

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit pada Bab 1 Pasal 1 menyatakan bahwa “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat” (Permenkes RI, 2020).

2.1.2 Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada Bab 3 Pasal 5 dinyatakan bahwa rumah sakit mempunyai fungsi:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan (Undang-Undang RI, 2009).

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Definisi Rekam Medis

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis dalam Bab 1 Pasal 1 menyatakan bahwa “Rekam medis adalah berkas yang

berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien” (Permenkes RI, 2008).

Rekam medis tidak hanya sekedar catatan, tetapi memuat segala informasi mengenai seorang pasien yang akan digunakan sebagai dasar dalam menentukan tindakan lebih lanjut terhadap pasien.

2.2.2 Tujuan Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II 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 (Departemen Kesehatan RI, 2006).

2.2.3 Kegunaan Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II, kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek:

1. Aspek Administrasi

Rekam medis memiliki nilai administrasi, karena didalamnya berisi mengenai tindakan berdasarkan wewenang serta tanggung jawab tenaga medis dan paramedis dalam tercapainya tujuan pelayanan kesehatan. Rekam medis sebagai kebutuhan administrasi dalam pelayanan kesehatan dari awal pasien diterima baik rawat darurat, rawat jalan, maupun rawat inap, sampai pasien tersebut pulang.

2. Aspek Medis

Rekam medis memiliki nilai medis, karena catatan yang ada dalam rekam medis digunakan sebagai dasar perencanaan pengobatan pasien dalam rangka mempertahankan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

3. Aspek Hukum

Rekam medis memiliki nilai hukum, karena isi dari rekam medis menyangkut masalah terkait jaminan kepastian hukum dan digunakan sebagai tanda bukti dalam menegakkan keadilan. Rekam medis yang bermuatan hukum berguna untuk penelusuran kembali atas suatu kejadian pelayanan kesehatan dari runtutan catatan yang telah terekam di dalamnya.

4. Aspek Keuangan

Rekam medis memiliki nilai uang, karena mengandung data dan informasi yang digunakan sebagai aspek keuangan. Rekam medis dapat digunakan dalam perhitungan biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien.

5. Aspek Penelitian

Rekam medis memiliki nilai penelitian, karena berisi data dan informasi yang digunakan sebagai aspek pendukung penelitian dalam rangka mengembangkan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan. Dalam menggunakan informasi yang ada dalam rekam medis perlu diperhatikan etika serta peraturan perundangan yang berlaku.

6. Aspek Pendidikan

Rekam medis memiliki nilai pendidikan, karena berisi data dan informasi terkait perkembangan kronologis dan pelayanan medis yang telah diberikan kepada pasien serta digunakan sebagai referensi pembelajaran dibidang pendidikan kesehatan. Dalam menggunakan informasi yang ada dalam rekam medis perlu diperhatikan etika serta peraturan perundangan yang berlaku.

7. Aspek Dokumentasi

Rekam medis memiliki nilai dokumentasi, karena mengandung sumber ingatan yang harus didokumentasi sebagai bahan pertanggung jawaban serta digunakan sebagai laporan rumah sakit (Departemen Kesehatan RI, 2006).

2.2.4 Manfaat Rekam Medis

Rekam medis memiliki manfaat secara umum, antara lain:

1. Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.
2. Sebagai dasar dalam perencanaan pengobatan yang akan diberikan kepada pasien.
3. Sebagai bahan bukti atas semua tindakan pelayanan yang diberikan selama pasien dirawat di rumah sakit.
4. Sebagai bahan analisa dan evaluasi terkait kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
5. Sebagai perlindungan hukum untuk pasien, rumah sakit, dokter maupun tenaga kesehatan lainnya.

6. Sebagai penyediaan data khusus yang berguna untuk bahan penelitian dan pendidikan.
7. Sebagai dasar dalam menghitung biaya pelayanan medis.
8. Sebagai sumber ingatan, bahan pertanggung jawaban dan untuk laporan rumah sakit.

2.3 Sistem Penyimpanan Rekam Medis

Sistem penyimpanan adalah suatu sistem yang digunakan untuk penyimpanan dokumen sehingga dapat memudahkan dalam kerja penyimpanan serta penemuan kembali dokumen yang telah disimpan jika dokumen tersebut sewaktu-waktu dibutuhkan (Sugiarto & Wahyono, 2015).

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II terdapat dua cara dalam penyimpanan dokumen rekam medis, yaitu:

1. Sentralisasi

Sentralisasi merupakan penyimpanan dokumen rekam medis menjadi satu kesatuan baik dari catatan kunjungan poliklinik (rawat jalan) maupun catatan selama pasien dirawat dirumah sakit (rawat inap). Sistem sentralisasi memiliki kelebihan dan kekurangan, antara lain:

a. Kelebihan:

- 1) Meminimalisir terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan serta penyimpanan dokumen rekam medis.
- 2) Meminimalkan jumlah biaya dalam penggunaan peralatan dan ruangan.
- 3) Memudahkan dalam standarisasi tata kerja dan peraturan terkait kegiatan pencatatan medis.
- 4) Memungkinkan untuk meningkatkan efisiensi kerja petugas penyimpanan.
- 5) Memudahkan dalam penerapan sistem unit *record*.

b. Kekurangan:

- 1) Dikarenakan harus menangani unit rawat jalan dan rawat inap sehingga petugas menjadi lebih sibuk.
- 2) Harus bertugas selama 24 jam pada tempat penerimaan pasien.

2. Desentralisasi

Desentralisasi merupakan sistem penyimpanan yang memisahkan antara dokumen rekam medis pasien rawat jalan dengan dokumen rekam medis pasien

rawat inap. Kedua jenis dokumen tersebut disimpan di tempat penyimpanan yang terpisah. Sistem sentralisasi memiliki kelebihan dan kekurangan, antara lain:

- a. Kelebihan:
 - 1) Pasien mendapatkan pelayanan yang lebih cepat karena efisiensi waktu.
 - 2) Beban kerja yang dimiliki petugas menjadi lebih ringan.
- b. Kekurangan:
 - 1) Dapat terjadinya duplikasi dalam pembuatan dokumen rekam medis.
 - 2) Pengeluaran biaya menjadi lebih banyak dalam hal peralatan dan ruangan (Departemen Kesehatan RI, 2006).

2.4 Ruang Penyimpanan Rekam Medis

Ruang penyimpanan rekam medis (*filing*) merupakan tempat untuk menyimpan dokumen rekam medis rawat jalan dan rawat inap. Ruang *filing* adalah salah satu bagian dari unit rekam medis yang bertugas sebagai penyimpanan dan pengembalian dokumen rekam medis (Budi, 2011). Dalam memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien, penyimpanan dokumen rekam medis harus dikelola dengan baik.

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II, dalam memelihara dan meningkatkan produktivitas petugas ruang *filing* perlunya alat penyimpanan, penerangan, pengaturan suhu serta pemeliharaan ruangan yang baik. Alat penyimpanan pada umumnya memakai *Open self file unit* (rak terbuka), *Five-drawer file cabinet* (lemari lima laci), dan *Roll O'pack* (rak *file* statis dan dinamis) merupakan alat penyimpanan yang lebih modern. Penggunaan *Roll O'pack* dapat menghemat ruangan karena tidak terlalu memakan tempat dan menampung banyak dokumen rekam medis, namun *Roll O'pack* memiliki harga yang mahal. Penggunaan *Open self file unit* atau rak terbuka lebih dianjurkan karena selain memiliki harga yang murah, petugas dapat melakukan pengambilan dan penyimpanan dokumen rekam medis lebih cepat.

Ruang penyimpanan arsip menurut (Mulyono et al., 2011) harus memperhatikan standar ruang penyimpanan, antara lain:

1. Ruang yang tidak terlalu lembab dengan mengatur suhu sekitar 65⁰F sampai 75⁰F atau 22⁰C sampai 25⁰C serta kelembaban udara sekitar 50% sampai 60%. Penggunaan AC juga diperlukan untuk mengurangi banyaknya debu, sehingga AC perlu dinyalakan selama 24 jam terus menerus.
2. Ruang yang terhindar dari serangan hama pemakan kertas seperti rayap dan jamur. Dalam menghindari hal tersebut dapat dilakukan penyemprotan racun serangga pada dinding, ruangan, lantai serta alat-alat yang berbahan kayu setiap enam bulan sekali.
3. Untuk menjaga keamanan arsip yang bersifat rahasia, sebaiknya ruangan penyimpanan terpisah dari ruangan kantor lain. Sehingga dapat mengurangi lalu lintas petugas lainnya dan menghindari petugas lain memasuki ruangan tersebut untuk menghindari terjadinya pencurian arsip.
4. Jarak antara dua rak sebaiknya memiliki lebar 90 cm. Apabila penggunaan lemari lima laci dijejerkan dalam satu baris dan jika lemari lima laci diletakkan saling berhadapan harus tersedia ruang lowong 150 cm agar dapat membuka laci tersebut. Untuk penggunaan rak terbuka harus memperhatikan pemeliharaan kebersihan yang baik, agar dokumen rekam medis tetap rapi.

Ruang penyimpanan rekam medis (*filing*) hendaknya memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Dalam menjaga aspek kerahasiaan rekam medis, ruang penyimpanan (*filing*) memiliki ruangan khusus yang terpisah dari pelayanan lain dan tidak berkaitan langsung dengan pelayanan rekam medis. Sehingga hanya pihak yang berhak yang boleh mengetahui isi dokumen rekam medis.
2. Ruang *filing* sebaiknya dalam keadaan tertutup dan memiliki pintu yang dapat dikunci atau bisa juga dilengkapi dengan *Fingerprint Door Lock*. Hal tersebut terlihat sederhana atau bahkan berlebihan, namun pada kenyataannya masih dijumpai rumah sakit yang ruang *filing* tidak memiliki pintu atau terdapat pintu tetapi dalam keadaan tidak terkunci sehingga dapat menyebabkan orang lain yang tidak berhak dapat memasuki ruang *filing* dengan leluasa.

3. Ruang yang bersih dan terawat dengan baik. Hal ini terkait dengan aspek keamanan dari rekam medis, ruangan harus aman secara fisik dari gangguan manusia, hewan dan alam. Kerusakan pada dokumen juga dapat disebabkan oleh rayap, kecoa, dan serangga pemakan kertas lainnya. Gangguan dari alam diupayakan untuk terhindar dari air, api, debu serta terpapar langsung dengan cahaya matahari. Tersedianya alat pemadam api ringan (APAR) pada ruang *filig* adalah hal yang penting. Mencegah kebocoran dan genangan air dari banjir juga perlu diperhatikan. Mengabaikan ketertiban dalam penggunaan listrik juga dapat menyebabkan sumber api, yang dimana hal tersebut dapat menghancurkan dokumen. Selain itu hal yang perlu diperhatikan adalah kebersihan serta pemeliharaan ruang *filig* yaitu dengan ventilasi udara yang stabil dan kelembaban ruangan.

2.5 Keamanan Dokumen Rekam Medis

Pengamanan arsip merupakan usaha dalam menjaga arsip agar tidak hilang dan isi informasi didalamnya tidak sampai diketahui oleh orang yang tidak memiliki kewenangan (Sugiarto & Wahyono, 2015). Keamanan rekam medis merupakan proteksi informasi pelayanan kesehatan dari kehilangan, kerusakan atau bahkan perubahan data akibat ulah dari pihak yang tidak berhak.

Berdasarkan Peraturan Kepala Arsip Nasional Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2013 tentang Pelaksanaan Program Arsip Vital di Lingkungan Arsip Nasional Republik Indonesia dalam Bab III menyatakan bahwa “Pengamanan fisik arsip vital dilaksanakan dengan maksud untuk melindungi arsip dari ancaman faktor-faktor pemusnah atau perusak arsip. Contoh pengamanan fisik arsip vital adalah:

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. Menempatkan arsip vital pada tingkat ketinggian yang bebas dari banjir.
3. Struktur bangunan tahan gempa dan lokasi yang tidak rawan gempa, angin topan dan badai.
4. Penggunaan ruangan tahan api serta dilengkapi dengan peralatan alarm dan alat pemadam kebakaran dan lain-lain” (Arsip Nasional Republik Indonesia, 2013).

Setiap dokumen akan mengalami kerusakan yang disebabkan oleh berbagai penyebab. Faktor-faktor yang menjadi penyebab kerusakan dokumen dapat dibedakan menjadi dua, yakni sebagai berikut:

1. Faktor Intrinsik

Penyebab kerusakan yang berasal dari dokumen itu sendiri, seperti kualitas kertas, pengaruh lem perekat dan pengaruh tinta. Kertas terbuat dari bahan yang mengandung unsur kimia. Akibat dari proses kimiawi, kertas akan mengalami perubahan atau bahkan mengalami kerusakan. Proses kerusakan tersebut dapat terjadi dalam waktu singkat atau bahkan memakan waktu bertahun-tahun. Demikian pula bahan perekat serta tinta menjadi penyebab dari proses kimia yang dapat merusak kertas.

2. Faktor Ekstrinsik

Penyebab kerusakan yang berasal dari luar dokumen, antara lain:

- a. Faktor lingkungan fisik, seperti suhu, kelembaban udara, debu, dan sinar matahari.
- b. Biologis, organisme perusak yang dapat merusak dokumen antara lain:
 - 1) Kutu buku, cara untuk membunuh kutu buku yaitu dengan fumigasi atau memasukkan dokumen dalam ruangan tertutup kemudian disemprotkan

dengan bahan kimia berupa cairan gas etilena oksida serta karbon dioksida.

- 2) Jamur, disebabkan karena kelembaban dan temperatur ruangan yang tidak terkontrol. Jamur dapat hidup dari perekat yang ada pada kertas, agar dokumen terhindar dari jamur yaitu dengan menempatkan dokumen di tempat yang kering dan terang.
 - 3) Upaya agar terhindar dari serangga seperti rayap, ngengat, tikus dan kecoak yaitu dengan menyemprotkan racun serangga seperti *Dichloro Diphenyl Trichloroethane* (DDT), *Dieldrin* dan sebagainya, namun dalam penyemprotan jangan sampai mengenai dokumen. Untuk mencegah rayap dapat menggunakan *sodium arsenite* dengan menuangkan kecelah-celah lantai. Dan untuk mencegah kecoak dapat menggunakan kapur barus pada sela-sela dokumen yang terlihat gelap (Putri & Rahmah, 2018).
- c. Kimiawi, kerusakan dokumen yang disebabkan karena merosotnya kualitas kandungan bahan kimia dari bahan dokumen. Zat kimia yang ada dalam udara ruangan penyimpanan dan dokumen dapat menyebabkan kerusakan kertas. Seperti gas asidik, debu, tinta dan pencemaran atmosfer. Gas asidik dapat mengakibatkan kertas menjadi luntur dan getas.

2.6 Sifat Data Rekam Medis

Informasi yang terdapat dalam dokumen rekam medis memiliki sifat rahasia karena menjelaskan hubungan khusus antara pasien dengan dokter yang harus

dilindungi dari pembocoran sesuai dengan kode etik kedokteran serta peraturan perundang-undangan yang berlaku. Sebagai penyelenggara kesehatan, sarana pelayanan kesehatan berkewajiban dalam menjamin kerahasiaan isi dari dokumen rekam medis terkait dengan data setiap pasien. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis pada Bab IV Pasal 10 Ayat (1) menyatakan 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” (Permenkes RI, 2008).

Menurut Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II, pada dasarnya terdapat dua kategori informasi yang bersumber dari rekam medis:

1. Informasi yang mengandung nilai kerahasiaan, yaitu laporan atau catatan yang ada dalam dokumen rekam medis seperti hasil pemeriksaan, pengobatan dan hasil observasi kepada pasien. Informasi tersebut tidak diperbolehkan untuk disebar luaskan kepada pihak yang tidak memiliki kewenangan terkait informasi pribadi pasien.
2. Informasi yang tidak mengandung nilai kerahasiaan, yaitu terkait identitas pasien seperti nama, alamat dan lain sebagainya serta informasi yang tidak mengandung nilai medis (Departemen Kesehatan RI, 2006).

Seperti yang telah ditetapkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis pada Bab IV Pasal 10 Ayat (2) bahwa “Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal:

- a. Untuk kepentingan kesehatan pasien.
- b. Memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan.
- c. Permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri.
- d. Permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan.
- e. Untuk kepentingan penelitian, pendidikan dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien” (Permenkes RI, 2008).

Untuk melindungi dan menjaga kerahasiaan informasi yang terdapat dalam dokumen rekam medis, maka dibuat ketentuan sebagai berikut:

1. Hanya petugas rekam medis yang diperbolehkan masuk ke dalam ruang penyimpanan dokumen rekam medis (*filing*).
2. Tidak diperbolehkan mengutip sebagian atau seluruh isi dari rekam medis untuk badan-badan atau perorangan, kecuali yang telah ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku.
3. Selama pasien melakukan perawatan, dokumen rekam medis menjadi tanggung jawab perawat ruangan serta harus dijaga kerahasiaannya (Firdaus, 2008).

2.7 Standar Prosedur Operasional (SPO)

Standar Prosedur Operasional, disebut juga dengan “Prosedur” merupakan dokumen yang jelas dan rinci untuk menggambarkan metode yang digunakan dalam melaksanakan kebijakan dan kegiatan produksi sebagaimana diatur dalam pedoman. Pada dasarnya prosedur adalah petunjuk tertulis sebagai pedoman dalam menyelesaikan suatu tugas rutin atau berulang secara efektif dan efisien, untuk menghindari penyimpangan yang dapat mempengaruhi kinerja organisasi secara keseluruhan (Soemohadiwidjojo, 2014). Standar Prosedur Operasional yang baik adalah prosedur yang berisi informasi serta langkah-langkah yang dapat dipahami secara akurat, sehingga memudahkan kepatuhan terhadap lingkungan. Dalam membuat SPO sebaiknya dengan melihat kegiatan yang berlangsung di lapangan, kemudian kegiatan tersebut disusun berdasarkan yang terjadi di lapangan.

Menurut Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi, penyusunan Standar Prosedur Operasional bertujuan untuk melaksanakan proses kerja rutin secara efektif, efisien dan konsisten, sehingga dalam memenuhi standar yang berlaku dapat meningkatkan mutu pelayanan. Standar Prosedur Operasional memiliki manfaat sebagai berikut:

1. Untuk memenuhi persyaratan dalam standar pelayanan rumah sakit atau akreditasi rumah sakit.
2. Sebagai dokumentasi langkah-langkah kegiatan.
3. Untuk memastikan staf/pegawai rumah sakit memahami bagaimana pelaksanaan pekerjaannya (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2012).

Berdasarkan Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi, isi dari Standar Prosedur Operasional terdiri dari:

1. Pengertian

Berisi penjelasan atau definisi mengenai istilah yang sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian.

2. Tujuan
Berisi tujuan pelaksanaan Standar Prosedur Operasional (SPO) secara spesifik.
3. Kebijakan
Berisi kebijakan Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit yang mendasari dibuatnya SPO, kemudian diikuti dengan peraturan atau keputusan terkait kebijakan tersebut.
4. Prosedur
Berisi penjabaran langkah-langkah kegiatan dalam menyelesaikan proses kerja tertentu.
5. Unit Terkait
Berisi unit-unit dan prosedur yang terkait dalam proses kerja tersebut (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2012).