

## **BAB 2**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **2.1. Rumah Sakit**

##### **2.1.1 Definisi Rumah Sakit**

Menurut Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”.

##### **2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit**

Berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, Rumah Sakit mempunyai tugas yaitu:

“Memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan untuk menjalankan tugas 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;”

#### **2.2 Rekam Medis**

##### **2.2.1 Definisi Rekam Medis**

Berdasarkan Permenkes 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis Bab I Pasal 1, “ Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas

pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayan lain yang telah diberikan kepada pasien.”

### **2.2.2 Tujuan Rekam Medis**

Menurut Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II, Departemen Kesehatan Republik Indonesia (DEPKES RI, 2006), “Tujuan rekam medis adalah guna menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit”.

### **2.2.3 Kegunaan Rekam Medis**

Berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II, (DEPKES RI, 2006), “Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek:

1. Aspek Administrasi  
Suatu berkas rekam medis memiliki nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek Medis  
Suatu berkas memiliki nilai medik, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
3. Aspek Hukum  
Berkas rekam medis memiliki nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakan keadilan.
4. Aspek Keuangan  
Suatu berkas rekam medis memiliki nilai keuangan, karena isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.
5. Aspek Penelitian  
Suatu berkas rekam medis memiliki nilai penelitian, karena isinya menyangkut data informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

#### 6. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologi dan kegiatan pelayanan medis yang di berikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran di bidang profesi pendidikan kesehatan.

#### 7. Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis memiliki nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan penanggung jawab dan laporan rumah sakit.”

## 2.2. Standar Prosedur Operasional

### 2.3.1 Definisi SPO

Menurut buku yang berjudul Standart Prosedures Operating (Tambunan, 2013)

pada dasarnya :

“Pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional standart yang ada di dalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa setiap keputusan, langkah, atau tindakan, dan penggunaan fasilitas pemrosesan yang dilaksanakan oleh orang-orang di dalam suatu organisasi, telah berjalan secara efektif, konsisten, standart, dan sistematis.

Peran dan manfaat Standart Prosedur Operasional bagi organisasi SPO berperan dalam memberikan acuan terkait dengan kegiatan-kegiatan yang dijalankan dalam organisasi agar berjalan efektif, sehingga membantu organisasi untuk mencapai tujuan untuk tujuannya, baik yang bersifat jangka pendek atau jangka panjang. Sebagai rinci, peran dan manfaat SPO sebagai pedoman di dalam suatu organisasi adalah :

1. Menjadi pedoman kebijakan yang merupakan dasar bagi seluruh kegiatan organisasi, secara operasional maupun administratif.
2. Menjadi pedoman kegiatan-kegiatan organisasi, baik secara operasional maupun administratif.
3. Menjadi pedoman untuk memvalidasi langkah-langkah kegiatan dalam organisasi.
4. Menjadi pedoman terkait pengguna formulir, dokumen, blanko, dan laporan yang digunakan dalam kegiatan-kegiatan organisasi.
5. Menjadi pedoman penilaian efektifitas kegiatan organisasi.
6. Menjadi pedoman mengintegrasikan kegiatan-kegiatan organisasi, untuk membantu mencapai tujuan organisasi”.

### 2.3.2 Manfaat SPO

1. Memenuhi persyaratan pelayanan Rumah Sakit(RS)/Akreditasi RS.
2. Mendokumentasikan langkah-langkah kegiatan.
3. Memastikan Staf RS memahami bagaimana melaksanakan pekerjaan.

### 2.3.3 Isi SPO

“Menurut Panduan Penyusunan Akreditasi (2012), isi SPO terdiri dari :

- A. Pengertian  
Berisi penjelasan dan atau definisi tentang istilah yang mungkin sulit dipahami atau menyebabkan salah pengertian.
- B. Tujuan  
Berisi tujuan dan pelaksanaan SPO secara spesifik. Kata kunci : Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melaksanakan suatu tugas yang akan dicapai.
- C. Kebijakan  
Berisi beberapa kebijakan Direktur/Pimpinan RS yang menjadi dasar dibuatnya SPO tersebut. Dicantumkan kebijakan yang mendasari SPO tersebut, diikuti dengan peraturan/keputusan dari kebijakan terkait.
- D. Prosedur  
Bagian ini merupakan bagian utama yang menguraikan langkah-langkah kegiatan untuk menyelesaikan proses kerja tertentu.
- E. Unit terkait  
Berisi Unit-unit terkait dan atau prosedur terkait dalam proses kerja tersebut.”

## 2.3. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)

### 2.4.1 Definisi SNARS

Berdasarkan (KARS, 2019) :

“Akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan Rumah sakit, setelah dilakukan penilaian bahwa Rumah Sakit telah memenuhi standar Akreditasi. Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia dilaksanakan untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi. Pada Januari 2018 standar akreditasi Rumah Sakit di

Indonesia memberlakukan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1.

Standart Nasional Akreditasi Rumah Sakit mengenai retensi/penyimpanan dokumen. Terdapat pada bab 6 Menejemen Informasi dan Rekam Medik (MIRM) Standart MIRM 10 Rumah sakit mempunyai regulasi tentang retensi rekam medis.

Maksud dan tujuan MIRM 10 Rumah sakit mempunyai regulasi jangka waktu retensi rekam medis, data, dan informasi lainnya terkait pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan untuk mendukung asuhan pasien, menajemen, dokumentasi yang sah secara hukum, serta pendidikan dan penelitian. Untuk rekam medis dalam bentuk kertas dilakukan pemilahan rekam medis aktif dan rekam medis tidak aktif serta disimpan secara terpisah. Penentuan jangka waktu retensi berkas rekam medis ditentukan atas dasar nilai kegunaan tiap-tiap berkas rekam medis yang konsisten dengan kerahasiaan dan keabsahan informasi. Bila jangka waktu retensi sudah habis maka rekam medis, serta data dan informasi yang terkait dengan pasien dimusnahkan sesuai dengan perturan perundang-undangan”.

## **2.4. Retensi**

### **2.4.1 Definisi Retensi**

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2009 tentang Kearsipan pada Pasal 1 Ayat 2 yaitu : “Arsip adalah rekaman kegiatan atau peristiwa dalam berbagai bentuk dan media sesuai dengan perkembangan teknologi informasi dan komunikasi yang dibuat dan diterima oleh lembaga negara, pemerintahan daerah, lembaga pendidikan, perusahaan, organisasi kemasyarakatan, dan perseorangan dalam pelaksanaan kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara”.

Berkas Rekam Medis termasuk dalam Arsip Vital, yang di jelaskan UU RI Nomor 43 Tahun 2009 tentang Kearsipan pada pasal 1 ayat 4 yaitu : “Arsip Vital adalah Arsip yang keberadaannya merupakan persyaratan dasar bagi kelangsungan

operasional pencipta arsip, tidak dapat diperbarui, dan tidak tergantikan apabila rusak atau hilang”.

Berdasarkan Pedoman Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Indonesia Revisi II (DepKes, 2006)

“Retensi adalah suatu kegiatan pengurangan berkas rekam medis dari rak penyimpanan dengan cara :

1. Memindahkan berkas rekam medis in aktif dari rak file aktif ke rak file in aktif dengan cara memilah pada rak file 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”.

#### **2.4.2 Tujuan Retensi**

Berdasarkan Pedoman Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Indonesia Revisi II (DepKes, 2006)

“Tujuan retensi yaitu :

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 rekam medis yang bernilai guna tinggi serta mengurangi yang tidak bernilai guna/nilai guna rendah atau nilai guna menurun”.

#### **2.4.3 Rekam Medis In-aktif**

“Rekam medis in-aktif adalah yang telah disimpan minimal selama lima tahun di unit rekam medis dihitung sejak tanggal terakhir pasien tersebut dilayani secara pelayanan kesehatan atau lima tahun setelah meninggal dunia”(Notoadmodjo, 2012).

Berdasarkan Surat Edaran No.HK.00.06.1.5.01160, "rekam medis in aktif adalah naskah/berkas yang telah disimpan minimal selama 5 (lima) tahun di unit rekam medis dihitung sejak tanggal terakhir pasien tersebut dilayani pada sarana pelayanan kesehatan atau 5 (lima) tahun setelah meninggal dunia".

Berdasarkan Keputusan Kepala Arsip Nasional Republik Indonesia Nomor 03 Tahun 2000 Tentang Standar Minimal Gedung dan Ruang Penyimpanan Arsip InAktif pada Bab 6 yaitu :

“Standar Ruang Penyimpanan yaitu :

1. Luas ruang simpan arsip inaktif pada dasarnya sangat tergantung pada kondisi dan kemampuan instansi;
2. Rata-rata setiap 200 M<sup>2</sup> ruang simpan arsip dengan ketinggian 260 cm dapat menyimpan 1.000 meter lari arsip dengan menggunakan rak konvensional (rak statis, stationary stacks);
3. Penyimpanan dengan rak yang padat (compact shelving, roll o'pact, mobile stacks, rak bergerak) dapat menyimpan 1.800 meter lari arsip.”

Pada Bab 5 menjelaskan Standar Minimal Gedung Penyimpanan Arsip Inaktif :

“Tata Ruang :

1. Tata ruang gedung penyimpanan arsip inaktif pada dasarnya dapat dibagi 2 (dua), yaitu : ruangan kerja dan ruangan penyimpanan arsip inaktif;
2. Ruangan kerja merupakan ruangan yang digunakan untuk kegiatan menerima arsip yang baru dipindahkan, membaca arsip inaktif, mengolah arsip inaktif, memusnahkan arsip yang tidak bernilai guna, ruang fumigasi dan ruangan-ruangan lain yang digunakan untuk bekerja;
3. Tata ruang ruangan kerja disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan instansi, namun tetap memperhatikan fungsi-fungsi kegiatan
4. Ruang penyimpanan arsip inaktif digunakan khusus untuk menyimpan arsip sesuai dengan tipe dan medianya yang suatu saat akan dimusnahkan;

5. Apabila fasilitas proteksi arsip vital dan arsip permanen suatu instansi berada di gedung penyimpanan arsip inaktif, maka ruang penyimpanan didesain khusus yang tahan api dan memiliki suhu serta kelembaban.
6. Arsip-arsip bentuk khusus seperti : Foto, film, video, rekaman suara, dan media simpan arsip elektronik dapat disimpan di ruangan.
7. Kecuali ruangan kerja dan ruang penyimpanan arsip inaktif dimungkinkan adanya ruangan-ruangan lain seperti cafetaria, toilet, mushola, untuk memberi kenyamanan bagi pengguna arsip. Fasilitas semacam ini sangat tergantung dari kemampuan instansi;
8. Beberapa variasi tentang tata ruang dapat dilihat dalam lampiran”.

## **2.5 Jadwal Retensi Arsip (JRA)**

### **2.5.1 Definisi JRA**

Berdasarkan Pedoman Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Indonesia Revisi II (DepKes, 2006),”Jadwal retensi arsip merupakan daftar yang berisikan daftar formulir rekam medis yang akan disimpan dan jangka waktu penyimpanannya sesuai dengan kegunaannya yang wajib dimiliki oleh setiap badan pemerintah sebagai pedoman dalam penyusutan berkas rekam medis. Penentuan jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis ditentukan atas dasar nilai kegunaan tiap-tiap berkas rekam medis”.



Tabel 2.1 Jadwal Retensi Rekam Medis berdasarkan Kelompok Penyakit

No	Kelompok Umum& Khusus	Aktif		Inaktif	
		R. Jalan	R.Inap	R.Jalan	R.Inap
1	Umum	5	5	2	2
2	Mata	5	10	2	2
3	Jiwa	10	5	5	5
4	Orthopedi	10	10	2	2
5	Kusta	15	15	2	2
6	Ketergantungan Obat	15	15	2	2
7	Jantung	10	10	2	2
8	Paru	5	10	2	2
9	Anak	Menurut Kebutuhan			

Sumber: Dirjen Pelayanan Medik 1995

### 2.5.2 Pemusnahan Berkas Rekam Medis

Berdasarkan Pedoman Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit

Indonesia Revisi II (DepKes, 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 lagi dikenal lagi isi maupun bentuknya.

Ketentuan pemusnahan rekam medis :

1. Dibentuk tim pemusnah arsip rekam medis dengan surat keputusan direktur yang beranggotakan sekurang-kurangnya dari : Ketata Usahaan, Unit penyelenggaraan Rekam Medis, Unit Pelayanan dan Komite Medik.
2. Rekam Medis mempunyai nilai guna tertentu tidak dimusnahkan tetapi disimpan dalam jangka waktu tertentu.
3. Membuat pertelaan arsip bagi rekam medis aktif yang telah dinilai.

4. Daftar pertelaan arsip rekam medis akan dimusnahkan oleh tim pemusnah, dilaporkan kepada Direktur Rumah Sakit dan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI.
5. Berita acara pelaksanaan pemusnahan dikirim kepada pemilik rumah sakit dan kepada Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI”.

Tabel 2.2Daftar Pertelaan Rekam Medis

No	Nomor Rekam Medis	Nama Pasien	Diagnosa Akhir	Tahun Terakhir Dilayani	Keterangan
1	2	3	4	5	6

Sumber : Departemen Kesehatan1997

Petunjuk Pengisian Daftar Pertelaan Rekam Medis :

1. Nomor : Nomor Urut
2. Nomor Rekam Medis :Nomor Rekam Medis yang akan dimusnahkan
3. Nama Pasien : Nama pasien yang tertera pada berkas Rekam Medis
4. Diagnosa Terakhir : Diagnosa penyakit pasien pada saat terakhir dilayani diunit pelayanan rumah sakit
5. Tahun Terakhir : Tahun terakhir pelayanan pasien diunit rumah sakit
6. Keterangan : Diisi Menurut kebutuhan informasi

### 2.5.3 Pembuatan Berita Acara

Tim pemusnah yang membuat berita acara pemusnahan yang ditandatangani oleh ketua dan sekretaris dan diketahui oleh direktur

BERITA ACARA PEMUSNAHAN ARSIP	
Pada hari ini.....	
Yang bertanda tangan dibawah ini:	
1.....	
2.....	
Telah melakukan pemusnahan arsip dengan cara ..... terhadap.....	
Sebagaimana tercantum pada daftar pertelaan yang telah dimusnahkan (DPTM).Terlampir pada berita acara pemusnahan ini.	
selanjutnya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa.....	
tersebut diatas telah dimusnahkandengan sempurna, sehingga tidak dapat dikenali lagi identitas baik isi maupun bentuknya.	
Demikian berita acara pemusnahan ini dalam rangkap 3 (tiga)dengan pembagian sebagai berikut :	
- Lembar ke 1.....	
- Lembar ke 2.....	
- Lembar ke 3.....	
.....20...	
Mengetahui menyetujui	ttd.....
.....	ttd.....

Gambar 2.1 Berita acara menurut Surat Edaran.Direktur Jenderal pelayanan medik1995 Nomor HK.00.1.5.01160.

### 2.5.4 Cara Retensi

“Pelaksanaan penyusutan Berkas Rekam Medis In aktif :

#### 1. Pemilahan dan Pemindahan

Pemilahan dan pemindahan rekam medis aktif ke in aktif dilakukan untuk mengurangi beban tempat penyimpanan rekam medis yang masih aktif. Pemilahan rekam medis in aktif berdasarkan periode 5 tahun dengan cara melihat tahun kunjungan terakhir pasien tersebut berobat. Pemilahan dan pemindahan ini dilakukan oleh staf rekam medis.

2. Penilaian

Penilaian BRM yaitu memisahkan BRM yang memiliki lembar berguna yang bernilai guna seperti ahli hukum. Seperti yang ada pada Surat Edaran Dirjen Yanmed, menilai rekam medis in aktif yang bernilai guna yaitu nilai primer (*administrasion, legal, financial, research, education, dokumentasi*). Dan nilai sekunder (pembuktian dan sejarah).

3. Pengalih media

Pengalih media rekam medis adalah proses ahli media dari data hardcopy ke softcopy (digital). Sehingga data dokumen dalam format digital diharapkan dapat meningkatkan kinerja di lingkungan instansi yang terlibat langsung dalam penggunaandokumen, baik dalam pencarian data maupun untun update.

4. Pemusnahan

Dalam pelaksanaa pemusnahan rekam medis in aktif, di musnakan dengan cara di cacah atau pun di lebur menjadi bubuk” (Menurut Ali Sabela Hasibuan 2016).

Berdasarkan Undang-Undang (UU) Republik Indonesia (RI) Nomor 19 Tahun 2016 Tentang perubahan atas UU No 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik pada pasal 1 ayat 4 yaitu :

“Dokumen Elektronik adalah setiap Informasi Elektronik yang dibuat, diteruskan, dikirimkan, diterima, atau disimpan dalam bentuk analog, digital, elektromagnetik, optikal, atau sejenisnya, yang dapat dilihat, ditampilkan, dan/atau didengar melalui Komputer atau Sistem Elektronik, termasuk tetapi tidak terbatas pada tulisan, suara, gambar, peta, rancangan, foto atau sejenisnya, huruf, tanda, angka, Kode Akses, simbol atau perforasi yang memiliki makna atau arti atau dapat dipahami oleh orang yang mampu memahaminya.”