

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang RI Nomor 44 tahun 2009 pasal 1 “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (*PERMENKES RI Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien*, 2018)

“Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Setiap Rumah Sakit memiliki kewajiban memberikasn informasi yang benar mengenai pelayanan rumah sakit kepada masyarakat, memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit”.

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*.

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit umum mempunyai 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.
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.

2.1.3 Klasifikasi Rumah Sakit Umum

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit:

1. Rumah sakit umum kelas A, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisistik luas dan subspecialistik luas.
2. Rumah sakit umum kelas B, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya sebelas spesialisistik dan subspecialistik luas.
3. Rumah sakit umum kelas C, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisistik dasar.
4. Rumah sakit umum kelas D, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Definisi Rekam Medis

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/MENKES/PER/III/2008 yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Suatu rekam medik yang lengkap mencakup data identifikasi, sosiologis, riwayat penyakit terdahulu, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan khusus lainnya.

2.2.2 Kegunaan Rekam Medis

Menurut Depkes RI, (2006) Dirjen Pelayanan Medis dalam buku Pedoman Pengolahan rekam medis rumah sakit di Indonesia revisi II, kegunaannya dapat dilihat dari beberapa aspek yang dikenal dengan sebutan ALFREDS (*Administrative, Legal, Financial, Research, Education, Documentation, and Service*) yaitu :

1. *Administrative* (Aspek Administrasi)

Isi berkas rekam medis menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. *Legal* (Aspek Hukum)

Isi berkas rekam medis menjamin kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk penegakkan hukum.

3. *Financial* (Aspek Keuangan)

Berkas rekam medis dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran layanan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat dipertanggungjawabkan.

4. *Research* (Aspek Penelitian)

Informasi dalam berkas rekam medis dapat digunakan sebagai bahan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

5. *Education* (Aspek Pendidikan)

Berkas rekam medis memuat data kronologis kegiatan pelayanan medis yang telah diberikan kepada pasien sehingga dapat digunakan sebagai bahan pengajaran dibidang profesi pemakai.

6. *Documentation* (Aspek Dokumentasi)

Isi berkas rekam medis merupakan sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban laporan rumah sakit.

7. *Service* (Aspek Medis)

Catatan pada berkas rekam medis digunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

2.2.3 Isi rekam medis

Isi rekam medis merupakan catatan keadaan tubuh dan kesehatan, termasuk data tentang identitas dan data medis seorang pasien. Secara umum isi rekam medis dapat dibagi dalam dua kelompok data yaitu :

1. Data medis atau data klinis

Data medis atau data klinis adalah segala data tentang riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, diagnosis, pengobatan serta hasilnya, laporan dokter, perawat, hasil pemeriksaan laboratorium, ronsen dsb. Data ini merupakan data yang bersifat rahasia (*confidential*). Sehingga tidak dapat dibuka kepada pihak ketiga tanpa izin dari pasien yang bersangkutan kecuali jika ada alasan lain (Susanti, 2016).

2. Data sosiologi atau data non-medis

Data sosiologi atau data non-medis adalah segala data yang tidak berkaitan langsung dengan data medis, seperti data identitas, data sosial ekonomi, alamat dsb. Data ini oleh sebagian orang dianggap bukan rahasia tetapi menurut sebagian lainnya merupakan data yang juga bersifat rahasia (*confidential*). Konsil kedokteran Indonesia

membagi isi rekam medik berdasarkan kondisi pasien yang sedang menjalani perawatan ada empat jenis, yaitu :

a. Rekam medik pasien rawat jalan

Isi rekam medik sekurang-kurangnya memuat catatan/dokumen tentang :

- 1) Identitas pasien
- 2) Pemeriksaan fisik
- 3) Diagnosis/masalah
- 4) Tindakan/pengobatan
- 5) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien

b. Rekam medik pasien rawat inap

- 1) Identitas pasien
- 2) Pemeriksaan
- 3) Diagnosis/masalah
- 4) Persetujuan tindakan medik (bila ada)
- 5) Tindakan pengobatan
- 6) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

c. Rekam medik pasien gawat darurat

Data pasien gawat darurat yang harus dimasukkan dalam *medical record* sekurang-kurangnya antara lain :

- 1) Identitas pasien
- 2) Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan
- 3) Identitas pengantar pasien.
- 4) Tanggal dan waktu
- 5) Hasil anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit)
- 6) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis.
- 7) Diagnosis
- 8) Pengobatan dan 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.
- 11) Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan kesehatan lain
- 12) Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu.

d. Pendelegasian Membuat Rekam Medik

Selain dokter dan dokter gigi yang membuat/mengisi rekam medik, tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien dapat membuat/mengisi rekam medik atas perintah/pendelegasian secara tertulis dari dokter dan dokter gigi yang menjalankan praktek kedokteran (Susanti, 2016).

2.3 Identifikasi pasien

Identifikasi adalah pengumpulan data dan pencatatan segala keterangan tentang bukti-bukti dari seseorang sehingga kita dapat menetapkan dan mempersamakan keterangan tersebut dengan individu seseorang. Pasien adalah seorang individu yang mencari atau menerima perawatan medis (Susanti, 2016).

“Menurut *federation of health record organizations*, identifikasi pasien adalah langkah utama yang harus dilakukan suatu pelayanan kesehatan dalam pembuatan atau pencatatan medis pasien dimana informasi dasar dari seorang pasien mengenai identitas diri pasien yaitu paling tidak memuat identitas sosial dan demokrasi sangat penting untuk direkam atau dicatat pada berkas rekam medis yang dapat di awal proses pelayanan kesehatan yaitu di tempat pendaftaran pasien rawat jalan. Identifikasi pasien yang akurat merupakan tulang punggung yang efektif dan efisien catatan medis” (Susanti, 2016).

Aspek penting pendaftaran pasien berdasarkan *federation of health records organizations* adalah :

1. Ketika seorang pasien datang di rumah sakit atau klinik untuk pertama kalinya, pasien tersebut didaftar sebagai pasien baru. Untuk memastikan bahwa pasien tersebut merupakan pasien baru, sebagai pasien baru, seharusnya ditanya apakah mereka sudah pernah ke rumah sakit atau klinik tersebut sebelumnya. Jika pasien mengatakan tidak, staf klinik harus tetap memeriksa fasilitas database pasien yang terkomputerisasi, indeks utama pasien manual atau dengan catatan kesehatan departemen, tergantung tingkat komputerisasi tersebut.
2. Jika pasien tidak memiliki indeks utama dikomputer, maka pasien dilakukan identifikasi atau pencarian informasi mengenai pasien tersebut yang kemudian dikumpulkan dan masuk ke dalam database komputer, atau

dicatat pada lembaran depan sebuah catatan baru, setelah pasien mendaftar dan nomor registrasi pasien diberikan.

3. Nomor registrasi ini akan digunakan sebagai nomor rekam medis pasien. Dalam sistem manual, apabila ada seorang pasien masuk/mendaftar, atau pendaftaran pasien harus dijaga dengan memonitor nomor-nomor yang telah digunakan untuk registrasi (Susanti, 2016). seperti dibawah ini :

Tabel 2. 1 Registrasi Pasien Baru

No Rekam medis	Nama Pasien	Kunjungan/Tanggal	Dokter
08 15 23	Rusdi	08/03/2016	Dr.Toni

Nomor register ini mempertahankan sebagai kontrol untuk menghindari terjadinya penomoran ganda berkas rekam medis (duplikasi) dan pemberian nomor yang sama untuk dua pasien.

Jika pasien memiliki indeks utama pasien dan nomor rekam medis, makaharus dilakukan pemeriksaan terhadap indentitas pasien dengan data sebelumnya dan dilakukan perubahan untuk dicatat pada berkas rekam medis (Susanti, 2016).

2.4 Definisi Sistem Identifikasi Berkas Rekam Medis

Sistem identifikasi berkas rekam medis dapat didefinisikan sebagai “suatu cara untuk memberi pertanda atau penciri yang unik (berbeda antara satu dengan lainnya) pada berkas rekam medis agar bisa dengan cepat dan tepat ditemukan dan dikenali kembali.

Dalam hal sistem identifikasi, dikenal pula ada tiga metode dasar pemberian identitas, yaitu:

1. Alfabetikal, yaitu sistem identifikasi yang menggunakan kombinasi huruf saja.
2. Numerikal, yaitu sistem identifikasi yang menggunakan kombinasi angka saja.
3. Alfamerikal, yaitu sistem identifikasi yang menggunakan kombinasi gabungan antara angka dan huruf. Dalam hal ini urutan angka dan huruf tidak menjadi masalah, yang penting mengandung angka dan huruf (Indradi, 2014).

Masing-masing cara tersebut di atas memiliki keuntungan dan keterbatasan.

Sistem identifikasi alfabetikal (misalnya mengacu pada nama seorang) umumnya mudah digunakan dan lebih mudah diingat. Namun apabila penggunaannya semakin banyak, misalnya jumlah pasien di suatu rumah sakit sudah sangat banyak maka kemungkinan adanya nama yang sama juga semakin besar. Padahal konsep identifikasi adalah memberi penciri yang unik, jadi dalam kondisi seperti ini tidak bisa lagi menggunakan nama pasien sebagai identitas karena bisa ada yang sama.

Dari ketiga pilihan tersebut di atas (alfabetikal, numerikal, dan alfamerikal) yang disarankan dan paling umum digunakan untuk identifikasi berkas rekam medis adalah metode numerikal. Dengan demikian maka setiap berkas rekam medis akan memiliki nomor tersendiri yang selanjutnya disebut sebagai nomor rekam medis. Karena hampir semua rumah sakit menggunakan metode numerikal maka seringkali sistem identifikasi berkas rekam medis langsung disebut sebagai sistem penomoran (Indradi, 2014).

Secara umum rumah sakit menggunakan 6 digit angka untuk menomori berkas rekam medis. Penulisan keenam angka ini dilakukan secara terpisah setiap 2 digit dengan tanda “-“ sebagai pemisahannya. Misalnya berkas rekam medis dengan nomor 654321 akan ditulis menjadi 65-43-21. Hal ini dilakukan untuk

mempermudah melihat, mengucapkan, mendengar, menuliskan dan mengingat nomor tersebut (Indradi, 2014).

2.5 Sistem Penomoran

2.5.1 Sistem Cara Pemberian Nomor (Numbering System)

Rekam medis pada hampir semua pasien pelayanan kesehatan disimpan menurut nomor, yaitu nomor pasien masuk (*Admission Number*). Dahulu berbagai rumah sakit menyimpan rekam medis berdasarkan: nama pasien, nomor keluar, atau kode diagnosa. Penyimpanan secara alpabets menurut nama-nama pasien agak lebih sulit dan memungkinkan terjadinya kesalahan-kesalahan dibandingkan dengan penyimpanan berdasarkan nomor. Penggunaan nomor keluar (*Discharge number*) dan nomor kode diagnosa (*Diagnostic code number*), umumnya ternyata tidak memuaskan karena rekam medis lain-lain/register sangat memerlukan nomor pasien masuk (*admission number*) (Gultom, 2019).

Jika kartu pasien indeks hilang, nomor masuknya dapat diperoleh dari salah satu catatan, dengan mengetahui nama dan tanggal masuknya. Tetapi jika menggunakan nomor keluar kartu indeks tidak dapat menolong untuk menemukan nomor keluar, sehingga lokasi rekam medisnya sukar diketahui.

Jenis Sistem Penomoran ada tiga macam sistem pemberian nomor pasien masuk (*Admission numbering system*) yang umumnya dipakai yaitu:

- a. Pemberian nomor cara seri (*serial numbering system*)
- b. Pemberian nomor cara unit (*unit numbering system*)
- c. Pemberian nomor cara seri unit (*serial seri unit numbering system*)

Sistem manapun yang dipakai, setiap rekam medis baru harus mendapat nomor yang diurut secara kronologis dan nomor tersebut digunakan oleh seluruh unit/bagian dirumah sakit yang bersangkutan (Indradi, 2014).

a. Pemberian Nomor Seri

Istilah yang biasa digunakan adalah (*serial numbering system*). Dengan sistem ini setiap penderita mendapat nomor baru setiap kunjungan ke rumah sakit. Jika ia berkunjung lima kali , maka ia akan mendapat lima nomor yang berbeda. Semua nomor yang telah diberikan kepada penderita tersebut harus di catat pada (kartu indeks utama pasien) yang bersangkutan. Sedangkan rekam medis nya disimpan di berbagai tempat sesuai dengan nomor yang telah diperolehnya.

b. Pemberian Nomor Cara Unit

Istilah yang biasa digunakan adalah (*Unit Numbering System*) berbeda dengan sistem seri. Sistem ini memberikan satu unit rekam medis baik kepada pasien berobat jalan maupun pasien untuk dirawat. Pada saat seorang penderita berkunjung pertama kali ke rumah sakit apakah penderita berobat jalan ataupun dirawat,

kepadanya diberikan satu nomor (*admitting number*) yang akan dipakai selamanya untuk kunjungan seterusnya, sehingga rekam medis penderita tersebut hanya tersimpan di dalam berkas dibawah satu nomor.

c. Pemberian Nomor Cara Seri Unit

Istilah yang biasa digunakan adalah (*serial seri unit numbering system*). Sistem nomor ini merupakan sistem antara sistem seri dan sistem unit. Setiap

pasien berkunjung ke rumah sakit, kepadanya diberikan satu nomor baru, tetapi rekam medisnya yang terdahulu digabungkan dan disimpan di dalam satu nomor yang paling baru. Dengan cara ini terciptalah satu unit rekam medis.

Apabila satu rekam medis lama diambil dan dipindahkan tempatnya ke nomor yang baru, ditempatnya yang lama tersebut harus diberi tanda petunjuk (*out guide*) yang menunjukkan kemana rekam medis tersebut telah dipindahkan. Tanda petunjuk tersebut diletakkan menggantikan tempat rekam medis yang lama. Hal ini sangat membantu ketertiban sistem penyimpanan rekam medis (Indradi, 2014).

2.5.2 Perbandingan Sistem Penomoran

Perbandingan antara sistem-sistem pemberian nomor. Berdasarkan dari tiga jenis sistem penomoran, dianjurkan untuk menggunakan sistem unit, karena dengan sistem ini semua rekam medis penderita disimpan dalam satu nomor dan terkumpul dalam satu map (*folder*). Sistem ini secara cepat memberikan keuntungan kepada rumah sakit/staf medis. Sistem unit menghilangkan kerepotan dalam mencari/mengumpulkan rekam medis pasien, mengambil rekam medis lama, untuk disimpan ke dalam nomor baru dalam sistem seri unit (Indradi, 2014).

Dalam hal penggunaan sistem seri unit, petugas yang memberikan nomor masuk (*admission number*), diperintahkan agar selalu mengecek apakah seorang pengunjung sudah pernah berkunjung ke rumah sakit itu sebelumnya tidak akan diberikan nomor baru, karena rekam medisnya yang sekarang akan diberi nomor yang sama dengan nomor yang telah dimiliki pada kunjungan yang lalu. Kadang-

kadang terjadi kekeliruan dimana seorang penderita diberikan lagi nomor yang baru padahal ia telah mempunyai nomor, kekeliruan ini dapat diperbaiki dengan membatalkan nomor baru dan tetap menyimpan rekam medisnya pada nomor yang telah ada.

Adapun sistem yang dipakai, data-data tertentu harus ditulis pada saat penderita masuk, untuk ditulis pada kartu indeks utama pasien, termasuk nomor yang diberikan. Hanya satu kartu indeks utama pasien untuk seorang penderita. Sistem nomor yang digunakan juga mempengaruhi rencana perkembangan ruang tempat penyimpanan. Perlu sekali ruang kosong pada rak penyimpanan 25% apabila menggunakan sistem nomor unit, karena tempat tersebut berguna untuk menyimpan rekam medis yang makin tebal.

Apabila sistem seri unit yang dipakai, dimana rekam medis selalu disimpan ditempat nomor yang terbaru, sehingga terjadi kosong pada bagian-bagian tertentu dari rak penyimpanan kosong ini akan terjadi apabila persentase masuk ulang tinggi. Dengan sistem seri rak-rak penyimpanan akan terisi secara konsisten. Satu problem yang biasa timbul dalam sistem unit adalah bertambahnya satu rekam medis menjadi berjilid-jilid karena seringkali penderita tersebut mendapat pelayanan di rumah sakit. Kadang-kadang begitu seringkali seorang penderita dirawat, sehingga rekam medisnya harus dibuat jilid yang baru, karena terlalu tebal jika hanya satu jilid saja. Untuk mengingatkan petugas penyimpanan tentang hal ini maka pada saat jilid harus dibuat catatan nomor jilid dan jumlahnya. Misalnya: jilid 1 dari 2; jilid 2 dari 2 (Direktorat Jendral Bina Pelayanan medis, 2006).

2.5.3 Data Base Pasien sebagai Kartu Indeks Utama Pasien

Kartu Indeks Utama Pasien adalah salah satu cara yang digunakan sebagai penunjang kelancaran dalam melakukan pelayanan terhadap pasien, karena jika pasien lupa membawa kartu beobat maka KIUP akan membantu dalam proses pencarian data pasien. KIUP merupakan kunci utama bagi setiap pasien yang wajib dibuat, baik pasien rawat jalan maupun rawat inap. KIUP merupakan suatu tanda pengenal setiap pasien baru yang akan disimpan selamanya, maka harus dibuat selengkap dan sejelas mungkin. KIUP memuat data identitas pasien yang harus dibuat secara terperinci dan lengkap, antara lain:

1. Nama lengkap pasien
2. Nomor rekam medis
3. Tempat/tanggal lahir
4. Jenis kelamin
5. Alamat lengkap
6. Nama ayah
7. Nama ibu
8. Nama suami
9. Agama
10. Pekerjaan
11. Status
12. Penanggung jawab
13. Tanggal kunjungan awal

Seiring dengan perkembangan teknologi maka bagi rumah sakit yang telah menggunakan kemajuan teknologi komputer di dalam sistem pengolahan rekam medis maka penggunaan kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) dapat dialihkan dengan menyimpan data pasien diatas sebagai data dasar pasien yang disimpan dalam sistem komputer yang juga dapat berfungsi sebagai KIUP (pada rumah sakit yang masih menggunakan sistem manual). Setiap rumah sakit memiliki sistem *back up* apabila sewaktu-waktu terjadi (*computer error*) (Direktorat Jendral Bina Pelayanan medis, 2006).

2.6 Standar ProsedurOperasional (SPO)

2.6.1 Pengertian Standar ProsedurOperasional (SPO)

Standar Prosedur Operasional yang selanjutnya disingkat SPO adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan administrasi pemerintahan, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan. SPO pada dasarnya merupakan pedoman yang berisi prosedur operasional standar kegiatan yang dijalankan dalam organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa semua keputusan dan tindakan, serta penggunaan fasilitas proses yang dilakukan pegawai Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia berjalan efektif dan efisien, konsisten, standar, dan sistematis (Syamsudin, 2012).

2.6.2 Tujuan dan Manfaat Standar ProsedurOperasional (SPO)

` Tujuan disusunnya Pedoman Penyusunan SPO ini adalah untuk memberikan pedoman bagi seluruh unit kerja di lingkungan Kementerian Hukum

dan Hak Asasi Manusia dalam mengidentifikasi, merumuskan, menyusun, mengembangkan, memonitor, dan mengevaluasi SPO sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing (Syamsudin, 2012).

SOP diharapkan memberikan manfaat antara lain:

1. Sebagai standarisasi cara yang dilakukan pegawai dalam menyelesaikan pekerjaan sehingga memberikan kepastian dan keseragaman dalam proses suatu tugas;
2. Mengurangi tingkat kesalahan dan kelalaian yang mungkin dilakukan pegawai dalam melaksanakan tugas;
3. Meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelaksanaan tugas dan tanggung jawab individu dan organisasi secara keseluruhan;
4. Membantu pegawai menjadi lebih mandiri;
5. Menciptakan ukuran standar kinerja yang merupakan cara konkrit untuk memperbaiki kinerja serta membantu mengevaluasi kegiatan yang telah dilakukan;
6. Menghindari tumpang tindih pelaksanaan tugas;
7. Memberikan kejelasan dan transparansi kepada pihak-pihak terkait mengenai hak dan kewajibannya dalam suatu uraian prosedur.

2.6.3 Prinsip Penyusunan Standar Operasional Prosedur (SPO)

1. Kemudahan dan Kejelasan

Prosedur yang distandarkan harus dapat dengan mudah dimengerti dan diterapkan oleh semua Pegawai bahkan oleh seseorang yang sama

sekali baru dalam pelaksanaan tugasnya. SOP harus dibuat secara jelas dan sederhana sehingga mudah dipahami dan diterapkan

2. Efisiensi dan Efektifitas

Prosedur yang distandarkan harus merupakan prosedur yang paling efisien dan efektif dalam proses pelaksanaan tugas.

3. Keselarasan

Prosedur yang distandarkan harus selaras dengan prosedur standar lain yang terkait.

4. Keterukuran

Output dari prosedur yang distandarkan mengandung standar kualitas (mutu) tertentu yang dapat diukur pencapaian dan keberhasilannya.

5. Dinamis

Prosedur yang distandarkan harus dengan cepat dapat disesuaikan dengan kebutuhan peningkatan kualitas pelayanan yang berkembang dalam penyelenggaraan administrasi pemerintahan.

6. Berorientasi pada Pengguna

Prosedur yang distandarkan harus mempertimbangkan kebutuhan pengguna sehingga dapat memberikan kepuasan kepada pengguna.

7. Kepatuhan Hukum

Prosedur yang distandarkan harus memenuhi ketentuan dan peraturan perundang-undangan.

8. Kepastian Hukum

Prosedur yang distandarkan harus ditetapkan oleh pimpinan sebagai sebuah produk hukum yang ditaati, dilaksanakan dan menjadi instrumen untuk melindungi Pegawai dari kemungkinan tuntutan hukum (Syamsudin, 2012).

2.7 Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Duplikasi Penomoran Berkas Rekam Medis

Faktor yang menyebabkan terjadinya duplikasi penomoran berkas rekam medis adalah :

1. Petugas yang kurang teliti

Secara umum pengertian dari petugas yang kurang teliti adalah ketidakmampuan seseorang dalam memenuhi kebutuhannya terutama kebutuhan pasien maupun kebutuhan rumah sakit. Seorang petugas rumah sakit dalam menjalankan tugasnya kadang kurang baik dan kurang teliti. Dimana telah terjadi penomoran ganda, bahwa satu pasien terdapat nomor rekam medis sebanyak dua nomor rekam medis (Hasibuan, 2016).

2. Tanggung jawab petugas terhadap terjadinya penomoran ganda berkas

Penomoran berkas rekam medis akan menjadi baik tercapai apabila petugas benar-benar memperhatikan kinerjanya, bekerja secara professional sesuai prosedur yang berlaku. Penomoran yang digunakan sebaiknya menggunakan sistem online, sehingga tidak menimbulkan kekeliruan pada nomor berkas rekam medis. Harus diadakan pelatihan untuk petugas rekam medis lebih menguasai

bidangnya sehingga kewalahan tidak akan terjadi. Serta jumlah petugas rekam medis sebaiknya di perbanyak, agar pelayanan lebih maksimal (Hasibuan, 2016).

3. Kualifikasi Atau Pengetahuan Petugas Dalam Penomoran Rekam Medis

Pada dasarnya pengertian pendidikan adalah usaha sadar atau terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya dan masyarakat.

Pengalaman merupakan suatu proses pembelajaran dan penambahan perkembangan protensi bertingkah laku baik dari pendidikan formal maupun non formal atau biasa diartikan sebagai suatu proses yang membawa seseorang kepada suatu pola tingkah laku yang lebih tinggi. Suatu pembelajaran juga mencakup perubahan yang relatif tepat dari perilaku yang diakibatkan pengalaman, pemahaman dan praktek (Muldiana, 2016).

4. Kurangnya Kinerja Petugas Dalam Penomoran Rekam Medis

Kinerja berasal dari kata job performance atau actual performance yang berarti prestasi kerja atau prestasi sesungguhnya yang dicapai oleh seseorang. Pengertian kinerja (prestasi kerja) adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seseorang pegawai dalam melaksanakan fungsinya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan padanya (Susanti, 2016).

Kinerja merupakan prestasi kerja, yaitu perbandingan antara hasil kerja dengan standar yang ditetapkan. Jadi kinerja petugas rekam medik dalam

penomoran rekam medik harus memiliki kualitas maupun kuantitas dirumah sakit sesuai tanggung jawab yang diberikan (Susanti, 2016).