

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Kelengkapan Dokumen Rekam Medis

2.1.1 Definisi Dokumen Rekam Medis

Rekam Medis adalah dokumen yang berisi semua catatan pelayanan yang pasien terima yang dikelola oleh pemerintah atau swasta. Menurut Handiwidjojo (2009) rekam medis adalah dokumen yang berisi identitas, anamnesa, penentuan laboratorium, diagnosa dan tindakan medis seorang pasien secara tertulis maupun elektronik. Apabila penyimpanan elektronik akan menggunakan komputer dengan memanfaatkan manajemen data. Pengertian rekam medis bukan sekedar kegiatan pencatatan, akan tetapi adalah penyelenggaraan mulai dari pencatatan, semua pelayanan yang diterima pasien, selanjutnya penyimpanan berkas sampai dengan pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan manakala diperlukan untuk kepentingannya sendiri maupun untuk keperluan lainnya.

Rekam medis memiliki fungsi sebagai alat pencatatan semua hal yang memiliki hubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau penderita dan terapinya dalam perawatan yang didapatkan di setiap unit pelayanan kesehatan. Selain itu, fungsi rekam medis adalah sebagai alat menyimpan data klinik pasien atau penderita baik pasien rawat inap ataupun rawat jalan, disisi lain rekam medis juga bertindak sebagai suatu *scratch pad* yang berisi pendapat/ pandangan, kesan, atau permintaan (*request*)

terhadap anggota tim kesehatan lainnya sebagai suatu layanan atau tindakan atau rujukan bagi penderita/pasien terkait serta tanggapan atas permintaan tersebut. (Gondodiputro, 2007) dalam (Syifani & Dores, 2018).

2.1.2 Kelengkapan Dokumen Rekam Medis

Menurut PERMENKES No 24 Tahun (2022), dijelaskan bahwa isi rekam medis paling sedikit terdiri atas identitas pasien, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis, pengobatan, dan rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan, nama dan tanda tangan tenaga kesehatan dan pemberi pelayanan kesehatan. Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis yang dilakukan petugas dapat mempermudah tenaga kesehatan lain dalam memberikan pelayanan pada pasien selain itu, dapat mempermudah untuk melakukan evaluasi oleh pihak rumah sakit (Hatta, 2012) dalam (Kencana, Rumengan, & Hutapea, 2019).

Menurut Swari et al., (2019) dalam pengisian dokumen rekam medis diharuskan untuk mencapai angka 100% kelengkapan selama 1×24 jam setelah pasien meninggalkan rumah sakit. Lebih lanjut dijelaskan bahwa rekam medis adalah suatu catatan perkembangan penyakit pasien merupakan dokumen yang pengisiannya harus diisi lengkap. Ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis akan membuat catatan yang termuat menjadi tidak sinkron serta informasi kesehatan pasien terdahulu sulit diidentifikasi. Selain itu, apabila dalam pengisian dokumen rekam medis terjadi ketidaklengkapan informasi akan menyebabkan masalah, karena rekam medis merupakan catatan yang menginformasikan secara rinci apa yang telah terjadi kepada

pasien selama berada di Rumah sakit. Selain itu, hal ini juga berdampak terhadap mutu rekam medis serta layanan yang diberikan oleh rumah sakit (Devhy & Widana, 2019).

2.1.3 Aspek Kelengkapan Dokumen Rekam Medis

- a) Kelengkapan Pengisian Identitas
- b) Kelengkapan Laporan Penting
- c) Kelengkapan Pengisian Autentikasi
- d) Kelengkapan Pencatatan Yang Benar

2.1.4 Kajian Kelengkapan Dokumen Rekam Medis

Menurut Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Barito & La (2019) syarat dalam melakukan pengisian rekam medis adalah rekam medis harus diisi dan dilengkapi pada saat pasien telah menerima pelayanan dengan syarat sebagai berikut:

1. Semua tindakan konsultasi yang pasien terima selambat-lambatnya dalam waktu 1 x 24 jam harus diisi dalam lembar rekam medis.
2. Semua lembar harus ditandatangani oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya yang bertanggung jawab.
3. Pengisian oleh mahasiswa kesehatan harus diberi tanda tangan dan menjadi tanggung jawab bagi dokter pembimbing.
4. Pengisian oleh dokter residen harus diketahui juga oleh dokter penanggung jawab.
5. Dokter penanggung jawab sebaiknya memperbaiki kesalahan pada dokumen rekam medis penulisan tapi harus dibubuhi paraf.

2.2 Pengertian SPO

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2052/MENKES/PER/X/2011) mengenai Izin Praktik Dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran BAB 1 pasal 1 ayat 11 Standar Prosedur Operasional adalah urutan langkah-langkah untuk menyelesaikan suatu tugas pekerjaan yang dibuat dengan memperhatikan standar profesi. Tjipto Atmoko (2011) dalam Chandra & Herman (2020) menjelaskan bahwa Standar Prosedur Operasional adalah suatu pedoman untuk melakukan pekerjaan dan tugas sesuai dengan standar tata kerja, prosedur dan sistem kerja.

Standar Prosedur Operasional (SPO) juga diartikan sebagai alat acuan untuk melakukan pekerjaan. Selain itu, SPO merupakan suatu prosedur berbentuk panduan yang berguna untuk memastikan seluruh kegiatan operasional dalam organisasi berjalan lancar (Seilendra, 2015) dalam (Adiningsih, Romansyah, & Kanaya, 2021). Jadi kesimpulannya SPO merupakan hal yang berisiko, jika pelaksanaannya tidak dilakukan dengan baik maka hal tersebut kemungkinan dapat menyebabkan kekacauan pada manajemen sebuah organisasi.

2.2.1 Tujuan SPO

Tujuan membuat Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah supaya pekerjaan dapat diselesaikan secara singkat dan efisien (Chandra & Herman, 2020). Setyarini & Herlina (2013) menjelaskan bahwa Tujuan SPO adalah sebagai berikut:

1. Agar petugas/pegawai tetap konsisten dalam bekerja dan menjaga kinerjanya.
2. Agar mengetahui peran setiap unit.
3. Memperjelas susunan pekerjaan yang dikerjakan.

4. Melindungi organisasi/unit kerja dan petugas/pegawai dari malpraktek atau kesalahan administrasi lainnya.
5. Untuk menghindari kegagalan/kesalahan, keraguan, duplikasi dan inefisiensi.

2.2.2 Pengertian Beban Kerja

Beban kerja terbagi menjadi dua yaitu objektif dan subjektif. Beban kerja objektif menurut (Koesomowidjojo & Suci, 2017) adalah satuan ketetapan untuk mengukur seseorang dalam menyelesaikan tugasnya. Beban kerja subjektif adalah ukuran tentang beban kerja yang diterima petugas (Rivai, 2003) dalam (Setiawan & Wulandari, 2016). Menurut Diniaty, Dev, & Ikhsan, (2018) metode pengukuran beban kerja secara subjektif merupakan pengukuran beban kerja dengan cara subjektif responden atau pekerja. Beban kerja subjektif antara lain persepsi terhadap beban fisik, mental, dan sosial. Muntiyani (2010) dalam Setiawan & Wulandari, (2016) memaparkan bahwa beban kerja fisik adalah beban kerja yang dilakukan dengan fisik. Beban kerja mental adalah kondisi mental petugas saat bekerja. Beban kerja sosial adalah penilaian hubungan antara karyawan satu dengan lainnya. Menurut Made & Wulanyani, (2013) pengukuran subjektif berupa: (1) Laporan verbal mengenai tingkat beban kerja mental; (2) Evaluasi *Post Test* (dengan kuesioner dan skala penilaian); (3) Penjabaran mengenai kejadian beban kerja mental tinggi.