

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berdasarkan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang dimaksud dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Menurut Permenkes No.269 tahun 2008 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. Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. setiap rumah sakit harus membuat rekam medis baik rekam medis rawat jalan maupun rekam medis rawat inap. Rekam medis berguna sebagai bukti tertulis atas segala tindakan dan pelayanan yang telah diberikan oleh sarana pelayanan kesehatan kepada pasien yang bersangkutan. Pernyataan tersebut ditegaskan dalam UU Praktek Kedokteran Pasal 46 ayat 1, yaitu, “Semua dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis” (Kemenkes, 2008).

Bahwa dalam rangka upaya peningkatan mutu serta efisiensi pelayanan kesehatan di rumah sakit, perlu adanya dukungan dari berbagai faktor yang terkait. Salah satu faktor yang mendukung keberhasilan upaya tersebut adalah terlaksananya penyelenggaraan rekam medis yang sesuai dengan standar yang berlaku. Definisi rekam medis menurut buku Pedoman Pelaksanaan Rekam Medis Rumah Sakit, diartikan sebagai keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnese, penentuan fisik laboratorium, segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan, maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

Isi rekam medis merupakan hak milik pasien sedangkan fisiknya merupakan milik instansi pelayanan kesehatan. Untuk itu instansi pelayanan kesehatan harus mengelola, menjaga dan menyimpan rekam medis tersebut dengan benar dan aman. Selain itu instansi pelayanan kesehatan juga harus menjaga kerahasiaan informasi yang ada di dalam rekam medis, hal ini berdasarkan PP No.10 tahun 1996 tentang wajib simpan rahasia kedokteran.

Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien di rumah sakit, diteruskan kegiatan pencatatan data medis pasien selama itu mendapatkan pelayanan medis di rumah sakit. Dan dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medis yang meliputi penyimpanan serta pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan atau peminjaman apabila pasien kontrol ulang serta untuk keperluan lainnya. Informasi medis merupakan sumber kehidupan dari sistem pelayanan kesehatan rekam medis, baik dalam bentuk manual ataupun otomatis, menampung informasi medis yang menjelaskan semua aspek pelayanan kesehatan pasien. Para dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya memerlukan informasi medis untuk kepentingan pengobatan pasien.

Sedangkan untuk penyimpanan (*filing*) dokumen rekam medis sendiri mempunyai arti penting sehubungan dengan riwayat penyakit seseorang dan kerahasiaan yang terkandung di dalamnya. Oleh sebab itu cara penyimpanannya pun harus diatur sedemikian rupa sehingga terjaga kerahasiaannya dan mudah memperoleh atau mencarinya kembali untuk disediakan guna pelayanan pasien yang pernah berobat di sarana pelayanan kesehatan yang bersangkutan (Putra, 2013).

Ditinjau dari pemusatan dokumen rekam medis yang ada di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang sistem penyimpanannya menggunakan cara desentralisasi, sistem penyimpanan berkas rekam medis secara desentralisasi yaitu sistem penyimpanan berkas rekam medis dengan memisahkan dokumen rekam medis atas nama seorang pasien antara dokumen rawat jalan, dokumen gawat darurat, dan dokumen rawat inap pada masing-masing dalam folder tersendiri dan atau ruang atau tempat tersendiri (Budi, 2011).

Definisi desentralisasi menurut Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yaitu pemisahan dokumen antara rekam medis rawat jalan dengan rekam medis rawat inap. Dokumen Rekam medis rawat jalan disimpan di bagian *filing* rawat jalan sedangkan dokumen rekam medis rawat inap disimpan dibagian *filing* rawat inap.

Berdasarkan uraian tersebut peneliti tertarik untuk mengangkat topik “Gambar Umum Sistem Penyimpanan Dokumen Rekam Medis Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Ssemarang Tahun 2018”.

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.2.1 Tujuan Umum PKL

Menggambarkan sistem penyimpanan dokumen rekam medis di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang Tahun 2018.

1.2.2 Tujuan Khusus PKL

- a. Menggambarkan Sistem Penyimpanan Dokumen Rekam Medis Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang
- b. Menguraikan Tugas Bagian *Filing* (penyimpanan)
- c. Mengidentifikasi Pengembalian Dokumen Rekam Medis
- d. Mengidentifikasi Peminjaman Dokumen Rekam Medis
- e. Mengidentifikasi penggunaan Tracer

1.2.3 Manfaat PKL

- a. Bagi Penulis

Dapat meningkatkan wawasan dan ilmu pengetahuan mengenai sistem penyimpanan dokumen rekam medis dan sebagai sarana untuk menerapkan ilmu yang diperoleh selama kuliah dengan yang ada dilapangan.

- b. Bagi Politeknik Negeri Jember

Mengkombinasikan teori dan aplikasi yang telah diberikan untuk diterapkan secara langsung sebagai hasil efektifitas kegiatan perkuliahan.

c. Bagi Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

1. Sebagai masukan yang mendukung proses pengambilan keputusan bagi manajemen RSI Sultan Agung Semarang.
2. Dapat memberikan suatu masukan bagi RSI Sultan Agung Semarang khususnya dibidang rekam medis, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit

1.3 Lokasi dan Jadwal Kerja

1.3.1 Lokasi

Praktek Kerja Lapang dilaksanakan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang khususnya di Bagian Instalasi Rekam Medis.

1.3.2 Jadwal Kerja

Praktek Kerja Lapang di Rumah Sakit Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dilaksanakan pada tanggal 5 Februari - 28 April 2018. Praktik Kerja Lapang dilakukan setiap hari senin- jum'at mulai pukul 08.00 – 15.00 WIB dan hari sabtu mulai pukul 08.00 -13.00 WIB.

1.4 Metode Pelaksanaan

1.4.1 Sumber Data

a. Data Primer

Data primer didapatkan melalui wawancara secara langsung dan mendalam terhadap responden atau informan di masing-masing unit.

b. Data Sekunder

Data sekunder didapatkan berdasarkan hasil dokumentasi RSUD Kabupaten Badung Mangusada berupa laporan tahunan.

1.4.2 Teknik Pengumpulan Data

a. Observasi

Observasi dalam praktek kerja lapang ini dilakukan dengan mengamati segala hal yang berkaitan dengan rekam medis di bagian

masing-masing. Menilai apakah ada perbedaan yang terjadi antara pengetahuan yang telah diberikan di kuliah dengan yang terjadi di lapangan.

b. Wawancara

Wawancara dilakukan kepada petugas yang bersangkutan. Hal ini dilakukan untuk mengetahui lebih dalam lagi tentang prosedur yang dijalankan di masing-masing bagian pelayanan rekam medis.

c. Studi Pustaka

Studi pustaka merupakan kegiatan mencari dan mempelajari teori yang ada di buku maupun karya ilmiah. Teori ini bisa digunakan sebagai dasar melakukan kegiatan maupun membandingkan apakah suatu kegiatan itu sudah benar atau belum.