

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes) Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit bab 1 pasal 1, menyatakan “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”. (Permenkes RI, 2020).

2.1.2 Fungsi Rumah Sakit

Fungsi rumah sakit menurut Undang – Undang (UU) Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dalam bab III pasal 5, sebagai berikut : (Undang - Undang RI, 2009)

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 pengaplikasian teknologi dalam bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan

2.1.3 Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Pasal 1 Ayat 2 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, yaitu : (Permenkes RI, 2014)

1. Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.

2. Rumah Sakit Khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

Dalam buku (Indradi, 2020:23) Menurut Edna K. Huffman didalam bukunya yang berjudul *Medical Records Manual - a Guide for Developing Countries* disebutkan bahwa: *The medical record "must contain sufficient data to identify the patient, support the diagnosis or reason for attendance at the health care facility, justify the treatment and accurately document the results of that treatment"*. Rekam medis harus berisikan data yang cukup agar dapat dipergunakan dalam mengidentifikasi pasien, menunjang penentu diagnosis atau menerangkan alasan utama pasien datang di instusi pelayanan kesehatan, serta mengesahkan alasan dalam pemberian tindakan dan mendokumentasikan semua hasil pemeriksaan pasien secara akurat.

Permenkes 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis dalam bab II Pasal 3 Jenis dan Isi Rekam Medis mengatur sebagai berikut : (Permenkes, 2008)

1. Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan 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. diagnosis;
 - f. rencana penatalaksanaan;
 - g. pengobatan dan/atau tindakan;
 - h. pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
 - i. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik;
 - j. persetujuan tindakan bila diperlukan.
2. Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu 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. diagnosis;
 - f. rencana penatalaksanaan;
 - g. pengobatan dan/atau tindakan;
 - h. persetujuan tindakan bila diperlukan;
 - i. catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
 - j. ringkasan pulang (discharge summary);
 - k. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberi pelayanan kesehatan;
 - l. pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu;
 - m. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.
3. Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat, sekurang-kurangnya memuat :
- a. identitas pasien;
 - b. kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan;
 - c. identitas pengantar pasien;
 - d. tanggal dan waktu;
 - e. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - f. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - g. diagnosis;
 - h. pengobatan dan/atau tindakan;
 - i. ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;
 - j. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 - k. sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain;
 - l. pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

2.2.2 Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis menurut Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II (Departemen Kesehatan RI, 2006), terdiri dari beberapa aspek yang biasa disebut ALFRED (*Administrative, Legal, Financial, Research, Education, Documentation*), antara lain :

1. *Administrative* (Aspek Administrasi)

Suatu aspek dalam berkas rekam medis yang memiliki nilai administrasi, yang dimana berkas tersebut meliputi tindakan yang berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam upaya mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. *Legal* (Aspek Hukum)

Suatu aspek dalam berkas rekam medis yang mempunyai nilai hukum, dikarenakan isinya mengandung jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan serta sebagai bahan tanda bukti untuk penegakkan hukum.

3. *Financial* (Aspek Keuangan)

Suatu aspek dalam berkas rekam medis yang memiliki nilai keuangan, dikarenakan isinya dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pada setiap pelayanan yang diberikan kepada pasien di setiap fasilitas pelayanan kesehatan. Pembayaran tidak dapat dipertanggungjawabkan apabila tidak adanya bukti catatan tindakan/pelayanan.

4. *Research* (Aspek Penelitian)

Suatu aspek dalam berkas rekam medis yang memiliki nilai penelitian, dikarenakan isinya mengandung informasi yang dapat digunakan sebagai bahan penelitian serta pengembangan ilmu pengetahuan khususnya dibidang kesehatan.

5. *Education* (Aspek pendidikan)

Suatu aspek dalam berkas rekam medis yang memiliki nilai pendidikan, dikarenakan isinya mengandung informasi tentang perkembangan kronologis dari kegiatan pelayanan rekam medis yang diberikan kepada pasien. Sehingga

informasi tersebut dapat dipergunakan untuk referensi/bahan dibidang profesi pemakai.

6. *Documentation* (Aspek Dokumentasi)

Suatu aspek dalam berkas rekam medis yang memiliki nilai dokumentasi, dimana isinya dapat menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan sehingga dapat dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban pelaporan rumah sakit.

2.2.3 Komponen Rekam Medis

Berkas rekam medis umumnya terdiri dari beberapa komponen. Komponen yang dimaksud adalah sebagai berikut :

1. Formulir rekam medis.
2. Pengikat lembar (*paper clip / paper fastener*) untuk menyatukan lembar-lembar kertas.
3. Pembatas bagian (*divider*) sebagai tanda pembatas antar episode pelayanan.
4. Map rekam medis (*folder*).

2.3 Map Rekam Medis

2.3.1 Pengertian Map Rekam Medis

Dalam buku (Indradi, 2020:60) Rekam Medis Revisi ke-3 modul 1. Map rekam medis atau *folder* sebaiknya terbuat dari bahan karton manila atau bahan yang lebih kuat, seperti *cardboard*. Minimal map rekam medis memuat informasi, sebagai berikut :

1. Identitas Sarana Pelayanan Kesehatan
2. Terdapat tulisan "*Confidential*" dan atau "Rahasia"

3. Nama Pasien
4. Nomor Rekam Medis
5. Tahun Kunjungan Terakhir

2.3.2 Fungsi Map Rekam Medis

Adapun terdapat fungsi map, sebagai berikut :

1. Menyatukan lembar – lembar rekam medis pasien menjadi satu
2. Melindungi lembar – lembar rekam medis agar tidak mudah rusak
3. Mempermudah dalam penyimpanan, pencarian, dan pemindahan berkas rekam medis

2.4 Formulir Rekam Medis

2.4.1 Pengertian Formulir Rekam Medis

Formulir rekam medis adalah dokumen atau alat yang digunakan untuk mencatat serta merekam suatu terjadinya peristiwa pada pelayanan kesehatan. Dengan cara pengisiannya dapat melalui menuliskan isian, memilih pilihan isian yang tersedia, atau memberi tanda ditempat yang telah disediakan. (Indradi, 2020:32).

2.4.2 Tujuan Penggunaan Formulir Rekam Medis

Dari pengertian formulir rekam medis, maka terdapat tujuan dari penyediaan serta penggunaan formulir rekam medis, diantaranya ialah : (Indradi, 2020:33)

1. Memudahkan dalam proses pengumpulan data,
2. Mempercepat dalam proses berlangsungnya pelayanan,
3. Meningkatkan akurasi data,
4. Menstadarkan informasi,

5. Memperjelas pembagian – pembagian data,
6. Menunjang prosesnya dalam pengolahan informasi.

2.5 Standar Desain Formulir Rekam Medis

Menurut Edna K Huffman pada (Indradi, 2020:35) modul 1, pengelompokan dalam perancangan formulir rekam medis sebagai berikut :

1. Aspek fisik formulir

Aspek yang meliputi tentang pemilihan bahan, bentuk, ukuran dan warna.

- a. Apabila formulir berupa kertas, sebaiknya menggunakan kertas dengan bahan yang berkualitas baik dan tahan lama. Formulir rekam medis tidak diperkenankan menggunakan kertas buram.
- b. Ukuran yang dipakai jika formulir kertas, sebaiknya memiliki ukuran yang sama atau sesuai dengan standar (A4).
- c. Dalam setiap lembar formulir diharuskan terdapat identitas pasien, dengan format minimal “Nama Pasien” dan “Nomor Rekam Medis”. Jika formulir tersebut bolak - balik, maka identitas pasien harus tetap dicantumkan pada kedua sisi formulir tersebut.
- d. Pewarnaan sebaiknya berwarna dasar seperti warna putih atau warna muda lainnya agar dapat menjaga nilai kontras warna anatar warna dasar formulir dengan warna tinta yang digunakan.

2. Aspek anatomik formulir

Aspek yang meliputi beberapa bagian – bagian, seperti :

- a. Kepala (*heading*)
Meliputi judul (nama) formulir, subjudul, nama institusi (pelayanan kesehatan), logo, nomor kode dan revisi, nomor halaman, dan informasi lainnya. Biasanya ditempatkan di bagian atas atau di kanan formulir. Sebaiknya posisi heading dipertimbangkan dengan aspek percetakan, penjilidan, penyimpanan dan penempatan formulir.
- b. Pendahuluan (*introduction*)
Meliputi, keterangan tambahan pada formulir.
- c. Perintah (*instruction*)
Memberikan penjelasan singkat terkait jumlah lembar, tatacara pengisian, dan cara pengiriman. Bagian ini biasanya penempatannya diatur dengan seksama sehingga dapat terbaca dengan jelas meskipun singkat serta tidak mengganggu alur pembacaan dan pengisian formulir.
- d. Isi (*body*)
Merupakan bagian inti dari formulir. Pada bagian inilah data akan dicatat. Dengan menggunakan metode :
 - 1) Pengelompokan (*grouping*)
 - 2) Urutan (*sequence*)
 - 3) Bentuk dan ukuran huruf (font)
 - 4) Pewarnaan (*color*)
 - 5) Batas tepi (margin)
 - 6) Spasi (*space*)

- 7) Garis (*lines*)
- 8) Cara pengisian terhadap hasil pengisian formulir
- e. Penutup (*close*)
Merupakan bagian akhir dari suatu formulir yang memiliki peran penting seperti bagian – bagian sebelumnya. Pada bagian ini meliputi tanda tangan, nama terang, keterangan tempat, tanggal, jam (apabila diperlukan).
3. Aspek pengisian formulir
 - a. Diupayakan pengisian formulir tidak terlalu sering mengisi dengan cara menulis langsung. Upayakan dengan cara memilih, memberi tanda, dan sebagainya.
 - b. Diupayakan menggunakan metode *Upper Left Caption* (ULC) untuk menandai atau memberi keterangan pada item – item yang harus diisi. Tujuan menggunakan ULC ini agar dapat memperjelas serta memperluas area pengisian.
 - c. Menyediakan spasi yang cukup pada setiap isian yang susai dengan cara pengisiannya.
 - d. Cantumkan cara pengisian dengan jelas pada item yang akan diisi.