

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis menurut Permenkes 269 tahun 2008

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang pasien, pemeriksaan, pengobatan tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien^[9]

2. Menurut Huffman E.K, Rekam Medis

Rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana dan bagaimana yang di berikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai dan pelayanan yang di perolehnya serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien membenarkan diagnosa dan pengobatan serta merekam hasilnya^[10]

B. Kegunaan dan Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah untuk memberikan informasi mengenai diri pasien kepada seluruh pihak yang memberikan perawatan atau pengobatan kepada pasien tersebut

Kegunaan Rekam Medis menurut seorang pakar Gibony, menyatakan kegunaan rekam medis menggunakan singkatan ALFRED^[11] 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 pengelolaan 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[

C. Unit Rawat Inap

Unit Rawat Inap (URI) atau Instalasi Rawat Inap (IRNA) adalah salah satu bagian pelayanan klinis yang melayani pasien karena keadaanya harus di rawat selama 1 hari atau lebih. Dalam perawatan tersebut dapat terjadi beberapa kemungkinan^[12] :

1. Harus dilakukan tindakan operasi sehingga harus dirujuk ke kamar bedah atau
2. Harus ditolong persalinan sehingga harus dirujuk ke kamar bersalin
3. Harus dilakukan pengawasan intensif sehingga harus dirujukke ICU, ICCU, NICU dan PICU

Tugas pokok URI dalam pelayanan rekam medis :

- a. Mencatat semua hasil – hasil pelayanan tersebut diatas kedalam formulir rawat inap yang sesuai
- b. Mencatat mutasi pasien pada formulir SHRI pada waktu yang telah ditentukan
- c. Mencatat kegiatan rawat inap pada register pasien rawat inap
- d. Membuat laporan kegiatan rawat inap

Sedangkan peran dan fungsinya sebagai pencatat data hasil pelayanan dan kegiatan rawat inap

D. Assembling

Assembling adalah salah satu unit rekam medis yang mempunyai tugas pokok yaitu :

1. Menerima DRM dari rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat kemudian merakit kembali formulir menjadi urutan yang sesuai dengan kronologi penyakit pasien yang bersangkutan.
2. Meneliti kelengkapan data yang tercatat didalam formulir rekam medis sesuai dengan kasus penyakitnya
3. Mengendalikan DRM yang dikembalikan ke unit terkait karena isinya yang kurang lengkap
4. Mengendalikan penggunaan nomor rekam medis
5. Mendistribusikan dan mengendalikan penggunaan formulir rekm medis

E. Formulir Rawat Inap SMC Telogorejo Semarang

1. RM 2 Pengkajian Medis
2. RM 4 Catatan terintegrasi dokter
3. RM 5 Pemberian Obat
4. RM 7 Asuhan Keperawatan
5. RM 8 Laporan Operasi
6. RM 11 Laporan Anasthesi
7. RM 14 Persetujuan Tindakan Medik
8. RM 16 Penolakan Tindakan Medik
9. RM 18 Ringkasan Lembar Keluar Masuk^[13]

F. Quality Assurance

1. Pengertian Quality assurance

Menurut Dr. Avedis Donobedian, *Quality Assurance* adalah semua penataan dan kegiatan-kegiatan yang dimasukkan untuk menjaga keselamatan, pemeliharaan dan meningkatkan mutu pelayanan^[14]

2. Tujuan *Quality Assurance*

Tujuan *Quality Assurance* adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan agar berkesinambungan, sistematis, objektif dan terpadu menetapkan masalah dan penyebab masalah. Mutu pelayanan berdasarkan standar yang telah ditetapkan, menetapkan dan melaksanakan cara penyelesaian masalah sesuai dengan kemampuan yang tersedia

3. Jenis Analisa dalam *Quality Assurance*

a. Analisa Kuantitatif

Analisa Kuantitatif adalah suatu analisis terhadap kelengkapan data rekam medis pada formulir rekam medis dengan melakukan review terhadap :

- 1) Kelengkapan pencatatan identitas
- 2) Kejelasan pencatatan
- 3) Kelengkapan pelaporan penting
- 4) Kelengkapan data autentifikasi

Analisa kuantitatif dapat dilakukan dengan cara :

- 1) *Concurrent Analysis* : Saat pasien masih dirawat, biasanya dilakukan di bangsal.
- 2) *Retrospective Analysis* : Sesudah pasien pulang. Hal ini telah lazim dilakukan karena dapat dianalisa secara keseluruhan walaupun hal ini memperlambat proses melengkapi yang kurang.

Tujuan analisa kuantitatif

Tujuan analisa kuantitatif adalah untuk menentukan ada kekurangan agar dapat dikoreksi pada saat pasien masih dirawat dan untuk mengidentifikasi bagian yang tidak lengkap agar mudah dikoreksi dengan adanya suatu prosedur sehingga rekam medis menjadi lebih lengkap dan dapat digunakan untuk pelayanan pasien.

Komponen Analisa Kuantitatif

- 1) Review Identifikasi

Telaah data identitas pasien dengan cara memeriksa setiap halaman atau lembar rekam medis. Identitas pasien yang harus tercatat minimal memuat nama pasien, nomor rekam medis, apabila ada halaman yang hilang harus di review ulang milik siapa lembar rekam medis tersebut.

- 2) Review Pelaporan

Telaah beberapa laporan tertentu yang ada di dokumen rekam medis dalam pelayanan kesehatan, sedangkan laporan lain disesuaikan dengan penyakit pasien selama di rawat di rumah

sakit. Laporan ini harus ada dan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan.

3) Review Pencatatan

Telaah terhadap pencatatan yang tidak lengkap dan yang tidak dapat dibaca. Memeriksa baris per baris dan apabila ada barisan yang kosong digaris agar tidak diisi. Singkatan tidak diperbolehkan, bila salah pencatatan maka bagian yang salah digaris dan catatan tersebut masih terbaca, kemudian diberi keterangan di sampingnya bahwa catatan tersebut salah. Terhadap kata atau kalimat yang tidak jelas kemudian menulisnya dengan lengkap dan jelas dan dibubuhi paraf dan tanggal oleh petugas yang menulis tersebut.

4) Review Autentifikasi

Telaah data yang memastikan bahwa penulisan data rekam medis mempunyai autentifikasi berupa tanggal pelayanan, nama terang, tanda tangan, inisial petugas, akses komputer berupa kode atau kunci

b. Analisa Kualitatif

Analisa Kualitatif adalah suatu review pengisian rekam medis yang berkaitan tentang ke konsistensian dan isinya merupakan bukti bahwa rekam medis tersebut akurat dan lengkap.

Tujuan Analisa Kualitatif adalah :

- 1) Membuat catatan medis lengkap sebagai rujukan dalam asuhan keperawatan pasien.
- 2) Melindungi kepentingan hukum.
- 3) Memenuhi syarat-syarat peraturan.
- 4) Untuk data dan analisis statistik yang akurat

Komponen Analisa Kualitatif

- 1) Review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa
 - a) Diagnosa saat masuk atau alasan saat masuk rawat
 - b) Diagnosa tambahan
 - c) Preoperative diagnosis
 - d) Postoperative diagnosis
 - e) Pathological diagnosis dari hasil PA
 - f) Clinical diagnosis penyebab sakit
 - g) Diagnosis utama
 - h) Diagnosis akhir
 - i) Diagnosis kedua

- 2) Review kekonsistensian pencatatan diagnosa

Konsistensi merupakan suatu penyesuaian atau kecocokan antara satu bagian dengan bagian yang lain dan dengan seluruh bagian, dimana diagnosa dari awal sampai akhir harus konsisten,

tiga hal yang harus konsisten yaitu catatan perkembangan, instruksi dokter dan catatan obat.

- 3) Review pencatatan hal-hal yg dilakukan saat perawatan dan pengobatan

Rekam medis harus menjelaskan keadaan pasien selama dirawat dan harus menyimpan seluruh hasil pemeriksaan dan mencatat tindakan yang telah dilakukan pada pasien.

- 4) Review adanya *informed consent* yg seharusnya ada

Pada komponen ini menganalisa surat persetujuan dari pasien, apakah sudah diisi dengan benar dan lengkap sesuai dengan prosedur dan peraturan yang dibuat.

- 5) Review cara atau praktek pencatatan

Pada komponen ini akan dilakukan analisa cara pencatatan pada:

- a) Waktu pencatatan harus ada, khususnya pada kondisi gawat darurat.
- b) Mudah dibaca, tulisan harus dapat dibaca oleh orang lain tinta yang digunakan harus tahan lama dan penulisan dilakukan dengan hati-hatui dan lengkap.
- c) Menggunakan singkatan yang umum sehingga tidak ada perbedaan persepsi dalam mengartikannya.
- d) Tidak menulis hal-hal yang tidak berkaitan dengan proses pengobatan pasien

- e) Bila terdapat kesalahan lebih baik dicoret satu garis dan diberi paraf, tidak diperbolehkan menggunakan tipe-x.
- 6) Review hal-hal yg berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi
Rekam medis harus mempunyai semua catatan mengenai kejadian yang dapat menyebabkan ataupun berpotensi tuntutan kepada institusi pelayanan kesehatan baik oleh pasien maupun oleh pihak ketiga

G. Kelengkapan Rekam Medis

Menurut Permenkes No 269 tahun 2008 pasal 2, Rekam Medis harus dibuat secara tertulis, lengkap, dan jelas atau secara elektronik. Penyelenggaraan Rekam Medik dengan menggunakan teknologi informasi diatur lebih lanjut dengan peraturan tersendiri. Sedangkan menurut pasal 3 isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan dalam perawatan satu hari sekurang – kurangnya memuat :^[15]

1. Identitas pasien
2. Tanggal dan waktu
3. Hasil anamnesa, mencakup seluruh keluhan dan riwayat penyakit
4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang
5. Diagnosa
6. Rencana penatalaksanaan
7. Pengobatan atau tindakan
8. Persetujuan tindakan bila ada

9. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
10. Ringkasan pasien pulang
11. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan
12. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu

H. Pembedahan

Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasive dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani, pembukaan bagian tubuh biasanya menggunakan sayatan dan dilakukan perbaikan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan.^[9]

Tahap-tahap pembedahan

1. Tahap pra bedah (pre operasi)
2. Tahap pembedahan (intra opeasi)
3. Tahap pasca bedah (post operasi)

Macam pembedah diantara Kraniotomi. Kraniotomi adalah operasi untuk membuka tengkorak (tempurung kepala) dengan maksud untuk mengetahui dan memperbaiki kerusakan otak.

Tujuannya adalah operasi ini dilakukan untuk pengangkatan tumor, menghilangkan bekuan darah (hematoma), untuk mengendalikan perdarahan dari pembuluh, darah lemah bocor dll

Penyakit yang memerlukan tindakan kraniotomi adalah:

1. Stroke

Pada penyakit stroke dengan pendarahan di dalam rongga kepala, operasi kraniotomi bisa dilakukan untuk memperbaiki pembuluh darah yang pecah dan membersihkan darah di dalam rongga kepala

2. Tumor Otak

Pada tumor otak, operasi ini dibutuhkan untuk mengangkat tumor dari dalam kepala

3. Parkinson

Pada kasus Parkinson kraniotomi diperlukan untuk menanamkan alat perangsang demi membantu perbaikan gerakan tubuh penderita Parkinson

I. Kerangka Teori

