

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rekam Medis

2.1.1 Pengertian Rekam Medis

Dalam penjelasan Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran, yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Peraturan Pemerintah No.10 tahun 1960 dikeluarkan kepada semua petugas kesehatan diwajibkan untuk menyimpan rahasia kedokteran, termasuk berkas rekam medis. Kemudian pada tahun 1972 dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 034/Birhup/1972, ada kejelasan bagi Rumah Sakit menyangkut kewajiban untuk menyelenggarakan *medical record*. Bab I Pasal 3 menyatakan bahwa guna menunjang terselenggaranya rencana induk (*Maste Plan*) yang baik, maka setiap rumah sakit harus mempunyai dan merawat data statistik yang *up to date* serta membuat *medical record* yang berdasarkan ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MenKes/Per/III/2008 rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Berdasarkan definisi tersebut maka dapat disimpulkan bahwa rekam medis atau *health record* adalah berkas penyimpanan data dan informasi mengenai catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien.

2.2 Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis

2.2.1 Tujuan Rekam Medis

Penyelenggaraan kegiatan di unit rekam medis setiap rumah sakit memiliki tujuan. Tujuan dari rekam medis itu sendiri yaitu untuk tercapainya nilai standar rekam medis, dan menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya

peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tujuan yang ingin dicapai dalam menggerakkan fungsi dokumen rekam medis yaitu : terekamnya informasi yang cukup dan akurat tentang data sosial pasien, pemeriksaan penunjang, pengobatan dan lain-lain untuk mencapai kesembuhan/ kesehatan pasien sehingga informasi dokumen rekam medis tersebut dipakai sewaktu-waktu jika pasien membutuhkan kembali.

2.2.2 Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan dari rekam medis tersebut dapat dilihat dari beberapa aspek yang biasa disingkat dengan "**ALFRED**" diantaranya :

1. Aspek Administrasi (Administrative)
2. Aspek Hukum (Legal)
3. Aspek Keuangan (Financial)
4. Aspek Penelitian (Riset)
5. Aspek Pendidikan (Education)
6. Aspek Dokumentasi (Documentation)

Selain kegunaan rekam medis menurut aspek "**ALFRED**". Dengan melihat dari beberapa aspek tersebut diatas, rekam medis mempunyai kegunaan yang sangat luas, karena tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi pelayanan saja. Kegunaan rekam medis secara umum sesuai dengan Undang-undang Dirjen Pelayanan Medis Depkes RI dalam keputusan No. 78 tahun 1991 menjelaskan bahwa rekam medis digunakan sebagai:

1. Sumber informasi medis dari pasien yang berobat di rumah sakit berguna untuk keperluan pengobatan dan pemeliharaan kesehatan pasien.
2. Alat komunikasi antara dokter dengan dokter lainnya, antara dokter dengan para medis guna memberikan pelayanan, pengobatan dan perawatan.
3. Buku tertulis (*documentary evidence*) tentang pelayanan yang telah diberikan oleh rumah sakit dan keperluan lain.
4. Alat untuk analisa dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit dan keperluan lain.
5. Alat untuk melindungi kepentingan hukum bagi pasien, dokter, tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit.

6. Untuk penelitian dan pendidikan.
7. Untuk perencanaan dan pemanfaatan dan sumber daya.
8. Untuk keperluan lain yang ada kaitannya dengan rekam medis.

2.3 Pencatatan Rekam Medis

Pencatatan rekam medis dilakukan dengan menggunakan kartu-kartu. Tetapi pada beberapa rumah sakit modern kartu ini berbentuk lembar kerja (*worksheet*) komputer. Kartu ini biasa disebut Kartu Indeks, terdiri atas dua jenis yaitu Kartu Indeks Utama dan Kartu Indeks Khusus atau Tambahan. Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) adalah salah satu cara untuk menunjang kelancaran pelayanan terhadap pasien, karena bila pasien tidak membawa kartu berobat maka KIUP dapat dipakai untuk mencari data pasien yang diperlukan. Data yang terdapat dalam KIUP adalah sebagai berikut:

- | | |
|------------------------|---|
| 1. Nama Pasien Lengkap | 9. Status Perkawinan |
| 2. Nomor Rekam Medik | 10. Tempat/Tanggal Lahir |
| 3. Alamat | 11. Pekerjaan |
| 4. Nama Ibu | 12. Tanggal Kunjungan Pertama |
| 5. Nama Ayah | 13. Orang yang harus dihubungi bila terjadi sesuatu |
| 6. Agama | |
| 7. Jenis Kelamin | |
| 8. Umur | |

Kegiatan pencatatan rekam medis dilakukan setelah pasien menerima pelayanan medis, seperti yang tercantum dalam buku pedoman penyelenggaraan rekam medis Departemen Kesehatan RI tahun 1989. Rekam medis harus segera di buat dan dilengkapi seluruhnya oleh dokter, perawat, bidan dan tenaga medis. Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya rekam medis diisi dalam waktu 1X24 jam. Semua pencatatan harus dibubuhi tanda tangan oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya dan menuliskan nama jelas dan diberi tanggal.

Adapun pihak dari rumah sakit yang berhak membuat atau mengisi rekam medis yaitu :

1. Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang melayani pasien di rumah sakit
2. Dokter tamu yang merawat pasien di rumah sakit
3. Residen yang sedang melaksanakan kepaniteraan klinik
4. Tenaga paramedik perawat dan non perawat yang langsung terlihat didalam antara lain : perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium klinik, gizi, anestesi, penata rontgent, rehabilitasi medis dan lainnya.
5. Dalam hal dokter luar negeri melakukan alih teknologi kedokteran yang berupa tindakan atau konsultasi kepada pasien, yang membuat rekam medis nya adalah dokter yang ditunjuk oleh direktur rumah sakit.

Secara garis besar isi data rekam medis di rumah sakit adalah data administrasi dan data klinis (penyakit dan pengobatannya) dari pasien yang dilayani. Menurut guwandi (1992) isi rekam medis yang lengkap mencakup 4 macam data, yaitu :

1. Data pribadi : meliputi identitas penderita (nama, No.KTP, alamat, tempat lahir, tanggal lahir, jenis kelamin, pekerjaan, keluarga dekat, nomor register, dokter yang merawat, asal rujukan, tanggal masuk, dan tanggal keluar.
2. Data finansial yaitu data dari penanggung jawab, alamat, perusahaan, perusahaan asuransi yang menanggung, tipe asuransi dan nomor polis.
3. Data sosial yaitu data mengenai kewarganegaraan, kebangsaan, hubungan keluarga, penghidupan, kegiatan masyarakat, dan data kedudukan sosial penderita
4. Data medis yaitu : data medis penderita dari anamnesis, pemeriksaan fisik, keadaan umum/ nadi, tensi, diagnosis waktu masuk, catatan pengobatan, kemajuan/ kemunduran penderita, instruksi dokter, pemeriksaan penunjang, laboratorium, rontgent foto, EKG, laporan perawat, konsultasi, operasi, dan catatan tindakan lainnya selama penderita keluar dari Rumah Sakit dan nama dokter yang menangani pasien dan tanggalnya.

Menurut permenkes 269/MenKes/Per/III/2008 pada pasal 3 menyebutkan isi rekam medis yaitu :

- 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, yang mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medic
 - e. Diagnosis
 - f. Rencana penatalaksanaan
 - g. Pengobatan dan atau tindakan
 - h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
 - i. Untuk pasien gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
 - 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, yang mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medic
 - e. Diagnosis
 - f. Rencana penatalaksanaan
 - g. Pengobatan dan atau tindakan
 - h. Persetujuan tindakan bila diperlukan
 - i. Catatan observasi kliis dan hasil pengobatan
 - j. Ringkasan pulang (*discharge summary*)
 - k. Nama dan tandatangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
 - l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu
 - m. Untuk pasien gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
- 3) Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat, sekurang-kurangnya memuat :
- a. Identitas pasien
 - b. Kondisi pada saat pasien tiba di sarana pelayana kesehatan
 - c. Identitas pengantar pasien

- d. Tanggal dan waktu
 - e. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - f. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medic
 - g. Diagnosis
 - h. Pengobatan dan atau tindakan
 - i. Ringkasan kondisi pasien sebelum menunggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut
 - j. Nama dan tandatangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
 - k. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain
 - l. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
- 4) Isi rekam medis pasien dalam keadaan bencana, selain memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat 3 ditambah dengan :
- a. Jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan
 - b. Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana missal
 - 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 masal dicatat dalam rekam medis sesuai dengan ketentuan sebagaimana diatur pada ayat (3) dan disimpan pada sarana pelayanan kesehatan yang merawatnya

2.4 Penyimpanan Rekam Medis

Penyimpanan Rekam medis pada hampir semua rumah sakit disimpan menurut nomor registrasi pasien atau nomor rekam medis yang diurutkan berdasarkan nomor akhir (*terminal digit*), nomor tengah (*middle digit*) atau nomor langsung (*straight numerical*). Ada 2 (dua) cara penyimpanan rekam medis, yaitu:

1. Sentralisasi

Cara penyimpanan dimana semua catatan atau rekam medis pasien (rawat jalan dan rawat inap) disimpan dalam satu kesatuan.

2. Desentralisasi

Cara penyimpanan dimana dilakukan pemisahan antara rekam medis rawat jalan (poliklinik) dengan rekam medis rawat inap.

2.5 Kerahasiaan Rekam Medis

Informasi yang bersumber dari berkas rekam medis, ada 2 (dua) kategori yaitu :

1. Informasi yang mengandung nilai kerahasiaan

Yaitu laporan atau catatan yang terdapat dalam berkas rekam medis sebagai hasil pemeriksaan, pengobatan, observasi atau wawancara dengan pasien. Informasi ini tidak boleh disebarluaskan kepada pihak – pihak yang tidak berwenang karena menyangkut individu langsung si pasien.

2. Informasi yang tidak mengandung nilai kerahasiaan

Jenis informasi yang dimaksud adalah perihal identitas pasien (nama, alamat, dll) serta informasi lain yang tidak mengandung nilai medis. Namun, perlu diingat bahwa tidak boleh disiarkan kepada pihak yang tidak berwenang.

2.6 Kelengkapan Rekam Medis

Pencatatan rekam medis harus dibuat selengkap mungkin oleh dokter maupun tenaga kesehatan yang berwenang untuk melihat catatan perkembangan riwayat penyakit pasien dari awal hingga akhir secara kontinyu. Adapun sumber hukum yang dapat dijadikan acuan mengenai kelengkapan rekam medis, yaitu:

Pasal 46 Undang-undang RI Nomor 29 Tahun 2004

- 1) Setiap dokter atau dokter dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis.
- 2) Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan.
- 3) Setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan

2.7 Lama Penyimpanan Rekam Medis

Menurut permenkes 269/MENKES/PER/III/2008 pada pasal 8 menjelaskan lama penyimpanan rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dihitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan. Bila batas waktu lima tahun dilampaui, maka rekam medis dapat dimusnahkan kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik. Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik harus disimpan sampai jangka waktu 10 tahun dihitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.

2.8 Faktor-faktor yang berhubungan dengan mutu rekam medis

Mutu pelayanan rumah sakit yaitu produk akhir dari interaksi dan ketergantungan yang rumit antara berbagai komponen atau aspek rumah sakit itu sebagai suatu sistem (Jacobalis, 1989). Mutu juga dapat diartikan upaya organisasi dan manajemen rumah sakit berdasarkan "*costumer needs* dan *Expectation*". Pada definisi lain, yang disimpulkan oleh Goetsch dan Davis, mutu adalah keadaan dinamik yang di asosiasikan dengan produk, jasa, orang, proses dan lingkungan yang mencapai atau melebihi harapan.

Suatu dokumen rekam medis dan kesehatan yang memadai dan wajib dimiliki oleh setiap orang yang menerima pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dokumen rekam medis haruslah bersifat rahasia, mutakhir, tepat dan senantiasa tersedia bagi pelayanan pasien (Hatta,1987). Mutu rekam medis dapat dinilai dengan adanya akreditasi rumah sakit. Dengan adanya akreditasi dapat diketahui keadaan rekam medis di suatu rumah sakit dan disesuaikan dengan standar yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan. Akreditasi juga merupakan suatu pengakuan secara hukum dan keabsahan dengan adanya rekam medis tergambar jelas (Hatta,1987).

Mutu rekam medis akan menggambarkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan. Banyak faktor yang berhubungan dengan mutu rekam medis sesuai dengan faktor-faktor yang terdapat dalam pelayanan kesehatan. Interaksi antara sumber daya rumah sakit yang digerakkan melalui proses dan prosedur tertentu sehingga menghasilkan mutu rekam medis yang baik.

Menurut Nurhaidah, (2008) Secara sistem faktor-faktor dapat dikelompokkan menjadi empat kelompok yaitu faktor *input* (masukan), *output* (keluaran), *process* (proses), *environment* (lingkungan)

1. Input

Pada area input terdapat beberapa faktor antara lain Sumber Daya Manusia, sarana dan prasarana, pembiayaan dan faktor kebijakan. Sumber Daya Manusia merupakan unsur terpenting di dalam rumah sakit sekaligus merupakan potensi terbesar untuk terjadinya masalah bila tidak dikelola dengan baik. Penyebab kegagalan organisasi dari sisi SDM sekurang-kurangnya dapat diidentifikasi sebagai berikut :

- a. Sikap dan pola pikir yang negative
- b. Tingkat pergantian staff yang tinggi
- c. Program insentif yang buruk
- d. Program pelatihan yang buruk
- e. Rendahnya kemampuan mengembangkan dan memotivasi karyawan.

Oleh sebab itu harus ada program-program untuk meningkatkan kualitas SDM. Menurut Siagian (1995) berkualitas ada dua hal, yaitu keterampilan dan integritas. Keterampilan meliputi pengetahuan, wawasan, pengalaman, dan kemampuan melaksanakan tugas. Integritas mencakup motivasi, moral disiplin dan tanggung jawab. Sumber daya manusia yang berkualitas bila memiliki dua aspek secara proporsional, artinya bila memiliki pengetahuan yang tinggi tidak akan ada artinya bila tidak bermoral atau bertanggung jawab. Sumber daya manusia memiliki beberapa karakteristik seperti, latar belakang pendidikan, pelatihan tentang rekam medis, masa kerja dan uraian tugas yang sesuai dengan beban kerja.

2. Output

Output yang diharapkan adalah rekam medis yang bermutu. Menurut Wirawan, untuk meningkatkan mutu rekam medis ada 3 unsur antara lain :

- a. Kelengkapan isi rekam medis

Kelengkapan isi dimonitor oleh sub bagian rekam medis, yang tidak lengkap diberikan formulir untuk diberi kesempatan kepada dokter terkait untuk melengkapinya.

b. Validitas (kesahihan)

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

c. Sanksi

Adanya sanksi untuk dokter yang alpa perlu diberlakukan, tidak hanya dokter, sub bagian rekam medis dan unit lain juga berlaku. Peringatan dapat berupa teguran, peringatan tertulis hingga tindakan administrasi.

3. Proses

Analisis mutu rekam medis dilakukan oleh staff rekam medis, dengan cara meneliti rekam medis yang dihasilkan oleh staff medis, paramedis dan hasil-hasil pemeriksaan dari unit-unit penunjang sehingga kebenaran diagnose dan kelengkapan rekam medis dapat dipertanggungjawabkan (Depkes, 1997).

Menurut Hatta (1993), Direktur Rumah Sakit di Indonesia wajib membuat Standar Operating Prosedur dan Kriteria Audit Pelayanan Pasien (KAPP). Staff rekam medis bertugas mengidentifikasi staff dan bertanggung jawab atas adanya ketidaklengkapan dan melaporkannya untuk dilengkapi sampai batas waktu yang telah ditentukan dan sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.

Dokter yang merawat pasien rawat inap seharusnya melengkapi resume medis sesuai dengan standar yang berlaku. Menurut Hatta proses analisis mutu rekam medis ada dua yaitu analisis kuantitatif dan analisis kualitatif (Hatta, 1993).

a. Analisis Kuantitatif

Analisis kuantitatif adalah analisi yang ditujukan untuk memeriksa kelengkapan urutan lembaran pemeriksaan sejak saat masuk ke rumah sakit sampai keluar dari rumah sakit atau sesuai lamanya penanganan meliputi lembaran medis, paramedis dan penunjang sesuai prosedur yang telah ditetapkan.

b. Analisis Kualitatif

1) Pedoman Analisis Kualitatif

Analisis kualitatif harus mengevaluasi seluruh isi lembaran berkas rekam medis dan harus berpegang pada pedoman berikut (Dirjen Yanmed, 1994) :

- a. Semua diagnosis ditulis dengan benar pada lembaran masuk dan keluar. Semua diagnosis dan tindakan pembedahan yang dilakukan harus dicatat. Simbol dan singkatan tidak boleh digunakan.
 - b. Dokter yang merawat harus menulis tanggal dan menandatangani pada sebuah catatan serta menandatangani pada catatan yang diisi dokter lain
 - c. Laporan riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik dalam keadaan lengkap dan berisi semua data penemuan baik yang positif maupun negatif
 - d. Catatan perkembangan harus memberikan kronologis dan analisis klinis keadaan pasien
 - e. Hasil laboratorium, radiologi dicatat dan dicantumkan tanggal dan serta ditandatangani oleh pemeriksa
 - f. Semua konsultasi harus dicatat secara lengkap serta harus ditandatangani
 - g. Pada kasus observasi, catatan prenatal dan persalinan dicatat dengan lengkap. Jalannya persalinan dan kelahiran sejak pasien masuk ke rumah sakit harus dicatat dengan lengkap
 - h. Catatan perawat, catatan prenatal, observasi dan pengobatan yang diberikan harus lengkap dan ditandatangani
- 2) Tujuan Analisis Kualitatif menurut Kusnandar (2006) adalah :
- a. Menentukan bila ada kekurangan agar dapat dikoreksi dengan segera saat pasien masih dirawat sehingga dapat menjamin efektifitas kegunaan rekam medis dikemudian hari
 - b. Mengidentifikasi bagian yang tidak lengkap agar dengan mudah dapat dikoreksi dengan membuat prosedur, sehingga rekam medis menjadi lebih lengkap.
- 3) Komponen dasar analisis kualitatif
- a. Memeriksa identifikasi pasien pada setiap lembaran rekam medis. Minimal setiap lembar rekam medis mempunyai nama, nomor rekam medis, jenis kelamin dan alamat lengkap.
 - b. Adanya semua laporan penting, seperti :
 1. Adanya lembaran laporan umum rekam medis (riwayat pasien, pemeriksaan pasien, catatan perkembangan, observasi klinis dan resume medis)

2. Adanya lembaran khusus (laporan operasi, laporan anestesi, hasil pemeriksaan penunjang) sesuai dengan peraturan yang ada.
 3. Adanya waktu pencatatan karena ada kaitan dengan peraturan pengisian.
- c. Adanya autentifikasi penulis :
1. Dapat berupa tanda tangan, paraf, inisial, cap yang dapat diidentifikasi dalam rekam medis atau kode seseorang untuk komputerisasi.
 2. Harus ada title/gelar profesi (dr, ns)
 3. Tidak boleh ditandatangani oleh orang lain.
- d. Terciptanya pelaksanaan rekaman pencatatan yang baik.

2.9 Pengertian Resume Medis

Menurut Permenkes 269/MenKes/Per/III/2008 pada pasal 4 menyebutkan bahwa ringkasan pulang harus dibuat oleh dokter dan dokter gigi yang melakukan perawatan pasien. Isi ringkasan pulang atau resume medis sekurang-kurangnya memuat :

- a. Identitas pasien
- b. Diagnosi masuk dan indikasi pasien dirawat
- c. Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, Diagnosis akhir, Pengobatan dan tindak lanjut
- d. Nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan

Kemudian setelah rekam medis selesai digunakan dari ruang rawat, maka dalam waktu 2X24 jam rekam medis tersebut harus dikembalikan ke bagian Rekam Medis.

Tidak hanya Permenkes yang menyebutkan dan menjelaskan tentang resume medis, menurut Juknis Dep.Kes RI (1997) pengertian resume medis yaitu Resume harus 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.

Jadi resume medis atau disebut dengan ringkasan pulang, merupakan kesimpulan atau ringkasan yang menjelaskan tentang penyakit yang diderita pasien, pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan yang diterima dokter. Resume medis ini harus segera ditulis dan dibuat setelah pasien selesai dan pulang dalam perawatan oleh dokter dari rumah sakit dalam keadaan hidup. Pemeriksaan pasien akan terlihat secara lengkap namun ringkas dalam resume medis dan dapat digunakan kembali untuk pengobatan atau control kembali dimanapun pasien kembali berobat.

Apabila mutu resume medis kurang baik, dapat dilihat apakah tidak adanya resume medis atau tidak lengkapnya pengisian resume medis, maka secara keseluruhan akan menyebabkan mutu rekam medis akan kurang baik, dan diikuti dengan mutu rumah sakit yang kurang baik. Akibat dari resume medis yang tidak ada atau tidak di isi dengan lengkap. Karena resume medis mencerminkan ringkasan segala informasi yang penting, menyangkut pasien dan bisa dijadikan sebagai dasar untuk melakukan tindakan yang lebih lanjut.

Menurut Huffman (1994), tinggi rendahnya mutu rekam medis dan resume medis sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor sumber daya yang ada dalam rumah sakit, seperti tenaga, sarana, metode, 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 baik dengan indikator rekam medis yang lengkap, akurat, tepat waktu dan memenuhi persyaratan, untuk menjaga jasa pelayanan kesehatan rumah sakit.

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

Berdasarkan pedoman penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit (SK Dirjen Yanmed nomor YM 00,03.2.2.1996) resume ditulis 2X24 jam setelah pasien keluar dari rumah sakit.

Tujuan dan kegunaan dibuatnya resume medis yaitu :

- Untuk menjaga kelangsungan mutu pelayanan medis, dikarenakan data medis ini sangat berharga bagi dokter, terutama untuk kasus-kasus pasien yang dirawat kembali.
- Untuk memberi bahan pembicaraan bagi komite rekam medis bila terdapat kasus-kasus sulit.
- Untuk memberikan jawaban bagi kantor asuransi pasien, dokter pengirim, konsulen, tentang perjalanan penyakit pasien, pengobatan dan perawatannya.
- Agar dokter / asisten ahli dapat mengumpulkan dan menyimpan kasus-kasus yang menarik atau kasus bedah dimana yang bersangkutan ikut membentuknya.
- Resume medis berisi keterangan yang penting tentang penyakit pasien dan pengobatannya.

Pada resume medis tercantum : nama suami, nama pasien, umur, kelas, instansi suami, instansi pasien, alamat rumah, tanggal masuk, tanggal keluar, diagnose masuk, pengobatan, anjuran dokter, tandatangan dokter, nama dokter, tanggal pengisian.

2.10 Tanggung Jawab Terhadap Resume Medis

Jika dilihat dari aspek hukum, yang bertanggung jawab terhadap kelengkapan rekam medis dan resume medis adalah :

1. Tanggung Jawab Dokter yang Merawat

Tanggung jawab utama dalam kelengkapan resume medis yaitu dokter yang merawat pasien hingga pasien pulang. Walaupun untuk melengkapi rekam medis khususnya resume medis dapat didelegasikan ke staffnya, namun tetap tanggung jawab utama dari isi rekam medis khususnya resume medis adalah dokter yang merawat. Dokter mengemban tanggung jawab terakhir akan kelengkapan dan kebenaran isi rekam medis dan khususnya resume medis.

Disamping itu untuk mencatat beberapa keterangan medis seperti riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penyakit dan ringkasan pulang (resume), yang kemudian bisa di delegasikan kepada Co asisten, asisten ahli dan dokter lainnya. Data tersebut harus dipelajari kembali dan dikoreksi kemudian di beri tandatangan oleh dokter yang merawat.

Mengenai tenaga dokter di rumah sakit, harus dilihat terlebih dahulu statusnya. Apakah dokter tersebut dokter karyawan atau dokter tamu. Hal ini menjadi penting, karena seorang dokter tamu dapat bekerja secara mandiri dan bebas. Sedangkan untuk dokter tamu harus sesuai dengan jam kerja dan menjalankan tugasnya.

2. Tanggung Jawab Petugas Rekam Medis

Petugas rekam medis yaitu membantu dokter yang merawat dalam mempelajari kembali rekam medis. Analisa dari kelengkapan isi dimaksudkan untuk mencari hal-hal yang kurang dan masih diragukan, dan menjamin bahwa rekam medis telah dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan peraturan yang telah ditetapkan oleh rumah sakit, yaitu rekam medis yang lengkap dan akurat.

3. Tanggung Jawab Pimpinan Rumah Sakit

Pimpinan rumah sakit bertanggung menyediakan fasilitas unit rekam medis yang meliputi: ruangan rekam medis, peralatan dan tenaga yang memadai. Sehingga tenaga rekam medis dapat bekerja secara efektif dan efisien dengan memeriksa kembali, membuat indeks, penyimpanan dari semua system medis dalam waktu singkat.

4. Tanggung Jawab Staff Medik

Staff medik Terdiri dari dokter, perawat, dan tenaga kesehatan professional lainnya. Mempunyai peranan penting di rumah sakit dan pengorganisasian staff rekam medis tersebut secara langsung menentukan kualitas pelayanan kepada pasien. Agar dapat menjalankan tugasnya dengan baik, maka dibuatlah peraturan-peraturan yang akan mengatur para anggota staff medis dan membentuk komisi khusus.

5. 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 berdiskusi secara legal. Dan menentukan format kelengkapan rekam medis, formulir yang digunakan dan setiap masalah yang berhubungan dengan penyimpanan dan pengembalian.

Kegiatan dari komite rekam medis yaitu 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 (Guwandi,1991;Watson,1992;Huffman,1994)

2.11 Kelengkapan Pengisian Resume Medis

Menurut Wirawan, 1997 untuk meningkatkan mutu rekam medis memerlukan 3 unsur diantaranya : a) kelengkapan isian rekam medis, b) validitas atau kesahihan dari isi rekam medis karena isi rekam medis harus jelas, singkat dan tepat waktu , c) adanya sanksi untuk dokter yang ‘alpa’.

Menurut naskah Wilson yang dikutip oleh Anggraini (2005) mengenai “ *a clinical chart for the record of patient in small hospital*” menyatakan bahwa kelengkapan rekam medis merupakan sangat penting nilainya demi kepentingan pasien maupun bagi pihak Rumah Sakit.

Mengingat resume medis adalah salah satu formulir rekam medis dasar rawat inap, maka kelengkapan resume medis menjadi tanggung jawab semua pihak yang terlibat dalam pengisian resume medis tersebut. Resume medis yang lengkap adalah cermin mutu rekam medis serta layanan yang diberikan oleh Rumah Sakit (Depkes,1991).

Audit dan analisis terhadap resume medis dilakukan agar kelengkapan dan ketepatan pengisian rekam medis dapat dipertanggungjawabkan. Audit dan analisis kelengkapan resume medis dilakukan dengan cara meneliti rekam medis yang dihasilkan oleh dokter dan tenaga paramedis perawatan atau paramedis non keperawatan yang ikut memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien, sehingga ketepatan dan kebenaran diagnosis serta kelengkapan pengisian rekam medis pasien dapat dipertanggungjawabkan (Depkes, 1997).

Resume medis harus lengkap dan dibuat dengan singkat disertai bukti autentik seperti nama dan tanda tangan dokter yang merawat pasien serta dapat menjelaskan informasi penting mengenai penyakit pasien, pemeriksaan yang dilakukan dan pengobatan pasien (Depkes, 1991). Di Rumah Sakit, kelengkapan resume medis sangat penting karena resume medis yang lengkap selain untuk

menjaga mutu rekam medis rumah sakit juga sering digunakan untuk administrasi klaim asuransi.

2.12 Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan dokter dalam mengisi resume medis

Berdasarkan teori Lawrence Green, teori Gibson, teori Snehandu B.KAr digabungkan dengan penelitian-penelitian lain yang pernah dilakukan sebelumnya mengenai perilaku kepatuhan, maka dalam penelitian ini factor-faktor yang diduga berhubungan dengan kepatuhan dokter dalam pengisian resume medis adalah sebagai berikut :

2.12.1 Faktor Internal

a. Pengetahuan

Pengetahuan dapat diklasifikasikan menjadi enam tingkatan yaitu pengetahuan, penerapan, analisa, sintesa dan evaluasi (Blum, 1975) dalam Azwar (1966). Pengetahuan merupakan hasil tahu, terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan melalui panca indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui indra penglihatan (mata) dan indra pendengaran (telinga).

Menurut Notoatmodjo (1997), pengetahuan atau kognitif adalah domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan, bila perilaku tidak didasari dengan pengetahuan maka perilaku tersebut tidak akan berlangsung lama. Pengetahuan dapat di ukur dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang materi yang ingin di ukur (Notoatmodjo, 1993).

Pengetahuan dalam penelitian ini adalah untuk menilai segala sesuatu yang diketahui oleh informan mengenai pengisian resume medis, manfaat resume medis, yang berhak mengisi resume medis, pedoman dan instruksi dalam pengisian resume medis.

b. Masa Kerja/ Senioritas

Masa kerja merupakan mutu dan kemampuan kerja seseorang yang tumbuh dan berkembang menjadi dua jalur utama yaitu pengalaman dalam bekerja, pelatihan dan pendidikan yang pernah di tempuh. Semakin lama

seseorang berkarya dalam suatu organisasi, semakin tinggi pula produktifitasnya karena semakin berpengalaman dengan demikian semakin tinggi pula keterampilannya untuk menyelesaikan tugas yang dipercayakan kepadanya (Siagian, 1995).

c. Status Dokter

Status menurut Vecchio (1995) sangat kuat mempengaruhi perilaku seseorang dalam organisasi. Status dokter di rumah sakit yang dimaksud adalah dokter tetap atau dokter tamu. Hal ini menjadi penting karena seorang dokter tamu bekerja secara bebas dan mandiri. Berbeda dengan seorang karyawan rumah sakit yang harus datang pada jam kerja dan menjalankan tugasnya (Guwandi, 1991).

d. Persepsi Mengenai beban kerja

Menurut Sastrowinoto (1985), beban kerja merupakan volume pekerjaan yang dibebankan kepada seseorang pekerja dan merupakan tanggung jawab pekerja tersebut. Sedangkan menurut Gibson (1987), beban kerja merupakan tugas yang menjadi tanggung jawab dari seorang pekerja untuk dilaksanakan. Beban kerja harus sesuai dengan kemampuan individu agar tidak terjadi hambatan atau kegagalan dalam pelaksanaan tugas, sehingga para praktisi membagi pekerjaan yang sesuai dengan kemampuannya sehingga menghasilkan mutu keluaran yang lebih baik.

e. Persepsi Mengenai format resume medis

Format resume medis di setiap rumah sakit berbeda-beda, pada resume medis yang ada di RSIA Budi Kemuliaan Berbeda variabel nya untuk pasien anak dan dewasa. Pada resume medis dewasa sesuai dengan penelitian yang dilakukan tercantum : nama suami, nama pasien, umur, kelas, instansi suami, instansi pasien, alamat rumah, tanggal masuk, tanggal keluar, diagnose masuk, pengobatan, anjuran dokter, tandatangan dokter, nama dokter, tanggal pengisian. Format resume medis, sebaiknya dibuat sederhana dan semudah mungkin dalam pengisiannya. Sehingga mengurangi kejenuhan dokter dalam mengisi resume medis.

f. Persepsi mengenai pelaksanaan SOP

SOP adalah ukuran tertentu yang dipakai sebagai patokan oleh petugas untuk melaksanakan tugasnya (Balai Pustaka, 1998). Standar menurut Azwar

(1996) adalah keterangan tentang suatu mutu yang diharapkan. Standar pelayanan adalah setiap langkah yang harus dilakukan oleh petugas secara berurutan dalam memberikan suatu jenis pelayanan. Standar dibuat menunjuk pada tingkat ideal yang diinginkan.

2.12.2 Faktor Eksternal

a. Insentif

Menurut Notoatmojo (2003), dalam kehidupan organisasi diyakini bahwa setiap orang atau sumber daya manusia dalam organisasi ingin mendapatkan penghargaan dan perlakuan yang adil dari pimpinan organisasi yang bersangkutan. Insentif yang dimaksud dalam penelitian ini yaitu insentif yang berhubungan dengan ekonomi, yaitu berupa uang tambahan yang diterima dokter dalam pengisian resume medis secara lengkap dan tepat waktu sehingga dengan pemberian insentif tersebut, kepatuhan dokter dalam mengisi resume medis semakin meningkat dan mengurangi angka ketidaklengkapan dalam pengisian resume medis.

b. Motivasi dari pimpinan

Motivasi merupakan suatu dorongan dari dalam diri seseorang guna mencapai suatu tujuan, Notoatmojo (2003). Motivasi yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu dorong atau dukungan dari pihak rumah sakit kepada dokter dalam hal kepatuhan dalam mengisi dan melengkapi resume medis.

c. Sanksi

Pada Pasal 79 UU Praktik Kedokteran berbunyi bahwa setiap dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja tidak membuat rekam medis dapat dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun atau denda paling banyak Rp 50.000.000,- (lima puluh juta rupiah).

2.13 Aspek Hukum, Disiplin, Etik dan Kerahasiaan Rekam Medis

Rekam medis dapat digunakan sebagai salah satu alat bukti tertulis di pengadilan. Maka setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran wajib menyimpan kerahasiaan yang menyangkut riwayat penyakit pasien yang tertuang dalam rekam medis. Rahasia kedokteran tersebut dapat dibuka hanya untuk kepentingan pasien untuk memenuhi permintaan aparat

penegak hukum (hakim-majelis), permintaan pasien sendiri atau berdasarkan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Berdasarkan Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana, rahasia kedokteran (isi rekam medis) baru dapat dibuka bila diminta oleh hakim majelis di hadapan sidang majelis. Dokter dan dokter gigi bertanggung jawab atas kerahasiaan rekam medis sedangkan kepala sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab menyimpan rekam medis.

2.13.1 Sanksi Hukum

Pada Pasal 79 UU Praktik Kedokteran berbunyi bahwa setiap dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja tidak membuat rekam medis dapat dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun atau denda paling banyak Rp 50.000.000,- (lima puluh juta rupiah).

Selain tanggung jawab pidana, dokter dan dokter gigi yang tidak membuat rekam medis juga dapat dikenakan sanksi secara perdata, karena dokter dan dokter gigi tidak melakukan yang seharusnya dilakukan (ingkar janji/wanprestasi) dalam hubungan dokter dengan pasien.

2.13.2 Sanksi Disiplin dan Etik

Dokter dan dokter gigi yang tidak membuat rekam medis selain mendapat sanksi hukum juga dapat dikenakan sanksi disiplin dan etik sesuai dengan UU Praktik Kedokteran, Peraturan KKI, Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) dan Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia (KODEKGI).

Dalam Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 16/KKI/PER/VIII/2006 tentang Tata Cara Penanganan Kasus Dugaan Pelanggaran Disiplin MKDKI dan MKDKIP, ada tiga alternatif sanksi disiplin yaitu :

- a. Pemberian peringatan tertulis.
- b. Rekomendasi pencabutan surat tanda registrasi atau surat izin praktik.
- c. Kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi.

Selain sanksi disiplin, dokter dan dokter gigi tidak membuat rekam medis dapat dikenakan sanksi etik oleh organisasi profesi yaitu Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) dan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Gigi (MKEKG).

2.14 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.

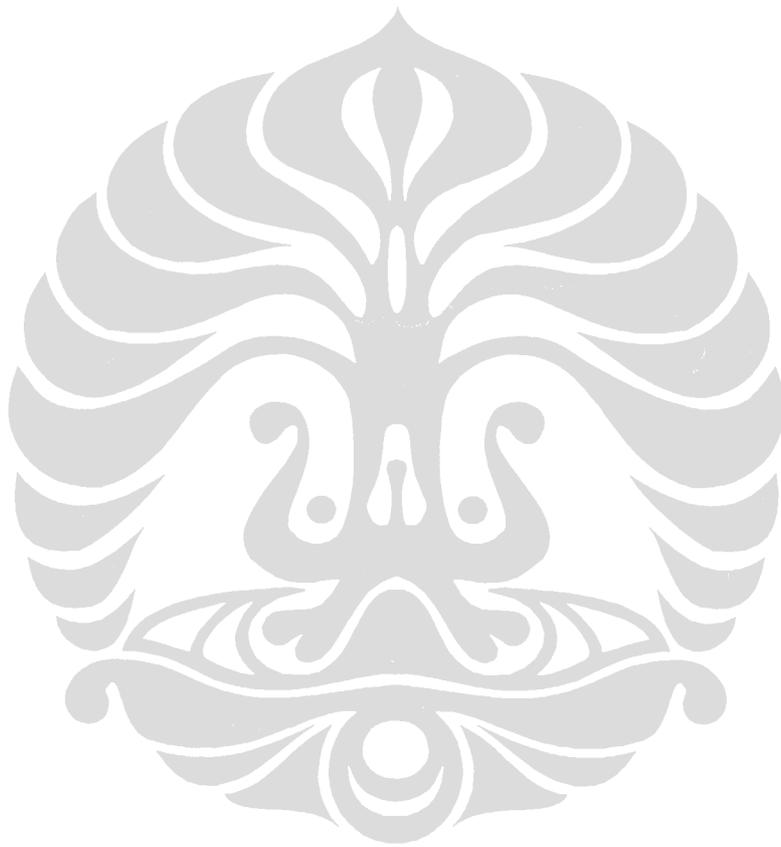
Manajemen informasi kesehatan adalah pengelolaan yang memfokuskan kegiatannya pada pelayanan kesehatan dan sumber informasi pelayanan kesehatan dengan menjabarkan sifat alami data, struktur dan menerjemahkannya ke berbagai bentuk informasi demi kemajuan kesehatan dan pelayanan kesehatan perorangan, pasien 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 ICD
- c. Kerahasiaan dan keamanan data.

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

- 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.



BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Sistem adalah suatu kesatuan yang utuh dan terdiri dari berbagai faktor yang saling berhubungan atau diperkirakan berhubungan serta satu sama lain saling mempengaruhi, yang kesemuanya dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Sabarguna, 2006). Selain itu sistem juga merupakan suatu kesatuan yang tersusun secara tidak teratur yang saling melengkapi karena berlandaskan satu tujuan, dalam pelaksanaannya sistem dapat memperlihatkan kegiatan atau perilaku (Gordon B. Davis).

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan pendekatan sistem dengan bentuk sistem sederhana yang terdiri dari masukan (input), proses (process) dan keluaran (output). Azwar (1996) menyatakan bahwa terdapat beberapa macam batasan mengenai pendekatan sistem. Pendekatan sistem adalah suatu strategi yang menggunakan metoda analisa, desain dan manajemen untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien. Batasan sistem lainnya menyatakan bahwa pendekatan sistem adalah penerapan dari cara berfikir yang sistematis dan logis dalam membahas dan mencari pemecahan dari suatu masalah atau keadaan yang dihadapi.

Jika sistem dipandang sebagai upaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan, maka yang dimaksud dengan :

1. Input / masukan adalah : kumpulan bagian atau elemen yang terdapat di dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut. Elemen-elemen tersebut ada 5 yaitu : *Man* (SDM : pengetahuan dokter, bidan, petugas rekam medis, pasien), *Money*, *Material* (kebijakan tentang resume medis), *Method* (prosedur dalam pengisian resume medis), *Machine* (sarana dan prasarana).
2. Proses adalah : kumpulan bagian atau elemen yang terdapat di dalam sistem dan fungsinya untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang telah direncanakan. Variabel pada proses yaitu Pengisian Resume Medis Pasien

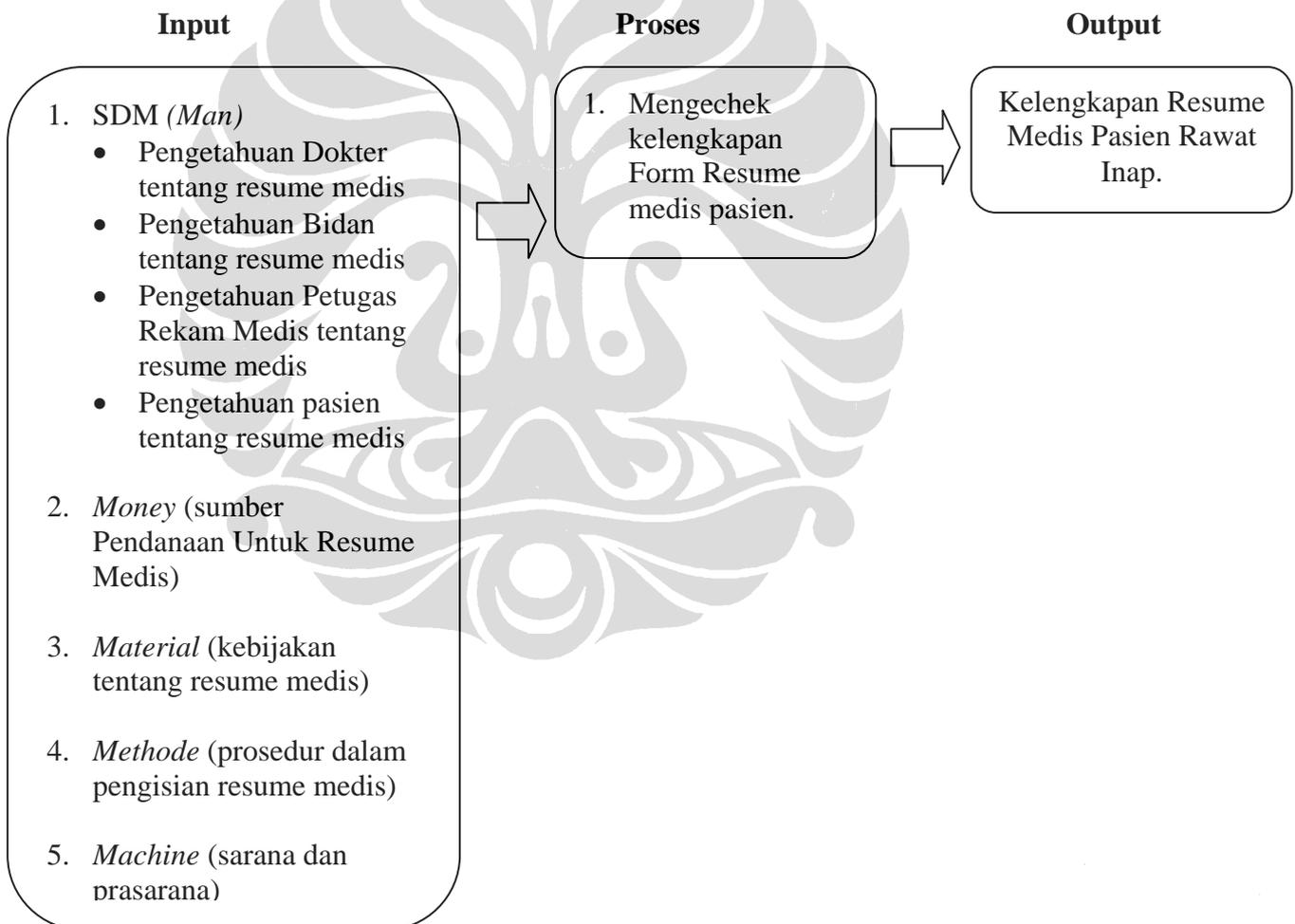
Rawat Inap oleh dokter/Bidan dan Mengecek kelengkapan Form Resume medis pasien.

3. Keluaran adalah : kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan pada saat proses dalam sistem tersebut. Variabelnya yaitu Kelengkapan Resume Medis Pasien Rawat Inap.

Untuk itu, dalam penelitian ini peneliti menggunakan pendekatan sistem seperti dalam gambar dibawah ini:

Gambar 3.1

Kerangka Konsep Analisis Kelengkapan Pengisian Resume Medis Pada Pasien Rawat Inap di RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2009



3.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat ukur	Hasil Ukur
1	Resume Medis	catatan yang mencerminkan segala informasi penting yang menyangkut pasien, dijadikan sebagai dasar untuk menentukan tindakan yang lebih lanjut dalam upaya pelayanan medis.			
2	SDM : Pengetahuan Dokter	Pemahaman dokter tentang yang berhak mengisi resume medis, manfaat, dan kriteria lengkap tidaknya resume medis, berdasarkan Permenkes 269 tahun 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Teknik Wawancara mendalam dengan Membandingkan jawaban Dokter dengan Permenkes 269 tahun 2008 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman Wawancara 	Mengukur kedalaman pengetahuan dokter bila: <ul style="list-style-type: none"> • Pengetahuan Baik : menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan kepada informan dan mendekati jawaban sebenarnya berdasarkan Permenkes 269 tahun 2008 • Pengetahuan Kurang : menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan kepada informan dan jawaban tidak sama dengan Permenkes 269 tahun 2008
3	Pengetahuan Bidan	Pemahaman bidan tentang manfaat resume medis, kriteria lengkap tidaknya resume medis, yang berhak mengisi, dan batasan waktu pengisian rekam medis berdasarkan Permenkes 269 tahun 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Teknik Wawancara mendalam dengan Membandingkan jawaban Bidan dengan Permenkes 269 tahun 2008 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman Wawancara 	Mengukur kedalaman pengetahuan Bidan bila: <ul style="list-style-type: none"> • Pengetahuan Baik : menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan kepada informan dan mendekati jawaban sebenarnya berdasarkan Permenkes 269 tahun 2008 • Pengetahuan Kurang : menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan kepada informan dan jawaban tidak sama dengan Permenkes 269 tahun 2008
4	Pengetahuan Petugas Rekam Medis	Pemahaman petugas rekam medis tentang yang berhak mengisi resume medis, adanya pembatasan waktu dalam penulisan resume medis berdasarkan Permenkes 269 tahun 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Teknik Wawancara mendalam dengan Membandingkan jawaban Petugas Rekam Medis dengan Permenkes 269 tahun 2008 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman wawancara 	Mengukur kedalaman pengetahuan petugas rekam medis bila: <ul style="list-style-type: none"> • Pengetahuan Baik : menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan kepada informan dan mendekati jawaban sebenarnya berdasarkan Permenkes 269 tahun 2008

					<ul style="list-style-type: none"> • Pengetahuan Kurang : menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan kepada informan dan jawaban tidak sama dengan Permenkes 269 tahun 2008
5	Pengetahuan pasien	Pemahaman pasien tentang definisi dan manfaat resume medis berdasarkan Permenkes 269 tahun 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Teknik Wawancara mendalam dengan Membandingkan jawaban Pasien dengan Permenkes 269 tahun 2008 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman wawancara 	<p>Mengukur kedalaman pengetahuan Pasien bila:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengetahuan Baik : menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan kepada informan dan mendekati jawaban sebenarnya berdasarkan Permenkes 269 tahun 2008 • Pengetahuan Kurang : menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan kepada informan dan jawaban tidak sama dengan Permenkes 269 tahun 2008
6	Money (sumber pendanaan untuk resume medis)	Dana yang diberikan untuk menunjang kelengkapan resume medis	<ul style="list-style-type: none"> • Teknik Wawancara mendalam dengan mengetahui alokasi dana atau jumlah yang dikeluarkan untuk kelengkapan resume medis 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman wawancara 	Gambaran alokasi dana atau jumlah yang dikeluarkan untuk kelengkapan resume medis
7	<i>Material</i> (kebijakan tentang resume medis)	Ketersediaan Peraturan yang telah dibuat oleh direktur RS tentang resume medis	<ul style="list-style-type: none"> • Teknik Wawancara mendalam dengan melihat ketersediaan peraturan yang dibuat oleh Direktur RS tentang resume medis 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman Wawancara 	Gambaran tentang peraturan tentang resume medis yang telah dibuat oleh Direktur RS
8	<i>Method</i> (prosedur dalam pengisian resume medis)	Adanya Standar Prosedur sebagai acuan dokter, bidan dan staff rumah sakit dalam melaksanakan kegiatan, khususnya yang berhubungan dengan proses kelengkapan resume medis	<ul style="list-style-type: none"> • Teknik Wawancara mendalam dan mengetahui ada tidaknya prosedur dalam pengisian resume medis 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman wawancara 	<ul style="list-style-type: none"> • Gambaran mengenai ketersediaan prosedur yang akan digunakan secara tertulis. • Mengetahui pelaksanaan di lapangan terhadap prosedur yang sudah ada

9	<i>Machine</i> (Sarana dan Prasarana)	Segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat/media yang disediakan oleh direktur RS untuk menunjang kelengkapan pengisian resume medis oleh dokter maupun bidan yang merawat.	<ul style="list-style-type: none"> • Teknik Wawancara mendalam dengan melihat ada tidaknya sarana dan prasarana untuk menunjang kelengkapan pengisian resume medis oleh dokter maupun bidan yang merawat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman Wawancara 	Gambaran sarana dan prasarana RS untuk menunjang kelengkapan resume medis.
10	Proses : Mengecek kelengkapan Form Resume medis pasien	Mengetahui berapa banyak variabel/komponen-komponen yang ada pada form resume medis yang di isi dan tidak di isi	<ul style="list-style-type: none"> • Observasi kelengkapan formulir resume medis 	<ul style="list-style-type: none"> • Daftar tilik/checklist 	Gambaran persentase Kelengkapan Resume medis pasien rawat inap
11	Output : Kelengkapan Resume Medis Pasien Rawat Inap.	Jumlah kelengkapan dari masing-masing variabel/komponen yang ada di form resume medis	<ul style="list-style-type: none"> • Observasi kelengkapan variabel yang ada di formulir resume medis 	<ul style="list-style-type: none"> • Daftar tilik/checklist 	Gambaran kelengkapan dari masing-masing variabel yang ada pada form resume medis pasien rawat inap.