

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2.1.1 Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, fungsi rumah sakit yaitu :

1. Penyelenggara pelayanan pengobatan, dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan, dan

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

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis, rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan.

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

2.2.2 Rekam Medis In Aktif

Naskah atau berkas yang telah disimpan minimal selama 5 (lima) tahun di Unit Kerja Rekam Medis dihitung sejak tanggal terakhir pasien tersebut dilayani pada sarana pelayanan kesehatan atau 5 (lima) tahun setelah meninggal dunia. (Firdaus, 2008)

2.2.3 Tujuan Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit (Departemen kesehatan, 2006), tujuan rekam medis adalah:

untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan didalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2.2.4 Kegunaan Rekam Medis

Berdasarkan (Departemen Kesehatan, 2006) Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit. Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek antara lain:

1. **Aspek Administrasi**
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, 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 medik, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
3. **Aspek Hukum**
Suatu berkas rekam medis mempunyai 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 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 medik yang diberikan kepada pasien.

7. Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

2.2.5 Manfaat Rekam Medis

Menurut Dirjen Yanmed SK No. 78 tahun 1991 manfaat rekam medis adalah :

1. Sumber informasi medik.
2. Alat komunikasi.
3. Bukti teknik (*Documentary evidence*).
4. Alat untuk melindungi kepentingan hukum.
5. Untuk penelitian dan pendidikan.
6. Untuk perencanaan dan pemanfaatan sumber daya.
7. Untuk keperluan lain yang ada kaitannya dengan rekam medis. (Firdaus, 2008)

2.2.6 Isi Rekam Medis

Isi rekam medis merupakan catatan keadaan tubuh dan kesehatan, termasuk data tentang identitas data dan data medik seorang pasien. Secara umum isi rekam medis dapat dibagi dalam dua kelompok yaitu :

1. Data medik atau data klinis
Data medik atau data klinis merupakan segala data tentang riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, diagnosis, laporan dokter, perawat, hasil pemeriksaan laboratorium, ronsen dan sebagainya. Data ini merupakan data yang bersifat rahasia (*confidential*) sehingga tidak dapat dibuka kepada pihak ketiga tanpa izin dari pasien yang bersangkutan kecuali jika ada alasan lain berdasarkan peraturan atau perundang-undangan yang memaksa dibukanya informasi tersebut.
2. Data sosiologis atau data non-medik
Data sosiologis atau data non medik adalah segala data lain yang tidak berkaitan langsung dengan data medik, seperti data identitas, data sosial ekonomi, alamat. Data ini oleh sebagian orang dianggap bukan rahasia, tetapi

menurut sebagian lainnya merupakan data yang juga bersifat rahasia (*confidential*). (Firdaus, 2008).

2.2.7 Sistem Penamaan Rekam Medis dan Sistem Penomoran

Sistem penamaan pada dasarnya untuk memberikan identitas kepada pasien serta untuk membedakan antara pasien satu dengan pasien lainnya sehingga mempermudah atau memperlancar didalam memberikan pelayanan rekam medis kepada pasien yang datang berobat. Dalam sistem penamaan rekam medis diharapkan :

1. Nama ditulis dengan huruf cetak dan mengikuti ejaan yang disempurnakan.
2. Sebagai pelengkap bagi pasien perempuan diakhir nama lengkap ditulis Ny atau Nn sesuai statusnya.
3. Pencantuman titel selalu diletakkan sesudah nama lengkap pasien.
4. Perkataan tuan, saudara, bapak tidak dicantumkan dalam penulisan nama pasien.

Sistem Pemberian Nomor (*Numbering System*) memiliki 3 (tiga) macam sistem yang umum dipakai yaitu :

1. Pemberian nomor cara seri (*Serial Numbering System*)

Dengan sistem ini penderita mendapat nomor baru setiap kunjungan rumah sakit, jika pasien berkunjung lima kali maka ia akan mendapatkan lima nomor yang berbeda.

2. Pemberian nomor cara unit (*Unit Numbering System*)

Sistem ini memberikan satu nomor rekam medis baik kepada pasien berobat jalan maupun rawat inap. Pada saat seorang penderita berkunjung pertama kali ke rumah sakit penderita akan diberikan nomor yang akan dipakai selamanya untuk kunjungan selanjutnya.

3. Pemberian nomor seri unit (*Serial Unit Numbering System*)

Sistem nomor ini merupakan sistem seri dan sistem unit. Setiap pasien berkunjung diberikan nomor satu nomor baru tetapi rekam medisnya yang terdahulu digabungkan dan disimpan di bawah nomor yang paling baru. (Faida, 2018)

2.2.8 Sistem Kearsipan Rekam Medis

Ada 2 (dua) cara dalam penyimpanan rekam medis yaitu :

1. Desentralisasi

Dengan cara ini didesentralisasi terjadi pemisahan antara rekam medis poliklinik dengan rekam medis penderita dirawat.

Kebaikannya :

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 banyak.

2. Sentralisasi

Sentralisasi ini diartikan penyimpanan rekam medis seseorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan kunjungan poliklinik maupun catatan selama pasien dirawat.

Kebaikannya :

a. Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis.

b. Mengurangi jumlah biaya yang dipergunakan untuk peralatan dan ruangan.

c. Tata kerja dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah distandarisasikan.

d. Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan.

Kekurangan :

a. Petugas menjadi lebih sibuk karena menangani unit rawat jalan dan unit rawat inap.

b. Tempat penerimaan pasien harus bertugas 24 jam.

2.2.9 Sistem penyimpanan

Penyimpanan menurut nomor yang sering digunakan yaitu:

a. Sistem Nomor Langsung (*Straight Numerical System*)

Penyimpanan rekam medis dalam rak penyimpanan secara berurutan sesuai dengan nomor urut.

b. Sistem Angka Akhir (*Terminal Digit system*)

Penyimpanan ini digunakan nomor-nomor dengan 6 (enam) angka yang dikelompokkan menjadi 3 (tiga) kelompok masing-masing terdiri dari 2 (dua) angka.

c. Sistem Angka Tengah (*Middle Digit System*)

Penyimpanan rekam medis disusun dengan pasangan angka-angka sama halnya dengan sistem akhir namun angka pertama, kedua, ketiga berbeda letaknya dengan sistem akhir. (Faida, 2018)

2.3 Retensi

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam

Medis Rumah Sakit (Departemen Kesehatan, 2006) retensi adalah :

kegiatan pengurangan berkas rekam medis dari rak penyimpanan dengan cara :

1. Memindahkan BRM in aktif dari rak BRM aktif ke ke rak BRM in aktif dengan cara memilah pada rak file penyimpanan sesuai tahun kunjungan.
2. Memikrofilmisasi BRM in aktif sesuai ketentuan yang berlaku.
3. Memusnahkan BRM yang telah dimikrofilm dengan cara tertentu sesuai ketentuan yang berlaku.
4. Dengan melakukan scanner pada BRM.

2.3.1 Tujuan Retensi

Berdasarkan (Departemen Kesehatan, 2006) tujuan retensi di antaranya yaitu :

1. Mengurangi jumlah BRM yang semakin bertambah.
2. Menyiapkan fasilitas yang cukup untuk tersedianya tempat penyimpanan BRM yang baru.
3. Tetap menjaga kualitas pelayanan dan mempercepat penyimpanan rekam medis jika sewaktu-waktu diperlukan.
4. Menyelamatkan rekam medis yang bernilai guna tinggi serta mengurangi yang tidak bernilai guna/nilai guna rendah atau hasil gunanya telah turun.

2.3.2 Jadwal Retensi

Jadwal Retensi Arsip (JRA) menurut Surat Edaran Nomor HK.00.06.1.5.01160 Tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit adalah : “Merupakan daftar yang berisikan sekurang-kurangnya jenis arsip dan jangka waktu penyimpanan sesuai kegunaan. Jadwal Retensi Arsip (JRA) disusun oleh Komite Medis dan Unit Rekam Medis dengan persetujuan direktur rumah sakit”.

Tabel 2. 1 Jadwal Retensi Arsip Berdasarkan Kelompok Penyakit

No	KELOMPOK	AKTIF		IN AKTIF	
		RJ	RI	RJ	RI
1.	Umum	5	5	2	2
2.	Mata	5	10	2	2
3.	Jiwa	10	5	2	2
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-paru	5	10	2	2

Sumber (DepKes, RI. 2006)

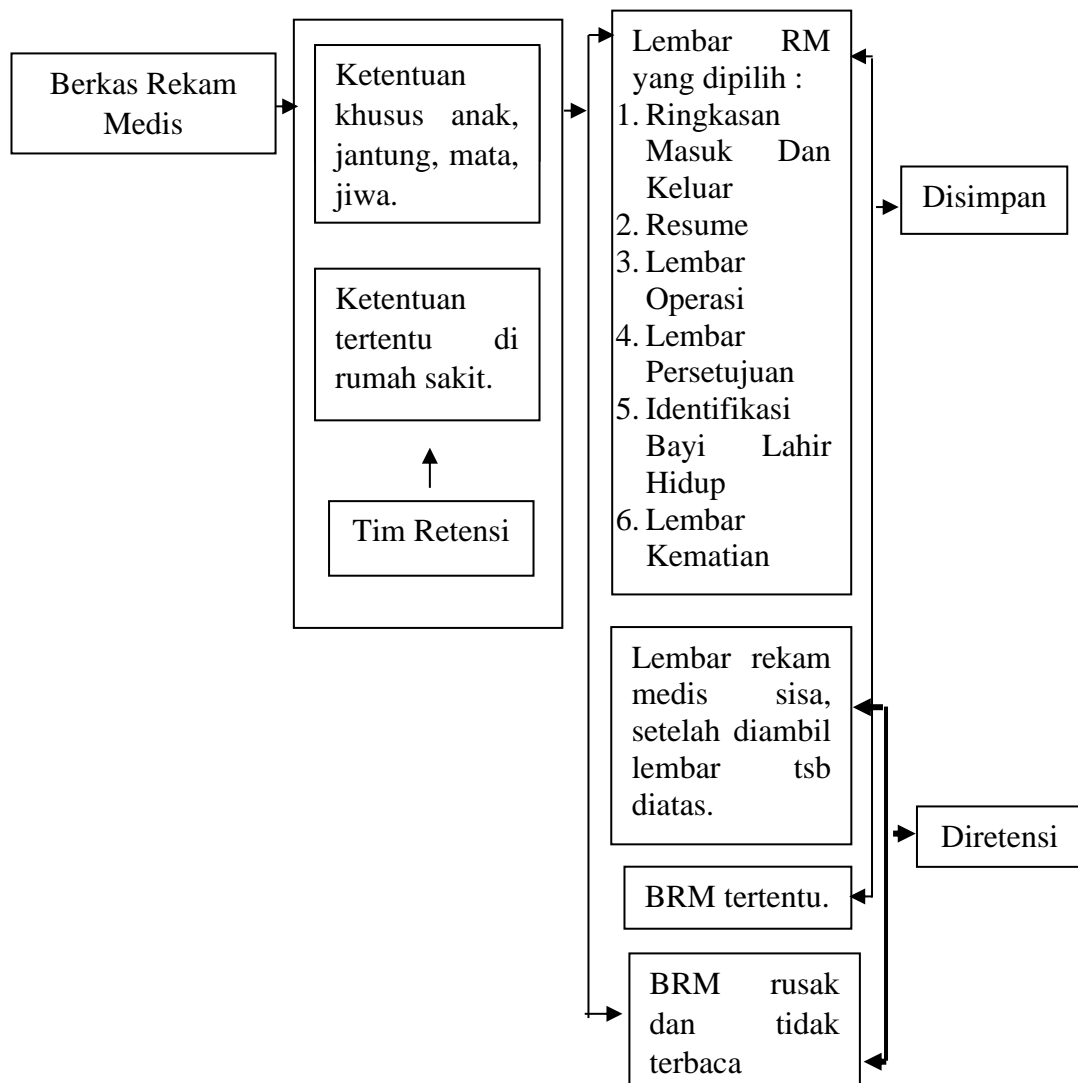
2.3.3 Penyusutan Arsip

Penyusutan arsip adalah kegiatan pengurangan arsip dengan cara :

- a. Memindahkan arsip in aktif dari Unit Pengolah ke Unit Kearsipan dalam lingkungan lembaga-lembaga Negara atau Badan-Badan Pemerintahan masing-masing.
- b. Memusnahkan arsip sesuai dengan ketentuan-ketentuan yang berlaku.
- c. Menyerahkan arsip statis oleh Unit Kearsipan kepada Arsip Nasional.

Tata cara penyusutan berkas rekam medis in aktif :

- 1) Pemilahan dan pemindahan rekam medis adalah proses pemilahan rekam medis inaktif yang dilihat dari kunjungan terakhir pasien kemudian memindahkan rekam medis aktif ke tempat penyimpanan rekam medis inaktif berdasarkan kebijakan atau pertimbangan rumah sakit yang bersangkutan.
- 2) Penilaian nilai guna rekam medis yaitu suatu kegiatan penilaian terhadap formulir- formulir rekam medis yang masih perlu diabadikan atau sudah boleh dimusnahkan.



Gambar 2. 1 Prosedur Penilaian BRM

1. Lembar rekam medis yang dipilah :
 - a. Ringkasan Masuk Dan Keluar.
 - b. Resume.
 - c. Lembar Operasi.
 - d. Identifikasi Bayi.
 - e. Lembar Persetujuan.
 - f. Lembar Kematian.
2. BRM tertentu disimpan di ruang BRM in aktif.
3. Lembar rekam medis sisa dan BRM rusak tidak terbaca disiapkan untuk dimusnahkan. (Firdaus, 2008)

2.4 SPO

2.4.1 Pengertian SPO

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512/Menkes/Per/IV/2007 Tentang Izin Praktik Kedokteran Menteri Kesehatan Republik Indonesia, SPO adalah :

suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah yang dilakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana standar operasional prosedur memberi langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.

SPO adalah dokumen yang lebih jelas dan rinci untuk menjabarkan metode yang digunakan dalam mengimplementasikan dan melaksanakan kebijakan dan aktivitas organisasi seperti yang ditetapkan dalam pedoman. (Soemohadiwidjojo, 2014)

2.4.2 Tujuan dan Fungsi SPO

Menurut (Santoso, 2014) tujuan dan fungsi SPO diantaranya adalah :

1. Menyediakan sebuah rekaman aktivitas, juga pengoperasian secara praktis.
2. Menyediakan sebuah informasi yang konsisten, oleh karenanya juga membentuk disiplin kepada semua anggota organisasi baik dalam institusi, organisasi maupun perusahaan.
3. Memudahkan menyaring, menganalisis, dan membuang hal-hal atau pekerjaan yang tidak perlu atau yang tidak berkaitan secara langsung dengan prosedur sudah ada.
4. Mendukung pengalaman dan pengetahuan pegawai, dan sekaligus juga mengantisipasi banyak kesalahan yang mungkin terjadi.

2.5 Pengetahuan

2.5.1 Definisi Pengetahuan

Menurut A. Wawan dan Dewi M (2010) pengetahuan adalah hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu.

Menurut Departemen Kesehatan RI, bahwa pengetahuan petugas adalah kemampuan dan karakteristik yang dimiliki seseorang berupa ketrampilan dan sikap yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas dan jabatan yang dilakukan secara professional, efektif, dan efisiensi.

2.5.2 Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yang dikutip oleh Haefa 2011, yaitu :

1. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan didalam dan diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup.

2. Informasi

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan.

2.6 Penelitian Yang Relevan

1. Fetria Sindia Dewi.2015. Tinjauan Pelaksanaan Retensi Dokumen Rekam Medis Dengan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit MIRM 10 Di Unit Rekam Medis Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Semen Gresik Tahun 2018. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan retensi DRM dengan Standar Nasional

Akreditasi Rumah Sakit MIRM 10 di unit Rekam Medis Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Semen Gresik. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dan menghasilkan pelaksanaan retensi di rumah sakit semen gresik sudah sesuai dengan standar akreditasi SNARS MIRM 10.

2. Idm Ayu Oktavika Sari.2016. Tinjauan Pelaksanaan Retensi Dokumen Rekam Medisaktif Dengan Standar Akreditasi KARS MKI 12 Di Filing Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2016. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan retensi DRM aktif menurut standar akreditasi MKI 12 di filing RSJD Dr. Amino Gondohutomo. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dan menghasilkan pelaksanaan retensi di filing RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang sesuai dengan Standar Akreditasi MKI 12.
3. Marsum, Adhani Windari, Subinarto, Dan Nurtian Fetia Chandra Dewi.2018. Tinjauan Keterlambatan Retensi Dokumen Rekam Medis Di RSUD DR. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian survey deskriptif dengan pendekatan cross sectional dan menghasilkan penelitian jumlah petugas filing di RSUD Dr.Soediran Mangun Sumarso sebanyak 3 orang yang bertugas sebagai pendistributor dokumen rekam medis sekaligus pelaksana retensi. Sebanyak 1 orang petugas sudah berpendidikan D III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, 2 orang masing-masing berlatar belakang pendidikan S1 Manajemen Ekonomi

(S1 Non RMIK) dan Sekolah Menengah Umum (SMU). Sebanyak 2 orang petugas memiliki pengetahuan retensi kurang yang merupakan lulusan S1 Non RMIK dan SMU. Di RSUD Dr. Soediran Mangun Sumarso Kab. Wonogiri belum memiliki jadwal retensi arsip (JRA), dan belum memiliki rak penyimpanan dokumen rekam medis in-aktif. Namun sudah memiliki ruang penyimpanan dokumen rekam medis in-aktif.

4. Dewi Rahayu. 2012. Tinjauan Pelaksanaan Penyusutan Berkas Rekam Medis Inaktif Di Siloam Hospitals Kebon Jeruk. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pelaksanaan penyusutan berkas rekam medis yang inaktif. Penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif dan menghasilkan penelitian pelaksanaan pemindahan rekam medis inaktif belum berjalan dengan baik. Karena Siloam *Hospitals* Kebon Jeruk belum mempunyai ruangan khusus rekam medis inaktif. Sehingga dalam pemindahan rekam medis inaktif, petugas memindahkan rekam medis inaktif ke ruangan yang terdapat rekam medis aktif.
5. Deta Sectio Prihatna dan Arif Kurniadi, M.Kom. 2015. Tinjauan Pelaksanaan Retensi DRM Non Aktif Di Filing Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi Tahun 2015. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan tinjauan pengetahuan petugas filing terhadap pelaksanaan retensi. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dan menghasilkan penelitian petugas rumah sakit permata bunda

Purwodadi telah melaksanakan retensi DRM non aktif, namun ada beberapa petugas yang belum paham tentang pelaksanaan retensi.