

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rekam Medis

2.1.1 Pengertian Berkas Rekam Medis

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (PERMENKES No.269/MENKES/PER/III/2008).

2.1.2 Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Dengan adanya tertib administrasi ini, merupakan salah satu faktor yang menentukan dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dapat diraih atau dicapai apabila didukung oleh suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar (Depkes, 2006).

2.1.3 Kegunaan Rekam Medis

Menurut Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Departemen Kesehatan RI (1997:7) kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain :

1. Aspek administrasi : tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedik dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek hukum : masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan,

dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

3. Aspek medis : catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
4. Aspek keuangan : data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.
5. Aspek penelitian : data dan informasi yang dapat di pergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.
6. Aspek Pendidikan : data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelyanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran di bidang profesi pendidikan kesehatan.
7. Aspek Dokumentasi : sumber ingatan yang harus di dokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit.

2.2 Pemusnahan Berkas Rekam Medis

Menurut PERMENKES No.269/MENKES/PER/III/2008 bab IV tentang rekam medis penyimpanan, pemusnahan dan kerahasiaan meliputi :

1. Rekam medis pasien di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.
2. Setelah batasan waktu 5 (lima) tahun dilampaui berkas rekam medis

dapat dimusnahkan kecuali ringkasan pulang dari persetujuan tindakan medis.

3. Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis harus disimpan untuk jangka waktu 10(sepuluh) tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.
4. Penyimpanan rekam medis dan ringkasan pulang dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan.
5. 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. Setelah batas waktu 2 (dua) tahun rekam medis dapat dimusnahkan.
7. Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.
8. Informasi tentang identitas, diagnosa, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal :
 - a) Untuk kepentingan kesehatan pasien.
 - b) Memenuhi permintaan penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan.
 - c) Permintaan dan persetujuan pasien sendiri.
 - d) Permintaan institusi atau lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan
9. Untuk kepentingan penelitian, pendidikan dan audit medis, sepanjang tidak

menyebutkan identitas pasien.

10. Permintaan rekam medis harus dilakukan secara tertulis kepada pemimpin sarana pelayanankesehatan.
11. Penjelasan tentang isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter atau dokter gigi yangmerawat pasien dengan izin tertulis pasien atau berdasarkan peraturan perundang-undangan.
12. Pimpinan sarana pelayanan kesehatan dapat menjelaskan isi rekam medis secara tertulis ataulangsung kepada pemohon tanpa izin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan.

2.3 Tata Cara Pemusnahan Arsip Rekam Medis

2.3.1 Jadwal Retensi Arsip Rekam Medis

Menurut surat edaran Dirjen Pelayanan Medik Nomor HK.00.06.1.501160 tertanggal 21 Maret 1995 tentang petunjuk teknis pengadaan formulir rekam medis di rumah sakit, untuk pertama kalinya sebelum melakukan proses pemusnahan harus terlebih dahulu ditetapkan jadwal retensi arsip rekam medis dengan rincian sebagai berikut :

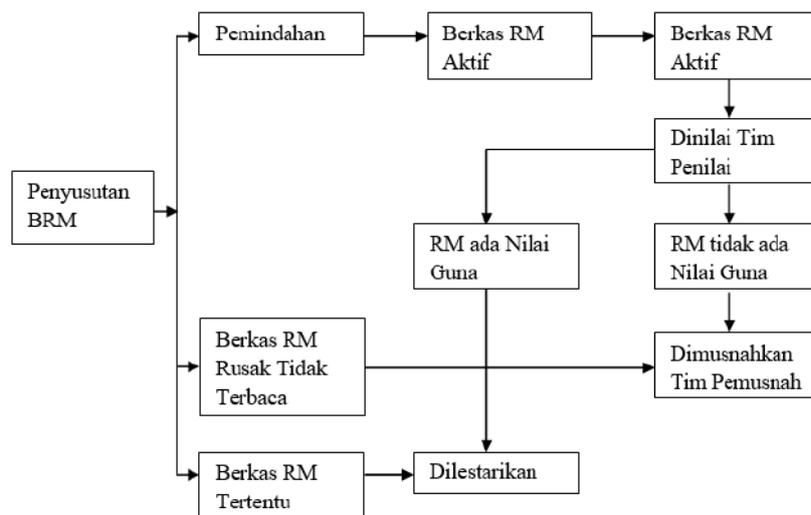
Tabel 2.1Jadwal Retensi Arsip Rekam Medis

No.	Kelompok	Aktif		Non-Aktif	
		RJ	RI	RJ	RI
1.	Umum	5 th	5 th	2 th	2 th
2.	Mata	5 th	10 th	2 th	2 th
3.	Jiwa	10 th	5 th	5 th	5 th
4.	Orthopaedi	10 th	10 th	2 th	2 th
5.	Kusta	16 th	15 th	2 th	2 th
6.	Ketergantungan Obat	15 th	15 th	2 th	2 th
7.	Jantung	10 th	10 th	2 th	2 th
8.	Paru	5 th	10 th	2 th	2 th

Sedangkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No.269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis Bab IV Pasal 8 menyebutkan bahwa rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 tahun dihitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan. Setelah batas waktu 5 tahun dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis harus disimpan dalam jangka waktu 10 tahun dihitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.

2.3.2 Program Retensi dan Pemusnahan Dokumen Rekam Medis Non-Aktif

Alur Proses Pemusnahan



Gambar 2.1 Alur Proses Pemusnahan Berkas Rekam Medis

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 isi maupun bentuknya.

2.4 SPO Pemusnahan Berkas Rekam Medis Non-Aktif

Pelaksanaan prosedur pemusnahan Berkas Rekam Medis non-aktif terdiri dari :

1. Pembentukan tim pemusnahan yang terdiri dari komite rekam medis sebagai ketua, kepala rekam medis sebagai sekretaris, tata usaha dengan beranggotakan petugas *filling* dan tenaga lainnya yang terkait berdasarkan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit.
2. Tim pemusnah membuat daftar pertelaan dokumen rekam medis non-aktif yang akan dimusnahkan yang berisi nomor rekam medis, tahun terakhir kunjungan, jangka waktupenyimpanan dan diagnosis terakhir.

Tabel 2.2 Daftar Pertelaan Berkas Rekam Medis Non-Aktif

No.	Nomor Rekam Medis	Tahun	Jangka Waktu Penyimpanan	Diagnosa Akhir
1.				

3. Alih mediakan dokumen bernilai guna ke dalam bentuk file gambar dengan menggunakan *scanner*
4. Pelaksanaan pemusnahan dokumen rekam medis :
 - a. Dibakar dengan menggunakan *incenerator* atau dibakar biasa
 - b. Dicacah dibuat menjadi bubuk
 - c. Dilakukan oleh pihak ketiga dengan disaksikan oleh tim pemusnah.
5. Tim pemusnah membuat berita acara pemusnahan pada saat pemusnahan berlangsung yang ditandatangani oleh ketua tim pemusnah dan sekretaris tim pemusnah yang diketahui oleh direktur rumah sakit.

6. Berita acara pemusnahan rekam medis, yang asli disimpan di rumah sakit, lembar ke 2 dikirim kepada pemilik rumah sakit (rumah sakit, vertikal kepala Dirjen pelayanan medis).

Khusus untuk dokumen rekam medis yang sudah rusak atau tidak terbaca dapat langsung dimusnahkan dengan terlebih dahulu membuat pernyataan diatas kertas bersegel yang ditandatangani oleh direktur yang isinya menyatakan bahwa dokumen rekam medis sudah tidak dapat dibaca sama sekali sehingga dapat dimusnahkan.