

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Puskesmas

Berdasarkan Permenkes RI nomor 75 tahun 2014, puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Setiap Puskesmas Wajib memiliki izin untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan, izin ini diberikan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, izin ini berlaku selama 5 tahun serta dapat diperpanjang.

Menurut Trihono dalam buku “Arrimes Manajemen Puskesmas Berbasis Paradigma Sehat” pengertian puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja.

Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya. Puskesmas merupakan perangkat pemerintah daerah tingkat II, sehingga pembagian wilayah kerja Puskesmas ditentukan oleh Bupati/Walikota, dengan saran teknis dari kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Wilayah kerja Puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografik, dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja Puskesmas.

a. Fungsi Puskesmas

Dalam melaksanakan tugasnya, Puskesmas menyelenggarakan dua fungsi utama yaitu upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama

1. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama meliputi :

1. pelayanan promosi kesehatan;
2. pelayanan kesehatan lingkungan;
3. pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana;
4. pelayanan gizi; dan
5. pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.

2. Upaya kesehatan perseorangan (UKP)

UKP adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan. tingkat pertama meliputi :

1. Rawat jalan
2. Pelayanan gawat darurat
3. Pelayanan satu hari (*one day care*)
4. *Home care*
5. Rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan

b. Syarat Mendirikan Puskesmas

Puskesmas harus didirikan pada setiap kecamatan. pada 1 kecamatan dapat didirikan lebih dari 1 Puskesmas dengan mempertimbangkan kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk dan aksesibilitas. Pendirian Puskesmas harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, peralatan kesehatan, ketenagaan, kefarmasian dan laboratorium.

Puskesmas juga harus memperhatikan ketentuan teknis pembangunan bangunan gedung negara. Bangunan Puskesmas harus memenuhi persyaratan yang meliputi:

1. Persyaratan administratif, persyaratan keselamatan dan kesehatan kerja, serta persyaratan teknis bangunan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
2. Bersifat permanen dan terpisah dengan bangunan lain
3. Menyediakan fungsi keamanan, kenyamanan, perlindungan keselamatan dan kesehatan serta kemudahan dalam memberi pelayanan bagi semua orang termasuk yang berkebutuhan khusus, anak-anak dan lanjut usia.

Prasarana yang perlu ada dalam mendirikan puskesmas sedikitnya harus memiliki sistem penghawaan (ventilasi), sistem pencahayaan, sistem sanitasi, sistem kelistrikan, sistem komunikasi, sistem gas medic, sistem proteksi petir, sistem proteksi kebakaran, sistem pengendalian kebisingan, sistem transportasi vertikal untuk bangunan lebih dari 1 (satu) Lantai, kendaraan Puskesmas keliling dan kendaraan ambulans.

Sumber daya manusia Puskesmas terdiri atas Tenaga Kesehatan dan tenaga non kesehatan diantaranya dokter atau dokter layanan primer; dokter gigi; perawat; bidan; tenaga kesehatan masyarakat; tenaga kesehatan lingkungan; ahli teknologi laboratorium medik; tenaga gizi; dan tenaga kefarmasian. Tenaga Kesehatan di Puskesmas harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, etika profesi, menghormati hak pasien, serta mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien dengan memperhatikan keselamatan dan kesehatan dirinya dalam bekerja (Permenkes RI, 2014).

2. Rekam Medis

Menurut Permenkes No 269/MENKES/PER/III/2008 rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien,

pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.

Definisi Rekam Medis Menurut Gemala Hatta adalah kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dan riwayat penyakitnya, termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleh para praktisi kesehatan dalam upaya mereka memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

a. Tujuan Rekam Medis

Tujuan terselenggaranya pelayanan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi. Tanpa adanya suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, mustahil tertib administrasi rumah sakit berhasil sebagaimana yang diharapkan.

b. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan Rekam Medis dapat dilihat dari beberapa aspek, yaitu :

1) Aspek Administrasi

Suatu Rekam Medis mempunyai nilai Administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan medis.

2) Aspek Legal / Hukum

Rekam Medis mempunyai nilai hukum apabila isinya menyangkut masalah jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakan hukum dan pengembangan hukum baru yang lebih baik serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakan keadilan.

3) Aspek Finansial / Keuangan

Rekam Medis mempunyai nilai keuangan apabila isinya menyangkut masalah kegiatan pelayanan kesehatan. Tanpa adanya pendokumentasian rekam medis, maka pembayaran terhadap pelayanan kesehatan seorang pasien tidak dapat dipertanggung jawabkan, selain itu pendokumentasian juga

dipakai sebagai sumber perencanaan Keuangan rumah sakit untuk masa yang akan datang.

4) Aspek Riset / Penelitian

Rekam Medis mempunyai nilai riset /penelitian apabila isinya mengandung bahan/data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai objek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan.

5) Aspek Edukasi

Rekam Medis mempunyai nilai edukasi apabila isinya menyangkut masalah data/bahan/informasi tentang perkembangan kronologis dari pelayanan kesehatan yang diberikan pada seorang pasien. Isi dari bukti pelayanan tersebut dapat dipergunakan sebagai referensi/bahan pengajaran dibidang profesi si pemakai.

6) Aspek Dokumentasi

Rekam Medis mempunyai nilai dokumentasi apabila isinya menyangkut data yang tertulis baik dalam bentuk tulisan, foto atau dengan media lain, tetapi secara teknis dapat diartikan dan dapat dijadikan sebagai sumber informasi.

7) Aspek Komunikasi

Rekam Medis merupakan sarana komunikasi antara dokter yang merawat dengan semua petugas yang berkaitan dalam kegiatan penanganan pasien tersebut.

c. Isi Rekam Medis

Menurut PERMENKES No: 269/MENKES/PER/III/2008 data-data yang harus dimasukkan dalam Medical Record dibedakan untuk pasien yang diperiksa di unit rawat jalan dan rawat inap dan gawat darurat. Setiap pelayanan baik di rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat dapat membuat rekam medis dengan data-data sebagai berikut:

1) Pasien Rawat Jalan

Data pasien rawat jalan yang dimasukkan dalam medical record sekurang-kurangnya antara lain:

- a) Identitas Pasien
- b) Tanggal dan waktu.
- c) Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit).
- d) Hasil Pemeriksaan fisik dan penunjang medis.
- e) Diagnosis
- f) Rencana penatalaksanaan
- g) Pengobatan dan atau tindakan
- h) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
- i) Untuk kasus gigi dan dilengkapi dengan odontogram klinik dan
- j) Persetujuan tindakan bila perlu.

2) Pasien Rawat Inap

Data pasien rawat inap yang dimasukkan dalam medical record sekurang-kurangnya antara lain:

- a) Identitas Pasien
- b) Tanggal dan waktu.
- c) Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit).
- d) Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang medis.
- e) Diagnosis
- f) Rencana penatalaksanaan
- g) Pengobatan dan atau tindakan
- h) Persetujuan tindakan bila perlu
- i) Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
- j) Ringkasan pulang (discharge summary)
- k) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
- l) Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu.
- m) Untuk kasus gigi dan dilengkapi dengan odontogram klinik

3) Ruang Gawat Darurat

Data pasien rawat inap yang harus dimasukkan dalam medical record sekurang-kurangnya antara lain:

- a) Identitas Pasien
- b) Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan
- c) Identitas pengantar pasien
- d) Tanggal dan waktu.
- e) Hasil Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit.
- f) Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang medis.
- g) Diagnosis
- h) Pengobatan dan/atau tindakan
- i) Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut.
- j) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
- k) Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain dan
- l) Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu.

3. Filing

Dalam Buku Pengurusan Surat dan Kearsipan (Depdikbud, 1980:52) kearsipan diberikan batasan sebagai berikut: “Kearsipan (*filling*) dapat diartikan sebagai suatu proses pengaturan dan penyimpanan bahan-bahan/warkat-warkat secara sistematis, sehingga bahan-bahan tersebut dengan cepat dapat dicari atau diketahui tempatnya setiap kali diperlukan”.

4. Penyimpanan Dokumen Rekam Medis

Menurut Depkes RI, cara penyimpanan dokumen rekam medis ada 2 cara, yaitu :

1. Penyimpanan Sentralisasi

Sistem penyimpanan dokumen rekam medis secara sentralisasi yaitu sistem penyimpanan dokumen rekam medis

seorang pasien dalam satu kesatuan *folder* atau map baik dokumen rawat inap, rawat jalan, gawat darurat yang disimpan dalam satu *folder*, tempat, rak penyimpanan.

2. Penyimpanan Desentralisasi

Sistem penyimpanan dokumen rekam medis secara desentralisasi yaitu sistem penyimpanan dengan cara memisahkan dokumen rekam medis antara rawat jalan, rawat inap, gawat darurat terpisah dengan tempat, *folder*, rak penyimpanan.

Menurut Permenkes RI No. 269/MENKES/PER/ III/ 2008 Bab IV pasal 9 tentang rekam medis, rekam medis pada sarana pelayanan kesehatan non rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu dua tahun dihitung dari tanggal terakhir pasien berobat. Setelah melampaui batas waktu wajib simpan yaitu dua tahun maka dokumen rekam medis dapat dimusnahkan.

5. Penjajaran Dokumen Rekam Medis

Terdapat 3 cara dalam sistem penjajaran rekam medis, yaitu :

1. *Alphabetical*
2. *Alphanumerical*
3. *Numerical* (penomoran)

Sistem penjajaran secara *numerical* terbagi menjadi 3, yaitu :

1. Sistem Penjajaran Berdasarkan Nomor Langsung (*Straight Numerical Filing*)

Sistem penjajaran nomor langsung yaitu suatu sistem penyimpanan dokumen rekam medis dengan mensejajarkan *folder* dokumen rekam medis berdasarkan urutan langsung nomor rekam medisnya pada rak penyimpanan.

2. Sistem Penjajaran Berdasarkan 2 Angka Kelompok Akhir (*Terminal Digit Filing*)

Sistem penjajaran dengan sistem angka akhir yaitu suatu sistem penyimpanan dokumen rekam medis dengan

mensejajarkan *folder*/dokumen rekam medis berdasarkan urutan nomor rekam medis pada 2 angka kelompok akhir.

3. Sistem Penjajaran Berdasarkan 2 Angka Kelompok Tengah (*Middle Digit Filing*)

Sistem penjajaran dengan sistem angka tengah yaitu suatu sistem penyimpanan dokumen rekam medis dengan mensejajarkan *folder*/dokumen rekam medis berdasarkan urutan nomor rekam medis pada 2 angka kelompok tengah.

Penyimpanan dokumen rekam medis dianjurkan atau disarankan untuk menggunakan sistem penyimpanan sentralisasi dengan penjajaran sistem nomor akhir (Depkes, 2006).

6. Tracer

Petunjuk keluar (tracer) adalah suatu alat yang penting untuk mengawasi penggunaan rekam medis. Dalam penggunaannya petunjuk keluar diletakkan sebagai pengganti pada tempat rekam medis yang diambil (dikeluarkan) dari rak penyimpanan. Kartu pinjam/petunjuk keluar tetap berada di rak filing sampai rekam medis yang diambil (dipinjam) kembali ke tempat semula (Depkes RI, 2006).

Menurut *International Federation of Health Information Management Associations* (IFHIMA, 2012), tracer (*outguide*) adalah pengganti rekam medis yang dikeluarkan dari penyimpanan untuk tujuan apapun. Petunjuk keluar meningkatkan efisien dan keakuratan dalam peminjaman dengan menunjukkan dimana sebuah rekam medis untuk disimpan saat kembali. Harus terbuat dari bahan yang kuat dan berwarna. Ada berbagai jenis tracer yang tersedia. Beberapa termasuk kantong untuk menyimpan permintaan slip dan laporan. Menunjukkan di mana rekam medis ketika tidak ada dalam penyimpanan. Tracer juga meningkatkan efisiensi dan akurasi dengan menunjukkan dimana rekam medis disimpan saat kembali.

Isi atau data pada tracer :

1. Nomor rekam medis

2. Tanggal peminjaman
3. Tanggal pengembalian
4. Unit atau orang yang menggunakan
5. Keperluan

Menurut Depkes RI (1997), salah satu ketentuan pokok yang harus ditaati ditempat penyimpanan yaitu tidak satu pun rekam medis boleh keluar dari ruang rekam medis, tanpa tanda keluar/kartu peminjaman.

Ketentuan pokok yang harus ditaati ditempat penyimpanan adalah (Depkes RI,1997) :

- 1). Tidak satu pun rekam medis boleh keluar dari ruang rekam medis, tanpa tanda keluar/kartu peminjaman. Peraturan ini tidak hanya berlaku bagi orang-orang diluar ruang rekam medis, tetapi juga bagi petugas-petugas rekam medis sendiri.
- 2). Seseorang yang menerima/meminjam rekam medis, berkewajiban untuk mengembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktunya. Harus dibuat ketentuan berapa lama jangka waktu satu rekam medis diperbolehkan tidak berada dirak penyimpanan. Seharunya setiap rekam medis kembali lagi ke raknya pada setiap akhir hari kerja, sehingga dalam keadaan darurat staf rumah sakit dapat mencari informasi yang diperlukan.
- 3). Rekam medis tidak dibenarkan diambil dari fasilitas kesehatan, kecuali atas perintah pengadilan.

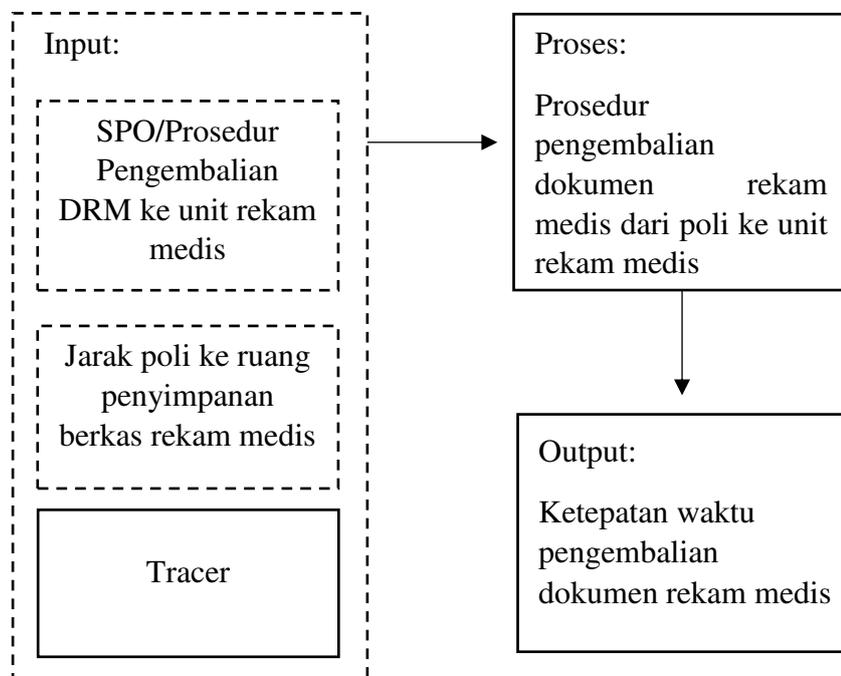
Berdasarkan hasil penelitian Mahendra (2011) saat petugas penyimpanan di UPT Puskesmas Wonosari 1 sebelum menggunakan tracer mengalami banyak kendala, antara lain: berkas tidak ditemukan, banyak *misfile*. Setelah menggunakan tracer masalah-masalah tersebut teratasi. Dengan adanya tracer di penyimpanan Berkas Rekam Medis UPT 1 Puskesmas Wonosari 1 dapat mengurangi berkas *misfile*.

Hasil penelitian Asmono (2014) bahwa faktor-faktor penyebab tidak menggunakan tracer di bagian penyimpanan berkas rekam medis

di Rumah Sakit Mata Dr. Yap Yogyakarta yaitu Sumber Daya Manusia (SDM), yaitu petugasnya tergesa-gesa, sarana di bagian penyimpanan yaitu rak penyimpanan sudah penuh dan Prosedur Tetap pengambilan dan penyimpanan rekam medis terkait penggunaan tracer yang tidak dijalankan. Dampak tidak menggunakan tracer di bagian penyimpanan berkas rekam medis di Rumah Sakit Mata “Dr. Yap” Yogyakarta yaitu *misfile* dan berkas rekam medis sulit terlacak.

B. Kerangka Konsep

Berdasar landasan teori dan rumusan masalah maka kerangka konsepnya adalah



Gambar 2. 1 Kerangka konsep penelitian

Keterangan:

- = Variabel yang diteliti
- = Variabel yang tidak diteliti
- = Sebagai pengaruh

Kerangka konsep penelitian adalah suatu varian atau visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep lain atau antara variabel yang satu dengan yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoadmodjo, Soekidjo, 2010:83).

Dalam kerangka konsep tersebut terdapat input, proses, dan output. Pada input termasuk penggunaan tracer, SOP yang digunakan saat pengembalian dokumen ke rak, dan sarana prasarana pengembalian dokumen rekam medis. Proses pengembalian dokumen rekam medis dari poli ke unit rekam medis, apabila memperhatikan input dengan benar maka akan mendapatkan output berupa ketepatan waktu pengembalian dokumen rekam medis

C. Hipotesa

H_0 = tidak adanya perbedaan waktu pengembalian berkas rekam medis sebelum dan sesudah menggunakan tracer pada pengambilan berkas rekam medis.

H_1 = adanya perbedaan waktu pengembalian berkas rekam medis sebelum dan sesudah menggunakan tracer pada pengambilan berkas rekam medis.