

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Rekam Medis

##### 1. Definisi Rekam Medis

Menurut Edna K.Huffman (*Health information Managemen, physician Recod Co*) Rekam Medis adalah kumpulan data dari fakta-fakta atau bukti keadaan pasien, riwayat penyakit dan pengobatan masa lalu serta saat ini yang di tulis oleh profesi kesehatan yang memberikan pelayanan pada pasien tersebut.<sup>(4)</sup>

Menurut Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008 pasal 1 yaitu rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen mengenai identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lainnya yang telah diberikan kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan. Penjelasan penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit bahwa rekam medis adalah dokumen yang berisikan anamnesa, pemeriksaan, diagnosa, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama dirawat di rumah sakit yang dilakukan di unit-unit rawat jalan termasuk unit gawat darurat dan unit rawat inap.<sup>(5)</sup>

##### 2. Kegunaan Rekam Medis

Menurut Gibony JR kegunaan rekam medis atau manfaat yang dikenal dengan singkatan ALFRED:

a. *Administration* (Administrasi)

Data dan informasi yang dihasilkan rekam medis dapat digunakan manajemen untuk melaksanakan fungsi guna mengelola berbagai sumber daya.

b. *Legal* (Hukum)

Dokumen rekam medis mempunyai nilai hukum karena isinya menyangkut masalah adanya hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan bukti untuk menegakkan keadilan.

c. *Financial* (Keuangan)

Setiap jasa yang diterima pasien bila dicatat dengan lengkap dan benar maka dapat untuk menghitung biaya yang harus dibayar pasien. Selain itu jumlah dan jenis kegiatan pelayanan yang dicatat dalam formulir dapat digunakan untuk memprediksi pendapatan dan biaya sarana pelayanan kesehatan.

d. *Research* (Penelitian)

Berbagai macam pelayanan yang telah dicatat ke dalam rekam medis dapat dilakukan penelusuran guna kepentingan penelitian.

e. *Education* (Pendidikan)

Berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang pengembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan

kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi penajaran di bidang profesi.

f. *Documentation* (Dokumentasi)

Mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit<sup>(6)</sup>. Berdasarkan surat Keputusan Dirjen Yanmed no. 78/YanMed/PS UM.Dib/YMU/I/91 tentang petunjuk pelaksanaan penyelenggara rekam medis atau Medical Record di Rumah Sakit maka rekam medis dipakai sebagai:

- 1) Sumber informasi medis pasien yang berobat ke Rumah Sakit yang berguna untuk keperluan pengobatan dan pemeliharaan kesehatan pasien.
- 2) Alat komunikasi antara dokter dengan dokter lainnya, antara dokter dengan paramedis dalam usaha memberikan pelayanan pengobatan dari perawatan.
- 3) Bukti tertulis (*Documentary Evidence*) tentang pelayanan yang telah diberikan oleh rumah sakit dari keperluan lainnya.
- 4) Alat untuk analisa dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.
- 5) Alat untuk melindungi kepentingan hukum, bukan pasien, dokter, tenaga kesehatan lainnya dan rumah sakit.
- 6) Untuk penelitian dan pengobatan.<sup>(10)</sup>

## **B. Filing**

Filing adalah suatu ruang tempat penyimpanan dokumen rekam medis agar terjaga keamanan dan kerahasiaannya. Bagian filing adalah salah satu bagian dalam unit rekam medis yang mempunyai tugas pokok diantaranya yaitu:

1. Menyimpan dokumen rekam medis dengan metode tertentu sesuai dengan kebijakan penyimpanan dokumen rekam medis.
2. Mengambil kembali (*retriev*) dokumen rekam medis untuk berbagai keperluan.
3. Menyusutkan (meretensi) dokumen rekam medis sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan.
4. Memisahkan penyimpanan dokumen rekam medis aktif dan inaktif.
5. Membantu dalam penilaian nilai guna rekam medis.
6. Menyimpan formulir dokumen rekam medis yang di abadikan.
7. Membantu pelaksanaan pemusnahan formulir rekam medis.

Fungsi filing di dalam pelayanan rekam medis yaitu sebagai berikut :

1. Penyimpanan dokumen rekam medis.
2. Pelindung dokumen rekam medis terhadap kerahasiaan isi data dan merusakkan fisik.
3. Penyedia dokumen rekam medis untuk berbagai keperluan seperti penelitian dan pengarsipan.

## **C. Retensi Dokumen Rekam Medis**

Setiap pelayan suatu instansi kesehatan, khususnya dalam hal ini setiap pasien yang datang berobat akan dibuatkan dokumen rekam

medis. Ruang filing tempat dimana dokumen rekam medis disimpan semakin lama akan semakin penuh dan sesak dengan adanya pelayanan kesehatan baik bagi pasien baru maupun pasien lama setiap harinya. Maka harus diadakan penyusutan dokumen rekam medis aktif dan inaktif yang dilakukan oleh petugas filing. Bersamaan dengan kegiatan ini, dilakukan pula kegiatan pencatatan dokumen yang sudah saatnya diretensi.

Retensi adalah pengurangan jumlah formulir yang terdapat di dalam dokumen rekam medis dengan cara memilah nilai guna dari tiap-tiap formulir. Dokumen rekam medis aktif adalah dokumen yang masih digunakan untuk pelayanan pasien di rumah sakit. Dokumen rekam medis inaktif adalah dokumen yang sudah tidak digunakan lagi karena pasien tidak datang berobat lagi terhitung setelah 5 tahun dari tanggal terakhir berobat dan sekurang-kurangnya 2 tahun disimpan dalam filing inaktif. Tujuannya adalah mengurangi beban penyimpanan dan menyiapkan kegiatan penilaian nilai guna rekam medis untuk kemudian diabadikan atau dimusnahkan. Kegiatan retensi dilakukan oleh petugas filing secara periodik. Dokumen rekam medis yang sudah diretensi harus disimpan secara terpisah dari dokumen yang masih aktif dengan cara mengurutkan sesuai urutan tanggal terakhir berobat.<sup>(3)</sup>

Cara melaksanakan retensi dokumen rekam medis yaitu:

- a. Dokumen dipilih dan disortir dari rak penyimpanan aktif dengan melihat tanggal kunjungan terakhir pasien berobat.
- b. Dokumen dicatat dalam daftar pemindahan DRM aktif ke inaktif.

- c. Dokumen ditata kembali di rak inaktif selanjutnya dapat dinilai guna.<sup>(3)</sup>

#### **D. Tujuan Retensi**

1. Mendapatkan penghematan dan efisiensi waktu dalam pengambilan dokumen rekam medis yang masih aktif.
2. Memudahkan pengawasan dan pemeliharaan terhadap dokumen rekam medis yang masih digunakan dan bernilai guna.

#### **E. Landasan Hukum Retensi Rekam Medis**

Menurut peraturan Menkes RI No. 269/Menkes/Per/III/2008 bab IV pasal 8 mengatur bahwa:

1. Rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.
2. Setelah batas waktu 5 (lima) tahun, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik (*informed consent*).
3. Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik (*informed consent*) hanya disimpan untuk jangka waktu 10 (sepuluh) tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.<sup>(14)</sup>

#### **F. Jadwal Retensi Arsip**

Menurut Surat Edaran Dirjen Pelayan Medik Nomor HK.00.06.1.5.01160 tertanggal 21 maret 1995 tentang Petunjuk Teknis

Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit, untuk pertama kalinya sebelum melakukan retensi harus ditetapkan jadwal retensi arsip rekam medis terlebih dahulu dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 2.1

## 1. Jadwal Retensi Arsip Umum

No	Keluhan penyakit	Aktif		Inaktif	
		Rawat jalan	Rawat inap	Rawat jalan	Rawat inap
1	Umum	5th	5th	2th	2th
2	Mata	5th	10th	2th	2th
3	Jiwa	10th	5th	5th	5th
4	Orthopedi	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	5th	10th	2th	2th

Sumber data : Jadwal Retensi Arsip

Dalam pelaksanaan retensi yang perlu dipertimbangkan adalah:

- a. Ketersediaan ruang penyimpanan (*Filing*) biasanya selama masih mencukupi maka pihak rumah sakit tidak akan melakukan penyusutan berkas rekam medis.
- b. Tingkat penggunaan rekam medis, misalnya jika 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, penguguran, dan sebagainya.<sup>(7)</sup>

## 2. Jadwal Retensi Arsip Khusus

- a. Anak-anak diretensi menurut kebutuhan tertentu.
- b. KIUP, Register, Indeks disimpan dan tidak dimusnahkan.
- c. Retensi berkas-berkas rekam medis berdasarkan Penggolongan Penyakit Rumah Sakit harus membuat ketentuan sendiri bila retensinya lebih lama dari ketentuan umum yang ada antara lain untuk:
  1. Riset dan Eduksi
  2. Khusus dokumen yang terlibat hukum ( legal aspek ) minimal 23 tahun setelah ada ketentuan hukum.
  3. Untuk kepentingan tertentu
  4. Penyakit jiwa, ketergantungan obat, orthopedi, kusta dan mata.
  5. Perkosaan
  6. HIV
  7. Penyesuaian Kelamin
  8. Pasien orang asing
  9. Kasus adopsi
  10. Bayi tabung

11. Cangkok organ

12. Plastik Rekonstruksi

d. Retensi berdasarkan Diagnosa

Masing-masing berdasarkan Keputusan Komite Rekam Medis/Komite Medis menetapkan jadwal retensi diagnosa tertentu bila lebih dari ketentuan umum dengan pertimbangan nilai guna:

1. Administrasi
2. Hukum
3. Keuangan
4. IPTEK
5. Pembuktian dan Sejarah.<sup>(15)</sup>

## G. Alat-alat Retensi

a. Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP)

Kartu Indeks Utama Pasien disebut juga *Master Patient Index* (MPI), yaitu indeks yang berisi data pokok mengenai identitas pasien untuk mengidentifikasi semua pasien yang pernah berobat. Indeks ini dapat berwujud kartu dan bisa juga elektronik. Data identitas pasien tersebut meliputi: nomor rekam medis, nama pasien, tanggal lahir pasien, jenis kelamin, alamat lengkap, nama orang tua/wali dan tahun terakhir berobat. KIUP diindeks secara alfabetik (abjad) yaitu berdasarkan nama pasien dengan cara menulis 3 huruf pertama nama pasien pada pojok kanan KIUP. KIUP disimpan dalam rak kotak indeks berdasarkan urutan abjad tersebut.

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.<sup>(9)</sup>

b. Indeks Penyakit

Indeks penyakit yaitu indeks tentang jenis penyakit tertentu yang telah ditetapkan diagnosis penyakitnya oleh dokter dan kode diagnosis penyakitnya oleh perekam medis dilihat asal pasien maka indeks ini ada 2 yaitu indeks penyakit rawat jalan dan indeks penyakit rawat inap. Ketentuan penulisan indeks 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.

Indeks penyakit berguna untuk menyusuri nomor 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 statistik rumah sakit, sebagai sumber data untuk keputusan-keputusan manajemen setelah data tersebut diolah.<sup>(9)</sup>

c. Register Rawat Inap

Register rawat inap adalah catatan pendaftaran pasien rawat inap. Setiap pasien mendaftar akan dicatat ke dalam buku tersebut meliputi

nomor register, nomor rekam medis, nama pasien, alamat pasien, umur, jenis kelamin, cara bayar, dan bangsal yang ditempati. Nomor register sesuai dengan kedatangannya.

Sistem pemberian nomor rekam medis adalah tata cara untuk penetapan nomor rekam medis kepada pasien yang mendaftar untuk berobat dan semua formulir rekam medis atas nama pasien tersebut. Ada tiga sistem pemberian nomor penderita masuk (*Admission Numbering System*) yaitu pemberian nomor secara seri (*Serial Numbering System = SNS*), pemberian nomor secara unit (*Unit Numbering System = UNS*), dan pemberian nomor secara seri unit (*Serial Unit Numbering System = SUNS*).

Menurut Depkes RI, ada dua cara penyimpanan dalam penyelenggaraan rekam medis yaitu:

1. Sentralisasi

Sentralisasi ini artinya menyimpan rekam medis pasien dalam satu ruangan baik rawat jalan maupun rawat inap. Sistem ini banyak kebaikannya tetapi ada juga kekurangannya. Kebaikan dari sistem ini adalah dapat mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis, dapat mengurangi jumlah biaya yang diperlukan untuk peralatan dan ruangan, tata kerja dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah distandarisasikan, memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan, mudah menerapkan sistem unit record. Adapun kekurangannya yaitu petugas menjadi lebih sibuk karena

harus menangani unit rawat jalan dan rawat inap, serta tempat penerimaan pasien harus bertugas 24jam.

## 2. Desentralisasi

Dengan cara desentralisasi terjadi pemisahan antara rekam medis rawat jalan dengan rekam medis rawat inap. Rekam medis rawat jalan disimpan ditempat penyimpanan rekam medis rawat jalan biasanya berdekatan dengan loket pendaftaran sedangkan rekam medis rawat inap disimpan ditempat penyimpanan dibagian pencatatan medis. Kebaikan dari sistem ini adalah efisiensi waktu sehingga pasien mendapatkan pelayanan lebih cepat dan beban kerja yang dilaksanakan petugas lebih ringan. Sedangkan kekurangannya adalah terjadi duplikasi dalam pembuatan rekam medis, biaya yang diperlukan untuk peralatan dan ruang lebih banyak.<sup>(8)</sup>

### d. 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 nomor rekam medis, tanggal pengambilan/penyimpanan, nama penerima/peminjam, untuk apa dan dimana (unit pelayanan apa), digunakan oleh, nomor surat ijin (bila diperlukan).

Setelah tracer dicatat diselipkan diantara DRM yang akan diambil dengan nomor rekam medis tampak diluar. Bila telah diselipkan ambil DRM yang dimaksud. Dengan demikian maka DRM yang sedang

dipinjam dapat diketahui digunakan untuk apa dan oleh siapa penggunaannya mulai kapan digunakan. Ini akan memudahkan dalam pengembalian DRM yang sudah selesai dipinjam karena ketika akan mengembalikan sudah ada petunjuk tracer tersebut.

Tracer selain bermanfaat sebagai petunjuk keberadaan DRM, bermanfaat juga untuk menghitung tingkat penggunaannya per periode tertentu. Selain tingkat penggunaan DRM, dapat juga dihitung tingkat penggunaan atau unit penggunaan dengan cara yang sama.<sup>(9)</sup>

e. 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 nomor urut, nomor rekam medis, tanggal pemindahan, diagnosa dan 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.<sup>(11)</sup>

## H. Pemindahan Dokumen Aktif ke Inaktif

### 1. Pengertian pemindahan dokumen aktif

Pemindahan dokumen adalah pemindahan dokumen aktif (sering digunakan) ke rak dokumen inaktif karena tidak atau jarang digunakan dalam kegiatan sehari-hari.

Pemindahan dokumen dapat dilakukan berdasarkan :

- a) Jadwal retensi adalah daftar yang berisi sekurang kurangnya jangka waktu penyimpanan atau retensi, jenis arsip, dan keterangan yang berisi rekomendasi tentang penetapan suatu jenis arsip dimusnahkan, dinilai kembali atau dipermanenkan yang dipergunakan sebagai pedoman penyusutan dan penyelamatan arsip.
- b) Pemindehan menurut jangka waktu atau periode, jangka waktu tersebut dapat 6 bulan, 1 tahun, 3 tahun, 5 tahun, dan sebagainya tergantung pada peraturan yang ada di kantor.
- c) Pemindehan individual yaitu pemindehan arsip yang dilakukan tanpa berdasarkan waktu, tetapi berdasarkan selesainya suatu kegiatan.<sup>(15)</sup>

#### **I. Penyimpanan Dokumen Rekam Medis Inaktif**

1. Penyimpanan dokumen rekam medis dilakukan dengan cara sentralisasi dan desentralisasi. Sentralisasi adalah penyimpanan rekam medis di pusatkan pada satu tempat atau URM, sedangkan desentralisasi adalah penyimpanan rekam medis di masing-masing unit.
2. Rekam medis rumah sakit sekurang-kurangnya 5 (lima) tahun dihitung tanggal terakhir berobat.
3. Dalam hal rekam medis berkaitan dengan kasus-kasus tertentu dapat disimpan lebih dari 5 tahun
4. Penyimpanan dapat dilakukan sesuai dengan perkembangan teknologi penyimpanan yaitu dengan mikrofilm.

Mikrofilm adalah suatu proses fotografi dimana dokumen atau arsip dalam film dalam ukuran yang diperkecil untuk memudahkan penyimpanan, transformasi dan penggunaan. Penggunaan mikrofilm mempunyai :

Keuntungan:

- a) Penghematan ruangan.
- b) Perlindungan terhadap arsip.
- c) Memudahkan pengiriman dan biaya rendah.
- d) Penemuan arsip jadi lebih mudah.

Kerugian :

- a) Biaya.
- b) Kesukaran mata untuk melihat dalam waktu lama.
- c) Kesukaran dalam pembaharuan arsip.<sup>(17)</sup>

## **J. Penyusutan Rekam Medis**

Menurut Depkes RI, penyusutan rekam medis adalah suatu kegiatan pengurangan arsip dari rak penyimpanan dengan cara:

1. Memindahkan DRM aktif dari rak file aktif ke inaktif dengan cara memilah pada rak penyimpanan sesuai dengan tahun kunjungan.
2. Memusnahkan berkas rekam medis yang telah dimikrofilm dengan cara tertentu sesuai ketentuan.
3. Membuat berita acara pemindahan dan pelaksanaan pemusnahan arsip dilakukan setelah mendapatkan persetujuan pimpinan untuk kerja.<sup>(8)</sup>

Penyusutan ada 2 yaitu :

1. Retensi adalah pemindahan dokumen rekam medis aktif ke inaktif.
2. Nilai Guna adalah proses pemilahan formulir yang bernilai guna atau diabadikan, formulir tersebut yaitu resume, ringkasan masuk dan keluar, dan *informed consent*.

## **K. Prosedur Tetap**

### 1. Pengertian Prosedur Tetap

Prosedur adalah suatu rangkaian tugas-tugas yang saling berhubungan yang merupakan urutan-urutan tugas menurut waktu dan tata cara tertentu untuk melaksanakan suatu pekerjaan yang dilaksanakan berulang-ulang yang berarti prosedur adalah suatu tata kerja atau kegiatan untuk menyelesaikan pekerjaan dengan urutan waktu dan memiliki pola kerja yang tetap dan telah ditentukan.<sup>(11)</sup>

### 2. Prosedur Retensi

- a. Sebelum melakukan retensi harus melihat jadwal retensi terlebih dahulu untuk mengetahui jangka waktu penyimpanan dokumen berdasarkan diagnosa tertentu.
- b. Pemilihan berkas rekam medis pasien inaktif berdasarkan tanggal kunjungan terakhir.
- c. Penjajaran/penyusunan berkas rekam medis pada rak inaktif.
- d. Berkas rekam medis yang inaktif disimpan berdasarkan *Straight Numerical Filing System* (Sistem Nomor Langsung).
- e. Pasien lama yang datang kembali namun berkas rekam medis sudah diinaktifkan, akan diambil kembali.<sup>(8)</sup>

3. Prosedur Retensi RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang
  - a. Petugas melihat tanggal kunjungan terakhir pada dokumen rekam medis kemudian mencatat data ke dalam buku Jadwal Retensi Arsip (JRA).
  - b. Petugas mengambil dokumen rekam medis dari rak aktif sesuai daftar yang tercantum dalam Jadwal Retensi Arsip (JRA) dan sesuai ketentuan masa penyimpanan aktif rawat jalan maupun rawat inap 5 tahun (berdasarkan tanggal kunjungan terakhir).
  - c. Petugas mengelompokkan dokumen rawat jalan inaktif berdasarkan kelompok angka akhir.
  - d. Petugas menyimpan dokumen rekam medis rawat jalan inaktif pada rak inaktif dengan cara menjajarkan menggunakan sistem penjajaran *Terminal Digit Filing (TDF)*.
  - e. Petugas menyimpan dokumen rawat inap berdasarkan kelompok angka akhir dan tahun kunjungan, untuk dipersiapkan nilai guna (pengabdian *resume* dan *informed consent*).<sup>(12)</sup>

#### **L. Sumber Daya Manusia**

- a. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan petugas filing di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang tidak semuanya lulusan DIII Rekam Medis. Ketiga petugas filing berjenis kelamin laki-laki dengan latar belakang pendidikan DIII Rekam Medis dan SLTA, sedangkan yang berjenis kelamin

perempuan berlatar belakang pendidikan DIII Rekam Medis. Dalam PERMENKES RI Nomor 55 Tahun 2013 tentang penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis. Di dalam pasal 3 berbunyi:

- 1) Standar kelulusan Diploma tiga (D3) sebagai Ahli Madya Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.
- 2) Standar kelulusan Diploma empat (D4) sebagai Sarjana Terapan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.
- 3) Standar kelulusan Sarjana (S1) sebagai Sarjana Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.
- 4) Standar kelulusan Magister (S2) sebagai Magister Sarjana Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.<sup>(13)</sup>

#### **M. Standar Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS)**

Akreditasi rumah sakit adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah pada manajemen rumah sakit, karena telah memenuhi standar yang ditetapkan. Tujuannya adalah menentukan apakah rumah sakit tersebut memenuhi standar yang dirancang untuk memperbaiki keselamatan dan mutu pelayanan.

Adapun standar akreditasi mengenai retensi/penyimpanan dokumen yaitu Standar MKI.12, Rumah Sakit mempunyai kebijakan tentang masa retensi/penyimpanan dokumen, data dan informasi. Maksud dan tujuannya adalah 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 sekurang-kurangnya 5 (lima) tahun 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.

1. Elemen penilaian MKI.12 :

- a. Rumah sakit mempunyai kebijakan tentang masa penyimpanan (retensi) berkas rekam medis klinis, dan data serta informasi lainnya.
- b. Proses retensi memberikan kerahasiaan dan keamanan dan kerahasiaan yang diharapkan.
- c. Catatan/records, data dan informasi dimusnahkan dengan semestinya.<sup>(2)</sup>

2. Sarana yang digunakan untuk pelaksanaan retensi

a Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP)

Digunakan untuk mencari kembali data identitas pasien terutama nomor rekam medis guna keperluan retensi DRM, sebagai alat bantu penyusutan laporan kunjungan pasien.

b Indeks Penyakit

Indeks penyakit berguna untuk menyusuri nomor rekam medis dan nama pasien dengan penyakit yang sama untuk disediakan DRM guna kepentingan retensi/penyusutan DRM.

c. Tracer

Digunakan untuk melacak DRM dalam rak, yang berisi nomor rekam medis, tanggal pengambilan, dan digunakan untuk kepentingan apa, misalnya retensi.

3. Cara pemindahan DRM aktif ke inaktif :

a. Sebelum melakukan retensi harus melihat Jadwal Retensi Arsip (JRA) dahulu untuk mengetahui waktu masa penyimpanan DRM sesuai dengan diagnosis tertentu.

b. Lihat tanggal kunjungan terakhir pasien berobat, dengan menggunakan alat-alat retensi yaitu kartu indeks utama pasien (KIUP), indeks penyakit, dan tracer.

c. Apabila tanggal kunjungan terakhir berobat sudah lebih dari 5 (lima) tahun dan pasien tidak datang lagi maka DRM pasien akan diretensi dengan memindahkan DRM aktif ke inaktif untuk dipersiapkan nilai guna untuk diabadikan atau dimusnahkan dan dalam rak inaktif akan disimpan selama 2 (dua) tahun.

## N. Unsur Manajemen

Menurut Harrington Emerson dalam Phiffner John F. Dan Presthus Robert V manajemen mempunyai lima unsur (5M), yaitu:

1. *Man* (Manusia)

Manusia yaitu orang yang menggerakkan dan melakukan aktivitas-aktivitas untuk mencapai tujuan organisasi, termasuk juga menggunakan sumber daya lainnya. Manusia merupakan penggerak utama untuk menjalankan fungsi-fungsi manajemen. Sumber daya

manusia yaitu segenap potensi yang dimiliki oleh manusia. Potensi yang dimiliki setiap manusia berbeda satu sama lain, untuk itu dibutuhkan pengelolaan agar diperoleh tenaga kerja yang puas akan pekerjaannya dan dapat mencapai tujuan organisasi dengan efektif dan efisien. Manusia atau yang sering disebut dengan sumber daya manusia, termasuk di dalamnya termasuk sumber daya otak (*brain*). Di dalam manajemen unsur manusia merupakan yang paling utama. Sebab semuanya berasal dari manusia. Manusia didalam manajemen mencakup mencakup semua faktor yang mempengaruhi, mewarnai dan melingkup.

## 2. *Money* (Uang)

Uang adalah faktor yang amat penting, bahkan menentukan di dalam setiap proses pencapaian tujuan, tentulah tidak dapat di sangkal lagi. Setiap program, setiap kegiatan atau rutin maupun proyek, besar maupun kecil, semua itu tidak akan terlaksana tanpa adanya penyediaan uang atau biaya yang cukup.

Uang dalam ilmu ekonomi tradisional didefinisikan sebagai setiap alat tukar yang dapat di terima secara umum. Alat tukar tersebut dapat berupa benda apapun yang dapat di terima oleh setiap orang di masyarakat dalam proses pertukaran barang dan jasa. Dalam ilmu ekonomi modern uang di definisikan sebagai sesuatu yang tersedia dan secara umum di terima sebagai alat pembayaran bagi pembelian barang-barang dan jasa-jasa serta kekayaan berharga lainnya serta untuk pembayaran hutang.

## 3. *Materials* (Materi)

Materia terdiri dari bahan setengah jadi (*raw material*) dan bahan jadi. Dalam dunia usaha untuk mencapai hasil yang lebih baik, selain manusia yang ahli dalam bidangnya juga harus dapat menggunakan bahan/materi-materi sebagai salah satu sarana. Sebab materi dan manusia tidak dapat dipisahkan, tanpa materi tidak akan tercapai hasil yang dikehendaki.

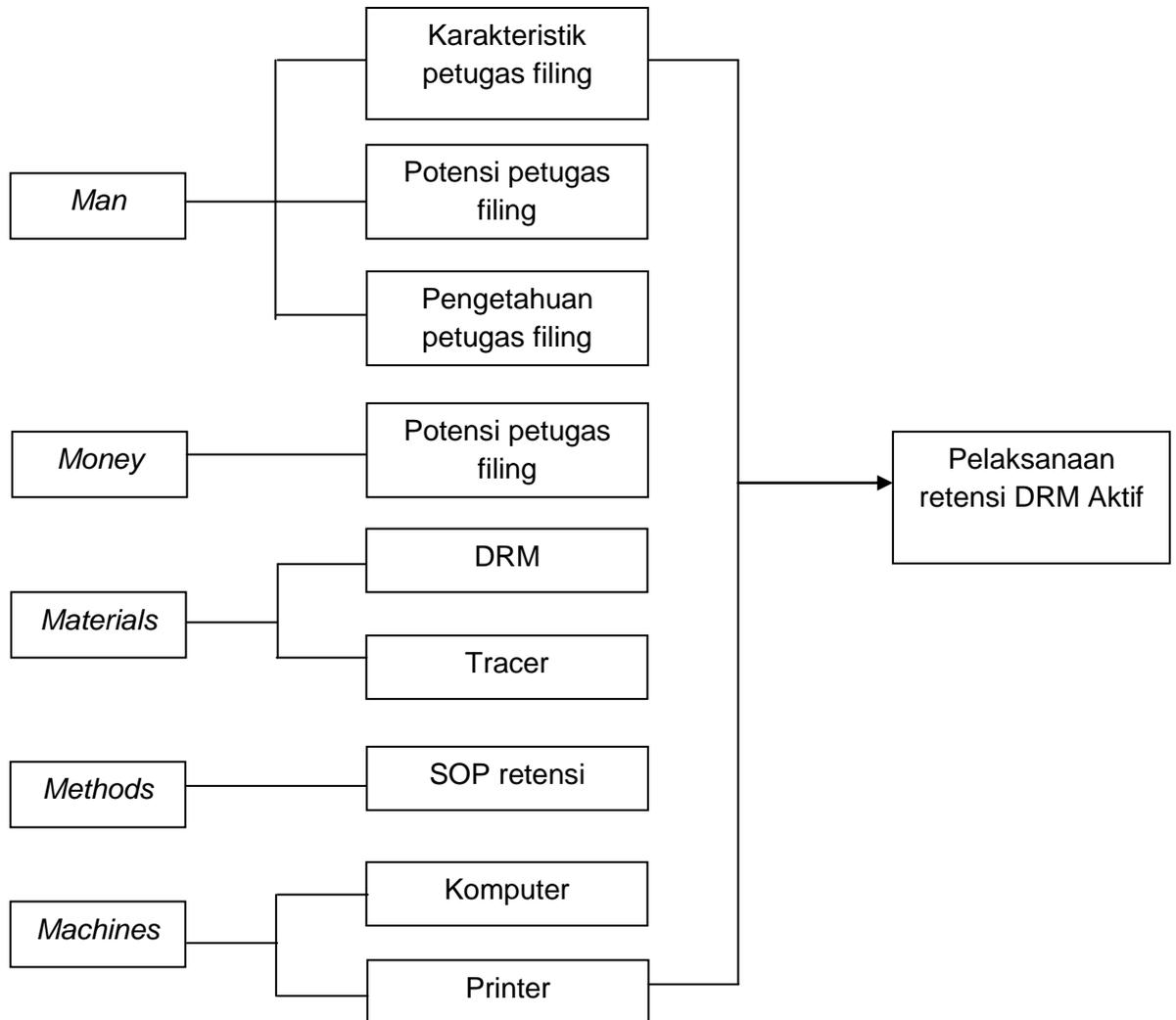
#### 4. *Machines* (Mesin)

Machine atau mesin di gunakan untuk memberi kan kemudahan atau menghasilkan keuntungan yang lebih besar serta menciptakan efisiensi kerja. Di gunakannya mesin-mesin dalam suatu pekerjaan adalah untuk menghemat tenaga dan pikiran manusia di salam melakukan tugas-tugasnya baik yang bersifat rutin maupun yang bersifat insedental, baik untuk pekerjaan yang bersifat teknis industry maupun yang bersifat teknis *paperwork*.

#### 5. *Methods* (Metode)

Dalam pelaksanaan kerja di perlukan metode-metode kerja. Suatu tata cara kerja yang baik akan memperlancar jalannya pekerjaan. Sebuah metode dapat di nyatakan sebagai penetapan cara pelaksanaan kerja suatu tugas dengan memberikan berbagai pertimbangan-pertimbangan kepada sasaran, fasilitas-fasilitas yang tersedia dan penggunaan waktu, serta uang dan kegiatan usaha. Perlu diingat meskipun metode baik, sedangkan orang yang melaksanakannya tidak mengerti atau tidak mempunyai pengalaman maka hasilnya tidak akan mamuaskan. Dengan demikian, peran utama dalam manajemen tetap manusianya sendiri.<sup>(18)</sup>

### O. Kerangka Teori



Gambar 2.1  
Kerangka Teori

Modifikasi antara Teori Manajemen oleh Hurrington Emerson dengan Teori Manajemen Kearsipan oleh Sugiarto Agus.