

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan sebuah lembaga pelayanan kesehatan yang mengadakan layanan perawatan kesehatan secara menyeluruh kepada individu, termasuk rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Regulasi mengenai hak dan kewajiban di setiap rumah sakit merupakan langkah yang diambil untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan membuatnya terjangkau oleh masyarakat, dengan tujuan mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Undang-undang Republik Indonesia, 2009).

Menurut *WHO (World Health Organization)*, rumah sakit adalah komponen terpadu dari organisasi kesehatan sosial yang berfungsi memberikan pelayanan menyeluruh (*komprehensif*), penyembuhan (*kuratif*), dan pencegahan penyakit (*preventif*) terhadap masyarakat. Rumah sakit juga menjadi pusat pelatihan tenaga kesehatan dan pusat studi medis.

2.1.2 Tujuan Rumah Sakit

Menurut UU RI Nomor 44 Tahun 2009 mengenai rumah sakit, tujuan diadakannya rumah sakit adalah:

1. Menyediakan kemudahan bagi masyarakat terhadap layanan kesehatan.
2. Melindungi keamanan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit, dan tenaga kerja di rumah sakit.
3. Meningkatkan mutu rumah sakit dengan mempertahankan tingkat pelayanan.

4. Memberikan kepastian hukum bagi pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit.

2.1.3 Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit memiliki beberapa fungsi, menurut UU No. 44 Tahun 2009 Republik Indonesia, fungsi rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. Melaksanakan pelayanan rehabilitasi medik dan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Memelihara dan meningkatkan kesehatan pribadi melalui pelayanan kesehatan komprehensif sekunder dan tersier.
3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia untuk meningkatkan kapasitas dalam memberikan pelayanan kesehatan.
4. Melaksanakan penelitian dan pengembangan serta stratifikasi teknologi di bidang kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu di bidang kesehatan.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

PERMENKES RI Nomor 24 Tahun 2022 Pasal 1 Ayat 1 mengemukakan “Rekam Medis ialah dokumen yang memuat data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diberikan terhadap pasien”. Menurut (Huffman, 1994) rekam medis merujuk pada dokumen atau catatan yang mencatat informasi mengenai identitas pasien, alasan pengobatan, waktu pelayanan, jenis layanan yang diberikan, dan cara layanan tersebut diberikan

selama pasien menjalani perawatan. Rekam medis juga berisi pengetahuan tentang riwayat medis pasien dan layanan yang telah diterima, juga data yang memadai untuk mengenali pasien, menetapkan diagnosis dan pengobatan, dan mendokumentasikan hasil perawatan.

2.2.2 Kegunaan Rekam Medis

Menurut Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit (Departemen Kesehatan RI, 2006), yang biasa disebut ALFRED ialah:

1. Aspek *Administration* (Administrasi)

Rekam medis memiliki nilai administratif karena berkaitan dengan tindakan berlandaskan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis untuk mendapatkan tujuan pelayanan kesehatan.

2. Aspek *Legal* (Hukum)

Berkas Rekam Medis (BRM) memiliki nilai hukum, sebab isinya menyangkut masalah jaminan kepastian hukum terhadap dasar keadilan, sebagai bahan bukti untuk menegakkan hukum demi menjaga keadilan.

3. Aspek *Financial* (Keuangan)

BRM memiliki nilai moneter, karena berisi data/informasi yang bisa digunakan untuk aspek keuangan. Rekam medis sangat erat kaitannya dengan aspek keuangan dalam perihal pengobatan, perawatan, dan tindakan yang dilakukan terhadap pasien selama dirawat di suatu rumah sakit, sehingga pelaksanaan sistem teknologi komputer pada proses penyelenggaraan rekam medis diharapkan dapat diterapkan pada setiap fasilitas pelayanan kesehatan.

4. Aspek *Research* (Penelitian)

BRM memiliki nilai studi karena berisi data dan informasi yang bisa digunakan untuk mendukung penelitian dan peningkatan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

5. Aspek *Education* (Pendidikan)

BRM memiliki nilai edukasi sebab isinya melibatkan data/informasi tentang perkembangan kronologi dan kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dan bisa digunakan menjadi referensi untuk pendidikan kesehatan.

6. Aspek *Documentation* (Dokumentasi)

BRM memiliki nilai dokumentasi karena isinya membahas sumber ingatan yang wajib didokumentasikan dan digunakan sebagai bahan pertanggung jawaban dan pelaporan rumah sakit.

2.3 Rekam Medis Elektronik

2.3.1 Pengertian Rekam Medis Elektronik

Menurut PERMENKES RI Nomor 24 Tahun 2022, RME adalah rekam medis yang dibuat menggunakan sistem elektronik dalam pengelolaannya. RME merupakan salah satu subsistem dari sistem informasi fasyankes yang terhubung dengan subsistem informasi lainnya di fasilitas pelayanan kesehatan.

2.3.2 Kelebihan dan Kekurangan RME

1. Kelebihan

- a. Tingkat kerahasiaan dan keamanan di RME semakin besar dan terjamin. Bentuk keamanan yang umum ialah RME bisa dilindungi kata sandi sehingga hanya petugas yang berhak mengakses data asli atau duplikat yang diberikan terhadap pasien. Ini menjadikan RME makin aman daripada rekam medis manual.
- b. RME mempunyai tingkat keamanan lebih besar terhadap kehilangan maupun kerusakan, sebab RME makin mudah dilakukan pencadangan data (*back-up*) dibandingkan dengan BRM.
- c. RME memiliki kemampuan yang lebih baik daripada yang disyaratkan oleh Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 pasal 7, yang mengemukakan bahwa “rekam medis wajib disimpan sekurangnya 5 tahun sejak tanggal pasien berobat”. Dengan RME, data bisa disimpan dalam waktu 25 tahun dalam bentuk media penyimpanan cakram padat (CD/DVD) yang lebih ringkas daripada rekam medis manual yang memerlukan banyak tempat dan pemeliharaan khusus. (Kemenkes RI, 2008).
- d. Penggunaan RME memudahkan kepentingan rekam medis bagi penelitian, pendidikan, penghitungan statistik, dan pembayaran perawatan kesehatan. Isi RME bisa dengan mudah diintegrasikan dengan program maupun perangkat lunak SIMRS tanpa mengabaikan kerahasiaan.

- e. RME mempermudah proses pencarian dan pengiriman data serta menghemat ruang pencadangan. Sehingga data bisa diakses dengan cepat sesuai kebutuhan.
- f. RME memiliki kapasitas penyimpanan yang tinggi, sehingga dokter dan staf medis memiliki akses ke catatan kesehatan pasien, termasuk riwayat medis sebelumnya, tekanan darah, obat yang diminum, dan perilaku sebelumnya. Ini memungkinkan tindak lanjut yang tepat dan berpotensi mencegah kesalahan medis.
- g. Undang-Undang ITE juga mengatur bahwa berkas elektronik (termasuk RME) memiliki keabsahan untuk bukti dalam kasus hukum.

2. Kekurangan

- a. Memerlukan pendanaan awal yang lebih tinggi dibandingkan dengan penggunaan rekam medis manual, meliputi perangkat keras, perangkat lunak, serta pengeluaran pendukung (seperti listrik).
- b. Waktu yang diperlukan dari *key person* dan dokter guna meneliti sistem serta mendesain kembali alur kerja.
- c. Mengubah BRM menjadi RME memerlukan waktu, sumber daya, dedikasi, serta kepemimpinan yang kuat.
- d. Terdapat akibat kegagalan sistem komputer yang perlu perhatian.
- e. Kesulitan keterbatasan keterampilan pengguna dalam menggunakan komputer.
- f. Sulit untuk melengkapi berbagai kebutuhan yang didasarkan pada peraturan hukum yang berbeda.

2.4 Kelengkapan Rekam Medis

2.4.1 Kelengkapan Rekam Medis

Rekam medis wajib dibuat serta dilengkapi sesudah pasien memperoleh pelayanan medis (Kemenkes RI, 2008). Hal ini juga sejalan dengan standar pelayanan rumah sakit yang mewajibkan kelengkapan pengisian rekam medis <24 jam sesudah selesai pelayanan harus mencapai 100% Permenkes RI No.129 Tahun 2008. Persyaratan pengisian rekam medis pasien menurut (Rustiyanto, 2009), yaitu:

1. Rekam medis (RM) wajib selesai diisi secara lengkap dalam waktu 1x24 jam, setelah setiap tindakan/konsultasi.
2. Pengisian RM dilakukan oleh tenaga kesehatan, dengan penanggung jawab dokter.
3. Setiap layanan yang diberikan harus tertulis serta ditandatangani.
4. Jika RM belum lengkap, harus dilengkapi dalam waktu 2x24 jam.
5. Apa yang ditulis oleh residen harus diketahui oleh dokter pembimbing.
6. Jika terjadi kesalahan penulisan oleh dokter yang merawat, harus segera diperbaiki dan ditandai dengan paraf.
7. Tidak diperbolehkan menghapus tulisan dengan cara apapun.

2.4.2 Analisis Kuantitatif

Menurut (Huffman, 1994) analisis kuantitatif ialah penelaah bagian tertentu dari isi rekam medis untuk menemukan kekurangan yang berkaitan dengan pendokumentasian BRM. Melaksanakan analisis kuantitatif bisa menggunakan 4 komponen penting pada analisisnya, ialah:

1. Identitas pasien ada disetiap lembar rekam medis.
2. Autentifikasi dokter pada setiap tempat yang ditentukan.
3. Pengisian laporan yang penting pada BRM.
4. Pendokumentasian yang baik.

Dari hasil analisis tersebut dapat diketahui total BRM yang terisi lengkap, terisi tidak lengkap, serta tidak terisi. Perihal ini bisa menjadi tolak ukur kualitas BRM di fasyankes. Pada saat melaksanakan analisis kuantitatif, dokumen rekam medis dibagi menjadi beberapa komponen dasar. Komponen ini termasuk tinjauan rekam medis:

1. Memeriksa identifikasi pasien pada setiap formulir RM. Data identitas yang dimaksud paling sedikit berisi nomor RM, nama pasien, TTL/umur, dan jenis kelamin. Lalu data sosial setidaknya mencakup agama, pekerjaan, pendidikan, serta status perkawinan. Pada masalah ini sebaiknya audit dilakukan sebelum pasien pulang (*concurrent analysis*), sebab akan lebih cepat diketahui identitasnya dibandingkan jika audit dilakukan sesudah pasien pulang (*retrospective analysis*).
2. Adanya seluruh laporan/rekaman penting sebagai bukti rekaman. Ada formmulir laporan standar dalam rekam medis, ialah:
 - a. Pada saat pendaftaran pasien sebagai bukti interpretasi hak dan kewajiban pasien.
 - b. Kemudian ada catatan perkembangan oleh dokter dan perawat. catatan dan dokumentasi harus lengkap, dapat dibaca, dan dibuat sesudah pasien mendapatkan pelayanan medis, seperti hasil pemeriksaan fisik maupun

penunjang, diagnosis, pengobatan, dan rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan.

- c. Rancangan pasien pulang, ringkasan perawat, serta ringkasan riwayat pulang.
3. Adanya autentikasi penulis/keabsahan rekaman autentikasi bisa berupa:
 - a. Nama dan waktu yang dapat diidentifikasi.
 - b. Tanda tangan tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan.
 - c. Wajib ada titel/gelar profesi (dokter/perawat).
 4. Pendokumentasian yang baik
 - a. Analisis kuantitatif memverifikasi catatan yang tidak lengkap dan tidak terbaca. Ini dapat ditambah dan diperjelas.
 - b. Baris demi baris diisi, dan jika ada yang kosong diberi garis (-) agar tidak bisa diisi belakangan.
 - c. Singkatan yang tidak tercantum pada pedoman pelayanan rekam medis tidak boleh digunakan.

Audit kuantitatif catatan kesehatan dengan menilai kelengkapan berbagai formulir maupun data (manual maupun elektronik) seperti pada Johns 2002 pada (Astuti, 2014):

1. Semua laporan entri data atau tampilan layar (pada RKE) dianggap signifikan.
2. Semua pelaporan dan bentuk entri data, termasuk keakuratan data identitas pasien (nama, nomor RM, jenis kelamin, dokter penanggung jawab).
3. Semua jenis izin, otorisasi, maupun verifikasi yang dibutuhkan pasien harus ditanda tangani pasien atau wali pasien.

4. Semua macam tes diagnostik dan laporan konsultan yang dirancang oleh dokter.
5. Semua masukan dan laporan yang disetujui diperlukan tanda tangan lalu diberi tanggal sesuai dengan kebijakan sarana pelayanan kesehatan.
6. Riwayat maupun laporan pemeriksaan fisik lengkap, termasuk dokumentasi diagnosis ketika mendaftar.
7. Ringkasan *resume* lengkap.
8. Dokumentasi dokter mencakup semua diagnosis mayor dan minor lalu prosedur primer dan sekunder.
9. Selain integritas data yang dijelaskan diatas, pasien bedah juga ditinjau kelengkapannya:
 - a. Semua laporan anestesi sebelum, selama, dan setelah operasi.
 - b. Semua laporan bedah, laporan patologi, dan catatan kemajuan pasca operasi.
 - c. Semua laporan ruang pemulihan dan catatan perkembangan.
10. Pasien yang meninggal selama perawatan dan diautopsi memiliki laporan awal dan akhir proses autopsi.