

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

- a. Keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia No. 340/Menkes/PER/III/2010 Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Vilella, lucia maria aversa, (2013))
- b. Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia No. 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit. Rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan.
- c. Menurut *World Health Organization* (WHO). Rumah Sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik.

- d. Berdasarkan Undang-Undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

2.1.2 Tugas Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit tugasnya adalah memberikan pelayanan perorangan secara paripurna (UU RI Nomor 44 Tahun, 2009)

2.1.3 Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit adalah :

- 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.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penampisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan (UU RI Nomor 44 Tahun, 2009)

2.1.4 Tujuan Penyelenggaraan Rumah Sakit

Menurut Undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit tujuan penyelenggaraan rumah sakit adalah sebagai berikut:

- a. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
- b. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit.
- c. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
- d. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan rumah sakit (UU RI Nomor 44 Tahun, 2009)

2.1.5 Susunan organisasi dan tatanan kerja Rumah Sakit

- a. Organisasi rumah sakit disusun dengan tujuan untuk mencapai visi dan misi RS dengan menjalankan tata kelola perusahaan yang baik dan tata kelola klinis yang baik.
- b. Struktur organisasi rumah sakit terbentuk berdasarkan azas organisasi yang hemat struktur dan kaya fungsi, yang menggambarkan kewenangan, tanggung jawab dan komunikasi dalam menyelenggarakan pelayanan serta manajemen.
- c. Organisasi rekam medis keberadaan organisasi rekam medis dalam struktur organisasi rumah sakit tergantung dari klasifikasi rumah sakit baik organisasi RSU (kelas A, B (pendidikan), B (non pendidikan, C, D) dan organisasi RSK (kelas A,B, C) yang diatur dalam Permenkes RI

NO. 1045/Menkes/PER/XI/2006 tentang pedoman organisasi rumah sakit lingkungan departemen kesehatan.

- d. Sub komite rekam medis/ panitia rekam medis suatu bagian yang beranggotakan beberapa perwakilan dari beberapa staff medis maupun non medis yang mempunyai andil di dalam pengisian berkas rekam medis untuk memberikan pelayanan medis kepada pasien.

2.1.6 Persyaratan Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, persyaratan rumah sakit adalah sebagai berikut:

- a. Lokasi, bangunan, prasarana, SDM, kefarmasian.
- b. Didirikan oleh pemerintah, pemda atau swasta.
- c. Rumah sakit pemerintah atau pemda harus berbentuk instansi dibidang kesehatan, instansi tertentu, atau LTD dengan lembaga layanan umum daerah.
- d. Rumah sakit swasta harus berbentuk badan hukum.
- e. Lokasi rumah sakit harus memenuhi persyaratan kesehatan, kesehatan lingkungan, tata ruang dan hasil kajian kebutuhan dan pelayanan penyelenggaraan rumah sakit.
- f. Keselamatan lingkungan menyangkut upaya pemantauan lingkungan, dan atau dampak analisis lingkungan (UU RI Nomor 44 Tahun, 2009)

2.1.7 Jenis dan Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang RI Nomor : 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, dinyatakan bahwa klasifikasi Rumah Sakit dapat dibedakan menjadi beberapa jenis, yaitu :

a. Rumah sakit umum

Rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Klasifikasi rumah sakit umum terdiri atas:

- 1) Rumah sakit umum tipe kelas A.
- 2) Rumah sakit umum tipe kelas B.
- 3) Rumah sakit umum tipe kelas C.
- 4) Rumah sakit umum tipe kelas D.

b. Rumah sakit khusus

Rumah sakit yang memberikan pelayanan utama atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.

- 1) Rumah sakit khusus tipe kelas A.
- 2) Rumah sakit khusus tipe kelas B.
- 3) Rumah sakit khusus tipe kelas C.
- 4) Rumah sakit khusus tipe kelas D.

Berdasarkan Pengelolaannya terdiri dari:

- a) Rumah sakit public, rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, badan hukum yang bersifat nirlaba yang dikenal dengan nama badan layanan umum atau badan layanan

umum daerah yang tidak dapat dialihkan menjadi rumah sakit privat.

- b) Rumah sakit privat, rumah sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk perseroan terbatas atau persero

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Definisi

- a. Menurut Edna K.Huffman (*Health information Managemen, physician Record Co*) Rekam medis adalah kumpulan data dari fakta-fakta atau bukti keadaan pasien, riwayat penyakit dan pengobatan masa lalu serta saat ini yang ditulis oleh profesi kesehatan yang memberikan pelayanan pada pasien tersebut (Villela, lucia maria aversa. (2013)
- b. Menurut Permenkes No. 269/Menkes/PER/III/2008 pasal 1 yaitu rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen mengenai identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lainnya yang telah diberikan kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan. Penjelasan penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit bahwa rekam medis adalah dokumen yang berisikan anamnesa, pemeriksaan, diagnosa, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama dirawat di rumah sakit yang dilakukan di unit-unit rawat jalan termasuk unit gawat darurat dan unit rawat inap

2.2.2 Manfaat Rekam Medis

Menurut Gibony JR kegunaan rekam medis atau manfaatnya dikenal dengan singkatan ALFRED yaitu:

- a. *Administration* (Administrasi), data dan informasi yang dihasilkan rekam medis dapat digunakan manajemen untuk melaksanakan fungsi guna mengelola berbagai sumber daya.
- b. *Legal* (Hukum), dokumen rekam medis mempunyai nilai hukum karenaisinya menyangkut masalah adanya hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakan hukum serta penyediaan bahan bukti untuk menegakan keadilan.
- c. *Financial* (Keuangan), setiap data yang diterima pasien bila dicatat dengan lengkap dan benar maka dapat untuk menghitung biaya yang harus dibayar pasien. Selain itu jumlah dan jenis kegiatan pelayanan yang dicatat dalam formulir dapat digunakan untuk memprediksi pendapatan dan biaya sarana pelayanan kesehatan.
- d. *Reasearch* (Penelitian), berbagai macam pelayanan yang telah dicatat ke dalam rekam medis dapat dilakukan penelusuran guna kepentingan penelitian.
- e. *Education* (Pendidikan), berkas rekam medis (BRM) mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang pengembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan atau referensi penajajaran di bidang profesi.
- f. *Documentation* (Dokumentasi), karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit. Berdasarkan surat

Keputusan Dirjen Yanmed no. 78/Yan/Med/PS UM.Dib/YMU/I/91 tentang petunjuk pelaksanaan penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit maka rekam medis dipakai sebagai:

- 1) Sumber informasi medis pasien yang berobat ke rumah sakit yang berguna untuk keperluan pengobatan dan pemeliharaan kesehatan pasien.
- 2) Alat komunikasi antara dokter dengan dokter lainnya, antara dokter dengan paramedis dalam usaha memberikan pelayanan pengobatan dari perawatan.
- 3) Bukti tertulis (*Documentary Evidence*) tentang pelayanan yang telah diberikan oleh rumah sakit dari keperluan lainnya.
- 4) Alat untuk analisa dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.
- 5) Alat untuk melindungi kepentingan hukum, bukan pasien, dokter, tenaga kesehatan lainnya dan rumah sakit.
- 6) Untuk penelitian dan pengobatan (Ii, 1991)

2.2.3 Fungsi Rekam Medis

Menurut *International Federation Health Organization*, rekam medis disimpan dengan tujuan:

- a. Fungsi komunikasi rekam medis disimpan untuk komunikasi diantara dua orang yang bertanggung jawab terhadap kesehatan pasien untuk kebutuhan pasien saat ini dan yang akan datang.

- b. Kesehatan pasien yang berkesinambungan rekam medis dihasilkan atau dibuat untuk penyembuhan pasien setiap waktu dan sesegera mungkin.
- c. Evaluasi kesehatan pasien rekam medis merupakan salah satu mekanisme yang memungkinkan evaluasi terhadap standar penyembuhan yang telah diberikan.
- d. Rekaman bersejarah rekam medis merupakan contoh yang menggambarkan pengobatan yang dilakukan pada waktu tertentu.
- e. Medikolegal rekam medis merupakan bukti dari opini yang bersifat prasangka mengenai kondisi, sejarah dan prognosis pasien.
- f. Statistik rekam medis dapat digunakan untuk menghitung jumlah penyakit, prosedur pembedahan dan insiden yang ditemukan setelah pengobatan khusus.
- g. Penelitian dan pendidikan rekam medis di waktu yang akan datang dapat digunakan dalam penelitian kesehatan (Ii, 1991)

2.2.4 Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah 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 tercapai tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan didalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Isi Rekam

Medis Isi Rekam Medis diatur dalam pasal 3 Permenkes RI Nomor 269/Menkes/Per/III/2008, dan dikatakan masing-masing pada:

- a. Ayat (1) : Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan atau tindakan, pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien, untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik, dan persetujuan tindakan jika diperlukan.
- b. Ayat (2) : Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesa, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan dan atau tindakan, persetujuan tindakan jika diperlukan, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, ringkasan pulang (*discharge summary*), nama dan tanda tangan dokter atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan, pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu, dan untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.
- c. Ayat (3) : Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat, sekurang-kurangnya memuat identitas pasien, kondisi pasien saat tiba di

sarana pelayanan kesehatan, identitas pengantar pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis, pengobatan dan atau tindakan, ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut, nama dan tanda tangan dokter atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan, sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

- d. Ayat (4) : Isi rekam medis pasien dalam keadaan bencana, selain memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditambah dengan jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan, kategori kegawatan dan nomor pasien bencana massal, dan identitas yang menemukan pasien (Ii, 1991)

Data Rekam Medis Menurut Huffman (Siswati 2000), mengatakan bahwa data dalam rekam medis dapat dikelompokkan menjadi 2 (dua) yaitu:

- 1) Data Administratif
- 2) Data Klinis

Menurut Suriah Tjebbe (2000) data pasien dapat dikelompokkan menjadi 2 (dua) bagian yaitu:

- a) **Data Sosial**, yaitu data yang didapatkan pada saat pasien mendaftarkan diri pada bagian penerimaan atau pendaftaran.
- b) **Data Medis**, yaitu data yang didapatkan pada saat pasien telah masuk ke dalam unit pelayanan kesehatan.

2.2.5 Tata Cara Penyelenggaraan Rekam Medis

Setiap dokter dan dokter gigi wajib membuat rekam medis, segera setelah pasien menerima pelayanan. Pembuatan rekam medis dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, pelayanan dan tindakan lain yang telah diberikan kepada pasien. Pencatatan harus dibubuhi nama, waktu, tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung. Apabila terjadi kesalahan pencatatan dapat dilakukan perbaikan dengan mencoret langsung, tanpa menghilangkan catatan yang dibubuhkan dan membubuhkan paraf. Dokter/ dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu bertanggung jawab terhadap catatan/ dokumen yang dibuatnya. Fasilitas dalam menyelenggarakan rekam medis disediakan oleh sarana pelayanan kesehatan (Ii, 1991)

2.2.6 Penyimpanan Rekam Medis

Masa simpan rekam medis di sarana rumah sakit adalah selama 5 (lima) tahun dihitung sejak tanggal terakhir pasien mendapat perawatan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan selama 10 (sepuluh) tahun. Sedangkan masa simpan di sarana kesehatan selain rumah sakit adalah 2 (dua) tahun. Setelah batas waktu tersebut maka rekam medis dapat

dimusnahkan dengan mengikuti aturan yang telah ditentukan untuk pemusnahan dokumen (Ii, 1991)

2.2.7 Kerahasiaan Rekam Medis

Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter dan dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan. Contoh data identitas pasien antara lain:

- a. Nama
- b. Jenis kelamin
- c. Tempat tanggal lahir
- d. Umur
- e. Alamat
- f. Pekerjaan
- g. Pendidikan
- h. Golongan darah
- i. Status pernikahan
- j. Nama orang tua
- k. Pekerjaan orang tua
- l. Nama suami atau isteri informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal:
 - 1) Untuk kepentingan kesehatan pasien

- 2) Memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan.
- 3) Permintaan dan atau persetujuan pasien sendiri.
- 4) Permintaan institusi atau lembaga berdasarkan ketentuan perundangundangan.
- 5) Untuk kepentingan penelitian, pendidikan dan audit medis sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien (Ii, 1991)

2.2.8 Kepemilikan Rekam Medis

Berkas rekam medis merupakan milik sarana pelayanan kesehatan sedangkan isi rekam medis merupakan milik pasien. Apabila pasien meminta isi rekam medis maka dapat diberikan dalam bentuk ringkasan rekam medis atau ringkasan pulang. Ringkasan rekam medis dapat diberikan, dicatat atau di copy oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu (Ii, 1991)

2.3 Filing

Filing dalam bidang rekam medis adalah suatu ruangan yang bertanggung jawab terhadap penyimpanan, retensi dan pemusnahan dokumen rekam medis. Selain itu filing juga menyediakan dokumen rekam medis yang telah lengkap isinya sehingga dapat memudahkan penggunaan mencari informasi sewaktu-waktu jika diperlukan (Ii, 1991)

2.3.1 Tugas Pokok Filling

- a. Menyimpan DRM dengan metode tertentu sesuai dengan kebijakan penyimpanan DRM,
- b. Mengambil kembali (retriev) DRM untuk berbagai keperluan,
- c. Menyusutkan (meretensi) DRM sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan sarana pelayanan kesehatan,
- d. Memisahkan penyimpanan DRM in-aktif dari DRM aktif,
- e. Membantu dalam penilaian nilai guna rekam medis,
- f. Menyimpan DRM yang dilestarikan (diabadikan), dan
- g. Membantu dalam pelaksanaan pemusnahan formulir rekam medis.

2.3.2 Peran dan Fungsi

- a. Sebagai penyimpan DRM,
- b. Menyimpan DRM untuk berbagai keperluan,
- c. Pelindung arsip-arsip DRM terhadap kerahasiaan isi data rekam medis,
- d. Melindungi arsip-arsip DRM terhadap bahaya kerusakan fisik, kimiawi, dan biologi (Ii, 1991)

2.4 Sistem Penyimpanan Dokumen

2.4.1 Sistem Penyimpanan Rekam Medis (*Filling System*)

Prosedur dalam pengembalian berkas rekam medis rawat inap dan rawat jalan ialah :

- a. Rekam medis pasien rawat jalan yang telah dilengkapi oleh dokter yang memeriksa harus segera dikirim ke unit rekam medis sebelum berakhir jam kerjanya

- b. Rekam medis rawat inap harus segera dikirim ke unit rekam medis setelah pasien keluar rumah sakit paling lambat 2x24 jam setelah pasien keluar secara lengkap dan benar.
- c. Berkas rekam medis yang belum lengkap dikembalikan ke ruang inap masing-masing untuk segera dilengkapi baik oleh dokter maupun perawat.
- d. Rekam medis disimpan sebaik mungkin sehingga apabila diperlukan kembali dapat ditemukan dengan cepat.
- e. Rekam medis tidak boleh diketahui atau dilihat oleh orang yang tidak berwenang serta tidak boleh keluar dari rumah sakit kecuali oleh permintaan pengadilan (Ii, 1991)

System yang berkaitan dengan penyimpanan dokumen rekam medis menggunakan :

1) System penomoran

Penomoran *family folder* yang digunakan terdiri dari huruf dan angka. Huruf awal merupakan huruf awal dari nama kepala keluarga dan angka di akhir merupakan angka berdasarkan nomor buku bantu rumah sakit. Menurut DepKes RI (1997) penomoran keluarga (*Family Folder*) adalah setelah berkas rekam medis kembali dari poliklinik atau IRD, berkas rekam medis akan dipilah dengan melihat nomor rekam medis, nama kepala keluarga, dan alamat yang tertera di formulir rawat jalan pasien.

2) Kemudian les (formulir rekam medis) pasien tersebut akan dimasukkan ke dalam amplopnya

3) Amplop (map berkas rekam medis) akan dikembalikan ke rak penyimpanan berkas rekam medis berdasarkan alamatnya. Namun dalam pelaksanaannya terdapat berkas rekam medis pasien tidak urut.

Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 269/MenKes/PER/III/2008, bab IV, pasal 8 ayat (a) tentang penyimpanan dokumen rekam medis menyebutkan bahwa :

Rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal pasien berobat atau dipulangkan.

Sebelum menentukan sistem yang akan dipakai perlu terlebih dahulu mengetahui bentuk penyimpanan yang diselenggarakan di dalam pengelolaan rekam medis.

Ada dua cara penyimpanan berkas di dalam penyelenggaraan rekam medis yaitu :

a. **Sentralisasi**

Sentralisasi ini diartikan penyimpanan berkas rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan-catatan kunjungan poliklinik maupun catatan-catatan selama seorang pasien dirawat. Penggunaan sistem sentralisasi memiliki kebaikan dan juga ada kekurangannya.

Kebaikannya :

- 1) Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan berkas rekam medis.
- 2) Mengurangi jumlah biaya yang digunakan untuk peralatan dan ruangan.
- 3) Tata kerja dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah di standarisasikan.
- 4) Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan.
- 5) Mudah untuk menerapkan sistem *unit record*.

Kekurangannya :

- 1) Petugas menjadi lebih sibuk, karena harus menangani unit rawat jalan dan unit rawat inap.
- 2) Petugas penerimaan pasien harus bertugas selama 24 jam.

b. Desentralisasi

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

Kebaikannya :

- 1) Efisiensi waktu, sehingga pasien mendapat pelayanan lebih cepat.
- 2) Beban kerja yang dilaksanakan petugas lebih ringan.

Kekurangannya :

- 1) Terjadi duplikasi dalam pembuatan rekam medis.

2) Biaya yang diperlukan untuk peralatan dan ruangan lebih banyak.

Secara teori cara sentralisasi lebih baik dari pada desentralisasi, tetapi pada pelaksanaannya tergantung pada situasi dan kondisi masing-masing rumah sakit.

Hal-hal yang mempengaruhi yang berkaitan dengan situasi dan kondisi tersebut antara lain :

- 1) Karena terbatasnya tenaga yang terampil, khususnya yang menangani 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 di berikan kepada pasien (Ii, 1991)

2.5 Sistem Penjajaran Berkas Rekam Medis

2.5.1 Sistem Nomor Langsung (*Straight Numerical Filling System*)

Penyimpanan dengan sistem nomor langsung (*straight numerical filling system*) adalah penyimpanan rekam medis dalam rak penyimpanan secara berturut dengan urutan nomornya. 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 medism petugas harus memperhatikan seluruh angka nomor sehingga mudah terjadi kekeliruan

menyimpan. Hambatan yang lebih serius dalam sistem ini adalah terjadinya pekerjaan paling sibuk terkonsentrasi pada rak penyimpanan untuk nomor besar, yaitu rekam medis dengan nomor terbaru.

Beberapa orang petugas penyimpanan yang bekerja bersamaan disitu kemungkinan saling menghalangi (berhimpitan) satu sama lainnya secara tidak sengaja. Pengawasan kerapian penyimpanan sangat sukar dilakukan dalam sistem nomor langsung, karena tidak mungkin memberikan tugas kepada seorang staf untuk bertanggung jawab pada rak-rak penyimpanan tertentu.

2.5.2 Sistem Nomor Akhir (*Terminal Digit Filling System*)

Penyimpanan dengan sistem angka akhir lazim disebut "*terminal digit filling system*". Disini digunakan nomor-nomor dengan 6 angka, yang dikelompokkan menjadi 3 kelompok masing-masing terdiri dari 2 angka. Dalam penyimpanan dengan sistem angka akhir ada 100 kelompok angka pertama (*primary section*) yaitu 00 sampai dengan 99.

Pada waktu menyimpan petugas harus melihat angka-angka pertama yang bersangkutan. Pada kelompok angka pertama ini rekam medis disesuaikan urutan letaknya menurut angka kedua, kemudian rekam medis disimpan di dalam urutan sesuai dengan kelompok angka ketiga, sehingga dalam setiap kelompok penyimpanan nomor-nomor pada kelompok angka ketigalah (*tertiary digits*), yang selalu berlainan.

Sistem penomoran dengan menggunakan angka akhir lebih banyak untuk dipilih karena secara umum dipakai lebih mudah, efektif dan efisien.

Banyak keuntungan dan kebaikan dari pada sistem penyimpanan angka akhir seperti :

- a. Pertambahan jumlah rekam medis selalu tersebar secara merata ke 100 kelompok (*section*) didalam rak penyimpanan. Petugas-petugas penyimpanan tidak akan terpaksa berdesak-desakan disatu tempat (bagian/wilayah), rekam medis harus disimpan di rak
- b. Petugas-petugas dapat disertai tanggung jawab untuk sejumlah *section*
- c. Pekerjaan akan terbagi rata mengingat setiap petugas rata-rata mengerjakan jumlah rekam medis yang hampir sama setiap harinya untuk setiap bagian.
- d. Pada saat ditambahkan rekam medis baru, rekam medis yang tidak aktif dapat diambil dari rak penyimpanan setiap *section*.
- e. Jumlah rekam medis untuk tiap-tiap *section* terkontrol, bisa timbulnya rak-rak kosong.
- f. Dengan terkontrolnya jumlah rekam medis, membantu memudahkan perencanaan peralatan penyimpanan (jumlah rak).
- g. Kekeliruan penyimpanan (*misfile*) dapat dicegah, karena petugas penyimpanan hanya memperhatikan dua angka saja dalam memasukkan rekam medis ke dalam rak, sehingga jarang terjadi kekeliruan membaca angka.

2.5.3 Sistem Angka Tengah (*Middle Digit Filling System*)

Penyimpanan dengan sistem angka tengah (*middle digit filling system*), penyimpanan rekam medis disini diurut dengan pasangan angka-angka sama halnya dengan sistem angka akhir, namun angka pertama,

angka kedua, angka ketiga berbeda letaknya dengan sistem angka akhir. Angka yang terletak ditengah-tengah menjadi angka pertama, pasangan angka yang terletak paling kiri menjadi angka kedua dan pasangan angka paling kanan menjadi angka ketiga.

Beberapa keuntungan dari sistem angka tengah :

- a. Memudahkan pengambilan 100 buah rekam medis yang nomornya berurutan.
- b. Penggantian dari sistem nomor langsung ke sistem angka tengah lebih mudah dari pada penggantian sistem nomor langsung ke sistem akhir.
- c. Kelompok 100 buah rekam medis yang nomornya berurutan, pada sistem nomor langsung adalah sama persis dengan kelompok 100 buah rekam medis untuk sistem angka tengah.
- d. Dalam sistem angka tengah penyebaran nomor-nomor lebih merata pada rak penyimpanan, jika dibandingkan dengan sistem nomor langsung, tetapi masih tidak menyamai sistem angka akhir.
- e. Petugas-petugas penyimpanan, dapat dibagi untuk bertugas pada bagian penyimpanan tertentu, dengan demikian kekeliruan penyimpanan dapat dicegah (Ii, 1991)

Beberapa kekurangan sistem penyimpanan angka tengah adalah:

- 1) Memerlukan latihan dan bimbingan yang lebih lama.
- 2) Terjadi rak-rak lowong pada beberapa *section*, apabila rekam medis dialihkan ketempat penyimpanan tidak aktif.

- 3) Sistem angka tengah tidak dapat dipergunakan dengan baik untuk nomor-nomor yang lebih dari angka (Ii, 1991)

2.6 Standar Operasional Prosedur

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 512/Menkes/PER/IV/2007 tentang izin praktik dan pelaksanaan praktik kedokteran BAB I pasal 1 ayat 10 standart prosedur operasional adalah suatu perangkat instruksi/ langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana standart prosedur operasional melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512, 2007)

2.6.1 Tujuan Standar Operasional Prosedur (SOP)

Kebijakan dan prosedur harus tersedia yang mencerminkan pengelolaan unit rekam medis dan menjadi acuan bagi staf rekam medis yang bertugas (Wijono, 2000).

2.6.2 Penerapan Prosedur

Penerapan prosedur sering menjadi hal yang sulit, meliputi 3 hal (Sabarguna, 2005) :

- a. Adanya prosedur sering memerlukan perdebatan panjang, sehingga prosedur tidak pernah selesai.
- b. Penerapannya perlu benar-benar berjalan, tidak hanya jaditulis saja.
- c. Pengawasan dan evaluasi harus secara terus-menerus dijalankan agar prosedur benar-benar berjalan semakin baik, bukan hanya sekedar ada.

Penerapan hendaknya diupayakan :

- 1) Prosedur secara resmi dibuat, dalam arti ada Surat Keputusan (SK) direktur
- 2) Ada petugas yang secara periodik bertugas mengawasi agar petugas benar-benar berjalan
- 3) Ada kegiatan evaluasi tahunan bagi prosedur yang terprogram, sehingga upaya peningkatan dapat berjalan.

2.6.3 Peningkatan Prosedur

Prosedur tidak ada yang sempurna, apalagi keadaan teknologi dan peralatan yang semakin maju, maka tentunya prosedur harus mengikuti, maka harus diperhatikan hal-hal dibawah ini (Sabarguna, 2005) :

- a. Jenis teknologi yang ada
Teknologi yang berubah dan semakin canggih perlu penyesuaian prosedur yang relevan dan dapat mengikutinya.
- b. Jenis peralatan
Peralatan khusus yang berbeda, tentunya perlu prosedur yang berbeda pula, maka penyesuaian harus dilakukan.
- c. Pergantian petugas
Petugas yang diganti atau petugas baru harus dilatih, jangan sampai menjadi ganjalan atau meracuni yang lain karena ketidaktahuannya (Ii, 1991)

2.6.4 Prosedur Rekam Medis

Prosedur adalah sebuah rangkaian dari mendesain tugas-tugas untuk menyelesaikan pekerjaan pada tempat yang rutin. Kepala bagian rekam medis bertanggung jawab untuk merencanakan dan memikirkan sebagian besar dari prosedur departemen, yang berisi standar dari tugas-tugas. Penelitian yang cermat dari tata kerja menghasilkan hasil pekerjaan yang besar dengan waktu dan usaha yang sedikit.

Dalam prosedur, beberapa usulan dibawah ini dapat membantu :

- a. Menetapkan semua langkah-langkah yang diinginkan. Gunakan hanya sejumlah kecil yang dibutuhkan untuk menunjang prosedur.
- b. Menetapkan rangkaian yang terbaik untuk kinerja dari langkah-langkah tersebut. Yang mempunyai hubungan dekat atau menkati satu dengan yang lain, ini harus dikelompokkan menjadi satu.
- c. Hindari mengambil dan menarik kembali rancangan formulir yang mempunyai banyak salinan.
- d. Mengulang kembali prosedur yang mungkin dapat mempengaruhi perubahan pada prosedur lain.
- e. Menguji prosedur sesudah ditetapkan sebagai prosedur yang akan digunakan setiap hari, diusahakan untuk menemukan kecacatan.
- f. Evaluasi prosedur setelah prosedur tersebut digunakan beberapa minggu. Pekerja yang bekerja dengan prosedur adalah sumber daya yang baik untuk mengidentifikasi kemungkinan masalah dan memberikan masukan untuk kemajuan (Ii, 1991)

Prosedur yang istimewa dalam rekam medis termasuk analisa masuk dan keluar, analisa diagram, mengumpulkan data, mengindeks penyakit dan operasi dan asuransi serta surat-surat. Pada saat prosedur dalam departemen telah direncanakan dan diuji adalah penting untuk mencatat tata kerja tersebut dalam tulisan, menggambarkan setiap langkah demi langkah secara rinci. Beberapa pekerja harus dapat mengikuti penjelasan tertulis dan dengan pertanyaan yang minim dalam melaksanakan setiap tata kerja, menunjang hal tersebut tidak perlu pengetahuan teknis yang banyak adalah penting untuk menampilkan pekerjaan (Suwarti, 1996).

2.7 Misfile

- a. *Misfile* adalah kesalahan penempatan berkas rekam medis, salah simpan berkas rekam medis, ataupun tidak ditemukannya berkas rekam medis di bagian penyimpanan rumah sakit (Simanjuntak & Sirait, 2017).

- b. Pencegahan *Misfile*

Kejadian *misfile* dapat diminimalisir dengan memberi kode warna pada rekam medis. Kode warna adalah penggunaan warna pada map rekam medis. Cara yang sering digunakan yaitu menggunakan sepuluh macam warna untuk sepuluh angka pertama dari 0 sampai 9 (Edna K. Huffman dalam buku Manajemen Filing Dokumen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, 2011). Kode warna tersebut yaitu : Tabel 2.2 Kode Warna Angka Warna 1 Ungu 2 Kuning 3 Hijau tua 4 Orange 5 Biru tua 6 Biru muda 7 Coklat 8 Kemerahan 9 Hijau muda 0 Merah 10 Biru tua (Bab 2, 2013)

2.8 Faktor Terjadinya *Misfile* Dari Jurnal Terdahulu

- a. Dari aspek petugas yang kemungkinan pengetahuan petugas *filling* yang belum optimal terhadap penyimpanan BRM di filling.
- b. Dari faktor ketersediaan dana yang menimbulkan masalah *misfile* apabila dana yang tersedia kurang untuk kebutuhan sarana pendukung dirumah sakit (Arum Kurniawati), 2015)
- c. Dari faktor bahan yang menimbulkan masalah adalah bahan yang di gunakan di rumah sakit rak penyimpanan DRM yang digunakan berupa lemari laci tarik yang terbuat dari tembaga, sedangkan dokumen rekam medisnya belum menggunakan folder/map dalam penyimpanannya (Arum Kurniawati), 2015)
- d. Dari aspek alat seperti *tracer* yang belum di gunakan meskipun sudah ada buku ekspedisi (Dewi Lestari & Sudalhar, 2019)
- e. Dari faktor sarana penyimpanan BRM menimbulkan masalah *Misfile* apabila sistem penyimpanan yang ada belum sesuai dengan teori.
- f. Dari faktor sistem penomoran BRM menimbulkan masalah *Misfile* apabila sistem penomoran yang ada belum sesuai dengan teori.
- g. Faktor kemungkinan sistem penjajaran BRM menimbulkan masalah *Misfile* adalah apabila sistem penjajaran yang ada belum sesuai dengan teori (Simanjuntak & Sirait, 2017).
- h. Dari faktor standar prosedur operasional (SPO) mengenai pengelolaan berkas rekam medis yang dilakukan pada ruang penyimpanan

menimbulkan masalah *Misfile* apabila pelaksanaannya belum terlaksana secara optimal (Simanjuntak & Sirait, 2017).

2.9 Tinjauan Jurnal

2.9.1 Jurnal 1

Judul Pustaka : Faktor-Faktor Terjadinya Misfile Pada Bagian Filling Di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas Tahun 2013

Tahun Pustaka : 2013

Nama Penulis : Retno Astuti S dan Dian Ingwi Anunggra

Nama Kota dan Negara-Penerbit : Indonesia - Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

Nomor-Vol Edisi : -

2.9.2 Jurnal 2

Judul Pustaka : Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya *Misfile* Di Bagian Penyimpanan Berkas Rekam Medis Rumah Sakit Mitra Medika Medan Tahun 2017

Tahun Pustaka : 2017

Nama Penulis : Esraida Simanjuntak dan Lisna Wati Oktavin Sirait

Nama Kota dan Negara-Penerbit : Medan-Indonesia-Universitas Imelda

Nomor-Vol. Edisi : Vol. 3, No. 1, Februari 2018

2.9.3 Jurnal 3

- Judul Pustaka** : Faktor-faktor Yang Menyebabkan *Misfile* Berkas Rekam Medis Di Rumah Sakit Ibnu Sina Bojonegoro
- Tahun Pustaka** : 2018
- Jenis Pustaka** : *Journal Hospital Science*
- Nama Penulis** : Dewi Lestari, Sudalhar, dan Tegar Wahyu
Yudha Pratama
- Nama Kota dan Negara-Penerbit** : Bojonegoro-Indonesia-Stikes Muhammadiyah
- Nomor-Vol. Edisi** : Vol. 3, No. 2, Juli 2018

2.9.4 Jurnal 4

- Judul Pustaka** : Analisis Penyebab Terjadinya *Misfile* Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan Di Ruang Penyimpanan (*Filing*) RSUD Kota Bengkulu Tahun 2017
- Tahun Pustaka** : 2017
- Jenis Pustaka** : Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia
- Nama Penulis** : Nova Oktavia, Djusmalinar, dan Fitrah Tri Damayanti
- Nama Kota dan Negara-Penerbit** : Indonesia-Asosiasi Perguruan Tinggi Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (APTIRMIKI) bekerja sama dengan Perhimpunan Profesional Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia (PORMIKI)

Nomor-Vol. Edisi : Vol. 6, No. 2, 2018

2.9.5 Jurnal 5

Judul Pustaka : Faktor Penyebab *Misfile* Pada Berkas Rekam Medis Di Rumah Sakit

Tahun Pustaka : 2019

Jenis Pustaka : Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia

Nama Penulis : Wahyuana Amelia Putri, Nabilla Wahyu Nur Aini, Lilis Masyfufah A.S, Nuril Istifadah, Ratih Damayanti, Seliyana, Septanti Wahyu Azizah, Sonieu Ayu Naima Gati, Tahta Pratiwi, Hani Jumrotin, Yessi Priyatini Trisnawati Susia

Nama Kota dan : Indonesia-STIKES Yayasan RS DR Soetomo Surabaya

Negara-Penerbit

Nomor-Vol. Edisi : Vol. 7, No. 2, 2019

2.9.6 Jurnal 6

Judul Pustaka : Analisis Faktor Penyebab Terjadinya *Misfile* Berkas Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit PHC Surabaya Tahun 2020

Tahun Pustaka : 2020

Jenis Pustaka : Jurnal Rekam Medik Informasi Kesehatan Indonesia

Nama Penulis : Muzaffatul Hasan, Efri Tri Ardianto, Dony Setiawan
Hendyca

Nama Kota dan : Indonesia - Studi Rekam Medik, Jurusan Kesehatan,
Politeknik Negeri Jember

Negara-Penerbit

Nomor-Vol. Edisi : Vol. 2 No. 1 Desember 2020

2.9.7 Jurnal 7

Judul Pustaka : Evaluasi Kejadian *Misfile* Rekam Medis Menggunakan
Metode Focus PDCA di RSUP Sanglah

Tahun Pustaka : 2020

Jenis Pustaka : Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan

Nama Penulis : Fahirah Tamara Salim, Atma Deharja, Ervina

Nama Kota dan : Indonesia-Politeknik Jember

Negara-Penerbit

Nomor-Vol. Edisi : Vol 2 No. 1 Desember 2020

2.9.8 Jurnal 8

Judul Pustaka : Analisis Deskriptif Faktor Penyebab Kejadian *Misfile*
Di Bagian *Filing* Rawat Jalan RSUD Dr. M. Ashari
Pemalang Tahun 2015

Tahun Pustaka : 2015
Jenis Pustaka : UdiNus Repository
Nama Penulis : Arum Kurniawati
Nama Kota dan Negara-Penerbit : Semarang-Indonesia-Universitas Dian Nuswantoro
Nomor-Vol. Edisi : -

2.9.9 Junal 9

Judul Pustaka : Tingkat Kejadian *Misfile* Dan Faktor - faktor Penyebabnya Di Bagian *Filing* Unit Rekam Medis Rumah Sakit Panti Wilasa Dr. Cipto Semarang
Tahun Pustaka : 2013
Jenis Pustaka : UdiNus Repository
Nama Penulis : Anjelia Laxmi
Nama Kota dan Negara-Penerbit : Semarang-Indonesia-Universitas Dian Nuswantoro
Nomor-Vol. Edisi : -

2.9.10 Jurnal 10

Judul Pustaka : Tinjauan Upaya Mengatasi Kejadian *Misfile* Di Pelayanan Rawat Jalan RSUD Dr. H Soewondo Kendal Tahun 2015
Tahun Pustaka : 2015

Jenis Pustaka : UdiNus Repository
Nama Penulis : Ardanriyanto
Nama Kota dan Negara-Penerbit : Semarang-Indonesia-Universitas Dian Nuswantoro
Nomor-Vol. Edisi : -