

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, bahwa Rumah Sakit adalah.

Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat. Rumah sakit merupakan salah satu dari sarana kesehatan yang juga merupakan tempat memelihara dan meningkatkan kesehatan serta bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu serta berkesinambungan.

2.1.2 Tujuan Rumah Sakit

Berdasarkan (Undang-Undang Republik Indonesia, 2009) tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa Rumah Sakit memiliki tujuan yaitu :

1. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
2. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia dirumah sakit.
3. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan minimal rumah sakit
4. Memberikan kepastian hukum kepada pasien dan rumah sakit.

2.1.3 Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, menyatakan bahwa fungsi Rumah Sakit adalah :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.2 Rawat Inap

2.2.1 Pengertian Rawat Inap

Rawat inap adalah kegiatan penderita yang berkelanjutan ke rumah sakit untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berlangsung lebih dari 24 jam. Secara khusus pelayanan rawat inap ditujukan untuk penderita atau pasien yang memerlukan asuhan keperawatan secara terus menerus (*Continuous Nursing Care*) hingga terjadi penyembuhan. (M.Nur Nasution, 2010)

2.3 Rekam Medis

Pengertian Rekam Medis menurut Permenkes Nomer. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Tujuan Rekam Medis adalah upaya untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan. Tanpa

didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, maka tertib administrasi tidak akan berhasil.

Kegunaan RekamMedis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain :

1. Aspek Administrasi

Berkas rekam medis dikatakan memiliki nilai administrasi karena rekam medis berisikan tindakan medis yang dilakukan terhadap pasien berdasarkan kewenangan dan tanggungjawab tenaga medis yang melaksanakan tindakan medis tersebut dalam rangka mencapai tujuan memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu kepada pasien.

2. Aspek Medis

Catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan dan perawatan yang akan diberikan.

3. Aspek Hukum

Memberikan jaminan kepastian hukum terhadap segala tindakan medis atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

4. Aspek Keuangan

Isi rekam medis dijadikan dasar untuk menetapkan biaya perawatan dan pengobatan yang diterima pasien, sehingga rekam medis tersebut memiliki nilai keuangan yang dapat dipertanggung jawabkan.

5. Aspek Peneliti

Berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat digunakan sebagai bahan penelitian untuk mengembangkan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

6. Aspek Pendidikan

Rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan / referensi pengajaran dibidang profesi pendidikan kesehatan.

7. Aspek Dokumentasi

Isi rekam medis menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan sarana kesehatan.

2.3.1 Tujuan Rekam Medis

Berdasarkan (Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik 2006) dalam bukunya pedoman penyelenggaraan dan prosedur rumah sakit di Indonesia (2006) dinyatakan bahwa :

“Tujuan rekam medis adalah guna menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. 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 di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit”.

2.3.2 Rekam Medis Rawat Inap

Berdasarkan Permenkes Nomor. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis, rekam medis rawat inap memuat sekurang-kurangnya identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis, diagnosis, rencana penatalaksanaan, diagnosis dan tindakan, persetujuan tindakan bila diperlukan, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, ringkasan pulang, nama dan tanda tangan dokter, dan pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu.

2.3.3 Standar Kelengkapan Berkas Rekam Medis Rawat Inap

Waktu ideal kelengkapan berkas rekam medis rawat inap adalah 2x24 jam setelah pasien diberikan pelayanan dengan standar kelengkapan 100%. Kelengkapan berkas rekam medis rawat inap sangat berpengaruh dalam mutu pelayanan dikarenakan berhubungan langsung dengan pelayanan maupun ketika menghadapi gugatan hukum (Peraturan Menteri Kesehatan 741, 2008)

2.4 Resume Medis

Informasi yang ada dalam ringkasan riwayat pulang (resume) menurut Hatta (2011) adalah ringkasan seluruh perawatan dan pengobatan pasien yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan, dan harus ditandatangani oleh dokter yang merawat pasien. Informasi yang terdapat dalam lembaran resumeterdiri dari jenis perawatan, reaksi tubuh pada pengobatan, kondisi saat pulang dan tindak lanjut setelah pasien pulang. Tujuan dibuatnya resume ini adalah (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006):

1. Menjamin kontinuitas pelayanan medik dengan kualitas yang tinggi sebagai bagi dokter yang menerima pasien apabila dirawat kembali di Rumah Sakit.
2. Menjadi bahan penilaian staf Medis rumah Sakit.
3. Memenuhi permintaan bahan-bahan resmi atau perorangan tentang perawatan seseorang pasien, misalnya dari Perusahaan Asuransi (Persetujuan Perkawinan).
4. Memberikan tembusan kepada sistem ahli yang memerlukan catatan tentang pasien yang pernah dirawat.

Untuk kelengkapan resume medis ini diperkuat lagi di dalam Permenkes

Nomor: 269/Menkes/PER/III/2008 tentang rekam medis menyebutkan bahwa :

1. Ringkasan pulang sebagaimana diatur dalam pasal 3 ayat (2) harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pasien.
2. Isi Ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sekurang-kurangnya memuat :
 - a. Identitas Pasien
 - b. Diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat
 - c. Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan tindak lanjut
 - d. Nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan,

2.5 Ringkasan Masuk dan Keluar

Lembaran Ringkasan Masuk dan Keluar ini sering disebut ringkasan atau lembaran muka, selalu menjadi lembaran paling depan pada suatu berkas rekam medis. Lembaran ini berisi informasi tentang identitas pasien, cara penerimaan melalui, cara masuk dikirim oleh, serta berisi ringkasan data pada saat pasien keluar.

Lembaran ini merupakan sumber informasi untuk mengindeks rekam medis, serta menyiapkan laporan rumah sakit. Informasi tentang identitas pasien sekurang-kurangnya mencari hal-hal sebagai berikut : nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, pendidikan, jenis kelamin, agama, alamat, dan pekerjaan.

Informasi lain yang perlu dicatat, diantaranya: setatus perkawinan, keikutsertaan dalam PHB/Asuransi lain, cara penerimaan pasien melalui, cara masuk dikirim oleh, nama penanggung jawab pembayaran dan alamatnya, nama keluarga terdekat dan alamatnya, tanggal dan jam masuk ruang rawat inap, tanggal dan jam keluar ruang rawat inap, bagian/spesialisasi, ruang rawat, kelas, lama dirawat, diagnose akhir (utama, lain-lain dan komplikasi), operasi/tindakan, anestesi yang diberikan (jika ada), infeksi nosocomial dan penyebabnya (jika ada), imunisasi yang pernah didapat, imunisasi yang diperoleh selama dirawat, transfusi darah (jika ada), keadaan keluar, nama dan tanda tangan dokter yang merawat. (Mangentang, 2015)

2.6 Standar Prosedur Operasional (SPO)

Berdasarkan Kepmenkes Republik Indonesia Nomor 512/Menkes/PER/IV/2007 Tentang Izin Praktek dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran Bab 1 pasal 1 ayat 10 SPO yaitu :

“Suatu perangkat instruksi / langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana Standar Prosedur Operasional memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan consensus untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi”.

2.7 Evaluasi

2.7.1 Pengertian Evaluasi

Evaluasi adalah pengukuran dan perbaikan dalam kegiatan yang dilaksanakan, seperti membandingkan hasil-hasil kegiatan yang dibuat. Tujuannya agar rencana-rencana yang telah dibuat untuk mencapai tujuan yang ditetapkan dapat terselenggarakan.

2.7.2 Tujuan dan Fungsi Evaluasi

Berdasarkan Wirawan(2012) tujuan evaluasi ada beberapa diantaranya adalah:

1. Menilai apakah objek evaluasi telah dilaksanakan sesuai rencana.
2. Mengukur apakah pelaksanaan objek evaluasi sesuai standar.
3. Evaluasi objek dapat mengidentifikasi dan menentukan kekurangan dari objek evaluasi.
4. Pengembangan pengguna dari objek yang dievaluasi.
5. Mengambil keputusan mengenai objek yang dievaluasi.
6. Akuntabilitas.
7. Memberikan saran kepada user.
8. Mengembangkan teori evaluasi dan riset evaluasi.