

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Konsep Teori

1. Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS)

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Depkes RI, 2014).

Menurut Permenkes RI nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas, Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi – tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas merupakan unit pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota yang bertanggung jawab untuk menyelenggarakan pembangunan disatu atau sebagian wilayah kecamatan yang mempunyai fungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat dan pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama dalam rangka pencapaian keberhasilan fungsi puskesmas sebagai ujung pembangunan bidang kesehatan.

2. Kategori Puskesmas

Menurut Permenkes RI nomor 75 Tahun 2014, rangka pemenuhan Pelayanan Kesehatan yang didasarkan pada kebutuhan dan kondisi masyarakat, Puskesmas dapat dikategorikan berdasarkan karakteristik wilayah kerja dan kemampuan penyelenggaraan. Berdasarkan karakteristik wilayah puskesmas dikategorikan menjadi :

- a. Puskesmas kawasan perkotaan.
- b. Puskesmas kawasan pedesaan.
- c. Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil.

Sedangkan berdasarkan kemampuan penyelenggaraan puskesmas dikategorikan menjadi :

- a. Puskesmas non rawat inap

Puskesmas non rawat inap adalah puskesmas yang tidak menyelenggarakan pelayanan rawat inap, kecuali pertolongan persalinan normal.

- b. Puskesmas rawat inap

Puskesmas rawat inap adalah puskesmas yang diberi tambahan sumber daya manusia untuk menyelenggarakan pelayanan rawat inap sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

3. Tujuan puskesmas

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang :

- a. Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat.
- b. Mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu.
- c. Hidup dalam lingkungan sehat.
- d. Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, kelompok dan masyarakat.
- e. Mendukung terwujudnya kecamatan sehat.

4. Tugas dan Fungsi Puskesmas

Berdasarkan Permenkes RI nomor 75 tahun 2014, Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan diwilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugasnya, puskesmas menyelenggarakan fungsi :

- a. Penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama diwilayah kerjanya.
- b. Penyelenggaraan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama diwilayah kerjanya.

Dalam menyelenggarakan fungsi Puskesmas berwenang untuk :

- a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan.
- b. Melaksanakan advoksi dan sosialisasi kebijakan kesehatan.

- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkatan perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain yang terkait.
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat.
- f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia puskesmas.
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan.
- h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan.
- i. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini respon penanggulangan penyakit.

5. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas, tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan, akan tetapi mempunyai pengertian sebagai suatu sistem penyelenggaraan rekam medis. Sedangkan kegiatan pencatatannya sendiri hanya menggambarkan salah satu kegiatan dari pada penyelenggaraan rekam medis adalah merupakan

proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien di rumah sakit, diteruskan kegiatan pencatatan data medis pasien selama pasien itu mendapatkan pelayanan medis di rumah sakit, dan dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medis yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan untuk melayani permintaan peminjaman apabila dari pasien atau untuk keperluan lainnya (Depkes RI, 2007).

Menurut Permenkes RI No.269/MENKES/PER/2008 tentang penyimpanan berkas rekam medis pada sarana pelayanan kesehatan non rumah sakit wajib disimpan sekurang – kurangnya untuk jangka waktu 2 (dua) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat.

6. Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis merupakan menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan data rekam medis yang baik dan benar, tidak mungkin tertib administrasi rumah sakit akan berhasil sebagaimana mestinya yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tujuan rekam medis secara rinci akan terlihat dan analog sebab kegunaan rekam medis itu sendiri (Depkes RI, 2008).

7. Kegunaan Rekam Medis

Rekam medis mempunyai kegunaan yang sangat luas, karena tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi pelayanan saja. Menurut Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/tahun 2008 rekam medis dapat digunakan sebagai :

- a. Sebagai medis komunikasi antara dokter dan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian didalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.
- b. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
- c. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit, dan pengobatan selama pasien berkunjung dirumah sakit atau puskesmas.
- d. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
- e. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, puskesmas maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
- f. Sumber informasi dari pasien yang berobat ke puskesmas untuk keperluan pengobatan dan pemeliharaan kesehatan pasien.

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari berbagai aspek antara lain (Depkes RI, 2006) :

a. *Administrative* (Aspek Administrasi)

Berkas rekam medis memiliki nilai administrasi karena isinya mengenai tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga paramedis dan medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b. *Service* (Aspek Medis)

Berkas rekam medis memiliki nilai medik karena catatan rekam medis digunakan sebagai dasar dalam merencanakan pengobatan dan perawatan yang harus diberikan kepada pasien.

c. *Legal* (Aspek Hukum)

Berkas rekam medis memiliki nilai hukum karena isinya mengenai masalah jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan hukum dan penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

d. *Financial* (Aspek Keuangan)

Berkas rekam medis memiliki nilai uang karena isinya mengandung informasi atau data yang bisa digunakan sebagai aspek keuangan.

e. *Research* (Aspek Penelitian)

Berkas rekam medis memiliki nilai penelitian karena isinya mengenai informasi atau data yang bisa digunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan.

f. *Education* (Aspek pendidikan)

Berkas rekam medis memiliki nilai pendidikan karena isinya mengandung informasi atau data mengenai perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien.

g. *Documentation* (Aspek Dokumentasi)

Berkas rekam medis memiliki nilai dokumentasi karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus di dokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

8. Kegiatan Rekam Medis

Kegiatan rekam medis meliputi penerimaan pasien, pencatatan, penyimpanan dan pengembalian kembali (Depkes RI, 2007) :

a. Penerimaan pasien pendaftaran

Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ) merupakan pintu masuk pertama dalam penerimaan dan pendaftaran pasien rawat jalan, setiap pasien yang akan berobat dirumah sakit harus terlebih dahulu mendaftar di tempat pendaftaran pasien rawat jalan. Kegiatan rekam medis yang berkaitan dengan penerimaan pasien pendaftaran sebagai berikut :

- 1) Melaksanakan proses penyelenggaraan pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat.

- 2) Melakukan wawancara untuk mengisi identitas pribadi data sosial pasien rawat jalan.
- 3) Menyiapkan rekam medis rawat jalan serta meminta rekam medis rawat jalan kepetugas rekam medis bagian penyimpanan.
- 4) Mengisi buku register pendaftaran pasien rawat jalan.
- 5) Membuat kartu index utama pasien (KIUP) rawat jalan.

Sedangkan untuk penerimaan pasien lama sebagai berikut :

- 1) Pasien lama dibedakan antara pasien datang dengan perjanjian dan pasien datang tanpa perjanjian. Baik pasien dengan perjanjian atau tanpa perjanjian mendapat pelayanan di tempat pelayanan pasien (TPP).
- 2) Pasien dengan perjanjian akan langsung menuju poliklinik tujuan karena berkas rekam medisnya sudah disiapkan oleh petugas.
- 3) Pasien tanpa perjanjian harus menunggu karena berkas rekam medis akan diminta oleh petugas tempat pendaftaran pasien kebagian rekam medis.
- 4) Setelah berkas rekam medis dikirim ke poliklinik pasien akan mendapat pelayanan (Depkes RI, 2007).

b. Pencatatan

Pencatatan adalah pendokumentasian segala informasi medis pasien ke dalam rekam medis yang akan menjadi bahan

informasi. Catatan berdasarkan sumber datanya dibedakan menjadi catatan sosial dan catatan medis. Catatan sosial diperoleh saat penerimaan pasien ditempat pendaftaran pasien yang meliputi nama, alamat, umur, agama, dan pekerjaan. Sedangkan data medis diperoleh pasien setelah mendapatkan pelayanan dari dokter, perawat atau petugas lainnya seperti petugas laboratorium dan radiologi (Depkes RI, 2007).

Prinsip utama yang harus ditaati oleh petugas pencatatan adalah nama pasien harus lengkap, minimal terdiri dua suku kata. Dengan demikian nama pasien yang akan tercantum dalam rekam medis akan menjadi satu diantara kemungkinan ini :

- 1) Nama pasien sendiri, apabila nama sudah terdiri dari satu kata atau lebih.
- 2) Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama suami, apabila pasien seorang pasien bersuami.
- 3) Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama orang tua (biasanya adalah nama ayah).
- 4) Bagian pasien yang mempunyai nama keluarga / marga, maka nama keluarga atau marga didahulukan dan kemudian diikuti nama sendiri.

c. Pendistribusian

Menurut Dirjen Yanmed (2006), ada berbagai cara untuk mendistribusikan berkas rekam medis, pada sebagian rumah sakit

pendistribusian dilakukan dengan tangan (manual) dari satu tempat ketempat lainnya, oleh karena itu bagian rekam medis harus membuat suatu jadwal pengiriman dan pengembalian untuk berbagai macam bagian poliklinik / spesialis yang ada dirumah sakit. Frekuensi pengiriman dan pengembalian ini ditentukan jumlah pemakaian rekam medis. Petugas rekam medis tidak dapat mengirim satu – satu rekam medis secara rutin pada saat diminta mendadak. Untuk ini bagian-bagian lain yang mengambil sendiri kebagian rekam medis.

d. Penyimpanan

Penyimpanan berkas rekam medis meliputi dua macam yaitu:

1) Sentralisasi

Sentralisasi adalah penyimpanan rekam medis pasien dalam satu kesatuan baik catatan kunjungan poliklinik maupun catatan selama pasien dirawat inap.

2) Desentralisasi

Desentralisasi adalah penyimpanan dengan melakukan pemisahan antara rekam medis dipoliklinik dengan rekam medis dirawat inap. Berkas rekam medis pasien poliklinik disimpan di satu tempat penyimpanan. Secara teori sentralisasi lebih baik dari pada desentralisasi, tetapi pelaksanaannya sangat tergantung pada situasi dan kondisi masing – masing rumah sakit. Penyimpanan berkas rekam medis dapat

menggunakan sistem penomoran. Sistem penomoran yang sering dipakai adalah sistem nomor langsung (straight numerical), sistem angka akhir (terminal digit), dan sistem angka tengah (middle digit) (Depkes RI, 2007).

e. Pengembalian rekam medis

Peminjaman dan pengembalian kembali berkas rekam medis dijelaskan sebagai berikut :

- 1) Permintaan rutin dari poliklinik atau dokter yang melakukan riset, harus diajukan kebagian rekam medis, setiap hari pada jam yang telah ditentukan.
- 2) Poliklinik yang meminta berkas rekam medis harus mengisi kartu permintaan.
- 3) Petugas harus menulis dengan benar dan jelas nama pasien dan nomor kartu rekam medisnya.
- 4) Permintaan atau peminjaman rekam medis yang tidak rutin, seperti untuk pertolongan gawat darurat, harus dipenuhi sesegera mungkin.
- 5) Permintaan lewat telepon juga dilayani dan petugas bagian rekam medis harus mengisi kartu permintaan. Petugas dari bagian lain yang meminta harus datang sendiri untuk mengambil berkas rekam medis dan diminta harus mengisi kartu permintaan. (Depkes RI, 2007).

9. Nilai Guna Rekam Medis

Beberapa nilai guna rekam medis dibawah ini yaitu sebagai berikut (Ery Rustiyanto, 2010) :

a. Bagi pasien

- 1) Menyediakan bukti asuhan keperawatan atau tindakan medis yang diterima oleh pasien.
- 2) Menyediakan data bagi pasien datang untuk kedua kali dan seterusnya.
- 3) Menyediakan data yang dapat melindungi kepentingan hukum pasien dalam kasus – kasus kompensasi pekerja kecelakaan pribadi atau mal praktek.

b. Bagi Fasilitas Layanan Kesehatan

- 1) Memiliki data yang dipakai untuk pekerja profesional kesehatan.
- 2) Sebagai bukti atas biaya pembayaran pelayanan medis pasien.
- 3) Mengevaluasi penggunaan sumber daya.

c. Bagi Pemberi Pelayanan

- 1) Menyediakan informasi untuk membantu seluruh tenaga profesional dalam merawat pasien.
- 2) Membantu dokter dalam menyediakan data perawatan yang bersifat berkesinambungan pada berbagai tingkatan pelayanan kesehatan.
- 3) Menyediakan data – data untuk penelitian dan pendidikan.

10. Fungsi Rekam Medis

Fungsi rekam medis adalah untuk menyimpan data dan informasi pelayanan pasien. Agar fungsi itu tercapai, beragam metode dikembangkan secara efektif seperti dengan melaksanakan atau mengembangkan sejumlah sistem kebijakan, dan proses pengumpulan, termasuk dengan penyimpanan secara mudah diakses disertai keamanan yang baik (Hatta, 2010).

11. Ruang Filling

Menurut Savitri Citra Budi (2011) berkas rekam medis berisi individual yang bersifat rahasia, maka setiap lembar formulir berkas rekam medis harus dilindungi dengan cara dimasukkan ke dalam folder atau map sehingga setiap folder berisi data dan informasi hasil pelayanan yang diperoleh pasien secara individu (bukan kelompok atau keluarga). Untuk perlakuan penyimpanan berkas rekam medis berbeda dengan penyimpanan folder atau map perkantoran. Tujuan penyimpanan dokumen rekam medis adalah untuk mempermudah dan mempercepat ditemukan kembali berkas rekam medis yang disimpan dalam rak filling mudah mengambil dari tempat penyimpanan, mudah pengembaliannya, melindungi berkas rekam medis dari bahaya pencurian, bahaya kerusakan fisik, kimiawi, dan biologi.

12. Sistem Penomoran Rekam Medis

Sistem penomoran dalam pelayanan rekam medis yaitu tata cara penulisan nomor yang diberikan kepada pasien yang datang berobat sebagai bagian dari identitas pasien yang bersangkutan. Ada 3 sistem pemberian nomor pasien datang ke unit pelayanan kesehatan, yaitu (Depkes RI, 2006) :

a. Penomoran Cara Seri (Serial Numbering System)

Dengan sistem ini setiap pasien mendapat nomor baru setiap kunjungannya. Jika pasien berkunjung lima kali, mendapat lima nomor yang berbeda. Semua nomor yang diberikan kepada pasien tersebut harus dicatat pada Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) pasien yang bersangkutan. Rekam medis disimpan diberbagai tempat sesuai nomor yang telah diperoleh.

b. Penomoran Cara Unit (Unit Numbering System)

Sistem ini memberikan hanya satu unit rekam medis kepada pasien baik pasien tersebut berobat jalan atau rawat inap. Pada saat seorang pasien berkunjung pertama kali ke pelayanan kesehatan rumah sakit atau puskesmas, pasien berobat jalan atau rawat jalan pasien diberikan satu nomor rekam medis yang akan dipakai selamanya setiap kunjungan berikutnya, sehingga pasien tersebut hanya mempunyai satu rekam medis yang tersimpan di ruang filing satu nomor rekam medis.

c. Penomoran Cara Seri Unit (Serial Unit Numbering Sytem)

Sistem ini merupakan gabungan antara sistem seri dan sistem unit. Setiap pasien yang berkunjung kepalayan kesehatan rumah sakit atau puskesmas diberikan satu nomor baru tetapi rekam medis yang dulu digabungkan dan disimpan dibawah nomor yang paling baru sehingga tercipta satu unit rekam medis. Apa bila satu rekam medis lama diambil dan dipindahkan tempatnya ke nomor yang baru, di tempat yang lama diberikan tanda petunjuk yang menunjukkan kemana rekam medis tersebut dipindahkan. Tanda petunjuk tersebut diletakkan menggantikan tempat rekam medis yang lama.

13. Pelayanan Rawat Jalan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 12 Tahun 2013 Pasal 19 tentang pola tarif rumah sakit bahwa pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di ruang rawat inap.

Menurut indradi (2016) unit rawat jalan atau instalasi rawat jalan atau poliklinik adalah satu satu bagian pelayanan klinis yang melayani pasien untuk berobat jalan. Kegiatan utamanya adalah melayani pasien yang konsultasi atau berobat rawat jalan untuk ditentukan apakah perlu dirawat inap atau tidak, atau perlu dirujuk ketempat pelayanan kesehatan yang lainnya. Dari beberapa definisi

diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa unit rawat jalan atau instalasi rawat jalan atau pelayanan rawat jalan merupakan tempat pelayanan medis yang dimulai dari pendaftaran, pemeriksaan, pengobatan, pemeriksaan penunjang dan pemberian obat (bila perlu) dan pembayaran ke kasir yang melayani pasien untuk berobat jalan.

14. Perhitungan Kebutuhan Rak

Fasilitas atau sarana fisik yang perlu dibutuhkan didalam perhitungan kebutuhan rak rekam medis di rawat jalan berupa :

a. Ruang penyimpanan

Lokasi ruangan rekam medis harus dapat memberi pelayanan cepat kepada seluruh pasien, mudah dijangkau dari segala penjuru, dan mudah menunjang pelayanan administrasi. Alat penyimpanan yang baik, penerangan yang baik, pengaturan suhu ruangan, pemeliharaan ruangan, perhatian terhadap faktor keselamatan petugas, bagi suatu ruangan penyimpanan rekam medis sangat membantu memelihara dan mendorong kegairahan kerja dan produktifitas pegawai. Penerangan atau lampu yang baik menghindari kelelahan penglihatan petugas. Perlu diperhatikan pengaturan suhu ruangan, lembaban, pencegahan debu dan pencegahan bahaya kebakaran.

b. Alat Penyimpanan

Alat penyimpanan rekam medis mempunyai 2 bentuk, adapun dari kedua tersebut berupa :

1) Rak Terbuka (Open Self File Unit)

Keuntungan rak terbuka harga lebih mudah terjangkau dan petugas menjadi cepat dalam pengambilan berkas rekam medis serta menyimpan berkas rekam medis. Sedangkan kekurangan dari rak terbuka keamanan dari berkas rekam medis tidak terlindung dan kurang hemat dalam pemakaian ruangan.

2) Roll O'Pack (Makenis dan Elektronik)

Lemari Arsip dengan Penggerak Mekanik dan Index Sistem sehingga memudahkan dalam penyimpanan, pencarian dan penghematan ruangan, sangat efisien dan efektif jika dipakai perusahaan yang mempunyai dokumen yang jumlahnya sangat banyak.

a) Keuntungan dari roll o'pack adalah :

Sistem modern untuk penyimpanan arsip dan barang yang menghasilkan ekstra kapasitas ruang, ekonomis dan efisien.

Mengurangi beban kerja petugas dalam hal membuka/ menutup rak apabila mudah ditarik dan digeser.

Karena tempat penyimpanan dapat dicapai lebih singkat, sehingga menambah efisiensi kerja.

Dapat melindungi berkas rekam medis dari bahaya kimiawi dan fisik seperti anti rayap, anti kelembaban, anti api dan anti karat.

b) Kerugian dari roll o'pack adalah :

Membutuhkan biaya yang banyak untuk pengadaan roll o'pack.

Harus disesuaikan sumber daya petugas.

Membutuhkan perawatan khusus sehubungan dengan pengadaan dan perawatan rak roll o'pack.

15. Pengolahan Rekam Medis

Unit pengolahan rekam medis merupakan unit yang paling bertanggung jawab terhadap pengumpulan, pengolahan, dan pelaporan data yang dihasilkan tersebut menjadi informasi yang akurat. Unit pengolahan rekam medis pada tingkat Puskesmas pada dasarnya sama dengan rekam medis Rumah Sakit (Sarake, 2014). Tahapan pengolahan data tersebut adalah sebagai berikut :

a. Penerimaan pasien

Pada tahap ini pasien mendaftarkan diri sesuai dengan permasalahan kesehatan yang terjadi pada dirinya, selanjutnya akan didistribusikan sesuai dengan pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas (Sarake, 2014).

b. Pengolahan rekam medis pada *assembling*

Bagian assembling yaitu salah satu bagian di unit rekam medis yang mempunyai tugas pokok (1) memiliki kelengkapan data yang seharusnya tercatat di dalam formulir rekam medis sesuai dengan kasus penyakitnya, (2) meneliti kebenaran pencatatan data rekam medis sesuai dengan kasus penyakitnya, (3) mengendalikan berkas rekam medis yang dikembalikan ke unit pencatatan data karena isinya tidak lengkap, (4) membuat laporan dari rekam medis yang tidak lengkap, (5) mengendalikan penggunaan nomor rekam medis, (6) mendistribusikan dan mengendalikan penggunaan formulir rekam medis (Depkes RI, 2006).

c. Pengolahan rekam medis pada *coding* dan *indexing*

Bagian koding dan indeksing adalah salah satu bagian unit rekam medis yang mempunyai tugas pokok (1) mencatat dan meneliti kode penyakit dari diagnosis yang ditulis dokter, (2) mencatat hasil pelayanan ke dalam formulir indeks penyakit sesuai dengan ketentuan mencatat indeks, (3) menyimpan indeks tersebut sesuai dengan ketentuan menyimpan indeks, (4) membuat laporan penyakit berdasarkan indeks penyakit (Depkes RI, 2006).

d. Pengolahan rekam medis pada *filling*

Bagian filing adalah salah satu bagian dalam unit rekam medis yang mempunyai tugas pokok (1) menyimpan berkas

rekam medis dengan metode tertentu sesuai dengan kebijakan penyimpanan DRM, (2) mengambil kembali berkas rekam medis untuk berbagai keperluan, (3) meneliti rekam medis yang kembali sesuai dengan catatan rekam medis yang keluar, (4) menyusutkan berkas rekam medis sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan sarana pelayanan kesehatan, (5) memisahkan penyimpanan berkas rekam medis in-aktif dari berkas rekam medis aktif, (6) menyimpan berkas rekam medis yang dilestarikan dan (7) membantu dalam pelaksanaan pemusnahan formulir rekam medis (Depkes, 2006).

Peran dan fungsinya dalam pelayanan rekam medis yaitu (1) menyimpan berkas rekam medis, (2) penyedia berkas rekam medis untuk berbagai keperluan, (3) pelindung arsip-arsip berkas rekam medis terhadap kerahasiaan isi data rekam medis (4) pelindung arsip-arsip berkas rekam medis terhadap bahaya kerusakan fisik, kimiawi dan biologi. Untuk melindungi terhadap kerahasiaan isi, harus dibuat papan pengumuman bahwa selain petugas rekam medis dilarang masuk (Depkes, 2006).

16. Penyusutan Rekam Medis

Menurut Depkes RI tahun 2006, penyusutan arsip adalah suatu kegiatan pengurangan arsip dari rak penyimpanan dengan cara :

- a. Memindahkan berkas rekam medis inaktif dari rak aktif ke rak inaktif dengan cara memilah pada rak penyimpanan sesuai dengan tahun kunjungan.
- b. Memikrofilmisasi berkas rekam medis inaktif sesuai ketentuan yang berlaku.
- c. Memusnahkan berkas rekam medis yang telah dimikrofilmkan dengan cara tertentu sesuai ketentuan.
- d. Dengan melakukan scanner pada berkas rekam medis.

17. Tujuan Penyusutan Berkas Rekam Medis

- a. Mengurangi jumlah berkas rekam medis yang semakin bertambah banyak.
- b. Menyiapkan fasilitas yang cukup untuk tersedianya tempat penyimpanan berkas rekam medis yang baru.
- c. Menyelamatkan arsip yang bernilai guna tinggi serta mengurangi yang tidak bernilai guna / nilai gunanya rendah / nilai gunanya telah menurun.

18. Pemusnahan Rekam Medis

Menurut Depkes RI tahun 2006 pemusnahan adalah suatu proses kegiatan penghancuran secara fisik arsip rekam medis yang telah berakhir fungsi dan nilai gunanya. Penghancuran harus dilakukan secara total dengan cara membakar habis, mencacah atau daur ulang sehingga tidak dapat dikenali lagi isi maupun bentuknya. Proses kegiatan penghancuran termasuk kegiatan penilaian dan

pemilahan berkas rekam medis yang dimusnahkan. Dalam melakukan pemusnahan arsip rekam medis, harus disertai berita acara pemusnahan arsip rekam medis.

Pemusnahan terhadap arsip rekam medis diatur dalam Permenkes RI Nomor 269 yang menyebutkan bahwa rekam medis dirumah sakit wajib disimpan sekurang – kurangnya untuk jangka waktu lima tahun dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan. Setelah batas lima tahun dilampaui rekam medis dapat dimusnahkan. Berdasarkan Surat Edaran Dirjen Pelayanan Medik No. HK.00.06.1.5.01160 Tentang petunjuk teknis pengadaan formulir rekam medis dan pemusnahan arsip rekam medis di rumah sakit, tata cara pemusnahan berkas rekam medis inaktif adalah sebagai berikut :

- a. Pembuatan tim pemusnah dari unsur rekam medis dan tata usaha dengan SK direktur rumah sakit.
- b. Tim membuat daftar perlalatan pemusnahan arsip.
- c. Pelaksanaan pemusnahan dengan cara :
 - 1) Dibakar menggunakan incinerator atau dibakar biasa.
 - 2) Dicacah, dibuat bubur.
 - 3) Pihak ketiga disaksikan tim pemusnah.
- d. Tim pemusnah membuat berita acara pemusnahan yang ditandatangani oleh ketua dan sekretaris dan diketahui oleh direktur rumah sakit.

- e. Berita acara pemusnahan rekam medis yang asli disimpan dirumah sakit. Lembar kedua dikirim kepada pemilik rumah sakit.
- f. Khusus untuk rekam medis yang sudah rusak / tidak terbaca dapat langsung dimusnahkan dengan terlebih dahulu membuat pernyataan diatas kertas segel oleh direktur rumah sakit.

Surat Edaran Dirjen Pelayanan Medik No. HK.00.06.1.5.01160 memberikan contoh daftar perlalatan rekam medis sebagai berikut :

Tabel 2.1

No	Nomor RM	Tahun	Jangka waktu penyimpanan	Diagnosa akhir
1	2	3	4	5

Petunjuk pengisian daftar peralatan rekam medis inaktif yang akan dimusnahkan :

1. Nomor : nomor arsip rekam medis.
2. Nomor rekam medis : nomor arsip rekam medis yang akan disimpan
3. Tahun : tahun terakhir kunjungan/pelayanan pasien dirumah sakit.
4. Jangka waktu penyimpanan : menunjukkan jangka / tenggang waktu yang ditentukan oleh komite rekam medis untuk penyimpanan arsip rekam medis inaktif yang mempunyai nilai guna tertentu.

5. Diagnosa akhir : diagnosa penyakit pasien pada saat terakhir dilayani di unit pelayanan rumah sakit atau diagnosa yang paling dominan bagi pasien yang mempunyai lebih dari satu diagnosa.

19. Jadwal Retensi Arsip

Menurut Barthos (2007), jadwal retensi arsip adalah suatu daftar yang memuat kebijaksanaan seberapa jauh sekelompok arsip dapat disimpan atau dimusnahkan. Dengan demikian, jadwal retensi merupakan suatu daftar yang menunjukkan :

- a. Lamanya masing – masing arsip disimpan pada file aktif (satuan kerja), sebelum dipindahkan ke pusat penyimpanan arsip (file in aktif).
- b. Jangka waktu lamanya penyimpanan masing - masing sekelompok arsip sebelum dimusnahkan ataupun dipindahkan ke Arsip Nasional RI.

Jadwal retensi arsip mempunyai tujuan sebagai berikut :

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

Menurut surat edaran Dirjen Pelayanan Medik Nomor: HK.00.06.1.5.01160 Tertabggal 21 Maret 1995 tentang petunjuk teknis pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan

Arsip 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 2.2
Jadwal Retensi Arsip Dirjen Pelayanan Medik

No	Kelompok penyakit	Aktif		Pasif	
		RJ	RI	RJ	RI
1	Umum	5	5	2	2
2	Mata	5	10	2	2
3	Jiwa	10	5	2	2
4	Orthopedi	15	10	2	2
5	Kusta	15	15	2	2
6	Ketergantungan obat	10	15	2	2
7	Jantung	10	10	2	2
8	Paru – paru	5	10	2	2

a. Jadwal Retensi Arsip Khusus

- 1) Anak – anak diretensi menurut kebutuhan tertentu.
- 2) KIUP, Register, Indeks disimpan dan tidak di musnahkan
- 3) 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 :

- a) Riset dan Edukasi.
 - b) Khusus dokumen yang terlibat hukum (legal aspek) minimal 23 tahun setelah ada ketentuan hukum
 - c) Untuk kepentingan tertentu
 - d) Penyakit jiwa, ketergantungan obat, orthopedi, kusta, mata
 - e) Perkosaan
 - f) HIV
 - g) Penyesuaian Kelamin
 - h) Pasien orang asing
 - i) Kasus Adopsi
 - j) Bayi Tabung
 - k) Cangkok Organ
 - l) Plastik Rekonstruksi.
- 4) Retensi Berdasarkan Diagnosa

Masing-masing berdasarkan keputusan komite rekam medis

/ komite medis menetapkan jadwal retensi diagnosa tertentu.

20. Prosedur Retensi

- a. Pemilihan berkas rekam medis pasien inaktif berdasarkan tanggal kunjungan terakhir.
- b. Penjajaran / penyusutan berkas rekam medis pada rak inaktif.

- c. Berkas rekam medis yang inaktif disimpan berdasarkan straight numerical filing system (Sistem Nomor Langsung) (Depkes RI 2006).
- d. Pasien lama yang datang kembali namun berkas rekam medisnya sudah di inaktifkan, akan di ambil kembali.

B. Penelitian Terkait

Dalam penyusunan karya tulis ini peneliti mengambil bahan rujukan dan referensi sebelumnya yang berkaitan dengan judul karya ilmiah ini. berikut penelitian terdahulu yang berkaitan dengan judul penelitian ini :

1. Siti Permata Sari Lubis, (2018) Tinjauan Kebutuhan Rak Penyimpanan Berkas Rekam Medis Untuk 5 Tahun Kedepan di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan, kesimpulan :
 - a. Berdasarkan hasil perhitungan tersebut dapat diketahui bahwa jumlah rak yang tersedia di RSUD IPI Medan masih kekurangan rak untuk penyimpanan berkas rekam medis baik rawat inap maupun rawat jalan.
 - b. Jumlah rata-rata rekam medis baru pada tahun 2016 rawat inap sebanyak 54.000 dan rawat jalan 63.000 berkas rekam medis.
 - c. Ukuran rata-rata ketebalan dari berkas rekam medis untuk rawat inap panjang 32 cm, lebar 25 cm, dan ketebalan 0,5 cm untuk rawat jalan panjang 32 cm, lebar 25 cm dan ketebalan 1,5 cm.

2. Hikmawan, (2016) Tinjauan Kebutuhan Rak dan Ruang Penyimpanan Rekam Medis Dalam Sistem Terminal Digit Filing di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta, kesimpulan :
 - a. Kebutuhan rak untuk lima tahun yang akan datang yaitu 10 rak dengan menggunakan rak kayu/besi spesifikasi panjang 2,5 m, lebar 40 cm, tinggi 1,9 m dan roll o'pack dengan jumlah 10 rak untuk spesifikasi panjang 3 m dan lebar 40 cm.
 - b. Kebutuhan luas ruang untuk penyimpanan berkas rekam medis terdapat dua alternatif. Alternatif I dengan rak kayu luas ruang adalah 35,4 m² , alternatif II roll o'pack luas ruang adalah 15 m².
3. Ahmadi, (2011) Tinjauan Kebutuhan Rak Penyimpanan Rekam Medis Rawat Jalan Di RSUD Dr. H. MOCH. ANSARI SALEH Banjarmasin, kesimpulan :
 - a. Jumlah rata – rata pasien baru rawat jalan pada bulan Maret dengan jumlah sebanyak 48 pasien, sedangkan Jumlah rekam medis rawat jalan yang aktif di RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin dengan jumlah 56.400 RM.
 - b. Ukuran rekam medis rawat jalan di RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin dengan panjang 30 cm, lebar 25 cm, dan ketebalannya 0,5 cm.
 - c. luas ruang penyimpanan rekam medis rawat jalan di RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh Banjarmasin yaitu 44 m² , dengan jumlah rak penyimpan rekam medis rawat jalan sebanyak 13 rak. Sedangkan

untuk 5 tahun kedepan membutuhkan rak penyimpanan rekam medis rawat jalan sebanyak 35 rak dan luas yang di butuhkan 69 m².

4. Irfan Agus Nurridho (2009) Prediksi Kebutuhan Rak Penyimpanan Dokumen Rekam Medis Aktif Di Bagian Filling RSUD Kabupaten Sragen, kesimpulan :

- a. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sragen sudah ada kebijakan yang mengatur pemisahan penyimpanan antara dokumen aktif dan inaktif, akan tetapi belum dilaksanakan. Dan belum adanya kebijakan yang mengatur tentang sistem penyimpanan yaitu penyimpanan secara desentralisasi.
- b. Berdasarkan beban kerja dari tahun 2006 sampai tahun 2009 sebanyak 89207 dokumen rekam medis untuk rawat inap dan 118006 dokumen rekam medis untuk rawat jalan dengan jumlah rak yang ada untuk rawat inap yaitu 3 rak dan rawat jalan 5 rak , maka kebutuhan rak penyimpanan dokumen rekam medis aktif di bagian filling sebanyak 4 rak penyimpanan rawat inap dengan panjang pengarsipan sepanjang 13703.46 cm dan 6 rak penyimpanan rawat jalan dengan panjang pengarsipan 4359.49 cm. Dengan luas ruangan sekarang 63 m² masih dapat menampung penambahan rak penyimpanan pada tahun 2011 yang akan datang dengan perkiraan luas rak keseluruhan adalah 60,59 m²

C. Kerangka Teori



Sumber: Depkes RI, 2007. Depkes RI, 1991. Menteri Kesehatan RI nomor

560/MENKES/SK/IV/2003

Gambar 2.1 Kerangka Teori