

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian Rekam Medis

Menurut PERMENKES no 269/MENKES/PER/III/2008 Bab 1 pasal 1 tentang rekam medis menyebutkan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan pasien, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.^[3]

Menurut Surat Keputusan Direktorat Jendral Pelayanan Medik nomor 78 tahun 1991, rekam medis adalah rekaman atau sebuah catatan yang berisikan tentang identitas pasien, anamnesa, pemeriksaan diagnosa, pengobatan serta tindakan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien selama dirawat di rumahsakit yang dilakukan unit rawat jalan termasuk unit rawat inap.^[6]

Menurut Huffman EK, 1994 rekam medis adalah rekaman atau catatan yang berisikan tentang apa, siapa, mengapa, bilamana dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pengobatan.^[7]

Dari hasil beberapa pengertian rekam medis diatas peneliti menyimpulkan bahwa rekam medis adalah berkas atau catatan yang berisi tentang identitas pasien, hasil pemeriksaan pasien, pengobatan yang diberikan serta tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien yang dicatat selama pasien melakukan perawatan di rumahsakit guna untuk mengetahui riwayat kondisi pasien serta pengobatan yang telah dilakukan dan diberikan kepada pasien.

B. Tujuan dan Kegunaan 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 sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak mungkin tertib administrasi rumah sakit akan berhasil sebagaimana 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.^[4]

2. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain :

a) Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b) Aspek Medis

Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan / perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

c) Aspek Hukum

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

d) Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data / informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.

e) 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.

f) Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data / informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran dibidang profesi si pemakai.

g) Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus di dokumentasikan dan dipakai sebagai bahan untuk pertanggung jawaban dan laporan untuk rumah sakit.^[4]

C. Manfaat Rekam Medis

1. Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian didalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.
2. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan / perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

3. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit.
4. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
5. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun Dokter dan tenaga kesehatan dan lainnya.
6. Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
7. Sebagai dasar ingatan perhitungan biaya pembayaran pelayanan medik pasien dan sumber ingatan yang harus didokumentasikan.^[8]

D. Quality Assurance

1. Pengertian Quality Assurance

Menurut Dr. Avedis Donabedian, Quality Assurance merupakan suatu upaya mengkaji secara periodik berbagai kondisi yang mempengaruhi pelayanan, melakukan pemantauan terhadap pelayanan, serta menelusuri keluaran yang dihasilkan sedemikian rupa sehingga berbagai kekurangan serta penyebab kekurangan dapat diketahui dan upaya perbaikan dapat dilakukan, kesemuanya dilakukan untuk menyempurnakan taraf kesehatan dan kesejahteraan.

2. Tujuan Quality Assurance

Tujuan dari Quality Assurance adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan agar berkesinambungan, sistematis, objektif serta terpadu dalam menetapkan masalah dan penyebab masalah. Mutu pelayanan dilakukan berdasarkan standar yang telah ditetapkan dan melaksanakan cara penyelesaian permasalahan sesuai kemampuan yang ada.^[9]

3. Analisa Kuantitatif

a. Pengertian Analisa Kuantitatif

Analisa Kuantitatif adalah review bagian tertentu yang memuat komponen dari isi rekam medis dengan maksud untuk menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis. Penilaian kelengkapan dari rekam medis perlu dilakukan dalam pengisian rekam medis dari pasien pertama datang sampai dengan pasien tersebut nyatakan pulang. Analisis kuantitatif terdiri dari 4 komponen review yaitu review identifikasi, review pelaporan, review pencatatan dan review autentifikasi.^[10]

b. Tujuan Analisa Kuantitatif

Tujuan analisa kuantitatif adalah untuk mengidentifikasi bagian yang tidak lengkap, mengetahui kekurangan data supaya segera untuk dilengkapi, diperbaiki agar dokumen tersebut akurat bila digunakan untuk pelayanan pasien berikutnya serta untuk melindungi dari kasus secara hukum.^[10]

c. Komponen Analisa Kuantitatif

1) Review Identifikasi

Merupakan data yang berisi tentang identitas pasien yang meliputi no rm, nama pasien, umur dan jenis kelamin, alamat, pasien yang dapat diketahui dengan cara memeriksa setiap lembar rekam medis.

2) Review Pelaporan

Merupakan beberapa laporan yang dilaporkan rekam medis dalam pelayanan kesehatan yang meliputi anamnesa, pemeriksaan fisik, laporan operasi, inform consent, anastesi, dan pemeriksaan penunjang.

3) Review Pencatatan

Merupakan bagian pencatatan yang isinya meliputi cara penulisan bisa atau tidaknya tulisan tersebut dibaca, ada coretan atau tidak, cara pembetulan kesalahan, penggunaan istilah atau simbol yang sah.

4) Review Autentifikasi

Merupakan data yang memastikan tentang penulisan data rekam medis oleh siapa data tersebut dicatat atau ditulis yang meliputi nama dan tanda tangan baik dokter maupun perawat, cap atau stempel, guna sebagai bahan bukti serta tanggung jawab apabila pengisian dokumen rekam medis belum lengkap. ^[10]

4. Analisa Kualitatif

a. Pengertian Analisa Kualitatif

Analisa Kualitatif merupakan analisa terhadap kekonsistenan pencatatan data rekam medis yang tercatat kedalam formulir rekam medis. Analisa ini dilakukan dengan cara membaca data pada formulir rekam medis satu dengan formulir yang lain yang telah digunakan untuk pelayanan pasien. Untuk menilai kekonsistenan pencatatan tersebut maka menggunakan tolak ukur standar pelayanan medis untuk pencatatan data medis dan standar asuhan keperawatan untuk menganalisa data keperawatan. Analisa kualitatif yaitu review tentang pengisian berkas rekam medis yang berkaitan dengan kekonsistenan yang isinya bisa digunakan sebagai bukti bahwa rumah sakit tersebut telah lengkap dan akurat dalam data. ^[10]

b. Tujuan Analisa Kualitatif

Tujuan Analisa Kualitatif adalah untuk membantu meningkatkan kualitas informasi yang dibutuhkan, membantu untuk mengkode penyakit serta tindakan yang lebih spesifik, mengidentifikasi catatan

yang tidak konsisten, menghasilkan dokumen rekam medis yang lengkap dan baik, meningkatkan kualitas pencatatan khususnya terhadap hal yang dapat menimbulkan ganti rugi pada masa yang akan mendatang, mengingatkan kembali tentang pencatatan yang baik dan memperlihatkan pencatatan yang kurang.^[10]

c. Komponen Analisa Kualitatif

1) Review kelengkapan dan pencatatan kekonsistenan diagnosa

Merupakan review yang memeriksa kekonsistenan penulisan diagnosa saat masuk, diagnosa tambahan, diagnosa ahir dan diagnosa utama.

2) Review kekonsistenan pencatatan

Merupakan review yang memeriksa penyesuaian atau kecocokan pencatatan antara bagian 1 dengan bagian yang lain dimana ketentuannya sebagai berikut :

a) Konsistensi merupakan kecocokan atau kesesuaian satu bagian dengan bagian yang lain

b) Gejala dan hasil pemeriksaan harus konsisten

c) Diagnosa dari awal sampai akhir harus konsisten

d) Pencatatan harus mencerminkan tentang perkembangan informasi tentang pasien

e) 3 hal yang harus konsisten yaitu catatan perkembangan, instruksi dokter dan catatan obat.

3) Review pencatatan hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan

Merupakan review yang menjelaskan tentang keadaan pasien selama dirawat dan harus menyimpan seluruh hasil pemeriksaan serta mencatat tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien.

4) Review informed consent yang seharusnya ada

Merupakan review yang menganalisa surat persetujuan dari pasien apakah sudah diisi dengan benar, lengkap sesuai dengan prosedur dan peraturan yang dibuat secara konsisten

- 5) Review hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan terhadap ganti rugi

Merupakan review yang mencatat mengenai kejadian yang dapat menyebabkan atau berpotensi tuntutan kepada institusi pelayanan kesehatan baik oleh pasien maupun pihak ketiga.

- 6) Review cara praktik atau pencatatan

Merupakan review yang berisi tentang cara pencatatan seperti mudah tidaknya tulisan tersebut diaca, cara pembenaran kesalahan, penggunaan singkatan yang umum digunakan, tidak menulis komentar atau hal yang tidak ada kaitannya dengan pengobatan pasien. ^[10]

5. Perhitungan ketidaklengkapan dokumen rekam medis

a. IMR (*Incomplete Medical Record*)

IMR merupakan jumlah dokumen rekam medis yang belum lengkap dan batas waktu melengkapinya selambat-lambatnya 2x24 jam sejak dokumen rekam medis diseerahkan ke unit pencatatan.

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

b. DMR (*Delinquent Medical Record*)

DMR merupakan dokumen rekam medis yang sering disebut dengan dokumen yang bandel karena belum lengkap setelah melewati batas waktu pengembalian yang sudah ditentukan yaitu 14x24 jam setelah waktu penyerahan.

$$\text{rumus} = \frac{\text{jumlah berkas rekam medis yang bandel}}{\text{jumlah seluruh berkas rekam medis yang diteliti}} \times 100\% \quad [9]$$

E. Definisi Pasien Obstetri Terkait Risiko Kehamilan Bekas Sectio Caesarea

a. Pengertian pasien obstetri :

Pasien obstetri adalah pasien yang mengalami proses konsepsi sampai lahirnya janin. biasanya pasien obstetri hamil normal dengan waktu 280 hari 40 minggu atau 9 bulan 7 hari. Terkait dengan kehamilan, pasien obstetri terkadang mengalami faktor risiko tinggi pada kehamilan yang dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi saat kehamilan, baik bawaan genetik dari ibu yang telah ada sebelum terjadinya kehamilan atau setelah masa kehamilan bahkan setelah masa melahirkan dan dapat berpengaruh terhadap keselamatan ibu dan anak. Faktor risiko kehamilan ini dapat diketahui melalui pemeriksaan, baik pemeriksaan fisik maupun penunjang.^[11]

b. Pengertian Sectio Caesarea

Sectio Caesarea adalah suatu cara upaya untuk melahirkan janin dengan cara melakukan insisi atau sayatan pada abdomen dan uterus. Pada dasarnya, persalinan secara sectio caesarea itu boleh dilakukan dengan catatan beberapa alasan yang kuat misalnya, apabila benar-benar membahayakan bayi atau ibu ataupun keduanya. Misalnya seperti adanya kemacetan pada persalinan normal. Keadaan yang memerlukan operasi caesar, misalnya gawat janin, jalan lahir tertutup plasenta (plasenta previa), persalinan meacet, riwayat caesar sebelumnya, gemelli atau bayi kembar, ibu mengalami hipertensi (preeklamsia), bayi dalam posisi sungsang atau melintang, serta terjadi pendarahan sebelum proses persalinan.

Pada beberapa keadaan, tindakan operasi caesar ini bisa direncanakan atau diputuskan jauh-jauh hari sebelumnya. Operasi ini disebut operasi caesar elektif. Kondisi ini dilakukan apabila dokter menemukan ada masalah kesehatan pada ibu atau ibu menderita suatu penyakit, sehingga tidak memungkinkan untuk melahirkan secara normal. Misalnya ibu menderita diabetes, HIV/AIDS, atau penyakit jantung, caesar bisa dilakukan secara elektif atau darurat (emergency).^[16]

c. Faktor Risiko Pada Ibu Hamil

Kehamilan resiko tinggi adalah keadaan yang dapat mempengaruhi keadaan ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi. Faktor-faktor resiko kehamilan meliputi primipara muda kurang umur 20 tahun, primipara tua umur di atas 35 tahun, tinggi badan kurang dari 145 cm, riwayat kehamilan yang buruk. Ibu hamil dengan kehamilan resiko tinggi adalah ibu hamil yang mempunyai resiko atau bahaya yang lebih besar pada kehamilan/persalinannya dibandingkan dengan ibu hamil dengan kehamilan/persalinan normal. Faktor resiko pada ibu hamil meliputi riwayat kehamilan dan persalinan yang sebelumnya kurang baik yaitu riwayat keguguran, perdarahan pasca kelahiran, lahir mati, bekas sectio, Ibu hamil yang kurus/berat badan kurang, sudah memiliki 4 anak atau lebih, jarak antara dua kehamilan kurang dari 2 tahun, Ibu menderita anemia atau kurang darah, perdarahan pada kehamilan ini, tekanan darah yang meninggi dan sakit kepala hebat dan adanya bengkak pada tungkai, kelainan letak janin atau bentuk panggul ibu tidak normal, riwayat penyakit kronik seperti diabetes, darah tinggi, asma dan lain-lain.^[17]

d. Pemeriksaan Ibu Hamil

1) Anamnesis

a) Keluhan utama :

Sadar atau tidak akan kemungkinan hamil, apakah semata-mata ingin periksa hamil, atau ada keluhan atau masalah lain yang dirasakan.

b) Riwayat kehamilan sekarang :

riwayat penyakit sekarang Ada atau tidaknya gejala dan tanda kehamilan. Jika ada amenorea, kapan hari pertama haid terakhir, siklus haid biasanya berapa hari. Hal ini penting untuk memperkirakan usia kehamilan menstrual dan memperkirakan saat persalinan menggunakan Rumus Naegele (hari +7, bulan -3, tahun + 1).

c) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit sistemik lain yang mungkin mempengaruhi atau diperberat kehamilan (penyakit jantung, paru, hati, diabetes melitus), riwayat alergi makanan atau obat tertentu dan sebagainya. Ada/tidaknya riwayat operasi umum lainnya maupun operasi.

d) Riwayat penyakit keluarga

Riwayat penyakit sistemik, metabolik, cacat bawaan, dan sebagainya.

e) Riwayat khusus obstetri ginekologi

Adakah riwayat kehamilan atau persalinan atau abortus sebelumnya (dinyatakan dengan kode GxPxAx, gravida atau para atau abortus), berapa jumlah anak hidup. Ada/tidaknya masalah-masalah pada kehamilan atau persalinan sebelumnya seperti prematuritas, cacat bawaan, kematian

janin, perdarahan dan sebagainya. Penolong persalinan terdahulu, cara persalinan, penyembuhan luka persalinan.

2) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada ibu hamil dilakukan dengan pemeriksaan lengkap yang bertujuan untuk mendeteksi masalah fisik yang mempengaruhi kehamilan ibu.

a) Status obstetricus atau pemeriksaan khusus obstetric:

Membesar atau tidak (pada kehamilan muda pembesaran abdomen mungkin belum nyata). Palpasi : tentukan tinggi fundus uteri dengan tepi atas simfisis os pubis). Pemeriksaan palpasi leopold pertama dilakukan untuk menentukan tinggi fundus uteri dengan tujuan untuk mengetahui usia kehamilan, pemeriksaan leopold kedua dilakukan untuk menentukan letak punggung janin, menentukan batas samping rahim kanan dan kiri dan pemeriksaan leopold ketiga dilakukan untuk menentukan bagian presentase janin serta pemeriksaan leopold keempat untuk menentukan apakah bagian terbawah janin tersebut telah memasuki atau melewati pintu atas panggul.

b) Pemeriksaan luar Inspeksi luar :

keadaan vulva atau uretra, ada tidaknya tanda radang, luka/perdarahan, discharge, kelainan lainnya.

c) Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam (vaginal toucher) seringkali tidak dilakukan pada kunjungan antenatal pertama, kecuali ada indikasi. Umumnya pemeriksaan dalam yang sungguh bermakna untuk kepentingan obstetrik (persalinan), pemeriksaan ini dilakukan pada usia kehamilan di atas 34-46

minggu, untuk memperkirakan ukuran, letak, presentasi janin, penilaian serviks uteri dan keadaan jalan lahir, serta pelvimetri klinik untuk penilaian kemungkinan persalinan normal pervaginam. Alasan lainnya, pada usia kehamilan kurang dari 36 minggu, elastisitas jaringan lunak sekitar jalan lahir masih minimal, akan sulit dan sakit untuk eksplorasi.

3) Pemeriksaan Lanjutan

Tujuan pemeriksaan lanjutan difokuskan pada pendeteksian komplikasi, mempersiapkan kelahiran, dan kegawatdaruratan.

Dalam pemeriksaan lanjutan yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- a) Pertama, riwayat kehamilan sekarang meliputi gerakan janin, setiap masalah atau tanda-tanda bahaya, keluhan-keluhan dalam kehamilan, kekhawatirankekhawatiran lain.
- b) Kedua, pemeriksaan fisik pada berat badan, tekanan darah, pemeriksaan ekstremitas bawah (oedema, refleks tendon, varicositis), pengukuran tinggi fundus uteri, manuever leopold untuk mendeteksi kelainan letak (setelah 36 minggu), denyut jantung janin.
- c) Ketiga, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan pada protein urin untuk mendeteksi preeklampsi.
- d) Keempat, pemeriksaan panggul, pemeriksaan dilakukan dengan pelvimetri klinis pada akhir trimester III jika perlu panggul dievaluasi kembali, lakukan pemeriksaan vagina jika ada indikasi/ibu memiliki tnda-tanda kurang bulan. ^[17]

F. Assembling

1. Pengertian Assembling

Assembling adalah kegiatan merakit berkas rekam medis pasien rawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan serta mengecek kelengkapan pengisian berkas rekam medis dan form yang harus ada pada berkas rekam medis pasien rawat inap.^[15]

2. Fungsi Assembling

- a. Mengendalikan dokumen rekam medis yang isinya belum lengkap
- b. Menyediakan formulir catatan dan laporan baru yang diperlukan untuk pelayanan rawat inap.
- c. Meneliti kelengkapan formulir rawat inap

3. Tugas Pokok Assembling

- a. Mencatat segala penggunaan dokumen rekam medis kedalam buku kendali
- b. Mengendalikan penggunaan nomor rekam medis agar tidak terjadi duplikasi dalam penggunaan nomor rekam medis
- c. Mencatat penggunaan nomor rekam medis kedalam buku penggunaan rekam medis
- d. Meneima pengembalian dokumen rekam medis dan sensus harian dari unit pelayanan rekam medis
- e. Mencocokkan jumlah dokumen rekam medis dengan jumlah pasien yang pulang
- f. Meneliti kelengkapan isis dokumen dan merakit kembali rutan dokumen rekam medis
- g. Menyerahkan dokumen rekam medis yang telah lengkap ke fungsi pengkodean dan pengindeksan.^[12]

G. Formulir Rekam Medis Rawat Inap

Formulir rekam medis rawat inap merupakan formulir yang memiliki fungsi untuk mencatat atau merekam semua kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan di unit rawat inap. Macam-macam formulir rekam medis rawat inap di RSIA Hermina Pandanaran Semarang yaitu :

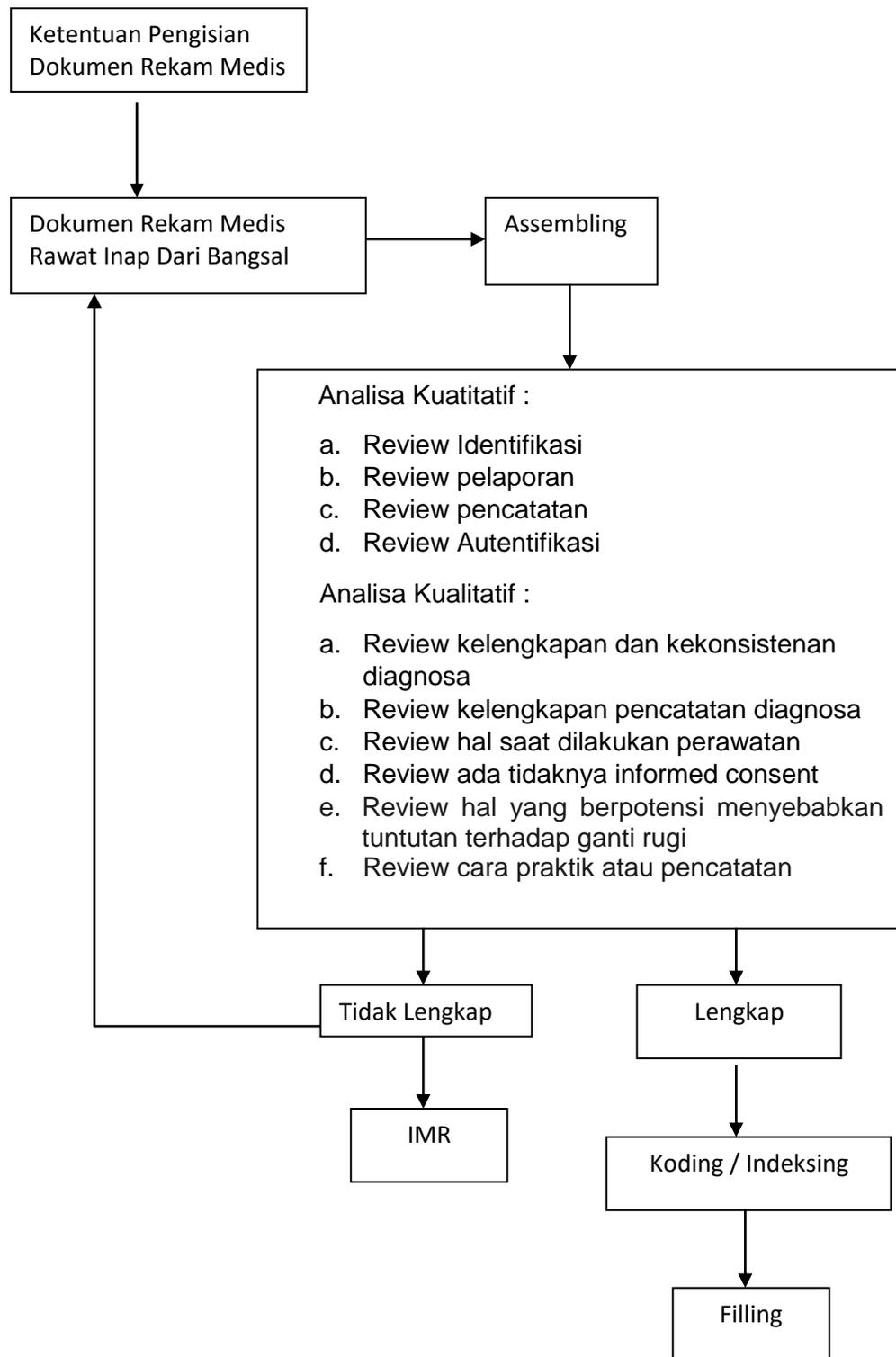
1. RM 02.01.001 Formulir ringkasan masuk keluar
2. RM 01.01.001 Formulir resume pasien pulang
3. RM 02.01.003 Formulir pegkajian awal pasien rawat inap
4. RM 02.08..001 Formulir asuhan keperawatan
5. RM 02.18.001 Formulir catatan pemberian obat
6. RM 02.10.001 Formulir pemberian cairan infus
7. RM 01.12.002 Informed consent
8. RM 01.04.001 Laporan operasi
9. RM 01.06.001 Laporan anastesi
10. RM 01.16.001 Formulir informasi ibu melahirkan
11. RM 01.15.001 Formulir identifikasi bayi lahir.^[13]

H. Prosedur Ketentuan Pengisian Kelengkapan Dokumen Rekam Medis

Untuk mencapai keoptimalan dan meminimalisir ketidaklengkapan dokumen rekam medis maka tentunya RSIA Hermina Pandanaran Semarang melakukan pengendalian terhadap ketidaklengkapan dokumen rekam medis, dimana aturan pengendalian ketidaklengkapan dokumen rekam medis sebagai berikut :

1. Petugas rekam medis menerima berkas rekam medis dari bangsal kemudian mencatat dan menceklist di buku ekspedisi sesuai dengan rekam medis yang diantar oleh petugas bangsal dan menandatangani sebagai bukti serah terima DRM di buku ekspedisi.
2. Petugas rekam medis khususnya bagian assembling menyeleksi kelengkapan isi berkas rekam medis dan resume medis, bila belum lengkap diajukan untuk dilengkapi DPJP.
3. Berkas rekam medis yang belum lengkap dipisahkan dan diberi tanda untuk dilengkapi oleh dokter yang bersangkutan.
4. Bila berkas rekam medis telah lengkap maka petugas rekam medis mencatat kembali di buku ekspedisi rekam medis untuk dikembalikan dibagian filling.^[13]

I. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori