

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

Rumah Sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Menurut (Rikomah, 2017) rumah sakit memiliki tugas dan fungsi berdasarkan undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit. Sebagaimana tugas rumah sakit adalah melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan, rumah sakit juga mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Sedangkan untuk fungsi rumah sakit adalah :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Pelayanan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Menurut Rikomah, 2017 Faktor - Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Pelayanan di rumah sakit, diantaranya yaitu:

a. Klinis

Pelayanan kesehatan yang diberikan di rumah sakit terkait dengan pelayanan dokter, perawat dan terkait dengan teknis medis

b. Efisiensi dan efektifitas

Pelayanan kesehatan yang mudah pengaksesanya, tepat guna, diagnose yang tepat dan terapi yang diberikan tepat akan sangat memengaruhi dalam hal peningkatan kualitas pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan di rumah sakit.

c. Keamanan pasien

Pelayanan yang meberikan upaya perlindungan terhadap pasien, misalnya perlindungan jatuh dari tempat tidur, kebakaran sanga harus diperhatikan karena adanya pengurangan angka kejadian kecelakaan pada pasien maupun tenaga kesehatan di rumah sakit akan mempengaruhi baik buruknya akreditasi suatu rumah sakit.

d. Kepuasan pasien

Pelayanan kesehatan yang baik dan berkualitas apabila dapat kenyamanan pasien selama dirawat di rumah sakit, adanya keramahan yang diberikan oleh tenaga kerja di rumah sakit dan kecepatan pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan sangat mempengaruhi akan peningkatan kualitas pelayanan di rumah sakit.

e. Bagian registrasi pasien

Pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan sangat mempengaruhi oleh bagian registrasi pasien, apabila pasien tidak diberikan pelayanan yang ramah, komprehensif maka dapat mempengaruhi kualitas pelayanan tersebut.

f. Kesigapan tenaga kesehatan

Kualitas pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kesigapan dan kecepatan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

g. Kelengkapan sarana dan prasarana

Adanya tempat yang bersih, nyaman, serta peralatan yang memadai untuk menunjang kesembuhan penyakit pasien sangat mempengaruhi kualitas pelayanan di rumah sakit.

h. Petugas mempunyai dedikasi yang tinggi seperti terampil, ramah, sopan, simpati, luwes, penuh pengertian mempunyai kemampuan komunikasi dengan baik yang sangat diharapkan dalam pemberian pelayanan kepada pasien, apabila hal ini dilakukan oleh petugas di rumah sakit, maka pasien yang berkunjung untuk berobat akan senang dan nyaman.

i. Prosedur kerja yang jelas, tegas dan tersusun rapi

Prosedur yang jelas, tersusun rapi dan tegas sangat diperlukan dalam hal pelayanan, apabila tidak ada prosedur yang jelas dalam pelayanan, maka akan membingungkan pasien untuk melakukan pengobatan di rumah sakit tersebut, khususnya pasien baru.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Berkas Rekam Medis

Menurut Permenkes No. 269 tentang rekam medis, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. (Depkes, 2008)

1. 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, mustahil tertib administrasi rumah sakit akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2. Manfaat Rekam Medis

Manfaat rekam medis secara umum adalah:

- a. Sebagai alat komunikasi antara dokter antara tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian dalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.
- b. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan / perawatan yang harus di berikan kepada seorang pasien.
- c. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, pengebangsan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung / di rawat di rumah sakit.
- d. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang di berikan kepada pasien.
- e. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
- f. Menyediakan data – data khususnya yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
- g. Sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medik pasien.
- h. Menjadi sumber ingatan yang harus di dokumentasikan, serta bahan pertanggung jawaban dan pelaporan

3. Kegunaan Rekam Medis

Selain untuk digunakan unuk keperluan manajemen pelayanan pasien, pemantauan kualitas pelayanan kesehatan, kesehatan masyarakat/komunitas, dan perencanaan dan pemasaran fasilitas pelayanan kesehatan, rekam medis juga seringkali digunakan untuk beberapa kebutuhan lain yang seringkali dirangkum dalam akronim ALFRED (*Administration, Legal, Finance, Research, Education,*

Documentation).

a. *Aspek Administration (Administrasi)*

Rekam medis digunakan untuk kebutuhan administrasi dalam pelayanan kesehatan. jejak pasien diterima, baik rawat jalan, rawat darurat, maupun rawat inap, hingga pasien pulang. Semua proses pencatatan ini kelak akan sangat dibutuhkan pada saat menelusuri kembali riwayat kedatangan pasien tersebut.

b. *Aspek Legal (Hukum)*

Rekam medis digunakan sebagai bukti telah terjadinya proses pelayanan kesehatan. Rekam medis akan dihadirkan dalam proses persidangan untuk menyelesaikan kasus medis yang bermuatan hukum guna menelusuri kembali kejadian suatu pelayanan kesehatan melalui runtutan “cerita” yang tercatat/terekam di dalamnya. Itulah sebabnya maka rekam medis harus segera dibuat setelah melakukan suatu pelayanan kesehatan. Konsep “Tulis yang dilakukan dan lakukan yang ditulis” merupakan salah satu kunci agar rekam medis dapat melaksanakan fungsi legal/hukumnya.

c. *Aspek Finance (Keuangan)*

Rekam medis digunakan untuk menghitung biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien. Hal ini terutama apabila sistem penagihan biaya pelayanannya berdasarkan item pelayanan yang telah diberikan. Jika menggunakan sistem penagihan biaya pelayanan berdasarkan diagnosis (seperti system INA DRG) maka ketepatan diagnosis dan keakuratan kode diagnosis sangat berpengaruh terhadap nilai klaim pembiayaan yang diajukan.

d. Aspek *Research* (Penelitian)

Banyak penelitian, baik bidang medis maupun non-medis, yang dilakukan dengan menggunakan rekam medis sebagai sumber datanya. Dalam hal penggunaan informasi dalam rekam medis untuk penelitian tetap harus memperhatikan etika dan peraturan perundangan yang berlaku.

e. Aspek *Education* (Pendidikan)

Dalam proses pendidikan tenaga kesehatan, baik kelompok tenaga medis, paramedis, penunjang medis, keteknisian medis, maupun keterampilan fisik, banyak digunakan informasi dalam rekam medis sebagai bahan pendidikan. Penggunaan informasi dalam rekam medis untuk pendidikan harus memperhatikan etika dan peraturan perundangan yang berlaku.

f. Aspek *Documentation* (Dokumentasi)

Suatu dokumen rekam medis 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.

2.3 Metode Perhitungan Beban kerja (WISN)

Elemen penting dalam melakukan perencanaan SDM di rumah sakit adalah dengan melakukan analisis kebutuhan sumber daya manusia, salah satu indikator untuk menentukan kebutuhan sumber daya manusia di institusi pelayanan kesehatan adalah berdasarkan beban pekerjaan nyata yang dilakukan oleh personil

di bagian atau unit tempat kerja (Indriana, 2009). Pada tahun 2003, Kementerian Kesehatan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 81/Menkes/SK/I/2003 mengeluarkan Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit merupakan pedoman yang digunakan untuk penyusunan rencana penyediaan dan kebutuhan SDM di institusi pelayanan kesehatan. Pedoman tersebut menggunakan metode WISN (Workload Indicators of Staffing Need), yaitu metode penghitungan kebutuhan SDM berdasarkan beban kerja. Meskipun demikian, Nuryanto (2005) menjelaskan bahwa hingga saat ini hanya beberapa rumah sakit di Indonesia yang baru menggunakan metode WISN untuk menghitung kebutuhan SDM.

Dalam menetapkan standar beban kerja, dalam menghitung standar beban kerja menggunakan rumus WISN adalah sebagai berikut:

$$\text{Standar Beban Kerja} = \frac{\text{Waktu Kerja Tersedia}}{\text{Rata2 kegiatan Pokok}}$$

Untuk mengetahui standar beban kerja, perlu mengetahui kegiatan pokok, kuantitas/volume beban kerja selama 1 tahun, dan rata-rata waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan setiap kegiatan pokok. Sehingga diketahui standar beban kerja untuk masing-masing kegiatan pekerjaan.

2.4 Sarana dan Sarana Penjajaran

Menurut (S.Rono, 2016) agar sistem penyimpanan dan penjajaran dalam terlaksana dengan baik maka dibutuhkan adanya ruang penyimpanan (ruang *filing*) dan sarana penjajaran dokumen rekam medis (lemari berkas).

Ruang *filing* hendaknya memenuhi beberapa kriteria berikut ini:

1. Merupakan ruang khusus, terpisah dari pelayanan lain yang tidak terkait langsung dengan pelayanan rekam medis. Di beberapa rumah sakit (mungkin

karena keterbatasan ruang yang ada) masih ada yang menggunakan ruang tata usaha sebagai ruang *filing* rekam medis juga. Pemisahan fungsi ruang ini untuk menjaga aspek kerahasiaan rekam medis sehingga orang yang tidak berhak untuk tahu isi rekam medis tidak bisa mendapatkan informasi dari rekam medis. Hal ini terkait aspek *privacy* dari rekam medis, yaitu bahwa hanya orang/pihak yang berhak saja yang boleh tahu isi rekam medis.

2. Memiliki pintu dan dapat dikunci. Tampaknya hal ini sederhana atau bahkan seperti berlebihan namun nyatanya masih bisa dijumpai rumah sakit yang ruang *filing*-nya tidak berpintu sehingga orang leluasa masuk dan keluar ruang *filing*, bahkan yang tidak berhak sekalipun. Selain terkait aspek *privacy* dari rekam medis, hal ini juga terkait aspek *security* dari rekam medis yaitu bahwa rekam medis harus aman secara fisik dari gangguan manusia, hewan dan alam (sejauh bisa diupayakan). Perusakan dan pencurian merupakan bentuk gangguan fisik oleh manusia.
3. Bersih dan terawat. Hal ini terkait langsung dengan aspek *security* dari rekam medis, yang selain harus aman secara fisik dari gangguan manusia, juga harus aman secara fisik dari gangguan hewan dan alam. Kerusakan medis berkas bisa disebabkan pula oleh semut, rayap, kecoa dan kutu. Gangguan dari alam yang diupayakan untuk dihindari adalah api, air, debu dan cahaya matahari langsung. Adanya alat pemadam api ringan (APAR) di ruang *filing* merupakan hal yang penting. Menjaga dan mencegah dari genangan air (banjir) dan kebocoran juga penting untuk diperhatikan. Ketertiban penggunaan sarana listrik masih sering diabaikan, padahal bisa menjadi sumber api yang bisa menghancurkan dokumen rekam medis. Hal lain yang perlu diperhatikan pula dalam hal kebersihan dan perawatan ruang *filing* adalah ventilasi udara dan

kelembaban ruang.

2.5 Privasi, Kerahasiaan dan Keamanan

Menurut (Gemala R. Hatta, 2008) menjaga keamanan dalam menyimpan data/informasi, unsur keakuratan data/informasi dan kemudahan akses menjadi tuntutan pihak organisasi pelayanan kesehatan, praktisi kesehatan serta pihak ketiga yang berwenang. Sedangkan pihak yang membutuhkan data/informasi harus senantiasa menghormati privasi pasien. Secara keseluruhan, keamanan (*security*), privasi (*privacy*), kerahasiaan (*confidentiality*) dan keselamatan (*safety*) adalah perangkat yang membentengi data/informasi dalam rekam medis. Dalam konsep pelayanan kesehatan dikenal istilah privasi, kerahasiaan dan keamanan.

1. Privasi adalah hak seseorang untuk mengontrol akses informasi atas rekam medis pribadinya.
2. Kerahasiaan (*confidentiality*) adalah proteksi terhadap rekam kesehatan dan informasi lain pasien dengan cara menjaga informasi pribadi pasien dan pelayanannya. Dalam pelayanan kesehatan, informasi itu hanya diperuntukkan bagi pihak tenaga kesehatan yang berwenang.

Sedangkan berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis (Departemen Kesehatan RI, 2006) dinyatakan bahwa:

“Pada dasarnya terdapat dua kategori informasi yang bersumber dari rekam medis:

1. Informasi yang mengandung nilai kerahasiaan, yaitu laporan atau catatan yang terdapat dalam dokumen rekam medis sebagai hasil pemeriksaan, pengobatan, observasi atau wawancara dengan pasien. Informasi ini tidak boleh disebarluaskan kepada pihak yang tidak berwenang karena menyangkut

informasi pribadi individu pasien.

2. Informasi yang tidak mengandung nilai kerahasiaan, yaitu jenis informasi perihal identitas (nama, alamat, dll) serta informasi lain yang tidak mengandung nilai medis.” Keamanan (*security*) adalah perlindungan terhadap privasi seseorang dan kerahasiaan rekam medis. Dengan kata lain, keamanan hanya memperbolehkan pengguna yang berhak untuk membuka rekam medis. Dalam pengertian yang lebih luas, keamanan juga termasuk proteksi informasi pelayanan kesehatan dari rusak, hilang atau pengubahan data akibat ulah pihak yang tidak berhak.

2.6 Standar Prosedur Operasional (SPO)

2.6.1 Pengertian SPO

Menurut Tambunan, R. M. (2013). SPO pada dasarnya adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional standar yang ada didalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa setiap keputusan, langkah atau tindakan dan penggunaan fasilitas pemrosesan yang ada di laksanakan oleh orang-orang di dalam suatu organisasi telah berjalan secara efektif, konsisten. Menurut (sutoto, 2012) menyatakan bahwa “SPO adalah perangkat Instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu.

2.6.2 Tujuan Penyusunan SPO

Menurut Panduan Penyusunan Akreditasi (2012 :15) menyatakan bahwa Agar berbagai proses kerja rutin terlaksanadengan efisien, efektif, konsisten/seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standard yang berlaku.

2.6.3 Manfaat SPO

Manfaat SPO yaitu memenuhi persyaratan pelayanan Akreditasi Rumah Sakit, mendokumentasi langkah-langkah kegiatan dan memastikan Staf Rumah Sakit memahami bagaimana melaksanakan pekerjaan.

2.6.4 Isi SPO

Menurut Panduan Penyusunan Akreditasi (2012 :18), isi SPO berisi penjelasan dan definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian. Tujuan SPO berisi tujuan dan pelaksanaan SPO secara spesifik. SPO juga sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melaksanakan suatu tugas yang akan dicapai. Kebijakan berisi beberapa kebijakan Direktur/ Pimpinan RS yang menjadi dasar dibuatnya SPO tersebut. Dicantumkan kebijakan yang mendasari SPO tersebut, diikuti dengan peraturan/keputusan dari kebijakan terkait. Bagian SPO sebagai prosedur, bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu. Unit terkait berisi Unit-unit terkait an atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut.

2.6.5 Peran dan Manfaat SPO

1. Sebagai pedoman kebijakan. SPO menjadi pedoman kebijakan yang merupakan dasar bagi seluruh kegiatan organisasi, secara operasional maupun administratif.
2. Sebagai pedoman kegiatan. SPO menjadi pedoman kegiatan-egiatan organisasi, baik secara operasional maupun administratif.
3. Sebagai pedoman Birokrasi. SPO menjadi pedoman untuk memvalidasi langkah- langkah kegiatan dalam organisasi.

4. Sebagai pedoman Administrasi. SPO menjadi pedoman terkait penggunaan formulir, dokumen, blanko dan laporan yang digunakan dalam kegiatan organisasi.
5. Sebagai pedoman Evaluasi Kinerja. SPO menjadi pedoman penilaianefektifitas kegiatan organisasi.
6. Sebagai pedoman Integrasi. SPO menjadi pedoman mengintegasikan kegiatan-kegiatan organisasi, untuk membantu mencapai tujuan organisasi.

2.7 Prosedur Penyimpanan

2.7.1 Pengertian Penyimpanan

Penyimpanan adalah suatu sistem yang digunakan pada penyimpanan arsip yang mana untuk memudahkan dan menemukan arsip yang sudah disimpan serta dapat dilakukan dengan cepat bilamana arsip tersebut sewaktu-waktu dibutuhkan.

2.7.2 Cara Penyimpanan

Sistem di Tempat Penyimpanan Berdasarkan Permenkes No 269 tahun 2008 tentang Rekam medis, dokumen Rekam Medik harus disimpan dengan tata-cara tertentu. Selain itu, karena DRM termasuk arsip seperti pada ketentuan yang ditunjuk dalam UU No. 43 tahun 2009 Tentang Ketentuan-ketentuan Pokok Kearsipan, maka DRM pun harus dikelola dan dilindungi sehingga aman dan terjaga kerahasiaannya. Perlindungan tersebut meliputi tempat atau alat yang digunakan untuk menaruh, meletakkan, menyimpan arsip sehingga aman; perbuatan melindungi, menjaga informasi yang dihasilkan dan yang diterima; keselamatan arsip dari bahaya atau kerusakan dan pencurian oleh orang yang tak bertanggung jawab dan usaha penyimpanan, pengamanan dan pengawetan arsip. Sehubungan dengan 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 (bukan kelompok atau keluarga). Untuk kepentingan penyimpanan, folder BRM tak sama dengan folder atau map pada umumnya. Pada folder Berkas Rekam Medis memiliki “lidah” yang digunakan untuk menulis nomor rekam medis dan menempelkan kode warnanya. Ketika folder disimpan, “lidah” tersebut ditonjolkan keluar sehingga akan tampak nomor rekam medis kode warna diantara folder-folder BRM.

Menurut (Depkes RI 2006) ditinjau dari lokasi penyimpanan berkas rekam medis, maka cara penyimpanannya dibagi menjadi 2 cara yaitu:

1. Sentralisasi

Sistem penyimpanan dokumen rekam medis secara sentral yaitu suatu sistem penyimpanan dengan cara menyatukan berkas rekam medis pasien rawat jalan, rawat inap, dan rawat darurat kedalam suatu folder tempat penyimpanan. Kelebihan dan kekurangan penyimpanan berkas rekam medis secara sentralisasi menurut (Depkes RI 2006) adalah :

Kelebihannya

- a. Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan berkas rekam medis
- b. Mengurangi jumlah biaya yang diperlukan untuk peralatan dan ruangan.
- c. Tatakerja dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah distandarisasikan.
- d. Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan.

Kekurangannya:

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

2. Desentralisasi

Sistem penyimpanan dokumen rekam medis secara desentralisasi yaitu suatu sistem penyimpanan dengan cara memisahkan berkas rekam medis pasien rawat jalan, rawat darurat, dan rawat inap pada folder tersendiri dan atau tempat tersendiri. Biasanya berkas rekam medis pasien rawat jalan dan rawat darurat disimpan pada rak penyimpanan berkas rekam medis di unit rekam medis atau ditempat pendaftaran rawat jalan. Sedangkan berkas rekam medis rawat inap disimpan diruang penyimpanan lain, seperti dibangsal atau di unit rekam yang terpisah dari tempat penyimpanan rekam medis rawat jalannya. Kelebihan dan kekurangan penyimpanan berkas rekam medis secara disentralisasi menurut (Depkes RI 2006) adalah:

Kelebihan :

- a. Efisiensi waktu
- b. Beban kerja yang dilaksanakan petugas lebih ringan.

Kekurangan :

- a. Terjadi duplikasi dalam pembuatan berkas rekam medis
- b. Biaya yang dikeluarkan banyak untuk peralatan dan ruang.

2.6.3 Ruang Filing (Penyimpanan Dokumen Rekam Medis)

Ruang filing merupakan suatu ruang penyimpanan dokumen rekam medis rawat jalan, rawat inap, dan rawat darurat, selain itu juga sebagai penyedia berbagai dokumen rekam medis untuk berbagai keperluan serta melindungi dokumen rekam medis terhadap berbagai kerusakan. Dan merupakan salah satu bagian rekam medis yang bertugas dalam penyimpanan dokumen rekam medis dan menjaga isi kerahasiaan isi dari dokumen rekam medis.

2.7.4 Tugas Pokok Bagian *Filing*

Bagian *filing* dalam pelaksanaan pengelolaan rekam medis mempunyai tugas pokok sebagai berikut :

1. Menyimpan dokumen rekam medis dengan metode tertentu sesuai kebijakan penyimpanan dokumen rekam medis.
2. Mengambil kembali (*retrieval*) dokumen rekam medis untuk berbagai keperluan.
3. Memindahkan (meretensi) dokumen rekam medis yang sudah tidak aktif sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan sarana pelayanan kesehatan.
4. Memisahkan dokumen rekam medis inaktif dari dokumen rekam medis aktif.
5. Membantu dalam penilainya guna rekam medis.
6. Menyimpan dokumen rekam medis yang dilestarikan (diabadikan).
7. Membantu dalam pemusnahan formulir rekam medis.

2.7.5 Fungsi Bagian *Filing*

1. Penyimpanan dokumen rekam medis.
2. Penyedia dokumen rekam medis untuk berbagai keperluan.

3. Pelindung dokumen rekam medis terhadap bahaya kerusakan fisik kimiawi dan biologi.

2.7.6 Formulir dan Catatan Di Bagian *Filing*

Formulir dan catatan yang digunakan di bagian *filing* adalah *Tracer* yang dapat digunakan untuk:

1. Petunjuk keberadaan rekam medis yang diambil dari rak penyimpanan dokumen rekam medis
2. Penghitungan tingkat penggunaan dokumen rekam medis *Tracer* atau kartu petunjuk keluar (*out guide*) yaitu kartu yang digunakan untuk penggantian BRM yang diambil untuk digunakan berbagai keperluan. Setiap BRM yang diambil dari rak file maka pada *tracer* harus dicatat nomor rekam medis, tanggal pengambilan/peminjaman, nama penerima/peminjam, untuk apa dan dimana (unit pelayanan apa), digunakan oleh, nomor surat ijin (bila diperlukan). *Tracer* selain bermanfaat sebagai petunjuk keberadaan DRM, bermanfaat pula untuk menghitung tingkat penggunaannya per periode tertentu. Selain tingkat penggunaan DRM, dapat pula dihitung tingkat penggunaan atau unit penggunaan dengan cara yang sama.
3. Buku catatan dokumen rekam medis untuk mencatat dokumen rekam medis yang dipinjam dan keperluan peminjaman serta pihak yang meminjam, dengan tujuan untuk mengetahui pemanfaatan dokumen rekam medis dan mengetahui keberadaan dokumen rekam medis itu sendiri.

2.8 Peminjaman dan Pengembalian Rekam Medis (Retrieval)

Permintaan-permintaan rutin terhadap rekam medis yang datang dari poliklinik, dari dokter yang melakukan riset, harus diajukan ke Bagian Rekam

Medis, setiap hari pada jam yang telah ditentukan. Poliklinik yang meminta rekam medis untuk melayani pasien perjanjian yang datang pada hari tertentu bertugas membuat (mengisi) "Kartu Permintaan". Petugas harus menulis dengan benar dan jelas nama penderita dan nomor rekam medisnya. Untuk permintaan-permintaan langsung dari dokter dan bagian administrasi, surat permintaan dapat berisi langsung oleh petugas bagian rekam medis sendiri. Permintaan-permintaan rekam medis yang tidak rutin, seperti untuk pertolongan gawat darurat, harus dipenuhi segera mungkin. Permintaan lewat telpon dapat juga dilayani dan petugas bagian rekam medis harus mengisi surat permintaan. Petugas dari bagian dapat diambil dari laporan, penelitian atau sumber catatan medis.

Peminjaman rekam medis adalah tata cara peminjaman yang harus dijalankan oleh petugas rekam medis dibagian pengarsipan rekam medis. Direktur jenderal Pelayanan Medik membuat Standar Prosedur Peminjaman Rekam Medis untuk kelancaran dalam pelaksanaan kegiatan peminjaman rekam medis terdiri atas :

a. Bon peminjaman

Bon peminjaman biasanya berbentuk satu formulir yang berisi nomor rekam medis, nama pasien, nama peminjam, , tanggal peminjaman, tanggal pengembalian, keperluan, tanda tangan peminjam dan petugas. Formulir tersebut biasanya dibuat rangkap tiga, satu ditempelkan pada rekam medisnya, satu disimpan sebagai tanda bukti keluarnya rekam:medis pada rak dimana rekam medis tersebut disimpan dan satu ditinggal dipoliklinik / bagian/ orang yang meminjam rekam medis tersebut. Pada saat rekam medisnya kembali, kedua copy surat permintaan dibuang. Bon peminjaman

rekam medis biasa dibuat dari kertas biasa dengan ukuran $\pm 10,5 \times 7$ cm.,

Sumber Dirjen Yanmed (2006:92)

a. Buku ekspedisi

Buku ekspedisi adalah buk petunjuk untuk mengetahui dan memonitor rekam medis yang sedang dipinjam maupun yang sudah dikembalikan.

Contoh Buku Ekspedisi :

No.	No. RM	Nama pasien	Peminjaman			Kembali	
			Bagian/ Nama	Tgl.	Paraf	Tgl.	Paraf

Sumber : Dirjen Yanmed (2006:92)