

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.2 Definisi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia (UU RI) Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Pasal 1 “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”.

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia (UU RI) Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Bab 3 Pasal 5, rumah sakit mempunyai fungsi, diantaranya adalah :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.2 Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang 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.

2.1.3 Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan UU RI Nomor : 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit menjelaskan bahwa fungsi rumah sakit sebagai berikut :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit,
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis,
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan,
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Definisi Rekam Medis

Menurut Edna K. Huffman (1992), tentang rekam medis menyatakan bahwa: “Rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana dan bagaimana yang di berikan 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”.

Berdasarkan Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, “Rekam medis adalah suatu lembaran kertas yang berisikan keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas pasien, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa, pemeriksaan fisik dan segala pelayanan tindakan medis”.

Formulir pengumpulan data menyebabkan timbulnya dokumentasi. Formulir laporan menuntut adanya keputusan atau penentuan arah tindakan. Formulir dirancang dengan tidak baik, dapat mengakibatkan pengumpulan data menjadi tidak memadai, dokumentasi menjadi lamban, salah informasi, duplikasi usaha yang dilakukan dan kesalahan-kesalahan. Hal ini menggambarkan bahwa suatu formulir sangat memiliki fungsi yang penting dimana dapat dijadikan sebagai media pengumpulan data yang dapat dijadikan sebagai sumber informasi yang benar serta dapat dijadikan sebagai pedoman dalam pengambilan keputusan atau penentu arah tindakan.

2.2.2 Tujuan Rekam Medis

Menurut Dirjen Pelayanan Medik (1997), tujuan rekam medis adalah menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Tujuan rekam medis menurut Ery Rustiyanto (2009:6) dalam buku yang berjudul Etika Profesi, menyatakan bahwa tujuan dibuatnya rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa dukungan suatu sistem pengelolaan rekam medis baik dan benar tertib administrasi rumah sakit tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2.2.3 Kegunaan Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Depkes RI Revisi II (2006) mengatakan bahwa

kegunaan rekam medis secara umum, antara lain:

1. Aspek Administrasi, suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan perawat dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan
2. Aspek Medis, catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan terapi pengobatan dan perawatan yang harus diberikan kepada pasien
3. Aspek Hukum, menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan
4. Aspek Keuangan, isi rekam medis dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan. Tanpa adanya bukti catatan tindakan /pelayanan, maka pembayaran tidak dapat dipertanggungjawabkan
5. Aspek Penelitian, berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat digunakan sebagai aspek penelitian
6. Aspek Pendidikan, berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang kronologis dari pelayanan medik yang diberikan pada pasien
7. Aspek Dokumentasi. isi rekam medis menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan sarana kesehatan.

2.3 Dokumen Rekam Medis

Dokumen rekam medis adalah dokumen yang berisikan catatan atau data tentang informasi pasien baik rawat inap, rawat jalan ataupun gawat darurat, dari hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, pelayanan medis dan administrasi.

Berdasarkan Permenkes RI Nomor : 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis Bab 1 pasal 1 menjelaskan bahwa dokumen rekam medis adalah catatan dokter, dokter gigi dan tenaga kesehatan tertentu laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi dan pengobatan harian dan semua

rekaman, baik berupa foto radiologi, gambaran pencitraan(*imaging*) dan rekaman elektro diagnostik.

2.3.1 Formulir

Menurut Sudra (2013), “Formulir adalah secarik kertas yang memiliki ruang untuk diisi”. Menurut Edna K. Huffman (1994), “Desain formulir adalah kegiatan merancang formulir berdasarkan kebutuhan pencatatan transaksi pelayanan, kegiatan pelayanan dan penyusunan atau pembuatan laporan organisasi”.

Menurut Nuraida (2014) menyatakan bahwa: Formulir adalah selembat kertas atau lebih yang digunakan untuk mencatat kegiatan yang bersifat repetitif/berulang-ulang dengan mencantumkan instruksi atau pertanyaan mengenai urutan data atau informasi apa saja yang harus diisi atau dilengkapi oleh penggunaanya untuk diteruskan kepada pihak-pihak yang berkepentingan untuk mengolah dan membuat keputusan atas data dan informasi tersebut.

2.3.2 Formulir Identifikasi Pasien

Menurut Hatta (2012:93), lembar identifikasi pasien harus berisi (a) nama lengkap pasien, termasuk nama keluarga; (b) nomor registrasi rumah sakit atau nomor rekam medis; (c) tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, ras/etnis, status perkawinan, alamat, nomor telepon, dan nomor jaminan asuransi; (d) nama, alamat, dan nomor telepon dari kerabat terdekat(keluarga terdekat) atau teman; (e) nama dokter yang merawat; (f) pekerjaan, nama, dan alamat tempat pasien bekerja; (g) tanggal dan waktu ketika masuk klinik rumah sakit; (h) rincian asuransi kesehatan dan informasi medis-hukum.

2.3.3 Formulir Persetujuan Umum (General Consent)

Berdasarkan Departemen Kesehatan RI (1997:120), rumah sakit sebaiknya membuat persetujuan dengan pasien pada saat pasien akan dirawat. Hal itu dilakukan untuk menjaga kemungkinan-kemungkinan yang akan timbul. Persetujuan tersebut ditandatangani setelah pasien mendapat penjelasan dari petugas penerima pasien di tempat pendaftaran. Penandatanganan persetujuan bertujuan untuk memberi persetujuan dalam pelaksanaan prosedur diagnostik, pelayanan rutin rumah sakit, dan pengobatan medis yang umum.

2.3.4 Standar Desain Formulir Rekam Medis

Menurut Elly Erawati (2010) menyatakan bahwa, “Standar didefinisikan sebagai pernyataan tertulis yang berisi spesifikasi atau rincian tentang sesuatu hal khusus yang memperlihatkan tujuan, cita-cita, keinginan, kriteria, ukuran, patokan dan pedoman. Standarisasi merupakan penentuan spesifikasi suatu produk (ukuran, bentuk dan karakteristik lainnya)”.

Menurut Edna K. Huffman (1994) “Desain Formulir adalah kegiatan merancang formulir berdasarkan kebutuhan pencatatan transaksi pelayanan, kegiatan pelayanan dan penyusunan atau pembuatan laporan organisasi”.

Menurut Edna K. Huffman (1994) desain formulir terdapat 5 komponen utama yang terdapat pada formulir kertas yaitu :

1. *Heading* (bagian atas kertas)

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.

Informasi lain mengenai formulir mencakup identitas formulir, tanggal penerbitan dan nomor halaman. Batas kanan merupakan tempat terbaik untuk identifikasi formulir dan tanggal penerbitan. Pada lokasi ini perobekan atau tertutupnya informasi dapat dihindarkan jika formulir di stampel pada sudut kiri atas. Identifikasi formulir juga terlihat apabila formulir dijilid pada bagian atau pada sisi kiri. Penyimpanan formulir juga akan dipermudah apabila identifikasi formulir berada di bawah.

Apabila formulir terdiri lebih dari satu halaman, maka tiap halaman harus dibuat nomor dan judul halaman terletak pada sebelah kanan atas. Ini akan membantu percetakan dalam menyusun material untuk dicetak dan disusun.

Apabila memerlukan lembar tambahan agar pengguna mengetahui pada awal. Menggunakan formulir tersebut maka setiap lembar harus diberi tempat untuk pengisian nomor halaman, misalnya “halaman 1 dari 2 halaman”. *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 ditambahkan bagian *intorduction*.

2. *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 apabila terdapat tempat yang cukup, sedangkan instruksi yang panjang bisa diletakkan pada lembar tersendiri atau buku kecil yang terpisah.

3. *Body* (isi atau batang tubuh)

Body merupakan bagian formulir yang sesungguhnya. Dalam memberikan pertimbangan harus berhati-hati mengenal susunan data yang diminta atau informasi yang tersedia. Yang perlu diperhatikan dalam satu badan formulit meliputi:

a. *Margins*

Batas pinggir tidak saja menambah tampilan dan kegunaan formulir, tapi juga kesanggupan untuk merancang formulir secara fisik. Margin minimum harus disediakan 2/16" pada bagian atas, 3/6" bagian bawah dan 3/10" pada sisi-sisi. Kalau yang digunakan adalah stok kartu, paling kurang 1/8" harus disediakan sebagai *margins* untuk semua sisi.

b. *Spacing* (spasi)

Spacing adalah ukuran area entry data. Pada waktu mendesain formulir dengan data yang akan diisi dengan tulisan tangan, barikan *horizontal spacing* 1/10" sampai 1/12" perkarakter. *Vertical spacing* 1/4" sampai 1/3". Apabila desain kotak yang digunakan, 1/3" diperlukan. Spasi vertikal 1/3" akan menerima baik entry tulisan tangan maupun mesin.

c. *Rules* (garis)

Rules adalah garis vertikal atau horizontal. Garis ini bisa solid (langsung), dotted (terputus-putus) atau paralel berdekatan yang melayani berbagai tujuan.

d. *Type Style* (jenis huruf)

Jenis huruf ini penting dalam hal keterbacaan dan penonjolan. Untuk suatu formulir, paling baik adalah menggunakan sedikit mungkin jenis dan ukuran huruf. Item-item yang penting hendaknya dicetak menggunakan huruf yang sama di semua bagian formulir. Biasanya digunakan *italic* dan *bold* untuk penekanan.

e. Cara Penulisan

Hampir semua formulir rekam medis dihasilkan dengan tangan, mesin ketik atau cetakan komputer. Adapun cara lain pencatatan data mencakup *Optical Character Recogniting* (OCR) yaitu pengenalan huruf secara optis dan "*bar code*"

yang bekerja sebagai input langsung ke dalam komputer. Pertimbangan khusus untuk adanya peralatan OCR atau “*barcode*” merupakan hal yang penting.

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

2.3.5 Sampul (Map)

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis di Rumah Sakit Revisi II, Depkes RI (2006:90), “Rekam medis harus diberi sampul pelindung untuk memelihara keutuhan susunan lembaran-lembaran rekam medis, mencegah terlepas atau tersobeknya lembaran akibat sering dibolak-balik lembaran tersebut. Sampul yang sering dipakai adalah sampul pelindung, map, amplop”.

Menurut Northern Territory Government (2012:2) map rekam medis memuat informasi:

1. Identitas sarana pelayanan kesehatan,
2. Tulisan “*Confidential*” atau Rahasia atau keduanya,
3. Nama Pasien,
4. Nomor Rekam Medis,
5. Tahun Kunjungan Terakhir.

Berdasarkan Keputusan Kepala Arsip Nasional Republik Indonesia Nomor 10 (2000:5) Tentang Standar *Folder* dan *Guide Arsip*, “Salah satu spesifikasi dari *folder* arsip adalah bahan *folder* arsip terbuat dari kertas manila karton. *Folder* memiliki bentuk seperti map dengan tab atau bagian yang menonjol disebelah kanan atas yang berfungsi sebagai tempat menuliskan kode/indeks. *Folder* dibedakan menjadi 2, yaitu:

1. *Folder* Besar

Folder besar memiliki fungsi sebagai tempat penyimpanan arsip kertas.

Folder besar memiliki ukuran sebagai berikut:

$$A - B = 28$$

$$B - E = 9$$

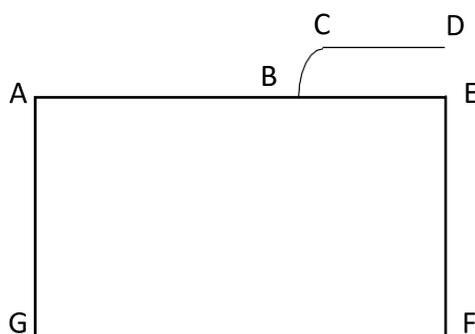
$$C - D = 8$$

$$D - E = 2$$

$$E - F = 23$$

$$A - G = 23$$

$$G - F = 35$$



Gambar 2.1 Folder Besar

2. *Folder* Kecil

Folder kecil memiliki fungsi sebagai tempat penyimpanan kartu kendali atau kartu deskripsi. *Folder* kecil memiliki ukuran sebagai berikut

$$A - B = 11$$

$$B - E = 4$$

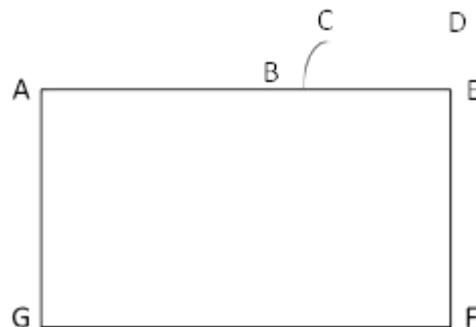
$$C - D = 3,5$$

$$D - E = 2$$

$$E - F = 10$$

$$A - G = 10$$

$$G - F = 15$$



Gambar 2. 2 *Folder* Kecil

Setiap *folder* dapat menampung arsip 3 cm atau kurang lebih 150 lembar kertas. Satu *folder* digunakan untuk satu subyek atau satu berkas dengan maksimal 150 lembar. Apabila satu folder tidak memadai untuk menyimpan arsip dengan subyek atau berkas yang sama, maka dapat digunakan satu folder. Satu *folder* minimal diisi 5 lembar arsip. Garis satu lipatan skor folder dipergunakan sesuai

dengan ketebalan atau jumlah arsip yang disimpan.

2.4 Petunjuk Pengisian Dokumen Rekam Medis

Pengertian petunjuk pengisian dokumen rekam medis ini, menguraikan bagaimana cara mengisi formulir dokumen rekam medis dengan harapan mempermudah dalam pengisian Dokumen Rekam Medis (DRM).

Berdasarkan Depkes RI (2005) tentang Buku Petunjuk Pengisian Pengolahan dan Penyajian Data Rumah Sakit meliputi:

1. Pengertian,
2. Tujuan,
3. Kegunaan,
4. Tanggung jawab Pelaksanaan
5. Mekanisme Pengisian.