

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Klinik

a. Pengertian Klinik

Menurut Permenkes RI No. 09 tahun 2014 klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan dan menyediakan pelayanan medis dasar atau spesialisik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis.

b. Jenis Klinik

1) Klinik Pratama

Klinik yang menyelenggarakan pelayanan medic dasar yang dilayani oleh dokter umum dan dipimpin oleh seorang dokter umum. Berdasarkan perijinannya klinik ini dapat dimiliki oleh badan usaha maupun perorangan (Permenkes RI no. 9, 2014).

2) Klinik Utama

Klinik yang menyelenggarakan pelayanan medis spesialisik atau pelayanan medis dasar dan spesialisik. Spesialistik berarti mengkhususkan pelayanan pada satu bidang tertentu. Klinik ini dipimpin oleh seorang dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang perijinannya hanya boleh dimiliki oleh badan usaha saja (Permenkes RI no. 9, 2014).

2. Konsep Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Menurut 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.

Menurut (Huffman,1994) Rekam medis adalah kompilasi fakta terkait tentang kehidupan pasien dan riwayat kesehatan, termasuk penyakit dan perawatan masa lalu dan sekarang. itu ditulis oleh para profesional kesehatan yang berkontribusi pada perawatan pasien.

Menurut (Hatta,2008) pengertian rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada pelayanan kesehatan. Berdasarkan pengertian diatas dapat digambarkan bahwa rekam medis merupakan sumber pelepasan informasi kesehatan pasien selama mendapatkan pelayanan.

Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan, akan tetapi mempunyai pengertian sebagai satu sistem penyelenggaraan rekam medis. Sedangkan kegiatan pencatatannya sendiri hanya merupakan salah satu kegiatan dari pada penyelenggaraan rekam medis.

b. Tujuan Rekam Medis

Tujuan dari Rekam Medis adalah menunjang 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 di Rumah Sakit akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

c. Kegunaan

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia, rekam medis mempunyai beberapa kegunaan 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 medik, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
- 3) Aspek hukum suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.
- 4) Aspek keuangan suatu berkas rekam medis memiliki nilai uang, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan
- 5) Aspek penelitian suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data atau informasi yang dapat digunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.
- 6) Aspek pendidikan suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang kronologis dari pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran dibidang profesi si pemakai.
- 7) Aspek dokumentasi rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus

didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

Dengan melihat dari beberapa aspek tersebut diatas, rekam medis mempunyai kegunaan yang sangat luas, karena tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi pelayanan saja. Kegunaan rekam medis secara umum adalah :

- 1) Sebagai alat komunikasi antara dokter antara tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian didalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.
- 2) Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
- 3) Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung atau dirawat di rumah sakit.
- 4) Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
- 5) Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit, maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
- 6) Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
- 7) Sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medik pasien.
- 8) Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan.

d. Manfaat

Manfaat rekam medis berdasarkan Permenkes Nomor 269/MenKes/Per/III/2008, tentang Rekam Medis adalah sebagai berikut :

1. Pengobatan. Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien
2. Peningkatan Kualitas Pelayanan. Membuat Rekam Medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.
3. Pendidikan dan Penelitian. Rekam medis yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.
4. Pembiayaan Berkas rekam medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien
5. Statistik Kesehatan Rekam medis dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit- penyakit tertentu
6. Pembuktian Masalah Hukum, Disiplin dan Etik Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik.

e. Dasar hukum

Dasar hukum yang mengatur Rekam Medis, yaitu :

- a) Permenkes Nomor 36 tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran
Permenkes Nomor 36 tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran pasal 1 ayat 5 menyebutkan bahwa rekam medis adalah berkas yang

berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien, termasuk dalam bentuk elektronik. Dalam keterkaitannya dengan hukum, pasal 7 ayat 4 disebutkan bahwa dalam hal pembukaan rahasia kedokteran dilakukan atas dasar perintah pengadilan atau dalam sidang pengadilan, maka rekam medis seluruhnya dapat diberikan.

b) Permenkes nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis

Permenkes nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis secara umum mengatur tentang jenis dan isi; tata cara penyelenggaraan; penyimpanan, pemusnahan, dan kerahasiaan; kepemilikan, pemanfaatan dan tanggung jawab; pengorganisasian; pembinaan dan pengawasan rekam medis. Pada pasal 3 ayat 1 disebutkan apa saja isi rekam medis rawat jalan yang minimal harus ada pada sarana pelayanan kesehatan. Kemudian pada pasal 5 dan pasal 6 disebutkan mengenai tata cara penyelenggaraan rekam medis dan tanggung jawab dari dokter, dokter gigi dan atau tenaga kesehatan tertentu terhadap catatan yang dibuat di rekam medis.

c) Keputusan Dirjen Yanmedik No. 78/Yan.Med/RS.Um.Dik/YMU/I/91 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penyelenggaraan Rekam Medis atau *medical record* di Rumah Sakit di dalamnya disebutkan bahwa “Isi rekam medis adalah milik pasien yang wajib dijaga kerahasiaannya”. Untuk melindungi kerahasiaan tersebut, maka dibuat ketentuan sebagai berikut :

- (1) Hanya petugas rekam medis yang diijinkan untuk masuk ruang penyimpanan berkas rekam medis.
- (2) Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi rekam medis untuk badan-badan atau perorangan, kecuali yang telah ditentukan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(3) Selama penderita dirawat, rekam medis menjadi tanggung jawab perawat ruangan dan menjaga kerahasiaannya.

f. Penyelenggaraan Rekam Medis

Secara garis besar penyelenggaraan rekam medis diatur sebagai berikut :

- 1) Rekam medis harus segera dibuat dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan. Hal ini dimaksudkan agar data yang tercatat masih asli dan tidak ada yang terlupakan karena adanya tenggang waktu.
- 2) Setiap pencatatan rekam medis harus dibubuhi nama dan tanda tangan petugas pelayanan kesehatan. Hal ini diperlukan untuk memudahkan sistem pertanggung jawaban atas pencatatan tersebut. Pada saat seorang pasien berobat ke dokter, telah terjadi suatu hubungan antara pasien dan dokter. Hubungan tersebut didasarkan atas kepercayaan pasien bahwa dokter tersebut mampu mengobatinya dan akan merahasiakan semua rahasia pasien yang diketahuinya pada saat hubungan tersebut terjadi. Dalam hubungan tersebut, akan banyak data pribadi pasien yang akan diketahui oleh dokter serta tenaga kesehatan yang memeriksa pasien tersebut. Dengan demikian, kewajiban tenaga kesehatan untuk menjaga rahasia kedokteran mencakup kewajiban untuk menjaga kerahasiaan isi rekam medis.(MaurenFerlina,2011)

g. Penanggung Jawab Rekam Medis

Dalam Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Tahun 1997 menyatakan pertanggung jawaban terhadap rekam medis terletak pada :

- 1) Tanggung jawab dokter yang merawat
Tanggung jawab utama akan kelengkapan rekam medis terletak pada dokter yang merawat. Tahap memperdulikanada tidaknya bantuan yang diberikan kepadanya dalam melengkapi rekam

medis oleh staf lain di rumah sakit. Dia mengemban tanggung jawab terakhir akan kelengkapan dan kebenaran isi rekam medis. Di samping itu, untuk mencatat beberapa keterangan medik seperti riwayat penyakit, pemeriksaan penyakit, pemeriksaan fisik dan ringkasan keluar (*resume*) kemungkinan bisa didelegasikan pada Coasisten, Asisten ahli dan dokter lainnya. Data harus dipelajari kembali, dikoreksi dan ditanda tangani juga oleh dokter yang merawat.

2) Tanggung jawab petugas rekam medis

Petugas rekam medis, membantu dokter yang merawat dalam mempelajari kembali rekam medis. Analisa dari kelengkapan isi di atas dimaksudkan untuk mencari hal-hal yang kurang dan masih diragukan, serta menjamin bahwa rekam medis telah dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan peraturan yang ditetapkan oleh Pimpinan rumah sakit, staf medik dan berbagai organisasi, misalnya persatuan profesi yang resmi, penganalisaan ini harus dilaksanakan keesokan harinya setelah pasien dipulangkan atau meninggal, sehingga data yang kurang atau pun diragukan bisa dibetulkan sebelum pasien terlupakan.

3) Tanggung jawab pemimpin rumah sakit

Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab menyediakan fasilitas unit rekam medis yang meliputi ruang, peralatan dan tenaga yang memadai. Dengan demikian tenaga di bagian rekam medis dapat bekerja secara efektif, memeriksa kembali memuat indeks, penyimpanan dari semua sistem medis dalam waktu singkat. Ruangan untuk memeriksa berkas rekam medis harus cukup untuk mencatat, melengkapi, mengulangi kembali, tanda tangan bagi dokter.

4) Tanggung jawab staf medis

Staf medis mempunyai peranan penting di rumah sakit dan pengorganisasian staf medis tersebut secara langsung

menentukan kualitas pelayanan terhadap pasien. Agar pelaksanaan tugasnya berjalan dengan tepat dan baik. Direktur Rumah Sakit, Wakil Direktur Medik membuat peraturan-peraturan yang akan mengatur para anggota staf medik juga dan membentuk komisi khusus yang diperlukan yang keanggotaannya diambil di antara anggota-anggota staf medik, menunjuk *comite* staf medik untuk melaksanakan beberapa tanggung jawab khusus yang diperlukan Wakil Direktur Medik yang merupakan atasan dari seluruh staf medik di Rumah Sakit, bertanggung jawab terhadap efektifitas kegiatan pelayanan medik di Rumah Sakit.

3. Penyelenggaraan Rekam Medis di Rawat Jalan

Berdasarkan Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 BAB III Pasal 5 disebutkan bahwa :

- a. Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis.
- b. Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan.
- c. Pembuatan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
- d. Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung.
- e. Dalam hal terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan.

f. Pembetulan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan. Di Pasal 6 disebutkan bahwa : Dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu bertanggungjawab atas catatan dan/atau dokumen yang dibuat pada rekam medis. Di Pasal 7 disebutkan bahwa : Sarana pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan dalam rangka penyelenggaraan rekam medis.

4. Pendistribusian Rekam Medis

Pendistribusian adalah proses pengiriman berkas rekam medis ke poli yang dituju untuk dilakukan pelayanan kesehatan. Pendistribusian atau pengiriman berkas dilakukan setiap kali ada permintaan dari TPP (Tempat Pendaftaran Pasien), berdasarkan keinginan pasien menuju poli yang diinginkan. Berkas rekam medis akan dikeluarkan apabila ada yang memerlukan, contohnya seperti pelayanan kesehatan pasien, gawat darurat, penelitian dan sebagainya. Pendistribusian berkas rekam medis yang baik adalah pendistribusian rekam medis yang cepat, tepat dan efisien. Jika waktu dalam pendistribusian rekam medis lama, maka akan menghambat pelayanan kesehatan yang akan diberikan dokter kepada pasien, karena dokter tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien tanpa adanya berkas rekam medis pasien tersebut. Pendistribusian berkas rekam medis harus dapat mendukung pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan rawat jalan yang bermutu. Karena itu diperlukan lokasi penyimpanan dan petugas pendistribusian yang memadai agar pelayanan kesehatan dapat berjalan dengan baik dan lancar.(FerlinaMauren,2011)

Ada berbagai cara untuk mendistribusikan berkas rekam medis. Pada sebagian rumah sakit, pendistribusian dilakukan dengan tanagn

(manual) dari satu tempat ke tempat lainnya. Oleh karena itu bagian rekam medis harus membuat jadwal pengiriman untuk berbagai macam bagian dibidang komputer. Diharapkan lebih mempercepat penyaluran data-data penderita dari satu tempat ke tempat lain.(Depkes RI,2016)

5. Dasar Hukum Kerahasiaan Dokumen Rekam Medis

Status hukum dan peraturan tentang catatan kesehatan harus dijaga oleh instansi pelayanan kesehatan. Institusi kesehatan tidak memiliki hukum atau peraturan pemerintah pusat. Institusi pelayanan kesehatan harus menyimpan catatan mengenai kesehatan karena hukum atau peraturan tersebut penting sebagai kepedulian pasien dan dokumen yang sah.

Status hukum minimum berisi tentang alamat pasien. Selain itu juga harus berisi tentang identitas data, ramalan penyakit, sejarah keluarga, tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, laporan konsultasi, laporan laboratorium, prosedur operasi, laporan khusus, waktu tindakan, catatan perkembangan pasien, laporan asuhan keperawatan, terapi, ringkasan pasien masuk catatan untuk menentukan diagnosa akhir, komplikasi, pemeriksaan prosedur dan tanda tangan kehadiran dokter.

Sebagai tambahan terhadap peraturan status, terdapat peraturan dan hukum pemerintahan pusat dalam keadaan tertentu. Institusi kesehatan yang menggunakan peraturan atau hukum untuk masalah pembayaran harus melalui peraturan pemerintah pusat untuk memelihara catatan kesehatan tersebut. Hukum pemerintah pusat juga ada untuk fasilitas kesehatan dengan menggunakan alkohol atau obat keras untuk program perawatan.(RadenSanjoyo,2007)

Beberapa kewajiban pokok yang menyangkut isi rekam medis berkaitan dengan aspek hukum adalah :

- a. Segala gejala atau peristiwa yang ditemukan harus dicatat secara akurat dan langsung.

- b. Setiap tindakan yang dilakukan tetapi tidak ditulis, secara yuridis dianggap tidak dilakukan.
- c. Rekam medis harus berisikan fakta dan penilaian klinis
- d. Setiap tindakan yang dilakukan terhadap pasien harus dicatat dan dibubuhi paraf.
- e. Tulisan harus jelas dan dapat dibaca (juga oleh orang lain)
- f. Kesalahan yang diperbuat oleh tenaga kesehatan lain karena salah baca dapat berakibat fatal.
- g. Tulisan yang tidak bisa dibaca, dapat menjadi bumerang bagi si penulis, apabila rekam medis ini sampai ke pengadilan.
- h. Jangan menulis tulisan yang bersifat menuduh atau mengkritik teman sejawat atau tenaga kesehatan lainnya.
- i. Jika salah menulis, coretlah dengan satu garis dan diparaf, sehingga yang dicoret masih bisa dibaca.
- j. Jangan melakukan penghapusan, menutup dengan tip-e atau mencoratcoret sehingga tidak bisa dibaca ulang.
- k. Bila melakukan koreksi di komputer, diberi space untuk perbaikan tanpa menghapus isi yang salah.
- l. Jangan merubah catatan rekam medis dengan cara apapun karena bisa dikenai pasal penipuan.(RadenSanjoyo,2007)

Setiap dokter atau dokter gigi yang melaksanakan praktik kedokteran wajib menyimpan kerahasiaan yang menyangkut riwayat penyakit pasien yang tertuang dalam rekam medis. Rahasia kedokteran tersebut dapat dibuka untuk kepentingan pasien untuk memenuhi permintaan aparat penegak hukum (hakim majelis), permintaan pasien sendiri atau berdasarkan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Berdasarkan kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana, rahasia kedokteran (isi rekam medis) baru dapat dibuka bila diminta oleh hakim majelis dihadapan sidang majelis. Dokter dan Dokter Gigi bertanggung jawab atas kerahasiaan rekam medis

sedangkan kepala sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab menyimpan rekam medis.(Konsil Kedokteran Indonesia,2006)

Pada buku pedoman manajemen informasi kesehatan revisi 2 tahun 2013, dikatakan bahwa profesi MIK antara lain adalah memastikan bahwa privasi dan kerahasiaan informasi pasien terlindungi serta melakukan pengamanan data yang digunakan untuk mencegah terjadinya akses yang tidak sah terhadap informasi tersebut. Selain itu tanggung jawab profesional MIK juga menjamin pengeluaran peraturan dan prosedur yang akurat dan terbaru, dipatuhi dan bahwa semua pelanggaran dilaporkan kepada pihak yang berwenang.

Kerahasiaan rekam medis yang diatur dalam Undang-undang Praktik Kedokteran pasal 47 ayat (2) yang menyatakan bahwa “rekam medis harus disimpan dan dijaga keahasiaannya oleh dokter atau dokter gigi dan pimpinan sarana kesehatan”. Hal yang sama dikemukakan pada pasal II Peraturan pemerintah Nomor 10 tahun 1966 tentang Wajib Simpan Kerahasiaan, selanjutnya, pasal I Peraturan Pemerintah yang sama menyatakan bahwa “yang dimaksud dengan rahasia kedokteran adalah segala sesuatu yang diketahui oleh orang-orang dalam pasal 3 pada waktu atau melakukan pekerjaannya dalam lapangan kedokteran”. Profesional MIK adalah salah satu tenaga kesehatan yang mengemban wajib simpan rahasia kedokteran. Selanjutnya Undang-Undang Praktik Kedokteran memberikan peluang pengungkapan informasi kesehatan secara terbatas, yaitu dalam pasal 48 ayat (2)

- a. Untuk kepentingan kesehatan pasien
- b. Untuk memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum
- c. Permintaan pasien sendiri
- d. Berdasarkan ketentuan undang-undang

Sedangkan pasal 12 permenkes 749a menyatakan bahwa :

- a. Pemaparan isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter yang merawat pasien atas izin tertulis pasien
- b. Pimpinan sarana pelayanan kesehatan dapat memaparkan isi rekam medis tanpa seizin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan

Dibidang keamanan rekam medis, permenkes 749a/SK/Menkes/XII/89 menyatakan dalam pasal 13, bahwa pimpinan sarana kesehatan bertanggung jawab atas :

- a. Hilangnya, rusaknya, atau pemalsuan rekam medis
- b. Penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak

Dalam pasal 79 Undang-undang Praktik Kedokteran secara tegas mengatur bahwa setiap dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja tidak membuat rekam medis dapat dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 tahun atau denda paling banyak Rp. 50.000.000,- (lima puluh juta rupiah). Selain tanggung jawab pidana dokter dan dokter gigi yang dengan sengaja tidak membuat rekam medis juga dapat dikenakan sanksi secara perdata, karena dokter dan dokter gigi tidak melakukan yang seharusnya dilakukan (ingkar janji/wanprestasi) dalam hubungan dokter dengan pasien.

6. Standar Prosedur Operasional

a. Pengertian SPO

Berdasarkan KARS(Komisi Akreditasi Rumah Sakit) 2012 tentang panduan penyusunan dokumen akreditasi pada bab IV menjelaskan bahwa SPO (Standar Operasional Prosedur), istilah ini digunakan di Undang-undang Nomor 29 tahun 2004 tentang praktik Kedokteran dan Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Yang dimaksud dengan SPO adalah suatu perangkat instruksi atau

langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu.

Berdasarkan Permenkes Nomor 512/Menkes/PER/IV/2007 tentang Ijin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran BAB V Pasal 1 Ayat 10 Standar Prosedur Operasional adalah suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana Standar Prosedur Operasional memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan consensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan yang baik, maka pendistribusian dokumen rekam medis rawat jalan di Klinik harus sesuai dengan SPO (Standar Prosedur Operasional) yang telah ditetapkan oleh Klinik.

b. Tujuan Penyusunan SPO

Agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten atau seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku.

c. Manfaat SPO

1. Memenuhi persyaratan standar pelayanan Rumah Sakit atau Akreditasi Rumah Sakit
2. Mendokumentasi langkah-langkah kegiatan
3. Memastikan staf Klinik memahami bagaimana melaksanakan pekerjaannya

d. Format SPO

1. Format SPO sesuai dengan lampiran Surat Edaran Direktur Pelayanan Medik Spesialistik nomor YM.00.02.2.2.837 tertanggal 1 Juni 2001, perihal bentuk SPO
2. Format mulai diberlakukan 1 Januari 2002
3. Format merupakan format minimal, format ini dapat diberi tambahan materi misalnya nama penyusun SPO, unit yang

memeriksa SPO, dll, namun tidak boleh mengurangi item-item yang ada.

4. Format SPO Sebagai berikut :

Tabel 2. 1 Format SPO

NAMA RS DAN LOGO	JUDUL SPO		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
SPO	Tanggal terbit	Ditetapkan : Direktur RS	
PENGERTIAN			
TUJUAN			
KEBIJAKAN			
PROSEDUR			
UNIT TERKAIT			

e. Tata Cara Penyusunan SPO

Hal-hal yang perlu diingat :

1. Siapa yang yang harus menulis atau menyusun SPO.
2. Bagaimana merencanakan dan mengembangkan SPO.
3. Bagaimana SPO dapat dikenali.
4. Bagaimana memperkenalkan SPO kepada pelaksana dan unit terkait.
5. Bagaimana pengendalian SPO nya (nomor, revisi dan distribusi).

f. Syarat Penyusunan SPO

1. Identifikasi kebutuhan yakni mengidentifikasi apakah kegiatan yang dilakukan saat ini sudah ada SPO belum dan bila sudah ada agar diidentifikasi, apakah SPO masih efektif atau tidak.
2. Perlu ditekankan bahwa SPO harus ditulis oleh mereka yang melakukan pekerjaan tersebut atau oleh unit kerja tersebut, Tim atau panitia yang ditunjuk oleh Direktur/Pimpinan RS hanya untuk menganggapi dan mengkoreksi SPO tersebut. Hal tersebut sangatlah penting, karena komitmen terhadap pelaksanaan SPO hanya diperoleh dengan adanya keterlibatan pesonel/unit kerja dalam penyusunan SPO.
3. SPO harus merupakan *flow charting* dari suatu kegiatan. Pelaksana atau unit kerja agar mencatat proses kegiatan dan membuat alurnya kemudian Tim/Panitia diminta memberikan tanggapan.
4. Didalam SPO harus dapat dikenali dengan jelas siapa melakukan apa, dimana, kapan dan mengapa.
5. SPO jangan menggunakan kalimat majemuk. Subyek, predikat dan obyek harus jelas.
6. SPO harus menggunakan kalimat perintah/instruksi dengan bahasa yang dikenal pemakai.
7. SPO harus jelas ringkas dan mudah dilaksanakan. Untuk SPO pelayanan pasien maka harus memperhatikan aspek keselamatan, keamanan dan kenyamanan pasien. Untuk SPO profesi harus mengacu kepada standar profesi, standar pelayanan, mengikuti perkembangan IPTEK dan memperhatikan aspek keselamatan pasien.

g. Proses Penyusunan SPO

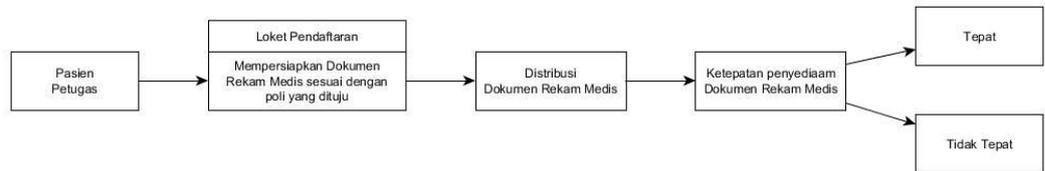
SPO disusun dengan menggunakan format SPO sesuai dengan lampiran Surat Edaran Direktur Pelayanan Medik Spesialistik nomer YM.00.02.2.2.837 tertanggal 1 Juni 2001, perihal bentuk SPO.

Penyusunan SPO dapat dikelola oleh suatu Tim/panitia dengan mekanisme sebagai berikut :

1. Pelaksana atau unit kerja menyusun SPO dengan melibatkan unit terkait.
2. SPO yang telah disusun oleh pelaksana atau unit kerja disampaikan ke Tim/Panitia SPO.
3. Fungsi Tim/Panitia SPO :
 - a. Memberikan tanggapan, mengkoreksi dan memperbaiki terhadap SPO yang telah disusun oleh pelaksana/unit kerja baik dari segi bahasa maupun penulisan.
 - b. Sebagai koordinator dari SPO yang sudah dibuat oleh masing-masing unit kerja sehingga tidak terjadi duplikasi SPO/tumpang tindih SPO antar unit.
 - c. Melakukan cek ulang terhadap SPO-SPO yang akan di tanda tangani oleh Drektur RS
4. Peyusunan SPO dilakukan dengan mengidentifikasi kebutuhan SPO. Untuk SPO pelayanan dan SPO admistrasi, untuk melakukan identifikasi kebutuhan SPO bisa dilakukan dengan menggambarkan proses

B. Kerangka Konsep

Gambar2. 1 Kerangka Konsep



C. Hipotesis

- H0 : Tidak ada perbedaan ketersediaan standar prosedur operasional distribusi dokumen rekam medis pasien rawat jalan terhadap kecepatan pengembalian dokumen rekam medis di klinik pucang
- H1 : Ada perbedaan ketersediaan standar prosedur operasional distribusi dokumen rekam medis pasien rawat jalan terhadap kecepatan pengembalian dokumen rekam medis di klinik pucang.