

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Rekam Medis**

###### **a. Pengertian Rekam Medis**

Dalam Permenkes 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Rekam medis, pasal 1 ayat 2 dijelaskan rekam medis adalah dokumen yang berisikan catatan mengenai data diri pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain kepada pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan.

Menurut Hatta rekam medis merupakan penjelasan tertulis ataupun terekam tentang data diri pasien, *anamnesis*, hasil laboratorium, diagnosis penyakit dan tindakan perawatan, serta pengobatan yang diberikan pada pasien baik rawat jalan atau rawat inap (Valentina & Sebayang, 2018).

Rekam medis merupakan sebuah dokumen yang berisikan catatan mengenai anamnese, pemeriksaan, diagnosa penyakit, dan pengobatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien baik yang sedang dilakukan, akan dilakukan, dan telah terjadi di masa lalu. Rekam medis menggambarkan semua kegiatan pelayanan pada suatu fasyankes dalam waktu tertentu (Nugraheni, 2015).

Rekam medis adalah dokumen yang berisi data diri pasien pemeriksaan, perawatan, tindakan, juga pelayanan penunjang yang diberikan kepada pasien ketika pasien berkunjung ke suatu fasilitas pelayanan kesehatan (Epang et al., 2020).

Terdapat dua jenis rekam medis, yakni rekam medis konvensional dan rekam medis elektronik. Sama halnya dengan rekam medis konvensional (kertas), rekam medis elektronik berisi catatan juga informasi yang diperoleh dan dipergunakan dokter pada suatu

fasyankes untuk keperluan diagnosis dan perawatan pada pasien. RME dinilai lebih efisien karena hanya membutuhkan sedikit tempat penyimpanan, juga tidak membutuhkan biaya untuk mencetak status (Gunawan & Christianto, 2020).

Dari pernyataan diatas dapat disimpulkan rekam medis adalah dokumen berisikan identitas dan fakta mengenai keadaan kesehatan seseorang baik yang lalu, kini, dan rencana pengobatan kedepannya pada suatu fasilitas pelayanan kesehatan. Rekam medis merupakan dokumen yang sangat penting, didalamnya terdapat informasi yang dapat digunakan sebagai acuan pelayanan dan pengobatan pasien.

Dalam dokumen rekam medis berisikan catatan mengenai diagnosa penyakit pasien, tindakan, pengobatan, dan pelayanan yang diberikan, tanda tangan dokter penanggung jawab dan perawat, data diri pasien, dan lain-lain. Secara tidak langsung mutu pelayanan pada suatu fasyankes dapat digambarkan melalui dokumen rekam medisnya. Indikator mutu rekam medis yang harus terpenuhi pada suatu dokumen rekam medis adalah sebagai berikut:

1) Ketersediaan (*availabelity*)

Informasi pada dokumen rekam medis harus tersedia dan dapat diakses oleh pihak yang membutuhkan

2) Mudah dipahami (*comprehensibility*)

Informasi yang terdapat pada dokumen rekam medis harus dapat dipahami oleh pihak penentu kebijakan

3) Kelengkapan pengisian

Dokumen rekam medis harus diisi lengkap agar informasi yang didapat jelas dan memudahkan dalam pengolahan datanya

4) Keakuratan

Data yang tercatat pada dokumen rekam medis harus dicatat dengan teliti, tepat, dan sesuai dengan keadaan yang sedang dialami pasien

5) Ketepatan waktu

Dokumen rekam medis harus terisi lengkap dan dikembalikan pada ruang penyimpanan sesuai dengan peraturan yang berlaku

6) Sesuai dengan persyaratan pada Permenkes nomor 269/Menkes/PER/III/2008

Pada Permenkes nomor 269/Menkes/PER/III/2008 persyaratan yang harus terpenuhi antara lain tidak menulis rekam medis menggunakan pensil, tidak dihapus, apabila terjadi kesalahan pembetulan sesuai dengan prosedur yakni dicoret kemudian diberi tanggal dan paraf, tulisan harus jelas dan dapat dibaca, harus tertera tanda tangan beserta nama terang DPJP maupun tenaga kesehatan lain yang melayani pasien, tertera tanggal dilakukannya pelayanan, dan terdapat lembar persetujuan

Menurut Huffman (1990) data yang ada dalam dokumen rekam medis bersifat medis dan non medis. Data medis atau data klinis antara lain diagnosa penyakit pasien, riwayat kesehatan pasien, tindakan pelayanan yang diterima pasien, dan pelayanan penunjang medis. Sedangkan data non medis atau data administratif meliputi data diri pasien, data sosial ekonomi, dan data utilisasi rumah sakit

Menurut Guwandi (1992), terdapat empat data yang harus terisi agar dokumen rekam medis dikatakan lengkap, yaitu:

1) Data pribadi:

Data pribadi pasien antara lain nama pasien, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, nomor KTP, alamat, profesi, nama keluarga, status perkawinan, nomor register, tanggal masuk, rujukan awal, dokter penanggung jawab pasien, dan tanggal keluar rumah sakit

2) Data finansial:

Data finansial yang dimaksud seperti data penanggung jawab pasien, perusahaan asuransi yang menanggung pasien, tipe asuransi, dan alamat perusahaan

3) Data sosial

Data sosial meliputi kewarganegaraan atau kebangsaan pasien, penghidupan, hubungan keluarga, serta data lain yang menjelaskan kedudukan sosial pasien

4) Data medis

Data medis berupa *anamnese*, pemeriksaan fisik pada pasien, riwayat penyakit pasien, diagnosa penyakit, kemajuan keadaan pasien, pengobatan yang diberikan pada pasien, instruksi dokter, hasil pemeriksaan laboratorium, laporan konsultasi, anastesi, operasi, catatan perawat, dan ringkasan keluar

b. Manfaat rekam medis

Sesuai dengan Permenkes 269 Tahun 2008 pasal 13 yang menjelaskan mengenai pemanfaatan rekam medis. Dalam Permenkes tersebut dapat disimpulkan bahwa rekam medis dapat digunakan sebagai acuan dalam menjaga kesehatan juga pengobatan yang dilakukan pasien. Rakam medis sebagai dokumentasi riwayat kesehatan pasien juga dapat digunakan sebagai alat bukti bila terjadi masalah yang berhubungan dengan hukum. Selain itu rekam medis digunakan sebagai sumber informasi untuk pendidikan dan penelitian. Tidak hanya itu, rekam medis digunakan sebagai dasar pembiayaan pelayanan kesehatan yang telah diperoleh pasien. Rekam medis sebagai sumber data statistik kesehatan yang nantinya diperlukan sebagai dasar untuk mengambil keputusan, membuat kebijakan dan tindakan untuk memperbaiki berbagai macam masalah yang muncul.

Sesuai dengan pedoman penyelenggaraan rekam medis, kegunaan rekam medis dapat dilihat dari aspek-aspek berikut (Susanto & Sugiharto, 2017):

1) Aspek Administrasi

Isi dari dokumen rekam medis pasien menyangkut tentang pengobatan dan tindakan yang diterima pasien selama menjalani

perawatan di suatu fasyankes. Sehingga dokumen rekam medis dapat dijadikan sebagai acuan dalam proses pembiayaan yang harus dibayarkan oleh pasien saat menerima pelayanan di fasyankes.

2) Aspek Hukum

Dari aspek hukum isi dari dokumen rekam medis terdapat jaminan kepastian hukum sesuai dengan keadilan. Rekam medis dapat dijadikan sebagai alat bukti yang diajukan ke pengadilan apabila terjadi kesalahan yang berkaitan dengan hukum.

3) Aspek Penelitian

Isinya dari dokumen rekam medis adalah data dan informasi yang nantinya dapat digunakan sebagai pengembang ilmu yang telah ada dan pendukung penelitian dalam bidang kesehatan.

4) Aspek Pendidikan

Isi dokumen rekam medis berupa data dan informasi tentang pelayanan yang diberikan pada pasien, selain bermanfaat bagi penelitian juga bermanfaat bagi pendidikan. Informasi yang terdapat pada dokumen rekam medis tersebut dapat digunakan sebagai referensi/ bahan ajar bagi calon perekam medis khususnya dan tenaga kesehatan lainnya.

5) Aspek Dokumentasi

Dokumen rekam medis berisi catatan pendokumentasian pelayanan yang diberikan kepada pasien yang nantinya dapat digunakan sebagai laporan rumah sakit dan dapat dipertanggungjawabkan.

6) Aspek Medis

Adanya nilai medis pada dokumen rekam medis karena isi dari dokumen rekam medis dapat dijadikan acuan perencanaan pengobatan atau perawatan tindak lanjut pada pasien sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan dari kegiatan audit medis,

manajemen risiko, keamanan juga keselamatan bagi pasien, dan pembiayaan pelayanan.

Secara umum manfaat rekam medis elektronik sama dengan rekam medis konvensional (berbasis kertas). Rekam medis elektronik bermanfaat sebagai tempat penyimpanan informasi elektronik yang berisi tentang status dan pelayanan kesehatan yang didapat pasien seumur hidup. Selain itu, rekam medis elektronik bermanfaat bagi dokter dan tenaga kesehatan untuk mengakses informasi pasien yang nantinya dapat membantu mengambil keputusan (Khasanah, 2020).

c. Kepemilikan Rekam Medis

Dalam Permenkes 269 Tahun 2008 pasal 12 dijelaskan bahwa dokumen rekam medis merupakan milik fasyankes, sedangkan untuk isi dari dokumen rekam medisnya milik pasien. Isi rekam medis yang dimaksud tersebut berbentuk resume medis, diberikan pada pasien dapat berupa catatan atau copy sesuai dengan persetujuan pasien atau keluarga pasien yang mempunyai hak menerima. Meskipun isi dari dokumen rekam medis merupakan milik pasien bukan berarti pasien dapat membawa pulang dokumen rekam medisnya .

Rekam medis merupakan milik fasilitas pelayanan kesehatan dan harus dijaga karena sangat berguna bagi pasien, dokter, juga fasilitas pelayanan kesehatan sendiri. Bentuk fisik dokumen rekam medis pasien disimpan oleh fasyankes atau dokter yang menyimpan rekam medis tersebut, seperti hasil lab, hasil foto rontgen, hasil konsultasi, juga pelayanan penunjang lainnya yang berhubungan dengan pasien. Walaupun demikian pasien maupun pihak lain yang berwenang tetap memiliki hak akses informasi yang terdapat pada dokumen tersebut.

Adanya kepentingan dari pihak selain pasien dan fasyankes terhadap isi dokumen rekam medis, seperti pihak asuransi, pengadilan, kepolisian, serta pihak-pihak lain dapat diartikan bahwa rekam medis merupakan milik umum. Akan tetapi rekam medis milik umum yang

dimaksud bukan berarti dokumen rekam medis dapat diakses oleh semua orang karena dokumen rekam medis bersifat rahasia. Sesuai dengan UU RI nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran pasal 47 ayat (2), rekam medis harus disimpan dan dijaga kerahasiaannya oleh dokter atau dokter gigi dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan (Yuliani, 2016). Menurut Hatta, mutu pelayanan pada suatu fasyankes dapat meningkat apabila dokumen rekam medis pada rung penyimpanan terjaga keamanan dan kerahasiaannya (Valentina & Sebayang, 2018). Jadi dokumen rekam medis tidak dapat sembarangan diberikan kepada orang. Hanya orang-orang yang berhak secara hukum dan dapat mempertanggungjawabkanlah yang dapat mengakses dokumen rekam medis (Susanto & Sugiharto, 2017).

## 2. Filling

Setiap fasyankes wajib menyelenggarakan unit rekam medis. Pengelolaan rekam medis dimulai ketika pasien pertama kali datang dan menuju tempat pendaftaran pasien, selanjutnya *assembling*, *coding*, *indexing*, dan *filling* (Valentina & Sebayang, 2018). *Filling* yaitu kegiatan menyimpan, menyediakan, meretensi, dan memusnahkan dokumen rekam medis (Puteri & Fitriani, 2020).

Agar pelayanan pada unit rekam medis berjalan dengan baik, petugas rekam medis haruslah menjalankan tugas-tugas pada bagiannya masing-masing. Pada jurnal penelitian yang dilakukan (Handayani & Pujihastuti, 2017) bagian *filling* memiliki tugas pokok yang harus dijalankan petugas rekam medis antara lain

- a. Mencari dokumen rekam medis
  - 1) Petugas mencari dokumen rekam medis pada rak penyimpanan
  - 2) Apabila dokumen rekam medis tidak ditemukan , petugas filling melacak riwayat berobat pasien
  - 3) Apabila dokumen rekam medis tetap tidak ditemukan di rak penyimpanan dan di poli lainnya, petugas rekam medis

membuatkan rekam medis baru tanpa diberi nomor. Jika dokumen rekam medis yang lama sudah ditemukan maka dokumen rekam medisnya disatukan dengan rekam medis sementara

- 4) Petugas mengeluarkan dokumen rekam medis dari rak penyimpanan dan memberi tracer
  - 5) Petugas mencatat dokumen rekam medis pasien yang dipinjam beserta nama peminjam dan waktu peminjaman
- b. Menyimpan dokumen rekam medis
- 1) Petugas *filling* menerima dokumen rekam medis dari poli atau dari pengolahan data
  - 2) Mengecek kelengkapan dokumen rekam medis dari poliklinik
  - 3) Petugas *filling* menyimpan dokumen rekam medis pada rak penyimpanan

### 3. Sistem Penyimpanan

Penyimpanan dokumen rekam medis bertujuan untuk memudahkan petugas *filling* mencari kembali dokumen rekam medis pada rak penyimpanan apabila pasien berobat ulang. Selain itu juga melindungi dokumen rekam medis dari potensi dicuri dan kerusakan dokumen. Berdasarkan pemusatan dokumen rekam medis terdapat dua cara penyimpanan yakni seentralisasi dan desentralisasi

#### a. Penyimpanan Sentralisasi

Penyimpanan sentralisasi yaitu sistem penyimpanan dokumen rekam medis dengan cara menyatukan formulir baik rawat jalan, rawat inap, maupun gawat darurat dalam satu map. Keuntungan dari penyimpanan sentralisasi adalah:

- 1) Terdapat kesinambungan data karena formulir rekam medis menyatu pada satu map sehingga riwayat kesehatan pasien dapat diketahui
- 2) Resiko duplikasi data berkurang

- 3) Mengurangi besar biaya yang dikeluarkan untuk ruangan penyimpanan dan perlengkapan
- 4) Meningkatkan efisiensi kerja petugas *filling* karena setiap pasien memiliki satu dokumen rekam medis dalam satu map
- 5) Memudahkan *retrieval* karena dokumen rekam medis berada pada tempat yang sama dengan nomor yang berbeda
- 6) Mempermudah pengontrolan dokumen rekam medis

Sedangkan kekurangan pada sistem sentralisasi adalah

- 1) Petugas rekam medis harus menghendel unit rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat
- 2) Petugas *filling* harus berjaga 24 jam untuk keperluan pelayanan UGD yang dibuka 24 jam
- 3) Tempat pendaftaran pasien juga harus dibuka 24 jam, karena dokumen rekam dapat dibutuhkan sewaktu-waktu apabila pasien datang berobat ulang

b. Penyimpanan Desentralisasi

Penyimpanan desentralisasi yaitu sistem penyimpanan dokumen rekam medis dengan memisahkan formulir rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat pada map yang berbeda. Keuntungan dari sistem penyimpanan desentralisasi adalah:

- 1) Lebih ringannya beban kerja yang dialami petugas
- 2) Waktu yang digunakan lebih efisien
- 3) Pasien mendapat pelayanan lebih cepat

Sedangkan kerugian dari sistem penyimpanan desentralisasi adalah

- 1) Biaya yang dikeluarkan untuk kebutuhan ruang penyimpanan dan peralatan lebih banyak
- 2) Kemungkinan terjadinya duplikasi data lebih besar karena data pasien dapat disimpan lebih dari satu kali

Berdasarkan penjelasan diatas penyimpanan sentralisasi lebih baik dari desentralisasi, namun dalam praktek baik tidaknya tergantung

keadaan setiap fasyankesnya. Keadaan yang memengaruhi tersebut antara lain adalah:

- a. Terbatasnya tenaga professional perekam medis pada fasyankes
- b. Besar kecilnya dana yang dimiliki fasyankes, baik penda maupun swasta

#### 4. Sistem Penjajaran

Sistem penjajaran dokumen rekam medis merupakan cara penyusunan dokumen rekam medis pada rak penyimpanan tidak ditumpuk melainkan sejajar dengan dokumen rekam medis lainnya. Terdapat 3 cara penjajaran dokumen rekam medis berdasarkan nomor, yaitu:

- a. *Straight Numerical Filling* (SNF)

*Straight Numerical Filling* atau bisa disebut sistem penomoran langsung adalah sistem penjajaran dokumen rekam medis sesuai dengan urutan nomor rekam medis dari urutan awal.

Contoh:

*Tabel 2: Contoh penjajaran menggunakan sistem SNF*

Seksi 1	Seksi 2	Seksi 3
01-22-53	02-13-07	03-52-27
01-22-54	02-13-08	03-52-28
01-22-55	02-13-09	03-52-29

Sistem penomoran seri, unit, serial-unit dapat digunakan pada penjajaran ini. Keunggulan sistem penjajaran *Stright Numerical Filling* adalah

- 1) Petugas lebih mudah menemukan dokumen rekam medis sesuai dengan urutan waktu
- 2) Petugas lebih mudah membedakan dokumen rekam medis yang masih aktif dan inaktif

Sedangkan kelemahan pada sistem penjajaran ini adalah

- 1) Berpotensi sering terjadi kesalahan dalam melakukan penjajaran karena harus memperhatikan semua nomor agar letak dokumen rekam medisnya dapat ditentukan
  - 2) Berpotensi sering terjadi kesalahan transkrip nomor apabila terjadi kesalahan penulisan digit nomor rekam medis
- b. *Middle Digit Filling* (MDF)

*Middle Digit Filling* atau sistem angka tengah adalah cara penjajaran dokumen rekam medis dengan mengurutkan nomor rekam medis yang berada ditengah menjadi *primary digit*, digit terdepan disebut *secondary digit*, dan digit terakhir disebut *tertiary digit*.

Contoh:

*Tabel 3: Contoh penjajaran menggunakan sistem MDF*

Seksi 15	Seksi 20	Seksi 62
21-15-00	87-20-21	11-62-90
21-15-11	89-20-14	25-62-42
22-15-05	89-20-38	41-62-55

Keunggulan dari sistem penjajaran menggunakan *Middle Digit Filling* adalah

- 1) Dokumen rekam medis dapat ditransfer dengan blok terdiri dari 100 dokumen
- 2) Sistem penjajarannya sama dengan *Stright Numerical Filling*

Sedangkan kelemahan pada sistem penjajaran ini adalah

- 1) Sistem penjajarannya sulit dipahami
  - 2) Distribusi tidak merata
  - 3) Akan ada rak penyimpanan yang kosong karena dokumen rekam medis lama dipindahkan ke penyimpanan inaktif
  - 4) Tidak efektif bila digunakan pada penomoran dokumen rekam medis yang memiliki nomor lebih dari 6 digit
- c. *Terminal Digit Filling* (TDF)

*Terminal Digit Filling* atau yang disebut dengan sistem angka akhir adalah sistem penjajaran dokumen rekam medis sesuai dengan 2 digit nomor terakhir disebut sebagai *primary*, 2 digit tengah disebut *secondary*, dan 2 digit awal disebut *tertiary*.

Contoh:

*Tabel 4: Contoh penjajaran menggunakan sistem TDF*

Seksi 34	Seksi 67	Seksi 88
12-45-34	02-16-67	48-35-88
86-45-34	36-16-67	61-35-88
88-45-34	12-24-67	78-35-88

Sistem penjajaran ini dapat digunakan pada penomoran seri, unit, maupun serial-unit. Keunggulan dari sistem penjajaran *Terminal Digit Filling* adalah

- 1) Dokumen rekam medis akan tersebar pada 100 seksi
- 2) Rekam medis baru akan menambah jajaran pada digit *primary* yang sama
- 3) Petugas dibagi berdasarkan seksi yang menjadi tanggung jawabnya
- 4) Meminimalisir kesalahan saat melakukan penjajaran

Sedangkan kelemahan pada sistem penjajaran ini adalah

- 1) Sistem penjajaran *Terminal Digit Filling* lebih sulit dipahami

## 5. Sistem Penomoran

Sistem penomoran pada pelayanan rekam medis adalah cara pemberian nomor pada dokumen rekam medis pasien untuk bagian identitas pasien. Tujuan pemberian sistem penomoran adalah

- a. Sebagai identitas pasien karena nomor rekam medis pasien menunjukkan pemilik dokumen rekam medis
- b. Petunjuk atau pedoman dalam penyimpanan dokumen rekam medis pasien

- c. Pencarian dokumen rekam medis pasien pada arak penyimpanan lebih mudah

Penomoran dokumen rekam medis pasien pada setiap fasyankes berbeda, sesuai dengan SOP penomoran dokumen rekam medis yang berlaku pada setiap fasyankes. Terdapat tiga sistem penomoran dokumen rekam medis pasien yaitu:

- a. *Serial Numbering System*

*Serial numbering system* adalah sistem pemberian nomor rekam medis pasien dimana pasien baru maupun pasien lama mendapatkan nomor rekam medis tiap berkunjung ke fasyankes. Keuntungan pemberian nomor menggunakan *Serial Numbering System* adalah memudahkan petugas karena tidak perlu mencari dokumen rekam medis pada rak penyimpanan dan pasien lama mendapatkan pelayanan lebih cepat. Sedangkan kekurangan dari *Serial Numbering System* adalah data pasien yang telah tercatat tidak dapat dibaca kembali ketika pasien berobat ulang, sehingga terjadi ketidaksinambungan informasi pada dokumen rekam medis pasien. Selain itu, kekurangan dari *serial numbering system* adalah cepat terpenuhinya rak penyimpanan dokumen rekam medis karena seorang pasien dapat memiliki dokumen rekam medis lebih dari satu.

- b. *Unit Numbering System*

*Unit Numbering System* adalah sistem pemberian nomor rekam medis dimana pasien hanya mendapatkan satu nomor rekam medis saat pertama kali berkunjung ke fasyankes. Nomor rekam medis tersebut digunakan baik untuk pelayanan rawat jalan, rawat inap, maupun gawat darurat. Keuntungan pemberian nomor menggunakan *Unit Numbering System* adalah data pasien tersimpan pada satu map, data pasien yang telah tercatat dapat dibaca kembali sehingga terdapat kesinambungan pada informasi yang ada dalam dokumen rekam medis. Untuk kerugian penggunaan *Unit Numbering System* adalah dokumen rekam medis menjadi lebih tebal, dibutuhkan tambahan

tempat penyimpanan dikarenakan dokumen rekam medis semakin tebal.

c. *Serial Unit Numbering System*

*Serial Unit Numbering System* adalah sistem pemberian nomor pada dokumen rekam medis dengan menggabung sistem *serial numbering* dengan *unit numbering*. Pasien mendapat nomor rekam medis baru setiap berkunjung ke fasyankes, tetapi rekam medis lama tetap disimpan. Kemudian nomor rekam medis baru dijadikan satu map dengan rekam medis lama dan nomor rekam medis baru diletakkan paling atas. Kelebihan dari sistem penomoran menggunakan *Serial Unit Numbering System* adalah lebih memudahkan petugas dalam melakukan retensi karena nomor rekam medis yang paling rendah adalah dokumen rekam medis lama. Sedangkan kekurangan dari sistem penomoran menggunakan *Serial Unit Numbering System* adalah petugas merasa kesusahan setelah pelayanan pasien selesai, informasi pada dokumen rekam medis tidak berkesinambungan.

## 6. Sarana dan Prasarana Penyimpanan

Dalam proses penyimpanan dokumen rekam medis dibutuhkan sarana dan prasarana yang menunjang agar pemeliharaan dokumen rekam medis berjalan dengan baik. Sarana dan prasarana yang dibutuhkan antara lain adalah:

a. Ruang Penyimpanan Dokumen Rekam Medis

Untuk menghindari kerusakan dokumen rekam medis dari bahaya kerusakan fisik, kimiawi, maupun biologi harus dilakukan perawatan atau pemeliharaan dokumen rekam medis. Agar terjaga keamanannya maka ruang penyimpanan haruslah memiliki alat penyimpanan yang baik, pengaturan cahaya dan suhu pada ruangan yang sesuai. Selain menjaga keamanan dokumen rekam medis dari bahaya kerusakan, hal tersebut juga menunjang keselamatan kerja pada petugas rekam medis serta meningkatkan produktivitas kerja.

Sebagai upaya memudahkan petugas *filling* dalam melakukan tugasnya, jarak antara rak satu dengan yang lainnya 90 cm, jika peletakannya saling berhadapan setidaknya tersedia 150 cm ruang kosong didepannya.

b. Rak Penyimpanan Dokumen Rekam Medis

Terdapat beberapa model rak penyimpanan dokumen rekam medis, diantaranya adalah

- *Electrically Roll O Pack*

*Electrically Roll O Pack* merupakan rak elektrik penyimpanan dokumen rekam medis dimana cara membukanya menggunakan kode sesuai nomor rekam medis yang sedang dicari

- *Mechanically Roll O Pack*

*Mechanically Roll O Pack* merupakan rak penyimpanan dokumen rekam medis yang membukanya dengan cara ditarik atau diputar sesuai dengan sub rekam medis pasien

- Rak Permanen

Rak permanen merupakan rak penyimpanan dokumen rekam medis yang umumnya terbuat dari kayu dan besi, sehingga tidak dapat dipindah-pindahkan

## 7. Penyusutan Dokumen Rekam Medis Inaktif

Rekam medis inaktif adalah dokumen rekam medis pasien yang sudah tidak aktif minimal 5 tahun terhitung sejak terakhir kali pasien berkunjung ke fasyankes. Pasal 8 permenkes 269 tahun 2008 menjelaskan bahwa rekam medis pasien rawat inap wajib disimpan minimal 5 tahun terhitung sejak terakhir kali pasien berobat, dan setelah 5 tahun dapat dimusnahkan kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis harus disimpan 10 tahun terhitung dari tanggal dibuatnya. Agar penyimpanan dokumen rekam medis sesuai dengan kapasitas tempat dan rak penyimpanan yang ada, dapat dilakukan penyusutan dokumen rekam medis.

Penyusutan merupakan pemilahan dokumen rekam medis inaktif pada rak penyimpanan aktif, kemudain memindahkannya pada rak inaktif, menilai, dan memusnahkan dokumen rekam medis yang tidak memiliki nilai guna. Tujuan penyusutan dokumen rekam medis antara lain supaya rak penyimpanan dokumen rekam medis tidak melebihi kapasitas, mengurangi jumlah dokumen rekam medis yang bertambah akibat banyaknya pasien baru yang berkunjung, menjaga mutu pelayanan dengan mempercepat waktu penyediaan dokumen rekam medis, menjaga dokumen rekam medis yang bernilai guna tinggi.

Terdapat tiga tahapan pelaksanaan penyusutan dokumen rekam medis yaitu memilah, menilai, dan memusnahkan dokumen rekam medis inaktif. Pemilahan dokumen rekam medis inaktif dilakukan oleh petugas rekam medis, pemilahan dilakukan terhadap dokumen rekam medis inaktif yang lebih dari 5 tahun, kemudian dokumen rekam medis inaktif dipindahkan dari penyimpanan aktif ke inaktif. Retensi dokumen rekam medis dilakukan berdasarkan jenis penyakit. Untuk KIUP, register, dan indek disimpan permanen. Berikut merupakan jadwal retensi dokumen rekam medis:

*Tabel 5: Jadwal retensi*

No	Kelompok	Aktif		Inaktif	
		Umum dan Khusus	Rajal	Ranap	Rajal
1	Umum	5 th	5 th	2 th	2 th
2	Mata	5 th	10 th	2 th	2 th
3	Jiwa	10 th	5 th	5 th	5 th
4	Orthopedi	10 th	10 th	2 th	2 th
5	Kusta	15 th	15 th	2 th	2 th
6	Ketergantungan obat	15 th	15 th	2 th	2 th
7	Jantung	10 th	10 th	2 th	2 th
8	Paru	5 th	10 th	2 th	2 th

Penilaian dokumen rekam medis dilakukan oleh tim penilai yang dibentuk oleh direktur rumah sakit. Tim penilai tersebut meliputi sub komite medis, petugas rekam medis senior, dan tenaga lain yang terkait. Dokumen rekam medis tersebut dinilai berdasarkan nilai guna penyimpanan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan komite medis dan kepentingan internal rumah sakit.

Pemusnahan dokumen rekam medis inaktif ialah proses penghancuran dokumen rekam medis inaktif yang nilai gunanya telah habis. Dokumen rekam medis dimusnahkan dengan dibakar, dicacah, atau didaur ulang sampai tidak dapat terbaca dan berubah bentuknya. Sebelum dilakukan pemusnahan dibentuk tim pemusnahan sesuai SK direktur, minimal 5 orang meliputi kearsipan, unit rekam medis, komite rekam medis, dan instalasi pelayanan. Dokumen rekam medis yang dimusnahkan dicatat pada daftar keterangan dan dilaporkan ke direktur rumah sakit. memilah formulir penting pada dokumen rekam medis inaktif yang dimusnahkan yaitu formulir ringkasan keluar masuk, resume medis, lembar operasi, *informed consent*, identifikasi bayi baru lahir, dan surat keterangan lahir/meninggal. Pemusnahan dapat dilaksanakan oleh pihak ketiga, akan tetapi tim pemusnahan rekam medis tetap menyaksikan. Berita acara pemusnahan dokumen rekam medis dikirim pada pemilik rumah sakit dan dirjen yanmed depkes RI.

Sebelum melakukan pemusnahan dokumen rekam medis beberapa rumah sakit melakukan alih medis yaitu *menscan* dokumen rekam medis kertas menjadi media *file* elektronik atau mengubah menjadi *microfilm*. Alih media dokumen merupakan proses mengubah data *hardcopy* menjadi *softcopy*. Alih media dokumen rekam medis inaktif adalah dilakukan karena tempat penyimpanan inaktif yang minin tidak sebanding dengan dokumen rekam medis yang semakin bertambah. Selain itu tujuan lain dilakukannya alih media dokumen rekam medis adalah sebagai upaya penghematan biaya untuk tempat penyimpanan dokumen, peningkatan

keamanan dokumen rekam medis, bahan pertimbangan akreditasi rumah sakit, dan pembiasaan digitalisasi dokumen rekam medis.

## 8. Perhitungan Rak Dokumen Rekam Medis

Untuk mengetahui berapa jumlah rak dokumen rekam medis yang dibutuhkan dapat menggunakan rumus J. Watson sebagai berikut:

- a. Menghitung rata-rata ketebalan dokumen rekam medis

Untuk mengetahui rata-rata ketebalan dokumen rekam medis dapat diketahui dengan membagi jumlah ketebalan dokumen rekam medis yang digunakan sampel dengan jumlah sampel dokumen rekam medis

$$= \frac{\text{Jumlah ketebalan sampel DRM (mm)}}{\text{Jumlah sampel DRM}}$$

- b. Menghitung banyaknya dokumen rekam medis dalam satu meter

Banyaknya dokumen rekam medis dalam satu meter didapat dengan membagi 1 meter dengan rata-rata tebal dokumen rekam medis

$$= \frac{1\text{m}}{\text{Rata – rata tebal DRM (m)}}$$

- c. Menghitung panjang jajaran rak dokumen rekam medis

Panjang jajaran rak dokumen rekam medis didapat dengan mengalikan jumlah dokumen rekam medis dengan lama tahun yang akan dihitung kemudian hasil kalinya dibagi dengan jumlah dokumen rekam medis per meter

$$= \frac{\text{Jumlah DRM x tahun}}{\text{Jumlah DRM per meter}}$$

- d. Menghitung rak dokumen rekam medis

Sebelum mengetahui jumlah kebutuhan rak dokumen rekam medis harus dihitung ukuran raknya terlebih dahulu dengan mengalikan panjang rak dengan shaft dan muka raknya

$$= \text{Panjang rak x shaft x muka}$$

- e. Menghitung jumlah rak dokumen rekam medis yang dibutuhkan

Kebutuhan rak dokumen rekam medis diketahui dengan

$$= \frac{\text{Panjang jajaran rak}}{\text{Panjang rak}}$$

## B. Kerangka Teori

Kerangka teori ialah gambaran hubungan dari variabel-variabel yang menjelaskan suatu fenomena (Masturoh & Anggita, 2018). Dalam penelitian ini untuk mengetahui jumlah kebutuhan rak dokumen rekam medis, maka kerangka teorinya sebagai berikut:

