

# ANALISIS PENGELOLAAN ARSIP AKTIF REKAM MEDIS DI RSUD Dr. SOESELO SLAWI

Naufal Pradana<sup>\*)</sup>, Athanasia Octaviani Puspita Dewi

*Program Studi S-1 Ilmu Perpustakaan, Fakultas Ilmu Budaya, Universitas Diponegoro, Jl. Prof. Soedarto, SH, Kampus Undip Tembalang, Semarang, Indonesia 50275*

## Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengelolaan arsip aktif rekam medis di RSUD Dr. Soeselo Slawi. Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif dengan jenis penelitian deskriptif. Teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu observasi, wawancara, dokumentasi, dan validitas data dengan penentuan informan menggunakan metode *purposive sampling*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahawa kegiatan pengelolaan arsip aktif rekam medis terdiri dari retensi arsip yang memiliki waktu aktif selama 5 tahun, penyimpanan arsip menggunakan asas sentralisasi, perlindungan arsip meliputi perlindungan isi arsip yang menetapkan siapa saja yang dapat mengakses arsip dan perlindungan fisik arsip dari debu dan kotoran, pembuatan dan pelaksanaan sistem pemberkasan menggunakan *terminal digit filling*, kegiatan manajemen formulir dilakukan secara manual dengan menyusun formulir sesuai ketentuan, dan kegiatan manajemen laporan berupa pendataan terhadap kelengkapan formulir dan arsip. Sebagian besar kegiatan pengelolaan arsip aktif rekam medis masih dilakukan secara manual meskipun beberapa bagian seperti manajemen formulir sudah menggunakan komputer dalam pengelolaannya dan telah menggunakan pedoman dalam kegiatan pengelolaan arsip setiap harinya. Adapun kendala yang sering dihadapi ialah keterbatasan Sumber Daya Manusia (SDM), *human error* yang menyulitkan petugas dalam mengelola arsip aktif rekam medis serta kegiatan manajemen laporan yang belum dilaksanakan secara optimal.

**Kata kunci:** arsip aktif, pengelolaan arsip aktif rekam medis, rekam medis, rumah sakit

## Abstract

**[Title: Analysis The Management of Active Archive Medical Record In RSUD Dr. Soeselo Slawi]**  
*The purpose of this study is to know the medical record management of the active archive in Dr. Soeselo Hospital Slawi. This research uses qualitative design research with the kind of descriptive research. Data collection techniques are using observation, interviewing, documentation, and the validity of the data by the determination of purposive sampling method using the informant. The results of this study indicate that the activities of the management of active archive consists of medical record retention of archives that have active time during the 5 years, the archive storage using the principle of centralization, the protection of the archive include the protection of the contents of the archive specify who can access the archives and archives of physical protection of dust and dirt, the making and implementation of the system using terminal digit filing filings with securities, forms management activities are conducted manually by drawing up in accordance with the form, and managing reports in the form of logging activity against the kelengkapan form and archive. Most of the activities of the medical record management of the active archive is still done manually although some parts such as managing of form has been using a computer in a pengelolaannya and have been using the guidelines in the activities of the management archives with each passing day. As for the obstacles often encountered was the limitations of the human resources (HR), human errors that complicate the officers in managing Active medical record and archive management activities report which has not yet been implemented optimally*

**Keywords:** record, medical record management, medical record, hospital

---

<sup>\*)</sup> Penulis Korespondensi  
E-mail [naufalsiregar96@gmail.com](mailto:naufalsiregar96@gmail.com)

## 1. Pendahuluan

Suatu lembaga atau instansi baik pemerintah atau swasta pasti memiliki dokumen yang tercipta dari suatu kegiatan administrasi maupun non administrasi yang harus dijaga, disimpan, dan diatur menurut suatu sistem yang telah ditetapkan sehingga dapat tertata dengan baik dan benar. Dokumen ini sering disebut dengan nama arsip dan ragam bentuknya terdiri dalam bentuk tercetak (tekstual) dan tidak tercetak (non tekstual). Sebuah arsip memegang peranan penting selain menunjang kegiatan instansi, arsip juga berfungsi sebagai pengambilan kebijakan dan sumber ingatan untuk menentukan pencapaian visi dan misi lembaga/instansi yang menciptanya.

Arsip dijelaskan sebagai kumpulan naskah pada awalnya dan kemudian berkembang menjadi pengertian lebih luas Menurut Undang-Undang No. 43 Tahun 2009 Tentang Kearsipan dengan pengertian yaitu rekaman kegiatan dalam berbagai bentuk yang dibuat dan diterima oleh lembaga pemerintah maupun swasta yang berkaitan langsung dengan kegiatan kebangsaan dan bernegara. Pada instansi terdapat berbagai macam istilah untuk penamaan arsip, di dalam instansi swasta dan negeri arsip sering disebut dengan nama dokumen (*file*).

Di dunia medis maupun kedokteran arsip ini sering disebut sebagai Rekam Medis. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2008: 1), rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Rekam medis merupakan salah satu komponen administrasi dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Seperti halnya arsip, rekam medis bersifat rahasia yang memuat tentang hasil diagnosis pasien, catatan tentang tindakan-tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan dokter serta semua rekaman kegiatan medis yang dilakukan pasien selama berobat.

Tujuan rekam medis menurut Permenkes No. 749a yang mengatakan untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak mungkin tertib administrasi rumah sakit akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.”

Kerahasiaan rekam medis merupakan milik pasien serta tanggung jawab rumah sakit yang bersangkutan karena rumah sakit membutuhkan rekam medis untuk melakukan pendataan apabila sewaktu-waktu pasien datang berobat, sedangkan rekam medis pada pasien bersifat hak milik.

Pada penelitian ini permasalahan yang ingin dikaji adalah arsip aktif yang menurut Barthos (2007: 7) arsip aktif adalah arsip yang secara langsung masih digunakan dalam proses kegiatan kerja dan disimpan di unit pengolah karena sewaktu-waktu diperlukan sebagai bahan informasi harus dikeluarkan dari unit penyimpanan.

Menurut Profil Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soeselo Slawi tahun 2016, RSUD Dr. Soeselo Slawi merupakan Rumah sakit umum Tipe B yang penyelenggaraan rekam medisnya berdasarkan pada Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit Indonesia Tahun 2006. Kegiatan tersebut dituangkan dalam SK Direktur Rumah Sakit tahun 2012 dalam hal pelaksanaannya. Kegiatan rekam medis rumah sakit ini dimulai dari prosedur rekam medis hingga penyusutan dan pemusnahan arsip rekam medis.

RSUD Dr. Soeselo Slawi mempunyai beberapa kendala dalam hal pengelolaan arsip aktif rekam medis dan penyimpanan arsip. Dikatakan bahwa sifat rekam medis yang mempunyai jangka waktu yang panjang dalam masa aktifnya berdampak tidak terjadinya perubahan dari arsip aktif ke inaktif disebabkan karena arsip tersebut masih terus digunakan oleh pasien yang bersangkutan maka arsip terus menumpuk di unit rekam medis.

Hal utama yang dihadapi ialah proses temu kembali (*retrieval*) arsip yang lama di unit rekam medis. Meskipun sudah menerapkan berbagai sistem dan otomasi, duplikasi dokumen sering terjadi terlihat dari banyaknya rekam medis yang memiliki data sosial yang sama. Selain itu adanya penggabungan antara rekam medis yang terdiri dari rekam medis umum, mata, jiwa, orthopedi, kusta, ketergantungan obat, jantung, paru yang memiliki retensi masa aktif 5 (lima) hingga 15 (lima belas) tahun dan tidak mengalami penyusutan berakibat terhadap keterbatasan ruang dan lamanya temu kembali (*retrieval*) arsip. Berdasarkan Profil Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soeselo tahun 2016 hanya enam orang tenaga rekam medis yang benar-benar memiliki latar belakang pendidikan rekam medis selebihnya pegawai yang terdapat pada unit rekam medis berjumlah 10 orang ini merupakan pegawai magang dan honorer sehingga sering ditemukan pegawai rekam medis yang melakukan pekerjaan ganda (*double work*).

Oleh karena kondisi yang disampaikan, penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian mengenai bagaimana pengelolaan arsip aktif rekam medis yang telah dilakukan oleh pihak unit rekam medis (manajemen) di RSUD Dr Soeselo Slawi. Dengan demikian nantinya akan diketahui mengenai faktor dan permasalahan yang selama ini terjadi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana

pengelolaan arsip aktif rekam medis di RSUD Dr. Soeselo Slawi.

Manfaat teoritis penelitian ini mempunyai manfaat secara teoritis yaitu memberikan wawasan bagi dunia kearsipan akan adanya analisis pengelolaan arsip aktif rekam medis di RSUD Dr. Soeselo Slawi dan secara praktis penelitian ini diharapkan dapat membantu RSUD Dr. Soeselo Slawi terhadap pengelolaan arsip aktif rekam medis dalam pengambilan keputusan khususnya pengelolaan arsip aktif rekam medis di RSUD Dr. Soeselo Slawi.

Mengingat pentingnya pengelolaan arsip aktif pada sebuah instansi maka diperlukan pengelolaan yang tepat. Dalam mengelola arsip dinamis kegiatan yang terlebih dahulu direncanakan adalah merancang sebuah alur pengelolaan. Adapun pengelolaan arsip dinamis aktif menurut Sulisty-Basuki (2003: 31) terdiri dari:

#### 1. Retensi Arsip

Sebuah arsip dibuat jadwal retensi arsip untuk kemudian disimpan sesuai nilai guna dan waktu. Pada rekam medis khususnya arsip, kegiatan retensi tersebut diimplentasikan pada Depkes RI (2006: 92) yang pada umumnya rekam yang dinyatakan tidak aktif apabila selama lima tahun terakhir dihitung dari tanggal terakhir berobat berkas rekam medis tersebut juga tidak digunakan lagi. Berkas rekam medis yang tidak aktif (inaktif) dapat diletakkan di ruang tersendiri dan setiap rak penyimpanan berkas rekam medis itu berada harus diletakkan tanda keluar (*outguide*) yang menyatakan bahwa rekam medis dengan nomor tersebut dinyatakan tidak aktif.

#### 2. Penyimpanan Arsip

Penyimpanan arsip merupakan kegiatan yang bertujuan untuk menyimpan arsip, menetapkan asas penyimpanan, dan sistem penyimpanan agar arsip dapat ditemu kembali dengan mudah apabila sewaktu-waktu diperlukan. Menurut Sulisty-Basuki (2003: 97) sebuah arsip disimpan menurut asas yang sesuai yang berguna untuk kegiatan penyimpanan dan temu kembali arsip. Menurut Sugiarto (2005: 22) ada beberapa asas yang dianut dalam penyimpanan arsip antara lain :

##### a. Sentralisasi

Sentralisasi adalah asas penyimpanan arsip yang dilakukan secara terpusat dalam suatu unit penyimpanan pada instansi, dengan kata lain penyimpanan arsip tersebut dipusatkan (Sugiarto, 2005: 22).

##### b. Desentralisasi

Desentralisasi adalah desentralisasi yaitu pengelolaan arsip yang dilakukan pada setiap unit kerja dalam suatu organisasi (Sugiarto, 2005: 23).

##### c. Kombinasi Sentralisasi dan Desentralisasi (Gabungan)

Sistem penyimpanan gabungan adalah sistem penyimpanan dimana arsip yang masih aktif dipergunakan atau disebut arsip aktif dikelola di unit kerja masing-masing pengolah (Sugiarto, 2005: 23).

#### 3. Perlindungan Arsip

Perlindungan isi arsip berkaitan dengan privasi. Adapun pengertian privasi menurut Sulisty-Basuki (2003: 249) ialah data tentang seseorang yang tidak boleh diserbaluaskan tanpa sepengetahuan orang yang bersangkutan sehingga perlu adanya manajemen isi arsip yang mencakup penentuan sasaran, batasan tanggung jawab, tanggung jawab manajemen, tanggung jawab perorangan, dan penilaian resiko.

Perlindungan fisik arsip berkaitan dengan menjaga isi arsip dari kerusakan alami maupun kerusakan buatan. Menurut Wursanto (2004: 226) kerusakan arsip disebabkan dari dua faktor eksternal dan faktor internal. Faktor internal adalah faktor kerusakan yang disebabkan dari dalam, sedangkan faktor eksternal adalah faktor kerusakan yang disebabkan dari luar arsip.

Kegiatan perlindungan fisik arsip dilakukan untuk menjaga kebersihan arsip. Perlindungan fisik arsip berkaitan dengan menjaga isi arsip dari kerusakan alami maupun kerusakan buatan. Kerusakan arsip disebabkan dari dua faktor eksternal dan faktor internal. Faktor internal adalah faktor kerusakan yang disebabkan dari dalam, sedangkan faktor eksternal adalah faktor kerusakan yang disebabkan dari luar arsip. Menurut Wursanto (2004: 226) faktor-faktor yang menyebabkan kerusakan arsip ada dua adalah :

##### 1. Faktor Internal

- a. Kertas: bahan kertas, air, bahan lapisan kertas.
- b. Tinta.
- c. Pasta atau lem.

##### 2. Faktor Eksternal

- a. Kelembaban udara.
- b. Sinar matahari.
- c. Kekotoran udara
- d. Debu dan Jamur.
- e. Serangga

#### 4. Pembuatan dan Pelaksanaan Sistem Pemberkasan

Di setiap kegiatan pengelolaan arsip pasti membutuhkan sistem pemberkasan yang tepat untuk melakukan penemuan kembali arsip. Menurut Yahmah (2009: 209) ketetapan penemuan kembali arsip sangat bergantung pada beberapa hal di antaranya kejelasan materi yang diminta, ketepatan klasifikasi yang dipakai, ketepatan dan kemandirian sistem indeks, tersedianya tenaga yang memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang memadai.

#### 5. Manajemen Formulir

Adapun pengertian formulir adalah secarik kertas tercetak yang menyediakan ruang untuk dimuat catatan-catatan individu, informasi, atau instruksi yang akan diteruskan kepada individu, atau organisasi lain (Sukma, 2010: 2). Manajemen formulir merupakan salah satu fungsi manajemen arsip dinamis, yang dirancang untuk memperoleh pengumpulan dan distribusi informasi secara efisien (Rikcs, 1992 : 358). Menurut Sukma (2010: 2) ada beberapa alasan penting mengapa formulir digunakan :

- a. Untuk keseragaman atau pembakuan kerja
- b. Untuk mempermudah pemberkasan (*filling*) di tempat simpannya dan sebagai alat pemberian instruksi dan penertiban prosedur tata kerja.

#### 6. Manajemen Laporan

Di dalam manajemen pelaporan arsip dinamis aktif manajemen pelaporan dilakukan di bagian pengelolaan surat/ berkas masuk dan surat/ berkas keluar (Barthos, 2007: 82). Adapun kegiatan yang dilakukan dalam penerimaan surat yaitu masuk dan keluar yaitu:

1. Mengumpulkan dan menghitung surat/ berkas yang masuk.
2. Memeriksa kebenaran informasi yang terkandung dalam surat.
3. Menandatangani bukti pengiriman pada kartu atau buku sebagai bukti bahwa surat telah diterima.
4. Membuka surat (kecuali surat rahasia) dan memeriksa kelengkapannya (bila ada lampirannya, kalau lampiran tidak lengkap, buat catatan seperlunya).

## 2. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif dengan jenis deskriptif. Adapun penelitian yang menggunakan jenis deskriptif bertujuan untuk menggambarkan sifat sesuatu yang tengah berlangsung, memeriksa sebab-sebab tertentu serta menjawab pertanyaan yang menyangkut suatu keadaan yang berlangsung saat penelitian (Umar, 2007: 22).

Pada penelitian ini peneliti memberi suatu gambaran bagaimana proses-proses pengelolaan arsip aktif rekam medis di RSUD Dr. Soeselo Slawi dan melihat kendala-kendala yang mungkin terjadi pada pengelolaan arsip aktif rekam medis dari sudut pandang subyek penelitian yaitu arsiparis rekam medis.

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data kualitatif. Data kualitatif adalah data yang meliputi apa yang dicatat aktif selama masa penelitian, data tersebut meliputi transkrip wawancara, catatan lapangan observasi yang berupa hasil foto, dokumen resmi, catatan harian maupun artikel surat kabar (Moleong, 2007: 13). Data Kualitatif dalam penelitian ini berupa pedoman wawancara dan catatan lapangan observasi.

Sumber data dalam penelitian ini dibagi menjadi dua sumber yaitu sumber primer dan sumber sekunder. Menurut Satori (2012: 40) Sumber primer adalah sumber penelitian yang berdasarkan oleh data langsung (data primer) yang diberikan kepada peneliti. Menurut Umar (2013: 42) Data primer merupakan data yang didapat dari sumber pertama baik dari individu atau perseorangan seperti hasil dari wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang biasa dilakukan oleh peneliti. Sumber primer dalam penelitian ini bersumber langsung dari wawancara terhadap arsiparis rekam medis.

Sedangkan sumber sekunder menurut Satori (2012: 40) adalah sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada peneliti (data sekunder). Menurut Umar (2013: 42) data sekunder merupakan data primer yang telah diolah lebih lanjut dan disajikan oleh pihak pengumpul data primer atau pihak lain. Sumber sekunder dalam penelitian ini adalah literatur berupa peraturan menteri kesehatan, literatur pengelolaan arsip dinamis aktif, dan standar pedoman yang digunakan RSUD Dr. Soeselo Slawi.

Dalam penelitian ini, kriteria pemilihan informan dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2013: 300). Informan dalam penelitian ini adalah arsiparis pada bagian rekam medis karena arsiparis rekam medis di RSUD Dr. Soeselo Slawi berlatar belakang DIII rekam medis yang profesinya telah diakui oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, serta arsiparis rekam medis tersebut mengerti akan pengelolaan rekam medis di Rumah Sakit Umum Dr. Soeselo.

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan observasi tepatnya menggunakan observasi partisipasi pasif (*passive participation*). *Passive participation* menurut Stainback (dalam Sugiyono, 2013: 31) peneliti datang ke tempat penelitian akan tetapi tidak ikut dalam kegiatan tersebut.

Wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara semi terstandar. Wawancara jenis memberikan tujuan untuk menemukan permasalahan yang lebih terbuka, dimana pihak yang diajak wawancara diminta pendapat, dan ide-idenya (Sugiyono, 2013: 220). Dalam wawancara ini peneliti memberikan pertanyaan-pertanyaan seputar pengelolaan arsip aktif rekam medis di Rumah Sakit Umum Dr. Soeselo. Wawancara ini berguna untuk mengetahui hal-hal yang peneliti ketahui secara lebih mendalam serta peneliti akan bertanya seputar ide dan tindakan yang dilakukan oleh arsiparis rekam medis selama mengelola arsip aktif rekam medis.

Dan dokumentasi berupa buku pengetahuan tentang rekam medis, literatur, catatan baik dari peneliti dan informan, peraturan menteri kesehatan tentang rekam medis, yang berhubungan dengan obyek penelitian. Data yang diperoleh direduksi berdasarkan relevansi penelitian, disajikan dalam bentuk uraian naratif, ditarik kesimpulan dengan menggunakan triangulasi teknik.

## 3. Hasil dan Pembahasan

### 3.1 Retensi Arsip di RSUD Dr. Soeselo Slawi

Sebuah kegiatan pengelolaan arsip terdapat kegiatan retensi arsip yang bertujuan untuk memenuhi salah satu tujuan yaitu melakukan penyusutan suatu arsip. Menurut Irwan (2009: 2.1) penyusutan arsip (*records disposition*) merupakan upaya untuk mengurangi jumlah arsip yang tercipta. Menurut Pedoman Pelayanan Rekam Medis RSUD Dr. Soeselo

Slawi (2016: 64) dari segi praktisnya dapat dikatakan, patokan utama untuk menentukan rekam medis aktif atau tidak aktif adalah besarnya ruangan yang tersedia untuk menyimpan rekam medis yang baru.

Menurut informan Dwi Agung (petugas unit bagian *filling* URM tanggal 9 Juni 2017) mengatakan arsip rekam medis biasanya menjadi inaktif apabila dalam waktu 5 tahun terakhir pasien tidak berkunjung atau melakukan konsultasi medis maka otomatis arsip aktif rekam medis pasien tersebut langsung masuk ke masa inaktif.

Informan Nur Aisyah (Kepala Bagian URM tanggal 18 Mei 2017) pun menambahkan bahwa retensi arsip retensinya 5 tahun masa aktif dan 2 tahun untuk inaktif. Pedoman yang dipakai Permenkes tahun 2006 yang dituangkan dalam pedoman milik rumah sakit. Apabila sudah melewati masa inaktif dan dilakukan pemusnahan yang tidak boleh dimusnahkan itu ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis yang dilakukan oleh pihak keluarga dan rumah sakit.

Berdasarkan kedua pernyataan informan di atas arsip rekam medis dinyatakan tidak aktif (inaktif) apabila selama 5 tahun pasien tidak berkunjung atau melakukan konsultasi medis lagi. Menurut Pedoman Pelayanan Rekam Medis RSUD Dr. Soeselo Slawi (2016: 64) apabila ternyata sudah tidak tersedia lagi tempat penyimpanan rekam medis aktif, harus dilaksanakan kegiatan menyisihkan rekam medis yang tidak aktif secara sistematis seiring dengan pertambahan jumlah rekam medis baru.

Arsip rekam medis yang tidak aktif dapat disimpan di ruangan lain. Selama arsip tersebut masa dalam masa aktif, maka petugas rekam medis wajib menjaga isi dan fisik Arsip pasien. Retensi arsip yang dilakukan RSUD Dr. Soeselo Slawi dalam menyimpan rekam medis mengikuti pedoman PERMENKES No.269.MENKES/PER/III/2006 yang menjelaskan bahwa untuk rekam medis pasien rawat inap disimpan sekurang-kurangnya 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terahir pasien berobat atau dipulangkan, setelah melewati batas waktu, maka rekam medis dapat dimusnahkan kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis.

### **3.2 Penyimpanan Arsip Aktif Rekam Medis di RSUD Dr. Soeselo Slawi**

Dalam menyimpan arsip diperlukan sebuah sistem dan ketentuan untuk menyimpan sebuah arsip pada tempatnya. Tujuan penyimpanan arsip menurut Daryana (2007: 1.8) adalah untuk melindungi arsip secara fisik agar dapat bertahan lama, terhindar dari kerusakan dan mudah dalam penemuan kembali secara cepat, tepat, dan lengkap. Kegiatan penyimpanan arsip di RSUD Dr. Soeselo Slawi berlangsung pada bagian penyimpanan (*Filling*), setelah pasien berkunjung maka berkas/ arsip pasti disimpan di bagian penyimpanan (*Filling*).

Asas penyimpanan arsip mengatur mengenai penyatuan atau pemisahan arsip aktif rekam medis dalam ruang penyimpanan. Menurut informan Dwi

Agung (petugas unit bagian *filling* URM tanggal 9 Juni 2017) dan Informan Karisa Renanditha (petugas unit bagian *Coding* dan *Filling* tanggal 8 Juni 2017) mengatakan sejak RSUD Dr. Soeselo memang sudah menggunakan sistem sentralisasi karena mudah memantau alur arsip baik rawat inap maupun jalan. Ruangan terbatas sehingga tidak memungkinkan menambah ruang lain untuk penyimpanan arsip. Adapun sarana penyimpanan yang digunakan lemari besi *Roll O Pack* dan *Tracer*.

Jika asas penyimpanan sentralisasi mengatur penyimpanan rekam medis dalam ruang penyimpanan. Rumah sakit membutuhkan suatu cara untuk mencari kembali arsip aktif rekam medis secara efisien dan tepat guna untuk keperluan peminjamana arsip. Dalam kegiatan sehari-hari banyak pelayanan yang melibatkan arsip aktif rekam medis maka tak jarang kegiatan pencarian merupakan kegiatan yang wajar.

Maka dari itu dibutuhkan suatu kegiatan penemuan kembali arsip yang diperlukan untuk alur atau proses yang mengatur kegiatan tersebut. Menurut informan Dwi Agung (petugas unit bagian *filling* URM tanggal 9 Juni 2017) alur temu kembali arsip rekam medis adalah pasien mendaftar di loket pendaftaran, di loket pendaftaran pasien akan didata dan dimintai keterangan terkait data diri.

Pendaftaran bertujuan untuk mengetahui apakah pasien yang bersangkutan sudah pernah berobat atau belum. Pada mesin *tracer* yang ada di unit rekam medis akan mencetak data pasien tersebut. Ketika *tracer* telah tercetak pencarian terlebih dahulu dilakukan terlebih dahulu untuk mengetahui arsip rekam medis pasien dan apabila sesudah pencarian tidak ditemukan arsip rekam medis pasien yang bersangkutan maka kami memberikan *tracer* tersebut ke bagian *assembling* untuk dibuatkan rekam medis yang baru. Apabila pasien yang bersangkutan sudah berobat maka kami menyelipkan kertas *tracer* di antara celah arsip rekam medis itu diambil.

Petunjuk keluar/ *Tracer* adalah suatu alat yang penting untuk mengawasi penggunaan rekam medis. Berdasarkan hasil observasi dalam penggunaannya *tracer* ini diletakkan sebagai pengganti pada tempat map-map arsip rekam medis yang diambil (dikeluarkan) dari rak penyimpanan. Petunjuk keluar tetap berada di rak tersebut, sampai map rekam medis yang diambil (dipinjam) kembali. *Tracer* ini dapat diberi warna, yang maksudnya untuk mempercepat petugas melihat tempat-tempat penyimpanan kembali map-map rekam medis yang bersangkutan dan warna *tracer* yang digunakan oleh Unit Rekam Medis RSUD Dr. Soeselo Slawi adalah warna kuning.

Kegiatan penyimpanan arsip sendiri mengalami kendala antara lain tidak bisa terpenuhinya kegiatan estimasi waktu penemuan kembali arsip walaupun sudah menggunakan asas penyimpanan sentralisasi. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara kepada informan Dwi Agung (petugas unit bagian *filling* URM tanggal 9 Juni 2017) dan Informan Karisa Renanditha (petugas unit bagian *Coding* dan *Filling*

tanggal 8 Juni 2017) bahwa masalah utama yang dihadapi ialah terbatasnya SDM (Sumber Daya Manusia) yang ada di URM. Hal ini jelas memberi pengaruh terhadap lamanya estimasi waktu pendistribusian mengingat pasien tidak akan dapat terdata dengan baik oleh poliklinik dan ruang perawatan itu sendiri.

Menurut Pedoman Pelayanan Rekam Medis RSUD Dr. Soeselo Slawi (2016: 17) bahwa pendistribusian dokumen rekam medis rawat jalan paling lambat 10 menit setelah pasien mendaftar sampai ke poliklinik yang dituju dan pendistribusian dokumen rekam medis rawat jalan paling lambat 15 menit setelah pasien mendapat ruang perawatan.

### 3.3 Perlindungan Arsip di RSUD Dr. Soeselo Slawi

Arsip memiliki nilai penting bagi suatu kegiatan instansi karena arsip bertujuan membantu kegiatan instansi yang menciptakan arsip tersebut. Menurut Sulisyo-Basuki (2003: 31) perlindungan arsip, berkaitan dengan perlindungan isi dan fisik arsip yang bertujuan menjaga orisinalitas arsip. Begitu pentingnya arsip sehingga dibutuhkan perlindungan baik dari segi isi maupun fisiknya.

Menurut informan Nur Aisyah (Kepala Bagian URM tanggal 18 Mei 2017) dan Informan Ade Irma Nur Rahmawati (Pelaksana Unit Rekam Medis tanggal 18 Mei 2017) menjelaskan bahwa perlindungan isi dan fisik arsip dari segi akses telah ditetapkan aturannya tentang siapa saja pihak yang boleh mengakses arsip, untuk pihak ketiga akses arsip menunggu persetujuan dari pimpinan rumah sakit. Sedangkan dari segi keamanan pintu masuk menuju telah dilengkapi *password* sehingga meminimalisir terjadinya kehilangan dan pencurian arsip. Adapun akses arsip rekam medis sendiri telah diatur dalam Pedoman Pelayanan IRM (Instalasi Rekam Medis) RSUD Dr. Soeselo Slawi (2016: 19) antara lain:

- a. Dokter, dokter gigi, dokter spesialis yang melayani pasien di RSUD Dokter Soeselo
- b. Dokter tamu yang merawat pasien di RSUD Dokter Soeselo.
- c. Tenaga para medis perawat dan non perawat yang terlibat dalam pelayanan (perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium klinis, gizi, anastesi, piñata rongent, fisioterapis, perekam medis dan seluruh karyawan RSUD Dokter Soeselo Kabupaten Tegal yang pernah disumpah tentang menjaga kerahasiaan isi dan dokumen rekam medis)
- d. Verifikator klaim BPJS internal dan eksternal RSUD Dokter Soeselo. (tim verifikasi telah disumpah simpan rahasia kedokteran)
- e. Untuk Pihak Ketiga :
  - a. Pasien berhak mendapatkan informasi medisnya dalam bentuk **resume medis** / ringkasan rekam medis.
  - b. Permohonan data/informasi rekam medis oleh pihak ketiga diajukan secara tertulis kepada Direktur RSUD Dokter Soeselo.

- c. Permohonan data/ informasi rekam medis oleh pihak ketiga harus ada persetujuan tertulis dari pasien bahwa data/informasi medisnya dibuka untuk kepentingan terkait, dan atau melampirkan surat kuasa dari pasien secara tertulis.
- d. Pintu masuk pelayanan pengurusan *resume* medis pasien melalui bagian informasi dan pengurusan pengisian resume dilakukan oleh petugas rekam medis.
- e. Pelayanan administrasi *Visum et Repertum* (hasil visum) dilakukan oleh Bagian Pelayanan.
- f. Unit Rekam Medis wajib mereview untuk menjamin komunikasi dan informasi yang terakhir.

Perlindungan fisik arsip dapat dilakukan dengan berbagai cara. Menurut Wursanto (2004: 230) perlindungan fisik arsip dapat dilakukan dengan cara antara lain :

#### 1. Restorasi Arsip

Restorasi arsip adalah kegiatan memperbaiki arsip-arsip yang sudah rusak, sulit dipergunakan kembali, sehingga arsip tersebut dapat dipergunakan dan disimpan kembali untuk jangka waktu yang lebih lama lagi.

#### 2. Laminasi Arsip

Laminasi arsip yaitu kegiatan menutup kertas arsip diantara dua lembar plastik sehingga arsip itu terlindungi dan aman dari bahaya kena air, udara, dan serangga pemakan arsip.

#### 3. Microfilm

*Microfilm* adalah kegiatan untuk mengawetkan arsip-arsip yang sudah rusak sehingga tidak dapat diretorasi, dengan cara mengadakan pemotretan suatu arsip yang perlu diawetkan, dipindahkan ke lembaran film kecil, kegiatan ini bisa disebut dengan alih media.

Untuk kebersihan arsip di RSUD Dr. Soeselo Slawi telah sesuai dengan standar yang telah ditentukan, hanya saja terbatas pada pencegahan perlindungan fisik arsip saja tidak melakukan penanganan kertas arsip yang telah rusak. Arsip rekam medis yang telah rusak hanya diberi penanda saja berupa *tracer* dan belum melakukan restorasi arsip secara optimal. Untuk suhu ruangan yang dipasang biasanya berkisar sekitar 16-24 derajat celsius, suhu dan kelembapan udara sudah sesuai dengan standar.

Hal di lapangan memberi fakta bahwa suhu udara untuk arsip sesuai dengan suhu ruangan ideal yang sesuai untuk kertas berkisar antara 20-24°C dengan kelembapan 45-60% (Muhamad Razak, 1995: 33). Dari pengaman arsip sendiri pihak rumah sakit memiliki alam pemadam kebakaran (*fire extinguisher*) sebagai langkah antisipasi apabila arsip terbakar.

### 3.4 Pembuatan dan Pelaksanaan Sistem Pemberkasan

Pemberkasan arsip bertujuan agar arsip dinamis dapat tertata dengan rapi dan teratur sesuai dengan

sistem yang dipergunakan. Menata arsip aktif harus memperhatikan sistem pemberkasan agar mempermudah penemuan kembali arsip jika diperlukan pada saat waktu tertentu. Dalam hal ini arsip aktif rekam medis ditata menurut nomor rekam medisnya, nomor rekam medis tercantum pada folder rekam medis tersebut dan menjadi acuan untuk pemberkasan arsip aktif rekam medis.

Menurut Sulisty-Basuki (2003: 150) menjelaskan bahwa sistem pemberkasan arsip dibagi menjadi beberapa cara antara lain:

#### 1. Pemberkasan menurut Abjad

Menurut Basir Barthos (2007: 44) pemberkasan abjad adalah suatu sistem untuk menyusun nama-nama orang. Sistem abjad ini, dokumen disimpan berdasarkan urutan abjad, kata demi kata, huruf demi huruf.

#### 2. Pemberkasan menurut Geografi

Menurut Sulisty-Basuki (2003: 153) pemberkasan geografi merupakan sistem pemberkasan arsip dinamis aktif dengan mengurutkan abjad berdasarkan tempat atau lokasi. Lokasi dapat dikelompokkan menurut berbagai susunan seperti provinsi, kabupaten, atau menuurut nama jalan.

#### 3. Pemberkasan Non Abjad (Numerik)

Menurut Sulisty-Basuki (2003: 153) pemberkasan numerik dibagi menjadi dua yaitu secara serial (berurut) dan *duplex* (tak berurut) adapun pengertiannya adalah:

- a. Serial atau berurut merupakan sistem pemberkasan yang memberikan penomoran mulai dari dan seterusnya atau dapat pula mulai dari nomor 100, 1000, atau nomor lainnya.
- b. Sistem tak berurut (*duplex*) adalah sistem penomoran yang tidak memiliki urutan logis. Apabila memiliki urutan logis, nomor yang mengikuti nomor lainnya dalam blok lainnya dihilangkan.
- c. Sistem Penomoran Terakhir (*Terminal Digit*)

Sistem penomoran ini membagi digit bilangannya dalam dua tau tiga kelompok. Misal 124071 dipecah menjadi 12-40-71 atau 1240-71 adapaun penjabaran dari nomor ini adalah :

12	40	71
(Tersier)	(Sekunder)	(Primer)

Keterangan:

Nomor Primer (nomor laci dan nomor *guide*)

Nomor Sekunder (nomor map/ *folder*)

Nomor Tersier (nomor arsip).

Menurut informan Dwi Agung (petugas unit bagian *filling* URM tanggal 9 Juni 2017) dan Informan Karisa Renanditha (petugas unit bagian *Coding* dan *Filling* tanggal 8 Juni 2017) menyatakan bahwa RSUD Dr. Soeselo Slawi menggunakan *terminal digit* dalam menata arsip aktif rekam medisnya. Adapun pengertian dari *straight numerical filling* ialah penyimpanan rekam medis di rak penyimpanan secara berturut sesuai dengan nomor urutannya (Depkes RI, 2006: 82). Misalnya keempat arsip rekam medis berikut ini akan disusun secara

berurutan dalam satu rak yaitu 465023, 465024, 465027.

Menurut Pedoman Pelayanan Rekam Medis RSUD Dr. Soeselo Slawi (2016: 77) sistem ini dikelompokkan menjadi 3 kelompok angka masing-masing terdiri dari 2 angka. Angka pertama adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kanan, angka kedua adalah kelompok 2 angka yang terletak ditengah dan angka ketiga adalah kelompok 2 angka yang terletak paling kiri.

26	93	50
angka pertama	angka kedua	angka ketiga
( <i>tertiary digits</i> )	( <i>secondary digits</i> )	( <i>primary digits</i> )

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara dengan kedua informan kemudahan dari sistem ini ialah mudahnya melatih petugas yang berkeja pada bagian *filling* yang tidak memiliki pendidikan rekam medis karena sistem ini menerapkan nomor yang berurutan. Akan tetapi sistem ini memiliki beberapa kelemahan. Seperti yang diutarakan informan Dwi Agung bahwa kesalahan penempatan rekam medis kadang terjadi mengingat petugas kurang teliti melihat nomor rekam medis (*human error*). Hambatan lebih serius adalah terkonsentrasinya pekerjaan pada nomor-nomor terbesar yang merupakan nomor rekam medis terbaru. Nomor rekam medis terbesar itu merupakan nomor rekam medis pasien baru yang sering berkunjung.

### 3.5 Manajemen Formulir di RSUD Dr. Soeselo Slawi

#### 3.5.1 Kegiatan Penyusunan Formulir di RSUD Dr. Soeselo Slawi

Dalam pengelolaan arsip dinamis aktif menurut Sulisty Basuki (2003: 13) manajemen formulir berkaitan dengan sistem penomoran dan pengendalian sebuah arsip. Manajemen formulir di pada sebuah arsip rekam medis terjadi pada bagian *assembling*. Adapun pengertian dari kegiatan *assembling* (penataan berkas) merupakan kegiatan pada unit rekam medis yang mengatur tentang manajemen formulir, pengendalian formulir, pencatatan formulir, dan penentuan nomor rekam medis yang dihasilkan (DepKes RI, 2006: 59). Adapun arsip yang dilayangkan ialah dalam bentuk tercetak (*hardfile*) dengan sarana yang digunakan terdiri dari kertas HVS, kertas karbon, pulpen dan pensil.

Menurut Informan Dwi Fitriana (Pelaksana Unit Rekam Medis bagian *assembling* tanggal 25 Mei 2017) bahwa penyusunan/ formulir arsip rekam medis rawat jalan terdiri dari assesmen pasien rawat jalan, diagnosa keperawatan, assesmen awal medis rawat jalan, catatan perkembangan pasien, daftar riwayat rawat jalan, hasil radiologi, *resume* rawat jalan (poliklinik), serta hasil-hasil pemeriksaan laboratorium. Menurut Pedoman Pelayanan Rekam Medis RSUD Dr. Soeselo Slawi (2016: 64) *informed consent* adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya dengan dasar penjelasan mengenai

tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.

Sedangkan penyusunan arsip rawat inap meliputi lembar surat kontrol dan assesmen rawat inap yang diisi oleh dokter, assesmen awal rawat inap terintegrasi dan implementasi keperawatan yang diisi oleh perawat yang menangani pasien tersebut, dan kelengkapan catatan perkembangan pasien beserta hasil pemeriksaan baik radiologi maupun laboratorium yang semuanya harus dilampirkan. Petugas rekam medis juga mengecek kelengkapan tanda tangan dokter dan perawat yang mengisi formulir-formulir tersebut.

### 3.5.2 Sistem Penomoran Arsip Aktif Rekam Medis di RSUD Dr. Soeselo Slawi

Dalam kegiatan sehari-hari banyak orang menggunakan sistem identifikasi untuk membedakan satu hal dengan lainnya hal ini berlaku kepada rekam medis. Menurut Indradi (2013: 3.4) sistem identifikasi rekam medis didefinisikan sebagai suatu cara untuk memberi tanda atau ciri yang unik (berbeda dengan yang lainnya) pada rekam medis agar bisa dikenali dan ditemukan kembali. Kegiatan pengelolaan arsip rekam Medis tidak bisa lepas dari kegiatan temu kembali pada suatu bagian yang menyimpan sebuah rekam medis maka menerapkan sistem identifikasi merupakan suatu hal yang wajib.

RSUD Dr. Soeselo Slawi menggunakan sistem numerikal untuk sistem identifikasinya atau seringkali disebut dengan sistem penomoran. Menurut informan Dwi Agung (petugas unit bagian *filling* URM tanggal 9 Juni 2017) dan informan Muhammad Rahmatullah Ikhsani (Pelaksana Unit Rekam Medis tanggal 9 Juni 2017) mengatakan bahwa sistem penomoran yang diterapkan ialah *Unit Numbering System* (UNS) yang digunakan pada satu pasien dan berlaku selamanya. Pasien mendapat nomor rekam medis pada saat datang pertama kali datang sebagai pasien baru untuk berobat.

Menurut Depkes RI (2006: 24) Pemberian nomor cara unit atau dikenal dengan *Unit Numbering System* (UNS) adalah penomoran pada pasien yang dimana setiap pasien mendapat satu nomor rekam medis yang akan digunakan selamanya. Pasien mendapat nomor rekam medis baru pada saat datang pertama kali sebagai pasien baru.

Berdasarkan observasi dan dokumentasi peneliti hal yang terjadi pada sistem penomoran ini di RSUD Dr. Soeselo Slawi adalah kerapian dari rekam medis itu sendiri. Seperti yang diketahui bahwa RSUD Dr. Soeselo Slawi menerapkan *Unit Numbering System* (UNS) yang berarti nomor rekam medis berlaku untuk satu pasien dan digunakan selamanya. Segala kegiatan kunjungan baik rawat inap maupun rawat jalan disimpan dalam satu map. Akibatnya arsip rekam medis menumpuk pada satu map dan lemari penyimpanan menjadi penuh sesak.

### 3.6 Manajemen Laporan di RSUD Dr. Soeselo Slawi

Pelaporan merupakan proses kegiatan menginformasikan fakta - fakta dan kejadian-kejadian secara aktual dan tertulis di dalam rangka paya pembinaan organisasi (Torang, 2013: 33). Naskah laporan ini harus didistribusikan dengan cepat dan tepat dan disimpan untuk bahan-bahan perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan. Untuk memperoleh laporan yang berkualitas, diperlukan suatu sistem (manajemen) yang mengatur keseluruhan proses penyusunan laporan.

Di dalam manajemen pelaporan arsip dinamis aktif manajemen pelaporan dilakukan di bagian pengelolaan surat/ berkas masuk dan surat/ berkas keluar (Barthos, 2007: 82). Kegiatan manajemen lapotran arsip rekam medis terjadi pada bagian *assembling* dan *filling* yang merupakan tempat penataan formulir arsip dan tempat penyimpanan arsip.

Menurut informan Nur Aisyah (Kepala Bagian URM tanggal 18 Mei 2017) dan informan Dwi Fitriana (Pelaksana Unit Rekam Medis bagian *assembling* tanggal 25 Mei 2017) menjawab kegiatan manajemen laporan pada bagian *assembling* meliputi kegiatan pentaan formulir rekam medis rawat inap dan rawat jalan, pengecekan *resume*, lampiran *informed consent* ditambah dengan pengecekan penulisan arsip meliputi penulisan nomor rekam medis dan penulisan terhadap *resume* pasien. Adapun solusi yang dihadapi informan Nur Aisyah (Kepala Bagian URM tanggal 18 Mei 2017) jika terjadi kesalahan seperti itu para staf rekam medis biasanya melakukan cek di data sosial pasien (*billing system*).

Data sosial pasien berisi identitas pasien seperti nama, alamat, jenis kelamin, serta nomor rekam medis yang tercantum. Jadi apabila petugas rekan medis menemukan kesalahan dalam pencatatan nomor arsip rekam medis pasien bisa langsung dilihat dengan mengetik identitas umum yang dicantumkan di dokumen seperti nama pasien, alamat pasien, atau keterangan lain yang tercantum.

Sedangkan solusi informan Dwi Fitriana (Pelaksana Unit Rekam Medis bagian *assembling* tanggal 25 Mei 2017) apabila ia menemukan formulir tidak lengkap maka ia langsung menghubungi petugas poliklinik atau petugas ruang perawatan yang bersangkutan dan merakit kembali khususnya untuk formulir yang tercecer.

Sedangkan kegiatan manajemen laporan pada bagian *filling* menurut informan Dwi Agung (petugas unit bagian *filling* URM tanggal 9 Juni 2017) Berdasarkan pernyataan informan Dwi Agung (petugas unit bagian *filling* URM tanggal 9 Juni 2017) menyatakan bahwa kegiatan manajemen laporan pada bagian *filling* dilakukan dalam waktu sekali dalam sebulan. Kegiatan manajemen laporan pada bagian *filling* merujuk kepada Pedoman Pelayanan IRM RSUD Dr. Soeselo Slawi (2016: 81) yang menyatakan

petugas yang mengepalai kegiatan penyimpanan harus membuat laporan rutin kegiatan yang meliputi:

- a. Jumlah rekam medis yang dikeluarkan setiap hari dari rak penyimpanan untuk memenuhi permintaan.
- b. Jumlah salah simpan (*misfile*).
- c. Jumlah rekam medis yang belum kembali tanpa keterangan (hilang).

Berdasarkan pedoman kegiatan manajemen laporan arsip dan milik RSUD Dr. Soeselo Slawi dan wawancara dengan informan kegiatan pelaporan yang terlaksana adalah kegiatan pendataan terhadap arsip yang dilayankan tip harinya dan pendataan terhadap arsip rekam medis yang hilang (tanpa keterangan). Akan tetapi kegiatan pendataan terhadap rekam medis salah simpan tidak dilakukan karena jam kerja yang padat. Hal ini dapat mengakibatkan terhambatnya kegiatan penemuan kembali arsip di ruang penyimpanan.

#### 4. Simpulan

Adapun simpulan dari analisis hasil penelitian terkait dengan kegiatan pengelolaan arsip aktif rekam medis di RSUD Dr. Soeselo Slawi adalah kegiatan pengelolaan arsip aktif rekam medis terdiri dari retensi arsip, penyimpanan arsip, perlindungan arsip, pembuatan dan pelaksanaan sistem pemberkasan, manajemen formulir, manajemen laporan. Sebagian besar kegiatan pengelolaan arsip aktif rekam medis masih dilakukan secara manual meskipun beberapa bagian seperti manajemen formulir sudah menggunakan komputer dalam pengelolaannya dan telah menggunakan pedoman dalam kegiatan pengelolaan arsip setiap harinya dengan ketentuan nomor rekam medis yang digunakan adalah *Unit Numbering System*.

Retensi arsip yang ditetapkan adalah 5 tahun masa aktif adapun asas penyimpanan yang diterapkan adalah asas sentralisasi (terpusat) dengan sarana penyimpanan yang digunakan adalah *tracer* sebagai alat temu kembali arsip. Perlindungan arsip baik secara isi maupun fisik telah memenuhi ketentuan yang telah ditetapkan dengan menentukan pihak yang mengakses arsip rekam medis dan penjagaan kebersihan oleh petugas rekam medis dengan sistem pemberkasan yang diterapkan menganut *terminal digit filling* (sistem nomor tengah). Manajemen laporan pada kegiatan pengelolaan arsip aktif terdapat pada bagian *assembling* dan *filling* yang kegiatan manajemennya berupa pengecekan terhadap isi formulir arsip dan pendataan jumlah arsip di ruang penyimpanan.

Kendala yang dihadapi dalam pengelolaan arsip aktif rekam medis pada umumnya adalah keterbatasan Sumber Daya Manusia (SDM) yang memiliki latar belakang pendidikan rekam medis dan *human error* sehingga mengakibatkan terjadinya beban kerja yang berlebihan pada bagian pengelolaan tertentu. Adapun kendala selanjutnya ialah tidak optimalnya kegiatan pengelolaan arsip aktif pada manajemen laporan dan

manajemen formulir dimana kegiatan tersebut tidak dijalankan mengingat keterbatasan waktu yang dimiliki oleh petugas rekam medis.

#### Daftar Pustaka

- Abdullah, Irwan. 2009. *Dinamika dan Kebudayaan Kontemporer*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Arikunto, Suharsimi. 2007. *Manajemen Penelitian*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Barthos, Basir. 2007. *Manajemen Kearsipan Untuk Lembaga Negara, Swasta, dan Perguruan Tinggi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II.
- Griffin, Ricky. 2004. *Manajemen*. Jakarta : Erlangga.
- Moleong, J. 2007. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT. Rosdakarya.
- Pedoman Pelayanan Rekam Medis Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soeselo Slawi Kabupaten Tegal Tahun 2016.
- Peraturan Menteri Kesehatan No.749a/Menkes/Per/XII/1989
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 269/Menkes/Per/III/2006
- Profil RSUD Dr. Soeselo Tahun 2016
- Razak, Muhammad. 1995. *Petunjuk Teknis Pelestarian Bahan Pustaka*. Jakarta: Perpustakaan RI.
- Ricks, Betty R. 1992. *Information and Image Management: A Records System Approach*, Ohio: South-Western Publishing Co.
- Salim, Peter dan Yenny Salim. 2002. *Kamus Bahasa Indonesia Kontemporer*. Jakarta: Modern English Press.
- Satori, Djam'an dan Aan Komariah. 2012. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Standar Prosedur Operasional Rawat Inap RSUD dr. Soeselo Tahun 2012.
- Sugiarto, Agus dan Teguh Wahyono. 2005. *Manajemen Kearsipan Modern*. Yogyakarta : Gaya Media.

- Sugiyono, 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Sulistyo-Basuki. 2003. *Manajemen Arsip Dinamis*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Torang, Syamsir. 2013. *Organisasi dan Manajemen (Perilaku, Struktur, Budaya & Perubahan Organisasi)*. Alfabeta. Bandung.
- Umar, Husein. 2007. *Metode Penelitian Untuk Skripsi dan Tesis Bisnis*. Jakarta : PT. Rajafindo Persada.
- 2013. *Metode Penelitian untuk Skripsi dan Tesis*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Undang-Undang No.43 Tahun 2009
- Widjaja. 1986. *Administrasi Kearsipan*. Jakarta : CV Rajawali.
- Wursanto. 2004. *Kearsipan I*. Yogyakarta: Kanisius.
- Yahmah, Dorotul. 2009. *Kesekretariatan Modern dan Administrasi Perkantoran*. Bandung: Pustaka Setia.