

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah lembaga kesehatan yang menawarkan layanan medis lengkap seperti rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat di bawah pengawasan perawat, dokter, dan staf medis lainnya (Kemenkes RI, 2020). Klasifikasi rumah sakit umum terdiri dari:

1. Rumah Sakit umum kelas A

Merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 250 (dua ratus lima puluh) buah

2. Rumah Sakit umum kelas B

Merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 200 (dua ratus) buah

3. Rumah Sakit umum kelas C

Merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 (seratus) buah

4. Rumah Sakit umum kelas D

Merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 50 (lima puluh) buah

Rumah Sakit TNI AU Soemitro Surabaya merupakan Rumah Sakit yang Tipe D yang terakreditasi LARS-DHP lulus dengan tingkat paripurna, yang menyediakan layanan rawat jalan, rawat inap, IGD serta sudah bekerjasama dengan BPJS.

2.2 Pengertian Rekam Medis

Rekam medis menurut Kemenkes RI Nomor 24 (2022), adalah kumpulan data yang mencakup identitas pasien, pemeriksaan, perawatan, prosedur, dan pelayanan tambahan kepada pasien. Yang sangat penting untuk membantu mencapai tujuan administrasi rumah sakit dan perencanaan (Imamah, Witcahyo dan Utami, 2022). Menurut Putra *et al.* (2022), salah satu komponen yang digunakan untuk mengevaluasi fasilitas kesehatan adalah keakuratan dan kelengkapan catatan pasien setelah perawatan, dokumentasi medis juga harus dibuat secepat mungkin. Rekaman medis dapat disimpan secara digital atau manual

2.2.1 Formulir Berkas Rekam Medis

Formulir BRM adalah kertas yang berisi informasi medis. Ini mencakup identitas pasien, pemeriksaan fisik, diagnosa, dan laboratorium dari semua prosedur dan perawatan medis yang diberikan kepada pasien. Pasien rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Formulir adalah selebaran kertas yang tercetak dengan informasi yang telah ditentukan sebelumnya, menurut Sayuti (2013) Alfabeta adalah sumber praktis untuk manajemen kantor. Formulir adalah selebaran kertas atau potongan kertas yang tidak mempunyai deskripsi cetakan besar, kolom, baris, atau ruang untuk mengumpulkan, mengetik, atau memberikan informasi yang diperlukan. Formulir, juga disebut form, adalah selebaran kertas yang memungkinkan informasi variabel dan tetap, menurut definisi lain. Formulir BRM dapat digunakan untuk

mengumpulkan data klinis dan demografis tentang pasien. Pada rumah sakit formulir BRM sangat penting termasuk formulir *general consent* dan resume medis, formulir *general consent* adalah formulir persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya setelah mendapatkan informasi menyeluruh tentang pelayanan yang diberikan kepada pasien selama proses pemeriksaan, perawatan, dan pengobatan. Untuk menjamin kualitas rekam medis untuk akreditasi dan hukum, pengisian *general consent* harus dilakukan secara menyeluruh. Resume medis yaitu sebagai dasar pemeliharaan dan pengobatan pasien, bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahan untuk penelitian dan pendidikan, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan membantu dalam manajemen penyakit dengan memberikan gambaran lengkap tentang riwayat penyakit dan pengobatan yang telah dilakukan serta mendukung proses pengambilan keputusan klinis dengan menyediakan data yang relevan dan akurat kepada tim medis maka pengisian resume medis harus terisi dengan lengkap.

2.2.2 Kelengkapan Pengisian Formulir Berkas Rekam Medis

BRM yang tidak lengkap menunjukkan kualitas BRM. Kekurangan informasi dapat memengaruhi kemampuan dokter atau perawat untuk membuat rencana pengobatan.. Dalam pengisian BRM menurut Swari *et al.* (2019), diharuskan untuk mencapai 100% kelengkapan selama 1 kali 24 jam setelah pengobatan pasien selesai di rumah sakit. Disebutkan juga bahwa rekam medis adalah catatan yang menunjukkan sejauh mana penyakit pasien dan catatan tersebut harus diisi secara lengkap. Jika rekam medis tidak lengkap, maka tidak dapat dihubungkan satu sama lain dan akan sulit mengakses informasi kesehatan pasien sebelumnya. Hilangnya

informasi pada rekam medis dapat menimbulkan masalah karena menyimpan catatan tentang pengalaman pasien selama perawatan. Hal ini juga dapat berdampak pada pelayanan dan kualitas pelayanan dirumah sakit tersebut (Devhy dan Widana, 2019). Pada penelitian Suryandari *et al.* (2022). Karena pencatatan penyakit menular yang akurat berkaitan dengan pengkodean diagnosis pasien yang akurat, maka pedoman pencatatan penyakit menular dan pencatatan penyakit spesifik, jelas dan lengkap oleh dokter diperlukan untuk mengurangi kesalahan pengkodean, aspek kelengkapan BRM:.

1. Kelengkapan Pengisian Identitas
2. Kelengkapan Laporan Penting
3. Kelengkapan Pengisian Autentikasi
4. Kelengkapan Pencatatan Yang Benar

2.3 Jenis Formulir Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit

Di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya, aktivitas rekam medis sangat penting karena dokumen ini adalah sumber utama informasi yang mencakup data tentang pasien dan perawatan medis. Ini mencakup berbagai tindakan dan layanan yang dilakukan oleh PPA, seperti dokter, perawat, dan staf kesehatan lainnya, dari saat pasien datang untuk perawatan hingga saat mereka meninggalkan fasilitas, baik dalam keadaan sehat maupun tidak (Aeni dan Sari, 2023). Kualitas rekam medis secara keseluruhan sangat dipengaruhi oleh kelengkapan pengisian informasi. Rekam medis yang buruk berdampak pada rekam medis secara keseluruhan, karena kualitas dokumen rekam medis dapat dianggap sebagai representasi keadaan sebenarnya. Semua profesional kesehatan harus memastikan rekam medis yang

baik. Salah satu pilihan adalah mengisi formulir BRM secara menyeluruh dan akurat (Mangentang, 2015). Formulir BRM merupakan sebuah lembaran kertas yang memuat keterangan medis. Mencakup identitas pasien, pemeriksaan fisik, diagnosa, laboratorium segala tindakan dan pelayanan medis yang diberikan pada pasien. Baik pasien rawat inap, rawat jalan, maupun pasien gawat darurat. Ada berbagai jenis formulir BRM yang masing-masing memiliki fungsi dan peruntukan yang berlainan diantaranya :

1. Formulir BRM Rawat Jalan

Formulir BRM rawat jalan membantu menyimpan catatan tentang aktivitas layanan yang diberikan kepada pasien. Lengkapi formulir medis dengan informasi berikut :

- a. Identitas pasien
- b. Diagnosis
- c. Anamnesa atau pemeriksaan fisik
- d. Terapi yang diberikan
- e. Formulir hasil-hasil penunjang medik
- f. Rekam asuhan keperawatan
- g. Copy resep
- h. Nama dan tanda tangan dokter

2. Formulir BRM Rawat Inap

Formulir BRM rawat inap adalah rekam medis yang berisi catatan medis pasien yang dirawat di rumah sakit. Tujuan rekam medis ini adalah merekam semua

peristiwa yang terjadi selama masa perawatan. Isi formulir rekam medis rawat inap mencakup data-data berikut :

- a. Data identitas pasien
- b. Tanggal dan waktu perawatan
- c. Hasil anamnesis
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
- e. Diagnosis dokter
- f. Rencana penatalaksanaan
- g. Pengobatan atau Tindakan
- h. Persetujuan tindakan
- i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
- j. Ringkasan pulang (*discharge summary*)
- k. Nama dan tanda tangan dokter atau tenaga kesehatan
- l. Pelayanan lain yang diberikan
- m. Copy formulir resep

3. Formulir Berkas Rekam Medis IGD

Formulir BRM gawat darurat adalah sebuah formulir yang diperuntukan kepada pasien gawat darurat darurat. Formulir ini memuat berbagai informasi seperti identitas pasien, identitas penanggung jawab dan macam tindakan atau perawatan yang dilakukan. Sama seperti formulir lainnya, formulir ini harus mempunyai data dan mutu yang berkualitas untuk memberikan informasi yang baik dan akurat. Maka dari itu dibutuhkan rancangan formulir yang baik. Fungsi dari formulir BRM IGD adalah untuk merekam seluruh informasi pelayanan

yang diberikan dalam unit gawat darurat. Rekam medis IGD juga harus mampu menjadi media komunikasi, formulir ditata dengan rapi dan lengkap sehingga proses komunikasi berjalan secara rasional, logis, dan alamiah.

2.4 Rekam Medis Manual

Rekam medis manual adalah rekam medis yang disusun dan disimpan secara manual dari lembar administrasi dan medis. Sistem pengarsipan yang menggunakan catatan tertulis, seperti formulir kertas dan file fisik, untuk menyimpan informasi medis pasien. Dokter dan tenaga medis akan mengisi riwayat penyakit, hasil tes, dan informasi penting lainnya secara manual. Di rumah sakit atau pusat kesehatan, rekaman medis biasanya disimpan secara manual di lemari atau folder khusus. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2022). Rekam medis yang secara bertahap akan berkembang baik manual maupun elektronik, berisi dokumen dan catatan tentang data diri pasien, pemeriksaan, pengobatan, dan prosedur tambahan yang diberikan kepada pasien di fasilitas pelayanan kesehatan

2.5 Rekam Medis Elektronik

Rekaman medis elektronik adalah kumpulan data kesehatan pasien yang sistematis yang terhubung ke sistem informasi dalam jejaring rumah sakit dan disimpan secara elektronik. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2023) Rekam medis elektronik adalah rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang dirancang khusus untuk penyelenggaraan rekam medis. Sistem elektronik terdiri dari serangkaian perangkat dan prosedur elektronik yang digunakan untuk mempersiapkan, mengumpulkan, mengolah, menyimpan, menampilkan, mengumumkan, mengirimkan, dan atau menyebarkan informasi apa

pun yang berkaitan dengan penyelenggaraan RME. RME adalah penggunaan teknologi informasi di bidang kesehatan yang semakin populer di seluruh dunia dalam bidang kesehatan, merupakan rekaman medis yang dihasilkan melalui sistem elektronik. Selama hidup pasien, sistem ini mencatat status kesehatan dan layanan kesehatan mereka. Dengan sistem digital ini, mengelola data pasien akan menjadi lebih mudah bagi pekerja, dokter, dan tenaga kesehatan. Sehingga pasien tidak perlu bingung, pasien juga dapat mengakses data kesehatan mereka memberikan riwayat kesehatan mereka secara fisik ketika dibutuhkan

2.6 Manfaat Penyelenggaraan Rekam Medis

Rekaman medis berarti mencatat informasi medis, perawatan, dan bantuan medis untuk pasien selama tinggal di rumah sakit. Penanganan BRM, yang mencakup penyimpanan dan pengeluaran berkas dari tempat, kemudian dilanjutkan dengan penyimpanannya. Rekam medis selalu siap untuk diambil kembali kapan pun diperlukan untuk memenuhi permintaan atau peminjaman berkas

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2022) penyelenggaran rekam medis dapat dibuat secara elektronik atau manual di fasilitas kesehatan. Rekam medis sangat penting bagi fasilitas kesehatan yang mencakup semua informasi yang berkaitan dengan pasien, termasuk riwayat kesehatan dan data pribadi pasien. Persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien diperlukan untuk rekam medis yang menyebutkan identitas pasien dan harus disimpan secara rahasia. Oleh karena itu, ketika rekam medis digunakan untuk penelitian, nama pasien tidak perlu disebutkan cukup menggunakan istilah "Tn. X" atau "Ny. X".

Rekam medis pasien membantu asuransi memberikan pembayaran kembali, pihak asuransi biasanya akan meminta bukti apa pun yang diberikan rumah sakit kepada pasien, seperti salinan resume medis pasien. Rekam medis tidak hanya berfungsi sebagai pembiayaan kesehatan pasien, juga membantu pasien karena mereka dapat mengetahui riwayat kesehatan dan penyakit mereka, dan obat apa yang mereka terima. Rekam medis membantu menjaga kualitas layanan kesehatan. Rekaman medis harus diisi secara lengkap dan akurat agar pasien dan fasilitas pelayanan kesehatan dapat memanfaatkannya. Dengan demikian, rumah sakit atau fasilitas. Rekam medis memiliki banyak keuntungan, antara lain:

1. Menjaga riwayat kesehatan pasien dan memfasilitasi pengobatan
2. Membantu penegakan hukum dan Etik dalam bidang kedokteran
3. Memenuhi kebutuhan pendidikan dan pengembangan
4. Sebagai sumber statistik dan pembiayaan kesehatan

2.7 Manfaat dan Fungsi Sumber Daya Manusia (SDM)

Dalam penyelenggaraan rekam medis manfaat dan fungsi SDM sangat berperan penting. Menurut Sutrisno (2016:3), Karena manfaat dan fungsi SDM sangat penting, organisasi harus memiliki sumber daya yang kuat untuk menjalankan rekam medis. Sumber daya ini harus dilihat sebagai sinergi yang kuat, bukan sebagai kumpulan sumber daya yang terpisah. Orang-orang yang bekerja di ruang rekam medis harus memiliki Surat Ijin Kerja (SIK) dan tanda registrasi (STR) yang masih aktif untuk perekam informasi medis dan kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 55 Tahun 2013 menetapkan syarat-syarat menjadi perekam medis sebagai berikut : diploma tiga sebagai ahli madya rekam medis dan informasi

Kesehatan dan diploma empat sebagai sarjana terapan rekam medis dan informasi kesehatan, dengan kompetensi seperti :

1. Profesionalisme yang luhur
2. Mawas diri dan pengembangan diri
3. Komunikasi yang efektif
4. Manajemen data kesehatan
5. Pemanfaatan ilmu statistik kesehatan untuk riset
6. Manajemen organisasi dan kepemimpinan
7. Pemanfaatan teknologi untuk pengelolaan rekam medis dan informasi kesehatan

2.8 Standar Operasional Prosedur (SOP)

2.8.1 Pengertian SOP

Sailendra dan Swaesti (2015) menyatakan bahwa SOP adalah protokol yang dirancang untuk memastikan bahwa operasional organisasi berjalan dengan baik menurut definisi tersebut. SOP harus dibuat berdasarkan prinsip kemudahan dan kejelasan sehingga mereka mudah dibaca dan dipahami oleh orang lain. Selain itu standar operasional prosedur (SOP) harus sesuai dengan visi, misi, tujuan, dan standar operasi lainnya perusahaan serta standar kualitas yang dapat digunakan untuk mengukur keberhasilan.

2.8.2 Isi Dokumen SOP

SOP terdiri dari peraturan, kebijakan, tujuan dan spesifikasi teknis yang harus digunakan secara teratur untuk memastikan bahwa proses, produk, dan jasa yang ditampilkan di luar sesuai dengan tujuan dan kualitas yang ditentukan di bawah ini:

1. Judul atau nama SOP
2. Tujuan yaitu alasan dibuatnya prosedur
3. Ruang lingkup yaitu menyebutkan kegunaan untuk bidang/kegiatan prosedur ini berlaku
4. Definisi untuk menjelaskan istilah khusus yang ada dalam prosedur
5. Acuan yaitu daftar dokumen informasi yang diperlukan untuk memahami prosedur ini sepenuhnya
6. Penanggung jawab keseluruhan pelaksanaan prosedur ini
7. Langkah pelaksanaan yaitu urutan pelaksanaan prosedur
8. Dokumen terkait yaitu dokumen yang mendukung prosedur, misal formulir, rekaman hasil dan sebagainya

2.8.3 Tujuan SOP

SOP bertujuan untuk menciptakan standar kerja yang dapat membantu meningkatkan kualitas kerja dan memudahkan evaluasi program atau kinerja berikut tujuan SOP :

1. Menjaga konsistensi kerja setiap petugas, pegawai, tim dan semua unit kerja
2. Memperjelas alur tugas, wewenang serta tanggung jawab setiap unit kerja
3. Memudahkan proses pemberian tugas serta tanggung jawab kepada pegawai yang menjalankan

4. Memudahkan proses pengontrolan setiap proses kerja
5. Memudahkan proses pemahaman staf secara sistematis dan general
6. Memudahkan dan mengetahui terjadinya kegagalan, tidak efektif proses kerja, serta kemungkinan terjadinya penyalahgunaan kewenangan pegawai
7. Menghindari kesalahan selama proses kerja
8. Menghindari kesalahan, keraguan, duplikasi dan inefisiensi
9. Melindungi organisasi atau unit kerja dari berbagai bentuk kesalahan administrasi
10. Memberikan keterangan tentang dokumen-dokumen yang dibutuhkan dalam suatu proses kerja
11. Menghemat waktu dalam program training

2.8.4 Manfaat SOP

SOP umumnya digunakan untuk menunjukkan kepatuhan terhadap aturan dan praktik operasional tertentu. Selain itu, untuk menyimpan catatan atau mencatat tatalaksana tugas yang harus diselesaikan dalam organisasi kelompok atau individu. Standar Operasional Prosedur (SOP) telah menjadi pedoman bagi mereka yang melakukan pekerjaan, manfaat SOP sebagai berikut :

1. Menjaga konsistensi dalam menjalankan suatu prosedur kerja
2. Menjadi salah satu alat training dan juga alat ukur kinerja karyawan
3. Mengetahui peran dan posisi masing-masing di internal perusahaan
4. Meminimalisir kesalahan dalam melakukan pekerjaan
5. Sarana mengendalikan dan mengantisipasi apabila terdapat suatu perubahan sistem

6. Membantu dalam melakukan evaluasi terhadap setiap proses operasional perusahaan
7. Memberikan efisiensi waktu, karena semua proses kerja sudah terstruktur dalam sebuah dokumen tertulis
8. Sarana untuk mengkomunikasikan pelaksanaan suatu pekerjaan
9. Sebagai suatu acuan dalam melakukan penilaian terhadap proses layanan
10. Memudahkan tahapan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat sebagai konsumen
11. Pegawai jadi lebih mandiri dan tidak bergantung pada intervensi manajemen
12. Mengurangi tingkat kesalahan dan kelalaian yang mungkin dilakukan pegawai dalam melaksanakan tugas
13. Menjadi alat komunikasi antara pelaksana dan pengawas
14. Para karyawan akan lebih percaya diri dalam bekerja dan mengerti apa yang harus dikerjakan
15. Karyawan akan memberikan pelayanan dengan sungguh-sungguh, terutama dalam konsistensi waktu
16. Bisa digunakan sebagai daftar yang digunakan secara berkala oleh pengawas saat audit dilakukan
17. Mengurangi beban kerja