

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Tentang Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.340/MENKES/PER/III/2010 menyatakan bahwa 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 adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara merata dengan mengutamakan upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan kesehatan yang pencegahan penyakit dalam suatu tatanan rujukan, serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga dan penelitian. Rumah sakit juga merupakan institusi yang dapat memberi keteladanan dalam budaya hidup bersih dan sehat serta kebersihan lingkungan (Depkes RI. 2009).

Dari pengertian mengenai rumah sakit diatas, dapat diketahui bahwa rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan yang merupakan bagian dari sumberdaya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung pelayenggaraan upaya kesehatan. Rumah sakit tidak hanya berfungsi sebagai penyedia dan pemberi pelayanan medis saja, tetapi juga sebagai penyedia tempat penelitian bagi institusi pendidikan khususnya mahasiswa.

2.1.2 Tujuan Rumah Sakit

Tujuan didirikannya rumah sakit telah diatur dalam Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, tentang Rumah Sakit Pasal 3,

pengaturan penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan untuk :

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 Standar Pelayanan Rumah Sakit.
4. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, Sumber Daya Rumah Sakit dan Rumah Sakit.

2.1.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit umum mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tugas rumah sakit adalah melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan. Menurut Undang-Undang RI No.44 Tahun 2009 tentang rumah sakit bab III pasal 5, fungsi rumah sakit 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 saat kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan dan
4. Penyelenggaraan penelitian dan pembangunan serta penapisan teknologi di bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan

memperhatikan etika ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

2.2 Tinjauan Tentang Unit Rawat Inap

Rawat Inap merupakan salah satu bagian pelayanan klinis yang melayani pasien karena keadaannya yang tidak memungkinkan untuk mendapatkan perawatan dirumah. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 560/MENKES/SK/IV/2003 tentang Pola Tarif Perjan Rumah Sakit Menteri Kesehatan Republik Indonesia pasal 1 ayat 4 Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit.

Rawat Inap adalah pemeliharaan kesehatan Rumah Sakit di mana penderita tinggal/mondok setidaknya satu hari berdasarkan Pelayanan Kesehatan atau Rumah Sakit Pelaksana Pelayanan Kesehatan lain. Unit rawat inap atau instalasi rawat inap merupakan inti kegiatan (*cor business*) rumah sakit yang berfungsi memberikan pelayanan pasien satu hari atau lebih dengan berbagai jenis didalam suatu ruangan dengan kelas perawatan yang berbeda. Perbedaan ruangan dengan kelas tidak menunjukkan perbedaan mutu pelayanan namun semata-mata pada jenis dan tarif pelayanan. (Kristina, I., & Maulana, F. I. 2015).

Menurut (Kristina, I., & Maulana, F. I. 2015) Unit rawat inap merupakan unit yang paling banyak menghasilkan informasi dan paling banyak menggunakan formulir rekam medis. Setiap jenis pelayanan dapat berbeda jenis dan isi formulir sesuai dengan kebutuhan informasi medis dan keperawatan. Oleh sebab itu catatan penggunaan formulir menjadi sangat penting artinya agar efisien dapat dijaga. Namun jenis dan kelas perawatan apapun pasien di rawat. Setiap petugas yang bertanggung jawab melayani tetap berkewajiban melengkapi isi rekam medis.

Rekam medis rawat inap dikatakan lengkap, minimal berisi:

1. Identitas pasien
2. Anamnesa tentang keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit yang pernah diderita, riwayat keluarga tentang penyakit yang mungkin diturunkan/kontak.
3. Pemeriksaan, meliputi fisik, laboratorium, rontgen, dan khusus lainnya.
4. Diagnosis kerja, diferensial diagnosis/diagnosis akhir.
5. Persetujuan tindakan/pengobatan
6. Pengobatan/tindakan
7. Catatan konsultasi
8. Catatan perawat dan tenaga kesehatan lain.
9. Catatan observasi klinik dan hasil pengobatan lain.
10. Resume akhir dan evaluasi pengobatan
11. Nama dan tanda tangan petugas yang bertanggung jawab.

Selain pengisian rekam medis, unit rawat inap berfungsi pula sebagai pemberi informasi pasien yang berada didalamnya. Jumlah dan identitas pasien yang masuk, pindahan dari ruang lain, pasien yang keluar, yang dirawat intensif, OK, VK, dan lain-lain yang keluar serta pasien meninggal (Kristina, I., & Maulana, F. I. 2015).

2.3 Tinjauan Tentang Rekam Medis

2.3.1 Definisi Rekam Medis

Rekam medis menjadi hal penting dalam pengelolaan rumah sakit dimana salah satu tujuannya adalah untuk menunjang kualitas pelayanan rekam medis yang diberikan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit. Berdasarkan PERMENKES

RI No.269/MENKES/PER/II/2008, 2008b tentang rekam medis pada bab 1 pasal 1 menyatakan “Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien”. Sedangkan menurut Depkes RI (1997:6) tentang Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Revisi 1, rekam medis diartikan : Sebagai keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamnese, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

Selain itu rekam medis menurut UU Praktik Kedokteran Pasal 46 ayat 1 disebutkan bahwa rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kementrian Kesehatan, 2008). Rekam medis adalah keterangan yang baik tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamneses penentuan fisik labolatorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat. (Rustiyanto, Ery. 2009).

2.3.2 Tujuan Rekam Medis

Tujuan dibuatnya rekam medis untuk menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa dukungan suatu sistem pengelohan rekam medis yang baik maka tertib administrasi di rumah sakit tidak akan berjalan sebagaimana yang diharapkan, sedangkan tertib administasi merupakan salah satu faktor dalam meningkatkan kinerja unit rekam

medis sehingga dapat menjadi pusat informasi untuk menunjang sistem informasi rumah sakit. (Rustiyanto, Ery. 2009).

Menurut Depkes RI (2006:13) tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Pembuatan rekam medis di rumah sakit bertujuan untuk mendapatkan catatan atau dokumen yang akurat dan adekuat dari pasien, mengenai kehidupan dan riwayat kesehatan, riwayat penyakit di masa lalu dan sekarang serta pengobatan yang telah diberikan sebagai upaya peningkatan pelayanan kesehatan.

Tujuan rekam medis dapat dibagi menjadi dua kelompok besar yaitu tujuan primer dan tujuan sekunder (Hatta: 2013) :

1. Tujuan Primer

Tujuan Primer rekam medis ditujukan kepada hal yang paling berhubungan langsung dengan pelayanan pasien. Tujuan Primer terbagi dalam lima kepentingan, yaitu :

- a. Untuk kepentingan pasien, rekam medis merupakan alat bukti utama yang mampu membenarkan adanya pasien dengan identitas yang jelas dan telah mendapatkan berbagai pemeriksaan dan pengobatan di sarana pelayanan kesehatan dengan segala hasil serta konsekuensi biayanya.
- b. Untuk kepentingan pelayanan pasien, rekam medis mendokumentasikan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis dan tenaga lain yang bekerja dalam berbagai fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Untuk kepentingan manajemen pelayanan, rekam medis yang lengkap menurut segala aktivitas yang terjadi dalam manajemen pelayanan sehingga digunakan dalam menganalisis berbagai penyakit menyusun pedoman

praktik, serta untuk mengevaluasi mutu pelayanan yang diberikan.

- d. Untuk kepentingan menunjang pelayanan, rekam medis yang rinci akan mampu menjelaskan aktivitas yang berkaitan dengan penanganan sumber-sumber yang ada pada organisasi pelayanan rumah sakit, menganalisis kecenderungan yang terjadi dan mengkomunikasikan informasi di antara klinik yang berbeda.
- e. Untuk kepentingan pembiayaan, rekam medis yang akurat mencatat segala pemberian pelayanan kesehatan yang diterima pasien informasi ini menentukan besarnya pembayaran yang harus dibayar.

2. Tujuan Sekunder

Tujuan sekunder rekam medis ditujukan kepada hal yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien namun tidak berhubungan langsung secara spesifik, yaitu untuk kepentingan edukasi, riset, peraturan, dan pembuatan kebijakan.

2.3.3 Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek yaitu menurut Direktorat Jenderal Pelayanan Medis (2006:13), disebutkan mengenai kegunaan rekam medis dalam beberapa aspek, antara lain :

1. Aspek Administrasi

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

2. Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medik, karena catatan tersebut

digunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang di berikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen resiko klinis serta keamanan dan keselamatan pasien dan kendali biaya.

3. Aspek Hukum

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

4. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai keuangan, karena isinya dapat dijadikan bahan untuk menetapkan biaya pembayaran di rumah sakit. Tanpa adanya bukti catatan tindakan/ pelayanan, maka pembayaran tidak dapat dipertanggungjawabkan.

5. Aspek Penelitian

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

6. Aspek Pendidikan

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

7. Aspek Dokumentasi

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

2.3.4 Fungsi Rekam Medis

Rekam medis memiliki fungsi Menurut Buku Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Tahun 2006, yaitu:

1. Sebagai alat komunikasi antara dokter antara tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian didalam proses pemberian pelayanan, pengobatan, dan perawatan kepada pasien.
2. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
3. Sebagai bukti tertulis maupun terekam atas segala tindakan pelayanan, pengobatan dan perkembangan penyakit selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit.
4. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien.
5. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
6. Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan
7. Sebagai bahan dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis yang diterima oleh pasien.
8. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan

pertanggungjawaban dan laporan.

2.3.5 Tata Cara Penyelenggaraan Rekam Medis

Menurut Buku Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Tahun 2006 menyatakan bahwa setiap dokter dan dokter gigi wajib membuat rekam medis, segera setelah pasien menerima pelayanan. Pembuatan rekam medis dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, pelayanan dan tindakan lain yang telah diberikan kepada pasien. Pencatatan harus dibubuhi nama, waktu, tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung. Apabila terjadi kesalahan pencatatan dapat dilakukan perbaikan dengan mencoret langsung, tanpa menghilangkan catatan yang dibubuhkan dan membubuhkan paraf. Dokter/ dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu bertanggung jawab terhadap catatan/ dokumen yang dibuatnya. Fasilitas dalam menyelenggarakan rekam medis disediakan oleh sarana pelayanan kesehatan.

2.3.6 Kerahasiaan Rekam Medis

Menurut Buku Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Tahun 2006 Bab VI tentang kerahasiaan rekam medis menyatakan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran wajib menyimpan kerahasiaan yang menyangkut riwayat penyakit pasien yang tertuang dalam rekam medis. Rahasia kedokteran tersebut dapat dibuka hanya untuk kepentingan pasien untuk memenuhi permintaan aparat penegak hukum (hakim majelis), permintaan pasien sendiri atau berdasarkan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Berdasarkan Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana, rahasia

kedokteran (isi rekam medis) baru dapat dibuka bila diminta oleh hakim majelis di hadapan sidang majelis. Dokter dan dokter gigi bertanggungjawab atas kerahasiaan rekam medis sedangkan kepala sarana pelayanan kesehatan bertanggungjawab menyimpan rekam medis.

2.3.7 Kepemilikan Rekam Medis

Penentuan pemilikan rekam medis telah tercantum dalam UU RI Nomor 29 tentang Praktik Kedokteran pada pasal 46 ayat (1) menyatakan “Dokumen rekam medis sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 merupakan milik dokter, dokter gigi atau sarana pelayanan kesehatan, sedangkan isi rekam medis merupakan milik pasien”. Pada kenyataannya sering ditemukan para dokter yang membawa pulang berkas rekam medis karena merasa berwenang penuh atas pasiennya, sementara petugas rekam medis berkeras mempertahankan berkas rekam medis untuk tetap berada di rumah sakit. Di lain pihak pasien sering memaksa untuk membawa/membaca berkas yang memuat riwayat sakitnya. Sehingga muncul pertanyaan tentang pemilikan sah rekam medis.

Sedangkan dalam UU RI Nomor 29 tentang Praktik Kedokteran pasal 47 ayat (2) menyatakan bahwa “Rekam medis sebagai mana yang dimaksud pada ayat (1) harus disimpan dan dijaga kerahasiaannya oleh dokter atau dokter gigi dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan”. Rumah sakit sebagai pemilik segala catatan yang ada dirumah sakit, termasuk rekam medis. Hal ini mengingat karena catatan yang terdapat dalam berkas rekam medis merupakan rangkaian pelayanan yang diberikan oleh unit pelayanan kesehatan kepada pasien. Sehingga rekam medis dapat dijadikan bukti dalam proses penyembuhan kepada pasien. Isi rekam medis dapat menunjukkan bagaimana upaya penyembuhan yang dilakukan, sehingga baik

atau buruknya kualitas pelayanan yang diberikan oleh suatu instansi pelayanan kesehatan dapat tercermin didalamnya.

2.3.8 Mutu Rekam Medis

Rekam medis yang baik dapat pula mencerminkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan (Payne, 1976; Huffman, 1990). Rekam medis yang bermutu juga diperlukan untuk persiapan evaluasi dan audit mediis terhadap pelayanan medis secara retrospektif terhadap rekam medis. Tanpa dipenuhinya syarat-syarat dari mutu rekam medis ini, maka tenaga medis maupun pihak rumah sakit akan sukar membela diri di pengadilan bila terdapat tuntutan malpraktik oleh pihak pasien.

Menurut Huffman (1990) dan Soejaga (1996), mutu rekam medis yang baik adalah rekam medis yang memenuhi indikator-indikator mutu rekam medis sebagai berikut :

1. Kelengkapan isian resume medis
2. Keakuratan
3. Tepat waktu
4. Pemenuhan persyaratan hukum

Adapun uraian indikator-indikator tersebut adalah sebagai berikut:

1. Kelengkapan isian resume medis (Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008)
 - a. Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat :
 - 1) Identitas pasien
 - 2) Tanggal dan waktu

- 3) Hasil anamnesis, mencakup sekurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - 4) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
 - 5) Diagnosis
 - 6) Rencana pentalaksanaan
 - 7) Pengoatan dan/atau tindakan
 - 8) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
 - 9) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik, dan
 - 10) Persetujuan tindakan bila diperlukan
- b. Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat :
- 1) Identitas pasien
 - 2) Tanggal dan waktu
 - 3) Hasil anamnesis, mencakup sekurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - 4) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
 - 5) Diagnosis
 - 6) Rencana pentalaksanaan
 - 7) Pengobatan dan/atau tindakan
 - 8) Persetujuan tindakan bila diperlukan
 - 9) Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
 - 10) Ringkasan pulang (*discharge summary*)
 - 11) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga keehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
 - 12) Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu, dan
 - 13) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik

- c. Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat, sekurang-kurangnya memuat:
- 1) Identitas pasien
 - 2) Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan
 - 3) Identitas pengantar pasien
 - 4) Tanggal dan waktu
 - 5) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - 6) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
 - 7) Diagnosis
 - 8) Pengobatan dan/ atau tindakan
 - 9) Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut
 - 10) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- d. Isi rekam medis dalam keadaan bencana selain memenuhi ketentuan sebagaimana yang dimaksud pada isi rekam medis untuk pasien gawat darurat ditambah dengan:
- 1) Jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan
 - 2) Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana massal, dan
 - 3) Identitas yang menemukan pasien
- e. Isi rekam medis untuk pelayanan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan
- f. Pelayanan yang diberikan dalam ambulans atau pengobatan massal di catat dalam rekam medis sesuai dengan kebutuhan sebagaimana di atur pada ayat (3) dan disimpan pada sarana pelayanan kesehatan yang

merawatnya.

2. Keakuratan

Adalah ketepatan catatan rekam medis, dimana semua data pasien ditulis dengan teliti, cermat, tepat, dan sesuai dengan keadaan sesungguhnya.

3. Tepat waktu

Rekam medis harus diisi dan setelah diisi harus dikembalikan ke bagian rekam medis tepat waktu sesuai dengan peraturan yang ada.

4. Memenuhi persyaratan hukum

Rekam medis memenuhi persyaratan aspek hukum (Permenkes 269 Tahun 2008; Huffman, 1994) yaitu :

- a. Penulisan rekam medis tidak memakai pensil
- b. Penghapusan tidak ada
- c. Coretan, ralat sesuai dengan prosedur, tanggal, dan tanda tangan
- d. Tulisan harus jelas dan terbaca
- e. Ada tanda tangan oleh yang wajib menandatangani dan nama petugas
- f. Ada tanggal dan waktu pemeriksaan tindakan
- g. Ada lembar persetujuan

Rekam medis disebut lengkap apabila :

- 1) Setiap tindakan yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam harus ditulis dalam lembar rekam medis.
- 2) Semua perncatatan harus ditandatangani oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya, nama terang, dan diberi tanggal.
- 3) Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan yang terjadi dengan wajar seperti mencoret kata/kalimat yang salah dengan jalan

memberikan satu garis lurus pada tulisan tersebut. Diberi inisial (singkatan nama) orang yang mengoreksi tadi dan mencantumkan tanggal perbaikan. (Boedihartono, 1991; Hatta, 1993).

2.3.9 Isi Rekam Medis Rawat Inap

Berdasarkan Permenkes RI No.269/MENKES/PER/III/2008 Bab 2 Pasal 3 Ayat 2 menyatakan bahwa isi Rekam Medis Pasien Rawat Inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat :

1. identitas pasien;
2. tanggal dan waktu;
3. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
4. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
5. diagnosis;
6. rencana penatalaksanaan;
7. pengobatan dan/ atau tindakan;
8. persetujuan tindakan bila diperlukan;
9. catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
10. ringkasan pulang (*discharge summary*)
11. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
12. pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu;
13. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

2.3.10 Ketentuan- Ketentuan Pengisian Rekam Medis

Secara garis besar terdapat ketentuan-ketentuan dalam pengisian berkas

rekam medis, diantaranya penyelenggaraan pengisian rekam medis dalam Permenkes RI Nomor 269/MENKES/Per/III/2008 diatur sebagai berikut:

1. Rekam medis harus segera dibuat dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan agar data yang dicatat masih original dan tidak ada yang terlupakan. Pasal 5 ayat (2).
2. Setiap pencatatan rekam medis harus disertai nama dan tanda tangan petugas pelayanan kesehatan. Hal ini untuk mempermudah sistem pertanggung jawaban dan pencatatan. Pasal 5 ayat (4).
3. Apabila terdapat kesalahan pencatatan pada rekam medis, maka dapat dilakukan pembetulan, pasal 5 ayat (5). Dengan pencoretan tanpa menghilangkan tulisan yang diperbaiki dan dibubuhi paraf dokter dan dokter gigi atau tenaga kerja tertentu yang bersangkutan. Pasal 5 ayat (6) (Permenkes No. 269 Tahun 2008).

2.4 Tinjauan Tentang Pengembalian Rekam Medis

2.4.1 Pengembalian Rekam Medis

Menurut Huffman (1994), memberikan definisi tentang rekam medis yaitu ringkasan dari fakta-fakta kesehatan pasien termasuk penyakit lama dan penyakit sekarang yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan atau terapi serta mencatat hasilnya.

Menurut Sugiyono (2009), yang mempengaruhi pengetahuan, pengalaman kerja dan pendidikan. Dokter dan perawat sebagai tenaga kesehatan seharusnya memiliki pengetahuan yang lebih baik akan pentingnya pengisian diagnosis dan ketepatan pengembalian berkas rekam medis ke unit rekam medis.

Pengembalian rekam medis ialah suatu proses pengambilan rekam medis

dari unit pelayanan yang meminjam kembali ke unit rekam medis (Widjaya, 2014). Dalam pengembalian rekam medis, rekam medis harus dikembalikan sesudah pasien pulang atau setelah pasien selesai mendapatkan pengobatan.

Dilihat dari banyaknya fungsi dan kegunaan rekam medis maka banyak pula pihak yang berkepentingan untuk menggunakan rekam medis, untuk itu perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Petugas Rekam Medis

- a. Petugas rekam medis mengambil dokumen rekam medis setiap hari maksimal 1x24 jam setelah pasien pulang dari bangsal rawat inap.
- b. Petugas rekam medis mencatat bukti pengembalian atau bukti penerimaan dokumen dari bangsal rawat inap ke dalam buku ekspedisi, pengembalian disertai dengan tanda tangan perawat bangsal.
- c. Petugas rekam medis mengkoreksi kelengkapan rekam medis pasien dan apabila tidak lengkap maka rekam medis akan dikembalikan lagi ke bangsal untuk dilengkapi oleh dokter dan yang bertanggung jawab.
- d. Petugas rekam medis menyimpan kembali rekam medis yang sudah lengkap di unit penyimpanan atau *filig*.
- e. Petugas rekam medis bertanggungjawab atas kehilangan rekam medis pasien di unit rekam medis.

2. Perawat

- a. Petugas ruangan menyimpan rekam medis pasien yang sudah pulang setiap hari paling lambat 2x24 jam untuk diserahkan kepada petugas rekam medis.
- b. Petugas ruangan mencatat bukti pengembalian ke dalam buku ekspedisi disertai tanda tangan petugas rekam medis.

2.4.2 Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap Ke Unit Rekam Medis

Menurut Huffman (1994), setelah pasien keluar dari rumah sakit, berkas rekam medis pasien segera dikembalikan ke bidang rekam medis pasien rawat inap paling lambat 24-48 jam setelah pasien rawat inap keluar secara lengkap dan benar. Huffman juga menjelaskan bahwa kesatuan perawat bertanggung jawab untuk memastikan agar staf medis mematuhi peraturan mengenai pemeliharaan catatan medis yang lengkap pada waktunya, dan memastikan bahwa peraturan ini selalu dilaksanakan sehingga berkas rekam medis dapat kembali tepat pada waktunya.

Berdasarkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) dan Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik (Dirjen Yanmed) tahun 2006 pada buku yang berjudul Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia menyebutkan bahwa alur rekam medis pasien rawat inap sebagai berikut :

1. Setiap pasien yang membawa surat permintaan rawat inap dari dokter poliklinik, Instalasi gawat darurat, sedang pasien rujukan dari pelayanan dan pelayanan kesehatan lainnya terlebih dahulu diperiksa oleh dokter rumah sakit bersangkutan.
2. Apabila tempat tidur diruang rawat inap masih tersedia, petugas menerima pasien mencatat dalam buku register penerimaan pasien rawat inap: nama, dokter, nomor rekam medis, identitas dan data sosial lainnya, serta menyiapkan dan mengisi data identitas pasien pada lembar masuk.
3. Untuk rumah sakit yang telah menggunakan sistem komputerisasi, maka pada saat pasien mendaftar untuk dirawat, petugas langsung mengentry data-data pasien meliputi nomor rekam medis, nomor register, nomor kamar keperawatan

dan data-data penunjang lainnya.

4. Apabila dilakukan sistem uang muka, khusus pasien askes dan dianggap mampu, pihak keluarga pasien diminta menghubungi bagian keuangan untuk membayar uang muka perawatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
5. Petugas menerima pasien rawat inap mengirimkan berkas rekam medis bersama-sama dengan pasiennya ke ruang rawat inap yang dimaksud.
6. Pasien diterima oleh petugas di ruang rawat inap, dan dicatat pada buku register.
7. Dokter yang bertugas mencatat tentang riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, terapi serta semua tindakan yang diberikan kepada pasien pada lembaran-lembaran rekam medis dan menandatangani. Perawat/bidan mencatat pengamatan mereka terhadap pasien dan pertolongan perawatan yang mereka berikan kepada pasien ke dalam catatan perawat/bidan dan membubuhkan tanda tangannya, serta mengisi lembaran grafik tentang suhu, nadi dan pernapasan seorang pasien.
8. Selama di ruang rawat inap, perawat atau bidan menambah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan pelayanan kebutuhan yang diberikan kepada pasien.
9. Perawat/bidan berkewajiban membuat semua harian yang memberikan gambaran mutase pasien mulai pukul 00.00 sampai dengan pukul 24.00. Sensus harian dibuat rangkap tiga ditanda tangani oleh Kepala Ruang Rawat Inap, dikirim ke instalasi rekam medis, tempat penerimaan pasien rawat inap, dan satu lembar arsip ruang rawat inap. Pengiriman sensus harian paling lambat pukul 08.00 pagi hari berikutnya.
10. Petugas ruangan memeriksa kelengkapan rekam medis sebelum di serahkan ke Instalasi Rekam Medis.

11. Setelah pasien keluar dari rumah sakit, berkas rekam medis pasien segera dikembalikan ke instalasi rekam medis paling lambat 1x24 jam setelah pasien keluar, secara lengkap dan benar.
12. Petugas instalasi rekam medis mengolah berkas rekam medis yang sudah lengkap, melewati proses-proses pengkodean, analisa hingga penyimpanan kembali berkas rekam medis yang kemudian diperoleh data hasil pengolahan dalam bentuk laporan statistik rumah sakit.
13. Petugas rekam medis membuat rekapitulasi harian setiap akhir bulan dan mengirimkan ke Subbag/urusan PPL untuk bahan laporan rumah sakit.
14. Instalasi rekam medis menyimpan berkas-berkas rekam medis pasien menurut nomor rekam medisnya (apabila menganut sistem sentralisasi, berkas-berkas rekam medis pasien rawat jalan dan pasien rawat inap untuk tiap-tiap pasien disatukan).
15. Petugas instalasi rekam medis mengeluarkan berkas rekam medis, apabila ada permintaan baik untuk keperluan pasien berobat ulang atau keperluan lain.
16. Setiap permintaan rekam medis harus menggunakan formulir peminjaman rekam medis.
17. Formulir peminjaman rekam medis dibuat rangkap tiga, satu *copy* distempel pada rekam medis, satu *copy* diletakkan pada arak penyimpanan sebagai tanda keluar, dan satu *copy* sebagai arsip yang meminta.
18. Berkas rekam medis yang dipinjam terlebih dahulu dicatat pada buku ekspedisi, yang meliputi nomor rekam medis, nama pasien, nama petugas rekam medis yang mengembalikan, ruangan peminjam, nama jelas peminjam, tanggal peminjaman, dan tanggal kembali.

19. Apabila berkas rekam medis yang dipinjam sudah kembali, dan sudah dicek ke dalam buku ekspedisi peminjaman berkas rekam medis maka catatan rekam medis yang dipinjam yang ditulis dalam buku ekspedisi dicoret dan ditulis nama jelas serta ditanda tangani oleh petugas yang mengoreksi rekam medis kembali, dan formulir peminjaman rekam medis tersebut dibuat.
20. Rekam medis pasien yang tidak pernah berobat lagi ke rumah sakit selama lima tahun terakhir, dinyatakan sebagai *inactive record*.
21. Berkas-berkas rekam medis yang sudah dinyatakan sebagai *inactive record* dikeluarkan dari rak penyimpanan dan disimpan di gudang rumah sakit dimusnahkan.

Proses pengembalian dokumen rekam medis rawat inap ke unit rekam medis yaitu petugas setiap hari mengambil berkas rekam medis rawat inap pasien yang sudah pulang apabila sudah ada berkas rekam medis yang siap diambil. Dalam mengambil dokumen rekam medis ke bangsal, petugas menandatangani buku ekspedisi pengambilan dokumen rekam medis di unit rawat inap sebagai tanda serah terima dokumen rekam medis. Untuk dokumen rekam medis rawat inap yang belum diisi oleh dokter dan perawat, maka ada tenggang waktu pengambilan dokumen rekam medis rawat inap yaitu 2x24 jam setelah pasien pulang (Rohman, Nurjayanti et al. 2017).

2.5 Tinjauan Tentang Standar Prosedur Operasional

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512/Menkes/PER/IV/2007 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran BAB I Pasal 1 ayat 10 Standar Prosedur Operasional adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu

proses kerja rutin tertentu. Standar Prosedur Operasional memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan consensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi. Beberapa istilah prosedur yang digunakan adalah:

- a. Standar Prosedur Operasional (SPO), istilah ini digunakan di (UU Nomor 29 tahun, 2004) tentang praktik kedokteran dan undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit.
- b. Prosedur tetap (Protap)
- c. Prosedur kerja
- d. Prosedur tindakan
- e. Prosedur penatalaksanaan
- f. Petunjuk teknis (juknis)

2.6 Tinjauan Tentang Standar Pelayanan Minimal

Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Standar Pelayanan Minimal juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum Kepada Masyarakat (Kepmenkes No. 129 Tahun 2008).

Tabel 2. 1 Indikator dan Standar Pelayanan Minimal Rekam Medis

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
Rekam Medis	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%
	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap	≤ 15 menit

Sumber : Kepmenkes No. 129 Tahun

2.7 Tinjauan Tentang Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap ke Unit Rekam Medis

a. Kebijakan Rumah Sakit

Standar kebiakan dan prosedur rumah sakit bersumber dari buku petunjuk dan pedoman tertulis penyelenggaraan rekam medis dari Depkes dan Peraturan Perundang-undangan yang berkaitan dengan rekam medis dan pedoman tertulis yang diterapkan sendiri oleh Kepala Unit Rekam Medis. Kebijakan dan prosedurnya antara lain, tentang rekam medis setelah pasien pulang formulir yang ada harus terisi lengkap di ruang perawatan oleh tenaga medis, atau tenaga kesehatan dan lain-lain yang berwenang untuk mengisi, dan pada hari yang sama dokter harus mengisi dengan lengkap resume di berkas rekam medis. Rekam medis rawat inap yang telah lengkap paing lambat dikembalikan ke unit rekam medis dalam waktu 2x24 jam sesuai dengan Standar Operasional Prosedur Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap.

b. Fungsi Manajemen Mutu Pelayanan

Pelayanan kesehatan adalah suatu proses kegiatan pemberian jasa atau pelayanan di bidang kesehatan, yang hasilnya dapat berupa hasil pelayanan yang bermutu atau tidak bermutu sama sekali, tergantung proses pelaksanaan kegiatan pelayanan dan faktor lingkungan yang mempengaruhi oleh 5 area fundamental yaitu *man, material, machine, method, money* (Hasibuan, 2007). Mutu pelayanan kesehatan adalah suatu langkah ke arah peningkatan pelayanan kesehatan baik secara individu maupun populasi sesuai dengan keluaran (*outcome*) kesehatan yang diharapkan dan sesuai dengan pengetahuan professional terkini. Pemberi pelayanan kesehatan harus mencerminkan

ketepatan dari penggunaan pengetahuan terbaru secara ilmiah, klinis, interpersonal, manual, kognitif, organisasi dan unsur-unsur manajemen pelayanan kesehatan (Hatta, 2013).

1) *Man* (Sumber Daya Manusia)

Menurut Mooney (1954), *Man* merujuk pada sumber daya manusia yang dimiliki pada suatu organisasi. Dalam manajemen faktor manusia merupakan yang paling menentukan. Tanpa adanya manusia tidak ada proses kerja, sebab pada dasarnya manusia adalah makhluk kerja. Oleh karena itu manajemen timbul karena adanya orang-orang yang bekerja sama untuk mencapai tujuan.

Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui Pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memiliki kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Menurut PERMENKES No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis yang dimaksud perekam medis adalah seorang yang telah lulus pendidikan rekam medis dan informasi kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Untuk itu seorang perekam medis harus memiliki pengetahuan dan keterampilan

Menurut Notoadmojo (2007), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu pendidikan, umur, pengalaman. Menurut Ismail (2003), selain mengikuti pendidikan formal, pengetahuan seseorang juga dipengaruhi oleh pelatihan-pelatihan atau seminar kesehatan yang telah

di ikuti, dengan adanya pelatihan seseorang dapat lebih terampil dalam melakukan pekerjaannya. Unsur manajemen paling vital adalah sumber daya manusia. Manusia yang membuat perencanaan dan mereka pula yang melakukan proses untuk mencapai tujuan tersebut. Tanpa adanya sumber daya manusia maka tidak ada proses kerja, sebab pada prinsip dasarnya mereka adalah makhluk perkerja.

2) *Material* (Sarana dan Prasarana)

Menurut Rusdarti (2008) manusia tanpa bahan perlengkapan tidak akan mencapai tujuan yang diharapkan. Faktor material dalam manajemen tidak dapat diabaikan sama sekali. Berkas rekam medis berisi data pasien yang bersifat rahasia, maka setiap lembar formulir rekam medis harus dilindungi dengan cara dimasukkan kedalam folder atau map. *Meterial* adalah bahan yang dibutuhkan atau digunakan untuk mencapai sebuah tujuan. Bahan merupakan suatu fasilitas yang harus ada di dalam rumah sakit untuk menunjang dalam pelaksanaan sistem pelayanan kesehatan, seperti contohnya rumah sakit harus menyediakan buku ekspedisi untuk mencatat dan mengecek pengembalian berkas rekam medis dari ruang rawat inap ke unit rekam medis setelah pasien pulang. Material terdiri atas alat dan bahan yang termasuk juga sarana dan prasarana. Sarana dan prasarana merupakan semua benda yang bergerak maupun tidak bergerak (Daryanto, 2011). Dalam hal ini gedung juga menjadi faktor keterlambatan pengembalian berkas rekam medis rawat inap yaitu gedung rawat inap dan unit rekam medis dimana jarak antar keduanya lumayan jauh

3) *Method* (Prosedur Yang Ditetapkan)

Menurut KBBI metode adalah cara kerja yang bersistem untuk mempermudah pelaksanaan suatu kegiatan untuk mencapai tujuan yang ditentukan. Metode yang digunakan adalah menurut Standar Prosedur Operasional. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran BAB 1 pasal 1 ayat 10 Standar Prosedur Operasional adalah suatu perangkat instruksi/ langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja, dimana Standar Prosedur Operasional memberikan langkah yang benar dan terbaik untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.

Method atau prosedur yang digunakan dalam pengembalian berkas rekam medis rawat inap yaitu dengan acuan dari SPO mengenai pengembalian berkas rekam medis rawat inap. Menurut Tjipto Atmoko, 2011 tentang standar prosedur operasional merupakan suatu pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas dan pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi pemerintah, usaha maupun non-usaha, berdasarkan indikator-indikator teknis, administrasi, dan procedural sesuai tata kerja, prosedur kerja yang bersangkutan.

4) *Machine* (Mesin atau Alat Yang Digunakan)

Menurut Rusdarti (2008) *machine* digunakan untuk mempermudah atau menghasilkan keuntungan yang lebih besar serta menciptakan efisiensi kerja. Alat/mesin dalam suatu pekerjaan harus dipenuhi karena untuk

memperlancar dalam kenyamanan petugas agar pekerjaan tersebut tidak terhambat. Dalam hal ini alat/mesin di rumah sakit yang berpengaruh dalam pengembalian berkas rekam medis rawat inap tepat waktu yaitu telepon. Telepon tersebut merupakan alat yang digunakan untuk mempermudah komunikasi antar petugas rekam medis dengan admin rawat inap, dokter, maupun tenaga medis yang bersangkutan agar mengembalikan berkas rekam medis rawat inap dengan tepat waktu.