

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Rumah Sakit

a. Pengertian Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1204/Menkes/SK/X/2004).

b. Tujuan Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia nomor 44 tahun 2009 rumah sakit mempunyai tujuan 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. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit umum mempunyai fungsi:

- 1) penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- 2) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna.
- 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. Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes 269 tahun 2008 yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan-tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan. Sedangkan dokumen adalah catatan dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan (imaging), dan rekaman elektro diagnostik. Rekam Medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas dan dalam bentuk teknologi Informasi elektronik yang diatur lebih lanjut dengan peraturan tersendiri.

Menurut Huffman dalam Marwani (2013:113) Rekam Medis adalah berkas yang menyatakan siapa, apa, mengapa, dimana, kapan dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan serta merekam hasilnya.

a. Tujuan Rekam Medis

Tujuan utama rekam medis adalah untuk secara akurat dan lengkap mendokumentasikan sejarah kehidupan dan kesehatan pasien, penyakit masa lalu dan sekarang, serta pengobatan dengan penekanan kejadian – kejadian yang mempengaruhi pasien selama periode perawatan dan menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan di rumah sakit karena tanpa didukung suatu pengelolaan Rekam Medis yang baik dan benar maka tertib administrasi Rumah Sakit tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan (Edna K Huffman, RRA, 2008).

Tujuan rekam medis dibagi dalam dua kelompok besar, yaitu tujuan primer dan tujuan sekunder

1) Tujuan primer

Tujuan primer rekam medis ditujukan kepada hal yang paling berhubungan langsung dengan pelayanan pasien.

2) Tujuan sekunder

Tujuan sekunder rekam medis ditujukan kepada hal yang paling berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien namun tidak berhubungan langsung secara spesifik, yaitu untuk kepentingan edukasi, riset, peraturan dan pembuatan kebijakan (Hata, 2009).

b. Kegunaan Rekam Medis

Menurut DIRJEN YanMed (1997:33) kegunaan dokumen rekam medis bisa di lihat dari berbagai aspek antara lain:

a) Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggungjawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b) Aspek medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut di pergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus di berikan kepada seorang pasien.

c) Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hokum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakan hokum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakan keadilan.

d) Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat di pergunakan sebagai aspek keuangan.

e) Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

f) Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang di berikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran di bidang profesi si pemakai.

g) Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

3. Pelayanan Rawat Inap

a. Pengertian Rawat Inap

Rawat inap merupakan suatu bentuk perawatan, dimana pasien dirawat dan tinggal di rumah sakit untuk jangka waktu tertentu. Selama pasien dirawat, rumah sakit harus memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien (Posma 2001 yang dikutip

dari Anggraini (2008). Pelayanan rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan medik lainnya (Depkes RI 1997 yang dikutip dari Suryanti (2002)).

b. Kegiatan Pelayanan Rawat Inap

- 1) Penerimaan Pasien (Admission)
- 2) Pelayanan Medik
- 3) Pelayanan Penunjang Medik
- 4) Pelayanan Perawatan
- 5) Pelayanan Obat
- 6) Pelayanan Makanan
- 7) Pelayanan Administrasi Keuangan

Menurut Revans (1986) bahwa pasien yang masuk pada pelayanan rawat inap akan mengalami tingkat proses transformasi, yaitu:

- a) Tahap Admission, yaitu pasien dengan penuh kesabaran dan keyakinan dirawat tinggal di rumah sakit.
- b) Tahap Diagnosis, yaitu pasien diperiksa dan ditegakan diagnosis. Tahap Treatment, yaitu berdasarkan diagnosis pasien dimasukan dalam program perawatan dan therapi.
- c) Tahap Inspection, yaitu secara continue diobservasi dan dibandingkan pengaruh serta respon pasien atas pengobatan.

d) Tahap Control, yaitu setelah dianalisa kondisinya, pasien dipulangkan. pengobatan diubah atau diteruskan, namun dapat juga kembali ke proses untuk didiagnosa ulang.

c. **Klasifikasi Pelayanan Rawat Inap**

Dikutip dari (Sarohkuswanti, 2015) klasifikasi pelayanan rawat inap di rumah sakit dapat dikategorikan sebagai berikut:

I. Klasifikasi perawatan rumah sakit telah ditetapkan berdasarkan tingkat fasilitas pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit, yaitu seperti berikut:

- 1) Kelas Utama (termasuk VIP)
- 2) Kelas I
- 3) Kelas II dan Kelas III

I. Klasifikasi pasien berdasarkan kedatangannya:

- 1) pasien baru
- 2) pasien lama

II. Klasifikasi pasien berdasarkan pengirimnya

- 1) Dikirim oleh dokter rumah sakit
- 2) Dikirim oleh dokter luar
- 3) Rujukan dari puskesmas dan rumah sakit lain
- 4) Datang atas kemauan sendiri

d) **Tujuan Pelayanan Rawat Inap (Sarohkuswanti, 2015)**

- 1) Membantu penderita memenuhi kebutuhannya sehari-hari sehubungan dengan penyembuhan penyakitnya.

- 2) Mengembangkan hubungan kerja sama yang produktif baik antara unit maupun antara profesi.
- 3) Memberikan kesempatan kepada tenaga perawat untuk meningkatkan keterampilannya dalam hal keperawatan..
- 4) Mengandalkan evaluasi yang terus menerus mengenai metode keperawatan yang dipergunakan untuk usaha peningkatan.

4. Konsep Peminjaman Dokumen Rekam Medis

a. Pengertian Peminjaman Dokumen Rekam Medis

Peminjaman dokumen rekam medis di rumah sakit digunakan untuk keperluan internal ataupun eksternal yang meliputi keperluan dalam aspek kegunaan dokumen rekam medis seperti aspek administrasi, medis, hukum, keuangan, penelitian, dan pendidikan. Oleh karena itu, rumah sakit perlu memiliki prosedur tetap tentang peminjaman dokumen rekam medis yang bertujuan untuk melindungi kerahasiaan isi dokumen rekam medis termasuk bila dokumen rekam medis rusak, hilang dan digunakan oleh pihak yang tidak bertanggungjawab maka hal tersebut menjadi tanggung jawab penuh petugas *filling* (Depkes RI, 2006).

b. Prosedur Peminjaman Dokumen Rekam Medis

Prosedur adalah suatu urutan kegiatan yang ditetapkan untuk menjamin penanganan secara seragam terhadap transaksi yang terjadi peminjaman berulang-ulang. Sedangkan ketentuan prosedur peminjaman dokumen rekam medis adalah:

- 1) Peminjaman rekam medis dapat dilakukan melalui pendaftaran pasien rawat jalan, pendaftaran pasien rawat inap, ruang perawatan dan unit penunjang medis di rumah sakit.
- 2) Peminjaman rekam medis ditujukan ke unit atau bagian rekam medis dan dapat dilakukan secara on line maupun manual (via telepon atau datang sendiri ke unit atau bagian rekam medis).
- 3) Peminjaman rekam medis dapat digunakan untuk keperluan kunjungan ke poliklinik, rawat kembali, penelitian atas kasus tertentu maupun untuk kasus pengadilan.
- 4) Berkas rekam medis tidak dapat keluar dari rumah sakit kecuali untuk bukti pengadilan.
- 5) Hanya petugas rekam medis yang berwenang untuk mengambil berkas rekam medis yang akan dipinjam.
- 6) Pengambilan rekam medis harus menggunakan tracer atau kartu peminjam rekam medis.
- 7) Pada formulir peminjaman rekam medis harus selalu dicantumkan tanggal peminjaman, keperluan, nama atau bagian peminjaman, serta tanggal rekam medis jatuh tempo untuk dikembalikan ke penyimpanan rekam medis.
- 8) Instalasi rekam medis wajib memiliki buku ekspedisi guna mengetahui perjalanan berkas rekam medis (rekam medis yang keluar) yang dipinjam secara manual untuk

kepentingan perawatan, dipinjam dokter atau kasus-kasus tertentu.

9) Untuk rumah sakit yang telah menggunakan sistem komputerisasi lebih dianjurkan untuk mengidentifikasi pasienguna mengetahui perjalanan berkas rekam medis yang keluar dari instalasi rekam medis agar lebih efektif dan efisien.

10) Tanggal jatuh tempo pengembalian rekam medis harus selalu diperiksa oleh instalasi rekam medis guna memperkecil risiko hilangnya berkas rekam medis yang dipinjam.

11) Selama rekam medis berada di ruang rawat inap atau sedang dipinjam menjadi tanggung jawab perawat atau petugas ruangan atau instalasi yang meminjam (Depkes RI, 2006).

5. Formulir Peminjaman Dokumen Rekam Medis

Bon peminjaman biasanya berbentuk suatu formulir yang berisi nomor rekam medis, nama pasien, nama peminjam, tanggal peminjaman, tanggal pengembalian, keperluan, tanda tangan peminjam dan petugas.

Formulir tersebut biasanya dibuat rangkap tiga, satu ditempelkan pada rekam medisnya, satu disimpan sebagai tanda bukti keluarnya rekam medis pada rak dimana rekam medis tersebut disimpan dan satu disimpan di tempat peminjaman (bagian *filling*) sebagai bukti. Pada saat rekam medisnya kembali, kedua copy surat permintaan dibuang. Bon

peminjaman rekam medis biasa dibuat dari kertas biasa dengan ukuran $\pm 10,5 \times 7$ cm (Dirjen Yanmed, 2006:92).

6. Konsep Pengembalian Dokumen Rekam Medis

Pengembalian berasal dari kata kembali, kembali adalah “balik ke tempat atau ke keadaan semula”, sedangkan pengembalian adalah “proses, cara, perbuatan mengembalikan pemulangan, pemulihan” (Menurut Kamus Besar Indonesia). Pengembalian dokumen rekam medis adalah suatu kegiatan pengembalian dokumen rekam medis pasien yang telah usai rawat inap atau telah selesai perawatannya (pulang/meninggal) atau yang sudah mendapatkan pengobatan rawat jalan. Dokumen rekam medis yang sudah selesai digunakan akan dikembalikan ke bagian *assembling* Unit Rekam Medis dari Instalasi Rawat Inap atau Poli.

Standar untuk pengembalian berkas rekam medis yang tepat waktu ialah 1x24 jam. Pengembalian rekam medis lengkap dalam waktu 24 (dua puluh empat) jam yang dimaksud adalah jumlah dokumen rekam medis pasien yang diisi lengkap dan dikembalikan ke pengelola rekam medis dalam waktu lebih kurang 24 (dua puluh empat) jam setelah pasien pulang. Kriteria lengkap mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 tentang rekam medis.

7. Desain Formulir

a. Pengertian Desain

Desain adalah suatu bentuk komunikasi visual yang menggunakan teks dan atau gambar untuk menyampaikan informasi atau pesan. (CV. Anugrah Utama, 2010)

b. Pengertian Rancangan Formulir

Formulir adalah secarik kertas yang memiliki ruang untuk di isi dan merupakan dokumen yang digunakan untuk merekam terjadinya transaksi pelayanan. Formulir merupakan media untuk mencatat peristiwa yang terjadi dalam organisasi pelayanan kesehatan ke dalam bentuk catatan, sedangkan rancangan formulir adalah kegiatan merancang formulir berdasarkan kebutuhan transaksi kegiatan pelayanan atau pembuatan laporan organisasi (Wahono, 2010).

c. Aturan Dasar Desain

Menurut Shofari dan Enny (2008) ada beberapa aspek yang perlu dipertimbangkan dalam merancang formulir :

1. Aspek anatomi

a) Kepala (Heading)

Kepala (Heading) mencakup judul dan informasi mengenai formulir, nama formulir, nama dan alamat organisasi, nomor formulir, tanggal penerbitan dan halaman. Biasanya judul terletak pada bagian tengah atas. Halaman ini untuk

menunjukkan jenis dan kegunaannya, judul dibuat sesingkat mungkin tetapi jelas. Nomor dapat digunakan untuk menunjukan keunikan, dapat diletakan dipojok kiri bawah atau dibawah kanan, nomor formulir ini dapat juga digunakan untuk menunjukan sumber dan jenisnya, jika formulit terdiri dari satu halaman harus diberi nomor dan jumlah halaman, supaya bila ada halaman yang hilang dapat diketahui. Nomor ini biasanya diletakan pada sebelah kanan atas.

b) pendahuluan (Introduction)

pendahuluan (Introduction) memuat informasi pokok yang menjelaskan tujuan formulir. Kadang-kadang tujuan ditunjukan oleh judul. Kalau penjelasan lebih lanjut diperlukan, pernyataan yang jelas bisa dimasukan di dalam formulir untuk menjelaskan tujuan.

c) Perintah (Instruction)

Perintah (Instruction) adalah perintah untuk mengetahui berapa copy yang diperlukan, dikirim kepada siapa, instruksi harus dibuat sesingkat mungkin. Intruksi tidak boleh diletakkan diantara ruang-ruang atau entry, karena hal ini membuat formulir terkesan berantakan dan mempersulit

pengisian. Formulir yang baik harus bersifat self-instruction, artinya harus berisi instruksi-instruksi yang jelas bagi pengisian untuk menuliskan data tanpa harus bertanya lagi.

d) Badan (Body)

Badan (Body) merupakan badan formulir yang disediakan untuk kerja formulir yang sesungguhnya dalam menyusun urutan data harus logis, sistematis, konsisten, sehingga mudah untuk dibaca dan dipahami. Pertimbangan lain yang harus diperhatikan dalam satu badan formulir meliputi:

1. Margin (batas pinggir)

Margin minimum untuk batas atas $2/16''=0,32$ cm, margin minimum untuk batas bawah $2/18''=0,28$ cm, dan margin minimum untuk batas sisi $2/18''=0,28$ cm.

2. Spacing (Spasi)

Horizontal spacing disediakan $1/12''=0,32$ cm, Vertical spacing terdapat enam garis vertical setiap inci pada mesin ketik standart, elite atau pical. Berikan $1/16$ atau kelipatannya, untuk setiap baris pengetikan. Untuk spasi yang dibuat dengan tulisan tangan, berikan horizontal spacing $1/10$ sampai

1/12” per karakter Vertical spacing memerlukan ¼” sampai 1/3”. Spasi antara baris dan spasi antara karakter pada formulir harus diperhatikan, terutama bila formulir akan diisi dengan data yang dicetak dengan mesin.

3. Garis (Rules)

Rules adalah sebuah garis vertical atau horizontal. Garis ini bisa langsung, terputus-putus atau paralel berdekatan yang melayani berbagai tujuan.

4. Type style atau jenis huruf

Jenis huruf penting dalam hal keterbacaan dan penonjolan untuk satu formulir yang paling baik adalah menggunakan sedikit mungkin jenis dan ukuran huruf, item-item dengan tingkat kepentingan yang sama hendaknya dicetak dengan huruf yang sama disemua bagian formulir.

5. Cara pencatatan

Cara pencatatan dapat dengan tulisan tangan, ketik, atau komputer.

e) Penutup (Close)

Komponen utama terakhir formulir kertas adalah “close” atau penutup, merupakan ruang untuk tanda tangan dan persetujuan.

2. Aspek fisik

Dalam pembuatan formulir harus memperhatikan :

a) Warna

Pertimbangan harus diberikan kepada pengguna warna dan jenis tinta yang sesuai dengan kebutuhan dan keinginan dalam merancang desain formuli. Penggunaan warna membantu mengidentifikasi dengan cepat formulir yang digunakan. Warna yang baik adalah warna yang datanya mudah di baca, terutama bila menggunakan karbon. Warna yang baik adalah warna yang cerah.

b) Bahan

Yang harus diperhatikan dalam peneliitian bahan adalah berat kertas dan kualitas kertas yang berkaitan dengan permanency atau penyimpanan.

c) Ukuran

Ukuran yang digunakan adalah ukuran praktis yang disediakan dengan kebutuhan isi formulir. Usahakan ukuran kertas yang digunakan berupa ukuran kertas yang standar dan banyak dijual. Jika kertas tidak standar, sebaiknya dibuat ukuran yang merupakan kelipatan yang tidk membuang kertas, seperti ukuran kertas standar dibagi 2,3,4 dst.

d) Bentuk

Menyarakan bentuk (vertikal, horizontal, dan persegi panjang). Beberapa faktor harus dipertimbangkan di dalam pemilihan kertas yang akan digunakan, yaitu:

1. Lama formulir akan disimpan
2. Penampilan dari formulir
3. Banyak formulir tersebut ditangani
4. Bagaimana penanganannya (halus, kasar, dilipat, atau dibawa-bawa oleh pemakainya)
5. Kemudahan untuk digunakan
6. Tahan lama untuk pengisian yang lama
7. Lingkungan (minyak, kotor, panas, dingin, lembab)
8. Metode untuk pengisian data di formulir (nulis tangan, mesin)
9. Keamanan terhadap pudarnya data
10. Semakin lama formulir disimpan, formulir tersebut semakin baik. Semakin sering digunakan kertas harus semakin baik pula.

3. Aspek isi

Dalam pembuatan desain formulir harus memperhatikan aspek isi yaitu :

a) Butir data atau item

Butir data atau item merupakan data apa saja yang perlu dimasukkan dalam mendesai formulir.

b) Pengurutan

Pengurutan menurut pengelompokan datanya apakah sudah sesuai atau belum.

c) Caption

Merupakan kejelasan kata pada suatu formulir. Merupakan kata-kata yang dicetak di formulir untuk menunjukkan siapa yang harus mengisi data dan apa yang harus diisikan.

d) Pengelompokan data

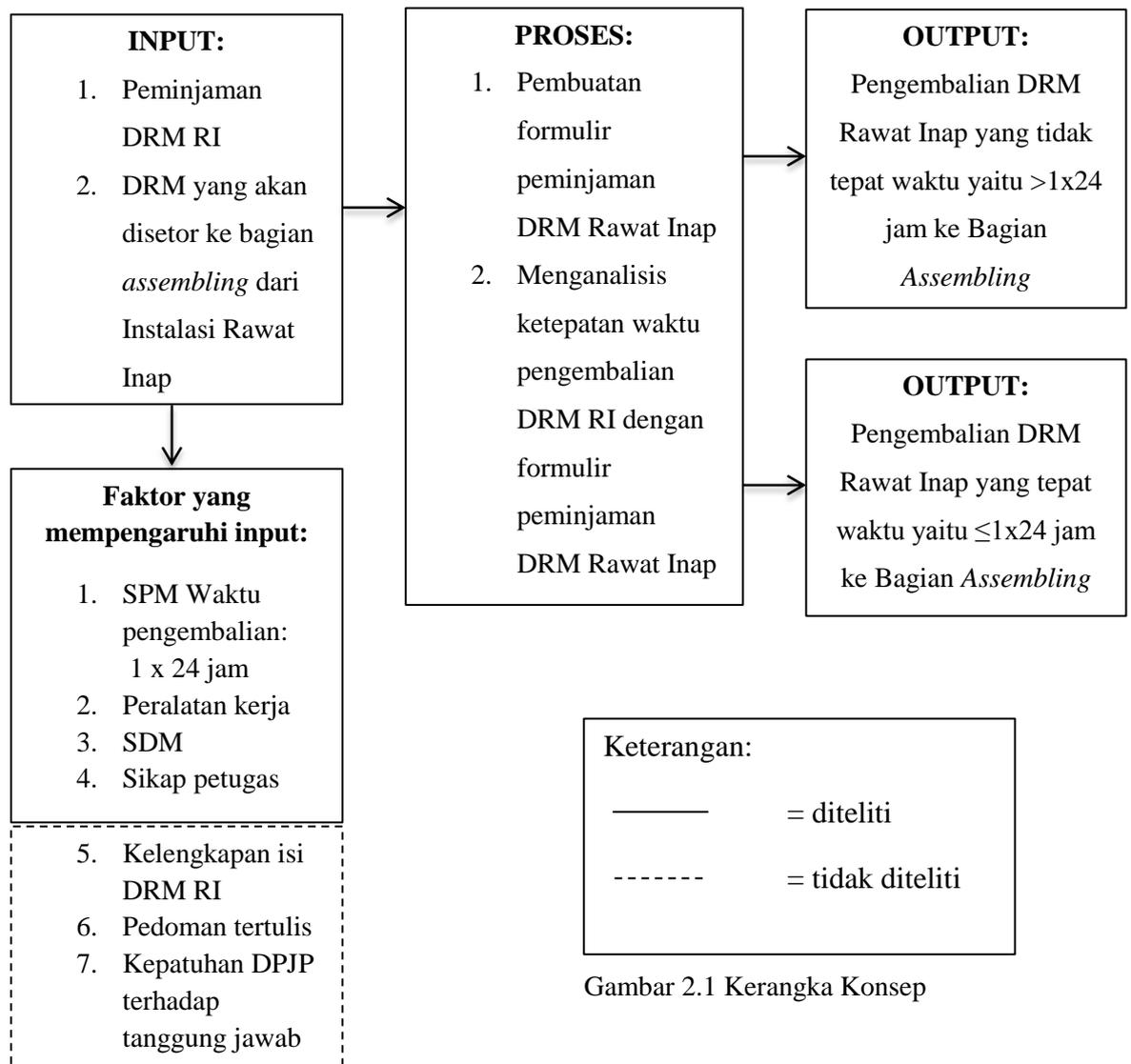
Data yang sudah ada dikelompokan menurut jenisnya masing-masing.

e) Terminologi data.

Ada tidaknya istilah bahasa medis yang tidak diketahui oleh orang awam yang perlu diberi keterangan dalam bahasa indonesia.

B. Kerangka Konsep

Sugiyono (2014: 128) menyatakan bahwa kerangka konsep akan menghubungkan secara teoritis antara variabel-variabel penelitian yaitu antara variabel independen dengan variabel dependen. Secara ringkas kerangka konseptual yang menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja auditor dengan motivasi auditor sebagai variabel moderating. Adapun kerangka konsep yang akan diteliti oleh peneliti adalah sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka konsep diatas, kegiatan peminjaman DRM RI dan penyeteroran DRM RI ke bagian *assembling* dipengaruhi oleh banyak faktor, pada penelitian ini peneliti akan meneliti beberapa faktor yang mempengaruhi input antara lain faktor waktu pengembalian, peralatan kerja, SDM, dan sikap petugas. Untuk proses sendiri, pembuatan formulir peminjaman dokumen rekam medis rawat inap yang bertindak sebagai perlakuan terhadap waktu pengembalian dokumen. Disini peneliti akan mencari perbedaan waktu pengembalian DRM RI sebelum dan sesudah implementasi formulir peminjaman Dokumen Rekam Medis, dimana menghasilkan dua output yaitu pengembalian DRM Rawat Inap yang tidak tepat waktu yaitu $>1 \times 24$ jam ke Bagian *Assembling* atau pengembalian DRM Rawat Inap yang tepat waktu yaitu $\leq 1 \times 24$ jam ke Bagian *Assembling*.

C. Hipotesis

1. H₀: Tidak ada perbedaan waktu pengembalian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap antara sebelum dan sesudah implementasi formulir peminjaman dokumen rekam medis.
2. H₁: Ada perbedaan waktu pengembalian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap antara sebelum dan sesudah implementasi formulir peminjaman dokumen rekam medis.