

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang RI (2009) Nomor 44 pasal 1 Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan meliputi *promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif*.

Berdasarkan Permenkes No. 56/MENKES/PER/III/2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit, menyatakan bahwa “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”.

2.1.1 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia (2009) tentang rumah sakit, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit umum mempunyai fungsi yaitu :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.

- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta pengaplikasian teknologi dalam bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.2 Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2014) Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus. Rumah Sakit Umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah Sakit Khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan Rumah Sakit.

Klasifikasi Rumah Sakit umum terdiri atas :

- a. Rumah Sakit umum kelas A;
- b. Rumah Sakit umum kelas B;
- c. Rumah Sakit umum kelas C;
- d. Rumah Sakit umum kelas D;

Klasifikasi Rumah Sakit khusus terdiri atas :

- a. Rumah Sakit khusus kelas A;
- b. Rumah Sakit khusus kelas B;

- c. Rumah Sakit khusus kelas C.

2.1.3 Rumah Sakit Kelas D

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI (2014) Tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama, Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam pemberian pelayanan kesehatan dalam rangka peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Untuk memenuhi ketersediaan rumah sakit dalam rangka peningkatan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama masyarakat miskin dan tidak mampu di daerah terpencil, perbatasan, kepulauan, dan tertinggal, serta daerah yang belum tersedia rumah sakit atau rumah sakit yang telah ada sulit dijangkau akibat kondisi geografis, perlu dibentuk Rumah Sakit Kelas D Pratama.

Rumah Sakit Kelas D Pratama adalah rumah sakit umum yang hanya menyediakan pelayanan perawatan kelas 3 (tiga) untuk peningkatan akses bagi masyarakat dalam rangka menjamin upaya pelayanan kesehatan perorangan yang memberikan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, serta pelayanan penunjang lainnya. Rumah sakit yang termasuk tipe D ini hanya sebagai rumah sakit sementara atau transisi. Biasanya, jika pasien yang awalnya melakukan pemeriksaan di puskesmas kemudian dirujuk ke rumah sakit tipe D. Namun, jika dilihat pasien membutuhkan penanganan yang lebih lanjut, maka rumah sakit tipe D ini akan membuat surat rujukan ke faskes yang lebih tinggi (Aufi Ramadhania Pasha, 2020).

Rumah Sakit Kelas D Pratama dapat didirikan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta. Rumah Sakit Kelas D Pratama paling sedikit menyelenggarakan:

- a. Pelayanan medik umum;
- b. Pelayanan gawat darurat;
- c. Pelayanan keperawatan;
- d. Pelayanan laboratorium pratama;
- e. Pelayanan radiologi; dan
- f. Pelayanan farmasi.

Selain pelayanan medik umum, Rumah Sakit Kelas D Pratama dapat memberikan pelayanan medik spesialisik dasar. Pelayanan medik spesialisik dasar dapat diberikan oleh dokter spesialis, residen tahap mandiri, atau dokter dengan kewenangan tambahan tertentu sesuai dengan kebutuhan pelayanan medik spesialisik dasar meliputi:

- a. Pelayanan kebidanan dan kandungan;
- b. Pelayanan kesehatan anak;
- c. Pelayanan penyakit dalam;
- d. Pelayanan bedah.

Rumah Sakit Kelas D Pratama dapat digunakan sebagai tempat penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan. Rumah Sakit Kelas D Pratama yang menyelenggarakan penelitian dan pengembangan dapat bekerja sama dengan institusi penelitian, atau lembaga penelitian kesehatan masyarakat yang kompeten, dan dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah Sakit

Kelas D Pratama wajib melakukan pencatatan dan pelaporan semua kegiatan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam bentuk sistem informasi manajemen rumah sakit. Pencatatan dan pelaporan dilaksanakan sesuai ketentuan pencatatan dan pelaporan Rumah Sakit yang ditetapkan Menteri.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Definisi Rekam Medis

Menurut pedoman penyelenggaraan dan prosedur rekam medis rumah sakit di Indonesia revisi II, Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik tahun (2006) Rekam medis disini diartikan sebagai “ keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamneses, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat”.

Sesuai dengan penjelasan pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran, yang dimaksud “rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien”.

Rekam medis dalam artian sederhana hanya merupakan catatan dan dokumen yang berisi tentang kondisi keadaan pasien, tetapi jika dikaji lebih mendalam rekam medis mempunyai makna yang lebih kompleks tidak hanya catatan biasa, karena didalam catatan tersebut sudah tercemin segala informasi menyangkut seorang pasien yang akan dijadikan dasar didalam menentukan

tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lainnya yang diberikan kepada seorang pasien yang datang ke rumah sakit.

Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan akan tetapi mempunyai pengertian sebagai satu sistem penyelenggaraan suatu instalasi/unit kegiatan. Sedangkan kegiatan pencatatannya sendiri hanya merupakan salah satu bentuk kegiatan yang tercantum didalam uraian tugas (*job description*) pada unit/instalasi rekam medis.

Rekam Medis menurut Sudra (2013), adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen yang berisi identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Dokumen rekam medis harus disimpan sesuai dengan peraturan yang ada. Untuk sarana pelayanan kesehatan dirumah sakit, rekam medis pasien rawat inap harus disimpan sekurang-kurangnya 5 tahun sejak pasien berobat terakhir atau pulang dari berobat di rumah sakit. Setelah 5 tahun, rekam medis dapat dimusnahkan kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik(Lutfia, 2015).

2.2.2 Tujuan Rekam Medis

Menurut pedoman penyelenggaraan dan prosedur rekam medis rumah sakit di Indonesia revisi II, Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2006:13) tujuan rekam medis adalah guna menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2.2.3 Kegunaan Rekam medis

Kegunaan rekam medis menurut Departemen Kesehatan RI(2006:13) dapat dilihat dari beberapa aspek yaitu sebagai berikut :

1. Aspek Administrasi
Didalam berkas rekam medis mempunyai nilai administratif 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 kendali biaya.
3. Aspek Hukum
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan 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.
5. Aspek Penelitian
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.
6. Aspek Pendidikan
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi sesuai profesi pemakai.
7. Aspek Dokumentasi
Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

Dengan melihat dari beberapa aspek tersebut diatas, rekam medis mempunyai kegunaan yang sangat luas dan penting, karena tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi pelayanan saja. Tidak hanya rekam

medis saja yang mempunyai nilai penting retensi/penyusutan juga sama memiliki nilai pentingnya juga.

2.3 Sistem Penyimpanan Rekam Medis

Menurut Departemen Kesehatan RI (2006), Ada dua cara pengurusan penyimpanan dalam penyelenggaraan rekam medis, yaitu :

1. Sentralisasi

Sentralisasi ini diartikan penyimpanan rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan – catatan kunjungan poliklinik maupun catatan – catatan selama seorang pasien dirawat. Sistem ini disamping banyak kebaikannya dan kekurangannya.

Kebaikannya :

- a. Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis.
- b. Mengurangi jumlah biaya yang dipergunakan untuk peralatan dan ruangan.
- c. Tata kerja dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah di standarisasikan.
- d. Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan.
- e. Mudah merapikan sistem unit record.

Kekurangannya :

- a. Petugas menjadi lebih sibuk, karena harus menangani unit rawat jalan dan unit rawat inap.
- b. Tempat penerimaan pasien harus bertugas selama 4 jam.

2. Desentralisasi

Dengan cara desentralisasi terjadi pemisahan antara rekam medis poliklinik dengan rekam medis penderita dirawat. Rekam poliklinik dengan rekam medis penderita dirawat. Rekam medis poliklinik disimpan disatu tempat penyimpanan, sedangkan rekam medis penderita dirawat disimpan di bagian pencatatan medis.

Kebaikannya :

- a. Efisiensi waktu, sehingga pasien mendapat pelayanan lebih cepat.
- b. Beban kerja yang dilaksanakan petugas lebih ringan.

Kekurangannya :

- a. Terjadi duplikasi dalam pembuatan rekam medis.
- b. Biaya yang diperlukan untuk peralatan dan ruangan lebih banyak.

Secara teori cara sentralisasi lebih baik daripada cara desentralisasi. Tetapi pada pelaksanaannya sangat tergantung pada situasi dan kondisi masing – masing rumah sakit.

Hal-hal yang mempengaruhi yang berkaitan dengan situasi dan kondisi tersebut antara lain :

1. Karena terbatasnya tenaga yang terampil, khususnya yang menangani pengelolaan rekam medis.
2. Kemampuan dana rumah sakit terutama rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah daerah.

2.4 Pemusnahan Rekam Medis

Dalam hal ini Departemen kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik tahun (2006) menerbitkan edaran tentang pelaksanaan 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 (Dimas Satrio, 2017).

Berkas rekam medis harus disimpan sesuai dengan peraturan yang ada. Untuk sarana pelayanan kesehatan rumah sakit, berkas rekam medis rawat inap harus disimpan sekurang-kurangnya lima tahun sejak pasien terakhir berobat atau pulang dari rumah sakit. Setelah lima tahun berkas rekam medis dimusnahkan

kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis. Berkas rekam medis dirak penyimpanan tidak selamanya akan disimpan. Hal ini karena jumlah berkas rekam medis selalu bertambah sehingga ruang penyimpanan akan penuh dan tidak mecukupi lagi untuk berkas rekam medis yang baru (Ary Syahputra, 2018).

Pemusnahan rekam medis merupakan salah satu upaya yang dilakukan oleh pihak Rumah sakit dengan tujuan mengurangi penumpukan berkas rekam medis di tempat rak penyimpanan (Marta Simanjuntak, 2017). Berdasarkan Surat Edaran Direktorat Jenderal 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 :

1. Pembuatan tim pemusnah dari unsur rekam medis dan tata usaha dengan SK Direktur Rumah Sakit
2. Tim membuat daftar pertelaah pemusnahan arsip
3. Pelaksanaan pemusnahan dengan cara :
 - a. Dibakar menggunakan *incinerator* atau dibakar biasa.
 - b. Dicacah, dibuat bubur.
 - c. Pihak ketiga disaksikan tim pemusnah.
4. Tim pemusnah membuat berita acara pemusnahan yang ditandatangani oleh ketua dan sekretaris dan diketahui oleh direktur rumah sakit.
5. Berita acara pemusnahan rekam medis yang asli disimpan dirumah sakit. Lembar kedua dikirim kepada pemilik rumah sakit.

6. Khusus untuk rekam medis yang sudah rusak/tidak terbaca dapat langsung dimusnahkan dengan terlebih dahulu membuat pernyataan diatas kertas segel oleh Direktur rumah sakit.

2.5 Standar Prosedur Operasional

Standard Operating Procedure (SOP), istilah ini lazim digunakannamunbukan merupakan istilah baku di Indonesia. Standar Prosedur Operasional (SPO), istilah ini digunakan di Undang- undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran danUndang-undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. Standar Operasi Prosedur (SPO) merupakan suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah yang dibakukan untukmenyelesaikan proses kerja rutin tertentu.

Tujuan penyusunan SPO adalah agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten atau seragam dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku. Selain itu manfaat dari SPO sendiri adalah untuk memenuhi persyaratan standar pelayanan rumah sakit atau akreditasi rumah sakit, mendokumentasi langkah-langkah kegiatan, dan memastikan staf rumah saki tmemahami tentang bagaimana tata cara melaksanakan pekerjaannya (KARS, 2012).

2.6 Panduan Retensi dan Pemusnahan Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Dr. Oepomo Surabaya 2018

1. Retensi rekam medis adalah suatu kegiatan pengurangan arsip dari rak penyimpanan dengan cara memindahkan arsip rekam medis in aktif dari rak

aktif ke rak in aktif dengan cara memilah pada rak penyimpanan berdasarkan tahun kunjungan terakhir.

2. Pemusnahan rekam medis adalah proses penghancuran formulir – formulir yang terdapat di dalam berkas RM yang sudah tidak mengandung nilai guna.
3. Penyisiran dokumen rekam medis adalah suatu kegiatan pengawasan rutin terhadap kemungkinan kesalahan letak RM dan mengembalikannya pada letaknya sesuai dengan sistem peajaran yang digunakan. Ketika kegiatan ini dilakukan, bersamaan itu pula dilakukan pencatatan DRM yang sudah saatnya diretensi.
4. Latar belakang penyusutan dan pemusnahan rekam medis :
 - a. Terbatasnya ruang penyimpanan berkas RM
 - b. Terbatasnya rak penyimpanan berkas RM
 - c. Kurangnya tenaga kusus untuk pemeliharaan /pengelolaan berkas RM in-aktif
 - d. Adanya rasa kekhawatiran akan kehilangan informasi medis – kesehatan (penyusutan dan pemusnahan berkas RM)
 - e. Adanya rasa was – was (Aspek Hukum)
5. Daftar pertelaah rekam medis adalah daftar rekam medis yang telah melewati batas penyimpanan, bernilai guna dan tidak bernilai guna untuk selanjutnya dimusnahkan sesuai peraturan yang berlaku.
6. Berdasarkan Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis BAB IV bahwa rekam rawat inap dirumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untunk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan. Setelah batas waktu 5

(lima) tahun dilampaui rekam medis dapat dimusnahkan kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis. Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis harus disimpan jangka waktu 10 tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.

2.6.1 Tata Laksana

Sebelum melakukan retensi perlu disusun jadwal retensi, berdasarkan surat edaran direktorat jendral pelayanan medik No. : HK.00.06.1.5.01160 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit, jadwal rekam medis tersebut sebagai berikut:

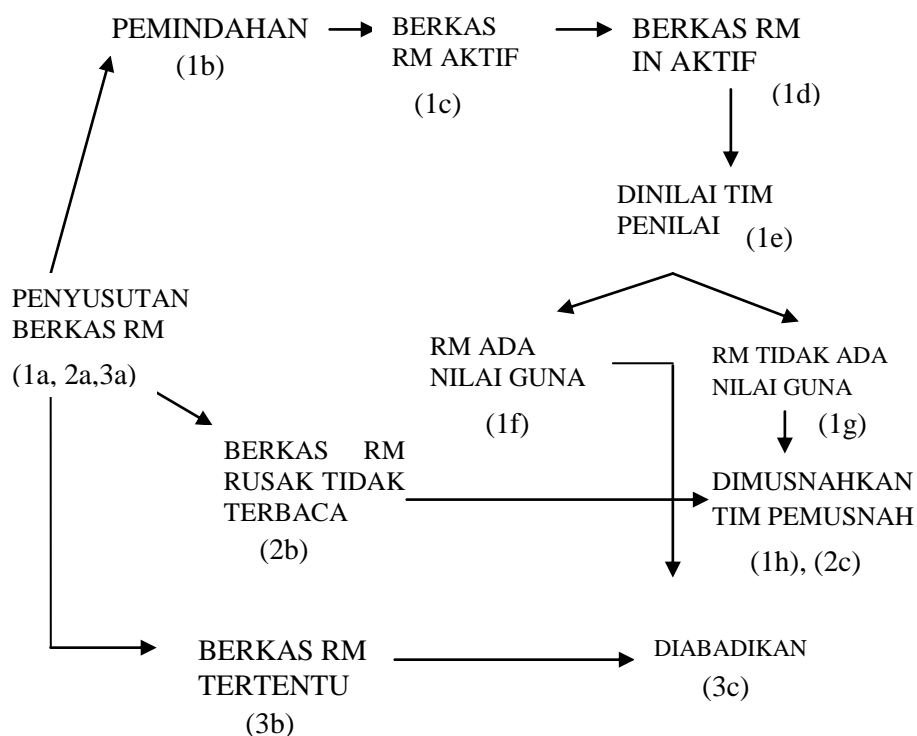
Tabel 2.1 Jadwal Retensi menurut buku Panduan Retensi dan Pemusnahan Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Dr. Oepomo Surabaya 2018

No.	Kelompok	Aktif		Inaktif	
		Rawat jalan	Rawat inap	Rawat jalan	Rawat 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.	Orthopedi	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

Selain itu, sesuai dengan kebutuhan rumah-sakit atau sarana pelayanan kesehatan yang bersangkutan dapat pula membuat ketentuan lain untuk kepentingan : (a) riset dan edukasi, (b) kasus-kasus terlibat hukum (legal aspek) minimal 23 tahun setelah ada ketetapan hukum, (c) Perkosaan, (d) HIV, (e)

penyesuaian kelamin, (f) pasien orang asing, (g) kasus adopsi, (h) bayi tabung, (i) cangkok organ, (j) plastik rekontruksi.

Secara skematis dapat digambarkan urutan kegiatannya sebagai berikut :



Gambar 2. 1 Alur Retensi/pemusnahan Rekam Medis

Berdasarkan urutan kegiatan retensi/pemusnahan dari gambar 2.1 diatas dapat dijelaskan bahwa :

1. Penyusutan berkas rekam medis yaitu suatu kegiatan memisahkan antara berkas rekam medis yang masih aktif dan yang non aktif atau in-aktif.
2. Pemindahan berkas rekam medis aktif menjadi berkas rekam medis inaktif adalah :
 - a. Dilihat dari tanggal kunjungan terakhir
 - b. Setelah 5 (lima) tahun dari kunjungan terakhir tersebut berkas dipisahkan di ruang lain/terpisah dari berkas rekam medis aktif.

- c. Berkas rekam medis inaktif dikelompokkan sesuai dengan tahun terakhir kunjungan.
3. Berkas rekam medis aktif adalah berkas rekam medis yang masih diperlukan untuk pelayanan pasien karena frekuensi kunjungan pasien masih berlangsung secara berkelanjutan sehingga berkas rekam medis harus selalu tersedia dalam rak penyimpanan maksimal 5 (lima) tahun terhitung sejak tanggal terakhir pasien berobat.
 4. Berkas rekam medis inaktif adalah berkas rekam medis yang sudah tidak diperlukan lagi dalam pelayanan pasien yang bersangkutan selama masa yang tercantum pada JRA (Jadwal Retensi Arsip).
 5. Penilaian nilai guna rekam medis :

Penilaian nilai guna rekam medis yaitu suatu kegiatan penilaian terhadap formulir rekam medis yang masih perlu diabadikan atau sudah boleh dimusnahkan. Penilaian nilai guna ini dilakukan oleh Tim Pemusnah DRM yang ditetapkan oleh direktur rumah-sakit atau pimpinan sarana pelayanan kesehatan. Tim Pemusnah DRM mempunyai tugas membantu direktur rumah sakit dalam penyelenggaraan pemusnahan rekam medis dengan memperhatikan nilai guna sesuai peraturan yang berlaku. Tim tersebut terdiri dari : Komite Rekam Medis atau Komite Medis sebagai ketua, petugas rekam medis senior sebagai sekretaris, dengan beranggotakan dari unsur tata usaha, perawat senior dan tenaga lain yang terkait.

6. Tata cara penilaian formulir rekam medis : berkas rekam medis yang dinilai adalah berkas rekam medis yang telah 2 tahun inaktif. Indikator yang digunakan untuk menilai berkas rekam medis inaktif yaitu :
 - a. Seringnya rekam medis digunakan untuk pendidikan dan penelitian
 - b. Mempunyai nilai guna primer yaitu :
 - 1) Administrasi,
 - 2) Hukum,
 - 3) Keuangan,
 - 4) Iptek.
 - c. Mempunyai nilai guna sekunder yaitu : pembuktian dan sejarah.
7. Tata cara pemusnahan
 - a. Pembentukan tim pemusnah dari unsur rekam medis dan tata usaha dengan SK Direktur RS.
 - b. Tim pembuat pertelaan
 - c. Pelaksanaan pemusnahan :
 - 1) Dibakar : menggunakan incinerator/dibakar biasa
 - 2) Dicacah, dibuat bubur
 - 3) Pihak ke III disaksikan tim pemusnah
 - d. Tim pemusnah membuat berita acara pemusnahan yang ditandatangani ketua dan sekretaris dan diketahui Direktur Rumah Sakit.
 - e. Berita acara pemusnahan rekam medis, yang asli disimpan rumah sakit, lembar ke 2 (dua) dikirim kepada pemilik rumah sakit (rumah sakit, vertical kepada direktorat jenderal pelayanan medik).

f. Khusus untuk arsip rekam medis yang sudah rusak/tidak terbaca dapat langsung dimusnahkan dengan terlebih dahulu membuat pernyataan diatas oleh kertas segel oleh Direktur Rumah Sakit.

Pelaksanaan pemusnahan melalui prosedur sesuai dengan point c.

8. Berkas rekam medis yang Diabadikan dilakukan dengan cara merekam berkas yang diabadikan kedalam *microfilm*.

Dokumen rekam medis yang disimpan sebagai dokumen rekam medis non aktif dibuat daftar sebagai berikut:

Tabel 2.2 Contoh Daftar Pertelaah Rekam Medis Inaktif yang Akan Dimusnahkan

No.	No. RM Pasien	Diagnosa Akhir	Tahun terakhir kunj./Berobat	Jangka Waktu Penyimpanan

2.7 Ruang penyimpanan berkas rekam medis

Ruang penyimpanan berkas rekam medis yaitu ruangan yang menyimpan berkas rekam medis pasien yang telah selesai berobat di rumah sakit. Di ruang penyimpanan berkas rekam medis petugas rekam medis bertanggung jawab penuh terhadap kelengkapan dan penyediaan berkas yang sewaktu-waktu dapat dibutuhkan oleh rumah sakit, petugas harus menjaga supaya berkas tersebut tersimpan dan tertata dengan baik dan terlindung dari kemungkinan pencurian berkas atau pembocoran berkas rekam medis (Depkes, 1991).

Ruang penyimpanan berkas rekam medis inaktif digunakan khusus untuk menyimpan berkas rekam medis inaktif. Berkas rekam medis inaktif disusun

sesuai dengan urutan nomor rekam medis dan sesuai dengan jangka waktu penyimpanan yang telah ditentukan oleh pihak rumah sakit.