

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes No. 269/Menkes/PER/III/2008 tentang rekam medis. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.⁽¹⁾ Sedangkan menurut Huffman, EK, adalah rekaman catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan yang diperolehnya serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan serta merekam hasilnya.⁽³⁾

Tujuan dari rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Berdasarkan keputusan Direktur Jendral Pelayanan Medik Nomor 78/ Pelayanan Medik/ RS UMDIK/ YMU/1991 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penyelenggaraan Rekam Medis di Rumah Sakit, maka rekam medis dapat dipakai sebagai :⁽⁴⁾

1. Sumber informasi medis pasien yang berobat di rumah sakit yang berguna untuk keperluan pengobatan dan pemeliharaan kesehatan pasien.
2. Alat komunikasi antara dokter dengan dokter lain, antara dokter dengan paramedis lain dalam usaha memberikan pelayanan pengobatan dan perawatan.
3. Bukti tertulis tentang pelayanan yang telah diberikan oleh rumah sakit.

4. Alat untuk analisa dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.
5. Alat untuk melindungi kepentingan hukum bagi semua pasien, dokter, tenaga kesehatan lainnya serta rumah sakit itu sendiri.
6. Alat untuk penelitian dan pendidikan.
7. Alat untuk perencanaan dan sumber daya.
8. Alat untuk kepentingan lain yang ada kaitannya dengan rekam medis.

B. Kegunaan Rekam Medis

1. Aspek Medis

Berkas rekam medis terletak pada dokter yang merawat, tahap memperdulikan ada tidaknya bantuan yang diberikan kepadanya dalam melengkapi rekam medis oleh staf lain di rumah sakit.

2. Aspek Hukum

Dokumen rekam medis secara umum untuk melindungi kepentingan hukum bagi pasien, dokter tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit.

3. Aspek Keuangan

Tindakan - tindakan yang terekam dalam DRM dapat digunakan sebagai bukti untuk transaksi keuangan.

4. Aspek Penelitian

Rekam Medis secara umum bisa digunakan sebagai bahan analisa, penelitian, dan bahan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.

5. Aspek Pendidikan

Berkas Rekam Medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan

kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran di bidang profesi.

6. Aspek Dokumentasi

Berkas Rekam Medis mempunyai nilai dokumentasi karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus di dokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

7. Aspek Administrasi

Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan pasien selama berkunjung/dirawat di rumah sakit.

C. Faktor-Faktor Pengaruh Pengelolaan *Filing*

1. *Man* (Manusia)

Faktor terpenting dari suatu pelaksanaan sistem untuk mencapai pelayanan kesehatan yang optimal adalah manusia. Dalam pengelolaan DRM sumber daya manusia adalah faktor yang sangat penting. Semua petugas harus mempunyai kesempatan untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan yang berguna untuk meningkatkan ilmu pengetahuan tentang rekam medis. Kejadian *missfile* duplikasi DRM yang dapat terjadi akibat dari faktor manusia.

2. *Money* (Uang)

Dana adalah salah satu hal yang paling berperan untuk mencapai pelaksanaan suatu sistem dirumah sakit agar terciptanya pelayanan yang baik dan cepat sesuai dengan yang diharapkan

pasien. Apabila dana rumah sakit tidak memenuhi dalam pengadaan pendukung maka tingkat terjadinya *missfile* semakin tinggi.

3. *Materials* (Materi)

Bahan adalah suatu produk atau fasilitas yang digunakan untuk menunjang tujuan dalam melaksanakan sistem pelayanan kesehatan yang dibutuhkan rumah sakit. Apabila bahan tidak memenuhi persyaratan maka tingkat kerusakan DRM semakin tinggi.

4. *Methods* (Metode)

Metode yang tepat dapat sangat membantu tugas-tugas seorang petugas *filing*, sehingga akan lebih cepat dalam pelaksanaan sistem pelayanan yang ada di rumah sakit. Beberapa hal yang ada pada metode adalah :

- a. Sistem penyimpanan yang digunakan adalah sistem penyimpanan sentralisasi dan desentralisasi.
- b. Sistem penomoran yang digunakan adalah *Serial Numbering System* (SNS), *Unit Numbering System* (UNS), *Serial Unit Numbering System* (SUNS).
- c. Sistem penjajaran yang digunakan adalah *Straight Numerical Filing*(SNF), *Terminal Digit Filing*(TDF), *Middle Digit Filing* (MDF).
- d. Dalam penyimpanan DRM menggunakan kode warna atau tidak.
- e. Dalam ruang *filing* menggunakan tracer apa tidak.

5. *Machines* (Mesin)

Alat yang digunakan manusia untuk melakukan sesuatu pekerjaan agar lebihh cepat selesai dan sebagai penunjang pelaksanaan sistem pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit

diantaranya adalah komputer(yang digunakan untuk membantu pencarian dokumen).⁽¹²⁾

D. Subsistem Rekam Medis

1. Sistem Penamaan

Nama merupakan identitas pribadi yang di berikan oleh orang tuanya pada saat lahir dan akan ia miliki sampai setelah meninggal dunia. Sistem pemberian nama seseorang di suatu suku bangsa atau marga mempunyai cara dan ciri masing – masing. Sehingga nama itu dapat di panggil dan dapat membedakan antara satu dengan lainnya. Oleh sebab itu penulisan nama pasien di setiap formulir rekam medis sangat penting artinya agar tidak terjadi kesalahan dalam pelayanan karena dokumen rekam medis yang telah terisi data rekam medis pasien yang bersangkutan keliru dengan dokumen rekam medis pasien lain. Prinsip utama yang di taati oleh petugas pencatat adalah nama pasien harus lengkap, minimal terdiri dari dua suku kata, dengan demikian nama pasien yang akan tercantum dalam rekam medis akan menjadi satu diantara kemungkinan ini :

- a. Nama pasien sendiri, apabila nama sudah terdiri dari dua suku kata atau lebih.
- b. Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama suami, apabila pasien seorang yang bersuami.
- c. Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama orang tua (biasanya nama ayah).

- d. Bagi pasien yang mempunyai keluarga, marga, maka keluarga atau marga di dahulukan dan kemudian diikuti nama sendiri.

Dalam sistem penamaan rekam medis, diharapkan :

- a. Nama ditulis dengan huruf cetak dan mengikuti ejaan yang disempurnakan.
- b. Sebagai pelengkap, bagi pasien perempuan diakhiri nama lengkap ditambah Ny atau Nn dengan statusnya.
- c. Penentuan title selalu diletakkan sesudah nama lengkap pasien.
- d. Perkataan tuan, saudara, bapak, tidak dicantumkan dalam penulisan nama pasien.

2. Sistem Penomoran

Sistem penomoran atau dikenai dengan istilah *numbering system* penting artinya untuk kesinambungan informasi, tujuan memberikan nomor pada dokumen rekam medis adalah mempermudah pencarian kembali dokumen rekam medis yang telah terisi sebagai informasi medis tentang pasien saat pasien datang kembali berobat di sarana pelayanan kesehatan yang sama. Ada 3 sistem pemberian nomor yaitu:

- a. Pemberian nomor cara seri (*Serial Numbering System/SNS*)

Sistem penomoran dimana setiap penderita yang berkunjung di rumah sakit selalu mendapat nomor baru.

- 1) Kelebihannya adalah petugas mudah mengerjakan.
- 2) Kekurangannya adalah sulit dan membutuhkan waktu yang lama dalam mencari DRM, informasi pelayanan klinis

menjadi tidak berkesinambungan sehingga dapat merugikan pasien.

b. Pemberian nomor cara unit (*Unit Numbering System/UNS*)

Sistem penomoran ini memberikan satu nomor rekam medis pada pasien berobat jalan maupun rawat inap dan gawat darurat. Setiap pasien yang datang berkunjung mendapatkan satu nomor pada pasien pertama kali datang ke rumah sakit, dan digunakan selamanya untuk kunjungan berikutnya, sehingga DRM pasien hanya tersimpan di dalam satu berkas (folder) di bawah satu nomor.

- 1) Kelebihannya adalah informasi klinis dapat berkesinambungan.
- 2) Kekurangannya adalah pendaftaran pasien yang pernah berobat atau pasien lama akan lebih lama di banding cara SNS.

c. Pemberian nomor cara seri unit (*Serial Unit Numbering System/SUNS*)

Suatu sistem pemberian nomor dengan menggabungkan sistem seri dan unit. Dimana setiap pasien datang berkunjung di rumah sakit diberikan nomor baru, tetapi dokumen rekam medis terdahulu digabungkan dan disimpan jadi satu dibawah nomor yang lama (nomor yang pertama kali diberikan kepada pasien). Sedangkan nomor baru pasien dikembalikan lagi ke unit pendaftaran untuk selanjutnya dapat digunakan kembali.

- 1) Kelebihannya adalah pelayanan menjadi lebih cepat karena tidak memilah pasien baru atau lama karena semua pasien yang datang seolah – olah dianggap sebagai pasien baru.

- 2) Kekurangannya adalah petugas menjadi lebih repot setelah selesai pelayanan, dan informasi klinis pada saat pelayanan dilakukan tidak berkesinambungan.

3. Sistem Penyimpanan

Penyimpanan dokumen rekam medis mempunyai arti penting sehubungan dengan riwayat penyakit seseorang dan kerahasiaan yang terkandung di dalamnya. Oleh sebab itu cara penyimpanannya harus diatur sedemikian rupa sehingga terjaga kerahasiaannya dan memperoleh atau mencari kembali untuk disediakan guna pelayanan pasien yang pernah berobat di sarana pelayanan kesehatan yang bersangkutan akan lebih mudah. Dengan cara menata DRM berdasarkan nomor rekam medis dan ditempatkan pada blok-blok nomor tertentu untuk mempermudah pengambilannya menggunakan kartu petunjuk (tracer) yaitu secarik kertas tebal yang ditulis nomor RM yang akan diambil, tanggal pengambilan, Unit yang meminjam dan orang yang menggunakan.

Ada 2 sistem penyimpanan dalam penyelenggaraan RM yaitu :

a. Sentralisasi

Sistem penyimpanan dengan cara menyatukan formulir-formulir rekam medis milik pasien ke dalam satu kesatuan (folder). DRM rawat jalan, gawat darurat dan rawat inap milik seorang pasien menjadi satu dalam satu folder (map).

1) Kelebihan :

- a) Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis.

- b) Mengurangi jumlah biaya yang dipergunakan untuk peralatan dan ruangan.
- c) Tata kerja dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah di standarisasi
- d) Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan.
- e) Mudah menerapkan *system unit record*.

2) Kekurangan :

- a) Petugas menjadi lebih sibuk karena harus menangani URJ dan URI.
- b) Tempat penerimaan pasien harus bertugas selama 24 jam.

b. Desentralisasi

Suatu sistem penyimpanan DRM dengan cara memisahkan milik seorang pasien antara DRM rawat jalan, DRM gawat darurat dan DRM rawat inap pada folder tersendiri atau ruang dan tempat tersendiri. Biasanya DRM pasien rawat jalan disimpan di satu tempat penyimpanan atau poliklinik masing – masing, sedangkan RM pasien gawat darurat dan rawat inap disimpan di unit rekam medis.

1) Kelebihan :

- a) Efisiensi waktu, sehingga pasien mendapatkan pelayanan lebih cepat.
- b) Beban kerja yang dilaksanakan lebih ringan.

2) Kekurangan :

- a) Terjadinya duplikasi dalam pembuatan rekam medis.
- b) Biaya yang diperlukan untuk peralatan dan ruangan lebih banyak.
- c) Cara sentralisasi lebih baik daripada desentralisasi.

4. Sistem Penjajaran

a. Sistem nomor langsung (*Straight Numerical Filling/SNF*)

Yaitu sistem penyimpanan DRM dengan menjajarkan folder DRM berdasarkan urutan langsung rekam medisnya pada rak penyimpanan. Misal : setelah nomor 46-50-23, 46-50-24, 46-50-25 dengan demikian sangatlah mudah untuk mengambil 50 buah berkas.

1) Kelebihan :

Mudah melatih petugas yang harus melaksanakan pekerjaan penyimpanan tersebut.

2) Kekurangan :

- a) Petugas harus memperhatikan seluruh angka nomor sehingga mudah terjadi kekeliruan menyimpan.
- b) Beberapa orang petugas penyimpanan yang bekerja bersamaan disitu memungkinkan saling menghalangi (berhimpitan) satu sama lainnya secara tidak sengaja.
- c) Terjadinya konsentrasi DRM pada rak penyimpanan untuk nomor besar.

b. Sistem angka akhir (*Terminal Digit Filing/TDF*)

Yaitu sistem penyimpanan DRM dengan mensejajarkan folder DRM berdasarkan urutan nomor rekam medis pada 2 angka kelompok terakhir. Disini digunakan 6 angka yang dikelompokkan menjadi 3 yaitu 2 angka pertama adalah *tertiary digit* (terdekat paling kanan), 2 angka kedua *secondary digit* (terletak di tengah), 2 angka ketiga adalah *primary digit* (letak paling kiri).

Contoh : 50-93-26

50 = *tertiary digit*

93 = *secondary digit*

26 = *primary digit*

1) Kelebihan :

- a) Penambahan jumlah dokumen rekam medis selalu tersebar secara merata ke 100 kelompok di rak penyimpanan.
- b) Jumlah rekam medis untuk setiap section terkontrol dan bisa dihindarkan timbulnya rak – rak kosong.
- c) Membantu memudahkan perencanaan peralatan penyimpanan (jumlah rak).
- d) Kekeliruan dalam penyimpanan (*misfile*) dapat dicegah.

2) Kekurangan :

Membutuhkan biaya awal lebih besar karena harus menyiapkan rak penyimpanan terlebih dahulu.

c. Sistem angka tengah (*Midde Digit Filing/MDF*)

Yaitu suatu sistem penyimpanan DRM dengan mensejajarkan folder DRM berdasarkan urutan nomor rekam medis pada 2 angka

kelompok tengah. Dalam hal ini angka yang terletak ditengah - tengah menjadi angka pertama, pasangan angka yang terletak paling kiri menjadi angka kedua dan pasangan angka paling kanan menjadi angka ketiga.⁽³⁾

Contoh : 58-78-96 ; 58-78-97 ; 58-78-98

99-78-97 99-78-98

E. Kebijakan

Kebijakan rekam medis adalah rangkaian konsep menjadi garis besar dan dasar bagi rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, serta konsisten dengan tujuan organisasi. Kebijakan sebagai dasar pelaksanaan pelayanan rekam medis yang berkaitan dengan rekam medis dan pedoman tertulis yang ditetapkan oleh kepala unit rekam medis kebijakan rekam medis antar lain tentang penyimpanan DRM aktif dan inaktif, retensi, pemusnahan DRM serta pemeliharaan DRM. Kebijakan tertulis tentang rekam medis harus tersedia sebagai acuan dalam melaksanakan tugas disetiap unit rekam medis.⁽⁶⁾

Dalam rangka penetapan kebijakan kearsipan ditingkat nasional, dilakukan pengaturan :

1. Arah , tujuan, dan sasaran, kewenangan, aspek dan jenis, metode dan tata cara pembinaan kearsipan.
2. Sistem pengelolaan arsip dinamis dan pengelolaan arsip statis.
3. Standar fungsi penjamin mutu sumber daya manusia kearsipan.⁽⁷⁾

Akreditasi Rumah Sakit adalah suatu proses dimana suatu lembaga independen baik dari dalam atau pun luar negeri, biasanya non pemerintah, melakukan assesment terhadap rumah sakit berdasarkan

standar akreditasi yang berlaku. Rumah sakit yang telah terakreditasi akan mendapatkan pengakuan dari Pemerintah karena telah memenuhi standar pelayanan dan manajemen yang ditetapkan.

Tujuan dan Manfaat Akreditasi Rumah Sakit diantaranya :

- a. Meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan Rumah Sakit yang bersangkutan karena berorientasi pada peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- b. Proses administrasi, biaya serta penggunaan sumber daya akan menjadi lebih efisien.
- c. Menciptakan lingkungan internal RS yang lebih kondusif untuk penyembuhan, pengobatan dan perawatan pasien.
- d. Mendengarkan pasien dan keluarga.
- e. Menghormati hak-hak pasien serta melibatkan mereka adalah proses perawatan.
- f. Memberikan jaminan, kepuasan serta perlindungan kepada masyarakat atas pemberian pelayanan kesehatan.

F. Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS)

1. Pengertian KARS

Akreditasi rumah sakit adalah pengakuan terhadap rumah sakit yang diberikan oleh lembaga independen yang ditetapkan oleh Menteri, setelah dinilai bahwa rumah sakit itu memenuhi standar pelayanan rumah sakit yang berlaku. Akreditasi adalah penilaian yang dilakukan oleh lembaga independen pelaksana akreditasi rumah sakit untuk mengukur pencapaian dan cara penerapan standar pelayanan.

Komite Akreditasi Rumah Sakit, yang selanjutnya disingkat KARS adalah lembaga independen pelaksana akreditasi rumah sakit yang bersifat fungsional, non-struktural, dan bertanggung jawab kepada Menteri. Peraturan Internal Komite Akreditasi Rumah Sakit adalah peraturan tentang pengorganisasian Komite Akreditasi Rumah Sakit termasuk para *surveior* yang ditetapkan oleh Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan.

2. Fungsi KARS

KARS mempunyai fungsi perencanaan, pelaksanaan, pengembangan, pembimbingan dan pelatihan serta monitoring dan evaluasi dalam bidang akreditasi rumah sakit di Indonesia, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan perkembangan akreditasi rumah sakit secara internasional.

3. Tugas KARS

- a. Merumuskan kebijakan dan tata laksana akreditasi rumah sakit.
- b. Menyusun rencana strategis akreditasi rumah sakit.
- c. Menyusun peraturan internal KARS.
- d. Menyusun standar akreditasi.
- e. Menetapkan status akreditasi rumah sakit.
- f. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan pembimbingan serta pengembangan di bidang akreditasi dan mutu layanan rumah sakit.
- g. Mengangkat dan memberhentikan tenaga *surveior*

- h. Membina kerja sama dengan institusi di dalam negeri maupun di luar negeri yang berkaitan dengan bidang akreditasi dan peningkatan mutu layanan rumah sakit.
- i. Melakukan sosialisasi dan promosi kegiatan akreditasi.
- j. Melakukan monitoring dan evaluasi dalam bidang akreditasi rumah sakit.
- k. Melakukan pencatatan dan pelaporan kegiatan akreditasi rumah sakit.⁽¹⁴⁾

4. Standar KARS

Informasi mengenai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012 MKI atau Manajemen Komunikasi dan Informasi tersebut dapat digunakan sebagai acuan untuk Akreditasi Rumah Sakit 2012 yang berhubungan dengan retensi yaitu :

a. Standar MKI. 12

Rumah sakit mempunyai kebijakan tentang masa retensi/penyimpanan dokumen, data dan informasi.

b. Maksud dan tujuan MKI. 12

Rumah sakit mengembangkan dan melaksanakan suatu kebijakan yang menjadi pedoman retensi berkas rekam medis pasien dan data serta informasi lainnya. Berkas rekam medis klinis pasien, serta data dan informasi lainnya disimpan (retensi) untuk suatu jangka waktu yang cukup dan mematuhi peraturan dan perundang-undangan yang berlaku guna mendukung asuhan pasien, manajemen, dokumentasi yang sah secara hukum, riset dan pendidikan. Kebijakan tentang penyimpanan (retensi) konsisten dengan kerahasiaan dan keamanan

informasi tersebut. Ketika periode retensi yang ditetapkan terpenuhi, maka berkas rekam medis klinis pasien dan catatan lain pasien, data serta informasi dapat dimusnahkan dengan semestinya.

c. Elemen Penilaian MKI. 12

1. Rumah sakit mempunyai kebijakan tentang masa penyimpanan (retensi) berkas rekam medis klinis, dan data serta informasi lainnya dari pasien
2. Proses retensi memberikan kerahasiaan dan keamanan dan kerahasiaan yang diharapkan.
3. Catatan atau records, data dan informasi dimusnahkan dengan semestinya.

G. Tata Cara Retensi

1. Mencatat nomor-nomor rekam medis yang sudah waktunya diretensi kemudian disusun jadwal retensi. Data tersebut diperoleh dari dokumen pendukung kegiatan retensi dari rawat jalan atau rawat inap.
2. Menulis pada tracer dengan keterangan bahwa DRM tersebut diretensi dan disimpan pada rak DRM inaktif.
3. Menyelipkan tracer pada DRM yang akan disimpan inaktif.
4. Mengambil DRM yang akan disimpan inaktif.
5. Menyimpan DRM inaktif berdasarkan urutan tanggal terakhir berobat dan dikelompokkan berdasarkan jenis penyakit untuk keperluan :
 - a. Menentukan lamanya penyimpanan DRM inaktif dan,
 - b. Memudahkan ketika akan dinilai nilai gunanya.⁽⁵⁾

H. Retensi

Umumnya kantor-kantor mengelola kearsipannya berdasarkan atas kombinasi sentralisasi-desentralisasi. Artinya, selama masih aktif maka arsip dikelola dan disimpan pada unit kerja masing-masing. Sedangkan arsip yang sudah non aktif dikelola dan disimpan pada unit arsip sentral. Dengan demikian akan selalu ada perpindahan (*transfer*) arsip dari *file* aktif ke *file* non aktif. Waktu pemindahan ditentukan berdasarkan jadwal retensi.

Yang dimaksud jadwal retensi yaitu suatu daftar yang memuat suatu kebijaksanaan seberapa jauh sekelompok arsip dapat disimpan atau dimusnahka. Daftar tersebut antara lain memuat tentang : uraian arsip dan jangka waktu penyimpanan arsip.⁽²⁾

Setiap petugas yang mempunyai arsip, baik petugas khusus kearsipan maupun bukan, atau sekertaris harus memindahkan atau mengurangi kepadatan *file*-nya. Hal itu harus dilakukan kendati belum ada buku pedoman. Petugas diharapkan mempunyai inisiatif sendiri. Pertama-tama petugas melakukan seleksi terhadap arsip-arsip yang akan dikeluarkan dari *file*-nya. Kalau ada jadwal retensi, petugas dapat memilih arsip berdasarkan pemikiran sendiri atau meminta nasehat kepada atasannya. Tentunya petugas harus dapat memperkirakan arsip mana yang masih diperlukan dan arsip mana yang sudah tidak diperlukan lagi. Kalaupun suatu saat nanti arsip-arsip yang sudah dipindahkan tersebut ternyata tiba-tiba diperlukan, arsip nonaktif tersebut masih dapat diminta pada sentral arsip.

Memilih arsip yang akan ditransfer adalah terutama berdasarkan umur arsip. Umur arsip ditentukan oleh nilai guna arsip bersangkutan.

Susunan arsip dalam *file* individu baik map atau lainnya, memang sudah tersusun menurut urutan tanggal kronologi . Dengan demikian memilih arsip yang dikeluarkan lebih mudah, karena tinggal menentukan arsip sampai dengan tahun berapa yang akan dikeluarkan. Untuk arsip yang ada di *file* campuran, biasanya harus dipilih lebih teliti, tetapi jumlah arsip ini tidak akan begitu banyak, karena kalau banyak tentu sudah disimpan di *file* individu.⁽⁸⁾

I. Retensi Dokumen Rekam Medis

1. Pengertian Retensi Dokumen Rekam Medis

Adalah suatu proses untuk memindahkan berkas dokumen rekam medis aktif menjadi berkas rekam medis non aktif.

2. Urutan Kegiatan Retensi Dokumen Rekam Medis

- a. Dilihat dari tanggal dan tahun kunjungan terakhir pada map dokumen rekam medis di rak *filing*.
- b. Ketentuan 5 tahun dari kunjungan terakhir tersebut, dokumen rekam medis dipisahkan di ruang lain / terpisah dari berkas dokumen rekam medis aktif di ruang *filing*.
- c. Dilakukan penyisiran untuk salah letak.
- d. Berkas dokumen rekam medis non aktif dikelompokkan sesuai dengan tahun terakhir kunjungan, ruang lain untuk di non aktifkan selama 2 tahun.
- e. Ruang penyimpanan terbatas sehingga masih dapat menyimpan dokumen rekam medis yang aktif sesudah 2 tahun di non aktif, DRM tersebut di nilai guna.

- f. Nilai guna meliputi :
 - 1) Primer : administrasi, hukum, keuangan, iptek
 - 2) Sekunder : Pembuktian ,sejarah
- g. Setelah di nilai guna, nomor dokumen rekam medis dikembalikan ke *assembling* sedang dokumen rekam medis yang di abadikan disimpan berdasarkan nomor urut baru.
- h. Dokumen rekam medis yang diabadikan yaitu dokumen yang memiliki nilai guna seperti lembar operasi, identitas bayi, lembar persetujuan, lembar kematian, ringkasan perawatan.
- i. Dokumen rekam medis yang tidak di abadikan yaitu dokumen yang tidak memiliki nilai guna seperti : sensus harian, *admission note*, surat pengantar rujukan, surat pemeriksaan penunjang dan pengobatan, laporan anestesi dimusnahkan dengan melalui berita acara.

J. Dokumen

1. Pengertian Dokumen

- a. Dokumen adalah berkas yang berisikan data-data identifikasi, data sosial, maupun data medis yang sewaktu-waktu dapat digunakan lagi dalam suatu pelayanan kesehatan.
- b. Dokumen adalah suatu kumpulan dokumen yang disimpan secara sistematis karena mempunyai suatu kegunaan agar setiap kali di perlukan dapat secara tepat ditemukan kembali.⁽⁷⁾

2. Dokumen dibedakan menjadi 2 yaitu :

a. Dokumen Aktif

Adalah dokumen yang masih digunakan secara terus menerus dalam suatu pelayanan kesehatan pasien, atau masih berguna selagi belum mencapai batas penyimpanan aktif.

b. Dokumen Inaktif

Adalah dokumen yang sudah tidak dipergunakan lagi dalam pelayanan pasien, atau penggunaannya jarang dan dokumen disimpan sudah lebih dari waktu penyimpanan karena pasien tidak lagi datang dalam jangka waktu yang lama.

K. Sumber Data Retensi

1. KIUP

Kartu Identitas Berobat Pasien disebut juga *Master Patient Index* (MPI) yaitu index yang berisi data pokok mengenai identitas pasien untuk mengidentifikasi semua pasien yang pernah berobat. Index ini sering dalam wujud kartu. Data identitas pasien tersebut meliputi : nomor rekam medis, nama pasien, tanggal lahir (umur), jenis kelamin, alamat lengkap, nama orang tua/wali, alamat orang tua/wali, dan tahun terakhir berobat. Selain berwujud kartu, penggunaan index pasien telah banyak menggunakan komputer. KIUP diindex secara alfabetik(abjad) yaitu berdasarkan nama pasien dengan cara menulis 3 huruf pertama nama pasien pada pojok kanan KIUP. KIUP disimpan berdasarkan urutan abjad tersebut didalam kotak index.

Manfaat KIUP yaitu untuk mencari kembali data identitas pasien terutama nomor rekam medis bila pasien yang pernah berobat datang kembali tanpa membawa Kartu Identitas Berobat(KIB), untuk mencari kembali data identitas pasien terutama nomor rekam medis guna keperluan retensi DRM, sebagai alat bantu penyusutan laporan kunjungan pasien.

2. Index Penyakit

Index penyakit yaitu index tentang jenis penyakit tertentu yang telah ditetapkan diagnosis penyakitnya oleh dokter dan kode diagnosis penyakitnya oleh perekam medis dilihat asal pasien maka index ini ada 2 yaitu index penyakit rawat jalan dan index penyakit rawat inap. Ketentuan penulisan index penyakit yaitu setiap jenis penyakit menggunakan kartu yang sama (1 kartu untuk 1 jenis penyakit), setiap jenis nama penyakit diikuti dengan penulisan kode ICD (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem) revisi ke 10.

Index penyakit berguna untuk menyusuri nomer rekam medis dan nama pasien dengan penyakit yang sama untuk disediakan DRM guna kepentingan misalnya audit medik oleh komite medik, menyusun laporan morbiditas, sebagai sumber data untuk keputusan-keputusan manajemen setelah data tersebut diolah.

3. Register Rawat Inap

Register rawat inap catatan pendaftaran pasien. Setiap pasien mendaftar akan dicatat kedalam buku tersebut meliputi nomer register, nomer rekam medis, nama pasien, alamat pasien, umur,

jenis kelamin, cara bayar, dan bangsal yang ditempati. Nomor register sesuai dengan kedatangan.

4. Tracer

Tracer atau kartu petunjuk keluar (*out guide*) yaitu kartu yang digunakan untuk penggantian DRM yang diambil untuk digunakan berbagai keperluan. Setiap DRM yang diambil dari rak file maka pada tracer harus dicatat nomer rekam medis, tanggal pengambilan/peminjaman, nama penerima/peminjam, untuk apa dan dimana(unit pelayanan apa), digunakan oleh, nomer surat ijin(bila diperlukan).

Tracer selain bermanfaat sebagai petunjuk keberadaan DRM, bermanfaat pula untuk menghitung tingkat penggunaannya per periode tertentu. Selain tingkat penggunaan DRM, dapat pula dihitung tingkat penggunaan atau unit penggunaan dengan cara yang sama.⁽¹⁰⁾

5. Buku pencatatan DRM yang dipindahkan dari aktif ke inaktif

Buku pencatatan DRM yang dipindahkan dari aktif ke inaktif adalah buku yang berisi catatan identitas pasien yang telah diretensi. DRM yang telah diambil dari rak file aktif dicatat kedalam buku tersebut yang isinya no urut, no RM, tanggal pemindahan, diagnosa, kode diagnosa. Gunanya untuk mengetahui pengeluaran/jumlah DRM yang akan dipindahkan dari aktif ke inaktif. Selain itu, sebagai bukti bahwa DRM tersebut telah dipindahkan dari rak file aktif ke inaktif.⁽¹¹⁾

L. Standar Operasional Prosedur (SOP)

1. Pengertian SOP

SOP adalah perangkat instruksi atau langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu. SOP adalah urutan-urutan tugas tata cara tertentu untuk melaksanakan suatu pekerjaan yang dilaksanakan berulang-ulang untuk menyelesaikan pekerjaan dengan pola kerja yang tetap dan telah ditentukan.⁽⁶⁾

2. Tujuan SOP

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

3. Manfaat SOP

- a. Akan diperoleh acuan yang jelas untuk memajukan staf Rumah Sakit melaksanakan pekerjaan.
- b. Adanya konsistensi dalam pelaksanaan.
- c. Adanya kemampuan menelusuri kembali.
- d. Memungkinkan pengendalian pencegahan untuk perbaikan terus menerus.
- e. Memenuhi persyaratan standar pelayanan rumah sakit atau akreditasi.
- f. Memungkinkan pertumbuhan dan pengembangan terhadap citra sarana kesehatan.
- g. Menetapkan kerangka kerja untuk proses peningkatan mutu lebih lanjut dengan membakukan proses dan hubungan antar fungsi.⁽¹³⁾

M. Pelaksanaan Retensi DRM Nonaktif

Penyusutan arsip dinamis merupakan kegiatan pengurangan arsip dinamis dengan cara:

- a. Memindahkan arsip dinamis aktif yang memiliki frekuensi penggunaan rendah ke penyimpanan arsip dinamis inaktif.
- b. Memindahkan arsip dinamis inaktif dari unit pengolah atau penerima ke pusat arsip dinamis inaktif.
- c. Memusnahkan arsip dinamis bila sudah jatuh waktu.
- a. Menyerahkan arsip dinamis inaktif dari unit arsip dinamis inaktif ke depo arsip statis.⁽¹⁶⁾

Pelaksanaan dalam proses retensi DRM nonaktif antara lain:

- a. Mengurangi (*weeding*) yaitu memilih dan memilah berkas atau folder yang telah mencapai masa inaktif, sesuai dengan jadwal retensi arsip. Pengurangan ini dapat berarti pula menyisihkan bahan-bahan yang tidak berguna yang ada di dalam folder, misalnya sampul, formulir yang tidak bernilai, dokumen yang jika disingkirkan tidak mempengaruhi isi folder secara keseluruhan.
- b. Penyisihan berkas, baik yang akan dimusnahkan ataupun yang akan dipindahkan disisihkan dari berkas aktifnya. Arsip tersebut harus tetap dalam keadaan teratur dan ditempatkan pada tempat yang layak pula, misalnya pada rak.
- c. Sortir, arsip yang telah disisihkan disortir untuk memilah-milahkan antara berkas yang akan dimusnahkan dan yang akan dipindahkan. Bagi arsip yang akan dipindahkan untuk sementara waktu disimpan atau ditahan sementara. Untuk menghindari jika

sewaktu-waktu ada berkas yang masih diperlukan. Batas waktu penahanan ini dapat dua atau tiga bulan, asalkan tidak terapkan lama. Bagi berkas yang akan dimusnahkan juga ditahan pada tempat yang layak dan tetap dalam pengawasan.

- d. Pendaftaran, baik arsip yang akan dimusnahkan maupun yang akan dipindahkan dibuat daftarnya. Kegiatan pendaftaran berupa pengumuman data melalui suatu survey terhadap arsip- arsip inaktif yang ada dalam tanggung jawab lembaga negara atau badan pemerintahan yang bersangkutan.
- e. Menempatkan pada boks, arsip yang akan dipindahkan tetap dipertahankan sistem pemberkasannya dan ditempatkan pada boks yang telah disediakan. Pada boks diberi label yang memberikan petunjuk tentang isi boks secara singkat.
- f. Membuat berita acara, pemindahan dan pelaksanaan pemusnahan arsip dilakukan setelah mendapatkan persetujuan pimpinan untuk kerja. Pelaksanaannya perlu dengan membuat berita acara, dengan dilampiri daftar pertelaannya. Untuk pemusnahan arsip harus benar-benar musnah apapun bentuk arsip yang akan dimusnahkan.

N. Jadwal Retensi

Sebelum melakukan retensi perlu disusun jadwal retensi berdasarkan surat edaran direktorat jendral pelayanan medik tentang pemusnahan rekam medis.

Jadwal rekam medis tersebut sebagai berikut:

NO	Kelompok	Aktif		Non aktif		Keterangan
		RJ	RI	RJ	RI	
1	Umum	5th	5th	2th	2th	RJ = Rawat Jalan RI = Rawat Inap
2	Mata	5th	10th	2th	2th	
3	Jiwa	10th	5th	5th	5 th	
4	Ortopedi	10th	10th	2th	2th	
5	Kusta	15th	15th	2th	2th	
6	Ketergantungan obat	15th	15th	2th	2th	
7	Jantung	10th	10th	2th	2th	
8	Paru-paru	5th	10th	2th	2th	

Sumber data : SE.no.HK.00.06.1.5.01160 tahun 1995

Jadwal retensi adalah suatu daftar yang berisi tentang jangka simpan dokumen beserta penerapan simpan permanen atau dimusnahakan, JRA tersebut berwujud suatu daftar yang berisi tentang kebijakan jangka penyimpanan arsip. Pada JRA akan tersandung unsur-unsur sebagai berikut :

1. Subjek (pokok soal) yang merupakan gambaran dari seluruh seri berkas yang dimiliki oleh organisasi.

2. Jangka waktu simpan atau usia arsip baik aktif maupun in aktif.
3. Penetapan simpan permanen dan musnah.

JRA ini diperlukan sebagai pedoman untuk penyelenggaraan penyusutan arsip, yang sekaligus sebagai sarana pengendalian arsip yang tercipta.⁽⁹⁾

Jadwal retensi arsip mempunyai tujuan sebagai berikut:

- a. Penyisihan arsip-arsip dengan tepat bagi arsip-arsip yang tidak memiliki jangka waktu simpan lama.
- b. Panyimpanan sementara arsip-arsip yang tidak diperlukan lagi bagi kepentingan administrasi.
- c. Pemeliharaan arsip-arsip yang bernilai permanen.

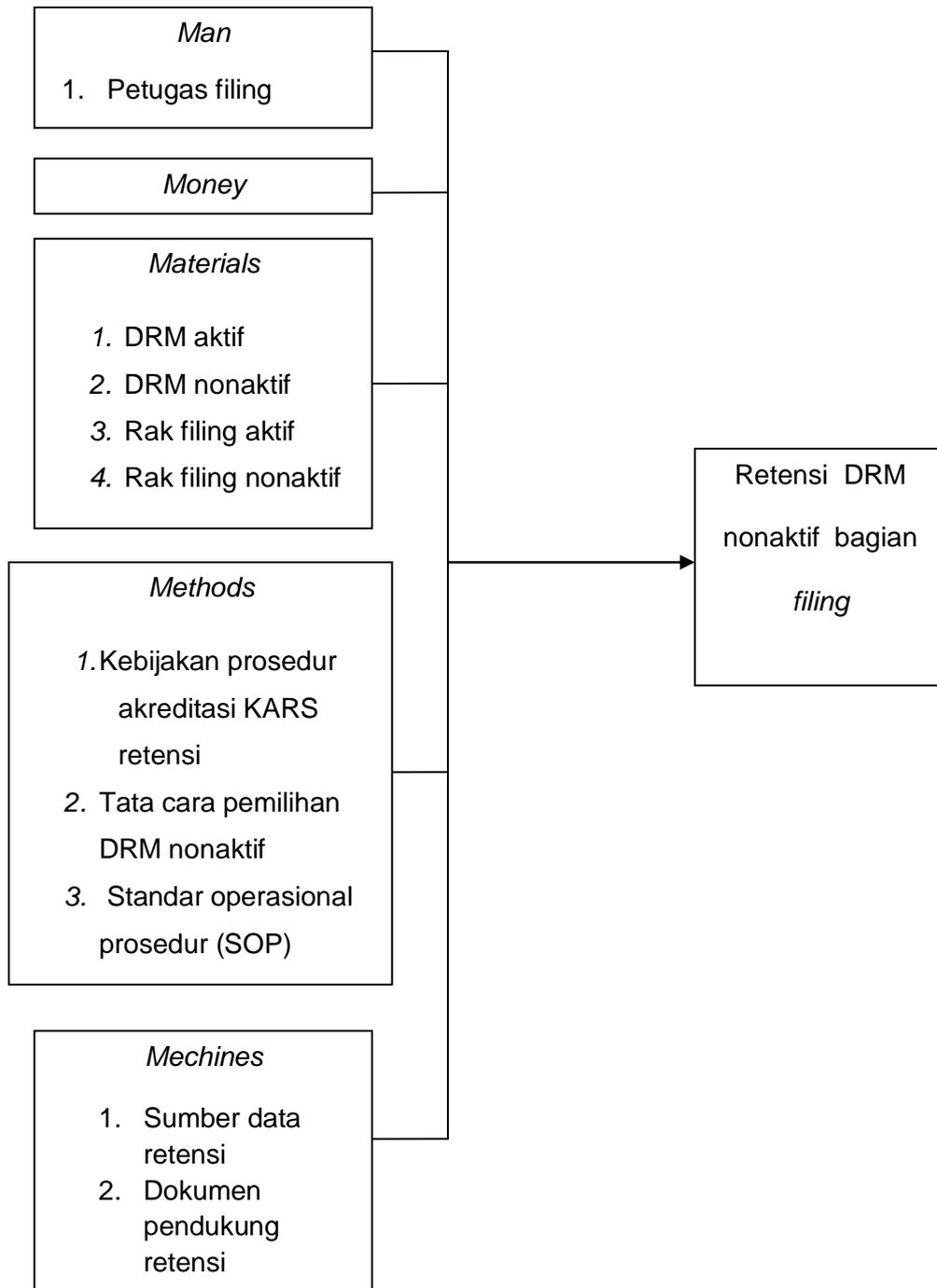
Selain itu, dalam pelaksanaan retensi yang perlu dipertimbangkan adalah:

- a. Ketersedian ruang penyimpanan (*filing*) biasanya selama masih mencukupi maka pihak rumah sakit masih "belum minat" untuk melakukan penyusutan berkas rekam medis.
- b. Tingkat penggunaan rekam medis, misalnya kalau di rumah sakit tersebut sering dilakukan penelitian atau sebagaimana sarana pendidikan maka umumnya rumah sakit akan menyimpannya lebih lama.
- c. Kasus-kasus yang terkait masalah hukum (*medico-legal*) biasanya juga disimpan lebih lama sampai 20 tahun misalnya kasus

pembunuhan, penganiayaan, pemerkosaan, pengguguran, dan sebagainya.⁽¹⁵⁾

Selain hukum, peraturan dan standar akreditasi, retensi rekam medis bergantung juga pada penggunaannya dalam suatu intitusi kesehatan. Sebagai contoh, sebuah fasilitas yang menyediakan layanan khusus untuk anak-anak mungkin memiliki kebijakan retensi yang berbeda dengan sebuah klinik dokter keluarga. Demikian pula sebuah fasilitas perawatan akut mungkin memiliki kebijakan retensi yang berbeda dengan sebuah fasilitas perawatan jangka panjang yang merawat lansia/geriatri. Komite medis dari setiap fasilitas layanan kesehatan harus menganalisis kebutuhan medis dan administratif untuk memastikan bahwa rekam medis pasien-pasiennya selalu siap untuk dilihat kembali, dinilai kualitasnya, dan lain-lain. Maka pada banyak kasus, intitusi layanan kesehatan meretensi rekam medis lebih lama dari yang ditetapkan oleh hukum.

O. Kerangka Teori



Modifikasi antara *Philip Kotler* dan *Kevin Lane Keller*,

Dengan Teori *Marketing Management*

