

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah sakit

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Semua sarana pelayanan kesehatan diperlukan adanya upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dengan adanya sarana yang ikut mendukung dari beberapa faktor yang terkait didalamnya. Pelayanan terhadap pasien di setiap fasilitas kesehatan terbagi kedalam pelayanan medis dan non medis (Kemenkes, 2020). Setiap rumah sakit mempunyai kewajiban salah satunya adalah menyelenggarakan rekam medis (UU Kesehatan, 2023).

2.1.2 Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam Medis Elektronik adalah Rekam Medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan Rekam Medis. Sistem Elektronik adalah serangkaian perangkat dan prosedur elektronik yang berfungsi mempersiapkan, mengumpulkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, menampilkan, mengumumkan, mengirimkan, dan/atau menyebarkan informasi elektronik (Kemenkes, 2022).

Rekam Medis Rawat Inap sekurang-kurangnya memuat :

- a) Identitas pasien;
- b) Tanggal dan waktu;
- c) Hasil *anamnese* mencakup sekurang-kurangnya berisi keluhan & 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 pengobatan;
- j) Ringkasan pulang (*discharge summary*);
- k) Nama dan tanda tangan dokter dan dokter gigi dan tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
- l) Pelayanan lain dilakukan tenaga kesehatan tertentu;
- m) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik (Widjaja L et al., 2020).

b. Tujuan Rekam Medis

Pengaturan Rekam Medis bertujuan untuk:

- a) Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan;
- b) Memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan Rekam Medis;
- c) Menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaan data Rekam Medis; dan
- d) Mewujudkan penyelenggaraan dan pengelolaan Rekam Medis yang berbasis digital dan terintegrasi (Kemenkes, 2022).

c. Manfaat Rekam Medis

Secara umum kegunaan rekam medis yaitu sebagai pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, bukti dalam proses penegakan hukum, penegakan etika kedokteran, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi, keperluan pendidikan, keperluan penelitian, sebagai dasar pembiayaan kesehatan dan data statistik kesehatan. Dalam pemanfaatan

rekam medis sebagai keperluan pendidikan dan penelitian yang menyebutkan identitas pasien maka perlu persetujuan tertulis dari pasien atau ahli warisnya dan harus dijaga kerahasiaannya. Maka dari itu dalam pemanfaatan rekam medis dalam bidang pendidikan dan penelitian tidak perlu mencantumkan nama pasiennya. Apabila pemanfaatan rekam medis dalam bidang pendidikan dan

penelitian digunakan untuk kepentingan negara, maka tidak memerlukan persetujuan pasien (Kemenkes, 2022).

2.1.3 Laporan Operasi

a. Pengertian Laporan Operasi

Laporan operasi merupakan catatan dokter terkait langkah langkah yang dilakukan saat pembedahan pasien. Laporan operasi memuat; indikasi pasien masuk dirawat, diagnosis, dan komorbiditas lainnya, temuan fisik penting dan temuan temuan lain, tindakan diagnostik dan prosedur terapi yang telah dikerjakan, obat yang diberikan selama dirawat inap dengan potensi akibat efek residual setelah obat tidak diteruskan dan semua obat yang harus digunakan di rumah, kondisi pasien *status present*, ringkasan memuat instruksi tindak lanjut, laporan operasi dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien/keluarga (Hidayat et al., 2022).

Tindakan operasi adalah salah satu pelayanan yang dilaksanakan oleh rumah sakit. Pasien yang mendapatkan tindakan operasi, maka hasil tindakan operasi harus segera diisi pada salah satu dokumen rekam medis yaitu lembar laporan operasi. Laporan operasi harus segera dibuat setelah pembedahan dan dimasukkan ke dalam rekam medis. Apabila terjadi penundaan dalam pembuatannya maka informasi tentang pembedahan harus dimasukkan ke dalam catatan perkembangan, catatan operasi yang terlalu singkat dapat mengakibatkan ketidakjelasan urutan prosedur dan hal tersebut dapat menimbulkan permasalahan serius terutama bila sampai di pengadilan.(Erawantini, et al., 2021).

b. Fungsi Laporan Operasi

Formulir laporan operasi berfungsi sebagai sumber informasi terhadap tindakan medis yang dilakukan oleh dokter terhadap pasien (Mewangi, 2022). Laporan operasi merupakan salah satu formulir rekam medis yang akan dijadikan sebagai alat bukti hukum apabila terjadi tuntutan hukum (Febrianti & Sugiarti, 2019).

c. Kelengkapan laporan Operasi

Kelengkapan laporan operasi sangat penting untuk dianalisis kelengkapannya mengingat pentingnya laporan operasi kelengkapannya mengingat pentingnya laporan operasi dalam memberikan informasi yang

berkesinambungan yaitu untuk tindak lanjut asuhan; untuk melindungi kepentingan hukum pasien, dokter, rumah sakit, dan administratif. Kelengkapan pengisian data laporan operasi juga digunakan untuk mengukur mutu rekam medis dan mutu pelayanan yang diberikan rumah sakit (Rendarti, 2019).

Dampak dari ketidaklengkapan pengisian laporan operasi yaitu membuat angka *review* rekam medis menjadi tidak bagus, pengiriman berkas menjadi pending, bagi pasien bpjs klaim menjadi terhambat, membuat proses kelanjutan pengobatan terganggu karna riwayat pengobatan pasien tidak lengkap, tidak lengkapnya laporan operasi juga berpengaruh terhadap akreditasi rumah sakit (Hidayat et al., 2022).

Selain itu ketidaklengkapan pengisian laporan operasi dapat menjadi salah satu masalah karena laporan operasi dapat memberikan informasi terperinci tentang prosedur pembedahan terhadap pasien sehingga akan berdampak pada indikator mutu rekam medis serta layanan yang diberikan oleh rumah sakit. Oleh karena itu standar kelengkapan pengisian laporan operasi agar tercapainya mutu pengisian rekam medis yaitu 100% (Rendarti, 2019).

2.1.4 Analisis Kuantitatif

a. Pengertian Analisis Kuantitatif

Analisis kuantitatif adalah *review* bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pendokumentasian atau pencatatan pada berkas rekam medis (Nurliani & Masturoh, 2017).

b. Tujuan Analisis Kuantitatif

Tujuan Analisis Kuantitatif adalah :

- 1) Untuk mengidentifikasi informasi yang jelas dan selalu terjadi, yang bisa diperbaiki dengan mudah pada prosedur norma Rumah Sakit. Prosedur ini membuat catatan medis lengkap untuk dirujuk pada asuhan yang berkesinambungan, untuk melindungi kepentingan hukum pasien, dokter, Rumah Sakit dan untuk memenuhi persyaratan lisensi, akreditasi, dan sertifikasi.
- 2) Menentukan sekiranya ada kekurangan agar dapat dikoreksi dengan

segera pada saat pasien dirawat, dan item kekurangan belum terlupakan, untuk menjamin efektifitas kegunaan isi Rekam Medis dikemudian hari. Yang dimaksud dengan koreksi ialah perbaikan sesuai keadaan yang sebenarnya terjadi.

c. **Komponen Analisis Kuantitatif**

Rekam medis dapat dikatakan lengkap apabila memuat 4 komponen utama yang terdiri dari:

1) *Review* Identifikasi

Untuk mengetahui kelengkapan identitas pasien, nama pasien, nomor rekam medis pasien, tanggal lahir pasien, umur, jenis kelamin dan alamat pasien.

2) *Review* Laporan Penting

Untuk mengetahui kelengkapan semua bentuk laporan, hasil pemeriksaan penunjang dan setiap pencatatan laporan harus mencantumkan jam dan tanggal.

3) *Review* Autentifikasi

Untuk mengetahui kelengkapan nama dan tanda tangan penanggung jawab (cap atau stempel bila ada).

4) *Review* Pendokumentasian yang baik

Untuk mengetahui kelengkapan metode pencatatan dokumen rekam medis dengan menggunakan tinta permanen yang tidak mudah luntur. Rekam medis yang tidak diisi lengkap akan berdampak pada keakuratan isi rekam medis serta aspek kelegalan rekam medis tersebut menjadi tidak sah (Nurliani & Masturoh, 2017).

2.1.5 Clinical Documentation Improvement

Tujuh kriteria pendokumentasian klinis yang berkualitas prima menurut (Widjaja L et al., 2020):

1. *Legible*

Legible artinya cukup jelas untuk dibaca dan ditafsirkan.

Contoh:

- a) Kejelasan tulisan dokter pada rekam medis yang dapat dibaca dan ditafsirkan, biasanya rekam medis yang tidak dapat dibaca disebabkan karena tulisan dokter yang tidak dapat ditafsirkan.
- b) Di Amerika terdapat peraturan “*Health Insurance Portability and*

Accountability Act” yang merupakan hak pasien meminta klarifikasi informasi yang tidak jelas pada RKE nya. Ketidakjelasan tulisan tangan umumnya hasil dari praktek pendokumentasian yang tergesa-gesa dan ceroboh. Bila RKE ketidakjelasan tulisan bukan menjadi masalah lagi. Namun demikian pembuatan RKE yang tergesa-gesa dan ceroboh dapat dikategorikan dalam tujuan “legible” ini.

2. *Reliable*

Reliable artinya dapat dipercaya, aman, memberikan hasil yang sama saat diulang.

Contoh:

Diasumsikan instruksi dokter untuk transfusi darah pada pasien dengan Upper Gastrointestinal Bleed + Hemoglobin dan Hematokrit yang sangat rendah. Diagnosa dokter adalah Bleeding Gastric Ulcer. Diagnosa dokter hanya “Bleeding Gastric Ulcer” tidak dapat dipercaya sebagai dasar dari transfusi darah. Apabila diagnosa “Bleeding Gastric Ulcer dengan Acute Blood Loss Anemia” (jika ada indikasi klinik), ini menjadi dasar pemberian transfusi darah, sehingga diagnosa dapat dipercaya

3. *Precise*

Precise artinya akurat, tepat, pasti terperinci, yang secara klinis merupakan komponen yang penting pada setiap rekam medis pasien. Lebih diharapkan jika dokter membuat rekam medis dengan pendokumentasian klinis yang lebih terperinci, lebih menggambarkan dan akurat.

Contoh:

Pasien masuk rawat dengan sesak napas dan sakit pada dada, demam dan batuk. Chest X-ray menunjukkan “Aspiration Pneumonia”. Diagnosa akhir dari dokter adalah “Pneumonia”. Dapat dikatakan precise apabila diagnosa akhirnya adalah “Aspiration Pneumonia”.

4. *Complete*

Complete artinya lengkap atau memiliki isi yang maksimum. Perhatian dokter sepenuhnya ditujukan dalam membuat rekam medis pasien. Kelengkapan juga termasuk dalam ketepatan autentifikasi dokter

seperti; tanggal dan tanda tangan dokter.

Contoh:

Dokter meminta pemeriksaan kimia darah lengkap. Hasil: rendah Na, Mg dan K. Dokter tidak menulis diagnosa berdasarkan hasil pemeriksaan ini, juga tidak melakukan pencatatan bahwa hasil pemeriksaan secara klinis tidak signifikan.

5. *Consistent*

Consistent artinya pendokumentasian klinis pasien tidak bertentangan satu sama lain.

Contoh:

Pada catatan perkembangan dokter yang satu dengan dokter lainnya. Peraturannya bila terjadi pendokumentasian yang bertentangan, Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) mempunyai hak lebih tinggi. Apabila DPJP mendokumentasikan tulisannya sendiri yang saling bertentangan, maka dia harus mengklarifikasi dan menambahkan pada resume atau catatan perkembangan akhir.

6. *Clear*

Clear artinya jelas, tidak dwiarti atau bermakna ganda, dimengerti, tidak diragukan. Ketidakjelasan dan pengertian yang mendua terjadi jika pendokumentasian tidak menjelaskan permasalahan apa yang terjadi pada pasien.

Contoh:

Jika pasien datang dengan keluhan seperti sakit dada dan dokter tidak menulis lainnya, ini akan memberikan ketidakjelasan. Hasilnya mungkin mencatat symptom tanpa penyebab, jika tidak ada bukti secara klinis maka hal yang tepat ditulis adalah “Chest pain etiology undetermined”.

7. *Timely*

Timely artinya tepat waktu saat pelayanan. Ketepatan waktu pendokumentasian klinis merupakan hal yang penting, untuk pengobatan yang terbaik bagi pasien.

Contoh:

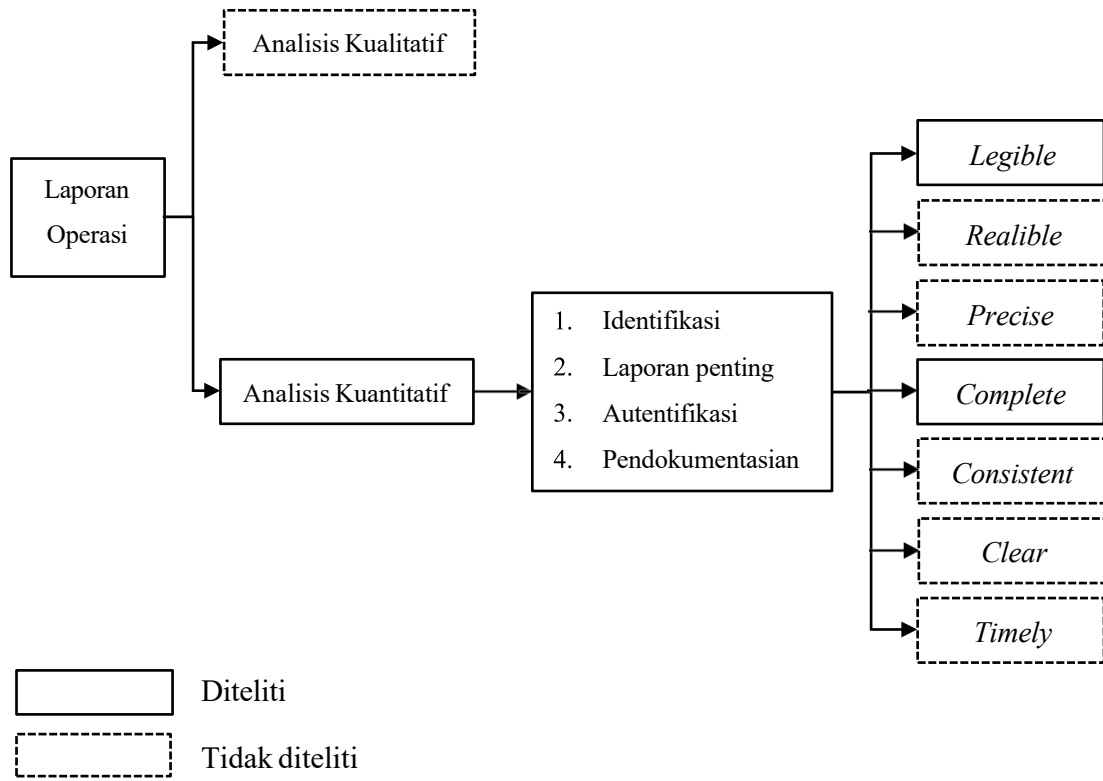
- a) Catatan perkembangan harian dan ringkasan pulang juga perlu tepat

waktu dengan diagnosa saat masuk. Rumah Sakit perlu membuat laporan diagnosa saat masuk sebagai bukti bahwa kondisi tidak dikembangkan di Rumah Sakit.

- b) Setelah dokter melakukan penanganan maka dokter harus segera melengkapi pendokumentasian di dalam rekam medis.

Pada penelitian ini, peneliti melakukan analisis kuantitatif dengan kriteria legible dan complete sesuai pada Standar Akreditasi MRMIK elemen penilaian MRMIK 12 yang menyatakan bahwa fokus pengkajian paling sedikit mencakup pada ketepatan waktu, keterbacaan, dan kelengkapan rekam medis dan isi rekam medis sesuai dengan peraturan perundangan (Kemenkes RI, 2022).

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Keterangan:

Kerangka konsep menjelaskan bahwa petugas rekam medis melakukan kegiatan analisis kelengkapan pengisian rekam medis, salah satunya yaitu pada bagian laporan operasi. Laporan operasi dapat dikatakan lengkap pengisiannya berdasarkan 4 komponen secara kuantitatif, yaitu *Review* Identifikasi, *Review* Laporan Penting, *Review* Autentifikasi, dan *Review* Pendokumentasian yang Baik dengan kriteria *legible* dan *complete*. Kemudian akan menghasilkan laporan operasi yang lengkap dan tidak lengkap.