

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rekam Medis

2.1.1 Pengertian Rekam Medis

Menurut Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis, 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 2008).

Pengertian tersebut memberikan gambaran tentang arti Rekam Medis yang memiliki arti cukup luas, tidak hanya sebatas berkas yang digunakan untuk menulis data pasien tetapi juga dapat berupa rekaman dalam bentuk sistem informasi (Rekam Medis Elektronik) yang dapat digunakan untuk mengumpulkan segala informasi pasien terkait pelayanan yang diberikan di fasilitas pelayanan kesehatan sehingga dapat digunakan untuk berbagai keperluan, seperti pengambilan keputusan untuk pengobatan pasien, bukti legal mengenai pelayanan yang telah diberikan dan dapat juga sebagai bukti hukum.

2.1.2 Kegunaan Rekam Medis

Berdasarkan Buku Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi ke II Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2006:13-15). Kegunaan Rekam Medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain :

1. Aspek Administrasi

Dalam BRM memiliki nilai administrasi, dikarenakan isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawan sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. Aspek Medis

Suatu BRM mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau

perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen risiko klinis serta keamanan atau keselamatan pasien dan kendali biaya.

3. Aspek Hukum

Suatu BRM mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan, Rekam Medis adalah milik Dokter dan rumah sakit sedangkan isinya yang terdiri dari Identitas Pasien, Pemeriksaan, Pengobatan, Tindakan dan Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien adalah sebagai informasi yang dapat dimiliki oleh pasien sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku (UU Praktik Kedokteran RI No.29 Tahun 2004 Pasal 46 ayat (1), Penjelasan).

4. Aspek Keuangan

Suatu BRM mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan. Kaitannya Rekam Medis dengan aspek keuangan sangat erat sekali dalam hal pengobatan, terapi serta tindakan-tindakan apa saja yang diberikan kepada seorang pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit, oleh karena itu penggunaan sistem teknologi komputer didalam proses penyelenggaraan Rekam Medis sangat diharapkan sekali untuk diterapkan pada setiap instansi pelayanan kesehatan.

5. Aspek Penelitian

Suatu BRM mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

6. Aspek Pendidikan

Suatu BRM mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data dan informasi tentang perkembangan kronologis 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 BRM mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi informasi dapat diaplikasikan penerapannya didalam penyelenggaraan dan pengelolaan Rekam Medis yang cukup efektif dan efisien. Pendokumentasian data medis seorang pasien dapat dilaksanakan dengan mudah dan efektif sesuai aturan serta prosedur yang telah ditetapkan.

2.2 Penyusutan BRM

2.2.1 Pengertian Penyusutan BRM

Penyusutan atau retensi berarti mengurangi jumlah Rekam Medis yang ada di rak aktif dengan memilah yang inaktif, memindahkannya ke ruang penyimpanan Rekam Medis inaktif, menilai, lalu memusnahkan yang tidak memiliki nilai guna sesuai aturan yang berlaku. Akan tetapi, terdapat rumah sakit yang mengalih mediakan Rekam Medis inaktif tersebut sebelum dimusnahkan. Alih media ini dilakukan dari lembaran kertas menjadi microfilm atau dilakukan pemindaian (*scan*) menjadi file pada media elektronik.

Penyusutan atau retensi merupakan pengurangan jumlah formulir yang terdapat di dalam BRM dengan cara memilah nilai guna dari tiap formulir.

2.2.2 Tujuan Penyusutan BRM

Tujuan dilaksanakannya penyusutan atau retensi, sesuai dengan Departemen Kesehatan Republik Indonesia buku pedoman penyelenggaraan Rekam Medis (2006:99) adalah sebagai berikut :

1. Mengurangi jumlah berkas Rekam Medis yang semakin bertambah.
2. Menyiapkan fasilitas yang cukup untuk tersedianya tempat penyimpanan berkas Rekam Medis yang baru.
3. Tetap menjaga kualitas pelayanan dengan mempercepat penyiapan Rekam Medis jika sewaktu-waktu diperlukan.

4. Menyelamatkan Rekam Medis yang bernilai guna rendah atau nilai gunanya telah menurun.

2.2.3 Ketentuan Pemusnahan BRM

Ketentuan pemusnahan BRM, sesuai dengan Departemen Kesehatan Republik Indonesia buku pedoman penyelenggaraan Rekam Medis (2006:100) adalah sebagai berikut :

1. Dibentuk tim pemusnah BRM dengan surat keputusan direktur yang beranggotakan sekurang-kurangnya dari: Ketata Usahaan (Adminitrasi), Unit Penyelenggaraan Rekam Medis, Unit Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap dan Komite Medik.
2. Formulir Rekam Medis mempunyai nilai guna tertentu tidak dimusnahkan tetapi disimpan dalam jangka waktu tertentu dengan ketentuan yang berlaku.
3. Membuat pertelaan arsip bagi Rekam Medis aktif yang telah dinilai.
4. Daftar pertelaan Rekam Medis yang akan dimusnahkan oleh tim pemusnah, dilaporkan kepada Direktur Rumah Sakit dan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI.
5. Berita acara pelaksanaan pemusnahan dikirim kepada pemilik rumah sakit dan kepada Direktur Jenderal Pelayanan Medis Departemen Kesehatan RI.

2.2.4 Dasar Hukum

Menurut Permenkes RI No. 269/MenKes/Per/III/2008 (Permenkes RI, 2008) tentang Rekam Medis:

Pasal 8 ayat (1): Rekam Medis Pasien Rawat Inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.

Pasal 8 ayat (2): Setelah batas waktu 5 (lima) tahun sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dilampaui, Rekam Medis dapat dimusnahkan kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik.

Pasal 8 ayat (3): Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus disimpan untuk jangka waktu 10 (sepuluh) tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.

2.2.5 Tatacara Pemindahan BRM Aktif ke In Aktif

Pemindahan BRM aktif ke inaktif merupakan kegiatan memindahkan file Rekam Medis aktif ke inaktif yang ada di penyimpanan Rekam Medis.

Berikut ini adalah tatacara pemindahannya:

1. Dilihat dari tanggal kunjungan terakhir yang dilakukan oleh pasien.
2. Setelah 5 (lima) tahun dari kunjungan Rekam Medis dipisahkan di ruangan yang berbeda.
3. Rekam Medis dikelompokkan berdasarkan tahun terakhir kunjungan.

2.2.6 Jadwal Retensi Arsip RM

Berdasarkan Surat Edaran Dirjen Pelayan Medik Nomor HK.00.06.1.5.01160 1995 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir RM Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di rumah sakit, untuk pertama kalinya sebelum melakukan retensi harus ditetapkan jadwal retensi arsip Rekam Medis terlebih dahulu dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 2.1 Jadwal Retensi Arsip Umum

Keluhan penyakit	Aktif		In aktif	
	Rawat Inap (tahun)	Rawat Jalan (tahun)	Rawat Inap (tahun)	Rawat Jalan (tahun)
Umum	5	5	2	2

Keluhan penyakit	Aktif		In aktif	
	Rawat Inap (tahun)	Rawat Jalan (tahun)	Rawat Inap (tahun)	Rawat Jalan (tahun)
Mata	5	10	2	2
Jiwa	10	5	5	5
Orthopedi	10	10	2	2
Kusta	15	15	2	2
Ketergantungan Obat	15	15	2	2
Jantung	10	10	2	2
Paru	5	10	2	2

Sumber: Jadwal Retensi Arsip (Direktur Jenderal Pelayanan Medik, 1995)

2.3 Standar Prosedur Operasional (SPO)

2.3.1 Pengertian SPO

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 512/Menkes/PER/IV/2007 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran Bab I Pasal 1 ayat 10 SPO adalah suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu yang memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi (Permenkes RI, 2007).

Tujuan dari terciptanya SPO adalah agar proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten, seragam dan aman dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku.

Manfaat dari adanya SPO Rumah Sakit adalah :

1. Untuk memenuhi persyaratan standar pelayanan Rumah Sakit atau Akreditasi Rumah Sakit.
2. Sebagai dokumentasi langkah-langkah kegiatan atau prosedur.
3. Untuk memastikan staf rumah sakit bekerja sesuai prosedur dan memahami bagaimana pekerjaan tersebut seharusnya dilaksanakan.

2.3.2 Format SPO

Berdasarkan Buku Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi:

1. Format SPO sesuai dengan lampiran Surat Edaran Direktur Pelayanan Medik Spesialistik nomer YM.00.02.2.2.837 tertanggal 1 Juni 2001.
2. Format mulai diberlakukan 1 Januari pada tahun, 2002.
3. Format merupakan format minimal, format ini dapat diberi tambahan materi misalnya nama penyusun SPO, unit yang memeriksa SPO, dll. Namun tidak diperbolehkan untuk mengurangi item- item yang sudah ada pada SPO.

4. Berikut ini adalah format SPO

Tabel 2.2 Format SPO

Logo dan Nama RS	JUDUL SPO		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
SPO	Tanggal terbit :	Ditetapkan : Direktur RS	
PENGERTIAN			
TUJUAN			
KEBIJAKAN			
PROSEDUR			
UNIT TERKAIT			

Sumber : Komisi Akreditasi Rumah Sakit 2012.

2.3.3 Isi SPO

Berdasarkan Buku Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi:

Pengertian : Berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian.

Tujuan : Berisi tujuan pelaksanaan SPO secara spesifik. Kata kunci : ” Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk...”

- Kebijakan : Berisi kebijakan Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit yang menjadi dasar dibuatnya SPO tersebut. Dicantumkan kebijakan yang mendasari SPO tersebut, kemudian diikuti dengan peraturan atau keputusan dari kebijakan terkait.
- Prosedur : Bagian ini merupakan bagian utama berisi mengenai langkah- langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu.
- Unit Terkait : Berisi unit yang berkaitan dalam proses kerja tersebut.