

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Berdasarkan Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, menyatakan bahwa “Rumah Sakit adalah intitusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56/MENKES/PER/III/2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit, 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 Klasifikasi Rumah Sakit menurut kelas/tipe

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit Bab IV, menjelaskan bahwa rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi:

1. Rumah Sakit Kelas A Rumah Sakit Umum Kelas A harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 5 (lima) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 12 (dua belas) Pelayanan Medik Spesialis Lain dan 13 (tiga belas) Pelayanan Medik Sub Spesialis.
2. Rumah Sakit Kelas B Rumah Sakit Umum Kelas B harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 8 (delapan) Pelayanan Medik Spesialis Lain dan 2 (dua) Pelayanan Medik Sub Spesialis Dasar.

3. Rumah Sakit Kelas C Rumah Sakit Umum Kelas C harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar dan 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik.
4. Rumah Sakit Kelas D Rumah Sakit Umum Kelas D harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) Pelayanan Medik Spesialis Dasar.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Definisi Rekam Medis

Menurut Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis bab 1 pasal 1 “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 merupakan rekaman atau catatan siapa, apa, mengapa, bilamana, dan bagaimana yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai dan pelayanan yang di perolehnya serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien membenarkan diagnosa dan pengobatan serta merekam hasilnya (Huffman, 1994)

2.2.2 Tujuan Rekam Medis

Tujuan Rekam medis dibuat untuk tertib administrasi di rumah sakit yang merupakan salah satu faktor penentu dalam rangka upaya meningkatkan pelayanan kesehatan” (Huffman, 1994)

2.2.3 Kegunaan Rekam Medis

Menurut Pedoman Pelayanan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, (Depkes RI, 2006) kegunaan rekam medis secara umum yaitu :

1. Aspek Administrasi
Suatu rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedic dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. **Aspek Medis**
Suatu rekam medis mempunyai nilai medik, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
3. **Aspek Hukum**
Suatu rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan keadilan.
4. **Aspek Keuangan**
Suatu rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/ informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.
5. **Aspek Penelitian**
Suatu rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.
6. **Aspek Pendidikan**
Suatu rekam medis mempunyai nilai Pendidikan, arena isinya menyangkut data informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medic yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan referensi pengajaran dibidang profesi si pemakai.
7. **Aspek Dokumentasi**
Suatu rekam medis mempunyai niai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

2.3 Surat Penangantar Pasien

Berdasarkan PERMENKES RI No 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien, Bab II Pasal 14 “Kewajiban Rumah Sakit melaksanakan sistem rujukan sebagaimana dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.”.

Upaya surat penagantar pasien oleh RS dilaksanakan secara aktif dan berkoordinasi dengan Pasien/keluarga. Upaya yang dilakukan berupa tindakan stabilisasi kondisi Pasien sesuai indikasi medis serta sesuai dengan kemampuan untuk tujuan keselamatan Pasien selama pelaksanaan surat penagantar pasien,

melakukan komunikasi dengan penerima rujukan dan membuat surat rujukan untuk disampaikan pada penerima surat penagantar pasien.

2.4 Rawat Inap

Berdasarkan Kemenkes Republik Indonesia Nomor 560/MENKES/SK/IV/2003 tentang pola tarif perjan rumah sakit Bab I Pasal 1 Nomor 6 “Pelayanan Rawat Inap adalah pelayan pasien untuk observasi, diagnosis, Pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayan kesehatan lainnya yang menginap di rumah sakit”.

2.5 Formulir

Formulir adalah secarik kertas dengan ukuran tertentu yang didalamnya terdapat informasi atau data yang bersifat tetap dan juga bagian lain yang diisi dengan bagian yang tidak tetap.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, bab 2 pasal 3, pada lembar formulir rawat jalan, rawat inap, gawat darurat.

Isi rekam medis untuk pasien Gawat Darurat pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat

1. identitas pasien;
2. kondisi saat tiba di sarana pelayanan kesehatan
3. identitas pengantar pasien
4. tanggal dan waktu
5. Hasil anamnesis, mencakup sekurang - kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
6. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
7. diagnosis
8. pengobatan atau tindakan
9. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut
10. Nama dan tanda tangan dokter atau tenaga kesehatan yang memberi pelayanan
11. Sarana transportasi dan pelayanan lain yang diberikan pada pasien

Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat:

1. identitas pasien
2. tanggal dan waktu
3. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
4. hasil pemerisaan fisik dan penunjang medik
5. diagnosis
6. rencana penatalaksanaan
7. pengobatan dan/atau tindakan
8. persetujuan tindakan bila diperlukan
9. catatan observasi klinis dan hasil pengobatan.
10. ringkasan pulang (*discharge summary*)
11. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
12. pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu
13. pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

2.5.1 Formulir Rawat Inap

Berdasarkan Surat Edaran Dirjen Pelayanan Medik Tahun 1995, Nomor HK.00.06.1.5.01160 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis.

Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis, maka isi rekam medis untuk pasien rawat inap sekurang-kurangnya memuat:

1. Ringkasan riwayat masuk keluar
2. Surat permintaan rawat
3. Anamnesis
4. Catatan lanjutan nurse/keperawatan
5. Formulir perjalanan penyakit/instruksi/tindakan/terapi
6. Daftar pengobatan/form catatan pemberian obat
7. Grafik S,N,T (observasi)
8. Permintaan pemeriksaan penunjang dan hasil pemeriksaan penunjang
9. Ringkasan diagnosis
10. Resume keluar
11. Formulir spesialis sesuai spesialisnya
12. Keseimbangan cairan
13. Laporan Anastesi
14. Laporan Operasi
15. Laporan persalinan dan identifikasi bayi
16. Konsultasi
17. Diagnostik invasive

18. Informed Consent
19. Catatan dokter pasien pindah
20. Catatan nurse pasien pindah
21. Salinan resep
22. Sebab Kematian
23. Pulang paksa

2.6 Kajian Tentang Desain Formulir

Menurut (Huffman, 1994) desain formulir terdapat lima komponen utama yang terdapat pada formulir kertas yaitu :

1. *Heading* (Kepala atau Judul)
Heading memuat judul dan informasi mengenai formulir, judul formulir biasanya terdapat pada beberapa posisi. Posisi standar yang digunakan adalah kiri atas, tengah kanan atas, kiri bawah atau kanan bawah. Sebuah sub judul harus digunakan apabila judul utama memerlukan penjelasan atau kualifikasi lebih lanjut. Apabila formulir akan diisi oleh atau dikirimkan ke luar organisasi, nama dan alamat fasilitas asuhan kesehatan harus dimasukkan kedalam judul
2. *Introduction* (pendahuluan atau pengantar)
 Bagian pendahuluan ini berisi keterangan atau menjelaskan tujuan formulir. Jika memang bagian *heading* sudah cukup menggambarkan fungsi dan tujuan tersebut maka tidak perlu lagi ditambah bagian *introduction*
3. *Instruction* (perintah atau instruksi)
 Bagian perintah berisi penjelasan singkat tentang jumlah lembar, cara pengisian, dan cara pengiriman. Bagian ini biasanya diatur penempatannya agar jelas, singkat dan tidak mengganggu alur pembacaan dan pengisian formulir. Instruksi bisa diletakkan pada bagian depan formulir kalau terdapat tempat yang cukup sedangkan instruksi yang panjang bisa diletakkan pada lembar tersendiri atau buku kecil yang terpisah.
4. *Body* (Isi atau batang tubuh)
 Bagian isi merupakan bagian inti formulir disediakan untuk kerja (data yang dicatat) sesungguhnya. Penggunaan metode meliputi :
 - a. Pengelompokan (*grouping*)
 - b. Urutan (*sequence*)
 - c. Bentuk dan ukuran huruf (*font*)
 - d. Warna area (*colour*)
 - e. Batas tepi (*margins*)
 - f. Spasi (*space*)
 - g. Garis (*line*)

5. *Close* (penutup)
 - a. Merupakan bagian terakhir kertas, biasanya berupa kalimat penutup
 - b. Bagian ruang verifikasi
 - c. Pada bagian ini tercantum tanda tangan, nama orang, keterangan tempat, tanggal dan jam (bila diperlukan).

2.7 Perancangan dan Pengembangan

“Perancangan adalah tahapan perancangan (design) memiliki tujuan untuk mendesain sistem baru yang dapat menyelesaikan masalah-masalah yang dihadapi perusahaan yang diperoleh dari pemilihan alternative sistem yang terbaik”.

(Ladjamudin, 2005)

Berdasarkan Undang-Undang RI Nomer 18 Tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan, dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Tentang Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi, Bab 1 Pasal 1 menyatakan bahwa:

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2002 Tentang Sistem Nasional Penelitian, pengembangan, dan penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi, Pengembangan adalah kegiatan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bertujuan memanfaatkan kaidah dan teori ilmu pengetahuan yang telah terbukti kebenarannya untuk meningkatkan fungsi, manfaat, dan aplikasi ilmu pengetahuan dan teknologi yang telah ada, atau menghasilkan teknologi baru.