

## **Bab II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Rekam Medis**

Rekam medis dalam Konsil Kedokteran Indonesia berdasarkan Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran, adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Menurut Gemala Hatta, rekam medis merupakan kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dan riwayat penyakitnya, termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleh para praktisi kesehatan dalam upaya mereka memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Sedangkan menurut M. Jusuf Hanafiah dan Amri Amir dalam bukunya yang berjudul Etika Kedokteran Dan Hukum Kesehatan memberikan pengertian rekam medis sebagai kumpulan keterangan tentang identitas, hasil anamnesis, pemeriksaan dan catatan segala kegiatan para pelayan kesehatan atas pasien dari waktu ke waktu (Erfavira Avita, 2012).

Rekam medis merupakan rekaman permanen dan legal yang harus mengandung isian yang cukup tentang identitas pasien, kepastian diagnosis dan terapi serta merekam semua hasil yang terjadi. Pelaksanaan pendokumentasian dilakukan oleh banyak pemberi pelayanan kesehatan. Rekam medis diciptakan sebagai aktifitas sekunder mengiringi jalannya pelayanan pasien, pendokumentasiannya bisa saja tidak seakurat yang ditetapkan (Aniza Oktami, 2012).

Rekam medis yang lengkap menandakan bahwa pasien tersebut mendapatkan pelayanan yang baik. Rekam medis harus dianalisa agar rekam medis lengkap dan dapat digunakan bagi referensi pelayanan kesehatan, melindungi minat hukum, sesuai dengan peraturan yang ada. Selain itu, juga agar menunjang informasi untuk aktifitas penjamin mutu dan membantu

penetapan diagnosis dan prosedur pengkodean. Alasan lain mengapa rekam medis harus dianalisa adalah agar dapat digunakan bila suatu saat dibutuhkan untuk kepentingan penelitian, administrasi dan penggantian biaya perawatan (Aniza Oktami, 2012).

Pengisian berkas rekam medis dilakukan oleh semua elemen tenaga medis yang menangani pasien tersebut, menurut Undang-Undang Praktik Kedokteran yang dimaksud dengan “Petugas” adalah dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien (Konsil Kedokteran, 2006). Maka, kelengkapan rekam medis dapat terwujud bila semua petugas saling bersinergi.

### **1.1 Dasar Hukum Rekam Medis**

Rekam medis sebagai bukti tertulis penanganan pasien di rumah sakit mempunyai dasar hukum sebagai langkah terciptanya kepastian hukum. Dasar hukum rekam medis yaitu :

- a. Undang-undang 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 46 ayat (1) yang menyatakan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis.
- b. Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang rekam medis.
- c. Pasal 79 UU Praktik Kedokteran secara tegas mengutus 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).
- d. Peraturan KKI
- e. Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI)
- f. Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia (KODEKGI).

## 1.2 Tujuan dan manfaat Rekam Medis

Berkas rekam medis bertujuan untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Untuk mencapai tujuan tersebut maka dalam pengisian atau pencatatan rekam medis di rumah sakit dilakukan oleh dokter dan perawat mengenai hasil kegiatan medis yang telah dilakukan, untuk itu di dalam pelaksanaan pengisian dan pencatatan dokumen rekam medis haruslah diisi dengan lengkap sehingga dapat menghasilkan informasi yang akurat dan berkesinambungan (Alaydrus Salmah, 2011).

Manfaat rekam medis menurut Konsil Kedokteran Indonesia :

### a. Pengobatan Pasien

Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.

### b. Peningkatan Kualitas Pelayanan

Membuat rekam medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.

### c. Pendidikan dan penelitian

Rekam medis yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.

### d. Pembiayaan

Berkas rekam medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.

e. Statistik Kesehatan

Rekam medis dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit-penyakit tertentu.

f. Pembuktian Masalah Hukum, disiplin dan etik

Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik.

### **1.3 Isi rekam medis**

Konsil Kedokteran Indonesia membagi isi rekam medis menjadi 2 bagian, yaitu :

- a. Catatan, merupakan uraian tentang identitas pasien, pemeriksaan pasien, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain baik dilakukan oleh dokter dan dokter gigi maupun tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kompetensinya.
- b. Dokumen, merupakan kelengkapan dari catatan tersebut, antara lain foto rontgen, hasil laboratorium dan keterangan lain sesuai dengan kompetensi keilmuannya.

### **1.4 Ketidaklengkapan Rekam Medis**

Ketidaklengkapan dokumen rekam medis menjadi salah satu masalah karena rekam medis seringkali merupakan satu-satunya catatan yang dapat memberikan informasi terinci tentang apa yang sudah terjadi selama pasien di rumah sakit. Adapun tenaga yang berhak mengisi rekam medis antara lain dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis, dokter

tamu yang merawat pasien di rumah sakit, residen yang sedang melaksanakan praktek, tenaga paramedik perawatan dan paramedik non perawatan (Alaydrus Salmah, 2011).

Penelitian yang dilakukan oleh Irmawati Indar dan M. Furqaan Naiem tentang Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelengkapan Rekam Medis di RSUD H. Padjonga DG. Ngalle Takalar didapat hasil bahwa Penulisan kelengkapan identitas MR 2 dari total kunjungan 13.386 pasien, penulisan nama pasien yang lengkap 5.622 status (42%), dan terdapat 7.764 status (58%) yang tidak lengkap pencatatan namanya. Penulisan nomor RM yang lengkap 6.693 status (50%) dan terdapat 6.693 (50%) yang tidak lengkap penulisan nomor RM nya. Penulisan umur yang lengkap 3.881 status (29%) dan terdapat 9.505 status (71%) yang tidak lengkap penulisan umurnya. Penulisan ruangan atau tempat rawat yang lengkap 3.480 (26%) dan terdapat 9.906 status (74%) yang tidak lengkap penulisan ruangnya. Hal tersebut menunjukkan bahwa angka ketidaklengkapan rekam medis masih tinggi.

## **2. Dokter Instalasi Gawat Darurat**

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit rumah sakit yang memberikan perawatan pertama kepada pasien. Unit ini dipimpin oleh seorang dokter jaga dengan tenaga dokter ahli dan berpengalaman dalam menangani PDG (Pelayanan Gawat Darurat), yang kemudian bila dibutuhkan akan merujuk pasien ke dokter spesialis tertentu (Hidayati H, 2014).

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit terdapat data dari Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes, pada tahun 2007 jumlah rumah sakit di Indonesia sebanyak 1.319 yang terdiri atas 1.033 RSU dengan jumlah kunjungan ke RSU sebanyak 33.094.000, sementara data kunjungan ke IGD sebanyak 4.402.205 (13,3% dari total seluruh

kunjungan di RSUD), dari jumlah seluruh kunjungan IGD terdapat 12 % berasal dari pasien rujukan.

Di dalam Instalasi Gawat Darurat dijaga oleh beberapa tenaga medis, salah satunya adalah dokter jaga IGD. Tugas dari dokter jaga IGD adalah :

- a. Bertanggung jawab penuh atas terselenggaranya pelayanan unit gawat darurat.
- b. Dokter jaga unit gawat darurat harus mengkonsultasikan untuk mendapatkan penanganan selanjutnya ke dokter jaga konsulen atau dokter pribadi pasien bagi pasien yang tidak mungkin tertangani oleh dokter jaga, baik melalui telepon maupun *handphone*.
- c. Dokter jaga unit gawat darurat wajib memelihara koordinasi dan kerjasama yang baik dengan karyawan lain di lingkungan RS.
- d. Dokter jaga unit gawat darurat wajib mencatat keadaan pasien yang masuk perawatan secara lengkap didalam laporan kunjungan pasien.
- e. Dokter jaga unit gawat darurat pada saat serah terima tugas agar menjelaskan apa yang sudah dilakukan dan apa yang belum dilakukan terhadap pasien yang masih dalam perawatan gawat darurat kepada dokter jaga penggantinya.

Kewenangan :

- a. Memberikan instruksi dan mengawasi pelaksanaan penanganan pasien.
- b. Dapat melakukan tindakan penanganan keperawatan yang diperlukan dan menurutnya benar menurut ilmu kedokteran.

Dalam poin ke empat disebutkan bahwa dokter jaga IGD wajib mencatat keadaan pasien yang masuk perawatan secara lengkap di dalam kunjungan pasien, hal tersebut sesuai pentingnya kelengkapan rekam medis di IGD. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Avita Erfavira

didapatkan data dari 124 rekam medis dengan masing-masing kelompok (rawat jalan dan rawat darurat) 62 rekam medis, hasil kelengkapan pengisian rekam medis di Instalasi Rawat Jalan sebesar 58,1% dan di Instalasi Rawat Darurat sebesar 32,2%. Data tersebut mencerminkan bahwa kelengkapan pengisian rekam medis di IGD masih kurang padahal rekam medis yang dilakukan di IGD menjadi dasar untuk penatalaksanaan di tingkat selanjutnya pada pasien tersebut.

Pasien yang datang ke Unit Gawat Darurat dapat diidentifikasi sebagai pasien rawat jalan. Ketika pasien tersebut membutuhkan atau dinyatakan sebagai rawat inap, maka rekam medis harus segera disiapkan (Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan di Rumah Sakit, 2010).

Isi rekam medis pasien pasien gawat darurat menurut Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan di Rumah Sakit, 2010, 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 sekurang-kurangnya 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 yang memberikan pelayanan kesehatan,
- k. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain, dan
- l. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

### **3. Dokter DPJP Pasien Bedah**

Dokter Penanggungjawab Pasien (DPJP) yang menangani pasien bedah disini adalah dokter spesialis bedah. Tindakan pembedahan merupakan intervensi perawatan yang penting. *World Healthy Organization* (WHO) memperkirakan 50% komplikasi dan kematian akibat pembedahan dapat dicegah di negara berkembang. Untuk itu, WHO mengembangkan *Surgical Safety Checklist* (SSCL) sebagai upaya untuk meningkatkan keselamatan pasien, mengurangi kematian dan kecacatan (Eva T.H, dkk, 2012). Dalam hal menjaga keselamatan pasien, dokter bedah dan tenaga medis yang berkontribusi dalam bidang pembedahan harus memperhatikan pengisian rekam medis yang baik dan lengkap.

Hal lain yang menguatkan bahwa kelengkapan rekam medis dalam bidang bedah sangat penting dituangkan dalam Desain Formulir Menunjang Telusur Rekam Medis versi 2012 dijelaskan bahwa setiap perlakuan yang diberikan dokter bedah pada pasien bedah harus terlebih dahulu meminta persetujuan dari pasien yang bersangkutan. Seperti yang tertera pada standar HPK. 6. 4 bahwa *Informed Consent* diperoleh sebelum operasi, anestesi, penggunaan darah atau produk darah dan tindakan serta pengobatan lain yang berisiko dan hal tersebut dijelaskan pula dalam elemen penilaian HPK 6.4 poin 6 bahwa persetujuan didokumentasikan di rekam medis pasien disertai tanda tangan atau catatan dari persetujuan lisan. Selain hal tersebut dijelaskan pula pada standar PAB (Pelayanan Anestesi dan Bedah) nomor 7 bahwa setiap asuhan bedah

pasien direncanakan dan didokumentasikan berdasarkan hasil asesmen. Maksud dan tujuan dari PAB.7 tersebut adalah karena pembedahan membawa risiko dengan tingkatan yang tinggi, maka penggunaannya haruslah direncanakan secara seksama. Asesmen pasien adalah dasar untuk memilih prosedur pembedahan yang tepat. Asesmen memberikan informasi penting terhadap :

- a. Pemilihan prosedur yang tepat dan waktu yang optimal,
- b. Melaksanakan prosedur secara aman,
- c. Menginterpretasi temuan dalam monitoring pasien.

Menurut Standar Kreditasi Rumah Sakit 2012 dijelaskan bahwa asesmen awal medis dan keperawatan harus lengkap dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap atau lebih cepat tergantung kondisi pasien atau sesuai kebijakan rumah sakit. Indikator Mutu di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo menerapkan peraturan tersebut, hal tersebut tertuang dalam indikator angka ketidaklengkapan asesmen awal medis dalam 24 jam pada pasien rawat inap yang bersumber dari Standar Akreditasi Rumah Sakit. Asesmen awal medis terhadap pasien baru adalah penilaian yang dilakukan oleh dokter penganggung jawab pelayanan (DPJP)/ dokter jaga ruangan untuk memastikan bahwa perencanaan medis yang dilakukan tepat bagi pasien. Tujuan dari indikator tersebut adalah untuk menggambarkan tanggung jawab dokter dalam melakukan asesmen medis dalam 24 jam.

Pemilihan prosedur tergantung pada riwayat pasien, status fisik, dan data diagnostik termasuk risiko dan manfaat prosedur bagi pasien. Pemilihan prosedur mempertimbangkan informasi dari asesmen saat masuk rawat inap, tes diagnostik, dan sumber lain yang tersedia. Proses asesmen dijalankan dalam kerangka waktu dipersingkat bilamana pasien secara darurat membutuhkan pembedahan. Asuhan bedah yang direncanakan bagi pasien didokumentasikan

dalam status pasien, termasuk diagnosis pra operatif. Berdasarkan hal di atas, dokumentasi pra operatif dan pasca operatif harus ditulis dengan baik dalam rekam medis.

#### **4. Kesesuaian Kelengkapan Rekam Medis Dokter UGD dan DPJP**

Diagnosis adalah penentuan sifat suatu kasus penyakit, atau diartikan sebagai keterampilan membedakan suatu penyakit dengan yang lainnya (Dorland, 2007). Diagnosis dibagi menjadi dua jenis yaitu diagnosis kerja atau diagnosis sementara yang merupakan kesimpulan tentang kemungkinan penyakit yang ada pada pasien serta diagnosis banding yang menyertai diagnosis kerja (Hardjodisastro, 2006). Penegakan diagnosis sebagian besar dapat ditegakkan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Beberapa penyakit memerlukan pemeriksaan penunjang untuk memastikan diagnosis atau karena telah menjadi standart algoritma penegakan diagnosis (Menkes, 2014). Anamnesis dan pemeriksaan fisik yang dalam hal ini dilakukan oleh dokter UGD dan DPJP termasuk kedalam penilaian (*assessment*) pasien.

Pengkajian pasien merupakan langkah guna mengidentifikasi sejauh mana kebutuhan pasien akan pelayanan kesehatan. Menurut Panduan Asesmen Pasien, Pengkajian pasien berdasar waktu dilakukan pengkajian dibagi menjadi :

- a. Pengkajian awal : Dilakukan oleh professional kesehatan saat pertama kali bertemu dengan pasien dalam suatu episode penyakit. Pengkajian ini bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien akan pelayanan kesehatan terkait di bidang masing-masing. Minimal meliputi anamnesis dan pemeriksaan fisik serta terdokumentasi dalam rekam medis.
- b. Pengkajian lanjutan (Re-Assesment) : Bertujuan untuk memonitor/ mengevaluasi hasil dari pelaksanaan rencana pelayanan/pengobatan dan membuat rencana pelayanan/pengobatan selanjutnya.

Berdasarkan Panduan Asesmen Pasien RSUD Dr. Soetomo, asesmen yang dilakukan pada tingkatan DPJP terdiri atas :

a. Anamnesis :

- 1) Keluhan utama,
- 2) Riwayat penyakit sekarang,
- 3) Riwayat penyakit dahulu dan terapinya,
- 4) Riwayat alergi,
- 5) Riwayat penyakit dalam keluarga,
- 6) Riwayat pekerjaan,
- 7) Riwayat tumbuh kembang,

b. Pemeriksaan fisik :

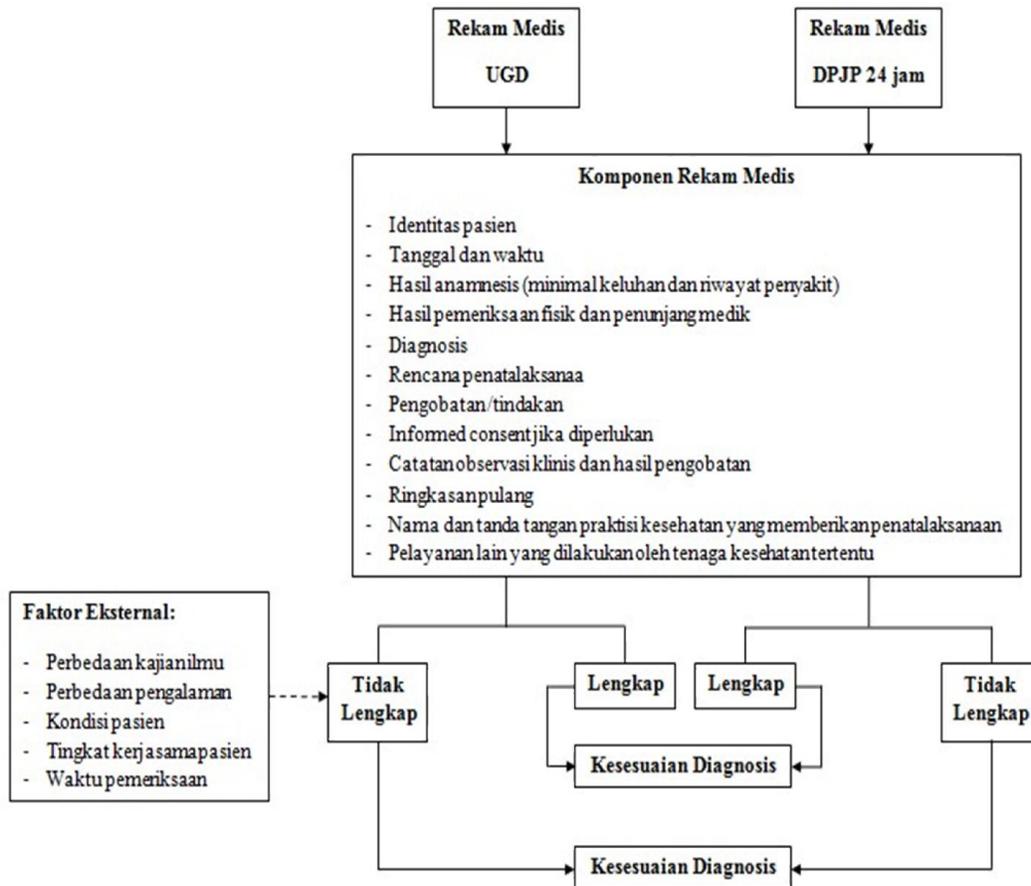
- 1) Generalis : Kepala, mata, THT leher, mulut, jantung & pembuluh darah, thoraks, paru-paru, payudara, abdomen, kulit dan sistem limfatik, tulang belakang dan anggota tubuh, sistem saraf, genitalia, anus dan rectum.
- 2) Lokalis : Inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi.

c. Skrining Nyeri.

Setiap dokter yang menangani pasien baik itu dokter UGD maupun DPJP harus melakukan asesmen secara lengkap dan semuanya harus terdokumentasi di dalam rekam medis. Kelengkapan rekam medis dapat terwujud bila semua asesmen / penilaian / pengkajian dilakukan dengan baik. Di samping itu manfaat lain bila asesmen dilakukan dengan lengkap maka terjadi kesesuaian penegakkan diagnosis antara dokter UGD dan DPJP. Ketidaksesuaian penegakkan diagnosis dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu dari Sumber Daya Manusia (SDM) maupun dari sarana dan prasarananya (Norman Hendra, dkk. 2008). Ketidaksesuaian diagnosis

dikalangan dokter disebabkan oleh beberapa hal lain seperti perbedaan pengkajian ilmu yang umumnya terjadi diantara dokter umum dan dokter spesialis, perbedaan pengalaman, kondisi pasien dan tingkat kerjasama pasien saat sakit, serta waktu pemeriksaan yang dapat menyebabkan perubahan kondisi pasien (Wirjodiarji, 2011).

## B. Kerangka Konsep



Keterangan :

≈ = sesuai

≠ = tidak sesuai

Pengelompokan pasien UGD ke suatu bangsal rawat inap di rumah sakit mengacu pada pemeriksaan dokter UGD yang tercantum di dalam rekam medis. Rekam medis tersebut berisi

komponen-komponen penting pasien yang kemudian akan digunakan dan atau diteruskan selama penanganan pasien oleh DPJP. Kesesuaian penilaian antara dokter UGD dan DPJP yang dilihat dari kelengkapan isi rekam medis dapat berpengaruh pada penanganan pasien selanjutnya karena adanya prinsip kesinambungan pelayanan.

### **C. Hipotesis**

Berdasarkan landasan teori yang sudah dijabarkan diatas maka, hipotesis yang dapat dibuat untuk penelitian ini yaitu terdapat ketidaklengkapan pengisian rekam medis dan ketidaksesuaian diagnosis pada pasien bedah di RS PKU I Muhammadiyah Yogyakarta.