

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Menurut Pemenkes RI No. 269/Menkes/PER/III/2008 Bab 1, Pasal 1 Menyebutkan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.⁽³⁾

Menurut Huffman Ek, rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatannya yang memuat pengetahuan dan wawasan mengenai pasien dan pelayanan yang di perolehnya serta memuat informasi yang cukup untuk mengenali (Mengidentifikasi) pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan serta merekam hasilnya.⁽¹⁰⁾

2. Tujuan Rekam Medis

Tujuan dari rekam medis adalah menunjang tercapainya ketertiban administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

3. Kegunaan Rekam Medis

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

a. Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis yang memiliki nilai medik, karena catatan tersebut digunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang diberikan kepada pasien.

b. Aspek Administrasi

Suatu Berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya merupakan tindakan yang berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan para medis dalam rangka pelayanan kesehatan di rumah sakit.

c. Aspek Hukum

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

d. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis yang memiliki nilai uang, karena mengandung data atau informasi yang digunakan sebagai aspek keuangan.

e. Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan perkembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

f. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis yang memiliki nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran di bidang profesi yang memakainya.

g. Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis yang memiliki nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus di dokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban laporan rumah sakit.⁽⁴⁾

B. Kelengkapan Data Rekam Medis

1. Data

Data adalah kumpulan fakta yang berupa angka, simbol, kumpulan angka, kode, atau bahkan kata – kata yang belum punya arti atau makna.⁽⁵⁾

2. Kualitas Data

Ciri – ciri data yang baik adalah menurut kriteria:

a. *Akurat*

Yaitu lengkap dan tepat merekam keadaan tertentu.

b. *Valid*

Yaitu menggambarkan keadaan yang sesungguhnya.

c. *Continue*

Yaitu terus menerus, pengumpulan data tidak terputus.

d. *Reliabel*

Yaitu dapat diandalkan dan dipercaya.⁽⁶⁾

3. Hal – hal yang mempengaruhi kelengkapan data berdasarkan sumber

dayanya :

a. *Man (Manusia)*

Keterampilan, pengetahuan dan sikap dalam melaksanakan sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit.

b. *Material (Bahan)*

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

c. *Mechine (Perawatan)*

Alat yang digunakan untuk mengerjakan sesuatu agar lebih cepat dan efisien dalam menunjang pelaksanaan kesehatan di rumah sakit.

d. *Methodode (Metode)*

Metode yang tepat akan membantu tugas – tugas seseorang akan lebih cepat dan ringan dalam pelaksanaan sistem kesehatan di rumah sakit.

e. *Money (Dana)*

Dana yang paling berperan untuk mencapai pelaksanaan suatu sistem di rumah sakit agar pelayanan di RS dapat berjalan dengan cepat sesuai kebutuhan seorang pasien.⁽⁷⁾

C. Deskripsi Tugas dan Wewenang Dokter dalam Rekam Medis

1. Melaksanakan pelayanan medis di rawat inap.
2. Memberi pertolongan bagi pasien rawat inap yang akan melakukan operasi.

3. Membuat informed consent kepada keluarga pasien untuk melakukan tindakan operasi.
4. Melakukan serah terima tugas jaga dengan dokter penggantinya.

D. Deskripsi Kegiatan Pokok Unit Rawat Inap

1. Uraian Tugas
 - a. Menyiapkan bahan dan alat kerja (ATK), Tracer, Dokumen RM, dll.
 - b. Menerima pasien yang akan rawat inap baik yang datang sendiri maupun pasien rujukan.
 - c. Menyiapkan catatan dan dokumen RM antara lain:
 - 1) Buku register pasien rawat inap.
 - 2) Tracer.
 - 3) Menyediakan formulir untuk pasien yang akan rawat inap.
 - d. Membantu pasien untuk memilih kamar perawatan.
 - e. Mempersilahkan pasien untuk menandatangani surat pernyataan untuk dirawat.
 - f. Apabila pasien menggunakan asuransi kesehatan maka petugasakan segera menghubungi pihak asuransi untuk mendapatkan nomer jaminan.
 - g. Pasien dipersilahkan menuju Tempat Penerimaan Pasien (TPP) untuk segera mendapatkan perawatan sebelum masuk ke bangsal perawatan.
2. Tanggung jawab :
 - a. Ketepatan pengambilan dokumen rekam medis.
 - b. Membantu pasien untuk mencari tempat perawatan.

- c. Menginput data pasien yang akan rawat inap.
 - d. Mengeset formulir RM kosong yang akan digunakan untuk pasien yang akan rawat inap.
 - e. Menghubungi pihak asuransi untuk mendapatkan nomor jaminan.
3. Wewenang :
- a. Menerima pasien yang akan rawat inap.
 - b. Ketepatan dalam menginput data pasien rawat inap.

E. Formulir Laporan Operasi

1. Pengertian Formulir Laporan Operasi

Formulir yang digunakan untuk mencatat tindakan operasi, meliputi: identitas pasien, identitas operator, identitas asisten operator, waktu mulai dan akhir operasi, indikasi operasi, metode yang digunakan, dilakukan pemeriksaan patologi anatomi atau tidak, prosedur yang dilakukan dan hasil operasi.

Semua penderita yang mengalami tindakan harus ada laporan operasi didalam catatan medik. Laporan operasi dibuat dan ditanda harus sudah dicantumkan sebelum operasi dilakukan. Hal ini penting operasi secara lengkap harus ditulis oleh ahli bedahnya, segera operasi dilakukan untuk menghindari terlupanya hal – hal yang penting.⁽⁴⁾

2. Isi Formulir Laporan Operasi

- a. Nama.
- b. No. RM.
- c. Bangsal.
- d. Umur.

- e. Pangkat / Golongan.
 - f. NRP / NBI / NIP.
 - g. Kesatuan.
 - h. Nama dokter ahli bedah, ahli anestesi, dan perawat.
 - i. Pre – operative diagnosa.
 - j. Post – operative diagnosa.
 - k. Macam Pembedahan.
 - l. Jaringan yang di eksisi / insisi.
 - m. Nama / Macam operasi.
 - n. Dikirim pemeriksaan patologi anatomi.
 - o. Tanggal operasi.
 - p. Jam operasi dimulai.
 - q. Jam operasi selesai.
 - r. Lama operasi berlangsung.
 - s. Tanda tangan dokter.
3. Kegunaan Formulir Laporan Operasi
- Untuk mencatat proses operasi dan kejadian – kejadian yang timbul serta catatan pasca operasi.⁽²⁾

F. Desain Formulir Rekam Medis

1. Pengertian

Formulir adalah secara kertas yang memiliki ruang untuk diisi atau mencatat dan merekam terjadinya peristiwa (Transaksi) suatu kegiatan (Pelayanan).

2. Manfaat Formulir

Formulir merupakan alat yang penting untuk menjalankan organisasi karena bermanfaat:

- a. Untuk menetapkan tanggung jawab timbulnya kegiatan.
- b. Untuk merekam data transaksi atau pelayanan.
- c. Untuk mengurangi kemungkinan kesalahan dengan cara menyatakan semua kejadian dalam bentuk tulisan.
- d. Sebagai alat komunikasi yaitu untuk menyampaikan informasi pokok dari orang 1 ke orang lain di dalam organisasi yang sama atau ke organisasi yang lain.

3. Aturan Dasar Dalam Perancangan Formulir

- a. Membuat rancangan dengan memikirkan penggunaannya.
- b. Mempelajari tujuan dan pemakain formulir.
- c. Merancang formulir sesederhanan mungkin, menghilangkan informasi yang tidak diperlukan.
- d. Menggunakan terminologi standar untuk semua elemen data, atau menggunakan definisi – definisi, memberikan label semua informasi.
- e. Mengatur urutan butir – butir data secara logis.
- f. Memasukan pedoman untuk menjamin agar pengumpulan dan interpretasi data konsisten.

4. Komponen *Problem Oriented Medical Record* (POMR) :

- a. Basis Data (*Data Base*).

Kumpulan segala informasi pasien yang berobat ke institusi pelayanan kesehatan dan dapat digunakan oleh semua pihak.

b. Daftar Masalah (*Problem List*).

Dasar acuan dari rekam medis yang berorientasi pada masalah.

c. Rencana Awal (*Initial Plans*).

Initial Plans ini dibuat saat pasien pertama kali berobat ke suatu pelayanan kesehatan dan ini berfungsi sebagai rencana pemecahan masalah yang terjadi pada pasien saat menjalani perawatan di rumah sakit terkait baik rawat inap maupun rawat jalan.

d. Catatan Perkembangan (*Progress Note*).

Catatan perkembangan yang berisi tentang kemajuan keadaan pasien selama tindakan perawatan dilakukan.⁽⁹⁾

e. Aspek Desain Formulir

Aspek Fisik.

1) Bahan

Untuk mendesain suatu formulir harus memperhatikan formulir yang digunakan, khususnya untuk formulir – formulir yang disimpan dan diabadikan. Bahan yang digunakan minimal kertas HVS 80 gram. Terdapat 5 fisik kertas yang perlu dipertimbangkan dalam mendesain formulir, yaitu:

- a) *Weight* adalah berat kertas pada ukuran tertentu.
- b) *Grade* adalah mutu kertas dan terutama didasarkan pada jenis material yang digunakan dalam proses pembuatannya.
- c) *Watermark* adalah penandaan tembus pandang yang terlihat kalau kertas dilihat dengan cahaya dibelakangnya.

- d) *Grain of paper* adalah arah serat – serat yang membuat kertas dimana menentukan kekuatan kertas.
- e) *Finish of Paper* adalah lapisan kimia yang bisa diberikan pada kertas.
- f) *Colour of paper* adalah medium yang efektif untuk memperoleh daya tarik, identifikasi unik dan cara sederhana untuk memudahkan penanganan formulir.

2) Bentuk

Bentuk formulir harus sesuai standar dan disesuaikan dengan formulir yang lainnya, sehingga memudahkan dalam penyimpanannya.

3) Ukuran

Cara yang terbaik dalam ukuran formulir yaitu dengan ukuran standar, akan memudahkan jika formulir tersebut akan diarsipkan atau dicopy.

4) Warna

Warna kertas dalam pembuatan formulir dimaksudkan untuk memudahkan dalam penggunaan formulir, sebagai *eye catching* dan membedakan warna dengan formulir lain. Penggunaan warna harus kontras antara warna formulir dengan tinta pengisian agar tidak menyulitkan pengguna pada saat pengisian.

5) Kemasan

Kemasan yang dipakai adalah map pada formulir tersebut.

a. Aspek Anatomik.

1) *Heading*

Mencakup judul dan informasi mengenai formulir. Judul sebuah formulir bisa terdapat pada satu dari beberapa tempat. Posisi standar adalah: kiri atas, tengah, kanan atas, kiri bawah atau kanan bawah. Informasi lain mengenai formulir adalah identitas rumah sakit, identitas formulir, nomor edisi dan nomor halaman.

2) *Introduction*

Bagian pendahuluan ini menjelaskan tujuan formulir. Kadang – kadang tujuan ditunjukkan oleh judul. Kalau penjelasan lebih lanjut diperlukan, pernyataan yang jelas bisa dimasukkan ke dalam formulir untuk menjelaskan tujuannya.

3) *Instruction*

Instruksi harus bisa dengan segera menentukan berapa copy diperlukan. Siapa yang harus mengajukan formulir, dan kepada siapa copyannya harus dikirimkan. Instruksi bisa diletakkan pada bagian depan formulir kalau terdapat tempat yang cukup. Instruksi tidak boleh diletakkan diantara ruang – ruang entry karena hal ini membuat formulir terkesan berantakan dan mempersulit pengisian.

4) *Body*

Body merupakan bagian formulir yang disediakan untuk kerja formulir yang sebenarnya. Pertimbangan hati – hati harus diberikan mengenai susunan data yang diminta atau informasi tersedia yang mencakup pengelompokan, pengurutan

kelompok, perataan, margin, spasi, garis / kotak / bayangan / warna, huruf – ukuran / jenis / atribut, cara pengisian.

a) *Margins*

Batas pinggir ini tidak saja menambah tampilan 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, dan untuk merapikan kertas ketika beberapa copy formulir dicetak pada lembaran besar sekaligus. Margins minimum harus disediakan $2/16$ " pada bagian atas, $3/6$ " dibagian bawah, dan $3/10$ " pada sisi – sisi.

b) *Spacing*

Spacing adalah ukuran area entry data. Pada waktu mendesain formulir dengan data yang akan diisi dengan tulisan tangan, berikan horizontal spacing $1/10$ " sampai $1/12$ " per karakter. Vertikal spacing memerlukan $1/4$ " sampai $1/3$ ". Kalau desain kotak yang digunakan, $1/3$ " diperlukan. Spasi vertikal $1/3$ " akan menerima baik entry tulisan tangan ataupun mesin.

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 beberapa formulir atas bagian – bagian logis, mengarahkan tulisan untuk pemasukan data pada tempat semestinya, menginstruksikan penulisan mengenai panjang yang diinginkan dari data yang dimasukkan, membimbing pembaca melalui komunikasi, dan menambah daya tarik fisik formulir (Jika diatur dengan benar).

d) *Type style*

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

e) *Cara pencatatan*

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

5) *Close*

Komponen utama terakhir formulir kertas adalah *close* atau penutup. Ini merupakan ruangan untuk tanggal, nama dan tandatangan pengotentikasi atau persetujuan.

b. Aspek Isi

1) Kelengkapan butir data

Data yang tercatat pada formulir berisikan data identitas pasien dan data klinis. Dimana butir data yang tercatat harus sesuai dengan kebutuhan pengguna dan jenis formulirnya. Kelengkapan Data Rekam Medis dan Keselamatan Pasien.

2) Terminologi

Komunikasi yang efektif antara orang – orang tergantung dari pengguna terminology yang dapat dipahami oleh mereka. Begitu juga dalam penggunaan kata, nomor, dan singkatan. Singkatan yang dianjurkan oleh institusi harus dipahami oleh semua orang. Jika tidak memungkinkan formulir atau tampilan layar tersebut harus menyediakan definisi.

3) Fungsi dan Wewenang Dokter Terhadap Rekam Medis

a) Menganalisa kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan.

b) Melakukan pengawasan pengelolaan informasi kesehatan dengan menggunakan prinsip-prinsip sistem rekam medis dan informasi kesehatan/Manajemen Informasi Kesehatan.

- c) Merancang dan mengembangkan struktur isi dan standar data kesehatan, untuk pengembangan informasi kesehatan;
- d) Memvalidasi kelengkapan diagnosis dan tindakan medis sebagai ketepatan pengkodean.
- e) Memvalidasi indeks dengan cara menilai kumpulan data penyakit, kematian, tindakan dan dokter yang dikelompokkan pada indeks.
- f) Memvalidasi kumpulan dan verifikasi data sesuai dengan jenis formulir survei.
- g) Mengevaluasi sistem klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis.
- h) melakukan komunikasi kemitraan peneliti di bidang manajemen informasi kesehatan dengan menggunakan prinsip-prinsip sistem rekam medis dan informasi kesehatan/Manajemen Informasi Kesehatan.

G. Kerangka Teori

