

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Menurut Permenkes Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit, akreditasi adalah proses pengakuan terhadap kualitas pelayanan rumah sakit. Tujuan akreditasi ini adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan, melindungi keselamatan pasien, serta meningkatkan perlindungan dan tata kelola rumah sakit (Kepmenkes RI, 2020).

Rumah Sakit wajib melaksanakan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) yang mencakup seluruh unit kerja rumah sakit guna meningkatkan mutu pelayanan dan menjamin keselamatan pasien. Koordinasi dan komunikasi yang efektif antara kepala bidang atau divisi medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi, dan kepala bidang, unit, departemen, dan instalasi layanan lainnya diperlukan untuk pelaksanaan program ini (Harefa, 2019).

Sesuai Pasal 38 ayat (1) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang menyatakan bahwa setiap rumah sakit melindungi kerahasiaan medis pasien, maka rumah sakit wajib menjaga dan menjaga kerahasiaan informasi medis dalam rekam medis pasien. Rumah Sakit tidak diperbolehkan memberikan akses informasi medis dari catatan pasien kepada pihak yang tidak berhak. Rumah sakit juga harus mengambil tindakan pencegahan untuk menjaga rekam medis terhadap pencurian, kerusakan, pemalsuan, dan akses ilegal. Menurut Pasal 57 ayat (1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang

Kesehatan, setiap individu berhak atas kerahasiaan keadaan kesehatannya yang telah dikomunikasikan kepada pemberi pelayanan kesehatan, pasien yang mendapat pelayanan kesehatan di rumah sakit berhak atas privasi. informasi medis mereka (Amran, Apriyani and Dewi, 2021).

Informasi dan data yang dicatat dalam rekam medis pasien dapat dimanfaatkan untuk beberapa keperluan, termasuk pengobatan, perawatan kesehatan, pemeliharaan kesehatan, perencanaan penanganan pasien jika diperlukan rujukan ke fasilitas kesehatan lain, keperluan administratif, dan sebagai dasar pembiayaan layanan kesehatan setelah pasien menyelesaikan perawatan (Amran, Apriyani and Dewi, 2021). Penggunaan rekam medis ini terkait erat dengan proses pelepasan informasi yang terdapat di dalamnya kepada pihak yang memerlukannya.

Pelepasan informasi oleh tenaga kesehatan di rumah sakit harus dilakukan dengan hati-hati. Sesuai dengan Pasal 5 ayat 2 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 tahun 2012 tentang rahasia kedokteran, pembukaan rahasia kedokteran (pelepasan informasi medis) yang berkaitan dengan kepentingan pasien seperti pengobatan dan penyembuhan harus memperoleh persetujuan dari pasien yang bersangkutan (Narendra, Ratna Dewi and Ismiyati, 2020).

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

Berdasarkan (Kepmenkes RI, 2022) Rekam medis adalah catatan yang mencakup identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan layanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Perekam Medis dan Informasi Kesehatan adalah individu yang telah Menyelesaikan pendidikan dalam bidang Rekam Medis dan informasi kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Rekam medis berfungsi sebagai tempat penyimpanan data dan informasi mengenai layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, mencatat informasi siapa, apa, kapan, di mana, dan bagaimana perawatan pada pasien (Mulyana, Suci Ernaman Putri and Farhansyah, 2020).

Dokumen rekam medis di rumah sakit menjadi satu-satunya sumber informasi detail tentang peristiwa dan tindakan yang terjadi selama pasien dirawat di sana. Rekam medis yang lengkap memungkinkan rumah sakit untuk secara akurat merekonstruksi bagaimana pelayanan diberikan kepada pasien dan memungkinkan evaluasi terhadap kesesuaian perawatan dan pengobatan dengan kondisi yang ada. Isi rekam medis bersifat rahasia karena mencakup informasi pribadi tentang kondisi penyakit, riwayat kesehatan, dan diagnosa seseorang. Mengingat pentingnya isi dan peran rekam medis, setiap institusi pelayanan kesehatan wajib menjaga, menyusun, dan merawat rekam medis dengan cermat serta melindunginya dari kerusakan dan penyalahgunaan oleh pihak yang tidak berwenang. Selain itu, dokumen rekam medis harus tersedia saat dibutuhkan (Berliana, 2021).

2.2.2 Tujuan Rekam Medis

Tujuan utama dari rekam medis adalah untuk mendukung manajemen pelayanan dengan menyediakan catatan komprehensif tentang semua aktivitas yang terjadi dalam penyelenggaraan pelayanan medis. Hal ini digunakan untuk menganalisis berbagai penyakit, menyusun pedoman praktik, dan mengevaluasi mutu pelayanan yang diberikan (Pitaloka, Nurhaeni and Rosmawan, 2019). Rekam medis memiliki makna dan tujuan yang sangat luas, tidak hanya sebatas pencatatan saja. Ini mencakup dasar untuk pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien sebagai sumber untuk penelitian dan pendidikan, dasar pembayaran biaya layanan kesehatan, dan sebagai bahan untuk menyusun statistik kesehatan (Abduh, 2021).

Rekam medis juga dapat berfungsi sebagai bukti tertulis utama yang bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin, dan etika. Dan juga sebagai alat pembuktian dalam kasus hukum, rekam medis dapat digunakan baik dalam kasus pidana maupun perdata. Namun, tidak semua rekam medis dapat diterima sebagai bukti di pengadilan, karena harus memenuhi beberapa persyaratan tertentu (Trisnowahyuni, Rahim and Doloksaribu, 2017).

2.2.3 Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis menurut (Monica and Hada, 2022) dapat dirangkum dalam beberapa aspek yang sering disebut dengan singkatan ALFRED (*Administration, Legal, Financial, Research, Education and Documentation*) antara lain:

1. Aspek Administrasi. Rekam medis memiliki nilai administratif karena mencatatkan tindakan yang dilakukan oleh tenaga medis dan paramedis sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab mereka untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek Medis. Rekam medis memiliki nilai medis karena menjadi landasan untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
3. Aspek Hukum. Rekam medis memiliki nilai hukum karena memuat informasi yang relevan untuk memastikan kepastian hukum sesuai dengan prinsip keadilan, serta berfungsi sebagai bukti untuk menegakkan keadilan.
4. Aspek Keuangan. Rekam medis memiliki nilai finansial karena memuat data dan informasi yang dapat digunakan untuk mengestimasi biaya pengobatan, prosedur medis, dan perawatan.
5. Aspek Penelitian. Rekam medis memiliki nilai dalam konteks penelitian karena mengandung data dan informasi yang bisa dimanfaatkan untuk keperluan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.
6. Aspek Pendidikan. Rekam medis memiliki nilai pendidikan karena berisikan informasi dan data mengenai perkembangan atau kronologi serta kegiatan pelayanan medis yang disediakan kepada pasien. Informasi ini dapat digunakan sebagai materi atau sumber dalam pembelajaran di bidang profesi kesehatan.

7. Aspek Dokumentasi. Rekam medis memiliki nilai dokumentasi karena berfungsi sebagai sumber informasi yang harus didokumentasikan dan digunakan sebagai dasar pertanggungjawaban serta laporan dalam penyelenggaraan layanan kesehatan.

2.3 Pelepasan Rekam Medis

2.3.1 Pelepasan Informasi Rekam Medis

Rekam medis harus memberikan informasi yang akurat dan menyeluruh mengenai proses pelayanan medis dan kesehatan di rumah sakit, mencakup riwayat, kondisi saat ini, serta perkiraan masa depan (Muninjaya, 2013). Penanganan rekam medis dimulai pada saat kedatangan pasien di rumah sakit, berlanjut dengan pencatatan data medis pasien selama menerima layanan medis di sana, dan kemudian dilanjutkan dengan pengelolaan berkas rekam medis yang mencakup penyimpanan dan pengambilan berkas dari tempat penyimpanan untuk memenuhi permintaan atau peminjaman untuk keperluan lainnya (Simanjuntak, 2018).

Pelepasan informasi rekam medis perlu diawali dengan persetujuan tertulis dari pasien, yang merupakan pemilik informasi dalam rekam medis. Selain itu, dokter yang merawat pasien tersebutlah yang seharusnya memberikan penjelasan mengenai isi rekam medis (Erlindai and Yulita, 2018). Inti dari isi dokumen rekam medis yang meliputi informasi mengenai diagnosis, pengobatan, tindakan, dan perkembangan penyakit pasien yang dicatat oleh dokter adalah rahasia. Meskipun demikian, informasi dari catatan dokter tersebut dapat diakses untuk keperluan pasien, rumah sakit, dan pihak ketiga seperti asuransi (Maulida, 2020).

2.3.2 Persetujuan Pelepasan Informasi Medis

Demi melindungi privasi pasien dan menyelamatkan fasilitas kesehatan dari tindakan hukum yang berhubungan dengan perlindungan kerahasiaan informasi pasien, pelepasan informasi harus dengan izin tertulis dari pasien atau wakil yang dilengkapi dengan tanda tangan. Namun, jika perlu untuk penelitian dan pendidikan, tidak perlu persetujuan pasien (Rizky, 2021).

2.3.3 Prosedur Pelepasan Informasi

Prosedur pelepasan informasi medis mengenai tata cara dan ketentuan pelaksanaannya, telah dijelaskan dengan langkah-langkah yang harus diikuti untuk melakukan pelepasan informasi dimulai dari (Faida, 2016) :

1. Informasi medis dibebaskan ketika ada permintaan berupa pelepasan informasi medis oleh pasien atau pihak ketiga.
2. Lembar untuk pelepasan informasi medis yang melibatkan data individu diisi dan ditandatangani oleh wali atau pasien yang bertanggung jawab.
3. Permintaan informasinya harus jelas menentukan jenis informasi yang diminta, serta mencantumkan tujuan dari permintaan tersebut.
4. Diperlukan verifikasi kembali dengan keluarga pasien atau pasien jika ada informasi yang tidak jelas.
5. Meminjam sesuatu yang berhubungan dengan data diri pasien dan *fotocopy*.
6. Jelaskan durasi waktu penyelesaian penyampaian informasi medis sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

2.4 Penyusunan Standar Prosedur Operasional

Prosedur untuk menyusun Standar Prosedur Operasional (SPO) telah diatur dalam Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi Tahun 2012 oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Pembuatan SPO bertujuan agar implementasi prosedur dapat dilaksanakan secara tepat dan efisien. Tujuan dari penyusunan SPO adalah untuk memastikan bahwa berbagai proses kerja dapat dilaksanakan dengan efektif, efisien, dan konsisten, sehingga meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan standar yang berlaku. Prosedur penyusunan SPO mencakup hal-hal yang harus diingat, persyaratan penyusunan SPO, dan langkah-langkah dalam penyusunan SPO yang akan dijelaskan sebagai berikut (Shofi, 2021):

1. Hal terpenting dalam menyusun SPO sebagai berikut sebagai berikut:
 - a. Yang bertanggung jawab untuk merancang SPO siapa
 - b. Mengembangkan dan merancang SPO bagaimana
 - c. SPO dapat dikenali dengan cara apa
 - d. Memsosialisasikan SPO kepada unit terkait dan pelaksana itu bagaimana
 - e. Pengendalian SPO seperti revisi, nomer, dan distribusi seperti apa
2. Syarat Penyusunan SPO adalah sebagai berikut:
 - a. Identifikasi kebutuhan berarti menentukan seperti apa kegiatan yang sedang dikerjakan pada sekarang ini dan sudah ada Standar Prosedur Operasional atau tidak.
 - b. Penting jika dicatat bahwa Standar Prosedur Operasional (SPO) harus disusun oleh individu atau unit kerja yang mengerjakan pekerjaan tersebut. Panitia atau tim yang ditunjuk oleh Direktur atau pimpinan rumah sakit hanya bertugas untuk meninjau dan memperbaiki SPO yang telah disusun.

- c. *Flow charting* dari suatu kegiatan harus merupakan SPO.
- d. SPO harus dapat diketahui dengan jelas siapa, dimana, kapan, dan mengapa dilakukan hal tersebut.
- e. SPO tidak menggunakan kalimat majemuk.
- f. SPO haruslah mudah dimengerti, ringkas, dan dapat diimplementasikan dengan mudah.

3. Proses Penyusunan SPO

Proses penyusunan SPO menurut Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi Tahun 2012 adalah sebagai berikut:

- a. SPO harus dibuat sesuai dengan format standar yang ditetapkan dalam lampiran Surat Edaran Direktur Pelayanan Medik Spesialistik No. YM.00.02.2.2.873 tanggal 1 Juni 2001.
- b. Penyusunan SPO bisa dikelola oleh suatu tim atau panitia dengan menggunakan mekanisme sebagai berikut:
 - 1) Unit kerja atau pelaksana bertanggung jawab menyusun Standar Prosedur Operasional (SPO) dengan melibatkan unit atau instalasi terkait.
 - 2) SPO yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja atau instalasi terkait akan diserahkan kepada tim atau panitia penyusunan SPO.
 - 3) Fungsi tim atau panitia SPO adalah:
 - a) Memberikan respons, koreksi, dan perbaikan terhadap SPO yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja baik dari aspek bahasa maupun penulisan.

- b) Sebagai pengelola SPO yang telah dibuat oleh setiap unit kerja untuk mencegah duplikasi SPO.
 - c) Melakukan verifikasi kembali terhadap SPO yang akan ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit.
- c. Penyusunan SPO dilakukan dengan mengidentifikasi keperluan akan SPO.
- d. Penulisan SPO merupakan *flow charting* dari proses kegiatan.