

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rekam Medis

2.1.1 Pengertian Rekam Medis

Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 Tahun 2022 rekam medis didefinisikan sebagai dokumen yang berisi informasi terkait identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis, serta berbagai bentuk layanan kesehatan yang diterima pasien. Adapun Perekam Medis dan Informasi Kesehatan merupakan tenaga profesional yang telah menempuh pendidikan di bidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Rekam medis berfungsi sebagai wadah penyimpanan data dan informasi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien. Didalamnya terdokumentasi secara rinci mengenai siapa yang terlibat, jenis layanan yang diberikan, waktu, lokasi, serta metode perawatan yang dilakukan terhadap pasien (Mulyana, 2020). Rekam medis di rumah sakit adalah satu-satunya dokumen yang mampu menyajikan informasi secara rinci mengenai seluruh proses dan tindakan yang dialami pasien selama menjalani perawatan. Rekam medis yang tersusun dengan baik memungkinkan rumah sakit untuk merekonstruksi secara tepat jalannya pelayanan yang telah diberikan, serta menjadi dasar untuk menilai apakah perawatan dan pengobatan yang diberikan sesuai dan dapat diterima dalam konteks situasi dan kondisi pasien tersebut (Berliana, 2021).

2.1.2 Tujuan Rekam Medis

Tujuan utama rekam medis dalam konteks manajemen pelayanan adalah sebagai sarana pendukung dalam pengelolaan pelayanan kesehatan. Rekam medis yang disusun secara lengkap mencerminkan seluruh aktivitas yang berlangsung dalam proses pelayanan, sehingga dapat dimanfaatkan untuk menganalisis pola penyakit, menyusun pedoman praktik klinis, serta mengevaluasi kualitas pelayanan yang telah diberikan. (Pitaloka et al., 2019)

Rekam medis memiliki arti dan fungsi yang komprehensif, tidak sekadar sebagai dokumen pencatatan. Rekam medis berfungsi sebagai landasan dalam pelaksanaan pemeliharaan kesehatan dan tindakan medis terhadap pasien, sekaligus menjadi sumber informasi yang dapat dimanfaatkan untuk keperluan penelitian dan pendidikan. Selain itu, rekam medis juga digunakan sebagai referensi dalam perhitungan biaya pelayanan kesehatan serta menjadi dasar dalam penyusunan data statistik kesehatan (Abduh, 2021).

Rekam medis juga memiliki peran penting dalam penyelesaian permasalahan hukum, disiplin, dan etika, karena berfungsi sebagai dokumen bukti tertulis. Dalam konteks hukum, rekam medis dapat diajukan sebagai alat pembuktian dalam perkara pidana maupun perdata. Namun demikian, agar dapat dijadikan bukti di pengadilan, rekam medis harus memenuhi sejumlah persyaratan tertentu. (Trisnowahyuni, 2018).

2.1.3 Kegunaan Rekam Medis

Menurut (Monica, 2022) rekam medis memiliki berbagai manfaat yang dirangkum dalam akronim ALFRED, yang mencakup aspek Administratif, Legal, Finansial, Riset, Edukasi, dan Dokumentasi, dengan penjabaran sebagai berikut:

1. Aspek Administrasi. Rekam medis memiliki fungsi administratif karena memuat catatan tindakan medis yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kewenangan dan tanggung jawab profesional mereka, dalam rangka mendukung pencapaian tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek Medis. Dari sisi medis, rekam medis memegang peran penting dalam perencanaan dan pengambilan keputusan klinis, karena memuat data yang menjadi dasar dalam menentukan diagnosis, terapi, serta tindak lanjut perawatan pasien.
3. Aspek Hukum. Rekam medis memiliki nilai hukum, karena berfungsi sebagai dokumen otentik yang dapat memberikan perlindungan hukum bagi pasien maupun tenaga kesehatan, serta dapat dijadikan alat bukti dalam proses hukum apabila terjadi sengketa atau klaim medis.
4. Aspek keuangan. Rekam medis juga memiliki nilai ekonomi, karena informasi yang terkandung di dalamnya digunakan dalam perhitungan biaya layanan kesehatan, termasuk tindakan medis, perawatan, serta pengobatan yang diberikan kepada pasien.
5. Aspek penelitian. Sebagai sumber data ilmiah, rekam medis memberikan kontribusi terhadap kegiatan penelitian di bidang kesehatan. Informasi yang

terdokumentasi dapat dimanfaatkan untuk studi epidemiologis, evaluasi terapi, atau pengembangan ilmu pengetahuan.

6. Aspek pendidikan. Isi rekam medis juga memiliki nilai edukatif, karena merekam kronologi pelayanan medis dan perkembangan kondisi pasien, yang dapat digunakan sebagai materi pembelajaran dan studi kasus dalam pendidikan tenaga kesehatan.
7. Aspek dokumentasi. Sebagai bentuk dokumentasi resmi, rekam medis menjadi catatan permanen atas seluruh proses pelayanan medis yang telah dilakukan. Hal ini menjadikannya dasar dalam pelaporan institusi serta bentuk pertanggungjawaban terhadap mutu pelayanan yang diberikan.

2.2 Rekam Medis Elektronik

2.2.1 Pengertian Rekam Medis Elektronik

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022, rekam medis elektronik didefinisikan sebagai rekam medis yang disusun melalui sistem digital dan berfungsi untuk mendukung proses pencatatan informasi medis dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Menurut Erviana (2020), menyatakan bahwa rekam medis elektronik merupakan dokumentasi digital yang memuat informasi kesehatan individu, yang disusun, dikumpulkan, diolah, dimanfaatkan, serta digunakan sebagai acuan oleh dokter atau tenaga kesehatan yang berwenang di fasilitas pelayanan kesehatan, dengan dukungan sistem berbasis komputer (Erviana, 2020).

Untuk mendukung implementasi rekam medis elektronik, diperlukan tahapan konversi data dari rekam medis manual ke format digital. Proses alih media ini tidak hanya berperan dalam memperbaiki sistem manajemen informasi, tetapi juga menjadi fondasi utama dalam meningkatkan efisiensi serta ketepatan layanan kesehatan (Prisusanti et al. 2024).

2.2.2 Manfaat Rekam Medis Elektronik

Rekam medis elektronik berperan sebagai tempat penyimpanan data secara digital yang mencatat riwayat kesehatan serta layanan medis yang diterima pasien sepanjang hidupnya. Di samping itu, keberadaan rekam medis elektronik juga mempermudah dokter dan tenaga kesehatan dalam mengakses informasi pasien, sehingga mendukung proses pengambilan keputusan dalam tindakan klinis (Ariyanti, 2023).

2.3 Alih Media Rekam Medis

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1424/2022 mengenai standar kompetensi kerja di bidang rekam medis dan informasi kesehatan, dengan kode unit Q.86RMK04.071.1, mencakup pelaksanaan alih media untuk rekam medis yang sudah inaktif. Unit kompetensi ini menitikberatkan pada aspek pengetahuan, keterampilan, dan etika kerja dalam proses alih media rekam medis inaktif, yang meliputi tahap persiapan hingga pemrosesan di fasilitas pelayanan kesehatan. Proses tersebut juga diatur melalui Standar Prosedur Operasional (SPO) alih media rekam medis.

Menurut Raza dan Komala, (2020) digitalisasi merupakan proses mengubah media dari format cetak ke dalam format digital. Tujuan dari digitalisasi adalah untuk menghasilkan arsip dokumen dalam bentuk elektronik. Proses ini memerlukan perangkat seperti komputer, alat pemindai (*scanner*), operator yang menangani media sumber, serta perangkat lunak pendukung.

Alih media dokumen rekam medis pada penelitian ini merupakan suatu kegiatan penggandaan dokumen rekam medis dari media kertas ke dalam bentuk file digital berupa file dengan format .pdf yang disimpan ke dalam server dan dapat dicetak kembali sewaktu-waktu jika diperlukan (Risqullah et al., 2023)

Berikut adalah suatu prosedur dalam *scanning* berkas rekam medis menurut Darianti et al, (2021). Terdapat dua jenis proses digitalisasi, yaitu digitalisasi rekam medis baru (pemindaian baru) dan digitalisasi rekam medis lama (pemindaian ulang). Digitalisasi rekam medis baru dilakukan terhadap berkas pasien yang telah selesai menjalani pelayanan di poliklinik atau diambil secara bertahap dari rak penyimpanan. Sementara itu, digitalisasi rekam medis lama dilakukan untuk melengkapi formulir-formulir yang belum tersedia atau belum terinput dalam sistem Rekam Medis Elektronik (RME):

Alur Proses Rekam Medis Scan Baru di Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo:

1. Petugas rekam medis menyiapkan rekam medis yang akan discan.
2. Petugas rekam medis melakukan assembling rekam medis yang akan discan.
3. Petugas memberi label/menulis identitas pasien yang belum lengkap.

4. Petugas mengeluarkan formulir rekam medis dari paperclip map.
5. Mencatat data kunjungan terakhir di kartu kendali scan.
6. Melakukan scan secara berurutan sesuai susunan formulir rekam medis di Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo, kemudian catat tanggal scan di kartu kendali scan.
7. Masukkan kembali formulir rekam medis ke dalam paperclip map.
8. Memberi label “SCAN” pada map rekam medis yang sudah discan.
9. Setelah proses scan selesai, lihat file hasil scan di monitor. Jika terdapat formulir rekam medis yang kosong atau tidak diisi oleh dokter dan perawat, rekam medis yang tidak diisi dihapus.
10. Mengubah nama file hasil scan dengan format nomor rekam medis_tanggal kunjungan terakhir.
11. Mengunggah hasil scan dengan memasukkan nomor rekam medis dan tanggal kunjungan terakhir di SIMRS Cicendo (Digital Rekam Medis).
12. Mencatat data rekam medis yang telah discan di Ms. Excel.
13. Menyimpan kembali rekam medis yang telah discan di ruang penyimpanan (filling).

Alur Proses Rekam Medis Lama/Scan Ulang di Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo :

1. Petugas rekam medis menyiapkan berkas rekam medis yang akan di scan
2. Memeriksa tanggal kunjungan terakhir dan data formulir rekam medis yang belum di scan di kartu kendali scan
3. Petugas mmberikan label/menulis identitas pasien yang belum lengkap

4. Mengeluarkan formulir rekam medis yang belum di scan dari peperclip map
5. Scan formulir rekam medis yang belum dilakukan scan, kemudian catata tanggal scan di kartu kendali scan
6. Mengembalikan dan assembling formulir rekam medis yang sudah di scan ke dalam peperclip map
7. Mengubah nama file hasil scan dengan format nomor rekam medis_tanggal kunjungan trakhir
8. Mengunggah hasil scan dengan memasukkan nomor rekam medis dan kunjungan terakhir di SIMRS
9. Menyimpan kembali berkas rekam medis yang telah di scan di ruang penyimpanan.

Terdapat prosedur dalam *scanning* berkas rekam medis juga menurut Rahayu, (2023):

1. Petugas rekam medis menyusun rekam medis yang akan discan.
2. Petugas melakukan assembling berkas tersebut.
3. Jika tidak lengkap segera dikembalikan untuk kelengkapan berkas tersebut.
4. Jika sudah lengkap, bisa dilakukan proses scan.
5. Hasil scan harus jelas dan benar, hindarkan berkas yang di scan dari benda tumpul seperti isi staples.
6. File dari hasil scan tersebut ganti format dengan nomor RM dan tanggal terakhir kunjungan agar tidak bingung.
7. Upload ke SIMRS sesuai nomor RM dan tanggal kunjungan terakhir

Serta terdapat prosedur dalam *scanning* berkas rekam medis menurut Citra, (2015):

1. Dokumen rekam medis pasien yang sudah 5 tahun tidak berkunjung (dilihat dari kunjungan terakhir) dipisahkan menjadi dokumen in-aktif
2. Sebelum memulai proses scanning, terlebih dahulu software untuk scanning diaktifkan pada komputer, kemudian prosesnya perbekas rekam medis atau per satu nomor rekam medis
3. Dokumen rekam medis in-aktif dilakukan penilaian dengan cara memisahkan formulir rekam medis yang memiliki nilai guna seperti: Ringkasan masuk keluar, Catatan dokter, Resume medis, Pengantar rawat inap, Hasil laboratorium/hasil penunjang, Laporan operasi, Laporan anestesi, Pre-post operasi, Informed consent, Identifikasi bayi baru lahir, Surat keterangan lahir, Surat keterangan kematian.
4. Dokumen rekam medis yang memiliki nilai guna dilakukan scan dalam format PDF
5. Bahwa hasil scanning disimpan didalam drive komputer dengan format PDF yang diberi nama sesuai nomor rekam medisnya
6. Dokumen yang sudah dilakukan scanner diupload ke SIMRS

2.4 Penyusunan Standar Prosedur Operasional

Tata cara penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) telah ditetapkan dalam Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi Tahun 2012 yang dikeluarkan oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Tujuan dari penyusunan SPO ini

adalah untuk memastikan bahwa pelaksanaan prosedur dapat berjalan secara efektif dan efisien (KARS, 2012).

Penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) bertujuan untuk menjamin bahwa setiap proses kerja dapat dilakukan secara konsisten, efisien, dan efektif, guna mendukung peningkatan mutu pelayanan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Proses penyusunan SPO meliputi beberapa aspek penting, seperti hal-hal yang perlu diperhatikan, persyaratan yang harus dipenuhi, serta tahapan-tahapan penyusunannya yang akan dijelaskan sebagai berikut (Shofi, 2021):

1. Hal penting dalam menyusun SPO sebagai berikut:
 - a. Penanggung jawab untuk merancang SPO
 - b. Pengembangan dan Perancangan SPO
 - c. Pengenalan SPO
 - d. Pengosialisasian kepada unit terkait dan pelaksana SPO
 - e. Pengendalian SPO seperti revisi, nomer, dan distribusi
2. Syarat Penyusunan SPO adalah sebagai berikut:
 - a. Langkah awal adalah mengidentifikasi kebutuhan, yaitu dengan mengevaluasi aktivitas yang sedang berlangsung dan menentukan apakah Prosedur Operasional Standar (SPO) untuk kegiatan tersebut telah tersedia atau belum.
 - b. Penting untuk dicatat bahwa SPO harus disusun langsung oleh individu atau unit kerja yang melaksanakan kegiatan tersebut. Sementara itu, tim atau panitia yang ditunjuk oleh Direktur atau pimpinan rumah sakit bertugas hanya untuk menelaah dan menyempurnakan SPO yang telah disusun.

- c. Diagram alur (flowchart) dari suatu kegiatan wajib dituangkan dalam bentuk SPO.
 - d. SPO harus mencantumkan secara jelas siapa pelaksananya, di mana dilakukan, kapan dilaksanakan, dan alasan pelaksanaan kegiatan tersebut.
 - e. Dalam penulisannya, SPO tidak boleh menggunakan kalimat majemuk agar lebih mudah dipahami.
3. Standar Prosedur Operasional (SPO) idealnya disusun secara ringkas, mudah dipahami, dan dapat diimplementasikan secara efektif. Berdasarkan Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi Tahun 2012, proses penyusunan SPO mencakup tahapan-tahapan berikut:
- a. SPO disusun dengan mengikuti format baku sebagaimana tercantum dalam Lampiran Surat Edaran Direktur Pelayanan Medik Spesialistik Nomor YM.00.02.2.2.873 tanggal 1 Juni 2001.
 - b. Penyusunan SPO dapat dilakukan oleh tim atau panitia khusus dengan mengikuti mekanisme sebagai berikut:
 - 1) Unit kerja atau pelaksana bertanggung jawab menyusun Standar Prosedur Operasional (SPO) dengan melibatkan unit atau instalasi terkait.
 - 2) SPO yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja atau instalasi terkait akan diserahkan kepada tim atau panitia penyusunan SPO.
 - 3) Fungsi tim atau panitia SPO adalah:
 - a) Memberikan masukan, melakukan koreksi, dan menyempurnakan SPO dari segi bahasa dan teknis penulisan.

- b) Sebagai pengelola SPO yang telah dibuat oleh setiap unit kerja untuk mencegah duplikasi SPO
 - c) Melakukan verifikasi kembali terhadap SPO yang akan ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit.
- c. Penyusunan SPO diawali dengan mengidentifikasi kebutuhan akan keberadaan SPO tersebut.
- d. Penulisan SPO perlu dituangkan dalam bentuk bagan alur (flowchart) yang menggambarkan proses kegiatan secara sistematis.

Isi dari Standar Prosedur Operasional (SPO) meliputi beberapa komponen penting yaitu:

1. Pengertian: Berisi penjelasan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian, tujuannya untuk menyamakan persepsi seluruh pihak yang membaca dan menerapkan SPO agar tidak terjadi interpretasi yang berbeda terhadap istilah teknis maupun administratif.
2. Tujuan: Menjabarkan secara spesifik maksud dari penyusunan dan pelaksanaan SPO, penulisan tujuan difokuskan pada hasil yang ingin dicapai dari prosedur tersebut. Kata kunci : "Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk"
3. Kebijakan: Berisi kebijakan Direktur atau Pimpinan RS yang menjadi dasar dibuatnya SPO tersebut. Dicantumkan kebijakan yang mendasari SPO tersebut, kemudian diikuti dengan peraturan atau keputusan dari kebijakan terkait.

4. Prosedur: Bagian inti dari SPO yang menguraikan secara sistematis langkah-langkah atau tahapan kegiatan dalam menyelesaikan suatu proses kerja tertentu. Prosedur ditulis secara rinci, berurutan, dan mudah dipahami agar dapat dilaksanakan dengan tepat oleh petugas yang berkepentingan.
5. Unit Terkait: Bagian ini mencantumkan unit-unit kerja yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam pelaksanaan prosedur yang dimaksud. Selain itu, juga dapat mencantumkan SPO atau prosedur lain yang memiliki keterkaitan dalam mendukung kelancaran pelaksanaan proses kerja tersebut.