

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 pada Bab 1 pasal 1, “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”. Menurut buku Ery Rustiyanto, 2010 rumah sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat pakar, dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan rumah sakit menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan, dan penelitian, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin, agar rumah sakit mampu melaksanakan fungsi yang profesional baik dibidang teknis medis maupun administrasi kesehatan. Untuk menjaga dan meningkatkan mutu rumah sakit harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu di semua tingkatan.

2.1.2 Tugas, Fungsi dan Kewajiban Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 pada Bab III pasal 4, Rumah Sakit mempunyai tugas yaitu:

- Memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan untuk menjalankan tugas tersebut, Rumah Sakit mempunyai fungsi :
- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
 - b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;

- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Menurut Permenkes Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien pada Bab II pasal 2, bahwa setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban yaitu :

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
- b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, 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;
- 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 meliputi 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 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.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Definisi Rekam Medis

Rekam medis diartikan sebagai “Keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnese, 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”.

Sesuai dengan penjelasan pasal 46 ayat (1) UU No.46 tahun 2004 tentang praktik kedokteran disebutkan bahwa, yang dimaksud “Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan pasien”. Dan yang dimaksud dengan “petugas” adalah dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada pasien.

Dalam artian sederhana rekam medis hanya merupakan catatan dan dokumen yang berisi tentang kondisi keadaan pasien, tetapi jika dikaji lebih mendalam rekam medis mempunyai makna yang lebih kompleks tidak hanya catatan biasa, karena didalam catatan tersebut sudah tercermin segala informasi menyangkut seorang pasien yang akan dijadikan dasar didalam menentukan

tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan, medis lainnya yang diberikan kepada seorang pasien yang datang ke rumah sakit.

Dalam Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008, rekam medis adalah:

Berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan dan dokumen tersebut sangat berguna untuk mengingatkan kembali dokter tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan yang telah diberikan bila pasien tersebut datang kembali untuk berobat ulang dalam beberapa bulan ataupun beberapa tahun kemudian.

Menurut Huffman dalam Fajri (2008:5) rekam medis adalah fakta yang berkaitan dengan keadaan pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.

2.2.2 Tujuan Rekam Medis

Menurut pedoman penyelenggaraan dan prosedur rekam medis rumah sakit di Indonesia revisi II, Departemen Kesehatan Republik Indonesia (DEPKES RI) (2006:13), tujuan rekam medis adalah guna menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2.2.3 Kegunaan Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II, (2006:13-15), kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek :

1. Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. Aspek Medis
Suatu berkas memiliki nilai medik, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
3. Aspek Hukum
Berkas rekam medis memiliki nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.
4. Aspek Keuangan
Suatu berkas rekam medis memiliki nilai keuangan, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.
5. Aspek Penelitian
Suatu berkas rekam medis memiliki nilai penelitian, karena isinya menyangkut data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.
6. Aspek Pendidikan
Suatu berkas rekam medis memiliki nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologi dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran dibidang profesi pendidikan kesehatan.
7. Aspek Dokumentasi
Suatu berkas rekam medis memiliki nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan penanggung jawab dan laporan rumah sakit.

2.2.4 Rekam Medis In Aktif

Menurut Notoadmodjo Rekam medis in-aktif adalah yang telah disimpan minimal selama lima tahun di unit rekam medis dihitung sejak tanggal terakhir pasien tersebut dilayani sarana pelayanan kesehatan atau lima tahun setelah meninggal dunia.

2.3 Standar Prosedur Operasional (SPO)

2.3.1 Definisi Standar Prosedur Operasional (SPO)

Menurut buku yang berjudul Standar Operating Procedures (SPO) oleh Rudi M. Tambunan, 2013 SPO pada dasarnya adalah :

“Pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional standar yang ada di dalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa setiap keputusan, langkah, atau tindakan, dan penggunaan fasilitas pemrosesan yang dilaksanakan oleh orang-orang di dalam suatu organisasi, telah berjalan secara efektif, konsisten, standar, dan sistematis.”

Peran dan manfaat Standar Prosedur Operasional bagi organisasi SPO berperan dalam memberikan acuan terkait dengan kegiatan-kegiatan yang dijalankan dalam organisasi agar berjalan efektif, sehingga membantu organisasi untuk mencapai tujuan untuk mencapai tujuannya, baik yang bersifat jangka pendek atau jangka panjang. Sebagai rinci, peran dan manfaat SPO sebagai pedoman di dalam suatu organisasi adalah :

1. Menjadi pedoman kebijakan yang merupakan dasar bagi seluruh kegiatan organisasi, secara operasional maupun administratif.
2. Menjadi pedoman kegiatan-kegiatan organisasi, baik secara operasional maupun administratif.
3. Menjadi pedoman untuk memvalidasi langkah-langkah kegiatan dalam organisasi.
4. Menjadi pedoman terkait pengguna formulir, dokumen, blanko, dan laporan yang digunakan dalam kegiatan-kegiatan organisasi.
5. Menjadi pedoman penilaian efektifitas kegiatan organisasi.

6. Menjadi pedoman mengintegrasikan kegiatan-kegiatan organisasi, untuk membantu mencapai tujuan organisasi.

2.3.2 Manfaat SPO

1. Memenuhi persyaratan pelayanan RS/Akreditasi RS
2. Mendokumentasi langkah-langkah kegiatan
3. Memastikan Staf RS memahami bagaimana melaksanakan pekerjaan

2.3.3 Isi SPO

Menurut Panduan Penyusunan Akreditasi (2012 :18) , isi SPO terdiri dari:

- a. Pengertian
Berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian
- b. Tujuan
Berisi tujuan dan pelaksanaan SPO secara spesifik. Kata Kunci: Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melaksanakan suatu tugas yang akan dicapai.
- c. Kebijakan
Berisi beberapa kebijakan Direktur/Pimpinan RS yang menjadi dasar dibuatnya SPO tersebut. Dicantumkan kebijakan yang mendasari SPO tersebut, diikuti dengan peraturan/keputusan dari kebijakan terkait.
- d. Prosedur
Bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu,,
- e. Unit terkait.
Berisi Unit-unit terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut.

2.4 Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)

2.4.1 Definisi SNARS

Akreditasi rumah sakit adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah pada manajemen rumah sakit, karena telah memenuhi standar yang ditetapkan. Tujuannya adalah menentukan apakah rumah sakit tersebut

memenuhi standar yang dirancang untuk memperbaiki keselamatan dan mutu pelayanan.

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit mengenai retensi/penyimpanan dokumen. Pada bab 6 Manajemen Informasi dan Rekam Medik (MIRM) Standar MIRM 10 Rumah sakit mempunyai regulasi tentang retensi rekam medis.

Maksud dan Tujuan MIRM 10 Rumah sakit mempunyai regulasi menentukan jangka waktu retensi rekam medis, data, dan informasi lainnya terkait pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan untuk mendukung asuhan pasien, manajemen, dokumentasi yang sah secara hukum, serta pendidikan dan penelitian. Untuk rekam medis dalam bentuk kertas dilakukan pemilahan rekam medis aktif dan rekam medis yang tidak aktif serta disimpan secara terpisah. Penentuan jangka waktu retensi berkas rekam medis ditentukan atas dasar nilai kegunaan tiap-tiap berkas rekam medis yang konsisten dengan kerahasiaan dan keabsahan informasi. Bila jangka waktu retensi sudah habis maka rekam medis, serta data dan informasi yang terkait dengan pasien dimusnahkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan

Elemen penilaian MIRM 10 :

1. Terdapat regulasi tentang jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis pasien, serta data dan informasi lainnya terkait dengan pasien. (R)
2. Dalam rentang waktu penyimpanan berkas rekam medis, rumah sakit menjamin keamanan dan kerahasiaan rekam medis. (O,W)
3. Dokumen, serta data dan informasi dalam bentuk berkas dimusnahkan setelah melampaui periode waktu penyimpanan sesuai dengan peraturan perundangundangan. (D,W)

2.5 Retensi

2.5.1 Definisi Retensi

Pengertian Retensi adalah kegiatan memilih DRM aktif dengan DRM yang dinyatakan inaktif, sesuai dengan tanggal terakhir pasien yang datang berobat.

Keuntungan Retensi :

- a) Menghemat penggunaan rak.
- b) Menghemat pemakaian peralatan dan kelengkapan kearsipan.
- c) Tempat arsip lebih longgar akan mempermudah petugas mengambil arsip.

Pelaksanaan Retensi Kegiatan yang dilakukan untuk melaksanakan kegiatan pemilihan dokumen rekam medis, yaitu dengan cara sebagai berikut :

- a) Pemilihan dokumen rekam medis aktif dilihat dari tanggal terakhir pasien datang berobat.
- b) Memindahkan dokumen rekam medis aktif ke rak dokumen rekam medis inaktif.
- c) Menscan dokumen yang mempunyai nilai guna atau yang akan diabadikan.
- d) Memilih dokumen yang akan diabadikan
- e) Melakukan pemusnahan dokumen yang sudah dinyatakan non aktif.

2.5.2 Sistem Retensi

Menurut buku Gemala R. Hatta 2008 , retensi berarti menyimpan. Jadi sistem retensi adalah sistem yang mengatur jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis.

Permenkes 269/Menkes/Per/111/2008 dalam Bab IV

Pasal 8 dinyatakan bahwa :

- 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 yang 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) hanya 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.

Pasal 9 dinyatakan bahwa :

- a. Rekam medis pada sarana pelayanan kesehatan non rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 2 (dua) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat;
- b. Setelah batas waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan.

Pasal 10 dinyatakan bahwa :

- (1) Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.
- (2) Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal :
 - a. Untuk kepentingan kesehatan pasien;
 - b. Memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan;
 - c. Permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri;
 - d. Permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan; dan
 - e. Untuk kepentingan penelitian, pendidikan, audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien.
- (3) Permintaan rekam medis untuk tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat 2 harus dilakukan secara tertulis kepada pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Lembar rekam medis yang dipilah :

1. Ringkasan masuk dan keluar
2. Resume

3. Lembar operasi
4. Identifikasi bayi
5. Lembar persetujuan
6. Lembar kematian

2.5.3 Sistem Penyusutan

Menurut buku Gemala R. Hatta 2008 , telah dibahas sebelumnya bahwa berkas rekam medis boleh disimpan lebih lama dari angka tahun dalam tabel JRA. Namun jika kapasitas ruang filing sudah padat maka perlu dilakukan pemilihan dan pemilahan terhadap berkas rekam medis yang sudah masuk masa inaktif. Berkas rekam medis inaktif ini kemudian diturunkan dari rak penyimpanan dan dipindahkan ke ruang filing inaktif. Kegiatan memilih dan memilah (memisahkan) berkas rekam medis aktif dan inaktif inilah yang disebut sebagai penyusutan.

Dengan dipisahkannya berkas rekam medis inaktif maka rak penyimpanan rekam medis aktif bisa menjadi lebih longgar lagi. Rak yang sudah terlalu padat dapat mempersulit dan memperlambat proses penyimpanan dan pencarian kembali rekam medis. Selain itu, penyimpanan yang padat juga cenderung menjadi tidak rapi, kusut, dan berkas menjadi mudah rusak/robek. Jadi, hasil dari penyusutan adalah terpisahnya berkas rekam medis inaktif dari berkas rekam medis yang masih aktif.

2.5.4 Sistem Pemusnahan

Menurut buku Gemala R. Hatta 2008, Pada prinsipnya, sistem pemusnahan mengatur tentang tata cara memusnahkan berkas rekam medis yang dianggap sudah tidak bernilai lagi. Proses penyusutan yang menghasilkan terpisahnya berkas rekam medis inaktif dari yang aktif. Berkas rekam medis inaktif selanjutnya akan disimpan diruang filing inaktif selama masa retensi

inaktif yang telah ditentukan. Setelah memenuhi masa retensi inaktif, maka rumah sakit bisa melakukan proses penilaian, yaitu menentukan apakah berkas rekam medis inaktif tersebut memiliki nilai guna. Nilai guna yang dimaksud di sini bisa nilai guna kedokteran, nilai guna hukum, nilai guna sejarah, dan sebagainya.

2.6 Jadwal Retensi Arsip

2.6.1 Definisi Jadwal Retensi Arsip (JRA)

Menurut manajemen kearsipan (2006:145), Jadwal retensi arsip adalah suatu daftar yang memuat informasi ketentuan waktu lamanya disimpan. Setiap arsip ditentukan waktu retensi nya atas dasar nilai kegunaannya. Sebab ataaau latar belakangnya yaitu karena tidak semua arsip harus disimpan selamanya. Oleh karena itu, jadwal retensi arsip merupakan sarana penting untuk penyelenggaraan penyusutan arsip dengan terencana dan teratur. Jadi, unit kearsipan disetiap instansi atau organisasi menggunakan sebagai pedoman untuk melaksanakan pemindahan, penyerahan, dan pemusnahan arsip.

Menurut Surat Edaran Dirjen Pelayan Medik Nomor HK.00.06.1.5.01160 1995 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit, untuk pertama kalinya sebelum melakukan retensi harus ditetapkan jadwal retensi arsip rekam medis terlebih dahulu dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 2.1 Jadwal Retensi Arsip Umum

No	Keluhan penyakit	Aktif		In aktif	
		Rawat Inap (tahun)	Rawat Jalan (tahun)	Rawat Inap (tahun)	Rawat Jalan (tahun)
1	Umum	5	5	2	2
2	Mata	5	10	2	2

No	Keluhan penyakit	Aktif		In aktif	
		Rawat Inap (tahun)	Rawat Jalan (tahun)	Rawat Inap (tahun)	Rawat Jalan (tahun)
3	Jiwa	10	5	5	5
4	Orthopedi	10	10	2	2
5	Kusta	15	15	2	2
6	Ketergantungan Obat	15	15	2	2
7	Jantung	10	10	2	2
8	Paru	5	10	2	2

Sumber data : Jadwal Retensi Arsip

Dari tabel JRA tersebut tampak ada pengertian yang perlu dipahami tentang berkas rekam medis aktif dan inaktif. Selain tabel JRA tersebut, rumah sakit juga bisa membuat kebijakan retensi sesuai dengan kebutuhan rumah sakit tersebut. Rumah sakit pendidikan umumnya akan meretensi (menyimpan) berkas rekam medisnya lebih lama, baik yang aktif maupun inaktif. Berkas rekam medis kasus hukum (medikolegal), misalnya kasus pembunuhan; penganiayaan; pemerkosaan; pengguguran kandungan, harus diretensi minimal 20 tahun sebagai berkas aktif.

Kasus-kasus tertentu yang dianggap sangat bernilai, misalnya kasus HIV/AIDS; operasi pemisahan kembar siam; operasi penyesuaian organ kelamin (gender reassignment); SARS; flu burung; dan sebagainya, umumnya akan disimpan selamanya karena memiliki nilai keilmuan kedokteran yang masih terus berkembang. Berkas-berkas rekam medis seperti ini tidak dimusnahkan dan akan terus diretensi, atau disebut juga diabadikan.