

ISSN : 2722 - 9831 (Online)

ISSN : 2715 - 9817 (Printed)

2021



JRM IK

JURNAL REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
Journal Of Medical Records and Health information

VOLUME 2, NOMOR 1 | JANUARI 2021

SEKOLAH TINGGI ILMU ADMINISTRASI MALANG

ISSN : 2722 - 9831 (Online)

ISSN : 2715 - 9817 (Printed)

JURNAL REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
Journal Of Medical Records and Health information



VOLUME 2, NOMOR 1 | JANUARI 2021
SEKOLAH TINGGI ILMU ADMINISTRASI MALANG

Susunan Redaksi

Pengarah / Pelindung

Dr. Ir. Ali Hanafiah.,MM

Chief Editor

Suhartina, SE., MM

Editorial Boards

M. Arief Rachman, SE., M.Kes

Adi Santoso, SKM, MKM

Femy Anggriani, SKM, MM

Robiatud Daniyah,S.ST,MM

Reviewers

Dr. Tri Murni, M.Si

Dr. Tri Marhaeni Widiastuti,M.Si

Dr. Ir. Ali Hanafiah,MM

Dr. Hadiwiyono,M.Si

Dr. Yuni Hartono, M.Si

Technical Editor

Mohammad Archi Maulyda, S.Pd, M.Pd

Penerbit

Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi (STIA) Malang

Lembaga Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat (LPPM)



Alamat Redaksi :

Jl. Baiduri Bulan 1 Malang

Telp. 0341 – 553401

Email : info@stia-malang.ac.id

Website : www.stia-malang.ac.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Allah SWT, atas berkat dan rahmatNya kami dapat kembali hadir untuk menyajikan artikel-artikel terkini pada JRMIK: Jurnal Rekam Medis & Informasi Kesehatan Volume 02 Nomor 01 Edisi Januari, Tahun 2021. Semua artikel yang dimuat pada Jurnal telah diseleksi dan ditelaah oleh Dewan Editor. Hanya artikel-artikel berkualitas baik dan sangat baik yang dapat dimuat pada JRMIK: Jurnal Rekam Medis & Informasi Kesehatan.

Topik-topik yang disajikan pada edisi ini meliputi: Akreditasi rumah sakit dan manajemen rekam medis.

Kepada penulis yang telah berkontribusi pada penerbitan jurnal edisi ini, tidak lupa menyampaikan terima kasih yang mendalam. Kami mengundang rekan sejawat peneliti perekam medis dan informasi kesehatan dalam mengirimkan naskah untuk disajikan pada jurnal ini. Saran dan kritik yang membangun dari pembaca dan para pihak lainnya sangat kami harapkan. Selamat membaca.

Ketua Dewan Editor

DAFTAR ISI

**ANALISIS PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL REKAM MEDIS DI
INSTALASI RAWAT INAP (IRNA) RUMAH SAKIT BAPTIS KEDIRI.....1-9**

Tri Marhaeni Widiastuti, Doni Dwi Kristija

**LITERATURE REVIEW : KETEPATAN PENGISIAN SENSUS HARIAN RAWAT INAP
GUNA MENDUKUNG PELAPORAN RUMAH SAKIT BERDASARKAN PETUNJUK
TEKNIS SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT (JUKNIS SIRS 2011).....10-18**

M. Arif Rachman, Sri Winarsih

**ANALISIS KUANTITATIF KELENGKAPAN PENGISIAN FORM ASSESMENT AWAL
MEDIS BERDASARKAN STANDAR AP 1.2 SNARS 1(STUDI KASUS PADA KLINIK
PENYAKIT DALAM RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH MALANG.....19-27**

Femy Anggriyani, Erna Susanti

**TINJAUAN FAKTOR - FAKTOR PENYEBAB TERJADINYA DUPLIKASI NOMOR
REKAM MEDIS DI PUSKESMAS BAWANG II28-33**

Sri Widyanti, Isnaini Qoriatul Fadhillah

**EVALUASI RUANG PENDAFTARAN DAN RAK PENYIMPANAN BERKAS REKAM
MEDIS BERDASARKAN ILMU ERGONOMI DI PUSKESMAS DR. SOETOMO
SURABAYA.....34-41**

Shanti Winda Dahlan, Amir Ali, IGN Truly Mahendra, Era Kartikawati

ANALISIS PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL REKAM MEDIS DI INSTALASI RAWAT INAP (IRNA) RUMAH SAKIT BAPTIS KEDIRI

Tri Marhaeni¹, Doni Dwi Kristija²

^{1,2} Perekam Medis & Informasi Kesehatan
Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi Malang
email : donidwi246@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang: Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis memegang peran penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit.

Tujuan: Penelitian ini membahas mengenai kelengkapan pengisian berkas dokumen rekam medis rawat inap Rumah Sakit Baptis Kediri tahun 2020.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode diskriptif dan metode pengumpulan data dilakukan dengan observasi, telusur dokumen atau dokumentasi dan wawancara terhadap kelengkapan berkas rekam medis rawat inap bulan Februari tahun 2020.

Hasil: Hasil penelitian rekam medis dari 887 berkas dokumen rekam medis rawat inap yaitu ketidaklengkapan pengisian berkas dokumen rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan mencapai 20%, ketidak lengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi jelas mencapai 7%, waktu pengembalian dokumen rekam medis rawat inap 24 jam setelah selesai pelayanan mencapai 47% dan keterbacaan tulisan dokter mencapai 61%. Selain itu didapatkan juga faktor-faktor penyebab terhambatnya pengisian berkas dokumen rekam medis yaitu beban dokter, hari libur nasional atau week end dan yang lebih penting kurangnya kesadaran dari professional pemberi asuhan akan maksud dan tujuan dari kelengkapan dokumen rekam medis termasuk belum adanya standar operasional prosedur sebagai acuan dalam pengisian dokumen rekam medis rawat inap. Dari beberapa hasil tersebut menunjukkan bahwa rata-rata kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap masih kurang dari standar yang ditetapkan Depkes RI sebesar 100%.

Kesimpulan: Sumber daya manusia, sarana dan prasarana, bahan material, metode dan biaya merupakan factor pendukung dalam kelengkapan pengisian berkas dokumen rekam medis rawat inap.

Kata Kunci: Kelengkapan SPM, Rekam Medis, Rawat Inap

Abstract

Background: Completeness of filling in medical record documents plays an important role in improving the quality of hospital services.

Objective: This study discusses the completeness of filling in inpatient medical record documents at Kediri Baptist Hospital in 2020.

Method: This research uses a descriptive method and the method of data collection is carried out by observation, searching documents or documentation and interviews with the completeness of inpatient medical records files in February 2020.

Result: The result of the medical record study of 887 inpatient medical record documents were 20 % incomplete filling of medical record documents after completion of service, incomplete informed consent after obtaining clear information reached 7 %, time to return inpatient medical record documents 24 hours after completion. Service reached 47 % and the legibility of a doctor's writing reached 61 %. In addition, the factors causing the obstruction of filling in medical record documents, namely doctor's burdens, national holidays or weekends and more importantly the lack of awareness of caregivers regarding the aims and objectives of the completeness of medical record documents, including the absence of standard operating procedures result, it shows that the average completeness of filling in inpatient medical record documents is still less than the 100 % standard set by the Indonesian Ministry of Health.

Conclusion: Human resources, facilities and infrastructure, materials, methods, and costs are supporting factors in completing inpatient medical record documents.

Keywords: Completeness Minimum Service Standard (MSS), Medical Records, Inpatient



PENDAHULUAN

Rumah sakit memiliki peranan penting dalam pelayanan kesehatan di sebuah Negara (Duan et al., 2020); (Elbialy et al., 2020). Dalam praktik sehari-hari, rumah sakit melakukan beberapa jenis pelayanan, diantaranya pelayanan medik, pelayanan rehabilitasi, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan, pelayanan pencegahan dan peningkatan kesehatan, sebagai tempat pendidikan dan atau pelatihan medik dan paramedik, sebagai tempat untuk pengembangan ilmu dan teknologi di bidang kesehatan (Niemic et al., 2020); (Matter et al., 2020). Undang-undang Republik Indonesia No. 44 tahun 2009 menyatakan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, pelayanan rawat jalan, dan pelayanan gawat darurat.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia bekerjasama dengan Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS), Asosiasi Rumah Sakit Daerah (ARSADA), unsur perguruan tinggi baik negeri ataupun swasta, Asosiasi Dinas Kesehatan (ADINKES), lintas sektor dan lintas program terkait dalam menyusun suatu pedoman untuk menjadi tolak ukur layanan minimum yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat yaitu Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPMRS). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar pelayanan Minimal menyatakan bahwa standar pelayanan minimal rumah sakit adalah suatu ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib dari setiap rumah sakit yang berhak diperoleh setiap warga masyarakat secara minimal (Iwan & Atik, 2010).

Standar ini berfungsi sebagai alat ukur mutu layanan sebuah rumah sakit yang dapat mendukung pencapaian indikator

kinerja sebuah rumah sakit. Standar pelayanan minimal rumah sakit (SPMRS) bersifat sederhana, konkrit, mudah diukur, terbuka, terjangkau, dapat dipertanggung jawabkan dan memiliki batas waktu pencapaian. Rumah sakit Baptis Kediri adalah sebuah rumah sakit swasta bertipe B dengan kapasitas pelayanan rawat inap 200 tempat tidur dengan sarana fasilitas penunjang medis maupun non medis diantaranya adalah Instalasi Rekam Medis dan Infokes yang melayani selama 24 jam. Penelitian dan observasi awal yang dilakukan, mendapatkan bahwa masih terdapat beberapa kekurangan dalam pelaksanaan standar pelayanan minimal di bagian rekam medis. Waktu penyediaan berkas rekam medis rawat inap masih jauh dari indikator mutu yang ditetapkan dalam standar pelayanan minimal rekam medis selain masih ada beberapa indikator pelayanan minimal rekam medis lainnya.

Hal ini menyebabkan terhambatnya pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit Baptis Kediri. Akibat dari lamanya waktu penyediaan berkas rekam medis rawat inap, menimbulkan rasa tidak puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh bagian Instalasi Rekam Medis dan Infokes khususnya di bagian sub unit Admisi atau pendaftaran rawat inap yang melayani registrasi rawat inap. Selain itu ada beberapa masalah lain tentang terlambatnya pengembalian berkas rekam medis setelah selesai pelayanan rawat inap dan belum lengkapnya berkas rekam medis setelah selesai pelayanan rawat inap.

Masih ada juga faktor-faktor lainnya, misalnya, belum adanya standar operasional prosedur (SOP) untuk indikator-indikator mutu pelayanan di rekam medis rumah sakit Baptis

Kediri. Dari berbagai permasalahan tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan riset dan penelitian serta observasi tentang bagaimana pelaksanaan standar pelayanan minimal (SPM) rekam medis rawat inap, bagaimana perancangan standar operasional prosedur (SOP) agar pelayanan rekam medis rawat inap dapat memenuhi standar pelayanan minimal (SPM) dan faktor-faktor apa yang menghambat pelaksanaan standar pelayanan minimal rekam medis di rumah sakit Baptis Kediri.

METODE

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan metode penelitian diskriptif. Menurut (Jennings, 2018), metode penelitian diskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau diskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif. Dalam penelitian ini peneliti bermaksud memberikan suatu diskripsi atau gambaran mengenai pencapaian standar pelayanan minimal rekam medis (SPMRM) di unit rekam medis dan infokes rumah sakit Baptis Kediri yang beralamatkan di jalan IBH. Pranoto 1 – 7 Kediri pada periode bulan Februari tahun 2020 dengan mengambil semua jumlah berkas rekam medis rawat inap pada periode tersebut sebanyak 887 berkas, sedangkan rumus yang dipakai dalam penelitian ini adalah :

- Numerator (jumlah data yang tidak lengkap)
- Denominator (jumlah keseluruhan data) $\times 100\% = \text{Hasil SPM Rekam Medis}$.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Indikator Standar Pelayanan Minimal Rekam Medis (SPMRM)

Dari hasil penelitian dan observasi serta wawancara yang dilakukan oleh peneliti terhadap pengisian berkas rekam medis rawat inap pada bulan Februari tahun 2020, terdapat 4 indikator mutu pelayanan rekam medis atau standar pelayanan

minimal rekam medis yang menjadi perhatian karena hasilnya masih belum sama sekali memenuhi standar yang sudah ditetapkan, yaitu 100 % semua berkas rekam medis terisi dengan lengkap, dikembalikan tepat waktu dalam 1 x 24 jam, serta tulisan yang jelas dan mudah terbaca. Standar pelayanan minimal rekam medis (SPMRM) itu adalah:

1. Ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan.

Kelengkapan pengisian berkas rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan rawat inap sudah dilakukan oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang berwenang mengisi berkas rekam medis, namun ditemukan masih banyak kendala yang membuat pengisian tersebut belum memenuhi standar pelayanan minimal rekam medis. Rekam medis disebut lengkap apabila setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, harus ditulis selambat-lambatnya 1 x 24 jam dalam lembaran formulir rekam medis, semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangan klinis dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal (Lie & Miller, 2011); (Matei et al., 2020).

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis dalam pasal 3 menyebutkan butir – butir minimal yang harus dimuat untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang – kurangnya memuat catatan dan dokumen antara lain, identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang diberikan serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Petugas rekam medis membantu dokter yang merawat pasien dalam

mempelajari isi rekam medis. Analisis dari kelengkapan isi dokumen rekam medis dimasukkan untuk mencari hal – hal yang kurang dan menjamin rekam medis yang lengkap dan akurat serta sesuai dengan kebijakan dan peraturan yang berlaku. Dari hasil analisa yang dilakukan dengan mengambil berkas rekam medis rawat inap bulan Februari tahun 2020 dengan total jumlah berkas rekam medis 887, dianalisa dan diteliti, ditemukan ada 177 berkas rekam medis yang belum diisi lengkap oleh dokter maupun tenaga medis lainnya, diantaranya adalah ringkasan pulang, ringkasan pasien masuk dan keluar, tanda tangan formulir edukasi dan rekonsiliasi obat, assesmen awal dan sebab-sebab kematian. Dari data tersebut dapat disimpulkan dan dihitung dengan rumus yang dipakai yaitu:

$$\frac{177}{887} \times 100\% = 20\%$$

Dengan melihat hasil tersebut diatas, standar pelayanan minimal rekam medis (SPMRM) ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan rawat inap masih mencapai 20 % atau 177 berkas rekam medis yang belum lengkap, sedangkan pencapaiannya sudah 80 % atau 710 berkas rekam medis. Hasil ini tentunya masih belum mencapai standar yang dimaksud dan telah ditetapkan yaitu standar pelayanan minimal (SPM) sebesar 100 %.

2. Ketidaklengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas.

Setiap pasien di Rumah Sakit Baptis Kediri, harus menandatangani persetujuan informed consent sebelum mendapatkan suatu tindakan medis dan dokter wajib memberikan penjelasan tentang tindakan medis tersebut. Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi , karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan (Calsum et al.,

2018); (Novitasari et al., 2017). Undang – Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran disebutkan bahwa pada prinsipnya yang berhak memberikan persetujuan atau penolakan tindakan medis adalah pasien yang bersangkutan, namun apabila pasien yang bersangkutan berada di bawah kondisi yang tidak memungkinkan, persetujuan dan penolakan tindakan medis dapat diberikan oleh keluarga terdekat antara lain, suami, istri, bapak atau ibu kandung dari anak-anak kandung, atau saudara-saudara kandung, atau dalam keadaan gawat darurat untuk menyelamatkan nyawa pasien dan memerlukan tindakan segera, memungkinkan untuk tidak memakai persetujuan informed consent terlebih dahulu.

Dari hasil analisa yang diambil pada bulan Februari tahun 2020 sebanyak 887 berkas rekam medis, ada 170 berkas rekam medis yang ada informed consentnya, berarti dengan kata lain dari 887 pasien yang menjali rawat inap, ada 170 pasien yang memerlukan tindakan medis dan diperlukan persetujuan informed consent atau persetujuan dan penolakan tindakan. Dari 170 berkas rekam medis yang menjadi sampel penelitian masih ditemukan 12 berkas rekam medis yang belum dilengkapi dengan persetujuan informed consent. Dari data tersebut dapat dihitung dan disimpulkan dengan rumus yang dipakai yaitu:

$$\frac{12}{170} \times 100\% = 7\%$$

Dengan melihat hasil tersebut diatas, standar pelayanan minimal rekam medis untuk ketidaklengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas, masih ada dan ditemukan 7 % atau 12 berkas rekam medis yang belum

standar, sedangkan 93 % atau 158 berkas rekam medis sudah memenuhi standar, namun demikian standar SPM ini masih sedikit dibawah standar yang ditetapkan yaitu 100 % atau semua berkas harus ada dan dilengkapi informed consentnya sebelum dilakukan tindakan medis.

3. Waktu Pengembalian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap setelah selesai Pelayanan.

Menurut KEPMENKES No. 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dan kebijakan Rumah Sakit Baptis Kediri yang dimuat di dalam Buku Pedoman Pelayanan Rekam Medis (BPRM), disebutkan bahwa pengembalian berkas rekam medis setelah selesai pelayanan rawat inap selambat-lambatnya harus dikembalikan ke unit rekam medis dalam waktu 1 X 24 jam (Utomo & Hernugrahanto, 2018). Di dalam pelaksanaan di lapangan unit rekam medis menggunakan buku ekspedisi pengembalian berkas rekam medis rawat inap setelah selesai pelayanan. Buku ekspedisi tersebut memuat tanggal masuk pasien dan tanggal keluar pasien rawat inap.

Dengan mengacu pada buku ekspedisi tersebut dapat dilihat jumlah berkas rekam medis yang dikembalikan tepat waktu maupun yang belum dikembalikan tepat waktu. Dari hasil wawancara dengan kepala instalsi rekam medis, didapatkan keterangan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi berkas tersebut terlambat untuk dikembalikan, diantaranya adalah dokter penanggung jawab pasien (DPJP) belum melengkapi berkas rekam medis, masih banyak catatan keperawatan yang juga belum lengkap termasuk administrasi yang juga belum dilengkapi. Dari hasil sampel pada bulan Februari 2020 sejumlah 887 berkas rekam medis, didapatkan 421 berkas rekam medis yang tidak dikembalikan tepat waktu dalam tempo 1 X 24 jam setelah selesai pelayanan. Penghitungan standar SPM nya adalah:

$$\frac{421}{887} \times 100\% = 47\%$$

Dengan melihat hasil tersebut, standar SPMRM untuk waktu pengembalian berkas rekam medis rawat inap setelah selesai pelayanan belum memenuhi standar yang ditetapkan yaitu masih ditemukan 47 % atau 421 berkas rekam medis yang terlambat dikembalikan ke unit rekam medis, sedangkan yang sudah memenuhi standar tepat waktu dikembalikan adalah 53 % atau 466 berkas rekam medis.

4. Keterbacaan Tulisan Dokter.

Keterbacaan tulisan dokter sangat diperlukan untuk terlaksananya standar pelayanan minimal rumah sakit. Tulisan yang baik tanpa ada coretan, mudah dibaca dan dimengerti sangat membantu tugas unit terkait supaya tidak terjadi kesalahan dalam mengartikan maksud dan tujuan tulisan tersebut. Dari lima elemen indikator yang dianalisa yaitu, ringkasan pulang, ringkasan masuk dan keluar pasien, catatan perawatan pasien terintegrasi (CPPT), assesmen awal dokter spesialis dan laporan operasi, didapatkan hanya elemen ringkasan pulang yang tidak memenuhi standar pelayanan minimal rekam medis. Dalam ringkasan pulang ditemukan dari 887 berkas rekam medis rawat inap, ada 543 berkas rekam medis yang tidak jelas tulisannya dan harus dikonfirmasi ulang dengan dokter penanggung jawab pasien. Dari sampel berkas rekam medis yang diambil, dapat dihitung yaitu:

$$\frac{543}{887} \times 100\% = 61\%$$

Dengan melihat hasil tersebut diatas, keterbacaan tulisan dokter dengan elemen ringkasan pulang, masih belum memenuhi standar yang

ditentukan dengan masih ditemukan 61 % atau 543 berkas rekam medis yang tidak terbaca dengan jelas, sedangkan 39 % atau 344 berkas rekam medis sudah sesuai dengan standar yang diharapkan.

B. Faktor-Faktor Penghambat Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Rekam Medis (SPMRM)

Faktor-faktor penghambat pelaksanaan SPMRM di Rumah Sakit Baptis Kediri ada beberapa faktor, yaitu.

1. Beban Dokter

Beban dokter di RS. Baptis Kediri sangat tinggi, ini dapat dilihat dari hasil analisa jumlah pasien yang menjalani rawat inap selama satu bulan. Dari jumlah pasien sebanyak 887, dapat dirinci sebagai berikut:

-dokter bedah anak (Sp.BA)	25 pasien
-dokter bedah umum (Sp.B)	110 pasien
-dokter bedah orthopedi (Sp.ORT)	37 pasien
-dokter bedah thorak dan cardiovascular	27 pasien
-dokter kandungan (Sp.OG)	107 pasien
-dokter saraf (Sp.S)	88 pasien
-dokter mata (Sp.M)	26 pasien
-dokter jantung dan pembuluh darah (Sp.JP)	133 pasien
-dokter kejiwaan (Sp.KJ)	5 pasien
-dokter penyakit dalam (Sp.PD)	283 pasien
-dokter THT (Sp.THT)	12 pasien
-dokter urologi (Sp.U)	32 pasien
-dokter kulit dan kelamin (Sp.KK)	2 pasien

2. Hari Libur

Hari libur atau hari diluar jam kerja juga berpengaruh terhadap pelaksanaan pengisian SPMRM. Dari hasil wawancara dan analisa, ketika pasien pulang rawat inap dan itu terjadi pada hari libur atau hari di luar jam kerja, dokter DPJP kesulitan untuk melengkapi berkas rekam

medis. Hal ini disebabkan karena aturan yang diterapkan di RS. Baptis Kediri yang mengharuskan DPJP yang harus mengisi dan melengkapi berkas rekam medis sedangkan DPJP tersebut tidak sedang di tempat atau tidak sedang tugas jaga sehingga pengisian kelengkapan berkas rekam medis harus tertunda di hari kerja berikutnya (Devi Praja et al., 2020); (Krishnakumar et al., 2019).

C. Rancangan Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan Rekam Medis

Unit rekam medis RS. Baptis Kediri tidak memakai standar operisonal prosedur (SOP) dalam pelaksanaan SPMRM, unit rekam medis mengacu kepada Permenkes 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis, KEPMENKES No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit serta kebijakan yang dikeluarkan oleh Direktur RS. Baptis Kediri melalui Buku Pedoman Pelayanan Rekam Medis (BPRM) tentang ketentuan pengisian berkas rekam medis. Dengan melihat hasil yang sudah dicapai yang belum 100 % terpenuhi, seharusnya diperlukan adanya SOP yang mengacu kepada Permenpan No. PER/21/MPAN/II/2008 tentang Tujuan dan Manfaat SOP (Hidajat et al., 2012); (Rona & Pramono, 2015).

PENUTUP

Di Rumah Sakit Baptis Kediri, SPRM sudah dilaksanakan sesuai dengan perturan yang berlaku, namun dirasa masih belum sepenuhnya memenuhi standar yang ditetapkan. Indikator ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis rawat inap setelah selesai pelayanan masih mencapai 20 % atau 177 berkas yang belum lengkap dari 887 berkas pasien rawat inap, indikator ketidaklengkapan informed consent setelah

mendapatkan informasi yang jelas masih ada 7 % atau 12 berkas yang belum terisi informed consentnya dari total 170 berkas rekam medis pasien yang menjalani tindakan medis, indikator waktu pengembalian berkas rekam medis 1 X 24 jam setelah selesai rawat inap juga masih mencapai 47 % atau 421 berkas dari 887 berkas rekam medis rawat inap yang tidak dikembalikan tepat waktu, indikator keterbacaan tulisan dokter juga masih tinggi nilainya yaitu mencapai 61 % atau 543 berkas yang tidak bias terbaca dari total berkas 887.

Disamping itu, faktor-faktor pendukung kelengkapan pengisian berkas rekam medis yang terdiri dari sumber daya manusia, sarana dan prasarana, metode dan biaya masih kurang mendukung kegiatan pengisian kelengkapan berkas rekam medis rawat inap termasuk belum adanya SOP pengisian berkas rekam medis rawat inap. Namun demikian upaya-upaya sudah dilakukan melalui ka. Instalasi rekam medis bekerja sama dengan unit-unit terkait untuk mencari solusi terbaik guna tercapainya SPMRM yang sudah ditetapkan yaitu 100 % terisi lengkap, dikembalikan tepat waktu dan terbaca dengan jelas setiap tulisan yang dokter atau tenaga kesehatan lain tuliskan.

Untuk mendapatkan angka kelengkapan pengisian berkas rekam medis 100 % sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh Depkes RI, maka diperlukan adanya pengembangan kemampuan tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya, adanya pelatihan tentang pengisian kelengkapan berkas rekam medis, serta mengusulkan adanya SOP (standar operasional prosedur) tentang pengisian berkas rekam medis rawat inap yang belum ada di RS. Baptis Kediri, pemberian teguran atau saksi serta penghargaan bagi yang tertib dan tidak tertib melengkapi berkas rekam medis rawat inap, dan mengusulkan pengembangan teknologi rekam medis elektronik yang terkomputerisasi untuk meningkatkan mutu rekam medis pasien

terutama menjelang akreditasi rumah sakit versi Snars 1.1.

DAFTAR PUSTAKA

- Calsum, U., Khumaidi, A., & Khaerati, K. (2018). Aktivitas Ekstrak Etanol Kulit Batang Kayu Jawa (*Lannea coromandelica*) terhadap Penyembuhan Luka Sayat pada Tikus Putih (*Rattus Norvegicus* L.). *Jurnal Farmasi Galenika (Galenika Journal of Pharmacy) (e-Journal)*, 4(2), 113-118.
<https://doi.org/10.22487/j24428744.2018.v4.i2.11078>
- Devi Praja, V., Muttath, A., Duraisamy, V., Selvarajan, N., Suresh Kumar, V., & John, J. (2020). A clinical and radiographic comparison of platelet-rich fibrin and lyophilized platelet-derived preparation as pulpotomy agent in primary molars. *Journal of Pharmacy And Bioallied Sciences*, 12(5), 155.
https://doi.org/10.4103/jpbs.JPBS_48_20
- Duan, M., Zhang, Y., Zhang, H., Meng, Y., Qian, M., & Zhang, G. (2020). Epidermal stem cell-derived exosomes promote skin regeneration by downregulating transforming growth factor- β 1 in wound healing. *Stem Cell Research & Therapy*, 11(1), 452-478.
<https://doi.org/10.1186/s13287-020-01971-6>
- Elbially, Z. I., Atiba, A., Abdelnaby, A., Al-Hawary, I. I., Elsheshtawy, A., El-Serehy, H. A., Abdel-Daim, M. M., Fadl, S. E., & Assar, D. H. (2020). Collagen extract obtained from Nile tilapia (*Oreochromis niloticus* L.) skin accelerates wound healing in rat model via up regulating VEGF, bFGF, and α -SMA genes expression. *BMC Veterinary Research*, 16(1), 352.
<https://doi.org/10.1186/s12917-020-02566-2>
- Hidajat, D., Malik, D. A., & Buditjahjono, S. (2012). Platelet-Rich Plasma Dalam Dermatologi. *Media Dermato-*

- Veneorologica Indonesiana (MDVI)*, 39(4), 176–185.
<http://www.perdoski.or.id/doc/mdvi/fulltext/25/152/176-185.pdf>
- Iwan, J., & Atik, N. (2010). Perbandingan Pemberian Topikal Aqueous Leaf Extract of *Carica Papaya* (ALEC) dan Madu Khaulula Terhadap Percepatan Penyembuhan Luka Sayat pada Kulit Mencit (*Mus musculus*). *Majalah Kedokteran Bandung*, 42(2), 76–81.
<https://doi.org/10.15395/mkb.v42n2.13>
- Jennings, M. D. (2018). Gap analysis: Concepts, methods, and recent results. *Landscape Ecology*, 4(3), 56–78.
<https://doi.org/10.1023/A:1008184408300>
- Krishnakumar, D., Mahendra, J., Ari, G., & Perumalsamy, R. (2019). A clinical and histological evaluation of platelet-rich fibrin and CGF for root coverage procedure using coronally advanced flap: A split-mouth design. *Indian Journal of Dental Research*, 30(6), 970.
https://doi.org/10.4103/ijdr.IJDR_16_18
- Lie, R. K., & Miller, F. G. (2011). What counts as reliable evidence for public health policy: the case of circumcision for preventing HIV infection. *BMC Medical Research Methodology*, 11(1), 34.
<https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-34>
- Matei, E., Gaidau, C., Răpă, M., Constantinescu, R., Savin, S., Berechet, M. D., Predescu, A. M., Berbecaru, A. C., Coman, G., & Predescu, C. (2020). Sustainable Rabbit Skin Glue to Produce Bioactive Nanofibers for Nonactive Wound Dressings. *Materials*, 13(23), 53–68.
<https://doi.org/10.3390/ma13235388>
- Matter, M., Probst, S., Läuchli, S., & Herrmann, I. (2020). Uniting Drug and Delivery: Metal Oxide Hybrid Nanotherapeutics for Skin Wound Care. *Pharmaceutics*, 12(8), 780.
<https://doi.org/10.3390/pharmaceutics12080780>
- Niemiec, S. M., Louiselle, A. E., Hilton, S. A., Dewberry, L. C., Zhang, L., Azeltine, M., Xu, J., Singh, S., Sakthivel, T. S., Seal, S., Liechty, K. W., & Zgheib, C. (2020). Nanosilk Increases the Strength of Diabetic Skin and Delivers CNP-miR146a to Improve Wound Healing. *Frontiers in Immunology*, 11(5), 231–247.
<https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.590285>
- Novitasari, A. I. M., Indraswary, R., & Pratiwi, R. (2017). PENGARUH APLIKASI GEL EKSTRAK MEMBRAN KULIT TELUR BEBEK 10% TERHADAP KEPADATAN SERABUT KOLAGEN PADA PROSES PENYEMBUHAN LUKA GINGIVA. *ODONTO: Dental Journal*, 4(1), 13.
<https://doi.org/10.30659/odj.4.1.13-20>
- Rona, A., & Pramono, P. (2015). LEKSIKON ETNOMEDISIN DALAM PENGOBATAN TRADISIONAL MINANGKABAU. *JURNAL ARBITRER*, 2(1), 44.
<https://doi.org/10.25077/ar.2.1.44-53.2015>
- Utomo, D. N., & Hernugrahanto, K. D. (2018). Gastrocnemius Muscle Defect: a Preliminary Study on Animal. *Journal Orthopaedi and Traumatology Surabaya JOINTS*, 7(1), 31–41.

LITERATURE REVIEW : KETEPATAN PENGISIAN SENSUS HARIAN RAWAT INAP GUNA MENDUKUNG PELAPORAN RUMAH SAKIT BERDASARKAN PETUNJUK TEKNIS SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT (JUKNIS SIRS 2011)

M. Arief Rachman¹, Sri Winarsih²

^{1,2} Perekam Medis & Informasi Kesehatan
Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi Malang
email sriwinarsih1975@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang: Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) merupakan sumber data untuk membuat pelaporan rumah sakit. Dari beberapa jurnal penelitian banyak didapatkan ketidaktepatan pengisian sensus. Hal ini menyebabkan petugas rekam medis kesulitan dalam melakukan rekapitulasi dan mengolahnya menjadi laporan statistik rumah sakit.

Tujuan: Tujuan penelitian mengetahui ketepatan pengisian sensus guna mendukung pelaporan rumah sakit.

Metode: Pada penelitian ini menggunakan metode penelitian kepustakaan atau library research dengan pendekatan kualitatif, yaitu dengan menelaah jurnal hasil peneliti sebelumnya. Fokus, penelitian ketepatan pengisian sensus harian rawat inap. Jenis data penelitian yaitu data sekunder berupa jurnal peneliti sebelumnya, kemudian diinterpretasikan dalam analisis kualitatif meliputi proses pengumpulan data (mengumpulkan jurnal penelitian kegiatan sensus harian rawat inap), reduksi data (memilih dan menelaah jurnal yang berkaitan dengan ketepatan pengisian sensus) penyajian data (identifikasi jurnal), dan langkah analisis data terakhir peneliti menarik kesimpulan bahwa data SHRI belum maksimal dimanfaatkan untuk pelaporan rumah sakit, karena data yang dihasilkan tidak akurat dan tepat waktu penyajiannya, disebabkan tidak adanya panduan tertulis tentang pengisian sensus harian dan pembuatan pelaporan rumah sakit belum mengacu pada petunjuk teknis Sistem Informasi Rumah Sakit.

Hasil: Hari perawatan merupakan jumlah pasien yang ada saat sensus dilakukan ditambah pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama pada hari sensus diambil. Jadi sama dengan jumlah pasien yang menggunakan tempat tidur dalam periode waktu 24 jam. Jumlah hari perawatan dihitung dengan cara menjumlahkan setiap Hari Perawatan (Jumlah keseluruhan HP) dalam periode waktu tertentu. Misalnya jumlah HP dalam bulan Januari didapatkan dengan cara : Hari Perawatan tanggal 1 + Hari Perawatan tanggal 2 + Hari Perawatan tanggal 3 + ... + Hari Perawatan tanggal 31.

Kesimpulan: RSUD dr. Soeroto Ngawi telah membuat kebijakan pengolahan data sensus harian rawat inap untuk indikator pelayanan rawat inap melalui Buku Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis (BPPRM) BPPRM hanya memuat tentang teknis pengumpulan sensus harian rawat inap, tetapi belum memuat teknis pengisian sensus harian sehingga pemanfaatan data sensus untuk pelaporan rumah sakit belum maksimal dan penyajian data pelaporan rumah sakit tidak akurat dan tidak tepat waktu.

Kata Kunci: Ketepatan, Sensus Harian Rawat Inap, Pelaporan Rumah Sakit

Abstract

Background: Inpatient Daily Census (SHRI) is a data source for making hospital reports. From several research journals, there are many inaccuracies in filling out the census. This causes medical record officers to have difficulty in recapitulating and processing it into hospital statistical reports.

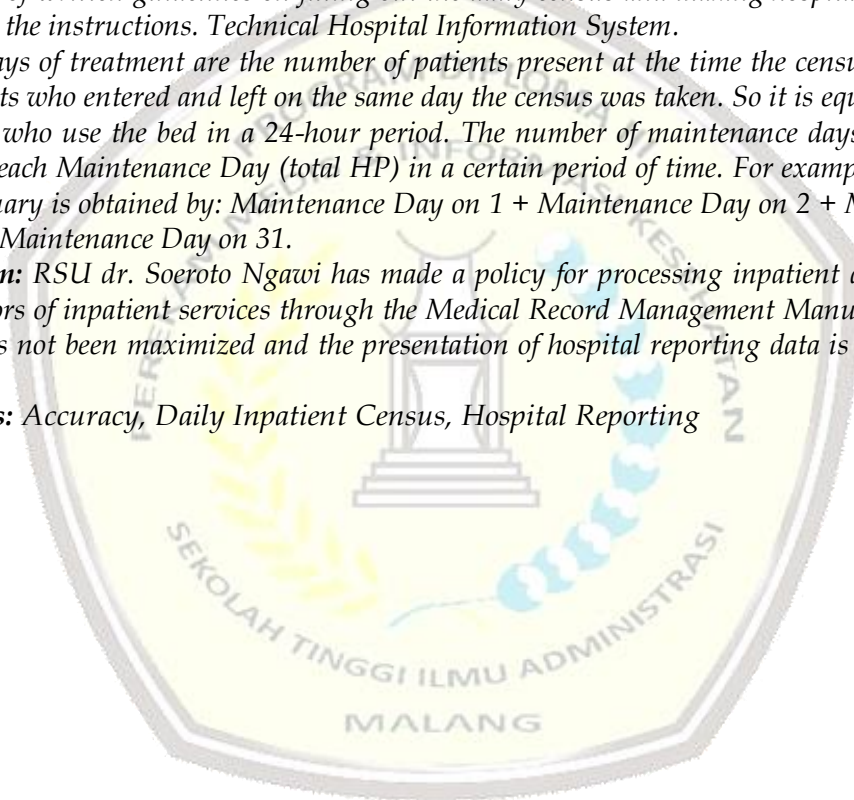
Objective: The purpose of the study was to determine the accuracy of filling out the census to support hospital reporting.

Method: This study uses library research methods with a qualitative approach, namely by reviewing the journals of previous researchers. Focus, research on the accuracy of inpatient daily census filling. The type of research data is secondary data in the form of previous researchers' journals, then interpreted in qualitative analysis including the data collection process (collecting research journals for inpatient daily census activities), data reduction (selecting and reviewing journals related to the accuracy of filling out the census) data presentation (journal identification).), and the last data analysis step, the researcher concluded that the SHRI data had not been maximally utilized for hospital reporting, because the resulting data was inaccurate and timely in its presentation, due to the absence of written guidelines on filling out the daily census and making hospital reports that did not refer to the instructions. Technical Hospital Information System.

Result: Days of treatment are the number of patients present at the time the census was conducted plus patients who entered and left on the same day the census was taken. So it is equal to the number of patients who use the bed in a 24-hour period. The number of maintenance days is calculated by adding up each Maintenance Day (total HP) in a certain period of time. For example, the number of HP in January is obtained by: Maintenance Day on 1 + Maintenance Day on 2 + Maintenance Day on 3 + ... + Maintenance Day on 31.

Conclusion: RSUD dr. Soeroto Ngawi has made a policy for processing inpatient daily census data for indicators of inpatient services through the Medical Record Management Manual (BPPRM). the hospital has not been maximized and the presentation of hospital reporting data is not accurate and not timely.

Keywords: Accuracy, Daily Inpatient Census, Hospital Reporting



PENDAHULUAN

Setiap Rumah Sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan Rumah Sakit, sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011, tentang Pelaporan Rumah Sakit. Kegiatan pelaporan sebuah Rumah Sakit memerlukan petunjuk teknis, guna mengintegrasikan seluruh System Informasi Rumah Sakit (Juknis SIRS 2011) merupakan proses pengumpulan, penyajian data rumah sakit se-Indonesia. Sistem informasi ini mencakup semua Rumah Sakit umum maupun khusus, baik yang dikelola secara public maupun privat (Cahyati, 2018); (Nuraini & Wijaya, 2019).

Dengan terintegrasinya semua system informasi di rumah sakit, diharapkan informasi yang dibutuhkan oleh manajemen menjadi akurat dan tepat waktu (Mitchell et al., 2017). Laporan yang harus dibuat oleh rumah sakit digunakan untuk mengetahui gambaran tentang keadaan pelayanan rumah sakit, menilai pelayanan rumah sakit dan digunakan oleh manajemen rumah sakit sebagai dasar pengambilan keputusan. Salah satu laporan yang dibuat oleh rumah sakit adalah laporan statistic rumah sakit (Rakhmawati & Rustiyanto, 2016). Untuk bisa menghasilkan laporan statistic yang benar dan akurat maka diperlukan pencatatan yang tepat dan lengkap pada sumber datanya. Sumber data dalam pembuatan laporan statistic rumah sakit adalah sensus harian rawat inap. Sensus harian pasien rawat inap berisi data mengenai jumlah pasien rawat inap di suatu fasilitas pelayanan kesehatan. Pengisian sensus harian rawat inap harus dilakukan secara cermat dan tepat agar bisa menghasilkan laporan yang informatif dan akurat.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Rakhmawati & Rokhman, 2017) tentang Analisis Pemanfaatan Data Sensus Harian

Rawat Inap untuk Pelaporan Indikator Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soeroto Ngawi, menunjukkan bahwa pemanfaatan data sensus harian tidak dilakukan secara maksimal karena tidak disiplinnya pengisian Sensus Harian Rawat Inap (SHRI). Kegiatan pencatatan sensus harian rawat inap tidak dilakukan dengan baik oleh petugas jaga malam diruangan, karena tidak adanya prosedur tetap tentang pemanfaatan data sensus harian rawat inap dan tidak ada petunjuk teknis pengisian yang menyebabkan isi dari sensus harian tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, seperti pasien yang dipindahkan ke ruang lain tidak dicatat dalam sensus, sehingga ada perbedaan dalam jumlah pasien sisa hari kemarin, dengan jumlah pasien awal hari ini, hal ini menyebabkan jumlah pasien yang dirawat menjadi tidak valid (Djohar et al., 2018); (Mardyawati & Akhmadi, 2016). Jumlah sisa data pasien dirawat, merupakan sumber data yang dipakai untuk menghitung total hari perawatan, dan dipakai untuk menghitung prosentase penggunaan tempat tidur (BOR). Hal ini menyebabkan petugas rekam medis kesulitan dalam merekap sensus harian rawat inap, dan mengolahnya menjadi laporan statistic rumah sakit. Data sensus harian yang tidak lengkap, menyebabkan petugas rekam medis kesulitan dalam melakukan rekapitulasi sensus harian rawat inap dan mengolahnya menjadi laporan statistic rumah sakit.

Pelaporan rumah sakit merupakan suatu alat organisasi yang bertujuan dapat menghasilkan laporan secara tepat, cepat, dan akurat. Untuk dapat menghasilkan laporan yang tepat, cepat, dan akurat dibutuhkan

data dan informasi yang baik dari segi kuantitas maupun kualitasnya. Dengan telah berlakunya Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik (KIP) maka tersedianya data dan informasi mutlak dibutuhkan terutama oleh Badan Layanan Umum seperti rumah sakit. Data dan informasi tersebut setiap tahunnya mengalami perubahan seiring dengan perkembangan jaman, sehingga revisi dalam Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) selalu dikembangkan. Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) adalah suatu proses pengumpulan, pengolahan dan penyajian data rumah sakit se-Indonesia (Suhartina, 2019).

Sistem informasi ini mencakup semua rumah sakit umum maupun khusus, baik yang dikelola secara public maupun privat sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1177/Menkes/Per/VI/2011 tentang Pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS 2011) diperlukan petunjuk teknis yang digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan System Informasi Rumah Sakit (Juknis SIRS 2011).

METODE

Metodologi penelitian pada dasarnya merupakan cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Berdasarkan hal tersebut terdapat empat hal yang harus diperhatikan dalam suatu penelitian yaitu, cara ilmiah, data, tujuan dan kegunaan (Sugiyono, 2016). (Searing, 2008) Penelitian merupakan aktifitas keilmuan yang dilakukan karena ada kegunaan yang dicapai, baik untuk meningkatkan kualitas kehidupan manusia maupun untuk mengembangkan ilmu pengetahuan.

Jenis penelitian yang dipakai adalah penelitian dengan menggunakan metode

penelitian kepustakaan (*library research*) dengan pendekatan kualitatif. Jenis Data dapat dibedakan dalam beberapa kategori. Jenis-jenis data dapat dikategorikan sebagai berikut:

- Data primer adalah data yang bersumber pada informasi yang diperoleh dari tangan pertama oleh peneliti yang berkaitan dengan variable minat untuk tujuan spesifik studi. Sumber data primer adalah responden individu, kelompok focus, internet juga dapat menjadi sumber data primer, jika kuisioner disebarkan melalui internet (Uma Sekaran, 2011).
- Data sekunder adalah data yang mengacu pada informasi yang dikumpulkan dari sumber yang telah ada. Sumber data sekunder adalah catatan atau dokumentasi perusahaan, publikasi pemerintah, analisis industry oleh media, situs Web, internet dan seterusnya (Uma Sekaran 2011). Pada penelitian ini, penulis menggunakan sumber data sekunder yang didapat dari beberapa jurnal penelitian, yaitu jurnal penelitian dari Agung Kurniawan dkk (2010) tentang “Analisis Pemanfaatan Data Sensus Harian Rawat Inap Untuk Pelaporan Indikator Pelayanan Rawat Inap di RSUD Dr. Soeroto Ngawi, jurnal penelitian dari Catur Pamungkas dkk (2011) tentang Evaluasi Kegiatan Manajemen Data Sensus Harian Rawat Inap di RSUD Banyumas, serta jurnal dengan judul “Faktor-Faktor Keterlambatan Pengembalian Sensus Harian Rawat Inap di RSUD Kab. Ciamis” oleh Firman Cahya Diningrat dkk (2015).

Dokumen merupakan kegiatan mencari data atau variable dari sumber berupa catatan, transkripsi, buku, prasasti dan sebagainya (Miles & Huberman, 1992). Menurut (Sugiyono, 2016) dokumen adalah catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi dokumentasi, yaitu dengan mengambil data dari beberapa jurnal peneliti sebelumnya.

Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode analisis deskriptif, yaitu memaparkan hasil-hasil penelitian (peneliti sebelumnya) yang sesuai dengan keadaan sebenarnya dengan membandingkan teori-teori yang terkait dan selanjutnya ditarik suatu kesimpulan tanpa melakukan uji statistik langkah-langkah yang dilakukan penulis dalam menganalisa data pada penelitian ini, menggunakan teori model Miles dan Huberman dalam buku (Miles & Huberman, 1992).

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Ketepatan Pengisian sensus Harian Rawat Inap

Permenkes Nomor 1171 tahun 2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit yang menjadi acuan dalam perumusan petunjuk teknis mengenai Sistem Informasi Rumah Sakit, merupakan dasar bagi rumah sakit dalam membuat pelaporan rumah sakit. Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) merupakan sumber data guna mendukung pelaporan rumah sakit. Pelaksanaan kegiatan sensus harian rawat inap dibuat berdasarkan kebutuhan masing-masing rumah sakit, sehingga mekanisme pelaksanaannya sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) rumah sakit. Standar Operasional

Prosedur yang dibuat oleh rumah sakit harus mengacu pada Petunjuk Teknis Sistem Informasi Rumah Sakit (2011) yang telah ditetapkan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kemenkes Republik Indonesia.

Ketepatan pengisian Sensus Harian Rawat Inap menjadi unsur penting bagi pihak pengelola data untuk dapat menghasilkan pelaporan rumah sakit sesuai petunjuk teknis Sistem Informasi Rumah Sakit. Berikut panduan yang dapat digunakan untuk ketepatan pengisian sensus harian rawat inap berdasarkan Buku Petunjuk Pengisian, Pengolahan, dan Penyajian Data Rumah Sakit, yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia 2005.

1. Pengisian Sensus Harian untuk Pasien Masuk.

Cara pengisian formulir :

- a. Tanggal, Ruang, TT Tersedia
Diisi dengan Tanggal sensus dibuat, Ruang diisi dengan ruang tempat sensus dibuat, TT Tersedia diisi dengan tempat tidur yang tersedia sesuai ketetapan Direktur RS.
- b. Kolom Nama Pasien
Diisi dengan nama pasien sesuai dengan buku register pasien
- c. Kolom Jenis Kelamin (Sex)
Diisi dengan jenis kelamin pasien
- d. Kolom Umur
Diisi dengan sesuai umur yang ada pada identitas pasien (KTP/KK)
- e. Kolom No Register / RM
Diisi sesuai dengan nomor RM pada Kartu Induk Berobat
- f. Kolom Penderita Masuk
Diisi dengan tanggal pasien mendaftar di TPP, bukan tanggal datangnya pasien ke ruang rawat inap

- g. Kolom Keterangan Pembayaran
Diisi dengan tanda centang (v) pada kolom jenis pembayaran pasien (Jamkesmas, Mandiri, Umum, PNS, Jamkesda, TNI/POLRI, Jamsostek)
- h. Resume
Diisi dengan (kolom Penderita Awal diisi dengan sisa pasien dirawat hari sebelumnya, kolom OB / Pasien Baru diisi dengan jumlah pasien masuk, kolom jumlah pasien diisi dengan sisa pasien awal ditambah jumlah pasien baru), jadi pada kolom sisa pasien dirawat sama dengan jumlah pasien.

2. Pengisian Sensus Harian untuk Pasien Keluar Dipindahkan.

Cara pengisian formulir :

- a. Tanggal, Ruang, TT Tersedia
Diisi dengan Tanggal sensus dibuat, Ruang diisi dengan ruang tempat sensus dibuat, TT Tersedia diisi dengan tempat tidur yang tersedia sesuai ketentuan Direktur RS.
- b. Kolom Nama Pasien
Diisi dengan nama pasien sesuai dengan buku register pasien
- c. Kolom Jenis Kelamin (Sex)
Diisi dengan jenis kelamin pasien
- d. Kolom Umur
Diisi dengan sesuai umur yang ada pada identitas pasien (KTP/KK)
- e. Kolom No Register / RM
Diisi sesuai dengan nomor RM pada Kartu Induk Berobat
- f. Kolom Penderita Keluar Hidup
Diisi dengan (kolom Tanggal Mrs diisi dengan tanggal pasien masuk rumah sakit, kolom tanggal keluar, diisi dengan tanggal pasien dipindahkan ke ruang berikutnya, pada kolom ke ruang lain diisi dengan nama ruang baru yang ditempati pasien)
- g. Kolom Keterangan Pembayaran
Diisi dengan tanda centang (v) pada kolom jenis pembayaran pasien (Jamkesmas, Mandiri, Umum, PNS, Jamkesda, TNI/POLRI, Jamsostek)
- h. Resume

Diisi dengan (kolom Penderita Awal diisi dengan pasien yang dirawat, pada kolom jumlah pasien sama dengan jumlah pasien yang dirawat, pada kolom ke ruang lain diisi jumlah pasien yang dipindahkan, kolom total penderita keluar sama dengan jumlah pasien yang dipindahkan, kolom sisa pasien diisi dengan jumlah pasien awal dikurangi jumlah pasien yang dipindahkan.

B. Rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap

Kegiatan rekapitulasi sensus harian merupakan kegiatan menghitung dan merekap jumlah pasien rawat inap selama satu bulan dari data sensus harian masing-masing bangsal rawat inap ke dalam formulir perantara, dengan tujuan mengetahui tingkat penggunaan tempat tidur, sebagai data dasar dalam membuat formulir RL 1, yang harus dilaporkan ke Departemen Kesehatan setiap triwulan. Rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap yang diperlukan untuk pelaporan Rumah Sakit, yaitu:.

1. Hari Perawatan (HP = Inpatient bed day)

Hari perawatan merupakan jumlah pasien yang ada saat sensus dilakukan ditambah pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama pada hari sensus diambil. Jadi sama dengan jumlah pasien yang menggunakan tempat tidur dalam periode waktu 24 jam. Jumlah hari perawatan dihitung dengan cara menjumlahkan setiap Hari Perawatan (Jumlah keseluruhan HP) dalam periode waktu tertentu. Misalnya jumlah HP dalam bulan Januari didapatkan dengan cara: Hari Perawatan tanggal 1 + Hari Perawatan tanggal 2 + Hari Perawatan tanggal 3 +...+ Hari

Perawatan tanggal 31.

2. Lama Dirawat

Lama dirawat (LD) adalah jumlah hari kalender dimana pasien mendapatkan perawatan rawat inap di rumah sakit, sejak tercatat sebagai pasien rawat inap (admisi) hingga keluar dari rumah sakit (discharge), baik keluar dalam keadaan hidup maupun mati. Jadi pasien yang belum keluar dari rumah sakit belum dapat dihitung lama dirawatnya (LD) nya. Angka LD dibutuhkan oleh pihak rumah sakit untuk menghitung tingkat penggunaan sarana (utilitation management) dan untuk kepentingan finansial (financial reports).

3. Pasien Transfer (Pindahan dan Dipindahkan)

Jika ada bangsal yang menerima pasien transfer (dalam sensus akan dihitung sebagai pasien pindahan) maka pasti ada bangsal yang telah mentransfer pasien tersebut (dalam sensus akan dihitung sebagai pasien dipindahkan). Jadi pasien transfer masih berstatus sebagai pasien rawat inap di rumah sakit tersebut, belum dihitung sebagai keluar/discharge.

Adanya aktifitas transfer ini menjadi salah satu alasan kuat diseragamkannya jam pelaksanaan sensus di semua bangsal dalam satu rumah sakit. Jika tidak seragam, bisa terjadi satu pasien transfer dihitung lebih dari satu bangsal (dihitung double) atau sebaliknya seorang pasien transfer tidak dihitung keberadaannya oleh bangsal manapun (hilang dari perhitungan sensus).

4. Pasien Masuk dan keluar Hari Yang Sama

Dalam kegiatan pelayanan rawat inap, bisa terjadi seorang pasien dan keluar perawatan pada hari (tanggal) yang sama. Misalnya, Pasien Fulan masuk perawatan di bangsal A pada tanggal 5 Januari 2020 jam 09.00 WIB. Pada hari itu jam 15.00 WIB Fulan meninggal. Pada saat bangsal A melaksanakan sensus hari itu (misalnya

jam 23.00 WIB) maka Fulan akan tercatat sebagai pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama.

5. Pasien Awal

Pasien awal adalah jumlah pasien yang sudah adadi dalam suatu ruang perawatan pada saat sensus belum dilakukan.

6. Pasien Sisa/Akhir

Pasien sisa atau yang masih dirawat adalah jumlah pasien awal ditambah jumlah pasien masuk dikurang jumlah pasien keluar hidup dan meninggal. Jumlah pasien sisa/akhir yang ada pada setiap ruang perawatan, akan menjadi jumlah pasien awal ruang perawatan tersebut pada tanggal berikutnya

PENUTUP

Berdasarkan hasil analisa pada beberapa jurnal, Peneliti dapat mengambil kesimpulan bahwa setiap Rumah Sakit mengalami beberapa kendala pada pelaksanaan kegiatan sensus harian rawat inap, dan ketepatan pengisian sensus harian sangat penting guna mendukung pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit, kesimpulan dari penelitian ini sebagai berikut :

1. RSUD dr. Soeroto Ngawi telah membuat kebijakan pengolahan data sensus harian rawat inap untuk indikator pelayanan rawat inap melalui Buku Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis (BPPRM) BPPRM hanya memuat tentang teknis pengumpulan sensus harian rawat inap, tetapi belum memuat teknis pengisian sensus harian sehingga pemanfaatan data sensus untuk pelaporan rumah sakit belum maksimal dan penyajian data pelaporan rumah sakit tidak akurat dan tidak tepat waktu.
2. Hasil evaluasi kegiatan

pengelolaan data sensus harian (ketepatan pengisian sensus dan pemanfaatan data sensus) untuk mendukung pelaporan rumah sakit, di RSUD Banyumas belum maksimal dilaksanakan. Hal ini disebabkan tugas pokok dan fungsi sumber daya manusia pengelola sensus harian tidak sesuai dengan beban kerja, kualifikasi pendidikan staf serta kompetensi yang dibutuhkan dalam pengelolaan data sensus tidak sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab yang diberikan pihak rumah sakit. Sistem pengolahan data manual menyebabkan informasi tidak akurat dan informasi yang tersedia menjadi terbatas.

3. Standar Operasional Prosedur dan alur pengembalian atau pengumpulan sensus harian di RSUD Kab.Ciamis sudah ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit, tetapi ditemukan beberapa kendala SOP dan alur tersebut tidak dapat dilaksanakan dengan optimal, karena belum adanya aturan yang jelas mengenai tugas pokok dan fungsi petugas yang diberi wewenang pengisian sensus harian ethos kerja pegawai yang rendah. Pengisian sensus yang tidak tepat mengakibatkan data sensus tidak dapat dimanfaatkan secara maksimal untuk mendukung pelaporan rumah sakit.
4. Berdasar hasil kesimpulan tiga jurnal penelitian tersebut, Peneliti mengambil kesimpulan bahwa data sensus harian rawat inap dapat dimanfaatkan dengan maksimal untuk mendukung pelaporan rumah sakit, bila isi data sensus benar, akurat, tepat waktu penyajiannya. Rumah Sakit memerlukan petunjuk teknis yang dapat dijadikan acuan melaksanakan pelaporan rumah sakit sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1171/Menkes/Per/VI/2011 tentang

Pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Cahyati, V. (2018). Efektivitas Kebijakan Rumah Sakit Dilihat Dari Grafik Barber Johnson Di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY Tahun 2016 dan 2017. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 3(7), 125–132.
- Djohar, D., Oktavia, N., & Damayanti, F. T. (2018). Analisis Penyebab Terjadinya Missfile Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan di Ruang Penyimpanan(Filling) RSUD Kota Bengkulu Tahun 2017. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 6(2), 79. <https://doi.org/10.33560/.v6i2.190>
- Mardiyawati, E., & Akhmadi, A. (2016). Pelaksanaan Sistem Penyimpanan Rekam Medis Family Folder di Puskesmas Bayan Lombok Utara. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 1(1), 27. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.27474>
- Miles, & Hubernasn. (1992). *Analysis of qualitative data (terj)*. Press Library.
- Mitchell, A. P., Boggan, J. C., Lau, K., & Simel, D. L. (2017). Splenectomy as a Destination: Improving Quality of Care Among Asplenic Veterans Through a Travel Clinic. *The American Journal of Medicine*, 130(7), 856–861. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.01.024>
- Nuraini, N., & Wijaya, L. (2019). Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian terhadap Kelengkapan Rekam Medis. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(1), 51. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v7i1.220>
- Rahmawati, A. I., & Rokhman, N. (2017). Pengembangan Output Sistem Perhitungan Angka Kredit Petugas Rekam Medis di RSUD Kabupaten Karanganyar. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 1(2), 87.

- <https://doi.org/10.22146/jkesvo.27574>
Rakhmawati, F., & Rustiyanto, E. (2016). Analisis Kebutuhan Petugas Rekam Medis Berdasarkan Beban Kerja di Instalasi Rekam Medis RS Aisyiah Muntilan. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 1(1), 1.
<https://doi.org/10.22146/jkesvo.27446>
Searing, L. M. (2008). *Family functioning scale validation: A Rasch analysis*. University of Illinois.
Sugiyono. (2016). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*. Alfa Beta.
Suhartina, I. (2019). Analisis Kuantitatif Ketidaklengkapan Pengisian Resume Medis Berdasarkan Program Quality Assurance (Suatu Studi di Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo). *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 4(2), 80.
<https://doi.org/10.22146/jkesvo.43948>



ANALISIS KUANTITATIF KELENGKAPAN PENGISIAN FORM ASSESMENT AWAL MEDIS BERDASARKAN STANDAR AP 1.2 SNARS 1(STUDI KASUS PADA KLINIK PENYAKIT DALAM RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH MALANG

Femy Anggriyani¹, Erna Susanti²

^{1,2} Perekam Medis & Informasi Kesehatan
Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi Malang
email ernawenk@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang: Kelengkapan Pengisian Assessment awal Medis pasien sesuai standar AP 1.2 SNARS 1 memiliki peranan penting, oleh karena itu upaya pengkajian/assesmen awal medis pasien rawat jalan setiap harinya harus dilaksanakan secara tepat dan akurat, untuk mempercepat proses dan pengambilan keputusan dalam memberikan asuhan medis kepada pasien. Beberapa Dokumen Rekam medis masih belum terlengkapi dengan baik sehingga dapat mempengaruhi proses pelayanan kesehatan dan penilaian akreditasi.

Tujuan: Tujuan penelitian ini menganalisa Kelengkapan Pengisian form Assesment awal medis pada klinik Penyakit Dalam berdasarkan AP 1.2 SNARS 1, Mendeskripsikan pengisian dan penulisan Form Assesment Awal Medis berdasarkan Standar AP 1.2 SNARS 1 di klinik Penyakit Dalam RS Muhammadiyah Malang.

Metode: Jenis penelitian menggunakan metode Deskriptif yang dilakukan dengan pendekatan kuantitatif. Pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan secara purposive sampling sebanyak 100 Dokumen Rekam Medis. Metode pengumpulan data dilakukan dengan Observasi dan studi dokumentasi. Data disajikan dalam bentuk tabel persentase kelengkapan sesuai dengan elemen penilaian Standar AP 1.2 SNARS 1.

Hasil: Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan terdapat beberapa item ketidaklengkapan dalam Form Assesment Awal Medis berdasarkan Standar AP 1.2 SNARS 1, Review ketidaklengkapan pengisian, keakuratan pembaharuan formulir dan praktek penulisan formulir Assesment Awal Medis dari 100 DRM yaitu : Riwayat Penyakit 10%, Riwayat Alergi 45%, Pemeriksaan Fisik 3%, Status Sosial 10%, status Spiritual 12%, status Ekonomi 11%, status Nutrisi 8%, Status Psikologi 40%, keluhan utama 8%, Gejala 4%, Rencana pelayanan 10%. Review Keakuratan : Pembaharuan formulir Assesment Awal Medis untuk pasien kronis setiap 3 bulan mempunyai tingkat ketidakakuratan 11%. Praktek penulisan pada Formulir Assesment Awal Medis menghasilkan tingkat kesesuaian 100% sesuai dengan aturan penulisan pada Dokumen rekam Medis.

Kesimpulan: Faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan, keakuratan pembaharuan formulir dan praktek penulisan Formulir Assesment Awal Medis berdasarkan Standar AP 1.2 SNARS 1 di klinik penyakit dalam yaitu: Faktor Keterbatasan waktu praktek dokter, kurangnya kedisiplinan, Kurangnya ketelitian. Kurangnya tingkat kepatuhan pada SOP.

Kata Kunci: Analisis Kelengkapan, Pengisian Form Assesment Awal Medis, Standar AP 1.2 SNARS 1

Abstract

Background: The completeness of filling out the patient's initial medical assessment according to the standard AP 1.2 SNARS 1 has an important role, therefore the daily outpatient medical assessment/assessment efforts must be carried out appropriately and accurately, to speed up the process and decision making in providing medical care to the patient. Some medical record documents are still not well equipped so that it can affect the health service process and accreditation assessment.

Objective: The purpose of this study is to analyze the completeness of the initial medical assessment form at the Internal Medicine clinic based on AP 1.2 SNARS 1, to describe the filling and writing of the initial medical assessment form based on the AP 1.2 SNARS 1 standard at the Internal Medicine clinic at Muhammadiyah Hospital Malang.

Method: This type of research uses a descriptive method which is carried out with a quantitative approach. Sampling in this study was carried out by purposive sampling as many as 100 Medical Record Documents. Data collection methods were carried out by observation and documentation study. The data is presented in the form of a percentage of completeness table in accordance with the assessment elements of Standard AP 1.2 SNARS 1.

Result: Based on the results of the study, it showed that there were several incomplete items in the Initial Medical Assessment Form based on the AP 1.2 SNARS Standard 1, Review of incomplete filling, accuracy of form renewal and practice of writing the Initial Medical Assessment form from 100 DRM, namely: Disease History 10%, Allergy History 45 %, Physical Examination 3%, Social Status 10%, Spiritual status 12%, Economic status 11%, Nutritional status 8%, Psychological Status 40%, chief complaint 8%, Symptoms 4%, Service plan 10%. Accuracy Review: The renewal of the Initial Medical Assessment form for chronic patients every 3 months has an inaccuracy rate of 11%. The practice of writing on the Initial Medical Assessment Form results in a 100% conformity rate according to the rules of writing on the Medical record Document.

Conclusion: Factors that influence incompleteness, accuracy of form renewal and practice of writing Initial Medical Assessment Forms based on Standard AP 1.2 SNARS 1 in internal medicine clinics are: Factors: Limited time to practice doctors, lack of discipline, lack of accuracy. Lack of compliance with SOPs.

Keywords: Completeness Analysis, Filling Out Initial Medical Assessment Form, Standard AP 1.2 SNARS 1

PENDAHULUAN

Assesment pasien termasuk didalam dokumen rekam medis yang memiliki peranan penting, oleh karena itu upaya pengkajian/assesmen awal medis pasien rawat jalan setiap harinya harus dilaksanakan secara tepat dan akurat, untuk mempercepat proses pelayanan dan pengambilan keputusan dalam memberikan asuhan medis kepada pasien. Jika assesment awal medis rawat jalan tidak tertulis lengkap dan akurat sesuai dengan standar AP 1.2 SNARS 1, dapat berdampak langsung yang sangat merugikan bagi pasien maupun Rumah sakit (Syairaji et al., 2017); (Greene et al., 2016). Sebagai contoh : seorang pasien yang datang untuk memeriksakan diri dengan keluhan sakit perut, kemudian dilakukan pemeriksaan fisik selanjutnya langsung di berikan terapi pengobatan dan pasien disarankan rawat jalan dengan di beri obat, di dalam form assesment awal medis dokter hanya menuliskan diagnosa abdominal pain. dua hari kemudian datang mengeluh mual setelah minum obat tetapi di dalam form assesment awal medis tidak tertulis terapi obat dan pemeriksaan fisik yang diberikan, hal tersebut jelas merugikan pasien tidak mendapatkan terapi pengobatan yang sesuai dengan penyakitnya dan kerugian bagi rumah sakit, terutama rumah sakit yang telah terakreditasi karena tim akreditasi akan melakukan survey ulang tentang kesesuaian standard dan elemen penilaian yang ada pada SNARS 1 dengan yang ada di pelayanan (Xu & Papier, 2018). Setelah terakreditasi, rumah sakit diharapkan untuk menunjukkan kepatuhan terus menerus terhadap standar di setiap siklus akreditasi .ketidak sesuaian berdampak pada status akreditasi selanjutnya (Devi et al., 2017).

RS Muhammadiyah Malang merupakan rumah sakit bertipe C yang sudah melakukan akreditasi KARS 2012 dengan kelulusan paripurna pada tahun 2017 dan akan melakukan akreditasi ulang menggunakan SNARS Edisi 1 yang dilaksanakan pada bulan Juni tahun 2020, Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor

129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, rekam medis memiliki indikator kelengkapan pengisian rekam medis dari sisi dimensi mutu merupakan kesinambungan pelayanan dan keselamatan dan bertujuan memberikan gambaran tanggung jawab dokter dalam kelengkapan pengisian informasi rekam medis (Rahmadiliyani & Faizal, 2018); (Tande et al., 2016). Jika rekam medis tidak terisi lengkap, indikator tersebut tidak mencapai standar sehingga dapat menghambat peningkatan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit. Assesment awal medis rawat jalan yang terisi lengkap sesuai dengan standar AP 1.2 SNARS 1 merupakan sarana pendukung upaya peningkatan mutu dan eksistensi Rumah Sakit dan merupakan dasar untuk menentukan tindakan kelanjutan bagi pasien (Alam et al., 2018).

Asesmen pasien merupakan suatu rangkaian proses yang harus dilakukan dengan cara, sistematis dan terencana dengan tujuan untuk memperoleh informasi, menganalisis, mengidentifikasi dan menatalaksana keadaan seorang pasien yang datang untuk berobat ke rumah sakit. Proses ini berlangsung sejak dari fase pre-rumah sakit hingga proses kelanjutan yang diterima pasien di Rumah Sakit. Tujuan assesment pasien yang efektif akan menghasilkan keputusan tentang kebutuhan asuhan, pengobatan pasien yang harus segera dilakukan dan pengobatan berkelanjutan untuk emergensi, elektif atau pelayanan terencana, bahkan ketika kondisi pasien berubah. Jenis-jenis assesment Medis pasien yaitu (Rakhmawati & Rustiyanto, 2016):

1. Asesmen pasien adalah suatu proses yang dilakukan secara sengaja, sistematis dan terencana untuk mendapatkan informasi, menganalisis, mengidentifikasi dan menatalaksana keadaan

yang membawa seorang pasien datang untuk menerima pelayanan kesehatan ke rumah sakit. Proses ini berlangsung sejak dari tahapan pre-rumah sakit hingga manajemen pasien di rumah sakit.

2. Asesmen pasien gawat darurat adalah suatu proses yang dilakukan secara terarah sistematis, terukur dan terencana untuk mendapatkan informasi dari seseorang individu yang datang ke rumah sakit sesegera mungkin untuk mengidentifikasi kondisi yang membahayakan dan mengancam nyawa, untuk dilakukan intervensi secepat mungkin dan menatalaksana cedera yang tidak mengancam nyawa serta manajemen transfer di Instalasi Gawat Darurat
3. Asesmen pasien rawat jalan adalah suatu proses yang dilakukan secara terarah, sistematis, terukur dan terencana untuk mendapatkan informasi dari seseorang yang datang membutuhkan pelayanan medis di rumah sakit dengan tujuan agar dapat memperoleh pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi dan pelayanan kesehatan tanpa mengharuskan individu tersebut untuk dilakukan pelayanan rawat inap.
4. Asesmen awal pasien rawat inap adalah suatu proses pelayanan yang dilakukan secara terarah, sistematis, terukur dan terencana untuk mendapatkan informasi dari seseorang individu yang datang ke rumah sakit agar mendapatkan pelayanan medis yang bertujuan memperoleh pengamatan, penetapan diagnosis, pengobatan, perawatan, rehabilitasi dan pelayanan kesehatan lainnya dimana keseluruhan proses ini membutuhkan waktu yang lebih lama sehingga pasien harus tinggal untuk jangka waktu tertentu di ruangan dalam rumah sakit.

Formulir assessment medis rawat jalan merupakan bagian dari rekam medis yang berguna untuk menunjang pelayanan dan meningkatkan kualitas rekam medis sebagai bagian dari aspek administrasi,

aspek medis dan aspek dokumentasi. Asesmen Awal Medis Pasien Rawat Jalan adalah merupakan tahap awal dari proses dimana dokter mengevaluasi data pasien baru rawat jalan (Karlina et al., 2016).

METODE

Jenis penelitian yang dilakukan adalah Deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Yaitu penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan (Goldberg et al., 2008). Si peneliti mendeskripsikan atau memusatkan perhatian kepada masalah kelengkapan pengisian formulir assessment medis sesuai dengan ketentuan standar AP 1.2 SNARS I yang sedang atau sudah terjadi dan data yang diinginkan apa adanya tanpa manipulasi.

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah Data sekunder yang merupakan data yang diperoleh peneliti secara tidak langsung tetapi melalui bukti, catatan atau laporan sehingga bisa digunakan sebagai dasar penelitian,

Sumber data di peroleh dari Standar Operasional Pelayanan, Dokumen Rekam Medis pasien yang telah mendapatkan pelayanan medis dan dokumen pendukung lainnya yang dapat menunjang penelitian.

Umum Universitas Muhammadiyah Malang yang beralamatkan di Jalan Raya Tlogomas No 45 Kelurahan Landungsari Kecamatan Dau Kota Malang, Jawa Timur. Pertimbangan peneliti memilih lokasi penelitian adalah Rumah Sakit Muhammadiyah Malang merupakan salah satu Rumah Sakit yang terakreditasi Paripurna yang dikeluarkan oleh KARS pada 16 Januari 2018 tentunya akan dilakukan survey ulang dua tahun kemudian oleh tim survey Akreditasi Rumah Sakit, sejauh mana kesiapan Rumah Sakit terhadap standar Pelayanan Berfokus Pasien sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit.

Adapun cara pengumpulan data analisa yang penulis pakai dalam penelitian ini adalah (Karlina et al., 2016):

a. Observasi

Observasi dalam sebuah penelitian diartikan sebagai pemusatan perhatian terhadap suatu objek untuk mendapatkan informasi tentang suatu kondisi atau data. Pada bagian ini peneliti langsung mengadakan pengamatan pada Dokumen Rekam Medis terutama pada formulir asesment Awal Medis pasien klinik penyakit dalam yang telah mendapatkan pelayanan medis. Untuk mempermudah pengumpulan data peneliti menggunakan tabel checklist kelengkapan pengisian Formulir Assesment Awal Medis yang sesuai dengan ketentuan Standar AP 1.2 SNARS 1.

b. Studi Dokumentasi

Peneliti Dalam mendapatkan informasi guna menganalisa suatu permasalahan dengan menelaah, menyelidiki dokumen yaitu mengumpulkan dokumen dan data-data berupa Dokumen Rekam Medis, SOP dan data lain yang diperlukan dalam permasalahan penelitian, lalu ditelaah secara intens sehingga dapat mendukung dan menambah kepercayaan dan pembuktian suatu kejadian, kesesuaian data terutama pada assesment awal medis Pasien klinik Penyakit Dalam, pada bulan Januari - Februari 2020.

Dalam penulisan ini, Peneliti menganalisa data menggunakan metode Deskriptif dengan pendekatan kuantitatif dengan cara

- melakukan analisis praktek penulisan pada formulir Assesment awal medis sesuai dengan standar AP 1.2 SNARS 1. Data yang diperoleh disajikan dalam bentuk tabel dan persentase dan di simpulkan secara deskriptif
- menggunakan standar pengukuran kelengkapan isi formulir Assesment awal medis sesuai dengan standar AP 1.2 SNARS 1 menganalisa hasil-hasil penelitian dan di buat kesimpulan secara deskriptif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Kelengkapan data dan praktek penulisan Assesment Awal Medis pada Dokumen Rekam Medis

No	Variabel Penilaian	Pencatatan dan Pengisian Formulir			
		Lengkap		Tidak lengkap	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Riwayat Kesehatan dan Pemeriksaan Fisik				
	*Riwayat Penyakit	90	90%	10	10%
	*Riwayat Alergi	55	55%	45	45%
	*Pemeriksaan Fisik	97	97%	3	3%
2	Faktor Biopsiko-sos-kultural-spiritual				
	* Identitas Pasien	100	100%	0	0%
	* Status Sosial	90	90%	10	10%
	* Status Spiritual	88	88%	12	12%
	* Status Ekonomi	89	89%	11	11%
	* Status Nutrisi	92	92%	8	8%
	* Status Psikologi	60	60%	40	40%
3	Diagnosis Awal dan Masalah Kesehatan				
	* Keluhan utama	92	92%	8	8%
	* Gejala	96	96%	4	4%
	* Diagnosa	100	100%	0	0%
4	Rencana Asuhan				
	* Rencana Pelayanan	90	90%	10	10%
	* Terapi	100	100%	0	0%
5	Pembaharuan Formulir Assesment Awal Medis Pasien Kronis di Perbaharui setiap 3 bln				
		89	89%	11	11%

Dari tabel diatas review kelengkapan pada pengisian Riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik pada item Riwayat penyakit sebanyak 90 DRM (90%), Riwayat Alergi sebanyak 55 DRM (55%), Pemeriksaan Fisik sebanyak 97 DRM (97%) dari kelengkapan pada Dokumen rekam Medis pada lembar formulir Assesment Awal Medis rawat jalan, secara garis besar kelengkapan baik namun ada ketidak lengkapan pengisian yang ada oleh item riwayat Alergi, pada saat penelitian masih ditemukannya item alergi yang masih kosong dan tidak diisi sebanyak 45 dokumen dengan prosentase ketidaklengkapan 45%, item alergi sangat penting untuk diisi karena berhubungan dengan terapi yang akan dilakukan, contoh pasien yang alergi terhadap salah satu obat tetapi

pada saat assessment awal dokter tidak menanyakan dan mencatat di lembar Assesment Awal maka akan sangat membahayakan bagi si pasien dan dapat menambah masalah baru bagi kesehatan pasien.

Dari tabel diatas kelengkapan pada pengisian faktor Bio Psiko Sos Kultural spiritual pada item Identitas pasien sebanyak 100 DRM (100%) lengkap, status sosial sebanyak 90 DRM (90%), status spiritual sebanyak 88 DRM (88%), status ekonomi sebanyak 89 DRM (89%), status nutrisi sebanyak 92 DRM (92%), status Psikologi sebanyak 60 DRM (60%), beberapa dokumen masih ada ketidaklengkapan yaitu pada Dokumen rekam Medis pada lembar formulir Assesment Awal Medis rawat jalan item status psikologi atau faktor psikologi pasien yaitu 40 dokumen dengan prosentase ketidaklengkapan 40%, item faktor Psikologi sangatlah penting untuk diperhatikan hal tersebut mempengaruhi keberhasilan terapi, dimana kondisi pasien yang tidak stabil berbeda dengan kondisi pasien yang stabil, pasien dengan kondisi yang kurang atau tidak stabil memerlukan motivasi dan perhatian yang khusus demi keberhasilan terapi yang akan diberikan salah satu contoh pasien dengan kondisi cemas dan pesimis dengan kesembuhan penyakitnya maka dia akan merasa enggan dan tak ada gunanya melaksanakan pengobatan yang dianjurkan bagi kesembuhan penyakitnya hal ini dapat merugikan dan membahayakan kesembuhan pasien dengan kondisi tersebut, maka pentingnya pengisian kondisi psikologis pasien untuk membantu memotivasi pasien guna kesembuhannya (Djohar et al., 2018).

Dari tabel diatas kelengkapan pada Diagnosa Awal dan masalah kesehatan pasien pada item keluhan utama sebanyak 82 DRM (82%), gejala sebanyak 96 DRM (96%), diagnosa sebanyak 100 DRM (100%) lengkap, dari kelengkapan Dokumen rekam Medis pada lembar formulir Assesment Awal Medis rawat jalan kelengkapan pengisian secara garis besar masih baik dan lengkap walaupun masih

ada ketidaklengkapan pengisian pada item keluhan utama yaitu 8 dokumen dari sampel 100 DRM dengan prosentase ketidaklengkapan 8 %, item keluhan utama sangatlah penting untuk ditanyakan dan di dokumentasikan hal tersebut mempengaruhi penentuan diagnostic dan terapi yang akan diberikan, keluhan utama merupakan penyebab atau gejala seseorang mengalami gangguan pada kesehatannya jadi sangatlah penting untuk mengetahui apa yang dikeluhkan dan di derita oleh pasien tersebut.

Dari tabel diatas kelengkapan pada Terapi dan rencana Asuhan pada item Rencana pelayanan sebanyak 90 DRM (90%) Item Terapi didapatkan kelengkapan 100 % terisi Lengkap pada Dokumen rekam Medis pada lembar formulir Assesment Awal Medis rawat jalan dan ketidaklengkapan pengisian secara garis besar masih baik dan lengkap walaupun masih ada ketidaklengkapan pengisian pada item rencana pelayanan yaitu 10 dokumen dari sampel 100 DRM dengan prosentase ketidaklengkapan 10%, item rencana pelayanan sangat berpengaruh pada dokumentasi riwayat rencana terapi yang telah atau pernah diberikan, apabila item tersebut tidak di dokumentasikan dengan benar akan mempengaruhi data rekam medis pasien pada saat pasien melakukan kunjungan ulang hal tersebut dapat menimbulkan ketidaksinambungan terapi awal dengan terapi berikutnya (Mardyawati & Akhmadi, 2016).

Dari tabel diatas keakuratan pembaharuan formulir assessment awal medis untuk pasien kronis sebanyak 89 DRM (89%) pada Dokumen rekam Medis pada lembar formulir Assesment Awal Medis rawat jalan secara garis besar masih akurat pembaharuan form setiap 3 bulan walaupun masih ada yang belum di perbaharui yaitu

sebanyak 11%, pembaharuan formulir sangat berguna bagi keakuratan data pemeriksaan dan terapi karena kondisi riwayat penyakit seseorang akan mengalami perubahan dalam jangka waktu tersebut sehingga pembaharuan formulir assesment awal sangat di perlukan (Mitchell et al., 2017).

B. Dampak

ketidاكلengkapan, ketidاكلakuratan dan ketidاكلsesuaian praktek penulisan Formulir Assesment Awal Medis sesuai standar AP1.2 SNARS 1 di klinik penyakit dalam RS Muhammadiyah Malang

Berdasarkan faktor-faktor yang mempengaruhi ketidاكلengkapan ketidاكلakuratan dan ketidاكلsesuaian praktek penulisan Formulir Assesment Awal Medis sesuai AP 1.2 SNARS 1, maka berakibat terhadap mutu pelayanan dan pelaporan di klinik penyakit dalam RS Muhammadiyah Malang, yang menyebabkan hal-hal sebagai berikut:

1. Dampak bagi pasien

Terapi yang akan diberikan oleh dokter tidak akan berjalan maksimal karena faktor yang seharusnya penting untuk di catat sebagai dokumentasi riwayat pemeriksaan tidak di lengkapi sehingga mempengaruhi terapi lanjutan dan keberhasilan pengobatan yang di berikan kepada pasien dan hal tersebut dapat merugikan pasien baik dari segi biaya maupun waktu karena seharusnya pasien sudah sembuh faktor penyebabnya adalah pengobatan yang menjadi kurang tepat yang diakibatkan kesalahan dokumentasi, sehingga pengobatan menjadi lama dan memakan biaya.

2. Dampak bagi Petugas

Formulir Assesment Awal medis merupakan dokumen awal dari interaksi antara petugas kesehatan dengan pasien untuk menemukan suatu masalah dan menemukan pemecahan sekaligus tindakan yang seharusnya dilakukan apabila semua tercatat dengan lengkap akan sangat berguna bagi pihak-pihak yang memerlukan. Terutama tenaga kesehatan yang berkepentingan dan

berhubungan langsung dengan pelayanan medis, Assesment Awal medis merupakan titik awal penentuan diagnostik dan terapi pengobatan, apabila tidak tercatat dengan baik akan menyulitkan petugas untuk mengetahui data pasien pada saat awal dilakukan pemeriksaan sehingga berpengaruh terhadap terapi berkesinambungan yang seharusnya dilakukan. Sisi lain dampak kerugian yaitu dari segi hukum kesehatan ketidاكلengkapan dapat menyebabkan tuntutan hukum baik perdata maupun pidana, Identifikasi awal yang baik dan sesuai akan mengurangi seminimal mungkin kejadian yg berpotensi untuk membayar ganti rugi dan tuntutan penahanan bagi Petugas Rumah Sakit.

3. Dampak bagi Rumah Sakit

Ketidاكلengkapan pengisian formulir Assesment Awal medis sesuai dengan standar AP 1.2 SNARS 1 yang berkelanjutan akan mempengaruhi eksistensi Rumah Sakit dimana survey lanjutan akan dilakukan pada rumah sakit yang telah terakreditasi dan juga akan mempengaruhi minat dan kepercayaan Masyarakat pada Rumah Sakit tersebut, yang akan berimbas pada menurunnya kunjungan masyarakat untuk berobat di Poliklinik RS Muhammadiyah Malang.

Pemecahan Masalah dari ketidاكلengkapan Formulir Assesment Awal Medis berdasarkan Standar AP 1.2 SNARS 1 di Klinik Penyakit Dalam RS Muhammadiyah Malang:

1. Diharapkan dari pihak management mengatur tentang pembatasan jam operasional maupun jumlah pelayanan pasien di Poliklinik Penyakit dalam sehingga waktu pemeriksaan bisa maksimal. Misalnya penambahan jam praktek dan pengaturan pendaftaran pasien sehingga

kunjungan pasien tidak terkonsentrasi di waktu-waktu tertentu sehingga pelayanan bisa lebih maksimal.

2. Perlunya sosialisasi SOP secara berkala tentang pengisian rekam medis terutama formulir Asesment awal medis sesuai standard AP 1.2 SNARS1 dan evaluasi kepatuhan tenaga medis yang berhubungan dengan pengisian Formulir Asesment Medis terhadap regulasi atau pedoman yang telah ada sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan dan sebagai bekal bagi rumah sakit untuk mempersiapkan survey Akreditasi lanjutan.
3. Memaksimalkan fungsi petugas rekam medis untuk analisa kelengkapan dokumen Rekam Medis sehingga pemantauan dapat dilakukan dengan baik dan teratur sehingga semua terdokumentasi dengan baik

PENUTUP

Berdasarkan hasil pembahasan diatas dapat disimpulkan bahwa kelengkapan pengisian Formulir Asesment Awal Medis berdasarkan standard AP 1.2 SNARS 1 di Klinik Penyakit Dalam RS Muhammadiyah Malang secara garis besar masih berjalan dengan baik walaupun ada beberapa item yang tidak lengkap yang akan mempengaruhi mutu pelayanan, hal ini dapat di ketahui dari hal-hal berikut:

1. Riwayat Penyakit 90%, Riwayat Alergi 55%, Pemeriksaan Fisik 97 %, Identitas pasien 100%, Status Sosial 90%, Status Spiritual 88%, Status Ekonomi 89%, Status Nutrisi 92%, Status Psikologi 60%, keluhan utama 92%, Gejala 96%, Diagnosa 100%, Rencana Pelayanan 90%, Terapi 100%.
2. Riwayat Penyakit 10%, Riwayat Alergi 45%, Pemeriksaan Fisik 3%, Status Sosial 10%, status Spiritual 12%, status Ekonomi 11%, status Nutrisi 8%, Status Psikologi 40%, keluhan utama 8%, Gejala 4%, Rencana pelayanan 10%.
4. Pembaharuan formulir Asesment Awal Medis untuk pasien kronis setiap 3 bulan di Klinik Penyakit Dalam RS Muhammadiyah

mempunyai tingkat keakuratan 89 % dan ketidak akuratan 11%.

5. Praktek penulisan pada Formulir Assesment Awal Medis di klinik rawat jalan RS Muhammadiyah Malang menghasilkan tingkat kesesuaian 100% sesuai dengan aturan penulisan pada Dokumen rekam medis.

Agar mutu pelayanan berkualitas dan dan formulir Assesment Awal medis mempunyai nilai guna, beberapa saran yang dapat di pergunakan sebagai bahan pertimbangan yaitu :

1. 1.Diberikan penghargaan bagi dokter dan perawat yang mengisi dokumen rekam medis secara lengkap dan sanksi bagi dokter dan perawat yang mengisi dokumen rekam medis tidak lengkap.
2. 2.Diperlukannya pengaturan jam Praktek dokter sehingga waktu pelayanan di Klinik rawat Jalan bisa maksimal
3. 3.Dibutuhkan pemahaman kepada tenaga medis dan perekam medis tentang akreditasi beserta penilaian-penilaiannya yang dapat berpengaruh terhadap eksistensi Rumah Sakit dan kesadaran / motivasi yang kuat dari dokter dan perawat untuk mematuhi SOP dan Regulasi yang ada guna pengisian rekam medis secara lengkap

DAFTAR PUSTAKA

- Alam, S., Raodhah, S., & Surahmawati. (2018). ANALISIS KEBUTUHAN TENAGA KESEHATAN (PARAMEDIS) BERDASARKAN BEBAN KERJA DENGAN MENGGUNAKAN METODE WORKLOAD INDICATOR STAFFING NEEDS (WISN) DI POLIKLINIK ASS-SYIFAH UIN ALAUDDIN. *Public Health Science Journal*, 10(2), 217-227.
- Devi, U., Erna, S., & Asih, P. (2017). Trend Penggunaan Tempat Tidur Menurut Kelas I di RSUD

- Semarang. *Jurnal JMIKI*, 7(1), 153–160.
- Djohar, D., Oktavia, N., & Damayanti, F. T. (2018). Analisis Penyebab Terjadinya Missfile Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan di Ruang Penyimpanan(Filling) RSUD Kota Bengkulu Tahun 2017. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 6(2), 79. <https://doi.org/10.33560/.v6i2.190>
- Goldberg, R. J., Goldberg, J. H., Pruell, S., Yarzebski, J., Lessard, D., Spencer, F. A., & Gore, J. M. (2008). Delays in Seeking Medical Care in Hospitalized Patients with Decompensated Heart Failure. *The American Journal of Medicine*, 121(3), 212–218. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2007.10.032>
- Greene, M. T., Spyropoulos, A. C., Chopra, V., Grant, P. J., Kaatz, S., Bernstein, S. J., & Flanders, S. A. (2016). Validation of Risk Assessment Models of Venous Thromboembolism in Hospitalized Medical Patients. *The American Journal of Medicine*, 129(9), 1001.e9-1001.e18. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2016.03.031>
- Karlina, D., Putri, I. A., & Santoso, D. B. (2016). Kejadian Misfile dan Duplikasi Berkas Rekam Medis Sebagai Pemicu Ketidaksinambungan Data Rekam Medis. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 1(1), 44. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.27477>
- Mardyawati, E., & Akhmadi, A. (2016). Pelaksanaan Sistem Penyimpanan Rekam Medis Family Folder di Puskesmas Bayan Lombok Utara. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 1(1), 27. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.27474>
- Mitchell, A. P., Boggan, J. C., Lau, K., & Simel, D. L. (2017). Splenectomy as a Destination: Improving Quality of Care Among Asplenic Veterans Through a Travel Clinic. *The American Journal of Medicine*, 130(7), 856–861. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.01.024>
- Rahmadiliyani, N., & Faizal, F. (2018). KERAHASIAAN REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT AVECIENA MEDIKA MARTAPURA. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 6(2), 69. <https://doi.org/10.33560/.v6i2.189>
- Rakhmawati, F., & Rustiyanto, E. (2016). Analisis Kebutuhan Petugas Rekam Medis Berdasarkan Beban Kerja di Instalasi Rekam Medis RS Aisyiah Muntilan. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 1(1), 1. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.27446>
- Syairaji, M., Rokhman, N., & Nuryati, N. (2017). Implementasi Paradigma Pendidikan Vokasional pada Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Universitas Gadjah Mada. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 2(1), 129. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.30325>
- Tande, A. J., Palraj, B. R., Osmon, D. R., Berbari, E. F., Baddour, L. M., Lohse, C. M., Steckelberg, J. M., Wilson, W. R., & Sohail, M. R. (2016). Clinical Presentation, Risk Factors, and Outcomes of Hematogenous Prosthetic Joint Infection in Patients with Staphylococcus aureus Bacteremia. *The American Journal of Medicine*, 129(2), 221.e11-221.e20. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.09.006>
- Xu, S., & Papier, A. (2018). Returning to (Electronic) Health Records That Guide and Teach. *The American Journal of Medicine*, 131(7), 723–725. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.12.048>

TINJAUAN FAKTOR - FAKTOR PENYEBAB TERJADINYA DUPLIKASI NOMOR REKAM MEDIS DI PUSKESMAS BAWANG II

Sri Widiyanti¹, Isnaini Qoriatul Fadhillah²

^{1,2} Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Semarang
Email : sriwerd234@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang: Duplikasi yang terjadi di Puskesmas Bawang II sebanyak 8 berkas pada bulan Januari 2020, yang berdampak pada aspek legalitas berkas rekam medis terganggu apabila terjadi kasus hukum dan kesalahan dalam melakukan tindakan dikarenakan diagnosa terakhir atau tindakan terakhir yang tertera di berkas rekam medis bukan terakhir dipergunakan pada saat pasien mendapatkan pelayanan medis.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi penyebab terjadinya duplikasi nomor rekam medis di Puskesmas Bawang II.

Metode: Jenis penelitian adalah kualitatif dengan pengumpulan data wawancara, observasi, dan dokumentasi serta melalui pendekatan cross sectional, dimana pendekatan ini dilakukan dengan melihat kondisi pada saat pelaksanaan penelitian, yang dapat dilakukan sewaktu-waktu. Peneliti melakukan wawancara terhadap kepala instalasi rekam medis dan petugas pendaftaran, kemudian observasi dilakukan terhadap kegiatan pendaftaran dan proses kegiatan penomoran pasien.

Hasil: Hasil penelitian yang didapatkan bahwa sistem penomoran yang digunakan di Puskesmas Bawang II adalah unit numbering system. Penyebab masalah adanya duplikasi nomor rekam medis meliputi faktor man, material, dan method, salah satunya yaitu pendidikan petugas yang belum sesuai kualifikasi D3 Rekam Medis.

Kesimpulan: Sistem penomoran rekam medis di Puskesmas Bawang II menggunakan Sistem Penomoran Unit (Unit Numbering System) dengan jenis penomoran personal folder, dan menggunakan sistem penyimpanan SNF (Serial Number Filing) sistem yang berurut dari nomor yang terkecil.

Kata kunci: duplikasi, rekam medis, puskesmas

Abstract

Background: The duplication that occurred at the Bawang II Health Center was 8 files in January 2020, which had an impact on the legality aspect of the medical record file being disrupted in the event of a legal case and an error in taking action due to the last diagnosis or the last action listed in the medical record file not the last used when patients receive medical services.

Objective : This study aims to identify the cause of the duplication of medical record numbers at the Bawang II Health Center.

Methods : This type of research is qualitative with interview, observation, and documentation data collection as well as through a cross sectional approach, where this approach is carried out by looking at the conditions at the time of the research, which can be done at any time. Researchers conducted interviews with the head of the medical record installation and registration officers, then observations were made on registration activities and the process of patient numbering activities.

Results : The results showed that the numbering system used at the Bawang II Health Center was a unit numbering system. The cause of the problem of duplication of medical record numbers includes man, material, and method factors, one of which is the education of officers who do not meet the qualifications of D3 Medical Records.

Conclusion : The medical record numbering system at the Bawang II Health Center uses a Unit Numbering System with a personal folder numbering type, and uses the SNF (Serial Number Filing) storage system, which sequences from the smallest number.

Keywords : duplication, medical records, puskesmas

PENDAHULUAN

Puskesmas merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bertanggung jawab dalam pemberian layanan kesehatan baik preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif (Dando et al., 2021). Dengan demikian, dalam menjalankan fungsinya, puskesmas diharapkan dapat bertindak sebagai motivator, fasilitator dan turut serta memantau terselenggaranya proses pembangunan di wilayah kerjanya agar berdampak positif terhadap kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Hasil yang diharapkan dalam menjalankan fungsi ini antara lain adalah terselenggaranya pembangunan di bidang kesehatan yang mendukung terciptanya lingkungan dan perilaku sehat (Masitah, 2021).

Standar pelayanan puskesmas yang baik dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

Dalam menjalankan tugasnya, puskesmas harus memiliki suatu tertib administrasi kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diwujudkan dalam pengelolaan sistem rekam medis (K. E. Riupassa et al., 2021). Tanpa adanya sistem rekam medis, ketertiban administrasi puskesmas tidak akan berjalan dengan baik. Oleh karena sebab itu, mutu suatu puskesmas dapat dilihat dari segi rekam medisnya (Karna & Adi, 2021).

Rekam medis menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 adalah berkas yang berisikan catatan berisi identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan serta pelayanan apa saja yang telah ia peroleh selama berada di suatu fasilitas layanan kesehatan. Rekam medis sangat menentukan keberlangsungan pelayanan kesehatan (Wahyuni, 2021). Kesenambungan data medis dalam berkas rekam medis merupakan salah satu hal yang mutlak dipenuhi dalam menjaga nilai rekam medis yang baik untuk mendukung perawatan kesehatan yang maksimal. Rekam medis berisi data tentang riwayat kesehatan pasien di masa lalu dan masa kini dan berisi dokumentasi yang dilaksanakan oleh para profesional kesehatan untuk kondisi pasien saat ini dalam bentuk temuan pemeriksaan fisik, hasil diagnostik, dan prosedur/ tindakan terapeutik, dan respon pasien (Kriswibowo et al., 2021).

Rekam Medis menyediakan informasi untuk membantu profesional kesehatan yang terlibat

dalam perawatan pasien dalam periode perawatan sekarang dan kunjungan berikutnya pada sarana pelayanan kesehatan. Catatan dokumentasi yang dibuat oleh setiap profesional kesehatan akan melindungi kepentingan hukum profesional kesehatan tersebut. Rekam medis membantu para dokter, khususnya dalam memberikan kesinambungan perawatan pada tingkat pelayanan kesehatan yang berbeda, karena pentingnya kegunaan berkas rekam medis tersebut, apabila terjadi kesalahan dalam pengisian berkas rekam medis, maka hal tersebut akan berpengaruh terhadap pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien (Giyatno & Megawati, 2021).

Joint Commission on Accreditation of Health Organization (JCAHO) menganjurkan untuk menggunakan sistem penomoran unit (Unit Numbering System) dalam memberikan nomor rekam medis pada setiap pasien sehingga dapat mengurangi kesalahan dalam memberikan tindakan kepada pasien. Sistem Penomoran adalah pemberian nomor rekam medis untuk pasien saat berobat di puskesmas (Rachman et al., 2021). Putra et al. (2021) menyatakan sistem penomoran rekam medis sangat berperan penting dalam memudahkan pencarian berkas rekam medis, apabila sistem penomoran tidak dikelola dengan baik maka akan terjadi duplikasi nomor rekam medis. Duplikasi nomor rekam medis adalah suatu nomor rekam medis ganda yang dimiliki pasien maupun satu nomor rekam medis dimiliki oleh beberapa pasien (Septi, 2017). Duplikasi nomor rekam medis merupakan bentuk dari kinerja petugas rekam medis, apabila kinerja petugas dalam sistem penomoran kurang baik, maka akan menyebabkan terjadinya duplikasi nomor rekam medis (Aulia, 2021).

Hasil observasi di Puskesmas Bawang II diketahui bahwa terjadi permasalahan duplikasi nomor rekam medis. Puskesmas Bawang II telah menggunakan sistem penomoran Unit Numbering System dalam melaksanakan pelayanannya, namun kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa masih ditemukan duplikasi penomoran dimana satu pasien dapat memiliki lebih dari satu nomor rekam medis ataupun satu nomor rekam medis dapat dimiliki oleh

beberapa pasien yang berbeda. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas pendaftaran rawat jalan, masih ditemukan beberapa rekam medis yang mengalami duplikasi intensitas kejadian duplikasi tersebut berkisar antara satu sampai dua kejadian duplikasi per minggunya. Apabila hal tersebut terus dibiarkan akan menjadikan mutu pelayanan yang kurang baik. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Basofi (2013) tentang dampak dari duplikasi dari segi fungsi yaitu menurunnya mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis. Hasil wawancara didapatkan bahwa duplikasi dapat menyebabkan mutu pelayanan di Puskesmas Bawang II menurun, karena dengan adanya duplikasi maka penyediaan rekam medis menjadi lama yaitu lebih dari 10 menit. Selain dari dampak tersebut, akibat dari kejadian duplikasi ini menyebabkan seringnya bagian rekam medis menerima komplain mengenai duplikasi nomor rekam medis yang menghambat keberlangsungan pemberian layanan kepada pasien. Hal ini menyebabkan riwayat pemeriksaan pasien yang sebelumnya menjadi tidak dapat dilihat secara lengkap oleh dokter atau perawat yang memberikan layanan kesehatan (K. Riupassa et al., 2021).

Penelitian mengenai kejadian duplikasi nomor rekam medis rawat jalan di Puskesmas Bawang II diteliti berdasarkan faktor Man, faktor Material, dan faktor Methode. Berdasarkan gambaran di atas permasalahan tersebut, peneliti tertarik untuk mengkaji lebih jauh dan melakukan penelitian mengenai "Identifikasi Faktor Penyebab Terjadinya Duplikasi Nomor Rekam Medis di Puskesmas Bawang II".

METODE

Jenis penelitian yang dilakukan adalah kualitatif. Subjek dalam penelitian ini berjumlah 3 orang yaitu 1 orang petugas pendaftaran 1 orang kepala rekam medis di Puskesmas Bawang II dan 1 orang kepala Puskesmas Bawang II. Objek dalam penelitian ini adalah data rekam medis pasien di Puskesmas Bawang II. Metode pengumpulan data terdiri dari observasi, wawancara dan studi dokumentasi.

1. Observasi

Dalam penelitian ini, peneliti akan mengamati tentang pelaksanaan kegiatan pendaftaran dan proses kegiatan penomoran pasien.

2. Wawancara

Wawancara yang dilakukan merupakan wawancara mendalam terhadap 1 petugas rekam

medis, 1 orang kepala rekam medis dan 1 orang kepala Puskesmas Bawang II.

3. Instrument Pengumpulan Data

Studi dokumentasi pada penelitian ini dilakukan dengan cara membahas dan menyimpulkan hasil wawancara dan observasi yang berkaitan dengan permasalahan yang ada. Jenis dokumen yang digunakan adalah dokumen resmi, misalnya prosedur tetap puskesmas yang berkaitan dengan sistem penomoran pasien. Instrumen penelitian yang digunakan dalam pengumpulan data dalam penelitian ini adalah:

Checklist observasi. Pada penelitian ini checklist observasi digunakan dalam observasi terhadap kegiatan yang dilakukan dan peralatan yang digunakan terkait kegiatan pendaftaran dan proses penomoran pasien.

a. Pedoman wawancara. Panduan yang digunakan tentang apa yang akan ditanyakan pada waktu wawancara berisi daftar pertanyaan yang akan diajukan oleh peneliti kepada petugas rekam medis Puskesmas Bawang II.

b. Checklist studi dokumentasi. Checklist dalam penelitian ini untuk memperoleh data ada tidaknya SPO terkait sistem penomoran pasien.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Puskesmas Bawang II menggunakan Sistem Penomoran Unit (Unit Numbering Sytem) dimana pasien akan diberikan satu nomor rekam medis yang akan dipakai selamanya. Sedangkan jenis penomorannya adalah personal folder atau satu nomor untuk satu pasien. Menurut Budi (2011), sistem penomoran adalah tata cara penulisan nomor yang diberikan kepada pasien yang datang berobat sebagai bagian dari identitas pribadi pasien yang bersangkutan. Menurut Hatta (2013), nomor identifikasi yang unik akan membedakan informasi antar individu untuk tujuan penelitian dan administrasi. Nomor identifikasi unik adalah elemen yang paling penting untuk dicatat secara seragam. Oleh karena itu sebagai pengidentifikasian yang unik, penomoran rekam medis dilakukan dengan teliti untuk menghindari ketidaktepatannya (Ningsih et al., 2021).

Puskesmas Bawang II dalam

melaksanakan sistem penomoran pasien menggunakan Sistem Penomoran Unit (Unit Numbering Sytem). Hal ini sesuai dengan dengan anjuran Budi (2011) yang menyatakan bahwa dari semua jenis sistem penomoran, yang paling dianjurkan adalah sistem penomoran unit. Hal ini dikarenakan sistem penomoran ini memiliki kelebihan dibanding dengan sistem penomoran lain. Kelebihan tersebut antara lain yaitu (Hariyadi & Ayustyaningrum, 2021):

- a. Semua berkas rekam medis satu pasien memiliki satu nomor dan terkumpul dalam satu folder.
- b. Secara tepat memberikan informasi kepada klinisi dan manajemen, satu gambaran yang lengkap mengenai riwayat penyakit dan pengobatan seorang pasien.
- c. Menghilangkan kerepotan mencari dan mengumpulkan rekam medis seorang pasien yang terpisah-pisah dalam sistem seri.
- d. Menghilangkan kerepotan mengambil rekam medis lama, untuk disimpan ke nomor baru dalam sistem seri unit.

Faktor yang menyebabkan terjadinya duplikasi nomor rekam medis di Puskesmas Bawang II dilihat dari faktor man adalah tidak adanya petugas berlatar belakang rekam medis dan kurangnya pelatihan petugas mengenai rekam medis.

Menurut Manullang dalam Dhamayanti (2016), faktor man merujuk pada sumber daya manusia yang dimiliki oleh organisasi. Faktor manusia adalah yang paling menentukan dalam manajemen. Manusia yang membuat tujuan dan manusia pula yang melakukan proses untuk mencapai tujuan. Tanpa ada manusia tidak akan ada proses kerja. Faktor penyebab yang termasuk dalam unsur ini antara lain (Ramadhanty et al., 2021):

- a. Tidak adanya petugas dengan latar pendidikan rekam medis
- b. Kurangnya pelatihan petugas mengenai rekam medis.

Faktor yang menyebabkan terjadinya duplikasi nomor rekam medis di Puskesmas Bawang II dilihat dari faktor material adalah pasien yang tidak membawa KIB saat berobat.

Menurut Depkes RI (1997), kartu identitas berobat merupakan kartu identitas yang dibuat oleh petugas pendaftaran, minimal berisi nomor rekam medis, nama pasien, tempat tanggal lahir pasien dan alamat pasien yang diberikan kepada pasien dan harus dibawa apabila pasien tersebut berobat ulang di sarana

pelayanan kesehatan yang bersangkutan . Di Puskesmas Bawang II, Kartu Berobat sudah digunakan dalam proses identifikasi pasien. Item yang terdapat dalam kartu berobat tersebut antara lain yaitu nomor rekam medis pasien, nama Kepala Keluarga (KK), nama pasien, kelurahan beserta RT/RW pasien. Kartu Identitas Berobat (KIB) merupakan salah satu benda yang dibutuhkan dalam sistem penomoran unit. Hal ini dikarenakan dengan adanya kartu berobat tersebut, pasien lama dapat diketahui nomor rekam medisnya melalui kartu berobatnya tersebut, sehingga proses penyediaan berkas rekam medis akan menjadi lebih cepat jika dibandingkan ketika pasien tidak membawa kartu berobatnya (Wijayanti et al., 2021).

Akan tetapi fakta di lapangan menunjukkan bahwa di Puskesmas Bawang II, penggunaan KIB masih belum efektif karena pasien seringkali tidak membawa KIB dan menghiraukan himbauan petugas pendaftaran. Ketidakterbawaan KIB tersebut akan menyulitkan petugas dalam mencari berkas rekam medis pasien, sebab petugas harus mencari kembali nomor rekam medis pasien melalui pelacakan dalam IUP. Dalam proses pelacakan IUP tersebut, tidak jarang identitas pasien tidak ditemukan sehingga petugas akan membuat nomor rekam medis baru. Hal inilah yang menjadi salah satu pemicu kejadian duplikasi nomor rekam medis di Puskesmas Bawang II.

Faktor yang menyebabkan terjadinya duplikasi nomor rekam medis di Puskesmas Bawang II dilihat dari faktor metode adalah Tidak adanya SOP Penamaan Pasien, dan, SOP Penanganan Kejadian Duplikasi Nomor Rekam Medis, serta perubahan data pasien yang tidak terkonfirmasi. Method adalah satu diantara cara kerja yang memperlancar jalannya pekerjaan manajer. Sebuah metode dapat dinyatakan sebagai penetapan cara pelaksanaan kerja suatu tugas dengan memberikan berbagai pertimbangan-pertimbangan kepada sasaran, fasilitas-fasilitas yang tersedia dan penggunaan waktu, serta uang dari kegiatan usaha.

Hasil observasi dan hasil studi

dokumentasi menunjukkan bahwa faktor utama yang menyebabkan kejadian duplikasi nomor rekam medis di Puskesmas Bawang II adalah faktor Man. Menurut Manullang dalam Dhamayanti (2016), faktor man merujuk pada sumber daya manusia yang dimiliki oleh organisasi. Faktor manusia adalah yang paling menentukan dalam manajemen. Manusia yang membuat tujuan dan manusia pula yang melakukan proses untuk mencapai tujuan. Tanpa ada manusia tidak akan ada proses kerja. Faktor yang pertama adalah tidak adanya petugas dengan latar pendidikan rekam medis, pendidikan adalah usaha sadar atau terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya dan masyarakat (Pratiwi & Armalina, 2021). Karena latar belakang petugas rekam medis di Puskesmas Bawang II tidak ada yang berlatar pendidikan rekam medis ini berpengaruh pada kualitas SDM di Puskesmas Bawang II.

Faktor yang kedua adalah kurangnya pelatihan petugas mengenai rekam medis. Pentingnya akan pendidikan pelatihan terhadap kinerja petugas dijabarkan dalam penelitian yang telah dilakukan oleh Aulia dan Sasmita (2014) dengan judul “Pengaruh Pendidikan dan Pelatihan Kepuasan Kerja dan Kepemimpinan Terhadap Kinerja perawat Rawat Inap di RSUD Kabupaten Siak”. Dalam penelitian itu dijabarkan bahwa unsur pendidikan dan pelatihan memiliki pengaruh signifikan terhadap kinerja perawat di RSUD Kabupaten Siak. Dari hasil penelitiannya tersebut, responden yang tidak pernah mengikuti pelatihan, workshop, seminar keperawatan dan tidak mendapatkan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan yang lebih tinggi tidak dapat membantu dalam perbaikan kinerja perawat. Berdasarkan pada penelitian tersebut, dapat diambil sebuah kesimpulan bahwa manajemen puskesmas harus meningkatkan program pendidikan dan pelatihan, karena semakin tingginya tingkat pendidikan dan pelatihan mampu meningkatkan kinerja petugas rekam medis yang akan membawa pengaruh positif dengan peningkatan kualitas kinerjanya

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan dari penelitian ini sebagai berikut:

- a) Sistem penomoran rekam medis di Puskesmas Bawang II menggunakan Sistem Penomoran Unit (Unit Numbering System) dengan jenis penomoran personal folder, dan menggunakan sistem penyimpanan SNF (Serial Number Filing) sistem yang berurut dari nomor yang terkecil.
- b) Faktor man merupakan penyebab terjadinya duplikasi nomor rekam medis di Puskesmas Bawang II disebabkan belum adanya petugas yang berpendidikan RMIK serta kurangnya pelatihan petugas terkait sistem penomoran pada rekam medis.
- c) Faktor material merupakan penyebab terjadinya duplikasi nomor rekam medis di Puskesmas Bawang II disebabkan karena pasien lama tidak membawa KIB saat berobat.
- d) Faktor metode merupakan penyebab terjadinya duplikasi nomor rekam medis di Puskesmas Bawang II disebabkan belum ada SOP tentang penamaan pasien dan SOP tentang penanganan duplikasi rekam medis serta perubahan data pasien yang tidak terkonfirmasi.
- e) Faktor utama penyebab terjadinya duplikasi nomor rekam medis di Puskesmas Bawang II adalah faktor man, karena berkaitan dengan SDM petugas Rekam Medis di Puskesmas Bawang II. Hal ini dikarenakan belum adanya petugas yang berpendidikan RMIK dan tidak adanya pelatihan mengenai penomoran pada rekam medis. Karena pada dasarnya SDM sangat berpengaruh pada kelancaran proses penomoran dan keakuratan data rekam medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Aulia, S. C. I. (2021). PEMANFAATAN UML (UNIFIED MODELING LANGUAGE) DALAM PERANCANGAN SISTEM INFORMASI REKAM MEDIS SEDERHANA PADA KEGIATAN POSBINDU PTM. *Jurnal Ilmiah Sains Dan Teknologi*, 6(1), 38–44. <https://doi.org/10.47080/saintek.v6i1.1665>
- Dando, M. L. Y. D., Fanggidae, R. F., &

- Fanggidae, A. H. J. (2021). Pengaruh Ganda Terhadap Kinerja Tenaga Medis Wanita Melalui Stres Kerja. *Jurnal Ilmiah Manajemen Kesatuan*, 9(1), 173-182. <https://doi.org/10.37641/jimkes.v9i1.557>
- Giyatno, & Megawati. (2021). Pengaruh Faktor Predisposisi, Faktor Pendorong Dan Faktor Pendukung Terhadap Pencatatan Rekam Medis di RSUD Dr. RM Djoelham Binjai. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 6(2), 161-173. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v6i2.578>
- Hariyadi, S., & Ayustyaningrum, K. (2021). PANDANGAN MEDIS DAN RETORIKA SYARIAT TENTANG ARTI PENTING PEMANTAUAN JENTIK NYAMUK DEMAM BERDARAH DENGUE. *BUDAI: MULTIDISCIPLINARY JOURNAL OF ISLAMIC STUDIES*, 1(2), 79. <https://doi.org/10.30659/budai.1.2.79-87>
- Karna, I. N. Y., & Adi, I. N. R. (2021). Membedah peran bank sampah guna menilik efektivitas pengelolaan limbah medis B3 rumah sakit. *Intisari Sains Medis*, 12(2), 538. <https://doi.org/10.15562/ism.v12i2.1051>
- Kriswibowo, A., Sintawati, B., Kristianto, C. I. P., & Hidayati, T. N. (2021). Penanggulangan Sampah Masker Medis Sekali Pakai dengan Pendekatan “Village Health Volunteers” di Kota Surabaya Pada Masa Pandemi Covid-19. *Journal of Education, Humaniora and Social Sciences (JEHSS)*, 4(2), 982-989. <https://doi.org/10.34007/jehss.v4i2.788>
- Masitah, I. N. (2021). Microscopic Profile of AFB in the Sputum of a Patient’s Family Diagnosed with Positive AFB in the Advanced Phase. *Jaringan Laboratorium Medis*, 4(1). <https://doi.org/10.31983/jlm.v4i1.8469>
- Ningsih, K. P., Pramono, A. E., Santoso, D. B., Ilmi, L. R., & Hernawan, H. (2021). PENDAMPINGAN PROSES TRANSFORMASI SISTEM PENJAJARAN REKAM MEDIS MENGGUNAKAN TERMINAL DIGIT FILING. *LINK*, 17(1), 61-66. <https://doi.org/10.31983/link.v17i1.6819>
- Pratiwi, E. N., & Armalina, D. (2021). Microscopic Description of Mus Musculus Kidney Preparation Deparafinized with Olive Oil in Eosin (HE) Hematoxylin (HE) Staining. *Jaringan Laboratorium Medis*, 3(1), 61-66. <https://doi.org/10.31983/jlm.v3i1.8005>
- Putra, H. N., Sari, D., Putra, D. M., Mardawati, D., Anisa, D. P., Helmi, N., Sari, A. E. S., & Swara, R. (2021). Pelaksanaan Penyuluhan pada Tenaga Rekam Medis di TPRJ terhadap Terjadinya Penomoran Ganda di Rumah Sakit Ibnu Sina Padang. *Jurnal Abdidas*, 2(3), 720-724. <https://doi.org/10.31004/abdidas.v2i3.350>
- Rachman, L. A., Rumana, N. A., Fannya, P., & Indawati, L. (2021). Motivasi Belajar Mahasiswa Rekam Medis pada Pembelajaran Online di Masa Pandemi. *Edu Cendikia: Jurnal Ilmiah Kependidikan*, 1(3), 95-105. <https://doi.org/10.47709/educendikia.v1i3.1129>
- Ramadhanty, A., Rumana, N. A., Dewi, D. R., & Yulia, N. (2021). Pelepasan Informasi Medis Kepada Pihak Ketiga Di Rumah Sakit (Literature Review). *SEHATMAS: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 1(1), 16-24. <https://doi.org/10.55123/sehatmas.v1i1.30>
- Riupassa, K. E., Nova, N., Lestari, E., Azis, S. J., & Sulistiadi, W. (2021). Penetapan Tarif Ambulans Untuk Evakuasi Medis Berbasis Unit Cost (Penelitian di AGD Dinas Kesehatan DKI Jakarta). *KESMAS UWIGAMA: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(1), 167-173. <https://doi.org/10.24903/kujkm.v7i1.1186>
- Riupassa, K., Nova, N., Lestari, E., Azis, S. J., & Sulistiadi, W. (2021). Penetapan Tarif Ambulans Untuk Evakuasi Medis Berbasis Unit Cost. *KESMAS UWIGAMA: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(1), 167-173. <https://doi.org/10.24903/kujkm.v7i1.1210>
- Wahyuni, I. F. (2021). PENGARUH KELENGKAPAN PENGISIAN FORMULIR TRANSFER PASIEN INTERNAL TERHADAP MUTU REKAM MEDIS. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*, 10(2), 124-131. <https://doi.org/10.33475/jikmh.v10i2.267>
- Wijayanti, L. K. S. U., Kurniawan, A., Srikandi, A. F., Daniko, J. L., & Kurniawan, S. B. (2021). Pencapaian vaksinasi COVID-19 pada anak usia 12 - 18 tahun periode Agustus - September 2021 di Puskesmas Kelurahan Cililitan. *Intisari Sains Medis*, 12(3), 981. <https://doi.org/10.15562/ism.v12i3.1210>

EVALUASI RUANG PENDAFTARAN DAN RAK PENYIMPANAN BERKAS REKAM MEDIS BERDASARKAN ILMU ERGONOMI DI PUSKESMAS DR. SOETOMO SURABAYA

Shanti Winda Dahlan¹, Amir Ali², IGN Truly Mahendra², Era Kartikawati⁴

¹STIKES Yayasan RS. Dr. Soetomo, Surabaya

²Puskesmas Dr. Soetomo, Surabaya

Email : shantidahlan26@gmail.com

Abstrak

Ergonomi sangat berperan penting dalam membantu sistem kerja tenaga rekam medis dalam setiap pekerjaan yang dilakukan selama bekerja terutama dalam mendesain tempat kerja baik tempat kerja lama maupun tempat kerja baru dirancang seefisien sehingga tenaga rekam medis aman dan nyaman. Berdasarkan hasil observasi awal kondisi rak yang terlalu tinggi sehingga membuat petugas menggunakan alat bantu kursi kecil untuk mengambil dan menyimpan berkas rekam medis, jarak antar rak dengan rak yang lainnya saling berdekatan tidak sesuai standart dengan jarak tersebut membatasi gerak petugas untuk mengambil dan menyimpan berkas rekam medis, dengan luas ruangan pendaftaran 1480,44 m². Tujuan penelitian ini adalah merancang tatanan ruang pendaftaran dan rak penyimpanan berkas rekam medis berdasarkan ilmu ergonomi di Puskesmas Dr. Soetomo, jenis penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif, penelitian ini mendeskriptifkan tentang suatu keadaan secara objektif. Hasil penelitian ini adalah menghasilkan tinggi rak berkas rekam medis yang ideal dengan menggunakan data antropometri yaitu dengan mengukur tinggi dan lebar bahu petugas rekam medis untuk ukuran rak penyimpanan tinggi 243 cm setelah disesuaikan menjadi 198 cm, jarak antar rak 40 cm disesuaikan menjadi 80 cm, luas ruangan 1480,44 m² disesuaikan menjadi 1971,09 m². Kesimpulan dari penelitian ini menghasilkan luas ruangan berkas rekam medis yang ideal 1971,09 m² dan untuk rak berkas rekam medis yang ideal disesuaikan dengan antropometri petugas tinggi 198 cm dengan jarak rak 80 cm.

Kata Kunci: Rak BRM, Evaluasi Ruangan BRM, Ergonomi, Antropometri, Puskesmas

Abstract

Ergonomics is very important in helping the medical record workforce work system in every work done during work, especially in designing workplaces both old workplaces and new workplaces designed as efficiently as possible so that medical record personnel are safe and comfortable. Based on preliminary observations of the condition of the shelves that are too high, so that the officer uses a small chair to retrieve and store the medical record file, the distance between the shelves and the other shelves is close to each other not in accordance with the standard with this distance limiting the officers movement to retrieve and store the medical record file , with a registration room area of 1480.44 m². The purpose of this study is to design the registration space and medical record file storage rack based on ergonomics at the Dr. Soetomo Health Center, The results of this study were to produce an ideal medical record file rack height using anthropometric data, namely by measuring the shoulder height and width of the medical records officer for a storage rack height of 243 cm after adjusting to 198 cm, distance between shelves 40 cm adjusted to 80 cm, area room of 1480.44 m² is adjusted to 1971.09 m². The conclusion of this study resulted in an ideal medical record file room area of 1971.09 m² and for an ideal medical record file rack suited to the officer antropometry 198 cm high with a shelf distance of 80 cm..

Keywords: Rak BRM, BRM Room Evaluation, Ergonomics, Anthropometry, Puskesmas

PENDAHULUAN

Ergonomi dapat dikatakan sebagai kemampuan untuk menerapkan informasi menurut karakter manusia, kapasitas dan keterbatasannya terhadap desain pekerjaan, mesin dan sistemnya, ruangan kerja dan lingkungan sehingga manusia dapat hidup dan berkerja secara sehat, aman, nyaman, dan efisien. Ergonomi adalah ilmu, seni dan penerapan teknologi untuk menyasikan atau menyeimbangkan antara fasilitas yang digunakan baik dalam beraktivitas maupun istirahat dengan kemampuan dan keterbatasan manusia baik fisik maupun mental sehingga kualitas hidup secara keseluruhan menjadi lebih baik (Tarwaka, 2004)..

Dalam rekam medis ergonomi sangat berperan penting dalam membantu sistem kerja tenaga rekam medis dalam setiap pekerjaan yang dilakukan selama bekerja terutama dalam mendesain tempat kerja baik tempat kerja lama maupun tempat kerja baru dirancang seefisien mungkin dengan keterbatasan faktor finansial maupun teknologi seperti keleluasan modifikasi, ketersediaan ruangan, lingkungan, ukuran frekuensi alat yang digunakan, kesinambungan pekerjaan dan populasi yang ingin ditarget. Penelitian ini bertujuan Merancang tatanan ruang pendaftaran dan rak penyimpanan berkas rekam medis berdasarkan ilmu ergonomi di puskesmas Dr.Soetomo Surabaya.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian Jenis penelitian yang digunakan oleh peneliti menggunakan penelitian metode deskriptif kuantitatif. Penelitian ini mendeskripsikan tentang suatu keadaan diruang pendaftaran dan rak penyimpanan berkas rekam medis yang ergonomis. Menurut Soekidjo Notoatmodjo (2005), penelitian deskriptif yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif.

Rancangan Penelitian ini Rancangan penelitian ini menggunakan penelitian

Observasional dengan teknik Cross sectional yaitu variabel sebab akibat atau kasus yang terjadi pada objek penelitian diukur atau dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan.(Notoatmodjo,2018). Rancangan penelitian ini di ruangan pendaftaran dan rak penyimpanan berkas rekam medis untuk merancangan rak berkas rekam medis yang ideal dan merancang ulang ruangan pendaftaran. Populasi dan Sampel penelitian ini adalah Subjek pada penelitian ini ada di ruang pendaftaran dan rak penyimpanan BRM Puskesmas Dr.Soetomo.

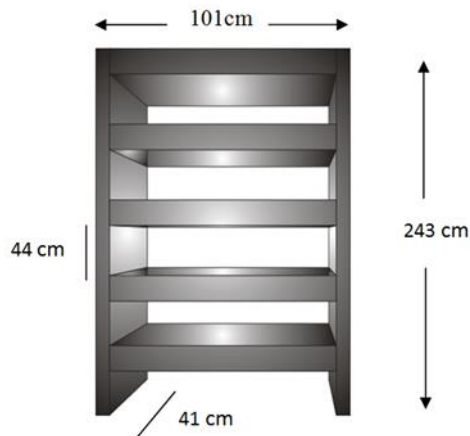
HASIL

Identifikasi Rak Penyimpanan Berkas Rekam Medis

Berdasarkan observasi diketahui bahwa ruang penyimpanan rekam medis bergabung sama ruang pendaftaran terletak di lantai dasar dengan panjang 438 cm dan lebar 338 cm. Dalam ruangan tersebut berisikan 5 rak terbuka dan 1 rak Roll O'Pack yang bersikan 4 rak jadi untuk total semuanya ada 9 rak dan jarak antar rak rata – rata 37 cm dengan petugas 4 orang Gambar rak penyimpanan dokumen rekam medis di Puskesmas Dr.Soetomo sebagai berikut:



Gambar 1 Desain Rak Penyimpanan Roll O'Pack



Gambar 2 Desain Rak penyimpanan Terbuka

Rak penyimpanan di Puskesmas Dr. Soetomo Surabaya memiliki 2 jenis desain yang berbeda. Yang pertama raknya terbuka terbuat dari besi dan yang kedua raknya tertutup yaitu Roll O'Pack terbuat dari besi.

1. Panjang rak

Panjang rak penyimpanan berkas rekam medis seluruhnya memiliki ukuran yang sama yaitu 101 cm

2. Lebar rak

Lebar rak penyimpanan berkas rekam medis terdapat beberapa macam ukuran dari mulai 40-50 cm. Ukuran lebar rak yang berbeda-beda sehingga dilakukan perhitungan rata-rata lebar rak dan ditemukan hasil rata-rata lebar rak yaitu 41 cm

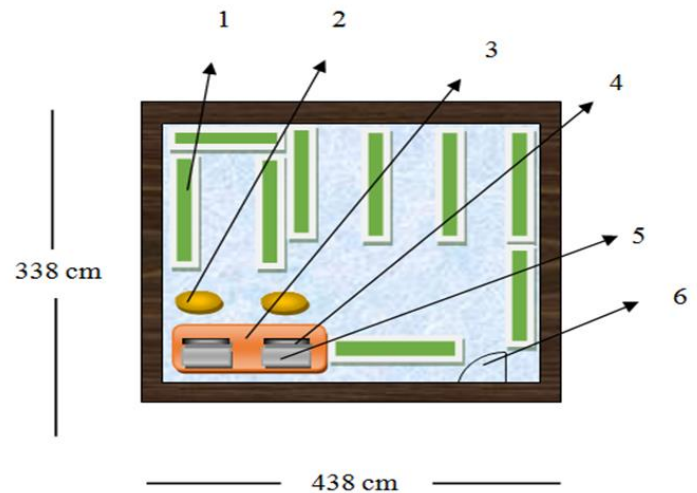
3. Tinggi rak

Tinggi rak penyimpanan berkas rekam medis terdapat beberapa macam ukuran dari mulai 240-245 cm. Ukuran tinggi rak yang berbeda-beda sehingga dilakukan perhitungan rata-rata tinggi rak dan ditemukan hasil rata-rata 243 cm

4. Tinggi sub rak

Tinggi sub rak penyimpanan berkas rekam medis terdapat beberapa macam ukuran dari mulai 43-47 cm. Ukuran tinggi rak berbeda-beda sehingga dilakukan perhitungan rata-rata tinggi dan ditemukan hasil rata-rata tinggi sub rak yaitu 44 cm.

Identifikasi Ruangan Penyimpanan Berkas Rekam Medis dan Ruangan Pendaftaran



Gambar 3 Desain Ruang Penyimpanan Berkas Rekam Medis dan Ruang Pendaftaran

Berdasarkan gambar di atas ruangan penyimpanan berkas rekam medis dan ruangan pendaftaran bergambung dengan ukuran panjang 438 cm dan lebar 338 cm.

Identifikasi Petugas rekam Medis Berdasarkan Teori Antropometri

Tabel 1. Data Antropometri Petugas Rekam Medis Di Puskesmas Dr. Soetomo

No	Jangkauan tangan keatas	Hasil kuadrat	Lebar bahu	Hasil kuadrat
1.	198	39204	40	1600
2.	209	43681	44	1936
3.	203	41209	43	1849
4.	295	42025	44	1936
jumlah	815	166119	171	7321

Berdasarkan Tabel 1 Data Antropometri Petugas Rekam Medis jumlah jangkauan tangan ke atas seluruh petugas adalah 815cm, lebar bahu

seluruh petugas adalah 171cm.

Menghitung Rak Penyimpanan Berkas Rekam Medis Berdasarkan Antropometri di Puskesmas Dr. Soetomo Surabaya

1. Jangkauan tangan ke atas

a. Mean
$$= \text{Rata-rata} = \sum \frac{x}{n}$$

$$= \frac{815}{4} = 204 \text{ cm}$$

b. Standar Deviasi

$$= \text{SD} = \frac{1}{n} \sqrt{n(\sum(x^2) - (\sum x)^2)}$$

$$= \frac{1}{4} \sqrt{4(16119) - (815)^2}$$

$$= \frac{1}{4} \sqrt{4(664.476) - (664.225)}$$

$$= \frac{1}{4} \sqrt{251}$$

$$= \frac{1}{4} \times 15,8$$

$$= 3,95$$

c. Persentil ke 5

$$= x - 1,645\sigma$$

$$= 204 - 1,645(3,95)$$

$$= 198 \text{ cm}$$

2. Lebar bahu

a. Mean
$$= \text{Rata-rata} = \sum \frac{x}{n}$$

$$= \frac{171}{4} = 43 \text{ cm}$$

b. Standar Deviasi

$$= \text{SD} = \frac{1}{n} \sqrt{n(\sum(x^2) - (\sum x)^2)}$$

$$= \frac{1}{4} \sqrt{4(7321) - (171)^2}$$

$$= \frac{1}{4} \sqrt{29284 - 29241}$$

$$= \frac{1}{4} \sqrt{43}$$

$$= \frac{1}{4} \times 6,5 = 1,6$$

c. Persentil ke 5

$$= x - 1,645\sigma$$

No	Kriteria	Hasil Observasi (cm)	Hasil Perhitungan (cm)	Selisih (cm)
1.	Tinggi rak	243 cm	198 cm	45 cm
2.	Lebar rak	41 cm	41 cm	0
3.	Panjang rak	101 cm	101 cm	0 cm
4.	Jarak antar rak	37 cm	40 cm	3 cm
5.	Luas ruangan	1480,44 cm ²	1971,09 cm ²	49 cm ²

Berdasarkan tabel 2 dapat dilihat ukuran – ukuran rak penyimpanan dokumen rekam medis berdasarkan observasi dan perhitungan yang terdiri dari sebagai berikut :

1. Tinggi rak

Realita tinggi rak penyimpanan berkas rekam medis seluruhnya 243 cm terdiri 4 sub rak, setelah diukur antropometri petugas rekam medis maka tinggi rak yang ergonomi adalah 198 cm. Agar tinggi rak sesuai dengan antropometri petugas rekam medis, maka perlu pengurangan tinggi rak sebesar 45 cm.

2. Lebar rak

Rata – rata lebar rak berkas rekam medis adalah 41 cm.

3. Panjang rak

Realita panjang rak penyimpanan berkas rekam medis seluruhnya 101 cm terdiri dari 4 sub rak, setelah diukur antropometri petugas rekam medis.

4. Jarak antar rak

jarak antar rak penyimpanan berkas

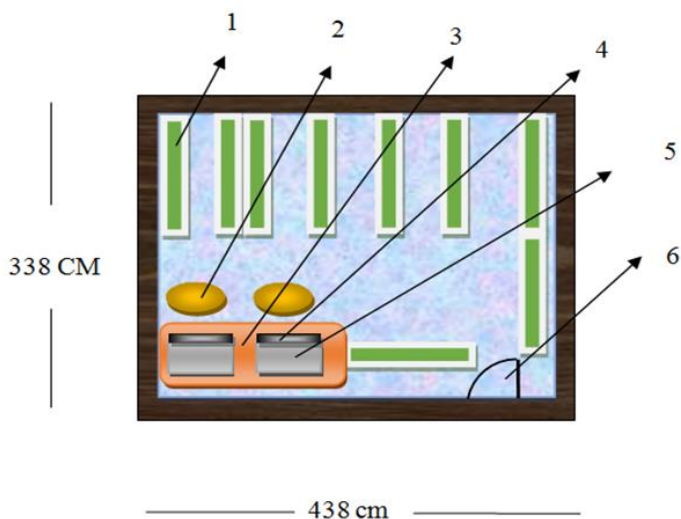
Tabel 2 Perbandingan Hasil Pengamatan dan Perhitungan Rak Penyimpanan berkas Rekam Medis di Puskesmas Dr. Soetomo

rekam medis memiliki ukuran yang berbeda-beda. Menurut Depkes 2006 bahwa antara 2 buah rak untuk lalu lalang dianjurkan selebar 90 cm sedangkan berdasarkan hasil perhitungan rata-rata jarak antar rak selebar 37 cm. Maka untuk ukuran jarak antar rak tersebut tidak ergonomi, apabila ukuran jarak tersebut disesuaikan dengan antropometri petugas rekam medis maka yang idealnya menurut teori Wignjosoebroto dalam Nurrida (2009) adalah ukuran dari hasil perhitungan $2 \times$ hasil persentil lebar bahu petugas yaitu $2 \times 40 = 80$ cm.

5. Luas ruangan

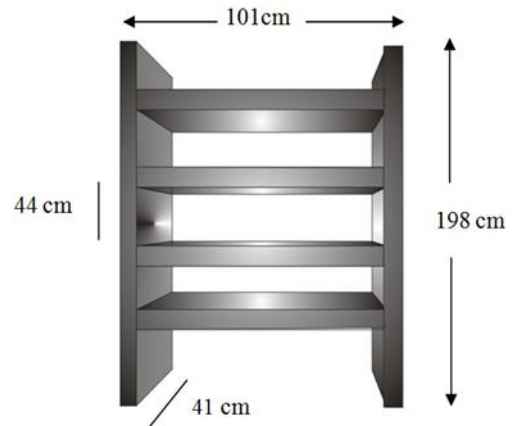
Luas ruangan yang dimiliki Puskesmas Dr. Soetomo Surabaya $1480,44 \text{ cm}^2$ sedangkan menurut perhitungan luas ruangan Dokumen rekam medis yang dibutuhkan sesuai dengan antropometri petugas rekam medis yaitu $1971,09 \text{ cm}^2$.

Usulan Rancangan Desain Ruang Pendaftaran dan Ruang Rak Penyimpanan Berkas Rekam Medis



Gambar 4. Usulan Rancangan Desain Ruang Pendaftaran dan Ruang Rak Penyimpanan Berkas Rekam Medis

Usulan Rancangan Ukuran Rak Penyimpanan Berkas Rekam Medis



Gambar 5 Usulan Rancangan Ukuran Rak Penyimpanan Berkas Rekam Medis

PEMBAHASAN

Identifikasi Rak Penyimpanan Berkas Rekam Medis

Berdasarkan hasil penelitian gambar 1 dan gambar 2 didapati rak penyimpanan dokumen rekam medis memiliki ukuran panjang 101 cm, lebar 41 cm, tinggi 243 cm, dan tinggi sub rak 44 cm. Saat ini ruangan penyimpanan dokumen rekam medis ada 9 rak dengan jarak antar rak rata-rata 37 cm.

Identifikasi Ruang Penyimpanan Berkas Rekam Medis dan Ruang Pendaftaran

Berdasarkan hasil observasi ruangan penyimpanan berkas rekam medis dan ruangan pendaftaran bergabung dengan ukuran luas panjang 438 cm dan lebar 338 cm

Identifikasi Petugas Rekam Medis Berdasarkan Teori Antropometri

Pengukuran dilakukan kepada petugas rekam medis di Puskesmas Dr. Soetomo Surabaya yang berjumlah 4 orang dan dihasilkan jumlah jangkauan tangan ke atas seluruh petugas rekam medis adalah 198 cm, sedangkan untuk panjang depan seluruh petugas rekam medis adalah 101 dan untuk lebar bahu seluruh petugas 40 cm.

Menghitung Rak Penyimpanan Berkas Rekam Medis Berdasarkan Antropometri di Puskesmas

Dr. Soetomo Surabaya

Dari hasil perhitungan antropometri didapatkan ukuran rak penyimpanan yaitu tinggi rak 198 cm, panjang rak 157 cm, dan jarak antar rak menjadi 2x lebar bahu.

Usulan Rancangan Desain Ruang Pendaftaran dan Ruang Rak Penyimpanan Berkas Rekam Medis

Dari hasil penelitian ruangan pendaftaran dan ruang rak penyimpanan dokumen rekam medis tetap digabung tetapi ada pembatas sekat agar berkas rekam medis tetap aman dan rahasia, untuk luasnya sendiri ruangan rak penyimpanan Berkas rekam medis yang sesuai dengan perhitungan antropometri di tambah dengan luas yang dibutuhkan ruangan pendaftaran.

Usulan Rancangan Ukuran Rak penyimpanan Berkas Rekam Medis

Berdasarkan hasil penelitian ukuran rak rekam medis terlalu tinggi sehingga harus menggunakan alat bantu seperti kursi dan petugas juga harus memanjat rak penyimpanan berkas rekam medis untuk mengambil berkas rekam medis yang terletak di rak bagian atas. Harapan petugas rekam medis yaitu jarak rak penyimpanan berkas rekam medis di pelebar karena jarak rak saat ini 37 cm dan tinggi rak dokumen rekam medis dikurangi agar nyaman saat pengambilan dokumen rekam medis dibagian paling atas.

Hasil penelitian rata – rata antropometri petugas rekam medis lebar bahu 40 cm dengan menggunakan teori Wignjosoebroto dalam Nurrida (2009) 40 cm x 2 membutuhkan jarak 80 cm, jadi jarak antar rak penyimpanan berkas rekam medis membutuhkan jarak 80 cm supaya ergonomi dan petugas rekam medis tidak lagi terbatas ruang gerakanya.

KESIMPULAN & SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil dari penelitian yang telah dilakukan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Ruang penyimpanan berkas rekam

medis memiliki luas sebesar 1480,44 m². Hasil penelitian berkas rekam medis yang membutuhkan 1971,09 m².

2. Kebutuhan luas ruangan Berkas rekam medis yang membutuhkan 1971,09 m².
3. Tinggi rak penyimpanan berkas rekam medis 243 cm mengakibatkan petugas rekam medis kesulitan saat pengambilan berkas rekam medis. jarak antar rak penyimpanan berkas rekam medis 37 cm mengakibatkan kelelahan kerja karena jarak antar rak terlalu berdekatan. Hasil perhitungan dari pengukuran antropometri petugas rekam medis jangkauan tangan rata – rata 198 cm, panjang depan rata- rata 101cm dan lebar bahu 40 cm.
4. Mendesain rak penyimpanan berkas rekam medis yang ideal berdasarkan antropometri petugas rekam medis tinggi 198 cm dan jarak antar rak yang dibutuhkan 80 cm.

UCAPAN TERIMAKASIH

Saya berterimakasih kepada :

1. STIKES Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo
2. Puskesmas Dr. Soetomo Surabaya
3. Para dosen yang telah membimbing penelitian ini
4. serta keluarga dan teman-teman yang membantu dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini

DAFTAR PUSTAKA

- Astutik Ellyta, P. (2019) Desain Tata Letak Ruang Filling Berdasarkan Ilmu Ergonomi Di Rumah Sakit Medical Service Surabaya.
- Budiarto, Eko. (2001). Tentang Manajemen Kearsipan di sarana pelayanan kesehatan. Jakarta: Bumi Aksara Indonesia.
- Depkes RI. (1991). Tentang Ruang Penyimpanan Berkas Rekam Medi . No 78 tahun 1991 Jakarta: Dirjen Bina Yanmed.
- Depkes RI. (2006). pedoman

- penyelenggaraan dan prosedur rekam medis rumah sakit di indonesia. Jakarta: Depkes RI
- Hardini Dea, A. (2019). Perancangan Ulang Tata Letak Ruang RM Berdasarkan Ilmu Ergonomi di Rumah sakit Ibu dan Anak Ibi Surabaya.
- Hatta, Gemala. (2009). Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Hatta, Gemala. (2010). Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Kepala Arsip Nasional RI (2000). Standar Minimal Gedung Dan Ruang Penyimpanan Arsip Inaktif , arsip nasional republik indonesia,
- Permenkes RI. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2018) . Metodologi penelitian kesehatan. PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2005). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurmianto, E. (2004). Ergonomi Konsep Dasar dan Aplikasinya. Surabaya: Prima Printing.
- Permenkes RI. (2008) Permenkes RI 269 Tahun 2008, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269, pp. 3, 5, 6.
- Permenkes RI. (2007) No.377/Menkes/SK/III/2007.Standart profesi perekam medis kesehtan. 27 Maret 2007. Jakarta.
- Rikza Dinia, M. (2017) Perancangan Ulang Tata Letak Ruang Unit Rekam Medis Dalam Peningkatan Produktifitas Kerja di Rumah Sakit Paru Surabaya. Jurnal manajemen kesehatan Yayasan RS.Dr.Soetomo 3(1), p. 169. doi: 10.29241/jmk.v3i1.78
- Rosita, R. and Prihantoro, P. (2019) Perencanaan Desain Rak Penyimpanan Dokumen Rekam Medis Berdasarkan Antropometri Planning Rack Design of Medical Record Document Storage Based on Anthropometry, Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Universitas Duta Bangsa Surakarta, 17(1), pp. 14–22.
- Sukendro Deby, C. (2019) Evaluasi Perancangan Luas Ruang Dan Rak Penyimpanan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Berdasarkan Antropometri Perekam Medis Di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya.
- Sulistiyadi, Kohar. (2003), Perancangan Sistem Kerja dan Ergonomi, Jakarta: Fakultas Teknik Universitas Sahid.
- Sutalaksana, I., (2006). Teknik Perancangan Sistem Kerja. Bandung : Penerbit ITB.
- Suma'mur. (1989). Ergonomi Untuk Produktivitas. Jakarta: Haji Masagung.
- Tarwaka. (2004). Ergonomi Industri Dasar-Dasar Pengetahuan Ergonomi Dan Aplikasi Di Tempat Kerja. Surakarta: Harapan Press.
- Wignjosoebroto, S. (2000). Prinsip-prinsip Perancangan Berbasiskan Dimensi Tubuh (Antropometri) dan Perancangan Stasiun Kerja. Makalah disampaikan dalam Lokakarya IV Methods Engineering : Adaptasi ISO/TC 159 (Ergonomics) dalam Standar Nasional Indonesia (SNI). 17 – 19 Oktober 2000. Bandung : Institut Teknologi Bandung.
- Wignjosoebroto, Sritomo. (2008). Ergonomi Studi Gerak dan Waktu Teknis Analisis untuk Peningkatan Produktifitas Kerja. Surabaya: Institute Teknologi Sepuluh November, Guna Widya