

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Menurut Huffman E.K,1992 menyampaikan batasan rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana, dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masih dalam masa perawat. ^[4]

Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan. ^[5]

Rekam medis adalah berkas yang bersikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.^[14]

Rekam Medis adalah rekam atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang diperoleh serta memuat informasi yang cukup untuk menemukenali pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan serta merekam hasilnya. ^[6]

2. Tujuan dan Manfaat Rekam Medis

1. Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu system pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, mustahil tertib administrasi rumah sakit akan berhasil sebagaimana yang diharapkan.

2. Manfaat Rekam Medis

Manfaat Rekam Medis adalah :

- a. Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian didalam memberikan pelayanan, pengobatan dan perawatan kepada pasien.
- b. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawat yang harus diberikan kepada pasien.
- c. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung / di rawat di Rekam Medis
- d. Sebagai bahan yang berguna untuk dianalisa, penelitian dan evaluasi terhadap waktu pelayanan yang diberikan kepada pasien.
- e. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga medis dan lainnya.
- f. Menyediakan data-data khusus yang berguna untuk kepentingan penelitian dan pendidikan.
- g. Sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medik pasien.

- h. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan petanggung jawaban dan laporan.

3. Kegunaan Rekam Medis

Menurut Gibony, 1991 menyatakan kegunaan rekam medis dengan singkatan ALFRED, yaitu :

1. Aspek Administrasi (*Administration*)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan bertanggung jawab

2. Aspek Hukum (*Legal*)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

3. Aspek Keuangan (*Finansial*)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai keuangan karena isinya dapat dijadikan bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan di rumah sakit. Tanpa adanya bukti catatan tindakan pelayanan maka pembayaran tidak dapat dipertanggung jawabkan.

4. Aspek Penelitian (*Research*)

Suatu berkas rekam medis yang mempunyai nilai guna penelitian, karena isinya mengandung informasi yang dapat digunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

5. Aspek Pendidikan (*Education*)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dari pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat digunakan dibidang profesi pengguna

6. Aspek Dokumentasi (*Documentation*)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban rumah.

4. Penanggung Jawab Rekam Medis

Rumah sakit adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat inap maupun rawat jalan wajib membuat rekam medis. Yang membuat atau mengisi rekam medis adalah dokter dan tenaga kesehatan lainnya

- a. Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi yang melayani pasien di rumah sakit
- b. Dokter tamu yang merawat pasien di rumah sakit
- c. Residen yang sedang melaksanakan kepanitraan klinik perawatan gigi, badan, tenaga laboratorium klinik, gizi, anastesi, rontgent, rehabilitasi medis dan lain sebagainya.
- d. Dalam hal dokter luar negeri melakukan alih teknologi kedokteran yang berupa tindakan / konsultasi kepada pasien yang membuat rekam medis adalah dokter yang ditunjuk oleh rumah sakit.^[16]

B. Formulir Rekam Medis Rawat Inap

Formulir rekam medis adalah formulir yang menginstruksikan pemakaiannya tentang apa yang harus dilakukan, data apa yang harus dikumpulkan, dimana data diperoleh, bagaimana mengumpulkannya dan apa yang dilakukan setelah itu. Sebuah formulir didesain untuk memenuhi tujuan penggunaannya. ^[12]

Macam-macam formulir rekam medis rawat inap yaitu :

- a. Formulir ringkasan masuk dan keluar
- b. Surat persetujuan dirawat
- c. Formulir perjalanan penyakit
- d. 10 formulir pencatatan pemberian obat
- e. Permintaan pemeriksaan penunjang dan hasil pemeriksaan penunjang
- f. Resume keluar (hidup dan mati)
- g. Keseimbangan cairan
- h. Laporan anastesi
- i. Laporan operasi
- j. Laporan persalinan dan identitas bayi
- k. Laporan identitas bayi lahir
- l. Konsultasi
- m. *Informed consent*
- n. Sebab kematian
- o. Salinan resep
- p. Surat pulang paksa
- q. Formulir asuhan keperawatan meliputi :
 - a) Formulir pengkajian data dan diagnosa keperawatan

- b) Formulir rencana keperawatan
- c) Formulir tindakan keperawatan
- d) Formulir evaluasi keperawatan
- e) Formulir perencanaan pulang

C. Demam Thypoid

Demam thypid, disebut tifus abdominalis, adalah penyakit demam menular dengan gejala berat pada sitem pencernaan dalam tahap kedua penyakit. Penyakit ini berlangsung beberapa minggu dan pemulihan membutuhkan waktu lama.

Demam thypoid disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhien teritica serovar/Salmonella thphi* yang menular dari manusia ke manusia melalui makanan atau air minum yang terkontaminasi. Ketika bakteri melewati bagian bawah usus besar, mereka menembus melalui mukosa usus ke jaringan dibawahnya. Jika system kekebalan tubuh tidak dapt menghentikan infeksi disini, bakteri akan berkembang baik dan kemudian menyebar kealiran darah, setelah itu tanda-tanda pertama dari penyakit diamati dalam bentuk demam. Bakteri kemudian menembus lebih lanjut kesumsum tulang hati dan empedu, darimana bakteri di ekskresikan kedalam isi usus. Pada tahap kedua penyakit, bakteri menembus jaringan kekebalan tubuh dari usus kecil, dan gejala kerusakan usus kecil dimulai.^[7]

D. Quality Assurance

Pengertian *quality assurance* menurut Sabarguna (2004), *quality assurance* atau menjaga mutu adalah suatu program berkelanjutan yang

disusun secara objektif dan sistematis memantau, menilai mutu, dan kewajaran asuhan terhadap pasien menggunakan peluang untuk meningkatkan asuhan pasien serta memecahkan masalah-masalah yang terungkap.^[8]

Tujuan *quality assurance* adalah makin meningkatnya mutu pelayanan agar berkesinambungan, sistematis, obyektif dan terpadu menetapkan masalah dan penyebab masalah. Mutu pelayanan berdasarkan cara penyelesaian masalah sesuai dengan kemampuan yang tersedia.

Rekam medis yang bermutu :

1. Akurat
2. Lengkap
3. Terpercaya
4. Valid
5. Tepat waktu
6. Dapat digunakan untuk kajian
7. Seragam
8. Dapat dibandingkan dengan standar yang disepakati
9. Terjamin kerahasiaannya
10. Mudah diperoleh melalui system komunikasi antar yang berwenang

E. Analisa Kuantitatif

Analisa kuantitatif merupakan suatu review area tertentu catatan medis untuk mengidentifikasi spesifik

1. Definisi analisa kuantitatif

Menurut Depkes RI (2006), analisa kuantitatif adalah analisa yang ditujukan terhadap jumlah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelengkapan rekam medis, paramedis, dan penunjang sesuai prosedur yang ditetapkan yang mencerminkan baik tidaknya mutu pelayanan disuatu rumah sakit.

Menurut Hatta (2008), analisis kuantitatif adalah kegiatan yang dilaksanakan dengan mengevaluasi kelengkapan berbagai jenis formulir dan data atau informasi berkaitan dengan pencatatan rekam medis.

2. Tujuan analisa kuantitatif

Mengidentifikasi kekurangan butir data yang tidak lengkap agar ketika digunakan untuk pelayanan pasien berikutnya, data yang belum lengkap tersebut sudah dilengkapi. Dengan demikian dapat digunakan pula untuk penelitian, audit medis serta dapat Analisa Kuantitatif adalah suatu analisis terhadap kelengkapan data rekam medis pada formulir rekam medis dengan melakukan review. Menurut *Huffman* komponen dasar review kuantitatif dokumen rekam medis adalah : 1) Identifikasi pasien pada setiap formulir. 2) kehadiran semua laporan yang perlu. 3) autentifikasi yang diharuskan pada semua entri. 4) praktek pencatatan yang baik. ^[9]

- a. Kelengkapan identifikasi
- b. Kelengkapan autentifikasi
- c. Kelengkapan pencatatan

d. Kelengkapan pelaporan

3. Komponen-komponen analisa kuantitatif :

a. Review Identifikasi

Tela'ah data identitas pasien dengan cara memeriksa setiap halaman atau lembar rekam medis. Identitas pasien yang harus tercatat minimal memuat nama pasien, nomor rekam medis, jenis kelamin, umur, alamat.

Apabila ada halaman yang hilang harus direview ulang milik siapa lembar rekam medis tersebut.

b. Review Pelaporan

Tela'ah beberapa laporan tertentu yang ada didokumen rekam medis dalam pelayanan kesehatan, sedangkan laporan lain disesuaikan dengan penyakit pasien selama dirawat di rumah sakit.

Laporan ini harus ada dan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan antara lain diagnosa waktu masuk, diagnose utama, laporan tindakan operasi, laporan keadaan keluar.

c. Review Pencatatan

Tela'ah 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 disampingnya 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.

d. Review autentifikasi

Tela'ah data yang memastikan bahwa penulisan data rekam medis mempunyai autentifikasi berupa tanggal pelayanan, tanda tangan, inisial petugas, nama petugas tempat pencatatan dan akses computer berupa kode atau kunci.

F. Analisa Kualitatif

Tela'ah review tentang pengisian rekam medis yang berkaitan dengan kekonsistenan dan isinya merupakan bukti bahwa rumah sakit tersebut akurat dan lengkap.^[10]

Analisa kualitatif adalah analisa review suatu dokumen rekam medis yang berkaitan tentang ketidak konsistensian dan tidak lengkap, pada analisa kualitatif perlu pengetahuan tentang proses penyakit, peraturan dan standarisasi yang ditetapkan oleh staf medis dan institusi yang bersangkutan. Tujuan untuk membuat catatan medis lengkap sebagai rujukan dalam asuhan pasien, melindungi kepentingan hukum, memenuhi syarat-syarat peraturan, untuk datadan analisis statistik yang akurat.^[15]

Analisa Kualitatif lebih mendalam dari pada analisa kuantitatif dalam :

1. Mendukung kualitas informasi
2. Merupakan aktifitas dari risk management
3. Membantu kode penyakit dan tindakan yang lebih spesifik, penelitian medis, studi administrasi dan untuk pencegahan.

Komponen-Komponen analisa Kualitatif :

- a. Review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa.

Review yang dikatakan lengkap apabila memuat salah satu diagnosa saat masuk (*admitting diagnosis*) “ alasan masuk rawat”, diagnose tambahan, diagnose akhir (*diag. klinis*)& prosedur, diagnose utama (*principal diagnosis*), dan diagnose kedua (*secondary diagnosis*)

- b. Review kekonsistensian pencatatan diagnosa.

Review kekonsistenan merupakan suatu penyesuaian / kecocokan antara 1 bagian dengan bagian lain dan seluruh bagian, seperti Diagnosa : dari awal sampai dengan akhir harus konsisten

- c. Review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan.

RM menjelaskan keadaan pasien selama dirawat, dan harus menyimpan seluruh hasil pemeriksaan dan mencatat tindakan yang telah dilakukan kepada pasien.

- d. Review cara/praktek pencatatan

Review cara/praktek pencatatan yaitu waktu pencatatan harus ada, mudah dibaca, tulisan bagus, tinta yang dipakai harus tahan lama, penulisan dilakukan dengan hati-hati dan lengkap, menggunakan singkatan yang umum : harus dapat dibaca, jelas, terang terus dan tidak menulis komentar / hal-hal yang tidak ada kaitan dengan pengobatan pasien

- e. *Delinquent Medical Record* adalah dokumen rekam medis yang sudah melewati batas waktu 14x24 jam masih belum lengkap dan harus diambil untuk disimpan di filling.

$$DMR = \frac{\text{jumlah DRM tidak lengkap} \geq 14 \text{ hari}}{\text{jumlah DRM yang diteliti}} \times 100$$

G. Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 269 / Menkes / Per / III / 2008 tentang rekam medis pada bab II pasal 3.

Dokumen rekam medis dikatakan lengkap apabila isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat :

1. Identitas pasien
2. Tanggal dan waktu
3. Hasil Anamnesa, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
5. Diagnosis
6. Rencana pinatalaksanaan
7. Pengobatan dan atau tindakan
8. Persetujuan tindakan bila diperlukan
9. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
10. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
11. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu
12. Untuk pasien pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram Klinik. ^[11]

H. Assembling

Tugas pokok dan fungsi bagian assembling yaitu merakit kembali formulir-formulir menjadiurut sesuai dengan kronologi penyakit pasien yang bersangkutan, meneliti kelengkapan dokumen rekam medis, mengendalikan DRM yang dikembalikan ke unit pencatatan data karena isinya tidak lengkap, mengendalikan penggunaan nomor rekam medis, dan mendistribusikan penggunaan formulir rekam medis.

I. Unit Rawat Inap (URI)

Menurut Shofari (2002) URI (Unit Rawat Inap) merupakan salah satu bagian pelayanan yang klinis yang melayani pasien karena suatu keadaan yang mengharuskan untuk dirawat selama satu hari atau lebih. Dalam perawatan tersebut biasa terjadi beberapa kemungkinan, yaitu :

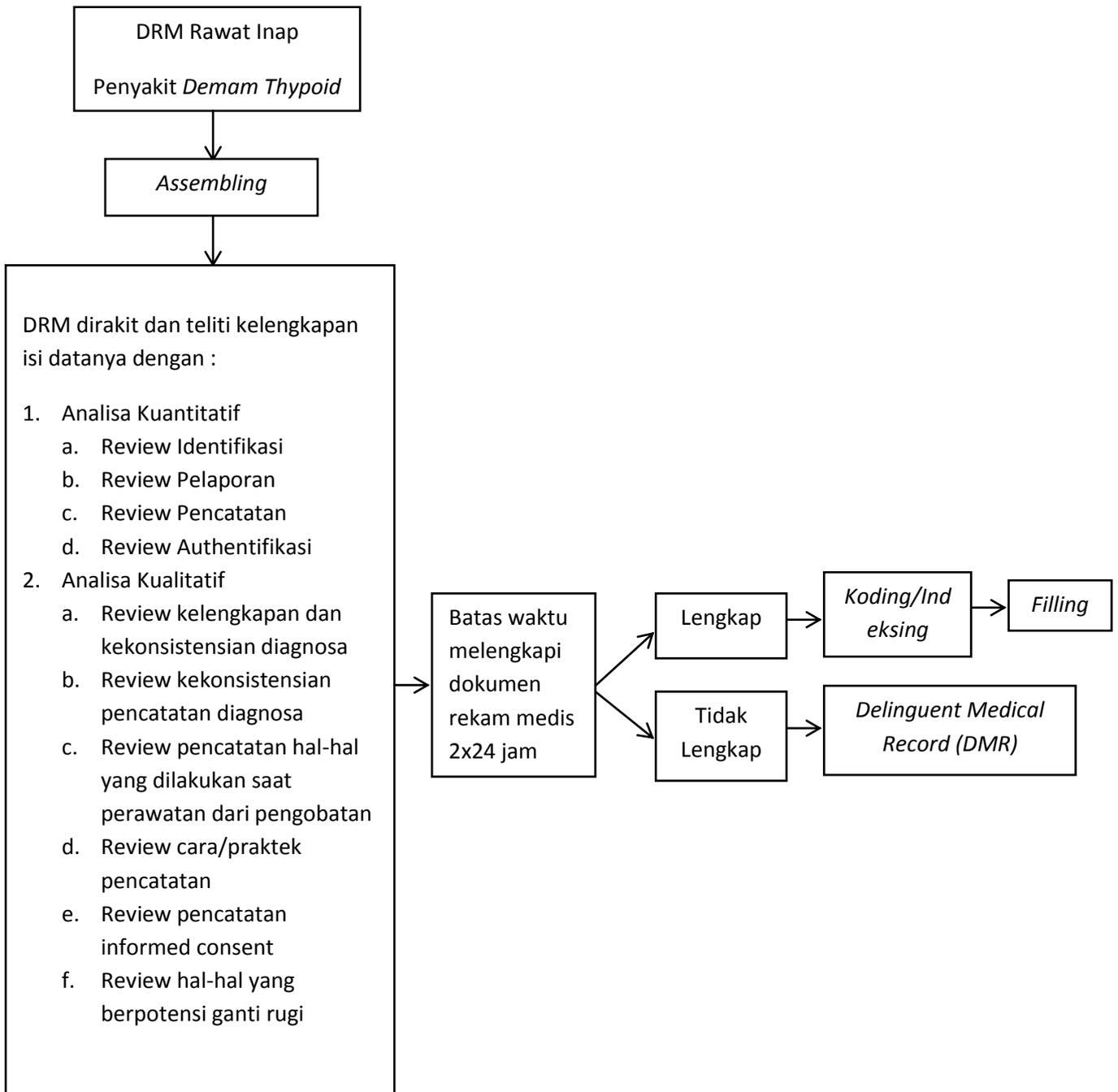
- a. Harus dilakukan suatu tindakan operasi sehingga harus dirujuk ke kamar bedah
- b. Adanya pertolongan persalinan sehingga harus dirujuk ke kamar bersalin
- c. Adanya pengawasan intensif

Setelah dirawat disalah satu dalam ruangan tersebut, akan kembali ke bangsal dimana pasien semula berada. Dalam pelayanan rekam medis ruangan tersebut diatas, termasuk dalam system pelayanan rekam medis rawat inap.

1. Tugas pokok URI dalam pelayanan rekam medis
 - a. Mencatat semua hasil pelayanan ke dalam formulir rawat inap yang sesuai .

- b. Mencatat mutasi pasien pada formulir SHRI pada waktu yang telah ditentukan yang disebut *cut off time*.
- c. Mencatat kegiatan rawat inap pada register pasien rawat inap.
- d. Membuat laporan kegiatan rawat inap.

J. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori