**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Kerangka Teori**
2. **Pengertian rekam medis**

Rekam medis menurut kamus umum bahasa Indonesia, adalah hasil perekaman yang berupa keterangan mengenai hasil pengobatan pasien.

Berdasarkan Permenkes No.269 tahun 2008, Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien[[1]](#footnote-2).

Sesuai dengan penjelasan UU RI No.29 tahun 2004, disebutkan bahwa Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien[[2]](#footnote-3).

Menurut IFHIMA, rekam medis adalah kumpulan catatan tentang pasien dimulai pada saat pasien mendapatkan pengobatan dari rumah sakit, klinik atau pelayanan kesehatan utama lainnya[[3]](#footnote-4).

Menurut Edna K.Huffman, RRA,. Rekam medis adalah kumpulan dari fakta-fakta atau bukti-bukti dari kehidupan seorang pasien, riwayat penyakit masa lalu dan penyakit serta pengobatan saat ini yang ditulis oleh profesi kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien tersebut[[4]](#footnote-5).

1. **Tujuan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan**

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit[[5]](#footnote-6). Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan didalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

1. **Kegunaan Rekam Medis**

Secara umum rekam medis berguna untuk :

1. *Patient care management*

* Mencatat keadaan penyakit dan pengobatan pada suatu jangka waktu tertentu
* Komunikasi antar dokter dan pemberi pelayanan kesehatan lain
* Memberi informasi kepada pemberi pelayanan kesehatan untuk pelayanan kesehatan berikutnya.

1. *Quality review*

Untuk mengevaluasi pelayanan yang tepat dan *adequate*. Rekam medis yang jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal

1. *Financial reimbursement*

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.

1. *Legal affairs*

Rekam medis dapat memberikan data untuk melindungi kepentingan pasien, dokter, dan institusi pelayanan kesehatan. Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etika.

1. *Education*

Memberikan studi kasus yang aktual untuk pendidik profesi kesehatan. Rekam medis berisi informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kesehatan.

1. *Research*

Untuk memberikan data dalam mengembangkan pengetahuan medis.

1. *Public health*

Rekam medis dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, menentukan jumlah penderita pada penyakit-penyakit tertentu, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan dapat menjadikan dasar bagi peningkatan kesehatan nasional/dunia

1. *Planning and marketing*

Untuk mengidentifikasi data-data penting untuk menyeleksi dan mempromosikan pelayanan dari fasilitas yang ada. Untuk mendapatkan informasi yang berguna bagi perencanaan sarana pelayanan kesehatan tersebut dan dapat digunakan dalam mengambil keputusan[[6]](#footnote-7).

1. **Isi Rekam Medis**

Terdapat beberapa bentuk formulir rekam medis yang dipakai oleh rumah sakit, namun semuanya harus memenuhi keperluan yang mendasar sebagaimana yang telah diuraikan pada kegunaan rekam medis. Dan perekam medis harus melaksanakan evaluasi isi rekam medis baik analisa kualitatif dan kuantitatif[[7]](#footnote-8). Isi rekam medis terbagi 2, yaitu:

1. Data administratif
2. Data Demografi

Demografi adalah studi tentang interaksi tingkat perkembangan dari tiga komponen (kelahiran, kematian, migrasi) dan studi tentang dampak dari perubahan komposisi dan dari perkembangan dari penduduk. Tujuan dan penggunaan demografi

1. Mempelajari kuantitas dan distribusi penduduk dalam suatu wilayah tertentu
2. Menjelaskan pertumbuhan masa lampau, penurunannya dan persebarannya berdasarkan data yang tersedia
3. Mengembangkan sebab akibat antara perkembangan penduduk dan bermacam-macam aspek organisasi social
4. Mencoba meramalkan pertumbuhan penduduk di masa yang akan datang[[8]](#footnote-9)

Data Demografi berisi :

1. Nama lengkap
2. No. rekam medis
3. Alamat lengkap
4. Tempat dan tanggal lahir
5. Jenis kelamin
6. Status pernikahan
7. Nama dan alamat keluarga terdekat yang sewaktu-waktu dapat dihubungi
8. Tanggal dan waktu pendaftaran
9. Nama rumah sakit
10. Data keuangan

Invoice dan bukti pembayaran lainnya.

1. Data yang berhubungan dengan pasien
2. *Informed Consent* :
3. Persetujuan tindakan / operasi
4. Persetujuan rawat inap
5. Penolakan rawat
6. Pernyataan permintaan pulang paksa

b). Lembar pengesahan pengeluaran informasi

1. Surat kuasa
2. Tata tertib rawat inap
3. Lembar hak kuasa
4. Sertifikat kelahiran atau kematian
5. Surat klaim
6. Tanda identitas pasien ( No rekam medis )
7. Lembaran audit
8. Lembaran kejadian
9. Protokol klinis (*clinical protocols*), jalur klinis (*clinical pathway*), pedoman
10. Praktik dan pengetahuan lain (*clinical practice guidelines*) yang tidak melekat pada pasien.
11. Data klinis

Data pasien berupa hasil pemeriksaan, pengobatan, perawatan yang dilakukan oleh praktisi kesehatan dan penunjang medis[[9]](#footnote-10). Rekaman klinis untuk pasien rawat inap berisi :

1. Riwayat medis masa lalu
2. Pemeriksaan fisik saat pasien datang untuk meyakinkan bahwa pasien mendapat perawatan di sarana pelayanan akut
3. Instruksi dignostik dan terapeutik, termasuk tindakan bedah, laporan konsultasi medis
4. Diagnosis akhir dan kondisi pasien pulang
5. Instruksi akhir kepada pasien sebelum pulang[[10]](#footnote-11).
6. Isi rekam medis rawat jalan
7. Formulir ringkasan riwayat klinik ( identitas pasien )
8. Formulir poliklinik ( anamnesa , diagnosa penyakit dan terapi )
9. Surat rujukan jika ada
10. Hasil pemeriksaan penunjang ( Lab, RO, EKG, USG,CT Scan, dan lain lain)
11. Isi rekam medis rawat inap
12. Formulir ringkasan masuk dan keluar
13. Formulir hak kuasa
14. Formulir pernyataan menaati peraturan
15. Surat pengantar opname
16. Formulir riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik
17. Formulir Instruksi dokter
18. Daftar pengobatan suhu tensi dan nadi
19. Daftar pengobatan
20. Daftar pemberian infuse
21. Formulir konsultasi
22. Formulir Pengkajian data keperawatan
23. Formulir rencana asuhan keperawatan
24. Catatan perkembangan
25. Catatan keperawatan
26. Formulir ringkasan pasien pulang/pindah ruangan
27. Hasil pemeriksaan : Lab, RO, EKG, USG, CT Scan, dll
28. Resume pasien pulang
29. Isi rekam medis gawat darurat
30. Identifikasi pasien
31. Waktu, cara dan alasan masuk UGD
32. Riwayat penyakit / cedera dan pemeriksaan fisik termasuk tanda-tanda vital
33. Tindakan emergensi saat masuk
34. Diagnostik dan terapi
35. Observasi klinis, termasuk pengobatan
36. Laporan operasi, tes dan hasil lain
37. Diagnosa
38. Konklusi
39. Surat pernyataan pulang paksa (bila perlu)
40. Isi rekam medis dalam keadaan bencana
41. Jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan
42. Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana masal
43. Identitas yang menemukan pasien[[11]](#footnote-12).
44. **Teori Analisa Kuantitatif**

Analisa kuantitatif adalah *review* bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis. Data kuantitatif atau data statistic berhubungan dengan angka-angka diperoleh dari hasil pengukuran.

Komponen Analisa Kuantitatif

Komponen dasar meliputi suatu *review* rekam medis :

1. Memeriksa identifikasi pasien pada setiap lembar rekam medis

Komponen identifikasi pasien pada SMPK sangat penting terutama untuk data kematian dan pemakaman jenazah

1. Adanya semua laporan atau catatan yang penting

Catatan yang penting pada SMPK adalah catatan yang berisikan penyebab kematian pasien yang terdiri dari sub komponen penyebab langsung, penyebab antara, dan penyebab dasar (UCOD).

1. Adanya autentifikasi penulis

Autentifikasi penulis pada SMPK adalah pengesahan terhadap isi yang telah ditulis oleh penulis yang bertanggungjawab terhadap pasien tersebut, jika dokter yang merawat yang menulis berarti dokter yang merawat pula yang harus mempertanggungjawabkan apa yang telah ditulis pada SMPK tersebut. Dokter yang menulis harus menandatangani SMPK, disertai nama jelas, stempel dokter dan stempel rumah sakit. Jika sewaktu-waktu terjadi hal-hal yang tidak diinginkan atau ada tuntutan, dokter tersebut yang harus mempertanggungjawabkan semua tulisan yang ada di SMPK.

1. Terciptanya pelaksanaan pencatatan yang baik.

Catatan yang baik pada SMPK seperti tidak ada coretan, tidak ada tip-ex dan tidak ada bagian yang kosong. Namun bila ada kesalahan sebaiknya jangan di tip-ex lebih baik di coret dua garis dan di paraf oleh yang bertanggung jawab mencoret tersebut[[12]](#footnote-13).

1. **Tata cara pengisian rekam medis**

Dari lembaran-lembaran rekam medis tersebut, harus diperhatikan :

1. Tanggal dan jam : masuk pemeriksaan, pengobatan, atau tindakan, perawatan serta keluar
2. Dengan tidak melupakan nama dan tanda tangan dokter yang menangani
3. Jenis rekam medis dasar disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi rumah sakit masing-masing[[13]](#footnote-14).
4. **Standar Prosedur Operasional (SPO)**

Standar Prosedur Operasional adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan.

Langkah-langkah dalam menyusun SPO, adalah sebgai berikut :

* Menganalisa tugas dan fungsi organisasi
* Mengidentifikasi output final[[14]](#footnote-15).

1. **Pengertian Kelengkapan**

Lengkap adalah genap tidak kurang[[15]](#footnote-16). Menurut kamus besar Bahasa Indonesia Lengkap adalah, tidak ada kurangnya. Kelengkapan, kekomplitan tidak kurang sedikit juga kelengkapan tidak ada kurangnya segala yang sudah dilengkapi itu.

1. **Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK)**

Sertifikat kematian adalah dokumen yang dikeluarkan oleh seorang pejabat pemerintah seperti registrasi statistik vital yang menyatakan tanggal, lokasi dan penyebab kematain. Pencatatan kematian adalah pencatatan kejadian kematian yang dialami oleh seseorang dalam register pada instansi pelaksana untuk pengelolaan data kependudukan.

Pencatatan penyebab kematian adalah pencatatan beberapa penyakit atau kondisi yang merupakan suatu rangkaian perjalanan penyakit menuju kematian atau keadaan kecelakaan atau kekerasan yang menyebabkan cedera dan berakhir dengan kematian[[16]](#footnote-17)

Beberapa kegunaan dari sertifikat kematian yaitu:

1. Pemakaman
2. Pensiun
3. Asuransi
4. Warisan
5. Hutang piutang
6. Hukum
7. Statistik
8. **Format Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK)**

Format SMPK yang dikeluarkan oleh Dinkes Propinsi DKI (usia di atas perinatal) adaptasinya sama seperti yang ada di ICD 10 volume 2. Dokter harus menggunakan pertimbangan klinis ketika melengkapi SMPK tersebut. Format SMPK usia perinatal, mengandung data ibu dan bayi.

SMPK terdiri dari 4 lembar kertas berwarna, warna putih untuk keluarga, warna kuning untuk Dinas Kesehatan, warna merah untuk Badan LitBang dan lembar berwarna hijau untuk arsip rumah sakit. Isi SMPK terdiri dari 3 bagian, yaitu :

1. Bagian I, Identitas pasien
2. Bagian II, keterangan khusus kasus kematian di rumah sakit termasuk DOA
3. Bagian III, penyebab kematian termasuk cedera yang berisi penyebab kematian di atas usia perinatal > 8 hari dan penyebab kematian usia perinatal (0-6 hari).

Format isian diagnosa dalam SMPK (usia di atas perinatal)

1. Penyebab langsung kematian
2. Penyebab antara
3. Penyebab dasar (*UCOD*)
4. Penyakit / kondisi lain yang berhubungan

Format isian diagnosa dalam SMPK (usia perinatal)

1. Penyebab utama pada bayi
2. Penyebab utama ibu

Bentuk Internasional sertifikat medis penyebab kematian

Prinsip di atas dapat diterapkan secara seragam dengan menggunakan formulir sertifikasi medis direkomendasikan oleh WHO. Ini adalah tanggung jawab praktisi medis menandatangani sertifikat kematian untuk menunjukkan kondisi kesakitan yang merujuk pada penyebab langsung kematian dan menyatakan kondisi yg menimbulkan masalah ini. Sertifikat medis dirancang untuk memfasilitasi pemilihan penyebab kematian ketika dua atau lebih penyebab dicatat.

Bagian I dari formulir adalah untuk penyakit yang berhubungan dengan peristiwa yang mengarah langsung ke kematian. Bagian II adalah untuk setiap kondisi penting lainnya yang berkontribusi pada hasil yang fatal, tetapi tidak berkaitan dengan penyakit atau kondisi langsung menyebabkan kematian[[17]](#footnote-18).

1. **Penyebab Kematian**

WHO mendefinisikan penyebab kematian yang akan dimasukkan pada sertifikat medis penyebab kematian sebagai semua penyakit, kondisi sehat atau cedera yang baik mengakibatkan atau menyebabkan kematian dan keadaan kecelakaan atau kekerasan yang menghasilkan cedera seperti. Tujuan dari definisi ini adalah untuk memastikan bahwa semua informasi yang relevan dicatat dan bahwa sertifikasi tidak memilih beberapa kondisi untuk masuk dan menolak orang lain. Definisi ini tidak termasuk gejala dan cara sekarat, seperti gagal jantung atau gagal napas.

Ketika hanya satu penyebab kematian dicatat, penyebab ini dipilih untuk tabulasi. Bila lebih dari satu penyebab kematian dicatat, pilihan harus dibuat sesuai dengan aturan yang diberikan dalam bagian Aturan untuk pemilihan penyebab yg berasal urutan, aturan ini didasarkan pada konsep penyebab kematian. Tidak semua kode dalam ICD-10 dapat digunakan untuk mengisi UCOD , contoh diantaranya kode ber asterisk, B 95- B 97, G97, H 95, N 99, O 80- O 84, S 00- T 98, Y 90- Y 98, Z 00- Z 99[[18]](#footnote-19).

1. **Prosedur pemilihan penyebab kematian untuk tabulasi kematian**
2. Aturan untuk pemilihan penyebab yg berasal urutan

Istilah "urutan" mengacu pada dua atau lebih kondisi dimasukkan pada baris yang berurutan dari Bagian I, setiap kondisi menjadi penyebab diterima dari satu dimasukkan pada baris di atasnya. Jika ada lebih dari satu penyebab kematian di garis sertifikat, adalah mungkin untuk memiliki lebih dari satu urutan yang dilaporkan.

Prinsip Umum *(General Principle)*

Apabila lebih dari satu penyakit atau keluhan ditulis pada sertifikat, penyakit atau keadaan tunggal dicantumkan pada baris terakhir bagian 1 hanya jika penyakit/keluhan tersebut menyebabkan terjadinya seluruh penyakit/keluhan yang tercantum di baris atasnya. Jika prinsip umum tidak dapat digunakan maka terapkan penggunaan aturan *(Rules)* 1-3.

*Rule* 1

Manakala ada yang terlapor sebagai kejadian yang berakhir pada kematian pada kondisi yang terdokumentasi di part 1(a), maka pilih sebagai *UCOD*. Jika ada lebih dari 1 yang disebutkan, pilih *UCOD* yang pertama disebutkan.

*Rule* 2

Manakala tidak ada yang terlapor sebagai kejadian yang berakhir kematian pada kondisi yang terdokumentasi di *part* 1(a), maka pilih kondisi pertama yang ada.

*Rule* 3

Manakala kondisi yang terpilih berdasarkan aplikasi *rule* 1 dan *rule* 2 sangat jelas adanya konsekuensi/akibat langsung dari satu kondisi yang terlapor, apakah itu terdokumentasi di *part* 1 atau *part* 2, pilih primer tersebut sebagai *UCOD[[19]](#footnote-20)*.

1. Beberapa pertimbangan pada aturan seleksi

Dalam melengkapi sertifikat dengan benar, penyebab awal akan dimasukkan sendirian di garis terendah digunakan dari Bagian I dan jika ada kondisi yang muncul sebagai konsekuensi dari penyebab awal ini akan telah dimasukkan di atas itu, salah satu syarat untuk baris dalam urutan kausal, oleh karena itu prinsip umum berlaku bahkan jika sertifikat belum dilengkapi dengan benar, Prinsip Umum masih berlaku asalkan kondisi masuk sendirian di garis digunakan terendah Bagian I bisa melahirkan semua kondisi di atas itu, meskipun kondisi masukkan di atas itu belum masuk dalam urutan kausal yang benar. Prinsip umum tidak berlaku ketika lebih dari satu kondisi telah dimasukkan pada baris yang digunakan terendah Bagian I, atau jika kondisi tunggal masuk tidak bisa melahirkan semua kondisi dimasukkan di atas itu.

Prinsip umum  
Ketika lebih dari satu syarat yang dimasukkan pada sertifikat, pilih kondisi masuk sendirian di garis digunakan terendah Bagian I hanya jika itu bisa menimbulkan semua kondisi dimasukkan di atas itu.

Aturan 1  
Jika Prinsip Umum tidak berlaku dan ada urutan dilaporkan mengakhiri dalam kondisi pertama dimasukkan pada sertifikat, pilih penyebab berasal dari urutan ini. Jika ada lebih dari satu urutan mengakhiri dalam kondisi yang disebutkan pertama, pilih penyebab yang berasal dari urutan pertama disebutkan.  
Aturan 2  
 Jika tidak ada urutan dilaporkan mengakhiri dalam kondisi pertama dimasukkan pada sertifikat, pilih kondisi yang disebut pertama ini.  
Aturan 3  
Jika kondisi yang dipilih oleh Prinsip Umum atau dengan Peraturan l atau Aturan 2 jelas merupakan konsekuensi langsung dari kondisi lain yang dilaporkan, baik dalam Bagian I atau II Bagian, pilih kondisi primer ini[[20]](#footnote-21).

1. Aturan Modifikasi

* *Rule* *A* : *senility and other ill-defines conditions*

Manakala kondisi terseleksi adalah berkode R kecuali R 95 dan kondisi terklasifikasi antara R 00 – R 94 atau R 95 – R 99, terlapor di SMPK maka terseleksi *UCOD* kecuali memang kondisi tersebut memodifikasi pengkodean.

* *Rule B : trivial condition*

Manakala kausa terpilih adalah kondisi sepele yang tidak mungkin menyebabkan kematian dan ada kondisi yang lebih serius terdokumentasi di SMPK, maka reseleksi *UCOD* seolah kondisi sepele tersebut tidak hadir dalam SMPK. Manakala kematian adalah hasil dari reaksi adverse terapi dari kondisi sepele maka pilih adverse reaction tersebut.

* *Rule C : linkage*

Manakala kausa terseleksi ada kaitannya dengan syarat ketentuan klasifikasi atau *note* terkait kegunaannya dalam pengkodean *UCOD* beserta 1 atau lebih dari 1 kondisi lain yang tertera di SMPK, pilih kondisi kombinasi

Manakala keterkaitan syarat ketentuan klasifikasi hanya untuk kombinasi 1 kondisi khusus sebagai *due to another*, maka kode kombinasi digunakan hanya bila ada pernyataan hubungan atau bisa tersimpulkan dari pengaplikasian rules seleksi

Manakala ada konflik antara keterkaitan maka kaitan dengan kondisi yang akan terseleksi apabila kausa yang pertama diseleksi seolah tidak terlapor, tentukan lebih lanjut kaitan yang lebih teraplikasi

* *Rule D : specificity*

Manakala kausa yang terseleksi hanya menggambarkan suatu kondisi dalam istilah umum dan ada istilah lain yang menghasilkan informasi yang lebih tepat tentang site atau sebab alamiah kondisi dan terlapor dalam SMPK, sebaiknya pilih istilah yang lebih informatif tersebut. Umumnya rule ini diaplikasikan manakala istilah umum yang ditulis adalah kata adjektif yang hanya memaparkan penjelasan istilah yang lebih memenuhi syarat.

* *Rule E : early and late stages of disease*

Apabila kausa yang tersebut adalah stadium dini suatu penyakit dan ada stadium yang lebih lama dari penyakit yang sama-sama terlapor dalam SMPK maka pilih kode penyakit yang stadiumnya lama tersebut.

*Rule* ini tidak bisa diaplikasikan untuk suatu bentuk kronik akibat suatu yang akut, kecuali ada instruksi khusus akibat suatu klasifikasi yang diterapkan tentang efek tersebut.

* *Rule F : sequelae*

Apabila kausa yang terseleksi adalah bentuk dini suatu kondisi yang sistem klasifikasinya menyediakan kode khusus pada kategori *sequelae of…* dan ada bukti bahwa kematian timbul sebagai efek residual dari kondisi tersebut dan bukan akibat dari suatu bentuk yang ada dalam fase akut, pilih kode tepat di kategori *sequelae of…[[21]](#footnote-22)*

1. Catatan untuk digunakan dalam mengkode penyebab dasar kematian

Berikut catatan sering menunjukkan bahwa jika kode sementara yang dipilih, seperti yang ditunjukkan di kolom sebelah kiri, hadir dengan salah satu kondisi yang tercantum di bawah itu, kode yang digunakan adalah yang ditunjukkan dalam huruf tebal. Ada dua jenis kombinasi: "dengan menyebutkan" berarti bahwa kondisi lainnya dapat muncul di mana saja pada sertifikat; "Ketika dilaporkan sebagai penyebab yg berasal dari" berarti bahwa kondisi lainnya harus muncul dalam hubungan kausal yang benar atau dinyatakan sebagai "karena" penyebab yg berasal[[22]](#footnote-23).

1. **Tujuan Data Mortalitas**

Sistem registrasi kematian Indonesia merupakan sistem pencatatan dan pelaporan data kematian terpadu yang dilaksanakan oleh pemerintah untuk mendapatkan angka kematian yang *valid dan Reliable*.

Berikut adalah tujuan dari pengumpulan data mortalitas :

1. Mengetahui penyakit penyebab kematian secara nasional dan menurut kawasan
2. Menentukan masalah-masalah di bidang kesehatan beserta penyelesaiannya
3. Mengetahui angka kematian kasar dan angka kematian menurut kelompok umur[[23]](#footnote-24).
4. **Kerangka Konsep**

Berdasarkan masalah dan tujuan yang telah ditetapkan serta didukung oleh teori dapat diperoleh suatu gambaran untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, yaitu melakukan kelengkapan pengisian penyebab kematian RSUD Koja, sehingga mutu rekam medis RSUD Koja menjadi lebih baik.

Secara sistematis kerangka konsep dapat digambarkan sebagai berikut :

**OUTPUT**

Kelengkapan pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian di RSUD Koja

**PROSES**

-Mengetahui standar prosedur operasional pengisian SMPK

-Mengukur kelengkapan pengisian SMPK

-Mengetahui faktor-faktor ketidaklengkapan pengisian SMPK

**INPUT**

-Dokter penanggung jawab pelayanan

-SPO pengisian SMPK di RSUD Koja

-Sertifikat medis penyebab kematian

Berdasarkan kerangka konsep di atas maka dapat dijelaskan alur sistematis penelitian yaitu:

**INPUT**

Informasi awal dalam penelitian yaitu diperoleh dari dokter penanggung jawab pelayanan, SPO pengisian SMPK dan sertifikat medis penyebab kematian periode April 2015.

**PROSES**

Dari informasi awal melalui input yang didapat kemudian diproses dengan mengetahui standar prosedur operasional pengisian SMPK dan mengukur kelengkapan pengisian SMPK serta mengetahui faktor-faktor ketidaklengkapan pengisian SMPK di RSUD Koja.

**OUTPUT**

Setelah melalui proses untuk mendapatkan hasil penelitian yaitu kelengkapan pengisian sertifikat medis penyebab kematian di RSUD Koja.

1. **Variabel Penelitian**

Sesuai tujuan penelitian untuk mengetahui kelengkapan pengisian penyebab kematian di RSUD Koja, maka variable penelitian yang akan diamati dalam penelitian ini adalah :

1. Dokter penanggung jawab pelayanan yang mengisi sertifikat medis penyebab kematian
2. SPO ( standar prosedur operasional ) pengisian SMPK
3. Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SPMK)
4. **Definisi Operasional**
5. Dokter adalah orang atau tenaga kesehatan yang bertanggung jawab dalam melakukan pengisian sertifikat medis penyebab kematian.
6. Standar prosedur operasional pengisian penyebab kematian merupakan langkah-langkah untuk mengetahui pengisian sertifikat medis penyebab kematian yang dibuat oleh pihak instalasi rekam medis
7. Sertifikat medis penyebab kematian merupakan formulir yang dikeluarkan oleh pejabat yang berwenang yang berisi identitas pasien meninggal, waktu dan penyebab kematian.

1. *Op.Cit*  hal.2 [↑](#footnote-ref-2)
2. UU RI NO.29 TAHUN 2004 tentang Praktek Kedokteran pasal 46:1 [↑](#footnote-ref-3)
3. IFHIMA, *“Learning Packages For Medical Record Practice”*, tahun 1992 hal.1 modul 2 [↑](#footnote-ref-4)
4. Edna K.Huffman, *Health Information Management, 10 edition, Berwyn, Illimois : Physicians Records* tahun 1994 hal. 8 [↑](#footnote-ref-5)
5. DepKes RI, DirJenyanMed, Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia revisi tahun 2006 hal.13 [↑](#footnote-ref-6)
6. Lily Widjaja, Manajemen Informasi Kesehatan, modul 1A tahun 2013 hal.27 [↑](#footnote-ref-7)
7. Loc.Cit hal 2 [↑](#footnote-ref-8)
8. Lembaga Demografi, FEUI Dasar-Dasar Demografi,Jakarta tahun 2005 hal.85 [↑](#footnote-ref-9)
9. Gemala R Hatta, Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan edisi revisi 2, hal.95 [↑](#footnote-ref-10)
10. Op.Cit hal.6 [↑](#footnote-ref-11)
11. KeMenkes, Op cit hal 2 [↑](#footnote-ref-12)
12. Ima Rusdiana, modul manajemen mutu informasi kesehatan, Jakarta tahun 2014 [↑](#footnote-ref-13)
13. DepKes RI, Surat edaran DirJenYanMed No.HK.00/06.1.5.10.160 tanggal 21 maret 1995 tentang petunjuk teknis pengadaan formulir rekam medis dasar dan pemusnahan arsip rekam medis di rumah sakit [↑](#footnote-ref-14)
14. Op.Cit hal 16 [↑](#footnote-ref-15)
15. Ananda Santoso , Kamus lengkap Bahasa Indonesia, Surabaya tahun 1997 hal 574 [↑](#footnote-ref-16)
16. MenDagRi dan MenKes, peraturan bersama menteri dalam negeri dan menteri kesehatan No. 15 Pasal 1 dan 3 tentang pelaporan kematian dan penyebab kematian tahun 2010 [↑](#footnote-ref-17)
17. Icd, vol 2 hal.33 [↑](#footnote-ref-18)
18. Ibid hal 31 [↑](#footnote-ref-19)
19. Ibid hal 35 [↑](#footnote-ref-20)
20. Ibid [↑](#footnote-ref-21)
21. Ibidhal 45 [↑](#footnote-ref-22)
22. Ibid hal 53 [↑](#footnote-ref-23)
23. Gemala R Hatta, Loc.Cit hal 111 [↑](#footnote-ref-24)