

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Dokumen Rekam Medis**

##### 1. Pengertian Dokumen

- a. Dokumen adalah berkas yang berisikan data-data identitas, data sosial maupun data medis yang sewaktu-waktu bisa 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.<sup>(9)</sup>

##### 2. Rekam Medis

###### a. Definisi Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis pada pasal 1, Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.<sup>(2)</sup>

###### b. Tujuan Rekam Medis

Sebagai penunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan di rumah sakit.<sup>(2)</sup>

c. Kegunaan Rekam Medis

Aspek-aspek kegunaan rekam medis, biasa disingkat dengan kata ALFRED adalah sebagai berikut :

1) Aspek Administrasi (*Administrasion*)

Dokumen rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tentang pelaksanaan pengelolaan sumber daya dan tanggung jawab sebagai tenaga medis untuk mencapai suatu tujuan.

2) Aspek Hukum (*Legal*)

Dokumen rekam medis yang mempunyai nilai hukum, dan bisa digunakan sebagai alat bukti hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian yang berkaitan dengan pelayanan pasien.

3) Aspek Keuangan (*Financial*)

Suatu berkas rekam medis yang mempunyai nilai guna financial karena isinya yang mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.

4) Aspek Penelitian (*Research*)

Suatu berkas rekam medis yang mempunyai nilai guna sebagai penelitian karena isinya yang menyangkut data atau informasi yang dapat di pergunakan sebagai penelitian serta pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

5) Aspek Pendidikan (*Education*)

Berkas rekam medis yang mempunyai nilai dalam aspek pendidikan, karena isinya yang menyangkut data atau

informasi tentang perkembangan *kronologis* dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat di pergunakan sebagai bahan referensi pengajaran di bidang profesi pendidikan kesehatan.

6) Aspek Dokumentasi (*Documentasion*)

Suatu berkas rekam medis yang mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus di di dokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban laporan rumah sakit.<sup>(2)</sup>

## 2. Kewajiban Pengelolaan dan wajib simpan rahasia DRM Rekam Medis

### a. Unit yang Mengelola Dokumen Rekam Medis

1) Assembling

Bagian Assembling yaitu salah satu bagian di unit rekam medis yang berfungsi sebagai penitit kelengkapan isid dan perakitan dokumen rekam medis sebelum disimpan. Dokumen-dokumen rekam medis yang telah diisioleh unit pencatatan data rekam medis yaitu Unit Rawat Jalan (URJ), Unit Gawat Darurat (UGD), Unit Rawat Inap (URI) dan Instalasi Pemeriksaan Penunjang (IPP) akan dikirim ke fungsi Assembling bersama-sama Sensus Hari an seti a hari. Lembar formulir dalam dokumen rekam medis diatur kembalisesuai urutan riw ayat penyakit pasi end and ditelitikelengkapan isid dokumen rekam medis. Bila belum lengkap akan dikembalikan ke unit yang bertanggung jawab. Untuk mengendalikan dokumen rekam medis yang belum lengkap, digunakan formulir Lembar Kekurangan bias adisebut Kartu Kendali

(KK). Fungsi dan peranan *Assembling* dalam pelayanan rekam medis adalah sebagai perakit formulir rekam medis, peniliti data rekam medis, pengendalian dokumen rekam medis tidak lengkap, pengendalian penggunaan nomor rekam medis dan formulir rekam medis.

## 2) Koding

Koding adalah pemberian dan penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Fungsi pengkode rekam medis bertanggung jawab terhadap penemuan dan penulisan kode penyakit, dan operasi yang tertulis pada dokumen rekam medis berdasarkan kode yang telah ditetapkan pada ICD-X dan ICD 9 CM.

## 3) Indeks

Indexing adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat ke dalam indeks-indeks (dapat menggunakan kartu indeks atau komputerisasi). Dalam kartu indeks tidak boleh mencantumkan nama pasien.

## 4) Filing

Filing merupakan suatu ruangan di unit rekam medis yang bertanggung jawab terhadap penyimpanan, retensi, dan pemusnahan dokumen rekam medis. Selain itu, filing juga menyediakan dokumen rekam medis yang telah lengkap sehingga dapat memudahkan penggunaan mencari informasi sewaktu-waktu.

## 5) Analisingdan Reporting

Analisingdan Reportingmerupakan Unit RekamMedis (URM) yang berfungsi sebagaipenganalisisdanpelapordalamsistempelayananrekamm edis, sebagaipenganalisissemua data rekammedis yang masukke Unit RekamMedis (URM) untukdiolahmenjadiinformasi yang disajikandalamlaporangunapengambilankeputusanmanajemendirumah. SistemInformasiRumahSakit (SIRS) diaturolehDepartemenKesehatan RI meliputi:

- a) RL 1 = Data Dasar RS
  - (1) 1.1 = Data DasarRumahSakit
  - (2) 1.2 = IndikatorPelayananRumahSakit
  - (3) 1.3 = FasilitasTempatTidurRawatInap
- b) RL 2 = Data Ketenagaan
- c) RL 3 = Data Kegiatan Pelayanan
- d) RL 4 = Data Morbiditas / Mortalitas
  - (1) RL 4a = MorbiditasPasienRawatInap
  - (2) RL 4b = MorbiditasPasienRawatJalan
- 5) RL 5 = Data Bulanan Berisi Data Kunjungan Dan Data 10 besar Penyakit
  - (1) 5.1 = PengunjungRumahSakit
  - (2) 5.2 = KunjunganRawatJalan
  - (3) 5.3 = 10 BesarPenyakitRawatInap
  - (4) 5.4 = 10 BesarPenyakitRawatjalan.

## B. Alur Pengelolaan Dokumen Rekam Medis

DRM pasien yang sudah pulang dari bangsal di berikan kebagian Assembling untuk di teliti kelengkapannya, adapun deskripsi tugas pokok Assembling adalah sebagai berikut :

### a. *Assembling*

- 1) Menyiapkan dokumen rekam medis yang barudankelengkapan formulir didalamnya untuk keperluan unit yang membutuhkan.
- 2) Mencatat segala penggunaan dokumen rekam medis kedalam buku ke ndali.
- 3) Mengalokasikan No. RM dan memberitahukan ke TPPRJ dan UGD.
- 4) Mengendalikan penggunaan nomor rekam medis agar tidak terjadi duplikasi dalam penggunaan nomor rekam medis.
- 5) Mencatat penggunaan nomor rekam medis kedalam buku penggunaan rekam medis.
- 6) Menerima pengembalian dokumen rekam medis dan menyerahkan ke unit pelayanan rekam medis.
- 7) Mencocokkan jumlah dokumen dengan jumlah pasien.
- 8) Meneliti kelengkapan isi dokumen.

### b. Tugas pokok Koding dan Indexing

- 1) Menerima dokumen rekam medis dan fungsi *assembling* dengan buku ekspedisi.
- 2) Menuliskan kode diagnosis atau penyakit, tindakan atau operasi, dokter yang merawat dan kematian di dokumen rekam medis dan kartu kendali.
- 3) Memisahkan dokumen rekam medis dengan kartu kendali dan menyerahkan dokumen rekam medis ke *filing* menggunakan buku ekspedisi, sementara kartu kendali digunakan untuk indeks.
- 4) Mencatat indeks penyakit, indeks operasi, indeks dokter dan kematian di kartu indeks masing-masing jenis penyakit, jenis operasi, nama dokter dan sebab-sebab kematian.
- 5) Menyusun indeks penyakit, operasi, kematian dan dokter, pada rak penyimpanan indeks secara alfabetis.

#### c. Tugas pokok Filing

- 1) Menerima dokumen rekam medis dari urusan *coding* *indeksing* dengan buku ekspedisi.
- 2) Simpan berdasarkan metode angka secara berurutan.
- 3) Apabila dokumen lama diambil, maka cara pengembaliannya menggunakan *tracer* dan mencatat setiap penggunaan dokumen rekam medis.
- 4) Menyiapkan dokumen rekam medis bagi pasien dengan perjanjian yang diperoleh informasinya dari TPPRJ dan TPPRI.
- 5) Mengekspedisi peminjaman dokumen rekam medis.

6)

Melakukan retensi dokumen rekam medis secara periodik dan memisahkan dokumen aktif dan non aktif.

7)

Mengusulkan pemusnahan dokumen rekam medis kepada Komite rekam medis.

d. Tugas pokok Analising dan Reporting

- 1) Menganalisis dan melaksanakan kegiatan membuat laporan Rumah Sakit.

### C. Sistem Tata Kerja

Sistem tata kerja (STK) adalah sebuah perangkat yang mengatur penyelenggaraan kegiatan manajemen dan operasional organisasi dengan memanfaatkan sumber daya dan waktu yang tersedia dengan tujuan untuk mencapai visi dan misi organisasi. STK diimplementasikan dalam organisasi sebagai sarana pengendalian dan pemantauan aktivitas organisasi, untuk memastikan agar aktivitas dalam organisasi dilaksanakan secara efektif dan efisien sesuai standart yang telah ditetapkan organisasi.

Berdasarkan standar ISO (*International Standar Organization*), dokumen STK terdiri atas :

1. Kebijakan

Dokumen level tertinggi berupa pernyataan organisasi mengenai tujuan organisasi, mengapa mereka melakukan hal itu dan komitmen apa yang akan dilakukan organisasi untuk mencapai tujuan tersebut.

2. Pedoman

Dokumen ini pertama yang menyatakan apa yang dilakukan organisasi untuk mencapai kebijakan yang telah dinyatakan sebelumnya, mengapa harus dilakukan dan penjabaran mengenai cara melakukannya. Dalam beberapa STK, kebijakan organisasi biasanya tertuang di dalam dokumen yang sama dengan pedoman.

### 3. Prosedur

Dokumen ini kedua yang menjabarkan aktivitas, metode atau proses yang digunakan untuk mengimplementasikan hal –hal yang telah ditetapkan dalam pedoman serta fungsi organisasi atau jabatan apa yang bertanggung jawab terhadap aktivitas atau metode atau proses tersebut. Prosedur dapat digunakan untuk mengatur aktivitas yang bersifat administratif karena melibatkan pelaksana yang berasal lebih dari satu jabatan atau unit kerja.

### 4. Instruksi kerja

Instruksi kerja bersifat lebih detail dari pada prosedur dan bersifat lokal pada satu orang, satu kelompok atau unit kerja, peralatan atau instalasi atau aktivitas tertentu yang spesifik. Instruksi kerja umumnya digunakan untuk mengatur aktivitas yang bersifat teknis. Instruksi kerja juga dapat merupakan penjabaran dari langkah pada prosedur terkait.

### 5. Rekaman

Dokumen yang menjadi bukti bahwa STK yang dituangkan dalam dokumen pedoman, prosedur dan instruksi kerja telah dilaksanakan. Rekaman dapat berupa formulir yang telah diisi,

lembar kerja yang telah ditandatangani, dokumen persetujuan produk yang telah di stempel atau berupa foto kejadian. Rekaman juga berfungsi sebagai alat telusur berbagai tindakan yang dilakukan dalam pelaksanaan STK, baik apakah sebuah aktivitas atau proses dilaksanakan dengan benar maupun apabila terjadi kesalahan atau pelanggaran.<sup>(12)</sup>

#### **D. Retensi Dokumen Rekam Medis**

##### **1) Pengertian Retensi**

Dalam setiap pelayanan suatu instansi kesehatan, khususnya dalam hal ini setiap pasien yang datang berobat akan dibuatkan dokumen rekam medis. Ruangan filing adalah 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 penyisiran dan 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 suatu kegiatan memisahkan antara dokumen rekam medis yang masih aktif dengan dokumen rekam medis yang dinyatakan non aktif. Dokumen rekam medis aktif adalah dokumen rekam medis yang masih digunakan untuk pelayanan pasien di rumah

sakit. Dokumen rekam medis inaktif adalah dokumen rekam medis yang sudah digunakan terhitung setelah lima tahun terakhir pasien berobat dan sekurang-kurangnya dua tahun disimpan dalam ruang filing inaktif. Tujuannya adalah mengurangi beban penyimpanan dan menyiapkan kegiatan penilaian nilai guna rekam medis untuk kemudian di abadikan atau dimusnahkan. Kegiatan retensi dilakukan oleh petugas filing secara periodik, dokumen rekam medis yang telah di retensi harus disimpan pada ruang terpisah dari dokumen rekam medis aktif dengan cara mengurutkan sesuai urutan tanggal terakhir berobat. Selanjutnya di kelompokkan berdasarkan kelompok penyakitnya.

Sebelum mengadakan retensi perlu disusun jadwal retensi. Berdasarkan Surat Edaran Dirjen Pelayanan Medik tentang pemusnahan Rekam Medis, Jadwal retensi tersebut adalah sebagai berikut.<sup>(5)</sup>

## 2. Jadwal Retensi DRM

Menurut surat edaran Dirjen Pelayanan Medik Nomer HK.00.06.1.5.01160 tertanggal 21 Maret 1995 tentang Petunjuk Teknik Pengadaan Formulir Rekam Medis di rumah sakit. Untuk pertama kalinya sebelum melakukan proses retensi harus terlebih dahulu ditetapkan jadwal retensi arsip rekam medis dengan rincian sebagai berikut :

**Tabel 2.1 Jadwal Retensi Arsip**

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	2th
4.	Orthopedi	10th	10th	2th	5th
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
9.	Anak	Menurut Kebutuhan		2th	2th

Sumber : Data Sekunder

Dalam pelaksanaan retensi yang perlu dipertimbangkan adalah :

- a. Ketersediaan ruang penyimpanan (filing) biasanya selama masih mencukupi maka pihak rumah sakit masih “belum minat” untuk melakukan penyusutan berkas rekam medis.
- b. Tingkat penggunaan reka medis, mialnya kalau di Rumah Sakit tersebut sering dilakukan penelitian atau sebagaimana sarana pendidikan maka umumnya rumah sakit akan menyimpan 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.<sup>(5)</sup>

Menurut Hatta, selain hukum dan peraturan standar akreditasi, retensi rekam medis bergantung juga pada penggunaanya dalam suatu institusi kesehatan. Sebagai contoh sebuah fasilitas yang menyediakan layanan khusus untuk anak-anak mungkin memiliki kebijakan retensi yang beda 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 atau geriatri. Komite medis dari setiap fasilitas layanan kesehatan harus menganalisis kebutuhan medis dan administrasi untuk memastikan bahwa rekam medis pasien-pasiennya selalu siap untuk dilihat kembali, dinilai kualitasnya, dan lain-lain. Maka pada banyak kasus, institusi layanan kesehatan meretensi rekam medis lebih lama dari yang ditetapkan oleh hukum.<sup>(11)</sup>

#### **E. Penyimpanan DRM Inaktif**

Berdasarkan permenkes no. 269 tahun 2008 tentang rekam medis, dokumen rekam medis harus disimpan oleh sarana pelayanan kesehatan. Dokumen rekam medis tersebut terkait dengan kepemilikan terhadap rekam medis pasien sebagai dokumen. Hal tersebut sebagai alat bukti bila dikemudian hari terjadi tuntutan hukum, Maka sarana pelayanan kesehatan dapat menunjukkan proses pelayanannya dengan dokumen rekam medis. Selain itu dokumen rekam medis harus dijaga kerahasiaannya, karena sifat dokumen rekam medis adalah rahasia pasien.<sup>(2)</sup>

Tujuan penyimpanan Dokumen Rekam Medis adalah :

- a. Mempermudah dan mempercepat ditemukan kembali dokumen rekam medis yang disimpan dalam rak filing.
- b. Mudah mengambil dari tempat penyimpanan.
- c. Mudah pengembaliannya.
- d. Melindungi dokumen rekam medis dari bahaya pencurian.<sup>(6)</sup>

Prosedur Penyimpanan adalah suatu kegiatan yang dilakukan sehubungan dengan akan disimpannya suatu dokumen. Ada dua macam penyimpanan yaitu :

#### 1. Penyimpanan Sentralisasi

Penyimpanan rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan misalnya, dokumen rekam medis rawat jalan dan rawat inap menjadi dalam satu folder.

#### 2. Penyimpanan Desentralisasi

Penyimpanan dokumen rekam medis yang terjadi pemisahan antara dokumen rekam medis rawat jalan dengan dokumen rekam medis rawat inap.<sup>(6)</sup>

### **F. Nilai Guna Dokumen Rekam Medis**

Jika dokumen rekam medis telah dipisahkan antara dokumen rekam medis yang masih aktif dengan yang inaktif, maka dilakukan kegiatan penilaian nilai guna. Penilaian nilai guna rekam medis yaitu suatu kegiatan penilaian terhadap formulir-formulir rekam medis yang masih perlu diabadikan atau sudah boleh dimusnahkan. Penilaian nilai guna dilaksanakan oleh Direktur Rumah Sakit. Tim pemusnah dokumen rekam medis mempunyai tugas membantu Direktur Rumah Sakit dalam penyelenggaraan pemusnahan rekam medis dengan memperhatikan nilai guna sesuai peraturan yang berlaku.

Tim pemusnah dokumen rekam medis terdiri dari :

- a. Direktur Rumah Sakit sebagai ketua
- b. Kepala Rekam Medis sebagai sekretaris

- c. Anggota lain (petugas filing dengan saksi-saksi yang ditunjuk oleh Direktur Rumah Sakit)

Indikator yang digunakan untuk menilai berkas rekam medis in aktif :

- a. Berkas rekam medis sering digunakan untuk pendidikan dan penelitian
- b. Mempunyai nilai guna :

- 1) Nilai Guna Primer

Yaitu berkas rekam medis didasarkan pada kegunaan berkas rekam medis bagi kepentingan rumah sakit meliputi :

- a) Nilai guna administrasi
- b) Nilai guna hukum
- c) Nilai guna keuangan
- d) Nilai guna iptek

- 2) Nilai Guna Sekunder

Yaitu nilai guna berkas rekam medis didasarkan bagi kepentingan instansi di luar rumah sakit yaitu sebagai bahan pertanggung jawaban nasional, meliputi :

- a) Pembuktiaan
- b) Sejarah.<sup>(7)</sup>

## **G. Mutu Pelayanan Kesehatan**

Mutu pelayanan kesehatan menurut Azrul Azwar adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan

rata-rata penduduk serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan.<sup>(13)</sup>

Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain disertai ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar sehingga dibutuhkan standar pelayanan minimal.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 129/Menkes/SK/II/2008 disebutkan bahwa standar pelayanan minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak di peroleh setiap warga secara minimal, juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat.<sup>(14)</sup>

Dalam mengevaluasi kepuasan terhadap produk jasa yang bersifat intangible, konsumen umumnya menggunakan faktor berikut :

1. Berwujud (*tangible*)

Penampilan fasilitas fisik, peralatan, personil dan media komunikasi.

2. Keandalan (*reliability*)

Kemampuan untuk melaksanakan jasa yang dijanjikan dengan tepat dan terpercaya.

3. Daya tanggap (*responsiveness*)

Kemauan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat.

4. Kepastian (*assurance*)

Pengetahuan dan keramah tamahan karyawan dan kemampuan karyawan untuk menciptakan opini yang dapat dipercaya pelanggan.

#### 5. Empati (*emphaty*)

Syarat untuk peduli, memberi perhatian pribadi bagi pelanggan.<sup>(15)</sup>

### G. Kerangka Teori



