

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Mutu

2.1.1 Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan

Pengertian mutu seperti yang dikemukakan oleh seorang pakar mutu DR. Armand V. Feigenbaum yaitu sebagai berikut:⁶

“Mutu produk dan jasa adalah seluruh gabungan sifat -sifat produk atau jasa pelayanan dari pemasaran, *engineering*, manufaktur, dan pemeliharaan dimana produk atau jasa pelayanan dalam penggunaannya akan bertemu dengan harapan pelanggan.”

Suatu pengertian mutu pelayanan kesehatan yang disusun oleh *Institute of Medicine (IOM)* seperti berikut ini:⁷

“Mutu pelayanan kesehatan adalah suatu langkah kearah peningkatan pelayanan kesehatan baik untuk individu maupun untuk populasi sesuai dengan keluaran (*outcome*) kesehatan yang diharapkan dan sesuai dengan pengetahuan profesional terkini. Pemberian pelayanan kesehatan harus mencerminkan ketepatan dari penggunaan pengetahuan terbaru secara ilmiah, klinis, teknis, interpersonal, manual, kognitif, organisasi dan unsur-unsur manajemen pelayanan kesehatan.”

Pengertian mutu pelayanan kesehatan yang secara sederhana dikemukakan oleh Azrul Azwar sebagai berikut:⁸

“Mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan.

⁶ Djoko Wijono, Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Airlangga University Press, Surabaya, 1999, hal. 3

⁷ Gemala R. Hatta, Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan, UI Press, Jakarta, 2008 hal. 37

⁸ Azrul Azwar, Pengantar Administrasi Kesehatan, Binarupa Aksara, 1996, hal. 51

2.1.2 Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan

Program Menjaga Mutu diartikan secara sederhana oleh Azwar sebagai berikut:⁹

“Suatu upaya yang dilaksanakan secara berkesinambungan, sistematis, objektif dan terpadu dalam menetapkan masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan kesehatan berdasarkan standar yang telah ditetapkan, menetapkan dan melaksanakan cara penyelesaian masalah sesuai dengan kemampuan yang tersedia, serta menilai hasil yang dicapai dan menyusun saran-saran tindak lanjut untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan.”

Bentuk Program Menjaga Mutu tersebut bisa ditinjau dari kedudukan organisasi pelaksana program menjaga mutu yaitu: Program Menjaga Mutu Internal dan Program Menjaga Mutu Eksternal. Selain itu, bentuk program menjaga mutu juga bisa ditinjau dari waktu dilaksanakannya kegiatan menjaga mutu yaitu: Program Menjaga Mutu Prospektif, Program Menjaga Mutu Konkuren dan Program Menjaga Mutu Retrospektif.¹⁰

Tinjauan rekam medis (medical record review) merupakan salah satu contoh dari program menjaga mutu retrospektif, yaitu menilai penampilan pelayanan kesehatan dari rekam medis dengan cara membandingkan semua catatan yang ada dalam rekam medis tersebut dengan standar yang telah ditetapkan.¹¹ Kegiatan ini sering disebut dengan audit rekam medis yaitu dengan cara analisis kuantitatif dan analisis kualitatif rekam medis.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

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 (Huffman, 1994).

⁹ Ibid, hal. 46

¹⁰ Ibid, hal. 54-57

¹¹ Ibid, hal. 57

Menurut Permenkes No. 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.

2.2.2 Tujuan Dibuatnya Rekam Medis

Tujuan dibuatnya rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa dukungan suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tertib administrasi di rumah sakit tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Pembuatan rekam medis di rumah sakit bertujuan untuk mendapatkan catatan atau dokumen yang akurat dan adekuat dari pasien, mengenai kehidupan dan riwayat kesehatan, riwayat penyakit di masa lalu dan sekarang, juga pengobatan yang telah diberikan sebagai upaya meningkatkan pelayanan kesehatan. Rekam medis dibuat untuk tertib administrasi di rumah sakit yang merupakan salah satu faktor penentu dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan (Rustiyanto, 2009).

Menurut Dick, Steen & Detmer (1997) seperti yang dikutip Hatta (2008), tujuan rekam medis dapat dilihat dalam 2 kelompok besar, yaitu tujuan primer dan tujuan sekunder. Tujuan primer rekam medis sebagai berikut:

- 1) Bagi pasien
 - a. Mencatat jenis pelayanan yang telah diterima
 - b. Bukti pelayanan
 - c. Memungkinkan tenaga kesehatan dalam menilai dan menangani kondisi risiko
 - d. Mengetahui biaya pelayanan
- 2) Bagi pihak pemberi pelayanan kesehatan
 - a. Membantu kelanjutan pelayanan (sarana komunikasi)
 - b. Menggambarkan keadaan penyakit dan penyebab (sebagai pendukung diagnostik kerja)

- c. Menunjang pengambilan keputusan tentang diagnosis dan pengobatan
 - d. Menilai dan mengelola risiko perorangan pasien
 - e. Memfasilitasi pelayanan sesuai dengan pedoman praktek klinis
 - f. Mendokumentasi faktor risiko pasien
 - g. Menilai dan mencata keinginan serta kepuasan pasien
 - h. Menghasilkan rencana pelayanan
 - i. Menetapkan saran pencegahan atau promosi kesehatan
 - j. Sarana pengingat klinisi
 - k. Menunjang pelayanan pasien
 - l. Mendokumentasikan pelayanan yang diberikan
- 3) Bagi manajemen pelayanan pasien
- a. Mendokumentasikan adanya kasus penyakit gabungan dan praktiknya
 - b. Menganalisis kegawatan penyakit
 - c. Merumuskan pedoman praktik penanganan risiko
 - d. Memberikan corak dalam penggunaan pelayanan
 - e. Dasar penelaahan dalam penggunaan sarana pelayanan (utilisasi)
 - f. Melaksanakan kegiatan menjaga mutu
- 4) Bagi penunjang pelayanan pasien
- a. Alokasi sumber
 - b. Menganalisis kecenderungan dan mengembangkan dugaan
 - c. Menilai beban kerja
 - d. Mengomunikasikan informasi berbagai unit kerja
- 5) Bagi pembayaran dan penggantian biaya
- a. Mendokumentasikan unit pelayanan yang memungut biaya pemeriksaan
 - b. Menetapkan biaya yang harus dibayar
 - c. Mengajukan klaim asuransi
 - d. Mempertimbangkan dan memutuskan klaim asuransi
 - e. Dasar dalam menetapkan ketidakmampuan dalam pembayaran
 - f. Menangani pengeluaran
 - g. Melaporkan pengeluaran
 - h. Menyelenggarakan analisis aktuarial (tafsiran pra penetapan asuransi)

Sementara tujuan sekunder rekam medis adalah sebagai berikut:

- 1) Edukasi
 - a. Mendokumentasikan pengalaman profesional di bidang kesehatan
 - b. Menyiapkan sesi pertemuan dan presentasi
 - c. Bahan pengajaran
- 2) Peraturan (regulasi)
 - a. Bukti pengajuan perkara ke pengadilan (ligitasi)
 - b. Membantu pemasaran pengawasan (surveilans)
 - c. Menilai kepatuhan sesuai standar pelayanan
 - d. Sebagai dasar pemberian akreditasi bagi profesional dan rumah sakit
 - e. Membandingkan organisasi pelayanan kesehatan
- 3) Riset
 - a. Mengembangkan produk baru
 - b. Melaksanakan riset klinis
 - c. Menilai teknologi
 - d. Studi keluaran pasien
 - e. Studi efektivitas serta analisis manfaat dan biaya pelayanan pasien
 - f. Mengidentifikasi populasi yang berisiko
 - g. Mengembangkan registrasi dan basis/pangkalan data
 - h. Menilai manfaat dan biaya sistem rekaman
- 4) Pengambilan kebijakan
 - a. Mengalokasikan sumber-sumber
 - b. Melaksanakan rencana strategis
 - c. Memonitor kesehatan masyarakat
- 5) Industri
 - a. Melaksanakan riset dan pengembangan
 - b. Merencanakan strategi pemasaran

2.2.3 Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis secara umum antara lain sebagai berikut (Rustiyanto, 2009):

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

2.2.4 Pengguna Rekam Medis

Hatta (2008), mengemukakan bahwa pengguna atau pemakai rekam medis adalah pihak-pihak perorangan yang memasukkan, memverifikasi, mengoreksi, menganalisis atau memperoleh informasi dari rekaman, baik secara langsung ataupun melalui perantara. Pengguna rekam medis tersebut terbagi lagi menjadi pengguna primer dan sekunder. Pengguna primer rekam medis sebagai berikut:

- 1) Para pemberi pelayanan (*provider*), merupakan pihak -pihak yang memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada pasien, meliputi tenaga dokter, perawat, profesi kesehatan pend ukung lainnya, dan profesi medis lainnya yang juga membantu pelayanan klinis. Kelompok ini memasukkan informasi ke dalam rekam medis secara langsung.
- 2) Para konsumen, meliputi pasien dan keluarganya yang juga memerlukan informasi rekam medis dirinya (perorangan/individu pasien) untuk berbagai kepentingan.

Sementara pengguna sekunder rekam medis adalah sebagai berikut:

- 1) Manajer pelayanan dan penunjang pasien, kelompok ini adalah pihak yang menggunakan rekam medis perorangan secara sekunder serta tidak menangani perawatan pasien secara langsung. Kelompok ini menggunakan data rekam medis untuk menilai kinerja fasilitas kesehatan serta manfaat pelayanan yang diberikan. Data yang diperoleh menggambarkan pola dan kecenderungan pelayanan. Dengan masukan data agregat tersebut akan memudahkan manajer instansi pelayanan kesehatan dalam memperbaiki proses pelayanan, sarana, dan prasarana ke depan.
- 2) Pihak pengganti biaya perawatan, kelompok ini akan menelaah sejauh apa diagnosis yang terkait dengan biaya perawatan. Penggantian biaya harus sesuai dengan diagnosis akhir dan atau tindakan yang ditegakkan dokter sesudah pasien pulang perawatan. Diagnosis dicantumkan serta ditandatangani dokter tersebut pada lembar Ringkasan Riwayat Pulang (resume) atau dengan tanda tangan secara *online* (tanda tangan elektronik). Berdasarkan diagnosis dan atau tindakan tersebut ahli kode (pada unit kerja MIK) akan menetapkan nomor kode sesuai standar klasifikasi yang ditetapkan pemerintah atau sesuai disiplin diagnosis atau tindakan. Informasi kode ini diteruskan unit kerja MIK kepada pihak asuransi. Adakalanya pihak asuransi membutuhkan salinan tentang keterangan tertentu rekam medis pasien bersama dengan tagihan (klaim). Tidak dibenarkan rumah sakit mengambil diagnosis kerja dari ruang perawatan

sebagai diagnosis akhir dan meneruskannya ke pihak asuransi, padahal pasien belum pulang perawatan.

- 3) Pengguna rekam kesehatan sekunder lainnya adalah kantor pasien, pengacara, periset atau investigator klinis, wartawan kesehatan, pengambil kebijakan.

2.2.5 Fungsi Rekam Medis

Fungsi utama rekam medis/rekam kesehatan (kertas) atau rekam kesehatan elektronik (RKE) adalah untuk menyimpan data dan informasi pelayanan pasien. Agar fungsi itu tercapai, beragam metode dikembangkan secara efektif seperti dengan melaksanakan ataupun mengembangkan sejumlah sistem, kebijakan, dan proses pengumpulan, termasuk menyimpannya secara mudah diakses disertai dengan keamanan yang baik (Hatta, 2008).

2.2.6 Isi Rekam Medis

Rekam medis kertas ataupun komputerisasi dibagi dalam data administratif dan data klinis, sedangkan isi (data/informasi) rekam medis dipengaruhi oleh bentuk pelayanan kesehatan (Hatta, 2008).

Data administratif tersebut mencakup data demografi, keuangan/finansial disamping tentang informasi lain yang berhubungan dengan pasien, seperti data yang terdapat pada beragam izin (*consent*), pada lembaran hak kuasa (otorisasi) untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan dalam penanganan informasi kerahasiaan pasien. Dalam pelayanan kesehatan, informasi demografi diperlukan dalam mengisi informasi dasar identitas diri pasien. Informasi ini dicatat dalam lembaran pertama rekam medis rawat inap yang disebut ringkasan masuk dan keluar maupun pada lembar pertama rawat jalan yang disebut ringkasan riwayat klinik. Isi data demografi bersifat permanen (kekal) dan setidaknya mencakup informasi sebagai berikut (Hatta, 2008):

- 1) Nama lengkap (nama sendiri dan nama keluarga)
- 2) Nomor rekam medis pasien dan nomor identitas lain (asuransi)
- 3) Alamat lengkap pasien
- 4) Tanggal lahir pasien (tanggal, bulan, tahun) dan kota tempat kelahiran
- 5) Jenis kelamin
- 6) Status pernikahan
- 7) Nama dan alamat keluarga terdekat yang sewaktu-waktu dapat dihubungi
- 8) Tanggal dan waktu terdaftar di tempat penerimaan pasien rawat inap/rawat jalan/gawat darurat
- 9) Nama rumah sakit (tertera pada kop formulir)

Tujuan dari pengumpulan informasi demografi tersebut adalah untuk mengonfirmasikan identitas pasien secara lengkap. Data administratif lainnya adalah data keuangan/finansial yang biasanya dikaitkan dengan asuransi. Umumnya data administratif adalah data identifikasi yang dapat dihubungkan dengan pasien (*patient-identifiable information*) yang digunakan bagi kepentingan administratif, regulasi, operasional pelayanan kesehatan dan penggantian biaya pengobatan. Contoh data administratif adalah sebagai berikut (Hatta, 2008):

- 1) Lembaran pengesahan untuk melepaskan informasi
- 2) Formulir pengesahan (otorisasi) pelaksanaan pelayanan
- 3) Beberapa formulir pemberian izin (*consent*)
- 4) Lembar hak kuasa (persetujuan dirawat di sarana pelayanan kesehatan)
- 5) Lembar pulang paksa
- 6) Sertifikat kelahiran atau kematian
- 7) Formulir pembebasan sarana pelayanan kesehatan dari tuntutan kehilangan atau kerusakan barang pribadi pasien
- 8) Korespondensi yang berkaitan dengan permintaan rekaman
- 9) Kejadian tentang riwayat atau audit
- 10) Klaim yang dapat dihubungkan dengan pasien
- 11) Menelaah kualitas data yang dapat dihubungkan dengan pasien (menjaga mutu, manajemen utilisasi)
- 12) Tanda identitas pasien (nomor rekam medis, biometrik)

- 13) Protokol klinis (*clinical protocols*), jalur klinis (*clinical pathways*), pedoman praktik dan pengetahuan lain (*clinical practice guidelines*) yang tidak melekat dengan data pasien

Data klinis sebagai isi rekam medis diartikan sebagai data hasil pemeriksaan, pengobatan, perawatan yang dilakukan oleh praktisi kesehatan dan penunjang medis terhadap pasien rawat inap maupun rawat jalan (termasuk darurat).

Data/informasi klinis yang terakumulasi dalam rekam medis sehingga menjadi basis data seperti yang dijelaskan oleh Rhodes, Hjort & Dougherty dalam Johns (2002) seperti yang dikutip oleh Hatta (2008) sebagai berikut:

- 1) Riwayat medis masa lalu
- 2) Riwayat pemeriksaan fisik
- 3) Observasi klinis
- 4) Perintah dokter
- 5) Laporan dan hasil prosedur diagnostik dan terapeutik
- 6) Laporan konsultasi
- 7) Ringkasan riwayat pulang (resume)
- 8) Instruksi untuk pasien

Setiap masukan data/informasi klinis wajib mencantumkan nama lengkap tenaga kesehatan dan penunjang medis terkait serta tanggal pemberian pelayanan kesehatan terhadap pasien (Hatta, 2008). Penjelasan diatas merupakan rangkaian isi dari rekam medis rawat inap. Berdasarkan Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008, isi rekam medis untuk pasien rawat inap sekurang-kurangnya memuat sebagai berikut:

- 1) Identitas pasien
- 2) Tanggal dan waktu
- 3) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
- 4) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
- 5) Diagnosis
- 6) Rencana penatalaksanaan

- 7) Pengobatan dan/atau tindakan
- 8) Persetujuan tindakan bila diperlukan
- 9) Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
- 10) Ringkasan pulang (*discharge summary*)
- 11) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- 12) Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu
- 13) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik

Isi rekam medis tergantung pada jenis pelayanan serta lamanya masa perawatan. Misalnya pada rekam medis jiwa/psikiatri. Rekam medis psikiatri dikenal sebagai rekam kesehatan perilaku (*behavioral health records*). Di dalamnya terdapat data diagnostik dan penilaian terhadap informasi psikologi dan pelayanan psikiatri. Perhatian akan kerahasiaan harus benar-benar ditegakkan dalam menangani berkas rekam medis psikiatri. Data yang terdapat didalamnya mencakup hal-hal berikut (Hatta, 2008):

- 1) Diagnosis waktu masuk
- 2) Alasan pasien masuk rawat inpatient dan nama-nama yang membuat keputusan agar pasien dirawat
- 3) Rencana tujuan perawatan (*goal oriented*)
- 4) Informasi yang diperoleh dari keluarga dan lingkungan
- 5) Evaluasi psikiatri (riwayat masa lalu, status kejiwaan, riwayat penyakit sekarang, kecerdasan dan fungsi memori)
- 6) Catatan perkembangan, mencatat setidaknya setiap minggu selama dua bulan pertama dan setidaknya sekali sebulan sesudahnya.
- 7) Ringkasan riwayat pulang (*resume*)

2.2.7 Pedoman Pendokumentasian

Hatta (2008), menyebutkan bahwa rekam medis dengan format kertas maupun elektronik harus mendukung tujuan dari sistem informasi kesehatan yang mencakup adanya akses, kesamaan, kualitas, efisiensi, efektivitas dan mampu

bertahan. Untuk itu informasi yang dihasilkan harus diatur dalam pedoman pendokumentasian melalui asas pendokumentasian yang harus ditegakkan, yaitu adanya keseragaman aturan dalam menjaga data, terselenggaranya ketepatan (akurasi) dan kelengkapan, terbacanya tulisan dengan jelas, adanya pengesahan dari setiap masukan yang diberikan, tidak kedaluwarsa atau terlambat ditulis, adanya format masukan serta adanya ketepatan tentang berapa seringnya data/informasi dimasukkan.

Mc Cain (2002), seperti yang dikutip Hatta (2008), menyusun pedoman pendokumentasian yang dapat dijadikan standar atau ciri praktik informasi kesehatan dalam upaya untuk menjaga rekam medis/kesehatan, yaitu sebagai berikut:

- 1) Semua masukan/entri dalam rekam medis harus memiliki pengesahan dari tenaga kesehatan yang menulisnya: cantumkan nama dan jabatannya (dokter, perawat, tenaga kesehatan lain) serta tanggal pembuatannya.
- 2) Tidak boleh melakukan penghapusan atau penyetipan.
- 3) Semua masukan dalam rekam medis/kesehatan format kertas menggunakan tinta (bukan pensil). Perlu dipertimbangkan hasil salinan dari kertas berwarna atau *scanning* karena bisa tidak jelas terlihat atau terbaca (samar atau kabur).
- 4) Bila ada jarak penulisan yang renggang pada catatan perkembangan dan catatan perawatan harus diberi tanda coretan (garis panjang ataupun huruf X besar) sehingga tidak dapat diisi pihak lain.
- 5) Kesalahan penulisan pada rekaman kertas harus diberi tanda garis lurus sepanjang tulisan yang salah. Dengan jalan ini tulisan salah tetap terbaca. Koreksi harus diberi tanggal dan diparaf oleh yang mengoreksi. Selanjutnya bila data/informasi harus diperbaiki maka cantumkan data/informasi yang benar didekat keterangan yang salah.
- 6) Laporan asli harus selalu terdapat dalam rekam medis. Laporan kumulatif dari laboratorium atau komputerisasi catatan perawatan dapat diganti dengan hasil laporan kumulatif terakhir. Fax dan salinan dari instruksi saat masuk, riwayat medis dan pemeriksaan fisik dapat digunakan sebagai

bentuk asli dalam rekaman. Selanjutnya diikuti dengan aturan tentang tanda tangan.

- 7) Adanya bagian kosong (titik-titik) merupakan tanda harus diisi, terutama tentang izin (*consent*).
- 8) Rekam medis yang tidak lengkap menjadi bahan kasus dan harus dibahas dalam komite medis. Ketua komite medis bertanggung jawab untuk melaporkan banyaknya kasus seperti ini.
- 9) Demi menjaga kerahasiaan pasien yang bermasalah (terkena NAPZA, HIV positif, TBC dan lain-lain): disamping rekam medisnya tidak perlu diberikan tanda identifikasi khusus seperti kode sandi, tempelan berwarna yang justru dapat menimbulkan keingintahuan orang untuk membukanya.

2.3 Landasan Hukum

Penyelenggaraan rekam medis di Indonesia diatur dalam peraturan perundang-undangan sebagai berikut:

- 1) UU RI Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan
- 2) UU RI Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran
- 3) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis
- 4) Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 Tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit
- 5) Kode Etik Rumah Sakit (Kodersi)

2.4 Ketidaklengkapan *Pengisian Rekam Medis*

Ketidaklengkapan pengisian rekam medis merupakan salah satu dari indikator mutu pelayanan rumah sakit dan biasa disebut dengan Angka Ketidaklengkapan Pengisian Catatan Medis (*Medical Record Non-Compliance Rate*). Indikator ini termasuk kedalam kelompok indikator pelayanan non-bedah (WHO dan Depkes RI, 2001).

Definisi operasional:

Catatan medis disebut lengkap bila catatan medis tersebut telah berisi seluruh informasi tentang pasien, sesuai dengan formulir yang disediakan, isi harus lengkap dan benar, khususnya Resume Medis dan Resume Keperawatan termasuk seluruh hasil pemeriksaan penunjang.

Rekam medis disebut benar bila:

Rekam medis tersebut sudah diperiksa kelengkapannya oleh Kepala Catatan Medis atau petugas yang ditunjuk, dan kemudian telah diperiksa juga oleh Panitia Catatan Medis (dokter) tentang kebenaran isi resume medis yang dibuat, termasuk adanya diagnosa akhir.

Waktu maksimal yang diharapkan: 14 hari

Cara penghitungan dihitung 14 hari mundur kebelakang. Contoh: bila tanggal laporan adalah tanggal 1, maka hari 1 perhitungan adalah tanggal 16 bulan yang lalu.

Formula: Angka Ketidaklengkapan Pengisian Catatan Medis (AKCM)

$$AKCM = \frac{\text{Total CM yang belum lengkap dan benar dalam 14 hari/bulan}}{\text{Total CM yang masuk pada bulan tersebut}} \times 100\%$$

Angka ini menunjukkan tinggi rendahnya mutu administrasi dokter dan perawat yang *merawat* pasien pada periode tertentu dalam mengisi Catatan Medis tepat waktu (kurang dari 14 hari).

2.5 Analisis Kuantitatif Rekam Medis

Analisis kuantitatif dilakukan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam medis rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan. Menelaah rekam medis dengan analisis kuantitatif dilaksanakan dengan mengevaluasi kelengkapan berbagai jenis formulir dan data/informasi pada (Hatta, 2008):

- 1) Semua laporan yang dianggap penting, bentuk entri data atau tampilan layar (pada RKE)
- 2) Semua laporan dan bentuk entri data atau tampilan layar, termasuk keakuratan informasi identitas pasien (nama lengkap, nomor pasien, kelamin, dokter yang merawat dan lainnya).
- 3) Semua jenis perizinan yang diperlukan pasien, ragam otorisasi atau pengesahan yang telah ditandatangani pasien atau wali pasien yang berwenang.
- 4) Semua jenis tes diagnostik yang diinstruksikan oleh dokter serta hasilnya.
- 5) Pelaksanaan semua konsultasi medis yang diinstruksikan oleh dokter dan laporan konsultan.
- 6) Semua masukan dan laporan yang harus diberi pengesahan telah ditandatangani serta diberi tanggal sesuai dengan peraturan kebijakan sarana pelayanan kesehatan.
- 7) Riwayat dan laporan pemeriksaan fisik telah lengkap, termasuk pendokumentasian diagnosis saat mendaftar.
- 8) Ringkasan riwayat pulang (resume) lengkap.
- 9) Dokumentasi dokter termasuk semua diagnosis utama dan sekunder serta prosedur utama dan tambahan.
- 10) Untuk pasien bedah, selain kelengkapan data di atas, juga ditelaah kelengkapan: semua laporan anestesi saat pra dan intra serta pasca operasi; semua laporan operasi, laporan patologi dan catatan perkembangan pasca operasi; semua laporan ruang pemulihan (recovery room) dan catatan perkembangan.
- 11) Untuk pasien yang meninggal saat dirawat dan diautopsi memiliki laporan awal dan akhir proses autopsi.

2.6 Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medis

Beberapa faktor *yang* berhubungan dengan ketidaklengkapan pengisian rekam medis berdasarkan beberapa penelitian dapat dilihat pada tabel 2.1.

Tabel 2.1 Beberapa Hasil Penelitian Tentang Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medis Rawat Inap dan Rawat Jalan

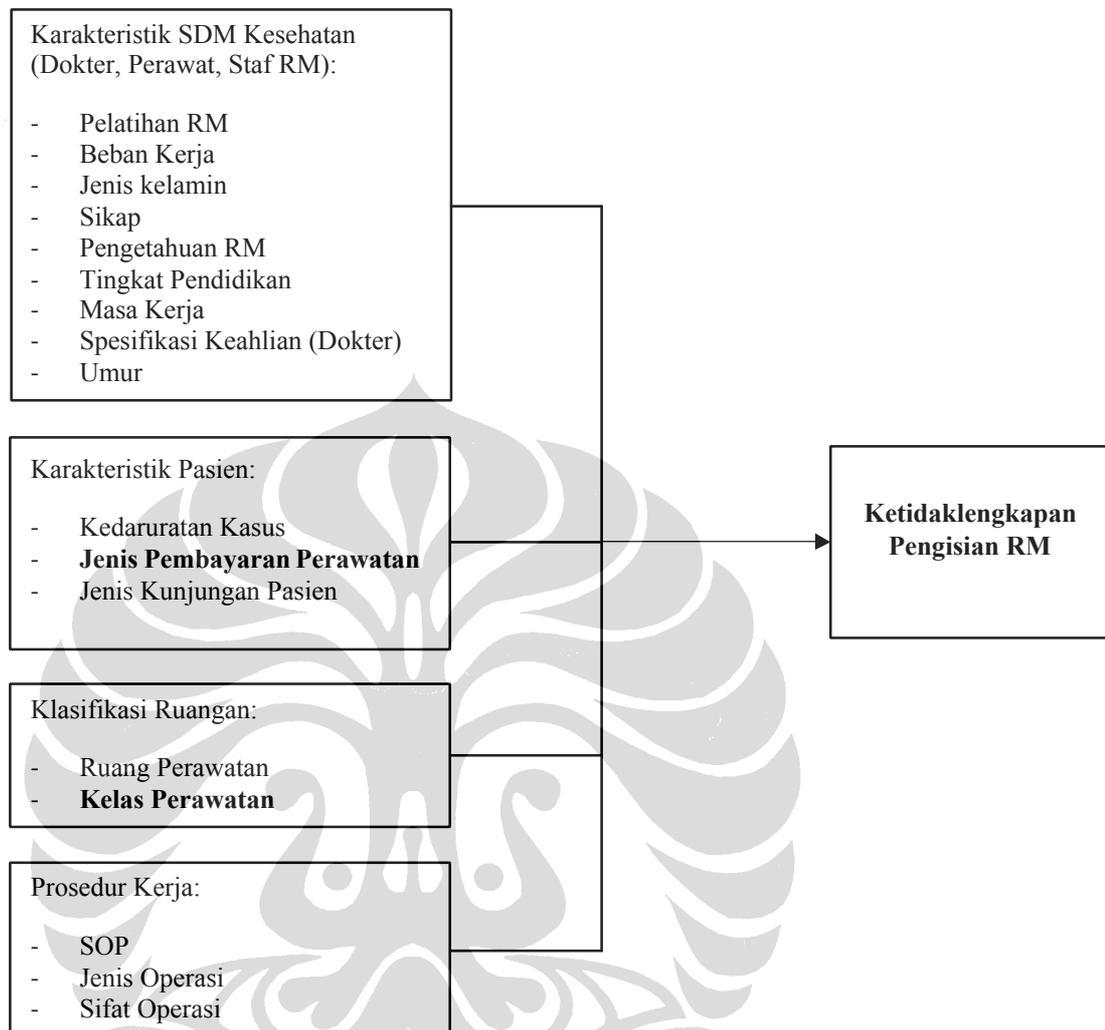
No.	Sumber	Jenis Disain	Populasi Studi	Variabel yang Bermakna
1	Boekitwetan, 1996	<i>Cross Sectional</i>	Rekam medis rawat inap, dokter umum dan perawat di RSUP Fatmawati	Pelatihan rekam medis, beban kerja
2	Fitriati, 1998	<i>Cross Sectional</i>	Rekam medis rawat inap bagian kebidanan dan anak, dokter, petugas koding di RSU Kabupaten Dati II Bekasi	Jenis kelamin, sikap, pengetahuan, pendidikan
3	Hariningsih, 1999	<i>Cross Sectional</i>	Formulir <i>Informed Consent</i> di RS Mitra Keluarga Jatinegara	Jenis operasi
4	Soetisno, 2000	Quasi Eksperimental <i>pre test-post test</i>	Perawat di Unit Rawat Inap RS Imanuel, dokumentasi keperawatan dari rekam medis di RS Imanuel	Masa kerja, tingkat pendidikan
5	Mulyani, 2000	<i>Cross Sectional</i>	Formulir <i>Informed Consent</i> , dokter dan pasien/keluarga pasien di RSUD Tarakan	Pengetahuan dokter, tingkat pendidikan pasien/keluarga pasien, sifat operasi
6	Munir, 2000	<i>Cross Sectional</i>	Formulir resume medis, dokter residen dan spesialis di RSPAD Gatot Soebroto	Spesifikasi keahlian dokter
7	Zawiah, 2001	<i>Cross Sectional</i>	Formulir <i>informed consent</i> dan dokter yang melakukan tindakan medis/operasi di RS Jantung Harapan Kita	Tingkat pendidikan, umur
8	Ilmiawati, 2001	<i>Cross Sectional & Indepth Interview</i>	Rekam medis rawat jalan dan staf rekam medis bagian TPP di RS Jantung Harapan Kita	Beban kerja
9	Corriaty, 2002	<i>Cross Sectional & Indepth Interview</i>	Rekam medis rawat jalan dan staf rekam medis bagian TPP di RSCM	Umur
10	Purwaningtias, 2003	<i>Cross Sectional</i>	Rekam medis rawat inap di RSUD Budhi Asih	Kelas perawatan, ruang perawatan, kedaruratan kasus
11	Nurus, 2004	<i>Cross Sectional</i>	Formulir resume medis di RS Islam	Jenis ruang kelas rawat, jenis jaminan pembiayaan perawatan
12	Metere, 2005	<i>Cross Sectional</i>	Formulir resume medis di RS M.H. Thamrin Internasional Salemba	Jenis pasien rawat inap

2.7 Kerangka Teori

Rekam medis dikatakan bermutu jika memenuhi kriteria: kelengkapan isi, keakuratan, ketepatan waktu dan pemenuhan aspek hukum (Skurka, 1984; Huffman, 1994; Abdelhak et.al, 2001; Hatta, 2008). Pengkajian mutu rekam medis untuk penilaian kelengkapan rekam medis dilakukan dengan menggunakan analisis kuantitatif yang dilaksanakan dengan mengevaluasi kelengkapan berbagai jenis formulir dan data/informasi (Hatta, 2008).

Faktor pelatihan karakteristik SDM kesehatan seperti: pelatihan rekam medis, beban kerja, jenis kelamin, sikap, pengetahuan, pendidikan, masa kerja, spesifikasi keahlian dan umur menunjukkan hubungan yang bermakna terhadap ketidaklengkapan pengisian rekam medis berdasarkan beberapa penelitian. Faktor lain yang juga menunjukkan hubungan yang bermakna terhadap ketidaklengkapan pengisian rekam medis yaitu: jenis operasi, kelas perawatan, ruang perawatan, kedaruratan kasus, jenis jaminan pembayaran perawatan serta jenis pasien (Boekitwetan, 1996; Fitriati, 1998; Hariningsih, 1999; Soetisno, 2000; Mulyani, 2000; Munir, 2000; Zawiah, 2001; Ilmiawati, 2001; Corriaty, 2002; Purwaningtias, 2003; Nurus, 2004; Metere, 2005).

Gambar 2.1 Kerangka Teori



Sumber: Boekitwetan, 1996; Fitriati, 1998; Hariningsih, 1999; Soetisno, 2000; Mulyani, 2000; Munir, 2000; Zawiah, 2001; Ilmiawati, 2001; Corriaty, 2002; Purwaningtias, 2003; Nurus, 2004; Metere, 2005.

Variabel yang akan diteliti dari kerangka teori yaitu jenis pembayaran perawatan, kelas perawatan dan ketidaklengkapan pengisian rekam medis.

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

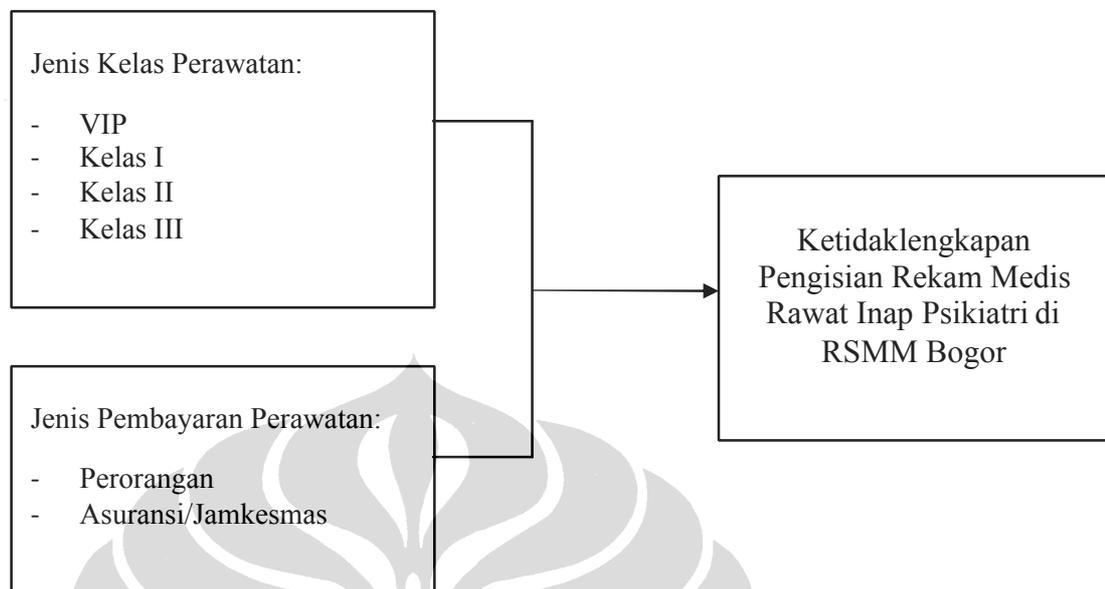
3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori dan tujuan penelitian, maka akan dianalisis hubungan antara jenis kelas perawatan dan jenis pembayaran perawatan dengan ketidaklengkapan pengisian rekam medis, terutama pada rekam medis rawat inap psikiatri di RSMM Bogor tahun 2009.

Variabel dependen yang akan diteliti adalah variabel ketidaklengkapan pengisian rekam medis rawat inap psikiatri. Ketidaklengkapan pengisian rekam medis akan dikaji dengan menggunakan analisis kuantitatif (penggunaan checklist).

Variabel independen yang akan diteliti adalah variabel jenis kelas perawatan (kelas VIP, I, II dan III) dan jenis pembayaran perawatan (Perorangan, Asuransi/Jamkesmas).

Gambar 3.1 Kerangka Konsep



3.2 Hipotesis

1. Ada hubungan antara jenis kelas perawatan (VIP, I, II, III) dengan ketidaklengkapan pengisian rekam medis rawat inap psikiatri tahun 2008 di RSMM Bogor.
2. Ada hubungan antara jenis pembayaran perawatan (perorangan, Asuransi/Jamkesmas) dengan ketidaklengkapan pengisian rekam medis rawat inap psikiatri tahun 2008 di RSMM Bogor.

3.3 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil	Skala
1	Ketidaklengkapan pengisian rekam medis rawat inap psikiatri	Penilaian variabel - variabel yang tidak diisi dalam setiap formulir RM rawat inap psikiatri	Telaah rekam medis rawat inap psikiatri	<i>Check list</i>	1. Tidak Lengkap jika skor <i>check list</i> < nilai median 2. Lengkap jika skor <i>check list</i> ≥ nilai median	Ordinal
2	Jenis Kelas Perawatan	Kelas rawat terakhir yang digunakan pasien rawat inap psikiatri	Telaah rekam medis rawat inap psikiatri	<i>Check list</i>	1. VIP 2. Kelas I 3. Kelas II 4. Kelas III	Ordinal
3	Jenis Pembayaran Perawatan	Cara pembayaran perawatan pasien rawat inap psikiatri	Telaah rekam medis rawat inap psikiatri	<i>Check list</i>	1. Perorangan 2. Asuransi/Jamkesmas	Ordinal

