

## **BAB 2**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **2.1 Rumah Sakit**

##### **2.1.1 Pengertian Rumah Sakit**

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit adalah

Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit merupakan salah satu dari sarana kesehatan yang juga merupakan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan yaitu setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan dilakukan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan 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**

Menurut UU RI nomor 44 tahun 2009 pasal 1 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 di rumah sakit.
3. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standart pelayanan minimal rumah sakit
4. Memberikan kepastian hukum kepada pasien dan rumah sakit.

##### **2.1.3 Fungsi Rumah Sakit**

Menurut UU RI nomor 44 tahun 2009 pasal 5 tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa Rumah Sakit memiliki fungsi yaitu :

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 Rekam Medis**

### **2.2.1 Pengertian Rekam Medis**

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Revisi II Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Bab 1 huruf B tahun (2006) dinyatakan bahwa:

“Rekam medis diartikan sebagai keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan yang di berikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang di rawat inap, rawat jalan, maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat. Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas, tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan akan tetapi mempunyai pengertian sebagai suatu sistem penyelenggaraan rekam medis. Sedangkan kegiatan pencatatan sendiri hanya merupakan salah satu kegiatan dari pada penyelenggaraan rekam medis yaitu proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien dirumah sakit, diteruskan kegiatan pencatatan data medik pasien selama pasien itu mendapatkan pelayanan medik di rumah sakit, dan dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medis yang meliputi penomoran, penyimpanan serta pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan/pinjaman dari pasien atau untuk keperluan lainnya”

### **2.2.2 Tujuan Rekam Medis**

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Revisi II Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Bab 1 huruf C tahun (2006) menyatakan bahwa tujuan dari rekam medis menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

### **2.2.3 Kegunaan Rekam Medis**

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Revisi II Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Bab 1 huruf C tahun (2006) Kegunaan berkas rekam medis dapat di lihat dari berbagai aspek, diantaranya adalah :

1. Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medik, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seseorang pasien.

3. Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan barang tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

4. Aspek keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data yang dapat digunakan sebagai aspek keuangan.

5. Aspek penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

6. Aspek pendidikan

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

7. Aspek dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

#### **2.2.4 Kelengkapan Rekam Medis**

Berdasarkan pedoman pengelolaan rekam medis, Departemen Kesehatan RI (1997) tentang rekam medis, dikatakan lengkap bila memuat :

1. Identifikasi pasien

Terisinya semua identifikasi pasien yang meliputi nomer rekam medis dan nama pasien.

2. Laporan Penting

Terisinya semua laporan penting yang di perlukan meliputi, diagnosa utama dan akhir, sebab kematian (apabila pasien meninggal).

3. Autentifikasi  
Adanya nama terang dan tanda tangan dokter atau tenaga medis yang merawat pasien.
4. Adanya Cara Pencatatan Yang Baik  
Tidak ada coretan dalam pengisian data, penghapusan, tulisan jelas atau bisa dibaca oleh orang lain.

Menurut pedoman pengelolaan rekam medis rumah sakit di Indonesia, Departemen Kesehatan RI (1997), rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan :

1. Setiap tindakan atau konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam harus ditulis dalam lembar rekam medis.
2. Semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal.
3. Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa lainnya di tanda tangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau dokter yang membimbingnya.
4. Pencatatan yang di buat oleh residen (perawat jaga yang ada di poli) harus diketahui oleh dokter pembimbingnya.
5. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penelitian dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf.
6. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.

### **2.3 Tinjauan Tentang Rawat Inap**

Menurut Rustiyanto (2010:54) Rawat Inap adalah pasien yang memerlukan observasi, diagnosis, terapi atau rehabilitasi yang menginap dan menggunakan tempat tidur serta mendapatkan makanan dan pelayanan atau perawatan terus menerus.

Menurut PERMENKES No.269/MENKES/PER/III 2008 tentang rekam medis data yang harus dimasukkan dalam rekam medis dibedakan untuk pasien yang diperiksa di unit rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Untuk rawat inap rekam medis berisi data sekurang-kurangnya sebagai berikut :

1. Identitas pasien
2. Tanggal dan waktu

3. Hasil anamnesis
4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
5. Diagnose
6. Rencana penatalaksanaan
7. Pengobatan dan atau tindakan
8. Persetujuan tindakan bila diperlukan
9. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
10. Ringkasan pulang
11. Nama terang dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
12. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu.

## **2.4 Tinjauan Tentang Evaluasi**

Menurut Rustiyanto (2010) menyatakan bahwa suatu kegiatan untuk membandingkan anatar hasil yang dicapai dengan rencana yang telah dibuat atau ditentukan. Menurut WHO pengertian penilaian (evaluasi) adalah suatu cara yang sistematis untuk mempelajari berdasarkan pengalaman dan mempergunakan pelayanan yang telah dipelajari untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sedang berjalan serta meningkatkan perencanaan yang lebih baik.

### **2.4.1 Tujuan Dan Fungsi Evaluasi**

Menurut Rustiyanto (2010) tujuan evaluasi pelayanan rumah sakit yaitu untuk meningkatkan nilai daya guna dan hasil guna dari perencanaan dan pelaksanaan program, serta memberikan petunjuk dalam pengelolaan sumber daya manusia, dana dan program peningkatan untuk sekarang dan yang akan datang.

Fungsi utama evaluasi dalam hal ini adalah menyediakan informasi-informasi yang berguna untuk menentukan kebijakan yang akan diambil berdasarkan evaluasi yang telah dilakukan.

#### **2.4.2 Metode Evaluasi**

Metode yang dapat digunakan dalam melakukan evaluasi adalah :

1. Metode kualitatif melalui :

a. Wawancara

Wawancara dapat dilakukan terhadap pengguna baik pengguna langsung ataupun pengguna tidak langsung misalnya kepala bagian atau bahkan terhadap direktur. Pertanyaan dapat ditujukan untuk mengetahui manfaat yang diharapkan untuk memperbaiki layanan.

b. Observasi

Observasi dapat dilakukan dengan mengamati secara langsung. Misalnya dengan mengamati bagaimana rekam medis pasien yang dihasilkan dengan sistem komputerisasi dibandingkan jika dilakukan secara manual.

c. Dokumentasi

Dokumentasi dapat dilakukan dengan melihat dokumen-dokumen yang dihasilkan pada suatu sistem. Apakah lebih tepat, cepat dan akurat dibandingkan dengan dokumen yang dihasilkan oleh sistem sebelumnya.

2. Metode survey

3. Eksperimen semu
4. Metode simulasi
5. Cohort/ time series study
6. Analisis biaya – manfaat (Rustiyanto, 2010)

## **2.5 Tinjauan Tentang Identifikasi Pasien**

### **2.5.1 Pengertian Identifikasi Pasien**

Menurut WHO (2002), identifikasi pasien merupakan tulang punggung dari efektifitas dan efisiensi sistem rekam medis. Identitas yang benar dibutuhkan untuk memastikan bahwa pasien tersebut hanya mempunyai satu nomer rekam medis. Tanggung jawab atas kelengkapan identitas pasien terdapat pada petugas yang mewawancarai pasien di tempat penerimaan pasien atau bagian *admission*.

### **2.5.2 Tujuan Identifikasi Pasien**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 1691 tahun 2011 tujuan dan maksud dari identifikasi :

1. Untuk mengidentifikasi pasien yang akan menerima pelayanan atau pengobatan.
2. Kesesuaian atau pengobatan terhadap individu tersebut.

## **2.6 Tinjauan Tentang Assesmen Awal Medis**

*Assesment* adalah mengumpulkan, mengatur, memvalidasi, dan mencatat data mengenai status kesehatan klinik. Data yang diperoleh dari beragam sumber dan merupakan dasar untuk melakukan tindakan dan keputusan yang diambil dalam tahap berikutnya (Hatta,2013).

Assesmen pasien adalah tahapan dari proses dimana dokter, perawat, dietisien, mengevaluasi data pasien baik subyektif, maupun obyektif untuk membuat keputusan. Assesmen awal medis adalah tahap awal dari proses dimana

dokter, perawat, dietisien mengevaluasi data dalam 24 jam pertama sejak pasien masuk rawat inap atau bisa lebih cepat tergantung kondisi pasien masuk rawat inap dan dicatat dalam rekam medis.

## **2.7 Tinjauan Tentang Resume Medis**

Ringkasan keluar dapat ditulis pada bagian akhir catatan perkembangan atau dengan lembaran tersendiri bagi rumah sakit kecil hal ini ditentukan oleh kegunaan catatan tersebut. Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Revisi II Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Bab 1 huruf C tahun (2006).

Tujuan di buatnya resume menurut Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Revisi II Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Bab 1 huruf C tahun (2006) .

- a. Untuk menjamin kontinuitas pelayanan medik dengan kualitas yang tinggi serta sebagai bahan referensi yang berguna bagi dokter yang menerima, apabila pasien tersebut di rawat kembali di rumah sakit.
- b. Sebagai bahan penilaian staf medis rumah sakit.
- c. Untuk memenuhi permintaan dari badan-badan resmi atau perorangan tentang perawatan seorang pasien.
- d. Untuk diberikan tembusan kepada sistem ahli yang memerlukan catatan tentang pasien yang pernah mereka rawat.

Isi dari resume medis sendiri menurut PERMENKES 269 tahun 2008 setidaknya adalah:

- a. Identitas pasien
- b. Diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat
- c. Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang. Diagnosa akhir, pengobatan dan tindak lanjut
- d. Nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan.

## **2.8 Tinjauan Tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM)**

Berdasarkan Kepmenkes No.129 tahun 2008 tentang SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Pelayanan Umum kepada Masyarakat.



Indikator SPM adalah tolak ukur untuk presentasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam mencapai SPM tertentu. SPM ini dimaksud perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggung jawaban penyelenggaraan SPM rumah sakit.

Menurut Kepmenkes RI Nomer 129/Menkes/SK/2008 SPM bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kerja, ukuran atau satuan, rujukan, target nasional untuk tahun 2007 sampai dengan tahun 2012, cara perhitungan/ rumus/ pembilang dan penyebut standar / suatu pencapaian kinerja dan sumber data.

## **2.9 Tinjauan Tentang Standar Prosedur Operasional (SPO)**

Berdasarkan Kepmenkes Indonesia Nomer 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 konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi”