

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/ MENKES/ PER/ III/ 2008 bahwa rekam medis merupakan catatan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan medis merupakan tulisan yang diberikan kepada pasien yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi mengenai tindakan yang diberikan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan. (1)

Rekam medis adalah kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dan riwayat penyakitnya, termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleh para praktisi kesehatan dalam upaya mereka memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. (2)

B. Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis

1. Tujuan rekam medis

Tujuan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya ketertiban administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.(3)

2. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan formulir menurut Gibony disingkat menjadi ALFERD dilihat dari berbagai aspek, yaitu :

a. *Aspek Administration* (Administrasi)

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

b. *Aspek Legal* (Hukum)

Rekam medis mempunyai nilai hukum karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum dalam rangka menegakkan hukum serta penyediaan bahan bukti untuk menegakkan keadilan.

c. *Aspek Financial* (Keuangan)

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

d. *Aspek Research* (Penelitian)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena rekam medis mengandung data/ informasi yang dipergunakan sebagai bahan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

e. *Aspek Education* (Pendidikan)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena rumah sakit berisi data dan informasi tentang perkembangan kronologis kegiatan medis yang diberikan kepada pasien berguna sebagai bahan pendidikan dan pengajaran.

f. *Aspek Documentation* (Dokumentasi)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena rekam medis menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasi dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban serta laporan Rumah Sakit. (4)

C. Kelengkapan Data Dokumen Rekam Medis

1. Pengertian Data

Data adalah fakta atau bagian dari fakta yang mengandung arti, yang dihubungkan dengan kenyataan, simbol-simbol, gambar-gambar, kata-kata, angka-angka dan lain-lain.

2. Kualitas data

a. Ciri-ciri data yang baik memiliki 4 kriteria, meliputi :

- 1) Akurat adalah data yang harus lengkap dan tepat.
- 2) Valid adalah data yang menggambarkan keadaan dimana masih berlaku atau sudah kadaluarsa.
- 3) Continue adalah terus-menerus, pengumpulan data tidak terputus

4) Reliable adalah dapat dipercaya dan diandalkan.(5)

Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis oleh tenaga kesehatan akan memudahkan tenaga kesehatan lain dalam memberikan tindakan atau terapi kepada pasien. Selain itu juga sebagai sumber data pada bagian rekam medis dalam pengolahan data yang kemudian akan menjadi informasi yang berguna bagi pihak manajemen yang menentukan langkah-langkah strategis untuk pengembangan pelayanan kesehatan.(6)

D. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kelengkapan

1. *Man* (Manusia)

Keterampilan, pengetahuan dan sikap manusia dalam melaksanakan pelayanan kesehatan dirumah sakit merupakan hal terpenting dari pelaksanaan suatu sistem untuk mencapai pelayanan kesehatan yang maksimal.

2. *Money* (Dana)

Dana yang paling berperan untuk mencapai pelaksanaan suatu sistem dirumah sakit dapat berjalan dengan cepat dan sesuai kebutuhan seseorang pasien.

3. *Material* (Bahan)

Bahan adalah suatu produk / fasilitas yang digunakan untuk menunjang tujuan dalam pelaksanaan sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit.

4. *Method* (Metode)

Metode yang tepat akan membantu tugas-tugas seseorang akan lebih mudah dan cepat dalam suatu sistem pelaksanaan di rumah sakit.

5. *Machine* (Peralatan)

Dana yang paling berperan untuk mencapai pelaksanaan suatu sistem di rumah sakit dapat berjalan dengan cepat dan sesuai kebutuhan seseorang pasien.(5)

E. *Standar Object Access Protocol (SOAP)*

Data yang paling banyak diisi kedalam formulir rekam medis adalah data klinis, yang dilakukan oleh dokter dan perawat secara bertahap dan berkesinambungan. Data klinis yang dicatat kedalam formulir rekam medis yaitu peristiwa pemecahan masalah dalam peristiwa klinis. Data klinis tersebut dapat dibagi menjadi 4 yaitu:

1. Data subjektif

Data yang dikemukakan oleh pasien yaitu mengenai identitas pasien, keluhan, riwayat penyakit, riwayat alergi, kehamilan, dan persalinan.

2. Data objektif

Data hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh dokter atau perawat meliputi (inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi),

pemeriksaan penunjang yang dilakukan oleh petugas laboratorium dan rontgen.

3. Analisis (*Assesment*)

Hasil dari suatu analisis data yang telah terjadi untuk menyimpulkan penyebab masalah guna pemecahannya, disebut diagnose medis (berdasarkan keadaan patologis) atau diagnose keperawatan (berdasarkan gangguan sistema tubuh pasien)

4. Rencana Pemecahan Masalah (*Plan*)

Setelah pasien ditetapkan diagnosis selanjutnya dilakukan perencanaan pengobatan, tindakan invasive (operasi), tindakan suportif (edukasi) dan asuhan keperawatan sesuai dengan gangguan yang telah dihadapi oleh pasien.

F. Source Oriented Medical Record (SOMR)

1. Definisi SOMR adalah:

Pendokumentasian pelayanan medis berdasar pada sumber data bagian atau departemen yang merawat pasien.

2. Manfaat SOMR adalah:

Membuat laporan terorganisir berdasarkan sumber pelayanan dalam suatu bagian sehingga memudahkan untuk menentukan penilaian, pengobatan dan observasi pada setiap pelayanan yang telah diberikan.

G. *Problem Oriented Medical Record (POMR)*

1. Definisi POMR

Pengetahuan tentang metode pencatatan yang terpusat pada pemecahan masalah klien dengan pendekatan pada tahapan proses pelayanan medis dan keperawatan.

2. Manfaat POMR yaitu:

- a. Meningkatkan mutu asuhan pasien karena informasi yang terkandung didalam formulir rekam medis dapat berkesinambungan dari bagian satu dengan bagian lainnya serta dapat diakses dari waktu ke waktu berikutnya.
- b. Meningkatkan pengetahuan dan pendidikan tenaga medis dan perawat, karena semua data dan informasi pelayanan kepada pasien pada penyakit yang sama dapat dibaca dan dilihat secara menyeluruh dan sistematis.
- c. Memudahkan evaluasi pelayanan klinis yang dilakukan dokter dan perawat, karena data yang tercatat sebutir atis dan logis mengikuti pemikiran mereka.
- d. Memudahkan dilakukannya adaptasi adanya perubahan teknologi. Dengan pendekatan POMR yang sesuai dengan logika pemikiran elektronik akan lebih familier (dikenal) bagi pengguna formulir.

3. Komponen POMR

Terdapat 4 Unsur pokok pada POMR ini, yaitu:

a. *Data Base*, meliputi :

- 1) Identitas pribadi dan sosial pasien;
- 2) Keluhan utama;
- 3) Penyakit saat ini;
- 4) Riwayat penyakit terdahulu;
- 5) Review sistema-sistema tubuh: pernafasan, kardiovaskuler, pencernaan dan seterusnya.
- 6) Hasil pemeriksaan fisik;
- 7) Hasil pemeriksaan penunjang;
- 8) Diagnosis utama, komplikasi, comorbid;
- 9) Pengobatan dan tindakan;
- 10) Perkembangan pasien;

b. *Problem List*

Informasi ini terletak dihalaman depan agar memudahkan pemeriksa untuk mengkaji lebih lanjut, berisi data tentang:

- 1) Gejala-gejala yang dikeluhkan
- 2) Penemuan normal dan abnormal dari tubuh dan keadaan pasien
- 3) Penetapan diagnosis secara spesifik
- 4) Tambahan dan perubahan masalah pasien dan waktu munculnya masalah baru serta selesainya masalah yang lalu

- 5) Masalah-masalah yang sudah teratasi ditandai dengan selesai dan waktunya, tak boleh dihapus dari daftar masalah untuk memudahkan pembacaan daftar masalah yang kemudian akan dilakukan pemecahan masalah, maka setiap masalah diberi judul dan nomor masalah.

c. *Initial Plan*

Berisi tentang :

- 1) Rencana tindakan yang akan dilakukan setelah mempelajari keadaan pasien berdasarkan daftar masalah;
- 2) Rencana-rencana yang spesifik untuk setiap masalah digaris bawah yang terbagi 3 kelompok, yaitu:
 - a) Informasi lebih lanjut tentang diagnosis dan penataleksanaannya
 - b) Terapi yang diberikan
 - c) Anjuran, nasihat sebagai pendidikan kepada pasien
- 3) Setiap rencana diberi nomor sesuai dengan masalah yang diatasinya

d. *Progress Note*

Berisi tentang :

- 1) Catatan perkembangan untuk semua masalah yang dihadapi pasien
- 2) Ringkasan setelah pasien sembuh (*discharge summary*)
- 3) Uraian narasi (*narrative notes*)

4) Lembar alur (*floe sheets*). (7)

H. Formulir Lembar Identifikasi Bayi Baru Lahir

Formulir identifikasi bayi baru lahir yaitu lembar yang digunakan untuk membedakan antar bayi agar tidak tertukar. Isi pokok formulir yaitu adanya cap telapak kaki, jempol tangan bayi dan cap jempol ibu serta tanda tangan dokter dan perawat.

Untuk memudahkan identifikasi, alat pengenalan bayi perlu dipasang segera pascapersalinan. Pada alat/gelang identifikasi, tercantum nama (bayi dan ibunya), tanggal lahir bayi, jenis kelamin, dan unit. Sidik telapak kaki bayi dan sidik jari ibu harus tercetak di catatan yang tidak mudah hilang. Berat lahir, panjang bayi, lingkaran kepala dan lingkaran perut diukur, kemudian dicatat dalam rekam medis. (9)

I. Desain Formulir

1. Pengertian Desain Formulir

Desain formulir adalah suatu rancangan dalam bentuk formulir yang mengatur tata letak dan penyusunan layout dan perwajahan, kolom-kolom, garis-garis maupun huruf-huruf.

2. Aspek-aspek desain formulir

a. Aspek Fisik

Desain formulir dalam pembuatannya harus memperhatikan aspek fisik meliputi pemikiran tentang bahan, bentuk, ukuran, warna dan kemasan.

1) Bahan

Untuk mendesain suatu formulir harus memperhatikan bahan yang digunakan, pada formulir yang diabadikan sebaiknya menggunakan ukuran kertas HVS 80 gram agar tidak mudah rusak.

2) Bentuk

Untuk mendesain suatu formulir bentuk umum dari folder adalah persegi panjang.

3) Ukuran

Ukuran standar folder HVS adalah panjang 32,5 cm dan lebar 21,5 cm.

4) Warna

Warna dasar formulir hendaknya putih atau warna muda lainnya untuk menjaga nilai kontras antara warna dasar formulir dengan warna tintanya.(8)

5) Kemasan

Untuk mendesai formulir, pada kemasan dilihat pada kebutuhan formulir dan dilihat dari kemesan yang terdahulunya.

b. Aspek Anatomik

Desain formulir dalam pembuatannya harus memperhatikan aspek anatomiknya yaitu kepala (heading), pendahuluan (introduction), perintah (instruction), isi (body), dan bagian penutup (close)

1) *Heading* (Bagian Kepala)

Berperan sebagai tempat pemberian judul dan mengandung informasi tentang formulir, yaitu letak formulir (kiri atas, tengah atas, kanan atas, bawah) nama dan alamat institusi perlu ditulis dalam judul, identitas dan tanggal edisi formulir pada umumnya ditempatkan ditepi kanan atas, identitas formulir harus ada pada semua halaman.(8)

2) *Introduction* (Bagian Pendahuluan)

Berisi keterangan tambahan mengenai formulir. Jika memang bagian heading sudah cukup menggambarkan fungsi dan tujuan tersebut maka tidak perlu lagi ditambahkan bagian introduction ini (8)

3) *Instruction* (Bagian Perintah)

Berisi penjelasan singkat tentang jumlah lembar, cara pengisian, dan cara pengiriman. Bagian ini biasanya diatur penempatannya agar jelas, singkat dan tidak mengganggu alur pembacaan dan pengisian formulir

4) *Body* (Bagian Isi)

Merupakan inti dari suatu formulir. Di bagian inilah data dicatat. Penggunaan metode pengelompokan (*grouping*), urutan (*sequence*), bentuk dan ukuran huruf (*font*), warna area (*color*), batas tepi (*margin*), spasi (*space*), garis (*line*), dan cara pengisian sangat berperan terhadap hasil pengisian formulir.

(a) Margins

Batas pinggir ini tidak hanya menambah penampilan dan kegunaan formulir, tapi juga pada kesanggupan untuk merancang formulir secara fisik. Fasilitas reproduksi memerlukan margins sebagai daerah kerja untuk lobang pemegang yang membantu penahanan kertas selama proses pencetakan. Margin minimum harus disediakan 2/16" pada bagian atas, 3/6" di bagian bawah, dan 3/10" pada sisi-sisi. Jika yang digunakan adalah stok kartu, paling kurang 0,32 cm harus disediakan sebagai margin untuk semua sisi. Dapatkan spesifikasi pencetak mengenai margin ini jika 'image' formulir mencapai pinggir kertas atau kartu. Proses ini disebut sebagai "bleeding", dan gaya ini bisa menyebabkan meningkatnya biaya penanganan.(8)

(b) Spacing

Spacing adalah ukuran area entry data. Spasi diperlukan untuk memberikan luas yang diperlukan guna keperluan pengisian data. Pada waktu mendesain formulir dengan data yang akan diisi dengan mesin ketik, petunjuknya yaitu:

(1) Horizontal spacing : spacing $1/12$ " untuk huruf elite atau $1/10$ " untuk huruf pica spacing $1/10$ " bisa menerima huruf pica dan elite memberikan ruang entry maksimum. Sedangkan spasi ekstra jika perlu untuk mencegah "crowding". (8)

(2) Vertical spacing : terdapat enam garis vertical setiap inci pada mesin ketik standard, elite atau pica. Berikan $1/6$ ", atau kelipatannya, untuk setiap baris pengetikan. Untuk spacing yang dibuat dengan tulisan tangan berikan horizontal spacing $1/10$ " sampai $1/12$ " per karakter. Vertical spacing memerlukan $1/4$ " sampai $1/3$ ". Jika desain kotak yang digunakan diperlukan $1/3$ ".

(c) Rules

Sebuah rules adalah sebuah garis vertical atau horizontal. Garis ini bisa solid (langsung), dotted (terputus-putus), atau parallel berdekatan yang melayani berbagai tujuan. Rules membagi formulir atas bagian-bagian logis, mengarahkan penulis untuk memasukan

data pada tempat yang semestinya, menginstruksikan penulis mengenai panjang yang diinginkan dari data yang dimasukan, membimbing pembaca melalui komunikasi dan menambah daya tarik fisik formulir (kalau diatur dengan benar).

(d) *Type style* (jenis huruf)

Jenis huruf ini penting dalam hal keterbacaan dan penonjolan. Untuk suatu formulir, paling baik adalah menggunakan sedikit mungkin jenis dan ukuran huruf. Item-item dengan tingkat kepentingan yang sama hendaknya dicetak dengan huruf yang sama disemua bagian formulir. Biasanya jenis *italic* dan **bold** digunakan untuk penekanan, tapi terbatas pada kata-kata yang memerlukan penekanan khusus.(8)

(e) Cara pencatatan

Hampir semua formulir dihasilkan dengan tangan, atau cetakan komputer. Cara lain pencatatan data mencakup OCR (*Optical Character Recognition* = Pengenalan huruf secara optis) dan 'bar code' yang bekerja sebagai input langsung kedalam komputer. Sebagai tambahan pada prinsip umum desain formulir yang baik, pertimbangan khusus untuk adanya peralatan OCR atau 'bar code' merupakan hal yang penting.

5) *Close* (Bagian Penutup)

Merupakan bagian akhir dari satu formulir sebelum memiliki arti yang sama pentingnya dengan bagian-bagian sebelumnya. Pada bagian ini tercantum tanda tangan, nama terang, keterangan tempat, tanggal (dan jam bila diperlukan)

c. Aspek Isi

Desain formulir dalam pembuatannya harus memperhatikan aspek isinya yaitu :

1) Kelengkapan Butir Data

Data yang tercatat pada formulir berisikan data pribadi, sosial dan klinis pasien.(8) Dimana butir data tersebut harus disesuaikan dengan kebutuhan formulir.

2) *Terminology*

Ada atau tidaknya istilah dalam bahasa medis yang tidak diketahui oleh orang awam yang perlu diberi keterangan dalam bahasa Indonesia.

3) Istilah

Perancangan formulir harus menjaga penggunaan dan memiliki tulisan yaitu dengan kejelasan kata untuk pencarian yang baik dalam penggunaan kata harus tepat. Jika kata yang dipakai tidak tepat maka akan menimbulkan tanggapan atau jawaban yang beda.

4) Singkatan

Perancangan formulir pada singkatan sebaiknya menggunakan istilah yang mudah dimengerti orang.

5) Simbol

Perancangan formulir pada simbol sebaiknya menggunakan simbol yang sering digunakan seperti pada jenis kelamin (♀ dan ♂).

J. Kemudahan Pengisian

Kemudahan pengisian pada formulir yaitu membuat user (pengguna) dapat lebih mudah dan lancar dalam mengisi formulir sehingga formulir terisi dengan lengkap.

K. Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.(16)

Standar keselamatan pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan.(4)

L. Kerangka Teori

