

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. LANDASAN TEORI

1. Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Menkes RI, 2008).

Rekam medis diartikan sebagai “Keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnese, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yan rawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat” (Depkes RI, 2006).

Dalam Budi (2011:2) menjelaskan pengertian rekam medis secara luas, yaitu tidak hanya sebatas berkas yang digunakan untuk menuliskan data pasien tetapi juga dapat berupa rekaman dalam bentuk sistem informasi (pemanfaatan rekam medis elektronik) yang dapat digunakan untuk berbagai kepentingan, seperti pengambilan keputusan pengobatan pasien, bukti legal pelayanan yang telah diberikan, dan dapat juga sebagai bukti tentang kinerja sumber daya manusia di fasilitas pelayanan kesehatan.

b. Tujuan Rekam Medis

Sesuai dengan penjelasan dalam Depkes RI (2006), tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik,

tidak akan tercipta tertib administrasi sebagaimana yang diharapkan. Tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan.

c. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain :

1) Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2) Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen risiko klinis serta keamana/keselamaatn pasien dan kendali biaya.

3) Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, daam rangka usaha menengakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

4) Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan yang berkaitan

dalam hal pengobatan, terapi serta tindakan yang telah diberikan kepada pasien.

5) Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

6) Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran di bidang profesi pendidikan kesehatan.

7) Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit (Depkes RI, 2006).

2. Standar Prosedur Operasional (SPO)

a. Pengertian Standar Prosedur Operasional (SPO)

Dalam Permenkes Nomor 512 Tahun 2007 Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, di mana standar prosedur operasional memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana

pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi (Menkes RI, 2007).

KARS (2012) menyatakan bahwa “SPO adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu”.

b. Tujuan Standar Prosedur Operasional (SPO)

Penyusunan SPO bertujuan agar berbagai proses kerja rutin terlaksanakan dengan efisien, efektif, konsisten/seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku (Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar, 2015).

c. Manfaat Standar Prosedur Operasional (SPO) dalam Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar 2015, yaitu :

- 1) Memenuhi persyaratan standar pelayanan puskesmas
- 2) Mendokumentasi langkah-langkah kegiatan
- 3) Memastikan staf puskesmas memahami bagaimana melaksanakan pekerjaannya.

d. Format Standar Prosedur Operasional (SPO) atau dalam Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar 2015 disebutkan dengan istilah Standar Operasional Prosedur (SOP), yaitu :

- 1) Jika sudah terdapat Format baku SOP berdasarkan Peraturan Daerah (Perda) masing-masing, maka Format SOP dapat disesuaikan dengan Perda tersebut.
- 2) Jika belum terdapat Format Baku SOP berdasarkan Perda, maka SOP dapat dibuat mengacu Permenpan No. 35/2012 atau pada contoh format SOP yang ada dalam buku Pedoman Penyusunan Dokumen ini.
- 3) Prinsipnya adalah “Format” SOP yang digunakan dalam satu institusi harus “Seragam”
- 4) Contoh yang dapat digunakan di luar format SOP Permenpan terlampir dalam Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi FKTP ini.


- 5) Format merupakan format minimal, oleh karena itu format ini dapat diberi tambahan materi/kolom misalnya, nama penyusun SOP, unit yang memeriksa SOP. Untuk SOP tindakan agar memudahkan di dalam melihat langkah-langkahnya dengan bagan alir, persiapan alat dan bahan dan lain-lain, namun tidak boleh mengurangi item-item yang ada di SOP.

Format SOP yang dijelaskan dalam Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar pada tahun 2015 adalah sebagai berikut :

a) Kop atau *heading* SOP

(1) Puskesmas:

Tabel 2.1 Format SOP Puskesmas berdasarkan Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar 2015

Logo Penda	Judul		 (lambang puskesmas)
	SOP	No. Dokumen :	
		No. Revisi :	
		Tanggal Terbit :	
	Halaman :		
Nama Puskesmas	Ttd Ka Puskesmas		Nama Ka Puskesmas NIP

(2) Klinik Pratama dan Tempat Praktik Mandiri Dokter/Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi

Tabel 2.2 Format SOP Klinik Pratama dan Tempat Praktik Mandiri Dokter/Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi berdasarkan Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar 2015

Logo FKTP	Judul		Nama Ka FKTP
	SOP	No. Dokumen :	
		No. Revisi :	
	Tanggal Terbit :		

		Halaman :	
Nama FKTP	Ttd Ka FKTP		

(3) Jika SOP disusun lebih dari satu halaman, pada halaman kedua dan seterusnya SOP dibuat tanpa menyertakan kop/*heading*.

b) Komponen SOP

Tabel 2.3 Format komponen SOP berdasarkan Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar 2015

1. Pengertian	
2. Tujuan	
3. Kebijakan	
4. Referensi	
5. Prosedur/Langkah-langkah	
6. Diagram alir (jika dibutuhkan)	
7. Unit terkait	

Penjelasan:

Penulisan SOP yang harus tetap di dalam tabel/kotak adalah: nama Puskesmas dan logo, judul SOP, nomor dokumen, tanggal terbit dan tanda tangan Kepala Puskesmas, sedangkan untuk pengertian, tujuan, kebijakan, prosedur/langkah-langkah, dan unit terkait boleh dan diberi tabel/kotak.

6) Petunjuk Pengisian SOP

a) Logo:

(1) bagi Puskesmas, logo yang dipakai adalah logo Pemerintah kabupaten/kota, dan lambang Puskesmas.

- (2) bagi Klinik Pratama dan Tempat Praktik Mandiri Dokter/Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, logo yang dicantumkan adalah logo Klinik Pratama dan Tempat Praktik Mandiri Dokter/Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.
- b) Kotak Kop atau *Heading* diisi sebagai berikut:
- (1) *Heading* hanya dicetak halaman pertama.
 - (2) Kotak FKTP diberi Logo pemerintah daerah, dan nama Puskesmas atau logo dan nama Klinik Pratama dan Tempat Praktik Mandiri Dokter/Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.
 - (3) Kotak Judul diberi Judul/nama SOP sesuai proses kerjanya.
 - (4) Nomor Dokumen: diisi sesuai dengan ketentuan penomoran yang berlaku di Puskesmas/FKTP yang bersangkutan, dibuat sistematis agar ada keseragaman.
 - (5) No. Revisi: diisi dengan status revisi, dapat menggunakan huruf. Contoh: dokumen baru diberi huruf A, dokumen revisi pertama diberi huruf B dan seterusnya. Tetapi dapat juga dengan angka, misalnya untuk dokumen baru dapat diberi nomor 0, sedangkan dokumen revisi pertama diberi nomor 1, dan seterusnya.
 - (6) Tanggal terbit: diberi tanggal sesuai tanggal terbitnya atau tanggal diberlakukannya SOP tersebut.
 - (7) Halaman: diisi nomor halaman dengan mencantumkan juga total halaman untuk SOP tersebut (misal 1/5). Namun, di setiap halaman

selanjutnya dibuat *footer* misalnya pada halaman kedua: 2/5, halaman terakhir: 5/5.

- (8) Ditetapkan Kepala FKTP: diberi tandatangan Kepala FKTP dan nama jelasnya.

c) Isi SOP

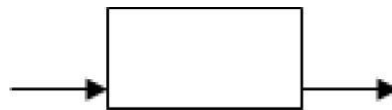
Isi dari SOP adalah sebagai berikut:

- (1) Pengertian: diisi definisi judul SOP, dan berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian/menimbulkan multi persepsi.
- (2) Tujuan: berisi tujuan pelaksanaan SOP secara spesifik. Kata kunci: “Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk”.
- (3) Kebijakan: berisi kebijakan Kepala FKTP yang menjadi dasar dibuatnya SOP tersebut, misalnya untuk SOP imunisasi pada bayi, pada kebijakan dituliskan: Keputusan Kepala Puskesmas No 005/2014 tentang Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.
- (4) Referensi: berisi dokumen eksternal sebagai acuan penyusunan SOP, bisa berbentuk buku, peraturan perundang-undangan, ataupun bentuk lain sebagai bahan pustaka.
- (5) Langkah-langkah prosedur: bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu.
- (6) Unit terkait: berisi unit-unit yang terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut.

Dari keenam isi SOP sebagaimana diuraikan di atas, dapat ditambahkan antara lain: bagan alir, dokumen terkait.

(7) Diagram Alir/bagan alir (*Flow Chart*): di dalam penyusunan prosedur maupun instruksi kerja sebaiknya dalam langkah-langkah kegiatan dilengkapi dengan diagram alir/bagan alir untuk memudahkan dalam pemahaman langkah-langkahnya. Adapun bagan alir secara garis besar dibagi menjadi dua macam, yaitu diagram alir makro dan diagram alir mikro.

(a) Diagram alir makro, menunjukkan kegiatan-kegiatan secara garis besar dari proses yang ingin kita tingkatkan, hanya mengenal satu simbol, yaitu simbol balok:



(b) Diagram alir mikro, menunjukkan rincian kegiatan-kegiatan dari tiap tahapan diagram makro, bentuk simbol sebagai berikut:

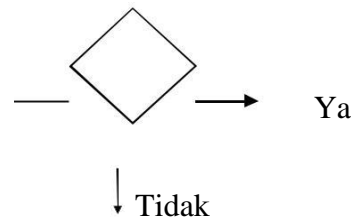
Awal kegiatan:



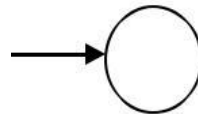
Akhir kegiatan:



Simbol Keputusan:



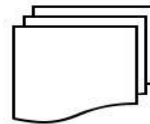
Penghubung:



Dokumen :



Arsip :



7) Syarat penyusunan SOP:

- a) Perlu ditekankan bahwa SOP harus ditulis oleh mereka yang melakukan pekerjaan tersebut atau oleh unit kerja tersebut. Tim atau panitia yang ditunjuk oleh Kepala Puskesmas/FKTP hanya untuk menanggapi dan mengkoreksi SOP tersebut. Hal tersebut sangatlah penting, karena komitmen terhadap pelaksanaan SOP hanya diperoleh dengan adanya keterlibatan personel/unit kerja dalam penyusunan SOP.
- b) SOP harus merupakan *flow charting* dari suatu kegiatan. Pelaksana atau unit kerja agar mencatat

proses kegiatan dan membuat alurnya kemudian Tim Mutu diminta memberikan tanggapan.

- c) Di dalam SOP harus dapat dikenali dengan jelas siapa melakukan apa, dimana, kapan, dan mengapa.
 - d) SOP jangan menggunakan kalimat majemuk. Subjek, predikat dan objek SOP harus jelas.
 - e) SOP harus menggunakan kalimat perintah/instruksi bagi pelaksana dengan bahasa yang dikenal pemakai.
 - f) SOP harus jelas, ringkas, dan mudah dilaksanakan. Untuk SOP pelayanan pasien maka harus memperhatikan aspek keselamatan, keamanan dan kenyamanan pasien. Untuk SOP profesi harus mengacu kepada standar profesi, standar pelayanan, mengikuti perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) kesehatan, dan memperhatikan aspek keselamatan pasien.
- 8) Evaluasi SOP

Evaluasi SOP dilakukan terhadap isi maupun penerapan SOP.

- a) Evaluasi penerapan/kepatuhan terhadap SOP dapat dilakukan dengan menilai tingkat kepatuhan terhadap langkah-langkah dalam SOP. Untuk evaluasi ini dapat dilakukan dengan menggunakan daftar tilik/*check list*:
 - (1) Daftar tilik adalah daftar urutan kerja (actions) yang dikerjakan secara konsisten, diikuti dalam pelaksanaan suatu rangkaian kegiatan, untuk diingat, dikerjakan, dan diberi tanda (*check-mark*).
 - (2) Daftar tilik merupakan bagian dari sistem manajemen mutu untuk mendukung standarisasi suatu proses pelayanan.

- (3) Daftar tilik tidak dapat digunakan untuk SOP yang kompleks.
- (4) Daftar tilik digunakan untuk mendukung, mempermudah pelaksanaan dan memonitor SOP, bukan untuk menggantikan SOP itu sendiri.
- (5) Langkah-langkah menyusun daftar tilik dengan melakukan identifikasi prosedur yang membutuhkan daftar tilik untuk mempermudah pelaksanaan dan monitoringnya.
 - (a) Gambarkan *flow-chart* dari prosedur tersebut,
 - (b) Buat daftar kerja yang harus dilakukan,
 - (c) Susun urutan kerja yang harus dilakukan,
 - (d) Masukkan dalam daftar tilik sesuai dengan format tertentu,
 - (e) Lakukan uji coba,
 - (f) Lakukan perbaikan daftar tilik,
 - (g) Standarisasi daftar tilik.
- (6) Daftar tilik untuk mengecek kepatuhan terhadap SOP dalam langkah-langkah kegiatan, dengan rumus sebagai berikut.

$$Compliance\ rate\ (CR) = \frac{\sum Ya}{\sum Ya + Tidak} \times 100\ %$$

b) Evaluasi isi SOP

- (1) Evaluasi SOP dilaksanakan sesuai kebutuhan dan minimal dua tahun sekali yang dilakukan oleh masing-masing unit kerja.
- (2) Hasil evaluasi: SOP masih tetap bisa dipergunakan, atau SOP tersebut perlu diperbaiki atau direvisi. Perbaikan atau revisi isi SOP bisa dilakukan sebagian atau seluruhnya.
- (3) Perbaikan/revisi perlu dilakukan bila:

- (a) Alur SOP sudah tidak sesuai dengan keadaan yang ada
 - (b) Adanya perkembangan Ilmu dan Teknologi (IPTEK) pelayanan kesehatan
 - (c) Adanya perubahan organisasi atau kebijakan baru
 - (d) Adanya perubahan fasilitas
- (4) Peraturan Kepala FKTP tetap berlaku meskipun terjadi penggantian Kepala FKTP.

3. *Tracer* (Petunjuk Keluar)

Tracer adalah suatu alat yang penting untuk mengawasi penggunaan rekam medis. Dalam penggunaannya, *tracer* ini diletakkan sebagai pengganti pada tempat dokumen rekam medis yang diambil (dikeluarkan) dari rak penyimpanan. *Tracer* tetap berada pada rak file tersebut, sampai berkas rekam medis yang diambil (dipinjam) kembali ke tempat semula (Depkes RI, 2006).

Tracer yang paling umum dipakai berbentuk kartu yang dilengkapi dengan kantong tempel tempat menyimpan surat pinjam. *Tracer* dapat diberi warna, yang bertujuan untuk mempercepat petugas melihat tempat-tempat penyimpanan kembali berkas rekam medis yang bersangkutan. *Tracer* ini haruslah dibuat dari bahan yang keras dan kuat (Depkes RI, 2006).

Tracer dapat meningkatkan efisiensi dan keakuratan dalam peminjaman dengan menunjukkan dimana sebuah rekam medis untuk disimpan saat kembali (Utami, 2016).

4. Penyimpanan Dokumen Rekam Medis

a. Pengertian Penyimpanan

Penyimpanan adalah tempat menyimpan (mengumpulkan), proses, cara pembuatan menyimpan. Ruang penyimpanan yaitu ruang yang menyimpan rekam medis, agar rekam medis dapat

dijaga keutuhan fisiknya dan kerahasiaan informasi yang terkandung dalam rekam medis tersebut (Utami, 2016).

b. Tujuan Penyimpanan

Dokumen rekam medis berisi data yang bersifat rahasia dan harus disimpan untuk menjaga kerahasiaan data tersebut. Tujuan penyimpanan dokumen rekam medis, yaitu:

- 1) mempermudah dan mempercepat ditemukan kembali berkas rekam medis yang disimpan dalam rak *filing*
- 2) mudah mengambil dari tempat penyimpanan
- 3) mudah pengembaliannya
- 4) melindungi berkas rekam medis dari bahaya pencurian, bahaya kerusakan fisik, kimiawi dan biologi (Budi, 2011:93).

c. Fasilitas di Ruang Penyimpanan

Menurut Budi (2011:105) menjelaskan bahwa, beberapa fasilitas di ruang penyimpanan berkas rekam medis diantaranya:

- 1) Ruang dengan suhu ideal untuk penyimpanan berkas dan keamanan dari serangan fisik lainnya
- 2) Alat penyimpanan berkas rekam medis, bisa menggunakan *Roll o pack*, rak terbuka dan *Filing cabinet*
- 3) *Tracer* yang digunakan sebagai pengganti berkas rekam medis di rak *filing*, yang dapat digunakan untuk menelusur keberadaan dokumen rekam medis

5. Peminjaman Dokumen Rekam Medis

Utami (2016) menyatakan bahwa pihak yang berhak meminjam DRM pasien adalah pihak yang bertanggung jawab langsung terhadap pasien, yaitu para tenaga kesehatan (dokter, paramedis, fisioterapis dll), pihak yang tidak bertanggung jawab langsung terhadap pasien

yang diberi wewenang untuk menggunakan RM (petugas RM dan staf medis), pihak ketiga di luar RS yang tidak langsung bertanggung jawab terhadap pasien (asuransi, peneliti, polisi dll).

a. Peminjaman DRM Rutin

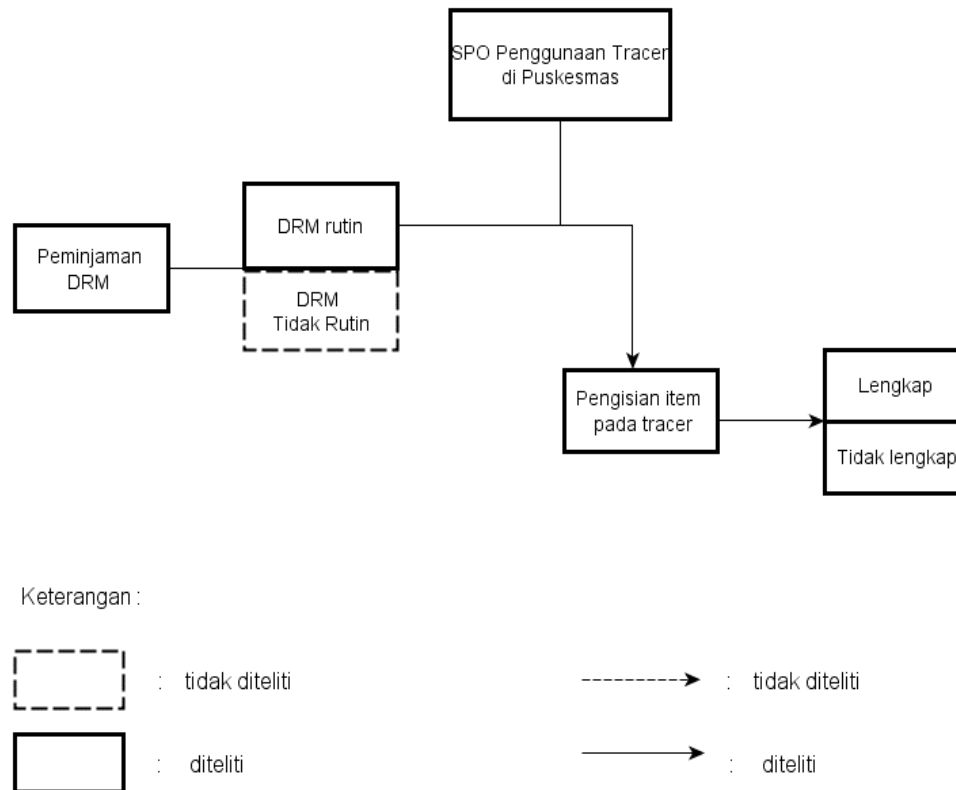
Peminjaman rutin adalah peminjaman berkas rekam medis oleh dokter dikarenakan pasien yang memiliki berkas tersebut memerlukan atau sedang mendapatkan perawatan di unit pelayanan.

b. Peminjaman DRM Tidak Rutin

Peminjaman tidak rutin adalah peminjaman berkas rekam medis oleh tenaga kesehatan atau dokter untuk keperluan penelitian, makalah atau sejenisnya. Ketentuan peminjaman ini sebagai berikut :

- 1) Semua berkas rekam medis yang keluar dari ruangan rekam medis wajib dicatat pada *tracer*
- 2) Semua berkas rekam medis rawat jalan harus kembali dalam waktu 1x24 jam, di luar ketentuan tersebut perawat/dokter yang masih membutuhkan rekam medis, wajib memberitahu kepada petugas rekam medis pada rawat jalan
- 3) Berkas rekam medis rawat inap harus dikembalikan ke unit rekam medis 2x24 jam setelah pasien pulang
- 4) Peminjaman rekam medis untuk keperluan riset, penelitian dilakukan di unit rekam medik (Utami, 2016).

B. KERANGKA KONSEP



Gambar 2.1 Kerangka konsep penelitian penerapan SPO penggunaan *tracer* terhadap kelengkapan pengisian *item* pada peminjaman DRM pasien berobat ulang

Berdasarkan kerangka konsep di atas, dengan adanya SPO penggunaan *tracer* di Puskesmas diharapkan dapat meningkatkan kelengkapan dalam pengisian *item* pada kertas *tracer* terkait dengan peminjaman rutin dokumen rekam medis, yaitu keperluan pasien berobat ulang.

C. HIPOTESIS

H0: tidak ada perbedaan kelengkapan pengisian *item* pada *tracer* sebelum dan sesudah penerapan standar prosedur operasional penggunaan *tracer*

H1: ada perbedaan kelengkapan pengisian *item* pada *tracer* sebelum dan sesudah penerapan standar prosedur operasional penggunaan *tracer*