

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Rumah Sakit

a. Definisi

Berdasarkan Undang-undang Nomor 44 (2009) tentang rumah sakit menjelaskan bahwa yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medis (WHO, 2017).

Berdasarkan Permenkes Nomor 147 (2010) tentang Perijinan Rumah Sakit menjelaskan bahwa :

- 1) Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

- 2) Rumah Sakit Umum adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
- 3) Rumah Sakit Khusus adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.
- 4) Rumah Sakit Publik adalah Rumah Sakit yang dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan Badan Hukum yang bersifat nirlaba.
- 5) Rumah Sakit Privat adalah Rumah Sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk perseroan terbatas atau persero.

b. Tujuan Rumah Sakit

Tujuan rumah sakit menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 (2009) tentang rumah sakit menjelaskan sebagai berikut:

- 1) Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
- 2) Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit.
- 3) Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
- 4) Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit

c. Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-undang Nomor 44 (2009) tentang rumah sakit mengungkapkan bahwa fungsi rumah sakit adalah 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 pengaplikasian teknologi dalam bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Dalam upaya menyelenggarakan fungsinya, maka Rumah Sakit umum menyelenggarakan kegiatan :

- a. Pelayanan medis
- b. Pelayanan dan asuhan keperawatan
- c. Pelayanan penunjang medis dan nonmedis
- d. Pelayanan kesehatan masyarakat dan rujukan
- e. Pendidikan, penelitian dan pengembangan
- f. Administrasi umum dan keuangan

d. Jenis Pelayanan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer 129 (2008) tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, menunjukkan bahwa ada beberapa jenis pelayanan rumah sakit yang wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi 21 jenis pelayanan, yaitu :

- 1) Pelayanan Gawat Darurat
- 2) Pelayanan Rawat Inap
- 3) Pelayanan Rawat Jalan
- 4) Pelayanan Bedah
- 5) Pelayanan Persalinan dan Perinatologi
- 6) Pelayanan Intensif
- 7) Pelayanan Radiologi
- 8) Pelayanan Laboratorium Patologi Klini
- 9) Pelayanan Rehabilitasi Medik
- 10) Pelayanan Farmasi
- 11) Pelayanan Gizi
- 12) Pelayanan Transfuse Darah
- 13) Pelayanan Keluarga Miskin
- 14) Pelayanan Rekam Medis
- 15) Pelayanan Limbah
- 16) Pelayanan Administrasi Manajemen
- 17) Pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah
- 18) Pelayanan Pemulasaran Jenazah

- 19) Pelayanan *Laundry*
 - 20) Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
 - 21) Pencegah Pengendalian Infeksi
- e. Dasar Hukum Rumah Sakit
- 1) UU RI No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
 - 2) UU RI No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
 - 3) UU RI No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
 - 4) Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan
 - 5) Peraturan Republik Indonesia No. 1045/Menkes/PER/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan
 - 6) Kepmenkes RI No.129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit
 - 7) Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 65 tahun 2005 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

2. Rekam Medis

a. Definisi

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 (2008) menjelaskan bahwa Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis terdiri dari catatan-catatan data pasien yang dilakukan dalam pelayanan kesehatan. Catatan-catatan tersebut sangat penting untuk pelayanan bagi pasien karena dengan data yang lengkap

dapat memberikan informasi dalam menentukan keputusan baik pengobatan, penanganan, tindakan medis dan lainnya. Dokter atau dokter gigi diwajibkan membuat rekam medis sesuai aturan yang berlaku.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 (2008) menyatakan bahwa data-data yang harus dimasukkan dalam rekam medis dibedakan untuk pasien yang diperiksa di unit rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Setiap pelayanan baik di rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat dapat membuat rekam medis dengan data-data sebagai berikut:

1) Pasien Rawat Jalan

Data pasien rawat jalan yang dimasukkan dalam rekam medis sekurang-kurangnya antara lain:

- a. Identitas pasien.
- b. Tanggal dan waktu.
- c. Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit)
- d. Hasil Pemeriksaan fisik dan penunjang medis.
- e. Diagnosis.
- f. Rencana penatalaksanaan.
- g. Pengobatan dan atau tindakan.
- h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

- i. Untuk kasus gigi dan dilengkapi dengan odontogram klinik.
- j. Persetujuan tindakan bila perlu.

2) Pasien Rawat Inap.

Data pasien rawat inap yang dimasukkan dalam rekam medis sekurang-kurangnya antara lain:

- a. Identitas Pasien.
- b. Tanggal dan waktu.
- c. Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit).
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis.
- e. Diagnosis.
- f. Rencana penatalaksanaan.
- g. Pengobatan dan atau tindakan.
- h. Persetujuan tindakan bila perlu
- i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
- j. Ringkasan pulang (*discharge summary*)
- k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.

1. Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu. Untuk kasus gigi dan dilengkapi dengan odontogram klinik.

3) Pasien Gawat Darurat.

Data pasien rawat darurat yang harus dimasukkan dalam rekam medis sekurang-kurangnya antara lain:

- a. Identitas pasien
- b. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan.
- c. Identitas pengantar pasien.
- d. Tanggal dan waktu.
- e. Hasil anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit).
- f. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis.
- g. Diagnosis.
- h. Pengobatan dan/atau tindakan.
- i. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut.
- j. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
- k. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain dan

1. Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu.

b. Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit (Depkes RI, 2006).

Menurut Gemala Hatta (2012) menjelaskan tujuan rekam medis terbagi menjadi 5 (lima) kepentingan yaitu untuk:

- 1) Pasien, rekam medis merupakan alat bukti utama yang mampu membenarkan adanya pasien dengan identitas yang jelas dan telah mendapatkan berbagai pemeriksaan dan pengobatan di sarana pelayanan kesehatan dengan segala hasil serta konsekuensi.
- 2) Pelayanan Pasien, rekam medis mendokumentasikan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang, medis dan tenaga lain yang bekerjasama dalam berbagai fasilitas pelayanan kesehatan.
- 3) Menunjang Pelayanan, rekam medis yang rinci akan mampu menjelaskan aktivitas yang berkaitan dengan penanganan sumber – sumber yang ada pada organisasi pelayanan di rumah sakit, menganalisis kecenderungan yang terjadi dan mengomunikasikan informasi di antara klinik yang berbeda.
- 4) Pembiayaan, rekam kesehatan yang akurat mencatat segala pemberian pelayanan kesehatan yang diterima pasien. Informasi ini menentukan besarnya pembayaran yang harus dibayar, baik secara tunai atau melalui asuransi.

c. Kegunaan Rekam Medis

Menurut Gibony (1991) menjelaskan bahwa kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek yang biasanya disingkat dengan “ALFRED” diantaranya:

- a. Aspek Administrasi (Administrative)
- b. Aspek Hukum (Legal)
- c. Aspek Keuangan (Financial)
- d. Aspek Penelitian (Riset)
- e. Aspek Pendidikan (Education)
- f. Aspek Dokumentasi (Documentation).

Selain kegunaan rekam medis menurut aspek “ALFRED”, kegunaan rekam medis secara umum juga diperkuat oleh Dirjen Pelayanan Medis Depkes RI dalam keputusan Nomor 78 (1991) yang menjelaskan bahwa rekam medis digunakan sebagai:

- a. Sumber informasi medis dari pasien yang berobat di rumah sakit berguna untuk keperluan pengobatan dan pemeliharaan kesehatan pasien.
- b. Alat komunikasi dokter dengan dokter lainnya, antara dokter dengan paramedis guna memberikan pelayanan, pengobatan dan perawatan.
- c. Buku tertulis (documentary evidence) tentang pelayanan yang telah diberikan oleh rumah sakit dan keperluan lain.

- d. Alat untuk melindungi kepentingan hukum bagi pasien, dokter, tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit.
- e. Untuk penelitian dan pendidikan.
- f. Untuk perencanaan dan pemanfaatan sumber daya.
- g. Untuk keperluan lain yang ada kaitannya dengan rekam medis.

3. Analisis Dokumen Rekam Medis

a. Analisis Kuantitatif

1) Definisi

Analisis kuantitatif adalah telaah atau *review* bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis atau dapat disebut juga sebagai analisis ketidaklengkapan baik dari segi formulir yang harus ada maupun dari segi kelengkapan pengisian semua item pertanyaan yang ada pada formulir sesuai dengan pelayanan yang diberikan pada pasien (Huffman, 1994). Hal ini juga diperkuat oleh Depkes (1997) yang menjelaskan bahwa analisis kuantitatif adalah analisis yang ditujukan kepada jumlah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelengkapan lembaran medis, paramedis dan penunjang sesuai prosedur yang ditetapkan. Kegiatan analisis kuantitatif dimaksudkan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam medis rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan. Untuk melakukannya dibutuhkan standar waktu analisis, misalnya yang ditetapkan oleh organisasi profesi ataupun rumah sakit.

2) Tujuan Analisis Kuantitatif

Menentukan kekurangan agar dapat dikoreksi dengan segera pada saat pasien masih dirawat, dan item kekurangan belum terlupakan, untuk menjamin efektifitas kegunaan isi rekam medis di kemudian hari. Yang dimaksud dengan koreksi ialah perbaikan sesuai keadaan yang sebenarnya terjadi.

- a. Untuk mengidentifikasi bagian yang tidak lengkap yang dengan mudah dapat dikoreksi dengan adanya suatu prosedur sehingga rekam medis menjadi lebih lengkap dan dapat dipakai untuk pelayanan pada pasien, melindungi dai kasus hukum, memenuhi peraturan dan untuk analisa statistik yang akurat.
- b. Kelengkapan rekam medis sesuai dengan peraturan yang ditetapkan jangka waktunya, perizinan, akreditasi, keperluan sertifikat lainnya
- c. Mengetahui hal-hal yang berpotensi untuk membayar ganti rugi

3) Waktu Menganalisis

Waktu menganalisis kuantitatif ada 2 yaitu :

- a. *Retrospective Analysis* : Sesudah pasien pulang. Hal ini telah lazim dilakukan karena dapat dianalisa secara keseluruhan walaupun hal ini memperlambat proses melengkapi yang kurang.
- b. *Concurrent Analysis* : Saat pasien masih dirawat

4) Komponen Analisis Kuantitatif

Komponen dasar meliputi suatu review rekam medis :

- a. Memeriksa identifikasi pasien pada setiap lembar
- b. Adanya semua laporan / catatan yang penting
- c. Adanya autentifikasi penulis
- d. Terciptanya pelaksanaan rekaman / pencatatanyang baik.

b. Analisis Kualitatif

1) Definisi

Analisis kualitatif adalah suatu *review* pengisian rekam medis yang berkaitan tentang kekonsistenan isi rekam medis (Huffman, 1994). Analisis ini ditujukan untuk mutu dari setiap berkas rekam medis.

2) Tujuan Analisis Kualitatif menurut (Kusnandar, 2006) yaitu :

- a. Menentukan bila ada kekurangan agar dapat dikoreksi dengan segera saat pasien masih dirawat sehingga dapat menjamin efektifitas kegunaan rekam medis dikemudian hari.
- b. Mengidentifikasi bagian yang tidak lengkap agar dengan mudah dapat dikoreksi dengan membuat prosedur, sehingga rekam medis menjadi lebih lengkap.

3) Komponen Analisis Kualitatif

- a. *Review* kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa
- b. *Review* kekonsistenan pencatatan
- c. *Review* adanya informed consent yang seharusnya ada

- d. *Review* cara / praktek pencatatan
- e. *Review* hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi.

4. Assesmen Awal Medis Rawat Inap

Berdasarkan SNARS (2018) dinyatakan bahwa assesmen awal pasien rawat inap adalah tahap awal dari proses dimana dokter, perawat dan dietisien mengevaluasi data pasien dalam 24 jam pertama sejak pasien masuk rawat inap atau bisa lebih cepat tergantung kondisi pasien dan dicatat dalam rekam medis. Assesmen awal medis dilaksanakan oleh dokter dengan melakukan pemeriksaan terhadap pasien masuk rawat inap dan berisikan keluhan utama pasien, riwayat penyakit pasien, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, diagnosis kerja dan rencana medis. Riwayat kesehatan terdokumentasi, juga pemeriksaan fisik dan assesmen lain yang dilaksanakan berdasarkan kebutuhan pasien yang teridentifikasi (KARS, 2012).

5. Standar Pelayanan Minimal Rekam Medis

Menurut Kepmenkes RI Nomor 129 tahun 2008, standar pelayanan minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Standar pelayanan minimal juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum terhadap masyarakat. Standar Pelayanan Minimal yang ada di rekam medis antara lain yaitu:

- a. Pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan dengan standar capaian 100%

Tabel 2.1 Standar Pelayanan Minimal Pengisian Rekam Medis

Judul	Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Adanya tanggung jawab dokter dalam informasi rekam medis
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung Jawab	Petugas rekam medik

- b. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap dengan standar pencapaian < 15 menit.

Tabel 2.2 Standar Pelayanan Minimal Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati

Sumber data	Hasil survey
Standar	<15 menit
Penanggung jawab	Petugas rekam medis

6. *Clinical Documentation Improvement (CDI)*

Dokumentasi klinis adalah dasar dari setiap rekam medis pasien. Semua orang yang mendokumentasikan dalam catatan harus memenuhi standar dokumentasi klinis. Catatan tersebut mendukung keparahan kondisi pasien, penilaian dan evaluasi yang mengarah pada diagnosis dan manajemen perawatan. Tanpa dokumentasi yang kuat, menjadi sulit untuk mendukung kebutuhan medis dari layanan yang diberikan, membuka pintu untuk permintaan informasi tambahan, menyandi ulang, atau menolak layanan (Steed, 2015).

Coder memerlukan dokumentasi berkualitas tinggi untuk menentukan kualitas dan akurasi pengkodean, dan tidak dapat mengambil diagnosis kecuali di dokumentasikan oleh penyedia. Setiap badan pengawas memberikan penekanan lebih besar pada dokumentasi klinis. Audit Pendokumentasian Rekam Medis adalah pengujian kebenaran pencatatan rekam medis yang dapat dilakukan dengan melakukan analisis. Ada 7 (tujuh) Kriteria Pendokumentasian Klinis yang berkualitas prima yaitu :

1) Dapat Dibaca/*Legible*

- a) Tulisan dokter yang tidak dapat ditafsirkan.
- b) Keterbacaan Dokumen Klinis (hal yang diharapkan oleh setiap badan regulasi dan hukum).

c) Ketidakjelasan tulisan tangan umumnya hasil dari praktek pendokumentasian yang tergesa-gesa dan ceroboh.

2) Dapat Dipercaya/*Reliable*

a) Dapat dipercaya.

b) Aman.

c) Memberikan hasil yang sama saat diulang.

3) Tepat/*Precise*

Terperinci atau dokumen harus mengandung detail yang cukup untuk mendukung kondisi pasien.

4) Lengkap/*Complete*

Perhatian dokter sepenuhnya ditujukan dalam membuat rekam medis pasien. Kelengkapan termasuk: ketepatan autentifikasi.

5) Konsisten/*Consistent*

Pendokumentasian klinis pasien tidak bertentangan satu sama lain:

a) Pada catatan perkembangan dokter yang satu dengan dokter lainnya tidak sependapat.

b) Peraturannya bila terjadi pendokumentasian yang bertentangan dokter penanggung jawab pasien (DPJP) mempunyai hak lebih tinggi.

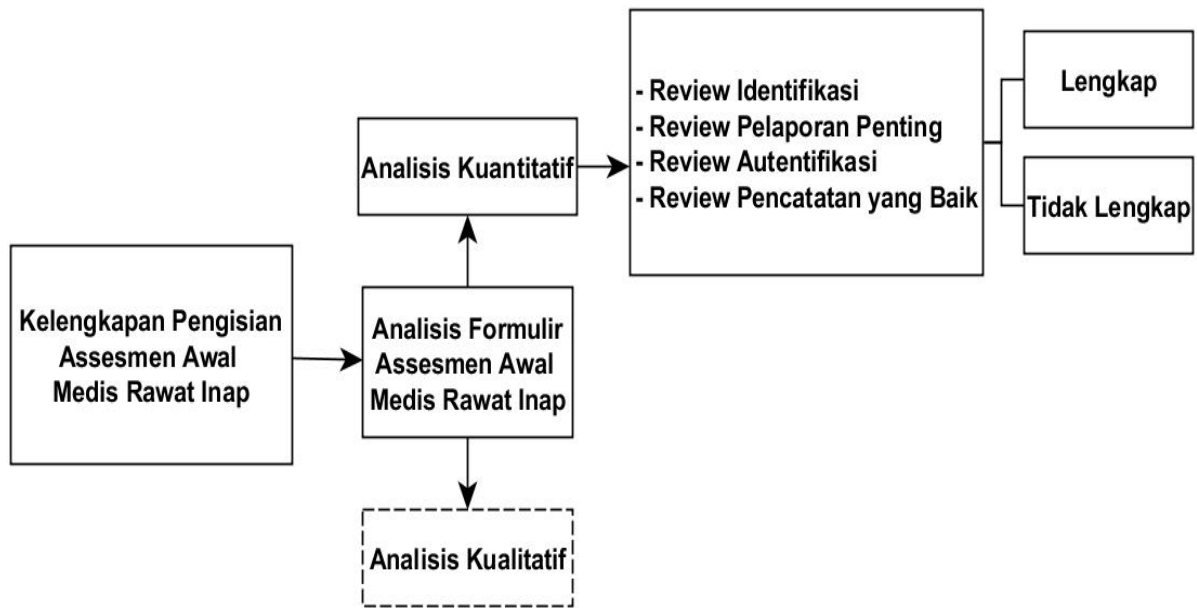
6) Jelas/*Clear*

Ketidakjelasan terjadi jika informasi pendokumentasian tidak sepenuhnya menggambarkan kondisi pasien.

7) Tepat waktu/*Timely*


- a) Ketepatan waktu pendokumentasian klinis merupakan hal yang penting, untuk pengobatan yang terbaik bagi pasien.
- b) Adanya pendokumentasian saat masuk mempengaruhi penelitian, penagihan, indikator kualitas dan perencanaan.
- c) Dokumentasi yang tepat waktu sangat penting untuk hasil optimal pasien. Ini termasuk catatan kemajuan harian, hasil, diagnostik, ringkasan pemulangan, apakah diagnosis ada pada saat masuk, dan masukan dari penyedia konsultasi.

B. Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Keterangan:

 : tidak diteliti

 : diteliti