

ANALISIS SISTEM PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS DI INSTALASI REKAM MEDIS

Muhamad Ganda Saputra¹, Ari Kusdiana², Dadang Kusbiantoro³, Rahayu Ainun K⁴, Tahar⁵

¹ S1 Administrasi Rumah Sakit, Universtas Muhammadiyah Lamongan, Jawa Timur

² S1 Administrasi Rumah Sakit, Universtas Muhammadiyah Lamongan, Jawa Timur

³ S1 Administrasi Rumah Sakit, Universtas Muhammadiyah Lamongan, Jawa Timur

⁴ S1 Administrasi Rumah Sakit, Universtas Muhammadiyah Lamongan, Jawa Timur

⁵ RS Muhammadiyah Lamongan, Jawa Timur

Email: muhamadgandasaputra@gmail.com

Abstrak

This study aims to analyze the medical records implementation system (input, process, output, feedback and control) in the "X". This research is a mixed method. The data collected by observation, interview, documentation. Results: The medical record system implementation was not running optimally so this is due to produce output completeness of medical record file is only 55.2%, while the timeliness of the provision of medical record file is only 31%. This relates to the control and the process does not complete the analysis of the file. Suggestion: Hospital activate Control Committee of medical records and set a completeness analysis activities outpatient medical record.

Keywords: systems analysis, implementation of medical records.

PENDAHULUAN

Pelayanan rekam medis merupakan salah satu pelayanan penunjang medis di rumah sakit yang menjadi dasar penilaian mutu pelayanan medik rumah sakit. Rekam medis pasien berisi informasi tentang catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Depkes, 2016). Informasi yang baik, adekuat dan berguna dapat sangat penting dalam menolong seseorang dalam kondisi tertentu, informasi yang komprehensif sebelum melakukan intervensi klinis dapat memperbaiki outcome pelayanan kesehatan (Hatta, 2018). Sistem pelayanan rekam medis bertujuan menyediakan informasi guna memudahkan pengelolaan dalam pelayanan kepada pasien dan memudahkan pengambilan keputusan manajerial (perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan, penilaian dan pengendalian) oleh pemberi pelayanan klinis dan administrasi pada sarana pelayanan kesehatan (Budi, 2011). Oleh karena itu diperlukan penyelenggaraan berkas rekam medis yang baik mulai dari *input*, proses, *output*, *feedback* dan kontrol.

Tercantum didalam standar pelayanan minimal dirumah sakit (2017), yaitu waktu penyediaan berkas rekam medis pelayanan rawat inap ≤ 15 menit, waktu penyediaan berkas rekam medis pelayanan rawat jalan ≤ 10 menit, kelengkapan informed consent 100%, kelengkapan pengisian rekam medis 100%. Berdasarkan studi eksplorasi didapatkan informasi yaitu pelayanan rekam medis di rumah sakit adalah 24 jam namun waktu kerja petugas rekam medis hanya sampai pukul 21.00 dan selanjutnya kegiatan penyediaan berkas dilaksanakan oleh petugas *front office* yang tidak memiliki latar belakang pendidikan rekam medis, banyak terdapat *misfile* dan *doublefile* serta terdapat keluhan baik dari pihak dokter terkait pelayanan medis maupun dari pihak pasien, kelengkapan berkas rekam medis dari 30 berkas mencapai 82% untuk rawat inap dan 74% untuk rawat jalan dimana sesuai standar pelayanan minimal rumah sakit harus mencapai 100%, Waktu penyediaan berkas rekam medis ke meja *front office* dari 30 pasien rata-rata mencapai 5,3 menit dimana berdasarkan standart yang ditentukan instalasi rekam medis Rumah Sakit "X" seharusnya tidak lebih dari 3 menit.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *Mixed methods* yaitu penelitian kualitatif ditujukan untuk memperoleh

informasi mendalam mengenai *input*, proses, *feedback* dan kontrol terkait penyelenggaraan rekam medis di instalasi rekam medis rumah sakit “X”, sedangkan penelitian kuantitatif ditujukan untuk mengetahui *output* penyelenggaraan berkas rekam medis yaitu terdiri dari kelengkapan berkas rekam medis serta ketepatan waktu penyediaan berkas rekam medis di rumah sakit “X”. Penelitian ini dilakukan di instalasi rekam medis Rumah Sakit “X” dengan pengumpulan data melalui observasi, wawancara mendalam, dan telaah dokumen.

Populasi penelitian adalah seluruh berkas rekam medis pasien lama yang berkunjung kembali ke poliklinik RS “X”. Poliklinik yang dituju dalam penelitian ini adalah poli Umum, poli penyakit Dalam dan poli Jantung. Jumlah sampel menggunakan teori Gay dan Diehl sehingga didapatkan jumlah 116. Pengambilan sampel menggunakan teknik quota sampling sehingga didapatkan: 57 pasien saat shift pagi, 59 pasien saat *shiftsore*.

Penelitian kualitatif didapatkan dengan wawancara mendalam kepada informan didasarkan pada prinsip kesesuaian dan kecukupan informan yang dipilih dengan menggunakan metode *Purposive Sampling*, informan berjumlah 7 orang yaitu Direktur Rumah Sakit “X”, Kepala Instalasi Rekam medis, Koordinator Rekam Medis, Petugas *Assembling*, Petugas *Coding*, Petugas *Retrieval*, petugas *Filling*.

HASIL dan PEMBAHASAN

Sistem Penyelenggaraan Rekam Medis

Berdasarkan hasil wawancara mendalam didapatkan informasi bahwa sistem penyelenggaraan berkas rekam medis masih belum ada standart yang jelas serta masih terdapat keluhan baik dari pasien maupun dokter, namun ada upaya dari pihak rumah sakit diantaranya memperbaiki sistem pelaporan baik internal maupun eksternal ke Dinas Kesehatan. Ketika melakukan observasi, peneliti juga melihat terdapat keluhan dari dokter penyakit dalam karena dua pasiennya kehilangan berkas rekam medisnya sehingga dokter tidak mau menuliskan catatan poliklinik di berkas rekam medis baru karena riwayat pengobatan pasien menjadi tidak jelas dan hal ini sudah sering terjadi.

Menurut Soeprpto dalam Rahmi (2013) dengan sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar maka akan menunjang diselenggarakannya rekam medis yang baik. Rumah Sakit “X” terus berupaya menciptakan penyelenggaraan berkas rekam medis yang baik, hal ini dibuktikan saat penelitian rumah sakit telah berupaya memperbaiki sistem penyimpanan dengan mengadakan pemilahan berkas rekam medis inaktif.

Kontrol (Monitoring dan Evaluasi)

Kegiatan monitoring di Instalasi rekam medis Rumah Sakit “X” berdasarkan hasil penelitian, belum dilaksanakan secara menyeluruh, namun permasalahan harian secara rutin disampaikan kepada pihak manajemen melalui kegiatan morning meeting. Kegiatan evaluasi di unit rekam medis biasanya dilakukan dua minggu sekali namun sering terkendala beberapa kesibukan petugas rekam medis. Seharusnya kegiatan rapat lebih teratur untuk diadakan sehingga dapat dievaluasi pencapaian yang sudah dilakukan unit serta target yang belum dicapai unit untuk mencapai visi dan misi di unit yaitu memberikan pelayanan rekam medis yang terbaik. Di dalam prosedur monitoring dan evaluasi juga diperoleh informasi bahwa panitia rekam medis seharusnya melakukan rapat rutin terkait evaluasi penyelenggaraan rekam medis namun kenyataannya tidak dilakukan.

Menurut Rustiyanto Ery (2010) evaluasi adalah salah satu cara yang sistematis untuk mempelajari berdasarkan pengalaman dan mempergunakan pelayanan yang dipelajari untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sedang berjalan serta meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan seleksi yang seksama untuk kegiatan masa datang.

Feedback (Umpan Balik)

Hasil pengamatan di Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit “X” menunjukkan terdapat kegiatan pemberian umpan balik

diterapkan aktif oleh seluruh petugas sehingga bila terjadi permasalahan misalnya terdapat berkas rekam medis yang hilang maka petugas langsung menyampaikan kepada pimpinan kemudian pimpinan berusaha memberikan solusi dengan melihat saran yang diberikan oleh petugas rekam medis. Tambunan (2013) mengatakan bahwa umpan balik inilah yang merupakan landasan untuk memutakhirkan sistem di dalam organisasi. Tanpa adanya umpan balik, maka sistem tidak akan pernah tahu apakah kegiatannya masih dalam batas-batas yang sesuai dengan tujuan, atau sudah mengalami penyimpangan dan tanpa umpan balik maka tidak dapat dipahami mengapa terjadi penyimpangan lebih atau kurang, positif atau negatif.

Input

Sumber Daya Manusia (SDM)

1. Jumlah Tenaga

Jumlah tenaga di unit rekam medis masih kurang karena tidak ada petugas distribusi guna mengirim berkas rekam medis ke Hemodialisa, IGD dan rawat inap untuk pasien operasi yang selama ini dilakukan oleh petugas rekam medis pelaksana. Uraian tugas petugas rekam medis yang disebutkan dalam dokumen rumah sakit tidak berjalan semestinya, saat observasi tampak petugas *assembling* juga melayani penyediaan berkas sehingga fungsi *assembling* tidak bisa maksimal.

Penyelenggaraan rekam medis menurut Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No.135/Kep/Menpan/12/2002 dalam Hatta (2008) adalah kegiatan pelayanan penunjang secara profesional yang berorientasi pada kebutuhan informasi kesehatan bagi setiap pemberi pelayanan kesehatan, administrator, dan manajemen pada sarana pelayanan kesehatan dan instansi lain yang berkepentingan berdasarkan pada ilmu pengetahuan rekam medis. Terselenggaranya manajemen informasi kesehatan dimulai dengan dibuatnya rekam medis secara baik dan benar oleh tenaga kesehatan pada sarana pelayanan kesehatan yang kemudian dikelola secara terencana melalui teknologi informasi dan komunikasi. Penyelenggaraan rekam medis yang baik bergantung pada petugas rekam medis itu sendiri. Dengan terpenuhinya jumlah petugas rekam medis yang sesuai dengan uraian pekerjaan di tiap unit kerja maka pelayanan akan menjadi lebih maksimal.

2. Pendidikan

Menurut Savitri (2011), dalam menjalankan kegiatannya di unit rekam medis diperlukan sumber daya manusia yang memenuhi kompetensi perekam medis lulusan DIII. Di Rumah Sakit "X" dalam menjalankan kegiatannya juga didukung oleh tenaga DIII rekam medis dan SMA, hal ini sudah sesuai dengan kualifikasi pendidikan yang terdapat di dokumen uraian tugas petugas rekam medis, hanya saja saat pelaksanaan karena kurangnya petugas, petugas lulusan SMA juga melaksanakan *coding*. Rumah sakit mendukung pegawainya untuk melanjutkan pendidikan dan memberikan support finansial namun selama ini belum ada pengajuan dari petugas rekam medis.

3. Pelatihan

Kegiatan pelatihan yang diikuti oleh petugas rekam medis baik internal maupun pelatihan di luar rumah sakit masih kurang. Adapun pelatihan yang berhubungan dengan rekam medis tercatat di dalam dokumen hanya 1 kali yaitu pada tahun 2013 mengenai dasar rekam medis, sedangkan pelatihan internal terkait coding BPJS. Kepala unit mengutamakan pegawai yang telah memiliki masa kerja minimal di atas setahun untuk dikirim pelatihan karena selama ini *turn over* petugas rekam medis sebelumnya dikenal cukup tinggi. Hanggraeni (2012) telah mengemukakan bahwa pelatihan (*training*) adalah proses melatih pekerja menjadi ahli untuk membantunya mengerjakan pekerjaannya yang sekarang secara optimal.

4. Pengetahuan tentang SOP

Menurut Tambunan (2013), bahwa dengan memahami dan menerapkan pedoman SOP yang efektif akan memastikan adanya acuan formal bagi setiap anggota organisasi. Pengetahuan petugas tentang prosedur penyelenggaraan berkas rekam medis sudah cukup baik, hal ini terlihat dari sesi wawancara dimana dengan mudah petugas dapat menyebutkan dengan runtut dan cepat kegiatan yang mereka lakukan sehari-hari namun bagian-bagian yang tidak dilakukan dalam proses kegiatan tidak disebutkan oleh informan.

SOP

1. Evaluasi SOP

BPPRM rekam medis belum pernah dievaluasi, sedangkan SOP yang digunakan masih merujuk BPPRM tahun 2012, yang isinya tidak dipahami petugas dan kurang sesuai dengan prosedur yang mereka laksanakan saat ini. Misalnya pada PROSD. Berdasarkan KepmenKes RI No. 333/ MENKES/ SK/XII/1999, disebutkan bahwa di unit rekam medis harus terdapat kebijakan dan peraturan prosedur yang dapat ditinjau setiap 3 tahun. Hal ini tidak dilaksanakan di rumah sakit "X" karena wewenang untuk menentukan standar dan kebijakan pelayanan seharusnya dilakukan panitia rekam medis yang belum saat ini tidak aktif. (BPPRM, 2012). Adapun menurut Sabaguna (2005), penerapan SOP hendaknya diupayakan ada kegiatan evaluasi tahunan.

2. Sosialisasi SOP

Berdasarkan hasil penelitian, sosialisasi SOP telah dilaksanakan dengan cara saat orientasi kerja, petugas diminta membaca SOP dan melalui rekan kerja yang lebih senior, menempelkan prosedur kerja di ruang rekam medis. Sosialisasi tidak dilaksanakan secara rutin dan terencana.

Sarana Prasarana

1. Ruang Rekam Medis

Alat penyimpanan rekam medis yang baik, penerangan yang baik, pengaturan suhu, dan pemeliharaan ruangan yang benar akan menunjang terjaganya file rekam medis yang ada (Depkes, 2006). Di rumah sakit "X" sarana prasarana masih belum memadai meskipun dari waktu ke waktu sudah terdapat perbaikan. Hal ini terbukti dengan saat penelitian mengadakan observasi terdapat penambahan komputer, printer, serta lampu sehingga penyelenggaraan rekam medis yang membutuhkan komputer telah terpenuhi yaitu pelaporan, indexing dan coding, serta pencarian riwayat kunjungan pasien. Penerangan juga telah memadai terbukti dengan petugas dapat membaca tulisan di berkas tanpa mengalami kelelahan mata akibat penerangan yang kurang. Namun sarana telepon belum tersedia karena terkait pemasangan saluran dan penambahan sarana belum maksimal terkendala ruangan yang sempit.

2. Ruang Penyimpanan Berkas

Menurut WHO (2002) dalam buku "Medical Record Manual" syarat rak penyimpanan yaitu:

- Cukup jarak, sebaiknya antara rak filing diberi jarak standar umumnya yaitu 900 mm. Hal ini untuk memberikan jalan untuk troli dan petugas yang berjalan diantara rak untuk penyimpanan dan pengambilan kembali.
- Rak penyimpanan sebaiknya tidak terlalu tinggi, rata-rata orang bisa menjangkau dan anak tangga sebaiknya dibuat untuk mencapai rak paling atas.
- Masing-masing rak penyimpanan harus diberi label dengan range dari nomor penyimpanan rekam medis pada nomor utamanya.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan informasi bahwa rak penyimpanan di unit rekam medis kurang memadai, hal ini terlihat dari rata-rata tingginya lebih dari 2,5 meter sehingga petugas terkadang membutuhkan tangga dan jarak antara rak kurang lebih hanya 40 cm sehingga sangat sempit dan memungkinkan *tracer* jatuh atau terselip saat petugas melewatinya.

Menurut Martono (1982) dalam Fitri (2010) menyatakan bahwa ukuran rak harus diatur sedemikian rupa sehingga para peserta arsip tidak perlu memanjat bila akan mencari arsip. Tinggi ruang rak arsip 35-36 cm, lebar rak 38-40 cm. panjang rak tergantung dari ruangan kantor yang ada. Usahakan agar tinggi rak tidak melampaui jangkauan tangan manusia, sehingga untuk mencari arsip petugas tidak perlu ditopang/memanjat karena tinggi arsip tak terjangkau oleh tangan manusia.

Material

Bahan kertas untuk map rekam medis sudah sesuai dengan ketentuan yang berlaku terbuat dari kertas buffal berwarna

kuning, tidak mudah robek dan terdapat kode warna untuk penyimpanan. Bahan ini dianggap sudah cukup baik oleh informan petugas rekam medis serta sesuai dengan ketentuan dari Depkes, 2006.

Bahan pembuat *tracer* masih belum memenuhi persyaratan dimana ukuran *tracer* terlalu kecil sehingga mudah terselip atau jatuh dan warnanya kurang mencolok sehingga kurang berfungsi sebagai sarana penemuan berkas rekam medis. Informan memberikan keterangan bahwa sudah dilakukan pemesanan ulang material *tracer* namun belum datang. Ketersediaan map sudah cukup namun di rak penyimpanan masih terdapat berkas rekam medis yang menggunakan map plastic, menurut petugas hal ini dikarenakan dulu map rekam medis sering kurang dan hingga saat ini belum diganti. Ketersediaan *tracer* sering kali kurang sehingga saat retrieval sering tanpa menggunakan *tracer*. Setiap sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis. Format rekam medis untuk setiap rekam medis dapat berbeda akan tetapi harus berpegangan pada PERMENKES No.269 tahun 2008 pada Bab II tentang apa saja yang harus ada pada rekam medis pasien. Menurut Rasyid 2001 dalam Sembiring (2008) Format rekam medis pasien sendiri tidak dapat memberikan jaminan pencatatan data medis yang tepat dan baik, apabila dokter dan staf medis lainnya tidak secara seksama melengkapi informasi yang diperlukan dalam setiap lembar-lembaran rekam medis dengan baik dan benar.

Menurut Sembiring (2008) Bentuk format rekam medis merupakan salah satu penentu kepatuhan SDM untuk mengisinya. Format rekam medis merupakan peralatan kerja yang harus dibuat berdasarkan keinginan staf dan harus merujuk pada prinsip-prinsip dasar yang telah ditetapkan, dengan demikian staf akan tertarik untuk mengisi dan melengkapinya. Perlu dilakukan evaluasi format formulir secara berkala di RS agar menjamin rekam medis tetap adekuat, efisien dan senantiasa mengikuti perkembangan baru di bidang kedokteran serta menyesuaikan dengan perubahan-perubahan yang ada.

Proses

1. Assembling

Assembling berkas rawat jalan tidak pernah dilakukan secara menyeluruh di unit rekam medis RS "X". Hal ini sesuai dengan observasi saat proses *assembling* analisis kelengkapan pengisian berkas tidak dilakukan, dikarenakan selama ini tidak ada ketentuan mengenai *assembling* rawat jalan sehingga proses yang dilakukan hanya *assembling* rawat inap. Saat penelitian juga banyak didapatkan formulir identitas pasien lebih dari satu dalam satu berkas rekam medis, hal ini menunjukkan saat pencarian berkas banyak berkas yang diperbarui karena berkas yang lama sulit ditemukan.

Menurut Budi (2011) seharusnya kegiatan *assembling* termasuk juga mengecek kelengkapan pengisian berkas rekam medis dan formulir yang harus ada pada berkas rekam medis. Hatta (2010) di dalam bukunya mengatakan bahwa analisis kuantitatif rawat jalan juga dilakukan sesudah pasien menyelesaikan kunjungannya ke unit rawat jalan.

2. Coding

Proses *coding* berdasarkan hasil penelitian belum berjalan dengan baik. *Coding* dilaksanakan sembari petugas melaksanakan proses indeksing ke dalam computer menggunakan aplikasi yang telah ada. Petugas mengkode menggunakan acuan software ICD 10 untuk kode diagnosis primer dan sekunder atau menggunakan daftar ringkasan koding dan tidak mengkomunikasikan ke dokter bila tulisan diagnosis tidak jelas. Keakuratan koding masih kurang dikarenakan tidak menyertakan kode komplikasi penyakit dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien.

Tenaga medis sebagai seorang pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis. Oleh karenanya untuk hal yang kurang jelas dan tidak lengkap, sebelum kode ditetapkan, komunikasikan terlebih dulu dengan dokter yang membuat diagnosis. Kegiatan dan tindakan, serta diagnosis yang ada di dalam rekam medis harus diberikode untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen, dan riset kesehatan (Depkes, 2006).

3. Filing

Menurut Barthos (2000) filing adalah proses pengaturan dan penyimpanan bahan-bahan secara sistematis, sehingga bahan-bahan tersebut dengan mudah dan cepat untuk ditemukan kembali setiap kali diperlukan. *Filing* di Rumah Sakit "X" berdasarkan observasi masih menemukan kendala sehingga terkadang dalam menemukan dokumen menjadi sulit dan lama.

Dalam pelaksanaan penyimpanan berkas rekam medis diperlukan adanya fasilitas yang memadai bagi berkas rekam medis

itu sendiri maupun bagi petugas pelaksana penyimpanan berkas rekam medis. Penyimpanan berkas rekam medis dapat disusun berdasarkan abjad dan nomor sehingga memudahkan dalam pencarian. Berkas rekam medis pasien membutuhkan peralatan penyimpanan berupa rak penyimpanan. Pemilihan rak penyimpanan harus dilakukan dengan turut mempertimbangkan lokasi penyimpanan, sistem penomoran rekam medis, lama simpan rekam medis dan tipe serta harga peralatan penyimpanan sedangkan untuk peralatan antara rak satu dengan rak lainnya, perlu adanya jarak untuk memudahkan para petugas dalam menjalankan tugasnya (Green, 2005).

Sistem penomoran yang digunakan di unit rekam medis adalah sistem penomoran unit yaitu pasien diberikan 1 (satu) nomor saat pertama kali melakukan registrasi dan pasien diberikan nomor yang sama untuk melakukan registrasi berikutnya. Dalam sistem penomoran unit semua rekam medis pasien disimpan dalam 1 (satu) folder. Jika pasien mempunyai lebih dari 1 (satu) nomor, maka nomor tersebut akan dijadikan satu.

Unit rekam medis Rumah Sakit "X" menggunakan metode penyimpanan Terminal digit filing (TDF). Terminal *digit filing* adalah sebuah metode penyimpanan yang mudah dan akurat. Metode ini sangat memungkinkan penyimpanan berkas lebih cepat dan lebih akurat. Menurut Agus dan Teguh (2005), apabila kita menggunakan penyusunan terminal digit filing maka harus menyediakan 100 buah laci dengan nomor 00 sampai 99. Di rumah sakit "X" pengelompokan penyimpanan dibatasi oleh pembatas yang kurang memadai sehingga memungkinkan berkastercampur.

Pengorganisasian arsip dinamis menurut Basuki (2003) dibedakan menjadi 3, yaitu secara sentralisasi, desentralisasi dan gabungan. Di unit rekam medis Rumah Sakit "X" menggunakan sistem sentralisasi yaitu penyimpanan rekam medis pasien dimana semua rekam medis berada dalam 1 lokasi.

Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit "X", kegiatan *filing* menjadi kurang optimal diakibatkan karena petugas dari bagian lain bebas keluar masuk untuk meminjam dan mengembalikan berkas rekam medis ke rak penyimpanan.

4. **Retrieval**

Proses *retrieval* yang dilakukan petugas rekam medis sudah sesuai dengan ketentuan yang berlaku di unit yaitu dengan menggunakan sistem *tracer* dan penulisan di buku ekspedisi, namun kendalanya adalah saat petugas front office mengambil berkas rekam medis, mereka tidak melaksanakan kedua prosedur tersebut, permasalahan ini telah disampaikan secara langsung oleh petugas kepada petugas front office namun hingga saat ini belum ada perbaikan. Hal ini mengakibatkan tidak terpasangnya *tracer* pada saat pengembalian berkas dan petugas rekam medis tidak dapat memantau berkas keluar dari buku ekspedisi.

Saat proses *retrieval* juga sering terkendala berkas yang hilang (*misfile*) atau berkas ganda (*doublefile*). Saat penelitian tercatat ada 22 berkas rekam medis yang hilang dan masih 15 berkas yang belum ditemukan. Berkas ganda terdapat 3 berkas. Sehingga hal ini memperpanjang lama pengambilan berkas.

Output

1. **Kelengkapan Rekam Medis**

Kelengkapan berkas rekam medis rawat jalan pasien lamakunjungan poliklinik pada bulan April 2015. Dari 116 berkas rekam medis didapatkan data kelengkapan map rekam medis yang ditampilkan dalam tabel 1.

Berdasarkan hasil observasi terdapat 2 berkas rekam medis dimana dalam catatan poliklinik mencantumkan riwayat alergi pasien terhadap obat parasetamol dan antalgin namun di map rekam medis tidak dituliskan, sedangkan berkas yang lain tidak ada riwayat alergi obat. Nama keluarga hanya diisi nama ibu pasien saat baru lahir di Rumah Sakit "X" (tabel 2).

Berdasarkan hasil observasi, dari 116 berkas yang diobservasi terdiri dari 19 pasien anak yang tentunya belum memiliki KTP, namun di dalam SOP pendaftaran pasien disebutkan untuk pasien anak-anak menggunakan no KTP orangtua. Berdasarkan tabel 3, diketahui angka kelengkapan riwayat kunjungan poli untuk semua item tidak diisi (0%). Item-item di dalam riwayat kunjungan poli telah terekam secara elektronik, yaitu tanggal kunjungan dan poli yang dikunjungi diinput oleh petugas front office sedangkan item diagnosis, tindakan, dan kode diagnosis dilakukan oleh petugas rekam medis.

Kelengkapan berkas rekam medis rawat jalan Rumah sakit "X" (tabel 4) yang diperoleh dari 116 berkas mencapai 55,2%. Tidak ada satupun berkas yang kelengkapannya mencapai 100%. Analisis kelengkapan berkas rekam medis rawat jalan di RS "X" belum pernah dilakukan, hal ini merupakan faktor penyebab rendahnya angka kelengkapan berkas

rekam medis tersebut. Analisis kelengkapan selama ini tidak dilakukan dikarenakan tidak ada ketentuan dari atasan untuk melakukan penilaian kelengkapan berkas rekam medis rawat jalan, analisis kuantitatif hanya dilakukan untuk berkas rekam medis rawat inap.

2. Ketepatan Waktu Penyediaan Berkas Rekam Medis

Kepala unit rekam medis memberikan standar waktu penyediaan berkas rekam medis kurang dari sama dengan 3 menit. Ketentuan ini belum pernah dievaluasi pelaksanaannya dan tidak pernah ada sosialisasi berulang. Dari 116 berkas hanya terdapat 31% yang memenuhi standar yang ditentukan. Hal ini disebabkan oleh beberapa hal:

1. Petugas *front office* 3 kali mengalami kesalahan penulisan nomor rekam medis pada bono peminjaman status, sehingga petugas harus mencari ulang berkas yang diinginkan.
2. Ketika petugas tidak menemukan berkas rekam medis di rak, maka petugas harus mencari di catatan-catatan kecil untuk menelusuri keberadaan berkas yang keluar ruangan RM kemudian jika masih belum ketemu maka petugas mencari di data kunjungan pasien melalui komputer.
3. Jika berkas ada di admission rawat inap atau di ruang rawat inap maka petugas rekam medis harus mengambil terlebih dahulu berkas tersebut.
4. Jika berkas tidak ditemukan dan para petugas poliklinik sudah menanyakan, barulah dilakukan pembaruan berkas. Adapun waktu penyediaan berkas ditampilkan pada tabel 5.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Penelitian yang telah dilakukan mengenai sistem penyelenggaraan berkas rekam medis di Rumah Sakit "X" menghasilkan beberapa kesimpulan, yaitu sebagai berikut.

1. Sistem penyelenggaraan berkas rekam medis belum berjalan baik, terlihat dari masih banyak keluhan dari dokter dan pasien, serta belum memiliki prosedur yang jelas.
2. Kegiatan monitoring dan evaluasi belum dilaksanakan secara menyeluruh dan periodik oleh panitia rekam medis.
3. Kegiatan *feedback* telah berjalan dengan baik.
4. Jumlah tenaga rekam medis masih kurang karena petugas tidak dapat melaksanakan pekerjaannya sesuai uraian tugas yang telah ditentukan rumah sakit.
5. Pendidikan petugas rekam medis sudah sesuai dengan kompetensi yang ditentukan rumah sakit dan pihak rumah sakit mendukung pendidikan berkelanjutan.
6. Pelatihan yang diikuti oleh petugas masih kurang karena keterbatasan waktu dan dana.
7. Pengetahuan petugas tentang prosedur rekam medis sudah cukup baik, masih tidak sesuai dengan SOP di BPPRM tahun 2012.
8. Evaluasi SOP belum pernah dilakukan sejak tahun 2012.
9. Sosialisasi SOP telah dilaksanakan melalui orientasi pegawai baru dan penempelan prosedur kerja.
10. Sarana dan Prasarana di rumah sakit sudah mulai ada perbaikan namun belum signifikan. Sarana yang kurang diantaranya adalah ruang rekam medis yang sempit, serta gang antar rak kurang lebar.
11. Material bahan map rekam medis dan ketersediaan sudah baik, sedangkan tracer warna kurang mencolok dan jumlahnya masih kurang.
12. Proses *assembling* yang terkait pemeriksaan kelengkapan berkas rekam medis rawat jalan tidak dilaksanakan karena belum ada permintaan dari rumah sakit.
13. Proses *coding* belum dilaksanakan sesuai standar karena tidak memuat koding tindakan medis dan tidak dilakukan jika diagnosis tidak terbaca oleh petugas.
14. Proses *Filling* sudah dilakukan sesuai standar rumah sakit, yaitu dengan sistem sentralisasi menggunakan sistem penjajaran Terminal Digit Filling (TDF), namun terkendala sistem pengambilan berkas tidak dilakukan satu pintu oleh petugas rekam medis.

15. Proses *retrieval* telah dilakukan sesuai prosedur namun terkendala dengan pencatatan berkas keluar yang tidak sistematis dan petugas front office yang tidak mengisi buku ekspedisi dan memasang tracer.
16. Kelengkapan berkas rekam medis rawat jalan hanya mencapai 55,2%. Kegiatan analisis kelengkapan berkas rekam medis belum pernah dilakukan. Kelengkapan Riwayat kunjungan poliklinik 0% dikarenakan data telah direkam secara komputerisasi.
17. Waktu penyediaan berkas rekam medis yang memenuhi standart rumah sakit hanya mencapai 31%. Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk penyediaan berkas adalah 8,11 menit.
18. Berdasarkan pada hasil penelitian, pengawasan dan kontrol terhadap penyelenggaraan berkas rekam medis di rumah sakit "X" belum ada serta masih kurangnya komunikasi efektif unit rekam medis baik internal maupun eksternal.

Saran

Berdasarkan pada hasil observasi dan brainstorming dengan pihak kepala unit rekam medis dan manajemen Rumah sakit maka tersusun beberapa saran yang dapat menjadi masukan bagi pihak rumah sakit untuk memperbaiki sistem penyelenggaraan berkas rekam medis, yaitu sebagai berikut.

1. Panitia rekam medis hendaknya mulai melaksanakan fungsi monitoring dan evaluasi penyelenggaraan rekam medis setiap bulan terutama mengenai analisis kelengkapan pengisian rekam medis oleh petugas rekam medis.
2. Merekrut petugas bagian distribusi agar petugas pelaksana lebih mengutamakan tanggung jawabnya sesuai uraian tugas.
3. Kepala instalasi rekam medis menyusun rencana kegiatan pelatihan dan in house training Rumah sakit untuk petugas rekam medis (misalnya pelatihan coding)
4. Dilakukan peninjauan kembali SOP dan prosedur rekam medis sehingga dapat memfasilitasi proses yang dilakukan di rekam medis. (misalnya SOP retrieval tidak perlu menggunakan copy bon permintaan status)
5. Mengadakan relokasi ruang rekam medis ke ruangan lain yang lebih luas sehingga sarana pendukung seperti meja dan lemari arsip dapat dipenuhi jumlahnya sesuai kebutuhan, serta ruangan penyimpanan rekam medis dapat didesain untuk memudahkan petugas dalam beraktifitas mengambil berkas rekam medis.
6. Instalasi rekam medis mengadakan perhitungan kebutuhan tracer rekam medis kemudian berkoordinasi yang baik dengan bagian logistic rumah sakit
7. Pihak RS hendaknya menegaskan kewajiban kegiatan *assembling* yang sesuai SOP kepada instalasi rekam medis yaitu meliputi analisis kelengkapan berkas rekam medis rawat jalan.
8. Memperbaiki proses kegiatan coding dengan cara melengkapi kode tindakan medis berdasarkan ICD IXCM dan koordinasi secara teratur dengan dokter untuk memperjelas tulisan di berkas rekam medis.
9. Kepala Instalasi membuat ketetapan bahwa pengambilan dan pengembalian berkas rekam medis harus dilakukan oleh petugas rekam medis dan waktu peminjaman diberi batasan waktu sesuai kesepakatan di rumah sakit (misalnya dalam waktu 24 jam sudah harus kembali ke ruang rekam medis)
10. Kepala instalasi rekam medis mengajukan revisi formulir riwayat kunjungan pasien kepada panitia rekam medis.
11. Perlu dilakukan evaluasi periodik mengenai standar waktu penyediaan berkas rekam medis sesuai kondisi rumah sakit saat ini (ruangan rekam medis sempit, keterbatasan jumlah petugas rekam medis)
12. Koordinasi prosedur retrieval yang benar kepada petugas *front office* melalui kepala instalasi rekam medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Budi, Savitri C. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media. Departemen Kesehatan RI. 2008. *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 129/MenKes/SK/III/2018. Tentang Standart Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.
- Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.
- Hasibuan, Melayu. 2005. *Manajemen Sumber Daya Manusia Edisi Revisi*. Jakarta: Penerbit Bumi Karsa.

Hata G R, editor. 2008. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan* edisi revisi. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.

Hata G R, editor. 2011. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan* edisi revisi. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.

Ilyas, Y. 2001. *Kinerja: Teori, Penilaian dan Penelitian*, Fakultas Kesehatan Masyarakat UI. Jakarta.

Kambuaya, Mavren. 2013. *Analisis Sistem Rekam Medis Rawat Jalan di Unit Rekam Medis RSUD Bhakti Yudha Depok Tahun 2013*. [Tesis]. Depok: FKMUI.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 377/Menkes/SK/VII/2007. *Tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan*.

Notoadmodjo, S. 2009. *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Jakarta. PT. Rineka Cipta.

Nurhasanah, R. 2008. *Analisis Kuantitatif Kelengkapan Rekam Medis Rawat Jalan di RS Siaga Rayapada Bulan Juni 2007-Mei 2008*. [Skripsi]. Depok: FKMUI.

O'Brien, J. A. 2011. *Manajemen Information Systems 10*. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.

Permenkes Nomor 269/MenKes/Per/III/2008. *Rekam Medis*.

Rahmi Ifitah. 2012. *Gambaran Penyelenggaraan Berkas Rekam Medis di Unit Rekam Medis Rumah Sakit Zahirah Tahun 2012*. [Skripsi]. Depok: FKMUI.

Satrianegara, M. Fais. 2009. *Buku Ajar Organisasi Dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Serta kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.

Tambunan, R. M. 2013. *Standart Operating Procedures (SOP)*. Jakarta: Maiestas Publishing