

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Berdasarkan (Undang undang Nomor 44 tahun, 2009) tentang rumah sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2.1.2 Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan (Undang undang Nomor 44 tahun, 2009) tentang Rumah Sakit dinyatakan bahwa rumah sakit sebagai berikut :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standart 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 pembangunan serta penapisan teknologi di bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

2.2 Instalasi Rawat Inap

Rawat inap merupakan pelayanan kepada pasien yang memerlukan observasi, diagnosis, terapi atau rehabilitasi yang perlu menginap dan menggunakan tempat tidur serta mendapat makanan dan pelayanan atau perawatan terus menerus.

Menurut (Undang undang Nomor 44 tahun, 2009) tentang Rumah Sakit, Menyebutkan bahwa rawat inap terdiri dari :

1. Unit Ruangan Perawatan Umum
2. Unit Ruangan Perawatan Penyakit Dalam
3. Unit Ruangan Perawatan Bedah
4. Unit Ruangan Perawatan Obstetri Ginekologi
5. Unit Ruangan Perawatan Bayi
6. Unit Ruangan Perawatan Pediatri

2.3 Rekam Medis

2.3.1 Pengertian Rekam Medis

Berdasarkan (Departemen Kesehatan RI, 2008) Rekam Medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

2.3.2 Tujuan Rekam Medis

Berdasarkan Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik Revisi II dalam bukunya pedoman penyelenggaraan dan prosedur rumah sakit di Indonesia dinyatakan bahwa :

Tujuan rekam medis adalah guna menunjang terciptanya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu

system pengelolaan rekam medis baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2.3.3 Kegunaan Rekam Medis

Berdasarkan (Departemen Kesehatan RI, 2006) kegunaan dan manfaat rekam medis sebagai berikut :

1. Aspek Administrasi

Rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedik dalam mempunyai tujuan pelayanan kesehatan.

2. Aspek Medis

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

3. Aspek Hukum

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

4. Aspek Keuangan

Rekam medis mempunyai nilai uang, karena isi rekam medis dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan. Tanpa adanya bukti catatan tindakan atau pelayanan, maka pembayaran tidak dapat dipertanggungjawabkan,

5. Aspek Penelitian

Rekam medis mempunyai nilai peneliti, karena isinya menyangkut data atau informasi yang dapat digunakan sebagai aspek penelitian.

6. Aspek Pendidikan

Rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isianya menyangkut data atau informasi tentang kronologis dari pelayanan medis yang diberikan kepada pasien.

7. Aspek Dokumentasi

Rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isi dari rekam medis menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai baham pertanggungjawaban dan laporan sarana kesehatan.

2.3.4 Ketentuan Pengisian Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Pengelolah Rekam Medis (Departemen Kesehatan RI, 1997) rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan ketentuan sebagai berikut :

1. Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambat dalam waktu 1x24 jam harus ditulis dalam lembaran rekam medis.
2. Semua pencatatab harus ditandatangani oleh dokter/tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal.

3. Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya ditandatangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter pembimbingnya.
4. Catatan yang dibuat oleh Residen harus diketahui oleh dokter pembimbingnya.
5. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga dibubuhi paraf.

2.4 Standar Operasional Prosedur (SOP)

2.4.1 Pengertian SOP

Menurut (Tabunan, 2013) standar operasional prosedur (SOP) merupakan suatu pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional standar yang ada didalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa setiap keputusan, langkah atau tindakan dan penggunaan fasilitas pemropesan secara efektif, konsisten, standar, dan sistematis. Sedangkan menurut (Undang Undang Nomor 36 tahun, 2014) tentang tenaga kesehatan pasal 1 ayat (14) standar operasional prosedur adalah suatu perangkat instruksi/ langkah-langkah yang diberukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu dengan memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan consensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatanda fungsi pelayanan yang dibuat oleh Fasilitas Pelayanan berdasarkan standar profesi.

2.4.2 Tujuan SOP

Menurut (Deden, 2016) tujuan pembuatan SOP adalah untuk menciptakan kepastian aturan yang diwujudkan dalam bentuk komitmen untuk melaksanakannya. Sehingga akan tercapai kinerja yang terstruktur, sistematis dan baku. Secara spesifik tujuan dari SOP adalah :

1. Agar pegawai dapat menjaga konsistensi dalam menjalankan suatu prosedur kerja.

2. Memudahkan proses pengontrolan pada setiap proses kerja.
3. Mengetahui dengan jelas peran dan fungsi tiap-tiap posisi.
4. Memberikan keterangan atau kejelasan tentang alur proses kerja, wewenang dan tanggung jawab dalam berkerja.
5. Memberikan keterangan tentang dokumen-dokumen yang dibutuhkan dalam suatu proses kerja.
6. Melindungi perusahaan dan pegawai dari malpraktek atau kesalahan administrasi lainnya.
7. Mengarahkan pegawai untuk disiplin dalam perkerjaannya.
8. Sebagai pedoman dalam mengerjakan rutin.
9. Untuk mengidentifikasi pola kerja secara tertulis, sistematis, dan konsisten agar mudah dipahami oleh seluruh pihak yang terlibat baik internal maupun eksternal.
10. Memudahkan proses pemberian tugas serta tanggung jawab pada setiap unit kerja.

2.5 Prosedur Penyetoran

Berdasarkan (Departemen Kesehatan RI, 1997) Pedoman Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, standar penyetoran rekam medis pasien keluar rumah sakit (KRS) ke unit rekam medis maksimal 2x24 jam setelah pasien pulang atau keluar rumah sakit. Dalam pedoman pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia disebutkan bahwa :

1. Riwayat penyakit dan hasil pemeriksaan sudah harus lengkap dalam 24 jam setelah pasien dirawat dan sebelum tindakan operasi.
2. Tindakan pembedahan dari prosedur lain harus segera dilaporkan setelah tindakan paling lambat pada hari yang sama.

3. Semua rekam medis harus sudah dilengkapi paling lambat 14 hari setelah pasien pulang kecuali bila hasilnya tes dan otopsi belum ada.
4. Semua rekam medis diberikan kode dan indeks dalam waktu 1 bulan setelah pasien pulang.