

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Kajian Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit menurut *American Hospital Association* Tahun 1974 adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana prasarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis, serta pengobatan penyakit yang di derita oleh pasien.

Menurut Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa :

Rumah sakit adalah instansi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

2.1.2 Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang fungsi rumah sakit antara lain :

- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.3 Jenis Pelayanan Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Pasal 19 tentang jenis pelayanan rumah sakit antara lain :

- a. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus.
- b. Rumah Sakit Umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
- c. Rumah Sakit Khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

2.1.4 Jenis Pengelolaan Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Pasal 20 tentang jenis pelayanan rumah sakit :

- a. Berdasarkan pengelolaannya Rumah Sakit dapat dibagi menjadi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit privat.
- b. Rumah Sakit publik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba.
- c. Rumah Sakit publik yang dikelola Pemerintah dan Pemerintah Daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- d. Rumah Sakit publik yang dikelola Pemerintah dan Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dialihkan menjadi Rumah Sakit privat.

2.2 Kajian Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

Dalam Pasal 46 ayat (1) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Praktik Kedokteran yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Menurut Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008 rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang ada telah diberikan kepada pasien. Rekam Medis merupakan proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien dirumah sakit, diteruskan kegiatan

pencatatan data medik pasien selama pasien itu mendapatkan pelayanan medik dirumah sakit.

2.2.2 Tujuan Rekam Medis

Menurut Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2006:13) Tujuan Rekam Medis adalah :

“Untuk menunjang tata tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan dirumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, mustahil tertib administrasi rumah sakit akan berhasil sebagaimana yang di harapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan dirumah sakit”.

2.2.3 Kegunaan Rekam Medis

Menurut Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2006:13)

Kegunaan Rekam Medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain :

a. Administrasi (*Administratiton*)

Didalam rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan. Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya dalam bidang teknologi informasi yang sudah memasuki bidang kesehatan, maka penggunaanya di dalam rekam medis saat ini diperlukan karena kita melihat proses pengobatan dan tindakan yang diberikan atas diri seorang pasien dapat diakses secara langsung oleh bagian yang berwenang atas pemeriksaan tersebut.

b. Aspek Medis

Suatu rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen risiko klinis serta keamanan/keselamatan pasien dan kendali biaya.

c. Aspek Hukum (*Legal*)

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 sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan, rekam medis adalah milik dokter dan rumah sakit sedangkan isinya yang terdiri dari identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien adalah sebagai informasi yang dapat dimiliki oleh pasien.

d. Aspek Keuangan (*Financial*)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan. kaitanya rekam medis dengan aspek keuangan sangat erat dalam hal pengobatan, terapi serta tindakan-tindakan apa saja yang diberikan kepada pasien selama menjalani perawatan dirumah sakit, oleh karena itu penggunaan sistem teknologi computer didalam proses penyelenggaraan rekam medis sangat diharapkan sekali untuk diterapkan pada setiap instansi pelayanan kesehatan.

e. Aspek Penelitian (*Research*)

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

f. Aspek Pendidikan (*Education*)

Suatu berkas 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 atau referensi pengajaran dibidang profesi Pendidikan kesehatan.

g. Aspek Dokumentasi (*Dokumentation*)

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. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi informasi dapat diaplikasikan penerapannya didalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang cukup efektif dan efisien.

Dengan melihat dari beberapa aspek diatas rekam medis mempunyai kegunaan yang sangat luas karena tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi layanan saja, kegunaan rekam medis secara umum antara lain:

- a) Sebagai alat komunikasi antara dokter antara tenaga ahli lpeainnya yang ikut ambil bagian di dalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.
- b) Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
- c) Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung /dirawat dirumah 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-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan Pendidikan.
- g) Sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis pasien.
- h) Menjadi sumber ingatan yang harus di dokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan.

2.2.4 Manfaat Rekam Rekam Medis

Menurut Konsil Kedokteran Indonesia (2006:6) Manfaat Rekam Medis antara lain:

- a. **Pengobatan Pasien**
Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.
- b. **Peningkatan Kualitas Pelayanan**
Membuat Rekam Medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.
- c. **Pendidikan dan Penelitian**
Rekam medis yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.
- d. **Pembiayaan**
Berkas 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.
- e. **Statistik Kesehatan**
Rekam medis dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit-penyakit tertentu.
- f. **Pembuktian Masalah Hukum Disiplin dan Etik**
Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik.

2.3 Kajian Kelengkapan Berkas Rekam Medis

Berdasarkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2006,

Sebuah berkas rekam medis dikatakan lengkap apabila :

1. Ringkasan (diisi oleh bagian rekam medis)

2. Pembatasan masuk
3. Ringkasan masuk dan keluar
4. Surat berkas Pengaman
5. Intruksi dokter
6. Lembar konsultasi
7. Catatan perawat
8. Grafik, suhu, nadi dan pernafasan
9. Pengawasan khusus
10. Hasil pemeriksaan laboratorium
11. Hasil pemeriksaan radioagnostik
12. Salinan resep
13. Resume atau laporan kematian

Menurut pedoman pengelolaan rekam medis rumah sakit di Indonesia, Departemen Kesehatan RI (2006) menyatakan bahwa berkas rekam medis baru dibuat dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan :

1. Setiap tindakan atas konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam 1x24 jam harus ditulis dalam berkas rekam medis.
2. Semua pencatatan harus ditandatangani oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangan dan ditulis nama terang serta di beri tanggal.
3. Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya di tandatangi dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter yang membimbingnya.
4. Pencatatan dibuat oleh residen harus diketahui oleh dokter pembimbing.
5. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada itu juga serta dibubuhi paraf.

2.4 Kajian Rawat Inap

Menurut Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2006:41) menyatakan bahwa :

“Penerimaan pasien rawat inap dinamakan Admitting Office atau sering dinamakan Sentral Opname. Fungsi utamanya adalah menerima pasien untuk dirawat dirumah sakit. Tata cara penerimaan pasien yang disebut *Admitting procedure* harus wajar sesuai dengan keperluannya. Dengan makin meningkatnya jumlah pasien, pimpinan rumah sakit harus memberikan perhatian yang konstan dalam membina sistem dan prosedur penerimaan pasien yang sebaik-baiknya”.

Pasien yang memerlukan perawatan, dapat dibagi menjadi 3 kelompok yaitu:

1. Pasien tidak *urgen*, penundaan perawatan pasien tersebut tidak akan menambah penyakitnya.
2. Pasien yang *urgen* tetapi tidak gawat darurat, dapat dimasukkan kedalam daftar tunggu.

Pasien rawat inap juga memiliki ketentuan umum dan prosedur yang berlaku yaitu :

- 1) Ketentuan umum tentang penerimaan pasien rawat inap
 - a) Semua pasien yang menderita segala macam penyakit. selama ruang dan fasilitas yang memadai tersedia. dapat diterima di rumah sakit.
 - b) Tanpa diagnosa yang tercantum dalam surat permintaan di rawat, pasien tidak dapat diterima.
 - c) Tanpa diagnosa yang tercantum dalam surat permintaan di rawat, pasien tidak dapat diterima.

- d) Sedapat mungkin tanda tangan persetujuan untuk tindakan operasi dan sebagainya (apabila dilakukan) dilaksanakan disentral opname.
 - e) Pasien dapat diterima apabila:
 - 1. Ada surat rekomendasi dari dokter yang mempunyai wewenang
 - 2. Untuk merawat pasien dirumah sakit.
 - 3. Dikirim dari poliklinik
 - 4. Dikirim oleh dokter Uni Gawat Darurat
 - f) Pasien Gawat Darurat perlu diprioritaskan.
- 2) Prosedur Pasien masuk untuk pasien rawat inap :
- a. Pasien *urgent* tetapi tidak darurat
 - b. Pasien yang tidak *urgent*
- 3) Prosedur selama Pasien diruang perawatan :
- a) Pada waktu pasien tiba di ruang perawatan dan diterima oleh perawat, pasien akan diberi tanda pengenal.
 - b) Perawat menambah formulir-formulir yang diperlukan oleh dokter maupun perawat sendiri.
 - c) Selama perawatan, perawat mencatat semua data perawatan yang diberikan dari mulai saat pasien tiba diruang sampai pasien tersebut pulang, dipindahkan, atau meninggal.

2.5 Kajian Lembar Rekam Medis Rawat Inap

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/ 2008 pasal 3 tentang rekam medis, dan disebutkan

masing-masing pada ayat (2) menyatakan isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan atau hari sekurang-kurangnya memuat :

- a. Identitas Pasien
- b. Tanggal dan Waktu
- c. Hasil Anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
- e. Diagnosa
- f. Rencana penatalaksanaan
- g. Pengobatan dan tindakan
- h. Persetujuan tindakan bila diperlukan
- i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
- j. Ringkasan pulang (*discharge summary*)
- k. Nama dan tanda tangan dokter atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu dan
- m. Untuk pasien khusus dokter gigi dilengkapi dengan odontogram klinik

2.5.1 Kajian Lembar Resume Medis Rawat Inap

Resume Medis (ringkasan riwayat pulang) adalah ringkasan seluruh masa perawatan dan pengobatan yang dilakukan para tenaga kesehatan kepada pasien, yang memuat informasi tentang jenis perawatan terhadap pasien, reaksi tubuh terhadap pengobatan, kondisi pada saat pulang dan tindak lanjut pengobatan setelah pasien pulang.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, istilah resume medis disebut ringkasan pulang harus dibuat oleh dokter dan dokter gigi yang melakukan perawatan pasien. Isi ringkasan pulang atau resume medis sekurang-kurangnya memuat :

- 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.
- e) Kemudian setelah rekam medis selesai digunakan dari ruang rawat, maka dalam waktu 2×24 jam rekam medis tersebut harus dikembalikan ke bagian Rekam Medis.

Berdasarkan Pedoman Pengelolaan Rekam Medis, Departemen Kesehatan RI (2006:53) Tujuan dibuatnya Resume Medis adalah :

- a. Untuk menjamin kontinuitas pelayan medik dengan kualitas yang tinggi serta sebagai bahan referensi yang berguna bagi dokter yang menerima, apabila pasien tersebut dirawat 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, misalnya dari Perusahaan Asuransi (dengan persetujuan Pimpinan).
- d. Untuk diberikan tembusan kepada sistem ahli yang memerlukan catatan tentang pasien yang pernah mereka rawat.

2.6 Kajian Lembar Penanggung Jawab Pengisian Rekam Medis

Menurut Pedoman Penyelenggara dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2006:45) Rumah sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis yang membuat atau mengisi rekam medis dan tenaga lainya :

- a. Dokter Umum, Dokter Spesialis, Dokter Gigi dan Dokter Spesialis yang melayani pasien dirumah sakit.
- b. Dokter tamu yang merawat pasien dirumah klinik.

- c. Residen yang sedang melaksanakan kemitraan klinik.
- d. Tenaga para medis perawatan dan tenaga para medis non perawatan yang langsung terlihat didalam meliputi : Perawat, Perawat Gigi, Bidan, Tenaga Laboratorium Klinik, Gizi, Anastesi, Penata Rontgen, Rehabilitasi Medik.

2.7 Kajian Evaluasi

2.7.1 Pengertian Evaluasi

Evaluasi adalah suatu kegiatan untuk membandingkan antara hasil yang telah dicapai dengan rencana yang telah dibuat atau ditentukan.

menurut *WHO (World Health Organization)* Evaluasi adalah suatu cara yang sistematis untuk mempelajari berdasarkan pengalaman dan mempergunakan pelayanan yang dipelajari untuk memperbaiki kegiatan – kegiatan yang sedang berjalan, serta meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan seleksi yang seksama untuk kegiatan masa datang. Evaluasi juga bisa digunakan untuk pembandingan waktu sekarang dengan sebelumnya.

Sedangkan Menurut Notoadmodjo, S (2012:30) Evaluasi adalah suatu pelaksanaan kegiatan atau program yang sedang dilakukan dalam rangka mencari umpan balik yang dijadikan dasar untuk memperbaiki suatu program atau sistem.

2.7.2 Tujuan Evaluasi

Menurut Rustiyanto (2010:129) Tujuan Evaluasi adalah Pelayanan Rumah Sakit yaitu untuk meningkatkan daya guna dan hasil guna dari perencanaan dan pelaksanaan program, serta memberikan petunjuk dalam pengelolaan manajemen rumah sakit, misalnya dalam pengelolaan sumber

daya manusia, dana dan program peningkatan untuk sekarang dan masa yang akan datang.

2.7.3 Jenis Evaluasi

Dalam klasifikasi lain disebutkan 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 melihat keseluruhan dari hasil pelaksanaan yang dihasilkan.

2.8 Kajian Standar Prosedur Operasional (SPO) Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512/MENKES/PER/IV/2007 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran menyatakan bahwa :

“Standart Prosedure Operasional adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukkan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana Standart Prosedure Operasional memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsesus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.”

2.8.1 Tujuan Standar Prosedur Operasional (SPO)

1. Agar petugas atau pegawai menjaga konsentrasi dan tingkat kinerja petugas/pegawai atau tim dalam organisasi atau unit kerja.
2. Merupakan alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas/pegawai terkait.

3. Melindungi organisasi/unit kerja dan petugas/pegawai dan malpraktek atau kesalahan administrasi lainnya.
4. Sebagai dokumen pelatihan bagi pelatih.

2.8.2 Manfaat Standar Prosedur Operasional (SPO)

- a. Memberikan Penjelasan tentang prosedur kegiatan secara detail dan terinci
- b. Meminimalisasi variasi dan kesalahan dalam suatu prosedur operasional kerja.
- c. Mempermudah dan menghemat waktu dan tenaga dalam program training karyawan
- d. Menyamaratakan seluruh kegiatan yang dilakukan oleh semua pihak.
- e. Membantu mengendalikan dan mengantisipasi apabila terdapat suatu perubahan kebijakan.

2.9 Kajian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit

Menurut Kepmenkes Nomor 129 tahun 2008 tentang Standart Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal juga merupakan spesifikasi teknis tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Pelayanan Umum Kepada Masyarakat. Standart Pelayanan Minimal 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 dari sumber data.

Indikator Standar Pelayanan Minimal adalah tolak ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi didalam pencapaian suatu SPM tertentu berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan.

2.8.3 Tujuan Standart Pelayanan Minimal

Standar Pelayanan Minimal ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal rumah sakit. Standar pelayanan minimal ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan.

Tabel 2. 1 Standart Pelayanan Minimal Kelengkapan Pengisian Rekam Medis

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi Pengumpulan data	1 Bulan
Periode Analisis	3 Bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang di survei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung Jawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik

Sumber : Kepmenkes Nomor 129 tahun 2008

2.10 Penelitian Relevan

Tabel 2. 2 Penelitian Relevan

No	Judul	Variabel	Hasil
1.	Tinjauan Pengetahuan dan sikap dokter dalam pengisian resume medis rawat inap RS permata Bunda Purwodadi tahun 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Pengetahuan Dokter - Sikap Dokter - Kebijakan 	Dari hasil pengetahuan dokter didapatkan bahwa tingkat pengetahuan dokter 100% terhadap lembar resume medis, tingkat perilaku dokter 75% selalu diingatkan oleh perawat, 100% petugas rekam medis mengingatkan apabila resume tidak lengkap, 100% dokter tidak mengetahui jika ada kebijakan SPO tentang pengisian resume medis
2.	Analisis pengisian formulir resume medis diabet militus pasien rawat inap oleh Wulandari	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi - Data klinis - Otentifikasi 	Persentase pengisian identitas terisi sebesar 95,52% sedangkan data klinis persentase pengisiannya sebesar 79,10% dan persentase pengisian data otentifikasi sebesar 58,20%
3.	Tinjauan pengisian resume medis keluar rawat inap ruang teratai IV di RSUD kabupaten ciamis tahun 2012 oleh Kurniawati	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pasien - Autentifikasi - Laporan yang penting - Pencatatan yang benar 	Berdasarkan data kelengkapan identifikasi sebanyak 97,93% data laporan yang penting sebanyak 89,44% sedangkan kelengkapan Autentifikasi sebanyak 96,0% dan data pencatatan yang benar 97,48%