

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Berdasarkan UU RI No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada Pasal 1 menjabarkan bahwa “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”.

Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan Rumah Sakit dikategorikan menjadi Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus. Rumah Sakit Umum diklasifikasikan menjadi Rumah Sakit Umum kelas A, Rumah Sakit Umum kelas B, Rumah Sakit Umum kelas C, dan Rumah Sakit Umum kelas D. Sedangkan Rumah Sakit Khusus diklasifikasikan menjadi Rumah Sakit khusus kelas A, Rumah Sakit khusus kelas B, dan Rumah Sakitt khusus kelas C.

Menurut *World Health Organization* (WHO) Rumah Sakit merupakan bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi memberikan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat.

2.1.2 Fungsi Rumah Sakit

Fungsi Rumah Sakit berdasarkan UU RI No. 44 Tahun 2009 pada Pasal 5 adalah sebagai berikut:

“Untuk menjalankan tugas Rumah Sakit mempunyai fungsi:

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. Penyelenggaraan 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”.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes RI No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis menjabarkan bahwa “Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien”. Sedangkan berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit (Depkes RI, 2006), menjabarkan mengenai definisi “Rekam Medis diartikan sebagai keterangan medis baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik laboratorium, diagnosa, segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan pada pasien, dan pengobatan baik rawat inap, rawat jalan, maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat”.

2.2.2 Kegunaan Rekam Medis

Menurut Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit (Depkes RI, 2006), kegunaan rekam medis yang biasa disebut ALFRED ialah:

1. Aspek *Administration* (Administrasi)

Rekam medis memiliki nilai administratif karena berkaitan dengan tindakan berlandaskan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis untuk mendapatkan tujuan pelayanan kesehatan.

2. Aspek *Legal* (Hukum)

Berkas Rekam Medis (BRM) mempunyai nilai hukum, sebab isinya mengenai masalah jaminan kepastian hukum terhadap dasar keadilan, untuk bahan bukti sebagai penegakkan hukum demi menjaga keadilan.

3. Aspek *Financial* (Keuangan)

Rekam medis sangat erat kaitannya dengan aspek keuangan dalam perihal pengobatan, perawatan, dan tindakan yang dilakukan pada pasien selama dirawat di suatu rumah sakit.

4. Aspek *Research* (Penelitian)

BRM memiliki nilai studi karena berisi data dan informasi yang bisa dipakai untuk mendukung penelitian dan peningkatan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

5. Aspek *Education* (Pendidikan)

BRM memiliki nilai edukasi sebab isi yang tercantum melibatkan data/informasi mengenai perkembangan kronologi dan kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan untuk pasien dan bisa digunakan menjadi referensi untuk pendidikan kesehatan.

6. Aspek *Documentation* (Dokumentasi)

BRM memiliki nilai dokumentasi dikarenakan isinya membahas sumber ingatan yang wajib didokumentasikan dan digunakan untuk bahan pertanggung jawaban dan pelaporan rumah sakit.

2.2.3 Kepemilikan Rekam Medis

Berdasarkan UU RI No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pada Pasal 46 ayat (1) disebutkan bahwa “Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis”. Pada Pasal 47 ayat (1), “Dokumen rekam medis merupakan milik dokter, dokter gigi, atau sarana pelayanan kesehatan sedangkan isi rekam medis merupakan milik pasien”.

Pada Pasal 52 paragraf 7 hak dan kewajiban Pasien dalam menerima pelayanan pada praktik kedokteran mempunyai hak:

“Pasien, dalam menerima pelayanan pada praktik kedokteran, mempunyai hak:

1. Mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis
2. Meminta pendapat dokter atau dokter gigi lain;
3. Mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis;
4. Menolak tindakan medis; dan
5. Mendapatkan isi rekam medis”.

Berdasarkan Permenkes RI No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis pada Pasal 26 yaitu:

1. “Isi Rekam Medis milik Pasien.
2. Isi Rekam Medis disampaikan kepada Pasien.
3. Selain kepada Pasien, Rekam Medis dapat disampaikan kepada keluarga terdekat atau pihak lain.

4. Penyampaian Rekam Medis kepada keluarga terdekat dilakukan dalam hal:
 - a. Pasien di bawah umur 18 (delapan belas) tahun; dan/atau
 - b. Pasien dalam keadaan darurat.
5. Penyampaian Rekam Medis kepada pihak lain dilakukan setelah mendapat persetujuan dari Pasien.
6. Isi Rekam Medis paling sedikit terdiri atas:
 - a. identitas Pasien;
 - b. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang;
 - c. diagnosis, pengobatan, dan rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan; dan
 - d. nama dan tanda tangan Tenaga Kesehatan pemberi pelayanan kesehatan.
7. Rekam Medis harus dibuat oleh penanggung jawab pelayanan.
8. Rekam medis harus diberikan kepada pasien rawat inap dan rawat darurat pada saat pulang, atau kepada fasilitas pelayanan kesehatan penerima rujukan pada saat melakukan rujukan.
9. Selain untuk Pasien rawat inap dan rawat darurat, Rekam Medis dapat diberikan kepada Pasien rawat jalan apabila dibutuhkan.
10. Rekam Medis yang ditujukan kepada Fasilitas Pelayanan Kesehatan penerima rujukan menjadi bagian dari surat rujukan dalam sistem rujukan pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
11. Rekam Medis yang diberikan pada saat Pasien pulang berupa surat yang dikirimkan dan diterima dalam bentuk elektronik dengan menggunakan jaringan komputer atau alat komunikasi elektronik lain termasuk ponsel atau dalam bentuk tercetak”.

2.3 Permintaan Informasi Kesehatan

Permintaan informasi kesehatan adalah ringkasan rekam medis pasien yang diberikan kepada pihak ketiga dengan izin tertulis dari pasien. Informasi kesehatan ini berfungsi untuk kepentingan asuransi, kepolisian, dan pendidikan (Aisy dan Trisna, 2021). Sedangkan menurut Motik et al., (2022) Permintaan informasi kesehatan merupakan suatu proses yang memberikan, dan membuka data atau informasi medis. Permintaan informasi kesehatan dipakai sebagai keperluan klaim asuransi, visum, penelitian dan kepentingan medis yang lain. Berdasarkan UU RI No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada Pasal 38 menjabarkan bahwa:

1. “Setiap rumah sakit harus menyimpan rahasia kedokteran
2. Rahasia kedokteran hanya dapat dibuka untuk kepentingan kesehatan pasien, untuk pemenuhan permintaan aparat penegak hukum dalam rangka penegakan hukum, atas persetujuan pasien sendiri, atau berdasarkan ketentuan peraturan perundang- undangan”.

Selanjutnya menurut UU RI No. 29 Tahun 2009 tentang Praktik Kedokteran pada Pasal 48 menjabarkan bahwa:

1. “Setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran wajib menyimpan rahasia kedokteran
2. Rahasia kedokteran dapat dibuka hanya untuk kepentingan kesehatan pasien, memenuhi permintaan aparat penegak hukum dalam rangka penegakan hukum, permintaan pasien sendiri, atau berdasarkan ketentuan perundang- undangan”.

Meskipun informasi yang terkandung pada rekam medis dapat dibuka, namun permintaan informasi diharuskan memperoleh izin tertulis dari pasien atau yang diberi kuasa oleh pasien dan dilengkapi dengan tanda tangan pasien. Hal tersebut bertujuan untuk melindungi hak kerahasiaan informasi pasien.

2.4 Persetujuan Permintaan Informasi Kesehatan

Persetujuan permintaan informasi kesehatan harus mendapatkan izin tertulis dan dilengkapi dengan tanda tangan pasien. Untuk mendapatkan informasi yang diinginkan pihak pemohon diharuskan melengkapi persyaratan yang telah ditentukan oleh rumah sakit. Persyaratan yang dimaksud seperti formulir permintaan informasi kesehatan yang disediakan oleh rumah sakit, surat kuasa dari pasien yang diberikan kepada pihak yang diberi kuasa, dan kartu identitas berupa KK/KTP.

Izin tertulis atau persetujuan permintaan informasi kesehatan harus disertai dengan tanda tangan pasien. *World Health Organization* dalam *Medical Record Manual* Tahun 2006 menjabarkan bahwa “Apabila suatu permintaan dibuat untuk pelepasan informasi, permintaan tersebut harus mengandung hal-hal sebagai berikut:

1. Nama lengkap pasien, alamat dan tanggal lahir
2. Nama orang atau lembaga yang akan diminta informasi
3. Tujuan dan kebutuhan informasi yang diminta
4. Tingkat dan sifat informasi yang akan dikeluarkan, termasuk tanggal keluar informasi.
5. Ditandatangani oleh pasien atau wakilnya yang sah (misalnya, orang tua atau anak)”.

2.5 Ketentuan Ijin Persetujuan Permintaan Informasi

Berdasarkan Permenkes RI No. 24 Tahun 2022 Pasal 33 ayat (1) menjabarkan bahwa “Pembukaan isi rekam medis dapat dilakukan: atas persetujuan Pasien; dan/atau tidak atas persetujuan Pasien”. Pada Pasal 34 menjabarkan bahwa:

1. “Pembukaan isi Rekam Medis atas persetujuan Pasien dilakukan untuk:
 - a. kepentingan pemeliharaan kesehatan, pengobatan, penyembuhan, dan perawatan Pasien;
 - b. permintaan Pasien sendiri; dan/atau
 - c. keperluan administrasi, pembayaran asuransi atau jaminan pembiayaan kesehatan.
2. Permintaan pembukaan isi Rekam Medis disampaikan kepada pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
3. Dalam hal Pasien tidak cakap, persetujuan pembukaan isi Rekam Medis dapat diberikan oleh keluarga terdekat atau pengampunya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
4. Keluarga terdekat meliputi suami/istri, anak yang sudah dewasa, orang tua kandung, dan/atau saudara kandung Pasien.
5. Selain keluarga terdekat, persetujuan pembukaan isi Rekam Medis dapat dilakukan oleh ahli waris.
6. Dalam hal keluarga terdekat dan ahli waris tidak dapat memberikan persetujuan karena tidak diketahui keberadaannya, tidak cakap secara hukum, meninggal dunia, atau tidak ada, persetujuan tidak diperlukan.

7. Pembukaan isi Rekam Medis untuk keperluan administrasi, pembayaran asuransi atau jaminan pembiayaan kesehatan harus dilakukan secara tertulis dan/atau melalui sistem informasi elektronik pada saat registrasi pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan”.

Menurut Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi I, (1997:121-122) informasi medis pasien dapat dibuka kepada pihak-pihak terkait antara lain:

1. Asuransi
2. Pasien/keluarga pasien
3. Dokter dan staf medis
4. Dokter dan rumah sakit lain yang merawat pasien
5. Lembaga Pemerintah

2.6 Ketentuan Umum Pedoman Rumah Sakit Tentang Permintaan Informasi Kesehatan

Berdasarkan Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi I (1997:123-124) menjabarkan bahwa:

“Ketentuan-ketentuan di bawah ini secara umum dapat dijadikan pedoman bagi setiap rumah sakit, kecuali jika ada ketentuan-ketentuan khusus yang ditetapkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku, yaitu :

1. Setiap informasi yang bersifat medik yang dimiliki oleh rumah sakit tidak boleh disebarkan oleh pegawai rumah sakit itu, kecuali bila ada pimpinan rumah sakit mengizinkan.
2. Rumah sakit tidak boleh dengan sekehendaknya menggunakan rekam medis dengan cara yang dapat membahayakan kepentingan pasien, kecuali jika rumah sakit itu sendiri akan menggunakan rekam medis tersebut bila perlu untuk melindungi dirinya atau mewakilinya.

3. Para pasien dan dokter yang bertanggungjawab boleh dengan bebas berkonsultasi dengan bagian rekam medis dengan catatan yang ada hubungannya dengan pekerjaannya.
4. Dokter tidak boleh memberikan persetujuan kepada perusahaan asuransi atau badan lain untuk memperoleh rekam medis.
5. Badan-badan sosial boleh mengetahui isi data sosial dari rekam medis, apabila mempunyai alasan-alasan yang syah memperoleh informasi.
6. Permohonan pasien untuk memperoleh informasi mengenai catatan dirinya diserahkan kepada dokter yang bertugas merawatnya.
7. Permohonan secara lisan, permintaan informasi sebaiknya ditolak, karena permintaan harus ditulis.
8. Informasi rekam medis dikeluarkan dengan surat kuasa yang di tanda tangani dan diberi tanggal oleh pasien (walinya jika pasien tersebut secara mental tidak kompeten), atau keluarga terdekat kecuali jika ada ketentuan lain dalam peraturan.
9. Informasi rekam medis boleh diperlihatkan kepada perwakilan rumah sakit yang syah untuk melindungi kepentingan rumah sakit dalam hal-hal yang bersangkutan dengan pertanggungjawaban.
10. Informasi medis diberikan kepada rumah sakit lain, tanpa surat kuasa yang ditandatangani oleh pasien berdasarkan permintaan dari rumah sakit itu yang menerangkan bahwa si pasien sekarang dalam perawatan mereka.
11. Dokter dari luar rumah sakit yang mencari keterangan mengenai pasien pada suatu rumah sakit, harus memiliki surat kuasa dari pasien tersebut.
12. Ketentuan ini tidak saja berlaku bagi bagian rekam medis, tetapi juga berlaku bagi semua orang yang menangani rekam medis di bagian perawatan, bangsa-bangsa dan lain-lain.
13. Rekam medis yang asli tidak boleh dibawa keluar rumah sakit, kecuali bila atas pengadilan, dengan surat kuasa khusus tertulis dari pimpinan rumah sakit.
14. Rekam medis tidak boleh diambil dari tempat penyimpanan untuk dibawa ke bagian yang lain dari rumah sakit, kecuali jika diperlukan untuk transaksi dalam kegiatan rumah itu.
15. Dengan persetujuan pimpinan rumah sakit, pemakaian rekam medis untuk keperluan riset diperbolehkan.
16. Bila suatu rekam medis diminta untuk dibawa ke pengadilan segala ikhtiar hendaklah dilakukan supaya pengadilan menerima salinan foto statistik rekam medis yang dimaksud.
17. Fakta bahwa seorang majikan telah membayar atau telah menyetujui untuk membayar ongkos rumah sakit bagi seorang pegawainya.
18. Pengesahan untuk memberikan informasi hendaklah berisi indikasi mengenai periode-periode perawatan tertentu”.

2.7 Standar Prosedur Operasional (SPO)

2.7.1 Pengertian SPO

Standar Prosedur Operasional (SPO) yaitu acuan pokok mengenai tahapan yang berkaitan dengan aktivitas kerja dalam sebuah perusahaan (Nur'ainun, 2020). SPO dapat dikatakan baik apabila mampu melaksanakan kinerja yang lebih efisien, konsisten, memudahkan pengawasan, dapat menjadi panduan dalam melaksanakan pekerjaan. Tujuan dibuatkan SPO yaitu sebagai acuan pelaksanaan langkah-langkah untuk melakukan pekerjaan dengan aturan yang berlaku. Berdasarkan Permenkes RI No.1438/MENKES/PER/IX/2010 pada Pasal 10 menjabarkan bahwa:

1. “Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan wajib memprakarsai penyusunan SPO sesuai dengan jenis dan strata fasilitas pelayanan kesehatan yang dipimpinnya.
2. PNPK harus dijadikan acuan pada penyusunan SPO di fasilitas pelayanan kesehatan.
3. SPO harus dijadikan panduan bagi seluruh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan.
4. SPO disusun dalam bentuk Panduan Praktik Klinis (*clinical practice guidelines*) yang dapat dilengkapi dengan alur klinis (*clinical pathway*), algoritme, protokol, prosedur atau *standing order*.
5. Panduan Praktik Klinis harus memuat sekurang-kurangnya mengenai pengertian, anamnesis, pemeriksaan fisik, kriteria diagnosis, diagnosis banding, pemeriksaan penunjang, terapi, edukasi, prognosis dan kepastakaan”.

2.8 SPO Permintaan Informasi Kesehatan Rumah Sakit TK III Brawijaya Surabaya

Berikut adalah SPO Permintaan Informasi Kesehatan yang terdapat di Rumah Sakit TK III Brawijaya Surabaya:

“Permintaan informasi kesehatan dapat dilaksanakan untuk kebutuhan pasien dengan ketentuan:

1. Apabila pasien atau pihak ketiga dari pasien (asuransi, perusahaan dll) memerlukan akses rekam medis, maka yang bisa diberikan adalah surat keterangan medis.
2. Pasien atau pihak ketiga membuat surat permintaan informasi kesehatan yang ditujukan kepada Kepala Rumah Sakit TK III Brawijaya dengan dilampiri :
 - a. Surat izin pengeluaran informasi medis dari pasien.
 - b. Apabila pengambilan surat keterangan medis dilakukan oleh pihak ke tiga (bukan pasien) maka perlu melampirkan surat kuasa yang berisi pelimpahan wewenang dari pasien ke pihak ketiga yang di tandatangani oleh kedua belah pihak yang bermaterai Rp 10.000,-
 - c. Foto *copy* KTP pihak ketiga yang dikuasakan.
 - d. Apabila pasien sudah meninggal dunia, maka ahli waris dari pasien bisa mewakili untuk izin pengeluaran informasi rekam medis pasien dengan melampirkan foto *copy* KTP atau KK ahli waris.
3. Apabila surat keterangan medis yang diminta sudah pernah diberikan, tapi kemudian hilang, maka perlu dilengkapi surat keterangan kehilangan dari kepolisian.

4. Berkas surat di kirim ke bagian Yanmed untuk di naikan ke Kepala Rumah Sakit TK III Brawijaya, Kepala Rumah Sakit TK III Brawijaya mendisposisikan surat ke Kauryanmed dan Rekam medis.
5. Petugas rekam medis menyiapkan formulir permintaan informasi kesehatan dan diisi oleh pasien dan atau keluarga serta menyertakan KTP orang yang meminta permintaan informasi kesehatan
6. Petugas rekam medis mengambilkan berkas rekam medis sesuai yang diminta pasien atau ahli waris pasien.
7. Petugas rekam medis mempersiapkan form yang dari pihak asuransi yang harus diisi oleh dokter penanggung jawab (DPJP) pasien
8. DPJP mengisi data-data yang dibutuhkan tentang ringkasan perawatan, diagnose, dan bagaimana kondisi pasien pulang atau meninggal sesuai dengan rekam medis pasien.
9. Isi dari ringkasan tersebut, ditanda tangani dan di stempel oleh DPJP.
10. Petugas Yanmed membuat surat keterangan yang di tanda tangani oleh Karumkit.
11. Surat permintaan informasi kesehatan bisa di selesaikan dalam waktu 3 sampai 4 hari”.