

# REVIEW SISTEM PENGARSIPAN , PENJAJARAN DAN PENYUSUTAN RM

*Lily Widjaja, SKM., MM.*



**Gambar 4.1**  
Rak Penyimpanan secara Elektrik

## PENDAHULUAN

Setelah mempelajari system pengarsipan, penjajaran dan penyusutan RM inaktif , maka perteuan kertakhir ini lari kita review apakah anda sudah benar memahami dan dapat mempraktikkannya secara mandiri?. Bila anda menuju ke rak penyimpanan RM; Apakah tampak tersusun rapi atau tumpang tindih serta sebagian tumpah ruah dan bertumpuk dipojok ruangan? Marilah kita review dan gunakanlah sistem yang terbaik tergantung dalam mengelola RM di insititusii pelayanan baik rumah sakit, klinik ataupun puskesmas. Mengapa perlu menggunakan suatu sistem?? Karena sistem penyimpanan RM yang tepat dan sarana prasarana yang tersedia sangat mempengaruhi mutu pelayanan baik rawat jalan, inap dan gawat darurat.

Sebagai petugas penyimpanan RM anda berada di ruang penyimpanan yang letaknya di ruang yang berbeda (back office) dan letaknya sebaiknya tidak terlalu jauh dari tempat pendaftaran pasien. Sedangkan ruang RM inaktif merupakan ruang yang dapat terletak jauh dari pelayanan, tetapi tetap dilengkapi dengan rak penyimpanan yang layak , agar proses penilaian dapat berjalan dengan mudah , juga bila ada pasien yang aktif kembali maka pengambilan kembali RM nya mudah dilakukan

Jadi dalam bab ini, anda akan mengulang kembali mempelajari sistem pengarsipan/penyimpanan dan penjajaran RM Aktif serta penyusutan RM Inaktif. Setelah mempelajari mata kuliah ini, diharapkan anda sebagai mahasiswa mampu menjelaskan tentang Sistem Pengarsipan RM aktif dan inaktif

Pada topik Pengarsipan akan diurai secara singkat tentang pengertian Sistem Pengarsipan RM Terkait Peraturan, Jenis Pengarsipan, terutama Sistem Penomoran, pengambilan kembali RM kemudian mendistribusikannya ke tempat yang membutuhkan dan Pengembalian RM dari tempat peminjam kembali ke ruang penyimpanan serta penyusutan RM yang terdiri dari pemilahan & pemindahan, penilaian serta penyusutan RM inaktif

# Topik

## Jenis Pengarsipan

### A. SISTEM PENGARSIPAN

Berdasarkan IFHIMA (2012), **sistem pengarsipan** merupakan system identifikasi RM yang dapat dilakukan dengan 2 cara yaitu secara **ALFABETIK dan PENOMORAN**. Sistem ini sejalan dengan yang ada di Indonesia yang berdasarkan kementerian kesehatan pada Pedoman penyelenggaraan Manajemen Informasi Kesehatan (2006)

Berdasarkan The Liang Gie (2007) , pengarsipan umum dapat disimpan dengan beberapa cara:

1. Alfabetik
2. Alfanumerik
3. Numerik
4. Kronologis/ Tanggal
5. Wilayah
6. Kasus

#### 1. Alfabetik

Bentuk paling sederhana dari identifikasi RM adalah dengan abjad/ alfabetik nama pasien untuk mengidentifikasi dan mengajukan RM pasien. Dan karena hanya nama pasien digunakan untuk mengidentifikasi RM, itu juga merupakan cara termudah pengambilan RM, sehingga tidak diperlukan referensi silang nama pasien ke nomor RM pada KIUP/ IUP (lihat pada bab3). Sangat penting ejaan nama pasien , ejaan harus akurat. Hal ini juga penting untuk menciptakan sebuah sistem untuk melacak perubahan nama, seperti dari perkawinan atau perceraian. Hal ini diperlukan untuk benar-benar melatih staf untuk **memverifikasi** nama pasien dan ejaan, dan keakuratan dan kekonsistensian penyimpanan RM.

Untuk diperhatikan bahwa pentingnya menjaga **kerahasiaan** nama pasien. Sejak di folder RM diidentifikasi hanya dengan nama pasien, dan bukan angka, sehingga identitas pasien tidak dilindungi. Identifikasi secara alfabetik merupakan yang paling praktis di institusi pelayanan kesehatan yang lebih kecil dengan populasi pasien stabil. Populasi pasien yang lebih besar akan mengakibatkan menemui beberapa pasien dengan **nama yang sama**, yang mengarah ke kemungkinan tercampur-baurnya RM pasien. Hal ini juga paling praktis untuk fasilitas dengan sedikit atau tanpa komputerisasi.

##### a. Cara penyimpanan dengan alfabetik

Penyimpanan secara alfabetis dari nama pasien. Pengarsipan Rekam Medis disesuaikan dengan sistim penamaan yang dipakai. Bila menggunakan sistim "**nama keluarga/ family name**" maka nama keluarga , diikuti nama pertama, dan kemudian nama kedua (USA). Bila menggunakan sistim "nama langsung" maka nama pertama, diikuti nama kedua, ketiga bila ada dan terakhir nama keluarga.

b. *Tipe penyimpanan alfabetik*

Cocok untuk instalasi pelayanan kesehatan yang jumlah pasiennya tidak banyak (kurang dari 50 perhari)

**Penamaan Langsung:**

Shanti Mayangsari Prasetyo -> di kelompok **S**

**Family Name**

Prasetyo, Shanti Mayangsari -> di kelompok **P**

**2. Alfanumerik**

Sama dengan tipe alfabetik, pengarsipan Rekam Medis secara alfabetis dari nama pasien yang diikuti nomor urut. Alfabetik untuk awal nama dan Numerik = nomor urut untuk alfabet tersebut

Contoh:

Penamaan Langsung:

Shanti Mayangsari Prasetyo -> di kelompok **S-022**

Family Name

Prasetyo, Shanti Mayangsari -> di kelompok **P-033**

**3. Kronologis/ Tanggal**

Pada masa yang lalu Rekam Medis pasien belum menggunakan Map Rekam Medis, dicatat dalam **buku besar** dan dokter menulis sesuai dengan tanggal pasien tersebut datang. Saat ini Rekam Medis pasien telah dibuat map untuk setiap pasien, buku tidak lagi digunakan, karena sangat menyulitkan dalam membaca secara berkesinambungan riwayat penyakit si pasien. Tipe ini lebih banyak digunakan oleh pengarsipan sekretariat.

Sebagai Contoh: **Klinik Mayo** di Rochester, Minnesota kemudian diberi nama St. Mary's Hospital, sejak berdiri 1889 Rekam Medis nya **menggunakan buku besar** untuk diagnosa tertentu, khusus untuk klinik bedah saja. **Henry S. Plummer** seorang "*Clinic Associate*" tahun 1900 diminta oleh pimpinan Klinik Mayo untuk memperbaiki penataan Rekam Medis, maka dibuatlah **Sistim Penyimpanan** yang setiap pasien mendapatkan 1 berkas Rekam Medis dan bersifat sentralisasi dimana semua catatan medis pasien dikumpulkan dalam berkas tsb. termasuk sertifikat kelahiran dan kematian pasien serta disusun secara kronologis. Setiap berkas pasien tersebut diberi nomor dan disusun berdasarkan nomor (Widjaya, 2015).

## 5. Wilayah

Pada puskesmas pada masa lalu ditemui pengarsipan dengan memisahkan rekam medis pasien berdasarkan kecamatan asal si pasien yang menjadi tanggung jawab atau ruang lingkup dari Puskesmas tersebut. Berbeda untuk di rumah sakit, karena pasien juga berasal dari berbagai tempat tinggal dan malah dari berbagai daerah.

## 5. Kasus

Rekam medis tidak mungkin dibuat berdasarkan kasus. Karena seorang pasien mungkin saja menderita tidak hanya satu penyakit tetapi beberapa penyakit, sehingga RM nya bisa menjadi beberapa berkas dan terletak di beberapa lokasi. Melihat pada masa yang lalu pernah dilakukan pengarsipan dengan cara ini. RM dipisah berdasarkan diagnosa penyakit tertentu.

Contoh:

- Seperti Klinik Mayo (1889) yang menyusun indeks penyakit berdasarkan kasus. ***Indeks penyakit berdasarkan sistem organ tubuh yang dimasukkan dalam kartu ( 5x7 inchi)***

## 6. Penomoran (Numerik)

Sistem pengarsipan rekam medis umumnya dilakukan berdasarkan penomoran rekam medis pasien. Dengan pengarsipan secara alfabetik nama pasien sering terjadi kesalahan dibanding dengan sistem penomoran, karena nama yang sering sama dan ejaan yang sering berbeda, namun bagi unit pelayanan kesehatan yang relatif kecil hal ini lebih memudahkan pelaksanaan. Untuk selanjutnya sistem penomoran ini akan kita bahas lebih luas.

## SISTEM PENGARSIPAN DENGAN CARA PENOMORAN

Berdasarkan petunjuk teknis pengelolaan rekam medis di rumah sakit (2006) Sistem pengarsipan rekam medis di Indonesia dilakukan berdasarkan penomoran rekam medis pasien. Setiap rekam medis baru harus mendapat nomor yang diurut secara kronologis dan nomor tersebut digunakan oleh seluruh unit/ bagian di RS tersebut. Penomoran yang keluar dari sistem komputerisasi berurut secara otomatis. Bagi rumah sakit yang masih manual maka bank nomor diatur oleh unit rekam medis. Setiap hari nomor didistribusi ditempat pendaftaran rawat jalan dan gawat darurat sesuai perkiraan jumlah pasien baru perhari. Bila terjadi kelebihan nomor yang didistribusi maka dapat digunakan pada hari berikutnya, sebaliknya bila kurang maka dapat ditambah sesuai kebutuhan.

Ada 3 jenis sistem penomoran RM pasien :

7. Pemberian Nomor Cara Seri (*Serial Numbering System*)
8. Pemberian Nomor Cara Unit (*Unit Numbering System*)
9. Pemberian Nomor Cara Seri Unit (*Serial-Unit Numbering System*)

## **1. Pemberian Nomor Cara Seri (*Serial Numbering System*)**

### **a. Pengertian**

Setiap pasien mendapat nomor RM baru setiap kunjungan ke RS. Jika ia berkunjung 3 kali maka ia akan mendapat 3 nomor yang berbeda. Semua nomor yang diberikan kepada pasien itu harus dicatat di Kartu Indeks Utama Pasien (*Master Index Patient's*), sedangkan Rekam Medis nya disimpan diberbagai tempat, terpisah-pisah sesuai dengan nomor yang diberikan serta sistim penjajaran yang digunakan.

## **2. Pemberian Nomor Cara Unit (*Unit Numbering System*)**

### **a. Pengertian**

Setiap pasien yang berkunjung hanya diberikan satu (1) nomor Rekam Medis baik untuk kunjungan Rawat Jalan/ gawat darurat maupun Rawat Inap. Pada saat pasien datang pertama kali ke RS diberikan satu (1) nomor yang akan dipakai selamanya untuk kunjungan berikutnya, sehingga Rekam Medis si pasien hanya tersimpan dalam satu berkas di dalam satu nomor. Oleh karena itu setiap pasien berulang datang untuk mendapatkan pelayanan maka RM nya harus diambil di rak penjajaran untuk digunakan saat pengobatan/ pelayanan.

## **3. Pemberian Nomor Cara Seri-Unit (*Serial - Unit Numbering System*)**

### **a. Pengertian.**

Sistem penomoran ini merupakan gabungan sistem penomoran seri dan unit . Setiap pasien berkunjung ke RS, kepadanya diberikan satu nomor baru, tetapi Rekam Medis nya yang terdahulu digabungkan dan disimpan di Rekam Medis dengan nomor yang paling baru, pada saat pasien telah selesai mendapat pelayanan sehingga RMnya tetap 1 berkas. Pada saat Rekam Medis yang lama diambil dan dipindahkan tempatnya ke nomor yang baru maka tempatnya yang lama itu diberi tanda dengan tanda petunjuk (*tracer/ outguide*) yang menunjukkan kemana berkas RM itu digabungkan/ dipindahkan. Tanda petunjuk ini sebagai pengganti berkas RM yang dipindahkan. Hal ini sangat membantu ketertiban sistem penyimpanan RM.

## **4. Konversi Ke Sistem yang Baru**

### **a. Pengertian**

Perubahan dari satu sistem ke sistem lain harus dipertimbangkan dengan matang. Perubahan selalu menambah volume kerja, mengingat kedua sistem harus dioperasikan secara bersama untuk jangka waktu yang tidak dapat ditentukan Biasanya pada bulan-bulan pertama akan banyak RM yang perlu digeser dan dipindah tempat.

*b. Konversi*

Dalam pelaksanaan perubahan sistem pengarsipan perlu persiapan matang, karena perubahan yang akan dilakukan tidak boleh mengganggu aktifitas pelayanan kesehatan yang diberikan.

**Langkah-langkah yang diusulkan untuk perubahan dari 1 sistem penomoran ke sistem penomoran lainnya**

- 1) Persiapan perubahan dari 1 sistem penomoran ke sistem penomoran lainnya:
  - a) Merevisi Kebijakan Perubahan sistem
  - b) Merevisi prosedur sistem pengarsipan
  - c) Siapkan alur dan prosedur perubahan sistem
  - d) Menyediakan Sarana dan Prasarana dalam hal ini Ruang dan rak untuk sistem penomoran yang baru
  - e) Pelatihan / Sosialisasi sistem untuk petugas yang terkait
  - f) Sosialisasi kepada semua unit pelayanan yang terkait
  
- 2) Pelaksanaan Perubahan:
  - a) Pilih hari/tanggal untuk memulai, laksanakan sistem penomoran pada saat hari/tanggal yang ditentukan.
  - b) cek apakah pasien sudah punya rekam medis lama, cabut rekam lama dan Jajarkan berdasarkan nomor yang baru.
  - c) Lebih baik bila mengkonversi RM pasien lama ke sistem yang baru pada saat pasien berobat kembali/ulang
  
- 3) Pengontrolan Perubahan:
  - a) KIUP harus disesuaikan atau kepada pasien diberi indeks baru pada saat perubahan dijalankan. Laksanakan kontrol ganda dengan sampul kosong pada lokasi lama atau beri "outguide" di tempat itu, disertai petunjuk rujukan ke lokasi baru.
  - b) Setelah lewat batas waktu yang ditentukan, rekam medis pasien lama yang tertinggal boleh dianggap sebagai rekam inaktif dan bisa dipindah ke gudang penyimpanan rekam inaktif. Cara ini juga dijalankan untuk kartu MPI nya.

**Langkah-langkah yang diusulkan untuk perubahan dari sistem alfabetik ke sistem penomoran**

- 1) Persiapan perubahan :
  - a) Merevisi Kebijakan Perubahan sistem
  - b) Merevisi prosedur sistem pengarsipan
  - c) Siapkan alur dan prosedur perubahan sistem
  - d) Menyediakan sarana dan prasarana dalam hal ini:
    - Ruang dan rak untuk sistem penomoran yang baru sesuaikan dengan sistem penjajaranyang digunakan
    - Map/ folder RM baru dengan disain sistem penomoran ber stiker nomor

- dan tempat penulisan nomor RM
  - Outguide/ Tracer
  - Bank nomor atau otomatisasi penomoran secara komputerisasi sistem identifikasi pasien
- e) Pelatihan / Sosialisasi sistem untuk petugas yang terkait
- f) Sosialisasi kepada semua unit pelayanan yang terkait
- 2) Pelaksanaan Perubahan:
- a) Pilih hari/tanggal untuk memulai, laksanakan sistem penomoran pada saat hari/tanggal yang ditentukan.
  - b) Cek apakah pasien sudah punya rekam medis lama, cabut rekam lama dan beri map baru, jajarkan berdasarkan nomor yang baru.
  - c) Lebih baik bila mengkonversi rm pasien lama ke sistem yang baru pada saat pasien berobat kembali/ulang.
- 3) Pengontrolan Perubahan:
- a) KIUP harus disesuaikan atau kepada pasien diberi indeks baru pada saat perubahan dijalankan. Laksanakan kontrol ganda dengan sampul kosong pada lokasi lama atau beri "outguide" di tempat itu, disertai petunjuk rujukan ke lokasi baru.
  - b) Setelah lewat batas waktu yang ditentukan, rekam medis pasien lama yang tertinggal boleh dianggap sebagai rekam inaktif dan bisa dipindah ke gudang penyimpanan rekam inaktif. Cara ini juga dijalankan untuk kartu MPI nya.

## 5. Relational Numbering

Selain sistem penomoran yang telah diutarakan di atas, dapat juga digunakan sistem penomoran "*Relational Numbering*"

### a. Pengertian

Relational Numbering adalah sistem pengarsipan dengan menggunakan Nomor yang **berhubungan secara menyeluruh atau sebagian dengan data / identitas pribadi** pasien



## **B. SISTEM PENJAJARAN**

### **1. Penjajaran Berdasarkan Alfabetis**

Satu diantara metode yang digunakan dalam sistem penjajaran rekam medis adalah penjajaran berdasarkan alfabetis. Bila sebuah fasilitas kesehatan tidak menggunakan sistem penomoran sebagai sistem penjajaran rekam medis, nama pasien lah yang akan digunakan sebagai identifikasi rekam medis pasien. Dalam metode penjajaran alfabetik berkas rekam medis dijajarkan menurut urutan alfabet/ abjad. Terdapat 3 (tiga) cara mengurutkan dalam metode alfabetikal, yaitu alfabetik murni, fonetik, dan soundex fonetik.

Penjajaran berdasarkan alfabetik dapat dilakukan dengan sistem nama langsung (nama pertama diikuti nama kedua dan terakhir nama keluarga) dan sistem nama keluarga (nama keluarga diikuti nama pertama kemudian inisial nama kedua). Pasien yang namanya sama harus dijajar kronologis sesuai urutan tanggal lahir atau tanggal berobat pertamanya.

Kegiatan penjajaran menggunakan alfabetik ini cenderung menyita waktu kerja yang cukup lama dan memiliki resiko tinggi timbulnya kesalahan pada penulisan nama, misalnya nama berubah dan salah dalam pengejaan. Selain itu, sulit dalam mengontrol area yang akan dimanfaatkan karena tidak mungkin memprakirakan berkas baru mana yang akan dijajar, mengingat nama tidak mungkin disebar rata di area penjajaran. Kemudian, sulit untuk mencegah kongesti di suatu tempat dan mendorong file yang ada bila suatu lokasi sudah padat. Penggunaan sistem penjajaran berdasarkan alfabetik disarankan untuk digunakan oleh pelayanan fasilitas kesehatan dalam jumlah yang kecil atau pelayanan dengan perubahan pasien yang rendah.

## 2. PENJAJARAN BERDASARKAN NOMOR (*FILING BY NUMBER*)

Sistem penjajaran selanjutnya adalah sistem penjajaran berdasarkan nomor. Sistem penomoran rekam medis sangat berperan penting dalam memudahkan pencarian berkas atau dokumen rekam medis pasien apabila dikemudian hari datang kembali untuk berobat di sarana pelayanan kesehatan. Selain itu, sistem penomoran rekam medis juga berperan dalam kesinambungan informasi. Dengan menggunakan sistem penomoran maka informasi dapat disajikan secara berurut dan meminimalkan informasi yang hilang. Pemberian nomor ini dilakukan kepada pasien saat pasien berkunjung pertama kali dan digunakan seterusnya di tempat pelayanan kesehatan. Terdapat 3 (tiga) sistem pemberian nomor yaitu sistem nomor langsung (*straight numerical filling*), sistem angka akhir (*terminal digit filing*), dan sistem angka tengah (*middle digit filing*).

### 1. Sistem Nomor langsung (*Straight Numerical Filing*)

Sistem penjajaran dengan penomoran langsung adalah suatu tindakan menjajar rekam medis di rak dengan merunut nomor rekam medis secara berkelanjutan. Sistem penyimpanan berdasarkan penomoran secara seri, unit maupun seri-unit dapat dijejer dengan sistem ini. Pada sistem ini, rekam medis dijejer urut seri nomor sebagai berikut:

108264  
108265  
108266  
108267

Metode penjajaran ini mencerminkan tepat tatanan kronologis urut rekam medis sesuai saat penerbitannya. Kelebihan dari sistem ini adalah petugas pelayanan kesehatan akan mudah dilatih untuk memahami sistem penjajaran, kemudian petugas juga akan mudah untuk mendapatkan kembali rekam medis sesuai dengan keperluan reset urut waktu, dan mudah memilah rekam medis inaktif. Tetapi terdapat pula kekurangannya yaitu lebih mudah salah penjajaran karena penjajar harus memperhatikan seluruh nomor untuk

menentukan letaknya dalam file. Kemudian, mudah salah mentranskrip nomor bila satu digit salah tulis, sebagai contoh: 1 ditulis untuk 7. Mudah salah pula dalam menulis nomor bila nomor ditulis terbalik sebagai contoh: 19435 ditulis 19453. Selain itu, dalam sistem penomoran langsung ini nomor yang besar adalah yang terbaru, oleh karenanya file aktif akan terkumpul padat pada satu areal file, dan sulit memperkerjakan banyak petugas karena akan berjejal bekerja di satu lokasi file yang sama (congesti petugas).

## 2. Sistem Angka Akhir (Terminal Digit Filing)

Sistem penjajaran dengan sistem angka akhir adalah suatu tindakan menjajar rekam medis di rak dengan berfokus pada:

- a. 2 digit terakhir yang disebut dengan "*Primary Digit*"
- b. 2 digit yang ditengah yang disebut "*Secondary Digit*"
- c. 2 digit terdepan yang disebut "*Tertiary Digit*"

Pada terminal digit filing digunakan 6 digit atau lebih nomor dengan angka-angka pada nomor dikelompokkan dalam 3 bagian

Bagian I = Digit primer adalah 2 angka tepi paling kanan.

Bagian 2 = Digit sekunder adalah 2 angka yang dibagian tengah.

Bagian 3 = Digit tertier yang bisa dua atau lebih dari 2 angka tepi kiri.

Contoh: nomor 04 20 94 ditulis dengan cara:

04	-	20	-	94
tertier		sekunder		primer
<i>(tertiary digits) (secondary digits)(primary digits)</i>				

Sistem penyimpanan seri, unit maupun seri-unit dapat dijejer dengan sistem *Terminal Digit Filling* ini.

### Kegiatan Pada File Terminal Digit:

- a. Ada seratus (100) **seksi primer (primary section)** dimulai dari 00 - 99. Pada saat menjajar, petugas memperhatikan terlebih dahulu kelompok nomor digit primernya. ump. nomor 04 20 **94** harus dijejer di seksi primer **94**.
- b. Di dalam seksi primer:  
Ada 100 **seksi sekunder** juga dimulai dari 00 -99. Untuk nomor 04 **20** 94 akan terjajar di bagian 20 dari bagian sekunder untuk seksi primer "94"
- c. Di dalam **seksi tertier** juga dimulai dari 00-99. Untuk nomor **04** 20 94 akan terjajar di bagian 04 dari bagian tertier untuk seksi **sekunder** "20" dan seksi primer "94"

Contoh penjajaran rekam medis dengan terminal digit filing adalah sebagai berikut:

00 – 02- 50	00- 03 -50	00 -04 -50
01 – 02- 50	01 - 03 -50	01 -04 -50
02 – 02- 50	02 - 03 -50	02 -04 -50
03 – 02- 50	03 - 03 -50	03 -04 -50
04 – 02- 50	04 - 03 -50	st -04 - 50
st – 02 - 50	st - 03 - 50	st -04 - 50
st – 02 - 50	st – 03- 50	st -04 - 50
st – 02 - 50	st - 03 -50	st -04 - 50
99 – 02- 50	99 - 03 -50	99 -04 -50 dst.

Petugas memperhatikan kelompok angka dari ujung kanan ke kiri. Ump. nomor 14-20-94, maka petugas menuju ke lokasi seksi primer 94. Di dalam lokasi seksi primer 94 ia mencari seksi sekunder atau subseksi 20, di sini ia akan mengurut letak rekam medis sesuai kelompok digit yang ada di paling kiri 04.

Adaptasi bisa dilakukan bila sudah melayani lebih dari 6 digit

Contoh: 01 - 99 - 99 - 99

01 - 99 - 99 - 99 - 99.

### 3. Sistem Angka Tengah (Middle Digit Filing)

Sistem penjajaran dengan sistem angka tengah adalah suatu tindakan menjajar RM di rak dengan berfokus pada:

- digit yang ditengah disebut dengan “primary digit” kemudian
- digit yang ter depan disebut “secondary digit” dan
- digit yang terakhir disebut “tertiary digit”

Pada *middle digit filing* digunakan 6 digit dan tidak bisa lebih dari 6 digit. Pada nomor dikelompokkan dalam 3 bagian, yaitu:

Bagian 1 = Digit primer adalah 2 angka yang dibagian tengah

Bagian 2 = Digit sekunder adalah 2 angka tepi kiri/bagian depan

Bagian 3 = Digit tertier adalah dua dari 2 angka tepi paling kanan/bagian belakang

Contoh:

04	-	24	-	94
sekunder		primer		tertier
( <i>secondary digits</i> ) ( <i>primary digits</i> ) ( <i>tertiary digits</i> )				

#### Kegiatan pada file middle digit filing:

- Ada seratus (100) **seksi primer (primary section)** dimulai dari 00 - 99. Pada saat menjajar, petugas memperhatikan terlebih dahulu kelompok nomor digit primernya. ump. nomor 04 **24** 94 harus dijajar di seksi primer **24**.

2. Di dalam seksi primer:  
Ada 100 **seksi sekunder** juga dimulai dari 00-99. Untuk nomor **04 24 94** akan terajar di bagian **04** dari bagian sekunder untuk seksi primer “24”
3. Di dalam **seksi tertier** juga dimulai dari 00-99. Untuk nomor **04 20 94** akan terajar di bagian **94** dari bagian tertier untuk seksi **sekunder** “04” dan seksi primer “20”.

Tatanan dalam jajaran adalah sebagai berikut:

01- 24- 00	02- 24- 00	03- 24- 53
01- 24- 01	02- 24- 01	03- 24- 54
01- 24- 02	02- 24- 02	03- 24- 55
01- 24- 03	02- 24- 03	03- 24- 56
01- 24- 04	02- 24- 04	03- 24- 57
01- 24- st	02- 24- st	03- 24- st
01- 24- st	02- 24- st	03- 24- st
01- 24- st	02- 24- st	03- 24- st
01- 24- st	02- 24- st	03- 24- st
01- 24- 99	02- 24- 99	03- 24- 99



## C. PENYUSUTAN REKAM MEDIS

### 1. Pengertian

Ruangan penyimpanan rekam medis perlu direncanakan saat rumah sakit tersebut dibangun agar luas yang diperlukan cukup untuk jangka waktu penyimpanan rekam medis yang direncanakan (minimal untuk jangka waktu 5 tahun). Seperti yang telah disinggung di atas, rekam medis inaktif merupakan berkas rekam medis dari pasien yang tidak aktif minimal selama 5 tahun atau setelah 5 tahun pasien itu meninggal dunia, artinya si pasien telah 5 tahun tidak lagi datang untuk mendapatkan pelayanan di instalasi pelayanan kesehatan/ rumah sakit tersebut (Surat Edaran Dirjen Yanmed tentang formulir dasar dan pemusnahan arsip rekam medis di rumah sakit No. HK.00.06.1.5.01160 tahun 1995).

Penyusutan berarti mengurangi jumlah rekam medis yang ada di rak aktif dengan memilah yang inaktif, memindahkannya ke ruang penyimpanan rekam medis Inaktif, menilai, 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 pemindaian (*scan*) menjadi *file* pada media elektronik.**

### 2. Tujuan Penyusutan Rekam Medis

- a. Mengurangi jumlah rekam medis yang semakin bertambah dengan berkas rekam medis pasien baru.
- b. Menyiapkan fasilitas/ rak untuk rekam medis baru.
- c. Tetap menjaga mutu pelayanan dengan mempercepat penyiapan rekam medis jika sewaktu-waktu diperlukan.

- d. Menyelamatkan rekam medis yang bernilai guna tinggi serta mengurangi yang tidak bernilai guna atau nilai gunanya berkurang.

### 3. Tahap Pelaksanaan

#### a. Pemilahan Rekam Medis Inaktif

- 1) Pemilahan dilakukan oleh petugas rekam medis.
- 2) Pemilahan terhadap berkas rekam medis Inaktif 5 tahun.
- 3) Pemindehan berkas rekam medis Inaktif dari tempat penyimpanan berkas rekam medis aktif ke inaktif.

#### Jadwal Retensi Berkas Rekam Medis

No.	Kelompok Umum & Khusus	Aktif		Inaktif	
		R. Jalan	R. Inap	R. Jalan	R. Inap
1	Umum	5 th	5 th	2 th	2 th
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

#### Keterangan:

- Anak : di retensi menurut kebutuhan tertentu.
- KIUP + Register + Indek, disimpan permanen atau abadi.
- *Retensi berkas-berkas rekam medis berdasarkan penggolongan penyakit.*

#### b. Penilaian Rekam Medis Inaktif

- 1) Penilaian dilakukan oleh tim penilai rekam medis inaktif yang dibentuk berdasarkan keputusan direktur rumah sakit.
- 2) Tim penilai berdasarkan surat keputusan direktur, diantaranya:
  - a) Sub Komite Rekam Medis/ Komite Medis
  - b) Petugas Rekam Medis Senior
  - c) Tenaga lain yang terkait
- 3) Hal-hal yang dinilai:
  - a) Rekam medis tersebut sering digunakan untuk DIK /LIT
  - b) Berkas rekam medis yang mempunyai nilai guna disimpan untuk jangka waktu yang ditentukan oleh Komite Rekam Medis, tergantung kepentingan intern rumah sakit.



- Primer : Administrasi, hukum, keuangan, dan IPTEK
- Sekunder : Pembuktian dan sejarah
- Kasus lain yang dianggap perlu oleh rumah sakit seperti, perkosaan, kasus adopsi, ganti kelamin, bayi tabung, cangkok organ, bedah plastik, dan sebagainya dapat diretensi lebih lama dari ketentuan umum. Anda dapat melihat ketentuan retensi pemilahan berkas rekam medis inaktif yang mempunyai sifat khusus (tabel retensi).

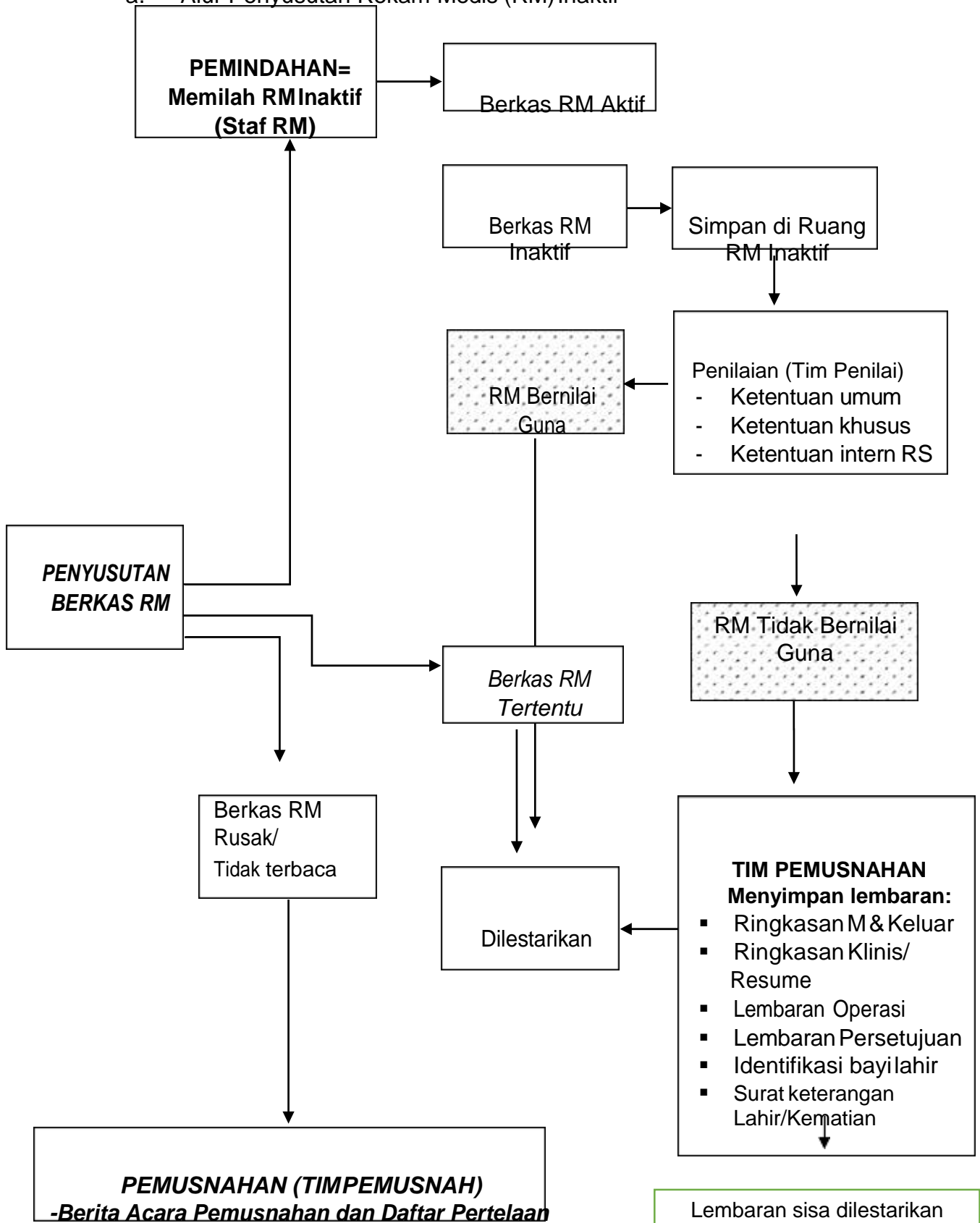
c. Pemusnahan Rekam Medis Inaktif

Pemusnahan rekam medis inaktif merupakan proses penghancuran secara fisik berkas rekam medis inaktif yang telah berakhir fungsi dan nilai gunanya. Pemusnahan dilakukn dengan cara membakar habis, mencacah, atau mendaur ulang, sehingga tidak dapat dikenali lagi isi dan bentuknya.

Ketentuan:

- 1) Buat tim pemusnah dengan SK Direktur RS  
Tim pemusnah beranggotakan minimal 5 orang yang terdiri dari unsur sebagai berikut:
  - a) Ketata usahaan/ Kearsipan
  - b) Unit Penyelenggaraan Rekam Medis
  - c) Instalansi Pelayanan
  - d) Komite Rekam Medis
- 2) Berkas rekam medis yang mempunyai nilai guna tidak dimusnahkan, disimpan dalam jangka waktu tertentu.
- 3) Berkas rekam medis inaktif yang dapat dimusnahkan dibuat daftar keterangannya dan dilaporkan ke Direktur RS.
- 4) Lakukan pemilahan lembaran penting dari semua berkas rekam medis inaktif yang akan dimusnahkan:
  - a) Ringkasan masuk dankeluar
  - b) Ringkasan klinis/resum
  - c) Lembaran operasi
  - d) Lembaran persetujuan
  - e) Identifikasi bayi lahir
  - f) Surat keterangan lahir/meninggal
- 5) Persetujuan pemusnahan ditetapkan dengan SK Direktur RS.
- 6) Pemusnahan dilakukan secara total sehingga tak dapat dikenali lagi baik isi maupun bentuknya. Pelaksanaan pemusnahan juga dapat dilakukan oleh pihak ketiga dengan disaksikan oleh Tim Pemusnah Rekam Medis.
- 7) Berita acara pelaksanaan pemusnahan dikirim kepada pemilik RS dan kepada Dirjen Yanmed Depkes & Kesos RI.

a. Alur Penyusutan Rekam Medis (RM) Inaktif



#### 4. Alih Media Rekam Medis

Arsip memiliki fungsi dan kegunaan yang signifikan dalam menunjang kegiatan administrasi negara dan pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen. Dikarenakan signifikansi informasinya, arsip harus dikelola di dalam suatu sistem yang disebut dengan manajemen arsip dinamis. Manajemen arsip dinamis merupakan pengelolaan terhadap keseluruhan daur hidup arsip. Penggunaan teknologi komputer di bidang manajemen arsip dinamis memberikan pengaruh terhadap sistem pengolahan, penyimpanan, pengaksesan, penemuan kembali dan penyajian informasi. Komputerisasi mungkin diterapkan terhadap beberapa subsistem dari manajemen arsip dinamis. Kecenderungan manajemen arsip dinamis di masa depan akan mengarah kepada *computer-based records management system*.

Dokumen rekam medis merupakan inti dari keseluruhan sistem informasi klinis dari setiap pasien di rumah sakit, dengan digitalisasi dokumen rekam medis, akan banyak manfaat yang diperoleh:

- a. Penghematan ruangan, dengan mengalih fungsikan ruangan arsip rekam medis inaktif menjadi ruangan yang lebih bernilai ekonomis.
- b. Percepatan pelayanan (*respon time*) terhadap kebutuhan dokumen rekam medis.
- c. Meningkatkan keamanan dokumen rekam medis karena akses dokumen dapat dibatasi pada tiap tiap orang yang berwenang.

### Latihan

Untuk memperdalam pemahaman anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

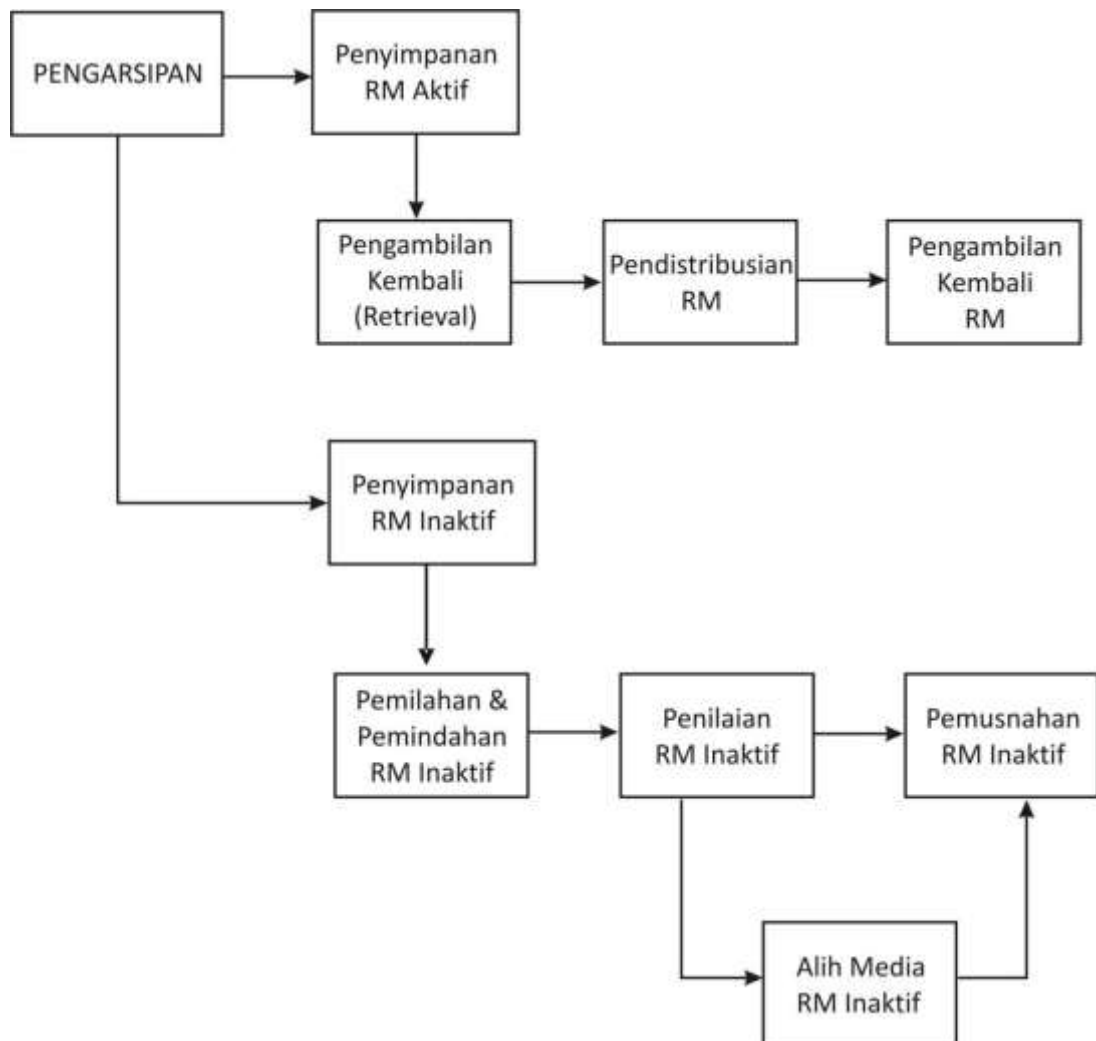
- 1) Sebutkan sistem pengarsipan yang digunakan di Indonesia!
- 2) Mengapa Sistem penomoran secara unit lebih baik dibanding Seri/ seri – unit?
- 3) Sistem penjajaran apa yang anda telah ketahui?
- 4) Mengapa system penjajaran dengan terminal digit filing lebih baik disbanding lainnya?
- 5) Mengapa RM Inaktif harus dimusnahkan??
- 6) Apakah alih media diperlukan ? Apa alasan anda?
- 7)

#### *Petunjuk Jawaban Latihan*

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang sistem pengarsipan , penjajaran dan pemusnahan RM inaktif

## PETA KONSEP

Untuk lebih jelas dalam melihat



## **Ringkasan**

Penerapan sistem penjajaran rekam medis di Indonesia dapat dibagi atas sistem alfabetis dan penomoran. Sistem penjajaran dengan penomoran dibagi atas penjajaran dengan sistem nomor langsung, angka akhir, dan angka tengah.

Dalam mengelola penyimpanan rekam medis, system penjajaran harus ditetapkan sesuai dengan kondisi yang ada dilapangan. Penjajaran berarti menata atau menyusun rekam medis dalam rak penyimpanan dengan system yang ada diteori sehingga rapih dan mudah diambil bila diperlukan. Penjajaran ini harus dibuatkan peraturannya dalam bentuk SOP sehingga petugas rekam medis yang bertugas di bagian penyimpanan lebih tertib dalam menjalankan fungsinya.

Setiap rekam medis baru akan disimpan didalam rak penyimpanan sehingga rekam medis akan semakin banyak yang disimpan dirak, tentunya akan menyebabkan rak semakin penuh dengan rekam medis. Untuk itu perlu diatur lama waktu penyimpanan rekam medis aktif, sebagaimana tercantum dalam Permenkes no.269 tahun 2008. Untuk itu perlu dilakukan penyusutan rekam medis inaktif dan dapat dialih mediakan sehingga bila dibutuhkan mudah untuk mencarinya. Namun sayangnya, belum semua rumah sakit menggunakan alih media rekam medis untuk mengelola rekam medis inaktif sebelum dimusnahkan.

## Glosarium

Alur	Proses suatu kegiatan yang berurutan dari awal sampai akhir kegiatan	
Asembling	Perakitan rekam medis	
Desentralisasi	Pemisahan tempat / lokasi penyimpanan antara RM pasien rawat jalan dan rawat inap dan RM lainnya	
<i>Folder</i>	map pasien	
<i>IFHIMA</i>	International Federation Health Information Management Asosiation	
KIUP	Kartu Indeks Utama Pasien	
<i>Konversi</i>	Perubahan sistem lama ke sistem baru	
MIUP	Master Indeks Utama pasien Istilah lain dari Indeks Utama Pasien	
Prosedur	Langka-langkah melakukan suatu proses kegiatan	
Registrasi	Pengumpulan data pasien yang mendaftar berobat untuk rawat jalan atau rawat inap di rumah sakit/ puskesmas	
<i>Relational Numbering</i>	sistem pengarsipan dengan menggunakan Nomor yang berhubungan secara menyeluruh atau sebagian dengan data / identitas pribadi pasien	
Retrieval	Pengambilan kembali rekam medis	
RM inaktif	Rekam medis yang sudah 5 tahun tidak aktif	
sentralisasi	seluruh informasi tentang seorang pasien yang mendapat pelayanan rawat inap, rawat jalan ataupun emergensi atau lain-lain pelayanan disimpan di satu berkas, di satu lokasi dan dikelola oleh satu unit yaitu Unit Rekam Medis	
<i>Serial Numbering System</i>	Pemberian Nomor Cara Seri	
<i>Serial-Unit Numbering System</i>	Pemberian Nomor Cara Seri Unit	
UGD	Unit Gawat Darurat	
<i>Unit Numbering System</i>	Pemberian Nomor Cara Unit	
Alfabetik		: Penjajaran
<i>Middle Numbering Filing</i>		: Penjajaran
<i>Outguide</i>		: Pengganti r
<i>primary digits</i>		: Dua (2) ang
<i>secondary digits</i>		: Dua(2) ang
<i>Serial Numbering System</i>		: Pemberian
<i>Serial-Unit Numbering System</i>		: Pemberian
<i>Straight Numerical Filing</i>		: Penjajaran
<i>Terminal Digit Filing</i>		: Penjajaran
<i>tertiary digits</i>		: Dua(2) ang
<i>Tracer</i>		: Outguide=
UGD		penyimpan
<i>Unit Numbering System</i>		: Unit Gawat
		: Pemberian

## Daftar Kepustakaan

- Abdelhak, Mervat, 2007, *Health Information: Management of Strategic Resources*, Philidelpia: WB Saunders Company, 2007.
- Davis, Elwyn, 1990. *Information Systems I for Health Information Management I* Students, Sydney: The University of Sidney, 1990.
- Departemen Kesehatan RI, 2008, Permenkes 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.
- Departemen Kesehatan RI, 2008, *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*, Nomor 129/Menkes/SK/II/2008.
- Departemen Kesehatan RI, 1997, *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis di Indonesia*, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.
- Departemen Kesehatan RI, 2006, *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*, Jakarta: Dirjen. Pelayanan Medik.
- Hatta, Gemala, 2008, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan*, Jakarta: UI Press.
- Huffman, Edna K., 1994, *Health Information Management 10<sup>th</sup> edition*, Berwyn, Illinois: Physician Record Co.
- International Federation of Health Information Management Association, 2012 Education Module for Health Record Practice , Module 3 - Record Identification Systems, Filing and Retention of Health Records, Chicago, Illionis*
- Johns, Merida L., 2000, *Health Information Management Technology*, Chicago, Illionis: AHIMA.
- Kathryn McMiller, 2000, *Being Medical Records Clerk, sec.edition*
- LaTour, Kathleen M. and Maki Shirley Eichenwald, 2010, *Health Information Management Concepts, Principles and Practice, 3th ed.* Chicago, Illiones: AHIMA
- Skurka, Margaret A., 2003, *Helath Information Management, 5<sup>th</sup> ed.* San Fransisco: Jossey- Bass, A Wiley Imprint.
- Sedarmayanti, 2018, *Tata Kearsipan, Bandung, CV Mandar Maju*