BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Perkembangan jumlah institusi pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit akan membuat persaingan semakin kuat. Pada saat ini rumah sakit dikenal sebagai institusi badan usaha / organisasi yang dalam menjalankan usahanya tidak semata-mata mencari keuntungan. Pelayanan kesehatan yang berkualitas merupakan salah satu saran untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Salah satu indikator utama untuk keberhasilan manajemen pada institusi pelayananan kesehatan adalah tercapainya hak atas hidup sehat bagi seluruh lapisan masyarakat. Perbaikan mutu pelayanan di unit pelayanan kesehatan harus selalu ditingkatkan dengan mengadakan evaluasi secara periodik, salah satunya di Instalasi Rekam Medis (1).

Pelayanan yang baik digambarkan oleh rekam medis yang baik, sedangkan rekam medis yang kurang baik menggambarkan tingkat pelayanan medis kurang baik. Dengan alasan tersebut *Joint Comission on Accreditiation of Hospital* (JCAHO) USA, menetapkan bahwa rekam medis penting sebagai alat pengukur kualitas pelayanan medis yang dapat diberikan oleh Rumah Sakit (2).

Departemen Kesehatan RI memperkirakan setiap tahunnya pasien Indonesia yang berobat ke luar negeri menghabiskan biaya 100 triliun rupiah. Jumlah itu didasarkan data dari Bank Dunia tahun 2004, bahwa devisa Indonesia yang keluar ke luar negeri melalui pasien-pasien yang berobat sekitar 70 triliun rupiah pada saat itu. “Jadi kalau pada tahun itu saja jumlahnya sudah mencapai 70 triliun

rupiah dan tidak ada kecenderungan menurun, mungkin sekarang sudah mencapai sekitar 100 triliun rupiah, dan ini bukan jumlah yang kecil" (3).

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No.32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan bahwa bagi tiap tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas profesinya berkewajiban untuk membuat dan memelihara rekam medis (4). Oleh karena itu, pengelolaan rekam medis yang benar, baik dan bermutu dapat menjadi salah satu aspek penting non operasional yang mendukung terjaganya mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan menjelaskan bahwa Rekam Medis dan Informasi Kesehatan merupakan aspek penting untuk mendukung keberhasilan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu pengembangan sistem dan penerapannya harus didukung oleh tenaga Profesi Perekam Medis yang berkualitas. Untuk memenuhi harapan tersebut maka sumber daya manusia yang bertugas di Instalasi Rekam Medis harus mampu memenuhi standar profesi yang telah ditetapkan pemerintah. Sumber daya manusia yang sesuai kompetensi di bidang rekam medis adalah dengan latar belakang pendidikan minimal Diploma III (D3) Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (5).

Instalasi Rekam Medis RSUD Gunungtua merupakan salah satu bagian pelayanan di Rumah Sakit. Dari hasil Survei awal di Instalasi Rekam Medis RSUD Gunungtua memiliki pegawai sebanyak 23 orang. Sumber Daya Manusia di Instalasi Rekam Medis belum sesuai dengan Standar Profesi Rekam Medis. Dari 23 orang pegawai yang lulusan D3 Rekam Medis hanya ada 2 orang. Hasil

wawancara peneliti dengan Kepala Ruangan Rekam Medis, bahwa setiap bulan diperkirakan ada 5 berkas rekam medis yang hilang. Pada saat paien rawat jalan datang berobat kembali, berkas rekam medis tidak ditemukan. Solusi sementara untuk mengatasi masalah tersebut adalah petugas mengganti berkas rekam medis pasien dengan berkas baru. Hal tersebut akan memberikan dampak negatif terhadap rumah sakit, karena status Rekam Medis pasien bersifat rahasia dan tidak boleh hilang, jika status tersebut dibutuhkan untuk kepentingan pengadilan Rumah Sakit dapat dituntut secara hukum. Sebagaimana dalam dalam Undang Undang Praktik Kedokteran pasal 47 ayat 2 Rekam Medis sebagaimana dimaksud pada ayat 1 harus dijaga kerahasiannya oleh dokter atau dokter gigi dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan. PERMENKES 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis pada pasal 14 pimpinan sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan, dan/atau penggunaan oleh atau badan yang tidak berhak terhadap Rekam Medis (6). Serta dokter yang menangani akan sulit memberikan pengobatan terhadap pasien, dikarenakan tidak adanya riwayat pengobatan yang telah diberikan sebelumnya. Pada bagian penyimpanan berkas Rekam Medis, belum menggunakan *Tracer* dalam pengeluaran berkas rekam medis dari rak penyimpanan, sehingga mempersulit untuk mengetahui berkas terakhir ada dimana.

Teknologi Rekam Medis dengan sistem komputer belum cukup efektif. Rekam Medis masih sistem manual belum menggunakan sistem komputerisasi. RSUD Gunungtua belum menggunakan apikasi teknologi informasi dengan

komputer ataupun *software* aplikasi untuk membuat pekerjaan mereka jadi lebih efektif dan lebih efisien. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit belum berjalan, kenyataan dilapangan SIMRS sudah ada tapi belum terlaksana. Sebagaimana dalam PERMENKES RI No 82 tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit pasal 3 ayat 1 setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan SIMRS (7). Dan hasil wawancara dari Kepala Ruangan Rekam Medis SOP Instalasi Rekam Medis ada, sebagaimana SOP merupakan standar bagi pelaksana prosedur kerja.

Semua permasalahan di atas adalah sebagian persoalan yang ditemukan di RSUD Gunung Tua. Dengan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk membuat suatu penelitian dengan judul "Gambaran Pengelolaan Rekam Medis Rawat Jalan di RSUD Gunungtua".

1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas rumusan masalah pada penelitian ini adalah untuk melihat Gambaran Pengelolaan Rekam Medis Rawat Jalan di RSUD Gunungtua.

1.3. Tujuan Penelitian

1) Diketahuinya Alur Rekam Medis Rawat Jalan di RSUD Gunungtua
2) Diketahuinya Sumber Daya Manusia Rekam Medis di RSUD Gunungtua

3) Diketahuinya Sistem Manajemen Informasi Rumah Sakit di RSUD Gunungtua
4) Diketahuinya Standar Prosedur Operasional Instalasi Rekam Medis RSUD Gunungtua

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Aspek Teoritis

Sebagai bahan dan masukan untuk peneliti selanjutnya terkait dengan Gambaran Pengelolaan Rekam Medis Rawat Jalan Di Rumah Sakit.

1.4.2. Aspek Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan bagi Rumah Sakit untuk meningkatkan mutu Rumah Sakit dengan memperbaiki sistem Rekam Medis Rumah Sakit dan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. Sebagai bahan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan, menambah wawasan dan pengalaman dalam hal pengelolaan Rekam Medis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Keaslian Penelitian

Tabel 2.1. Persamaan dan Perbedaan dengan Penelitian Sebelumnya

No	Nama Peneliti	Tujuan Penelitian	Rancangan Penelitian	Hasil	Persamaan	Perbedaan
1	Hana Abdullah	Untuk menganalisis kegiatan rekam medis rawat inap pasien kanker payudara program Jamkesmas, untuk mendukung pengelolaan pembiayaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang	*Cross sectional study*	Diketahui bahwa tahapan kegiatan pengelolaan rekam medis rawat inap pasien kanker payudara Jamkesmas dilaksanakan sama dengan kegiatan pengelolaan rekam medis pasien bedah umum, dengan satu tahapan pembeda yakni verifikasi yang berfungsi sebagai syarat pengajuan klaim pembiayaan.	--	1. Lokasi Penelitian 2. Rancangan Penelitian 3. Durasi Pengambilan Data

2	Maya Istia Farida	Menganalisa coding, Mendeskripsikan pengelolaan penyimpanan data pasien medis (filling), assembling, coding dan pengelolaan pelaporan di rekam medis Rumah Sakit Angkatan Udara (RSAU) Lanud Iswahyudi.	Deskriptif kualitatif	Menunjukkan terdapat kekurangan dan kelemahan terhadap sistem pendaftaran, pelaksanaan assembling, pelaksanaan coding dan pelaksanaan pelaporan.	Rancangan Penelitian	1.Lokasi Penelitian 2.Durasi Pengam bilan Data
3	Frenti Giyana	Menganalisis sistem pengelolaan rekam medis rawat inap di RSUD Kota Semarang	Deskriftif Kualitatif	Masih kurangnya SDM, pelatihan dan sarana prasarana dalam pendukung kerja petugas pengelolaan rekam medis di RSUD Kota Semarang.	Rancangan Penelitian	1.Lokasi Penelitian 2.Durasi Pengam bilan Data
4	Cinkwancu Sanggamele, Febi K Kolibu, Franckie R.R. Maramis	Menganalisa pengelolaan rekam medis di rumah sakit umum pancaran kasih manado	Kualitatif *tringualasi in deft*	Bahwa kurangnya SDM, tidak adanya pelatihan terhadap petugas dan sarana prasarana	Rancangan Penelitian	1.Lokasi Penelitian 2.Durasi Pengam bilan Data

				guna menunjang pekerjaan petugas belum memadai. Pada bagian assembling masih terdapat dokumen-dokumen yang tidak lengkap, tulisan tidak jelas.	-	
5	Enny Maria Ulfa	Menganalisa pengelolaan rekam medis di Puskesmas Harapan Raya Pekanbaru	Deskriftif kualitatif	Menunjukan pengelolaan rekam medis belum berjalan dengan maksimal, secara kuantitas petugas sudah mencukupi namun belum berkualitas, belum memiliki Standar Prosedur Pengelolaan Rekam Medis dan uraian tugas rekam medis.		1.Lokasi Penelitian 2.Durasi Pengambilan Data

(Sumber : Jurnal Artikel)

2.2. Rumah Sakit

2.2.1.Pengertian

Rumah Sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (*komprehensif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*) dan pencegahan penyakit (*preventif*) kepada masyarakat. Rumah Sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik (8).

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang dimaksudkan dengan Rumah Sakit adalah Institusi Pelayanan Kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Rumah Sakit adalah Institusi Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan Rawat Inap, Rawat Jalan, dan Gawat Darurat (9).

Rumah Sakit adalah semua sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan Rawat Inap, Rawat Jalan, Gawat Darurat, tindakan medik yang dilaksanakan selama 24 jam melalui upaya kesehatan perorangan (10).Rumah Sakit adalah tempat dimana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat di mana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan (11).

2.2.2.Fungsi Rumah Sakit

Untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud, Rumah Sakit mempunyai fungsi adalah :

a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Dalam upaya menyelenggarakan fungsinya, maka Rumah Sakit umum menyelenggarakan kegiatan :

a. Pelayanan Medis;
b. Pelayanan dan Asuhan Keperawatan;
c. Pelayanan Penunjang Medis dan Nonmedis;
d. Pelayanan Kesehatan Kemasyarakatan dan Rujukan;
e. Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan;
f. Administrasi Umum dan Keuangan (9).

2.3. Rekam Medis

2.3.1.Pengertian Rekam Medis

Rekam Medis merupakan dokumen penting bagi setiap Instansi Rumah Sakit. Menurut PERMENKES No:269/MENKES/PER/III/2008 yang dimaksud Rekam Medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan-tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka palayanan kesehatan (6).

Menurut SK Dirjen Yanmed No. 78 Tahun 1991 dijelaskan bahwa Rekam Medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesis, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama dirawat di rumah sakit yang dilakukan di unit-unit rawat jalan termasuk unit gawat darurat dan unit rawat inap (12).

Menurut UU No.29 Tahun 2004 pasal 46 ayat 1 tentang Praktik Kedokteran, Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (13).

2.3.2.Kegunaan Rekam Medis

Adapun kegunaan Rekam Medis (14) , diantaranya yaitu :

a. Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang ikut ambil bagian dalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien;
b. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada pasien;
c. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat;
d. Sebagai bahan untuk analisa, penelitian dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan pada pasien;
e. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit dan juga dokter serta tenaga kesehatan lainnya;
f. Menyediakan data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan;
g. Sebagai dasar dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis pasien;
h. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan (14).

2.3.3.Isi Rekam Medis

Dalam rekaman kertas ataupun komputerisasi, isi rekam medis kesehatan dibagi dalam data administrasi dan data klinis, sedangkan isi (data/informasi)

rekam kesehatan dipengaruhi oleh bentuk pelayanan kesehatan (pelayanan rumah sakit atau pusat kesehatan masyarakat) bentuk klasifikasi jenis pelayanan (umum atau khusus) serta bentuk status kepemilikan sarana pelayanan kesehatan (swasta atau pemerintah pusat/daerah).

Di dalam Dokumen Rekam Medis (DRM) berisi dua jenis data, yaitu :

a. Data Administratif

Data administratif mencakup data demografi, keuangan *(financial)* disamping tentang informasi lain yang berhubungan dengan pasien, seperti data yang terdapat pada beragam izin (*consent*), pada lembaran hak kuasa (otorisasi) untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan dalam penanganan informasi *konfidensial* pasien (14). Isi data demografi bersifat permanen (kekal) dan setidaknya mencakup informasi tentang :

1) Nama lengkap;
2) Nomor rekam kesehatan pasien dan nomor identitas lain (asuransi);
3) Alamat lengkap pasien;
4) Tanggal lahir pasien dan kota tempat kelahiran;
5) Jenis kelamin;
6) Status pernikahan;
7) Nama dan alamat keluarga terdekat yang sewaktu-waktu dapat dihubungi;
8) Tanggal dan waktu terdaftar di tempat penerimaan pasien rawat inap/ rawat jalan/gawat darurat;

9) Nama rumah sakit (tertera pada kop formulir : nama, alamat, telepon, kota).

Umumnya data administratif adalah data identifikasi yang dapat dihubungkan dengan pasien (*patient-identifiable information*) yang digunakan bagi kepentingan administratif, regulasi, operasional pelayanan kesehatan dan penggantian biaya pengobatan. Meskipun data administrasif termasuk konfidensial namun data administratif tidak menjadi bagian resmi (legal) rekam kesehatan. Hal ini beda dengan data klinis.Dengan demikian tidak perlu disertakan ke pengadilan bila ada kasus permintaan pengadilan dengan bukti rekaman medis (kecuali bila memang ada permintaan tersendiri). Contoh data administratif yaitu :

1) Lembaran pengesahan untuk melepaskan informasi;
2) Formulir pengesahan (otorisasi) pelaksanaan pelayanan;
3) Formulir pemberian izin (*informedconsent*);
4) Lembar hak kuasa (persetujuan dirawat di sarana pelayanan kesehatan);
5) Lembar pulang paksa;
6) Sertifikat kelahiran atau kematian;
7) Formulir pembebasan sarana pelayanan kesehatan dari tuntutan kehilangan atau kerusakan barang pribadi pasien;
8) Korespondensi yang berkaitan dengan permintaan rekaman;
9) Kejadian tentang riwayat atau audit;
10) Klaim yang dapat dihubungkan dengan pasien;

11) Menelaah kualitas data yang dapat dihubungkan dengan pasien (Menjaga mutu, manajemen utilisasi);
12) Tanda identitas pasien (nomor rekam medis, biometrik);
13) Protokol klinis (*clinical protocols*), jalur klinis (*clinical pathways*), pedoman praktik dan pengetahuan lain (*clinical practice guidelines*) yang tidak melekat dengan data pasien.

b. Data Klinis

Data klinis dapat diartikan sebagai data hasil pemeriksaan, pengobatan, perawatan yang dilakukan oleh praktisi kesehatan dan penunjang medis terhadap pasien baik pasien rawat inap, rawat jalan, maupun rawat darurat (14).

Rekaman data atau informasi klinis untuk pasien rawat inap disarana pelayanan akut meliputi:

1) Pendaftaran;
2) Riwayat penyakit;
3) Riwayat pemeriksaan fisik;
4) Observasi klinis;
5) Perintah dokter;
6) Laporan dan hasil prosedur diagnostik dan terapeutik;
7) Laporan konsultasi;
8) Ringkasan riwayat pulang;
9) Instruksi untuk pasien;
10) Izin, otorisasi dan pernyataan.

Berdasarkan Permenkes Nomor:269/MENKES/PER/III/2008 data-data yang harus dimasukkan dalam *Medical Record* dibedakan untuk pasien yang diperiksa di unit rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Setiap pelayanan baik di rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat dapat membut rekam medis dengan data-data sebagai berikut :

1) Pasien Rawat Jalan

Data pasien rawat jalan yang dimasukkan dalam *medical record* sekurang-kurangnya antara lain :

(1) Identitas Pasien;
(2) Tanggal dan waktu;
(3) Anamnesis mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
(4) Hasil Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang;
(5) Diagnosis;
(6) Rencana Penatalaksanaan;
(7) Pengobatan dan/atau tindakan;
(8) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
(9) Untuk kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik dan;
(10) Persetujuan tindakan (bila diperlukan).

2) Pasien Rawat Inap

Data pasien rawat inap yang dimasukkan dalam *medical record* sekurang-kurangnya antara lain:

(1) Identitas pasien;

(2) Tanggal dan waktu;

(3) Anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;

(4) Hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang;

(5) Diagnosis;

(6) Rencana Penatalaksanaan;

(7) Pengobatan dan/atau tindakan;

(8) Persetujuan tindakan (bila diperlukan);

(9) Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;

(10) Ringkasan pulang (*discharge summary*);

(11) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;

(12) Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu;

(13) Untuk kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

3) Ruang Gawat Darurat

Data pasien rawat inap yang harus dimasukkan dalam *medical record* sekurang-kurangnya antara lain (14):

(1) Identitas pasien;

(2) Kondisi pasien saat tiba di sarana pelayanan kesehatan;

(3) Identitas pengantar pasien;

(4) Tanggal dan waktu;

(5) Hasil Anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;

(6) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;

(7) Diagnosis;

(8) Pegnobatan dan/ atau tindakan;

(9) Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat rencana tindak lanjut;

(10) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;

(11) Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain dan;

(12) Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu.

2.3.4.Pengelolaan Rekam Medis

a. Pendaftaran

1) Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ)

TPPRJ adalah tempat pendaftaran pasien rawat jalan yang mempunyai tugas pokok menerima pasien yang berobat di rawat jalan dan mencatat pendaftaran pasien (registrasi). Menyediakan formulir-formulir rekam medis dalam folder DRM, memberi informasi tentang pelayanan-pelayanan di Rumah Sakit yang bersangkutan (14).

Alur prosedur di TPPRJ dibagi menjadi dua yaitu pasien baru dan pasien lama. Pasien lama juga dibedakan menjadi dua yaitu pasien lama bawa Kartu Identitas Berobat (KIB) dan pasien lama tidak bawa Kartu Identitas Berobat (KIB).

Pelayanan Kepada Pasien Baru :

(1) Petugas menanyakan identitas pasien secara lengkap untuk dicatat pada formulir rekam medis rawat jalan, KIB, dan Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP);

(2) Petugas menyerahkan KIB kepada pasien dengan pesan untuk dibawa kembali bila datang berobat berikutnya;

(3) Petugas menyimpan KIUP sesuai urutan abjad (alphabet);

(4) Petugas menanyakan keluhan utamanya guna memudahkan dalam mengarahkan pasien ke poliklinik yang sesuai;

(5) Petugas menanyakan apakah membawa surat rujukan atau tidak.

Bila membawa maka :

(1) Tempelkan pada formulir rekam medis rawat jalan;

(2) Baca isinya ditunjukkan kepada dokter siapa atau diagnosisnya apa guna mengarahkan pasien menuju ke poliklinik yang sesuai;

(3) Petugas mempersilahkan pasien menunggu di ruang tunggu poliklinik yang sesuai;

(4) Petugas mengirimkan DRM ke poliklinik yang sesuai dengan menggunakan buku ekspedisi.

Pelayanan Kepada Pasien Lama :

(1) Petugas menanyakan terlebih dahulu membawa KIB atau tidak;

(2) Bila membawa KIB maka mencatat nama dan nomor rekam medisnya pada *tracer* untuk dimintakan DRM lama kebagian *filing*;

(3) Bila tidak membawa KIB, maka petugas menanyakan nama dan alamatnya untuk dicari di KIUP;

(4) Petugas mencatat nama dan nomor rekam medis yang ditemukan di KIUP pada tracer untuk dimintakan DRM ke bagian *filing*;

(5) Petugas mempersilahkan pasien baru untuk membayar di loket pembayaran;

(6) Pelayanan pasien asuransi kesehatan disesuaikan dengan peraturan dan prosedur asuransi penangung biaya pelayanan kesehatan.

Formulir-formulir yang digunakan di TPPRJ :

(1) KIUP (Kartu Indeks Utama Pasien), untuk mencatat dan mengindeks identitas pasien;

(2) KIB (Kartu Identitas Berobat), untukmencatat identitas pesien kemudian diserahkan kepada pasien;

(3) Formulir rekam medis untuk pelayanan pasien rawat jalan dalam folder DRM baru untuk mencatat identitas lengkap pasien baru yang mendaftar;

(4) Buku register pendaftaran pasien rawat jalan, untuk mencatat kegiatan pendaftaran pasien;

(5) Buku catatan penggunaan nomor rekam medis, untuk mencatat penggunaan dan mengontrol nomor rekam medis;

(6) Buku catatan penggunaan formulir rekam medis, untuk mencatat penggunaan dan mengontrol formulir rekam medis;

(7) *Tracer*, untuk mencatat permintaan DRM lama ke fungsi *filing* (sebagai media komunikasi);

(8) Buku ekspedisi untuk mencatat serah terima DRM sebagai bukti serah terima

2) Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TPPRI)

TPPRI adalah tempat pendaftaran pasien rawat inap yang mempunyai tugas pokok menerima pasien berdasarkan admission note yang dibuat dokter bersama-sama pasien atau keluarga pasien, menentukan kelas perawatan dan bangsal yang dituju serta menjelaskan tarif dan fasilitas yang ada, menyiapkan formulir-formulir rawat inap yang sesuai dengan kasus penyakitnya (14).

Alur Prosedur di TPPRI adalah dibagi menjadi dua yaitu pasien langsung di TPPRI dan tak langsung (berasal dari URJ/UGD).

Penerimaan pasien yang berasal dari URJ/UGD :

(1) Petugas menerima DRM, KIB, KIUP, *Admission Note* dari perawat UGD;

(2) Petugas menambahkan formulir rawat inap yang diterima dari perawat UGD.Petugas menerangkan dan memberi informasi berdasarkan bangsal tentang kelas perawatan dan tarif perawatan;

(3) Bersama keluarga pasien, petugas menegosiasikan untuk menetapkan kelas perawatan;

(4) Petugas membuatkan surat persetujuan rawat inap untuk diisi oleh keluarga pasien;

(5) Petugas memberi tahu bangsal rawat inap yang bersangkutan untuk menyiapkan ruangan;

(6) Petugas menyediakan kelengkapan formulir rawat inap sesuai dengan jenis penyakitnya agar dapat digunakan pelayanan klinis Unit Rawat Inap (URI).

Penerimaan pasien secara langsung di TPPRI :

Penerimaan pasien secara langsung di TPPRI, semua pasien harus dilakukan pemeriksaan terlebih dahulu oleh tenaga medis untuk menentukan jenis penyakitnya, dan semua pasien dianggap baru. Oleh karena itu identitas pasien dicatat pada KIB, KIUP, dan buku register pendaftaran pasien rawat inap. Selain itu, dicatat pula identitas pasien dan keluarganya pada formulir rekam medis (14). Selanjutnya melakukan kegiatan sebagai berikut:

(1) Petugas menjelaskan TT (tempat tidur) dan kelas perawatan yang masih kosong berdasarkan catatan penggunaan tempat tidur;

(2) Petugas menjelaskan tarif pelayanan rawat inap dan fasilitas -fasilitas yang dapat dinikmati oleh pasien dan keluarga;

(3) Petugas bersama pasien atau keluarganya menetapkan ruangan dan kelas perawatan yang diinginkan dan tersedianya TT;

(4) Petugas memberitahu bangsal rawat inap yang bersangkutan untuk menyiapkan ruangan;

(5) Petugas menyediakan kelengkapan formulir rawat inap sesuai dengan jenis penyakitnya agar dapat digunakan pelayanan klinis di Unit Rawat Inap;

(6) Petugas mencatat kemudian menyerahkan KIB kepada pasien;

(7) Petugas menyimpan KIUP dan selanjutnya diserahkan ke TPPRJ untuk disimpan;

(8) Petugas mencatat dan menyimpan buku Register pendaftaran pasien rawat inap;

(9) Petugas mencatat hasil pemeriksaan klinis ke formulir rekam medis rawat inap;

(10) Petugas mencatat penggunaan nomor rekam medis pada buku catatan penggunaan nomor rekam medis.

Formulir-formulir yang digunakan di TPPRI :

(1) KIB untuk dicatat dandiserahkan kepada pasien;

(2) KIUP untuk dicatat dan diserahkan kepada TPPRJ;

(3) Formulir – formulir rekam medis rawat inap untuk melengkapi formulir rekam medis yang sudah diterima dari rawat jalan atau rawat darurat guna pencatatan hasil perawatan klinis di rawat inap;

(4) Buku register pendaftaran pasien rawat inap;

(5) Buku catatan penggunaan nomor rekam medis;

(6) Buku catatan mutasi pasien rawat inap;

(7) Buku laporan kegiatan pasien rawat inap.

3) Tempat Pendaftaran Pasien Gawat Darurat (TPPGD)

Tempat Pendaftaran Pasien Gawat Darurat (TPPGD) adalah tempat pelayanan pendaftaran di rumah sakit yang melayani pasien selama 24 jam setiap harinya. Pada dasarnya, pasien yang datang merupakan pasien dalam keadaan

darurat (*emergency*), namun tidak jarang pasien datang dalam keadaan tidak darurat, tetapi darurat waktunya yaitu pasien yang datang pada waktu malam hari pada waktu loket pendaftaran tidak dibuka. Alur Prosedur pelayanan Unit Gawat Darurat (UGD) (14) :

(1) Menyiapkan formulir-formulir rekam medis dan nomor rekam medis setiap hari;
(2) Menyiapkan map DRM gawat darurat lengkap setiap kali ada pasien datang;
(3) Mencatat hasil-hasil pelayanan klinis pada formulir gawat darurat;
(4) Bila dirujuk ke Instalasi Pemeriksaan Penunjang (IPP), membuat surat permintaan pemeriksaan penunjang sesuai bagian yang dikehendaki;
(5) Menempelkan hasil pemeriksaan penunjang atau dilampirkan dalam map DRM rawat inap pasien;
(6) Bila dirujuk ke pelayanan khusus, mencatat perintah tersebut pada formulir perjalanan penyakit rawat inap;
(7) Melampirkan semua formulir rekam medis hasil pelayanan khusus tersebut pada map DRM rawat inap pasien;
(8) Bila dikonsultasikan dengan dokter lain, mencatat pada formulir konsultasi dan jawaban konsultasi dicatat pada formulir yang sama.

Formulir yang digunakan di TPPGD :

(1) KIB untuk dicatat dan diserahkan kepada pasien;
(2) KIUP;
(3) Formulir lembar masuk darurat;

(4) Buku register pendaftaran gawat darurat.

b. *Assembling*

Arti kata *assembling* adalah perakitan DRM dengan menganalisis kelengkapan berkas rekam medis. *Assembling* adalah pengorganisasian formulir yang menggambarkan siapa, apa, kapan dan bagaimana dalam hal pelayanan kesehatan pasien yang merupakan bukti tertulis tentang dokumen resmi rumah sakit secara kronologis (14).

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 337/ Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis Dan Informasi Kesehatan dalam kompetisi ke tiga Manajemen Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan kompetensi perekam medis dan informasi kesehatan di Indonesia adalah mampu menyusun (*assembling*) rekam medis dengan baik dan benar berdasarkan ketentuan (5).

1) Penataan Berkas Rekam Medis (*Assembling*)

Penataan Berkas Rekam Medis pasien rawat jalan meliputi :

(1) Pembatas Poliklinik;

(2) Lembar Dokumen pengantar;

(3) Lembaran Poliklinik;

(4) Hasil pemeriksaan penunjang;

(5) Salinan Resep.

Penataan Berkas Rekam Medis pasien rawat inap

(1) Penataan Berkas Rekam Medis pasien rawat Inap untuk kasus Anak meliputi :

(a) Ringkasan (diisi oleh bagian RM);

(b) Pembatas Masuk;

(c) Ringkasan Masuk dan Keluar;

(d) Surat Dokumen Pengantar;

(e) Instruksi Dokter;

(f) Lembar Konsultasi;

(g) Catatan Perawat;

(h) Catatan Perkembangan;

(i) Grafik Suhu, Nadi dan Pernafasan;

(j) Pengawasan Khusus;

(k) Hasil Pemeriksaan Laboratorium;

(l) Hasil Pemeriksaan Radiodiagnostik;

(m) Salinan Resep;

(n) Resume/Laporan Kematian.

(2) Penataan Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap untuk Kasus Bedah:

(a) Ringkasan;

(b) Pembatas Masuk;

(c) Surat Dokumen Pengantar;

(d) Instruksi Pra/Pasca Bedah;

(e) Catatan Anestesi;

(f) Laporan Pembedahan;

(g) Instruksi Dokter;

(h) Catatan Perkembangan;

(i) Lembar Konsultasi;

(j) Catatan Perawat;

(k) Garafik Suhu, Nadi dan Pernafasan;

(l) Pengawasan khusus;

(m) Hasil Pemeriksaan Laboratorium;

(n) Hasil Pemeriksaan Radiodiagnostik;

(o) Salinan Resep;

(p) Resume/Laporan Kematian.

(3) Penataan Berkas Rekam Medis Pasien rawat Inap Kasus Kebidanan :

(a) Pembatas masuk;

(b) Ringkasan masuk dan keluar;

(c) Surat Dokumen Pengantar;

(d) Lembar Obstetrik;

(e) Catatan Persalinan;

(f) Lembar Bayi Baru lahir;

(g) Instruksi Dokter;

(h) Catatan Perkembangan;

(i) Lembar Konsultasi;

(j) Catatan Perawat;

(k) Grafik Nifas (grafik ibu);

(l) Pengawasan Khusus;

(m) Hasil Pemeriksaan Laboratorium;

(n) Hasil Pemeriksaaan Radiodiagnostik;

(o) Salinan Resep;

(p) Resume/Laporan Kematian.

(4) Penataan Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap kasus Bayi Lahir :

(a) Pembatas Masuk;

(b) Ringkasan Masuk dan Keluar;

(c) Riwayat Kelahiran;

(d) Instruksi Dokter;

(e) Catatan perkembangan;

(f) Lembar Konsultasi;

(g) Catatan Perawat;

(h) Grafik Bayi;

(i) Pengawasan Khusus;

(j) Hasil Pemeriksaaan Laboratorium;

(k) Hasil Pemeriksaaan Radiodiagnostik;

(l) Salinan Resep;

(m) Resume/Laporan Kematian (14).

c. Pemberian Kode (*Coding*)

Pemberian kode adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen

data. Kegiatan dan tindakan serta diagnsosis yang ada didalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya di indeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen dan riset bidang kesehatan (14).

Kode klasifikasi penyakit oleh WHO *(World Health Organization)* bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cidera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. Sejak tahun 1993 WHO mengharuskan negara anggotanya termasuk Indonesia mengunakan klasifikasi penyakit revisi-10 (ICD-10), *International statistical Clasification Deseasses and Health Problem* 10 revisi ICD 10 menggunakan kode kombinasi yaitu menggunakan abjad dan angka (*alpha numeric*).

Kecepatan dan ketepatan pemberian kode dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksana yang menangani berkas rekam medis tersebut yaitu : ICD-10 terdiri dari beberapa volume yaitu :

1) Tenaga Medis dalam menetapkan Diagnosis;
2) Tenaga Rekam Medis sebagai pemberi kode;
3) Tenaga Kesehatan lainnya.

Penetapan Diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter (tenaga medis) yang terkait tidak boleh diubah oleh karenanya harus diagnosis yang ada dalam rekam medis diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yanag ada pada buku ICD-10.

Kelancaran dan kelengkapan pengisian rekam medis di instalasi rawat jalan dan rawat inap atas kerjasama tenaga medis dan tenaga kesehatan lain yang ada

dimasing-masing instalasi kerja tersebut. Hal ini seperti dijelaskan pasal 3 dan 4 Permenkes RI No. 794a/Menkes/Per/XII/1989 tentang Rekam Medis.

Untuk lebih meningkatan informasi dalam rekam medis, petugas rekam medis harus membuat kode sesuai dengan klasifikasi yang tepat. Disamping kode penyakit, berbagai tindakan lain juga harus di beri kode sesuai dengan klasifikasi masing-masing dengan menggunakan ICD-10 dan ICD 9 CM yaitu :

1) Volume 1 : berisi klasifikasi utama atau tabulasi;
2) Volume 2 : berisi petunjuk penggunaan ICD;
3) Volume 3 : berisi indeks alfabetik penyakit.

Didalam ICD 10 volume 3 terdiri dari 3 *section* yaitu :

1) *Section* 1 : berisi indeks penyakit;
2) *Section* 2 : berisi indeks sebab penyakit/akibat cidera luar;
3) *Section* 3 : berisi indeks akiabt penggunaan obat-obatan dan bahan kimia.

Kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada di dalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya diindeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen dan riset bidang kesehatan (14).

d. Tabulasi (*Indexing*)

Indexing adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat ke dalam indeks-indeks (dapat menggunakan kartu indeks atau komputerisasi) didalam kartu indeks tidak boleh mencantumkan nama pasien (14).

Jenis indeks yang dibuat:

1) Indeks pasien

(1) Pengertian

Indeks pasien adalah satu tabulasi kartu katalog yang berisi nama semua pasien yang pernah berobat di rumah sakit.Informasi yang ada didalam kartu ini adalah:

(a) Halaman depan : Nama lengkap, Kelamin, Umur, Alamat, Tempat dan Tanggal Lahir, Pekerjaan;

(b) Halaman Belakang : Tanggal Masuk, Tanggal Keluar, Hasil Penunjang Medis, Dokter, No Rekam Medis.

(2) Ukuran

Ukuran kartu indeks penderita tergantung dari banyak sedikitnya penderita yang berobat di rumah sakit. Ukuran yag dianjurkan adalah 12,5x7,5 cm. Untuk rumah sakit yang sangat banyak penderita rawat jalannya dianjurkan menggunakan kartu dengan ukuran (4,25x7,5 cm).

(3) Kegunaan

Kartu indeks penderita dapat digunakan sebagai kunci untuk menemukan berkas rekam medis seorang penderita.

(4) Cara penyimpanan

Kartu indeks disusun alpabet seperti susunan kata-kata dalam kamus. Jika seorang penderita datang kembali dengan mengatakan bahwa dia telah bersuami, kartu yang sekarang harus dibuat catatan petunjuk (tanda lihat atau tanda X) dengan kartunya yang dulu dan sebaliknya.

(5) Lama Penyimpanan

Lama Penyimpanan kartu indeks penderita sama dengan lama penyimpanan berkas rekam medis.

(6) Alat Penyimpanan

(a) Menggunakan lemari 8 laci engan 3 kotak pada setiap laci. Rata-rata 100 kartu dapat diletakkan pada setiap 2,5 cm, sehingga satu lemari besi 8 laci dengan 3 kotak tersebut dapat menyimpan 63.000 kartu;

(b) Menggunakan alat yang berkotak-kotak yang dapat di putar;

(c) Penyimpanan Data Pasien yang menggunakan sistem komputerisasi dapat disimpan sebagai Data Dasar Pasien yang akan tersimpan secara baku didalam Data Dasar Pasien di Rumah Sakit.

2) Indeks Penyakit (Diagnosis) dan Operasi

(1) Pengertian

Indeks penyakit dan Indeks Operasi adalah tabulassi yang berisi kode penyakit dan kode operasi pasien yang berobat di rumah sakit.

Informasi yang ada didalam kartu ini adalah:

(a) Nomor Kode;

(b) Judul, Bulan, Tahun;

(c) Nomor Penderita;

(d) Jenis Kelamin;

(e) Umur.

Untuk indeks operasi ditambah : Dokter Bedah, Dokter Anastesi, hari pra operasi, post operasi, pasien keluar (meninggal, sembuh, cacat).

Untuk indeks penyakit ditambah : Diagnosa lain, dokter lain, hari perawatan, meninggal/keluar (sembuh, cacat).

(2) Kegunaan

(a) Untuk mengambil berkas rekam medis tertentu, guna keperluan-keperluan sebagai berikut:

1) Mempelajari kasus-kasus terdahulu dari suatu penyakit untuk memperoleh pengertian tentang penanggulangan terhadap penyakit-penyakit/masalah-masalah kesehatan pada saat ini;

2) Untuk menguji teori-teori membandingkan data-data tentang penyakit/pengobatan dalam rangka penyuguhan tulisan-tulisan ilmiah;

3) Menyuguhkan data menggunakan fasilitas rumah sakit untuk menyusun keperluan alat-alat baru, tempat tidur dan lain-lain;

4) Menilai kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit.

(b) Menyuguhkan data pelayanan yang diperlukan dalam survey kemampuan rumah sakit;

(c) Menemukan berkas rekam medis dimana dokternya hanya ingat diagnosa atau operasinya, sedangkan nama pasien yang bersangkutan lupa;

(d) Menyediakan materi pendidikan untuk mahasiswa kedokteran, perawat dll.

(3) Cara Penyimpanan

Kartu-kartu indeks disimpan dalam laci menurut nomor urut.Secara periodik harus diamati kemungkinan kesalahan penyimpanan kartu-kartu indeks, kartu indeks harus tampak rapi, tulisannya gampang dibaca, pengisiannya harus dengan tinta atau dengan mesin ketik. Pada akhir tahun baris terakhir dibawahnya dibuat garis warna merah pada setiap kartu.

3) Indeks Dokter

(1) Pengertian

Indeks dokter adalah satu tabulasi data yang berisi nama dokter yang memberikan pelayanan medik kepada pasien.

(2) Kegunaan: Untuk menilai kinerja Dokter, Bukti pengadilan.

4) Indeks Kematian

Informasi yang tetap dalam indeks kematian :

(1) Nama Penderita;

(2) Nomor Rekam Medis;

(3) Jenis kelamin;

(4) Umur;

(5) Kematian : kurang dari sejam post operasi;

(6) Dokter yang merawat;

(7) Hari perawatan;

(8) Wilayah.

Kegunaan indeks kematian : statistik menilai mutu pelayanan dasar, menambah dan meningkatkan peralatan/tenaga.

Cara penyimpanan indeks kematian : disusun menurut nomor indeks kematian (14).

e. *Analising*

Analising merupakan Unit Rekam Medis (URM) yang berfungsi sebagai penganalisis dan pelapor dalam sistem pelayanan rekam medis, sebagai penganalisis semua data rekam medis yang masuk ke Unit Rekam Medis (URM) untuk diolah menjadi informasi yang disajikan dalam laporan guna pengambilan keputusan manajemen dirumah Sakit (14).

1) Analisa Rekam Medis
2) Analisa Mutu Rekam Medis
   (1) Mutu dalam pengisian memang menjadi tanggung jawab para tenaga kesehatann. Sebab merekalah yang melaksanakan perekaman medis. Hal ini juga dijelaskan dalam UU Praktik Kedokteran No.29 tahun 2004 pasal 46 ayat 1 setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis;
   (2) Selanjutnya dalam ayat 2 disebutkan bahwa “Rekam Medis Sebagaimana dimaksud pada ayat 1 harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan;

(3) Dalam ayat 3 disebutkan bahwa setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan.

Sewaktu berkas rekam medis tiba di instalassi rekam medis maka petugas yang menerimanya harus memeriksa apakah berkas rekam medis yang diterima tersebut telah lengkap secara kualitas maupun kuantitas. Kegiatan ini disebut penganalisaan mutu (*qualitative analysis*). Yang dilakukan petugas rekam medis dalam penganalisaan mutu rekam medis antara lain :

1) Rekam Medis yang mengandung unsur ketidak tepatan ataupun bila ada penghapusan yang dapat menyebabkan Rekam Medis menjadi tidak akurat dan tidak lengkap;
2) Untuk melaksanakan tugas penganalisaan biasanya tugas ini dilakukan oleh petugas rekam medis yang sudah mahir dan mendapat pendidikan khusus. Yaitu diperlukanpengetahuan tentang ilmu terminologi medis, anatomi, fisiologi, dasar-dasar proses kepenyakitan, isi rekam medis, dan standar medis yang digunakan;
3) Berdasarkan penjelasan pasal 46 UU Praktik Kedokteran No.29 ayat 2 bahwa Dalam hal terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis, berkas dan catatan tidak boleh dihilangkan atau dihapus dengan cara apapun. Perubahan catatan atau kesalahan dalam rekam medis hanya dapat dilakukan dengan pencoretan dan dibubuhi paraf petugas yang bersangkutan;

4) Selanjutnya pada penjelasan pasal 46 ayat 3 menyatakan Yang dimaksud dengan petugas adalah dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien. Apabila dalam pencatatan rekam medis menggunakan teknologi informasi elektronik, kewajiban membubuhi tanda tangan dapat diganti dengan menggunakan nomor identitas pribadi *(personal identification number).*

Jadi bila ada berkas rekam medis yang juga tidak memenuhi kebutuhan ketepatan diatas maka petugas rekam medis wajib meminta dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan terhadap pasien untuk melengkapinya. Petugas Rekam Medis hanya boleh memasukkan berkas rekam medis yang telah lengkap kedalam rak penjajaran *(filling shelves)* (14).

f. Korespondensi

Pengertian korespondensi atau surat menyurat. Korespondensi Rekam Medis adalah surat menyurat yang berhubungan dengan rekam medis. Adapun surat menyurat rekam medis terbagi atas berbagai jenis surat yaitu (14):

1) Resume Medis

Pengertian Resume Medis adalah ringkasan kegiatan pelayanan medis yang diberikan oleh tenaga kesehatan khususnya dokter selama masa perawatan hingga pasien keluar baik keadaan hidup maupun meninggal.

2) Formulir asuransi yang terkait dengan pelayanan kesehatan

Formulir asuransi yang terkait dengan pelayanan kesehatan adalah yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter dan telah ditanda tangani oleh pasien untuk memberikan kuasa kepada pihak Rumah Sakit untuk memberikan informasi kesehatan mengenai dirinya kepada pihak asuransi.

3) Surat Keterangan Medis

Surat keterangan medis diberikan kepada pasien yang berisi keterangan mengenai kondisi kesehatan pasien dan dapat dipergunakan sebagai mana mestinya. Misalnya surat keterangan medis mengenai kondisi pribadi pasien untuk keperluan belajar, tes kesehatan, berobat keluar, studi banding.

Prosedur Korespondensi meliputi hal-hak sebagai berikut :

1) Menerima konsep *resume* yang telah dibuat oleh dokter yang merawat yang terdapat didalam berkas rekam medis pasien keluar rawat yag telah di *assembling* dan melakukan kegiatan pengecekan kelengkapan berkas rekam medis saat berkas kembali ke ruang rekam medis sesuai dengan data keadaan pasien tersebut;
2) Konsep *resume* yang telah diteliti kebenarannya diketik dengan komputer dan diprint rangkap dua menyerahkan resume tersebut kepada dokter yang merawat untuk meminta tanda tangan;
3) Menyerahkan print *out* asli pertama kebagian keuangan, dan memasukkan print out kedua kedalam file rekam medis dan mencatatnya dalam buku kegiatan korespondensi rekam medis. Konsep

resume disimpan didalam *outner* sebagai arsip pokok urusan korespondensi dan pengendalian mutu rekam medis;

4) Melakukan kegiatan pengetikan atas permintaan korespondensi lainnya, seperti:
   (1) Surat Keterangan Medis;
   (2) Surat Keterangan Lahir;
   (3) Resume Melahirkan;
   (4) Resume Kelahiran Bayi;
   (5) Korespondensi rekam medis lainnya.
5) Membuatkan surat bukti penerimaan atas klaim biaya perawatan pasien, baik dari perusahaan penanggung biaya pasien, perusahaan asuransi, asuransi perusahaan dan pihak ke tiga yang memerlukan informasi kesehatan (berdasarkan surat kuasa atau surat izin tertulis dari dokter dan pasien) untuk kepentingan pasien;
6) Melakukan pembukuan dan tanda terima sebagai bukti penyerahan atas permintaan informasi kesehatan pasien dengan bukti pelepasan informasi yang bermaterai cukup (14).

g. Pelaporan dan Statistik Rumah Sakit Berdasarkan Rekam Medis

Pelaporan Rumah Sakit merupakan suatu alat organisasi yang bertujuan untuk dapat menghasilkan laporan secara cepat, tepat dan akurat yang secara garis besar jenis pelaporan rumah sakit dapat dibedakan menjadi dua kelompok (14):

1) Laporan *Intern* Rumah Sakit

Laporan *Intern* Rumah Sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit. Jenis laporan tersebut meliputi :

(1) Pasien masuk rumah sakit di klasifikasikan menjadi :

a) Pasien Umum;

b) Pasien Kebidanan;

c) Pasien Anak;

d) Bayi lahir di Rumah Sakit;

e) Bayi kiriman dari luar.

(2) Pasien keluar rumah sakit di klasifikasikan menjadi :

a) Pasien Umum;

b) Pasien kebidanan;

c) Pasien Anak;

d) Bayi lahir di Rumah Sakit;

e) Bayi kiriman dari luar.

(3) Pasien meninggal di rumah sakit di klasifikasikan menjadi :

a) Pasien Umum;

b) Pasien meninggal kurang dari 48 jam;

c) Pasien meninggal lebih dari 48 jam;

d) Pasien DOA;

e) Pasien *Stillbirth;*

f) *Net Death Rate* (NDR);

g) *Gross Death Rate* (GDR);

h) *Maternal Death Rate* (MDR).

(4) Lamanya pasien dirawat di klasifikasikan menjadi :

a) Pasien Umum;

b) Pasien kebidanan;

c) Pasien Anak;

d) Bayi lahir di Rumah Sakit;

e) Bayi kiriman dari luar.

(5) Hari perawatan pasien (HP) di klasifikasikan menjadi :

a) Pasien Umum;

b) Pasien kebidanan;

c) Pasien Anak;

d) Bayi lahir di Rumah Sakit;

e) Bayi kiriman dari luar.

(6) Persentasi pemakaian tempat tidur *Bed Ocupanccy Rate* (BOR), di klasifikasikan menjadi :

a) Pasien Umum;

b) Pasien kebidanan;

c) Pasien Anak;

d) Bayi lahir di Rumah Sakit;

e) Bayi kiriman dari luar.

(7) Kegiatan persalinan di klasifikasikan menjadi :

a) Letak belakang kepala;

b) *Vacum Ekstraksi;*

c) *Seksio sesarea;*

d) *Forcep.*

(8) Kegiatan pembedahan dan tindakan medik lain, diklasifikasikan menjadi :

a) Operasi Besar;

b) Operasi Sedang;

c) Operasi Kecil.

(9) Kegiatan Rawat jalan meliputi :

a) Laporan pengunjung pasien;

b) Laporan kunjungan pasien;

c) Laporan konsultasi;

d) Laporan kegiatan imunisasi;

e) Laporan kegiatan keluarga berencana;

f) Laporan kegiatan penunjang medis.

Sensus harian menjadi dasar dalam pelaksanaan pembuatan pelaporan rumah sakit yang kegiatannya dihitung mulai jam 00.00 s/d 24.00 setiap harinya.

2) Laporan *Ektern* Rumah Sakit

Laporan *ektern* rumah sakit ditujukan kepada Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI (DITJEN YANMED), Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pelaporan *ekstern* rumah sakit dibuat sesuai dengan kebutuhan Departemen Kesehatan RI yang meliputi :

(1) Data Kegiatan RS (RL.1);

(2) Data Keadaan Morbiditas Irna (RL.2a);

(3) Data Keadaan Morbiditas Irja (RL. 2b);

(4) Data Keadaan Penyakit Khusus Irna (RL.2a1,);

(5) Data Keadaan Penyakit Khusus Irja (RL.2b1);

(6) Data Status Imunisasi (RL.2c);

(7) Data Individual Pasien IRNA;

a) Pasien Umum (RL.2.1);

b) Pasien Obstetri (RL.2.2);

c) Bayi Baru lahir (RL.2.3);

(8) Data Inventarisasi Yankes RS (RL.3);

(9) Data Ketenagaan RS (RL.4);

(10) Data Individual Ketenagaan RS (RL.4a);

(11) Data Peralatan Medis RS (RL.5)(14).

h. Sistem Penyimpanan Rekam Medis (*Filing System*)

Sebelum menentukan sistem yang akan dipakai perlu terlebih dahulu mengetahui bentuk penyimpanan yang diselenggarakan didalam pengelolaan instalasi rekam medis. cara penyimpanan yang diselenggarakan rekam medis adalah (14):

1) Sentralisasi

Sentralisasi ini diartikan penyimpanan rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan-catatan kunjungan poliklinik maupun

catatan-catatan selama seorang pasien dirawat. Penggunaan sistem sentralisasi memiliki kebaikan dan juga ada kekurangannya.

Adapun Kebaikannya adalah :

(1) Mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan berkas Rekam Medis;
(2) Mengurangi jumlah biaya yang dipergunakan untuk peralatan dan ruangan;
(3) Tata kerja dan peraturan mengenai kegiatan pencatatan medis mudah di standarisasikan;
(4) Memungkinkan peningkatan efisiensi kerja petugas penyimpanan;
(5) Mudah untuk menerapkan sistem *unit record*.

Adapun Kekurangannya adalah:

(1) Petugas menjadi lebih sibuk, karena harus menangani Unit Rawat Jalan dan Unit Rawat Inap;
(2) Tempat penerimaan pasien harus bertugas selama 24 jam.

2) Desentralisasi

Dengan cara desentralisasi terjadi pemisahan antara rekam medis poliklinik dengan rekam medis penderita dirawat. Berkas rekam medis rawat jalan inap disimpan tempat penyimpanan yang terpisah.

Adapun Kebaikannya adalah:

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

Adapun Kekurangannya adalah:

(1) Terjadi duplikasi dalam pembuatan rekam medis;

(2) Biaya yang diperlukan untuk peralatan dan ruangan lebih banyak.

3) Fasilitas Fisik Ruang Penyimpanan

Alat penyimpanan yang baik,penerangan yang baik, pengaturan suhu, dan pemeliharaan ruangan. Faktor keselamatan kerja petugas penting untuk dijadikan perhatian dalam di ruang penyimpanan rekam medis sehingga dapat membantu memelihara dan mendorong semangat kerja serta dapat meningkatkan produktivitas petugas yang bekerja di bagian ruang penyimpanan (14).

Alat penyimpanan rekam medis yang umum dipakai adalah :

(1) Rak terbuka (*open self file* unit);

(2) Lemari lima laci (*five-drawer file cabinet*);

(3) *Roll O'Pack* (terdiri dari rak file statis dan dinamis).

Rak terbuka lebih dianjurkan pemakainnya, dengan alasan :

(1) Harganya lebih murah;

(2) Petugas dapat mengambil dan menyimpan rekam medis lebih cepat;

(3) Menghemat ruangan dengan menampung lebih banyak rekam medis dan tidak terlalu makan tempat.

Jarak antara dua buah rak untuk lalu lalang, dianjurkan selebar 90 cm, jika menggunakan jari lima laci satu baris, ruangan lowong didepannya harus 90 cm jika diletakkan saling berhadapan harus disediakan ruang lowong paling tidak 150 cm. Untuk memungkinkan terbuka laci-laci

tersebut. Lemari lima laci memang tampak lebih rapi dan rekam medis terlindung dari debu dan kotoran luar. Namun satu pemeliharaan kebersihan yang baik, akan memelihara rekam medis tetap rapi dalam hal penggunaan rak-rak terbuka.

4) Petunjuk Penyimpanan

Pada deretan map-map rekam medis yang disimpan di rak harus diberi tanda petunjuk guna mempercepat pekerjaan menyimpan dan menemukan rekam medis. Jumlah petunjuk tergantung dari rata-rata tebalnya sebagian besar map-map rekam medis tersebut.Untuk map-map rekam medis yang tebalnya sedang diberi petunjuk setiap 50 map. Makin tebal map-map rekam medis makin banyak petunjuk yang harus dibuat. Rekam medis yang aktif lebih banyak memerlukan petunjuk daripada rekam medis yang kurang aktif. Dalam menentukan jumlah petunjuk dapat dipakai rumus yaitujumlah nomor rekam medis dan jumlah rekam medis diantara petunjuk (14).

Jumlah rekam medis dihitung berdasarkan jumlah panjang rak penyimpanan (inchi,meter) dibagi dengan jumlah rata-rata rekam medis pada setiap inchi/meter panjang rak. Dalam sistem nomor langsung, terus menerus harus dibuat petunjuk yang baru, sama halnya dengan sistem nomor tengah. Sedangkan dalam sistem nomor akhir (terminal digit) petunjuk ini bersifat permanen (14).

(1) Sampul Pelindung Rekam Medis

Rekam medis harus diberi sampul pelindung untuk :

a) Memelihara keutuhan susunan lembaran-lembaran rekam medis;

b) Mencegah terlepas atau tersobeknya lembaran, sebagai akibat sering dibolak-balik lembaran tersebut.

Sampul yang sering dipakai adalah Sampul pelindung, Map, Amplop. Sampul pelindung dilengkapi dengan penjepit (*fastener*) untuk mengikat lembaran-lembaran pada sampul. Penjepit dipasang pada bagian atas lembaran-lembaran rekam medis atau disebelah kiri seperti lembaran buku.

(2) Ketentuan Kerja dan Prosedur Penyimpanan Lainnya.

a) Keselamatan

Faktor keselamatan harus diutamakan pada bagian penyimpanan rekam medis yaitu :

(a) Peraturan keselamatan harus tertulis dengan jelas disetiap bagian penyimpanan dan harus dicetak jangan sampai terjadi seorang petugas terjatuh ketika mengerjakan penyimpanan pada rak-rak terbuka yang letaknya diatas;

(b) Harus tersedia tangga anti tergelincir;

(c) Ruang gerak untuk bekerja selebar meja tulis, harus memisahkan rak-rak penyimpanan;

(d) Penerangan lampu yang cukup baik, menghindarkan kelelahan penglihatan petugas;

(e) Harus tersedia rak-rak penyimpanan yang dapat diangkat dengan mudah atau rak-rak beroda;

(f) Perlu perhatikan pengaturan suhu ruangan, kelembaban, pencegahan debu dan pencegahan bahaya kebakaran.

i. Pengambilan Rekam Medis (*Retrieval*)

Permintaan-permintaan rutin terhadap rekam medis yang datang dari poliklinik, dari dokter yang melakukan riset, harus ditujukan ke bagian rekam medis setiap hari pada jam yang telah ditentukan.Poliklinik yang meminta rekam medis untuk melayani pasien perjanjian yang datang pada hari tertentu bertugas membuat (mengisi) kartu peminjaman Rekam Medis. Petugas harus menulis dengan benar dan jelas nama penderita dan nomor rekam medisnya (14).

Untuk permintaan-permintaan langsung dari dokter dan bagian administrasi, surat permintaan dapat diisi langsung oleh petugas bagian rekam medis sendiri.Permintaan peminjaman rekam medis yang tidak rutin, seperti untuk pertolongan unit gawat darurat, unit rawat inap harus dipenuhi sesegera mungkin. Permintaan lewat telepon dapat juga dilayani petugas instalasi rekam medis harus menulis surat permintaan dari bagian lain yang meminta.

Petugas dari bagian lain yang meminta, harus datang sendiri untuk mengambil rekam medis yang diminta keunit/bagian rekam medis. Surat permintaan biasanya berbentuk satu formulir yang berisi nama penderita dan nomor rekam medis, nama poliklinik atau nama bagian/orang yang meminjam, tanggal pinjam rekam medis, dan tanggal jatuh tempo pengembalian rekam medis.

Formulir tersebut biasanya dibuat rangkap tiga, satu ditempelkan pada rekam medisnya, satu disimpan sebagai tanda bukti keluarnya rekam medis pada

rak penyimpanan dan satu ditinggal dipoliklinik/bagian yang meminjam berkas rekam medis tersebut. Pada saat rekam medisnya kembali kedua duplikat surat permintaan dibuang.Kartu permintaan rekam medis dapat dibuat dari kertas biasa dengan ukuran 10,5 x 7 cm (14).

Adapun tata cara pengambilan kembali Rekam Medis menurut pedoman penyelenggara dan prosedur rekam medis adalah :

1) Pengeluaran Rekam Medis ketentuan pokok yang harus ditaati ditempat penyimpanan adalah:
   (1) Rekam medis tidak boleh keluar dari ruang penyimpanan rekam medis, tanpa tanda keluar/kartupeminjaman rekam medis. Peraturan ini tidak hanya berlaku orang-orang diluar rekam medis, tetapi juga bagi petugas rekam medis sendiri;
   (2) Seorang yang menerima/meminjam rekam medis, berkewajiban untuk mengembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktunya. Dan harus dibuat ketentuan berapa lama jangka waktu peminjaman berkas rekam medis, atau rekam medis berada diluar ruang penyimpanan rekam medis. Seharusnya setiap berkas rekam medis kembali lagi ke raknya pada setiap mencari informasi yang diperlukan;
   (3) Rekam medis tidak dibenarkan berada diluar rumah sakit, kecuali atas perintah pengadilan;
   (4) Dokter-dokteratau pegawai-pegawai rumah sakit yang berkepentingan dapat meminjam rekam medis, untuk dibawa

keruang kerjanya selama jam kerja, tetapi semua rekam medis harus dikembalikan keruang rekam medis pada akhir jam kerja;

(5) Apabila beberapa rekam medis akan digunakan selama beberapa hari, rekam medis tersebut disimpan dalam tempat sementara ruang rekam medis;

(6) Kemungkinan rekam medis dipergunakan oleh beberapa orang, dan berpindah dari satu orang ke lain orang harus dilakukan dengan mengisi "Kartu Pindah Tangan" karena dengan cara ini rekam medis tidak perlu bolakbalik dikirim kebagian rekam medis. Kartu pindah tangan ini dikirimkan kebagian rekam medis, untuk diletakkan sebagai petunjuk keluarnya rekam medis, kartu pindah tangan tersebut berisi : tanggal, pindah tangan dari siapa,kepada siapa, untuk keperluan apa, dan digunakan oleh dokter siapa.

2) Petunjuk Keluar (Kartu Pinjam/*Tracer*)

Petunjuk keluar adalah suatu alat yang penting untuk mengawasi penggunaan rekam medis. Dalam penggunaanya "Petunjuk Keluar" ini diletakkan sebagai pengganti pada tempat berkas rekam medis yang diambil (dikeluarkan) dari rak penyimpanan. Kartu pinjam/petunjuk keluar tetap berada di rak file tersebut. Sampai berkas rekam medis yang diambil (dipinjam) kembali ke tempat semula.

Petunjuk keluar yang palling umum dipakai berbentuk kartu yang dilengkapidengan kantong tempel tempat menyimpan surat pinjam. Kartu pinjam/petunjuk keluar ini dapat diberiwarna, yang maksudnya untuk

mempercepat petugas melihat tempat-tempat penyimpanan kembali berkas rekam medis yang bersangkutan. Petunjuk keluar ini haruslah dibuat dari bahan (kertas) yang keras dan kuat (14).

2.3.5.Penyimpanan rekam medis

Rekam Medis harus disimpan dan dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, dan pimpinan sarana kesehatan. Batas waktu lama penyimpanan menurut peraturan menteri kesehatan paling lama lima tahun, terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan. Persetujuan tindakan medik dan ringkasan pulang disimpan sepuluh tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut. Rekam medis pada sarana pelayanan non rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu dua tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat. Sebagaimana dalam dalam Undang Undang Praktik Kedokteran pasal 47 ayat 2 Rekam Medis sebagaimana dimaksud pada ayat 1 harus dijaga kerahasiannya oleh dokter atau dokter gigi dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan (13). PERMENKES 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis pada pasal 14 pimpinan sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan, dan/atau penggunaan oleh atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis (6).

2.4. Rawat Jalan

Rawat jalan atau disebut poliklinik merupakan pelayanan dimana pasien melakukan antri untuk mendapatkan pelayanan yang diberikan melalui registrasi pasien, pembayaran di kasir, transaksi pemberian obat dan penggunaan alat (15). Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan di pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat:

a. Identitas pasien;
b. Tanggal dan waktu;
c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurngnya keluhan dan riwayat penyakit;
d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis;
e. Diagnosis;
f. Rencana pelaksanaan;
g. Pengobatan dan tindakan;
h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan ondontogram klinik;
j. Persetujuan tindakan bila diperlukan (6).

2.5. Sumber Daya Manusia

2.5.1.Pengertian Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusi (SDM) adalah salah satu faktor kunci dalam reformasi suatu bangsa, yakni bagaimana menciptakan SDM yang berkualitas dan memiliki keterampilan, serta berdaya saing tinggi dalam persaingan global. Berdasarkan

World Health Organization (WHO), SDM kesehatan adalah semua orang yang kegiatan pokoknya ditujukan untuk meningkatkan kesehatan (16) Pembinaan penyelenggaraan pengembangandan pemberdayaan SDM Kesehatan di berbagai tingkatan dan atau organisasi memerlukan komitmen yang kuat dari pemerintah dan dukungan peraturan perundang-undangan mengenai pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan tersebut. Pembinaan dan pengawasan praktik profesi bagi tenaga kesehatan profesi dilakukan melalui sertifikasi, registrasi, uji kompetensi dan pemberian lisensi bagi tenaga kesehatan yang memenuhi syarat Manajemen sumber daya manusia adalah proses pengelolaan manusia, melalui perencanaan, rekrutmen, seleksi pelatihan, pengembangan, pemberian kompensasi, karier, keselamatan dan kesehatan serta menjaga hubungan inustrial sampai pemutusan hubungan kerja guna mencapai tujuan perusahaan dan peningkatan kesejahteraan *stakeholder*(17).

2.6. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

2.6.1. Sistem Informasi

Sistem merupakan kumpulan elemen yang saling berhubungan satu sama lain yang membentuk satu kesatuan dalam usaha mencapai suatu tujuan (18). Informasi adalah hasil pemrosesan data yang dieroleh dari setiap elemen sistem tersebut menjadi bentuk yang mudah dipahami dan merupakan pengetahuan yang relevan yang dibutuhkan oleh orang untuk menambah pemahamannya terhadap fakta-fakta yang ada. Manajemen terdiri dari proses atau kegiatan yang dilakukan oleh pengelola perusahaan seperti merencanakan (menetapkan strategi, tujuan

dan arah tindakan), mengorganisasikan, mengkoordinir dan mengendalikan operasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (18).

Sistem informasi adalah sekumpulan komponen pembentuk sistem yang mempunyai keterkaitan antara satu komponen dengan komponen lainnya yang bertujuan menghasilkan suatu informasi dalam suatu bidang tertentu. Dalam sistem informasi diperlukannya klasifikasi alur informasi, hal ini disebabkan keanekaragaman kebutuhan akan suatu informasi oleh pengguna informasi. Kriteria dari sistem informasi antara lain, fleksibel, efektif dan efisien (19).

2.6.2. Sistem Informasi Manajemen

Sistem Informasi Manajemen didefinisikan sebagai suatu sistem yang berbasis komputer yang menyediakan informasi bagi beberapa pemakai yang mempunyai kebutuhan yang serupa (18).

2.6.3. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) adalah suatu tatanan yang berurusan dengan pengumpulan data, pengelolaan data, penyajian informasi, analisis dan penyimpulan informasi serta penyampaian informasi yang dibutuhkan untuk kegiatan rumah sakit.Sebuah sistem informasi rumah sakit idealnya mencakup integrasi fungsi-fungsi klinikal (medis), keuangan, serta manajemen yang nantinya merupakan sub sistem dari sebuah sistem informasi rumah sakit. Subsistem ini merupakan unsur dari sistem informasi rumah sakit yang tugasnya menyiapkan informasi berdasarkan fungsi-fungsi yang ada untuk

menyederhanakan pelayanan padasuatu rumah sakit. Teknologi informasi merupakan salah satu teknologi yang sedang berkembang dengan pesat pada saat ini. Dengan kemajuan teknologi informasi, pengaksesan terhadap data atau informasi yang tersedia dapat berlangsung dengan cepat, efisien serta akurat (19). Berdasrkan PERMENKES RI No 82 tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit pasal 3 ayat (1) setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan SIMRS (7).

2.7. Standar Prosedur Operasional

2.7.1.Pengertian Standar Prosedur Operasional

Standar prosedur operasional (SPO) adalah suatu perangkat lunak pengatur, yang mengtur tahapan suatu proses kerja atau prosedur kerja tertentuu oleh karena itu prosedur kerja yang dimaksud bersifat tetap, rutin, dan tidak berubah-ubah, prosedur kerja tersebut dibakukan menjadi dokumen tertulis yang disebut *standart operating procedure* atau disingkat SOP. Dokumen tertulis ini selanjutnya dijadikan standar bagi pelaksanaan prosedur kerja tertentu tersebut (20).

2.7.2.Tujuan dan Manfaat Standar Prosedur Operasional (SPO)

Tujuan SPO adalah menciptakan komitmen mengenai apa yang dikerjakan oleh satuan unit kerja instansi pemerintahan untuk mewujudkan *good governance*. Tujuan utama dari penyusunan SPO adalah untuk mempermudah setiap proses kerja dan meminimalisir adanya kesalahan di dalam proses pengerjaannya.

Adapun tujuan dari penyusunan SPO diantaranya :

a. Agar petugas atau pegawai menjaga konsistensi dan tingkat kinerja petugas;
b. Agar mengetahui dengan jelas peran dan fungsi setiap posisi dalam organisasi;
c. Memperjelas alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas atau pegawai terkait;
d. Melindungi organisasi atau unit kerja dan petugas atau pegawai dari malpraktek atau kesalahan administrasi lainnya;
e. Untuk menghindari kegagalan atau kesalahan, keraguan, duplikasi dan inefisiensi;
f. Memberikan keterangan tentang dokumen-dokumen yang dibutuhkan dalam suatu proses kerja;

Adapun manfaat yang didapat dengan pembuatan SPO ini diantaranya:

a. Efisiensi Waktu, karena semua proses menjadi lebih cepat ketika pekerjaan itu sudah terstruktur secara sistematis dalam sebuah dokumen tertulis;
b. Memudahkan tahapan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat sebagai konsumen dilihat dari sisi kesederhanaan alur pelayanan;
c. Kesungguhan pegawai dalam memberikan pelayanan, terutama terhadap konsistensi waktu kerja sesuai ketentuan yang berlaku. Ini merupakan standardisasi bagaimana seorang pegawai menyelesaikan tugasnya;
d. Dapat digunakan sebagai sarana untuk mengkomunikasikan pelaksanaan suatu pekerjaan;

e. Dapat digunakan sebagai sarana acuan dalam melakukan penilaian terhadap proses layanan. Jika pegawai bertindak tidak sesuai dengan SPO berarti dia memiliki nilai kurang dalam melakukan layanan;

f. Dapat digunakan sebagai sarana mengendalikan dan mengantisipasi apabila terdapat suatu perubahan sistem;

g. Dapat digunakan sebagai daftar yang digunakan secara berkala oleh pengawas ketika diadakan audit. SPO yang valid akan mengurangi beban kerja. Bersamaan dengan itu dapat juga meningkatkan *comparability, credibility dan defensibility;*

h. Membantu pegawai menjadi lebih mandiri dan tidak tergantung pada intervensi manajemen, sehingga akan mengurangi keterlibatan pimpinan dalam pelaksanaan proses sehari-hari;

i. Mengurangi tingkat kesalahan dan kelalaian yang mungkin dilakukan oleh seorang pegawai dalam melaksanakan tugas (21).

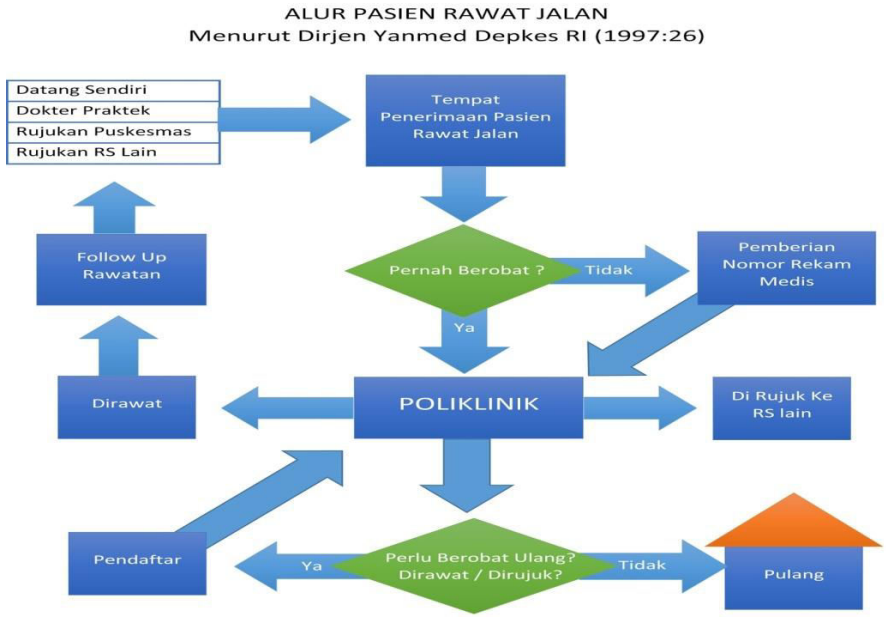
2.7.3.Prinsip-prinsip Standar Prosedur Operasional (SPO)

Dalam PERMENPAN PER/21/M-PAN/11/2008 disebutkan bahwa penyusunan SPO harus memenuhi prinsip-prinsip antara lain: kemudahan dan kejelasan, efisiensi dan efektivitas, keselarasan, keterukuran, dimanis, berorientasi pada pengguna, kepatuhan hukum, dan kepastian hukum.

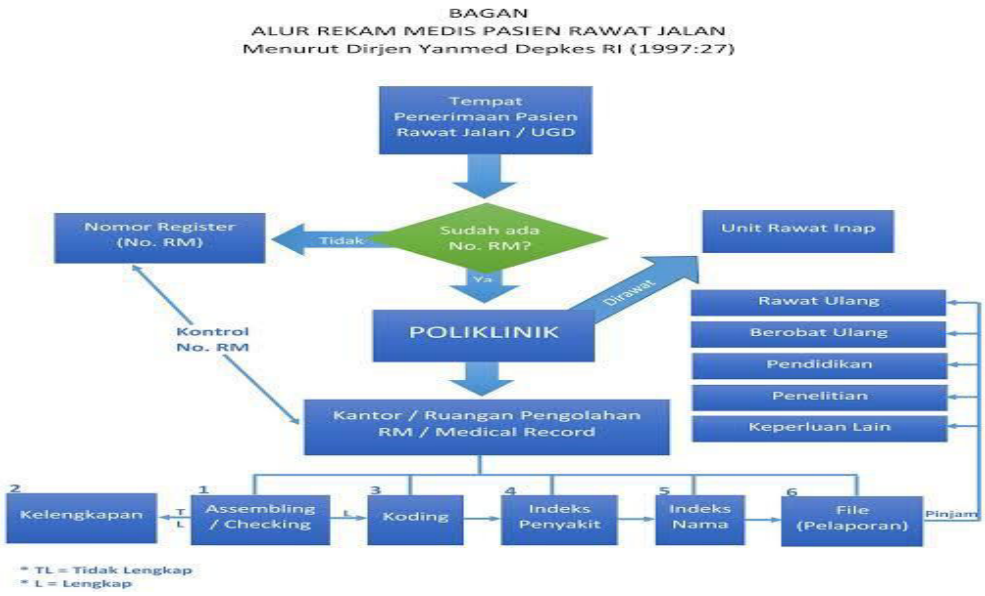
a. Konsisten. SPO harus dilaksanakan secara konsisten dari waktu ke waktu, oleh siapapun, dan dalam kondisi apapun oleh seluruh jajaran organisasi pemerintahan;

b. Komitmen. SPO harus dilaksanakan dengan komitmen penuh dari seluruh jajaran organisasi, dari level yang paling rendah dan tertinggi;
c. Perbaikan berkelanjutan. Pelaksanaan SPO harus terbuka terhadap penyempurnaan-penyempurnaan untuk memperoleh prosedur yang benar-benar efisien dan efektif;
d. Mengikat. SPO harus mengikat pelaksana dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan prosedur standar yang telah ditetapkan;
e. Seluruh unsur memiliki peran penting. Seluruh pegawai peran-peran tertentu dalam setiap prosedur yang distandarkan. Jika pegawai tertentu tidak melaksanakan perannya dengan baik, maka akan mengganggu keseluruhan proses, yang akhirnya juga berdampak pada proses penyelenggaraan pemerintahan;
f. Terdokumentasi dengan baik. Seluruh prosedur yang telah distandarkan harus didokumentasikan dengan baik, sehingga dapat selalu dijadikan referensi bagi setiap mereka yang memerlukan (21).

2.8. Landasan Teori



Gambar 2.1. Alur Pasien Rawat Jalan
(Sumber: Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Depkes 1997)



Gambar 2.2. Alur Berkas Rekam Medis Rawat Jalan
(Sumber: Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Depkes 1997)

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang dimaksudkan untuk menyelidiki keadaan, kondisi atau hal-hal lain (keadaan, kondisi, situasi, peristiwa, kegiatan), yang hasilnya dipaparkan dalam bentuk laporan penelitian. Penelitian kualitatif adalah prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriftif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan berperilaku yang dapat diamati yang diarahkan pada latar dan individu secara holistik (utuh) (22). Penggunaan desain penelitian deskriptif kualitatif dalam penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan tentang sistem pengelolan rekam medis rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Gunungtua tahun 2019.

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di bagian Rekam Medis dan Pelayanan Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Daerah Gunungtua. Waktu pelaksanaan penelitian ini adalah 9 januari 2019 sampai 15 juni 2019.

3.3. Teknik Pengumpulan Data

Penelitian kualitatif menggunakan berbagai metode pengumpulan data, seperti wawancara individual, wawancara kelompok, penelitian dokumen dan

arsip, serta penelitian lapangan. Antara metode satu dengan yang lainnya tidak saling terpisah, tetapi saling berkaitan dan saling mendukung untuk menghasilkan data yang sesuai kebutuhan (22). Teknik pengumpulan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1) Observasi (pengamatan)

Observasi merupakan metode yang paling dasar dan paling tua, karena dengan cara-cara tertentu kita selalu terlibat dalam proses mengamati. Istilah observasi diarahkan pada kegiatan memerhatikan secara akurat, mencatat fenomena yang muncul, dan mempertimbangkan hubungan antaraspek dalam fenomena tersebut. Observasi dalam penelitian kualitatif harus dalam konteks alamiah (naturalistik). Penelitian ini dilakukan dengan pengamatan secara langsung dalam pengelolaan rekam medis rawat jalan mulai dari pengambilan berkas pasien dari rak penyimpanan sampai kembalinya berkas ke rak penyimpanan. sehingga peneliti bisa melihat apakah pengelolaan rekam medis di RSUD Gunungtua sesuai dengan standar rekam medis indonesia.

2) Wawancara

Wawancara adalah suatu percakapan yang diarahkan pada suatu masalah tertentu, ini merupakan proses tanya jawab lisan, dimana dua orang atau lebih berhadap-hadapan secara fisik. Wawancara pada penelitian kualitatif merupakan pembicaraan yang mempunyai tujuan dan didahului beberapa pertanyaan informal. Penelitian ini menggunakan wawancara tatap muka antara peneliti dan responden dengan teknik wawancara mendalam

dengan berdasarkan *interview guide* yang telah disusun. Wawancara pada penelitian ini menggunakan pertanyaan terbuka, namun ada batasan dan alur pembicaraan serta ada pedoman wawancara yang digunakan sebagai kontrol untuk menggiring pertanyaan yang semakin melebar. Dalam proses wawancara ini peneliti juga mempergunakan alat bantu *voice recorder* yang telah disesuaikan agar tidak mengganggu jalanya proses wawancara. Tujuan dari wawancara ini untuk memperoleh data dari *stakeholders*, berupa informasi yang terkait pengelolaan rekam medis rawat jalan dan sistem manajemen informasi rumah sakit RSUD Gunungtua tahun 2019.

3) Dokumentasi

Dokumentasi adalah catatan peristiwa yang sudah berlalu yang berbentuk tulisan, gambar, atau karya monumental dari seorang. Studi dokumentasi merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara. Hasil penelitian akan lebih dapat dipercaya jika didukung oleh dokumen. dokumentasi yang dimaksud adalah semua jenis rekaman atau alat catatan data sekunder yang berkaitan dengan permasalahan penelitian seperti foto, buku-buku, arsip, atau dokumen lainya. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan media dokumentasi yang berupa Alur Pengelolaan Rekam Medis Rawat Jalan RSUD Gunungtua, Sumber Daya Manusia di Rekam Medis, dan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit RSUD Gunungtua. Cara ini digunakan untuk memperoleh data tertulis yang berhubungan dengan penelitian (22).

(1) Data primer

Sumber Data menggunakan data primer melalui wawancara dengan narasumber, serta dengan observasi langsung ke lapangan tentang gambaran pengelolaan Rekam Medis Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Gunungtua Tahun 2019.

(2) Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari dokumen Rekam Medis Rumah Sakit Umum Daerah Gunungtua. Data Sekunder ini dibutuhkan untuk melengkapi dan menunjang data primer yang berhubungan dengan permasalahan di dalam penelitian. Data sekunder dalam penelitian ini dijabarkan sebagai berikut:

a) Struktur Organisasi, dan SPO Rekam Medis RSUD Gunungtua;
b) Sumber Daya Manusia Rekam Medis RSUD Gunungtua;
c) Alur Rekam Medis Rawat Jalan RSUD Gunungtua;
d) Jumlah pasien perhari,perbulan, berkas keluar dan berkas kembali ke Rekam Medis;
e) Foto-foto dokumentasi penelitian.

3.4. Teknik Validasi Data

Penelitian kualitatif biasanya menggunakan teknik tringulasi dalam melakukan validasi (keabsahan) informasi, yaitu dengan melakukan wawancara dari 3 narasumber yang memiliki hubungan. Tringulasi adalah metode yang digunakan dalam penelitian kualitatif untuk memeriksa dan menetapkan validitas

dengan menganalisa dari berbagai perspektif. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik triangulasi Untuk menjaga keabsahan (Validasi) data yang dikumpulkan, yaitu :

a. Triangulasi Sumber data: dengan cara menggali kebenaran dan mengecek balik suatu informasi yang diperoleh melalui narasumber yang berbeda yaitu, Kepala Rekam Medis, Staf Rekam Medis dan Perawat Rawat Jalan RSUD Gunugtua;
b. Triangulasi Metode : dilakukan dengan cara membandingkan informasi atau data, yaitu yang didapat dari wawancara mendalam , pengkajian data dan observasi langsung dilapangan.

3.5. Analisa Data

Analisa data adalah sebuah kegiatan untuk mengatur, mengurutkan, mengelompokkan, memberi kode/tanda, dan mengkategorikannya sehingga diperoleh suatu temuan berdasarkan fokus atau masalah yang ingin dijawab. Analisa data kualitatif adalah pengujian sistematik dari sesuatu untuk menetapkan bagian-bagianya, hubungan antarkajian, dan hubungannya terhadap keseluruhannya, artinya semua analisis data kualitatif akan mencakup penelusuran data, melaui catatan-catatan (pengamatan lapangan untuk menemukan pola-pola yang dikaji oleh peneliti.

Analisa data penelitian ini dilakukan dengan menggunakan hasil wawancara dengan informan atau temuan penelitian, hasil observasi disertai tinjauan pustaka dan peraturan–peraturan yang berkaitan dengan penelitian, untuk mengetahui

perbedaan antara teori yang seharusnya dengan kenyataan yang ada sehingga didapatkan saran dan tindakan koreksi.

3.6. Informan

Dalam penelitian kualitatif istilah responden atau subjek penelitian disebut dengan istilah Informan, yaitu orang yang bisa memberikan informasi tentang data yang diinginkan peneliti yang berkaitan dengan penelitian yang dilaksanakan. Adapun teknik penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (23). Pelaksanan pengambilan sampel secara purposive ini antara lain:

a. Mula-mula peneliti mengidentifikasi semua karakteristik populasi, misalnya dengan mengadakan studi pendahuluan atau dengan mempelajari berbagai hal yang berhubungan dengan populasi;
b. Kemudian peneliti menetapkan berdasarkan pertimbangannya, sebagian dari anggota populasi menjadi sampel penelitian sehingga teknik pengambilan sampel secara purposive ini didasarkan pada pertimbangan pribadi peneliti sendiri(23). Kriteria Informan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

   Informan Utama:

   1) Atasan langsung Ruangan Rekam Medis;
   2) D III Rekam Medis;
   3) Pengalaman Kerja Minimal 5 tahun.

Informan penunjang

1) Pengalaman Kerja Minimal 5 Tahun.

Informan penelitian ini adalah Kepala Rekam Medis, Staf rekam medis 2 orang dari 25 orang, dan perawat rawat jalan 3 orang dari 16 orang di Rumah Sakit Umum Gunungtua