiapkan formulir - formulir rawat inap sesuai dengan kasus penyakitnya.
- d) Mengatur pasien ke bangsal yang dituju bersama - sama formulir RM, rawat inap yang sesuai dengan kasusnya.
- e) Memberi informasi tentang adanya mutasi pasien, pengunjung / instasi / badan / orang yang memerlukan informasi tentang keberadaan pasien rawat inap.

## **6. Fungsi dan Peran TPPRI**

- a) Pusat informasi pelayanan rawat inap rumah sakit
- b) Pengatur penggunaan TT bangsal rawat inap berdasarkan catatan pengguna TT atau mutasi pasien yang diperoleh dari informasi bangsal atau sensus harian tentang rawat inap
- c) Sebagai pengatur ruangan, fasilitas rumah sakit termasuk jadwal penggunaan kamar bedah sentral dan pelayanan klinis dengan melakukan perjanjian terlebih dahulu lewat pintu yaitu pusat informasi ini

## **7. Informasi yang Dihasilkan TPPRI**

- a) Nama, Alamat, jenis kelamin dan umur pasien yang rawat inap pada setiap bangsal dan kelas perawatan.
- b) Jumlah pasien rawat inap untuk setiap variabel jenis kelamin, golongan umur



asal pasien dari gawat darurat, rawat jalan dan langsung TPPRI, asal rujukan pasien dari rumah sakit, puskesmas, datang sendiri, bangsal dari kelas perawatan, pasien keluar ( hidup dan mati ), cara pasien keluar meliputi pulang dirujuk, mati < 48 jam dan > 48 jam dan pembayaran pasien.

## **8. Formulir - Formulir pendukung TPPRI**

- a) Formulir RM 1
- b) Formulir Penerimaan Pasien Rawat Inap
- c) Formulir Surat Perintah Rawat Inap
- d) Form Edukasi
- e) Asesmen Rawat Inap
- f) Form Hak dan Kewajiban Pasien
- g) Surat Pemberian Kuasa

## **9. Sistem Penamaan**

Nama merupakan identitas pribadi yang diberikan oleh orang tua pada saat lahir dan ia memiliki sampai setelah meninggal dunia. Sistem pembesaran nama seseorang di suatu suku bangsa atau marga mempunyai cara dan ciri masing - masing. Sehingga nama itu dapat di panggil dan dapat membedakan antara satu dengan lainnya. Oleh sebab itu penulisan nama pasien di setiap formulir rekam medis sangat penting artinya agar tidak terjadi kesalahan dalam pelayanan karena dokumen rekam medis yang telah terisi data rekam medis pasien lain. Prinsip utama yang di taati oleh petugas pencatat adalah nama pasien harus lengkap, minimal terdiri 2 suku kata, dengan demikian nama pasien yang akan tercantum dalam

rekam medis akan menjadi satu diantara kemungkinan:

- a) Nama pasien sendiri, apabila nama sudah terdiri dari suku kata atau lebih.
- b) Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama suami, apabila pasien seorang yang bersuami.
- c) Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama orang tua ( biasanya nama ayah ).
- d) Bagi pasien yang mempunyai keluarga , marga, maka keluarga atau marga didahulukan dan diikuti nama sendiri.

Dalam sistem penamaan rekam medis, diharapkan;

- a) Nama ditulis dengan huruf cetak dan mengikuti ejaan yang disempurnakan.
- b) Sebagai pelengkap, bagi pasien perempuan diakhiri nama lengkap ditambah Ny / Nn dengan statusnya.
- c) Penentuan title selalu diletakan sesudah nama lengkap pasien.
- d) Perkataan tuan, saudara, bapak, tidak dicantumkan dalam penulisan nama pasien.

## **10. Sistem Penomoran**

Sistem penomoran atau dikenai dengan istilah numbering system penting artinya untuk kesinambungan informasi, tujuan memberikan nomor pada dokumen rekam medis adalah mempermudah pencarian kembali dokumen rekam medis yang telah terisi sebagai informasi medis tentang pasien saat pasien datang kembali berobat di sarana pelayanan kesehatan yang sama. Ada 3 sistem pemberian nomor yaitu :

- a) Pemberian nomor cara seri (*Serial Numbering System = SNS*): Sistem penomoran dimana setiap penderita yang berkunjung di rumah sakit selalu mendapat nomor baru.Kelebihannya adalah petugas mudah mengerjakan.Kekurangannya adalah sulit dan membutuhkan waktu yang lama dalam mencari DRM, informasi klinis menjadi tidak berkesinambungan sehingga dapat merugikan pasien.
- b) Pemberian nomor cara unit ( *Unit Numbering System = UNS* ) : Sistem penomoran ini memberikan satu nomor rekam medis pada pasien berobat jalan maupun rawat inap dan gawat darurat. Setiap pasien yang datang berkunjung mendapatkan satu nomor pada pasien pertama kali datang ke rumah sakit, dan digunakan selamanya untuk kunjungan berikutnya, sehingga DRM pasien hanya tersimpan di dalam satu berkas (folder) di bawah satu nomor. Kelebihannya adalah informasi klinis dapat berkesinambungan. Kekurangannya adalah pendaftaran pasien yang pernah berobat atau pasien lama akan lebih lama di banding cara SNS.
- c) Pemberian nomor cara serf unit (*Serial Unit Numbering System = SUNS*) : Suatu sistem pemberian nomor dengan menggabungkan sistem serf dan unit.Dimana setiap pasien datang berkunjung di rumah sakit diberikan nomor baru, tetapi dokumen rekam medis terdahulu digabungkan dan disimpan jadi satu dibawah nomor yang paling baru.
- d) Apabila satu berkas rekam medis lama diambil lalu dipindahkan ke tempatnya ke nomor yang baru, ditempatnya yang lama tersebut harus diberi pada petunjuk

(out guide) yang menunjukkan kemana rekam medis tersebut dipindahkan. Kelebihannya adalah pelayanan menjadi lebih cepat karena tidak memilah pasien baru atau lama karena semua pasien yang datang seolah – olah dianggap sebagai pasien baru. Kekurangannya adalah petugas menjadi lebih repot setelah selesai pelayanan, dan informasi klinis pada saat pelayanan dilakukan tidak berkesinambungan.

## 11. Sistem Penjajaran

Dalam RM yang disimpan di dalam rak penyimpanan disusun berdiri satu dengan yang lainnya. Ada 3 sistem penjajaran dokumen RM yaitu

- a) *Stright Numerical Filling* adalah sistem penyimpanan dokumen RM dengan menjajarkan berdasarkan angka langsung yang dijajarkan melalui 27-80-89 dan 27-80-90 dan seterusnya.
- b) *Middle Digit Filling* sistem penjajaran dengan sistem angka terakhir yang sistem penyimpanan data RM pada dua angka kelompok tengah 551210 angka kedua angka pertama angka ketiga.
- c) *Terminal Digit Filling* sistem penjajaran dengan sistem angka akhir yaitu suatu sistem penyimpanan data RM dengan menjajarkan folder data RM berdasarkan urutan nomor RM pada dua angka kelompok akhir. 270889 angka ketiga angka kedua angka pertama.

## 12. Sistem Penyimpanan

Bentuk penyimpanan berkas rekam medis ada dua, yaitu sentralisasi

dan desentralisasi. Sentralisasi adalah penyimpanan rekam medis pasien dalam satu kesatuan baik catatan kunjungan poliklinik maupun catatan selama pasien di rawat inap. Sedangkan desentralisasi yaitu penyimpanan dengan melakukan pemisahan antara rekam medis di poliklinik dengan rekam medis di rawat inap. Berkas rekam medis pasien poliklinik disimpan di satu tempat penyimpanan, sedangkan berkas rekam medis pasien rawat inap disimpan di bagian rekam medis. Secara teori sentralisasi lebih baik dari pada desentralisasi, tetapi pelaksanaannya sangat tergantung pada situasi dan kondisi masing – masing rumah sakit. Penyimpanan berkas rekam medis dapat menggunakan sistem nomor. Sistem penomoran yang sering dipakai adalah sistem nomor langsung ( *straight numerical* ), sistem angka akhir ( *terminal digit* ) dan sistem angka tengah ( *middle digit* )<sup>(10)</sup>

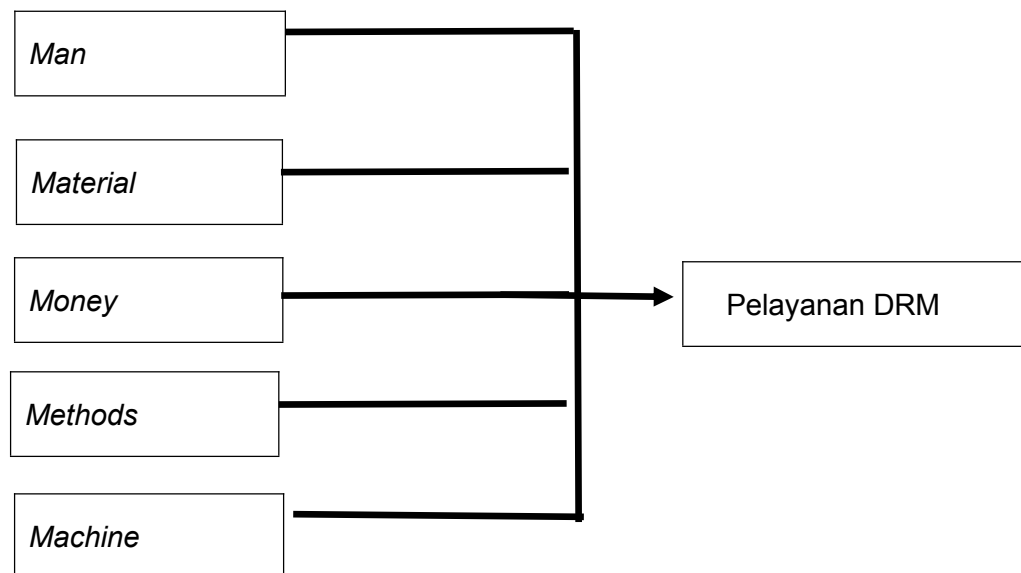
### **13. SOP Penomoran RM**

*Standard Operating Procedure* ( SOP ) penomoran RM sangat penting supaya petugas mengetahui dan paham terhadap penomoran RM yang sehari - hari diberikan kepada pasien rawat jala, rawat darurat dan rawat inap. Kerena masih banyak terjadi inkonsistensi penulisan nomor RM. Sebagian besar menyatakan sistem penomoran tidak sesuai antara *Standard Operating Procedure* ( SOP ) dengan penomoran, hal ini juga dikarenakan *Standard Operating Procedure* ( SOP ) tidak disosialisasikan sehingga petugas tidak mengetahui sistem penomoran yang benar dan sesuai dengan *Operating Procedure* ( SOP ) yang telah ditetapkan.

### **14. Sarana Penomoran di URI**

Salah satu sistem penomoran RM di URI dimana semua pasien diberikan nomor RM yang berfungsi sebagai salah satu identitas pasien. RM pada hampir semua pasien pelayanan kesehatan disimpan menurut nomor, yaitu nomor pasien masuk ( admission number . Dahulu berbagai rumah sakit menyimpan RM berdasarkan: nama pasien, nomor keluar atau kode diagnose. Penyimpanan secara alphabets menurut nama - nama pasien agak lebih sulit dan memungkinkan terjadinya kesalahan di bandingkan dengan penyimpanan berdasarkan nomor. Penggunaan nomor keluar ( discharge number ) dan nomor kode diagnose ( diagnose kode number ).

## B. Kerangka Teori



Kerangka teori didapat dari modifikasi antara teori George R. Terry dalam bukunya Principle Of Management dengan teori Rano Idradi I. Pedoman Prosedur Pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

**. Kerangka Konsep**

