

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Pustaka**

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

###### **a. Definisi Rekam Medis**

Definisi Rekam Medis dalam berbagai kepustakaan dituliskan dalam berbagai pengertian:

- 1) M.Jusuf Hanafiah dan Amri Amir (2012) 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.
- 2) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269 / MENKES / PER / III /2008 Pasal 1 ayat 1, yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
- 3) IDI (2005) dalam Sally (2008), yang dimaksud rekam medis adalah sebagai rekaman dalam bentuk tulisan atau gambaran aktivitas pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan medik atau kesehatan kepada seorang pasien.

## **b. 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, 2011).

Konsil Kedokteran Indonesia (2006) menjelaskan manfaat rekam medis sebagai berikut :

### 1) 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.

### 2) Peningkatan Kualitas Pelayanan

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

### 3) 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.

#### 4) 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.

#### 5) 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.

#### 6) Pembuktian Masalah Hukum, Disiplin dan Etik

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

Untuk memudahkan mengingat begitu banyak kegunaan (*value*) dari RM, kalangan RM memendekkannya dalam mneumonik CI.ALFREDS yang berarti mempunyai nilai : *Communication, Information, Administration, Legal, Financial, Research, Education, Documentation, dan Statistic* (Hanafiah dan Amri, 2012).

### c. Jenis Rekam Medis

Menurut Hanafiah dan Amir dalam bukunya yang berjudul Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan, di rumah sakit didapat 2 jenis rekam medis, yaitu :

- 1) Rekam medis pasien rawat jalan
- 2) Rekam medis pasien rawat inap

Konsil Kedokteran Indonesia 2006 membagi 2 jenis rekam medis, yaitu :

- 1) Rekam Medis Konvensional
- 2) Rekam Medis Elektronik

#### **d. Isi Rekam Medis**

Isi rekam medis dibagi menjadi 2 bagian menurut Konsil Kedokteran Indonesia 2006, yaitu :

- 1) 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.
- 2) Dokumen, merupakan kelengkapan dari catatan tersebut, antara lain foto rontgen, hasil laboratorium dan keterangan lain sesuai dengan kompetensi keilmuannya.

Isi catatan dan dokumen tersebut dipaparkan dalam 2 jenis rekam medis menurut Permenkes Nomor 269/MenKes/Per/III/2008, isi rekam medis secara umum untuk pasien rawat inap sekurang-kurangnya berisi hal-hal 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

Untuk pasien rawat jalan, rekam medis sekurang-kurangnya memuat hal-hal dibawah ini :

- 1) Identitas pasien
- 2) Tanggal dan waktu
- 3) Hasil anamnesis, minimal mencakup keluhan dan riwayat penyakit
- 4) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
- 5) Diagnosis
- 6) Rencana penatalaksanaan
- 7) Pengobatan dan/atau tindakan
- 8) Pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien

- 9) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
- 10) Persetujuan tindakan bila diperlukan

#### **e. 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 :

- 1) 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.
- 2) Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang rekam medis.
- 3) Pasal 79 UU Praktik Kedokteran secara tegas mengatut 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).
- 4) Peraturan KKI
- 5) Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI)
- 6) Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia (KODEKGI)

#### **f. Ketidaklengkapan Rekam Medis**

Ketidaklengkapan dokumen rekam medis menjadi salah satu masalah karena rekam medis menjadi satu-satunya catatan yang dapat memberikan informasi terinci tentang apa yang sudah terjadi selama pasien di rumah sakit (Alaydrus, 2011). Dampak ketidaklengkapan

pengisian dokumentasi asuhan keperawatan dalam rekam medis rumah sakit mengundang permasalahan hukum terutama para tenaga kesehatan apabila melakukan kelalaian yang merugikan pasien. Sehingga pasien dapat menggugat tanggung jawab dokter sesuai hukum kedokteran (Dewi, 2011).

## **2. Dokter Unit Gawat Darurat**

Unit Gawat Darurat (UGD) 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 PGD (Pelayanan Gawat Darurat), yang kemudian bila dibutuhkan akan merujuk pasien kepada dokter spesialis tertentu (Hidayati, 2014). Ketersediaan tenaga kesehatan dalam jumlah memadai adalah syarat yang harus dipenuhi oleh UGD, termasuk dokter jaga terlatih disamping dokter spesialis lain untuk memberikan dukungan tindakan medis spesialis bagi pasien yang memerlukannya. Dokter spesialis yang bertugas harus siap dan bersedia menerima rujukan dari UGD (Simbolon dkk, 2013).

Dokter UGD atau dokter jaga memiliki tugas dan kewenangan sebagai berikut :

### **a. Tugas :**

1) Memeriksa, mendiagnosis, memberikan terapi dan melakukan tindakan gawat darurat sesuai standar kepada pasien gawat darurat

- 2) Menkonsulkan pasien sesuai dengan masalahnya kepada dokter spesialis/konsultan sesuai dengan penyakit
- 3) Membuat surat rujukan RS apabila pasien perlu dirujuk
- 4) Membuat catatan pemeriksaan luar (VER)
- 5) Membuat surat kematian.

**b. Kewenangan :**

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

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 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 medic,

- 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 Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) Anak**

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) adalah dokter yang bertanggung jawab sepenuhnya atas pengelolaan asuhan medis seorang pasien di rumah sakit. Dokter spesialis anak dalam hal ini berperan sebagai dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) kesehatan anak.

IDAI mendefinisikan dokter spesialis anak sebagai dokter yang terdidik hingga lulus dan dipercaya memberikan layanan kesehatan anak secara komprehensif.

Kewajiban DPJP yang tertulis pada Surat Keputusan Direktur RS Proklamasi Karawang tahun 2011 meliputi :

- a) Membuat rencana pelayanan pasien dalam berkas rekam medis yang memuat segala aspek asuhan medis yang akan dilakukan, termasuk konsultasi, rehabilitasi, dll.

- b) Memberikan penjelasan secara rinci kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan baik tentang pengobatan, prosedur maupun kemungkinan hasil yang tidak diharapkan.
- c) Memberikan pendidikan/edukasi kepada pasien tentang kewajibannya terhadap dokter dan rumah sakit yang dicatat dalam berkas rekam medis.
- d) DPJP berkewajiban memberikan kesempatan kepada pasien atau keluarganya untuk bertanya atas hal-hal yang tidak/belum dimengerti.

Standar Akreditasi Rumah Sakit tahun 2012 menjelaskan 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. Asesmen awal medis terhadap pasien baru adalah penilaian yang dilakukan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) / dokter jaga untuk memastikan bahwa medis yang dilakukan tepat bagi pasien.

Berkas rekam medis pada kasus anak menurut Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan di Rumah Sakit 2010 terdiri atas lembar-lembar sebagai berikut :

- a. Sampul rekam medis
- b. Perawatan
- c. Ringkasan masuk/keluar
- d. Pengantar rujukan
- e. Instruksi dokter
- f. Catatan perkembangan

- g. Konsultasi
- h. Catatan perawat
- i. Grafik pengawasan
- j. Daftar pengobatan
- k. Pengkajian perawatan
- l. Laboratorium
- m. Radiologi
- n. Salinan resep
- o. Ringkasan pasien pulang

#### **4. Kesesuaian Diagnosis Dokter UGD dan DPJP**

Diagnosis dalam istilah medis menurut Thomdike dan Hagen dalam Suherman (2011) dapat diartikan sebagai berikut :

1. Upaya atau proses menemukan kelemahan atau penyakit (weakness, disease) apa yang dialami seseorang dengan melalui pengujian dan studi yang seksama mengenai gejala-gejalanya (symptoms);
2. Studi yang seksama terhadap fakta tentang suatu hal untuk menemukan karakteristik atau kesalahan-kesalahan dan sebagainya yang esensial;
3. Keputusan yang dicapai setelah dilakukan suatu studi yang seksama atas gejala-gejala atau fakta tentang suatu hal.

Diagnosis dibagi menjadi 2 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).

Diagnosis yang tidak sesuai di kalangan dokter disebabkan oleh beberapa hal seperti perbedaan kajian ilmu yang umumnya terjadi di antara dokter umum dan dokter spesialis, perbedaan pengalaman, kondisi pasien dan tingkat kerjasama pasien saat sakit, serta waktu pemeriksaan yang dapat menyebabkan perubahan kondisi pasien (Wirjodiarjo, 2011). Sumber Daya Manusia (SDM) dan sarana prasarana juga menjadi faktor terjadinya ketidaksesuaian diagnosis (Hendra dkk, 2008).

Departemen Kesehatan RI dalam Fitri (2011) menyatakan rekam medis merupakan dokumen yang menunjukkan kesinambungan perawatan atau pengobatan selama pasien dirawat inap hingga ke rawat jalan, sebagai dokumen yang memperlihatkan komunikasi antara dokter penanggung jawab pasien dan dokter konsultan atau tenaga kesehatan lainnya dan sebagai dokumen pemberian kewenangan kepada tenaga medis atau kesehatan untuk melakukan tindakan medis.

Dokter UGD dan DPJP berpedoman pada asesmen pasien dalam menjalankan tugas masing-masing. Asesmen pasien adalah tahapan dari proses dimana dokter, perawat, dietisien mengevaluasi data pasien baik subyektif maupun obyektif untuk membuat keputusan terkait : status kesehatan pasien, kebutuhan perawatan, intervensi dan evaluasi.

Penanganan pada penderita gawat darurat terbagi menjadi dua pengkajian, yaitu :

a. Pengkajian primer : merupakan pengkajian pada permasalahan yang utama, terdiri dari :

- 1) permasalahan pada airway,
- 2) Permasalahan pada breathing (ventilasi),
- 3) Permasalahan pada circulation,
- 4) Disability, drug, defibrillation, diagnosis,
- 5) Exposure control.

b. Pengkajian sekunder : bila pengkajian primer dapat tertangani, maka berlanjut ke pengkajian sekunder.

Pengkajian riwayat penyakit : anamnesa penyakit dahulu dan sekarang, riwayat alergi, riwayat penggunaan obat-obatan, keluhan utama.

Pemeriksaan penunjang : laboratorium, rontgen, EKG.

Lengkapnya pengkajian / asesmen yang dilakukan oleh dokter UGD berakibat pada lengkapnya rekam medis dan tepatnya penegakan diagnosis.

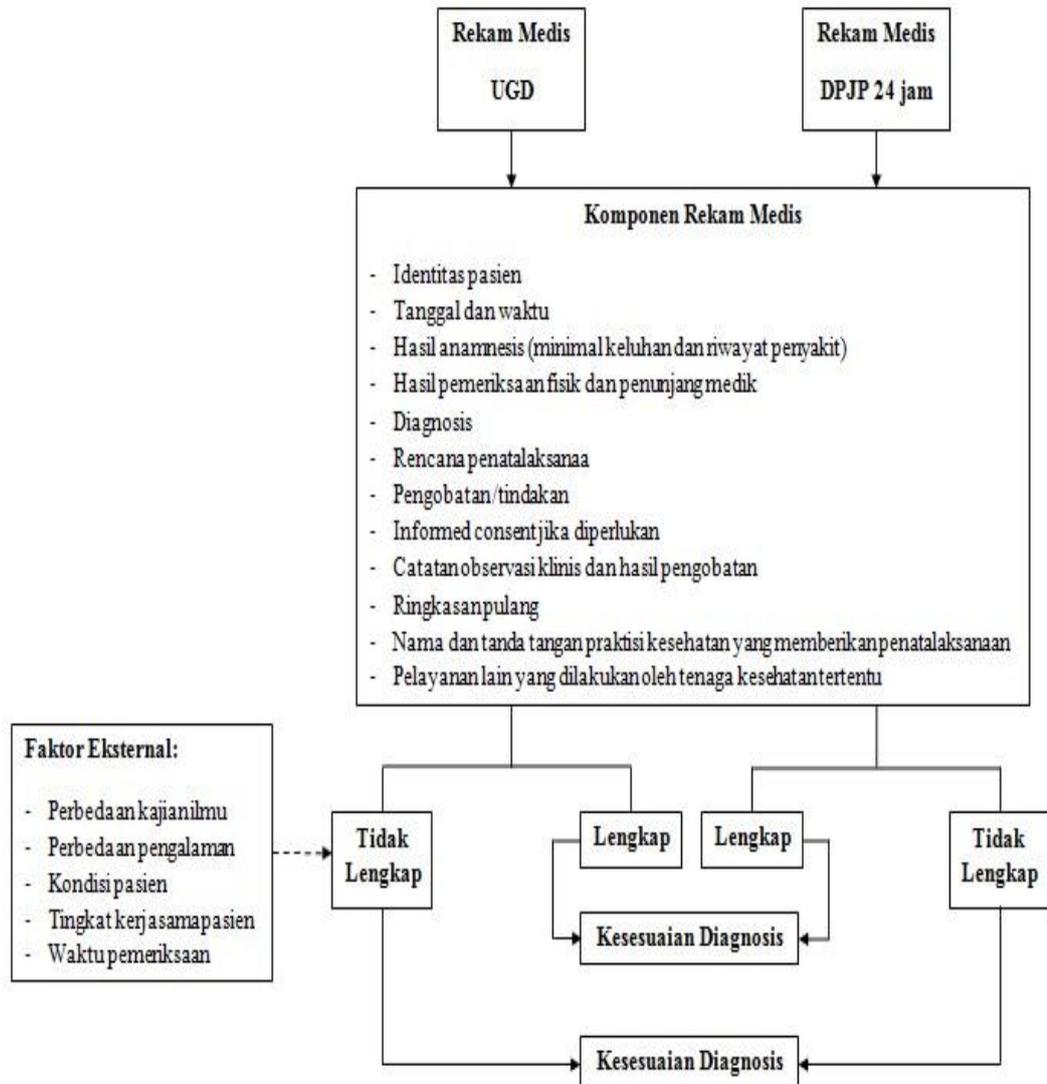
Asesmen yang dilakukan pada tingkatan DPJP terdiri atas :

- 1) Anamnesis :
  - a) Keluhan utama
  - b) Riwayat penyakit sekarang
  - c) Riwayat penyakit dahulu dan terapinya
  - d) Riwayat alergi
  - e) Riwayat penyakit dalam keluarga

- f) Riwayat pekerjaan
  - g) Riwayat tumbuh kembang
- 2) Pemeriksaan fisik :
- a) Generalis : kepala, mata, THT leher, mulut, jantung & pembuluh darah, thoraks, paru-paru, payudara, abdomen, kulit dan system limfatik, tulang belakang dan anggota tubuh, system saraf, genitalia, anus dan rectum.
  - b) Lokalis : inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi.
- 3) 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.

## B. Kerangka Konsep



**Gambar 1. Kerangka konsep**

Pengelompokan pasien ke suatu bangsal rawat inap di rumah sakit mengacu pada rekam medis yang dibuat oleh dokter UGD yang merupakan penilaian awal pada pasien dimana dalam rekam medis tersebut berisi komponen-komponen penting pasien yang kemudian akan digunakan sebagai penanganan lanjutan oleh DPJP. Lengkap atau tidaknya suatu rekam medis

dapat berpengaruh pada penanganan pasien selanjutnya dan berpengaruh pada kesesuaian penilaian dokter UGD dan DPJP karena adanya prinsip kesinambungan pelayanan.

### **C. Hipotesis**

Terdapat ketidaklengkapan pengisian rekam medis dan ketidaksesuaian diagnosis pada pasien anak di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.