**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Kerangka Teori**
2. **Pengertian Rekam Medis**
3. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien.[[1]](#footnote-1)
4. *The medical record today is a compilation of pertinent facts of a patient’s life and health history, including past and present illnesses and treatments, written by the health professionals contributing to that patient’s care. [[2]](#footnote-2)*

Rekam medis adalah kompilasi fakta – fakta yang relevan dari kehidupan pasien dan riwayat kesehatan, termasuk penyakit masa lalu dan sekarang dan pengobatan, yang ditulis oleh para professional kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan untuk pasien.

1. *A medical record is a written collection of information about a patient. It is derived from the patient's first encounter or treatment at a hospital, clinic or other primary health care centre. The medical record is thus a record of all the procedures carried out on that patient, whilst he is in hospital or under treatment at a clinic or centre. It should contain the past medical history of the patient, including opinions, investigations and other details relevant to the health of the patient.[[3]](#footnote-3)*

Rekam medis adalah kumpulan informasi tertulis tentang pasien. Itu berasal dari saat pertama pasien masuk atau dirawat di rumah sakitpertemuan, klinik atau pusat pelayanan kesehatan primer. Dengan demikian Rekam Medis merupakan catatan dari semua prosedur yang dilakukan pada pasien itu, saay ia berada di rumah sakit atau di bawah perawatan di sebuah klinik atau pelayanan lainnya. Rekam Medis harus berisi riwayat medis masa lalu pasien, termasuk pendapat, penyelidikan dan rincian lain yang relevan dengan kesehatan pasien.

1. **Tujuan Rekam Medis**

*The main purpose of the medical record is to accurately and adequately document a patient’s life and health history, including past and present illness and treatment, with emphasis on the events affecting the patient during the current episode of care.[[4]](#footnote-4)*

Tujuan utama dari rekam medis adalah mendokumentasikan riwayat hidup pasien dan kesehatannya secara akurat dan adekuat, termasuk penyakit masa lalu, dan sekarang dan pengobatan, dengan penekanan pada peristiwa yang mempengaruhi pasien selama perawatan.

1. **Kegunaan Rekam Medis**

*The medical record is used in a number of ways[[5]](#footnote-5):*

1. *Patient Care Management*
2. *To document the course of the patient’s illness and treatment during each episode of care;*
3. *To communicate between the physician and other health professionals providing care to the patient; and*
4. *To inform health professionals providing subsequent care.*
5. *Quality Review – to evaluate the adequacy and appropriateness of care.*
6. *Financial Reimbursement – to substantiate insurance claims of the health care facility and patient.*
7. *Legal Affairs – to provide data to assist in protecting the legal interests of the patient, the physician, and the health care facility.*
8. *Education – to provide actual case studies for the education of health professionals.*
9. *Research – to provide data to expand the body of medical knowledge.*
10. *Public Health – to identify disease incidence so plans can be formulated to improve the overall health of the nation and world.*
11. *Planning and Marketing – to identify data necessary for selecting and promoting facility services.*

Alpha

Rekam medis digunakan dalam beberapa cara:

1. Manajemen Asuhan Pasien
2. Untuk mendokumentasikan perjalanan penyakit pasien dan pengobatan selama episode perawatan;
3. Untuk berkomunikasi antara dokter dan profesional kesehatan lainnya yang memberikan perawatan kepada pasien, dan
4. Untuk memberi tahu profesional kesehatan yang memberikan perawatan berikutnya.
5. Kajian Mutu – Untuk mengevaluasi pelayanan pasien yang tepat dan *adequate*.
6. Penggantian keuangan - untuk mendukung klaim asuransi dari fasilitas perawatan kesehatan dan pasien.
7. Aspek Hukum - menyediakan data untuk membantu melindungi kepentingan hukum pasien, dokter, dan fasilitas perawatan kesehatan.
8. Pendidikan - untuk memberikan studi kasus untuk pendidikan profesional kesehatan.
9. Penelitian - untuk menyediakan data untuk pengembangan pengetahuan medis.
10. Kesehatan Masyarakat - untuk mengidentifikasi kejadian penyakit sehingga rencana dapat dirumuskan untuk meningkatkan kesehatan secara keseluruhan dari suatu bangsa di dunia.
11. Perencanaan dan Pemasaran - untuk mengidentifikasi data yang diperlukan untuk memilih dan mempromosikan fasilitas layanan yang ada.
12. **Isi Rekam Medis Rawat Inap**

Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat: **[[6]](#footnote-6)**

1. Identitas pasien
2. Tanggal dan waktu
3. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
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; dan
13. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
14. **Definisi Audit**

Audit adalah review retrospektif dari catatan perawatan kesehatan yang dipilih atau dokumen untuk mengevaluasi kualitas pelayanan atau jasa yang diberikan dibandingkan dengan standar yang telah ditentukan. [[7]](#footnote-7)

1. **Definisi Dokumen**

Dokumen adalah catatan dokter, dokter gigi, dan atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi, dan pengobatan harian dan semua rekaman , baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan (*imaging*), dan rekaman elektrodiagnostik.[[8]](#footnote-8)

1. **Definisi Analisis Kuantitatif**
2. *Quantitative analysis is a review of prescribed areas of the medical record for identifying specific deficiencies..[[9]](#footnote-9)*

Analisis kuantitatif adalah review dari area yang ditentukan dari catatan medis untuk mengidentifikasi kekurangan tertentu.

1. *Quantitative analysis is conducted to determine the accuracy and completeness of the health record.[[10]](#footnote-10)*

Analisis kuantitatif dilakukan untuk menentukan keakuratan dan kelengkapan catatan kesehatan

1. *Quantitative analysis refers to a review of the health record. the content of every health record must be completed with appropriate documentation that complies with accreditation, licensing, and best practice requirements.[[11]](#footnote-11)*

Analisis kuantitatif mengacu review dari catatan kesehatan. isi setiap catatan kesehatan harus dilengkapi dengan dokumentasi yang sesuai yang sesuai dengan akreditasi, perizinan, dan persyaratan praktek terbaik.

1. Analisis kuantitatif dimaksudkan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam kesehatan rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan.[[12]](#footnote-12)
2. **Tujuan Analisis Kuantitatif**

*The purpose of quantitative analysis is primarily to identify obvious and routine omissions that can be easily corrected in the normal course of the hospital’s procedures. This procedure makes the medical record more complete for reference in continuing patient care, for protecting the legal interests of the patient, physician, and hospital, and for meeting licensing, accrediting, and certifying requirements.[[13]](#footnote-13)*

Tujuan analisis kuantitatif terutama untuk mengidentifikasi kekurangan yang jelas dan rutin yang dapat dengan mudah diperbaiki dalam prosedur yang normal di rumah sakit. membuat prosedur rekam medis yang lebih lengkap untuk referensi dalam melanjutkan perawatan pasien, untuk melindungi kepentingan hukum pasien, dokter dan rumah sakit, dan untuk akreditasi perizinan pertemuan dan persyaratan sertifikasi.

1. **Hasil Analisis Kuantitatif**

*Quantitative analysis identifies specific deficiencies. These deficiencies should be completed by the health care provider within a short time of their identification. The medical staff by laws specify a time frame for completion of medical records, in accordance with licensing, accrediting, and certifying agency requirements. [[14]](#footnote-14)*

Analisis kuantitatif mengidentifikasi kekurangan tertentu. Kekurangan ini harus diselesaikan oleh penyedia layanan kesehatan dalam waktu singkat. Staf medis oleh hukum menentukan kerangka waktu untuk menyelesaikan catatan medis, sesuai dengan perizinan, akreditasi, dan sertifikasi persyaratan lembaga.

1. **Gambaran Analisis Kuantitatif**

Analisis kuantitatif dilakukan untuk menentukan keakuratan dan kelengkapan catatan kesehatan. Kesehatan profesional manajemen informasi yang memiliki tanggung jawab pengawasan untuk perakitan catatan pasien habis melakukan fungsi analisis kuantitatif untuk menentukan ada atau tidak adanya laporan penting dan item seperti berikut:[[15]](#footnote-15)

1. Ringkasan pulang atau resume klinis
2. Sejarah dan laporan pemeriksaan fisik
3. Otentikasi (tanda tangan) untuk entri yang ditunjuk dalam catatan kesehatan (misalnya, catatan perkembangan, instruksi dokter, dan laporan operasi)
4. Diagnosis utama dan tambahan dan prosedur pokok dan tambahan didokumentasikan oleh dokter yang bertanggung jawab.
5. Laporan operasi, pra anestesi dan pasca laporan anestesi, dan laporan patologi untuk pasien yang membutuhkan pembedahan.
6. Laporan dari semua tes diagnostik (misalnya, laboratorium, radiologi, EEG, dan EKG.).
7. Konfirmasi laporan konsultas, (jika konsultasi diminta).
8. Menandatangani otorisasi dan persetujuan
9. Identifikasi pasien dengan benar pada setiap kertas atau layar komputer
10. Laporan yang lengkap dan otentik yang diperlukan untuk pasien di unit seperti kebidanan, neonatal, dan rehabilitasi
11. **Komponen-komponen Analisis Kuantitatif**

*The basic components of quantitative analysis include a review of the medical record for:[[16]](#footnote-16)*

1. *Correct patient identification on every form,*
2. *Presence of all necessary reports,*
3. *Required authentication on all entries, and*
4. *Good recording practices.*

Komponen dasar analisis kuantitatif meliputi suatu review rekam medis:

1. Mengkoreksi identifikasi pasien pada setiap lembaran rekam medis,
2. Adanya semua laporan atau pencatatan yang penting sebagai bukti rekaman,
3. Adanya autentikasi penulis pada setiap tempat yang ditentukan,
4. Pendokumentasian yang baik.

Penjelasan komponen-komponen analisis sebagai berikut:[[17]](#footnote-17)

1. Identifikasi

Baik yang dilakukan secara bersamaan atau secara retrospektif, analisis kuantitatif biasanya dimulai dengan pemeriksaan setiap halaman catatan medis, untuk identifikasi pasien – setidaknya nama pasien dan nomor rekam medis. Jika halaman yang diidentifikasi hilang, halaman harus ditinjau untuk menentukan apakah itu rekam medis milik pasien yang sedang di analisis dan identifikasi dicatat. Keuntungan dari melakukan analisis kuantitatif secara bersamaan adalah bahwa halaman dengan identifikasi yang hilang mungkin lebih mudah diidentifikasi.

1. Laporan yang diperlukan

Ada laporan tertentu yang umum untuk semua catatan medis di fasilitas yang diberikan. Misalnya, di rumah sakit laporan dari riwayat medis, pemeriksaan fisik, pengamatan klinis (catatan perkembangan), dan kesimpulan pada saat pemutusan hubungan rawat inap (resume klinis dan pernyataan diagnosis akhir dan tindakan) yang umum. Laporan lainnya yang diperlukan tergantung pada tujuan pasien di rumah sakit. Jika pasien memiliki tes diagnostik, konsultasi, atau operasi, Laporan dari prosedur yang diperlukan. Prosedur untuk analisis kuantitatif harus menentukan laporan yang akan diperiksa. Misalnya, jika sejarah dan pemeriksaan fisik belum dilakukan dalam waktu 24 jam masuk, kekurangan ini harus diidentifikasi pada analisis bersamaan. Jika seorang dokter mendikte laporan operasi, dan laporan untuk operasi tertentu hilang pada analisis retrospektif, ini diidentifikasi sebagai sebuah kekurangan. Perlu dicatat, bahwa laporan tindakan hilang karena tindakan itu tidak dilakukan, laporan itu tidak dapat dianggap sebagai kekurangan bahwa penyedia kesehatan dapat menambah catatan medis. Misalnya, jika tidak ada catatan kemajuan dokter pada hari tertentu karena dokter tidak mengunjungi pasien pada hari itu, dokter tidak harus diminta untuk menulis catatan perkembangan.

1. Review autentikasi atau keabsahan rekaman

Analisis kuantitatif juga memastikan bahwa entri yang ditentukan dikonfirmasi. Autentikasi mungkin tanda tangan, stempel dalam kepemilikan tunggal pemilik, inisial jika diidentifikasi dalam rekam medis atau kode akses komputer atau kunci, dan harus mencakup judul professional (MD, RN, dan lain-lain) dari penulis. Entri tidak harus ditandatangani oleh orang lain selain penulis, meskipun fasilitas mungkin memerlukan *countersignature* entri yang dibuat oleh staff rumah dan siswa untuk menunjukkan pengawasan oleh professional. Dimana *countersignature* diperlukan, baik tanda tangan penulis dan pengawas professional harus dimasukkan, serta catatan mengenai penelaahan terhadap masuknya, seperti “terakhir”, “setuju dengan”, atau “melaksanakan perintah seperti diicatat”.

1. Review tata cara pendokumentasian yang baik

Entri juga harus mengikuti tata cara rekaman yang baik. Sedangkan analisis kuantitatif tidak dapat memecahkan masalah yang tidak terbaca atau tidak lengkap, atau jika entri tidak ada tanggal. Dimana kesalahan belum tepat dikoreksi, atau ada yang melewatkan spasi yang seharusnya digarisbawahi untuk mencegah masalah berikutnya – terutama dalam catatan perkembangan dan perintah dokter dan singkatan yang telah digunakan dalam laporan diagnosis terakhir dan prosedur. Koreksi kesalahan adalah aspek yang sangat penting dari dokumentasi. Perubahan dengan mudah dapat menimbulkan pertanyaan tentang keaslian dan kelalaian. Bila perlu untuk mengoreksi kesalahan (seperti ketika penyedia perawatan kesehatan telah ditulis dalam rekam medis pasien yang salah itu), penyedia layanan kesehatan harus dianjurkan untuk menggambar garis tunggal melalui setiap baris kesalahan, menambahkan catatan dan menjelaskan kesalahan (seperti “rekam medis pasien yang salah itu”), tanggal dan kemudian membuat masukan yang tepat dalam urutan kronologis yang menunjukkan entri itu diganti. Jika ada keraguan mengenai diterimanya entri, itu adalah tata cara yang baik untuk memiliki saksi rekan professional yang mengkoreksi. Dan dengan memastikan bahwa semua bentuk yang hadir dalam pengaturan yang benar dan bahwa semua entri dikonfirmasi dan mencerminkan standar minimum tata cara rekaman yang baik, analisis kuantitatif adalah bagian penting dari meningkatkan akurasi dan kelengkapan rekam medis. Pengokumentasian tersebut mencakup tata cara pencatatan yang baik, meliputi tidak ada coretan, tidak ada tipe-x, dan tidak ada bagian yang kosong.

1. **Kerangka Konsep**

Secara sistematis kerangka konsepnya, sebagai berikut:

Untuk mengetahui gambaran tentang audit pendokumentasian rekam medis di Rumah Sakit Asri, ada beberapa proses yang harus dilakukan, yaitu mengidentifikasi standar prosedur operasional analisis kuantitatif , melakukan pengumpulan data analisis kuantitatif, dan mengolah, menganalisis serta mengevaluasi hasil analisis kuantitatif, dengan di dukung dari rekam medis, sumber daya manusia, kebijakan analisis kuantitatif dan hasil analisis kuantitatif tahun 2010.

**Input Proses Output**

-Rekam Medis

-SDM

-Kebijakan Analisis Kuantitatif

-Hasil Analisis Kuantitatif Tahun 2010

-Mengidentifikasi standar prosedur operasional analisis kuantitatif

- Melakukan pengumpulan data analisis kuantitatif

- Mengolah dan menganalisis, serta mengevaluasi hasil analisis kuantitatif

Peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit Asri.

1. **Variabel Penelitian**

Variabel penelitian adalah gambaran tentang audit pendokumentasian rekam medis di Rumah Sakit Asri.

1. Input

* Rekam Medis
* SDM
* Kebijakan analisis kuantitatif
* Hasil Analisis Kuantitatif Tahun 2010

1. Proses

* Mengidentifikasi standar prosedur operasional analisis kuantitatif.
* Melakukan pengumpulan data analisis kuantitatif.
* Mengolah dan menganalisis, serta mengevaluasi hasil analisis kuantitatif.

1. Output

Mengetahui peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit Asri.

1. **Definisi Operasional**
2. Rekam medis adalah berkas rekam medis yang ada di Rumah Sakit Asri.
3. Sumber daya manusia adalah petugas rekam medis yang melakukan analisis kuantitatif di Rumah Sakit Asri.
4. Kebijakan analisis kuantitatif adalah peraturan yang terkait dengan kelengkapan analisis kuantitatif di Rumah Sakit Asri.
5. Hasil analisis kuantitatif tahun 2010 adalah hasil analisis kuantitatif berkas rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Asri tahun 2010.
6. Mengidentifikasi standar prosedur operasional analisis kuantitatif adalah proses membaca langkah-langkah analisis kuantitatif.
7. Melakukan pengumpulan data analisis kuantitatif adalah proses untuk mengumpulkan data tentang kelengkapan isi rekam medis pada bulan Januari - Maret 2013.
8. Mengolah dan menganalisis, serta mengevaluasi hasil analisis kuantitatif adalah proses untuk mengolah data mentah menjadi informasi, kemudian informasi tersebut akan disimpulkan dan setelah disimpulkan akan ditinjau ulang kembali hasil analisis kuantitatif pada bulan Januari – Maret 2013.

1. Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis, Bab I Pasal I [↑](#footnote-ref-1)
2. Edna K.Huffman, RRA, *op.cit*., hlm. 28 [↑](#footnote-ref-2)
3. IFHRO. “*Learning Packages For Medical Record Practice”.*1994, hlm 1 [↑](#footnote-ref-3)
4. Edna K.Huffman, RRA, op.cit., hlm. 30 [↑](#footnote-ref-4)
5. *Ibid.,* hlm. 31

   [↑](#footnote-ref-5)
6. Permenkes no. 269/Menkes/Per/III/2008, *op.cit*., Bab II pasal 3 [↑](#footnote-ref-6)
7. Abdelhak, Grostick, Hanken, dan Jacobs, *Health Information Management of a Strategic Resource*. 1996. Hlm 708 [↑](#footnote-ref-7)
8. Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008.op.cit., Bab I Pasal 1 [↑](#footnote-ref-8)
9. Edna K.Huffman, RRA, op.cit.,hlm 227 [↑](#footnote-ref-9)
10. Margareth A. Skurka, Health *Information Management Principles and Organization for Health Information Services.* 2003. hlm 84 [↑](#footnote-ref-10)
11. Merida L. Johns, Health *Information Management Technology.* 2002. hlm 776 [↑](#footnote-ref-11)
12. Gemala R.Hatta, *Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, Jakarta: Universitas Indonesia 2009, hlm 350 [↑](#footnote-ref-12)
13. Edna K.Huffman, RRA, op.cit.,hlm. 226 [↑](#footnote-ref-13)
14. *Loc. cit.* [↑](#footnote-ref-14)
15. Margareth A. Skurka, *op.cit*., hlm 84 [↑](#footnote-ref-15)
16. Edna K.Huffman, RRA, op.cit.,hlm. 226 [↑](#footnote-ref-16)
17. *Ibid*, hlm 228 [↑](#footnote-ref-17)