

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1. Rumah Sakit

Undang-undang rumah sakit nomor 44 tahun 2009 menyatakan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban:

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
- b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
- c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- e. Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat

- tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
 - h. Menyelenggarakan rekam medis;
 - i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
 - j. Melaksanakan sistem rujukan;
 - k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
 - l. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
 - m. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
 - n. Melaksanakan etika Rumah Sakit;
 - o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
 - p. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
 - q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
 - r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (hospital by laws);

- s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok

2. Rekam Medis

2.1 Pengertian

Menurut PERMENKES No: 269/MENKES/PER/III/2008 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. Dalam mengelolah rekam medis harus dilakukan oleh tenaga rekam medis.

Menurut Departemen Kesehatan RI (2016), rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnose serta serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

Kegunaan rekam medis menurut Depkes RI (2006:13) dapat dilihat dari beberapa aspek yaitu:

1. Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administratif karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan

tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen risiko klinis serta keamanan dan keselamatan pasien dan kendali biaya.

3. Aspek Hukum

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

4. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.

5. Aspek Penelitian

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

6. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi sesuai profesi pemakai.

7. 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.

Menurut Departemen Kesehatan RI (2016) Rekam medis memiliki kegunaan sebagai:

1. Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian didalam proses pemberian pelayanan, pengobatan dan perawatan kepada pasien.
2. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
3. Sebagai bukti tertulis maupun terekam atas segala tindakan pelayanan, pengobatan dan perkembangan penyakit selama pasien berkunjung atau dirawat di rumah sakit.

4. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien.
5. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
6. Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
7. Sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis yang diterima oleh pasien.
8. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan.

2.2 Isi Rekam Medis

Menurut Permenkes no 269 tahun 2008 :

1. Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat :
 - a. Identitas pasien;
 - b. Tanggal dan waktu;
 - c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medic;
 - e. Diagnosis;
 - f. Rencana penatalaksanaan;
 - g. Pengobatan dan/atau tindakan;

- h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
 - i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik;
dan
 - j. Persetujuan tindakan bila di perlukan
2. Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat :
- a. Identitas pasien;
 - b. Tanggal dan waktu;
 - c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya
 - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medic;
 - e. Diagnosis;
 - f. Rencana penatalaksanaan;
 - g. Pengobatan dan/atau tindakan;
 - h. Persetujuan tindakan bila diperlukan;
 - 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;
 - l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu;
dan
 - m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

3. Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat, sekurang-kurangnya memuat :
- a. Identitas pasien;
 - b. Kondisi saat pasien tiba di saran pelayanan kesehatan;
 - c. Identitas pengantar pasien;
 - d. Tanggal dan waktu;
 - e. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - f. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - 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
 - l. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Penyimpanan, Pemusnahan, dan Kerahasiaan menurut

Permenkes 269 tahun 2008

- a. Rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan
- b. Setelah batas waktu 5 (lima) tahun sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik
- c. Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus disimpan untuk jangka waktu 10 (sepuluh) tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.
- d. Penyimpanan rekam medis dan ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan ayat (3), dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

3. Surat Kematian

3.1 Pengertian

Surat keterangan kematian (SKK) adalah surat yang menerangkan bahwa seseorang telah meninggal dunia. Surat keterangan kematian berisi identitas, saat kematian dan sebab kematian. Kewenangan penerbitan surat keterangan kematian ini adalah dokter yang telah diambil sumpahnya dan memenuhi syarat administratif untuk menjalankan praktik kedokteran.

Manusia hidup di dunia selalu tercatat. Manusia lahir tercatat dalam bentuk akta kelahiran atau surat keterangan kelahiran. Jika suatu saat

meninggal, maka manusia juga seharusnya tercatat dalam surat keterangan kematian. Banyak kegunaan dari pembuatan surat ketearangan kematian secara baik dan tepat, dengan kegunaan diantaranya adalah :

1. Untuk kepentingan pemakaman jenazah
2. Kepentingan pengurusan asuransi
3. Kepentingan pengurusan warisan
4. Pengurusan pensiunan janda/duda
5. Persyaratan menikah lagi
6. Pengurusan hutang piutang
7. Untuk tujuan hukum, pengembangan kasus kematian tidak wajar
8. Kepentingan statistik

Dalam dunia kesehatan, pencatatan atau pemberian surat keterangan kematian penting dilakukan sebagai salah satu cara pengumpulan data statistik penentuan suatu penyakit dan penyebab kematian pada masyarakat.

3.2 Isi Surat Keterangan Kematian

Format baku untuk membuat surat keterangan kematian telah dibuat oleh Departemen Kesehatan dengan berdasarkan ketentuan dari World Health Organization (WHO) sebagai berikut :

1. Yang berhubungan dengan kematian dan adanya keterangan dokter secara terperinci, yaitu nama, usia, tempat dan tanggal kematian.
2. Bagian yang menyatakan pelaporan penyebab kematian, yaitu Sebab primer, yaitu Immediate cause of death (Sebab kematian

segera) dan Contributory cause of death (Sebab kematian tambahan). Surat keterangan primer berisi tentang sebab utama yang menyebabkan kematian. Sebab kematian segera adalah komplikasi fatal yang dapat membunuh penderita yang berasal dari sebab utama. Sedangkan sebab kematian tambahan merupakan proses yang tidak ada hubungannya dengan sebab utama dan sebab segera dari kematian, tetapi mempunyai tambahan resiko yang menyebabkan kematian.

Bagian terakhir dari surat keterangan kematian berisi tentang :

1. Kehadiran dokter saat melihat keadaan kritis penyakit penderita.
2. Penyebab kematian tersebut ditulis dengan benar, berdasarkan keyakinan dan keilmuannya.

3.3 Dasar Hukum Surat Keterangan Kematian

Menurut peraturan bersama Mendagri dan Menkes No. 15 Tahun 2010, nomor 162/MENKES/PB/I/2010, tentang Pelaporan Kematian dan Penyebab Kematian, diantaranya :

1. BAB I KETENTUAN UMUM Pasal 1, terkait :
 1. Pencatatan Kematian adalah pencatatan kejadian kematian yang dialami oleh seseorang dalam register pada Instansi Pelaksana untuk pengelolaan data kependudukan.

2. Instansi Pelaksana adalah perangkat pemerintah kabupaten/kota yang bertanggung jawab dan berwenang melaksanakan pelayanan dalam urusan Administrasi Kependudukan.
3. Pencatatan Penyebab Kematian adalah pencatatan beberapa penyakit atau kondisi yang merupakan suatu rangkaian perjalanan penyakit menuju kematian atau keadaan kecelakaan atau kekerasan yang menyebabkan cedera dan berakhir dengan kematian.
4. Autopsi Verbal adalah suatu penelusuran rangkaian peristiwa, keadaan, gejala, dan tanda penyakit yang mengarah pada kematian melalui wawancara dengan keluarga atau pihak lain yang mengetahui kondisi sakit dari almarhum.

2. BAB II PELAPORAN KEMATIAN Pasal 2, berkaitan dengan

1. Setiap kematian wajib dilaporkan oleh keluarganya atau yang mewakili kepada Instansi Pelaksana atau UPTD Instansi Pelaksana paling lambat 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal kematian.
2. Pelaporan kematian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus melampirkan persyaratan:
 - a. surat pengantar dari RT dan RW untuk mendapatkan surat keterangan kepala desa/lurah; dan/atau
 - b. KK dan/atau KTP yang bersangkutan;

- c. Surat keterangan kematian dari dokter yang berwenang dari fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.
3. Dalam hal tidak ada dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (2), surat keterangan kematian dapat diberikan oleh perawat atau bidan.
4. Dalam hal kematian terjadi ditempat domisili, pelaporan kematian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada Instansi Pelaksana atau UPTD Instansi Pelaksana melalui petugas registrasi di desa/kelurahan.

3. BAB III PENCATATAN PENYEBAB KEMATIAN Pasal 6

1. Setiap kematian yang terjadi diluar fasilitas pelayanan kesehatan harus dilakukan penelusuran penyebab kematian.
2. Penelusuran penyebab kematian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan metode autopsi verbal
3. Autopsi verbal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh dokter.
4. Dalam hal tidak ada dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (3) autopsi verbal dapat dilakukan oleh bidan atau perawat yang terlatih.
5. Autopsi verbal sebagaimana dimaksud pada ayat (3) atau ayat (4) dilakukan melalui wawancara dengan keluarga terdekat dari almarhum atau pihak lain yang mengetahui peristiwa kematian.

6. Pelaksanaan autopsi verbal sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dikoordinasikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah setempat.

4. Bab III PENCATATAN PENYEBAB KEMATIAN Pasal 7

1. Setiap penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan harus melaporkan data peristiwa kematian dan penyebab kematian wajar maupun tidak wajar kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat setiap bulan sekali, dengan tembusan disampaikan kepada Instansi Pelaksana.
2. Rumah sakit melalui Unit/bagian/departemen forensik atau instalasi kamar jenazah melaporkan data peristiwa kematian dan penyebab kematian tidak wajar kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.
3. Unit/bagian/departemen forensik atau instalasi kamar jenazah di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berkoordinasi dengan Instansi Kepolisian setempat.
4. Instansi Kepolisian yang berwenang harus melaporkan data peristiwa kematian dan penyebab kematian tidak wajar kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2) dan ayat (4) mengolah data menjadi data statistik kematian dan statistik penyebab kematian.
6. Data sebagaimana dimaksud pada ayat (5) antara lain :

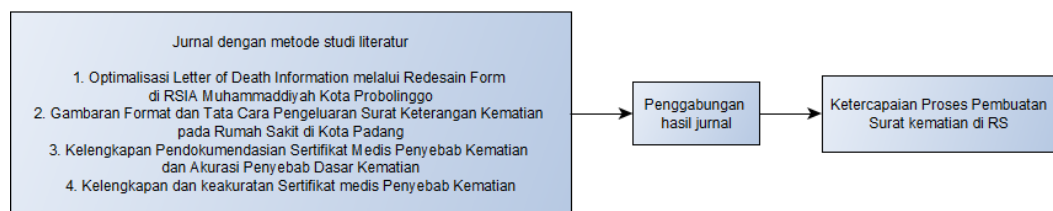
- a. angka kematian umum;
 - b. angka kematian ibu;
 - c. angka kematian bayi;
 - d. angka kematian anak balita; dan
 - e. angka kematian menurut penyebab dan kelompok umur.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagaimana dimaksud pada ayat (5) melaporkan data statistik kematian dan statistik penyebab kematian kepada Dinas Kesehatan Provinsi dengan tembusan kepada unit yang membidangi pengelolaan data kesehatan di Kementerian Kesehatan setiap triwulan sekali.
 8. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagaimana dimaksud pada ayat (5) melaporkan data statistik kematian kepada Instansi Pelaksana setiap triwulan sekali, tanpa disertai data penyebab kematian.

5. BAB IV PEMBINAAN DAN PENGAWASAN Pasal 10

1. Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan pencatatan kematian dan penyebab kematian dilakukan oleh Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan baik secara sendiri-sendiri ataupun bersama-sama sesuai dengan tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing.

2. Gubernur melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan pencatatan kematian dan penyebab kematian di kabupaten/kota.
3. Bupati/walikota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan pencatatan kematian dan penyebab kematian di desa/kelurahan.

4. Kerangka Kerja



Gambar 2. 1 Kerangka kerja

Input penelitian dari karya tulis ini dengan melakukan studi literature dari 4 jurnal yang sudah memiliki reputasi dan terakreditasi nasional yang sebelumnya sudah melakukan kegiatan penelitian dan masukkan di dalam jurnal, berdasarkan hasil studi literature yang dilakukan dengan meninjau dari peraturan bersama Mendagri dan Menkes no.15 tahun 2010 nantinya peneliti akan menggabungkan dan memberi pendapat terkait hasil dari jurnal tersebut sesuai dengan arahan kebijakan yang ada sehingga nantinya akan diperoleh ketercapaian proses pembuatan surat kematian yang digambarkan dan diinformasikan dari ke-empat jurnal tersebut.

