

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rekam Medis

2.1.1 Sejarah Rekam Medis

Sejarah rekam medis di mulai pada zaman batu (*paleolithic*) lebih kurang 2500SM dengan ditemukannya lukisan purba tentang trephinasi dan amputasi di dinding gua di Spanyol, hal ini menunjukkan bahwa sejak zaman pra sejarah praktik rekam medis dilakukan bersamaan dengan praktik kedokteran (DepKes RI, 1997: 1).

Praktik kedokteran secara ilmu pengetahuan modern dimulai sejak zaman Hipocrates pada 460SM. Hipocrates sebagai bapak ilmu kedokteran banyak menulis tentang pengobatan, observasi penelitian yang cermat dan sampai saat ini dianggap benar. Hasil pemeriksaan pasiennya (rekam medis) hingga kini masih dapat dibaca oleh para dokter sehingga kecermatan cara kerja Hipocrates dalam pengelolaan rekam medisnya sangat menguntungkan para dokter sekarang (DepKes, 1997: 2).

Pada tahun 1137, rekam medis pertama kali dilaksanakan di Rumah Sakit St. Bathelomew di London. Di Indonesia, kegiatan pencatatan mulai dilakukan pada masa pra kemerdekaan, hanya saja masih belum dilaksanakan dengan baik, penataannya mengikuti sistem informasi yang benar. Dengan dikeluarkannya Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1960, kepada semua petugas kesehatan diwajibkan untuk menyimpan rahasia kedokteran, termasuk berkas rekam medis. Kemudian pada tahun 1972 dengan surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 034/Birhup/1972, ada kejelasan bagi rumah sakit menyangkut kewajiban untuk menyelenggarakan rekam medis kesehatan. Pada bab I pasal 3 menyatakan bahwa guna menunjang terselenggaranya rencana induk (*master plan*) yang baik, maka setiap rumah sakit :

- a. Mempunyai dan merawat statistik yang terkini.
- b. Membuat rekam medis yang berdasarkan ketentuan yang telah ditetapkan.

Maksud dan tujuan dari peraturan-peraturan tersebut adalah agar penyelenggaraan rekam medis dapat berjalan dengan baik di institusi pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit. Kurun waktu 1972-1989 penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit belum berjalan sebagaimana yang diharapkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 749a/MENKES/PER/XV/1989 tentang rekam medis yang telah direvisi menjadi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 ini perlu dipertegas kembali tentang pengelolaan rekam medis yang merupakan landasan hukum semua tenaga medis dan paramedis di rumah sakit yang terlibat di dalam penyelenggaraan rekam medis di sarana pelayanan kesehatan (DepKes, 1997: 5).

2.1.2 Definisi Rekam Medis

Rekam medis menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Sedangkan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia, rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis/terekam tentang identitas pasien, anamnesa, penentuan fisik, laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik di rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat.

Pengertian rekam medis menurut IFHRO (*International Federation Health Record Organization*) adalah *a health record contains all information about a patient, his illness and treatment and the end entries in it are recorded in the order in which event of care occurs* (rekam medis berisi semua informasi mengenai pasien, penyakit, pengobatan, dan rekaman yang didalamnya sesuai dengan urutan pelayanan/perawatan).

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesis, diagnosis pengobatan, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan meliputi pendaftaran pasien yang dimulai dari tempat penerimaan pasien, kemudian bertanggung jawab untuk mengumpulkan, menganalisa,

mengolah, dan menjamin kelengkapan berkas rekam medis dari unit rawat jalan, unit rawat inap, unit gawat darurat, dan unit penunjang lainnya (Hatta, 1985; Suwarti, 1999; Watson, 1992).

Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas tidak hanya sekedar pencatatan, akan tetapi pengertian tersebut sebagai suatu sistem penyelenggaraan rekam medis, sedangkan kegiatan pencatatannya sendiri hanya merupakan salah satu kegiatan dari penyelenggaraan rekam medis. Penyelenggaraan rekam medis adalah proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien di rumah sakit, diteruskan dengan kegiatan pencatatan data rekam medis selama mendapatkan pelayanan medis dan dilanjutkan dengan penanganan dokumen rekam medis yang meliputi penyelenggaraan, penyimpanan, dan pengeluaran dokumen dari rak penyimpanan untuk melayani permintaan/peminjaman dari pasien atau untuk keperluan lainnya.

Rekam medis adalah siapa, apa, dimana, dan bagaimana perawatan pasien selama dirumah sakit, untuk melengkapi rekam medis harus memiliki data yang cukup tertulis dalam rangkaian kegiatan guna menghasilkan diagnosis, jaminan, pengobatan dan hasil akhir. Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas pasien, anamnese penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Rustiyanto, 2009).

Catatan medik adalah catatan yang berisikan segala data mengenai pasien mulai dari masa sebelum ia dilakukan, saat lahir, tumbuh menjadi dewasa hingga akhir hidupnya. Data ini dibuat bilamana pasien mengunjungi instalasi pelayanan kesehatan baik sebagai pasien berobat jalan maupun sebagai pasien rawat inap. Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien di sarana pelayanan kesehatan (SK Men PAN No.135 tahun 2002).

Rekam medis adalah fakta yang berkaitan dengan keadaan pasien, riwayat penyakit dan pengobatan masa lalu serta saat ini yang tertulis oleh profesi kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien tersebut (*Health Information Management*, Edna K Huffman, 1999).

Rekam medis elektronik/rekam kesehatan elektronik adalah suatu kegiatan mengkomputerisasikan tentang isi rekam kesehatan (rekam medis) mulai dari mengumpulkan, mengolah, menganalisis, dan mempresentasikan data yang berhubungan dengan kegiatan pelayanan kesehatan.

Dikeluarkannya PP No.10 tahun 1960, yaitu bahwa kepada semua petugas diwajibkan untuk menyimpan rahasia kedokteran termasuk rekam medis dan dengan adanya SK Menkes No.304/Birhup/1977 yaitu bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban untuk menyelenggarakan rekam medis. Hal itu dimaksudkan agar institusi pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit menyelenggarakan rekam medis yang baik sehingga dapat berperan dalam peningkatan mutu pelayanan yang optimal.

Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1996, yang diwajibkan untuk membuat rekam medis adalah tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien, adalah sebagai berikut :

- a. Tenaga medis (dokter dan dokter gigi).
- b. Tenaga keperawatan (perawat dan bidan).
- c. Tenaga kefarmasian (apoteker, analisa farmasi, dan asisten apoteker).
- d. Tenaga kesehatan masyarakat (administrator kesehatan).
- e. Tenaga gizi (nutrisionis dan dietis).
- f. Tenaga keterampilan fisik (fisioterapis).
- g. Tenaga keteknisian medis (radiografer teknisi elektromedis analis kesehatan dan perekam medis).

Rekam medis merupakan bukti tertulis tentang proses pelayanan yang diberikan oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya kepada pasien, hal ini merupakan cerminan kerja sama lebih dari satu orang tenaga kesehatan. Rekam medis juga dapat diartikan “Keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesis, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan, dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang di rawat inap, rawat jalan maupun pelayanan unit gawat darurat”.

Tujuan dari 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, mustahil

tertib administrasi rumah sakit akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Tertib administrasi merupakan salah satu faktor dalam menentukan upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tujuan rekam medis secara rinci akan terlihat dan analog dengan kegunaan rekam medis itu sendiri.

2.1.3 Falsafah dan Kegunaan Rekam Medis

Proses pelayanannya diawali dengan identifikasi pasien baik jati diri maupun perjalanan penyakit, pemeriksaan, pengobatan dan tindakan medis lainnya. Rekam medis merupakan catatan (rekaman) yang harus dijaga kebersihannya dan terbatasnya tenaga kesehatan dan pasien-pasien serta memberikan kepastian biaya yang harus dikeluarkan. Jadi falsafah rekam medis mencantumkan nilai-nilai aspek yang dikenal dengan sebutan ALFREDS (*Administrative, Legal, Financial, Research, Education, Dokumentation, and Service*) yaitu sebagai berikut :

1. *Administrative* (Aspek Administrasi)

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

2. *Legal* (Aspek Hukum)

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

3. *Financial* (Aspek Keuangan)

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

4. *Research* (Aspek Penelitian)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

5. *Education* (Aspek pendidikan)

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

6. *Documentation* (Aspek dokumentasi)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan Rumah Sakit.

7. *Service* (Aspek Medis)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai medik, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

Dengan melihat beberapa aspek tersebut, rekam medis mempunyai kegunaan yang sangat luas, karena tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi pelayanan saja. Kegunaan rekam medis secara umum adalah :

- 1) Sebagai media komunikasi antara dokter dan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian di dalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.
- 2) Menyediakan data yang berguna bagi keperluan penelitian dan pendidikan
- 3) Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada pasien.
- 4) Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di RS.
- 5) Sebagai dasar yang berguna untuk analisis, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
- 6) Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
- 7) Sebagai dasar dalam perhitungan pembayaran pelayanan medik pasien.
- 8) Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta bahan pertanggungjawaban dan laporan.

2.1.4 Standar Rekam Medis

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 333/MENKES/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit, Standar Pelayanan Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan antara lain ditetapkan sebagai berikut:

1. Rumah sakit harus menyelenggarakan manajemen informasi kesehatan yang bersumber pada rekam medis yang handal dan profesional.
2. Adanya panitia rekam medis dan manajemen informasi kesehatan yang bertanggung jawab pada pimpinan rumah sakit dengan tugas sebagai berikut :
 - a. Menentukan standar dan kebijakan pelayanan.
 - b. Mengusulkan bentuk formulir rekam medis.
 - c. Menganalisis tingkat kualitas informasi dan rekam medis rumah sakit.
 - d. Menentukan jadwal dan materi rapat rutin panitia rekam medis dan manajemen informasi kesehatan
3. Unit rekam medis dan manajemen informasi kesehatan di pimpin oleh kepala dengan latar belakang pendidikan dan pengalaman yang sesuai.
4. Unit rekam medis dan manajemen informasi kesehatan mempunyai lokasi sedemikian rupa sehingga pengambilan dan distribusi rekam medis lancar.
5. Ruang kerja harus memadai bagi kepentingan staf, penyimpanan rekam medis, penempatan (*microfilm, computer, printer, etc*) dengan pengertian :
 - a. Ruang penyimpanan cukup untuk berkas rekam medis aktif yang masih digunakan.
 - b. Ruang penyimpanan cukup untuk berkas rekam medis non aktif yang tidak lagi digunakan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
6. Ruang yang harus cukup menjamin bahwa rekam medis aktif dan non aktif tidak hilang, rusak, atau diambil oleh yang tidak berhak.
7. Rekam medis adalah sumber manajemen informasi kesehatan yang handal yang memuat informasi yang cukup, tepat waktu, akurat, dan dapat dipercaya bagi semua rekaman pasien rawat jalan, rawat inap, atau gawat darurat dan pelayanan lainnya.

8. Harus ada sistem identifikasi, indeks, dan sistem dokumentasi yang memudahkan pencarian rekam medis dengan pelayanan 24 jam.
9. Harus ada kebijakan informasi dalam rekam medis agar tidak hilang, rusak, atau digunakan oleh orang yang tidak berhak.
10. Dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya bertanggung jawab akan kebenaran dan ketepatan pengisian rekam medis. Hal ini diatur dalam anggaran dasar peraturan dan panduan kerja rumah sakit, adalah sebagai berikut :
 - a. Riwayat penyakit dan hasil pemeriksaan sudah harus lengkap dalam 24 jam setelah pasien dirawat dan sebelum tindakan operasi.
 - b. Tindakan pembedahan dan prosedur lain harus segera dilaporkan setelah tindakan paling lambat pada hari yang sama.
 - c. Termasuk ringkasan keluar (resume medis sudah harus dilengkapi paling lambat 14 hari setelah pasien pulang) kecuali bila tes dan atau otopsi belum ada.
 - d. Semua rekam medis diberi kode dan indeks dalam waktu 14 hari setelah pasien pulang.
11. Harus ada kebijakan rumah sakit mengenai rekam medis baik rekam medis aktif maupun yang non aktif.
12. Ada kebijakan dan peraturan prosedur yang dapat ditinjau setiap 3 tahun
13. Rekam medis harus rinci bagi berbagai kepentingan :
 - a. Ada informasi efektif antar dokter dan perawat atau tenaga kesehatan.
 - b. Konsulen mendapatkan informasi yang dibutuhkan.
 - c. Dokter lain dapat menilai pelayanan pasien.
 - d. Dapat menilai kualitas pelayanan secara retrospektif.
 - e. Pasien mendapatkan informasi yang berkesinambungan tentang perawatannya.
14. Pengisian rekam medis hanya dilakukan oleh yang berhak di rumah sakit, pasien yang masuk diberi catatan tanggal, jam, dan nama pemeriksa.
15. Singkatan dan simbol dipakai, diakui, dan berlaku umum.
16. Semua laporan asli oleh tenaga kesehatan disimpan dalam rekam medis.
17. Tiap rekam medis meliputi identifikasi pasien :

- a. Nomor rekam medis atau nomor registrasi.
 - b. Nama lengkap pasien.
 - c. Alamat lengkap.
 - d. Orang yang perlu dihubungi
18. Tanda peringatan atau bahaya, misalnya pasien alergi sesuatu harus ditulis di sampul depan berkas rekam medis.
 19. Rekam medis mencantumkan diagnosa sementara dan diagnosa akhir saat pasien pulang.
 20. Rekam medis mencakup riwayat pasien yang berkaitan dengan kondisi penyakit pasien yang meliputi :
 - a. Riwayat penyakit keluarga.
 - b. Keadaan sosial.
 - c. Riwayat dan perjalanan penyakit dan keadaan sekarang.
 21. Pasien operasi atau tindakan khusus harus disertai izin operasi hanya pasien dengan kondisi khusus tertentu diberikan *informed consent*.
 22. Setiap pemberi pelayanan kesehatan oleh para petugas kesehatan wajib disertai dengan pemberian catatan pada berkas rekam medis.
 23. Rekam medis atau persalinan atau operasi atau anestesi, diatau dengan ketentuan khusus. Rekam medis penyakit kronis, penyakit menahun memiliki prosedur manajemen informasi kesehatan secara khusus.
 24. Setiap diagnosa/tindakan khusus pasien diberi kode klasifikasi penyakit berdasarkan standar yang berlaku.
 25. Dalam waktu 14 hari setelah pasien ulang, ringkasan keluar (resume medis) sudah harus dilengkapi.
 26. Pasien rujukan harus disertai informasi alasan rujukan.
 27. Pelayanan rekam medis merupakan bagian dari program pengendalian mutu rumah sakit.

2.1.5 Isi Rekam Medis

Isi catatan medis disesuaikan dengan kebutuhan pemakainya, khususnya lembar rekam medis rawat inap berisi sebagai berikut seperti yang dipaparkan Fangidae (1982); Huffman (1994); *Joint on Accreditation of Healthcare*

Organizations (JCAHO); Sukurka (1994); Suwarti (1999); Watson (1992); Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 :

- a. Identitas pasien, terdiri dari nama lengkap pasien, umur, nama suami/ayah, jenis kelamin, tempat dan tanggal lahir, nomor rekam medis, agama, pekerjaan, nomor kartu penduduk, alamat, dan nomor telepon rumah untuk memudahkan penyusunan dan penemuan kembali berkas rekam medis.
- b. Tahun kunjungan atau tahun dirawat terakhir, untuk mempermudah mencari (mengklasifikasi) berkas rekam medis yang sudah tidak aktif.
- c. Tanda (+) untuk pasien yang meninggal, ditulis dibelakang nama pasien pada sampul luar depan dan berkas rekam medis pasien yang meninggal menandakan bahwa berkas tersebut sudah tidak aktif.
- d. Catatan mengenai data kesehatan pasien, meliputi penyebab sakit, penentuan tindakan terapi, rehabilitasi, riwayat pasien dan keluarga, riwayat sakit, pemeriksaan fisik, perawatan dan terapi obat terakhir, hasil konsultasi, dan lain-lain.
- e. Perintah dokter atau rencana perawatan, dokter menuliskan perkembangan pasien, penemuan medis, rencana perawatan, hasil tes, dan kondisi umum pasien. Perintah dokter ini harus diberi tanggal dan ditandatangani.
- f. Catatan perkembangan, catatan ini mengindikasikan kondisi dan respon pasien terhadap perawatan.
- g. Penelusuran spesial atau pemeriksaan yang dilakukan seperti hasil laboratorium, radiologi, patologi, dan lain-lain.
- h. Catatan perawat dan diagram grafik, perawat mencatat semua pengamatan, pengobatan, perawatan, dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien.
- i. Formulir operasi anestesi dan *recovery*, berisi persetujuan bedah, laporan pra dan post anestesi, laporan operasi, dan laporan lain yang relevan.
- j. Lembar kontrol istimewa seperti catatan/laporan persalinan, identitas bayi.
- k. Ringkasan keluar/resume, berisi kondisi pasien saat keluar, prognosis, perawatan pasien kembali kontrol untuk *follow up*. Pada lembar depan ditandatangani oleh dokter untuk menunjukkan tanggung jawab terhadap informasi yang telah dituliskan.

1. Formulir *informed consent* atau formulir persetujuan tindakan medis yang ditandatangani pasien atau suami atau ayah yang bersangkutan sebelum dokter melakukan tindakan tertentu.

2.1.6 Mutu Rekam Medis

Rekam medis yang baik dapat pula mencerminkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan (Payne, 1976; Huffman, 1990). Rekam medis yang bermutu juga diperlukan untuk persiapan evaluasi dan audit medis terhadap pelayanan medis secara retrospektif terhadap rekam medis. Tanpa dipenuhinya syarat-syarat dari mutu rekam medis ini, maka tenaga medis maupun pihak rumah sakit akan sukar membela diri di pengadilan bila terdapat tuntutan malpraktik oleh pihak pasien.

Menurut Huffman (1990) dan Soejaga (1996), mutu rekam medis yang baik adalah rekam medis yang memenuhi indikator-indikator mutu rekam medis sebagai berikut :

- a. Kelengkapan isian resume medis
- b. Keakuratan
- c. Tepat waktu
- d. Pemenuhan persyaratan hukum

Adapun uraian indikator-indikator tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Kelengkapan isian resume medis (Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008)
 - (1) Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat :
 - a. Identitas pasien
 - b. Tanggal dan waktu
 - c. Hasil anamnesis, mencakup sekurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
 - e. Diagnosis
 - f. Rencana penatalaksanaan
 - g. Pengobatan dan/atau tindakan
 - h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
 - i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik, dan
 - j. Persetujuan tindakan bila diperlukan

- (2) Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat :
- a. Identitas pasien
 - b. Tanggal dan waktu
 - c. Hasil anamnesis, mencakup sekurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
 - e. Diagnosis
 - f. Rencana penatalaksanaan
 - g. Pengobatan dan/atau tindakan
 - h. Persetujuan tindakan bila diperlukan
 - i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
 - j. Ringkasan pulang (*discharge summary*)
 - k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
 - l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu, dan
 - m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
- (3) Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat, sekurang-kurangnya memuat:
- a. Identitas pasien
 - b. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan
 - c. Identitas pengantar pasien
 - d. Tanggal dan waktu
 - e. Hasil anamnesis, mencakup sekurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - f. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
 - g. Diagnosis
 - h. Pengobatan dan/atau tindakan
 - i. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut
 - j. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- (4) Isi rekam medis dalam keadaan bencana selain memenuhi ketentuan sebagaimana yang dimaksud pada isi rekam medis untuk pasien gawat darurat ditambah dengan:

- a. Jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan
- b. Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana massal, dan
- c. Identitas yang menemukan pasien

(5) Isi rekam medis untuk pelayanan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan.

(6) Pelayanan yang diberikan dalam ambulans atau pengobatan massal di catat dalam rekam medis sesuai dengan ketentuan sebagaimana di atur pada ayat (3) dan di simpan pada sarana pelayanan kesehatan yang merawatnya.

b. Keakuratan

Adalah ketepatan catatan rekam medis, dimana semua data pasien ditulis dengan teliti, cermat, tepat, dan sesuai dengan keadaan sesungguhnya.

c. Tepat waktu

Rekam medis harus diisi dan setelah diisi harus dikembalikan ke bagian rekam medis tepat waktu sesuai dengan peraturan yang ada.

d. Memenuhi persyaratan hukum

Rekam medis memenuhi persyaratan aspek hukum (Permenkes 269 Tahun 2008; Huffman, 1994) yaitu :

1. Penulisan rekam medis tidak memakai pensil
2. Penghapusan tidak ada
3. Coretan, ralat sesuai dengan prosedur, tanggal, dan tanda tangan
4. Tulisan harus jelas dan terbaca
5. Ada tanda tangan oleh yang wajib menandatangani dan nama petugas
6. Ada tanggal dan waktu pemeriksaan tindakan
7. Ada lembar persetujuan

Rekam medis disebut lengkap apabila :

- a. Setiap tindakan yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam harus ditulis dalam lembar rekam medis.
- b. Semua pencatatan harus ditandatangani oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya, nama terang, dan diberi tanggal.
- c. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan yang terjadi dengan wajar seperti mencoret kata/kalimat yang salah dengan jalan memberikan satu garis lurus pada tulisan tersebut. Diberi inisial (singkatan

nama) orang yang mengkoreksi tadi dan mencantumkan tanggal perbaikan. (Boedihartono, 1991; Hatta, 1993).

2.1.7 Rekam Medis sebagai Informasi di Rumah Sakit

Rekam medis merupakan suatu catatan yang berisikan riwayat hidup dan kesakitan pasien selama dilayani di unit pelayanan kesehatan secara jelas (*clear*), ringkas (*concise*), dan akurat (*acurate*) (Fanggidae, 1982).

Di dalam berkas rekam medis tercatat berbagai data baik yang bersifat medis (klinis) maupun non medis yang bisa disebut data administratif (Huffman, 1990). Data medis (klinis) meliputi jenis penyakit, riwayat kesakitan, jenis tindakan pelayanan medis, dan penunjang medis. Sedangkan data administratif meliputi data vital, sosial ekonomi, dan data utilisasi sumber daya rumah sakit. Data rekam medis yang lengkap menurut Guwandi (1992) memuat 4 (empat) macam data, adalah sebagai berikut :

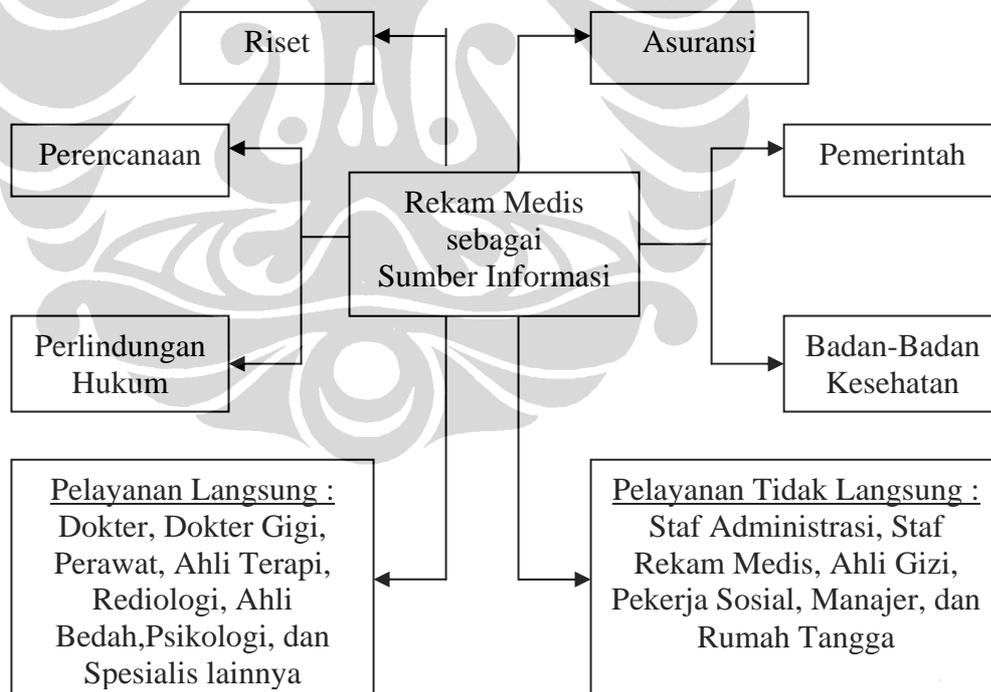
- a. Data pribadi, meliputi : nama, nomor KTP, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, status perkawinan, alamat, nama keluarga, pekerjaan, nomor register, asal rujukan, dokter yang merawat, tanggal masuk, dan tanggal keluar rumah sakit.
- b. Data finansial, meliputi : data dari penanggung jawab, alamat perusahaan, perusahaan asuransi yang menanggung, tipe asuransi, dan nomor polis.
- c. Data sosial, meliputi : kewarganegaraan/kebangsaan, keturunan, hubungan keluarga, penghidupan, kegiatan masyarakat, dan data lain mengenai kedudukan sosial pasien.
- d. Data medis, meliputi : hasil-hasil pemeriksaan fisik, anamnesis, riwayat penyakit, pengobatan yang diberikan, *progress report*, diagnosa, catatan pengobatan, instruksi dokter, laporan hasil laboratorium klinis, laporan konsultasi, anestesi, operasi, catatan perawatan, ringkasan pasien keluar, tanggal, nama, dan tanda tangan dokter yang merawat.

Apabila data diolah dengan baik, maka informasi dapat disajikan dari rekam medis tersebut. Misalnya bisa menyangkut pemasaran, mutu pelayanan medis, pendapatan rumah sakit dan produktifitas kerja dokter serta paramedis lainnya (Kusnanto, 1994). Data dalam rekam medis bila diolah dengan benar akan

menghasilkan informasi yang sangat berguna bagi pelaksanaan manajemen rumah sakit. Menurut Austin (1983), informasi di rumah sakit dibutuhkan untuk keperluan, antara lain :

- a. Menjaga mutu pelayanan rumah sakit
- b. Mengendalikan biaya penyelenggaraan rumah sakit
- c. Meningkatkan produktivitas kinerja tenaga kesehatan
- d. Memperkirakan (estimasi) pendapatan anggaran biaya rumah sakit
- e. Menganalisis pemanfaatan pelayanan rumah sakit
- f. Merencanakan dan mengevaluasi program kesehatan
- g. Penelitian dan pengembangan
- h. Pendidikan dan pelatihan

Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa rekam medis merupakan sumber informasi yang lengkap dan akurat. Berikut ini adalah gambar yang menjelaskan betapa luasnya data dan informasi yang berada dalam rekam medis.



Gambar 2.1 Rekam Medis sebagai Sumber Informasi

(Sumber : Water & Murphy. Medical Record in Health Information. London : An Aspen Publication, 1979: p.34)

Dalam gambar tersebut, terlihat bahwa banyak pihak dengan berbagai kepentingannya membutuhkan informasi yang berasal dari data rekam medis. Oleh karena itu, agar rekam medis dapat bermanfaat bagi manajemen, maka data rekam medis harus senantiasa diperiksa, dibandingkan, diklasifikasikan, dianalisis, dan diikhtisarkan (Shofari, 1994).

2.1.8 Rekam Medis Kaitannya dengan Manajemen Informasi Kesehatan

Di bidang kedokteran dan kedokteran gigi, rekam medis merupakan salah satu bukti tertulis tentang proses pelayanan yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi. Di dalam rekam medis berisi data klinis pasien selama proses diagnosis dan pengobatan (*treatment*). Oleh karena itu setiap kegiatan pelayanan medis harus mempunyai rekam medis yang lengkap dan akurat untuk setiap pasien dan setiap dokter dan dokter gigi wajib mengisi rekam medis dengan benar, lengkap, dan tepat waktu.

Dengan berkembangnya *evidence based medicine* dimana pelayanan medis yang berbasis data sangatlah diperlukan maka data dan informasi pelayanan medis yang berkualitas terintegrasi dengan baik dan benar sumber utamanya adalah data klinis dari rekam medis. Data klinis yang bersumber dari rekam medis semakin penting dengan berkembangnya rekam medis elektronik, dimana setiap entry data secara langsung menjadi masukan (input) dari sistem/manajemen informasi kesehatan. Manajemen informasi kesehatan adalah pengelolaan yang memfokuskan kegiatannya pada pelayanan kesehatan dan sumber informasi pelayanan kesehatan dengan menjabarkan sifat alami data, struktur dan menerjemahkannya ke berbagai bentuk informasi demi kemajuan kesehatan dan pelayanan kesehatan perorangan, pasien dan masyarakat. Penanggung jawab manajemen informasi kesehatan berkewajiban untuk mengumpulkan, mengintegrasikan dan menganalisis data pelayanan kesehatan primer dan sekunder, mendesiminasi informasi, menata sumber informasi bagi kepentingan penelitian, pendidikan, perencanaan dan evaluasi pelayanan kesehatan secara komprehensif dan terintegrasi.

Agar data di rekam medis dapat memenuhi permintaan informasi diperlukan standar universal yang meliputi :

- a. Struktur dan isi rekam medis
- b. Keseragaman dalam penggunaan simbol, tanda, istilah, singkatan dan kode penyakit ICD (*International Clasification Disease*).
- c. Kerahasiaan dan keamanan data.

Rekam medis sangat terkait dengan manajemen informasi kesehatan karena data di rekam medis dapat dipergunakan sebagai berikut :

- a. Alat komunikasi (informasi) dan dasar pengobatan bagi dokter, dokter gigi dalam memberikan pelayanan medis.
- b. Masukan untuk menyusun laporan epidemiologi penyakit dan demografi (data sosial pasien) serta sistem informasi manajemen rumah sakit
- c. Masukan untuk menghitung biaya pelayanan
- d. Bahan untuk statistik kesehatan
- e. Sebagai bahan/pendidikan dan penelitian data.

2.1.9 Standar Profesi Rekam Medis

Berdasarkan peraturan pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan, disebutkan pada Bab V Pasal 21 tentang Standar Profesi dan Perlindungan Hukum pada bagian satu sudah jelas bahwa setiap tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban untuk mematuhi standar profesi tenaga kesehatan, dan pada Pasal 22 diwajibkan bagi tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya harus :

- a. Menghormati hak pasien.
- b. Menjaga kerahasiaan identitas dan data kesehatan pribadi pasien.
- c. Memberikan informasi yang berkaitan dengan kondisi dan tindakan yang akan dilakukan.
- d. Meminta persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan.
- e. Membuat dan memelihara rekam medis.

Bagi tenaga kesehatan yang tidak melaksanakan kewajiban sebagaimana yang sudah disebutkan diatas maka dapat didenda sebanyak Rp 10.000.000,00 (sepuluh juta rupiah). Untuk perlindungan hukum akan diberikan kepada tenaga kesehatan yang melakukan tugas sesuai dengan standar profesi tenaga kesehatan.

Berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI No. 983/Menkes/SK/XI/1992 menjelaskan bahwa rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik, dan subspecialistik. Rumah sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat karya, dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan rumah sakit menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan, dan penelitian, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin, agar rumah sakit mampu melaksanakan fungsi yang profesional baik dibidang teknis medis maupun administrasi kesehatan, untuk menjaga dan meningkatkan mutu rumah sakit harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu disemua tingkatan.

Suatu ukuran yang dimaksud adalah berupa peraturan yang diterapkan oleh pimpinan rumah sakit, berlaku atau mengikat semua pihak di rumah sakit dan yang sepakat berhubungan dengan rumah sakit tersebut. Peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*) merupakan himpunan peraturan yang diterapkan sendiri oleh rumah sakit tentang tugas, wewenang, hak, kewajiban, tanggung jawab, hubungan fungsional, dan hal-hal pokok lain yang terkait dengan para pelaku yang menjalankan *clinical governance dan corporate governance*. Hubungan *hospital by laws* dengan profesi perekam medis sangatlah erat karena berperan dalam pembuatan peraturan dan petunjuk (SOP) dalam pelayanan rekam medis di rumah sakit.

Standar profesi rekam medis dan informasi kesehatan disusun sebagai pedoman atau acuan bagi tenaga profesi manajemen informasi kesehatan dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia dalam menjalankan tugas profesinya sebagai perekam medis. Tujuan dari standar profesi rekam medis adalah meningkatkan kualitas tenaga perekam medis dan informasi kesehatan yang handal di sarana pelayanan kesehatan di Indonesia. Profesi rekam medis memiliki peran yang setara dengan tenaga kesehatan lain, seperti perawat atau bidan, petugas *rontgen*, petugas laboratorium, dan sebagainya. Berdasarkan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (PAN) tentang Jabatan Fungsional Perekam Medis menjelaskan bahwa jabatan fungsional untuk perekam medis telah diberlakukan sejak tanggal 1 Oktober 2003, dengan syarat minimal memiliki ijazah Diploma III Ilmu Rekam Medis. Rekam medis adalah profesi yang sangat

penting dalam masa-masa pembangunan kesehatan yang mengandalkan profesionalisme, terutama ketika Undang-Undang Perlindungan Konsumen telah berjalan efektif. Kehadiran profesi ini lebih diperlukan karena tuntutan hukum telah semakin sering dilakukan terhadap dokter dan fasilitas pelayanan kesehatan.

2.2 Resume Medis

2.2.1 Definisi Resume Medis

Pengertian resume medis menurut Petunjuk Teknis Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 1997 adalah resume yang berisi ringkasan tentang penemuan-penemuan, dan kejadian penting selama pasien dirawat, keadaan waktu pulang, saran, dan rencana pengobatan selanjutnya. Terkait dengan sifat kerahasiaan rekam medis, resume pasien cukup digunakan sebagai penjelasan informasi yang diinginkan, kecuali bila telah ditentukan lebih dari pada itu.

Resume disebut juga ringkasan keluar, merupakan kesimpulan atau ringkasan yang telah menjelaskan tentang penyakit pasien, pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan yang telah dilakukan oleh dokter. Resume ini harus ditulis segera, setelah pasien selesai dalam perawatan. Pemeriksaan pasien akan terlihat secara lengkap dan ringkas dalam resume dan digunakan untuk pengobatan atau kontrol kembali.

Berdasarkan pedoman penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit (Surat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Nomor YM 00.03.2.2.1996) resume ini ditulis 2x24 jam setelah pasien pulang rawat. Tujuan dibuatkan resume medis adalah sebagai berikut:

1. Menjamin keberlangsungan suatu mutu pelayanan medis kepada pasien, dengan kualitas tinggi, dan sebagai bahan acuan bagi dokter yang menerima pasien bila berobat kembali.
2. Menjadi bahan penilaian staf medis rumah sakit.
3. Menjadi bahan pembicaraan komite medik bila terdapat kasus-kasus sulit.
4. Memberi jawaban untuk kantor urusan asuransi, dokter pengirim konsulen tentang perjalanan penyakit, pengobatan, dan perawatan agar dokter dapat menemukan dan menyimpan kasus yang menarik.
5. Memenuhi permintaan dari instansi terkait terhadap pasien.

6. Memberikan tembusan kepada ahli yang memerlukan catatan pasien yang pernah mereka rawat.

Pada resume tercantum identitas pasien, diagnosa awal dan akhir, operasi yang dilakukan, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, perkembangan perawatan dan komplikasi, keadaan pasien saat keluar, prognosa, serta otentikasi berupa tanggal, nama, dan tanda tangan dokter yang merawat.

2.2.2 Isi Resume Medis

Asuhan medis yang baik pada umumnya menggambarkan rekam medis yang baik, sedangkan ketidaklengkapan rekam medis mencerminkan kurang baiknya asuhan rekam medis. Oleh karena itu, suatu pelayanan yang berkualitas menimbulkan rasa puas dan aman bagi pasien harus didukung dengan rekam medis yang bermutu sehingga otomatis rumah sakit tersebut akan dipercaya masyarakat karena mutu pelayanannya (Huffman, 1981).

Tinggi rendahnya mutu rekam medis dan resume medis sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor sumber daya dalam rumah sakit, seperti tenaga, metode, sarana, teknologi yang digunakan dan pembiayaan serta interaksi pemanfaatan sumber daya rumah sakit yang digerakkan melalui proses dan prosedur tertentu sehingga interaksi dari sumber daya menghasilkan mutu rekam medis yang lengkap, akurat, tepat waktu, dan memenuhi persyaratan untuk menunjang jasa pelayanan kesehatan rumah sakit (Huffman, 1981).

Menurut Petunjuk Teknis Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 1997, isi resume medis adalah sebagai berikut :

- a. Identitas pasien
- b. Anamnesis
- c. Riwayat penyakit
- d. Hasil pemeriksaan laboratorium
- e. Diagnosis
- f. Persetujuan tindakan medis
- g. Tindakan pengobatan
- h. Usaha keperawatan
- i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
- j. Resume akhir dan evaluasi pengobatan

Dokter yang menangani pasien pada unit rawat inap mempunyai kontribusi yang besar dalam kelengkapan pencatatan dan pengisian berkas rekam medis serta resume medis karena peran dokter dalam pengisian rekam medis akan mempengaruhi proses pelayanan rumah sakit yang bersangkutan, pengisian yang bertahap akan mempermudah dalam pembuatan resume akhir perawatan.

2.2.3 Faktor Kelengkapan Resume Medis

Kelengkapan dalam pengisian resume medis antara lain tergantung kepada beberapa faktor sumber daya tenaga kesehatan, faktor sarana dan prasarana, faktor metode/prosedur, pembiayaan dan pengawasan terhadap rekam medis. Uraian faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Faktor sumber daya tenaga kesehatan, terutama dokter, paramedis perawatan dan petugas lainnya dalam ketaatan pengisian resume medis. Dokter yang melakukan pemeriksaan pasien dan pemberian pengobatan memerlukan waktu dan ketelitian untuk melayani pasien dan pembuatan resume medis pasien yang lengkap, jelas, akurat, dan tepat waktu. Sedangkan tenaga paramedis keperawatan yang sepanjang hari berhubungan dengan pasien dan mengikuti instruksi dokter dalam pemberian obat, makanan, dan lain-lainnya juga perlu ketelitian dan kesabaran dalam pemberian pelayanan pasien.
- b. Faktor sarana dan prasarana, adanya lembar/formulir status, tempat dan fasilitas untuk pengisian rekam medis.
- c. Faktor metode/standar prosedur pengisian rekam medis yang lengkap agar pengisiannya sesuai dengan standar operasional prosedur yang ada.
- d. Faktor pembiayaan dan pengawasan, perlu adanya anggaran yang memadai untuk pengolahan data rekam medis serta perlu adanya pengawasan yang dilakukan secara berkesinambungan dan konsekuen.

2.2.4 Tanggung Jawab terhadap Rekam Medis dan Resume Medis

Rumah sakit bertanggung jawab untuk melindungi informasi yang ada didalam rekam medis dan resume medis terhadap kemungkinan hilangnya keterangan ataupun pemalsuan data yang ada didalam rekam medis dan resume

medis atau dipergunakan oleh orang lain yang semestinya tidak diberikan izin. Berkas rekam medis dan resume medis merupakan milik rumah sakit dan pasien, maka keberadaannya harus dijaga dan sangat berguna bagi pasien, dokter maupun bagi rumah sakit. Oleh karena itu, maka tanggung jawab terhadap rekam medis dan resume medis tidak terlepas dari dokter yang merawat pasien, petugas rekam medis, pimpinan rumah sakit, staf medis, dan komite medis yang uraian tanggung jawabnya adalah sebagai berikut (Boedihartono, 1991) :

a. Tanggung jawab dokter yang merawat

Tanggung jawab utama akan kelengkapan rekam medis terletak pada dokter yang merawat. Meskipun untuk melengkapi rekam medis dapat didelegasikan kepada stafnya, namun tanggung jawab utama dari isi rekam medis berada pada dokter yang merawat, dokter mengemban tanggung jawab terakhir akan kelengkapan dan keberhasilan isi rekam medis. Di samping itu, untuk mencatat beberapa keterangan medis seperti riwayat penyakit, pemeriksaan penyakit, pemeriksaan fisik, dan ringkasan keluar (resume), yang kemudian bisa didelegasikan kepada coasisten, asisten ahli, dan dokter lainnya namun data harus dipelajari kembali, dikorelasi, dan ditandatangani juga oleh dokter yang merawat.

b. Tanggung jawab petugas rekam medis

Petugas rekam medis membantu dokter yang merawat dalam mempelajari kembali isi rekam medis. Analisis dari kelengkapan isi dimaksudkan untuk mencari hal-hal yang kurang dan masih diragukan, dan menjamin rekam medis yang lengkap dan akurat serta sesuai dengan kebijakan dan peraturan.

c. Tanggung jawab pimpinan rumah sakit

Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab menyediakan fasilitas unit rekam medis yang meliputi ruangan, peralatan, dan tenaga kesehatan yang memadai. Sehingga tenaga di unit rekam medis dapat bekerja secara efektif dalam memeriksa kembali, memuat indeks, dan penyimpanan dari semua sistem medis dalam waktu singkat.

d. Tanggung jawab staf medis

Staf medik (dokter, perawat, dan tenaga kesehatan profesional lainnya) juga mempunyai peranan penting di rumah sakit dan pengorganisasian staf medis

tersebut secara langsung menentukan kualitas pelayanan kepada pasien. Agar dapat melaksanakan tugasnya dengan baik, dibuatlah peraturan-peraturan yang akan mengatur para anggota staf medis dan membentuk komisi khusus, menunjang komite staf medis untuk melaksanakan beberapa tanggung jawab khusus yang diperlukan.

e. Tanggung jawab komite rekam medis

Komite rekam medis bertanggung jawab untuk meninjau ulang rekam medis dalam hal penyelesaian tepat waktu, ketepatan klinis, ketepatan dan kecukupan pelayanan pasien, pengajaran, evaluasi, penelitian, dan *medicolegal*. Kegiatan komite medis antara lain adalah memberikan perhatian atas kelengkapan rekam medis dan peningkatan dokumentasi pelayanan pasien, dan memonitor kualitas rekam medis, meninjau kembali formulir rekam medis guna mengurangi duplikasi informasi yang tidak penting dan mencapai keseragaman isi, bentuk, dan ukuran.

2.2.5 Mutu Rekam Medis dengan Resume Medis

Tinggi rendahnya mutu rekam medis dan resume medis sangat dipengaruhi faktor-faktor sumber daya dalam rumah sakit, termasuk antara lain tenaga, sarana, metode, teknologi yang digunakan, dan pembiayaan. Interaksi pemanfaatan sumber daya rumah sakit yang digerakkan melalui proses dan prosedur tertentu akan menghasilkan mutu rekam medis yang baik dengan indikator-indikator rekam medis yang lengkap, akurat, tepat waktu, dan memenuhi persyaratan aspek hukum untuk menunjang jasa pelayanan kesehatan rumah sakit (Huffman, 1994). Untuk meningkatkan mutu rekam medis dan resume medis diperlukan 3 (tiga) unsur, adalah sebagai berikut :

a. Kelengkapan dari rekam medis dan resume medis

Kelengkapan rekam medis dan resume medis diperiksa oleh sub bagian rekam medis, dimana yang tidak lengkap akan diberikan kesempatan berupa formulir untuk diisi oleh dokter yang bersangkutan.

b. Validitas (kesahihan) dari isi berkas rekam medis dan resume medis

Isi rekam medis harus jelas, singkat, benar, dan tepat waktu. Isi rekam medis diperiksa oleh panitia rekam medis dan mutu/kualitasnya tergantung dokter yang merawatnya, dan keahliannya dinilai oleh sesama dokter.

c. Adanya sangsi untuk dokter yang alpa

Tiap peraturan tanpa adanya sanksi, maka tidak akan jalan. Ini berlaku untuk bagian rekam medis dan unit lain. Peringatan dengan teguran, peringatan tertulis hingga tindakan administratif.

Berkas rekam medis dan resume medis dapat digunakan oleh bagian unit farmasi guna perencanaan kebutuhan logistik farmasi rumah sakit yang bersangkutan, serta dapat dimanfaatkan peserta pendidikan mahasiswa kedokteran guna pemahaman kegiatan rumah sakit.

Mengingat pentingnya kegunaan rekam medis dan keterlambatan pengembalian berkas rekam medis akan mempersulit tindakan/kegiatan bagian unit fungsional rumah sakit yang bersangkutan. Keterlambatan berkas rekam medis yang berlarut akan menyebabkan hilangnya berkas tersebut, seperti penelitian yang dilakukan di suatu rumah sakit di London oleh Bernard Benyamin (1980), bahwa 7% hilangnya berkas rekam medis disebabkan oleh kasus keterlambatan pengambilan berkas rekam medis berlanjut dan tidak mendapat perhatian dari pihak pengelola rumah sakit.

Keterlambatan tersebut dapat dilihat dari segi pengelolaannya maupun segi pemakai rekam medis tersebut, yang dimaksud dengan pengelola adalah unit atau badan yang berkewajiban untuk mengurus berkas rekam medis tersebut. Sedangkan yang dimaksud pemakai adalah unit fungsional yang ada di rumah sakit tersebut (Benyamin, 1980).

Salah satu unit pemakai berkas rekam medis adalah unit rawat inap rumah sakit, dimana berkas rekam medis digunakan untuk mencatat semua kegiatan pelayanan pasien yang dilakukan di unit tersebut. Proses pengobatan dan terapi lainnya yang diberikan akan dicatat dalam berkas rekam medis tersebut, serta pemantauan kondisi pasien setiap saat yang terjadi. Dokter mempunyai peranan besar dalam penanganan dan pencatatan dalam berkas rekam medis tersebut.

Dokter yang menangani pasien di ruang rawat inap mempunyai kontribusi yang besar terhadap lengkapnya pencatatandan pengisian berkas rekam medis, karena peranan dokter terhadap pengisian berkas rekam medis akan mempengaruhi proses pelayanan di rumah sakit yang bersangkutan. Pengisian yang bertahap akan mempermudah dan mempercepat pembuatan resume akhir perawatan, hal tersebut dimaklumi karena kelengkapan data yang tercantum dalam rekam medis memperlihatkan tindakan yang diberikan pasien, sehingga jika terdapat sebagian tindakan pelayanan yang tidak tercatat dalam rekam medis maka dokter dalam membuat kesimpulan akhir akan mendapatkan kesulitan.

Untuk meningkatkan mutu, cakupan, dan efisiensi pelaksanaan rujukan medik dan rujukan kesehatan secara terpadu serta meningkatkan dan memantapkan manajemen rumah sakit maka kegiatan-kegiatan perencanaan, pergerakan, pelaksanaan, pengendalian, dan penilaian harus mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan tujuan meningkatkan mutu dan efisiensi pelayanan.

2.3 Profil Tenaga Kesehatan sebagai Informan Penelitian

2.3.1 Jenis Kelamin

Menurut Abraham (1997), jenis kelamin dibedakan menjadi dua karakteristik, adalah sebagai berikut :

- a. Karakteristik maskulin : dimana cenderung dominan, aktif, dan bebas yang ditunjukkan dengan sifat-sifat seperti percaya diri, kompetitif, keras, dan terus terang.
- b. Karakteristik feminim : dimana cenderung bersifat formil, bijaksana, penuh perhatian, dapat bekerja sama, terbuka, dan lain-lain

Namun demikian, tidak ada perbedaan yang konsisten antara pria dan wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas atau kemampuan belajar (Rivai,2003).

2.3.2 Umur

Semakin tua usia seseorang maka akan semakin bertambah dewasa, sehingga akan semakin menyerap informasi dan akan memperbaiki kinerja (Gibbson, 1993). Hal ini sejalan dengan pendapat Siagan (1995), semakin tua

seseorang, maka semakin meningkat prestasi, bertambah kemampuan dalam pengambilan keputusan, berfikir rasional, pengendalian emosi, dan toleransi. Robbins (1996) menyatakan usia 35-50 tahun merupakan pertengahan karir dimana seseorang bisa meningkatkan kinerjanya, mulai mendatar atau memburuk. Rivai (2003) menyatakan hal yang serupa, bahwa pada usia muda seseorang lebih produktif dibandingkan ketika usia tua.

Hurlock (1994) membagi usia menjadi tiga fase-fase, adalah sebagai berikut : mulai 17 tahun menentukan cita-cita model pekerjaan, puncak dari pemikiran yang bermakna, tindakan yang terarah, serta bergaul secara efisien sampai pada batas usia 30 tahun. Mulai 30 tahun, seseorang mulai memasuki nilai untuk mempertahankan pekerjaan, menyadari ketidaksempurnaan hidup, lebih fleksibel dengan situasi kerja dan kehidupan mulai teratur, serta mencapai puncak pada usia 40 tahun, 40-49 tahun, dan 50-65 tahun merupakan fase puncak karir, konflik pemilihan pekerjaan relatif kurang seperti hubungan teman atau pimpinan.

2.3.3 Pendidikan

Pendidikan merupakan upaya yang diberikan kepada orang lain guna mengubah sikap atau perilaku seseorang yang berlangsung seumur hidup kearah yang diinginkan (Notoatmodjo, 1993:4). Pendidikan pada kaum perempuan tidak hanya akan meningkatkan kemampuannya untuk menjaga kesehatan diri sendiri, tetapi juga untuk kesehatan seluruh keluarganya. Peningkatan pengetahuan masalah reproduksi akan membuat ia lebih percaya diri dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Ia juga akan menetapkan pilihan yang terbaik bagi dirinya dan keluarganya berdasarkan informasi yang ia peroleh dari pendidikan tersebut (Mohamad, 1998: 14).

Ada suatu anggapan yang mengatakan bahwa semakin tinggi pendidikan semakin mudah menerima perubahan yang terjadi disekelilingnya. Hal ini disebabkan karena semakin tinggi pendidikan diharapkan semakin luas pula pergaulan yang mereka lakukan. Keadaan ini sudah tentu akan membawa pengaruh pada tingkat pengetahuan mereka karena seseorang yang mempunyai pergaulan yang luas akan lebih terbuka untuk memperoleh informasi baru. Pengetahuan yang dimiliki seseorang dapat berasal dari pendidikan formal

ataupun pendidikan non-formal. Makin tinggi pendidikan seseorang, makin banyak peluang orang itu untuk mengenyam ilmu pengetahuan dan makin tahu banyak hal yang sebelumnya dia tidak tahu menjadi tahu dan kemana dia bisa mencari tahu. Ilmu pengetahuan seseorang selalu dimanfaatkan untuk mengatasi kesulitan dalam upaya memenuhi kebutuhannya. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, makin mampu mencari tahu sesuatu yang akan bermanfaat bagi usahanya mengatasi masalah-masalah hidup yang dihadapinya (Palada, 1997).

2.3.4 Masa Kerja

Masa kerja merupakan mutu dan kemampuan kerja seseorang yang tumbuh dan berkembang melalui dua jalur utama yaitu pengalaman bekerja, pelatihan, dan pendidikan yang pernah ditempuh. Semakin lama seseorang berkarya dalam suatu organisasi, semakin tinggi pula produktivitasnya karena ia semakin berpengalaman dengan demikian semakin tinggi pula keterampilannya untuk menyelesaikan tugas yang dipercayakan kepadanya (Siagan, 1995). Dengan kata lain, masa kerja seseorang dapat diasumsikan dengan seberapa lama orang tersebut bekerja pada suatu organisasi.

Sementara itu, Blanchard dan Marsey (1986) menyatakan bahwa lama kerja seseorang akan mempengaruhi kemampuan untuk melaksanakan tugas yang diberikan. Robbins (2001) menyatakan adanya keterkaitan antara lama kerja dengan kepuasan secara pasti dan saling berkaitan positif dan ada hubungan antara produktivitas dengan pengalaman kerja seseorang. Seseorang yang sudah lama bekerja, wawasan akan lebih luas dan pembentukan perilaku akan lebih banyak dipegang oleh peranan pengalaman (Anderson, 1974).

2.3.6 Jabatan

Menurut Vecchio (1995), jabatan sangat kuat mempengaruhi perilaku seseorang dalam organisasi. Jabatan tenaga kesehatan di rumah sakit yang dimaksud adalah jabatan yang dipegang oleh seorang tenaga kesehatan dalam suatu struktur organisasi rumah sakit yang sebelumnya telah ditetapkan (Guwandi, 1991).

2.3.7 Pengetahuan

Menurut Gerungan (1991), pengetahuan yang dimiliki seseorang mengenai suatu objek, harus disertai kesediaan dan kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan pengetahuan tersebut. Jadi, jika hanya memiliki pengetahuan saja belum bisa menjadi penggerak. Sebelum seseorang melakukan sesuatu atau berperilaku atas objek, Rogers (1974) menyatakan bahwa seseorang sadar dulu akan objek (*aware*), kemudian akan merasa tertarik (*evaluate*), selanjutnya akan mencoba seperti apa yang disarankan (*trial*), kemudian meniru perilaku (*adapt*).

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan diantaranya penglihatan dan pendengaran, melalui membaca atau mendengarkan berita. Maka, pengetahuan merupakan dominan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang materi yang ingin diukur (Notoatmodjo, 1993).

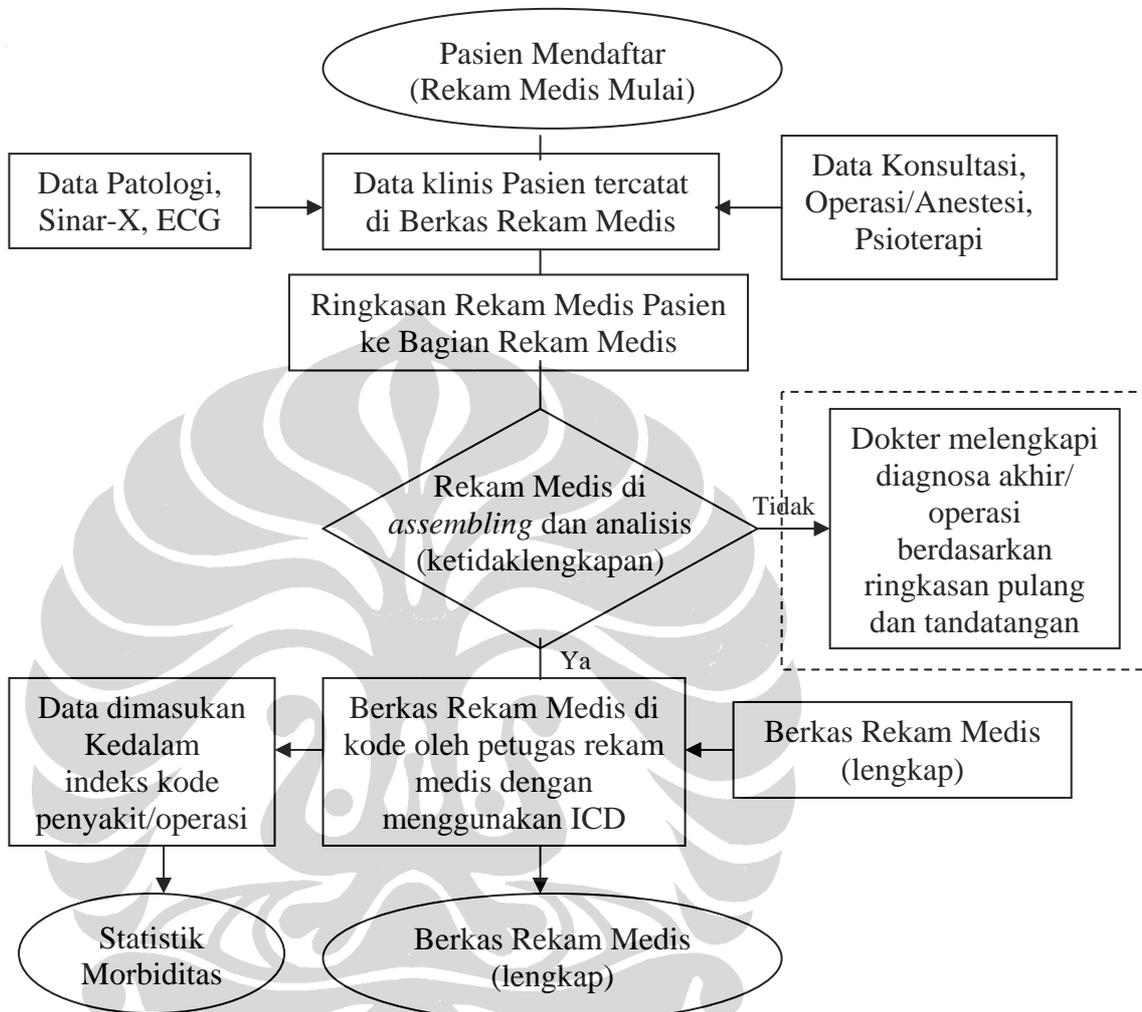
Pengetahuan dalam penelitian ini adalah untuk menilai segala sesuatu yang diketahui informan mengenai resume medis meliputi manfaat resume medis syarat resume medis yang baik, item terpenting di resume medis, dan peraturan menteri kesehatan tentang resume medis (peraturan, sanksi dan pemberlakuan sanksi).

Tingkat pengetahuan menurut Green (1980) merupakan faktor predisposisi dalam perilaku positif, karena dengan pengetahuan seseorang akan mulai mengenal, mencoba, dan melakukan suatu tindakan. Penambahan pengetahuan tidak bisa hanya dalam waktu singkat, tetapi harus terus berkelanjutan, juga memberikan informasi baru sehingga pengetahuan harus bertambah dan mendalam, karena dengan mengkristalnya pengetahuan akan tetap menjadi kontrol terhadap seseorang untuk berperilaku baik.

Oleh karena itu, harus ada program-program untuk meningkatkan kualitas SDM berkualitas yang salah satu aspeknya adalah pengetahuan, dikatakan berkualitas bila memiliki aspek secara proporsional, artinya walaupun memiliki pengetahuan yang tinggi tidak akan berarti bila tidak bermoral atau bertanggung jawab.

2.4 Kerangka Teori

Dari bahasan teori diatas, maka kerangka teori dalam penelitian ini dapat dilihat pada bagan berikut ini :



Sumber : Manual Rekam Medis, WHO, 2002.

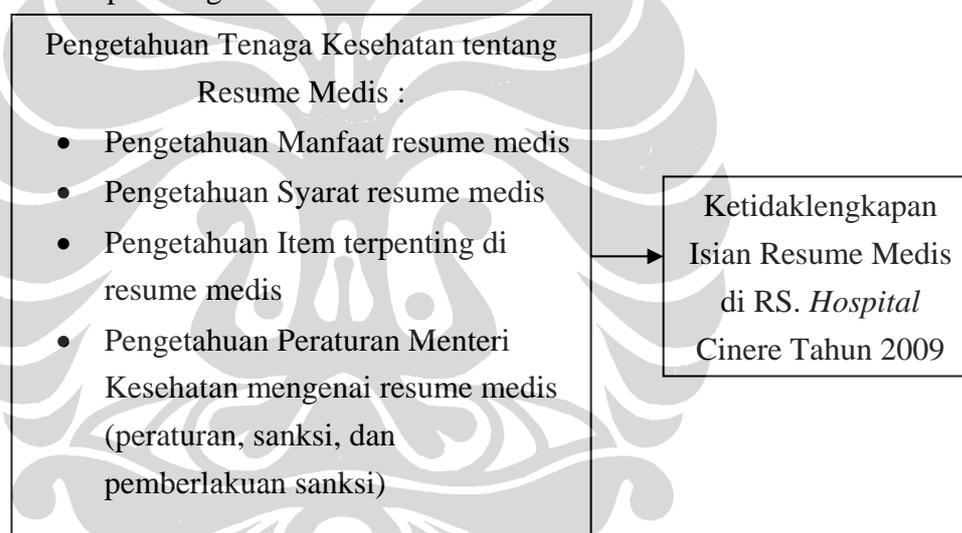
Keterangan :

 → Area Penelitian

BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka dan tujuan penelitian, maka variabel yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah gambaran-gambaran pengetahuan tenaga kesehatan dengan ketidaklengkapan isian resume medis rawat inap yang meliputi Pengetahuan tenaga kesehatan tentang manfaat resume medis, syarat resume medis, item terpenting resume medis, dan peraturan menteri kesehatan mengenai resume medis (peraturan, sanksi, dan pemberlakuan sanksi) di RS. *Hospital Cinere* tahun 2009. Pola pemikiran yang mendasari kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat pada bagan berikut ini :



Kesibukan peran dokter menjadi salah satu alasan mengapa resume medis tidak dilengkapi. Tenaga Kesehatan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dituntut untuk selalu melengkapi pengisian berkas rekam medis terutama lembar resume medis sehingga didapatkan rekam medis yang lengkap, akurat, dan benar. Perubahan kinerja tenaga kesehatan telah membawa dampak secara tidak langsung terhadap budaya kerja. Perlu dicari faktor penyebab dan jalan keluar agar masalah dapat diminimalkan dan diusahakan tidak terjadi lagi dikemudian hari. Hal ini membuat peneliti tertarik untuk mengetahui gambaran pengetahuan tenaga kesehatan dengan ketidaklengkapan isian resume medis rawat inap di RS. *Hospital Cinere* Tahun 2009.

3.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
1.	Ketidaklengkapan isian resume medis rawat inap	Ketidaklengkapan isian catatan resume medis pasien pulang rawat inap.	Telaah resume medis dan Observasi	Lembar <i>checklist</i> observasi	Gambaran ketidaklengkapan resume medis. Baik : Jika jawaban informan sesuai ketentuan PerMenKes 289 Tahun 2008 dan literatur. Kurang : Jika jawaban informan tidak sesuai ketentuan PerMenKes 289 Tahun 2008 dan literatur.
2.	Pengetahuan Manfaat resume medis	Pengetahuan informan tentang kegunaan isian resume medis di berkas rekam medis.	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam	Gambaran tentang manfaat/kegunaan resume medis Baik : Jika jawaban Informan sesuai Pedoman SK DirJen YanMed No. YM 00.03.2.2.1996 Kurang : Jika jawaban Informan tidak sesuai Pedoman SK DirJen YanMed No. YM 00.03.2.2.1996
3.	Pengetahuan Syarat resume medis	Pengetahuan informan tentang syarat isian resume medis yang baik	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam	Gambaran tentang syarat resume medis yang baik Baik : Jika jawaban informan sesuai ketentuan PerMenKes 289 Tahun 2008 Kurang : Jika jawaban informan tidak sesuai ketentuan PerMenKes 289 Tahun 2008
4.	Pengetahuan Item terpenting di resume medis	Item/variabel penting yang terdapat dalam	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam	Gambaran tentang item resume medis Baik : Jika jawaban informan sesuai ketentuan PerMenKes 289 Tahun 2008 dan Juknis DepkKes RI

		resume medis			Tahun 1997 Kurang : Jika jawaban informan tidak sesuai ketentuan PerMenKes 289 Tahun 2008 Juknis DepkKes RI Tahun 1997
5.	Pengetahuan Peraturan Menteri Kesehatan mengenai resume medis	Pengetahuan informan tentang Peraturan Menteri Kesehatan mengenai resume medis (peraturan, sanksi, dan pemberlakuan sanksi).	Pedoman Wawancara Mendalam	Wawancara Mendalam	Gambaran tentang Peraturan Menteri Kesehatan mengenai resume medis Baik : Jika jawaban informan sesuai ketentuan PerMenKes 289 Tahun 2008 dan Manual Rekam Medis (Konsil Kedokteran Indonesia) Kurang : Jika jawaban informan tidak sesuai ketentuan PerMenKes 289 Tahun 2008 (Konsil Kedokteran Indonesia)