

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/2008 tentang rekam medis, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Tujuan rekam medis menurut Hatta (2013) dapat dibagi dalam dua kelompok, yaitu tujuan primer dan tujuan sekunder.

1. Tujuan Primer

Tujuan primer rekam medis ditujukan kepada hal yang paling berhubungan langsung dengan pelayanan pasien. Tujuan primer sendiri terbagi dalam lima kepentingan, yaitu :

- a. Untuk kepentingan pasien, rekam medis merupakan alat bukti utama yang mampu membenarkan adanya pasien dengan identitas yang jelas dan telah mendapatkan berbagai pemeriksaan dan pengobatan di sarana pelayanan kesehatan dengan segala hasil serta konsekuensi biayanya.
- b. Untuk kepentingan pelayanan pasien, rekam medis mendokumentasikan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis dan tenaga lain yang bekerja dalam berbagai fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Untuk kepentingan manajemen pelayanan, rekam medis yang lengkap memuat segala aktivitas yang terjadi dalam manajemen pelayanan sehingga digunakan dalam menganalisis berbagai penyakit, menyusun pedoman praktik, serta untuk mengevaluasi mutu pelayanan yang diberikan.
- d. Untuk kepentingan menunjang pelayanan, rekam medis yang rinci akan mampu menjelaskan aktivitas yang berkaitan dengan penanganan sumber-sumber yang ada pada organisasi pelayanan di rumah sakit, menganalisis kecenderungan yang terjadi dan mengkomunikasikan informasi di antara klinik yang berbeda.
- e. Untuk kepentingan pembiayaan, rekam medis yang akurat mencatat segala pemberian pelayanan kesehatan yang diterima pasien. Informasi ini menentukan besarnya pembayaran yang harus dibayar.

2. Tujuan Sekunder

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

Dengan adanya rekam medis dapat menunjang dalam tercapainya tertib administrasi. Dimana tertib administrasi sendiri berperan untuk meningkatkan dan menentukan upaya dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Data dalam administrasi sendiri mencakup beberapa data yaitu data demografi, keuangan (*financial*) disamping tentang informasi lain yang berhubungan dengan pasien, seperti data yang terdapat beragam izin (*consent*), pada lembaran hak (otorisasi) untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan dalam penanganan informasi konfidensial pasien (Hatta 2013). Kegunaan rekam medis sendiri sangat luas tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi layanan kesehatan saja, tetapi dapat juga sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga ahli lainnya yang ikut andil dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien. Selain itu rekam medis juga sebagai dasar untuk perencanaan pengobatan atau perawatan, sebagai bukti tertulis atas segala pelayanan kesehatan di rumah sakit, sebagai bahan untuk penilaian terhadap kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit, sebagai data dasar dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis, sebagai bahan atau data-data khusus dalam penelitian atau pendidikan dan dapat juga melindungi kepentingan hukum baik bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

Kegunaan rekam medis menurut Departemen Kesehatan RI(2006) dapat dilihat dari beberapa aspek yaitu sebagai berikut :

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 dipergunakan 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.

Dengan melihat dari beberapa aspek tersebut diatas, rekam medis mempunyai kegunaan yang sangat luas, karena tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi pelayanan kesehatan saja. Begitu penting kegunaan rekam medis bagi berbagai pihak. Tidak hanya rekam medis yang aktif saja yang

memiliki nilai peting, namun rekam medis inaktif juga masih memiliki nilai yang sama pentingnya.

Rekam medis inaktif adalah naskah/berkas yang telah disimpan minimal selama lima tahun di unit kerja rekam medis dihitung sejak tanggal terakhir pasien tersebut dilayani pada sarana pelayanan kesehatan atau lima tahun setelah meninggal dunia (Departemen Kesehatan RI, 2006). Fungsi utamanya rekam medis adalah untuk menyimpan data dan informasi pelayanan pasien. Agar fungsi itu tercapai, beragam metode di gunakan misalnya dengan mengembangkan beberapa sistem, kebijakan, dan termasuk proses penyimpanan yang dilakukan dengan mudah namun disertai dengan keamanan yang baik.

2.2 Sitem Penyimpanan Rekam Medis

Menurut Departemen Kesehatan RI (2006), ada dua cara pengurusan penyimpanan dalam penyelenggaraan rekam medis, yaitu :

1. Sentralisasi

Sentralisasi ini diartikan menyimpan rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan-catatan kunjungan poliklinik maupun catatan-catatan selama seorang pasien dirawat. Sistem ini disamping banyak kebaikannya juga ada kekurangannya. Kebaikan dari sistem ini adalah dapat mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis, dapat mengurangi jumlah biaya yang dipergunakan untuk peralatan dan ruangan, tata kerja dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah distandarisasikan, memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan, mudah menerapkan sistem unit record. Adapun kekurangannya adalah petugas menjadi lebih sibuk karena harus menangani unit rawat jalan dan unit rawat inap, serta tempat penerimaan pasien harus bertugas selama 24 jam.

2. Desentralisasi

Dengan cara desentralisasi terjadi pemisahan antara rekam medis poliklinik dengan rekam medis penderita dirawat. Rekam medis disimpan di satu tempat penyimpanan sedangkan rekam medis penderita dirawat disimpan di bagian pencatatan medis.

Kebaikan dari sistem ini adalah efisiensi waktu sehingga pasien mendapatkan pelayanan lebih cepat dan beban kerja yang dilaksanakan petugas lebih ringan. Sedangkan kekurangannya adalah terjadi duplikasi dalam pembuatan rekam medis, biaya yang diperlukan untuk peralatan dan ruangan lebih banyak.

2.3 Sistem Pemberian Nomor Rekam Medis

Sistem penomoran dalam pelayanan rekam medis yaitu tata-cara penulisan nomor yang diberikan kepada pasien yang datang berobat sebagai bagian dari identitas pribadi pasien yang bersangkutan. Nomor rekam medis mempunyai beberapa kegunaan dan tujuan yaitu, sebagai identifikasi dari pasien, petunjuk pemilik folder dokumen rekam medis pasien yang bersangkutan, Registrasi pasien (Pada waktu admission), untuk pedoman dalam tata-cara penyimpanan (penjajaran) dokumen rekam medis, dan sebagai petunjuk dalam pencarian dokumen rekam medis yang telah disimpan di filing.

Sistem pemberian nomor pasien datang berkunjung pada unit pelayanan kesehatan yang umumnya sering dipakai menurut Departemen Kesehatan RI (2006) terbagi menjadi tiga, yaitu:

1. Pemberian nomor cara seri
 Pemberian nomor cara seri dikenal dengan nama Serial Numbering System (SNS) adalah suatu sistem penomoran dimana setiap penderita yang berkunjung ke rumah sakit atau puskesmas selalu mendapat nomor yang baru. Pada sistem ini, KIB dan KIUP tidak diperlukan karena seorang pasien dapat memiliki lebih dari satu nomor rekam medis.
2. Pemberian nomor cara unit
 Pemberian nomor cara unit atau dikenal dengan Unit Numbering System (UNS) adalah suatu sistem penomoran dimana sistem ini memberikan satu nomor rekam medis pada pasien berobat jalan maupun pasien rawat inap dan gawat darurat serta bayi baru lahir. Setiap pasien yang berkunjung mendapat satu nomor pada saat pertama kali pasien datang ke rumah sakit atau puskesmas, dan digunakan selamanya pada kunjungan

berikutnya. Maka dokumen rekam medis pasien tersebut hanya tersimpan didalam satu folder dibawah satu nomor

3. Pemberian nomor cara seri unit

Pemberian nomor cara seri unit atau dikenal Serial Unit Numbering System (SUNS) adalah suatu sistem pemberian nomor dengan cara penggabungan sistem seri dan sistem unit. Dimana setiap pasien datang berkunjung ke rumah sakit atau puskesmas diberikan nomor baru dengan dokumen rekam medis baru. Kemudian setelah selesai pelayanan, berdasarkan nomor rekam medis pada dokumen rekam medis tersebut dicari di KIUP untuk memastikan pasien tersebut pernah berkunjung atau tidak. Bila ditemukan dalam KIUP berarti pasien tersebut pernah berkunjung dan memiliki dokumen rekam medis lama. Selanjutnya dokumen rekam medis lama dicari di filing, setelah ditemukan dokumen rekam medis baru dan lama dijadikan satu, dan yang menjadi patokan nomor rekam medis adalah nomor yang lama. Sedang nomor baru diberikan lagi ke pasien yang lain.

Sistem pemberian nomor manapun yang dipakai, setiap rekam medis 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 yang berkunjung di rumah sakit (Departemen Kesehatan RI, 2006).

2.4 Penyusutan Rekam Medis

Menurut Departemen Kesehatan RI (2006), penyusutan rekam medis adalah suatu kegiatan pengurangan arsip dari rak penyimpanan dengan cara:

1. Memindahkan arsip rekam medis inaktif dari rak aktif ke rak inaktif dengan cara memilah pada rak penyimpanan sesuai dengan tahun kunjungan.
2. Memikrofilmisasi berkas rekam medis inaktif sesuai ketentuan yang berlaku.
3. Memusnahkan berkas rekam medis yang telah dimikrofilm dengan cara tertentu sesuai ketentuan.
4. Melakukan *scanner* pada rekam medis.

2.5 Pemusnahan Rekam Medis

Pemusnahan adalah suatu proses kegiatan penghancuran secara fisik arsip

rekam medis yang telah berakhir fungsi dan nilai gunanya rendah (Departemen Kesehatan RI, 2006). Penghancuran harus dilakukan secara total dengan cara membakar habis, mencacah atau dialakukan daur ulang sehingga tidak dapat dikenali lagi isi maupun bentuknya. Proses kegiatan penghancuran termasuk kegiatan penilaian dan pemilahan berkas rekam medis yang akan dimusnahkan.

Salah satu hal yang terpenting dalam kegiatan pemusnahan rekam medis adalah jadwal dari pemusnahan rekam medis itu sendiri. Jadwal pemusnahan rekam medis adalah daftar yang berisikan tentang penentuan jangka waktu penyimpanan rekam medis ditentukan atas dasar nilai guna tiap-tiap rekam medis yang digunakan sebagai pedoman dalam pemusnahan rekam medis (Departemen Kesehatan RI, 2006).

Menurut Departemen Kesehatan RI (2006) ketentuan pemusnahan rekam medis adalah sebagai berikut:

1. Dibentuk tim pemusnahan rekam medis dengan suratkeputusan direktur yang beranggotakan sekurang-kurangnya dari: ketatausahaan (Administrasi), Unit Penyelenggara Rekam Medis, Unit Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap dan Komite Medik.
2. Formulir rekam medis mempunyai nilai guna tertentu tidak dimusnahkan tetapi disimpan dalam jangka waktu tertentu sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Membuat pertelaan arsip bagi berkas rekam medis aktif yang telah dinilai.
4. Daftar pertelaan berkas rekam medis yang akan dimusnahkan oleh tim pemusnah, dilaporkan kepadadirektur rumah sakit dan direktur jendral pelayanan medik departemen kesehatan RI.
5. Berita acara pelaksanaan pemusnahan dikirim kepada pemilik rumah sakit dan kepada Direktur Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI.

2. 6 Standar Operasi Prosedur (SPO)

Standard Operating Procedure (SOP), istilah ini lazim digunakannamunbukan merupakan istilah baku di Indonesia. Standar Prosedur Operasional (SPO), istilah ini digunakan di Undang- undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran danUndang-undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

Standar Operasi Prosedur (SPO) merupakan suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah yang dibakukan untukmenyelesaikan proses kerja rutin tertentu. Tujuan penyusunan SPO adalah agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten atau seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku. Selain itu manfaat dari SPO sendiri adalah untuk memenuhi persyaratan standar pelayanan rumah sakit atau akreditasi rumah sakit, mendokumentasi langkah-langkah kegiatan, dan memastikan staf rumah saki tmemahami tentang bagaimana tata cara melaksanakan pekerjaannya (KARS, 2012).