

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rekam Medis

2.1.1 Pengertian Rekam Medis

Rekam Medis merupakan kumpulan data faktual atau bukti tentang kondisi pasien, riwayat medis serta pengobatan di masa lalu dan sekarang yang ditulis oleh seorang profesional medis yang memberikan pelayanan pada pasien. (Anggraeny, 2020)

Berdasarkan (Peraturan Menteri Kesehatan No. 24, 2022) Tentang Rekam Medis pada bab 1 Ketentuan Umum, pasal 1, nomor 1 dalam peraturan ini yang dimaksud bahwa “Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.”

Berdasarkan (Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008, 2008) Tentang Rekam Medis pada Bab 1 Ketentuan Umum, pasal 1 dalam peraturan ini yang dimaksud bahwa:

“Ayat 1 rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan berkas tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Ayat 3 sarana pelayanan kesehatan adalah tempat penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan yang dapat digunakan untuk praktik kedokteran atau dokter gigi.”

Dapat dijelaskan bahwa penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit yaitu berkas yang merekam atau mencatat seperti anamnesis, pemeriksaan, diagnosis penyakit, pengobatan, dan tindakan yang diberikan pada bagian rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat untuk perawatan pasien.

Berdasarkan (Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008, 2008) bab IV pasal 8 mengatur bahwa:

“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.”

Setelah batas waktu 5 (lima) tahun sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik

2.1.2 Tujuan Rekam Medis

Berdasarkan Penyelenggaraan Rekam Medis, Departemen Kesehatan RI (2006) tentang tujuan rekam medis menyatakan bahwa, “Rekam Medis dibuat untuk tujuan pengelolaan yang tepat yang bertujuan untuk meningkatkan pelayanan medis di rumah sakit.”

2.1.3 Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis berdasarkan Manajemen Rekam Medis Departemen Kesehatan (Depkes RI 2006:14) dan Prosedur Rekam medis Rumah Sakit Indonesia dapat dilihat dari beberapa aspek dan disingkat dengan ALFRED yaitu:

a. Aspek Administrasi (*Administration*)

Berkas rekam medis mempunyai nilai administratif, karena memuat tindakan tenaga kesehatan serta wewenang dan tanggung jawabnya untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b. Aspek Hukum (*Legal*)

Rekam medis mempunyai nilai hokum, karena isinya menjamin kepastian hukum yang berlandaskan keadilan dalam rangka penegakan hukum dan memberikan tanda bukti sebagai menegakkan keadilan.

c. Aspek Keuangan (*Financial*)

Rekam medis mempunyai nilai keuangan, karena berkas rekam medis berisi data atau informasi yang dapat digunakan sebagai aspek keuangan.

d. Aspek Penelitian (*Research*)

Rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena mengandung data dan informasi yang dapat dijadikan sebagai salah satu aspek penunjang penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

e. Aspek Pendidikan (*Education*)

Rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena mengandung data dan informasi mengenai pengembangan kronologi serta pelaksanaan pelayanan medis kepada pasien yang dapat digunakan sebagai salah satu aspek penunjang pengajaran dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

f. Aspek Dokumentasi (*Documentation*)

Berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan serta dapat digunakan sebagai salah satu aspek pertanggung jawaban maupun laporan rumah sakit.

2.1.4 Jenis Berkas Rekam Medis

Berdasarkan waktu penyimpanannya, berkas rekam medis dibagi menjadi dua yaitu:

a. Berkas Rekam Medis Aktif

BRM aktif atau berkas rekam medis yang masih berlaku adalah rekam medis yang masih dipergunakan karena kunjungan pasien rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, serta pengobatan yang belum selesai. BRM dianggap aktif jika tanggal keluar atau tanggal kunjungan terakhir masih dalam waktu 2 tahun sejak tanggal pasien pertama kali dirawat atau berobat (Kandou, Faturahman and Gunawan, 2021).

b. Berkas Rekam Medis In-aktif

Berkas Rekam Medis In-Aktif adalah dokumen yang disimpan dalam jangka waktu tertentu dan tidak dipergunakan lagi pada saat kunjungan pasien (Kandou, Faturahman and Gunawan, 2021). Adapun batas masa penyimpanan berkas yaitu selama 2 tahun terakhir untuk fasilitas kesehatan *non*-rumah sakit dan 5 tahun terakhir untuk fasilitas kesehatan rumah sakit yang dihitung sejak tanggal kunjungan perawatan atau pengobatan terakhir pasien (PERMENKES RI No 269/MENKES/PER/III/2008, 2008).

2.2 Penyusutan

2.2.1 Pengertian Penyusutan

Menurut (Undang-Undang Republik Indonesia, 2009) Tentang Kearsipan yang menyatakan bahwa pengarsipan atau penyusutan adalah kegiatan yang bertujuan untuk mengurangi jumlah arsip dengan cara memindahkan arsip in-aktif dari unit pengolah aktif ke unit pengolah in-aktif dan menentukan tingkat nilai guna rekam medis.

Penyusutan dilakukan dengan cara memilah dan memilih lembar yang memiliki nilai guna, meliputi resume medis, *informed consent*, lembar operasi, identifikasi bayi lahir dan lembar kematian yang disimpan secara permanen. Sementara itu, BRM in-aktif yang tidak memiliki nilai guna dan BRM in-aktif yang tidak terbaca dapat dimusnahkan (Kandou, Faturahman and Gunawan, 2021).

2.2.2 Tata Cara Pelaksanaan Penyusutan

Pelaksanaan penyusutan yang dimaksud adalah kegiatan pemindahan BRM aktif ke in-aktif yang terdapat di ruang penyimpanan BRM aktif. Dalam proses pemilahan BRM aktif ke in-aktif oleh (Direktur Jendral Pelayanan Medik, 2006) menyatakan bahwa tata cara penyusutan rekam medis adalah sebagai berikut:

- a. Dilihat dari kunjungan terakhir
- b. Setelah 5 (lima) tahun berlalu sejak kunjungan terakhir pasien, BRM in-aktif dipisahkan atau dipindahkan ke ruangan lainnya atau terpisah dari BRM aktif
- c. BRM in-aktif dikelompokkan berdasarkan tahun terakhir kunjungan.

Pada proses pemindahan BRM inaktif menurut (Direktur Jenderal Pelayanan Medik, 1995) mengenai petunjuk teknis pengadaan formulir rekam medis dan pemusnahan arsip rekam medis di rumah sakit, dijelaskan bahwa proses penilaian BRM yang akan dimusnahkan dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- a. Berkas rekam medis yang dinilai adalah berkas rekam medis yang tidak digunakan lagi selama 5 tahun.
- b. Indikator yang digunakan untuk menilai berkas rekam medis inaktif:
 - 1) BRM sering digunakan untuk pendidikan dan penelitian.
 - 2) Nilai guna primer, mencakup: administrasi, hukum, keuangan, dan iptek.

- 3) Nilai guna sekunder, mencakup: pembuktian dan sejarah.
- c. Lembar rekam medis yang dipilah:
 - 1) Ringkasan masuk dan keluar
 - 2) *Resume*
 - 3) Lembar operasi
 - 4) Lembar identifikasi bayi lahir hidup
 - 5) Lembar persetujuan
 - 6) Lembar kematian
 - d. Berkas rekam medis tertentu disimpan di ruang berkas rekam medis inaktif.
 - e. Lembar rekam medis sisa dan berkas rekam medis rusak atau tidak terbaca disiapkan untuk dimusnahkan.

Tim penilai dibentuk dengan SK direktur beranggotakan komite rekam medis atau komite medis, petugas perekam medis senior, perawat senior dan petugas lain yang terkait.

2.3 Pemusnahan

2.3.1 Pengertian Pemusnahan

Menurut (Direktur Jendral Pelayanan Medik, 2006) pemusnahan merupakan proses penghancuran secara fisik arsip rekam medis yang telah kehilangan fungsi dan kegunaannya. Penghancuran harus dilakukan secara total dengan cara membakar habis, mencacah atau mendaur ulang sehingga tidak dapat lagi dikenal isi maupun bentuknya. Pemusnahan dilakukan untuk mengurangi beban penyimpanan

dokumen rekam medis dan melestarikan formulir rekam medis yang memiliki nilai guna.

2.3.2 Tata Cara Pelaksanaan Pemusnahan

Proses pelaksanaan kegiatan pemusnahan rekam medis in-aktif menurut (Direktur Jenderal Pelayanan Medik, 1995) tentang petunjuk teknis pengadaan formulir rekam medis dan pemusnahan arsip rekam medis di rumah sakit, disebutkan bahwa:

- a. Membentuk Tim pemusnah dari unsur rekam medis dan tata usaha atas perintah SK Direktur Rumah Sakit.
- b. Tim pemusnah menyusun atau membuat daftar pertelaan arsip yang berisi petunjuk pengisian daftar rekam medis inaktif yang akan dimusnahkan.
- c. Proses pelaksanaan pemusnahan: dibakar dalam incinerator, dibakar secara normal, mencacah, dibuat bubur atau dihaluskan oleh pihak ke-3, dan disaksikan tim pemusnah.
- d. Tim pemusnah akan membuat berita acara pemusnahan yang ditandatangani oleh Ketua dan Sekretaris, dan diketahui oleh Direktur Rumah Sakit.

Berita acara pemusnahan rekam medis akan disimpan oleh Rumah Sakit, dan lembar ke-2 akan dikirimkan kepada pemilik rumah sakit.

2.3.3 Dokumentasi Pemusnahan Berkas Rekam Medis In-Aktif

Berdasarkan surat edaran Dirjen Pelayanan Medik 1995 tentang Petunjuk Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar Dan Pemusnahan

Arsip Rekam Medis Di Rumah Sakit, tim pemusnah harus membuat dokumentasi pemusnahan berkas rekam medis yaitu pembuatan daftar pertelaan sebagai berikut :

Tabel 2.1 Daftar Pertelaan, Sumber: Yanmed (1995)

No	No RM	Tahun	Jangka Waktu Penyimpanan	Diagnosa Akhir
1	2	3	4	5

Sumber: Yanmed (1995)

Petunjuk pengisian daftar pertelaan rekam medis in-aktif yang akan dimusnahkan:

1. Nomor : Nomor unit arsip rekam medis
2. Nomor Rekam Medis : Nomor arsip rekam medis yang disimpan
3. Tahun : Tahun terakhir kunjungan atau berobat
4. Jangka Waktu Penyimpanan : jangka waktu penyimpanan arsip rekam medis in-aktif yang mempunyai nilai guna tertentu yang telah ditentukan oleh komite rekam medis.
5. Diagnosa Akhir : Diagnosa penyakit pasien pada saat terakhir dilayani atau diagnosa yang paling dominan bagi pasien yang mempunyai diagnosa lebih dari satu.