

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Rumah Sakit menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dalam pasal 1 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.

2.1.2 Tujuan Rumah Sakit

Tujuan Rumah Sakit menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dalam pasal 3 dinyatakan bahwa rumah sakit memiliki tujuan adalah :

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 manusia rumah sakit, dan Rumah sakit.

2.1.3 Fungsi Rumah Sakit

Fungsi Rumah Sakit menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dalam pasal 5 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 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 penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.4 Klasifikasi Rumah Sakit

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 pasal 11 Tahun 2014 tentang klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit menyatakan bahwa Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus. Dan dijelaskan pada pasal 12 yaitu:

1. Rumah Sakit Umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 diklasifikasikan menjadi:
 - a. Rumah Sakit Umum Kelas A
 - b. Rumah Sakit Umum Kelas B
 - c. Rumah Sakit Umum Kelas C
 - d. Rumah Sakit Umum Kelas D
2. Rumah Sakit Umum Kelas D sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d diklasifikasikan menjadi:
 - a. Rumah Sakit Umum Kelas D
 - b. Rumah Sakit Umum Kelas D pratama
3. Rumah Sakit Khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 diklasifikasikan menjadi :
 - a. Rumah Sakit Khusus Kelas A
 - b. Rumah Sakit Khusus Kelas B
 - c. Rumah Sakit Khusus Kelas C

2.2 Rekam Medis

Rekam medis menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis

terdiri dari beberapa unit pelayanan. Catatan merupakan tulisan-tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan

2.2.1 Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya meningkatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang 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.

2.2.2 Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis menurut (Depkes RI, 2006) dapat dilihat dari 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 paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek Medis
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut digunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seseorang pasien.
3. Aspek Hukum
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum serta penyediaan barang tanda bukti untuk menegakkan keadilan.
4. Aspek Keuangan
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan. Kaitannya rekam medis dengan aspek keuangan sangat erat sekali dalam hal pengobatan, terapi serta tindakan-tindakan apa saja yang diberikan kepada pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit.

5. Aspek Penelitian
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.
6. Aspek Pendidikan
Suatu berkas medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya mengandung data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran di bidang profesi pendidikan kesehatan.
7. Aspek Dokumentasi
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.

2.2.3 Kelengkapan rekam medis

Berdasarkan pedoman pengelolaan rekam medis (Depkes RI, 1997)

tentang rekam medis, dikatakan lengkap bila memuat :

1. Identifikasi pasien
Terisinya semua identifikasi pasien yang meliputi nomor rekam medis
2. Laporan penting
Terisinya semua laporan penting yang diperlukan meliputi, diagnosa utama dan akhir, sebab kematian (apabila pasien meninggal).
3. Autentifikasi
Adanya nama terang dan tanda tangan dokter atau tenaga medis yang merawat pasien
4. Adanya Cara Pencatatan Yang Baik
Tidak ada coretan dalam pengisian data, penghapusan, tulisan jelas atau bisa dibaca oleh orang lain.

Menurut pedoman pengelolaan rekam medis rumah sakit di Indonesia (Depkes RI, 1997) rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan :

1. Setiap tindakan atau konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1x24jam harus ditulis dalam lembar rekam medis.
2. Semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal.

3. Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa lainnya di tanda tangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau dokter yang membimbingnya.
4. Pencatatan yang dibuat oleh residen (perawat jaga yang ada di poli) harus diketahui oleh dokter pembimbingnya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf.
5. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.

2.3 Rawat Inap

2.3.1 Pengertian Rawat Inap

Rawat Inap menurut (Rustiyanto, 2010) adalah pasien yang memerlukan observasi, diagnosis, terapi, atau rehabilitasi yang menginap dan menggunakan tempat tidur serta mendapatkan makanan dan pelayanan atau perawatan terus menerus.

2.3.2 Isi Rekam Medis Rawat Inap

Isi Rekam Medis menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis pada pasal 3 menyebutkan bahwa 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 memberikan pelayanan kesehatan.
- l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu.
- m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

2.4 Lembar Laporan Operasi

Laporan Operasi merupakan laporan atau catatan mengenai prosedur pembedahan terhadap pasien dan harus segera di buat setelah pembedahan dan dimasukkan dalam rekam kesehatan (Hatta, 2013).

2.5 Lembar Anastesi

Lembar Anastesi adalah laporan mengenai prosedur suatu keadaan menghilangkan rasa nyeri secara sentral disertai kehilangan kesadaran dengan menggunakan obat amnesia, sedasi, analgesia, pelumpuh otot atau gabungan dari beberapa obat tersebut yang bersifat dapat pulih kembali (HK.02.02/MENKES/251/2015).

2.6 Analisis Kuantitatif

Menurut Pedoman Penyelenggaraan Dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia (Depkes RI, 2006) menyatakan bahwa analisis kuantitatif adalah analisa yang ditujukan kepada jumlah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelengkapan medis, paramedis dan penunjang medis sesuai prosedur yang ditetapkan. Tujuan analisis kuantitatif adalah untuk menentukan ada kekurangan agar dapat dikoreksi dengan segera saat pasien masih dirawat dan untuk mengidentifikasi bagian yang tidak lengkap dan dengan mudah dapat dikoreksi dengan dibuat prosedur sehingga data rekam medis menjadi lebih lengkap.

2.6.1 Waktu Pelaksanaan Analisis Kuantitatif

Waktu pelaksanaan analisis kuantitatif menurut (Widi Astuti, drg., 2014) dalam bukunya menyatakan bahwa :

- a. *Retrospective Analysis* yaitu analisis dilakukan pada saat pasien pulang dilaksanakan yang memungkinkan telaah secara menyeluruh walaupun hal ini memperlambat proses melengkapi yang kurang.
- b. *Concurrent Analysis* yaitu analisis yang dilakukan bersamaan dengan saat pelayanan pasien terkait sedang berjalan cara ini memudahkan koreksi dan akan mengurangi salah tafsir dikemudian hari. Keuntungan yang lain yaitu terjaganya kualitas kelengkapan data/informasi klinis (adanya nama lengkap, tanda tangan petugas/pasien/wali waktu pemberian pelayanan) dalam rekam medis.

2.6.2 Komponen Analisis Kuantitatif

1. Review Identifikasi Pasien
Pemilahan terhadap tiap-tiap halaman atau lembar dokumen rekam medis dalam hal ini identifikasi pasien, minimal harus memuat nomor rekam medis, nama pasien, tempat tanggal lahir. Bila terdapat lembaran tanpa identitas maka harus dilakukan review untuk menentukan kepemilikan formulir rekam medis tersebut.
2. Review Pelaporan yang penting
Dalam analisis kuantitatif, adanya semua bukti rekaman yang dapat dipertanggung jawabkan secara lengkap yaitu adanya data yang memuat diagnosis, riwayat pemeriksaan, data tambahan (laboratorium), lembaran tertentu laporan operasi, anastesi harus ada tanggal dan jam pencatatan.
3. Review Aumentikasi
Rekam medis dikatakan memiliki keabsahan bilamana tenaga kesehatan yang memeriksa atau surat persetujuan yang diberikan pasien/wali dalam rekam medis harus membubuhkan tanda tangan. Autentifikasi dapat berupa tanda tangan, cap/stempel, inisial yang dapat diidentifikasi dalam rekam medis, harus ada titel/gelar. Bila ditulis oleh dokter jaga atau mahasiswa maka ada tanda tangan sipenulis ditambah *countersign* oleh supervisor (“telah direview dan dilaksanakan atas instruksi dari..... atau telah diperiksa oleh.....”).
4. Review Pendokumentasian
Analisis kuantitatif tidak bisa memecahkan masalah tentang isi rekam medis yang tidak lengkap dan tidak terbaca, dengan memeriksa baris

perbaris dan bila ada barisan yang kosong digaris agar tidak diisi belakangan, singkatan tidak diperbolehkan, bila ada salah dalam pencatatan maka bagian yang salah digaris dan catatan tersebut masih terbaca, kemudian diberi keterangan disampingnya bahwa catatan tersebut salah menulis rekam medis.

2.7 Pengetahuan Petugas

Pengetahuan tentang pekerjaan menurut (Darmawan, 2013) meliputi: a) memahami tugas dan tanggung jawab bekerja; b) memiliki pengetahuan di bidang yang berhubungan dengan peraturan, prosedur dan keahlian teknis; c) menggunakan informasi, material, peralatan, dan teknik dengan tepat dan benar; d) mengikuti perkembangan peraturan, prosedur, teknik yang baru.

2.8 Sikap

Sikap merupakan kesiapsiagaan mental yang di organisasikan melalui pengalaman yang memiliki pengaruh tertentu kepada tanggapan seseorang terhadap orang, objek, dan situasi yang berhubungan dengannya. Sikap individu dapat terbentuk melalui berbagai sumber, seperti: keluarga, teman sekerja dalam kelompok, masyarakat, dan pengalaman pekerjaan sebelumnya, kebudayaan, dan bahasa. (Faida, 2018)

2.9 Standar Pelayanan Minimal (SPM)

2.9.1 Pengertian Standar Pelayanan Minimal

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat.

2.9.2 Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 jam setelah selesai pelayanan

Indikator SPM dijadikan sebagai tolak ukur untuk presentasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam mencapai SPM tertentu. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008, “SPM ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan, target nasional untuk tahun 2007 sampai dengan tahun 2012, cara perhitungan / rumus / pembilangan penyebut / standar / satuan pencapaian kinerja dan sumber data.”

Tabel 2.1 Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24jam setelah pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai 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 yang 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 disurvei dalam 1 bulan.
Sumber data	Survey

Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

Sumber: KepMenkes 129 tahun 2008

2.10 Standar Prosedur Operasional (SPO)

SPO adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional standar yang ada di dalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa semua keputusan dan tindakan, serta penggunaan fasilitas proses yang dilakukan oleh orang-orang di dalam organisasi, yang merupakan anggota organisasi, berjalan efektif (dan efisien), konsisten, standar, dan sistematis (Tambunan, 2013).

2.11 Faktor-faktor penyebab ketidaklengkapan

Menurut (Notoatmodjo, 2012) teori Lawrence Green menjelaskan bahwa perilaku manusia terhadap tingkat kesehatan dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (behavior causes) dan faktor di luar perilaku (non behavior causes).

Perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yaitu :

1. Faktor pemudah (*predisposing factors*) Yaitu faktor-faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang, antara lain :
 - a. Pengetahuan
Pengetahuan adalah hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengideraan terhadap sesuatu objek tertentu, pengetahuan terjadi melalui panca indra manusia, yaitu : (a) indra penglihatan; (b) pendengaran; (c) penciuman; (d) rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga.
 - b. Sikap
Sikap merupakan suatu reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap masih tertutup dari seseorang terhadap suatu objek, manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat menafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup , sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial.
2. Faktor pendukung (*enabling factors*) yaitu Faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. Yang

dimaksud dengan faktor pendukung adalah adanya berkas rekam medis untuk meningkatkan mutu pelayanan suatu rumah sakit.

3. Faktor pendorong (*reinforcing factors*) yaitu Faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku seperti terwujudnya dalam sikap seperti dukungan dari atasan, rekan, tenaga kesehatan serta dukungan keluarga, yang termasuk faktor pendorong atau penguat antara lain:
SPO pengisian BRM SPO adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional standar yang ada di dalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa semua keputusan dan tindakan, serta penggunaan fasilitas proses yang dilakukan oleh orang-orang di dalam organisasi, yang merupakan anggota organisasi, berjalan efektif (dan efisien), konsisten, standar, dan sistematis (Tambunan, 2013). Standar operasional prosedur yang dimaksud pada faktor pendorong ini yaitu pedoman atau standar dalam melakukan pengisian BRM.