

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Undang-undang No. 44 Tahun 2009, definisi Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

2.1.2 Fungsi Rumah Sakit

Undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, dalam pasal 5 dinyatakan bahwa rumah sakit memiliki 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;
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.2 Tinjauan Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

Permenkes No. 269/ MENKES/ PER/ XII/ 2008, “Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien”.

Hatta (2008:73) menyatakan bahwa “Rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien di sarana pelayanan kesehatan”.

Departemen Kesehatan (2006), Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamnesis penentuan fisik, laboratorium, diagnosis, tindakan medik yang diberikan pada pasien serta pengobatan, baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

Dengan melihat beberapa pengertian di atas dapat dikatakan bahwa suatu berkas rekam medis mempunyai arti yang lebih luas bukan hanya sekedar catatan, namun memuat segala informasi menyangkut seorang pasien yang akan dijadikan dasar untuk menentukan tindakan lebih lanjut kepada pasien.

2.2.2 Tujuan Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II (2006:13) dinyatakan bahwa:

“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 seperti yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi adalah salah satu faktor yang menentukan didalam upaya 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.

2.3 Ruang *Filing* Berkas Rekam Medis

Buku Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia revisi II, Depkes RI (2006), menyatakan bahwa “Alat penyimpanan yang baik, penerangan yang baik, pengaturan suhu, pemeliharaan ruangan dan faktor keselamatan kerja petugas penting untuk dijadikan perhatian dalam ruang penyimpanan rekam medis, sehingga dapat membantu memelihara dan mendorong semangat kerja serta dapat meningkatkan produktivitas petugas yang bekerja di bagian ruang penyimpanan.

Alat penyimpanan rekam medis yang umum dipakai adalah rak terbuka (*open self file unit*) dan lemari lima laci (*five-drawer file cabinet*). Selain itu masih ada alat penyimpanan yang lebih modern, misalnya *Roll o'pack* akan menghemat ruangan dengan menampung lebih banyak berkas rekam medis dan tidak terlalu memakan tempat, akan tetapi alat penyimpanan ini hanya mampu dimiliki oleh rumah sakit tertentu saja mengingat harganya yang mahal. Rak terbuka lebih dianjurkan pemakaiannya, dengan alasan harganya

lebih murah, petugas dapat mengambil dan menyimpan rekam medis lebih cepat.”

2.3.1 Sistem Penyimpanan Berkas Rekam Medis

Sistem penyimpanan merupakan sistem yang digunakan pada penyimpanan dokumen agar kemudahan kerja penyimpanan dapat diciptakan dan penemuan dokumen yang sudah disimpan dilakukan dengan cepat bilamana dokumen tersebut sewaktu-waktu dibutuhkan (Sugiarto dan Wahyono, 2015:43).

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II, Depkes RI (2006), ada dua cara penyimpanan berkas di dalam penyelenggaraan rekam medis yaitu :

1. Sentralisasi

Sentralisasi ini diartikan penyimpanan 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:

- a. Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan berkas 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.
- e. Mudah untuk menerapkan sistem unit record.

Kekurangannya:

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

2. Desentralisasi

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:

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

Kekurangannya:

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

2.3.2 Standar Ruang Penyimpanan Berkas Rekam Medis

Lokasi ruangan rekam medis harus dapat memberi pelayanan yang cepat kepada seluruh pasien, mudah dicapai dari segala penjuru dan mudah menunjang pelayanan administrasi. Ruang penyimpanan arsip harus memperhatikan standar ruang penyimpanan sebagai berikut:

1. Lokasi Lokasi ruang/ gedung arsip sebaiknya dengan luas yang cukup untuk menyimpan arsip yang sudah diperkirakan sebelumnya. Kalau merupakan bagian dari satu bangunan gedung, hendaknya ruang arsip terpisah dari keramaian kegiatan kantor untuk mengurangi lalu lintas pegawai lainnya, sehingga pencurian arsip dapat dihindari dan ruangan tidak dilalui saluran air.
2. Konstruksi bangunan sebaiknya tidak menggunakan kayu yang langsung menyentuh tanah untuk menghindari serangan rayap. Pintu dan jendela diletakkan di bagian yang tidak memungkinkan terkena matahari secara langsung masuk ke dalam ruangan. Kalau jendela sudah terlanjur terpasang, dapat diberi kaca berwarna kuning tua atau hijau tua

untuk menyaring sinar ultraviolet. Untuk mencegah masuknya debu dan berbagai macam serangga, sebaiknya ventilasi udara dan jendela diberi kawat kasa halus.

3. Jarak antara dua buah rak untuk lalu lalang, dianjurkan selebar 90 cm. Jika menggunakan lemari lima laci dijejer satu baris, ruangan lowong didepannya harus 90 cm, jika diletakkan saling berhadapan harus disediakan ruang lowong paling tidak 150 cm, untuk memungkinkan membuka laci-laci tersebut. Lemari lima laci memang tampak lebih rapi dan rekam medis terlindung dari debu dan kotoran dari luar. Dalam hal penggunaan rak-rak terbuka, pemeliharaan kebersihan yang baik, akan memelihara rekam medis tetap rapi.
4. Ruang sebaiknya dilengkapi dengan penerangan, pengaturan temperatur ruangan yang bermanfaat untuk mengendalikan kelembaban udara di dalam ruangan. Kelembaban udara yang baik sekitar 50 – 60% dan temperatur sekitar 60-75°F atau 22-25°C. AC juga bisa mengurangi banyaknya debu. Untuk itu perlu dihidupkan selama 24 jam terus menerus.
5. Ruangan harus selalu bersih dari debu, kertas bekas, putung rokok, maupun sisa makanan.
6. Ruang hendaknya terhindar dari serangan hama perusak atau pemakan kertas arsip, antara lain jamur dan rayap. Untuk menghindarinya dapat digunakan sodium arsenite, dengan meletakkannya di celah-celah lantai. Setiap enam bulan sekali ruangan

disemprot dengan racun serangga seperti: DDT, Dieldrin, Prythrum, Gaama Benzene Hexa chloride, dengan cara menyemprotkan racun pada dinding, lantai dan alat-alat yang terbuat dari kayu.

2.4 Pengamanan Berkas Rekam Medis

Sugiarto dan Wahyono (2015:78) menyatakan bahwa, pengamanan arsip ialah usaha penjagaan agar benda arsip tidak hilang dan agar isi atau informasinya tidak sampai diketahui oleh orang yang tidak berhak. Petugas arsip harus mengetahui persis mana saja arsip yang sangat vital bagi organisasinya, mana arsip yang tidak terlalu penting, mana arsip yang sangat rahasia, dan sebagainya.

Usaha pengamanan antara lain dilakukan dengan cara-cara sebagai berikut:

1. Petugas arsip harus betul-betul orang yang dapat menyimpan rahasia.
2. Harus dilakukan pengendalian dalam peminjaman arsip. Misalnya dapat ditetapkan bahwa peminjaman arsip hanya boleh dilakukan oleh petugas atau unit kerja yang bersangkutan dengan penyelesaian surat itu.
3. Diberlakukan larangan bagi semua orang selain petugas arsip mengambil arsip dari tempatnya.
4. Arsip diletakkan pada tempat yang aman dari pencurian.

Berdasarkan Pedoman Perlindungan, Pengamanan, dan Penyelamatan Dokumen/ Arsip Vital Negara Tahun 2005, Pengamanan fisik arsip dilaksanakan dengan maksud untuk melindungi arsip dari ancaman faktor-faktor pemusnah/ perusak arsip, antara lain:

1. Penggunaan sistem keamanan ruang penyimpanan arsip seperti pengaturan akses, pengaturan ruang simpan, penggunaan sistem alarm dapat digunakan untuk mengamankan arsip dari bahaya pencurian, sabotase, penyadapan dan lain-lain.
2. Penggunaan bangunan kedap air atau menempatkan arsip pada tingkat ketinggian yang bebas dari banjir.
3. Penggunaan struktur bangunan tahan gempa dan lokasi yang tidak rawan gempa, angin topan dan badai.
4. Penggunaan struktur bangunan dan ruangan tahan api serta dilengkapi dengan peralatan alarm dan alat pemadam kebakaran dan lain-lain.

2.5 Pemeliharaan Arsip di Ruang *Filing*

Setiap arsip pasti akan mengalami kerusakan karena disebabkan dari berbagai penyebab sehingga kelangsungan hidup dan usia arsip akan berkurang. Oleh sebab itu, diperlukan cara pemeliharaan arsip agar dapat terus berguna dan dipakai secara terus menerus. Pemeliharaan arsip adalah usaha penjagaan arsip agar kondidi fisiknya tidak rusak selama masih mempunyai nilai guna.

Faktor – faktor penyebab kerusakan arsip dapat dibedakan menjadi 2 yaitu:

1. Faktor Instrinsik

Yaitu penyebab kerusakan yang berasal dari benda arsip itu sendiri, misalnya kualitas kertas, pengaruh tinta, pengaruh lem perekat dan lain-lain. Kertas dibuat dari bahan yang mengandung unsur-unsur kimia. Karena proses kimiawi, kertas akan mengalami perubahan dan rusak. Proses kerusakan itu bisa terjadi dalam waktu yang singkat, bisa pula memakan waktu bertahun-tahun. Demikian pula tinta dan bahan perekat dapat menyebabkan proses kimia yang merusak kertas.

2. Faktor Ekstrinsik

Yaitu penyebab kerusakan yang berasal dari luar benda arsip, yakni:

- a. Faktor lingkungan fisik, yang berpengaruh besar pada kondisi arsip antara lain: temperatur, kelembaban udara, sinar matahari, polusi udara, dan debu.
- b. Biologis, organisme perusak yang kerap merusak arsip antara lain:
 - 1) Jamur merupakan faktor dari temperatur dan kelembaban yang tidak terkontrol, kegiatan jamur sangat cepat karena jamur hidup dari perekat yang berada pada kertas, upaya menghindarinya adalah dengan menempatkan BRM di tempat yang kering dan terang.
 - 2) Kutu buku, untuk membunuh kutu buku cara terbaik dengan jalan fumigasi, yaitu memasukkan berkas-berkas arsip ke dalam suatu ruang tertutup, lalu disemprotkan bahan kimia berupa cairan gas etilena oksida dan karbon dioksida selama 3 jam.
 - 3) Usaha untuk menghindari serangga seperti ngengat, rayap, kecoak, dan tikus, hendaknya disemprot dengan racun serangga seperti DDT, Dieldrin, Pryethrum, dan sebagainya, tetapi jangan sampai mengenai arsip. Untuk mencegah kecoak bisa menggunakan kapur barus di sela-sela buku/ arsip yang kelihatan gelap. Untuk mencegah rayap dapat digunakan sodium arsenit yang dituangkan ke celah-celah lantai.

- c. Kimiawi yaitu kerusakan arsip yang lebih diakibatkan oleh merosotnya kualitas kandungan bahan kimia dari bahan arsip. Zat-zat kimia yang terdapat dalam udara ruang penyimpanan dan arsip sendiri menyebabkan kerusakan kertas. Misalnya, gas asidik, pencemaran atmosfer, debu dan tinta. Gas asidik secara perlahan-lahan akan menyerang selulos, dengan akibat kertas menjadi luntur dan getas.
- d. Kelalaian manusia yang sering terjadi yang dapat menyebabkan arsip bisa rusak adalah percikan bara rokok, tumpahan atau percikan minuman, dan sebagainya (Sugiarto, Agus dan Wahyono, 2015).

Peraturan Kepala Arsip Nasional Republik Indonesia Nomor 06 Tahun

2005 Bab III Tentang Perlindungan Arsip Vital Negara, menyatakan bahwa:

“Perlindungan arsip vital dari penyimpanan khusus seperti almari besi, *filing cabinet* tahan api merupakan struktur yang kokoh dan tahan api yang terbuat dari besi yang tebal berbeda dengan *filing cabinet* yang biasa yang ketebalan besi yang biasa, ruang bawah tanah dan sebagainya. Pemilihan peralatan simpan tergantung pada jenis, media dan ukuran arsip. Namun demikian secara umum peralatan tersebut memiliki karakteristik tidak mudah terbakar (sedapat mungkin memiliki daya tahan sekurang-kurangnya 4 jam kebakaran), kedap air dan bebas medan magnet untuk jenis arsip berbasis magnetik/elektronik. Untuk mutu arsip dengan menggunakan bahan yang bermutu tinggi, kertas, tinta, karbon, lem, dan bahan-bahan lain yang bermutu baik sehingga lebih awet.”

2.6 Aspek Kerahasiaan Berkas Rekam Medis

1. Kerahasiaan Rekam Medis

Menurut Pasal 10 ayat (1) Permenkes RI No. 269/ Menkes/ Per/ III/ 2008 tentang rekam medis, dinyatakan bahwa 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. Akan tetapi, kerahasiaan rekam medis menurut Permenkes tersebut tidak mutlak bersifat rahasia. Meskipun tetap ada kewajiban bagi dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan rumah sakit untuk menjaga kerahasiaan rekam medis, kewajiban tersebut ada batasnya. Adapun yang wajib dijaga kerahasiaannya adalah informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan (Firdaus, 2008:25).

Rumah sakit sebagai pihak penyelenggara pelayanan kesehatan wajib untuk menjamin terjaganya kerahasiaan isi rekam medis sehubungan dengan data masing-masing pasien seperti yang tercantum dalam Undang-undang RI Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 47 ayat (2) yang menyatakan “Rekam medis harus disimpan dan dijaga kerahasiaannya oleh dokter atau dokter gigi dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan” (Firdaus, 2008).

Pada dasarnya terdapat dua kategori informasi yang bersumber dari rekam medis (Depkes, 2006) yaitu:

1. Informasi yang mengandung nilai kerahasiaan

Yaitu laporan atau catatan yang terdapat dalam berkas rekam medis sebagai hasil pemeriksaan, pengobatan, observasi atau wawancara dengan pasien.

2. Informasi yang tidak mengandung nilai kerahasiaan

Jenis Informasi yang dimaksud adalah perihal identitas (nama, alamat, dan lain-lain) serta informasi yang tidak mengandung nilai medis. Informasi ini terdapat dalam lembaran paling depan berkas rekam medis rawat jalan

maupun rawat inap (Ringkasan Riwayat Klinik ataupun Ringkasan Masuk dan Keluar).

Informasi-informasi tersebut bisa dibuka atas permintaan pasien sendiri atau demi kepentingan kesehatan pasien. Selain itu, informasi tadi bisa dibuka atas permintaan aparat penegak hukum asalkan mendapat perintah dari pengadilan. Bisa juga karena permintaan instansi/ lembaga lain, dan untuk kepentingan penelitian, pendidikan, atau audit medis (Firdaus, 2008:26).

Berdasarkan Pasal 10 ayat (3) Permenkes RI No. 269/ Menkes/ Per/ III/ 2008 tentang Rekam Medis, pemeriksaan rekam medis untuk tujuan sebagaimana di atas, harus dilakukan secara tertulis kepada pimpinan sarana pelayanan kesehatan. Tanpa adanya izin tertulis dari pasien, dokter/ dokter gigi tidak diperbolehkan memberikan penjelasan tentang informasi dalam rekam medis kepada publik. Oleh karena itu, untuk melindungi kerahasiaan informasi dalam rekam medis dibuat ketentuan sebagai berikut:

1. Hanya petugas rekam medis yang diijinkan masuk ruang penyimpanan dokumen rekam medis.
2. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi rekam medis untuk badan-badan atau perorangan, kecuali yang telah ditentukan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku.
3. Selama penderita dirawat, rekam medis menjadi tanggung jawab perawat ruangan dan menjaga kerahasiaannya (Firdaus, 2008:27).

Berkas rekam medis berisi data individual yang bersifat rahasia, maka setiap lembar formulir berkas rekam medis harus dilindungi dengan cara dimasukkan ke dalam folder atau map sehingga setiap folder berisi data dan informasi hasil pelayanan yang diperoleh pasien secara individu (Budi, 2011).

Sifat kerahasiaan rekam medis ini sangat perlu untuk diperhatikan, karena ada sangkut pautnya dengan hak penderita. Apabila isi rekam medis dipaparkan tanpa izin penderita, maka penderita yang dirugikan.

2. Rahasia Medis

Rahasia medis adalah rahasia milik pasien. Rahasia itu didokumentasikan di dalam rekam medis pasien yang harus disimpan dengan baik, tidak boleh dibaca atau diketahui isinya oleh sembarang orang tanpa persetujuan pasiennya. Jika ada pihak ketiga, misalnya asuransi minta data pasien kepada rumah sakit atau dokternya, maka hal ini hanya boleh diberikan dengan adanya surat persetujuan tertulis dari pasien. Keterangan yang diberikan hanya terbatas pada keterangan yang dibutuhkan saja (Guwandi, 2005:23).

Rahasia medis menurut Fred Ameln dalam Hendrik (2018:51), adalah:

1. Segala sesuatu yang oleh pasien secara sadar atau secara tidak disadari disampaikan kepada tenaga kesehatan
2. Segala sesuatu yang oleh tenaga kesehatan telah diketahuinya sewaktu mengobati atau merawat pasien.

Kewajiban menyimpan rahasia medis ini terkait dengan hubungan kepercayaan antara pasien dan tenaga kesehatan. Dimana pasien percaya kemampuan profesional tenaga kesehatan yang dapat membantu meringankan penderitanya dan pasien percaya bahwa tenaga kesehatan akan menjaga rahasia yang disampaikan kepada tenaga kesehatan.

3. Tanggung Jawab Pimpinan Terhadap Rekam Medis

Pimpinan sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan, dan penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis. Karena itu rekam medis disimpan dalam batas waktu tertentu, pemberian izin untuk penelitian dan pemeriksaan di pengadilan untuk kepentingan penegakan hukum (Siswati, 2013).

Menurut Permenkes RI No. 269/ Menkes/ Per/ III/ 2008 pada Pasal 8 ayat 1, dinyatakan bahwa Rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 tahun dihitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan. Setelah batas waktu 5 tahun, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik (Pasal 8 ayat 2). Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik harus disimpan untuk jangka waktu 10 tahun dihitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut (Pasal 8 ayat 3). Penyimpanan rekam medis dan ringkasan pulang dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan (Pasal 8 ayat 4).

2.7 Standar Prosedur Operasional (SPO)

Setiap organisasi bagaimanapun bentuk dan jenisnya, membutuhkan sebuah panduan sebagai pedoman dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya. Menurut Peraturan Kementerian PAN dan RB RI No. 35 Tahun 2012 dinyatakan bahwa “Standar Prosedur Operasional adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan”.

Tambunan, Rudi, (2013:3), menyatakan bahwa “SPO adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur standar yang ada didalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa setiap keputusan, langkah, atau tindakan, dan penggunaan fasilitas pemrosesan yang dilaksanakan oleh orang-orang didalam suatu organisasi, telah berjalan secara efektif, konsisten, standar, dan sistematis”.

Suatu organisasi tentu menerapkan suatu prosedur yang diterapkan dalam suatu pekerjaan yang berisi langkah- langkah kerja dengan tujuan dapat mencapai hasil kerja yang diharapkan atau hasil minimum yang diharapkan. Maka dari itu dibuatlah SPO yang diterapkan perusahaan dalam mencapai tujuan yang diharapkan perusahaan. (Chrisyanti, 2011:203) menyatakan bahwa perumusan SPO menjadi relevan karena sebagai tolak ukur dalam menilai efektivitas dan efisiensi kinerja perusahaan dalam melaksanakan program kerjanya.

Menurut Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi (KARS, 2012), SPO adalah suatu perangkat instruksi/ langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu. Tujuan SPO disusun agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten/ seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku.

Manfaat SPO dalam buku Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi KARS 2012, adalah :

1. memenuhi persyaratan standar pelayanan RS/ Akreditasi RS
2. mendokumentasikan langkah-langkah kegiatan
3. memastikan staf RS memahami bagaimana melaksanakan pekerjaannya.

2.8 Skala Likert

Sugiyono (2015:93) menyatakan bahwa, “Skala likert digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial”. Dalam penelitian, fenomena sosial ini telah ditetapkan secara spesifik oleh peneliti, yang selanjutnya disebut sebagai variabel penelitian. Dengan skala likert, maka variabel yang akan diukur dijabarkan menjadi indikator variabel. Kemudian indikator-indikator tersebut dijadikan sebagai titik tolak untuk menyusun item-item instrumen yang dapat berupa pernyataan atau pertanyaan. Jawaban setiap item instrumen yang menggunakan skala Likert mempunyai gradasi dari sangat positif sampai sangat negatif, yang dapat berupa kata-kata antara lain:

- | | | | |
|------------------------|-------|----------------------|-------|
| a. Sangat Setuju | (SS) | a. Sangat Baik | (SB) |
| b. Setuju | (S) | b. Baik | (B) |
| c. Tidak Setuju | (TS) | c. Tidak Baik | (TB) |
| d. Sangat Tidak Setuju | (STS) | d. Sangat Tidak Baik | (STB) |

Untuk keperluan analisis secara kuantitatif, maka jawaban-jawaban tersebut diberi skor :

Sangat Setuju/ Sangat Baik	Skor 4
Setuju/ Baik	Skor 3
Tidak Setuju/ Tidak Baik	Skor 2
Sangat Tidak Setuju/Sangat Tidak Baik	Skor 1

Interval dari Kriteria penilaian jawaban responden:

$$\text{Panjang rentang interval} = \frac{\text{Rentang Interval (data terbesar–data terkecil)}}{\text{Banyak Kelas Interval}}$$

Interval dan penilaian rata-rata diasumsikan sebagai berikut:

1. 1 – 1,74 = Sangat Tidak Sesuai
2. 1,75 - 2,49 = Tidak Sesuai
3. 2,5 – 3,24 = Sesuai
4. 3,25 – 4 = Sangat Sesuai