

## **BAB 2 KAJIAN PUSTAKA**

### **2.1 Rumah Sakit**

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

Pengertian rumah sakit menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 pengertian Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

#### **2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah sakit**

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, disebutkan bahwa Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan perorangan adalah setiap kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit, dan memulihkan kesehatan. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif (peningkatan kesehatan), preventif (pencegahan penyakit), kuratif (penyembuhan penyakit), dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan).

Fungsi Rumah Sakit menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit tercantum pada pasal 5 diantaranya :

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**

Pengertian rekam medis sebagaimana diatur dalam Pasal 1 ayat (1) PERMENKES No 269/MENKES/PER/III/2008 adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

### **2.2.2 Tujuan Rekam Medis**

Menurut Ery (2010:18) tujuan rekam medis ialah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Tanpa dukungan suatu sistem pengelolaan Rekam Medis yang baik dan benar tertib administrasi di rumah sakit tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan upaya pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

### **2.2.3 Kegunaan Rekam Medis**

Menurut Depkes RI 2006 Tentang Pedoman Pengelolaan Rekam Medis, kegunaan rekam medis secara umum adalah :

#### **1. Aspek Administrasi**

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

#### **2. Aspek Medis**

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medik, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang 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 bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

#### **4. Aspek Keuangan**

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai keuangan, karena isinya dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan di rumah sakit.

#### 5. Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pembangunan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

#### 6. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dari kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien.

#### 7. Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

Kegunaan rekam medis secara umum antara lain :

- a. Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian didalam memberikan pelayanan, pengobatan, dan perawatan kepada pasien.
- b. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada pasien.
- c. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit.

- d. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
- e. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit, maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
- f. Menyediakan data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
- g. Sebagai bahan dasar dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medik pasien.
- h. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan. (Ery, 2010:18)

#### **2.2.4 Analisa Rekam Medis**

Menurut Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Depkes RI 2006, agar diperoleh kualitas rekam medis yang optimal perlu dilakukannya audit dan analisis rekam medis dengan cara meneliti rekam medis yang dihasilkan oleh staf medis dan para medis serta hasil- hasil pemeriksaan dari unit-unit penunjang medis sehingga kebenaran penempatan diagnosa dan kelengkapan rekam medis dapat dipertanggungjawabkan. Disamping rumah sakit staf medis juga dapat terhindar dari gugatan mal praktek. Proses analisa rekam medis ditujukan kepada dua hal yaitu :

1. Analisa Kuantitatif adalah analisis yang ditujukan kepada jumlah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelengkapan lembaran medis, paramedis, dan penunjang medis sesuai prosedur yang ditetapkan. Petugas akan menganalisis setiap

berkas yang diterima apakah ada lembaran rekam medis yang seharusnya ada atau belum ada. Jika terdapat ketidaklengkapan berkas pasien dari lembaran tertentu, maka harus segera menghubungi ke ruang perawatan dimana pasien dirawat.

2. Analisa Kualitatif adalah analisa yang ditujukan kepada mutu dari setiap berkas rekam medis. Petugas akan mengambil dan menganalisa kualitas rekam medis pasien sesuai dengan standar mutu yang ditetapkan. Analisa kualitatif meliputi penelitian terhadap pengisian lembar rekam medis baik oleh staf medis, paramedis, dan unit penunjang medis lainnya. Ketidaklengkapan dalam pengisian rekam medis akan mencerminkan baik buruknya mutu pelayanan di suatu rumah sakit. Dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain yang menangani pasien wajib melengkapi rekam medis sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

### **2.3 Persetujuan Tindakan Kedokteran (*Informed Consent*)**

#### **2.3.1 *Informed Consent***

Persetujuan tindakan kedokteran berdasarkan PERMENKES Nomor 290/Menkes/PER/III/2008 adalah persetujuan yang diberikan kepada pasien atau keluarga terdekat setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.

Menurut Buamona (2016:33) "*Informed Consent*, atau yang dikenal dalam hukum Indonesia yakni "persetujuan tindakan kedokteran, memiliki kaitan erat dengan hubungan *terapeutik* yang mengharuskan hubungan antara pasien dan dokter harus sejajar, sehingga memiliki konsekuensi bahwa segala tindakan dokter kepada pasien harus sepengetahuan dan sepersetujuan pasien, walaupun

dalam hal ini dokter lebih memahami kondisi kesehatan pasien. Selain itu juga, memiliki kaitan yang erat dengan aturan yang tercantum dalam deklarasi HAM internasional yang telah dijelaskan sebelumnya, bahwa setiap orang mempunyai hak untuk menentukan hak atas kesehatan dirinya”.

Berdasarkan Kemenkes Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal, persentase untuk kelengkapan *informed consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas adalah 100%.

### **2.3.2 Bentuk *Informed Consent***

Menurut Guwandi J (2003:1) disebutkan bahwa tujuan *informed consent*, yaitu :

1. Dengan dinyatakan (*express*),
  - a. Secara lisan (*oral*),
  - b. Secara tertulis (*written*).
2. Tersirat atau dianggap diberikan (*implied or tacit consent*):
  - a. Dalam keadaan biasa (*normal or constructive consent*),
  - b. Dalam keadaan gawat (*emergency*)

### **2.3.3 Tujuan *Informed Consent***

Menurut Guwandi J (2003:13) disebutkan bahwa tujuan *informed consent*, yaitu :

1. Memberi perlindungan pasien terhadap tindakan dokter yang sebenarnya tidak diperlukan dan secara medik tidak ada dasar pembedanya yang dilakukan tanpa sepengetahuan pasiennya.

2. Memberi perlindungan hukum kepada dokter terhadap suatu kegagalan dan bersifat negatif, karena prosedur medik modern tanpa risiko dan pada setiap tindakan medik ada melekat suatu risiko.

#### **2.3.4 Format *Informed Consent***

Menurut Konsil Kedokteran Indonesia 2006 format persetujuan tindakan kedokteran mencakup atau berisi antara lain :

1. Dokter pelaksana tindakan
2. Pemberi informasi
3. Penerima informasi
4. Jenis informasi yang meliputi : diagnosa (*working diagnosis* “WD” dan *differential diagnosis* “DD”), dasar diagnosa, tindakan kedokteran, indikasi tindakan, tata cara tindakan, prognosis, alternatif, dan risiko tindakan lain.
5. Pernyataan dari dokter yang memberikan informasi, bahwa telah memberikan informasi secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya atau berdiskusi yang disertai kolom tanda tangan.
6. Pernyataan dari yang menerima informasi, bahwa telah menerima informasi sebagaimana yang telah diberikan pemberi informasi dan kolom tanda tangan untuk penerima informasi.
7. Identitas pemberi persetujuan yang meliputi : nama, umur, jenis kelamin, dan alamat.



8. Pernyataan persetujuan tindakan yang akan dilakukan oleh dokter terhadap nama, hubungan kekerabatan, umur, tahun dan jam dibuat.
9. Tempat, tanggal, bulan, tahun, dan jam dibuat.
10. Tanda tangan dan nama terang yang memberikan pernyataan dan nama terang serta tanda tangan dua orang saksi.

### **2.3.5 Proses *Informed Consent***

Menurut Guwandi J (2003:5) proses *informed consent* terdiri atas 3 bagian dimana terdapat pertukaran informasi antara dokter dan pasien, yaitu :

1. Bagian pertama adalah pengungkapan dan penjelasan kepada pasien dalam bahasa yang dapat dimengerti oleh pasiennya tentang:
  - a. Penegakan diagnosanya,
  - b. Sifat dan prosedur atau tindakan medik yang diusulkan,
  - c. Kemungkinan timbulnya resiko,
  - d. Manfaatnya,
  - e. Alternatif yang (jika) ada.
2. Bagian kedua menyangkut:
  - a. Memastikan bahwa pasien mengerti apa yang telah dijelaskan kepadanya (harus diperhitungkan tingkat kepastian intelektualnya).
  - b. Bahwa pasien telah menerima resiko-resiko tersebut,
  - c. Bahwa pasien mengizinkan dilakukan prosedur/tindakan medik tersebut.
3. Proses itu kemudian harus didokumentasikan.

### **2.3.6 Informasi *Informed Consent***

Informasi yang diberikan pada pasien dan keluarga menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 290/MENKES/PER/III/2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran, pasal 7 ayat (3) bahwa penjelasan sekurang-kurangnya mencakup :

1. Diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran;
2. Tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan;
3. Alternatif tindakan lain dan resikonya;
4. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
5. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan;
6. Perkiraan pembiayaan.

Pada pasal 8 menerangkan mengenai penjelasan persetujuan tindakan informasi diagnosis dan keadaan kesehatan pasien dapat meliputi :

1. Temuan klinis dan hasil pemeriksaan medis hingga saat tersebut.
2. Diagnosa penyakit, atau dalam hal belum dapat ditegakkan, maka sekurang-kurangnya diagnosa kerja dan diagnosa banding.
3. Indikasi atau keadaan klinis pasien yang membutuhkan dilakukannya tindakan kedokteran.
4. Prognosis apabila dilakukan dan apabila dilakukan tindakan.

Pada pasal 8 ayat (2) menerangkan tentang penjelasan informasi tindakan kedokteran yang meliputi :

1. Tujuan tindakan kedokteran yang dapat berupa tujuan preventif, diagnostic, terapeutik, ataupun rehabilitatif.

2. Tata cara pelaksanaan tindakan apa yang akan dialami pasien selama dan sesudah tindakan, serta efek samping atau ketidaknyamanan yang mungkin terjadi.
3. Alternatif tindakan lain berikut kelebihan dan kekurangannya dibandingkan dengan tindakan yang direncanakan.
4. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi pada masing-masing alternatif tindakan.
5. Perluasan tindakan yang mungkin dilakukan untuk mengatasi keadaan darurat akibat risiko dan komplikasi tersebut atau keadaan tak terduga lainnya.

Pada pasal 8 ayat (3) menerangkan bahwa informasi tentang risiko dan komplikasi tindakan kedokteran adalah semua risiko dan komplikasi yang dapat terjadi mengikuti tindakan kedokteran yang dilakukan, kecuali:

1. Risiko dan komplikasi yang sudah menjadi pengetahuan umum
2. Risiko dan komplikasi yang sangat jarang terjadi atau yang dampaknya sangat ringan
3. Risiko dan komplikasi yang tidak dapat dibayangkan sebelumnya.

Pada pasal 8 ayat (4) menerangkan bahwa informasi tentang prognosis meliputi :

1. Prognosis tentang hidup-matinya
2. Prognosis tentang fungsinya
3. Prognosis tentang kesembuhan

### **2.3.7 Hak dan Kewajiban Dokter dan Pasien**

Menurut Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang praktik Kedokteran pasal 50 dan 51 menyatakan bahwa:

1. Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai hak :
  - a. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
  - b. Memberikan pelayanan medis menurut standar profesi dan standar prosedur operasional;
  - c. Memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya;
  - d. Menerima imbalan jasa.
2. Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban :
  - a. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
  - b. Merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih, apabila tidak mampu melakukan sesuatu pemeriksaan atau pengobatan;
  - c. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien ini meninggal dunia;

- d. Melakukan pertolongan darurat atas dasar peri kemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya; dan
- e. Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.

Menurut Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran pasal 52 dan 53 menyatakan bahwa :

1. Pasien dalam menerima pelayanan dan praktik kedokteran, mempunyai hak :
  - a. Mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan dilakukan oleh dokter atau dokter gigi;
  - b. Meminta pendapat dokter atau dokter gigi lain;
  - c. Mendapat pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis;
  - d. Menolak tindakan medis; dan
  - e. Mendapatkan isi rekam medis.
2. Pasien dalam menerima pelayanan pada praktik kedokteran, mempunyai kewajiban :
  - a. Memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya;
  - b. Mematuhi nasihat dan petunjuk dokter atau dokter gigi;
  - c. Memenuhi ketentuan yang berlaku di sarana pelayanan kesehatan; dan
  - d. Memberikan imbalan jasa atau pelayanan yang diterima.

### 2.3.8 Dasar Hukum *Informed Consent*

“Persetujuan tindakan kedokteran (*informed consent*) diatur dalam pasal 45 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran. Dalam penjelasan pasal 45 menjelaskan pada prinsipnya yang berhak memberikan persetujuan atau penolakan tindakan medis adalah pasien yang bersangkutan. Namun, apabila pasien yang bersangkutan berada dibawah pengampuan (*under curatele*) persetujuan atau penolakan tindakan medis dapat diberikan oleh keluarga terdekat antara lain suami/istri, ayah/ibu kandung, anak-anak kandung atau saudara-saudara kandung. Dalam keadaan gawat darurat, untuk menyelamatkan jiwa pasien tidak diperlukan persetujuan. Namun, setelah pasien sadar atau dalam kondisi yang sudah memungkinkan, segera diberikan penjelasan dan dibuat persetujuan. Dalam hal pasien adalah anak-anak atau orang yang tidak sadar, maka penjelasan diberikan kepada keluarganya atau yang mengantar. Apabila tidak ada yang mengantar dan tidak ada keluarganya sedangkan tindakan medis harus dilakukan maka penjelasan diberikan kepada anak yang bersangkutan atau pada kemampuan pertama pasien sudah sadar”.

## 2.4 Kelengkapan

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit, Depkes RI 2006 Tentang Pedoman Pengelolaan Rekam Medis, ketentuan dalam pengisian dokumen rekam Medis milik pasien antara lain :

1. Pengisian RM harus lengkap selesai 1x24 jam, dalam setiap tindakan/konsultasi.
2. Diisi oleh tenaga medis (dokter sebagai penanggung jawab).
3. Setiap memberi pelayanan harus ditulis/dicatat & ditandatangani.
4. Jika rekam medis belum lengkap, harus dilengkapi 2x24 jam.
5. Penulisan yang dibuat oleh residen harus diketahui oleh dokter yang membimbingnya.
6. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan & melakukan pada saat itu juga serta dibubuhi paraf.

7. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.

## **2.5 Evaluasi**

### **2.5.1 Pengertian Evaluasi**

Evaluasi adalah suatu kegiatan untuk membandingkan antara hasil yang telah dicapai dengan rencana yang telah dibuat atau ditentukan (Ery,2010:127).

### **2.5.2 Tujuan Evaluasi**

Tujuan evaluasi 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 masa yang akan datang (Ery,2010:129).

### **2.5.3 Jenis Evaluasi**

Menurut Ery (2010:128) Ada 2 jenis evaluasi program kesehatan yaitu :

1. *Formative* evaluasi yaitu evaluasi yang dilaksanakan selama program sedang berjalan, dengan tujuan dapat memberikan umpan balik kepada manajer tentang hasil yang dicapai serta hambatan-hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan program.
2. *Sumative* evaluasi yaitu evaluasi yang dilaksanakan pada akhir kegiatan program, tujuannya untuk dapat melihat keseluruhan dari hasil pelaksanaan yang dihasilkan.