

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Kajian Tentang Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009). Rumah Sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalisme, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien (Presiden Republik Indonesia, 2009).

2.1.2 Tugas, Fungsi, dan Kewajiban Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang (UU) RI Nomor 44 Tahun 2009 bab 3 pasal 4 dan pasal 5, rumah sakit memiliki tugas dan fungsi sebagai berikut:

“Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

Untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, Rumah Sakit mempunyai fungsi:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan”.

Undang-Undang (UU) RI Nomor 44 Tahun 2009 bab 8 pasal 29 mengenai kewajiban rumah sakit:

1. Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban:
 - a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
 - b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
 - c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
 - f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/ miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
 - g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
 - h. menyelenggarakan rekam medis;
 - i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
 - j. melaksanakan sistem rujukan;
 - k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
 - l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
 - m. menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
 - n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
 - o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
 - p. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
 - q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
 - r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
 - s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
 - t. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

2. Pelanggaran atas kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenakan sanksi administratif berupa:
 - a. teguran;
 - b. teguran tertulis; atau
 - c. denda dan pencabutan izin Rumah Sakit”.

Ketentuan lebih lanjut mengenai kewajiban Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri (Presiden Republik Indonesia, 2009).

2.2 Kajian Tentang Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 dinyatakan bahwa (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2008):

“Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas sosial, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien dan memiliki lima manfaat yaitu sebagai dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, sebagai alat bukti dalam proses penegakan hukum, sebagai keperluan pendidikan dan penelitian, sebagai dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan yang telah diterima pasien, sebagai bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan”.

2.2.2 Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi puskesmas akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan didalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

2.2.3 Kegunaan Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia Revisi ke II Departemen Kesehatan Tahun 2006 kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain :

1. Aspek Administrasi
Di dalam berkas medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan
2. Aspek Medis
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen risiko klinis serta keamanan/keselamatan pasien dan kembali biaya
3. Aspek Hukum
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan
4. Aspek Keuangan
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data / informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan. Kaitannya rekam medis dengan aspek keuangan sangat erat sekali dalam hal pengobatan
5. Aspek Penelitian
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data / informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan
6. Aspek Pendidikan
Rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan / referensi pengajaran dibidang profesi pendidikan kesehatan
7. Aspek Dokumentasi
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan laporan rumah sakit (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

2.3 Kajian Tentang Retensi

2.3.1 Definisi Retensi

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia Revisi ke II Depkes RI Tahun 2006 Penyusutan (Retensi) rekam medis adalah suatu kegiatan pengurangan berkas rekam medis dari rak penyimpanan dengan cara (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006):

1. Memindahkan berkas rekam medis in aktif dari rak file aktif ke rak file in aktif dengan cara memilah pada rak penyimpanan sesuai dengan tahun kunjungan.
2. Memikrofilmisasi berkas rekam medis in aktif sesuai ketentuan yang berlaku.
3. Memusnahkan berkas rekam medis yang telah dimikrofilm dengan cara tertentu sesuai ketentuan yang berlaku.
4. Dengan melakukan scanner pada berkas rekam medis.

2.3.2 Tujuan Retensi

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia Revisi ke II Depkes RI Tahun 2006 Tujuan penyusutan / retensi rekam medis :

1. Mengurangi jumlah berkas rekam medis yang semakin bertambah.
2. Menyiapkan fasilitas yang cukup untuk tersedianya tempat penyimpanan berkas rekam medis yang baru.
3. Tetap menjaga kualitas pelayanan dengan mempercepat penyiapan rekam medis jika sewaktu – waktu diperlukan.
4. Menyelamatkan arsip yang bernilai guna tinggi serta mengurangi yang tidak bernilai guna / nilai guna rendah atau nilai gunanya telah menurun.

2.3.3 Landasan Hukum Retensi Rekam Medis

Berdasarkan Peraturan Menkes RI No. 269/Menkes/Per/III/2008 bab IV pasal 8 mengatur bahwa (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2008):

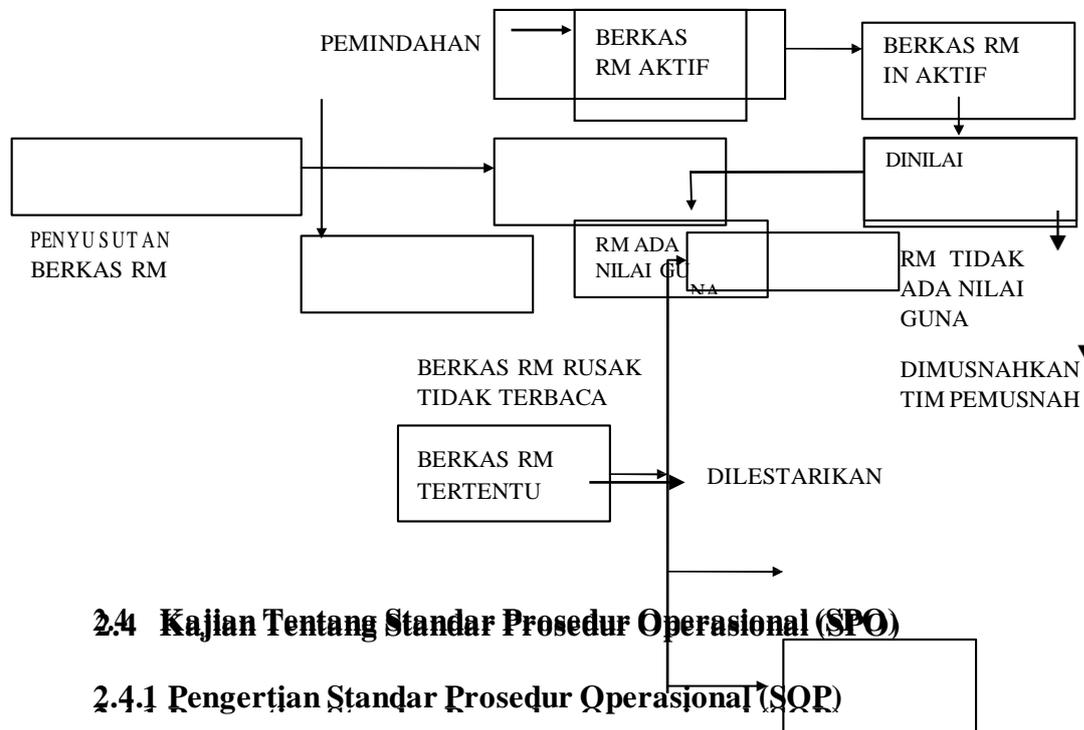
1. Rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.
2. Setelah batas waktu 5 (lima) tahun sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali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

2.3.4 Cara Pemindehan BRM Aktif ke In aktif

Berdasarkan Surat Edaran Dirjen Pelayan Medik Nomor HK.00.06.1.5.01160 1995 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit

1. Dilihat dari tanggal kunjungan terakhir.
2. Setelah 5 (lima) tahun dari kunjungan terakhir tersebut berkas dipisahkan di ruang lain/terpisah dari berkas RM aktif.

3. Berkas rekam medis inaktif dikelompokkan sesuai dengan tahun terakhir kunjungan (Direktur Jenderal Pelayanan Medik, 1995).



2.4 Kajian Tentang Standar Prosedur Operasional (SPO)

2.4.1 Pengertian Standar Prosedur Operasional (SOP)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512/Menkes/PER/IV/2007 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran bab I pasal 1 ayat 10 menyatakan bahwa:

“Standar Prosedur Operasional adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu yang memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.

Peran dan manfaat Standar Operasional Prosedur bagi organisasi SOP berperan dalam memberikan acuan terkait dengan kegiatan-kegiatan yang dijalankan dalam organisasi untuk mencapai tujuan untuk mencapai tujuannya, baik yang bersifat jangka pendek atau jangka panjang” (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2007).

2.4.2 Tujuan dan Fungsi SPO

Berdasarkan Buku Pedoman Penyusunan SPO Untuk Rumah Sakit, Nico A. Lumenta (2001), dinyatakan bahwa:

Tujuan Umum SPO, adalah:

Agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif dan aman, serta senantiasa meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan pencapaian standar profesi dan standar pelayanan Rumah Sakit.

Fungsi SPO, adalah:

1. Untuk menjaga konsistensi dan tingkat penampilan kinerja suatu kegiatan secara optimal
2. Sebagai acuan (*checklist*) dalam pelaksanaan kegiatan tertentu bagi sesama pekerja, *supervisor*, *surveyor* dsb.
3. Untuk menghindari kegagalan/kesalahan, keraguan, duplikasi serta pemborosan dalam proses pelaksanaan kegiatan.
4. Merupakan parameter dalam meningkatkan mutu pelayanan
5. Untuk lebih menjamin penggunaan tenaga dan sumber daya secara efisien dan efektif
6. Untuk menjelaskan alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas yang terkait
7. Sebagai dokumen yang akan menjelaskan dan menilai pelaksanaan proses kerja bila terjadi suatu kesalahan atau dugaan malpraktek dan kesalahan administratif lainnya, sehingga sifatnya melindungi rumah sakit dan petugas

8. Sebagai dokumen yang digunakan untuk pelatihan
9. Sebagai dokumen sejarah bila dibuat revisi SPO yang baru (Lumenta, 2001).

2.4.3 Manfaat SPO

Berdasarkan Permenpan Nomor 35 tahun 2012, Manfaat SPO atau yang sering disebut sebagai prosedur tetap (protap) adalah

1. Sebagai standarisasi cara yang dilakukan aparatur dalam menyelesaikan pekerjaan yang menjadi tugasnya;
2. Mengurangi tingkat kesalahan dan kelalaian yang mungkin dilakukan oleh seorang aparatur atau pelaksana dalam melaksanakan tugas;
3. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelaksanaan tugas dan tanggung jawab individual aparatur dan organisasi secara keseluruhan;
4. Membantu aparatur menjadi lebih mandiri dan tidak tergantung pada intervensi manajemen, sehingga akan mengurangi keterlibatan pimpinan dalam pelaksanaan proses sehari-hari;
5. Meningkatkan akuntabilitas pelaksanaan tugas;
6. Menciptakan ukuran standar kinerja yang akan memberikan aparatur cara konkrit untuk memperbaiki kinerja serta membantu mengevaluasi usaha yang telah dilakukan;
7. Memastikan pelaksanaan tugas penyelenggaraan pemerintahan dapat berlangsung dalam berbagai situasi;
8. Menjamin konsistensi pelayanan kepada masyarakat, baik dari sisi mutu, waktu, dan prosedur;

9. Memberikan informasi mengenai kualifikasi kompetensi yang harus dikuasai oleh aparatur dalam melaksanakan tugasnya;
10. Memberikan informasi bagi upaya peningkatan kompetensi aparatur;
11. Memberikan informasi mengenai beban tugas yang dipikul oleh seorang aparatur dalam melaksanakan tugasnya;
12. Sebagai instrumen yang dapat melindungi aparatur dari kemungkinan tuntutan hukum karena tuduhan melakukan penyimpangan;
13. Menghindari tumpang tindih pelaksanaan tugas;
14. Membantu penelusuran terhadap kesalahan-kesalahan procedural dalam memberikan pelayanan;
15. Membantu memberikan informasi yang diperlukan dalam penyusunan standar pelayanan, sehingga sekaligus dapat memberikan informasi bagi kinerja pelayanan (Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi RI, 2012)

2.4.4 Format SPO

Berdasarkan Buku Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi, Format SPO adalah sebagai berikut:

1. Format SPO sesuai dengan lampiran Surat Edaran Direktur Pelayanan Medik Spesialistik nomer YM.00.02.2.2.837 tertanggal 1 Juni 2001, perihal bentuk SPO.
2. Format mulai diberlakukan 1 Januari 2002.
3. Format merupakan format minimal, format ini dapat diberi tambahan materi misalnya nama penyusun SPO, unit yang memeriksa SPO, dll, namun tidak

boleh mengurangi item- item yang ada di SPO .

4. Format SPO sebagai berikut :

Tabel 2.1 Format SPO

NAMA RS DAN LOGO	JUDUL SPO		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
SPO	Tanggal terbit	Ditetapkan : Direktur RS	
PENGERTIAN			
TUJUAN			
KEBIJAKAN			
PROSEDUR			
UNIT TERKAIT			

Penjelasan :

Penulisan SPO yang harus tetap di dalam tabel/ kotak adalah : nama RS dan logo, judul SPO, SPO, no dokumen, no revisi, tanggal terbit dan tanda tangan Direktur RS, sedangkan untuk pengertian, tujuan, kebijakan, prosedur dan unit terkait boleh tidak diberi kotak/tabel (Komisi Akreditasi, 2012).

2.4.5 Isi SPO

Berdasarkan Buku Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi, isi dari SPO adalah:

Pengertian: berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian.

Tujuan: berisi tujuan pelaksanaan SPO secara spesifik. Kata kunci : ”
Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk ”

Kebijakan: berisi kebijakan Direktur/Pimpinan RS yang menjadi dasar dibuatnya SPO tsb. Dicantumkan kebijakan yang mendasari SPO tersebut, kemudian diikuti dengan peraturan/keputusan dari kebijakan terkait.

Prosedur: bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu.

Unit terkait: berisi unit-unit yang terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2012).

2.5 Jadwal Retensi Arsip (JRA)

Berdasarkan Surat Edaran Dirjen Pelayan Medik Nomor HK.00.06.1.5.01160 1995 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit, untuk pertama kalinya sebelum melakukan retensi harus ditetapkan jadwal retensi arsip rekam medis terlebih dahulu dengan rincian sebagai berikut (Direktur Jenderal Pelayanan Medik, 1995):

Tabel 2.2 Jadwal Retensi Arsip

No	Keluhan penyakit	Aktif		In aktif	
		Rawat Inap (tahun)	Rawat Jalan (tahun)	Rawat Inap (tahun)	Rawat Jalan (tahun)
1	Umum	5	5	2	2
2	Mata	10	5	2	2
3	Jiwa	5	10	5	5
4	Orthopedi	10	10	2	2
5	Kusta	15	15	2	2

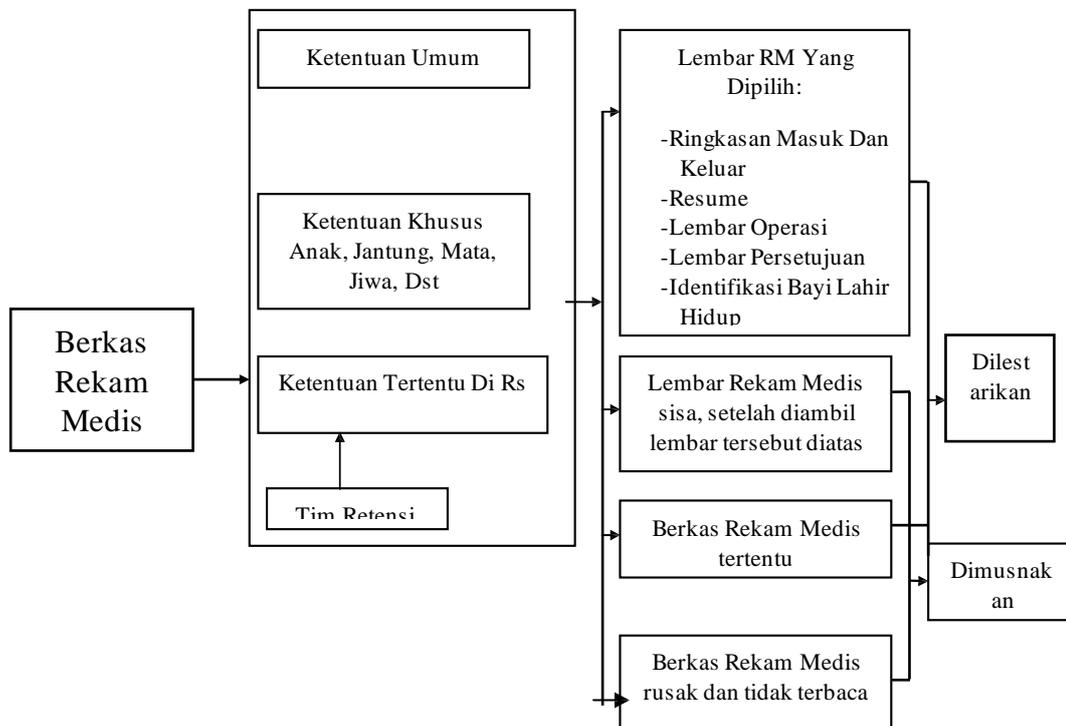
No	Keluhan penyakit	Aktif		In aktif	
		Rawat Inap (tahun)	Rawat Jalan (tahun)	Rawat Inap (tahun)	Rawat Jalan (tahun)
6	Ketergantungan Obat	15	15	2	2
7	Jantung	10	10	2	2
8	Paru	10	5	2	2

2.6 Tata Cara Penilaian Berkas Rekam Medis

Berdasarkan Surat Edaran Dirjen Pelayan Medik Nomor HK.00.06.1.5.01160 1995 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit, untuk tata cara penilaian berkas rekam medis melalui beberapa tahap berikut :

1. Berkas rekam medis yang dinilai adalah berkas rekam medis yang telah 2 tahun inaktif
2. Indikator yang digunakan untuk menilai berkas rekam medis inaktif :
 - a. Seringnya rekam medis digunakan untuk pendidikan dan penelitian
 - b. Nilai guna :
 - 1). Primer :
 - a) Administrasi
 - b) Hukum
 - c) Keuangan
 - d) Iptek
 - 2). Sekunder :
 - a) Pembuktian
 - b) Sejarah

3. Prosedur penilaian berkas rekam medis



Gambar 2.1 Prosedur Penilaian Berkas Rekam Medis

4. Lembar RM yang dipilah

Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit, lembar rekam medis yang dipilah pada tata cara penilaian berkas rekam medis berkas rekam medis yang akan dimusnahkan sebagai berikut menurut Savitri Citra tahun 2015 :

- 1) Ringkasan masuk dan keluar
- 2) Resume
- 3) Lembar operasi
- 4) Identifikasi bayi
- 5) Lembar persetujuan

- 6) Lembar kematian (Budi, 2015).
5. Berkas rekam medis tertentu disimpan diruang berkas rekam medis inaktif
6. Lembar rekam medis sisa dan berkas rekam medis rusak tidak terbaca disiapkan untuk dimusnahkan
7. Tim penilai dibentuk dengan SK Direktur beranggotakan Komite Rekam Medis/Komite Medis, petugas rekam medis senior, perawat senior dan tenaga lain yang terkait.

2.7 Tata Cara Pemusnahan Berkas Rekam Medis

Berdasarkan Surat Edaran Dirjen Pelayan Medik Nomor HK.00.06.1.5.01160 1995 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit, untuk tata cara pemusnahan berkas rekam medis melalui beberapa tahap berikut :

1. Pembentukan Tim Pemusnah dari unsur Rekam Medis dan Tata Usaha dengan SK Direktur RS
2. Tim pembuat pertelaan
3. Pelaksanaan pemusnahan :
 - a. Dibakar : 1) menggunakan incenerator
2) dibakar biasa
 - b. Dicacah, dibuat bubuk
 - c. Pihak ke III disaksikan Tim Pemusnah
4. Tim Pemusnah membuat Berita Acara Pemusnahan yang ditandatangani Ketua dan Sekretaris dan diketahui Direktur Rumah Sakit
5. Berita Acara Pemusnahan RM, yang asli disimpan di Rumah Sakit,

lembar ke 2 dikirim kepada pemilik RS (RS, Vertikal kepada Dirjen. Pelayanan Medik)

- 6 Khusus untuk arsip Rekam Medis yang sudah rusak/tidak terbaca dapat langsung dimusnahkan dengan terlebih dahulu membuat pernyataan diatas kertas segel oleh Direktur Rumah Sakit.

Pelaksanaan pemusnahan melalui prosedur sesuai butir 3.

Tabel 2.3 Daftar Pertelaan Arsip Rekam Medis InAktif

NO	NOMOR REKAM MEDIS	TAHUN	JANGKA WAKTU PENYIMPANAN	DIAGNOSIS AKHIR
1	2	3	4	5

2.8 Penelitian Terdahulu

Tabel 2. 4 Penelitian Terdahulu

No.	Judul Penelitian dan Penulis	Proses Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Tinjauan Pelaksanaan Retensi DRM Non Aktif Di Filing Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi Tahun 2015 (Kurniadi. Arif, 2015)	D = Penelitian Deskriptif dengan Cross Sectional Study I = Observasi dan Wawancara S = 1470 DRM V = DRM Non Aktif	Petugas tidak mengetahui tentang SPO retensi. Tidak ada jadwal retensi di rumah sakit. Di rumah sakit terdapat SPO retensi, tetapi tidak dilaksanakan. Pengetahuan petugas menjadi salah satu faktor penghambat pelaksanaan retensi.
2.	Tinjauan Pelaksanaan Retensi Dokumen Rekam Medis Aktif Di Bagian Filing Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama Semarang Tahun 2015 (Saraswati.	D = Penelitian Deskriptif dengan Cross Sectional Study I = Wawancara dan Observasi S = Dokumen aktif, 3 petugas filing dan Kepala Rekam Medis,	Terdapat kebijakan dan SPO, tetapi belum menyatakan Jadwal Retensi Arsip (JRA) didalamnya sebagai pedoman dalam menentukan lama waktu penyimpanan sesuai dengan tipe penyakitnya. Belum ada daftar transfer dokumen aktif di rak aktif untuk bukti transfer dokumen.

	Devita, 2015)	SPO, alat-alat retensi V = Kebijakan retensi arsip, SPO retensi DRM aktif, petugas RM bagian filing, alat-alat retensi, pelaksanaan retensi	
3.	Sistem Retensi Rekam Medis Ditinjau dari Standart Operasional Prosedur di RSUD Muhammadiyah Ponorogo (Restina Titik, 2019)	D = Penelitian Deskriptif I = Observasi, wawancara, dan studi dokumentasi S = 5 petugas filing V = SPO retensi DRM inaktif dan aktif,	Retensi belum sesuai dengan SOP. Pelaksanaan retensi rekam medis dilakukan 2-3 tahun sekali. Sedangkan kebijakan yang tertulis di dalam SOP adalah 5 tahun terhitung dari waktu terakhir pasien dilayani. Pelaksanaan retensi dilakukan lebih cepat karena kurangnya tempat penyimpanan rekam medis di ruang filing aktif. Saran bagi RSUD Muhammadiyah Ponorogo adalah menambah tempat penyimpanan rekam medis aktif dan petugas filing melakukan retensi sesuai kebijakan yang sudah ada pada SOP.
4	Pencitraan (Imaging) Berkas Rekam Medis Pada Kegiatan Penyusutan Di RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2015 (Savitri Citra Budi, 2015)	D = Penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. I = Wawancara dan observasi S = 3 orang petugas rekam medis dan 1 orang petugas IT V = BRM	Kegiatan dalam proses pencitraan (imaging) di RSUD Kota Yogyakarta meliputi pemilahan lembar rekam medis, proses scanning, dan penyimpanan. Faktor-faktor yang mempengaruhi dilaksanakannya proses pencitraan (imaging) di RSUD Kota Yogyakarta terbagi menjadi 5 kelompok yaitu man (sumber daya manusia), money, machine (mesin), metode (metode), dan material. Hambatan-hambatan dalam pelaksanaan proses pencitraan (imaging) yaitu kurangnya sumber daya manusia (SDM), tidak ada prosedur tetap dan instruksi kerja, hasil pencitraan (imaging) belum tersambung ke Sistem Informasi Kesehatan (SIK) RSUD Kota Yogyakarta, tidak adanya anggaran alat pencitraan (imaging) untuk lembar
5	Analisis Pelaksanaan Rekam Medis Bagian Filling Rawat Jalan Berdasarkan <i>Standard Operating Procedures</i> (SOP) Rekam Medis Di	D = Penelitian deskriptif kualitatif I = Wawancara, observasi partisipatif, dan dokumentasi S = Kepala Instalasi Rekam Medis, koordinator	Dari SOP rekam medis bagian filing rawat jalan diketahui bahwa pelaksanaan rekam medis bagian filing rawat jalan belum sesuai dengan SOP rekam medis yang ada. Hal ini dikarenakan tingkat pemahaman unsur pelaku terhadap

	RSOP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2011 (Nopita Cahyaningrum, 2013)	<i>filling</i> rawat jalan, 7 petugas <i>filling</i> rawat jalan V = SOP, <i>filling</i> rawat jalan	SOP yang ada masih rendah.
--	--	---	----------------------------