

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

Pengertian RS berdasarkan UU RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang RS disebutkan bahwa :

“RS adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya”.

Pengertian Rumah Sakit berdasarkan (PERMENKES) Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan RS “RS adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”.

Berdasarkan DepKes RI REVISI II Tahun 2006 dinyatakan bahwa :

“Organisasi Rumah Sakit Umum (RSU) diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 983/MENKES/SK/XI/1992 tentang Pedoman Organisasi RSU. Khususnya RM di dalam organisasi rumah sakit sesuai klasifikasi kelas A,B,C dan D terdapat rekam medis masing- masing pada pasal 16 ayat 3, pasal 25 ayat 3,pasal 40 ayat 32. Keberadaan Instalasi RM dalam struktur organisasi di dalam suatu instalasi pelayanan kesehatan tergantung dalam kelas RS. Untuk RS khusus dan RSU lainnya dapat mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan tersebut”.

2.1.1 Fungsi RS

Fungsi RS berdasarkan UU RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit ,yaitu:

1. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan tingkat ketiga sesuai kebutuhan medis.
2. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan RS.
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

Pengertian RM berdasarkan PERMENKES RI 269 Tahun 2008 Tentang RM “RM, adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien”.

Menurut (Hatta, 2008) “RM merupakan kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dan riwayat penyakit, termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleh para praktisi kesehatan dalam upaya mereka memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien”.

“RM adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnese penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan, maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat” (Ery Rustiyanto, 2009).

“RM merupakan keharusan yang penting bagi data pasien untuk diagnosis dan terapi, sekarang ini lebih jauh lagi untuk kepentingan pendidikan dan penelitian juga untuk masalah hukum yang terus berkembang” (Boy. S.Sabarguna, 2008).

Berdasarkan DepKes RI REVISI II Tahun 2006 RM diartikan sebagai “Keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamneses, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan, maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat”.

Tujuan RM berdasarkan DepKes RI REVISI II Tahun 2006 adalah:

“Menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di RS. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan RM yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi RS sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di RS”.

Tujuan utama dari RM ini adalah “sebagai dokumen kehidupan pasien yang memadai dan akurat sebagai sejarah kesehatannya, yang mencakup penyakit-penyakit dan perawatan yang diberikan pada masa lampau dan pada saat ini” (Huffman, 1994).

Menurut (Ery Rustiyanto, 2009) Tujuan RM adalah “untuk mendapatkan catatan atau dokumen yang akurat dan *update* dari pasien, mengenai kehidupan dan riwayat kesehatan, riwayat penyakit dimasa lalu dan sekarang, juga pengobatan yang telah diberikan sebagai upaya meningkatkan pelayanan kesehatan”.

2.2.1 Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan RM secara umum berdasarkan DepKes REVISI II Tahun 2006 adalah:

1. Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang ikut ambil bagian dalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.
2. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada seorang pasien.
3. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung / dirawat di RS.
4. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
5. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
6. Menyediakan data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
7. Sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis pasien.
8. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan.

Kegunaan RM berdasarkan PERMENKES Nomor 269 Tahun 2008 Tentang RM pasal 13 disebutkan bahwa : Pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien

1. Alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dan penegakan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi.
2. Keperluan penelitian Pendidikan
3. Dasar pembayar biaya pelayanan kesehatan dan
4. Data statistik Kesehatan

2.2.2 Pengelolaan Rekam Medis

Proses pengelolaan RM berdasarkan pedoman penyelenggaraan rekam medis, DepKes REVISI II RI Tahun 2006 adalah:

1. *Assembling*
Assembling adalah kegiatan penataan BRM yang meliputi penataan BRM pasien rawat jalan maupun rawat inap berdasar nomor RM yang ditentukan.
2. Pemberian kode (*koding*)
Pemberian kode adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Kegiatan dan tindakan serta diagnosa yang ada didalam rekam medis harus diberi kode, selanjutnya diindek agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen dan riset bidang kesehatan.
3. *Indeksing*
Indeksing adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat indeks-indeks (bisa menggunakan kartu indeks atau komputerisasi). Nama pasien tidak boleh dicantumkan dalam kartu indeks.
4. Statistik dan pelaporan RS
Pelaporan RS merupakan suatu alat organisasi yang bertujuan untuk menghasilkan laporan secara cepat, tepat, dan akurat sebagai bahan pelaporan RS, baik yang bersifat intern maupun ekstern.
5. *Korespondensi*
Korespondensi RM adalah surat menyurat yang berhubungan dengan RM.
6. Analisa Rekam Medis
Mutu dalam pengisian memang menjadi tanggung jawab para tenaga kesehatan, sebab merekalah yang melaksanakan perekam medis.
7. Penyimpanan RM (*filling*)
Dalam penyelenggaraan rekam medis, penyimpanan BRM mempunyai 2 cara, yaitu:
 - a. *Sentralisasi*
Sentralisasi dapat diartikan bahwa penyimpanan BRM pasien dalam satu kesatuan baik catatan-catatan selama pasien mendapatkan pelayanan kesehatan rawat jalan maupun rawat inap.
 - b. *Desentralisasi*
Desentralisasi adalah cara penyimpanan BRM secara terpisah antara berkas rekam medis rawat jalan dan berkas rekam medis rawat inap dalam tempat penyimpanan yang masih terpisah pula.

8. Permintaan dan Pengembalian RM (*Retrieval*)
Retrieval adalah proses permintaan dan pengembalian BRM yang datang dari unit gawat darurat, unit rawat jalan dan unit rawat inap atau dokter dan dokter gigi yang melakukan penelitian harus melalui unit rekam medis pada jam kerja atau jam yang telah ditentukan.
9. Penyusutan (Retensi) dan Pemusnahan RM mengurangi BRM dari rak penyimpanan dengan cara :
 - a. Memindahkan berkas RM in aktif dari rak file aktif ke rak file penyimpanan sesuai dengan tahun kunjungan.
 - b. Menyimpan BRM in aktif ke tempat yang terpisah dengan terlebih dahulu mengambil dokumen-dokumen pendukung untuk diarsipkan sesuai ketentuan yang berlaku.
 - c. Memusnahkan BRM in aktif yang sudah disimpan selama 5 tahun dengan cara tertentu sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

2.2.3 Kepemilikan Rekam Medis

Berdasarkan UU RI Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran pasal 46 ayat (1) menyatakan bahwa :

“Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis”. Pada pasal 47 ayat (1), “Dokumen rekam medis sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 merupakan milik dokter, dokter gigi, atau sarana pelayanan kesehatan sedangkan isi rekam medis merupakan milik pasien”.

Hak pasien atas isi rekam medis terdapat pada Pasal 52 Undang-undang Praktik Kedokteran, yaitu :

Pasien, dalam menerima pelayanan pada praktik kedokteran, mempunyai hak :

1. Mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45 ayat (2);
2. Meminta pendapat dokter atau dokter gigi lain;
3. Mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis;
4. Menolak tindakan medis; dan
5. Mendapatkan isi rekam medis.

Kepemilikan rekam medis berdasarkan PERMENKES Nomor 269 Tahun

2008 tentang Rekam Medis Bab V Pasal 12, menyatakan bahwa:

1. BRM milik sarana pelayanan kesehatan.
2. Isi RM merupakan milik pasien.
3. Isi RM sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dalam bentuk ringkasan RM.

4. Ringkasan RM sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat diberikan, dicatat, atau dicopy oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu.

2.3 Sistem Penomoran

Sistem penyimpanan RM berdasarkan DepKes RI REVISI II Tahun 2006

dinyatakan bahwa :

“Penyimpanan BRM pada setiap Pelayanan Kesehatan disimpan berdasarkan nomor pasien, yaitu nomor RM pasien pada saat masuk RS (*Admission Patient Number*). Penyimpanan secara alpabets menurut nama-nama pasien lebih menyulitkan dan memungkinkan terjadinya kesalahan-kesalahan dibandingkan dengan penyimpanan berdasarkan nomor pasien.

Jika kartu pasien hilang, nomor pasien untuk masuk dapat diperoleh dari data dasar pasien yang tersimpan di dalam sistem. Dengan mengetahui nama lengkap dan tanggal masuk pasien. Tetapi jika menggunakan nomor kartu indeks pasien keluar tidak akan dapat secara maksimal menemukan nomor keluar, sehingga lokasi RMnya sulit ditemukan.

Sistem pemberian nomor maupun yang dipakai, setiap RM baru harus mendapat nomor yang diurut secara kronologis dan nomor tersebut dapat digunakan di seluruh instalasi yang terkait didalam prosedur pemberian pelayanan kesehatan terhadap pasien di RS”.

Nomor RM memiliki berbagai kegunaan atau tujuan yaitu:

1. Sebagai pedoman dalam tata cara pendaftaran pasien di *admission office*.
2. Sebagai petunjuk folder BRM pasien yang bersangkutan.
3. Sebagai pedoman dalam tata cara penyimpanan (penjajaran) BRM.
4. Sebagai petunjuk dalam pencarian BRM yang telah tersimpan di rak RM.

Ada 3 sistem pemberian nomor RM pasien berdasarkan DepKes REVISI II RI

Tahun 2006 menyatakan bahwa :

1. **Pemberian Nomor Cara Seri (*Serial Numbering System*)**
Dengan sistem ini setiap penderita mendapat nomor baru setiap kunjungan atau berobat ke RS. Jika ia berkunjung lima kali, maka ia mendapat lima nomor yang berbeda. Semua nomor yang telah diberikan kepada penderita tersebut harus dicatat pada “Kartu Indeks Utama Pasien” yang bersangkutan. Sedang RMnya diberbagai tempat sesuai dengan nomor yang telah diperolehnya.
2. **Pemberian Nomor Cara Unit (*Unit Numbering System*)**
Didalam sistem pemberian nomor secara unit ini, pada saat pasien datang pertama kali untuk berobat jalan maupun rawat inap (dirawat) maka pasien tersebut akan mendapatkan satu nomor RM yang mana nomor tersebut dipakai selamanya untuk kunjungan-kunjungan selanjutnya baik untuk rawat jalan, rawat inap, maupun kunjungan ke unit-unit penunjang medis dan instalasi lain untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di suatu RS. Dan BRM pasien tersebut akan tersimpan didalam satu berkas dengan satu nomor pasien.
3. **Pemberian Nomor Cara Seri Unit (*Serial Unit Numbering System*)**
Sistem pemberian nomor ini merupakan sintesis atau gabungan antara sistem pemberian nomor secara seri dan unit. Setiap pasien berkunjung ke RS, kepadanya diberikan satu nomor baru. Tetapi BRMnya yang terdahulu digabungkan dan disimpan di bawah nomor yang paling baru. Dengan cara ini terciptalah satu unit BRM. Apabila satu BRM lama diambil dan dipindahkan tempatnya ke nomor baru, ditempatnya yang lama tersebut harus diberi tanda petunjuk (*out guide*) yang menunjukkan kemana BRM tersebut telah dipindahkan. Tanda petunjuk tersebut diletakan menggantikan tempat BRM yang lama hal ini sangat membantu ketertiban sistem penyimpanan BRM.

2.4 Sistem Penyimpanan Rekam Medis

Menurut (Sugiarto, 2005) “sistem penyimpanan adalah sistem yang digunakan pada penyimpanan dokumen agar kemudahan kerja penyimpanan dapat diciptakan dan penemuan dokumen yang sudah disimpan dapat dilakukan dengan cepat bilamana dokumen tersebut sewaktu-waktu dibutuhkan”

Sistem penyimpanan RM berdasarkan DepKes RI REVISI Tahun 2006

adalah sebagai berikut :

“Sebelum menentukan sistem penyimpanan yang akan dipakai, perlu terlebih dahulu mengetahui bentuk penyimpanan yang diselenggarakan di dalam pengelolaan instalasi RM”.

Ada 2 cara penyimpanan berkas di dalam penyelenggaraan RM yaitu :

1. Sentralisasi

Sentralisasi diartikan penyimpanan BRM seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan – catatan kunjungan poliklinik maupun catatan – catatan selama seorang dirawat. Penggunaan sistem ini memiliki kelebihan dan kekurangannya.

Kelebihannya :

- a. Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan BRM.
- b. Mengurangi jumlah biaya yang dikeluarkan untuk peralatan dan ruangan.
- c. Tata kerja dan pengaturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah distandarisasikan.
- d. Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan.
- e. Mudah untuk menerapkan sistem unit record.

Kekurangan :

- a. Petugas menjadi lebih sibuk, karena harus menangani unit rawat jalan dan rawat inap.
- b. Tempat penerimaan pasien harus 24 jam.

2. Desentralisasi

Dengan cara desentralisasi terjadi pemisahan antara RM poliklinik dengan RM penderita dirawat. BRM rawat jalan dan rawat inap disimpan di tempat penyimpanan yang terpisah.

Kelebihan :

- a. Efisiensi waktu sehingga pasien mendapat pelayanan lebih cepat.
- b. Beban kerja yang dilaksanakan petugas lebih ringan.

Kekurangan :

- a. Terjadi duplikasi dalam pembuatan rekam medis.
- b. Biaya yang diperlukan untuk peralatan dan ruangan lebih panjang.

Secara teori cara sentralisasi lebih baik daripada desentralisasi, tetapi pada pelaksanaannya tergantung pada situasi dan kondisi masing – masing rumah sakit. Hal yang berkaitan dengan situasi dan kondisi tersebut antara lain :

1. Karena terbatasnya tenaga yang terampil, khususnya yang menagani pengelolaan rekam medis.
2. Kemampuan dana rumah sakit terutama rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah daerah.

Penggunaan sistem sentralisasi merupakan sistem yang paling tepat untuk dipilih mengingat pelayanan akan mudah diberikan kepada pasien.

2.5 Sistem Penjajaran Rekam Medis

Sistem penjajaran RM ada 3 berdasarkan DepKes REVISI II RI Tahun

2006 :

1. Cara Nomor Langsung (*Straight Numerical Filling System*)

Penyimpanan dengan sistem nomor langsung (*Straight Numerical Filling System*) adalah penyimpanan RM dalam rak penyimpanan secara berturut sesuai dengan urutan nomornya. Misalnya keempat rekam medis berikut ini akan disimpan berurutan dalam satu rak, yaitu 465023,465024,465026. Dengan demikian sangatlah mudah sekaligus mengambil 50 buah BRM dengan nomor yang berurutan dari rak pada waktu yang diminta untuk keperluan pendidikan, maupun untuk mengambil rekam medis yang tidak aktif.

Satu hal yang paling menguntungkan dari sistem ini adalah mudahnya melatih petugas-petugas yang harus melaksanakan pekerjaan penyimpanan tersebut. Namun sistem ini mempunyai kelemahan-kelemahan yang tidak dapat dihindarkan, pada saat penyimpanan rekam medis, petugas harus memperhatikan seluruh angka nomor sehingga mudah terjadi kekeliruan menyimpan.

Makin besar angka yang diperhatikan, makin besar kemungkinan membuat kesalahan. Hal yang meyebabkan kesalahan tersebut adalah tertukarnya urutan nomor, missal rekam medis dengan nomor terbaru. Beberapa orang petugas penyimpanan yang berkerja bersamaan disitu kemungkinan saling menghalangi (berhimpitan) satu sama lainnya secara tidak sengaja.

2. Sistem Angka Akhir (*Terminal Digit Filling System*)

Penyimpanan dengan Sistem angka akhir disebut "*Terminal Digit Filling System*". Disini digunakan nomor-nomor dengan 6 angka, yang dikelompokkan menjadi 3 kelompok masing-masing terdiri dari 2 angka. Angka pertama adalah kelompok 2 angka yang tercetak paling kanan, angka kedua adalah 2 angka yang tercetak ditengah dan angka angka ketiga adalah kelompok 2 angka yang tercetak paling kiri.

60 60 60

Angka Ketiga Angka Kedua Angka Pertama

Dalam penyimpanan dengan sistem angka akhir ada 100 kelompok angka pertama yaitu 00 sampai dengan 99.

Pada waktu menyimpan, petugas harus melihat angka-angka pertama dan membawa RM tersebut ke daerah rak penyimpanan untuk kelompok angka-angka pertaman yang bersangkutan. Pada kelompok angka pertama ini RM disesuaikan urutan letaknya menurut angka kedua, kemudian RM disimpan di dalam urutan sesuai dengan kelompok angka ketiga, sehingga dalam setiap kelompok penyimpanan nomor-nomor pada kelompok angka ketigalah yang selalu berlainan. Sistem penomoran dengan menggunakan angka akhir telah banyak untuk dipilih karena secara umum dipakai lebih mudah, efektif dan efisien.

3. Sistem Angka Tengah (*Midle Digit Filling System*)

Istilah yang dipakai penyimpanan dengan sistem angka tengah (*Midle Digit Filling System*). Disini penyimpanan RM diurut dengan pasangan angka-angka sama halnya dengan sistem angka akhir, namun angka pertama, angka kedua, angka ketiga berbeda letaknya dengan sistem angka akhir. Dalam hal ini angka yang terletak ditengah-tengah menjadi angka pertama. Pasangan angka yang teletak paling kiri menjadi angka kedua dan pasangan angka paling kanan menjadi angka ketiga.

40	50	60
Angka Kedua	Angka Pertama	Angka Ketiga

2.6 Kode warna

2.6.1 Pengertian Kode Warna

Pengertian kode warna berdasarkan DepKes RI REVISI II Tahun 2006

adalah :

“Kode warna dimaksudkan untuk memberikan warna tertentu pada map RM untuk mencegah keliru simpan dan memudahkan mencari BRM yang salah simpan. Garis-garis warna dengan posisi yang berbeda-beda untuk setiap seksi penyimpanan RM. Terputusnya kombinasi warna dalam satu seksi penyimpanan menunjukkan adanya kekeliruan penyimpanan BRM.

Kode warna sangat efektif apabila dilaksanakan dengan sistem penyimpanan secara *terminal dijid* atau *middle digid*. Cara yang sering digunakan adalah menggunakan 10 macam warna untuk sepuluh angka pertama dari 0 sampai 9.

Dua garis warna dalam posisi yang sama dapat dipakai sebagai pengenalan untuk pasangan angka yang merupakan angka pertama (*primary digit*). Dalam hal ini garis warna diatas untuk angka sebelah kiri dan garis warna dibawahnya untuk angka sebelah kanan.

Sebagai contoh jika warna merah diberikan untuk angka 8 dan warna biru untuk angka 4, maka map yang bernomor 16-94-84, dalam sistem

terminal digid akan diberi kode garis merah diatas dan garis biru dibawahnya. Garis-garis warna tambahan untuk kode angka kedua (*secondary digid*) dapat ditambahkan, sehingga sebagai kombinasi warna dapat dipraktekkan.

Sampul-sampul yang telah diberi kode warna dapat dipesan atau petugas RM membuat sendiri kode warna atau menempelkan pita warna pada map (sampul RM)".

Tabel 2. 1 Kode Warna

Nomor Primer 1 Digit	Warna	Contoh
0	Purple = Ungu	
1	Yellow = Kuning	
2	Dark Green = Hijau Tua	
3	Orange = Oranye	
4	Light Blue = Biru Muda	
5	Brown = Coklat	
6	Cerise = Kemerahan	
7	Light Green = Hijau Muda	
8	Red = Merah	
9	Dark Blue = Biru Tua	

Sumber : (Huffman, 1994)