

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

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

###### **1.1 Definisi Rekam Medis**

Berdasarkan Permenkes RI No. 269 (2008) tentang Rekam Medis dijelaskan bahwa pengertian rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis dibuat secara tertulis lengkap dan akurat baik secara elektronik maupun manual. Rekam medis harus dibuat setelah pasien menerima pelayanan. Rekam medis merupakan suatu dokumen yang memuat tentang identitas serta riwayat penyakit pasien dan segala pengobatan yang sudah diterima pasien di suatu pelayanan kesehatan.

###### **1.2 Tujuan Rekam Medis**

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa adanya suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, maka tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit seperti mana yang diinginkan. Pembuatan rekam medis di rumah sakit bertujuan untuk mendapatkan catatan atau dokumen yang akurat dari pasien mengenai kehidupan dan riwayat kesehatan, riwayat penyakit dahulu dan sekarang serta pengobatan yang telah diberikan sebagai upaya meningkatkan pelayanan kesehatan (Rustiyanto, dalam Tanjung, 2016:9).

###### **1.3 Kegunaan Rekam Medis**

Menurut Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik (2006)

beberapa kegunaan rekam medis secara umum adalah sebagai berikut:

1. Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga ahli lainnya yang ikut proses pemberian pelayanan, pengobatan, dan perawatan kepada pasien
2. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada pasien
3. Sebagai bukti atas segala tindakan pelayanan, pengobatan, dan perkembangan penyakit selama pasien dirawat di rumah sakit atau puskesmas
4. Sebagai bahan yang berguna untuk analisis, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien
5. Melindungi kepentingan hukum pasien, rumah sakit, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya
6. Menyediakan data-data khusus yang berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan
7. Sebagai dasar dalam penghitungan biaya pelayanan medis yang telah diterima pasien
8. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggungjawaban, dan laporan.

#### 1.4 Manfaat Rekam Medis

Manfaat rekam medis berdasarkan Permenkes RI No. 269 (2008) tentang Rekam Medis adalah sebagai berikut:

##### 1. Pengobatan pasien

Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan, dan tindakan yang akan diberikan kepada pasien.

##### 2. Peningkatan kualitas pelayanan

Membuat rekam medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan serta pencapaian kualitas kesehatan masyarakat yang optimal.

### 3. Pendidikan dan Penelitian

Rekam medis merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang kesehatan.

### 4. Pembiayaan

Berkas rekam medis dapat dijadikan petunjuk dalam menetapkan biaya dalam pelayanan kesehatan. Catatan rekam medis juga bisa menjadi bukti biaya kepada pasien.

### 5. Statistik Kesehatan

Rekam medis dapat digunakan untuk mempelajari perkembangan kesehatan dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit-penyakit tertentu.

### 6. Pembuktian masalah hukum

Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum.

## 1.5 Isi Rekam Medis

Secara umum isi rekam medis dibagi menjadi 2, yaitu data administratif dan data klinis. Keseluruhan isi masih dipengaruhi oleh bentuk pelayanan kesehatan yang terdiri dari *Ambulatory Care, Hospital Acute Care, Long Term Care* (Triyanti & Weningsih, 2018:46).

Data administrasi meliputi data demografi, keuangan (*financial*), dan informasi lain yang berhubungan dengan pasien, misalnya tentang pernyataan pasien untuk menerima atau menolak suatu rencana medis, pernyataan pasien tentang pemberian hak kuasa (otorisasi), dan juga pernyataan tentang kerahasiaan (konfidensialitas) informasi medis pasien. Lembar data administratif ini biasanya ditempatkan sebagai lembar awal

dalam berkas rekam medis pasien. Data administratif tercatat dan terbagi dalam lembar-lembar formulir rekam medis, yaitu lembaran pengesahan untuk melepaskan informasi, lembar sertifikat kelahiran atau kematian, lembar korespondensi yang berkaitan dengan permintaan informasi dari rekam medis, lembar tanda identitas pasien (nomor rekam medis, tanda biometrik, dan sebagainya), dan lembar jalur klinis (*clinical pathway*) (Triyanti & Weningsih, 2018:46-52).

Data klinis dapat diartikan sebagai data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan, pengobatan, perawatan, dan tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan penunjang medis terhadap pasien. Dari runtutan "cerita" dalam lembar-lembar yang berisi data klinis inilah dapat diambil informasi untuk berbagai kebutuhan, terutama yang berkaitan langsung dengan pelayanan terhadap pasien. Data klinis tercatat dan terbagi dalam lembar-lembar formulir rekam medis, yaitu formulir anamnesis dan formulir pemeriksaan fisik (Triyanti & Weningsih, 201:53-57).

## 1.6 Aspek Hukum Rekam Medis

### 1.6.1 Kepemilikan Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes RI No. 269 (2008) Pasal 12 dijelaskan bahwa berkas rekam medis milik sarana pelayanan kesehatan, sedangkan isinya merupakan milik pasien. Isi rekam medis yang dimaksud berupa ringkasan rekam medis yang dapat diberikan, dicatat, atau disalin oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak.

Selain itu, pada Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Pasal 57 juga dijelaskan bahwa setiap orang berhak atas rahasia kondisi kesehatannya yang telah dikemukakan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan. Begitu pula pada Pasal 56 dijelaskan bahwa setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan

pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai suatu tindakan secara lengkap.

#### 1.6.2 Kerahasiaan Rekam medis

Berdasarkan Permenkes RI No. 269 (2008) pada Pasal 12 dijelaskan bahwa berkas rekam medis milik sarana pelayanan kesehatan, sedangkan isinya merupakan milik pasien. Isi rekam medis yang dimaksud berupa ringkasan rekam medis yang dapat diberikan, dicatat, atau disalin oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak.

Selain itu, pada Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Pasal 57 juga dijelaskan bahwa setiap orang berhak atas rahasia kondisi kesehatannya yang telah dikemukakan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan. Begitu pula pada Pasal 56 dijelaskan bahwa setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai suatu tindakan secara lengkap.

## **2. Retensi Berkas Rekam Medis**

### 2.1 Pengertian Retensi

Retensi adalah kegiatan memisahkan atau memindahkan antara dokumen rekam medis aktif dan dokumen rekam medis inaktif di ruang penyimpanan. Selain itu, retensi merupakan kegiatan pengurangan berkas rekam medis dari rak penyimpanan dengan cara memilah nilai guna dari tiap-tiap formulir (Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, 2006:98).

Waktu penyimpanan dokumen rekam medis aktif telah diatur dalam Permenkes RI No. 269 (2008) dalam bab IV pasal 8 yang berbunyi:

- a. Rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya dalam jangka waktu 5 (lima) tahun, terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan
- b. Setelah batas waktu 5 (lima) tahun sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik.
- c. Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2) hanya disimpan untuk jangka waktu 10 (sepuluh) tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.
- d. Penyimpanan rekam medis dan ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (3) dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

## 2.2 Tujuan Retensi

1. Mengurangi jumlah berkas rekam medis yang semakin bertambah
2. Menjaga kerapihan penyusunan dokumen rekam medis aktif
3. Menyiapkan fasilitas yang cukup untuk tersedianya tempat penyimpanan berkas rekam medis yang baru
4. Memudahkan dalam pengambilan kembali (retrieval) dokumen rekam medis aktif
5. Menyelamatkan rekam medis yang bernilai guna tinggi
6. Menjaga informasi medis yang masih aktif, yang mengandung nilai guna
7. Mengurangi beban kerja petugas dalam penanganan berkas rekam medis aktif dan inaktif

## 2.3 Dasar Hukum Penyelenggaraan Retensi

1. Undang-Undang No.29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (paragraph 3 pasal 46-47).
2. PERMENKES No.269/MenKes/Per/III/20008: tentang rekam medis. (pasal 8-9).

3. SK Dirjen Yan Medik No.78 YanMed/RS Umdik/YMU/1/91 tentang penyelenggaraan rekam medis di Rumah Sakit (Bab III D-E).
4. Surat Edaran Dirjen Yanmed No.HK.00.05.1.5.01160 tahun 1995: Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis dasar dan Pemusnahan arsip Rekam Medis di Rumah Sakit.
5. Manual Rekam Medis (Konsil kedokteran Indonesia, bab V, item C,2006).

#### 2.4 Jadwal Retensi

Jadwal retensi rekam medis merupakan daftar yang berisikan daftar formulir rekam medis yang akan disimpan dan jangka waktu penyimpanannya sesuai dengan kegunaannya yang wajib dimiliki oleh setiap badan pemerintah sesuai dengan pedoman dalam penyusutan berkas rekam medis.

Tujuan diadakannya jadwal retensi yaitu:

- a. Menyisihkan berkas rekam medis dengan tepat bagi berkas rekam medis yang tidak memiliki jangka waktu simpan yang lama
- b. Penyimpanan sementara berkas rekam medis yang tidak diperlukan lagi bagi kepentingan administrasi
- c. Pemeliharaan berkas rekam medis yang memiliki nilai guna.

Jadwal retensi arsip (JRA) berdasarkan Surat Edaran Dirjen Yanmed No.HK.00.06.1.501160 Tahun 1995 yaitu:

- a. Umum

Tabel 2. 1 Jadwal Retensi

NO	KELOMPOK	RM AKTIF		RM IN-AKTIF	
		RJ	RI	RJ	RI
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

- b. Anak, diretensi menurut kebutuhan tertentu
- c. Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) + Register + Indeks disimpan permanen
- d. Pihak rumah sakit harus membuat ketentuan tersendiri bila retensinya lebih lama dari ketentuan yang ada, antara lain untuk:
  1. Dokumen rekam medis berdasarkan penggolongan penyakit
  2. Riset dan edukasi
  3. Kasus-kasus terlibat hukum 23 tahun setelah ada ketetapan hukum
  4. Penyakit ketergantungan obat, orthopedic, kusta, jiwa
  5. Mata
  6. Perkosaan
  7. HIV
  8. Penyesuaian kelamin
  9. Pasien dengan orang asing
  10. Kasus adopsi
  11. Bayi tabung
  12. Cangkok organ
  13. Plastik rekonstruksi

## 2.5 Tata Cara Retensi

- a. Membuat jadwal retensi
- b. Mencari data berkas rekam medis yang sudah melebihi masa aktif lima tahun dari buku register
- c. Merekap data berkas rekam medis atau nomor rekam medis tersebut untuk mencari di rak penyimpanan aktif
- d. Mengelompokkan berkas rekam medis berdasarkan penggolongan atau tahun kunjungan
- e. Memindahkan arsip rekam medis inaktif dari rak aktif ke inaktif

- f. Melaksanakan mikrofilmisasi atau penyekenan berkas rekam medis inaktif sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- g. Memusnahkan berkas rekam medis yang telah di mikrofilmisasi atau di *scanner* dengan cara yang telah ditentukan

### **3. Tata Cara Penyusutan Rekam Medis Inaktif**

- a. Pemindehan berkas rekam medis aktif menjadi inaktif
  - 1) Dilihat hari tanggal kunjungan terakhir
  - 2) Setelah lima tahun dari kunjungan terakhir tersebut berkas dipisahkan di ruang lain atau terpisah dari berkas rekam medis aktif
  - 3) Berkas rekam medis dikelompokkan sesuai dengan tahun terakhir kunjungan
- b. Penilaian nilai guna berkas rekam medis
  - 1) Berkas rekam medis yang dinilai adalah berkas rekam medis yang telah dua tahun inaktif
  - 2) Indikator yang digunakan untuk menilai berkas rekam medis inaktif
    - a. Seringnya berkas rekam medis digunakan untuk pendidikan dan penelitian
    - b. Nilai guna:
      - 1. Primer : administrasi, hukum, keuangan, iptek
      - 2. Sekunder : pembuktian dan sejarah
  - 3) Lembar rekam medis yang dipilah
    - Formulir rekam medis yang dilestarikan diantaranya:
      - a. Ringkasan masuk dan keluar
      - b. Resume medis
      - c. Lembar operasi
      - d. Identifikasi bayi
      - e. Lembar persetujuan
      - f. Lembar kematian
  - 4) Berkas rekam medis tertentu disimpan di ruang berkas rekam medis inaktif
  - 5) Lembar rekam medis sisa dan berkas rekam medis rusak tidak terbaca

disiapkan untuk dimusnahkan

- 6) Tim penilai dibentuk dengan SK Direktur beranggotakan Komite Rekam Medis/Komite Medis, petugas rekam medis senior, perawat senior dan tenaga lain yang terkait.

c. Pemusnahan berkas rekam medis

Pemusnahan adalah suatu proses kegiatan penghancuran fisik arsip rekam medis yang telah berakhir fungsi dan nilai gunanya. Penghancuran harus dilakukan secara total dengan cara membakar habis, mencacah atau mendaur ulang sehingga tidak dapat dikenali lagi isi maupun bentuknya. Sebagai media penyimpanan dapat menggunakan scanner dan mikrofilm sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Proses kegiatan penghancuran termasuk kegiatan penilaian dan pemilihan berkas rekam medis yang akan dimusnahkan (Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, 2006:100).

Pemusnahan dilakukan setelah retensi, kegiatan pemusnahan merupakan upaya yang dilakukan oleh pihak rumah sakit untuk mengurangi penumpukan berkas rekam medis di ruang penyimpanan.

Beberapa dasar hukum yang mengatur pemusnahan berkas rekam medis inaktif yaitu:

- 1) UU No.7 Tahun 1971 tentang Ketentuan Pokok-Pokok Kearsipan
- 2) UU RI No.43 Tahun 2009 tentang Kearsipan
- 3) PP RI No.34 Tahun 1979 tentang Penyusutan Arsip
- 4) Permenkes 269/MenKes/Per/III/2008 bab IV
- 5) SK Dirjen Pelayanan Medik no.78/Yanmed/RS/Umdik/YMU/I/91 tentang Penyelenggaraan Rekam Medis di Rumah Sakit

Berdasarkan Surat Edaran Dirjen Yanmed (1995) tentang Tata Cara Pemusnahan yaitu:

- 1) Pembentukan Tim Pemusnah dari unit Rekam Medis dan Tata Usaha sesuai dengan SK Direktur Rumah Sakit
- 2) Membuat tim pembuat daftar pertelaan arsip bagi rekam medis inaktif yang telah dinilai

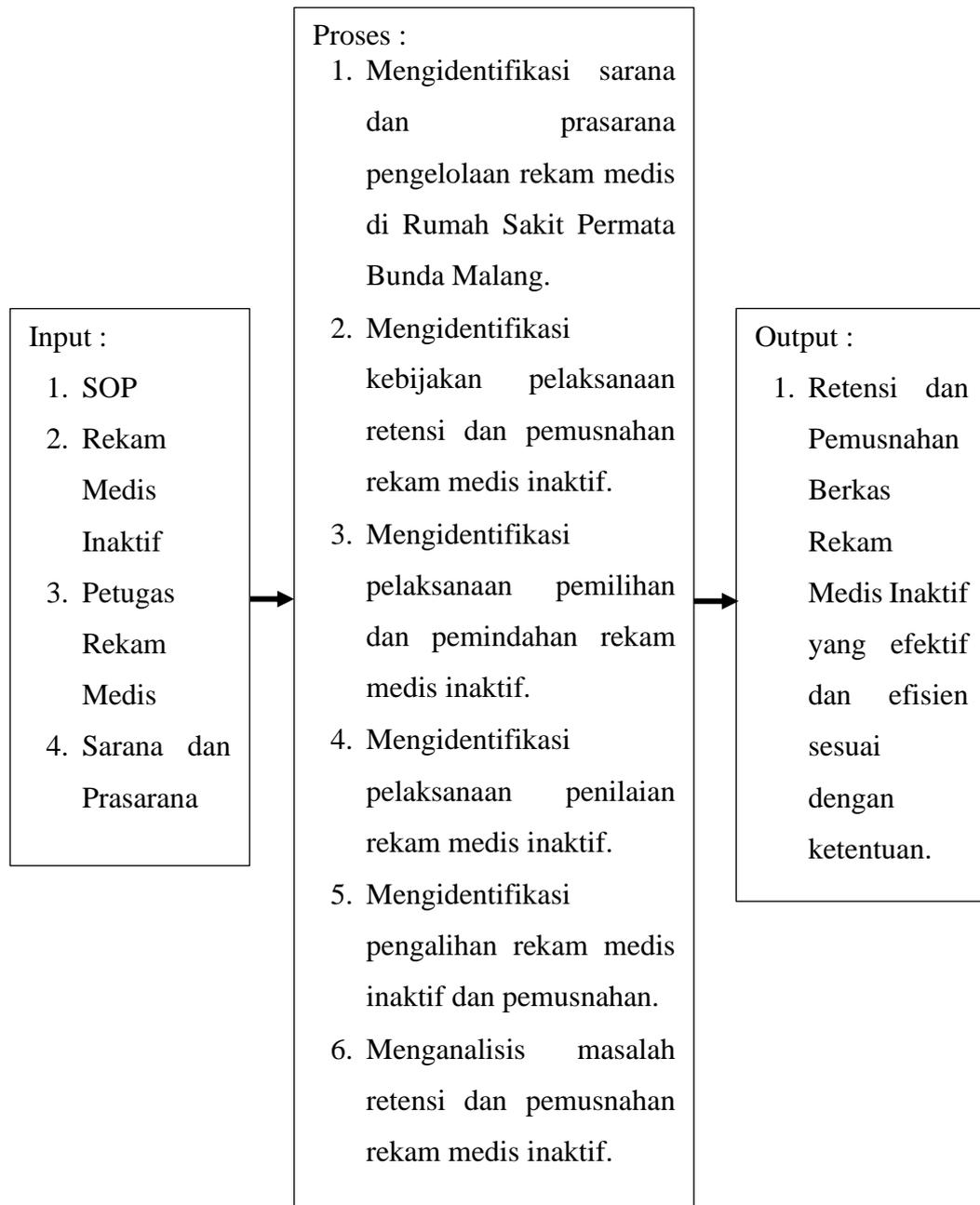
Tabel 2. 2 Daftar Pertelaan Arsip Rekam Medis Inaktif

No.	Nomor RM	Tahun	Jangka Waktu Penyimpanan	Diagnosis Akhir
1	2	3	4	5

Sumber : Dirjen Pelayanan Medik No.HK.00.06.1.5.0.01160

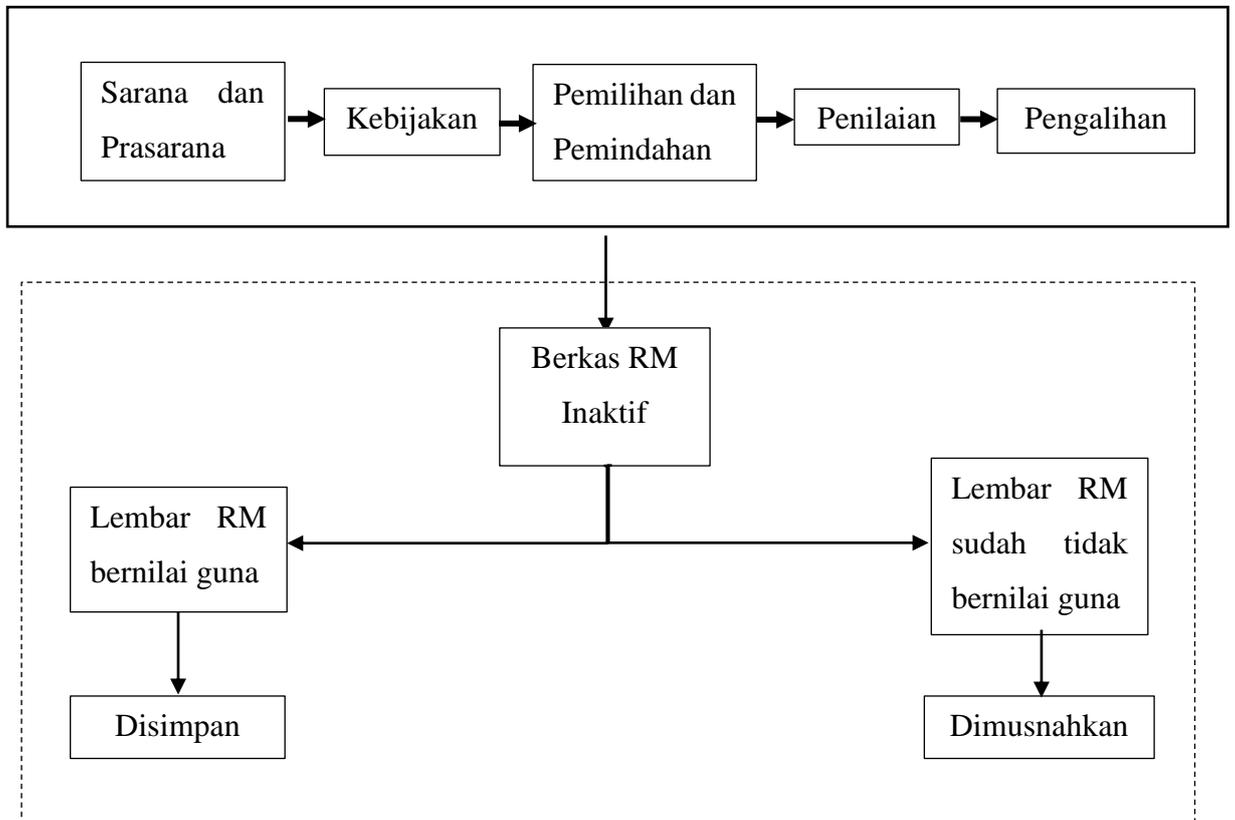
- 3) Pelaksanaan pemusnahan
  - a. Dibakar : - menggunakan *incenerator*  
- dibakar biasa
  - b. Dicacah, dibuat bubur oleh tim pihak ke-3
  - c. Disaksikan tim pemusnah
- 4) Tim pemusnah membuat berita acara pemusnahan rekam medis yang ditandatangani oleh Ketua dan Sekretaris serta diketahui oleh Direktur Rumah Sakit
- 5) Berita acara pemusnahan berkas rekam medis yang asli disimpan di rumah sakit dan yang lembar ke 2 dikirim kepada pemilik rumah sakit (Rumah Sakit Vertikal kepada Dirjen Pelayanan Medik).
- 6) Khusus untuk arsip rekam medis yang sudah rusak/tidak terbaca dapat langsung dimusnahkan dengan terlebih dahulu membuat pernyataan di atas kertas segel oleh Direktur Rumah Sakit.

## B. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori “Analisis Pelaksanaan Retensi dan Pemusnahan Berkas Rekam Medis Inaktif di Rumah Sakit Permata Bunda Malang”

### C. Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep “Analisis Pelaksanaan Retensi dan Pemusnahan Berkas Rekam Medis Inaktif di Rumah Sakit Permata Bunda Malang”

Keterangan :

- : diteliti
- : tidak diteliti

Berdasarkan kerangka konsep diatas dijelaskan bahwa peneliti melakukan analisis kualitatif dengan meneliti sarana dan prasarana pengelolaan rekam medis, kebijakan pelaksanaan, pemilihan dan pemindahan, penilaian, dan pengalihan. Serta peneliti juga menganalisis masalah yang terjadi.