

BAB 2

LANDASAN TEORI

2.1 Rekam Medis

2.1.1 Pengertian Rekam Medis

Menurut UU Praktik Kedokteran dalam penjelasan pasal 46 ayat (1) yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Pengertian rekam medis diperkuat melalui Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 269/2008 bahwa jenis data rekam medis dapat berupa teks (baik terstruktur maupun naratif), gambar digital (jika sudah menerapkan radiologi digital), suara (misalnya suara jantung), video maupun yang berupa biosignal seperti rekaman Elektrokardiogram (EKG).

Rekam medis mempunyai peran yang sangat penting yang menyangkut informasi keadaan pasien sehingga harus terjamin kerahasiaannya. Dengan pelaksanaan rekam medis yang baik, tentunya akan menunjang terselenggaranya upaya peningkatan pelayanan kepada masyarakat.

Untuk menghasilkan rekam medis yang baik dan dapat dipertanggung jawabkan maka diperlukan perekam medis yang berkompeten karena rekam medis memegang peranan penting dalam penyediaan informasi pasien.

Petugas rekam medis harus bisa berkomunikasi efektif dengan pasien dan tenaga medis lainnya. Selain itu petugas rekam medis dituntut untuk mampu

berkolaborasi dengan dokter, perawat, dan tenaga medis lainnya agar mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan secara tepat dan akurat.

2.1.2 Aspek dan Kegunaan Rekam Medis

Selain menunjang administrasi dalam rangka meningkatkan pelayanan di instansi pelayanan dan sebagai dasar dalam menetapkan diagnosa dan merencanakan Tindakan, perawatan, pengobatan terhadap pasien, rekam medis mempunyai beberapa aspek yang dikenal dengan ALFRED yang meliputi :

1. Adimnistration (aspek Administrasi)

Dimana didalamnya menyangkut Tindakan dan tanggung jawab tenaga medis dalam memberikan pelayanan.

2. Legal (aspek Hukum)

Dimana di dalam rekam medis mempunyai niali hukun dan bisa membantu baik pasien maupun instansi pelayanan jika terjadi sesuatu yang penanganannya memerlukan proses hukum dalam rangka atas dasar keadilan.

3. Financial (aspek Keuangan)

Dalam rekam medis mempunyai nilai keuangan dalam artian dokumen rekam medis merupakan berkas yang dapat digunakan untuk menetapkan suatu biaya pelayanan yang diterima oleh pasien

4. Riset (aspek Penelitian)

Dalam rekam medis, isinya merupakan data dan informasi yang bisa digunakan dalam penelitian atau mengembangkan penelitian.

5. Education (aspek Pendidikan)

Dalam dokumentasi rekam medis dapat digunakan data dan informasi yang update sebagai bahan pengajaran.

6. Documentation (aspek Dokumentasi)

Dalam rekam medis mengandung data/informasi yang berfungsi sebagai ingatan atau laporan yang nantinya dapat dipertanggung jawabkan oleh pihak instansi pelayanan Kesehatan.

2.1.3 Tujuan Rekam Medis Pasien

Dalam buku Gemala Hatta (2013:80-81), menurut Dick, Steen, dan Detmer mengemukakan ada 2 tujuan rekam medis pasien yang terdiri dari tujuan rekam medis primer dan sekunder.

Tujuan utama (primer) rekam medis terbagi menjadi 5 (lima) kepentingan yaitu:

1. Bagi Pasien

- a. Mencatat jenis pelayanan yang telah diterima
- b. Bukti pelayanan
- c. Memungkinkan tenaga kesehatan dalam menilai dan menangani kondisi resiko
- d. Mengetahui biaya pelayanan

2. Bagi pihak pemberi pelayanan

- a. Membantu kelanjutan pelayanan (sarana komunikasi)
- b. Menggambarkan keadaan penyakit dan penyebab
(sebagai pendukung diagnosis kerja)
- c. Menunjang pengambilan keputusan tentang diagnosis dan pengobatan
- d. Menilai dan mengelola resiko perorangan pasien
- e. Memfasilitasi pelayanan sesuai dengan pedoman praktik klinis
- f. Dokumentasi factor resiko pasien
- g. Menilai dan mencatat keinginan serta kepuasan pasien
- h. Menghasilkan rencana pelayanan
- i. Menetapkan saran pencegahan atau promosi Kesehatan
- j. Sarana pengingat para klinis
- k. Menunjang saran pelayanan pasien
- l. Mendokumentasikan pelayanan diberikan

3. Bagi manajemen pelayanan pasien

- a. Mendokumentasikan adanya kasus penyakit gabungan dan praktiknya
- b. Menganalisis kegawatan penyakit
- c. Merumuskan pedoman praktik penanganan resiko
- d. Memberikan corak dalam penggunaan pelayanan

e. Dasar penelaahan dalam penggunaan sarana pelayanan (utilitas)

f. Melaksanakan kegiatan menjaga mutu

4. Bagi penunjang pelayanan pasien

a. Alokasi sumber

b. Menganalisis kecenderungan dan mengembangkan dugaan

c. Menilai beban kerja

d. Mengomunikasikan informasi berbagai unit kerja

5. Bagi pembayaran dan penggantian pasien

a. Mendokumentasikan unit pelayanan yang memungut biaya pemeriksaan

b. Menetapkan biaya yang harus dibayar

c. Mengajukan klaim asuransi

d. Mempertimbangkan dan memutuskan klaim asuransi

e. Dasar dalam menetapkan ketidakmampuan dalam pembayaran (misal kompensasi pekerja)

f. Menangani pengeluaran

g. Melaporkan pengeluaran

h. Menyelenggarakan analisis aktuarial (tafsiran pra penetapan asuransi)

Adapun tujuan-tujuan sekunder rekam medis ditujukan kepada hal

yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien yaitu :

1. Edukasi

- a. Mendokumentasikan pengalaman professional dibidang Kesehatan
- b. Menyiapkan sesi pertemuan dan presentasi
- c. Bahan pengajaran

2. Peraturan (regulasi)

- a. Bukti pengajuan perkara ke pengadilan (litigasi)
- b. Membantu pemasaran pengawasan (surveillance)
- c. Menilai kepatuhan sesuai standar pelayanan
Sebagai standar pemberian akreditasi bagi professional dan rumah sakit
- d. Membandingkan organisai pelayanan kesehatan

3. Riset

- a. Mengembangkan produk baru
- b. Melaksanakan riset klinis
- c. Menilai teknologi
- d. Studi keluaran pasien
- e. Studi keefektivan serta analisis manfaat dan biaya pelayanan pasien
- f. Mengidentifikasi populasi yang berisiko
- g. Mengembangkan registrasi dan basis/pangkalan data (database)
- h. Menilai manfaat dan biaya system rekaman

4. Pengambilan kebijakan

- a. Mengalokasikan sumber-sumber
- b. Melaksanakan rencana strategis
- c. Memonitor Kesehatan masyarakat

5. Industri

- a. Melaksanakan riset dan pengembangan
- b. Merencanakan strategi pemasaran
- c. Kegunaan rekam medis

2.2 Sistem dan Sub Sistem Rekam Medis

2.2.1 Sistem Rekam Medis

Merupakan satu kesatuan yang utuh dan terdiri dari berbagai faktor yang saling berhubungan atau di pekirakan berhubungan serta satu sama lain saling mempengaruhi, yang kesemua dengan sadar di persiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

2.2.2 Sub Sistem Rekam Medis

1. Sistem Indentifikasi Pasien

Adalah pengisian identitas pasien ke dalam dokumen rekam medis dan pemberian nomor rekam medis. Sistem identifikasi bayi juga harus perlu di identifikasi secara khusus serta suatu cara untuk mengetahui apakah standart prosedur dilakukan.

a. Tujuan :

1. Untuk memberikan identifikasi pasien agar tidak tertukar atau salah

tindakan

2. Untuk memberikan identitas yang jelas pada bayi baru lahir yang dilahirkan di ruang persalinan maupun di ruang operasi sehingga BBL, terhindar dari masalah yang timbul

b. Identitas Pasien Terdiri Dari :

1. Nama pasien
2. Nomer rekam medis
3. Agama
4. Pekerjaan
5. Alamat tempat tinggal
6. Nomor telpon

2. Sistem Penamaan Rekam Medis

Nama merupakan identitas pribadi yang dimiliki seseorang sejak lahir sampai ia telah meninggal, sistem penamaan pada dasarnya untuk memberikan identitas pada pasien serta untuk membedakan antara pasien satu dengan yang lain sehingga memudahkan dan memperlancar dalam pemberian reamk medik kepada pasien yang berobat ke rumah sakit.

Nama disetiap formulir rekam medis itu sangat penting artinya agar tidak terjadinya keliruan antara dokumen rekam medis, dengan pasien yang bersangkutan dengan dokumen rekam medis lain.

Sistem Penamaan yang di gunakan sesuai dengan identitas pasien tanpa di ubah susunannya misalnya nama yang tertera pada KTP atau KK. Untuk tambahan Ny, Nn, Bp, An, Sdr ditulis di akhir nama pasien, sedangkan untuk

gelar atau title akan mengikuti di belakangnya. Nama di tulis dengan huruf cedak dan jelas terbaca yaitu pada formulir 20 (DRM rawat jalan), KIUP dan KIB.

- a. Nama Orang Indonesia yang di ikuti dengan nama keluarga, di indeks menurut kata akhir (nama keluarga) sebagai kata utama dan di ikuti tanda koma serta pasien.

Contoh : Buyung Prasetyo ditulis Prasetyo, Buyung.

- b. Nama yang menggunakan nama marga suku dan kaum yang diutamakan nama marga suku dan kaumnya.

Comtoh : Siti Badriyah ditulis Badriyah, Siti.

- c. Nama-nama wanita

Nama wanita yang menggunakan nama ayahnya di indeks dengan nama ayahnya yang di utamakan.

Contoh : Nina Dikromo ditulis Dikromo Nina

Nama wanita yang menggunakan nama suami di indeks dengan nama suaminya kemudian di tambah (Ny) di belakangnya.

Contoh : Ny. Annisa Rahma di tulis Rahma Anisa (Ny).

- d. Nama Bayi

Bila bayi baru lahir hingga saat pulang, belum mempunyai nama maka penulisannya adalah

Bila bayi lahir dan orang tuanya beragama islam. Contoh : Duta Pratama binti (bila bayi wanita). Duta Pratama bin (bila bayi pria).

Bila bayi lahir dan orang tuanya beragama selain agama islam.

Contoh : Andrew bayi. Uta bayi.

4. Sistem Penyimpanan Dokumen

Permenkes 269/2008 tentang rekam medis semua isi dan dokumen rekam medis merupakan hak pasien).

Sistem penyimpanan ini ada 2 bagian yaitu :

a. Sentralisasi

sistem penyimpanan dokumen rekam medis dengan menyatukan dokumen rekam medik rawat jalan dan dokumen rekam medik rawat inap pasien dalam Penyimpanan dokumen Rekam Medik mempunyai arti penting sehubungan dengan riwayat penyakit pasien dan kerahasiaan yang terkandung di dalamnya (menurut satu map (folder).

Keuntungan :

- Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis.
- Mengurangi jumlah biaya yang di pergunakan untuk peralatan dan ruangan.
- Efisien waktu sehingga pasien mendapat pelayanan lebih cepat.

Kerugian :

- Petugas menjadi lebih sibuk karena harus menangani unit rawat jalan dan rawat inap.

tempat penerimaan pasien harus bertugas selama 24 jam.

petugas filing harus jaga 24 jam.

b. Desentralisasi

Sistem penyimpanan yang dilakukan dengan memisahkan dokumen rekam medik rawat jalandan rawat inap terpisah .

Keuntungan :

- Efisien waktu sehingga pasien mendapat pelayanan lebih cepat.
- Beban kerja yang dilaksanakan petugas lebih ringan.

Kerugian :

- Terjadi duplikasi dalam pembuatan rekam medik.
- Biaya yang di perlukan untuk peralatan dan ruangan lebih banyak.

5. Sistem Penjajaran

DRM yang di simpan di dalam rakpenyimpanan tidak di tumpuk, melainkan di susun berdiri sejajar satu dengan yang lain. Ada 3 macam sistem penjajaran dokumen rekam medik yaitu secara alfabetik, alfanumerik, dan numerik. Sistem penjajaran ini di bagi menjadi 3 :

1) Straight Numerical Filling (SNF)

Suatu sistem penjajaran rekam medis dengan menjajarkan folder dokumen rekam medis berdasarkan urutan nomer rekam medis berdasarkan urutan nomer rekam medik secara pada rak penyimpanan.

Contoh SNF :

566025

566026

566027

566028

566029

566030

566031

Keuntungan :

memudahkan dalam mengambil dokumen dalam jumlah banyak.

sangat mudah dalam pengambilan sejumlah no RM dengan nomer yang berurutan pada saat diminta.

mudah di pahami oleh petugas baru yang harus melaksanakan pekerjaan penyimpanan daftar rekam medik tersebut.

Kerugian :

petugas harus memperhatikan seluruh angka.

petugas saling berhimpitan saat bekerja bersamaan

2) Terminal Digit Filling (TDF)

Suatu sistem penyimpanan dokumen Rekam medik dengan menjajarkan folder data rekam medik berdasarkan urutan nomer rekam medik pada dua angka kelompok akhir.

Contoh :

56 60 25

57 60 25

58 60 25

59 60 25

60 60 25

61 60 25

62 60 25

Keuntungan :

- Petugas dapat di beri tanggung jawab untuk sejumlah bagian tertentu.
- Nomer rekam medik aktif dapat diambil dari rak penyimpanan kekeliruan penyimpanan misfile (salah letak) dapat di cegah.

Kerugian :

- Latihan dan bimbingan bagi petugas penyimpanan dalam sistem angka akhir mungkin lebih lama di bandingkan latihan menggunakan sistem nomer langsung.
- Membutuhkan biaya awal yang lebih besar karena harus menyiapkan rak penyimpanan terlebih dahulu.

3) Midle Digit Filling (MDF)

sistem penjajaran dengan angka terakhir yang sistem penyimpanan data rekam medisnya dengan menjajarkan folder data rekam medis berdasarkan urutan nomer rekam medis pada dua angka kelompok tengah.

Contoh :

75 **60** 21

75 **60** 22

75 **60** 23

75 **60** 24

75 **60** 25

75 **60** 26

75 60 27

Keuntungan :

- Memudahkan pengambilan seratus buah rekam medis yang nomernya berurutan.
- Pengantian dari sistem nomer langsung ke sistem angka tengah lebih mudah dari pada penggantian sistem nomer langsung ke sistem nomer akhir.

Kerugian :

- Memerlukan latihan dan bimbingan yang cukup lama.
- Sistem angka tengah tidak dapat di pergunakan dengan baik.

2.3 Retensi Berkas Rekam Medis

2.3.1 Definisi Retensi Rekam Medis

Retensi atau penyusutan berarti mengurangi jumlah rekam medis yang ada di rak aktif dengan memilah yang inaktif, memindahkan ke ruang penyimpanan rakam medis inaktif, menialai, lalu memusnahkan yang tidak bernilai guna sesuai aturan yang berlaku. Akan tetapi terdapat rumah sakit yang mengalih mediakan rekam medis inaktif tersebut sebelum dimusnahkan. Alih media ini dilakukan dari lembaran kertas menjadi *microfilm* atau dilakukan pemindahan (*scan*) menjadi file pada media elektronik (Alexia, 2016).

Sedangkan menurut Dirgen Yanmed (2006), mengemukakan bahwa:

“Retansi berkas medis dari rak penyimpanan dengan cara:

1. Memindahkan arsip rekam medis in aktif ke rak penyimpanan sesuai dengan cara memilah rak penyimpanan sesuai kunjungan tahunan.
2. Memikroflimisasi rekam medis in aktif sesuai ketentuan yang berlaku.

3. Memusnahkan berkas rekam medis yang telah yang di mikrofilm dengan cara tertentu sesuai ketentuan berlaku.

Tata cara penyusutan berkas rekam medis inaktif:

Adalah proses pemilahan rekam medis in aktif yang di lihat dari kunjungan terakhir pasien kemudian memindahkan rekam medis aktif ke tempat penyimpanan rekam medis inaktif berdasarkan kebijakan atau pertimbangan rumah sakit yang bersangkutan.

2.3.2 Tujuan Retensi Rekam Medis

Tujuan Retensi rekam medis akan tercapai jika setiap organisasi memiliki program dan rencana pengurangan arsip. Program meliputi penetapan jangka penyimpanan Arsip (Retensi arsip) beserta penetapan simpan permanen dan musnah. Program tersebut perlu di tuangkan pada jadwal retensi arsip. Jadwal retensi arsip tersebut berwujud suatu daftar yang berisi tentang kebijakan jangka penyimpanan arsip dan penetapan simpan permanen dan musnah.

Permenkes RI 16 NO. 296 tentang rekam medis menyebutkan bahwa rekam medis rekam medis rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang- kurangnya untuk jangka waktu lima tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan, setelah batas waktu lima tahun dilampaui rekam medis dapat dimusnahkan kecuali ringkasan dan persetujuan tindakan medik.

Berdasarkan Surat Ederan Dirjen Pelayanan Medik Nomor HK.00.06.1.5.01160 Tahun 1995 tentang petunjuk teknis pengadaan formulir rekam medis dasar dan pemusnahan arsip rekam medis di Rumah Sakit, Jadwal retensi arsip rekam medis ditetapkan dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 2.1 Jadwal Retensi Arsip Dirgen Pelayanan Medik

Kelompok	Aktif		Inaktif	
	Rawat Jalan	Rawat Inap	Rawat Jalan	Rawat Inap
Umum	5 tahun	5 tahun	2 tahun	2 tahun
Mata	5 tahun	10 tahun	2 tahun	2 tahun
Jiwa	10 tahun	5 tahun	5 tahun	5 tahun
Kusta	15 tahun	15 tahun	2 tahun	2 tahun
Ketergantungan obat	15 tahun	15 tahun	2 tahun	2 tahun
Jantung	10 tahun	10 tahun	2 tahun	2 tahun
Paru	5 tahun	10 tahun	2 tahun	2 tahun

2.3.3 Manfaat Retensi Rekam Medis

Berdasarkan (Departemen Kesehatan, 2006) tujuan retensi di antaranya yaitu:

1. Mengurangi jumlah BRM yang semakin bertambah.
2. Menyiapkan fasilitas yang cukup untuk tersedianya tempat penyimpanan BRM yang baru.
3. Tetap menjaga kualitas pelayanan dan mempercepat penyimpanan rekam medis jika sewaktu-waktu diperlukan.
4. Menyelamatkan rekam medis yang bernilai guna tinggi serta mengurangi yang tidak bernilai guna/nilai guna rendah atau hasil gunanya telah turun.

2.3.4 Perencanaan Terhadap BRM Yang Sudah Tidak Aktif

Sebagian rekam medis selalu menghadapi masalah kurangnya ruang penyimpanan. Satu rencana yang pasti tentang pengelolaan rekam medis yang tidak aktif harus ditetapkan sehingga selalu tersedia tempat penyimpanan untuk rekam medis yang baru. Patokan utama untuk menentukan rekam medis aktif atau tidak aktif adalah besarnya ruangan yang tersedia untuk penyimpanan rekam medis yang

baru. Di RS Tingkat III Brawijaya Surabaya menentukan 3 tahun sebagai batas umur untuk rekam medis aktif karena sangat terbatasnya ruangan penyimpanan kemudian akan dilanjutkan dengan penyusutan selama 2 tahun. Pada umumnya rekam medis dinyatakan tidak aktif apabila sudah berumur 5 tahun. Apabila sudah tidak terdida lagi tempat penyimpanan untuk BRM yang aktif maka harus dilaksanakan kegiatan penyisihan BRM yang aktif seiring dengan penambahan jumlah rekam medis baru dan pada saat diambilnya rekam medis aktif ditempat semula harus diletakkan tanda keluar untuk mencegah pencarian yang berlarut-larut.

Berdasarkan penelitian Presetya (2013) tentang identifikasi rencana pemusnahan BRM di rumah sakit haruslah melakukan penyusunan prosedur, pemusnahan dimulai dengan mengidentifikasi rencana kegiatan pemusnahan yaitu dengan cara mengetahui pengertian dari pemusnahan, tata cara pemusnahan, kebijakan pemusnahan, unit yang terkait dengan pemusnahan, teori tentang SPO, penyusunan format tentang SPO pemusnahan, dan alur pemusnahan. Bila alur dan Langkah-langkah tersebut dipatuhi diharapkan tidak terjadi lagi penumpukan rekam medis.

2.3.4 Sistem Penyusutan

Menurut Hatta Gemala R. 2008, berkas rekam medis boleh disimpan lebih lama dari angka tahun tabel JRA. Namun jika di kapasitas ruang filling yang sudah padat maka perlu dilakukan pemilihan dan pemilahan terhadap berkas rekam medis aktif dan inaktif, BRM kemudian di turunkan rak penyimpanan dan dipindahkan ke ruang filling inaktif. Kegiatan memilih dan memilah (memisahkan) berkas rekam medis aktif dan inaktif inilah yang disebut sebagai penyusutan.

2.4 Penyimpanan Rekam Medis

Permenkes 269/2008 tentang rekam medis semua isi dan dokumen rekam medis merupakan hak pasien).

Sistem penyimpanan ini ada 2 bagian yaitu :

a. Sentralisasi

sistem penyimpanan dokumen rekam medis dengan menyatukan dokumen rekam medik rawat jalan dan dokumen rekam medik rawat inap pasien dalam Penyimpanan dokumen Rekam Medik mempunyai arti penting sehubungan dengan riwayat penyakit pasien dan kerahasiaan yang terkandung di dalamnya (menurut satu map (folder).

Keuntungan :

- Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis.
- Mengurangi jumlah biaya yang di pergunakan untuk peralatan dan ruangan.
- Efisien waktu sehingga pasien mendapat pelayanan lebih cepat.

Kerugian :

- Petugas menjadi lebih sibuk karena harus menangani unit rawat jalan dan rawat inap.

tempat penerimaan pasien harus bertugas selama 24 jam.

petugas filing harus jaga 24 jam.

2.5 Teori Evaluasi

2.5.1 Pengertian Evaluasi

Evaluasi adalah suatu kegiatan mengumpulkan informasi mengenai kinerja atau sesuatu (metode, manusia, peralatan), informasi tersebut akan dipakai untuk menentukan alternatif terbaik dalam membuat keputusan.

Evaluasi merupakan pengukuran dan perbaikan dalam suatu kegiatan, yang dilaksanakan seperti membandingkan hasil kegiatan dan menganalisisnya