

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Mengacu pada UU. No. 44 Tahun 2009 mengenai Rumah Sakit, definisi dari rumah sakit ialah pelayanan kesehatan perorangan secara keseluruhan mencakup gawat darurat, rawat inap, dan rawat jalan. Rumah sakit wajib menjaga dan meningkatkan kualitas layanan melalui mutu kerja rumah sakit sebab rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab penuh terhadap kualitas dan layanan perawatan yang diberikan kepada pasien..

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Tanggung jawab rumah sakit diatur dalam Pasal 4 UU. No. 44 Tahun 2009 mengenai Rumah Sakit, yakni secara utuh memberikan pelayanan kesehatan perorangan. Selain itu, Pasal 5 menetapkan bahwa Rumah Sakit memiliki tugas-tugas untuk memenuhi kewajiban yang dimaksud pada Pasal 4, yakni:

- a. Rumah Sakit harus menyediakan layanan perawatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- b. Mempertahankan dan meningkatkan kesejahteraan pribadi melalui layanan kesehatan sekunder dan tersier yang ekstensif yang disesuaikan dengan kebutuhan individu.
- c. Meningkatkan layanan kesehatan melalui pelatihan sumber daya manusia dan program pendidikan

- d. Meningkatkan kualitas layanan kesehatan dengan penerapan pemeriksaan teknologi serta pengembangan dan penelitian di bidang kesehatan dengan tetap menjaga etika ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

2.1.3 Jenis dan Klasifikasi Rumah Sakit

Jenis dan klasifikasi rumah sakit dapat dibedakan berdasarkan jenis perawatan dan administrasi yang disediakan, hal ini tertuang pada pasal 18 dinyatakan sebagai berikut

- (1) Menurut Pasal 17, rumah sakit umum dapat dibedakan sebagai berikut:
 - a. Rumah Sakit umum dengan kelas A
 - b. Rumah Sakit umum dengan kelas B
 - c. Rumah Sakit umum dengan kelas C
 - d. Rumah Sakit umum dengan kelas D
- (2) Berdasarkan ayat (1) yang dimaksud dengan Rumah sakit umum kelas D ialah:
 - a. Rumah Sakit umum dengan kelas D
 - b. Rumah Sakit umum dengan kelas D pratama
- (3) Sesuai dengan ayat (1) huruf a dan b, rumah sakit dengan kelas A dan B dilengkapi dengan kemampuan untuk memberikan pelayanan medik spesialistik dan subspecialistik.
- (4) Sesuai dengan ayat (1) huruf c dan d, rumah sakit umum dengan kelas C dan D dilengkapi untuk memberikan pelayanan medik spesialistik.
- (5) Ketentuan pada ayat (4) tidak berlaku untuk rumah sakit dengan kelas D pratama.

(6) Sesuai dengan ayat (2) huruf b dan ayat (5), rumah sakit umum kelas D pertama harus didirikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Sedangkan untuk jenis pelayanan yang diatur dalam pasal 19, dinyatakan sebagai berikut:

- (1) Berdasarkan layanan yang diberikan, rumah sakit dibedakan menjadi dua jenis yaitu umum dan khusus.
- (2) Berdasarkan ayat (1), pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit umum ialah untuk semua spesialisasi dan penyakit.
- (3) Sesuai dengan ayat (1), pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit khusus ialah untuk penyakit tertentu atau pada satu bidang spesialisasi sesuai dengan jenis penyakit, organ tubuh, rentang usia, disiplin ilmu, dan keunikan yang lain.

Selanjutnya ditinjau dari aspek pengelolaan Rumah sakit yang tertuang dalam pasal 20, dinyatakan sebagai berikut:

- (1) Berdasarkan pengelolaannya, rumah sakit dibedakan menjadi dua yakni publik dan swasta.
- (2) Berdasarkan pada ayat (1), yang dimaksud rumah sakit publik ialah rumah sakit yang diselenggarakan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, atau badan hukum nirlaba.
- (3) Berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan, rumah sakit umum yang diselenggarakan oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah disusun berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah.

(4) Pasien tidak dapat dipindahkan dari rumah sakit umum yang diselenggarakan oleh Pemerintah atau Pemerintah Daerah yang dimaksud dalam ayat (2) ke rumah sakit swasta.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

Definisi rekam medis ialah catatan tertulis yang berisi informasi tentang identitas pasien, perawatan, pemeriksaan, tindakan, dan layanan lainnya. Informasi tertulis mengenai identitas, riwayat, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosis, dan pengobatan disebut rekam medis (Permenkes 24, 2022).

2.2.2 Kegunaan Rekam Medis

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2006 menyatakan bahwa Pedoman dan Penyelenggaraan Rekam Medis mencakup beberapa elemen, termasuk:

1. Aspek Administrasi

Berkas rekam medis termasuk penting secara administratif sebab berisi informasi mengenai kegiatan yang dilaksanakan oleh paramedis dan tenaga medis sesuai dengan wewenang dan tugasnya dalam menggapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. Aspek Medis

Karena rekam medis berfungsi sebagai dasar untuk mengatur perawatan dan terapi yang diperlukan untuk pasien, maka rekam medis memiliki kepentingan medis.

3. Aspek Hukum

Berkas rekam medis bernilai hukum sebab isinya berkaitan dengan masalah jaminan kepastian hukum yang berlandaskan keadilan dalam rangka menegakkan hukum dan memberikan bukti untuk menegakkan keadilan.

4. Aspek Keuangan

Berkas rekam medis bernilai finansial sebab informasi dan data yang ada di dalamnya bisa dipakai untuk menentukan berapa biaya perawatan, pengobatan, atau tindakan.

5. Aspek Penelitian

Berkas rekam medis memiliki nilai penelitian, sebab informasi dan datanya bisa dipakai untuk pengembangan dan penelitian ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

6. Aspek Pendidikan

Berkas rekam medis bernilai pendidikan, sebab memuat informasi kegiatan dan perkembangan historis perawatan medis pasien. Informasi ini bisa dipakai sebagai sumber daya atau alat pengajaran untuk meningkatkan standar perawatan medis.

7. Aspek Dokumentasi

Karena informasi yang terkandung dalam berkas rekam medis ialah sumber ingatan yang perlu direkam dan digunakan sebagai informasi untuk laporan fasilitas pelayanan kesehatan dan pertanggungjawaban, maka berkas rekam medis memiliki nilai dokumentasi.

2.2.3 Tujuan Rekam Medis

Menurut Pedoman dan Prosedur Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II, tujuan dari rekam medis ialah tercapainya tertib administrasi yang merupakan usaha untuk meningkatkan pelayanan kesehatan rumah sakit. Tertib administrasi dapat terwujud dengan sistem pengelolaan rekam medis yang baik. Adapun dalam upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit, salah satu kriteria yang menentukan adalah tata kelola yang sesuai.

2.2.4 Isi Rekam Medis

Rekam medis harus disimpan secara fisik atau ditulis, jelas, dan lengkap. Undang-undang lain mengatur penggunaan teknologi informasi elektronik untuk mengimplementasikan rekam medis yang diatur lebih lanjut 12 dengan peraturan tersendiri (PERMENKES No.269/MENKES/ PER/III/2008 2008)

1. Identitas pasien.
 - b. Waktu dan tanggal.
 - b. Hasil dari pengumpulan riwayat medis dan keluhan, setidaknya.
 - d. Hasil dari bantuan medis dan penilaian fisik.
 - e. Penemuan diagnosis.
 - f. Rencana pengelolaan.
 - g. Intervensi dan/atau terapi.
 - h. Layanan tambahan yang diberikan kepada pasien.
 - i. Pada kasus-kasus gigi di mana pasien memiliki odontogram klinis.
 - j. Persetujuan untuk mengambil tindakan yang diperlukan.
2. Untuk pasien rawat inap dan pasien yang menerima perawatan satu hari,

informasi berikut ini harus disertakan dalam rekam medis:

- a. Identitas pasien.
 - b. Waktu dan tanggal.
 - b. Hasil dari pengumpulan riwayat medis dan keluhan, setidaknya.
 - d. Hasil dari bantuan medis dan penilaian fisik.
 - e. Penemuan diagnosis.
 - c. Rencana pengelolaan.
 - g. Intervensi dan/atau terapi.
 - h. Persetujuan untuk mengambil tindakan yang diperlukan.
 - i. Pengamatan klinis dan dokumentasi hasil pengobatan.
 - j. Laporan pemulangan.
 - k. Nama dan tanda tangan dokter, atau nama dan tanda tangan dokter gigi atau penyedia layanan kesehatan lainnya.
 - l. Layanan tambahan yang diberikan oleh profesional medis tertentu.
 - m. Untuk pasien dalam kasus gigi yang memiliki odontogram klinis.
3. Informasi berikut ini harus disertakan dalam rekam medis pasien gawat darurat:
- a. Identitas pasien.
 - b. Keadaan pasien saat masuk ke fasilitas medis.
 - c. Identitas pendamping pasien.
 - d. Waktu dan tanggal.
 - e. Hasil anamnesis, yang mencakup, setidaknya, keluhan dan latar belakang medis.
 - f. Hasil dari bantuan medis dan penilaian fisik.

- g. Penemuan diagnosis.
 - h. Intervensi dan/atau terapi.
 - i. Sinopsis kesehatan pasien sebelum keluar dari unit gawat darurat, bersama dengan rencana tindak lanjut.
 - j. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau anggota staf medis lainnya yang memberikan layanan.
 - k. Transportasi untuk pasien yang menjalani pemindahan ke fasilitas medis lain.
 - l. Layanan tambahan yang diterima pasien.
4. Jika terjadi bencana, informasi dalam rekam medis pasien dilengkapi dengan hal-hal berikut ini, selain memenuhi persyaratan:
- a. Sifat bencana dan tempat pasien ditemukan.
 - b. Kategori pasien bencana massal dan gawat darurat.
 - c. Identitas individu yang menemukan pasien.
5. Rekam medis yang berkaitan dengan perawatan medis khusus yang diberikan oleh dokter atau dokter gigi bisa disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan spesifik. Pelayanan yang diberikan di dalam ambulans atau selama perawatan massal disimpan di fasilitas perawatan kesehatan yang merawat mereka dan didokumentasikan dalam rekam medis sesuai dengan peraturan.

2.2.5 Fungsi Rekam Medis

Upaya untuk meningkatkan status kesehatan sangat banyak mendapatkan manfaat dari penggunaan rekam medis. Hal ini mengisyaratkan bahwa tata kelola manajemen, khususnya tata kelola rekam medis, diperlukan oleh rumah sakit

sebagai sarana pencatatan fungsi-fungsi pelayanan kesehatan. Selain itu, tenaga medis yaitu dokter sangat diuntungkan dengan penggunaan rekam medis dalam asuhan perawatan pasien sebagai catatan yang harus/wajib dicatat setelah melakukan pemeriksaan. Sedangkan untuk keluarga pasien berfungsi untuk memberikan informasi medis pasien.

2.2.6 Pemanfaatan Rekam Medis

- (1) Rekam medis bisa dimanfaatkan untuk :
 - a. Pelayanan kesehatan dan perawatan pasien merupakan dua penggunaan dari pemanfaatan rekam medis.
 - b. Pembuktian dalam rangka penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi, serta penerapan etika kedokteran dan kedokteran gigi.
 - c. Untuk kepentingan Pendidikan dan penelitian.
 - d. Dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan
 - e. Data statistik kesehatan.
- (2) Sesuai dengan ayat (1) huruf c, penggunaan rekam medis harus mendapat izin tertulis dari pasien atau ahli warisnya dan harus dijaga kerahasiaannya.
- (3) Dalam hal penggunaan rekam medis dilakukan untuk kepentingan negara, persetujuan pasien tidak diperlukan dalam rangka penelitian dan pendidikan.

2.2.7 Tata Cara Penyelenggaraan

1. Semua dokter dan dokter gigi yang berpraktik kedokteran diwajibkan untuk mencatat rekam medis.

2. Rekam medis harus segera dimulai dan diselesaikan setelah pasien menerima layanan.
3. Proses pembuatan rekam medis melibatkan pencatatan evaluasi pengobatan, intervensi, dan layanan lain yang telah diterima pasien.
4. Nama, tanggal, dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau penyedia layanan kesehatan lain yang memberikan perawatan secara langsung harus muncul pada setiap entri dalam berkas medis.
5. Koreksi dapat dilakukan jika ada kesalahan pencatatan dalam rekam medis.
6. Hanya dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan lain yang terkait yang dapat memberi paraf koreksi dengan mencoretnya tanpa menghapus catatan yang telah diperbarui.

2.3 Kelengkapan Rekam Medis

2.3.1 Kelengkapan Rekam Medis

Rekam medis wajib dibuat dan dilengkapi setelah pasien menerima layanan medis (PERMENKES No. 269/MEN/PER/II/2008). Hal tersebut selaras dengan standar pelayanan rumah sakit, yang mewajibkan rekam medis untuk diisi secara lengkap.

Rekam medis harus mencakup informasi berikut: identitas pasien, hasil pemeriksaan fisik dan dokumentasi pendukungnya, pengobatan, diagnosis, dan rencana perawatan lanjutan; sebagai tambahan, nama dan tanda tangan tenaga kesehatan dan penyedia layanan kesehatan juga harus disertakan. Hal ini tercantum dalam PERMENKES No. 24 Tahun (2022) mengenai Rekam Medis.

Selain memudahkan tenaga medis lain dalam menangani pasien, kelengkapan berkas rekam medis yang dilakukan oleh petugas secara menyeluruh dapat mempermudah petugas dalam melakukan evaluasi.

Menurut Swari et al., (2019) berkas rekam medis harus sudah terisi 100% satu hari setelah pasien keluar dari rumah sakit. Selanjutnya dijelaskan bahwa rekam medis pasien berfungsi sebagai catatan historis penyakit yang harus diisi lengkap.

2.3.2 Analisis Kuantitatif

Meninjau atau memeriksa bagian tertentu dari isi rekam medis untuk mengidentifikasi kesenjangan dalam pelaporan rekam medis dikenal sebagai analisis kuantitatif. Terdapat empat (4) komponen dalam analisis kuantitatif: tinjauan identifikasi, tinjauan laporan penting, tinjauan otentikasi, dan tinjauan dokumentasi yang benar. Petugas rekam medis diharuskan melaksanakan tugas analisis kuantitatif untuk mendukung dokter dalam mendokumentasikan perawatan pasien secara akurat dan lengkap (Edna K. Huffman 1994).

Total berkas rekam medis yang lengkap, belum lengkap, dan kosong akan diketahui dari hasil analisis. Hal ini dapat digunakan sebagai pengukur kualitas rekam medis yang disimpan di rumah sakit. Dokumentasi rekam medis dipisahkan menjadi beberapa bagian mendasar untuk analisis kuantitatif. Di antara elemen-elemen mendasar ini adalah evaluasi rekam medis:

1. Identitas pasien diperiksa di setiap lembar rekam medis. Setiap lembar berkas harus tercantum nomor rekam medis dan nama pasien. Setiap lembar yang tidak teridentifikasi wajib diperiksa untuk mengetahui siapa pemiliknya.

Dalam hal ini, akan lebih baik jika audit dilakukan sebelum pasien keluar dari rumah sakit (Analisis Konkuren) karena hal ini akan memungkinkan identifikasi identitas pasien dapat diketahui lebih cepat daripada di kemudian hari (Analisis Retrospektif).

2. Adanya semua laporan dan dokumen penting sebagai bukti dokumentasi. Rekam Medis memiliki lembar laporan dengan ketentuan seperti berikut ini:
 - a. Dimulai dengan penerimaan pasien di rumah sakit sebagai bukti formulir "Persetujuan Umum" yang menguraikan hak dan kewajiban pasien.
 - b. Kemudian catatan perkembangan positif dari dokter dan perawat datang berikutnya.
 - c. Observasi klinis; jika diperlukan, data asupan dan keluaran cairan tersedia.
 - d. Ringkasan perawat, rencana pemulangan, dan ringkasan pemulangan
3. Bukti catatan dan autentikasi penulis
 - a. Nama, stempel, atau inisial yang dapat diidentifikasi dapat berfungsi sebagai bentuk autentikasi.
 - b. Tanda tangan yang ditemukan dalam Rekam Medis.
 - c. Kode komputer individu.
 - d. Gelar atau jabatan profesional (Dokter Perawat) diperlukan.
 - e. Jika terjadi kesalahan pencatatan, bagian yang salah disorot dan bagian yang benar dibuat; notasi yang menunjukkan bahwa catatan tersebut salah atau bahwa rekam medis pasien lain ditulis dengan tidak benar kemudian ditempatkan di sebelahnya.

4. Catatan yang ditulis dengan baik
 - a. Analisis kuantitatif memverifikasi bahwa catatan dapat dibaca dan lengkap. Hal ini harus diselesaikan dan diperjelas.
 - b. Memeriksa setiap baris satu per satu, mencatat setiap bagian yang kosong dengan tanda atau garis agar tidak terisi di kemudian hari.
 - c. Tidak diperbolehkan menggunakan singkatan yang tidak tercantum dalam Panduan Pelayanan Rekam Medis.
 - d. Jika terjadi kesalahan pencatatan, bagian yang salah akan disorot ketika catatan tersebut masih dapat dibaca, dan sebuah notasi yang menunjukkan bahwa catatan tersebut salah atau salah dimasukkan ke dalam rekam medis pasien lain akan ditempatkan di sebelahnya

2.4 Standart Operational Prosedur (SOP)

2.4.1 Pengertian SOP

SOP ialah instruksi atau petunjuk untuk melakukan tugas sesuai dengan tujuan dan instrumen evaluasi kinerja organisasi terkait. Prosedur Operasi Standar (SOP) adalah kumpulan instruksi tertulis yang mengikuti format yang telah ditetapkan dan menetapkan apa yang harus dilakukan, oleh siapa, dimana, dan kapan (Annie Sailendra and (penyunting) 1989).

2.4.2 Manfaat SOP

1. Terus mengikuti prosedur kerja secara konsisten.
2. Jadikan sebagai alat untuk mengukur kinerja karyawan dan untuk memberikan pelatihan.
3. Menyadari posisi dan pekerjaan setiap orang di dalam organisasi.

4. Mengurangi jumlah kesalahan terkait pekerjaan.
5. Teknik untuk mengantisipasi dan mengendalikan perubahan sistem.
6. Berpartisipasi dalam penilaian setiap prosedur operasional yang digunakan oleh perusahaan.
7. Menawarkan efisiensi waktu karena dokumen tertulis mengatur setiap proses kerja.
8. Suatu cara untuk menyampaikan penyelesaian suatu tugas.
9. Sebagai pedoman untuk mengevaluasi prosedur pelayanan.
10. Membantu dalam berbagai tahapan pemberian layanan kepada masyarakat sebagai pelanggan.
11. Pekerja menjadi lebih mandiri dan tidak memerlukan bantuan dari manajemen.
12. Menurunkan jumlah kesalahan dan kelalaian yang mungkin dilakukan oleh pekerja saat melakukan pekerjaan mereka.
13. Berubah menjadi sarana komunikasi bagi pengawas dan pelaksana.
14. Pekerja akan tahu apa yang harus dilakukan dan lebih percaya diri dalam bekerja.
15. Pekerja akan lebih serius dalam menjalankan tanggung jawabnya, terutama dalam hal ketepatan waktu.
16. Dapat berfungsi sebagai daftar yang dirujuk oleh pengawas secara teratur saat melakukan audit.
17. Mengurangi beban kerja.

2.4.3 Tujuan SOP

1. Memastikan bahwa semua unit kerja, tim, dan petugas menghasilkan pekerjaan yang konsisten.
2. Menyatakan dengan jelas peran, tanggung jawab, dan wewenang setiap unit kerja.
3. Mempermudah dalam memberikan tugas dan kewajiban kepada pekerja yang melakukannya.
4. Buatlah prosedur untuk mengelola setiap proses pekerjaan menjadi lebih sederhana.
5. Memperlancar metodis dan pemahaman yang luas tentang personalia.
6. Mendorong dan mengidentifikasi kesalahan, prosedur yang tidak efisien, dan potensi penyalahgunaan wewenang karyawan.
7. Menghindari kesalahan saat bekerja.
8. Menghindari kesalahan, ketidakpastian, pengulangan, dan ketidakefisienan
9. Menjaga agar tidak terjadi beberapa jenis kesalahan administratif bagi perusahaan atau unit kerja.
10. Menjelaskan dokumen-dokumen yang diperlukan untuk proses kerja tertentu.
11. Mengurangi waktu program pelatihan