

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR BELUM TERLAKSANANYA
PEMUSNAHAN DOKUMEN REKAM MEDIS DI RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH DATU SANGGUL
RANTAU**

**WANDA YULIA NOOR
18D30544**



**PROGRAM STUDI PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
HUSADA BORNEO BANJARBARU
2021**

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR BELUM TERLAKSANANYA
PEMUSNAHAN DOKUMEN REKAM MEDIS DI RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH DATU SANGGUL
RANTAU**

Proposal Penelitian
Diajukan Guna Untuk Menyusun Karya Tulis Ilmiah Sebagai Persyaratan
Guna Mencapai Gelar Ahli Madya Perekam dan Informasi Kesehatan (A.Md.RMIK)

**WANDA YULIA NOOR
18D30544**



**PROGRAM STUDI PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
HUSADA BORNEO BANJARBARU
2021**

LEMBAR PERSETUJUAN

Nama : Wanda Yulia Noor

NIM : 18D30544

Proposal Penelitian ini telah disetujui untuk diseminarkan

Banjarbaru, 8 Februari 2021

Pembimbing Utama,



Dr. Abdul Khair, SKM, M.Si

NIDN : 4025017001

Pembimbing Pendamping,



Drs. H. Arbudin., M.Si

LEMBAR PENGESAHAN

Nama : Wanda Yulia Noor

NIM : 18D30544

Proposal Penelitian ini telah di seminarkan dan di setujui

Pada tanggal, 8 Februari 2021.

Pembimbing Utama,



Dr. Abdul Khair, SKM, M.Si

NIDN : 4025017001

Pembimbing Pendamping,



Drs. H. Arbudin., M.Si

KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, segala puji bagi Allah Tuhan semesta alam. Sehingga dapat menyusun Proposal Karya Tulis Ilmiah dengan judul Analisis Faktor-Faktor Belum Terlaksananya Pemusnahan Berkas Rekam Medis Di Rumah Sait Umum Daerah Datu Sanggul Rantau.

Adapun tujuan dari penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini dibuat dalam rangka memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan pada program pendidikan Diploma III Perekam dan Informasi Kesehatan STIKES Husada Borneo Banjarbaru.

Proposal Karya Tulis Ilmiah ini disusun dengan usaha yang maksimal dan juga berkat dari berbagai pihak. Pihak-pihak yang berkenan meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya untuk menyelesaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini. Oleh karena itu saya sampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-sebesarnya kepada seluruh pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini, antara lain :

1. Ibu Hj. Nor Wahidah, S.Si.T., M.Kes selaku Pembina Yayasan Husada Borneo.
2. Bapak Dr. H. Suharto, SE., MM selaku Ketua Yayasan Husada Borneo.
3. Faizah Wardhina, S.Si.T., M.Kes selaku Ketua STIKES Husada Borneo Banjarbaru.
4. Ermas Estiyana., MM selaku Ketua Prodi DIII Perekam dan Informasi kesehatan.
5. Dr. Abdul Khair., SKM, M.Si selaku pembimbing I yang telah memberikan waktu, membimbing dan memberikan nasihat kepada saya untuk menyelesaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Drs. Arbudin., M.Si selaku pembimbing II yang telah memberikan waktu, membimbing dan memberikan nasihat kepada saya untuk menyelesaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Seluruh dosen pengajar STIKes Husada Borneo Banjarbaru yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat sehingga turut membantu dalam penyelesaian proposal ini.

8. Kepada kedua orang tua, adik dan seluruh keluarga yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materil dengan tulus ikhlas dan mencurahkan segala kasih sayang dan semangat tiada hentinya.

Maka dari itu kami menyadari masih banyak kekurangan dalam Proposal Karya Tulis Ilmiah yang saya buat. Mungkin dari segi bahasa, susunan kalimat atau hal lain yang tidak kami sadari. Oleh karena itu kami sebagai penulis sangat mengharapkan kritik dan saran sebagai sarana perbaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini lebih baik.

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER.....	i
HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
LAMPIRAN.....	x
BAB 1 PENDAHULUAN.....	11
1.1 Latar Belakang.....	11
1.2 Rumusan Masalah.....	13
1.3 Tujuan Penelitian.....	13
1.3.1 Tujuan Umum.....	13
1.3.2 Tujuan Khusus.....	13
1.4 Manfaat Penelitian.....	13
1.4.1 Bagi Petugas.....	13
1.4.2 Bagi Rumah Sakit.....	14
1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan.....	14
1.4.4 Bagi Peneliti Lain.....	14
1.5 Keaslian Penelitian.....	14
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	16
2.1 Tinjauan Teori.....	16
2.1.1 Rekam Medis.....	16
2.1.2 Retensi Rekam Medis.....	25
2.1.3 Pemusnahan Rekam Medis.....	28
2.1.4 Permenkes No. 269 tahun 2008.....	32
2.1.5 Standar Operasional Prosedur (SOP).....	32
2.2 Landasan Teori.....	33

2.3 Kerangka Konsep	35
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	37
3.1 Rancangan Penelitian.....	37
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	37
3.2.1 Lokasi Penelitian.....	37
3.2.2 Waktu Penelitian.....	37
3.3 Subjek Penelitian	37
3.3.1 Informan Utama	37
3.3.2 Informan Triangulasi	37
3.3.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	38
3.3.4 Variabel Penelitian	38
3.3.5 Definisi Operasional.....	38
3.4 Instrumen Penelitian	38
3.4.1 Pedoman Wawancara.....	38
3.4.2 Pedoman Observasi	39
3.5 Teknik Pengumpulan Data.....	39
3.5.1 Data Primer.....	39
3.5.2 Data Sekunder.....	39
3.6 Teknik Pengolahan dan Analisis Data.....	39
3.7 Prosedur Penelitian.....	40
3.7.1 Tahapan Persiapan Penelitian	40
3.7.2 Tahapan Pelaksanaan Penelitian.....	40
3.7.3 Tahapan Akhir Penelitian	40
3.8 Jadwal dan Biaya Penelitian	41
3.8.1 Jadwal Penelitian.....	41
3.8.2 Biaya Penelitian	41
DAFTAR PUSTAKA.....	42
LAMPIRAN	44

DAFTAR TABEL

Table 1.1 Keaslian Penelitian.....	14
Tabel 2.1 Jadwal Retensi.....	26
Tabel 2.2 Tabel Pertelaan.....	30
Tabel 3.1 Definisi Operasional	38
Tabel 3.2 Jadwal Penelitian.....	41
Tabel 3.3 Biaya Penelitian	41

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Alur Pemusnahan.....	29
Gambar 2.2 Kerangka Konsep.....	35

LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Izin Studi Pendahuluan Dari STIKES Husada Borneo	44
Lampiran 2 Surat Balasan Izin Studi Pendahuluan Dari Rumah Sakit Umum Daerah Datu Sanggul Rantau	45
Lampiran 3 Lembar Konsultasi Pembimbing Utama	46
Lampiran 4 Lembar Konsultasi Pembimbing Pendamping.....	47
Lampiran 5 Lembar Saran Perbaikan Seminar Proposal Pembimbing Utama	48
Lampiran 6 Lembar Saran Perbaikan Seminar Proposal Pembimbing Pendamping	49
Lampiran 7 Lembar Saran Perbaikan Seminar Proposal Penguji.....	50
Lampiran 8 SOP Pemusnahan Dokumen Rekam Medis.....	51
Lampiran 9 Data Pertelaan Retensi Rawat Inap Tahun 2007.....	52
Lampiran 10 Data Pertelaan Retensi Rawat Inap Tahun 2008	53
Lampiran 11 Data Pertelaan Retensi Rawat Inap Tahun 2009	54
Lampiran 12 Pengantar Permohonan Menjadi Responden	55
Lampiran 13 Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	56
Lampiran 14 Lembar Observasi.....	57
Lampiran 15 Lembar Wawancara Informan Utama.....	58
Lampiran 16 Lembar Wawancara Informan Triangulasi	60

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat peneliti medik. Pengertian rumah sakit adalah sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat berfungsi sebagai tempat pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian.

Dokumentasi yankes pasien di fasilitas pelayanan kesehatan (Fasyankes) berupa rekam medis. Menurut Permenkes RI No.269/Per/III/2008 tentang rekam medis pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan yang lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan yang dibuat oleh dokter mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan. Rekam medis juga berguna sebagai bukti tertulis atas pelayanan terhadap seorang pasien dan juga mampu melindungi kepentingan hukum bagi pasien yang bersangkutan.

Dokumen Rekam Medis (DRM) di rak penyimpanan tidak selamanya disimpan dirak *filing* karena akan memenuhi penyimpanan di *filing*. Cara mengurangi dokumen rekam medis rumah sakit dengan melakukan retensi dan pemusnahan. Retensi suatu kegiatan pengurangan berkas rekam medis dari rak penyimpanan dengan penentuan jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis ditentukan atas dasar nilai kegunaannya tiap berkas rekam medis (Depkes RI, 2006).

Dokumen rekam medis aktif saat tanggal kunjungan dan tanggal pulang masih dalam jangka kurun waktu 2 tahun dari tanggal sekarang dan dokumen

rekam medis dikatakan non aktif jika jarang diambil dan masih tersimpan di rak *filing*, maka dari itu dokumen rekam medis non aktif harus di retensi untuk dipindahkan ke in aktif guna keperluan pendidikan, penelitian, kasus hukum dan jika pasien datang kembali. Apabila dokumen rekam medis in aktif sudah disimpan dalam jangka waktu 5 tahun dan tidak digunakan lagi juga dapat dilakukan pemusnahan sesuai ketentuan yang ada.

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 pengancuran termasuk kegiatan penilaian dan pemilahan dokumen rekam medis yang akan dimusnahkan (Depkes RI 2006).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Ayu (2019) mengatakan faktor penyebab belum terlaksananya pemusnahan dokumen rekam medis adalah sumber daya manusia (pengetahuan petugas, latar belakang pendidikan petugas dan pelatihan petugas). Sedangkan utomo (2017) mengatakan faktor penyebab belum terlaksananya pemusnahan dokumen rekam medis adalah kurangnya pengetahuan petugas dan tidak adanya standar operasional prosedur pemusnahan dokumen rekam medis. Adapun Hasibuan (2016) mengatakan faktor penyebab belum terlaksananya pemusnahan dokumen rekam medis karena belum adanya kebijakan dalam penyusutan dokumen rekam medis.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan dengan wawancara kepada salah satu petugas rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Sanggul Rantau pada tanggal 26 Desember 2020, Mendapatkan hasil di Rumah Sakit Umum Datu Sanggul Rantau sudah pernah melakukan retensi sebanyak tiga kali, yaitu tahun 2007, 2008, dan 2009. Di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Sanggul Rantau petugas mengerti akan pentingnya retensi dan pemusnahan akan tetapi kendala utama untuk melakukan retensi dan pemusnahan adalah kurangnya tenaga petugas yang mengerjakan hal tersebut.

Berdasarkan hal tersebut maka dari itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Analisis Faktor-Faktor Belum Terlaksananya Pemusnahan Dokumen Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Datu Sanggul Rantau”.

1.2 Rumusan Masalah

“Apa saja Faktor-Faktor Belum Terlaksananya Pemusnahan Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Sanggul Rantau ?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui Faktor-Faktor Belum Terlaksananya Pemusnahan Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Sanggul Rantau.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi latar belakang pendidikan petugas rekam medis.
- b. Mengidentifikasi pelaksanaan pelatihan petugas rekam medis.
- c. Mengidentifikasi pengetahuan petugas rekam medis tentang pemusnahan dokumen rekam medis.
- d. Mengidentifikasi standar operasional prosedur (SOP) pemusnahan dokumen rekam medis.
- e. Mengidentifikasi kebijakan pelaksanaan pemusnahan dokumen rekam medis.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Petugas

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan petugas rekam medis di unit kerja rekam medis tentang pentingnya pemusnahan dokumen rekam medis

1.4.2 Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan evaluasi untuk rumah sakit melakukan pemusnahan dokumen rekam medis.

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan pemasukan dan penambahan ilmu bagi peneliti lebih lanjut untuk meningkatkan pengetahuan bagi mahasiswa lainnya.

1.4.4 Bagi Peneliti Lain

Memberikan pengetahuan dan wawasan bagi peneliti lain tentang faktor-faktor belum terlaksananya pemusnahan dokumen rekam medis untuk pengembangan penelitian kedepannya.

1.5 Keaslian Penelitian

Table 1.1 Keaslian Penelitian

NO	Nama	Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1.	Futari Ayu Istikomah	Analisis Prioritas Penyebab Belum Terlaksananya Retensi dan Pemusnahan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Di RS Mitra Medika Bondowoso Tahun 2019	a. Jenis penelitian yang dilakukan deskriptif b. Instrumen penelitian menggunakan wawancara	a. Tempat dan waktu penelitian b. Futari Ayu melakukan penelitian analisis prioritas penyebab belum terlaksananya retensi dan pemusnahan dokumen rekam medis sedangkan penelitian saya membahas analisis faktor-faktor belum terlaksananya pemusnahan dokumen rekam medis
2.	Ady Utomo	Analisis Faktor-Kendala Pelaksanaan Retensi Oleh	a. Jenis penelitian yang dilakukan deskriptif b. Instrumen	a. Ady Utomo melakukan penelitian retensi DRM inaktif oleh

	Petugas Rawat Inap Sultan Agung Semarang	<i>Filing</i> RSI Agung	penelitian menggunakan wawancara dan observasi	petugas <i>filing</i> , sedangkan penelitian saya analisis faktor-faktor belum terlaksananya pemusnahan dokumen rekam medis
				b. Tempat dan waktu penelitian
3.	Ali Sabela Hasibuan	Tinjauan Pelaksanaan Penyusutan Berkas Rekam Medis Inaktif Di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (IPI) Medan Tahun 2016	a. Untuk mengetahui kebijakan penyusutan berkas rekam medis	a. Tempat dan waktu b. Jenis penelitian yang digunakan deskriptif kuantitatif

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori

2.1.1 Rekam Medis

a. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis adalah segala bentuk catatan atau rekaman dalam unsur pelayanan kesehatan yang memenuhi unsur-unsur persyaratan sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

Menurut Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008 rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

b. Tujuan Rekam Medis

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

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

1. Bagi Pasien :

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

2. Bagi Pihak Pemberi Pelayanan Kesehatan

- a. Membantu kelanjutan pelayanan (sarana komunikasi).
- b. Menggambarkan keadaan penyakit dan penyebab (sebagai pendukung diagnosis kerja).
- c. Menunjang pengambilan keputusan tentang diagnosis pengobatan.

- d. Menilai dan mengelola risiko perorangan pasien.
 - e. Memfasilitasi pelayanan sesuai dengan pedoman praktek klinis.
 - f. Mendokumentasikan faktor risiko 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 pelayanan pasien.
 - l. Mendokumentasikan pelayanan yang diberikan.
3. Bagi Manajemen Pelayanan Kesehatan
- a. Mendokumentasikan adanya kasus penyakit gabungan dan praktiknya.
 - b. Menganalisis kegawatan penyakit.
 - c. Merumuskan pedoman praktik penanganan risiko.
 - d. Memberikan corak dalam penggunaan pelayanan.
 - e. Dasar penelaahan dalam penggunaan sarana pelayanan (utlisasi).
 - 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 Pengganti Biaya
- 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 ketidak mampuan dalam pembayaran (mis.kompensasi kerja).

- f. Menangani pengeluaran.
- g. Melaporkan pengeluaran.
- h. Menyelenggarakan analisis *actuarial* (tafsiran pra penetapan asuransi).

Adapun tujuan sekunder rekam medis pasien ditunjukkan kepada hal yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien yaitu :

1. Edukasi
 - a. Mendokumentasikan pengalaman profesional di bidang kesehatan.
 - b. Menyiapkan sesi pertemuan dan presentasi.
 - c. Bahan pengajaran.
2. Peraturan (regulasi)
 - a. Bukti pengajuan prakerja ke pengadilan (litigasi).
 - b. Membantu pemasaran pengawasan (*surveillance*).
 - d. Menilai kepatuhan sesuai standar pelayanan.
 - e. Sebagai dasar pemberian akreditasi bagi professional dan rumah sakit.
 - f. Membandingkan organisasi pelayanan kesehatan.
3. Riset
 - a. Mengembangkan produk baru.
 - b. Melaksanakan riset klinis.
 - c. Menilai teknologi .
 - d. Studi keluaran pasien.
 - e. Studi efektivitas serta analisis manfaat dan biaya pelayanan pasien.
 - f. Mengidentifikasi populasi yang berisiko.
 - g. Mengembangkan registrasi dan basis / pangkalan data (data base).
 - h. Menilai manfaat dan biaya sistem 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.
- c. Kegunaan Rekam Medis

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

1. Aspek Administrasi

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

2. Aspek Hukum

Dimana didalam rekam medis mempunyai nilai hukum. Dan bisa membantu baik pasien maupun instansi pelayanan jika terjadi sesuatu yang penanganannya memerlukan proses hukum dalam rangka atas keadilan.

3. 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. Aspek Penelitian

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

5. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis yang berisi data-data yang dapat digunakan untuk mengetahui kronologis suatu tindakan pelayanan

medik yang diberikan kepada pasien dan mengetahui pengelolaan rekam medis.

6. Aspek Dokumentasi

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

Adapun kegunaan dari rekam medis itu sendiri yaitu :

1. Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang ikut ambil bagian dalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.
2. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang diberikan kepada seorang pasien.
3. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung atau dirawat di rumah sakit.
4. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa data, penelitian dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien yang artinya untuk menilai apakah pelayanan yang telah diberikan kepada pasien sudah membuat pasien merasa puas atau lebih baik kondisinya dari sebelumnya atau sembuh.
5. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
6. Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan. Misalnya untuk koas yang ingin menyelesaikan dokternya, untuk mahasiswa perawat yang ingin membuat ASKEP (asuhan keperawatan).
7. Sebagai dasar dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan rekam medis pasien. Dimana seluruh pelayanan yang diberikan kepada pasien, tercatat, dan diagnosa pasien akurat sehingga bisa menjadi dasar penetapan biaya pengobatan, pemeriksaan dan perawatan pasien.

8. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan dan laporan.

d. Manfaat Rekam Medis

Manfaat rekam medis berdasarkan Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008, tentang rekam medis sebagai berikut :

1. Pengobatan

Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.

2. Peningkatan Kualitas Pelayanan

Membuat rekam medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.

3. Pendidikan dan Penelitian

Rekam medis merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis. Bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian dibidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.

4. Pembiayaan

Berkas rekam medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan, catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.

5. Statistik Kesehatan

Rekam medis dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit-penyakit tertentu.

6. Pembuktian Masalah hukum

Disiplin dan etik rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum disiplin dan etik.

e. Isi Rekam Medis

Menurut Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008 BAB II Pasal 3 untuk isi rekam medis yaitu :

1. Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat :
 - a. Identitas pasien.
 - b. Tanggal dan waktu.
 - c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit.
 - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik.
 - e. Rencana penatalaksanaan.
 - f. Pengobatan dan tindakan.
 - g. Pelayanan lainnya yang telah diberikan kepada pasien.
 - h. Untuk pasien khusus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.
 - i. Persetujuan tindakan bila diperlukan.
2. Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat :
 - a. Identitas pasien.
 - b. Tanggal dan waktu.
 - c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit.
 - d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik.
 - e. Rencana penatalaksanaan.
 - f. Pengobatan dan tindakan.
 - g. Persetujuan tindakan bila diperlukan.
 - h. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan.
 - i. Ringkasan pulang (*discharge summary*).

- j. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
 - k. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu.
 - l. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.
3. Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat sekurang-kurangnya
- a. Identitas pasien.
 - b. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan.
 - c. Identitas pengantar pasien.
 - d. Tanggal dan waktu .
 - e. Hasil anamnesis mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit.
 - f. Diagnosis.
 - g. Pengobatan dan tindakan.
 - h. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut.
 - i. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
 - j. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana kesehatan lain.
 - k. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
4. Isi rekam medis pasien dalam keadaan bencana, selain memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditambah dengan :
- a. Jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan.
 - b. Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana masal.
 - c. Identitas yang menemukan pasien.
5. Isi rekam medis untuk pelayanan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan.
- f. Sistem Penyimpanan Rekam Medis
- Ada dua cara penyimpanan dalam penyelenggaraan rekam medis yaitu :

a. Sentralisasi

Sentralisasi di artikan menyimpan rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan kunjungan poliklinik maupun catatan selama pasien di rawat. Sistem ini disamping banyak kebaikannya dan kekurangannya.

Kebaikannya :

1. Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis.
2. Mengurangi jumlah biaya yang dipergunakan untuk peralatan dan ruangan
3. Tata kerja dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah distandarisasikan.
4. Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan.
5. Mudah menerapkan sistem unit record

Kekurangannya :

1. Petugas menjadi lebih sibuk, karena harus menangani unit rawat jalan dan unit rawat inap
2. Tempat penerimaan pasien harus bertugas 24 jam.

b. Desentralisasi

Dengan cara desentralisasi terjadi pemisahan antara rekam medis poliklinik dengan rekam medis penderita dirawat. Rekam medis poliklinik disimpan di satu tempat penyimpanan, sedangkan rekam medis rawat inap di simpan di pencatatan medis.

Kebaikannya :

1. Efisiensi waktu, sehingga pasien mendapat pelayanan lebih cepat.
2. Beban kerja yang dilaksanakan petugas lebih ringan.

Kekurangannya :

1. Terjadi duplikasi dalam pembuatan rekam medis
2. Biaya yang dipergunakan untuk peralatan dan ruangan lebih banyak.

g. Sistem penomoran

a. Sistem Penomoran Langsung (*Straight Numbering Filing*)

Sistem penyimpanan dokumen rekam medis dengan menjajarkan folder dokumen rekam medis berdasarkan urutan nomor rekam medis awal.

b. Sistem Angka Tengah (*Middle Digit Filing*)

Sistem penyimpanan dokumen rekam medis dengan menjajarkan folder dokumen rekam medis berdasarkan urutan nomor rekam medis pada dua angka kelompok tengah.

c. Sistem Angka Akhir (*Terminal Digit Filing*)

Sistem penyimpanan dokumen rekam medis dengan menjajarkan file dokumen rekam medis berdasarkan urutan nomor rekam medis pada dua angka kelompok akhir.

2.1.2 Retensi Rekam Medis

a. Pengertian Retensi

Menurut Irmawati Mathar retensi atau penyusutan dokumen rekam medis merupakan kegiatan penyusutan atau pengurangan arsip dengan cara mensortir atau memilih arsip. Retensi atau penyusutan dokumen rekam medis adalah pengurangan jumlah formulir yang terdapat di dalam dokumen rekam medis dengan cara mensortir atau memilih arsip dengan tanggal terakhir pasien tersebut dilayani atau 5 tahun setelah pasien tersebut meninggal.

b. Jadwal Retensi

Menurut surat edaran Direktur Jendral Pelayanan Medik (DIRJEN YAMED) NO.HK.00.06.1.5.01160 Tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis dasar dan Pemusnahan arsip Rekam Medis di rumah sakit, untuk pertama kalinya melakukan proses retensi harus terlebih dahulu ditetapkan jadwal retensi arsip rekam medis dengan rincian sebagai berikut :

Tabel 2.1 Jadwal Retensi

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.	Orthopaedi	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

c. Pertimbangan Dalam Melakukan Retensi

Menurut Budi (2011) dalam pelaksanaan retensi yang perlu dipertimbangkan adalah :

1. Ketersediaan ruang penyimpanan biasanya selama masih mencukupi maka pihak rumah sakit masih “belum minat” untuk melakukan penyusutan rekam medis.
2. Tingkat penggunaan rekam medis, misalnya kalau di rumah sakit tersebut sering dilakukan penelitian atau sebagaimana sarana pendidikan maka umumnya rumah sakit akan menyimpan lebih lama.
3. Kasus-kasus yang terkait masalah hukum biasanya disimpan lebih lama sampai 20 tahun seperti kasus pembunuhan, penganiayaan, pemerkosaan, pengguguran dan sebagainya.

d. Tujuan Retensi

1. Menjaga kerapian penyusunan berkas rekam medis aktif.
2. Memudahkan dalam retrieval berkas rekam medis aktif. Artinya memudahkan untuk mencari dan menemukan kembali informasi penting yang ada dalam dokumen rekam medis.
3. Menjaga informasi medis yang masih aktif (yang masih mengandung nilai guna).
4. Mengurangi beban kerja petugas dalam penanganan berkas rekam medis aktif dan in aktif.

e. Langkah-langkah Dalam Retensi Dokumen Rekam Medis

1. Mencatat nomor-nomor rekam medis yang sudah waktunya retensi sesuai dengan ketentuan jadwal retensi. Data tersebut diperoleh dari KIUP, bila belum menggunakan KIUP (Kartu Indeks Utama Pasien) dapat pula diperoleh dari buku register pendaftaran pasien rawat jalan dan rawat inap.
2. Menulis pada tracer bahwa dokumen rekam medis tersebut di retensi dan disimpan di rak dokumen rekam medis inaktif.
3. Menyelipkan tracer pada dokumen rekam medis yang akan disimpan inaktif.
4. Mengambil dokumen rekam medis yang akan disimpan inaktif.
5. Menyimpan dokumen rekam medis inaktif berdasarkan urutan tanggal terakhir berobat dan dikelompokkan berdasarkan jenis penyakit untuk keperluan :
 - a. Menentukan lamanya penyimpanan dokumen rekam medis inaktif.
 - b. Memudahkan ketika akan dinilai nilai gunanya.

f. Faktor-Faktor Perlunya Dilakukan Retensi Dokumen Rekam Medis

Menurut Irmawati Mathar (2018) perlunya dilakukan retensi dokumen rekam medis dikarenakan beberapa faktor :

1. Terbatasnya ruang penyimpanan dokumen rekam medis, dengan dokumen rekam medis banyak yang disimpan dalam suatu ruangan dan rollpack atau rak file, maka perlu dilakukan penyusutan dan pemusnahan terhadap dokumen rekam medis tersebut tentunya menjalankan retensi tersebut sesuai dengan ketentuan atau standar prosedur retensi yang berlaku.
2. Terbatasnya rak penyimpanan dokumen rekam medis.
3. Adanya penambahan dokumen rekam medis pasien baru tidak seimbang dengan penyusutan berkas in aktif.
4. Kurangnya tenaga khusus untuk memelihara atau pengelolaan dokumen rekam medis in aktif.

2.1.3 Pemusnahan Rekam Medis

a. Pengertian Pemusnahan Rekam Medis

Pemusnahan rekam medis merupakan salah satu upaya yang dilakukan oleh pihak rumah sakit untuk mengurangi penumpukan berkas rekam medis di ruang penyimpanan. Pemusnahan adalah suatu proses kegiatan penghancuran secara fisik arsip rekam medis yang telah berakhir fungsi dan nilai gunanya rendah. Penghancuran harus dilakukan secara total dengan cara membakar habis, mencacah atau daur ulang sehingga tidak dapat dikenali lagi isi maupun bentuknya.

Pemusnahan arsip dapat dilakukan dengan langkah-langkah berikut :

1. Seleksi untuk memastikan arsip-arsip yang akan dimusnahkan.
2. Pembuatan daftar jenis arsip yang akan dimusnahkan.
3. Pembuatan berita acara pemusnahan arsip.
4. Pelaksanaan pemusnahan dengan saksi-saksi.

b. Tujuan Dari Pemusnahan Rekam Medis

1. Mengurangi beban penyimpanan dokumen rekam medis.
2. Mengabadikan formulir-formulir dokumen rekam medis yang memiliki nilai guna.

c. Metode Pemusnahan Rekam Medis

Pemusnahan arsip berkas rekam medis dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

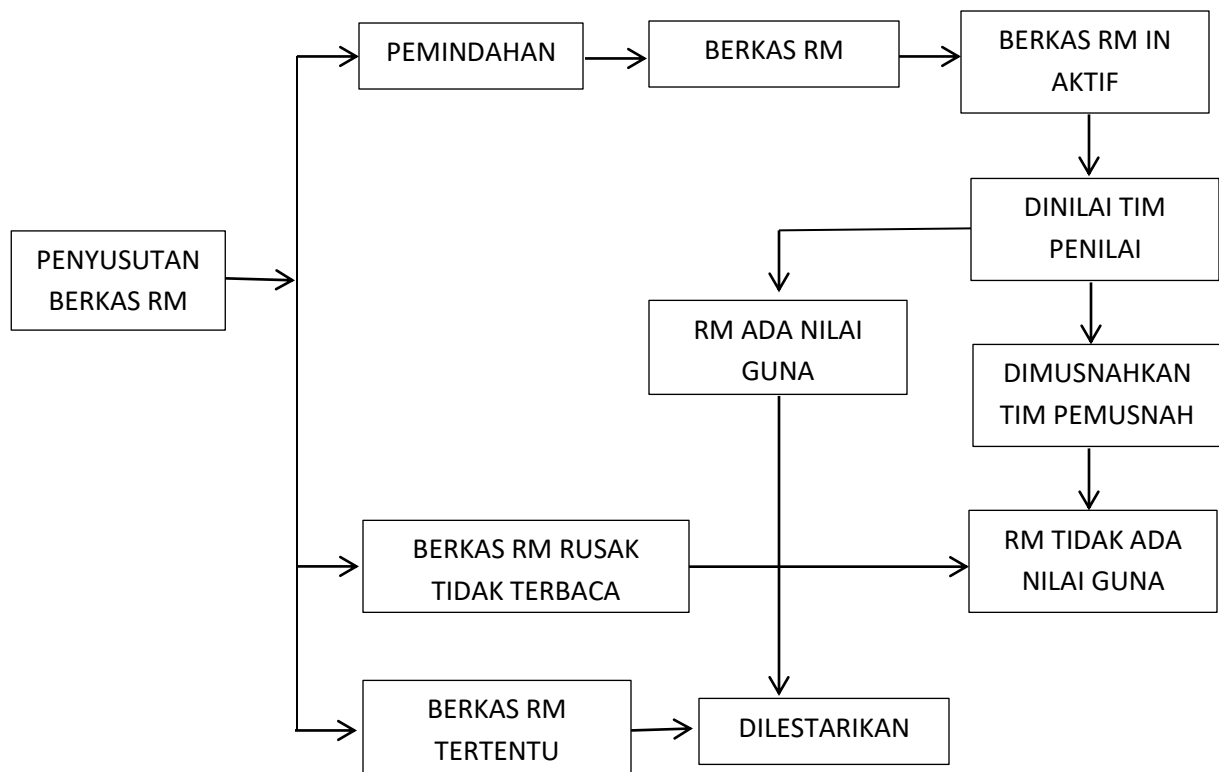
1. Pembakaran, pembakaran merupakan cara yang paling dikenal untuk memusnahkan arsip. Akan tetapi dengan cara seperti ini dianggap kurang aman, karena terkadang masih ada dokumen yang belum terbakar atau masih dapat dikenali. Selain itu, cara pembakaran dianggap kurang ramah lingkungan dan cara ini tidak mungkin dilakukan di dalam gedung.
2. Pencacahan, cara pencacahan dokumen ini menggunakan alat pencacah baik manual atau mesin penghancur (*paper shredder*). Dengan menggunakan mesin pencacah kertas, dokumen akan

terpotong-potong sehingga tidak bisa dikenali lagi. Cara ini banyak dilakukan oleh petugas arsip karena lebih praktis.

3. Proses kimiawi, merupakan pemusnahan dokumen dengan menggunakan bahan kimia guna melunakkan kertas dan melenyapkan tulisan.
4. Pembuburan (*puiping*) merupakan metode pemusnahan dokumen yang ekonomis, aman, nyaman dan tak terulangkan. Dokumen yang akan dimusnahkan dicampur dengan air kemudian dicacah dan disaring yang akan menghasilkan lapisan bubuk kertas. Dengan menjadi bubuk kertas maka wujud asli dokumen dan isi dokumen tidak akan dapat dikenali lagi.

d. Alur Pemusnahan Rekam Medis

Alur pemusnahan rekam medis ini aktif berdasarkan Surat Edaran Dirjen Yanmed No. HK.00.6.1.5.01160 sebagai berikut :



Gambar 2.1 Alur Pemusnahan

e. Tim Pemusnah Rekam Medis

Direktur rumah sakit membuat surat keputusan tentang pemusnahan rekam medis dan menunjuk tim pemusnahan rekam medis. Tim pemusnahan rekam medis melaksanakan pemusnahan rekam medis dan membuat berita acara pemusnahan rekam medis disahkan oleh direktur rumah sakit. Tim pemusnah dibentuk terdiri dari (Depkes 2006) :

1. Ketua komite medis sebagai ketua.
2. Kepala rekam medis sebagai sekretaris.
3. Petugas penyimpanan *filing* sebagai anggota.
4. Petugas tata usaha sebagai anggota.
5. Petugas unit rawat jalan sebagai anggota.
6. Petugas unit rawat inap sebagai anggota.

f. Tatacara Pemusnahan Rekam Medis

1. Pembentukan tim pemusnahan yang di sah kan oleh direktur rumah sakit.
2. Membuat daftar tabel pertelaan dokumen rekam medis.

Dalam membuat daftar table pertelaan dokumen rekam medis meliputi nomor rekam medis, tahun terakhir berobat, jangka waktu penyimpanan dan diagnosa akhir.

Tabel 2.2 Tabel Pertelaan

NO	NOMOR RM	TAHUN	JANGKA WAKTU PENYIMPANAN	DIAGNOSA AKHIR
1				
2				
3				

Petunjuk pengisian daftar table pertelaan rekam medis yang akan dimusnahkan sebagai berikut :

- a. Nomor merupakan nomor unit arsip rekam medis.
- b. Nomor rekam medis merupakan nomor arsip rekam medis yang akan disimpan.
- c. Tahun merupakan tahun terakhir kunjungan/pelayanan pasien di rumah sakit.

- d. Jangka waktu penyimpanan merupakan menunjukkan jangka/tenggang waktu yang ditentukan oleh komite rekam medis untuk penyimpanan arsip rekam medis yang mempunyai nilai guna tertentu.
 - e. Diagnosis akhir merupakan diagnosis penyakit pasien pada saat terakhir kunjungan/dilayani di unit pelayanan rumah sakit atau diagnosa yang paling dominan bagi pasien yang mempunyai lebih dari satu diagnosa.
3. Penentuan pelaksanaan pemusnahan
 - a. Dibakar dengan incinerator atau dibakar biasa.
 - b. Dicacah/ dibuat bubuk.
 - c. Pihak ke 3 disaksikan tim pemusnah.
 4. Pembuatan berita acara pemusnahan
 - a. Dibuat rangkap 2 untuk rumah sakit dan pemilik rumah sakit.
 - b. Ditandatangani ketua, sekretaris dan diketahui direktur rumah sakit.
 5. Khusus rekam medis yang rusak dapat langsung dimusnahkan dengan membuat pernyataan di atas materai diketahui direktur rumah sakit.
- g. Faktor-Faktor Tidak Terlaksananya Pemusnahan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Ayu (2019) mengatakan faktor penyebab belum terlaksananya pemusnahan dokumen rekam medis adalah sumber daya manusia (pengetahuan petugas, latar belakang pendidikan petugas dan pelatihan petugas). Sedangkan utomo (2017) mengatakan faktor penyebab belum terlaksananya pemusnahan dokumen rekam medis adalah kurangnya pengetahuan petugas dan tidak adanya standar operasional prosedur pemusnahan dokumen rekam medis. Adapun Hasibuan (2016) mengatakan faktor penyebab belum terlaksananya pemusnahan dokumen rekam medis belum adanya kebijakan dalam penyusutan dokumen rekam medis.

2.1.4 Permenkes No. 269 tahun 2008

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 pada Bab IV mengenai penyimpanan, pemusnahan dan kerahasiaan adalah sebagai berikut :

a. Pasal 8

1. 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.
2. Setelah batas waktu 5 (lima) tahun sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis.
3. Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus disimpan untuk jangka waktu 10 (sepuluh) tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut,
4. Penyimpanan rekam medis dan ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (3), dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pemimpin sarana pelayanan kesehatan.

b. Pasal 9

1. 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.
2. Setelah batas waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan.

2.1.5 Standar Operasional Prosedur (SOP)

a. Definisi SOP

Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah proses dengan langkah-langkah yang harus dilaksanakan untuk mencapai tujuan pekerjaan dan dapat dipertanggung jawabkan untuk menggambarkan bagaimana pekerjaan yang dilakukan sesuai dengan kebijakan dan peraturan yang berlaku, menggambarkan bagaimana proses pelaksanaan pekerjaan

tersebut dan sebagai tata urutan pelaksanaan pekerjaan tersebut (Atmoko Tjipto,2011).

b. Tujuan SOP

Tujuan Standar Operasional Prosedur (SOP) untuk membuat aturan dan pengawasan terhadap kinerja disetiap bidang pekerja harus sesuai tata tertib yang berlaku terstruktur dengan benar sehingga menjadi lebih efektif dan efisien. Tujuan Standar Operasional (Puji, 2014:30-35) sebagai berikut :

1. Menjaga konsistensi tingkat penampilan kinerja atau kondisi tertentu dan kemana petugas dan lingkungan dalam melaksanakan sesuatu tugas atau pekerjaan tertentu.
2. Sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan tertentu bagi sesama pekerja.
3. Menghindari kegagalan atau kesalahan dengan demikian menghindari dan mengurangi konflik, keraguan serta pemborosan dalam proses pelaksanaan kegiatan.
4. Parameter untuk menilai mutu pelayanan.
5. Untuk lebih menjamin penggunaan tenaga dan sumber daya secara efisien dan efektif.
6. Untuk menjelaskan alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas yang terkait.
7. Sebagai dokumen yang akan menjelaskan dan menilai pelaksanaan proses kerja bila terjadi suatu kesalahan atau dugaan praktik dan kesalahan administratif lainnya, sehingga sifatnya melindungi rumah sakit dan petugas.

2.2 Landasan Teori

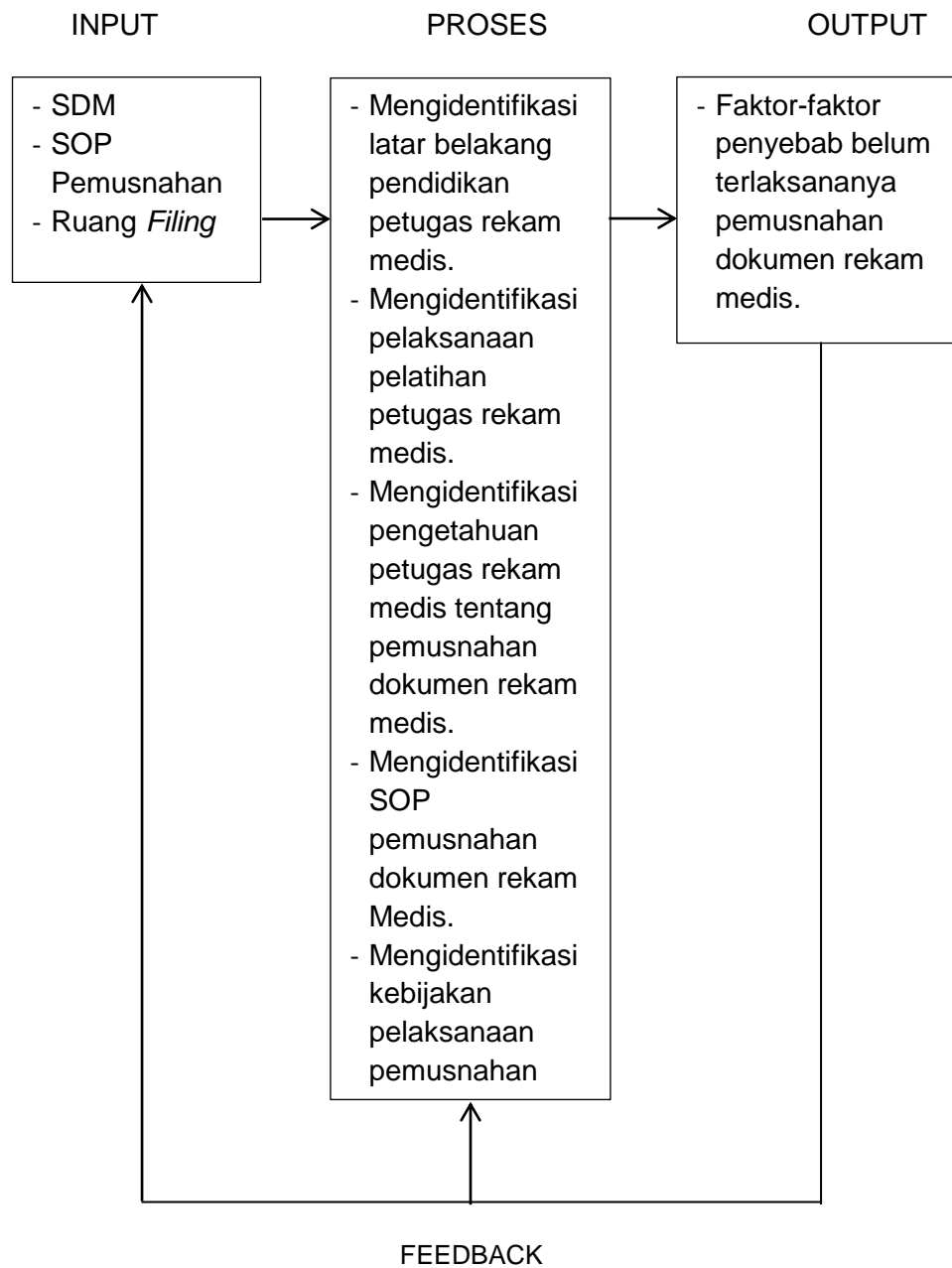
Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 pada Bab IV mengenai penyimpanan, pemusnahan dan kerahasiaan pasal 8 bahwa rekam medis pasien rawat inap dirumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima)

tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan. Setelah batas 5 (lima) tahun, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis. Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis harus disimpan untuk jangka waktu 10 (sepuluh) tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut. Penyimpanan rekam medis dan ringkasan pulang, dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Pemusnahan dokumen rekam medis adalah tindakan atau kegiatan menghancurkan secara fisik arsip yang sudah berakhir fungsinya serta tidak memiliki nilai guna. Penghancuran tersebut harus dilaksanakan secara total, yaitu dengan cara membakar habis, dicacah atau dengan cara lain sehingga tidak dapat dikenali lagi baik isi maupun bentuknya. Pemusnahan rekam medis dapat dilakukan dengan mengikuti tahapan yang telah ditentukan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Ayu (2019) mengatakan faktor penyebab belum terlaksananya pemusnahan dokumen rekam medis adalah sumber daya manusia (pengetahuan petugas, latar belakang pendidikan petugas dan pelatihan petugas). Sedangkan utomo (2017) mengatakan faktor penyebab belum terlaksananya pemusnahan dokumen rekam medis adalah kurangnya pengetahuan petugas dan tidak adanya standar operasional prosedur pemusnahan dokumen rekam medis. Adapun Hasibuan (2016) mengatakan faktor penyebab belum terlaksananya pemusnahan dokumen rekam medis belum adanya kebijakan dalam penyusutan dokumen rekam medis.

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini menjelaskan tentang input terdiri dari : SDM (Sumber Daya Manusia), SOP (Standar Operasional Prosedur) pemusnahan, Rekam medis in aktif dan ruangan *filing*. Sedangkan dalam proses yaitu :

mengidentifikasi latar belakang pendidikan petugas rekam medis, mengidentifikasi pelaksanaan pelatihan petugas rekam medis, mengidentifikasi pengetahuan petugas rekam medis tentang pengetahuan pemusnahan dokumen rekam medis, mengidentifikasi SOP pemusnahan dokumen rekam medis dan mengidentifikasi kebijakan pelaksanaan pemusnahan dokumen rekam medis. Sehingga tercipta output faktor-faktor belum terlaksananya pemusnahan di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Sanggul Rantau. Lalu ada feedback dari output menuju proses yang berarti apakah artinya melihat faktor apa saja yang di input masih kurang sehingga berdampak pada output. tahapan menuju proses pemusnahan telah dilakukan, setelah itu feedback dari output menuju input artinya melihat faktor apa saja yang di input masih kurang sehingga berdampak pada output (tidak dilakukan pemusnahan).

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif, dengan jenis penelitian kualitatif. Jenis penelitian kualitatif merupakan penelitian yang digunakan untuk menyelidiki, menemukan, menggambarkan, dan menjelaskan kualitas (Saryono, 2010). Metode deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui gambaran atau deskripsi tentang suatu masalah, baik berupa faktor risiko maupun faktor efek. Dalam penelitian ini metode deskriptif bertujuan untuk menggambarkan atau mendeskripsikan Faktor-Faktor Belum Terlaksananya Pemusnahan Dokumen Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Sanggul Rantau.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Sanggul Rantau pada bagian instalasi rekam medis dan ruang *filing* rawat inap.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret 2021.

3.3 Subjek Penelitian

3.3.1 Informan Utama

Informan Utama adalah orang yang mampu memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar belakang penelitian (Moleong, 2013). Informan utama dalam penelitian ini yaitu petugas *filing* rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Datu Sanggul Rantau.

3.3.2 Informan Triangulasi

Informan Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data itu (Moleong, 2013). Informan triangulasi dalam penelitian ini yaitu Kepala Instalasi Rekam Medis dan

Koordinator *Filing* rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Datu Sanggul Rantau.

3.3.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.3.4 Variabel Penelitian

Variabel dari penelitian ini yaitu pemusnahan rekam medis, dan sub variabelnya yaitu :

- a. Pengetahuan petugas rekam medis.
- b. Latar belakang pendidikan petugas rekam medis.
- c. SOP Pemusnahan dokumen rekam medis.
- d. Pemusnahan dokumen rekam medis.
- e. Pelatihan petugas rekam medis.

3.3.5 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur
Latar Belakang Pendidikan Petugas	Jenjang formal yang ditempuh petugas	Wawancara
Pelatihan Petugas	Kegiatan yang dilakukan untuk mencapai penguasaan skill dan pengetahuan	Wawancara
Pengetahuan Petugas	Pemahaman dan wawasan petugas rekam medis tentang pemusnahan	Wawancara
SOP Pemusnahan DRM	Prosedur yang digunakan sebagai acuan pemusnahan dokumen rekam medis rawat inap	Observasi dan Wawancara
Kebijakan Pemusnahan DRM	Suatu tindakan penghancuran secara fisik dari dokumen rekam medis yang sudah berakhir masa fungsi dan tidak memiliki nilai guna, rusak/tidak terbaca serta tidak dapat dikenali baik isi maupun bentuknya	Observasi dan Wawancara

3.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam melakukan penelitian ini adalah sebagai berikut :

3.4.1 Pedoman Wawancara

Wawancara merupakan metode pengambilan data dengan cara menanyakan sesuatu kepada seseorang yang menjadi informan atau responden (Afifuddin, 2009:131). Wawancara digunakan untuk mengetahui

Faktor-Faktor Belum Terlaksananya Pemusnahan Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Sanggul Rantau.

3.4.2 Pedoman Observasi

Observasi merupakan metode pengumpulan data yang menggunakan pengamatan secara langsung maupun tidak langsung (Riyanto, 2010:96). Observasi digunakan untuk menganalisa apa saja Faktor-Faktor Belum Terlaksananya Pemusnahan di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Sanggul Rantau.

3.5 Teknik Pengumpulan Data

3.5.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari informan penelitian dengan cara wawancara pada subjek sebagai sumber informasi. Data primer penelitian ini yaitu peneliti melakukan wawancara dengan petugas *filin* di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Sanggul Rantau.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2017). Data sekunder di peroleh dari data ceklist observasi yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Sanggul Rantau.

3.6 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Menurut Lexy J Moleong, analisis data kualitatif dilakukan dengan cara mengorganisasi data, memilihnya menjadi satuan yang dapat dianalisis, menemukan hal penting dan memutuskan bagian yang akan disampaikan kepada orang lain.

Adapun teknik analisa data kualitatif yaitu :

- a. Pengumpulan data, yaitu pada tahap ini peneliti mengumpulkan seluruh catatan lapangan yang telah dibuat berdasarkan wawancara dan observasi yang telah dilakukan.
- b. Reduksi data, yaitu proses penyederhanaan data.

- c. Display data, yaitu proses menampilkan data hasil reduksi.
- d. Penarikan kesimpulan, yaitu apabila hasil display data menunjukkan bahwa data yang diperoleh cukup dan sesuai dengan informasi yang dibutuhkan, dimulailah penarikan kesimpulan menggunakan teori dan hasil lapangan.

3.7 Prosedur Penelitian

3.7.1 Tahapan Persiapan Penelitian

Pada tahapan persiapan penelitian ini, penelitian dimulai dari identifikasi masalah tersebut dirumuskan sebagai judul dalam proposal penelitian, judul penelitian diajukan kemudian disetujui oleh dosen pembimbing, meminta surat ijin studi pendahuluan dari program studi. Surat ijin studi pendahuluan diserahkan ke rumah sakit Datu Sanggul Rantau. Setelah pihak rumah sakit menyetujui surat ijin studi pendahuluan, maka peneliti melakukan studi pendahuluan dengan mulai merumuskan masalah dan merancang instrumen penelitian yang dibutuhkan dalam pengumpulan data.

3.7.2 Tahapan Pelaksanaan Penelitian

Pada tahapan penelitian ini, peneliti mulai melakukan penelitian dengan cara pengumpulan data. Adapun kegiatan-kegiatan yang dilakukan peneliti yang berupa studi pendahuluan, wawancara dan observasi.

3.7.3 Tahapan Akhir Penelitian

Tahapan akhir penelitian, peneliti mengolah data yang telah didapat untuk kemudian disusun menjadi sebuah laporan penelitian.

3.8 Jadwal dan Biaya Penelitian

3.8.1 Jadwal Penelitian

Tabel 3.2 Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	2020		2021			
		Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr
1	Penyusunan Proposal KTI						
2	Sidang Proposal KTI						
3	Perbaikan Proposal KTI						
4	Pengambilan data untuk keperluan KTI						
5	Penyusunan KTI						
6	Seminar KTI						

3.8.2 Biaya Penelitian

Dibawah ini adalah rincian biaya yang digunakan selama melaksanakan penelitian yang diuraikan besar biaya perkegiatan serta jumlah keseluruhan biaya penelitian.

Tabel 3.3 Biaya Penelitian

No	Keterangan	Biaya
1	Peralatan Habis Pakai	
	a. Fotocopy	Rp. 50.000,-
	b. Kertas	Rp. 80.000,-
	c. Tinta	Rp. 100.000,-
2	Biaya Studi Pendahuluan	Rp. 75.000,-
3	Transport	Rp. 200.000,-
4	Lain-Lain	Rp. 500.000,-
Total		Rp. 1.005.000,-

DAFTAR PUSTAKA

- Afifudin. (2009). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. CV Pustaka Setia : Bandung
- Anwar, Prabu Mangkunegara. (2015). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Remaja Rosdakarya Offset : Bandung
- Budi, Savitri Citra (2011). *Manajemen Unit Rekam Medis*. Yogyakarta : Quantum Sinergis
- Depkes RI. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta : Depkes RI
- Dirjen Yamed NO.HK.00.06.1.5.01160. *Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis Di Rumah Sakit*. Jakarta https://kupdf.net/download/surat-edaran-dirjen-yanmed-no-hk00061501160_5c7651a6e2b6f55f74b5218c_pdf (di akses 14 November 2020)
- Ayu Futari,dkk. (2019). *Analisis Prioritas Penyebab Belum Terlaksananya Retensi dan Pemusnahan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Di RS Mitra Medika Bondowoso*, Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan. Volume (1).
- Hatta, Gemala. (2008). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan*. UI Press :Jakarta.
- Hasibuan, Ali Sabela, (2016). *Tinjauan Pelaksanaan Penyusutan Berkas Rekam Medis Inaktif Di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (IPI) Medan*, Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Imelda. Volume (2).
- Indradi, S Rano. (2017). *Materi Pokok Rekam Medis*. Universitas Terbuka. Tangerang Selatan.
- Kartono. (2010). *Pemusnahan Berkas Rekam Medis Inaktif Di Rumah Sakit Panti Rini Kalasan*. Tugas Akhir. Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Lestari, Febriyanti. (2018). *Analisis Faktor Penyebab Belum Terlaksananya Pemusnahan Berkas Rekam Medis In Aktif Di RSU Panembahan Senopati Bantul*. Naskah Publikasi. Fakultas Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani, Yogyakarta.
- Mathar, Irmawati. (2018). *Managemen Informasi Kesehatan (Pengelolaan Dokumen Rekam Medis)*. CV Budi Utama. Yogyakarta.
- Moleong, Lexy J. (2010). *Metode Penelitian Kualitatif*. Remaja Rosdakarya : Bandung

- Moleong, Lexy J. (2013). *Metode Penelitian Kualitatif*. Edisi Revisi. PT Remaja Rosdakarya : Bandung
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2008. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis. Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Hartatik, Indah Puji. (2014). *Buku Pintar Membuat Standar Operasional Prosedur. Flash Book* : Yogyakarta
- Rahayu, Dewi. (2012). *Tinjauan Pelaksanaan Penyusutan Berkas Rekam Medis Inaktif Di Siloam Hospitals Kebon Jeruk*. Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul, Jakarta. 2012.
- Rustiyanto, Eri dan Rahayu, Ambar, Warih. (2011). *Manajemen Filing Dokumen Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*. Politeknik Kesehatan Permata Indonesia. Yogyakarta.
- Gunarti, Rina. (2019). *Manajemen Rekam Medis Di Layanan Kesehatan*. Thema Publishing :Yogyakarta.
- Yatim, Riyanto. (2010). *Metodologi Penelitian Pendidikan*. SIC : Surabaya
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D*. ALFABETA :Bandung.
- Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D*. ALFABETA :Bandung.
- Atmoko, Tjipto. (2011). *Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah*. Unpad : Bandung
- Utomo, Ady. (2017). *Analisis Fator-Faktor Kendala Pelaksanaan Retensi DRM Nonaktif Oleh Petugas Filing Rawat Inap RSI Sultan Agung Semarang*. Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro. 2017.
- Word Health Organization. *Definisi Rumah Sakit* : WHO. 1947. www.who.int (10 November 2020)

LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Izin Studi Pendahuluan Dari STIKES Husada Borneo



STIKES HUSADA BORNEO

SK. Mendiknas RI. No.123 / D / 0 / 2008

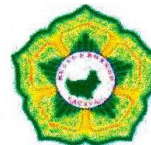
D3 Perakam dan Informasi Kesehatan Terakreditasi LAM-PTKes SK: No.0867/LAM-PTKes/Akr/Dip/X/2016

D4 Bidan Pendidik Terakreditasi BAN-PT SK: No.143/SK/BAN-PT/Akred/Dpl-IV/1V/2015

S1 Gizi Terakreditasi LAM-PTKes SK: No.0796/LAM-PTKes/Akr/Sar/XII/2018

Alamat : JL. A. Yani Km.30,5 No.4 Banjarbaru Kal-Sel 70712 Telp. (0511)4784900

Website : www.stikeshb.ac.id, Email:stikeshusadaborneo@ymail.com



Banjarbaru, 10 Desember 2020

Nomor : 225.11/PH-I/KETUA/STIKES-HB/XII/2020
 Lampiran : -
 Perihal : Permohonan izin studi pendahuluan Karya Tulis Ilmiah (KTI) mahasiswa D3 Perakam dan Informasi Kesehatan STIKes Husada Borneo

Kepada Yth,
 Direktur RSUD Datu Sanggul Rantau
 di Rantau

Dengan hormat,

Teriring doa semoga Direktur RSUD Datu Sanggul Rantau beserta Staf senantiasa dalam keadaan sehat. Sehubungan dengan dilaksanakannya penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi mahasiswa Program Studi D3 Perakam dan Informasi Kesehatan STIKes Husada Borneo tahun ajaran 2020/2021, mohon kiranya Bapak/Ibu berkenan memberikan izin bagi mahasiswa kami untuk melakukan studi pendahuluan di RSUD Datu Sanggul Rantau terkait dengan judul penelitiannya. Adapun data mahasiswa kami sebagai berikut:

Nama : Wanda Yulia Noor
 NIM : 18D30544
 Judul Penelitian : Analisis Faktor-faktor Belum Terlaksananya Pemusnahan Dokumen Rekam Medis di RSUD Datu Sanggul Rantau.

Demikianlah permohonan ini kami sampaikan. Besar harapan kami permohonan ini dapat diterima guna tercapainya kelancaran kegiatan tersebut. Atas perhatian dan perkenan Bapak/Ibu kami mengucapkan terima kasih.

Hormat Kami,
 STIKes Husada Borneo
 Ketua

Faizah Wardhina, S.Si.T., M.Kes
 NIDN. 1118018701

Lampiran 2 Surat Balasan Izin Studi Pendahuluan Dari Rumah Sakit Umum Daerah Datu Sanggul Rantau



PEMERINTAH KABUPATEN TAPIN
RUMAH SAKIT UMUM DATU SANGGUL RANTAU
Jln. Brigjend H. Hasan Basery Km 1 Rantau Kalimantan Selatan 71111
Telp. (0517) 31075-31112 Fax. (0517) 31075
Email: rsdatusanggul@gmail.com

Rantau, 14 Desember 2020

Nomor : 1290/RSUD-DS/XII/2020
Lampiran : -
Perihal : Perberian izin studi pendahuian

Kepada Yth,
Ketua STIKES Husada Borneo

Di-Banjarbaru

Menindak lanjuti surat Nomor 225.11/PH-I/KETUA/STIKES-HB/XII/2020, Perihal Permohonan izin studi penelitian, untuk melaksanakan tugas Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang merupakan salah satu syarat akademik bagi mahasiswa(i) Program Studi D3 Perekam dan Informasi Kesehatan STIKES Husada Borneo 2020/2021. Mahasiswa yang akan melakukan penelitian, sebagai berikut :

No	Nama/NIM	Judul Penelitian KTI
1.	Wanda Yulia Noor/ 18D30544	Analisa Faktor- faktor belum Terlaksananya Pemusnahan Dokumen Rekam Medis di RSUD Datu Sanggul Rantau

Untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa, dengan ini kami memberikan ijin mahasiswa tersebut untuk melakukan studi pendahuluan di BLUD RSUD Datu Sanggul Rantau.

Demikian kami sampaikan, atas kerjasamanya diucapkan terimakasih


Direktur RSUD Datu Sanggul
Drs. H. Mithan Sp. OG(K), MM
Pembina Tingkat I / IV B
NIP. 19740914 200212 1 008

Tembusan

1. Kepala Bidang Pelayanan
2. Kepala Seksi Keperawatan
3. Kepala Instalasi Rekam Medik dan Informasi Rumah Sakit

Lampiran 3 Lembar Konsultasi Pembimbing Utama



STIKES HUSADA BORNEO

SK. Mendiknas RI. No.123 / D / 0 / 2008

D3 Perkam dan Informasi Kesehatan Terakreditasi LAM-PTKes SK: No.0867/LAM-PTKes/Akr/Dip/X/2016
D4 Bidan Pendidik Terakreditasi BAN-PT SK: No.143/SK/BAN-PT/Akred/Dpl-IV/IV/2015

SI Gizi Terakreditasi LAM-PTKes SK: No.0796/LAM-PTKes/Akr/Sar/XII/2018

Alamat : JL.A.Yani Km.30,5 No.4 Banjarbaru Kal-Sel 70712 Telp. (0511) 4784900

Website: www.stikeshb.ac.id, Email : kontak@stikeshb.ac.id



FORMULIR LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN PENYUSUNAN PROPOSAL PENELITIAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HUSADA BORNEO BANJARBARU PROGRAM STUDI D3 PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN

Nama : WANDA YULIA NOOR
NIM : 18030544
Judul Proposal : ANALISIS FAKTOR -FAKTOR BELUM TERLAKSANANYA
PEMUSYAHAN DOKUMEN REKAM MEDIS DI KUMMATH
SARIT UMUM DAERAH DATU SANGGUL RANTAU
Pembimbing Utama : Dr. ABDUL KHAIR, SKM, M.Si

Tanggal	Topik Bahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
22 / 12 2020	- Perbaiki penulisan - Lengkapi studi pendahuluan - lengkapi waktu penelitian - lengkapi DO		
30 / 01 2021	- Perbaiki penulisan - Tujuan khusus - kerangka konsep - DO		
31 / 01 2021	Acc		

Lampiran 4 Lembar Konsultasi Pembimbing Pendamping



STIKES HUSADA BORNEO

SK. Mendiknas RI. No.123 / D / 0 / 2008

D3 Perakam dan Informasi Kesehatan Terakreditasi LAM-PTKes SK: No.0867/LAM-PTKes/Akr/Dip/X/2016
D4 Bidang Pendidik Terakreditasi BAN-PT SK: No.143/SK/BAN-PT/Akred/Dpl-IV/IV/2015

S1 Gizi Terakreditasi LAM-PTKes SK: No.0796/LAM-PTKes/Akr/Sar/XII/2018

Alamat : JL.A.Yani Km.30,5 No.4 Banjarbaru Kal-Sel 70712 Telp. (0511) 4784900

Website: www.stikeshb.ac.id, Email : kontak@stikeshb.ac.id



FORMULIR LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN PENYUSUNAN PROPOSAL PENELITIAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HUSADA BORNEO BANJARBARU PROGRAM STUDI D3 PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN

Nama : WANITA JULIA NEOR

NIM : 18030544

Judul Proposal : ANALISIS FAKTOR - FAKTOR BELUM TERLAKSANANYA PEMUSYAHAN DOKUMEN
REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DATU SANGGUL RANTAU

Pembimbing Pendamping : Dis. H. ARBUDINT, M.Si.

Tanggal	Topik Bahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
14/12 2020	- Penulisan proposal	Paragraf sesuai pedoman	
21/12 2020	- penulisan cover/judul	segera diperbaiki	
23/12 2020	- Daftar isi, tabel dan lampiran - Bab I dan II penulisan	segera diperbaiki	
29/12 2020	- Bab II perbaiki kerangka konsep - Bab III lengkapi waktu penelitian	Lengkapi sesuai petunjuk	
4/1 2021	- perbaiki daftar pustaka	segera diperbaiki	
18/1 2021	Aec		

Lampiran 5 Lembar Saran Perbaikan Seminar Proposal Pembimbing Utama



STIKES HUSADA BORNEO

SK. Mendiknas RI. No.123 / D / 0 / 2008

D3 Perkam dan Informasi Kesehatan Terakreditasi LAM-PTKes SK: No.0867/LAM-PTKes/Akr/Dip/X/2016

D4 Bidang Pendidik Terakreditasi BAN-PT SK: No.143/SK/BAN-PT/Akred/Dpl-IV/IV/2015

SI Gizi Terakreditasi LAM-PTKes SK: No.0796/LAM-PTKes/Akr/Sar/XII/2018

Alamat : JL.A.Yani Km.30,5 No.4 Banjarbaru Kal-Sel 70712 Telp. (0511) 4784900

Website: www.stikeshb.ac.id, Email : stikeshusadaborneo@ymail.com



FORMULIR SARAN PERBAIKAN SEMINAR PROPOSAL PENELITIAN PROGRAM D3 PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN

Nama : Wanda Yulia Noor

NIM : 18D300544

Judul Proposal : Analisis Faktor-Faktor Belum Terlaksananya Pemusnahan Dokumen Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Datu Sanggul Rantau

Hari / Tanggal : Senin, 08 Februari 2021

NO	BAGIAN YANG DIPERBAIKI	SARAN PERBAIKAN
1.	Tujuan Khusus (sub e)	Perbaiki kalimat shg redaksinya menjadi tujuan penelitian
2.	Tinjauan Pustaka	Perbaiki cara penulisan "sub-sub judul"
3.	Hal 22 pd sub judul isi rekam medis	Perbaiki spasi penulisan kalimat
4.	Semua bagian	Perbaiki penomoran halaman

Banjarbaru, 8 Februari 2021

Pembimbing Utama,

Dr. Abdul Khair, SKM, M.Si

Catatan : Setelah perbaikan harap berkonsultasi kembali
Kepada masing – masing penguji

Tanda tangan penguji setelah perbaikan.

Tanggal, 13 Februari 2021

Lampiran 6 Lembar Saran Perbaikan Seminar Proposal Pembimbing Pendamping



STIKES HUSADA BORNEO

SK. Mendiknas RI. No.123 / D / 0 / 2008

D3 Perkam dan Informasi Kesehatan Terakreditasi LAM-PTKes SK: No.0867/LAM-PTKes/Akr/Dip/X/2016

D4 Bidan Pendidik Terakreditasi BAN-PT SK: No.143/SK/BAN-PT/Akred/Dpl-IV/IV/2015

S1 Gizi Terakreditasi LAM-PTKes SK: No.0796/LAM-PTKes/Akr/Sar/XII/2018

Alamat : JL.A.Yani Km.30,5 No.4 Banjarbaru Kal-Sel 70712 Telp. (0511) 4784900

Website: www.stikeshb.ac.id, Email : stikeshusadaborneo@gmail.com



FORMULIR SARAN PERBAIKAN SEMINAR PROPOSAL PENELITIAN PROGRAM D3 PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN

Nama : Wanda Yulia Noor

NIM : 18D300544

Judul Proposal : Analisis Faktor-Faktor Belum Terlaksananya Pemusnahan Dokumen Rekam
Medis Di Rumah Sakit Umum Datu Sanggul Rantau

Hari / Tanggal : Senin, 08 Februari 2021

NO	BAGIAN YANG DIPERBAIKI	SARAN PERBAIKAN
1.	Bab I	- Perbaiki penulisan
2.	Lampiran	- Lengkapi bagian lampiran.

Banjarbaru, 8 Februari 2021

Pembimbing Pendamping,

Drs. Arbudin, M.Si

Catatan : Setelah perbaikan harap berkonsultasi kembali
Kepada masing – masing penguji

Tanda tangan penguji setelah perbaikan.

Tanggal, 4 Maret 2021

Lampiran 7 Lembar Saran Perbaikan Seminar Proposal Penguji



STIKES HUSADA BORNEO

SK. Mendiknas RI. No.123 / D / 0 / 2008

D3 Perkam dan Informasi Kesehatan Terakreditasi LAM-PTKes SK: No.0867/LAM-PTKes/Akr/Dip/X/2016

D4 Bidan Pendidik Terakreditasi BAN-PT SK: No.143/SK/BAN-PT/Akred/Dpl-IV/IV/2015

SI Gizi Terakreditasi LAM-PTKes SK: No.0796/LAM-PTKes/Akr/Sar/XII/2018

Alamat : J.L.A.Yani Km.30,5 No.4 Banjarbaru Kal-Sel 70712 Telp. (0511) 4784900

Website: www.stikeshb.ac.id, Email : stikeshusadaborneo@gmail.com



FORMULIR SARAN PERBAIKAN SEMINAR PROPOSAL PENELITIAN PROGRAM D3 PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN

Nama : Wanda Yulia Noor

NIM : 18D300544

Judul Proposal : Analisis Faktor-Faktor Belum Terlaksananya Pemusnahan Dokumen Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Datu Sanggul Rantau

Hari / Tanggal : Senin, 08 Februari 2021

NO	BAGIAN YANG DIPERBAIKI	SARAN PERBAIKAN
	Bab I	- Penulisan pada latar belakang - Penambahan tujuan khusus poin c
	Bab II	- Penambahan Landasan Teori
	Daftar pustaka	- Penulisan daftar pustaka
	Lampiran	- Perbaikan lembar observasi, lembar wawancara informasi utama dan triangulasi.

Banjarbaru, 8 Februari 2021

Penguji,



Nina Rahmadiliyani, S.Kep., MPH

Catatan : Setelah perbaikan harap berkonsultasi kembali
Kepada masing – masing penguji

Tanda tangan penguji setelah perbaikan.

Tanggal, 4 Maret 2021

Lampiran 8 SOP Pemusnahan Dokumen Rekam Medis

RSUD DATU SANGGUL RANTAU		PEMUSNAHAN DOKUMEN REKAM MEDIS		
 Jl. Brigjend H. Hasan Baseri Km. 1 Rantau Telp: (0517) 31075-31112	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL REKAM MEDIK	No. Dokumen : E.00.18-64	No. Revisi : 001	Halaman : 1/1
	Tanggal Terbit : 1 Mei 2015	Ditetapkan, Direktur RSUD Datu Sanggul Rantau		
		Tanggal Revisi 1 Mei 2018	 dr.H.Milhan, Sp. OG(K), MM Pembina Tk.1 / IV b NIP. 19740914 200212 1 008	
Pengertian	Pemusnahan dokumen Rekam Medis yang tidak dipakai lagi dengan cara dibakar dan dengan berita acara pemusnahan arsip dokumen Rekam Medis.			
Tujuan	Agar dalam melakukan pemusnahan berkas Rekam Medis sesuai dengan ketentuan yan berlaku dan atas ijin pemilik rumah sakit.			
Kebijakan	Berdasarkan Keputusan Direktur Nomor. 445/ 117 / RSUD-DS/2018, tentang Kebijakan Pelayanan Instalasi Rekam Medis			
Petugas	Petugas bagian penyimpanan urusan Rekam Medis.			
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sortir dokumen Rekam Medis yang tidak terpakai. 2. Buat pengajuan pemusnahan berkas Rekam Medis ke Kasubbag. Rekam Medis. 3. Buat berita acara pemusnahan setelah direktur menunjuk tim pemusnahan. 4. Setelah dilaksanakan pemusnahan, maka berita acara pemusnahan dikirim ke Dirjen Yan Med Depkes RI dan ke pemilik RSU Datu Sanggul Rantau. 5. Pemusnahan harus benar-benar telah musnah, tidak boleh ada satupun yang tertinggal. 			
Unit terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arsip Rekam Medis 2. Bagian penyimpanan Rekam Medis 			
Peralatan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokumen Rekam Medis non aktif 2. Buku register pemusnahan dokumen Rekam Medis. 			

Lampiran 9 Data Pertelaan Retensi Rawat Inap Tahun 2007

**DAFTAR PERTELAAN ARSIP REKAM MEDIK
RSUD DATU SANGUL RANTAU**

NO R M	NAMA PASIEN	DIAGNOSA AKHIR	THN TERAKHIR	KET
	Pusmadi, Tn	GEs. F. E. B. H.	DILAYANI 07	
	M. P. S. A. H. M. Y.	GEA	2007	
	Ambar, S. A. W. H. I. M. Y.	Amnesia + GEF	2007	
	W. A. N. D. A. H. M. Y.	SIMP. GPs (Tubuh Rapuh)	2007	
	M. A. W. A. J. I. M. Y.	GEA - EN	2007	
	M. W. A. N. A. P. A. L. I. B. A. H. M. Y.	SPT	2007	
	St. Am. K. A. S. A. L. I. F. A. H. M.	Diagn. Akut Myocardial Infarction	2007	
	M. J. S. A. M. A. H. M. Y.	GEA	2007	
	S. A. H. M. A. N. Tn	V. S. M. I. S. I.	2007	
	S. P. A. H. M. A. N. M. Y.	M. P. O. D. A. S.	2007	
	M. H. I. A. N. S. H. A. R. I. M. M.	DCA	2007	
	S. P. I. A. H. I. D. Tn	Tumor Pedis	2007	
	P. A. R. M. A. H. M. Y.	GE	2007	
	S. E. R. A. H. M. Y.	HT	2007	
	H. H. A. Y. A. D. I. Tn	GE + Amnesia	2007	
	M. A. I. D. A. H. M. Y.	GE + HT	2007	
	S. Y. C. H. S. I. M. M. A. N. I. M. Y.	SIMP. Apendix	2007	
	R. S. M. I. M. A. H. L. A. M. I. M. Y.	GE	2007	
	G. W. A. N. S. A. N. S. A. H. Tn	Dyspepsia	2007	
	K. U. K. I. M. M. Y.	P. E. T. I. N. O. P. I. C.	2007	
	H. I. S. M. A. L. I. Tn	GM. Dyspepsia	2007	
	H. S. Y. A. M. S. I. B. A. H. R. A. W. Tn	Calic Abd	2007	
	A. M. A. M. I. H. M. Y.	GE	2007	
	W. I. M. Y.	Dyspepsia	2007	
	K. A. W. A. D. I. Tn	DCA	2007	
	A. M. I. A. N. I. M. Y.	C. Abd	2007	
	M. O. T. R. E. H. A. N. W. I. A. H. M. Y.	Dyspepsia	2007	
	L. A. M. I. N. I. M. Y.	HT / Dyspepsia	2007	
	M. U. H. L. I. A. N. I. Tn	C. Abd	2007	
	A. M. A. M. I. Tn	Trauma Kepala Berat	2007	
	St. R. A. H. M. A. H. M. Y.	Ca mammae Gn IV	2007	
	A. L. I. M. Y.	Hemiparesis sup. v. B. Berlog	2007	
	St. A. S. Y. F. A. F. A. D. A. K. A. N. A. N.	DCA	2007	
	K. U. M. A. R. I. Tn	GE Dyspepsia	2007	
	H. M. R. U. P. A. N. I. Tn	Hemiparesis P. I. D. A. S.	2007	
	J. A. B. D. A. L. I. Tn	Tumor Lutut	2007	
	A. I. S. Y. A. A. N.	Demam Akut	2007	
	A. Y. U. S. T. I. M. A. N. I. A. N.	Cholelithiasis	2007	
	R. E. N. D. A. S. H. A. K. I. P. A. R. A. A. N.	GEs. F. E. B. H.	2007	
	M. R. E. S. K. Y. B. Y.	DCA	2007	
	M. O. R. A. K. I. N.	Anorexia	2007	
	H. P. A. N. O. S. M. Y.	GE	2007	
	R. A. L. I. N. A. H. M. Y.	Post Abdom + Jeda Iritasi	2007	
	H. M. A. L. A. H. M. Y.	A. P. A. N. E. M. I. K. R. O. L. I. T. I. S.	2007	
	R. A. P. A. R. I. S. A. N.	Contusio m. u. c. l. o. n. i.	2007	
	A. B. D. H. A. M. I. D. I. Tn	Diare	2007	
	B. R. A. Y. A. H. M. Y.	Pen. st. Postu. Abom + K. I. D. E.	2007	
	M. I. S. B. A. L. A. N.	EP	2007	
	M. A. M. U. N. A. N.	DCA	2007	
	M. M. I. L. I. A. M. M. Y.	Pendarahan Peritoneal	2007	
	A. S. R. U. N. A. M. Y.	Abandu Immunitas	2007	
	R. I. C. K. Y. P. A. M. A. D. A. N. I. A. N.	DCA	2007	
	M. R. I. C. K. Y. B. Y.	DCA	2007	
	R. I. N. A. W. A. N.	GEPOAC	2007	
	M. U. H. L. I. A. N. M. E. L. Y. F. I. R. I. D. I. M. Y.	H. T. G. A. N. H. E. B.	2007	

Lampiran 10 Data Pertelaan Retensi Rawat Inap Tahun 2008

DAFTAR PERTELAAN ARSIP REKAM MEDIK RSUD DATU SANGGUL RANTAU					
NO RM	NAMA PASIEN	DIAGNOSA AKHIR	TAHUN TERAKHIR DI LAYANI	KET	
	An lintang	Dca			
	Hj Ni Rahmei	GE			
	mielah	KDS + Dca			
	An Bahira	Gca			
	M Maulana Ramudin	Gca			
	Hj aminah	CFR			
	In Salma	SH			
	An M Rizky	febris			
	In Kasten	Dyspepsia			
	Hj Aisyah	Lbp			
	In Riska	Dyspepsia			
	An nansyah	GE			
	Bu Hj Rahmah	BBL			
	Bu Hj Paubati	BBL			
	Hj Rauhah Hasanah	Spontan Partus			
	Gri wulandari	Fever			
	An Fajar	febris			
	Hj Bayah	G.P.Ao			
	In Hj Jumbaji	stroke			
	In H anang	-			
	Hj Fitriah	Partus Spontan			
	Hj artini	G.P.Ao			
	In ahmad Darmasi	anemia			
	In m dini Saleh	Retasio Urin			
	An nazwa A	Dca			
	An Rizki R	Dca			
	Hj Rusnah	-			
	In abd Rahman	anorexia			
	Bu Hj ayu	BBL			
	Hj ayu Rizki	Gravid Aeterum			
	In H Kasni	Dyspepsia			
	Hj Muchahid	G.P.Ao + Per			
	Hj mira	G.P.Ao			
	Hj masnah	EP			
	In nasrullah	febris + vomitus			
	norkhayati	Dyspepsia			
	Hj nurul	-			
	An m alifah	Gca			
	Faisal Pyani	Demam typhoid			
	In aglan	ISK			
	An Della amelia	TF			
	An Payan	TF			
	Bu m alifan	Broncopneumonia			
	An sibi lailan	Dca			
	Hj misla	Gastritis			
	An m hakim	Dca			
	An Salwa	febris			
	An Sultera	typhoid fever			
	In iriuh	melenia			
	Bu Hj mira	BBL			
	Hj lita	Dyspepsia			
	yamsima	CFR			
	In Pudjanto	Vulnus appetum			
	Hj Rahmah	partus Spontan			
	In Hax kumbu	Dysentery			
	Hj marsinah	DM			
	An dini	Vomitus			
	An Sabila	Vomitus			
	Bu Hj markah	BBL			
	Bu Hj Sumarni	BBL			
	In m isruji	Tb			
	In Dikit	TF			
	Hj masnah	Dyspepsia			

Lampiran 11 Data Pertelaan Retensi Rawat Inap Tahun 2009

DAFTAR PERTELAAN ARSIP REKAM MEDIK RSUD DATU SANGGUL RANTAU					
NO	NO RM	NAMA PASIEN	DIAGNOSA AKHIR	TAHUN TERAKHIR DI LAYANI	KET
00		03	By Dewi Ralpa Sari	BBLP	
00		09	Hj Sri Rahayu	Ca P. Ao	
00		09	Hj Rabiatul adawiyah	-	
00		00	An M. Mansur	KDS	
00		00	Hj Sabariah	Ca P. Ao	
00		01	Hj Nurhanich	Ca P. Ao	
00		01	An. Aulia	KDS	
00		00	Hj Lailah	Ca P. Ao	
00		08	Hj Siti Zubairiyah	Ca P. Ao	
00		07	Hj Hairiah	Dyspepsia	
00		03	Husni Lailawati	Ca P. Ao	
00		00	Halimatul sachah	Gastritis	
00		09	HanDri	Febris	*
00		01	Sapruudin	susp Sepsis	
00		05	Tn M. Ideros A	Orchitis	
00		06	Hj Puriyah	Dyspepsia	
00		75	Hj Hj mistbah	Dyspepsia	
00		07	M. Erlinda	trauma abdomen	
00		08	Hj maimonah	Ca P. Ao	
00		01	In Supriat, M.A	Vomitus	
00		00	An Badiah	Tarinitis akut	2
00		09	An Rifa Maulhaningsih	Febris	2
00		03	Tn M. Noto	Dyspepsia	
00		00	An Tomi	febris	
00		01	Hj Kasmiah	Ht	
00		03	In Leo Amanda	febris	0
00		07	Hj Turiah	febris	0
00		05	An. Fauz	KDS	0
00		00	Tn Lukail	-	0
00		01	Tn Ismail	febrisio Ureter	
00		07	An Fatimah	febris	
00		03	An Achmad Parizi	Dca	
00		03	Nu risma Dewi	Ca P. Ao	
00		05	An. Maryatul hasanah	Dca	9
00		08	A. Ariadi	Dyspepsia+Chf	
00		00	Hj Uyah	STH	
00		09	Hj Barlian	susp STH	
00		00	Watiaran	Trismus	
00		00	Lailatul Pida	CFR	
00		00	Tn Pukani	CF	*
00		07	Adis Mulyono	CFR	
00		03	Jumantan	Gastritis	
00		03	Buffy St Julazha	BBLP	
00		04	An M. Uasin	febris	
00		05	An Pahid	febris	
00		00	Hj Hadiyah	Dyspepsia	
00		02	Hj mistiana	-	
00		00	Hj Zubairah	-	
00		07	Tn haruyono	Angina Pectoris	
00		01	Tn basri	Dyspepsia	
00		05	An Siti Aisyah	KDS	
00		07	An azril	Dca	
00		07	Hj Siti Julazha	Ca P. Ao	
00		02	Hj Lisa	obs febris	
00		00	Tn H. Samisi	Hipoglikemia	
00		00	Tn masripan	obs febris	
00		07	Buffy Sulistawati	BBLP	
00		04	M. Tobal	Vomitus	
00		02	Hj Rusba	colic abd	
00		00	Hj Kasmiah	Ca P. Ao	
00		06	Hj Burainah	Ht + dyspepsia	
00		04	An Adi	Fever	
00		03	Hj Mahmudiah	-	

Lampiran 12 Pengantar Permohonan Menjadi Responden



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
HUSADA BORNEO
PROGRAM STUDI DIII PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN**

**PENGANTAR
PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Dengan hormat,

Sehubungan akan diadakannya penelitian yang berjudul “ **Analisis Faktor-Faktor Penyebab Belum Terlaksananya Pemusnahan Dokumen Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah Datu Sanggul Rantau** “ maka peneliti memohon dengan hormat agar bapak/ibu/sdr/sdri untuk memberikan bantuan berupa jawaban dari beberapa pertanyaan dengan jujur, terbuka dan apa adanya sesuai dengan keadaan sesungguhnya. Jawaban dari pertanyaan yang akan diajukan akan digunakan dalam karya tulis ilmiah peneliti sebagai data informasi sesuai dengan judul diatas.

Demi kelancaran penelitian ini, peneliti memohon keikhlasan dan tanpa adanya unsur paksaan bapak/ibu/sdr/sdri untuk menandatangani lembar persetujuan yang akan digunakan sebagai alat bukti partisipasi. Atas partisipasi dan ketulusan jawaban yang akan anda berikan, peneliti sangat menghargai dan mengucapkan terimakasih.

Hormat saya,

Wanda Yulia Noor

Lampiran 13 Lembar Persetujuan Menjadi Responden



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
HUSADA BORNEO
PROGRAM STUDI DIII PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN**

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama :

Tanggal :

Dengan ini bersedia menjadi subjek dalam penelitian saudara

Nama : Wanda Yulia Noor

NIM : 18D30544

Judul : Analisis Faktor-Faktor Belum Terlaksananya Pemusnahan
Dokumen Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah Datu
Sanggul Rantau

Saya membaca maksud dan tujuan dari peneliti, maka saya menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden pada penelitian ini, karena saya menyadari bahwa penelitian ini sepenuhnya bermanfaat terhadap ilmu pengetahuan.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan yang sadar tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

Tanggal, 2021

Responden

Lampiran 14 Lembar Observasi



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
HUSADA BORNEO
PROGRAM STUDI DIII PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN**

LEMBAR OBSERVASI

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR BELUM TERLAKSANANYA
PEMUSNAHAN DOKUMEN REKAM MEDIS DI RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH DATU SANGGUL RANTAU**

Hari/Tanggal :

No.	Sub Variabel	Aspek Yang Di Amati	YA	TIDAK
1.	Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang pemusnahan dokumen rekam medis.	SOP pemusnahan dokumen rekam medis.		
		Menyortir dokumen rekam medis yang tidak terpakai.		
		Pembuatan pengajuan pemusnahan berkas rekam medis ke Kasubbag Rekam Medis.		
		Pembuatan berita acara pemusnahan setelah direktur menunjuk tim pemusnah.		
2.	Kebijakan pelaksanaan pemusnahan.	Kebijakan pelaksanaan pemusnahan dokumen rekam medis.		
		Pemusnahan dokumen rekam medis		

Lampiran 15 Lembar Wawancara Informan Utama



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
HUSADA BORNEO
PROGRAM STUDI DIII PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN**

LEMBAR WAWANCARA INFORMAN UTAMA

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR BELUM TERLAKSANANYA
PEMUSNAHAN DOKUMEN REKAM MEDIS DI RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH DATU SANGGUL RANTAU**

Nama :

Jabatan :

Hari/Tanggal :

No.	Sub Variabel	Pertanyaan
1.	Latar Belakang Pendidikan.	a. Apa latar belakang pendidikan anda ?
		b. Apakah saat menempuh pendidikan anda mendapatkan materi tentang rekam medis maupun pemusnahan dokumen rekam medis ?
2.	Pelatihan Petugas Rekam Medis.	a. Apakah ada pelatihan atau seminar pemusnahan dokumen rekam medis untuk meningkatkan kualitas petugas rekam medis di RSUD Datu Sanggul Rantau ?
		b. Apakah anda pernah mengikuti pelatihan atau seminar pemusnahan dokumen rekam medis ? - Jika ya, apakah sudah diterapkan di RSUD Datu Sanggul Rantau ? apa saja yang sudah diterapkan ? - Jika tidak, apa ada rencana kedepan untuk mengikuti pelatihan atau seminar pemusnahan dokumen rekam medis ?
3.	Pengetahuan Petugas Rekam Medis.	a. Apakah anda mengetahui tentang pemusnahan dokumen rekam medis ?
		b. Menurut anda, apa tujuan dari pemusnahan dokumen rekam medis ?
		c. Menurut anda, apa manfaat dari pemusnahan dokumen rekam medis ?
		d. Apakah anda mengetahui tahapan-tahapan pemusnahan dokumen rekam medis, bisa disebutkan ?

4.	Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemusnahan Dokumen rekam medis.	<p>a. Menurut anda, apakah diperlukan sosialisasi SOP pemusnahan dokumen rekam medis di RSUD Datu Sanggul Rantau ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jika perlu, menurut anda sosialisasi seperti apa yang perlu dilakukan ? - Jika tidak, apa alasan anda tidak perlu dilakukan sosialisasi SOP pemusnahan di RSUD Datu Sanggul Rantau ?
		<p>b. Menurut anda, apakah perlu dilakukan evaluasi terkait kesesuaian SOP pemusnahan dokumen rekam medis di RSUD Datu Sanggul Rantau ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jika perlu, menurut anda apa saja yang perlu di evaluasi dari SOP pemusnahan dokumen rekam medis di RSUD Datu Sanggul Rantau ? - Jika tidak, apa alasan anda terkait tidak diperlukannya evaluasi SOP pemusnahan di RSUD Datu Sanggul Rantau ?
5.	Kebijakan Pelaksanaan Pemusnahan Dokumen rekam medis.	<p>a. Apakah di RSUD Datu Sanggul Rantau memiliki kebijakan khusus untuk melakukan pemusnahan ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jika ada, kebijakan seperti apa yang ada ? apakah ada berupa surat pemberitahuan kebijakan akan dilaksanakannya pemusnahan?
		<p>b. Mengapa RSUD Datu Sanggul Rantau tidak melaksanakan pemusnahan dokumen rekam medis, apakah ada alasan tertentu seperti minimnya dana atau kurangnya SDM untuk melaksanakan pemusnahan dokumen rekam medis ?</p>

Lampiran 16 Lembar Wawancara Informan Triangulasi



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
HUSADA BORNEO
PROGRAM STUDI DIII PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN**

LEMBAR WAWANCARA INFORMAN TRIANGULASI

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR BELUM TERLAKSANANYA
PEMUSNAHAN DOKUMEN REKAM MEDIS DI RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH DATU SANGGUL RANTAU**

Nama :

Jabatan :

Hari/Tanggal :

No.	Sub Variabel	Pertanyaan
1.	Latar Belakang Pendidikan.	c. Apa latar belakang pendidikan anda ?
		d. Apakah saat menempuh pendidikan anda mendapatkan materi tentang rekam medis maupun pemusnahan dokumen rekam medis ?
2.	Pelatihan Petugas Rekam Medis.	c. Apakah ada pelatihan atau seminar pemusnahan dokumen rekam medis untuk meningkatkan kualitas petugas rekam medis di RSUD Datu Sanggul Rantau ?
		d. Apakah anda pernah mengikuti pelatihan atau seminar pemusnahan dokumen rekam medis ? - Jika ya, apakah sudah diterapkan di RSUD Datu Sanggul Rantau ? apa saja yang sudah diterapkan ? - Jika tidak, apa ada rencana kedepan untuk mengikuti pelatihan atau seminar pemusnahan dokumen rekam medis ?
3.	Pengetahuan Petugas Rekam Medis.	e. Apakah anda mengetahui tentang pemusnahan dokumen rekam medis ?
		f. Menurut anda, apa tujuan dari pemusnahan dokumen rekam medis ?
		g. Menurut anda, apa manfaat dari pemusnahan dokumen rekam medis ?
		h. Apakah anda mengetahui tahapan-tahapan pemusnahan dokumen rekam medis, bisa disebutkan ?

4.	Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemusnahan Dokumen rekam medis.	<p>c. Menurut anda, apakah diperlukan sosialisasi SOP pemusnahan dokumen rekam medis di RSUD Datu Sanggul Rantau ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jika perlu, menurut anda sosialisasi seperti apa yang perlu dilakukan ? - Jika tidak, apa alasan anda tidak perlu dilakukan sosialisasi SOP pemusnahan di RSUD Datu Sanggul Rantau ?
		<p>d. Menurut anda, apakah perlu dilakukan evaluasi terkait kesesuaian SOP pemusnahan dokumen rekam medis di RSUD Datu Sanggul Rantau ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jika perlu, menurut anda apa saja yang perlu di evaluasi dari SOP pemusnahan dokumen rekam medis di RSUD Datu Sanggul Rantau ? - Jika tidak, apa alasan anda terkait tidak diperlukannya evaluasi SOP pemusnahan di RSUD Datu Sanggul Rantau ?
5.	Kebijakan Pelaksanaan Pemusnahan Dokumen rekam medis.	<p>c. Apakah di RSUD Datu Sanggul Rantau memiliki kebijakan khusus untuk melakukan pemusnahan ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jika ada, kebijakan seperti apa yang ada ? apakah ada berupa surat pemberitahuan kebijakan akan dilaksanakannya pemusnahan?
		<p>d. Mengapa RSUD Datu Sanggul Rantau tidak melaksanakan pemusnahan dokumen rekam medis, apakah ada alasan tertentu seperti minimnya dana atau kurangnya SDM untuk melaksanakan pemusnahan dokumen rekam medis ?</p>