

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, Rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menawarkan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat kepada individu. Unit Rekam Medis, misalnya, adalah salah satu dari banyak unit pendukung perawatan kesehatan di rumah sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis, rekam medis adalah kumpulan catatan dan dokumentasi yang berkaitan dengan identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diterima di fasilitas pelayanan kesehatan. Di rumah sakit, catatan medis disimpan untuk jangka waktu tertentu. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis, Rekam medis rawat inap rumah sakit harus disimpan paling sedikit 5 (lima) tahun terhitung sejak pasien terakhir dirawat atau dipulangkan. Apabila rekam medis lebih lama dari batas waktu yang telah ditentukan untuk penyimpanan, maka secara aktif dimasukkan ke dalam rekam medis.

Surat Edaran No. HK.00.06.1.5.001160 Tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit, Rekam medis tidak aktif adalah rekam medis yang sudah tidak aktif selama lima tahun, Semakin lama jangka waktunya, semakin banyak kunjungan pasien ke rawat jalan, rawat inap, dan unit gawat darurat yang mungkin terjadi, sehingga membebani penyimpanan rekam medis. Semakin banyak catatan medis, semakin sedikit ruang yang ada di lemari tempat disimpan. Rekam medis harus disimpan untuk jangka waktu tertentu. Proses pemindahan rekam medis aktif menjadi tidak aktif dengan cara memilah untuk menentukan apakah rekam medis memiliki nilai guna atau tidak dikenal dengan istilah retensi atau penyusutan rekam medis (Rustiyanto & Rahayu, 2011).

Retensi rekam medis dilaksanakan secara bertahap, dimulai dengan pengalihan status rekam medis aktif menjadi tidak aktif, dilanjutkan dengan evaluasi nilai rekam medis dan tidak ada nilai guna, pemusnahan rekam medis yang tidak bernilai guna, dan pemusnahan rekam medis yang rusak atau tidak terbaca. Dalam hal rekam medis yang bermanfaat, rekam medis tertentu akan diarsipkan atau dilestarikan (Rustiyanto & Rahayu, 2011).

Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Lestari, dkk (2019) yang berjudul Evaluasi Pelaksanaan Penyusutan Berkas Rekam Medis In aktif di Rumah Sakit Bhayangkara Wahyu Tutuko Bojonegoro pengelolaan rekam medis in aktif sesuai dengan Pedoman Penyelenggara dan Prosedur Dokumen Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, menurut penelitian tersebut. Pengkajian medis hampir seluruhnya dilaksanakan sesuai dengan Surat Edaran No. HK.00.06.1.5.001160 Tentang Pedoman Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit yang dikeluarkan pada tahun 1995, namun belum ada SOP untuk penilaian medis in aktif. Rumah sakit memanfaatkan scanner untuk mentransfer media rekam medis aktif sehingga memiliki *back-up* data pada rekam medis aktif yang telah dihapus.

Hasil dari studi pendahuluan di RSUD Singaparna Medika Citrautama yang dilaksanakan pada tanggal 13 Januari 2022 dengan melakukan wawancara terhadap Kepala Instalasi Rekam Medis, didapatkan bahwa RSUD Singaparna Medika Citrautama sudah melaksanakan retensi rekam medis in aktif dilaksanakan untuk pertama kalinya pada tahun 2020 yaitu pada bulan Juni – Agustus sebanyak 14.599 rekam medis yang terdiri dari rawat inap dan rawat jalan. Retensi dilaksanakan sesuai SOP namun rekam medis in aktif belum disimpan dengan baik karena di ruangan *filing* RSUD Singaparna Medika Citrautama tidak memiliki ruangan dan rak khusus untuk rekam medis in aktif. Sehingga rekam medis in aktif masih disimpan pada rak *filing* rekam medis yang aktif lalu untuk yang sudah dipilah antara yang memiliki nilai guna atau tidak disimpan di ruangan pengolahan data dan ruangan Kepala Instalasi Rekam Medis dengan cara diikat tali rafia lalu ditumpuk. Semakin menumpuknya rekam medis in aktif ini akan menyebabkan petugas *filing* kesulitan ketika ada

pasien dengan rekam medis yang sudah in aktif berobat ke rumah sakit lagi, karena rekam medis tersebut tertumpuk dengan rekam medis lain. Selain itu, Kondisi ruang filing kurang baik akibat penumpukan rekam medis aktif dan rekam medis in aktif yang belum dinilai dan media yang dipindahkan karena kurangnya ruang penyimpanan dan rak untuk rekam medis in aktif.

Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Evaluasi Pelaksanaan Retensi Rekam Medis Aktif ke In Aktif di RSUD Singaparna Medika Citrautama”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah pelaksanaan retensi rekam medis aktif ke in aktif di RSUD Singaparna Medika Citrautama?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui bagaimana pelaksanaan retensi rekam medis aktif ke in aktif di RSUD Singaparna Medika Citrautama.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui proses pelaksanaan retensi rekam medis aktif ke in aktif.
- b. Mengetahui sarana yang digunakan dalam pelaksanaan retensi rekam medis aktif ke in aktif.
- c. Mengetahui hambatan dalam pelaksanaan retensi rekam medis aktif ke in aktif.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi RSUD Singaparna Medika Citrautama

Dapat bermanfaat untuk pihak rumah sakit terkait pelaksanaan retensi rekam medis aktif ke in aktif.

2. Bagi Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Dapat bermanfaat untuk pihak institusi Pendidikan sebagai bahan referensi yang berkaitan dengan mata kuliah Manajemen Rekam Medis dan

Informasi Kesehatan dalam proses perkuliahan dan bahan referensi kepustakaan untuk penelitian sejenis.

3. Bagi Peneliti atau Peneliti lain

Dapat bermanfaat untuk peneliti dalam meningkatkan dan menerapkan ilmu rekam medis terkait Manajemen Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan dan sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar ahli madya.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No.	Penulis	Judul Penelitian	Persamaan Penelitian	Perbedaan Penelitian
1.	Lestari, dkk (2019)	Evaluasi Pelaksanaan Penyusutan Berkas Rekam Medis In aktif di Rumah Sakit Bhayangkara Wahyu Tutuko Bojonegoro <i>(Journal Hospital Science)</i> (Vol. 3 No. 2)	Metode penelitiannya sama sama menggunakan metode deskriptif kualitatif.	Yang menjadi pembeda dalam penelitian ini adalah tempat dan waktu pelaksanaan penelitian. Penelitian yang dilaksanakan Nastiti Lestari berada di Rumah Sakit Bhayangkara Wahyu Tutuko Bojonegoro pada bulan Januari 2017. Sedangkan penelitian yang dilakukan peneliti berada di RSUD Singaparna Medika Citrautama pada bulan Januari 2022

No.	Penulis	Judul Penelitian	Persamaan Penelitian	Perbedaan Penelitian
2.	Arselina, dkk (2021)	Evaluasi Pelaksanaan Penyusutan Berkas Rekam Medis In aktif (Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panakkukang) (Vol.1 No. 1)	Sama-sama melaksanakan penelitian terkait evaluasi pelaksanaan retensi dokumen rekam medis aktif ke in aktif.	Yang menjadi pembeda dalam penelitian ini adalah metode penelitian yang digunakan, peneliti pada jurnal ini menggunakan metode <i>contrast literature review</i> . Sedangkan peneliti menggunakan metode deskriptif kualitatif.
3	Istiana & Pujihastuti (2017)	Tinjauan Pelaksanaan Retensi Dokumen Rekam Medis Aktif ke In Aktif di Ruang <i>Filing</i> RSUD dr. Moewardi (Jurnal Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan) (Vol. 11 No.7)	Metode penelitiannya sama sama menggunakan metode deskriptif kualitatif.	Yang menjadi pembeda dalam penelitian ini adalah tempat dan waktu pelaksanaan penelitian. Penelitian yang dilaksanakan Lutfi Dewi Istiana berada di RSUD dr. Moewardi pada tahun 2015. Sedangkan peneliti melaksanakan penelitian di RSUD Singaparna Medika Citrautama pada bulan Januari 2022.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis, Rekam medis adalah kumpulan catatan dan dokumentasi yang berkaitan dengan identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diterima di fasilitas pelayanan kesehatan.

Rekam medis adalah kumpulan data tentang kehidupan dan riwayat penyakit seseorang, termasuk penyakit orang tersebut, perawatan saat ini, dan terakhir kali praktisi kesehatan melayani kepada pasien tentang pemberian layanan kesehatan kepada pasien. (Hatta, 2017).

b. Rekam Medis Aktif dan In Aktif

Rekam medis aktif adalah rekam medis yang masih digunakan pasien pada saat berobat ke rumah sakit, sedangkan rekam medis in aktif adalah rekam medis yang sudah tidak aktif selama lima tahun dan tidak pernah digunakan karena pasien tidak pernah kembali ke rumah sakit untuk berobat. (Istikomah, dkk 2020).

c. Tujuan Rekam Medis

Dalam hal tujuan penggunaan rekam medis, ada banyak sudut pandang yang berbeda. Akronim mnemonik "ALFRED AIR," yang merupakan singkatan dari administrasi, legal, keuangan, penelitian, pendidikan, dan dokumentasi, adalah metode yang mudah untuk mengingatnya (Hatta, 2017). Tujuan utama dari rekam medis terbagi menjadi 5, yaitu:

- 1) Pasien, digunakan sebagai bukti utama untuk mendukung keberadaan mereka menggunakan bukti diri yang tidak ambigu dan telah menerima banyak perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan dengan menggunakan semua hasil dan implikasi biaya.

- 2) Layanan pasien, layanan dokumentasi yang diberikan oleh petugas kesehatan, petugas pendukung medis, dan personel lain yang beroperasi di berbagai fasilitas perawatan kesehatan Untuk menilai dan memantau manajemen risiko, catatan yang lengkap dan relevan sangat penting. Rekam medis juga berfungsi sebagai bukti yang dapat diverifikasi yang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum.
- 3) Manajemen pelayanan, Rekam medis yang lengkap akan menangkap semua tindakan yang terjadi dalam manajemen pelayanan; sebagai hasilnya, digunakan untuk mempelajari berbagai penyakit, rekomendasi praktik, dan mengevaluasi kualitas layanan yang diberikan.
- 4) Pelayanan penunjang, rekam medis yang lengkap akan menunjukkan tindakan yang berhubungan dengan pengelolaan sumber daya dalam organisasi rumah sakit. Menganalisis kesamaan dan berbagi informasi di antara klinik.
- 5) Pembiayaan, rekam medis yang cermat melacak semua layanan perawatan kesehatan yang diperoleh pasien.

Hal-hal yang didasarkan pada lingkungan sekitar pelayanan, seperti kepentingan pendidikan, penelitian, regulasi, dan pengambilan kebijakan, merupakan tujuan sekunder rekam medis (Hatta, 2017).

d. Fungsi Rekam Medis

Fungsi utama dari rekam medis menurut (Hatta, 2017) adalah di antaranya:

- 1) Kemudahan akses, artinya sistem akuisisi data dapat diakses setiap saat selama 24 jam dan hanya dapat diakses oleh individu yang berwenang.
- 2) Kualitas, karena kehilangan atau pengurangan data akan mempengaruhi pengambilan keputusan dalam hal diagnosis dan tindakan. Berikut ini adalah empat faktor yang perlu dipertimbangkan ketika mempertahankan kualitas:

- a) Pengumpulan data untuk keperluan aplikasi data;
- b) Pengumpulan data, yaitu proses pengumpulan item data;
- c) *Data warehouse*, yang terdiri dari proses dan teknologi untuk pengarsipan dan penyimpanan data;
- d) Analisis data, yaitu proses perubahan data menjadi informasi dengan menggunakan perangkat lunak aplikasi yang sedang digunakan.

Keempat atribut data yang tercantum di atas harus memenuhi sepuluh karakteristik data yang baik, yaitu sebagai berikut:

- a) Data yang akurat mengandung nilai yang asli dan valid;
- b) Data yang mudah didapat memuat kekhususan data yang diperoleh, yang layak untuk dikumpulkan dan memiliki nilai hukum.
- c) Komprehensif, menyiratkan bahwa data dikumpulkan secara luas dan utuh, meskipun ada batasan;
- d) Konsisten/mantap artinya data dan aplikasi harus sama-sama dapat dipercaya.
- e) Lancar, dalam arti nilai tukar data harus selalu terkini;
- f) Sesuai, nilai data harus cukup besar untuk mendukung aplikasi atau proses;
- g) Terdapat rincian data yaitu atribut dan nilai data harus berada pada level yang benar;
- h) *Clear definition*, yaitu data yang terdefinisikan harus dijelaskan dengan jelas sehingga mudah dimengerti dan mengetahui batas-batasnya;
- i) Ada hubungan, yang menyiratkan bahwa data berguna untuk pelaksanaan proses dan aplikasi;
- j) Data yang dimasukkan dan dicatat adalah benar; maknanya, bagaimanapun, tergantung pada bagaimana dan dalam konteks apa data tersebut digunakan.

- 3) Perangkat yang memperkuat data/informasi dalam rekam medis antara lain menjaga privasi, keselamatan, keamanan dan kerahasiaan;
- 4) Fleksibilitas, karena dapat digunakan kapan saja dan di mana saja;
- 5) transportasi yang nyaman;
- 6) Efisien.

2. *Filing*

a. Pengertian *Filing*

- b. Pengarsipan adalah bagian dari unit rekam medis yang disimpan untuk menyimpan rekam medis, menyimpan rekam medis, menyimpan rekam medis, dan membantu pemusnahan rekam medis, menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis.

c. Fungsi Pokok

Filing adalah salah satu bagian dalam Instalasi Rekam Medis yang mempunyai tugas pokok (Indradi, 2017) antara lain:

- 1) Rekam medis disimpan dengan menggunakan teknik tertentu sesuai dengan kebijakan penyimpanan rekam medis;
- 2) Rekam medis diambil untuk berbagai keperluan;
- 3) Rekam medis disusutkan (retensi) sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan;
- 4) Pisahkan rekam medis in aktif dari rekam medis aktif;
- 5) Membantu dalam menentukan nilai guna data medis;
- 6) Menyimpan rekam medis yang terpelihara (abadi); dan
- 7) Membantu dalam pelaksanaan pemusnahan rekam medis.

d. Peran dan Fungsi

Peran dan fungsi *filing* dalam pelayanan rekam medis (Indradi, 2017), antara lain:

- 1) Sebagai petugas rekam medis;
 - 2) Sebagai penyedia rekam medis untuk berbagai keperluan;
 - 3) Melindungi arsip rekam medis dari kerahasiaan data rekam medis;
- dan

4) Melindungi berkas rekam medis dari kerusakan fisik, kimia, dan biologi.

e. Sistem Penamaan

Sistem penamaan bermanfaat untuk menetapkan identitas pasien dan membedakan satu pasien dengan pasien lainnya, sehingga memudahkan dalam memberikan pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Karena penamaan merupakan kebutuhan yang mendasar, maka dipandang perlu untuk merancang sistem tersendiri (Wijaya & Dewi, 2017).

Penulisan nama pasien dianggap sederhana di negara Barat karena mengikuti standar nama belakang terlebih dahulu. Tidak demikian halnya di Indonesia karena banyaknya jumlah suku. Karena nama hanyalah tanda pengenal yang menjadi pembeda anatara pasien satu dengan yang lain berdasarkan adalah nomor rekam medis, alamat, tanggal lahir, umur pasien, maka pemberian nama harus dilakukan dengan fleksibel (Wijaya & Dewi, 2017).

1) Penulisan Nama Langsung

Nama ditulis dengan cara yang sama seperti nama pasien. Setidaknya dua kata harus disebutkan. Jika nama hanya satu kata, ditambah dengan nama suami jika pasangan menikah, atau nama ayah jika pasangan tidak menikah (Wijaya & Dewi, 2017). Contoh:

a) Aisyah

(1) Aisyah Malik: sebelum kawin menggunakan nama ayah Malik;

(2) Aisyah Muhammad: setelah kawin menggunakan nama suaminya yaitu Muhammad.

a) Siti Maryam

Nama bapak/suami tidak ditulis karena sudah memiliki dua suku kata.

2) Penulisan nama pasien dengan nama keluarga

a) Nama orang Indonesia

(1) Nama keluarga

Nama pasien : Joko Sudiro

Penulisan nama : Sudiro, Joko

(2) Nama pasien majemuk

Nama pasien : Suherman Yudi Soedarto

Penulisan nama : Soedarto, Suherman Yudi

(3) Suku/marga

Nama pasien : Hari Suganda

Penulisan nama : Suganda, Hari

(4) Nama wanita dibedakan yang telah kawin dan belum dengan

Nn., Ny. di belakang nama

Nama pasien : Ny. Kartini Surningsih

Penulisan nama : Surningsih, Kartini (Ny.)

(5) Nama anak-anak diberi tanda An.

Nama pasien : An. Bella Haryani

Penulisan nama : Haryani, Bella (An.)

(6) Nama pria ditambah Tn.

Nama pasien : Tn. Baihaki Daryono

Penulisan nama : Daryono, Baihaki (Tn.)

b) Nama orang Eropa

(1) Nama pasien : John Watson

Penulisan nama : Watson, John

(2) Nama Pasien : Alexander van der Moe

Penulisan nama : Moe, Alexander van der

c) Nama orang Arab:

(1) Nama pasien : Ali Muhammad

Penulisan nama : Muhammad, Ali

(2) Nama Pasien : Ismail bin Ibrahim

Penulisan nama : Ibrahim, Ismail bin

d) Nama orang India, Jepang, Thailand

- (1) Nama pasien : Kamala Khan
 Penulisan nama : Khan, Kamala
- (2) Nama pasien : Kento Nanami
 Penulisan nama : Nanami, Kento
- (3) Nama pasien : Naree Patama
 Penulisan nama : Patama, Naree

e) Nama orang berasal dari Negara China, Korea, Vietnam

- (1) Nama pasien : Zhong Li
 Penulisan nama : Zhong Li
- (2) Nama pasien : Jackie Chen
 Penulisan nama : Chan, Jackie
- (3) Nama pasien : Park Hyung Sik
 Penulisan nama : Park Hyung Sik
- (4) Nama pasien : Dang Von Tranh
 Penulisan nama : Dang Von Tranh

3) Penulisan nama lainnya

Nama-nama lain, seperti nama baptis, gelar haji, gelar kebangsawanan, gelar sarjana, dan pangkat dan jabatan tanpa gelar, ditulis sebagai berikut:

a) Nama baptis (Kristen) dan gelar Haji merupakan bagian dari nama.

- (1) Nama pasien : Michael Samael Sudiharjo
 Penulisan nama : Sudiharjo, Michael Samael
- (2) Nama pasien : Haji Ahmad Hamidi
 Penulisan nama : Hamidi, H. Ahmad

b) Gelar-gelar

(1) Gelar bangsawan merupakan bagian dari nama = nama baptis/ haji.

- (a) Nama pasien : Raden Ayu Maharani
 Penulisan nama : Maharani, Raden Ayu

- (b) Nama pasien : Daeng Lusi Afrizal
 Penulisan nama : Afrizal, Daeng Lusi
- (c) Nama pasien : Sir Mycroft Holmes
 Penulisan nama : Holmes, Sir Mycroft

(2) Di Sumatera Barat, gelar merupakan bagian dari nama yang lebih panjang yang mencantumkan gelar di atas.

- (a) Nama pasien : Rudi Datuk Sikumbang
 Penulisan nama : Rudi, Datuk Sikumbang

(3) Gelar kesarjanaan

- (a) Nama pasien : Sukiman Astrojoyo, S.Pd
 Penulisan nama : Astrojoyo, Sukiman (S.Pd)

(4) Jabatan dan pangkat tidak termasuk gelar

- (a) Nama Pasien : Jendral Hari Sutoso
 Penulisan nama : Hari, Sutoso (Jendral)

4) Petunjuk Silang

Direncanakan setiap pasien hanya memiliki satu nomor di RS/Puskesmas karena penulisan nama pasien yang sinkron menggunakan KTP/SIM/PASSPORT. Jika seorang pasien memiliki beberapa nomor rekam medis, mereka harus digabungkan untuk membentuk satu nomor. Nomor rekam medis awal digunakan dalam kasus ini. Namun, sebelum mengintegrasikan data, harus dicek silang dengan tanggal lahir, alamat, dan bentuk identifikasi lainnya untuk memastikan bahwa keduanya benar-benar sinkron (Wijaya & Dewi, 2017).

f. Sistem Penomoran

1) Sistem Penomoran Seri (*Serial Numbering System*)

Setiap pasien menerima pengobatan dengan menggunakan pendekatan penomoran seri, maka akan diperoleh rekam medis baru dengan nomor rekam medis baru. Jika seorang pasien telah berobat sebanyak lima kali, maka rekam medis tersebut dibagi menjadi lima

map yang masing-masing memiliki nomor rekam medisnya sendiri dan disimpan di tempat yang berbeda. (Indradi, 2017).

Sistem ini memiliki keunggulan dalam membuat pelayanan menjadi lebih efisien karena pasien tidak perlu menunggu petugas untuk mencari data medis sebelumnya (Indradi, 2017).

Kelemahan dari sistem penomoran seri:

- a) Riwayat kesehatan seorang pasien menjadi terpisah-pisah ke dalam beberapa folder dengan nomor berbeda. Hal ini dapat menyulitkan jika dokter membutuhkan informasi lengkap dari riwayat kesehatan pasien tersebut.
 - b) Penggunaan nomor dan berkas rekam medis menjadi lebih boros karena pasien dapat memiliki nomor yang banyak tergantung dari jumlah kunjungan yang dilakukan.
 - c) Petugas harus menjaga ketertiban di KIUP dan mengisinya saat pasien datang berobat.
- 2) Sistem Penomoran Satuan (*Unit Numbering System*)

Setiap pasien diberi nomor rekam medis yang akan digunakan tanpa batas di bawah skema penomoran unit. Ketika seorang pasien menjadi pasien baru, mereka diberikan nomor rekam medis baru, seperti 12-13-14. Selanjutnya, angka 12-13-14 digunakan setiap kali mereka kembali berkunjung, termasuk untuk rawat inap dan rawat jalan. Sebab seluruh rekam medis pasien dikumpulkan dalam satu folder rekam medis nomor 12-13-14, rekam medis pasien akan lebih tebal, begitu juga dengan jalannya pengobatan. (Indradi, 2017).

Keuntungan dari sistem penomoran unit:

- a) Riwayat kesehatan pasien dicatat secara lengkap dalam satu rekam medis;
- b) Kurangi jumlah map dan nomor rekam medis yang dibutuhkan.

Kelemahan pada sistem penomoran satuan antara lain:

- a) Kunjungan ulang dapat memakan waktu lebih lama karena pasien harus menunggu rekam medisnya ditemukan agar dapat digunakan selama kunjungan ulang;
 - b) Pada pasien yang sering berkunjung atau memiliki riwayat rawat inap yang berkepanjangan, folder rekam medis dapat menjadi terlalu tebal.
 - c) Selama perawatan, pasien harus menyimpan KIB dan membawanya;
 - d) Petugas harus menyimpan KIUP dan melengkapinya pada saat pasien datang berobat.
- 3) Sistem Penomoran Unit-Seri (*Unit-Serial Numbering System*)

Teknik sistem penomoran unit adalah Jika setiap pasien memiliki satu nomor rekam medis untuk semua kunjungan dan hanya satu rekam medis untuk setiap kunjungan, pendekatan sistem penomoran unit adalah sebagai berikut (Indradi, 2017):

- a) Selama pengangkatan awal (pasien baru), pasien akan menerima nomor rekam medis dan KIB baru.
- b) KIUP dibuat dan disimpan petugas untuk pasien;
- c) Setiap kali pasien berkunjung akan diberikan nomor rekam medis yang baru;
- d) Nomor rekam medis, serta tanggal kunjungan, akan dicatat dalam KIUP.
- e) Setelah setiap perawatan, rekam medis pasien akan digabungkan oleh petugas berdasarkan nomor terakhir rekam medis;

Skema penomoran unit seri memiliki keuntungan sebagai berikut:

- a) Pasien dapat ditangani lebih cepat karena tidak perlu menunggu rekam medis sebelumnya ditemukan.
- b) Seluruh riwayat kesehatan pasien dikompilasi menjadi satu dokumen, sehingga memudahkan dokter untuk melacak kondisi pasien dalam jangka waktu yang sesuai.

Skema penomoran uniturut memiliki kelemahan sebagai berikut:

- a) Penggunaan nomor dan berkas rekam medis menjadi lebih tidak efisien karena satu pasien dapat menggunakan beberapa nomor tergantung jumlah kunjungan.
- b) Petugas harus menjaga ketertiban di KIUP dan mengisinya saat pasien datang berobat.
- c) Petugas harus wajib mengecek dan mencari rekam medis terdahulu untuk digabungkan dengan rekam medis saat ini.
- d) Petugas harus wajib memberi catatan “digabung dengan nomor xx-xx-xx” pada lokasi rekam medis terdahulu supaya tidak kehilangan jejak dikemudian hari.

g. Sistem Penyimpanan

1) Sentralisasi

Semua informasi mengenai pasien yang menerima rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, dan layanan lainnya terpusat. Unit Rekam Medis mengelola dan menyimpan semua layanan di satu tempat. Pasien diberi nomor rekam medis saat pertama kali mengunjungi unit rumah sakit dalam sistem penomoran ini (Budi, 2011).

Tujuan utama dari sentralisasi adalah untuk memastikan bahwa rekam medis tetap mutakhir dan dapat diakses kapan pun dibutuhkan (Budi, 2011).

Keuntungan

- a) Semua informasi akan disimpan dalam satu rekam medis;
- b) Duplikasi informasi dalam rekam medis akan diminimalisir;
- c) Pasien akan dibedakan dari nomor rekam medis pasien lain di instansi kesehatan lain;
- d) Biaya ruang dan peralatan akan berkurang;
- e) Peraturan dan prosedur kerja tentang pencatatan data akan mudah distandarisasi.
- f) efisiensi kerja petugas penyimpanan akan meningkat;

- g) penerapan sistem penomoran satuan akan sederhana;
- h) rekam medis akan lebih mudah dikontrol;
- i) Semua prosedur administrasi rekam medis akan mudah diterapkan;
- j) pengambilan akan lebih mudah karena semua rekam medis akan berada dalam satu nomor dengan satu tempat.

Berikut kekurangannya:

- a) Karena penanganan unit rawat inap dan rawat jalan, staf akan sibuk;
 - b) Area pendaftaran pasien akan dibuka selama 24 jam.
- 2) Desentralisasi

Tempat penyimpanan terpisah untuk rekam medis pasien Rajal dan Ranap serta rekam medis lainnya. Mungkin dengan satu nomor unit atau banyak nomor. Di bawah pengawasan unit rekam medis, metode ini menerapkan kebijakan yang ketat.

Keuntungan

- a) Petugas memiliki beban yang lebih ringan;
- b) waktu lebih efisien.

Kekurangan

- a) Rekam medis dapat digandakan;
- b) Biaya peralatan dan ruang tambahan.

3) Satelit

Dalam sistem penyimpanan, rekam medis rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat disimpan di berbagai pelayanan yang diperlukan pasien untuk mengakses perawatan yang sedang berlangsung (Budi, 2011). Sistem ini memiliki keunggulan sebagai berikut:

- a) kemudahan mendapatkan rekam medis selama di rumah sakit;
- b) efisiensi waktu, memungkinkan pasien menerima pengobatan lebih cepat.

4) Sistem Penyimpanan Wilayah (*Family Folder*)

Jenis penyimpanan rekam medis berdasarkan lokasi dalam lingkup fasilitas pelayanan kesehatan. Rak penyimpanan rekam medis akan diberi label dengan lokasi masing-masing, memungkinkan rekam medis pasien disimpan dekat dengan tempat tinggal mereka.

Dalam kebanyakan kasus, satu keluarga menggunakan satu rekam medis, dan setiap formulir diberi kode tambahan yang sesuai dengan kode rekam medis ayah, ibu, dan anak. Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang mendukung penggunaan teknik ini. (Budi, 2011).

5) Alfabetik

Berdasarkan urutan abjad, berikut jenis-jenis penyimpanan rekam medis. Untuk pencarian di rak penyimpanan, huruf awal nama pasien akan digunakan sebagai kunci abjad. Metode pengarsipan ini membutuhkan banyak waktu dan rentan terhadap banyak kesalahan, seperti perubahan nama dan salah eja. Selanjutnya, karena petugas tidak bisa memperkirakan nama pasien yang akan dirawat nanti, mereka tidak bisa menilai perlunya tempat-tempat tertentu yang akan digunakan. Akibatnya, tidak ada kontrol atas pengelolaan ruang penyimpanan rekam medis. Kelemahan lain dari bentuk penyimpanan ini adalah petugas harus teliti memeriksa nama setiap pasien satu per satu sesuai abjad. Akibatnya, metode penyimpanan ini sesuai untuk fasilitas perawatan kesehatan dengan populasi pasien yang sederhana (Budi, 2011).

h. Sistem Penjajaran

1) *Straight Numerical Filing* (SNF)

Tindakan penataan rekam medis secara berkesinambungan di rak berdasarkan nomor rekam medis dijelaskan di bawah ini. Berikut adalah cara penyusunan rekam medis berdasarkan nomor urut (Wijaya & Dewi, 2017):

Contoh:

10	-	92	-	74
10	-	92	-	75
10	-	92	-	76
10	-	92	-	77
10	-	92	-	78

Primer - Sekunder - Tertier

Jenis keselarasan ini mewakili urutan kronologis rekam medis tergantung pada tanggal publikasi. Kemudahan dalam mendidik tenaga kesehatan untuk keselarasan, kemudahan petugas memahami rekam medis berdasarkan kebutuhan akan susunan kronologis, dan kemudahan pendokumentasian rekam medis merupakan keunggulan metode ini. baik. Jenis keselarasan ini mewakili urutan kronologis rekam medis tergantung pada tanggal publikasi. Kemudahan metode ini dapat digunakan untuk melatih para profesional perawatan kesehatan untuk memahami sistem penyalarsan, serta kemampuan petugas untuk memperoleh informasi berdasarkan kebutuhan untuk penataan ulang kronologis, keduanya merupakan keuntungan.

2) *Middle Digit Filing* (MDF)

Digit tengah dalam pengarsipan adalah 6 digit dan tidak boleh lebih dari 6 digit. Pada angka tiga bagian, yaitu (Wijaya & Dewi, 2017):

- Bagian 1 = Dua angka di tengah adalah angka utama.
- Bagian 2 = Angka sekunder adalah dua digit tepi kiri/depan.
- Bagian 3 = Dua dari dua bilangan tepi paling kanan adalah digit tersier.

Contoh:

04 - 24 - 94
 04 - 24 - 95
 04 - 24 - 96
 04 - 24 - 97
 04 - 24 - 98

Sekunder - Primer - Tertier

3) *Terminal Digit Filing* (TDF)

Sebuah nomor 6-digit atau lebih besar digunakan di terminal pengarsipan, dengan nomor muncul dalam tiga bagian (Wijaya & Dewi, 2017):

Bagian 1 = Dua angka di paling kanan adalah angka utama.
 Bagian 2 = Digit sekunder adalah dua digit tengah.
 Bagian 3 = Dua dari dua bilangan tepi paling kiri adalah digit tersier.

Contoh:

04 - 20 - 94
 05 - 20 - 94
 06 - 20 - 94
 07 - 20 - 94
 08 - 20 - 94

Tertier - Sekunder - Primer

i. Ruang dan Sarana Penjajaran

Diperlukan ruang penyimpanan dan fasilitas untuk penataan rekam medis agar sistem penyimpanan dan penataan dapat bekerja dengan baik (lemari arsip). Ruang Pengajuan Tantangan Beberapa kriteria adalah sebagai berikut:

1) Merupakan wilayah tersendiri yang dibagi berdasarkan bagian-bagian tergantung pada pelayanan yang tidak berhubungan langsung dengan rekam medis. Ruang administrasi masih digunakan sebagai ruang pengarsipan rekam medis di beberapa instansi. Maksud dari pemisahan tugas ruangan ini adalah untuk

menjaga kerahasiaan rekam medis dengan cara mencegah pihak yang tidak berwenang mengetahui isi rekam medis untuk memperoleh informasi darinya. Hal ini terkait dengan unsur privasi rekam medis yang menyatakan bahwa hanya orang/pihak yang berwenang yang dapat mengakses isi data medis tersebut.

- 2) Memiliki pintu yang dapat ditutup dan dikunci. Ini mungkin tampak sederhana atau bahkan berlebihan, tetapi masih memungkinkan untuk menemukan rumah sakit dengan ruang arsip yang tidak memiliki pintu, memungkinkan siapa pun untuk masuk dan keluar, termasuk mereka yang tidak berhak. Hal ini terkait dengan komponen keamanan rekam medis, yaitu rekam medis harus aman secara fisik dari gangguan manusia, hewan, dan alam, di samping aspek privasi informasi medis. Pencurian dan vandalisme adalah contoh gangguan fisik manusia.
- 3) Ini bersih dan terawat dengan baik. Hal ini terkait langsung dengan aspek keamanan berbasis rekam medis, yang selain aman secara fisik dari gangguan manusia, juga harus aman secara fisik dari gangguan hewan dan alam. Semut, rayap, kecoak, dan kutu semuanya dapat merusak bahan rekam medis. Api, air, debu, dan sinar matahari yang cerah adalah gangguan alami yang ingin kita hindari. Sangat penting untuk memiliki alat pemadam api ringan (APAR) di area pengarsipan. Penting juga untuk memperhatikan menjaga dan mencegah genangan (banjir) dan kebocoran. Meskipun berpotensi menimbulkan kebakaran yang dapat merusak rekam medis, namun penggunaan fasilitas listrik yang tepat masih sering diabaikan. Ventilasi udara dan kelembaban ruangan adalah dua faktor lain yang perlu dipertimbangkan dalam hal kebersihan dan pemeliharaan ruang arsip.

3. Retensi

a. Pengertian Retensi

Retensi adalah proses pengurangan atau pemisahan arsip dari dokumen aktif agar menjadi tidak aktif (Direktur Jendral Pelayanan Medik, 1995). Retensi menurut IFHIMA (2019) merupakan transfer catatan dari penyimpanan aktif ke penyimpanan tidak aktif, ke mikrofilm, gambar yang dipindai, atau dapat berakhir ke pemusnahan. Secara generik catatan kesehatan wajib disimpan selama dipakai untuk tujuan perawatan pasien, medikolegal dan penelitian dan pengajaran. Untuk mengurangi jumlah rekam medis di rak penyimpanan, retensi rekam medis memerlukan pemindahan rekam medis aktif dari arsip aktif ke arsip tidak aktif dan mengaturnya di rak arsip sesuai dengan kunjungan tahunan. Memasukkan data rekam medis aktif sesuai dengan batasan retensi program. Memusnahkan rekam medis yang sudah masuk ke dalam sistem dengan cara tertentu sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Memindai rekam medis pasien.

Lamanya waktu penyimpanan rekam medis sulit ditentukan. Setiap negara bagian memiliki undang-undang yang membatasi jangka waktu untuk memulai gugatan malpraktek. Ini dikenal sebagai undang-undang pembatasan untuk malpraktek medis. Sebuah negara mungkin juga memiliki persyaratan minimum untuk menyimpan catatan medis. Karena tidak adanya peraturan negara bagian, kantor medis dapat meninjau pedoman retensi yang ditetapkan oleh *American Medical Association* (AMA) pada tahun 1994. AMA merekomendasikan bahwa catatan disimpan terutama berdasarkan kebutuhan kesehatan pasien, tetapi setidaknya selama negara memerlukan atau lamanya waktu undang-undang pembatasan untuk klaim malpraktek. Untuk anak di bawah umur, jangka waktu harus dianggap dimulai pada usia dewasa. Catatan pasien *Medicare* dan *Medicaid* harus disimpan setidaknya selama 5 tahun setelah kontak terakhir.

Saat akhir masa penyimpanan, rekam medis in aktif dapat dimusnahkan (dengan cara dihancurkan atau dibakar) atau disimpan di

tempat penyimpanan akhir untuk disimpan secara permanen. AMA merekomendasikan bahwa pasien memiliki kesempatan untuk mengklaim catatan sebelum dihancurkan, jika memungkinkan. Catatan yang ditutup (diketahui bahwa pasien tidak akan kembali) dapat dipindahkan ke mikrofilm atau mikro *Fiche*. Mereka juga dapat disalin menggunakan sinar laser dan disimpan pada *disk laser*. Opsi ini mahal dan memakan waktu, tetapi mungkin bermanfaat untuk praktik yang lebih besar. Catatan lain yang harus disimpan tanpa batas waktu adalah polis asuransi, lisensi, dan catatan zat yang dikendalikan oleh *Drug Enforcement Administration* (DEA). Semua catatan pajak juga harus disimpan selama 7 tahun; setelah itu, catatan latar belakang yang digunakan untuk menentukan pajak dapat dimusnahkan, tetapi salinan formulir pajak harus disimpan tanpa batas waktu Bonewit-West, dkk (2013).

b. Tujuan Retensi

Tujuan dilaksanakannya retensi adalah untuk:

- 1) Mengurangi pertumbuhan jumlah rekam medis;
- 2) Fasilitas relatif untuk ketersediaan tempat rekam medis baru;
- 3) Menjaga kualitas pelayanan dengan meningkatkan kecepatan penyusunan rekam medis bila diperlukan;
- 4) Memelihara rekam medis yang baik;
- 5) meminimalkan catatan medis yang tidak perlu

c. Kriteria Retensi Rekam Medis

Lamanya waktu penyimpanan tergantung pada kriteria yang berbeda. Faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan dilakukannya retensi menurut (IFHIMA, 2019) adalah:

- 1) Jenis fasilitas pelayanan kesehatan dan jenis catatan yang dihasilkan. Beberapa catatan (misalnya catatan bayi baru lahir, catatan psikiatri) harus disimpan untuk waktu yang lebih lama;
- 2) Tingkat aktivitas (tingkat penerimaan kembali pasien rawat inap dan rawat jalan). Misalnya, pasien dengan penyakit kronis akan memiliki catatan yang sangat aktif;

- 3) Tingkat ekspansi tahunan, yaitu, berapa banyak catatan baru yang harus ditambahkan setiap tahun, dan berapa banyak meter pengarsipan yang dibutuhkan;
- 4) Biaya ruang, personel, peralatan, persediaan, pembuatan film mikro, penyimpanan di luar lokasi dan anggaran yang tersedia;
- 5) Jumlah ruang yang tersedia. Semakin banyak ruang yang tersedia, semakin lama catatan dapat disimpan di area *file* aktif atau tidak aktif;
- 6) Volume kegiatan penelitian. Universitas dan rumah sakit pendidikan memiliki banyak permintaan untuk catatan yang sudah lama dan tidak aktif untuk tujuan ilmiah dan evaluasi;
- 7) Persyaratan peraturan, seperti undang-undang pembatasan dan undang-undang lain yang mungkin memerlukan penyimpanan catatan untuk periode selama 30 tahun.

Berdasarkan semua faktor di atas, keputusan harus dibuat, Apakah arsip akan tetap aktif, tidak aktif, difilmkan atau dimusnahkan.

d. Metode Retensi Rekam Medis

1) Area *file* tidak aktif

Catatan tidak aktif dapat disimpan di area *file* tidak aktif dari departemen catatan kesehatan, atau di tempat lain di dalam fasilitas perawatan kesehatan, atau bahkan di luar fasilitas di area penyimpanan yang disewa. Kemudian, tentunya dibutuhkan utusan dari bagian rekam kesehatan atau dari rumah sakit untuk membawa catatan bolak-balik (IFHIMA, 2019).

a) Keuntungan penyimpanan arsip lengkap antara lain:

- (1) arsip tetap dalam bentuk aslinya;
- (2) kemudahan referensi bahan asli;
- (3) ketersediaan informasi.

b) kekurangannya antara lain:

- (1) kebutuhan biaya dan ruang;
- (2) kerusakan kertas dengan berlalunya waktu;
- (3) aksesibilitas dan kemungkinan bahaya kebakaran.

2) *Microfilming*

Cara lain untuk penyimpanan tidak aktif adalah pembuatan film mikro, yang membutuhkan ruang penyimpanan minimum. *Microfilming* adalah pilihan penyimpanan yang telah digunakan selama bertahun-tahun. Ini mengurangi gambar setiap dokumen dan menemukannya di gulungan mikrofilm atau di jaket mikro *Fiche*. Rumah sakit dapat melaksanakan cara ini sendiri oleh rumah sakit atau dibantu oleh perusahaan komersial.

a) keuntungan dari mikrofilm meliputi:

- (1) alternatif yang baik untuk catatan tidak aktif
- (2) mengurangi ruang penyimpanan yang dibutuhkan
- (3) biasanya dapat diterima sebagai bukti hukum

b) kekurangannya antara lain:

- (1) biaya
- (2) aksesibilitas
- (3) kemungkinan bahaya kebakaran dan kerusakan dari waktu ke waktu.

c) Sistem penyimpanan berbasis gambar (*image-based storage systems*)

Pilihan lain yang lebih baru untuk penyimpanan catatan jangka panjang adalah sistem berbasis gambar. Dalam sistem ini, pemindai dokumen memindai catatan asli dan membuat gambar digital. Setelah dipindai, gambar disimpan pada *disk* optik, yang memungkinkan pengambilan catatan pasien secara individu dengan lebih mudah dan cepat.

3) Arsip Elektronik

Arsip elektronik adalah kumpulan data yang disimpan dalam bentuk data pemindaian yang ditransfer secara elektronik atau dilakukan dengan resolusi digital tinggi pada *hard drive* atau *disk* optik (Haryadi, 2009).

e. Konsep Jadwal Retensi dan Mikrofilmisasi Rekam Medis

Jadwal Retensi Arsip (JRA) adalah daftar yang menyertakan setidaknya jenis *file* dan durasi penyimpanan berdasarkan penggunaan. Komite medis dan unit medis menetapkan Jadwal Retensi Arsip (JRA) yang disetujui oleh direktur rumah sakit menurut Surat Edaran No. HK.00.06.1.5.001160 Tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit.

Tabel 2.2 Jadwal Retensi Rekam Medis

NO.	KELOMPOK Umum & Khusus	AKTIF		IN AKTIF	
		R. Jalan	R. Inap	R. Jalan	R. Inap
1	Umum	5 tahun	5 tahun	2 tahun	2 tahun
2	Mata	5 tahun	10 tahun	2 tahun	2 tahun
3	Jiwa	10 tahun	5 tahun	5 tahun	5 tahun
4	Ortopedi	10 tahun	10 tahun	2 tahun	2 tahun
5	Kusta	15 tahun	15 tahun	2 tahun	2 tahun
6	Ketergantungan Obat	15 tahun	15 tahun	2 tahun	2 tahun
7	Jantung	10 tahun	10 tahun	2 tahun	2 tahun
8	Paru	5 tahun	10 tahun	2 tahun	2 tahun

Sumber: Direktur Jendral Pelayanan Medik (1995)

Keterangan:

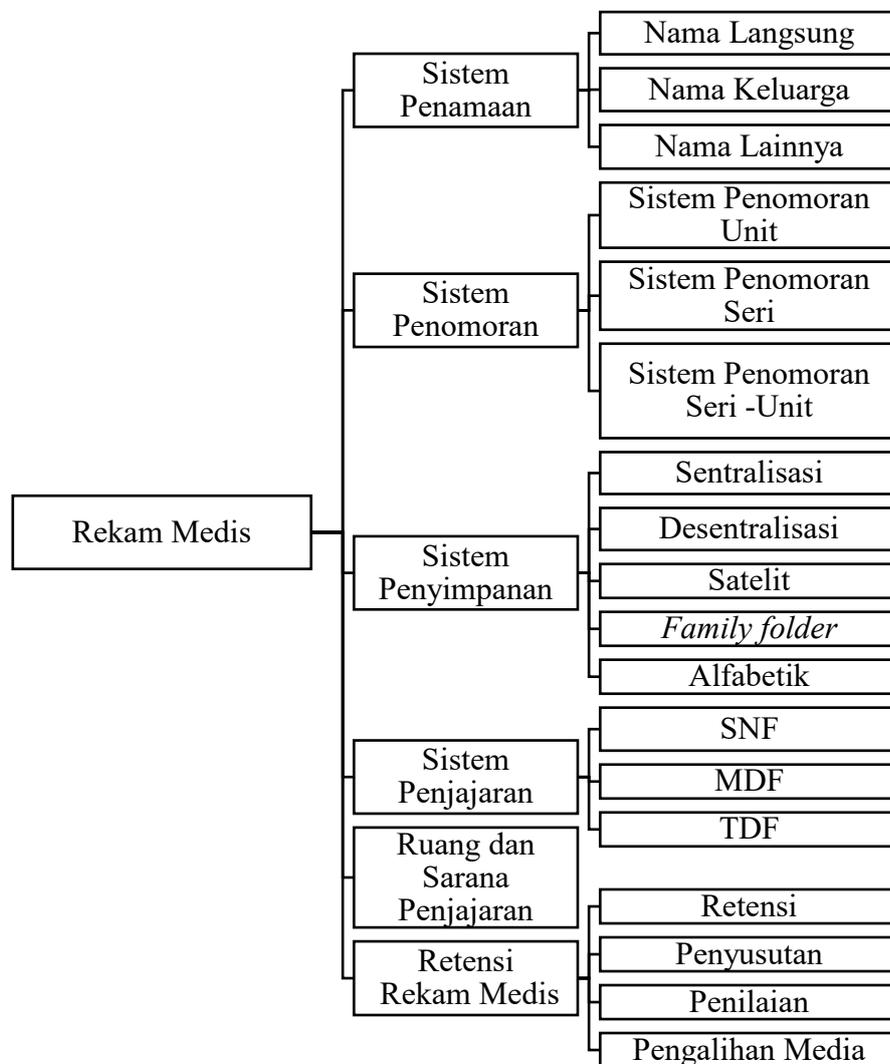
- 1) Penyimpanan rekam medis anak berdasarkan kebutuhan khusus;
 - 2) KIUP, Register dan Indeks, disimpan secara permanen atau tidak terbatas;
 - 3) Retensi rekam medis berdasarkan klasifikasi penyakit.
- f. Tata Cara Penyimpanan Rekam Medis Aktif Kedaluwarsa
- 1) Rekam medis diklasifikasikan menurut tahun terakhir kunjungan;
 - 2) Setelah 5 (lima) tahun, rekam medis dipisahkan di ruangan lain/terpisah dari rekam medis aktif;
 - 3) Rekam medis in aktif disusun menurut tahun terakhir kunjungan.
- g. Penilaian Rekam Medis In aktif
- 1) Tim penilai rekam medis in aktif dibentuk sesuai dengan keputusan direktur rumah sakit;

- 2) Tim penilai dibentuk sesuai dengan surat keputusan direktur, dan beranggotakan:
 - a) Sub Komite Rekam Medis/Komite Medis;
 - b) Petugas Rekam Medis Senior;
 - c) Personil terkait lainnya.
- 3) Hal-hal yang dinilai:
 - a) Rekam medis sering digunakan untuk DIK/LIT;
 - b) Komite Rekam Medis menentukan berapa lama rekam medis yang berguna harus dipelihara, berdasarkan kepentingan internal rumah sakit. Rekam medis dengan nilai guna khusus adalah rekam medis yang bernilai dalam satu atau lebih bidang yang tercantum di bawah ini:
 - (1) Administrasi;
 - (2) Hukum;
 - (3) Keuangan;
 - (4) Sains dan Teknologi;
 - (5) Bukti;
 - (6) Sejarah;
 - c) primer: legal, administrasi, keuangan, ilmu pengetahuan dan teknologi.
 - d) Bukti dan sejarah adalah sekunder.
 - e) Memisahkan formulir rekam medis yang harus disimpan, seperti:
 - (1) ringkasan masuk dan keluar;
 - (2) resume penyakit;
 - (3) lembar operasi (termasuk laporan kelahiran);
 - (4) identifikasi bayi baru lahir;
 - (5) lembar persetujuan tindakan medis (informed consent);
dan
 - (6) lembar kematian (laporan penyebab kematian, umumnya disertakan dalam formulir ringkasan masuk dan keluar).

Adopsi, perubahan jenis kelamin, IVF, transplantasi organ, operasi plastik, dan waktu, di antara situasi lain yang dianggap perlu oleh rumah sakit, dapat ditahan untuk waktu yang lebih lama dalam kondisi umum. Hal ini dapat dilihat pada tabel jadwal penyimpanan rekam medis dalam penyortiran khusus in aktif.

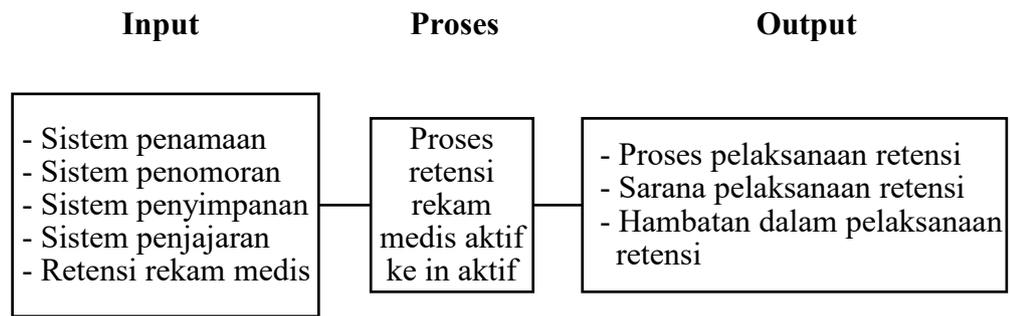
B. Kerangka Teori

Peneliti menyajikan uraian tinjauan pustaka dalam kerangka teoritis sehingga dapat digunakan sebagai titik awal atau landasan untuk memecahkan kesulitan. Kerangka teori digambarkan dalam diagram di bawah ini:



Sumber: Indradi (2017) dan Direktur Jendral Pelayanan Medik (1995)

Gambar 2.1 Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep

Gambar 2.2 Kerangka Konsep