



JURNAL REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

Diterbitkan Oleh

**Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Semarang**

Gambaran Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis di Puskesmas Karang Pule Kota Mataram

Description Of Medical Record Document Provisions In Puskesmas Karang Pule Kota Mataram

Maria Yovita
Uswatun Hasanah
Reni Chairunnisah

*Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik
Medica Farma Husada Mataram
Dengan alamat Jalan Medica Farma No.1 Llingkungan Baturingggit Selatan, Sekarbela,
Kota Mataram-NTB
Email: mariayovita486@gmail.com , uswatun_nersuh@yahoo.com
renichairunnisah.fkm@gmail.com*

Abstract

The time for the provision of medical record documents from when the patient registers until the medical record documents are provided or found by officers with a minimum standard of service is 10 minutes. The purpose of this study was to determine the time description of the supply of medical record documents at the Karang Pule Health Center in Mataram City. The research design used is descriptive. The population in this study was 200 medical record documents with a total sample of 67 documents. The sampling technique used is accidental sampling. The results showed that the frequency distribution of old patient medical record documents 65 and new patient medical record documents 2. The average time needed to provide medical records for old patients is 1 minute 29 seconds and new patients 2 minutes 29 seconds. The average length of time for providing medical records in TPP is 51.65 seconds, Filling 17.64 seconds, 32 seconds distribution. Based on these results it can be concluded that when providing medical record documents at the Karang Pule Puskesmas it has met the minimum service standards, it is recommended to the Karang Pule Puskesmas to maintain and improve service quality.

Keywords: *Time of supply; Medical Record Document; Health Center*

Abstrak

Waktu untuk penyediaan dokumen rekam medis dimulai dari saat pasien mendaftar hingga dokumen rekam medis disediakan atau ditemukan oleh petugas dengan standar pelayanan minimum adalah 10 menit. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menentukan deskripsi waktu penyediaan dokumen rekam medis di Puskesmas Karang Pule di Kota Mataram. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah 200 dokumen rekam medis dengan total sampel 67 dokumen. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah accidental sampling. Hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi frekuensi dokumen rekam medis pasien lama 65 dan dokumen rekam medis pasien baru 2. Waktu rata-rata yang diperlukan untuk memberikan rekam medis untuk pasien lama adalah 1 menit 29 detik dan pasien baru 2 menit 29 detik. Rata-rata lama waktu untuk menyediakan rekam medis di TPP adalah 51,65 detik, Mengisi 17,64 detik, distribusi 32 detik. Berdasarkan hasil ini dapat disimpulkan bahwa ketika memberikan dokumen rekam medis di Puskesmas Karang Pule

telah memenuhi standar layanan minimum, direkomendasikan kepada Puskesmas Karang Pule untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas layanan.

Kata Kunci: Waktu penyediaan; Dokumen Rekam Medis ; Pusat Kesehatan

1. Pendahuluan

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya (Permenkes RI No 75, 2014).

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, dan ataupun masyarakat (Depkes RI, 2009). Pelayanan merupakan kegiatan dinamis berupa membantu, menyiapkan, menyediakan dan memproses serta membantu keperluan orang lain.

Mutu pelayanan kesehatan adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan penampilan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan yang di satu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan (Azwar, 2010).

Menurut Permenkes 269/2008 tentang rekam medis dalam pasal 1 ayat 1 Rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam Medis juga mempunyai nilai informasi yang bertanggung jawab dan setiap unit-unit terkait perlu memberikan dukungan pada unit rekam medis salah satunya dukungan dari unit rawat jalan kepada rekam medis yang seharusnya dapat dilakukan dengan cepat. Dengan begitu tujuan unit rekam medis

dalam menyelenggarakan proses pengelolaan serta penyimpanan dapat berjalan dengan baik.

Menurut Kemenkes RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 waktu tunggu pelayanan rawat jalan adalah waktu yang diperlukan mulai dari pasien mendaftar di tempat pendaftaran pasien rawat jalan sampai dipanggil untuk pelayanan pemeriksaan, dengan standar waktu tunggu pelayanan rawat jalan yang ditetapkan yaitu rata-rata ≤ 60 menit. Waktu tunggu pelayanan adalah waktu tunggu pasien terhadap pelayanan mulai dari kedatangan pasien di tempat penerimaan pasien sampai dikirimnya berkas rekam medis ke poliklinik tujuan. Berdasarkan standar penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan adalah ≤ 10 menit, dan pelayanan dokumen rekam medis rawat inap selama ≤ 15 menit.

Menurut Depkes RI (2007) disebutkan bahwa penyediaan dokumen rekam medis adalah mulai dari saat pasien mendaftar sampai dokumen rekam medis disediakan atau ditemukan oleh petugas dengan standar pelayanan minimalnya adalah 10 menit. Melihat perbandingan standar pelayanan minimal yang ditetapkan oleh rumah sakit dengan kenyataan yang ada maka Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya termasuk dalam kategori lambat sebesar 63,64% dokumen disediakan dalam waktu lebih dari 10 menit (Andria & Sugiarti, 2015).

Berdasarkan hasil survei awal yang telah dilakukan di Puskesmas Karang Pule penyediaan dokumen rekam medis kadang cepat atau lama. Karena ada dokumen rekam medis yang belum dikembalikan dari poliklinik dan terdapat nomor Rekam Medis dengan alamat dan nama kepala keluarga berbeda, sehingga pada saat giliran nomor antrian pasien tersebut akan ditunda dikarenakan hal tersebut. Di Puskesmas

Karang Pule terdapat 3 orang petugas Rekam Medis, 2 orang petugas di bagian TPP, dan 1 orang petugas di bagian Filling dan distribusi.

Studi awal yang dilakukan kepada 5 pasien di Puskesmas Karang Pule menunjukkan bahwa 100% pasien setuju bahwa waktu tunggu pelayanan dan datangnya dokumen rekam medis ke poliklinik di Puskesmas tersebut lama, sehingga pasien lama menunggu waktu pemeriksaan oleh dokter. Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik mengadakan penelitian deskriptif tentang "Gambaran Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis di Puskesmas Karang Pule".

2. Metode Penelitian

Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian deskriptif merupakan pengamatan yang bersifat ilmiah serta dilakukan secara hati-hati dan cermat sehingga hasilnya menjadi lebih akurat dan tepat. (Nursalam, 2008).

Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Karang Pule, pada bulan Juni 2019.

Variabel dan Definisi Operasional

Berikut definisi operasional dari masing-masing variabel penelitian.

- Waktu penyediaan dokumen rekam medis Pasien lama rawat jalan Waktu mulai dari kedatangan pasien lama ditempat penerimaan pasien sampai dikirimnya berkas rekam medis ke poliklinik tujuan. Standar waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan ≤ 10 menit
- Waktu penyediaan dokumen rekam medis Pasien baru rawat jalan Waktu mulai dari kedatangan pasien lama ditempat penerimaan pasien sampai dikirimnya berkas rekam medis ke poliklinik tujuan. Standar waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan ≤ 10 menit

Populasi dan Sampel

Berdasarkan hasil observasi awal yang dilakukan di Puskesmas Karang Pule Kota Mataram, terdapat 200 pasien per hari jadi populasi adalah 200 dokumen rekam medis pasien rawat jalan. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *accidental sampling*. Jumlah sampel sebanyak 67 dokumen dihitung menggunakan rumus slovin.

Instrumen penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini ialah menggunakan stopwatch dan lembar observasi.

Teknik Pengumpulan Data

- Data Primer adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh peneliti secara langsung dari sumbernya. Data primer dalam penelitian diperoleh menggunakan observasi.
- Data sekunder adalah teknik pengumpulan data atau informasi tentang masalah yang teliti dengan mempelajari dan menela buku yang di pelajari. Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dengan studi dokumen.

Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat yaitu analisis yang digunakan untuk menentukan distribusi frekuensi variabel bebas dan variabel terikat.

3. Hasil dan Pembahasan

Hasil penelitian

Distribusi frekuensi pasien lama dan pasien baru di Puskesmas Karang Pule dapat dilihat pada Table 1.

Tabel 1. Jumlah Pasien Lama dan Pasien Baru

Kategori	Frekuensi	Presentase (%)
Pasien Lama	65	97,0
Pasien Baru	2	3,0
Jumlah	67	100,0

Dari Tabel 4.1 menunjukkan bahwa dari 67 berkas terdapat 65 pasien lama (97,0%) dan 2 pasien baru (3,0%). Karena rata-rata kunjungan pasien di Puskesmas Karang Pule lebih banyak pasien lama dibandingkan dengan pasien baru, sedangkan pasien baru tersebut adalah pasien bayi.

Distribusi frekuensi rata-rata lama waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien lama dan pasien baru di Puskesmas Karang Pule dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Rata-Rata Lama Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis

Kategori	Jumlah	Rata-rata	Standar Pelayanan Minimal (\leq 10 menit)
Pasien Lama	65 dokumen	1 menit 28 detik	Sesuai Standar
Pasien Baru	2 dokumen	2 menit 29 detik	Sesuai Standar

Berdasarkan Tabel 2 bahwa pasien lama berjumlah 65 dokumen rekam medis dengan rata-rata waktu penyediaan dokumen rekam medis \leq 10 menit yaitu 1 menit 28 detik dan pasien baru berjumlah 2 dokumen rekam medis dengan rata-rata waktu penyediaan dokumen rekam medis \leq 10 menit yaitu 2 menit 29 detik. Hal ini disebabkan karena petugas rekam medis di Puskesmas tersebut sudah lama bekerja rata-rata \pm 5 tahun, meskipun pendidikan petugas bukan lulusan rekam medis yaitu pendidikan SMA, S1 non Rekam Medis akan tetapi petugas tersebut sangat trampil dan cepat dalam menyediakan dokumen rekam medis.

Distribusi frekuensi rata-rata lama waktu penyediaan dokumen rekam medis di TPP, Filling, Distribusi di Puskesmas Karang Pule dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Rata-Rata Lama Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis di TPP, Filling, Distribusi

Unit RM	Rata-rata (detik)	Standar Pelayanan Minimal (\leq 10 menit)
TPP	51.65 detik	Sesuai Standar
Filling	17.64 detik	Sesuai Standar
Distribusi	32 detik	Sesuai Standar

Berdasarkan Tabel 4.3 di tempat pendaftaran pasien waktu penyediaan dokumen rekam medis \leq 10 menit yaitu 51.65 detik dari 67 berkas, sedangkan ditempat filling rata-rata waktu pengambilan berkas rekam medis 17.64 detik dari 67 berkas dan Distribusi rata-rata waktu mengantar berkas rekam medis 32 detik dari 67 berkas. Berdasarkan hasil observasi jarak antara TPP dengan ruang filling \pm 5 meter, dan distribusi tiap poliklinik \pm 10 meter, letaknya berdekatan.

Pembahasan

Menurut Depkes RI (2007) disebutkan bahwa penyediaan dokumen rekam medis adalah mulai dari pasien mendaftar sampai dokumen rekam medis disediakan atau ditemukan oleh petugas dengan standar pelayanan minimalnya adalah 10 menit. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Puskesmas Karang Pule rata-rata waktu penyediaan dokumen rekam medis \leq 10 menit dan sudah memenuhi standar pelayanan minimal (SPM). Penyebab waktu penyediaan dokumen rekam medis di Puskesmas tersebut dikatakan sudah memenuhi standar pelayanan minimal (SPM) karena jarak antara tempat pendaftaran pasien, filling dan poliklinik bersebelahan, dokumen rekam medis yang disimpan di rak penyimpanan tertata dengan rapi dan sistem penjarannya sudah beraturan sehingga petugas lebih mudah dalam pencarian dokumen rekam medis. Faktor menyebabkan kecepatan penyediaan dokumen rekam medis diantaranya berkas rekam medis sudah tertata rapi dan sesuai dengan nomor rekam medis di rak penyimpanan sehingga memudahkan petugas dalam pencarian berkas rekam medis.

Berdasarkan hasil penelitian Sudrajat & Sugiarti (2015) di Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis ditemukan bahwa kecepatan penyediaan dokumen rekam medis pasien lama di pelayanan rawat jalan dengan jumlah penyediaan dokumen yang cepat sebanyak 35 dokumen (39,77%) dan penyediaan dokumen rekam medis yang lambat sebanyak 53 dokumen (60,23%) dari jumlah sampel 88, dan diketahui rata-rata penyediaan dokumen rekam medis sekitar 20 menit, Maka diketahui bahwa keterlambatan dalam penyediaan dokumen rekam medis pasien lama pelayanan rawat jalan masih menjadi suatu permasalahan yang sering terjadi di suatu rumah sakit.

Faktor yang menyebabkan keterlambatan dalam penyediaan dokumen rekam medis menurut Sudrajat & Sugiarti (2015) diantaranya: 1). Jumlah petugas pemberi pelayanan terbatas atau masih kurang; 2). Fasilitas rak penyimpanan yang kurang dan masih belum cukup untuk menampung dokumen rekam medis yang masih aktif sehingga dokumen rekam medis tercecer di bawah lantai dan menyebabkan sistem penjajaran yang tidak beraturan sehingga sulit menemukan dokumen rekam medis yang sesuai dengan nomor rekam medisnya.

Menurut Sugiarti & Andria (2015) berdasarkan standar pelayanan minimal yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan (2007) disebutkan bahwa penyediaan dokumen rekam medis itu adalah mulai dari saat pasien mendaftar sampai dokumen rekam medis disediakan, disediakan dalam arti dapat digunakan untuk pelayanan dan standar minimalnya adalah 10 menit. Melihat perbandingan standar pelayanan minimal dengan kenyataan di lapangan dapat diketahui bahwa penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat jalan rumah sakit umum daerah Ciamis termasuk kategori lambat karena sebesar 63,64% dokumen disediakan dalam waktu lebih dari 10 menit. Faktor yang menyebabkan keterlambatan dalam penyediaan dokumen rekam medis menurut Sugiarti & Andria (2015) di antaranya: 1). Fasilitas rak penyimpanan yang kurang dan

masih belum cukup untuk menampung dokumen rekam medis sehingga dokumen rekam medis yang masih aktif harus tercecer di bawah lantai; 2). Sistem penajajaran masih ada yang beraturan sehingga menyulitkan petugas untuk mencari dokumen rekam medis yang sesuai dengan nomor rekam medisnya.

Menurut Widiarta (2013) waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat jalan lama adalah 9,2 menit, sedangkan dari 62 orang pasien yang membawa kartu rata-rata waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat jalan lama adalah 5,7 menit. Adapun selisih rata-rata waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat jalan lama yang tidak membawa kartu identitas berobat dan yang membawa kartu identitas berobat sebesar 3,5 menit. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat jalan lama yang membawa kartu identitas berobat di RSUD H. Damanhuri Barabai dari hasil penelitian terhadap 62 pasien yang membawa kartu identitas berobat diketahui rata-rata waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat jalan sudah sesuai dengan standar pelayanan minimal (SPM) yaitu 5,7 menit. Faktor penyebab waktu penyediaan dokumen rekam medis dikatakan cepat karena pasien membawa Kartu Identitas Berobat sehingga petugas lebih mudah dalam pencarian dokumen rekam medis.

Berdasarkan hasil penelitian Andira (2015) tentang tinjauan waktu penyediaan dokumen rekam medis di RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya. Penelitian ini menunjukkan bahwa ada 63,64% dokumen rekam medis yang terlambat penyediaannya dengan rata-rata waktu 12,36 menit dan melebihi standar pelayanan minimalnya adalah 10 menit. Fako-faktor yang menyebabkan lamanya waktu penyediaan dokumen rekam medis yaitu: 1). Beban kerja pegawai; 2). Fasilitas di instalasi rekam medis; 3). Luas tempat penyimpanan dokumen rekam medis; 4). Jarak jangkauan kerja; 5). Penyimpanan dokumen rekam medis di pelayanan rawat jalan.

4. Simpulan dan Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

- a. Jumlah pasien lama 65 dokumen rekam medis dan pasien baru 2 dokumen rekam medis.
- b. Rata-rata lama waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien lama 1 menit 28 detik dan rata-rata waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien baru 2 menit 29 detik.
- c. Rata-rata waktu penyediaan dokumen rekam medis di TPP yaitu 51.65 detik, di filling rata-rata waktu penyediaan dokumen rekam medis yaitu 17.64 detik dan rata-rata waktu penyediaan dokumen rekam medis dibagian distribusi yaitu 32 detik.

Berdasarkan hasil ini dapat disimpulkan bahwa ketika memberikan dokumen rekam medis di Puskesmas Karang Pule telah memenuhi standar layanan minimum, direkomendasikan kepada Puskesmas Karang Pule untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas layanan.

5. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih disampaikan kepada Medica Farma Husada Mataram yang telah memfasilitasi penelitian ini dan kepada seluruh pihak yang telah terlibat dalam penelitian ini.

6. Daftar Pustaka

- Andrian, F. D. & Sugiarti, I. (2015), *Tinjauan Penyediaan Dokumen Rekam Medis Di RSUD Dr.Soekardjo Kota Taksimalaya*, Jurnal, Poltekkes Kemenkes Taksimalaya.
- Asmuni, S. (2009), Pengaruh Karakteristik Dan Kompetensi Perekam Medis Terhadap Waktu Tunggu Pasien Pada Pelayanan Rekam Medis Rawat Jalan Di Rumah Sakit Umum DR. Pirngadi Medan Tahun 2008, *Tesis*, Sekolah Pascasarjana Universitas Sumatera Utara Medan.

- Azwar, A. (2010), *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Dahlan, MS 2014, *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan : deskriptif bivariat, dan multivariate, dilengkapi aplikasi menggunakan SPSS, 6ed*, epidemiologi indonesia, Jakarta.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2007), *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik

Departemen Kesehatan Republik Indonesia 2007, *Standart Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta: Author.

Depkes RI. (1997), *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia*, Revisi I. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Depkes RI. 2006. *Pedoman Pengelolaan Dokumen Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jendral Pelayanan Rekam Medik.

Depkes RI. 2009. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Direktorat jenderal Bina Pelayanan Medik.

Farhatani, W.H. 2014 Faktor Determinan Lamanya Penyediaan Rekam Medis Rawat Jalan RSUD DR. Moh. Soewandhie Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. Volume 2 Nomor 4 Oktober-desember 2014.

Firdaus, Sunny 2008. *Rekam medis dalam sorotan hukum dan etika*.

Kemenkes RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008, *Tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit*.

Laeliyah & Subekti. (2017), Waktu Tunggu Rawat Jalan Dengan Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Di Rawat Jalan RSUD Kabupaten Indramayu, Jurnal, Program Diploma III Rekam Medis Fakultas Sekolah Vokasi Universitas Gadjra Mada Fakultas Kedokteran Gadjra Mada.

Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004.

- Notoatmodjo, S. (2012), *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Nursalam. (2008), *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam, 2013. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan (pedoman skripsi, tesis dan instrumen penelitian keperawatan)*. Salemba Medica: Jakarta
- Nursalam, M. 2016. *Definisi Operasional*. Jakarta: Salemba Medika
- Permenkes RI No 269/Menkes/Per/III/2008, *Tentang Rekam Medis*.
- Permenkes RI. 2008, *Rekam Medis*. Jakarta: Permenkes RI
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 75 Tahun 2014 *tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*.
- Sabarguna, B. 2004. *Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit*. Jawa Tengah: Konsorsium RS Islam.
- Sibagariang, (2010), *Buku Saku Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika.
- Sudraja, I. & Sugiarti, I. (2015), *Hubungan Kecepatan Penyediaan Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien*, *Jurnal, Dosen Program Studi D III Pikes Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya*.
- Supranto, J. (2011), *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan: Untuk Meningkatkan Pangsa Pasar*. Jakarta: PT Rhineka Cipta
- Trihono. 2005, *Manajemen Puskesmas Berbasis Paradigm Sehat*. Jakarta: CV Sagung Seto
- Widiarti, hendro & Astute, (2013). *Tinjauan Penggunaan Kartu Identitas Berobat Dan Lama Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medispasien Rawat Jalan Lama Di RSUD H. DAMANHURI BARABAI*, *Jurnal, Stikes Husada Borneo Kalimantan Selatan*.

Identification of the Implementation of the Family Numbering System in the Health Center of the Dinas Kesehatan Kota Surakarta

Identifikasi Penerapan Family Numbering System di Puskesmas Wilayah Dinas Kesehatan Kota Surakarta

Harjanti¹⁾
Astri Sri Wariyanti²⁾

^{1,2)} STIKes Mitra Husada Karanganyar
Papahan, Tasikmadu, Karanganyar
Email: Harjantimhk@gmail.com, astrimhk@gmail.com

Abstract

Numbering in the Surakarta City Health Department Area Health Service implements Family Numbering. The number classification used is 8 digits consisting of 2 initial digits as a regional code, 4-6 digits as the serial number of the head of the family, 2 final digits of the status in the family. help decision making in decreasing morbidity rates. The research objective was to identify the implementation of number assignment, utilization of number grouping, strengths and weaknesses of the implementation of the Family Numbering System. A qualitative analysis research method with a case study approach. Samples of 16 health centers with purposive sampling technique sampling. Numbering research results consist of 8 and 10 digits. Classification of 2 digits area code, 4-6 digits sequence number of the head of family, 2 final digits of the family status code / sequence of visits in one family Utilization of number classification is used to facilitate storage, the percentage of visits, mapping the spread of disease, monitoring of healthy families. It is recommended to determine the decision making information needs, and revise the policy regarding the numbering.

Keywords: Family Numbering System, Unit Numbering System

Abstrak

Pelaksanaan penomoran di Puskesmas Wilayah Dinas Kesehatan Kota Surakarta menerapkan *Family Numbering*. Klasifikasi nomor yang digunakan ada 8 digit yang terdiri 2 digit angka awal sebagai kode wilayah, 4-6 digit sebagai nomor urut kepala keluarga, 2 digit angka akhir status dalam keluarga Dalam pelaksanaan penomoran kode wilayah belum baru dimanfaatkan untuk indeks pemetaan penyebaran penyakit padahal jika dimanfaatkan membantu pengambilan keputusan dalam penurunan angka kesakitan. Tujuan penelitian untuk mengidentifikasi pelaksanaan pemberian nomor, dan pemanfaatan pengelompokan nomor. Metode penelitian analisis kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Sampel 16 puskesmas dengan tehnik sampling *purposive sampling*. Hasil penelitian penomoran terdiri dari 8 dan 10 digit. Klasifikasi 2 digit kode wilayah, 4-6 digit urutan nomor kepala keluarga, 2 digit akhir kode status keluarga/ urutan kunjungan dalam satu keluarga. Pemanfaatan klasifikasi nomor digunakan untuk memudahkan penyimpanan, prosentase kunjungan, pemetaan penyebaran penyakit, pemantauan keluarga sehat. Disarankan adanya penentuan kebutuhan informasi pengambilan keputusan, dan revisi kebijakan tentang pelaksanaan penomoran.

Kata kunci: Family Numbering System, Unit Numbering System

1. Pendahuluan

Setiap pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan dalam

rangka penyelenggaraan rekam medis (Kementrian Republik, 2008) . Tidak terkecuali penyelenggaraan rekam medis di Puskesmas,

namun penyelenggaraan rekam medis di Puskesmas belum ada aturan khusus dari Pemerintah. Dalam standar akreditasi Puskesmas penyelenggaraan rekam medis belum secara spesifik mengatur tentang sistem identifikasi rekam medis sehingga dalam pelaksanaannya di setiap Puskesmas menerapkan sistem yang berbeda (Indonesia, 2014)

Salah satu sistem identifikasi rekam medis adalah sistem penomoran. Sistem penomoran ada 3 yaitu *Unit Numbering System* (UNS), *Serial Numbering System* (SNS), *seri unit numbering system* (SUNS)(Depkes, 2006). Dalam penerapannya ketiga sistem tersebut biasanya digunakan di Rumah Sakit, sedangkan penerapan sistem penomoran di Puskesmas Petugas menyebutnya dengan sistem penomoran *Family Numbering System*.

Hasil survey tahun 2017 di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Surakarta, dari 17 Puskesmas ada 1 puskesmas yang sudah menerapkan *Personal Numbering System* dengan 1 pasien mendapatkan satu nomor. Sedangkan 16 Puskesmas menggunakan sistem *Family Numbering System*. Dalam penerapan sistem ini bukan satu pasien mendapatkan satu nomor rekam medis, namun satu nomor digunakan oleh satu keluarga dengan tambahan indeks untuk membedakan wilayah dan status dalam keluarga. Penerapan kode wilayah dalam sistem *Family Numbering System* yang hanya digunakan sebagai indeks belum diterapkan untuk pemetaan penyebaran penyakit berdasarkan kode wilayah, padahal jika hal ini dimanfaatkan dapat digunakan sebagai intervensi program dalam rangka menurunkan angka kesakitan.

Tujuan mengidentifikasi pelaksanaan pemberian nomor, pemanfaatan pengelompokan nomor *Family Numbering System*.

1. Metode

Jenis penelitian Kualitatif dengan studi kasus. Waktu Penelitian April s.d Agustus

2019. Populasi 17 Puskesmas di wilayah Dinas Kesehatan Surakarta. Teknik sampling dengan *purposive sampling*, sampel kriteria Puskesmas menerapkan sistem penomoran *Family Numbering System* ada 16 Puskesmas. Instrument pedoman wawancara semi terstruktur dan pedoman observasi. Teknik pengumpulan data wawancara semi terstruktur, Studi Dokumentasi, Observasi dan *Focus Group Discussion* (FGD) yang dihadiri oleh responden yang diwawancarai dari masing- masing Puskesmas dan pihak Dinas Kesehatan Surakarta. Keabsahan data menggunakan triangulasi sumber dan teknik. Teknik analisis data yang digunakan yaitu teknik analisis interaktif.

2. Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan hasil analisis data wawancara, observasi, studi dokumentasi dan FGD tentang penerapan sistem penomoran *Family Numbering System* adalah sebagai berikut di sajikan dalam tabel di bawah ini:

Tabel 1. Data Display Penerapan System Penomoran Family Numbering

Kategori	Data Kualitatif
Pelaksanaan Penomoran	Pelaksanaan penomoran di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Surakarta, 1 nomor rekam medis digunakan untuk semua anggota keluarga yang diklasifikasikan berdasarkan kode wilayah dan kode urutan keluarga/ kunjungan. Klasifikasi nomor terdiri dari 8 dan 10 digit yaitu 2 digit angka depan menunjukkan kode wilayah/ kelurahan/ desa, 4 atau 6 digit angka tengah sebagai nomor kepala keluarga pasien dan 2 digit angka akhir sebagai kode urutan keluarga/ urutan kunjungan dalam satu keluarga.
Pemanfaatan Pengelompokan Nomor	2 digit angka depan atau kode wilayah dimanfaatkan untuk memudahkan pengambilan dan penyimpanan diruang <i>filig</i> , untuk

mengetahui penyebaran kunjungan, dalam sitem SIMPUS dapat digunakan untuk melihat penyebaran penyakit, memantau indikator keluarga sehat.

4 atau 6 digit angka tengah atau nomor kepala keluarga dimanfaatkan untuk identitas atau membedakan satu keluarga pasien dengan keluarga yang lain.

2 digit angka akhir dimanfaatkan untuk indeks pasien yaitu membedakan satu pasien dengan pasien yang lain dalam satu keluarga dan jumlah anggota keluarga.

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa dalam pelaksanaan penomoran di Puskesmas Wilayah Dinas Kesehatan Kota Surakarta, yaitu 1 nomor rekam medis digunakan untuk satu anggota keluarga dengan tambahan kode wilayah dan kode keluarga atau kode kunjungan kedatangan.

Sistem penomoran tersebut menurut (IFHIMA, 2012) dan (Rina Gunarti, Zainal Abidin, Mariatul Qiftiah, 2016) disebut sistem penomoran keluarga atau *Family Numbering System* dimana satu keluarga akan mendapatkan satu nomor yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Namun penggunaan kode keluarga tersebut belum sesuai dimana peletakan kode keluarga berada di belakang nomor pasien dan dimulai dengan angka 00 digunakan sebagai kedudukan dalam keluarga atau urutan kunjungan dalam satu keluarga, sedangkan menurut (IFHIMA, 2012) peletakan kode keluarga berada di depan nomor urut keluarga dan dimulai dari angka 01.

Selain itu penggunaan penggunaan 2 digit angka akhir, dimasing-masing puskesmas terdapat perbedaan. Ada 7 dari 16 puskesmas yang menggunakan urutan status dalam keluarga yaitu 00 (kepala keluarga), 01 (istri), 02 (anak pertama), 03 dan seterusnya anggota keluarga yang lain. Untuk 9 puskesmas yang lain menggunakan urutan kunjungan misal jika

istri datang berkunjung pertama maka akan mendapatkan angka 00, anak datang berkunjung ke-2 maka dapat nomor 01 dan seterusnya.

Jika dilihat dari klasifikasi nomor pasien, setiap pasien mendapatkan 1 nomor rekam medis yang berbeda dengan anggota keluarga yang lain dengan dibedakan indeks dibelakang nomor keluarga. Selain itu nomor tersebut digunakan setiap kali pasien melakukan pengobatan maka sistem penomoran tersebut disebut dengan Sistem penomoran *Unit Numbering System* (UNS).

Hal ini juga sesuai dengan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) dari nara sumber menyampaikan jika setiap pasien mendapatkan satu nomor yang berbeda dengan pasien yang lain dan digunakan untuk berobat di kunjungan berikutnya sudah disebut *personal numbering* dengan sistem penomoran *Unit Numbering System* (UNS). Sistem penomoran keluarga berlaku jika semua anggota keluarga mendapatkan 1 nomor yang sama tanpa pembeda. Hal ini juga selaras dengan apa yang disampaikan dari Pihak Dinas Kesehatan yang diwakili oleh bidang Data dan SDK untuk sistem penomoran yang digunakan satu nomor berlaku untuk satu orang dengan pembeda kode keluarga atau UNS (Sudra, FGD, 06-08-2019).

Relevan dengan (Wibawa, 2015),(Rina Gunarti, Zainal Abidin, Mariatul Qiftiah, 2016) yang menyatakan bahwa sistem penomoran *Unit Numbering System* adalah setiap pasien akan mendapatkan satu nomor rekam medis pada saat melakukan pengobatan pertama kalinya dan nomor tersebut akan digunakan untuk pengobatan selanjutnya.

Hasil studi dokumentasi mengenai kebijakan diketahui bahwa kebijakan yang mengatur tentang identifikasi dalam sistem penomoran di Puskesmas Wilayah Dinas Kesehatan belum mencantumkan tentang sistem penomoran yang digunakan. Selain itu ada Puskesmas yang belum memiliki kebijakan tentang sistem identifikasi yang digunakan dan

masukkan di sistem pendaftaran pasien. Maka masing-masing Puskesmas disarankan untuk merevisi kebijakan, bagi yang belum untuk membuat kebijakan dengan mencantumkan sistem identifikasi penomoran mereka gunakan adalah *Unit Numbering System* atau *Family Numbering System* dengan kode wilayah serta indeks keluarga.

Pemanfaatan pengelompokan data yaitu 2 angka depan digunakan untuk memudahkan pengambilan dan penyimpanan karena dalam pelaksanaan penyimpanan *family folder* masing-masing puskesmas dibedakan berdasarkan wilayah dan diberikan kode warna.

Kode wilayah dimanfaatkan untuk memudahkan petugas menjajarkan dokumen sesuai dengan kelompok desa. Jika tanpa menggunakan kode desa akan menyebabkan dokumen tidak tertata rapi sehingga petugas akan kesulitan dalam pencarian dokumen dan akan lebih memudahkan penyimpanan dengan menggunakan kode warna dalam map (Marlina, 2014).

Berdasarkan hasil wawancara diketahui penerapan kode wilayah juga digunakan untuk mengetahui penyebaran kunjungan dimasing-masing wilayah. Selain itu dengan adanya kode wilayah dapat dimanfaatkan untuk melihat penyebaran penyakit di tingkat RW, sebagai pemantauan indikator keluarga sehat sudah tinggi atau belum.

Pelaksanaan penggunaan kode wilayah dimasing-masing Puskesmas di Wilayah Dinas Kesehatan Surakarta berbeda-beda. Ada yang memasukkan Domisili tempat tinggal sebagai kode wilayah dan ada yang menggunakan identitas di Kartu Tanda Penduduk (KTP). Hal ini menyulitkan pihak Dinas Kesehatan untuk melakukan penarikan data untuk memantau penyebaran penyakit ataupun pemantauan keluarga sehat. Karena berdasarkan hasil wawancara pihak Puskesmas tidak mengetahui jika kode wilayah dimanfaatkan untuk pengambilan Keputusan oleh Pihak Dinas Kesehatan. Penarikan data langsung dilakukan oleh pihak Dinas melalui Sistem Informasi

yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) dari masing-masing Puskesmas.

Ketepatan dalam memasukkan data kode wilayah dalam SIMPUS harus tepat dan sama antara satu Puskesmas dengan Puskesmas yang lain. Hal ini digunakan untuk mendukung Pemerintah dalam pelaksanaan program Indonesia Sehat dengan pendekatan Keluarga. Sesuai dengan (Menkes, 2016) Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di tingkat Puskesmas dapat dilakukan melalui kegiatan melaksanakan Sistem informasi dan Pelaporan.

Pada saat dilakukan FGD juga disampaikan oleh nara sumber bahwa Pihak Dinas Kesehatan perlu menentukan kebutuhan Informasi yang digunakan untuk pengambilan keputusan. Maka perlu adanya kebijakan yang mengatur menggunakan domisili tempat tinggal atau sesuai identitas KTP yang digunakan sebagai kode wilayah (Sudra, FGD, 06-08-2019).

4 (empat) atau 6 (enam) digit angka tengah atau nomor kepala keluarga dimanfaatkan untuk identitas atau membedakan satu keluarga pasien dengan keluarga yang lain. Hal ini sesuai dengan (Beladina, 2016),(Wardani & Sugiarsi, 2016) bahwa penggunaan nomor rekam medis digunakan untuk mengidentifikasi khusus pasien sehingga memudahkan menentukan kepemilikan dokumen rekam medis dan menghindari adanya kekeliruan dalam pengenalan pasien. Terdapat perbedaan dalam penggunaan 2 digit angka tengah disebabkan jumlah kunjungan masing-masing Puskesmas berbeda.

2 digit angka akhir digunakan sebagai indeks pasien, yang membedakan satu pasien dengan pasien yang lain. Dengan adanya 2 digit angka akhir sebagai pembeda satu anggota keluarga dengan anggota keluarga lain, maka riwayat perjalanan penyakit pasien tidak akan tertukar, berkesinambungan dan keselamatan pasien terjamin.

Sesuai dengan hasil FGD bahwa tidak diperbolehkan 1 nomor yang sama digunakan dalam satu keluarga tanpa adanya pembeda karena akan berdampak pada aspek administrasi dan medis (Sudra, FGD, 06-08-2019).

3. Simpulan dan Saran

Simpulan

Pelaksanaan penomoran yang yaitu *Unit Numbering System* atau *Family Numbering System* dengan tambahan kode wilayah dan indeks keluarga. Klasifikasi Penomoran yaitu 2 digit angka depan yaitu kode wilayah, 4-6 digit angka tengah sebagai nomor Kepala Keluarga, 2 digit angka akhir sebagai indeks keluarga. Pemanfaatan klasifikasi nomor yaitu kemudahan pengambilan dan pengembalian dokumen rekam medis, mengetahui prosentase kunjungan, penyebaran penyakit, pemantauan keluarga sehat, pembeda antara satu keluarga dengan keluarga yang lain, sebagai indeks pasien dalam satu keluarga.

Saran

Bagi pihak Dinas Kesehatan perlu menentukan kebutuhan informasi untuk pengambilan keputusan yang berhubungan dengan penggunaan 2 digit angka depan untuk kode wilayah serta dua digit angka akhir untuk indeks keluarga.

Bagi Puskesmas perlu membuat kebijakan tentang sistem identifikasi pasien tentang pelaksanaan penomoran.

4. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kami ucapkan kepada DRPM Ristekdikti yang telah memberikan dana hibah. Pihak Dinas Kesehatan Kota Surakarta dan Puskesmas wilayah Dinas Kesehatan Surakarta yang memberikan ijin untuk dilaksanakan Penelitian.

5. Daftar Pustaka

Beladina, R. M. (2016). *Analisis Kelengkapan dan Pendokumentasian Rekam Medis Pasien*

Ketuban Pecah Dini (KPD) Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Sukoharjo Tahun 2015. (June).

Depkes. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Rev II Departemen Kesehatan RI 2006.*

IFHIMA. (2012). *Education Module for Health Record Practice Module 3-Record Identification Systems, Filing and Retention of Health Records.* 1-28.

Indonesia, K. R. (2014). *Standar Akreditasi Puskesmas.* Retrieved from depkes.go.id

Kementerian Republik, I. (2008). *REKAM MEDIS.pdf* (pp. 1-7). pp. 1-7.

Marlina, E. (2014). *Tinjauan pelayanan rekam medis bagian filing di puskesmas bejen kabupaten temanggung tahun 2014 evi marlina.* 11. Retrieved from eprints.udinus.ac.id

Menkes. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga.* 165. Retrieved from file:///C:/Users/acer/Downloads/Documents/PMK_No.39_ttg_PIS_PK.pdf

Rina Gunarti, Zainal Abidin, Mariatul Qiftiah, B. (2016). *Tinjauan Pelaksanaan Family Folder untuk Rekam Medis Rawat Jalan di Puskesmas Guntung Payung Tahun 2016.* *Jurkessia*, VI, 46-54.

Sudra, RI. 2019. Hasil Focus Group Discussion (FGD). Surakarta: Dinas Kesehatan Surakarta

Wardani, A. F. K., & Sugiarsi, S. (2016). *Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Gejala Hematuria Di RSUD Dr. Moewardi.* *Jurnal Rekam Medis*, X.

Wibawa, O. A. (2015). *Tinjauan Sistem Penomoran di TPP RS BHAKTI WIRA TAMTAMA Semarang Tahun 2015.* *Eprints.Dinus.Ac.Id.* Retrieved from <http://mahasiswa.dinus.ac.id/docs/skripsi/jurnal/15988.pdf%0Ahttp://eprints.dinus.ac.id/17386/>

Analisis Penyebab Tidak Digunakannya Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (Simpus) dalam Penerimaan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Kalimas Kecamatan Randudongkal Kabupaten Pemalang

Analysis Of The Cause Not Use Of Information Systems Management Of Puskesmas (Simpus) In The Acceptance Of Outpatient Patients In Kalimas Puskesmas District Randudongkal Regency Pemalang

**Linda Ida Tiara¹⁾
Subinarto²⁾**

*^{1,2)}Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jalan Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik
E-mail: lindaidatiara@gmail.com*

Abstract

Simpus is a system to improve the quality of puskesmas management and as a supporter in the smooth management of health information in Puskesmas. Based on the preliminary study of Kalimas Puskesmas in the process of admission an outpatient not use Simpus and still done manually. The purpose of this research is to analyze the causal factors of the management Information System Puskesmas (Simpus) seen from the aspects of human resources, supporting materials, infrastructure facilities, implementation and fund source. The type of research used is descriptive research with qualitative approach. Methods of collection observation data and interview. Presentation of the data to be done ie in the form of fish bone diagram that contains about the factors of the cause of the not used Simpus. The results of the qualification study and the number of available medical record officers are not eligible. There has been no obligation from the Department of Health to use Simpus. Simpus from the Department of Health is integrated with Disduccapil and automatic numbering, the medical record number will differ from the number in the Family folder. There is only one computer in the registration. There has been no budget for such infrastructures for computers. Conclusion is not used Simpus seen from the aspect of human resources, the way of implementation, supporting materials, infrastructure and sources of funds have not been in accordance

Keywords: *Analysis; Simpus; Management; patient's admission service*

Abstrak

Simpus adalah sistem untuk meningkatkan kualitas manajemen puskesmas dan sebagai pendukung dalam kelancaran pengelolaan informasi kesehatan di puskesmas. Berdasarkan studi pendahuluan Puskesmas Kalimas dalam proses penerimaan pasien rawat jalan belum menggunakan Simpus dan masih dilakukan secara manual. Tujuan penelitian ini adalah Menganalisis faktor-faktor Penyebab tidak digunakannya Sistem Informasi manajemen Puskesmas (Simpus) dilihat dari aspek sumber daya manusia, bahan pendukung, sarana prasarana, cara pelaksanaan dan sumber dana. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Metode pengumpulan data observasi dan wawancara. penyajian data yang akan dilakukan yaitu dalam bentuk diagram tulang ikan yang memuat tentang faktor-faktor penyebab tidak digunakannya Simpus. Hasil penelitian kualifikasi dan jumlah petugas rekam medis yang tersedia belum memenuhi syarat. Belum ada kewajiban dari Dinas Kesehatan untuk menggunakan Simpus. Simpus dari Dinas Kesehatan terintegrasi dengan disduccapil dan penomoran otomatis, nomor rekam medis akan berbeda dengan nomor yang ada di *family folder*. Komputer yang ada dibagian pendaftaran hanya ada satu. Belum ada anggaran untuk sarana prasarana seperti untuk komputer. Kesimpulan tidak digunakannya Simpus dilihat dari aspek sumber daya manusia, cara pelaksanaan, bahan pendukung, sarana prasarana dan sumber dana belum sesuai.

Kata Kunci : *Analisis; Simpus; Manajemen; Penerimaan pasien rawat jalan*

1. Pendahuluan

Di Indonesia fasilitas pelayanan kesehatan bermacam ragamnya, salah satunya yaitu Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis di bawah pengawasan utama dinas kesehatan kabupaten atau kota. Menurut Permenkes No 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Untuk dapat melaksanakan pelayanan kesehatan yang menyeluruh, maka manajemen puskesmas harus diperhatikan, seperti perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban.

Berdasarkan UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang efektif dan efisien diperlukan informasi kesehatan, dan dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan menyatakan bahwa Sistem Informasi Kesehatan wajib dikelola oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan skala Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Sistem Informasi Kesehatan yang digunakan di tingkat Daerah bernama Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) yang berarti suatu sistem informasi yang mencakup sub sistem informasi yang dikembangkan di unit pelayanan kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit, Poliklinik, Praktek Swasta, Apotek, Laboratorium), sistem informasi untuk Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan sistem informasi untuk Dinas Kesehatan Propinsi. Sedangkan sistem informasi yang digunakan sebagai pendukung dalam kelancaran pengelolaan informasi kesehatan di puskesmas adalah Sistem

Informasi Manajemen Puskesmas (Simpus). Simpus merupakan suatu tatanan yang menyediakan informasi untuk membantu proses pengambilan keputusan dalam melaksanakan manajemen puskesmas dalam mencapai sasaran kegiatannya (Permenkes No 128 tahun 2004).

Mengelola informasi kesehatan merupakan tugas dari unit rekam medis yang mempunyai tanggungjawab atas informasi kesehatan yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan. Puskesmas Kalimas Kecamatan Randudongkal-Pemalang merupakan sarana pelayanan kesehatan primer yang belum menerapkan Simpus

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Puskesmas Kalimas kecamatan Randudongkal-Pemalang, pada tahun 2016 Dinas Kesehatan Kabupaten (DKK) Pemalang sudah pernah memberikan intruksi bahwa puskesmas yang berada di kabupaten pemalang yang belum menggunakan Simpus untuk dapat menerapkan Simpus, intruksi ini termasuk ditujukan kepada Puskesmas Kalimas, tetapi sampai sekarang di Puskesmas Kalimas belum menerapkan Simpus. Oleh karena itu proses pendaftaran rawat jalan dilakukan secara manual dan pasien yang terdaftar direkap dalam buku register. Berdasarkan informasi yang didapatkan jika pendaftaran dilakukan dengan manual dan pasien lama yang berobat tidak membawa kartu berobat sudah pasti akan menemui kesulitan dalam mencari data pasien di buku register, selain itu tanpa adanya Simpus pencatatan hasil kegiatan yang dicatat dalam buku register untuk Laporan Bulanan berupa Data Kesakitan, Obat-obatan, Gizi, Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Imunisasi dan Pengamatan Penyakit menular, serta Data Kegiatan Puskesmas yang harus dilaporkan setiap bulannya ke DKK Pemalang harus direkap ulang kedalam format laporan yang sudah ditetapkan oleh DKK Pemalang

Oleh karena itu penulis tertarik untuk mengetahui faktor-faktor penyebab tidak digunakannya Simpus. Maka penulis

mengambil judul “Analisis penyebab tidak digunakannya Sistem Informasi Puskesmas (Simpus) dalam penerimaan pasien rawat jalan di Puskesmas Kalimas Kecamatan Randudongkal Kabupaten Pematang”.

2. Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Subjek dalam penelitian ini adalah kepala puskesmas dan petugas penerimaan pasien rawat jalan di Puskesmas Kalimas. Metode pengumpulan data pada penelitian ini adalah observasi dengan instrumen penelitian menggunakan checklist dan metode wawancara dengan instrumen penelitian menggunakan pedoman wawancara. Pengelolaan data berupa penyusunan data, penyuntingan data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Kemudian analisa data akan diolah secara deskriptif untuk menganalisa faktor-faktor penyebab tidak digunakannya Simpus.

3. Hasil dan pembahasan

a. Identifikasi dari Aspek Sumber Daya Manusia (*Man*)

Penerimaan pasien rawat jalan di Puskesmas Kalimas belum menggunakan Simpus sehingga pendaftaran dilakukan secara manual. Faktor yang menyebabkan tidak digunakannya Simpus pada penerimaan pasien rawat jalan terkait dengan sumber daya manusianya adalah kurangnya tenaga untuk mengoperasikan Simpus. Hal ini diperkuat dengan pendapat informan sebagai berikut:

“...Pas 2016 itu tenaga untuk mengoperasikan Simpus kurang dan tidak ada penekanan juga dari dinas untuk menggunakan Simpus...” (R1/Kepala Puskesmas)

Kemudian petugas penerimaan pasien telah dibekali

dengan pembekalan dibidang pendaftaran oleh Kepala Puskesmas dan petugas penerimaan pasien pernah mengikuti pembekalan Simpus yang diadakan oleh Dinas Kesehatan. Hal ini diperkuat dengan pendapat informan sebagai berikut :

“Kemudian untuk pelatihan tadi ya, jadi sebenarnya bukan pelatihan sih mba tapi kaya pembekalan-pembekalan, kalo pelatihan yang detail Simpus belum. Hanya Study Banding ke Kebondalem itu pernah.” (R1/Kepala Puskesmas)

“Latihan dibidang pendaftaran, juga dengan saya bekal Sistem Pelayanan Prima Budaya. Itu mengutamakan kerja seperti ramah, sopan. Ya prinsip-prinsip pelayanan.” (R1/Kepala Puskesmas)

“Iya, saya dengan pak Budi pernah tapi itu kaya pembekalan mba.” (R2/Petugas Pendaftaran)

sedangkan Sumber daya Manusia (SDM) dibagian penerimaan pasien di Puskesmas Kalimas berjumlah 4 (empat) orang dimana 3 (tiga) Pelaksana Pendaftaran berlatar belakang SMA dan 1 (satu) orang berlatar belakang rekam medis yang masih magang. Hal ini diperkuat dengan pendapat informan sebagai berikut: “Petugas Pendaftaran itu ada pelaksana yang dari SMA ada 3 orang yang diangkat pegawai negeri, terus dari Rekam Medis ada 1 itu Mas Dipta tapi dia bukan pegawai tetap mba disini dia magang, jadi dia kami kontrak.” (R1/Kepala Puskesmas)

“Saya ini dari SMA, Usia saya 52 tahun mba, saya sudah dipetugas loket puskesmas dari tahun 89, mengambil rekam medis,

distribusikan ke poli juga, terus rekap laporan juga saya lakukan sampe sekarang sampe pensiun mungkin nanti.” (R2/Petugas Pendaftaran)

Berikut merupakan data petugas pendaftaran di Puskesmas Kalimas Kecamatan Randudongkal Kabupaten Pemalang:

Tabel 1 Kualifikasi Petugas Pendaftaran di Puskesmas Kalimas

No	Nama	Jabatan	Pendidikan	Usia	Lama Kerja
1.	Moh. Tono Z	Pengadministrasi Umum (Pelaksana Pendaftaran)	SMA + Pembekalan Simpu	52 th	30 th
2.	Wiarti	Pelaksana Pendaftaran	SMA	56 th	28 th
3.	Jumiati	- Cleaning Service - Staf Rekam Medis	SMA	44 th	16 th
4.	Dipta	Staf Rekam Medis (Magang di Pendaftaran)	DIII RMIK	25 th	1 th

Berikut ini adalah Tupoksi penerimaan pasien di Puskesmas Kalimas Kecamatan Randudongkal Kabupaten Pemalang:

- 1) Mendaftar pasien yang baru datang berobat
- 2) Mencatat pasien di Buku Register
- 3) Mengisi Identitas Pasien di kartu rawat jalan dan Kartu Resep
- 4) Mengisi kartu tanda pengenal pasien
- 5) Mengantar kartu rawat jalan ke ruang Pelayanan Umum (PU), Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), Keluarga Berencana (KB), Imunisasi, Pemberantasan Penyakit (P2)
- 6) Menyusun kartu rawat jalan pasien di rak status sesuai urutan kode

- 7) Membantu merencanakan kebutuhan kartu rawat jalan, resep, kartu tanda pengenal, *family folder* dan amplop tempat kartu rawat jalan
- 8) Mencatat register baru/lama, register bayar/PBI/NonPBI/Jamkesda
- 9) Menghitung resep yang masuk dan Kunjungan Harian

Identifikasi berdasarkan aspek manusia (*Man*) yaitu kurangnya tenaga. Tenaga yang ada di Puskesmas Kalimas belum dapat menjalankan Simpus yang ada, karena tenaga belum menguasai IT dan belum dapat mengoptimalkan Simpus yang ada.

Pelaksanaan penerimaan pasien rawat jalan dan pengelolaan rekam medis di Puskesmas Kalimas tidak sepenuhnya dilakukan oleh lulusan D3 Rekam Medis hal tersebut juga tidak sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No 55 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis, bahwa perekam medis adalah seorang yang telah lulus pendidikan rekam medis dan informasi kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Hal ini diperkuat Keputusan Menteri Kesehatan No 377 tahun 2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan mengenai kualifikasi pendidikan minimal perekam medis adalah D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dengan gelar ahli madya

Pelaksana penerimaan pasien rawat jalan di Puskesmas Kalimas belum pernah mengikuti Pelatihan-pelatihan terkait Simpus dan hanya pernah mengikuti pembekalan Simpus yang diadakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pemalang serta petugas telah dibekali dengan pembekalan

dibidang pendaftaran oleh Kepala Puskesmas. Berdasarkan hasil analisis yang penulis lakukan sumber daya manusia untuk dapat mengoperasikan Simpus belum sesuai dengan ketentuan Peraturan Pemerintah No. 46 tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan pasal 52 menyatakan bahwa untuk meningkatkan kompetensi sumber daya manusia yang mengelola Sistem Informasi Kesehatan dilakukan pendidikan dan /atau pelatihan diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dan pada pasal 53 ayat 2 untuk peningkatan kompetensi, berupa:

- 1) Pendidikan, yang diselenggarakan oleh institusi pendidikan yang terakreditasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, dan/atau
 - 2) Pelatihan, yang diberikan oleh institusi pelatihan yang ditunjuk oleh menteri.
- b. Identifikasi dari Aspek Cara Pelaksanaan (*Method*)

Faktor yang menyebabkan tidak digunakannya Simpus pada penerimaan pasien rawat jalan terkait dengan Pelaksanaannya adalah belum ada surat resmi untuk kewajiban menggunakan Simpus dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pematang Jaya. Hal ini diperkuat dengan pendapat informan sebagai berikut:

“Untuk intruksi kurang Paham mba” (R1/Kepala Puskesmas)

“Simpus yang seperti diharapkan itu memang dari Dinas Kesehatan sudah ada cuma kita memang belum melaksanakan.” (R2/Petugas Pendaftaran)

“Puskesmas kami disini yang dikalimas berarti masih menggunakan manual belum

menggunakan Simpus” (R2/Petugas Pendaftaran)

Karena belum adanya surat resmi dari Dinas Kesehatan terkait penggunaan Simpus, proses pendaftaran di Puskesmas Kalimas sampai saat ini masih dilaksanakan secara manual. Dalam proses penerimaan pasien terdapat Standar Operasional Prosedur (SOP) pendaftaran sebagai acuan dalam mendaftarkan pasien. Hal ini diperkuat dengan pendapat informan sebagai berikut:

“SOP Pendaftaran ada, itu di Mas Castro dibagian TU” (R1/Kepala Puskesmas)

“SOP pendaftaran ada di pak Castro dikarenakan kita sudah akreditasi, di administrasi ada SOPnya mba.” (R2/Petugas Pendaftaran)

Namun dalam proses penerimaan pasien di Puskesmas Kalimas belum sesuai dengan SOP Pendaftaran yang ada. Berikut ini adalah SOP Pendaftaran di Puskesmas Kalimas:

- 1) Petugas menyediakan dan mempersilakan pasien mengambil nomor urut
- 2) Petugas memanggil pasien sesuai nomor urut
- 3) Petugas menanyakan maksud kedatangan
 - a) Pasien baru:
 - Petugas meminta kartu identitas (KTP/SIM/Ijazah/Akte Kelahiran)
 - Petugas meminta kartu asuransi: kartu BPJS/Jakesda
 - b) Pasien lama:
 - Petugas meminta kartu berobat dan kartu Asuransi
 - Petugas membuat kartu pendaftaran untuk
- 4) pasien baru

- 5) Petugas membuat rekam medis
- 6) Petugas mengisi buku register
- 7) Petugas memasukkan data ke simpus (entry data)
- 8) Petugas mendistribusikan rekam medis sesuai dengan tujuan berobat pasien
- 9) Pasien lama membawa kartu, petugas mencari rekam medis, langsung memasukkan data ke simpus
- 10) Pasien lama tidak bawa kartu, petugas mencari di buku bantu pendaftaran, mencari rekam medis, memasukkan data ke simpus, distribusi RM sesuai dengan tujuan berobat

Identifikasi berdasarkan aspek cara pelaksanaannya (*Method*) adalah belum adanya surat resmi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pemalang terkait kewajiban setiap puskesmas untuk menggunakan Simpus. Puskesmas Kalimas juga belum memiliki prosedur/petunjuk teknis penggunaan Simpus.

Sedangkan pada tahun 2002 Menteri Kesehatan telah mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 932 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota bahwa dalam rangka memantau, mengevaluasi dan merencanakan upaya-upaya pencapaian Kecamatan Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat perlu dikembangkan Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) Kabupaten/Kota sebagai bagian dari Sistem Kesehatan Nasional (SIKNAS). Bahwa agar dapat dicapai keselarasan dan keterpaduan SIKDA-SIKDA Kabupaten/ Kota dalam SIKNAS perlu ditetapkan acuan bersama dalam pedoman/petunjuk.

Proses penerimaan pasien rawat jalan di Puskesmas Kalimas

juga belum sesuai dengan SOP Pendaftaran yang ada. Dalam SOP Pendaftaran nomor ke 7 (tujuh) tertulis bahwa "Petugas memasukkan data ke Simpus", sedangkan dalam pelaksanaannya Simpus sendiri tidak dijalankan dan pendaftaran dilakukan secara manual

c. Identifikasi dari Aspek Bahan Pendukung (*Material*)

Faktor yang menyebabkan tidak digunakannya Simpus pada penerimaan pasien rawat jalan terkait dengan Bahan Pendukungnya adalah aplikasi Simpus dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pemalang terintegrasi dengan Disdukcapil (Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil). Hal ini diperkuat dengan pendapat informan sebagai berikut: "Disini katanya tahun 2016 pernah uji coba Simpus tapi tidak jadi, saya disini juga baru 2 tahun, nanti lebih jelasnya tanya ke Mas Tono ya." (R1/Kepala Puskesmas)

"Kita pernah diberi program dari dinas kesehatan. Tapi kesulitannya itu diplot dengan Disdukcapil (Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil), jadi menggunakan nomor NIK. Rekam medis itu kan dimulai dari nomer 1, seumpamanya memasukkan data saya itu udah satu juta berapa nomernya. nomor rekam medisnya itu otomatis sudah didalam program simpus tersebut, lah caranya itu gimana nanti saya nara rekam medisnya." (R2/Petugas Pendaftaran)

Sehingga dalam penerimaan pasien di Puskesmas Kalimas yang tidak menggunakan Simpus dibantu dengan Buku Bantu, buku bantu ini berfungsi untuk mencari data pasien ketika pasien tidak membawa Kartu Indeks Berobat (KIB)

“Mengenai ini ada kelemahan di print out, kalau tidak didampingi manual data bisa hilang semua mba, tapi jika tidak didampingi komputer ya itu susah nyari data juga.” (R1/Kepala Puskesmas)

“Karena itu kami masih menggunakan buku bantu juga.” (R2/Petugas Pendaftaran)

Identifikasi berdasarkan aspek bahan pendukungnya (*Material*) yaitu Puskesmas Kalimas sudah diberi Software Simpus dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pematang dan sudah ada saran menggunakan Simpus tersebut namun tidak dilaksanakan, aplikasi Simpus tersebut memakai server local dan tidak berbasis web. Awal pengembangan Simpus ini difasilitasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pematang dan Simpus tersebut terintegrasi dengan Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil (Disdukcapil). Sedangkan berdasarkan Peraturan Pemerintah No. 46 tahun 2014 pasal 40 ayat 1 menyatakan bahwa Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus mengoperasikan sendiri sistem elektronik rekam medis dan pada ayat 2 menyatakan bahwa Sistem elektronik rekam medis tersebut tidak terintegrasi dengan sistem elektronik rekam medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain komponen teknologi yang perlu dikuatkan adalah Simpus tersebut.

Karena begitu petugas entry data pasien berdasarkan NIK di Simpus yang terintegrasi dengan Disdukcapil tersebut akan mengeluarkan nomor rekam medis baru, hal ini karena penomoran rekam medis di Simpus tersebut sudah otomatis. Dan ketika disinkronkan antaran nomor rekam medis yang ada di Simpus dan pada family folder akan berbeda. Sehingga jika Simpus tersebut

dijalankan dalam proses pendaftaran maka perlu merubah nomor rekam medis di *family folder*

Oleh karena itu aplikasi yang digunakan harus mudah dioperasikan, dan dapat memberi manfaat bagi pengguna. Ketika ujicoba aplikasi Simpus diketahui ada bug yang mengganggu jalannya aplikasi, maka aplikasi perlu diupdate secara berkala untuk menghilangkan bug yang mengganggu jalannya implementasi di lapangan (Roswiani 2016).

Sedangkan bahan pendukung lainnya yang digunakan dalam proses penerimaan pasien ketika tidak menggunakan Simpus yaitu penggunaan Buku Bantu. Buku bantu ini berfungsi untuk mencari data pasien ketika ada pasien yang tidak membawa Kartu Berobat (KIB) dan ketika ada pasien baru terdaftar maka ditulis ke buku bantu tersebut. Komponen yang ada di buku bantu ini berupa Nama KK, Istri, No Indek, Alamat, RT/RW dan Tanggal Kunjungan.

d. Identifikasi dari Aspek Sarana Prasarana Pendukung (*Machine*)

Faktor yang menyebabkan tidak digunakannya Simpus pada penerimaan pasien rawat jalan terkait dengan sarana prasarana pendukung adalah kurangnya komputer dibagian penerimaan pasien. Komputer merupakan alat utama untuk menjalankan Simpus. Hal ini diperkuat dengan pendapat informan sebagai berikut:

“Kemudian untuk komputer dibagian pendaftaran baru ada satu” (R1/Kepala Puskesmas)

“Sarana prasarana komputer paling minimal dua, tapi dipendaftaran cuma ada satu jadi susahnya itu kalo komputer yang satu lagi dipake sama petugas pendaftaran

yang lain otomatis saya cek nomor KISnya di dalam, jadi bolak-balik, kalo internet disini sudah pakai wifi” (R2/Petugas Pendaftaran)

Identifikasi berdasarkan aspek sarana prasarana pendukung (*Machine*) adalah komputer yang mendukung untuk mengoperasikan Simpus di penerimaan pasien Puskesmas Kalimas hanya terdapat 1 (satu) komputer. Sedangkan petugas yang ditempatkan dibagian penerimaan pasien ada 3 (tiga) petugas, satu komputer tersebut digunakan oleh satu orang dimana komputer tersebut berfungsi sebagai pemanggil nomor antrian pasien dan untuk mengecek Kartu Indonesia Sehat (KIS). Dan untuk 2 petugas pendaftaran lainnya jika akan mengecek KIS harus ke ruang penyimpanan rekam medis yang bertempat dibelakang ruang pendaftaran. Tentunya hal ini kurang efektif jika akan mengoperasikan Simpus. Sehingga untuk dapat mengoperasikan Simpus maka diperlukan komputer dibagian pendaftaran minimal sejumlah 2 (dua) komputer.

e. Identifikasi dari Aspek Sumber Dana (*Money*)

Faktor yang menyebabkan tidak digunakannya Simpus pada penerimaan pasien rawat jalan terkait dengan sumber dana adalah anggaran untuk Simpus tidak ada, namun dana bisa saja dianggarkan jika intruksi untuk menggunakan Simpus diwajibkan. Hal ini diperkuat dengan pendapat informan sebagai berikut:

“Kalau memang Simpus diharuskan dana mungkin bisa dianggarkan.” (R1/Kepala Puskesmas)

Untuk sumber dana di Puskesmas Kalimas dari dua sumber yaitu :

“JKN, Dana *Income*. Dana *Income* ini dari Dinas Kesehatan. Dana ini berasal dari Pukesmas yang disetorkan ke Dinas Kesehatan terus nanti dananya kembali lagi ke Puskesmas.” (R1/Kepala Puskesmas)

“Retribusi pembayaran itu 5.000 ini itu SK dari Pemda, Dana *Income*, JKN ada PBI dan Non PBI, sama BOK” (R2/Petugas Pendaftaran)

Identifikasi berdasarkan aspek dana (*Money*) yaitu tidak adanya anggaran untuk pengadaan perangkat yang mendukung pengoperasian Simpus, seperti untuk anggaran sarana prasarana pendukung Simpus.

Demi terwujudnya program Simpus di Puskesmas Kalimas anggaran sarana dan prasarana kaitannya dengan pengadaan Simpus memerlukan dana dari berbagai sumber. Sumber dana Puskesmas Kalimas berasal dari dana Pengembalian *Income*, Dana Kapitasi JKN, dan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)

4. Simpulan dan Saran

a. Kesimpulan

1. Berdasarkan aspek manusia (*Man*), masih kekurangan tenaga untuk mengoperasikan Simpus dan untuk pelaksana pendaftaran atau perekam medis di Puskesmas Kalimas belum pernah mengikuti pelatihan-pelatihan khusus terkait Simpus
2. Berdasarkan aspek cara pelaksanaan (*Method*), belum ada kewajiban dari Dinas Kesehatan untuk menggunakan Simpus, sehingga dalam penerimaan pasien dilakukan secara manual
3. Berdasarkan aspek bahan pendukungnya (*Material*), tahun 2016 Dinas Kesehatan

pernah membuat aplikasi Simpus namun Simpus tersebut terintegrasi dengan Disdukcapil dan ketika petugas entry data berdasarkan NIK pasien maka di Simpus akan otomatis muncul nomor rekam medis baru. Dan ketika disinkronkan antaran nomor rekam medis yang ada di Simpus dan pada *family folder* akan berbeda. Hal ini menjadikan Simpus tidak jadi digunakan di Puskesmas Kalimas

4. Berdasarkan aspek sarana prasarana pendukung (*Machine*), kurangnya komputer dibagian penerimaan pasien karena hanya terdapat 1 (satu) komputer, sedangkan pelaksana yang ditempatkan dibagian pendaftaran 3 orang
5. Berdasarkan aspek dana (*Money*), tidak adanya anggaran untuk pengadaan sarana prasarana Simpus seperti anggaran untuk komputer.

b. Saran

1. Merencanakan pelatihan terkait Simpus bagi tenaga pelaksana pendaftaran atau perekam medis dengan pendidikan minimal SMA
2. Jika waktu yang akan datang Simpus tersebut digunakan maka diperlukan retensi rekam medis dengan sekaligus melakukan pembenahan nomor baru
3. Programmer tidak boleh membuat otomatis nomor rekam medis dalam simpus, nomor rekam medis tetap menggunakan yang ada di *family folder*. Sehingga petugas tidak perlu merubah ulang nomor yang sudah ada di *family folder*
4. Mempersiapkan anggaran sarana prasarana pengadaan

Simpus, seperti anggaran untuk komputer

5. Daftar Pustaka

- Christanti, Novi Dwi. 2016. *Analisis Penyebab Kegagalan Penggunaan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (Simpus) dalam Penerimaan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Adimulyo Kabupaten Kebumen*. Jurnal Kesehatan Vokasi (online).
<https://jurnal.ugm.ac.id/jkesvo/article/view/27460>. Yogyakarta : Program Studi Rekam Medis, Sekolah Vokasi UGM
- Djuniarto, Ignatius. 2017. *Analisis Model Penerimaan Teknologi Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) E-Health di Puskesmas Kabupaten Bantul, Yogyakarta*. Tesis (online).<http://repository.umy.ac.id/handle/123456789/20996>. Yogyakarta : Program Studi Manajemen Rumah Sakit, Program Pascasarjana UMY
- Hartono, Sukarno. *Modul Puskesmas 1 Sistem Informasi puskesmas*. (online). (<https://anzdoc.com/modul-puskesmas-1-sistem-informasi-puskesmas-simpus.html> diunduh tanggal 22 November 2018)
- Hatta, Gemala R. 2013. *Pedoman Manajemen Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan Edisi Revisi 2*. Jakarta : UI Press
- Kemenkes Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Depkes.go.id
- Kemenkes Republik Indonesia. 2014. *Peraturan menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Depkes.go.id
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 377 tahun 2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan. 2007. Jakarta : Menteri Kesehatan RI
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 939/Menkes/SK/VIII/2002

- tentang Petunjuk Pelaksanaan Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota. 2002. Jakarta : Menteri Kesehatan RI
- Maharani, Cindya Tiara Citra. 2018. *Analisis Pelaksanaan Penyimpanan dan pemrosesan Rekam Medis Sesuai Standar Akreditasi Nasional Di Puskesmas Ungaran Kabupaten Semarang*. Karya Tulis Ilmiah (Tidak dipublikasikan). Semarang : Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Poltekkes Kemenkes Semarang
- Mulyadi, D. 2015. *Studi Kebijakan Publik dan Pelayanan Publik*. Bandung : Alfabeta
- Nurul, irsa. (2016). *Prosedur Penerimaan Pasien Rawat Jalan*. (online), (<http://irsa22.blogspot.com> diunduh tanggal 3 Desember 2018)
- Peraturan pemerintah Reublik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan Permenkes RI Nomor 269/Menkes/Per/III/2008. Tentang *Rekam Medis*. 2008. Jakarta : Menteri Kesehatan RI
- Permenkes RI Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Rekam Medis
- Roswiani, Ani. 2016. *Penembangan Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) di Yogyakarta*. (Online).<http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/buletin/Buletin-SIK-2016.pdf>. Buletin SIK 2016
- Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Alfabeta
- Sutanto, S. 2010. *Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS)*. (<http://sutanto.staff.uns.ac.id/files/2010/03/propsimpus.pdf> diunduh tanggal 11 November 2018)

Tinjauan Kelengkapan Pengisian Sertifikat Penyebab Kematian di Rumah Sakit Umum H. Adam Malik Medan Tahun 2019

Review of Completeness in Completion of the Cause of Death Certificate At Rumah Sakit Umum H. Adam Malik Medan in 2019

Esraida Simanjuntak¹⁾
Anggraeini Ginting²⁾

¹⁾ Dosen Prodi D-III Perkam Dan Infokes Imelda,;

²⁾ Alumni Prodi D-III Perkam Dan Infokes Imelda

Jalan Bilal Nomor 52 Medan

E-mail: esraida.borjungmail.com

Abstract

The cause of death is all diseases, conditions of illness, or injuries that cause or facilitate death, and accidents or violence that cause such injuries. The cause of death data in the cause of death certificate is used as the main source of hospital mortality data. Quantitative analysis is a review or review of certain parts of the contents of the medical record with the intention of finding specific deficiencies related to recording medical records. Quantitative analysis consists of four components, namely the identification review, important report review, authentication review and record review. The purpose of this research was to determine the percentage of completeness in completing certificates of cause of death. This type of research is a description of the check-list sheet method and observation. The research site was conducted at H. Adam Malik General Hospital in Medan. When the research was conducted in April-May 2019. The population and sample used were data on patient deaths and certificates of cause of death in March. Based on the results of the research, obtained the calculation of the percentage of completeness of the certificate of the cause of death based on an identification review of 40.5%, the completeness based on the important report review of 28.9%, the completeness based on the 98.5% authentication review and the review recording can be read and clear at 85, 5%. The conclusion of this research is that a low percentage of completeness in the identification review and review of the report is important because of the large number of components that must be filled so that it requires more time. The suggestion from this research is that officers should be able to complete the certificate of causes of death completely and clearly.

Keywords: *Certificate of causes of death; Quantitative Analysis*

Abstrak

Penyebab kematian adalah semua penyakit, kondisi sakit, atau cedera yang menyebabkan atau memudahkan kematian, dan kecelakaan atau kekerasan yang menyebabkan cedera tersebut. Data penyebab kematian dalam sertifikat penyebab kematian digunakan sebagai sumber utama data mortalitas suatu rumah sakit. Analisis kuantitatif adalah telaah atau review bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis. Analisis kuantitatif terdiri dari empat komponen yaitu review identifikasi, review laporan penting, review otentifikasi dan review pencatatan. Tujuan penelitian adalah mengetahui persentase kelengkapan pengisian sertifikat penyebab kematian. Jenis penelitian ini adalah deskripsi dengan metode lembar cek-list dan observasi. Tempat penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik Medan. Waktu penelitian dilakukan bulan April-Mei 2019. Populasi dan sampel yang digunakan adalah data pasien meninggal dan sertifikat penyebab kematian bulan Maret. Berdasarkan hasil penelitian, didapat perhitungan Persentase kelengkapan pengisian sertifikat penyebab kematian berdasarkan

review identifikasi sebesar 40,5%, kelengkapan berdasarkan review laporan penting sebesar 28,9%, kelengkapan berdasarkan review otentifikasi 98,5% dan review pencatatan dapat terbaca dan jelas sebesar 85,5%. Kesimpulan dari penelitian ini adalah persentase kelengkapan yang rendah pada review identifikasi dan review laporan penting karena banyaknya komponen yang harus diisi sehingga memerlukan waktu yang lebih lama. Saran dari penelitian ini yaitu sebaiknya petugas dapat mengisi sertifikat penyebab kematian dengan lengkap dan jelas.

Kata Kunci : *Sertifikat Penyebab Kematian; Analisis Kuantitatif*

1. Pendahuluan

Menurut Permenkes Tahun 2018 Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Setiap rumah sakit memiliki kewajiban untuk menyelenggarakan rekam medis melalui penyelenggaraan manajemen informasi kesehatan.

Menurut Permenkes tahun 2008 Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan.

Perkembangan rekam medis terbagi dalam dua jenis praktik yakni praktik rekaman kertas tradisional melalui media kertas dan praktik modern yang orientasi pengelolannya berbasis pada informasi yang dilakukan melalui komputer. Rekam medis baik dalam bentuk kertas ataupun komputerisasi memiliki isi yang meliputi data administratif dan data klinis. Data administratif mencakup data demografi, keuangan (*financial*) di samping tentang informasi lain yang berhubungan dengan pasien, seperti data yang terdapat pada beragam izin (*consent*), pada lembaran hak kuasa (otorisasi) untuk kepentingan pelayanan kesehatan dalam penanganan informasi konfidensial pasien. Data administratif terdiri dari beberapa data salah satunya adalah Sertifikat Kematian (Hatta, 2011).

Sertifikat Kematian adalah sumber utama data mortalitas. Informasi kematian biasa didapat dari praktisi kesehatan atau

pada kasus kematian karena kecelakaan, kekerasan dan penyakit jantung. Orang yang memasukkan urutan kejadian yang menyebabkan kematian pada sertifikat kematian dengan format internasional. Konsep sebab kematian hanya memilih satu penyebab kematian yang memudahkan untuk pengisian sertifikat walaupun tercatat dua atau lebih kondisi morbiditas yang menyebabkan kematian tersebut (Hatta, 2013).

Sebab yang mendasari kematian merupakan titik pusat dari kode mortalitas. *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan sebab-sebab kematian sebagai semua penyakit, keadaan sakit atau cedera yang menyebabkan atau berperan terhadap terjadinya kematian. Oleh karena itu sebab yang mendasari kematian adalah keluhan atau kejadian atau keadaan, kejadian akibat sebab luar, apabila tidak karena hal tersebut pasien tidak akan mati (Hatta, 2011).

Menurut Kasim F. dan Ekardius (2010), ICD 10 digunakan sebagai dasar dalam mempersiapkan data statistik kematian. WHO menyusun sertifikat kematian yang merupakan sumber data utama data mortalitas dan digunakan sebagai dasar pembuatan laporan penyebab kematian. Laporan tentang penyebab kematian sangatlah berguna agar rumah sakit dapat membuat klasifikasi tentang penyebab utama yang digunakan untuk evaluasi kualitas pelayanan, kebutuhan tenaga medis dan alat-alat medis.

Menurut Departemen Kesehatan RI tahun 2008, data penyebab kematian dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk mengambil keputusan terkait dengan upaya pencegahan dari penyakit atau kasus yang mematikan (*preventif primer*)

sehingga status kesehatan masyarakat menjadi lebih baik.

Kesulitan akan dihadapi pelayanan rumah sakit yang tidak menerbitkan sertifikat penyebab kematian (*cause of death*) apabila data kematian menjadi persyaratan klaim asuransi kesehatan, maka pencantuman data penyebab kematian (*cause of death*) adalah mutlak bagi kepentingan penentuan satuan pembayaran klaim pasien keluarga almarhum, dan data yang otentik cenderung akan mengurangi risiko manajemen (Hatta,2011).

Mengetahui pentingnya data dalam sertifikat penyebab kematian baik bagi rumah sakit maupun pihak pasien yang meninggal, maka pengisian data - data dalam setiap bagian pada formulir sertifikat penyebab kematian harus diisi dengan lengkap. Peneliti melakukan telaah terhadap penelitian sebelumnya yang memiliki kesamaan pada bagian tertentu.

Penelitian oleh Menna (2016) dengan tujuan untuk mengetahui kelengkapan pengisian sertifikat medis penyebab kematian di RS Antam medika Jakarta terhadap 72 sertifikat penyebab kematian diperoleh hasil kelengkapan sebesar 87,43% dan tidak lengkap sebesar 12,57%. Dari ke-4 (empat) komponen analisis kuantitatif kriteria analisis jumlah prosentase terlengkap terdapat pada autentikasi penulis sebesar 100% sedangkan prosentase terendah terdapat pada catatan yang baik sebesar 72,2%.

Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik merupakan rumah sakit tipe A yang menerima pasien baik rawat jalan, inap, dan gawat darurat. Berdasarkan survei awal yang dilakukan oleh peneliti dari 20 formulir sertifikat penyebab kematian didapati angka kelengkapan review identifikasi sebesar 9 (45%) sertifikat penyebab kematian yang terisi lengkap dan 11 (55%) yang tidak lengkap. Angka kelengkapan review laporan penting sebesar 9 (45%) sertifikat penyebab kematian yang terisi lengkap dan 11 (55%) yang tidak lengkap. Angka kelengkapan review pencatatan sebesar 17 (85%)

sertifikat penyebab kematian yang terisi jelas dan hanya 3 (15%) yang tidak terisi dengan jelas. Angka kelengkapan review otentifikasi terdapat 19 (95%) sertifikat penyebab kematian yang terisi lengkap dan hanya 1 (5%) yang tidak lengkap.

Sertifikat penyebab kematian yang tidak terisi dengan lengkap dapat berdampak pada kualitas suatu informasi dan mutu pelayanan rekam medis di suatu rumah sakit. Oleh sebab itu, penulis bermaksud untuk mengetahui lebih lanjut dengan melakukan penelitian mengenai "Tinjauan Kelengkapan Pengisian Sertifikat Penyebab Kematian di Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik Medan Tahun 2019".

Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis merumuskan permasalahan tentang "Berapa Persentase Kelengkapan Pengisian Sertifikat Penyebab Kematian di Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik Medan Tahun 2019".

Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui persentase kelengkapan pengisian sertifikat penyebab kematian di Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik Medan tahun 2019.

Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

- a. Menjadi sumber informasi yang berguna bagi rumah sakit tentang pentingnya kelengkapan pengisian sertifikat medis penyebab kematian.
- b. Sebagai masukan kepada petugas pelaksana untuk mengisi data pada sertifikat penyebab kematian dengan benar dan lengkap.

2. Bagi Penulis

- a. Menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan terhadap kelengkapan pengisian sertifikat penyebab kematian.

- b. Dapat menjadi pembanding antara teori yang pernah diperoleh selama perkuliahan dengan penerapan di lapangan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan referensi ilmu pendidikan sehingga dapat menambah wawasan dan ilmu pengetahuan tentang sertifikat penyebab kematian bagi mahasiswa/i Program Studi D-III Perkam dan Informasi Kesehatan.

2. Metode

Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif yang bertujuan untuk mengetahui gambaran kelengkapan pengisian sertifikat penyebab kematian di Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik Medan Tahun 2019. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang hanya menggambarkan keadaan objek, tidak ada maksud untuk menggeneralisasikan hasilnya, melakukan analisis kuantitatif dan tanpa menguji hipotesisnya.

Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan dari bulan April sampai Mei 2019.

Tempat Penelitian

Tempat yang dilakukan dalam penelitian ini adalah Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik yang beralamat di Jl. Bunga Lau No.17 Kemenangan Tani, Medan.

Populasi dan Sampel

Populasi yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah sertifikat penyebab kematian dalam berkas rekam medis RSUP H. Adam Malik Medan. sebanyak 220 sertifikat penyebab bulan Maret tahun 2019.

Jumlah sampel yang digunakan oleh peneliti adalah 69 sertifikat penyebab

kematian dalam berkas rekam medis RSUP H. Adam Malik Medan.

$$n = \frac{N}{1+N(d^2)}$$

$$n = \frac{220}{1+220(0.1^2)}$$

$$n = \frac{220}{1+220(0.01)}$$

$$n = \frac{220}{1+2.2} = \frac{220}{3.2}$$

n = 69 berkas

Keterangan :

Rumus menurut Slovin

n : Jumlah sampel

N : Jumlah populasi

d : Batas toleransi kesalahan (*error tolerance*)

Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan oleh peneliti adalah lembar *check list*

Cara Pengumpulan Data

Cara pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti adalah data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari objek yang diteliti. Data sekunder yaitu data yang diperoleh dari hasil dokumentasi yang ada di rumah sakit (Saryono, 2013).

Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Teknik pengolahan yang digunakan oleh peneliti adalah *editing* yaitu suatu cara pengolahan data yang dilakukan dengan meneliti atau mengkoreksi data dan memperbaikinya jika ada kekeliruan pengisian tidak lengkap, sehingga data yang dihasilkan dapat memberikan informasi yang dapat dipertanggung jawabkan sesuai kebutuhan.

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan analisis data kuantitatif yaitu data yang terkumpul akan

diolah sehingga dapat dianalisis dan diambil kesimpulan.

3. Hasil

Berdasarkan hasil pengamatan yang dilakukan oleh penulis dari 220 sertifikat penyebab kematian bulan Maret 2019 didapatkan hasil sebagai berikut:

Review Identifikasi

Terdapat beberapa komponen yang dicantumkan pada sertifikat penyebab kematian di Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik Medan. Pengisian komponen-komponen tersebut masih ditemukan ketidaklengkapan pengisian dan terdapat tempelan *barcode* pasien (berisi nama pasien, no, RM, dan tempat tanggal lahir) yang dimana dalam sertifikat penyebab kematian terdapat instruksi tidak diperbolehkan menulis nama pasien yang meninggal.

Tabel 1. Jumlah kelengkapan pengisian sertifikat penyebab kematian per komponen berdasarkan *review* identifikasi

Komponen yang di analisis	Lengkap		TidakLengkap		Total	
	n	%	N	%	n	%
Tanggal Kematian	54	92,7	5	7,3	69	100
Kabupaten RS	36	52,1	33	47,9	69	100
Kecamatan RS	41	59,4	28	40,6	69	100
Kelurahan RS	36	52,1	33	47,9	69	100
Nama RS	57	82,6	12	17,4	69	100
No. RM	53	76,8	16	23,2	69	100
Pekerjaan	39	56,5	30	43,5	69	100
Bangsa	55	79,7	14	20,3	69	100
Jenis Kelamin	60	86,9	9	13,1	69	100
Umur	58	84	11	16	69	100

Berdasarkan hasil pada Tabel 1, diketahui bahwa jumlah kelengkapan pengisian pada komponen tanggal kematian sebanyak 54, komponen kabupaten RS sebanyak 36, komponen kecamatan RS sebanyak 41, komponen

kelurahan RS sebanyak 36, komponen nama RS sebanyak 57, komponen No. RM sebanyak 53, komponen pekerjaan sebanyak 39, komponen bangsa sebanyak 55, komponen jenis kelamin sebanyak 60, dan komponen umur sebanyak 58.

Tabel 2. Perhitungan *review* identifikasi kelengkapan pengisian sertifikat penyebab kematian

Kategori kelengkapan	N	Persentase (%)
Lengkap	28	40,5
TidakLengkap	41	59,4
Jumlah	69	100

Berdasarkan Tabel 2 dapat diketahui bahwa jumlah kelengkapan berdasarkan *review* identifikasi sebesar 40,5% dan ketidaklengkapan sebesar 59,4%.

Review Laporan Penting

Pengisian pada komponen laporan penting bagian I (a, b, c) dan bagian II akan

diisi apabila terdapat beberapa penyakit yang menyebabkan seseorang meninggal. Tetapi, jika dalam kasus hanya ditemukan satu penyakit yang merupakan penyebab meninggalnya seseorang maka pada bagian I dan II dapat dinyatakan lengkap.

Tabel 3. Jumlah kelengkapan pengisian sertifikat kematian per komponen berdasarkan review identifikasi

Komponen yang di analisis	Lengkap		Tidak Lengkap		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bagian I	63	91,3	6	8,7	69	100
a. Penyakit atau keadaan yang langsung mengakibatkan kematian						
b.c penyakit (bila ada) yang menjadi lantaran timbulnya sebab kematian tersebut pada bagian (a) dengan menyebut penyakit yang menjadi pokok pangkal terakhir.	52	75,3	17	24,7	69	100
Bagian II	27	39,1	42	60,9	69	100
Lamanya (kira-kira) mulai sakit hingga meninggal dunia	31	44,9	38	55,1	69	100
Mati rudapaksa (sebab)	19	27,5	50	72,5	69	100
Cara kejadian kecelakaan	21	30,4	48	69,6	69	100
Sifat jejas (kerusakan tubuh)	23	33,3	46	66,7	69	100
Apakah peristiwa ini kelahiran-mati?	25	36,2	44	63,8	69	100
Apakah ini peristiwa persalinan ?	23	33,3	46	66,7	69	100
Apakah telah dilakukan operasi ?	21	30,4	48	69,6	69	100

Berdasarkan hasil pada Tabel 3, diketahui bahwa jumlah kelengkapan pengisian pada komponen bagian I (a) sebanyak 63, komponen bagian I (b.c) sebanyak 52, komponen bagian II sebanyak 27, Komponen lamanya mulai sakit-meninggal sebanyak 31, komponen mati

rudapaksa sebanyak 19, Komponen cara kejadian kecelakaan sebanyak 21, komponen sifat jejas sebanyak 23, komponen peristiwa kelahiran mati 25, komponen peristiwa persalinan sebanyak 23 dan komponen telah dilakukan operasi sebanyak 21.

Tabel 4. Perhitungan *review* laporan kelengkapan pengisian sertifikat kematian

Kategori kelengkapan	N	%
Lengkap	20	28,9
Tidak Lengkap	49	71,1
Jumlah	69	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa jumlah kelengkapan berdasarkan review laporan penting sebesar 28,9 % dan ketidaklengkapan sebesar 71,1%.

Review Otentifikasi

Komponen pada review otentifikasi terdiri dari komponen nama dokter dan

tandatangan dokter. Berdasarkan hasil pengamatan hanya ditemukan satu formulir sertifikat penyebab kematian yang tidak terdapat tanda tangan dokter penanggung jawab pasien (DPJP).

Tabel 5. Perhitungan *review* otentifikasi kelengkapan pengisian sertifikat kematian

Kategori kelengkapan	n	%
Lengkap	68	98,5
Tidak Lengkap	1	1,5
Jumlah	69	100

Berdasarkan Tabel 5, diketahui bahwa jumlah kelengkapan berdasarkan *review* otentifikasi 98,5% dan ketidaklengkapan sebesar 1,5%.

Review Pencatatan

Review pencatatan berfokus pada penulisan pada sertifikat penyebab

kematian apakah sudah tertulis dengan jelas dan dapat terbaca atau tidak.

Tabel 6. Perhitungan *review* pencatatan kelengkapan pengisian sertifikat kematian

Kategori kejelasan pencatatan	n	%
Jelas	59	85,5
Tidak jelas	10	14,5
Jumlah	69	100

Berdasarkan Tabel 6, diketahui bahwa jumlah kelengkapan berdasarkan *review* pencatatan dapat terbaca dan jelas sebesar 85,5 % dan tidak dapat terbaca dan jelas sebesar 14,5%.

4. Pembahasan

Berdasarkan hasil pengamatan, didapati hasil perhitungan pengisian sertifikat penyebab kematian di Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik Medan yaitu:

Review Identifikasi

Kelengkapan pengisian bagian identifikasi sebesar 40,5% dan tidak lengkap sebesar 59,4 %. Berdasarkan komponen-komponen yang ada didalam bagian identifikasi kelengkapan pengisian tertinggi yaitu komponen tanggal kematian sebesar 92,7%. Komponen pada sertifikat penyebab kematian terdapat alamat Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik yang terdiri dari kabupaten/kota, kecamatan, kelurahan. Dari komponen tersebut, pengisian terendah terdapat pada alamat

Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik bagian kelurahan dan kabupaten/kota masing-masing sebesar 52,1%.

Sertifikat penyebab kematian di Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik memiliki sebuah instruksi yaitu bahwa tidak diperbolehkan mencantumkan nama pasien yang meninggal. Tetapi, dalam pengisiannya terdapat sekitar 25% (19 sertifikat penyebab kematian) yang ditempelkan *barcode* pasien yang berisi nama pasien, nomor rekam medis, dan tanggal lahir pasien pada bagian identifikasi.

Review Laporan Penting

Kelengkapan berdasarkan pada bagian laporan penting sebesar 28,9% dan tidak lengkap sebesar 71,1%. Berdasarkan komponen-komponen pada bagian laporan penting kelengkapan pengisian tertinggi yaitu komponen utama bagian I.a penyakit atau keadaan langsung mengakibatkan kematian sebesar 91,3% dan dan terendah yaitu komponen mati rudapaksa 27,5%.

Pengisian pada komponen laporan penting bagian I (a, b, c) dan bagian II akan diisi apabila terdapat beberapa penyakit yang menyebabkan seseorang meninggal. Tetapi, jika dalam kasus hanya ditemukan satu penyakit yang merupakan penyebab meninggalnya seseorang maka pada bagian yang tidak terisi dapat dikosongkan sesuai teori yang ada.

Review Otentifikasi

Kelengkapan pada bagian *review* otentifikasi sebesar 98,5% dan tidak lengkap sebesar 1,5%. Bagian otentifikasi RSUP H. Adam Malik Medan terdiri dari dua komponen yaitu nama dan tanda tangan dokter penanggung jawab pasien (DPJP). Berdasarkan hasil pengamatan hanya ditemukan satu sertifikat penyebab kematian yang tidak terisi pada komponen tandatangan dokter penanggung jawab pasien (DPJP).

Review Pencatatan

Pencatatan atau pengisian sertifikat penyebab kematian di RSUP H. Adam Malik yang dapat terbaca dan jelas sebesar 85,5% dan tidak terbaca sebesar 14,5%. *Review* pencatatan berfokus pada penulisan dalam setiap komponen-komponen sertifikat kematian baik bagian identifikasi, laporan penting dan otentifikasi.

Berdasarkan hasil yang didapat ditemukan bahwa kelengkapan pengisian sertifikat penyebab kematian di RSUP H. Adam Malik Medan terkecil terdapat pada bagian identifikasi dan laporan penting yang masih jauh dari standar kelengkapan rekam medis yaitu 100% (Permenkes, 2008).

Persentase kelengkapan yang rendah pada *review* laporan penting dan *review* identifikasi di sebabkan karena petugas tidak mengisi setiap komponen baik apabila dilakukan suatu tindakan atau tidak. Selain itu, banyaknya komponen yang harus diisi akan memberikan waktu yang sedikit lama kepada petugas dalam pengisian sertifikat penyebab kematian yang dapat dilihat

banyaknya kekosongan *review* identifikasi pada bagian kabupaten, kecamatan, dan kelurahan RS serta kekosongan *review* laporan penting pada bagian Mati rudapaksa (sebab), Cara kejadian kecelakaan, Sifat jejas (kerusakan tubuh), Apakah peristiwa ini kelahiran-mati, Apakah ini peristiwa persalinan, dan Apakah telah dilakukan operasi.

5. Simpulan dan Saran

Simpulan

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

1. Persentase kelengkapan pengisian sertifikat penyebab kematian berdasarkan *review* identifikasi sebesar 40,5% dan ketidaklengkapan sebesar 59,4%. Komponen dengan frekuensi kelengkapan terbesar adalah tanggal kematian sebesar 92,7% dan kelengkapan terkecil adalah komponen kabupaten dan kelurahan Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik masing-masing sebesar 52,1%.
2. Persentase kelengkapan pengisian sertifikat penyebab kematian kelengkapan berdasarkan *review* laporan penting sebesar 28,9% dan ketidaklengkapan sebesar 71,1%. Komponen dengan frekuensi kelengkapan terbesar adalah Bagian I (a) Penyakit atau keadaan yang langsung mengakibatkan kematian sebesar 91,3% dan kelengkapan terkecil adalah Mati rudapaksa (sebab) sebesar 27,5%.
3. Persentase kelengkapan pengisian sertifikat penyebab kematian kelengkapan berdasarkan *review* otentifikasi 98,5% dan ketidaklengkapan sebesar 1,5%.
4. Persentase kelengkapan pengisian sertifikat penyebab kematian *review* pencatatan dapat terbaca dan jelas sebesar 85,5% serta yang tidak dapat terbaca dan jelas sebesar 14,5%.

Saran

Sebaiknya petugas dapat memerhatikan dan mengisi setiap komponen-komponen pada sertifikat penyebab kematian dengan lengkap dan jelas sehingga dapat menekan atau mengurangi angka kekosongan pada sertifikat penyebab kematian.

6. Daftar Pustaka

- Departemen Kesehatan RI, 2008 *Petunjuk Teknis Administrasi Klaim dan Verifikasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI Dirjen YanMed. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta : DepKes.2006
- Hatta, G. 2011. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI-Press
- Hatta, G. 2013. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI-Press
- Kasim, F dan Erkadius. 2010. *Sistem Klasifikasi Utama Morbiditas dan Mortalitas yang digunakan di Indonesia*, dalam Hatta,G, editor. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia
- Menna. Avenia Dionisia. 2016. *Tinjauan kelengkapan pengisian sertifikat medis penyebab kematian di rumah sakit antam medika Jakarta*. Universitas Esa Unggul
- Notoatmodjo, S. 2017. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Republik Indonesia, 2008, Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.
- Republik Indonesia, 2018, Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2018 tentang Rumah Sakit
- Saryono. (2013). *Metodologi Penelitian Kuantitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- World Health Organization. 2010. *International Statistical Classification Of Disease And Related Health Problem, Tenth Revision, Volume 1 Instruction Manual*. Geneva: WHO

Tinjauan Ketepatan Koding Penyakit Gastroenteritis Pada Pasien BPJS Rawat Inap di UPTD RSUD Kota Salatiga

Review of the Accuracy of Coding for Gastroenteritis in Inpatient BPJS Patients in UPTD RSUD Kota Salatiga

Elise Garmelia¹⁾
Maulida Sholihah²⁾

¹⁾Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan ; Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang

²⁾RSUD Dr. Moewardi Surakarta
Jl. Kolonel Sutarto o. 132, Jebres, Surakarta
Email: elsa0306@gmail.com, maulidasholihah10@gmail.com,

Abstract

One of the factors causing the inaccuracy of writing diagnosis code is sometimes doctors do not write the diagnosis in the complete form so that medical record errors occur in determining the diagnosis code. Based on preliminary studies that researchers have done in UPTD RSUD Salatiga, the researchers found the results of encoding gastroenteritis disease is inappropriate. Researchers took a random sample, from 8 medical records of patients with BPJS gastroenteritis inpatient there were 6 medical records showing the inaccuracy of encoding diagnosis with 75% percentage of incorrect code and there was different writing of gastroenteritis diagnosis on admission discharge form and discharge summary form. The purpose of this study to determine the accuracy of coding disease gastroenteritis. The type of the research is descriptive quantitative research using cross sectional approach. The population in this research is medical record of inpatients of BPJS gastroenteritis case in January 2017 until October 2017, with the sample of 82 medical record by using simple random sampling method. The results showed the percentage of appropriateness of writing diagnosis on the outline forms form outgoing and returning home is 93.9%, the percentage of accuracy of gastroenteritis disease code is 91.5% and the percentage of appropriateness of diagnosis with the result of laboratory examination is 89%. Factors affecting the inaccuracy of coding results are that medical personnel (physicians) write incomplete and incompatible patients' diagnostic diagnosis of the form sheet, the coder does not check the results of the laboratory to determine the correct code, the lack of update activity of the ICD-10 coding latest version. Of these factors can affect the quality of medical records with the results of coding, claims results and analysis of hospital reporting data.

Keywords: ICD-10; Coding Gastroenteritis

Abstrak

Salah satu faktor penyebab dari ketidaktepatan penulisan kode diagnosis adalah terkadang dokter tidak menuliskan diagnosis dengan lengkap sehingga terjadi kesalahan perekam medis dalam menentukan kode diagnosis. Berdasarkan studi pendahuluan yang telah peneliti lakukan di UPTD RSUD Kota Salatiga ditemukan hasil pengkodean penyakit gastroenteritis yang tidak tepat. Peneliti mengambil sampel secara random, dari 8 rekam medis pasien BPJS rawat inap penyakit gastroenteritis terdapat 6 rekam medis yang menunjukkan ketidaktepatan pengkodean diagnosis dengan persentase 75 % kode tidak tepat dan terdapat perbedaan penulisan diagnosis gastroenteritis pada formulir ringkasan masuk keluar dan ringkasan pulang. Tujuan penelitian untuk mengetahui ketepatan koding penyakit gastroenteritis. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kuantitatif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah rekam medis rawat inap pasien BPJS kasus gastroenteritis pada bulan Januari 2017 sampai bulan Oktober 2017, dengan sampel 82 rekam medis dengan menggunakan metode *simple random sampling*. Hasil penelitian menunjukkan persentase kesesuaian penulisan diagnosis pada

lembar formulir ringkasan masuk keluar dan ringkasan pulang 93,9 %, persentase ketepatan pemberian kode penyakit gastroenteritis 91,5 % dan persentase kesesuaian penulisan diagnosis dengan hasil pemeriksaan laboratorium 89 %. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaktepatan hasil pengkodean adalah tenaga medis (dokter) menuliskan diagnosis gastroenteritis pasien secara tidak lengkap dan tidak sesuai antar lembar formulir, *coder* tidak mengecek hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium) untuk menentukan kode yang tepat, kurangnya kegiatan *update* koding ICD-10 Versi terbaru. Dari faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi mutu rekam medis dengan hasil pengkodean, hasil klaim dan analisa data pelaporan rumah sakit.

Kata Kunci : ICD-10; Koding Gastroenteritis

1. Pendahuluan

Rumah Sakit menurut Undang - undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 (Pasal 1), Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan terhadap masyarakat perlu tercatat atau terekam sebagai dokumen penting yang bersifat rahasia yang dinamakan rekam medis.

Rekam Medis menurut Edna K Huffman adalah berkas yang menyatakan siapa, apa, mengapa, dimana, kapan dan bagaimana pelayanan yang diperoleh seorang pasien selama dirawat atau menjalani pengobatan. Rekam medis yang baik merupakan cerminan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 377/MenKes/SK/III/ 2007 Tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan disebutkan bahwa kompetensi pertama dari seorang perekam medis adalah menentukan kode penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan. Acuan yang digunakan dalam pengkodean penyakit yaitu ICD-10 dan acuan pengkodean tindakan medis yaitu ICD-9 CM.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesia Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional disebutkan bahwa Jaminan Kesehatan Nasional adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iuran yang dibayar oleh pemerintah. Dalam pemberlakuan Jaminan

Kesehatan Nasional, pengajuan pembiayaan kesehatan klaim pada INA-CBG's dengan menggunakan kode.

Salah satu faktor penyebab ketidaktepatan penulisan kode diagnosis terkadang dokter tidak menuliskan diagnosis dengan lengkap sehingga terjadi kesalahan perekam medis dalam menentukan kode diagnosis dan penyakit. Ketepatan koding penyakit dan tindakan medis penting dalam rekam medis pasien selain kelengkapan rekam medis yang bermutu, diagnosis juga diperukan dalam pelayanan medis lainnya.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 Tentang Panduan Praktis Klinis (PPK) Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer, Gastroenteritis adalah peradangan mukosa lambung dan usus halus yang ditandai dengan diare, buang air besar lembek atau cair, dapat bercampur darah atau lendir dengan frekuensi 3 kali atau lebih dalam waktu 24 jam disertai muntah, demam, dan rasa tidak enak diperut.

UPTD RSUD Kota Salatiga merupakan Rumah Sakit bertipe B Pendidikan dan telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pada umumnya jenis pasien yang ada di UPTD RSUD Kota Salatiga adalah pasien BPJS yang melakukan pembayaran pelayanan kesehatan berdasarkan tarif yang ada pada software INA-CBG's. UPTD RSUD Kota Salatiga telah melaksanakan standar pengkodean dengan menggunakan ICD-10 dan ICD-9CM Versi 2010.

Dari sumber data yang ada di UPTD RSUD Kota Salatiga pada tahun 2017 diagnosis Gastroenteritis termasuk dalam daftar 10 besar penyakit pasien rawat inap dengan morbiditas tertinggi Berdasarkan studi pendahuluan yang

telah peneliti lakukan di UPTD RSUD Kota Salatiga, didapatkan hasil observasi sebagai berikut : ditemukan hasil pengkodean penyakit gastroenteritis pada rekam medis pasien BPJS rawat inap yang tidak tepat/kurang spesifik dikarenakan tidak ada karakter ke-4 yang menjelaskan patologi penyakit gastroenteritis infeksi maupun non infeksi dan terdapat penentuan kode yang tidak sesuai dengan hasil pemeriksaan laboratorium. Peneliti mengambil sampel secara random, dari 8 rekam medis pasien BPJS rawat inap penyakit gastroenteritis terdapat 6 rekam medis yang menunjukkan ketidaktepatan pengkodean diagnosis dengan persentase 75 % kode tidak tepat misalnya gastroenteritis acute dengan kode ICD-10 (A09) saja, selain itu terdapat penulisan diagnosis gastroenteritis yang kurang lengkap dan berbeda penulisan diagnosis pada lembar formulir ringkasan masuk keluar dan ringkasan pulang.

Dampak yang terjadi bila terdapat ketidaktepatan kode maupun ketidaksesuaian penulisan diagnosis akan berpengaruh pada turunnya mutu pelayanan serta mempengaruhi analisa data pelaporan dan ketepatan tarif INA-CBG's dalam pengantian biaya kepada pihak rumah sakit. Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik ingin mengambil judul "Tinjauan Ketepatan Koding Penyakit Gastroenteritis Pada Pasien BPJS Rawat Inap UPTD RSUD Kota Salatiga".

2. Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* yaitu variable sebab atau resiko dan akibat atau kasus yang terjadi pada objek penelitian yang diukur atau dikumpulkan secara simultan (dalam waktu yang bersamaan) (Notoatmodjo, 2010).

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Januari - Mei 2018 di Instalasi Rekam Medis UPTD RSUD Kota Salatiga dengan 82 sampel rekam medis pasien BPJS rawat inap kasus GE dan melakukan wawancara dengan 2 petugas rekam medis bagian koding. Metode pengumpulan data menggunakan metode observasi dan wawancara. Analisis dilakukan dengan analisis statistik yang bersifat deskripsi.

3. Hasil dan Pembahasan

Ketepatan kode penyakit gastroenteritis di kelompokkan berdasarkan beberapa kriteria ketepatan yaitu kriteria kesesuaian penulisan diagnosis yang tertulis pada lembar formulir

ringkasan masuk keluar dan ringkasan pulang, ketepatan pemberian kode gastroenteritis, kesesuaian hasil pemeriksaan laboratorium dengan penulisan diagnosis gastroenteritis serta faktor-faktor yang mempengaruhi ketepatan koding gastroenteritis.

a. Kesesuaian Penulisan Diagnosis Gastroenteritis yang Tertulis Pada Lembar Formulir Ringkasan Masuk Keluar dan Ringkasan Pulang

Dari sampel acak pasien gastroenteritis 2017 yang telah peneliti kelompokkan berdasarkan usia pasien gastroenteritis yang dirawat oleh DPJP dan berdasarkan jenis kelamin pasien yang menderita gastroenteritis dengan persentase sebagai berikut :

Tabel 1. Persentase Berdasarkan Usia Pasien Gastroenteritis Yang Dirawat Dokter Penanggungjawab Pasien

DPJP	Usia Pasien				(Σ)	(%)
	1 - 4 tahun	5 - 14 tahun	15 - 24 tahun	> 25 tahun		
Spesialis Penyakit Anak	34	5	-	-	39	47,6 %
Spesialis Penyakit Dalam	-	-	12	31	43	52,4 %
Σ Total Pasien					82	100 %

Sumber : Data Primer Rekam Medis

Tabel 2. Persentase Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Gastroenteritis

No	Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien	(Σ)	(%)
1.	Laki-laki	44 pasien	53,7 %
2.	Perempuan	38 pasien	46,3 %
Σ Total		82 pasien	100 %

Sumber : Data Primer Rekam Medis

Dari 82 sampel rekam medis didapatkan : 77 penulisan diagnosis pada rekam medis pasien gastroenteritis yang sesuai dan hanya ada 5 penulisan diagnosis gastroenteritis yang tidak sesuai antara lembar formulir ringkasan masuk keluar dan ringkasan pulang dengan persentase sebagai berikut :

Tabel 3. Kesesuaian Penulisan Diagnosis Gastroenteritis pada Formulir Ringkasan Masuk Keluar dan Ringkasan Pulang

No	Kriteria Penulisan Diagnosis	(Σ)	(%)
1.	Sesuai (Sama)	77 kasus	93,9 %
2.	Tidak sesuai (berbeda)	5 kasus	6,1 %
Σ Total		82 kasus	100 %

Tabel 4 Distribusi Usia Pasien dengan Perbedaan Penulisan Diagnosis Gastroenteritis pada Formulir Ringkasan Masuk Keluar dan Ringkasan Pulang

No	Usia Pasien	Formulir Ringkasan Masuk Keluar	Formulir Ringkasan Pulang
1.	≥ 15 tahun	GE, Ca. Rectum	Ca. Recti
2.	≥ 15 tahun	GEA Dehidrasi Sedang, Disentri	GEA Dehidrasi Sedang
3.	1 tahun - 4 tahun	DCA Disentri	Diare Cair Akut
4.	≥ 15 tahun	Disentri, Anemia Hemoroids	Disentri, Anemia
5.	1 tahun - 4 tahun	Diare Cair Akut Dehidrasi Sedang (ada amoeba)	Diare Cair Akut

Dari hasil analisa ketidaksesuaian antara lembar formulir ringkasan masuk keluar dan ringkasan pulang didapatkan penulisan diagnosis terbanyak yang tidak sesuai pada rekam medis pasien usia ≥ 15 tahun yang dilakukan penulisan diagnosis oleh Dokter Spesialis Penyakit Dalam.

Adapaun ketidaksesuaian penulisan diagnosis tersebut dikarenakan terdapat penulisan diagnosis yang tidak lengkap dan tidak konsisten antara lembar formulir ringkasan masuk keluar dan ringkasan pulang, dan terdapat penulisan singkatan diagnosis yang tidak konsisten pada diagnosis penyakit gastroenteritis pasien

Penulisan diagnosis yang berbeda atau tidak lengkap ini akan mempengaruhi pada hasil pengkodean yang akan dilakukan oleh *coder* sehingga akan berpengaruh pada analisa data pelaporan rumah sakit dan terutama akan berpengaruh dalam sistem pembiayaan pelayanan kesehatan oleh BPJS kepada rumah sakit.

Oleh karena itu, isi formulir ringkasan masuk keluar dan ringkasan pulang harus saling berkaitan sesuai dan lengkap agar memudahkan dokter dalam memberikan pengobatan kembali kepada pasien sehingga pasien mengetahui riwayat penyakitnya secara jelas dan runtut.

b. Ketepatan Pemberian Kode Penyakit Gastroenteritis

Dari 82 sampel rekam medis pasien BPJS rawat inap penyakit gastroenteritis pada tahun 2017, terdapat 7 kode diagnosis gastroenteritis yang tidak tepat dan 75 kode diagnosis gastroenteritis yang tepat dengan persentase ketepatan pemberian kode diagnosis penyakit gastroenteritis pasien BPJS rawat inap di UPTD RSUD Kota Salatiga sebagai berikut :

Tabel 5 Ketepatan Pemberian Kode Penyakit Gastroenteritis Pada Lembar Formulir Ringkasan Masuk Keluar (RMK)

No	Ketepatan Pemberian Kode RMK	(Σ)	(%)
1.	Tepat (Sesuai)	75 kasus	91,5 %
2.	Tidak Tepat	7 kasus	8,5 %
Σ Total		82 kasus	100 %

Sumber : Data Primer Rekam Medis Pasien Gastroenteritis

Tabel 6. Ketidaktepatan Pemberian Kode dengan Diagnosis Pada Formulir Ringkasan Masuk Keluar Maupun Pada Formulir Ringkasan Pulang

No	Diagnosis pada Ringkasan Masuk Keluar / pada Ringkasan Pulang	Kode Petugas	Kode Peneliti
1.	GEA pada Gravida 7 Bulan	A09 O98.8	O98.8 A09.0
2.	GEA pada Gravida 7 Bulan	A09 O98.8	O98.8 A09.0

UPTD RSUD Kota Salatiga sudah menggunakan buku pedoman ICD-10 Versi 2010 dan berdasarkan wawancara dengan *coder* diketahui bahwa untuk pengkodean kasus gastroenteritis pada aplikasi BPJS dulu hanya support dengan ICD-10 Versi 2005 dengan kode gastroenteritis kode A09 saja, akan tetapi berdasarkan observasi peneliti pada aplikasi SIMRS hanya support dengan ICD-10 versi 2005 dengan kode gastroenteritis A09 saja dan aplikasi klaim BPJS sudah berganti ke versi ICD-10 versi 2010. Persentase

ketepatan kode sebesar 91,5 % sesuai standar pengkodean jika dibandingkan dengan versi 2005 dan ketidaktepatan kode sebesar 6,1 % dikarenakan salah dalam menentukan kode yang tepat sehingga tidak sesuai dengan standar pengkodean.

c. Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Laboratorium dengan Penulisan Diagnosis Kasus Gastroenteritis

Hasil penelitian di UPTD RSUD Kota Salatiga didapatkan dari 82 sampel rekam medis pasien BPJS rawat inap penyakit gastroenteritis pada tahun 2017, terdapat 73 diagnosis pasien kasus gastroenteritis yang sesuai (lengkap) dengan hasil pemeriksaan laboratorium, 4 diagnosis pasien kasus gastroenteritis yang tidak diagnosis pasien kasus gastroenteritis yang dilakukan pemeriksaan laboratorium terdapat hasil pemeriksaan bakteri amoeba hystolitica (+). Hasil tersebut setelah dilakukan pengolahan data didapatkan persentase kesesuaian hasil pemeriksaan laboratorium dengan diagnosis kasus gastroenteritis sebagai berikut :

Tabel 8. Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Laboratorium Dengan Diagnosis Kasus Gastroenteritis UPTD RSUD Kota Salatiga

No	Kesesuaian Diagnosis dengan Hasil Lab	(Σ)	(%)
1.	Sesuai	73 kasus	89 %
2.	Tidak sesuai (Bakteri Amoeba Hystolitica (+))	5 kasus	6,1 %
3.	Tidak ada pemeriksaan laboratorium	4 kasus	4,9 %
Jumlah Total		82 kasus	100 %

Sumber : Data Primer Rekam Medis Pasien Gastroenteritis

Menurut buku panduan praktik klinis bagi dokter bahwa untuk penyakit gastroenteritis dilakukan pemeriksaan penunjang atau laboratorium misalnya mencakup :

- 1) Pemeriksaan tinja
Makroskopis dan mikroskopis, ph dan kadar gula dalam tinja, dan resistensi feces (colok dubur)
Analisa gas darah apabila didapatkan tanda-tanda gangguan keseimbangan asam basa (pernafasan kusmaul).

- 2) Pemeriksaan kadar ureum dan keratin untuk mengetahui faal ginjal
- 3) Pemeriksaan elektrolit terutama kadar Na, K, Kalsium dan posfat.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis bahwa Indikator Mutu Rekam Medis mencakup beberapa indikator salah satunya yaitu indikator kelengkapan isian rekam medis penunjang medis dan diagnosis.

d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Hasil Pengkodean Penyakit Gastroenteritis

Faktor pertama yang mempengaruhi hasil pengkodean penyakit yang dilakukan coder adalah tenaga medis sebagai pemberi pelayanan kesehatan dalam menetapkan diagnosis pasien Berdasarkan tabel 4.3 dan tabel 4.4 menunjukkan terdapat perbedaan penulisan diagnosis sebanyak 5 kasus dengan ini petugas coder belum melakukan evaluasi dan review terhadap rekam medis pasien gastroenteritis.

Faktor kedua yang mempengaruhi hasil pengkodean penyakit yang dilakukan coder adalah tidak melihat hasil pemeriksaan penunjang untuk menentukan kode yang tepat. Berdasarkan tabel 4.7 menunjukkan bahwa ketidaktepatan pemberian kode dikarenakan ketidaksesuaian penulisan diagnosis dengan hasil pemeriksaan laboratorium.

Faktor ketiga yang mempengaruhi hasil pengkodean penyakit yang dilakukan coder adalah kurang mengupdate buku pedoman koding WHO.

4. Simpulan dan Saran

a. Simpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan diatas dapat ditarik simpulan bahwa :

- 1) Persentase kesesuaian penulisan diagnosis gastroenteritis pada lembar formulir ringkasan masuk keluar dan ringkasan pulang sebesar 93,9 %, sedangkan persentase ketidaksesuaian antara lembar formulir ringkasan masuk keluar dan ringkasan pulang sebesar 6,1%.
- 2) Persentase ketepatan pemberian kode diagnosis gastroenteritis sebesar 91,5 %, sedangkan ketidaktepatan

pemberian kode diagnosis gastroenteritis sebesar 8,5%.

- 3) Dari total sampel diperoleh persentase kesesuaian hasil pemeriksaan laboratorium dengan diagnosis kasus Gastroenteritis sebesar 89 %, ketidaksesuaian hasil pemeriksaan laboratorium dengan diagnosis sebesar 6,1 %, dan tidak ada hasil pemeriksaan laboratorium sebesar 4,9 %.
- 4) Faktor-faktor yang mempengaruhi hasil koding gastroenteritis yaitu tenaga medis (dokter) menuliskan diagnosis gastroenteritis pasien secara tidak lengkap dan tidak sesuai antar lembar formulir, coder tidak mengecek hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium) untuk menentukan kode yang tepat, kurangnya kegiatan *update* koding ICD-10 Versi 2010.

b. Saran

- 1) Petugas koding (PMIK) selalu melakukan *update* koding berdasarkan ICD-10 Versi terbaru.
- 2) Petugas coding melakukan pengembangan keilmuan yang berhubungan audit coding dengan hasil pemeriksaan laboratorium.
- 3) Jika rumah sakit mengadakan kegiatan audit klinis dengan dokter sebaiknya mengikut sertakan PMIK.
- 4) Meningkatkan komunikasi dan kolaborasi *coder* dengan bagian pengelolaan klaim.
- 5) Sebaiknya mensosialisasikan kepada dokter mengenai pentingnya menuliskan diagnosis pasien dengan lengkap.

5. Ucapan Terimakasih

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah penulis banyak mendapat saran, kritik, dorongan, bimbingan serta keterangan-keterangan dari banyak pihak, yang menjadikan penulis dapat menyusun karya tulis ini dengan baik dan dapat dipertanggungjawabkan. Oleh karena itu dengan segala hormat dan kerendahan hati perkenankan penulis mengucapkan terimakasih untuk seluruh pihak yang terlibat dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

6. Daftar Pustaka

- Aru W, Sudoyo. (2009). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : Interna Publishing.
- Digdowirogo, Hadjat S, dkk. (2014). *Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter*. (Online), ([Http://Fk.Unila.ac.id](http://Fk.Unila.ac.id), diakses 3 Maret 2018).
- . (2010). *Pedoman Praktik Dokter Spesialis Anak*. (Online). <http://spesialis1.ika.fk.unair.ac.id/wpcontent/uploads/2017/03/Pedoman-Praktik-Dokter-Spesialis-Anak.pdf>. Diakses tanggal 24 April 2018.
- Hatta, Gemala R. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Ui-Press.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Health Statistics*. (online) <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profilkesehatan/profil-kesehatan-indonesia-2011.pdf>. Diakses tanggal 20 April 2018. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI No 377/Menkes/Sk/111/2007 Tentang Standar Profesi Perkam Medis Dan Informasi Kesehatan. 2007. Jakarta : Menkes RI.
- Kresnowati, Lily dan Ernawati. (2012). *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Akurasi Koding Diagnosis Dan Prosedur Medis Pada Dokumen Rekam Medis Di Rumah Sakit Kota Semarang*. Semarang : Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2017). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi I* (Online). (http://www.pdpersi.co.id/kanalpersi/manajemen_mutu/data/snars_edisi1.pdf, diakses tanggal 25 April 2018).
- Nani. BAB 1 PENDAHULUAN. (<http://eprints.undip.ac.id/32688/1/1.pdf>, diakses tanggal 27 April 2018).
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesia Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. 2016. Jakarta : Menkes RI.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 Tentang
- Panduan Praktis Klinis (PPK) Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer*. 2014. Jakarta : Menkes RI.

*Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor
269 / Menkes / Per / III/ 2008 Tentang Rekam
Medis. 2008. Jakarta : Menkes RI.*

*Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55
Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan
Perekam Medis. Jakarta : Menkes RI.*

Tinjauan Aspek Keamanan dan Kerahasiaan Rekam Medis di Rumah Sakit Setia Mitra Jakarta Selatan

Review of Safety and Lifestyle Aspects of Medical Records at Rumah Sakit Setia Mitra Jakarta Selatan

Siswati¹⁾
Dea Ayu Dindasari²⁾

*^{1,2)}Akademi Pererekam Medis dan Informasi Kesehatan Bhumi Husada Jakarta
Jl. Raharja No. 15 Pondok Pinang, Kebayoran Lama, Jakarta Selatan
E-mail : dindasarideaayu@gmail.com*

Abstract

Maintaining the confidentiality of the patient's medical record, required storage of medical records that meet the requirements in maintaining security and confidentiality. Medical record storage can be said to be good if the room guarantees security and avoid the threat of loss, neglect, disaster and anything that can jeopardize the medical record. The medical record storage room at Setia Mitra Hospital is not yet secure, because the door is unlocked. Besides nurses, radiology and nutrition can enter the medical record storage room and some medical records were found damaged. The general purpose of this study was to determine the security and confidentiality aspects in the medical record storage room. This research method is qualitative with a case study approach to illustrate how the security and confidentiality aspects in the Setia Mitra Hospital medical record storage room. Data collection techniques by observation and interview. The results found that the security and confidentiality policies have been made but have not been implemented well. The conclusion from the results of this study was only found about security policies while standard operating procedures related to the security and confidentiality of medical records have not been made. The physical medical record does not guarantee the safety and confidentiality of the contents of the medical record. Medical record storage room does not guarantee the security of medical record storage. The Setia Mitra Hospital leadership should be able to reaffirm the established policies related to the security and confidentiality of medical records, in addition to that the SPO was made related to the security and confidentiality of medical records.

Keywords : *Security and confidentiality; storage room; medical records*

Abstrak

Menjaga kerahasiaan rekam medis pasien, diperlukan ruang penyimpanan rekam medis yang memenuhi ketentuan dalam menjaga keamanan dan kerahasiaan. Ruang penyimpanan rekam medis dapat dikatakan baik apabila ruangan tersebut menjamin keamanan dan terhindar dari ancaman kehilangan, kelalaian, bencana dan segala sesuatu yang dapat membahayakan rekam medis. Ruang Penyimpanan rekam medis di Rumah Sakit Setia Mitra belum terjaga keamanannya, karena ruang pintu tidak terkunci. Selain itu perawat, radiologi dan gizi dapat masuk kedalam ruang penyimpanan rekam medis dan beberapa rekam medis ditemukan rusak. Tujuan umum penelitian ini untuk mengetahui aspek keamanan dan kerahasiaan di ruang penyimpanan rekam medis. Metode penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan studi kasus untuk menggambarkan bagaimana aspek keamanan dan kerahasiaan di ruang penyimpanan rekam medis RS Setia Mitra. Teknik pengumpulan data dengan cara observasi dan wawancara. Hasil penelitian ditemukan bahwa Kebijakan keamanan dan kerahasiaan sudah dibuat tetapi belum terlaksana dengan baik. Kesimpulan dari hasil penelitian ini hanya

ditemukan kebijakan tentang keamanan sedangkan standar prosedur operasional terkait keamanan dan kerahasiaan rekam medis belum dibuat. Fisik rekam medis belum menjamin keamanan dan kerahasiaan isi rekam medis. Ruang penyimpanan rekam medis belum menjamin keamanan penyimpanan rekam medis. Sebaiknya pimpinan RS Setia Mitra dapat menegaskan kembali adanya kebijakan yang ditetapkan terkait keamanan dan kerahasiaan rekam medis, selain itu dibuat SPO terkait keamanan dan kerahasiaan rekam medis.

Kata Kunci : *Keamanan dan Kerahasiaan; Ruang Penyimpanan; Rekam Medis.*

1. Pendahuluan

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik khusus yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat. RS harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan rekam medis untuk mendukung pelayanan kesehatan.

Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis lain pada sarana pelayanan kesehatan untuk rawat jalan, rawat inap baik yang dikelola pemerintah maupun swasta. Isi Rekam medis bersifat rahasia yang harus dijaga oleh petugas kesehatan dan petugas rekam medis. Oleh karena itu rumah sakit berkewajiban menjaga keamanan dan kerahasiaan isi rekam medis pasien.

Peranan petugas rekam medis, dokter dan perawat dalam menjaga kerahasiaan rekam medis sesuai dengan standar prosedur operasional yang ditetapkan. Berdasarkan Undang-Undang RI No.29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 47 ayat 2 rekam medis harus disimpan dan dijaga kerahasiaannya oleh dokter dan dokter gigi dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Untuk menjaga kerahasiaan rekam medis pasien, diperlukan ruang penyimpanan rekam medis yang memenuhi ketentuan dalam menjaga keamanan dan kerahasiaan. Ruang rekam medis dapat dikatakan baik apabila ruangan tersebut menjamin keamanan dan terhindar dari

ancaman kehilangan, kelalaian, bencana dan segala sesuatu yang dapat membahayakan rekam medis tersebut.

Berdasarkan observasi di RS Setia Mitra pada tanggal 13-15 Maret 2019 di ruang penyimpanan rekam medis, ditemukan beberapa masalah yang berkaitan dengan keamanan dan kerahasiaan rekam medis. Ada 2 (DUA) Ruang penyimpanan rekam medis yang terpisah, keadaan ini dapat mengakibatkan sulitnya pengawasan. Ruang penyimpanan rekam medis tidak dikunci sehingga petugas dari bagian lain dapat masuk ke ruang penyimpanan rekam medis. Selain itu ditemukan rekam medis yang rusak seperti robek dan terlipat. Hal ini disebabkan rak penyimpanan rekam medis sudah sangat padat.

Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan tersebut, penulis ingin membahas "Tinjauan Aspek Keamanan Dan Kerahasiaan Rekam Medis di Rumah Sakit Setia Mitra Jakarta."

Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum: untuk mengetahui gambaran keamanan dan kerahasiaan rekam medis di Rumah Sakit Setia Mitra Jakarta Selatan.
2. Tujuan Khusus :
 - a. Mengidentifikasi kebijakan tentang keamanan dan kerahasiaan ruang penyimpanan rekam medis.
 - b. Mengidentifikasi gambaran pelaksanaan dan kerahasiaan ruang penyimpanan rekam medis

Pengertian Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 55 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis. Rekam Medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan.

Menurut Edna K. Huffman, Rekam Medis adalah fakta yang berkaitan dengan keadaan pasien, riwayat penyakit dan pengobatan masa lalu serta saat ini yang ditulis oleh profesi kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien tersebut.

Tujuan Rekam Medis

Di dalam petunjuk teknis penyelenggaraan rekam medis departemen kesehatan RI tahun 2006 menyatakan bahwa:

Tujuan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercapai tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang di harapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Keamanan dan Kerahasiaan

1. Keamanan

a. Faktor intrinsik

Penyebab kerusakan yang berasal yang berasal dari benda arsip itu sendiri, misalnya kualitas kertas, pengaruh tinta, pengaruh lem pelekat dan lain-lain. Kertas dibuat dari campuran kimiawi, kertas akan mengalami perubahan dan rusak. Proses kerusakan itu bisa terjadi dalam waktu yang singkat, bisa pula memakan waktu bertahun-tahun. Demikian pula tinta dan bahan pelekat dapat menyebabkan proses kimia yang merusak kertas.

b. Faktor ekstrinsik

Penyebab kerusakan yang berasal dari luar benda arsip, yakni lingkungan fisik, organisme perusak, dan kelalaian manusia :

- 1) Faktor lingkungan fisik yang berpengaruh besar pada kondisi arsip antara lain temperatur, kelembaban udara, sinar matahari, polusi udara, dan debu.
- 2) Biologis, organisme perusak yang kerap merusak arsip antara lain jamur, kutu buku, rayap, kecoa, dan tikus.
- 3) Kimiawi, yaitu kerusakan arsip yang lebih diakibatkan merosotnya kualitas kandungan bahan kimia dalam bahan arsip.
- 4) Kelalaian manusia yang sering terjadi yang dapat menyebabkan arsip bisa rusak adalah percikan bara rokok, tumpahan atau percikan minuman, dan sebagainya.

2. Kerahasiaan

Informasi tentang pasien adalah rahasia dan rumah sakit diminta menjaga kerahasiaan informasi pasien serta menghormati kebutuhan privasinya. Rahasia adalah suatu yang disembunyikan dan hanya diketahui oleh satu orang, oleh beberapa orang saja, atau kalangan tertentu. Kerahasiaan merupakan pembatasan pengungkapan informasi pribadi tertentu. Dalam hal ini mencangkup tanggung jawab untuk menggunakan, mengungkapkan, atau mengeluarkan informasi hanya dengan sepengetahuan dan izin individu.

Ruang Penyimpanan Rekam Medis

Ruang penyimpanan arsip (rekam medis) harus dibangun dan diatur sebaik mungkin sehingga mendukung keawetan arsip.

1. Lokasi ruangan/gedung arsip sebaiknya terletak di luar daerah industri dengan

luas yang cukup untuk menyimpan arsip yang sudah diperkirakan sebelumnya. Kalau merupakan bagian dari satu bangunan gedung, hendaknya ruang arsip terpisah dari keramaian kegiatan kantor lainnya dan tidak dilalui oleh saluran air.

2. Kontruksi bangunan sebaiknya tidak menggunakan kayu yang langsung menyentuh tanah untuk menghindari serangan rayap.
3. Ruangan sebaiknya dilengkapi dengan penerangan, pengatur temperatur ruangan, dan air conditioner (AC) yang bermanfaat untuk mengendalikan kelembaban udara didalam ruangan. Kelembaban udara di dalam ruangan. Kelembaban udara yang baik sekitar 50-60% dan temperatur sekitar 600-750F atau 22°C-25°C.
4. Ruangan harus selalu bersih dari debu, kertas berkas, putung rokok, maupun sisa makanan.
5. Alat penyimpanan seperti lemari, filling cabinet, rak, dan lainnya sebaiknya terbuat dari logam tahan karat. Adapun alat pemeliharanya antara lain mesin penghisap debu (*vacum cleaner*), termohigrometer (alat pengukur suhu dan kelembaban udara), alat pendeteksi api/asap (*fire/ smoke derector*), APAR dan lainnya.

2. Metode Penelitian

Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini hanya dilakukan di ruang penyimpanan rekam medis RS Setia Mitra. mengenai Keamanan dan Kerahasiaan Ruang Penyimpanan Rekam Medis.

Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan membuat gambaran atau deskriptif tentang suatu keadaan secara objektif, kemudian menganalisa masalah tersebut sesuai dengan hasil yang diamati.

Teknik pengumpulan data

1. Teknik Observasi

Melakukan observasi langsung pada objek penelitian dengan menggunakan instrument pengumpulan data untuk memperoleh data yang berhubungan dengan masalah yang diteliti.

2. Wawancara

Melakukan tanya jawab langsung kepada narasumber mengenai aspek keamanan dan kerahasiaan rekam medis di ruang penyimpanan.

Teknis Analisa Data dan Pengolahan Data

1. Pengolahan data

- a. Pemeriksaan data

- 1) Memeriksa kelengkapan dan validasi data
- 2) Data disajikan dalam bentuk tabel

2. Teknik analisa data

- a. Analisis data dengan cara membandingkan keamanan dan kerahasiaan rekam medis dengan teori.
- b. Evaluasi data dan untuk melihat keamanan dan kerahasiaan di ruang penyimpanan sesuai tidak dengan standar.
- c. Hasil penelitian dinyatakan dengan bentuk narasi.

3. Hasil Penelitian

Kebijakan Keamanan dan Kerahasiaan Ruang Penyimpanan Rekam Medis

- a. Kebijakan Keamanan dan Kerahasiaan Rekam Medis

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan penulis bahwa Kebijakan Keamanan dan Kerahasiaan Rekam Medis sudah dibuat dalam bentuk buku pedoman. Semua hal yang berkaitan dengan aspek keamanan dan kerahasiaan rekam medis sudah tercantum dalam kebijakan penyelenggaraan rekam medis. Kebijakan pengelolaan rekam medis, pelepasan informasi medis, dan hak

akses data rekam medis sudah tertuang dalam kebijakan tersebut.

b. Standar Prosedur Operasional Keamanan dan Kerahasiaan Rekam Medis

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan penulis ditemukan bahwa standar prosedur operasional yang terkait keamanan dan kerahasiaan rekam medis belum dibuat. Penulis hanya mendapatkan standar prosedur operasional pemeliharaan rekam medis.

Pelaksanaan Keamanan dan Kerahasiaan Rekam Medis

a. Keamanan

1) Faktor intrinsik

Berdasarkan hasil Penelitian yang di lakukan oleh penulis keamanan rekam medis dalam faktor intrinsik bahan kertas dan tinta yang di gunakan formulir sudah baik. Namun untuk kualitas map rekam medis belum menggunakan map yang berkualitas baik dan perekat map mudah terlepas.

2) Faktor Ekstrinsik

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis keamanan rekam medis dalam faktor ekstrinsik, lingkungan sudah baik temperatur dan kelembaban normal namun masih terdapat debu dalam ruang penyimpanan. Ruang penyimpanan baik, tidak ada rayap, kutu, kecoa dan tikus. Sudah menggunakan kertas berkualitas baik. Petugas rekam medis setiap hari membawa makanan dan minuman ke dalam ruang penyimpanan.

b. Ruang Penyimpanan Rekam Medis

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis, lokasi ruang penyimpanan rekam medis terletak

dekat dengan dapur sehingga petugas lain dapat berlalu-lalang di ruang penyimpanan. Kontruksi bangunan sudah baik menggunakan beton, penerangan di ruang penyimpanan rekam medis sudah baik, ruang penyimpanan sudah menggunakan AC dan kelembaban sudah baik, ruangan di ruang penyimpanan tidak bersih masih banyak terdapat debu, kertas bekas dan sisa makanan. Ruang penyimpanan belum terdapat alat pemeliharaan seperti mesin penghisap debu, termohigrometer dan alat pendeteksi api/asap namun sudah terdapat APAR tetapi APAR hanya diletakan dilantai ruang penyimpanan rekam medis tanpa keamanan yang memadai.

Tabel 1. Hasil pengamatan petugas yang tidak memiliki hak akses masuk keruang penyimpanan rekam medis

Hari	Jumlah	Kondisi Pintu
1	4	Tidak Terkunci
2	6	Tidak Terkunci
3	4	Tidak Terkunci
4	3	Tidak Terkunci
5	5	Tidak Terkunci

c. Kerahasiaan Rekam Medis

Berdasarkan hasil penelitian di lakukan oleh penulis untuk kerahasiaan ruang penyimpanan rekam medis di rumah sakit belum terjaga kerahasiaannya dengan baik karena masih terdapat rekam medis yang rusak, terlipat dan terdapat formulir yang lepas dari map rekam medis, hal ini disebabkan rak penyimpanan tidak dapat menampung rekam medis, sehingga rekam medis ditumpuk di dalam rak penyimpanan.

4. Pembahasan

Kebijakan Keamanan dan Kerahasiaan Rekam Medis

a. Kebijakan Keamanan dan Kerahasiaan Ruang Penyimpanan Rekam Medis

Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa Rumah Sakit Setia Mitra sudah memiliki Kebijakan terkait keamanan dan kerahasiaan ruang penyimpanan rekam medis . yaitu kebijakan yang bagaimana mengatur pengelolaan rekam medis, kebijakan pelepasan informasi medis, serta kebijakan petugas kesehatan yang memiliki akses data rekam medis yang berbentuk surat keputusan pedoman. Berdasarkan hasil penelitian terhadap kebijakan dan keamanan di ruang penyimpanan rekam medis, petugas rekam medis masih belum melaksanakan sesuai dengan kebijakan yang sudah dibuat. Sebaiknya petugas rekam medis melakukan tugasnya sesuai dengan kebijakan yang sudah dibuat.

b. Standar Prosedur Operasional keamanan dan Kerahasiaan di ruang penyimpanan Rekam Medis

Standar prosedur operasional keamanan dan kerahasiaan rekam medis di RS Setia Mitra belum dibuat. Berdasarkan hasil wawancara dan penelusuran standar prosedur operasional yang penulis lakukan hanya standar operasioanal pemeliharaan rekam medis. Seharusnya ada prosedur yang berkaitan dengan keamanan di ruang penyimpanan rekam medis di dalam SPO tersebut. Pentingnya standar prosedur operasional keamanan ruang penyimpanan untuk menghindari hilangnya rekam medis dan hak akses ruang penyimpanan rekam medis.

Pelaksanaan Keamanan dan Kerahasiaan Rekam Medis

a. Keamanan Rekam Medis

1) Faktor intrinsik

Dari hasil penelitian di Rumah Sakit Setia Mitra, ditemukan bahwa kualitas kertas dan tinta yang digunakan untuk rekam medis sudah baik. Namun untuk bahan perekat dan map yang digunakan untuk melindungi rekam medis masih menggunakan bahan yang kualitasnya tidak baik. Map ada yang robek dan formulir mudah lepas dari map.

Berdasarkan teori Agus Sugiarto 2014, faktor intrinsik penyebab kerusakan arsip berasal dari benda arsip itu sendiri, misalnya kualitas kertas, pengaruh tinta, pengaruh lem perekat dan lain lain. Kertas dibuat dari campuran bahan yang mengandung unsur-unsur kimia. Karena proses kimiawi, kertas akan mengalami perubahan dan rusak. Proses kerusakan itu bisa terjadi dalam waktu yang singkat, bisa pula memakan waktu bertahun-tahun. Demikian pula tinta dan bahan perekat dapat menyebabkan proses kimia yang merusak kertas.

2) Faktor ekstrinsik

Berdasarkan hasil penelitian yang di lakukan oleh penulis ruang penyimpanan rekam medis di rumah sakit masih terdapat debu di dalam ruang penyimpanan dan petugas rekam medis setiap hari membawa makanan dan minuman ke dalam ruang penyimpanan.

Berdasarkan teori Agus Sugiarto 2014, faktor ekstrinsik penyebab kerusakan arsip berasal dari luar benda arsip, yakni :

- a) Faktor lingkungan fisik yang berpengaruh besar pada kondisi arsip antara lain temperatur, kelembaban udara, sinar matahari, polusi udara, dan debu.
- b) Biologis, organisme perusak yang kerap merusak arsip antara lain jamur, kutu buku, rayap, kecoa, dan tikus.

- c) Kimiawi, yaitu kerusakan arsip yang lebih diakibatkan merosotnya kualitas kandungan bahan kimia dalam bahan arsip.
- d) Kelalaian manusia yang sering terjadi yang dapat menyebabkan arsip bisa rusak adalah percikan bara rokok, tumpahan atau percikan minuman, dan sebagainya.

b. Ruang Penyimpanan Rekam Medis

1) Ruang penyimpanan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis, pintu ruang penyimpanan tidak di kunci dan petugas selain rekam medis dapat masuk ke ruang penyimpanan. Saat penelitian dilakukan, penulis melihat ada 10 perawat, 3 fisioterapi, 2 IT, 2 radiologi, 4 logistik, dan 1 gizi masuk kedalam ruang penyimpanan rekam medis.

Berdasarkan teori Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit tahun 2018 tentang standar Manajemen Informasi dan Rekam Medis 11 “berkas rekam medis dilindungi dari kehilangan, kerusakan, gangguan serta akses dan penggunaan yang tidak berhak” dengan elemen penilaian MIRM (Manajemen Informasi dan Rekam Medis) 11, pertama terdapat regulasi ditetapkan untuk mencegah akses penggunaan rekam medis bentuk kertas dan atau elektronik tanpa izin. Kedua rekam medis dalam bentuk kertas dan atau elektronik dilindungi dari kehilangan dan kerusakan. Ketiga rekam medis dalam bentuk kertas dan atau elektronik dilindungi dari gangguan dan akses serta penggunaan yang tidak sah. Keempat ruang dan tempat penyimpanan rekam medis menjamin perlindungan terhadap akses dari yang tidak berhak.

2) Lokasi Ruang Penyimpanan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis, ruang penyimpanan rekam medis berada dekat dengan dapur sehingga petugas lain dapat berlalu-lalang di ruang penyimpanan. Kontruksi bangunan sudah baik menggunakan beton, penerangan di ruang penyimpanan rekam medis sudah baik, temperatur ruang penyimpanan dan kelembaban sudah baik, ruangan di ruang penyimpanan tidak bersih masih banyak terdapat debu, kertas bekas dan sisa makanan. Ruang penyimpanan belum terdapat alat pemeliharaan seperti mesin penghisap debu, termohigrometer dan alat pendeteksi api/asap namun sudah terdapat APAR tetapi APAR hanya diletakan dilantai ruang penyimpanan rekam medis tanpa keamanan yang memadai.

Bedasarkan teori Agus Sugiarto 2014, ruang penyimpanan arsip (rekam medis) harus dibangun dan diatur sebaik mungkin sehingga mendukung keawetan arsip :

- a) Lokasi ruangan/gedung arsip terletak di luar daerah industri dengan luas yang cukup untuk menyimpan arsip yang sudah diperkirakan sebelumnya. Kalau merupakan bagian dari satu bangunan gedung, hendaknya ruang arsip terpisah dari keramaian kegiatan kantor lainnya dan tidak dilalui oleh saluran air.
- b) Kontruksi bangunan tidak menggunakan kayu yang langsung menyentuh tanah untuk menghindari serangan rayap.
- c) Ruangan dilengkapi dengan penerangan, pengatur temperatur ruangan, dan *air conditioner* (AC) yang bermanfaat untuk mengendalikan kelembaban udara didalam ruangan. Kelembaban udara di dalam ruangan. Kelembaban udara yang baik

sekitar 50-60% dan temperatur sekitar 600-750F atau 22°C-25°C.

d) Ruangan selalu bersih dari debu, kertas berkas, putung rokok, maupun sisa makanan.

c. Kerahasiaan Rekam Medis

Berdasarkan hasil penelitian dilakukan oleh penulis untuk kerahasiaan ruang penyimpanan rekam medis di rumah sakit belum terjaga kerahasiaannya dengan baik karena masih terdapat rekam medis yang rusak, terlipat dan terdapat formulir yang lepas dari map rekam medis, dan dibiarkan begitu saja tanpa ada perawatan pada rekam medis yang rusak. Hal ini disebabkan rak penyimpanan tidak dapat menampung rekam medis, sehingga rekam medis di tumpuk di dalam rak penyimpanan.

Berdasarkan Permenkes RI No.36 tahun 2012 pasal 5 ayat 1 "Rahasia kedokteran dapat dibuka hanya untuk kepentingan kesehatan pasien, memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam Informasi yang bersifat rahasia dapat berupa tulisan maupun verbal rangka penegak hukum dalam rangka penegakan hukum, permintaan pasien sendiri, atau berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269 / Menkes / Per / III /2008 Bab V pasal 14 tentang tanggung jawab Rekam Medis menyebutkan bahwa "pimpinan sarana kesehatan bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan, dan/atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis.

5. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan di atas, penulis menyimpulkan:

1. Kebijakan keamanan dan kerahasiaan ruang penyimpanan rekam medis di Rumah Sakit Setia Mitra sudah dibuat, namun belum dilaksanakan sepenuhnya. Standar Prosedur Operasional terkait keamanan dan kerahasiaan ruang penyimpanan rekam medis belum dibuat.
2. Ruang penyimpanan rekam medis belum menjamin keamanan dan kerahasiaan rekam medis hal ini disebabkan pintu ruang penyimpanan tidak dikunci sehingga petugas yang tidak memiliki akses dapat masuk keruang penyimpanan. Ruang penyimpanan belum terdapat alat pemeliharaan seperti mesin penghisap debu, termohigrometer dan pendeteksi api/asap. Kerahasiaan rekam medis di ruang penyimpanan belum terjaga dengan baik dikarenakan belum sesuai dengan Permenkes RI No. 269 tahun 2008 seperti masih terdapat rekam medis yang rusak dan menyelip.

6. Saran

1. Sebaiknya perlu menegaskan dan mensosialisasikan kembali ketentuan yang sudah ditetapkan dalam kebijakan yang berlaku dalam kebijakan keamanan dan kerahasiaan di ruang penyimpanan rekam medis. Sebaiknya dibuat standar prosedur operasional tentang menjaga kerahasiaan dan keamanan ruang penyimpanan rekam medis, agar keamanan dan kerahasiaan rekam medis dapat terjaga.
2. Sebaiknya untuk keamanan ruang penyimpanan rekam medis di batasi oleh hak akses seperti fingerprint. Ruang penyimpanan hendaknya dilengkapi alat pemeliharaan seperti vacuum cleaner, termohigrometer dan pendeteksi api/asap. Untuk menjamin kerahasiaan sebaiknya rekam medis yang rusak dilakukan penggantian rekam medis yang baru agar kualitas rekam medis tetap terjaga.

7. Daftar Pustaka

- Anwar, Desy., *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, (Surabaya: 2015)
- Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*, (Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006).
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis* (Jakarta : Depkes RI, 1997)
- Edna K.Huffman,RRA. *Health Information Management*, Edisi10.(Berwyn lionis : Physilians'Record company :1994)
- Hatta, Gemala R. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, (Jakarta : UI-PRES, 2009)
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 Tentang Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan*, (Jakarta : 2018)
- Martono, Boedi., *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*, (Yogyakarta: Pustaka Pinar Harapan, 1997)
- M. Budiahardjo., *Panduan menyusun standar Operating Procedure*, (Jakarta: RAS, 2014)
- Notoatmojo, Soekidjo, *Metode Penelitian kesehatan*, (Jakarta : Rineka Cipta, 2013)
- Peraturan Menteri Republik Indonesia 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis.
- Peraturan Menteri Republik Indonesia No 55 Tahun 2013. *Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis*
- Purnamasari, Evita P., *panduan menyusun Standar Operating Procedure*, (Jogjakarta: Kobis, 2015)
- Rustiyanto, Ery., *Etika Profesi Perekam Medis Informasi Kesehatan*, (Jogjakarta : 2009)
- Sailendra, Annie., *Langkah-langkah praktis membuat SOP*, (Jogjakarta : Trans : RAS, 2014)

Sugiarto, Agus., *Manajemen Kearsipan Modern*, (Yogyakarta : penerbit gava media, 2005)

Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan Icd-10 pada Rekam Medis Rawat Jalan Di Puskesmas

Accuracy The Diagnosis Code Based On Icd-10 On An Outpatient Medical Record At Puskesmas

Irmawati²⁾
Nadelia Nazillahtunnisa¹⁾

^{1,2)}Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jalan Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik
Email : irmaedich98@gmail.com

Abstract

An accurate diagnostic code is required to achieve the goal of the classification system for disease diagnosis, one of which is the recording of mortality and morbidity data. Based on preliminary study of 7 samples of medical records in health centers Kagok, get results 2 medical records (28.57%) there is an accurate diagnosis and diagnostic code and 4 medical records (57.14%) there is an inaccurate diagnosis and diagnostic code, while 1 medical record (14.29%) no diagnosis. The purpose of this research is to determine the accuracy of the disease diagnosis code based on ICD-10 in the outpatient medical record in health centers Kagok. This study used a quantitative descriptive research with cross sectional research design. The number of samples on this study was 98 medical records of outpatient patients, taken with a proportional stratified sampling method. The results showed that the medical record was diagnosed as much as 57 medical records (58%) while the unwritten diagnosis is as much as 41 medical record (42%). From 57 medical records that have been diagnosed, there are only 18 medical records (32%) with accurate code and 39 medical records (68%) with inaccurate code. The officers of the Diagnosis Code no one has the educational background of the medical record, never participated in special training on coding ICD-10, and did not use the facilities in the health centers in the form of an electronic ICD-10 in giving code diagnosis.

Keyword : *Code of diagnosis of accuracy; Kagok Puskesmas*

Abstrak

Kode diagnosis yang akurat diperlukan untuk mencapai tujuan sistem klasifikasi diagnosis penyakit, salah satunya yaitu pencatatan data mortalitas dan morbiditas. Berdasarkan hasil studi pendahuluan terhadap 7 sampel rekam medis di Puskesmas Kagok didapatkan hasil 2 rekam medis (28,57%) terdapat diagnosis dan kode diagnosis yang akurat dan 4 rekam medis (57,14%) terdapat diagnosis dan kode diagnosis yang tidak akurat, sedangkan 1 rekam medis (14,29%) tidak terdapat diagnosis. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui keakuratan kode diagnosis penyakit berdasarkan ICD-10 pada rekam medis rawat jalan di Puseksmas Kagok Kota Semarang. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif dengan desain penelitian *cross sectional*. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 98 rekam medis pasien rawat jalan, diambil dengan metode proporsional *stratified sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rekam medis yang tertulis diagnosisnya sebanyak 57 rekam medis (58%) sedangkan yang tidak tertulis diagnosisnya sebanyak 41 rekam medis (42%). Dari 57 rekam medis yang tertulis diagnosisnya, hanya terdapat 18 rekam medis (32%) dengan kode akurat dan 39 rekam medis (68%) dengan kode tidak akurat. Petugas Pemberi Kode Diagnosis tidak ada yang memiliki latar belakang pendidikan rekam medis, tidak pernah mengikuti pelatihan khusus tentang *coding* ICD-10, dan tidak menggunakan sarana yang ada di puskesmas berupa ICD-10 elektronik dalam memberi kode diagnosis.

Kata Kunci : Keakuratan kode diagnosis; Puskesmas Kagok

1. Pendahuluan

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes RI No. 75 Tahun 2014). Puskesmas harus senantiasa meningkatkan mutu pelayanan, sesuai dengan harapan pengguna jasa, melalui peningkatan kualitas kerja. Pelayanan yang bermutu bukan hanya dilihat pada pelayanan medis saja, tetapi juga pada pelayanan penunjang seperti pengelolaan rekam medis.

Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen mengenai identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lainnya yang diterima pasien pada sarana kesehatan, baik rawat jalan maupun rawat inap (Permenkes RI No. 269 Tahun 2008). Rekam Medis memiliki peran dan fungsi yang sangat penting, yaitu sebagai dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahan untuk keperluan penelitian dan pendidikan, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan dan terakhir sebagai bahan untuk membuat statistik kesehatan (Hatta, 2012). Oleh karena itu, setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis (UU Nomor 29 Tahun 2004).

Perekam Medis mempunyai kewenangan untuk melengkapi rekam medis sesuai kualifikasi pendidikannya yaitu melaksanakan sistem klasifikasi dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai terminologi medis yang benar (Permenkes No. 55 Tahun 2013).

Perekam medis dalam menetapkan kode penyakit dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia menggunakan panduan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10* (ICD-10) tentang penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan. (Kepmenkes Nomor 377 Tahun 2007).

ICD dipakai untuk mengubah diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lain menjadi kode alfa-numerik, bertujuan untuk memudahkan pencatatan data mortalitas dan morbiditas, analisis, interpretasi dan perbandingan sistematis data tersebut antara berbagai wilayah dan jangka waktu (ICD-10 volume 2, 2010). Melihat tujuan sistem klasifikasi

diagnosis penyakit tersebut, keakuratan dalam kodefikasi diagnosis penyakit sangat diperlukan untuk menghasilkan data yang akurat dalam mencapai tujuan sistem klasifikasi diagnosis penyakit.

Puskesmas Kagok Kota Semarang adalah salah satu fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kota Semarang yang beralamat di jalan Telomoyo 3, Kecamatan Candisari, Kota Semarang, Jawa Tengah. Merupakan puskesmas non rawat inap yang telah melaksanakan akreditasi pada tahun 2017 dengan hasil madya (Dinkes, 2017). Dalam pelayanan non medis yang salah satunya merupakan pengelolaan rekam medis, terutama dalam melakukan kodefikasi diagnosis penyakit menggunakan pedoman ICD-10, upaya-upaya yang telah dilakukan Puskesmas Kagok Kota Semarang dalam menentukan kode diagnosis penyakit agar akurat adalah dengan penyediaan sarana berupa ICD elektronik.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Kagok Kota Semarang melalui kegiatan observasi dan wawancara kepada petugas pendaftaran yang merupakan satu-satunya petugas dengan latar belakang lulusan DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, yang dilakukan pada bulan November tahun 2018 didapatkan hasil sebagai berikut, pengelolaan rekam medis dibantu oleh aplikasi Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS). Keakuratan kode diagnosis penyakit terhadap 7 sampel rekam medis yang telah dikode, didapatkan hasil bahwa hanya 3 rekam medis (42,86%) yang tertulis diagnosis penyakit dan terdapat kode penyakit, sedangkan 4 rekam medis (57,14%) hanya terdapat kode diagnosis. Dari data yang diperoleh peneliti melalui SIMPUS pada 7 sampel rekam medis didapatkan hasil 2 rekam medis (28,57%) terdapat diagnosis penyakit dan kode diagnosis penyakit yang akurat dan 4 rekam medis (57,14%) terdapat diagnosis penyakit dan kode diagnosis penyakit yang tidak akurat, sedangkan 1 rekam medis (14,29%) tidak terdapat diagnosis penyakit dan hanya terdapat kode diagnosis penyakit sehingga tidak dapat dinilai keakuratan kodenya.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan ICD-10 pada Rekam Medis Rawat Jalan di Puskesmas Kagok Kota Semarang".

2. Metode

Jenis penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif. Desain penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*. Perhitungan sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus Slovin dengan hasil 98 rekam medis pasien rawat jalan, adapun pengambilan sampel dilakukan dengan metode proporsional *stratified sampling* berdasarkan klinik yang ada di Puskesmas Kagok, sehingga diperoleh 61 rekam medis Klinik Umum, 28 rekam medis Klinik Ibu dan Anak, dan 9 rekam medis Klinik Gigi. Metode pengumpulan data menggunakan observasi dan kuesioner. Analisis data menggunakan analisis deskriptif Penyajian data melalui perhitungan persentase untuk menghitung tingkat akurasi kode diagnosis berdasarkan ICD-10 pada rekam medis rawat jalan. Analisis deskriptif digunakan untuk menggambarkan penulisan diagnosis dan karakteristik Petugas Pemberi Kode Diagnosis di Puskesmas Kagok Kota Semarang.

3. Hasil dan Pembahasan

Penelitian ini dilakukan pada 98 rekam medis dari 3 klinik yang ada di Puskesmas Kagok yaitu yang terdiri dari 61 rekam medis Klinik Umum, 28 rekam medis Klinik Ibu dan Anak (KIA), dan 9 rekam medis Klinik Gigi.

a. Kelengkapan Penulisan Diagnosis Penyakit

Tabel 1

Kelengkapan Penulisan Diagnosis Penyakit di Puskesmas Kagok

Klinik	N	Kategori			
		Lengkap		Tidak Lengkap	
		n	%	n	%
Umum	61	33	54%	28	46%
KIA	28	15	54%	13	46%
Gigi	9	9	100%	0	0%
Total	98	57	58%	41	42%

Sumber : Data Primer Hasil Olahan Checklist Kelengkapan Penulisan Diagnosis

Tabel 1 menunjukkan bahwa kelengkapan penulisan diagnosis penyakit pada Klinik Gigi keseluruhan terisi penulisan diagnosis, sedangkan pada Klinik Umum dan KIA hanya setengah yang terisi penulisan diagnosis

dari masing-masing rekam medis yang diambil sebagai sampel dan dalam dalam penulisan diagnosis terdapat 18 rekam medis yang menggunakan singkatan.

Penjelasan dokter dan bidan menyatakan bahwa tidak menuliskan diagnosis pada semua rekam medis pasien yang datang berkunjung adalah untuk efisiensi dan efektifitas waktu pelayanan. Tidak menuliskan diagnosis pada rekam medis pasien merupakan tindakan yang tidak tepat karena tidak memenuhi ketentuan dalam Permenkes RI Nomor 269 Tahun 2008 tentang isi minimal yang harus tercantum direkam medis rawat jalan yaitu salah satunya adanya penulisan diagnosis. Menggunakan beberapa singkatan untuk menuliskan diagnosis penyakit harus menggunakan standar singkatan yang menjadi pedoman di Puskesmas Kagok, sedangkan di Puskesmas Kagok belum memiliki standar singkatan yang digunakan sebagai pedoman.

b. Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit

Total 98 sampel rekam medis yang dapat dinilai keakuratannya hanya 57 rekam medis (58%), yang terdiri dari 33 rekam medis Klinik Umum, 15 rekam medis KIA, dan 9 rekam medis Klinik Gigi, sedangkan 41 rekam medis (42%) tidak dapat dinilai keakuratannya karena tidak terdapat penulisan diagnosis.

Tabel 2

Rekapitulasi Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit di Puskesmas Kagok

No	Kategori	n	%
1.	Akurat	18	32%
2.	Tidak Akurat	39	68%
Total		57	100%

Sumber : Data Primer Hasil Olahan Checklist Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit

Tabel 2 menunjukkan bahwa untuk keseluruhan persentase keakuratan kode diagnosis penyakit dari 3 Klinik yang ada di Puskesmas Kagok pada 57 rekam medis dengan kategori akurat yaitu 18 rekam medis (32%) dan untuk kategori tidak akurat yaitu 39 rekam medis (68%).

Kode diagnosis penyakit tidak akurat disebabkan paling banyak karena kurang spesifikasi pada digit ke 4 terdapat pada 20 rekam medis (35%), penyebab terbanyak kedua yaitu karena salah kode terdapat pada 15 rekam medis (26%), kemudian penyebab lain yaitu salah pada digit ke 4 terdapat pada 4 rekam medis (7%).

Tidak akuratnya kode diagnosis paling banyak disebabkan oleh kurang spesifikasi pada digit ke 4 yaitu sebanyak 20 rekam medis. Sebagai contoh diagnosis *Tinea Corporis* dikode dalam rekam medis B35. Padahal dalam ICD-10, B35 adalah sub bab penyakit *Dermatophytosis* yang didalamnya terdapat jenis-jenis penyakit tersebut yang berbeda pada digit ke 4. Selain itu, kode tidak akurat juga disebabkan karena salah kode yaitu pada 15 rekam medis. Sebagai contoh diagnosis Bayi Sehat dikode dalam rekam medis Z00 dengan keterangan pada rekam medis bahwa bayi tersebut diberi imunisasi MR dan PENTA. Padahal dalam ICD-10, Z00 adalah sub bab *General examination and investigation of persons without complaint and reported diagnosis*, sedangkan untuk imunisasi dengan kombinasi ada pada sub bab Z27, dan kode untuk imunisasi MR yaitu Z27.4 sedangkan untuk imunisasi PENTA yaitu Z27.8. Jika diagnosis yang ditegakkan Bayi Sehat tanpa keterangan atau data penunjang lain dalam rekam medis maka benar kode diagnosisnya adalah pada sub bab Z00, namun apabila terdapat keterangan lain atau data penunjang untuk spesifikasi pemberian kode diagnosis, maka kode diagnosis mengikuti keterangan dan data penunjang di dalam rekam medis seperti keterangan pemberian imunisasi atau tindakan lain pada bayi sehat. Penyebab lain tidak akuratnya kode yaitu salah pada digit ke 4 terdapat pada 4 rekam medis. Sebagai contoh diagnosis *Dermatitis alergi* dikode L23.8, padahal didalam rekam medis tidak memberikan keterangan penyebab *dermatitis alergi* tersebut yang

seharusnya di kode L23.9 yaitu untuk *dermatitis alergi yang unspecified*.

Petugas Pemberi Kode Diagnosis di Puskesmas Kagok dalam memberikan kode diagnosis penyakit umumnya berdasarkan hafalan dan berpedoman pada alat bantu yang telah disediakan oleh Puskesmas Kagok berupa selebaran kertas yang berisi daftar kode diagnosis penyakit atau menggunakan internet.

c. Karakteristik Petugas Pemberi Kode Diagnosis

Untuk mengetahui karakteristik Petugas Pemberi Kode Diagnosis dilakukan pengisian kuesioner oleh 6 Petugas Pemberi Kode Diagnosis sebagai responden. Berdasarkan hasil kuesioner, Petugas Pemberi Kode Diagnosis yang setengahnya terdiri dari bidan dan sisanya terdiri dari dokter dengan total 6 orang, tidak ada yang pernah mengikuti pelatihan terkait kompetensi koding. Petugas Pemberi Kode Diagnosis tidak melakukan tahap-tahap *coding* sesuai dengan panduan yang terdapat pada ICD-10 volume 2 dan lebih memilih menggunakan alat bantu lain yang tidak dapat di ketahui tingkat keakuratannya dari pada menggunakan fasilitas yang ada yaitu ICD-10 manual/elektronik.

Permenkes No 377/Menkes/SK III/2007 Bagian II tentang Kompetensi Perkam Medis, kompetensi klasifikasi dan kodifikasi penyakit merupakan kompetensi pertama dari 7 kompetensi dasar perkam medis, yang menunjukkan pentingnya kemampuan ini bagi seorang ahli madya perkam medis. Pengalaman bekerja yang lama tidak menjamin keakuratan kode diagnosis penyakit bila tidak ditunjang dengan pengetahuan dan keterampilan yang memadai (Lily dan Dyah, 2013). Apabila Petugas Pemberi Kode Diagnosis belum mempunyai kesempatan untuk mendapatkan pendidikan khusus di bidang rekam medis dan informasi kesehatan, maka untuk mendapatkan hasil yang baik, setidaknya Petugas Pemberi Kode Diagnosis memperoleh pelatihan yang

cukup tentang seluk-beluk pekerjaannya selaku Petugas Pemberi Kode Diagnosis.

4. Simpulan dan Saran

a. Simpulan

Keakuratan kode diagnosis penyakit berdasarkan ICD-10 pada rekam medis rawat jalan di Puskesmas Kagok Kota Semarang belum 100% akurat, hal ini disebabkan oleh yang selanjutnya akan dijelaskan lebih lanjut sebagai berikut :

1. Kelengkapan penulisan diagnosis penyakit di Puskesmas Kagok yaitu 57 rekam medis (58%) lengkap dan 41 rekam medis (42%) tidak lengkap. Tidak adanya penulisan diagnosis pada rekam medis dikarenakan untuk efisiensi dan efektifitas waktu pelayanan. Serta terdapat penulisan diagnosis menggunakan singkatan yang tidak ada di ICD-10.
2. Keakuratan kode diagnosis penyakit di Puskesmas Kagok dari 57 rekam medis yaitu 18 rekam medis (32%) dengan kode akurat dan 39 rekam medis (68%) dengan kode tidak akurat. Penyebab ketidakakuratan kode diagnosis penyakit adalah kurang spesifikasi/salah penulisan pada digit ke 4 dan salah dalam pemberian kode diagnosis atau tidak sesuai dengan ICD-10. Sisa dari total sampel sebesar 41 rekam medis tidak dapat dinilai keakuratan kode diagnosis penyakitnya karena tidak tertulis diagnosis penyakitnya.
3. Karakteristik Petugas Pemberi Kode Diagnosis di Puskesmas Kagok yaitu tidak ada yang memiliki latar belakang pendidikan rekam medis, serta Petugas Pemberi Kode Diagnosis tidak memiliki pelatihan khusus tentang koding ICD-10. Dalam pengalaman bekerja, tidak ada petugas pemberi kode diagnosis yang melakukan tahap-tahap memberi kode diagnosis sesuai dengan prosedur dan lebih memilih menggunakan alat bantu daripada fasilitas ICD-10 yang disediakan di puskesmas.

b. Saran

1. Pihak Puskesmas sebaiknya melakukan analisis beban kerja, agar setiap tenaga kesehatan dapat memberikan pelayanan secara maksimal seperti salah satunya melengkapi rekam medis.
2. Meningkatkan ketelitian Petugas Pemberi Kode Diagnosis dalam menentukan kode diagnosis penyakit agar lebih spesifik sampai pada digit ke 4 dengan mengikuti pelatihan mengenai kompetensi *coding*.
3. Petugas Pemberi Kode Diagnosis di Puskesmas Kagok sebaiknya memiliki pengetahuan tentang rekam medis, mengikutsertakan Petugas Pemberi Kode Diagnosis untuk ikut dalam pelatihan yang berkaitan dengan kode diagnosis penyakit menggunakan ICD. Serta menggunakan ICD-10 yang ada untuk menetapkan kode diagnosis penyakit.

5. Ucapan Terima Kasih

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan saran, kritik, bimbingan serta motivasi dari banyak pihak, yang menjadikan penulis dapat menyusun Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik dan dapat dipertanggungjawabkan. Oleh karena itu, dengan segala hormat dan kerendahan hati, perkenankan penulis mengucapkan terimakasih untuk seluruh pihak yang terlibat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Daftar Pustaka

- Depkes RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Depkes RI
- Gemala Hatta. 2008. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Edisi revisi 2. Jakarta : Penerbit Universitas Indonesia.
- Hariandja, Marihot Tua Efendi. 2002. *Manajemen Sumber Daya Manusia : Pengadaan, Pengembangan, Pengkompensasian, dan Peningkatan Produktivitas Pegawai*. Jakarta : Grasindo.
- Hatta. G R., (2009), *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan*

- Kesehatan. Jakarta: Universitas Indonesia (UI Press)
- Kresnowati Lily, Ernawati D. 2013. *Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Koding Diagnosis dan Prosedur Medis pada Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Kota Semarang. Laporan Akhir Penelitian Dosen Pemula*
- Lisa, Herlinawati. (2015). *Keakuratan Kode Penyakit Di Puskesmas Sronдол Periode Triwulan II Tahun 2015*. Semarang : Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan UDINUS Semarang.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nursalim, Mochamad. 2001. *Psikologi Pendidikan*. Surabaya : Unesa University Press.
- Putri, Annisa Amanda. 2018. *Analisis Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan ICD-10 Dalam Rekam Medis Rawat Jalan Di Puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang*. Semarang : Program Studi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Poltekkes Kemenkes Semarang
- World Health Organization. 2004. *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision (ICD-10) Volume 1*. Geneva:WHO
- _____. 2004. *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision (ICD-10) Volume 2*. Geneva:WHO
- _____. 2004. *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision (ICD-10) Volume 3*. Geneva:WHO
- _____. 2004. *Klasifikasi Statistik Internasional Mengenai Penyakit Dan Masalah Kesehatan Terkait (ICD-10) Cara Penggunaan*. Erkadius. 2012. Padang: APIKES IRIS
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran. Jakarta : Republik Indonesia
- Permenpan Republik Indonesia No. 30 tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Perekam Medis dan Angka Kreditnya. Jakarta : Republik Indonesia
- Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis. Jakarta : Republik Indonesia
- Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) Republik Indonesia Nomor 55 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Rekam Medis. Jakarta : Republik Indonesia
- Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta : Republik Indonesia
- Keputusan Menteri Kesehatan (KEPMENKES) Republik Indonesia Nomor 377 tahun 2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan. Jakarta : Republik Indonesia

Analisis Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Ganesha Di Kota Gianyar tahun 2019

Completeness Analysis of Inpatient Ganesha Hospital Medical Records in Gianyar City in 2019

Ni Luh Putu Devhy¹⁾
Anak Agung Gede Oka Widana²⁾

^{1,2)}Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKes Wira Medika Bali
Dengan alamat Jl. Kecak No. 9A, Gatot Subroto Timur
E-mail : deevhy@gmail.com

Abstrack

Hospital is an organization engaged in services, therefore it is obliged to hold a medical record for the achievement of good administration. Registration, data filling, processing and analysis as well as documentation, this is the process of organizing medical records. Filling in the medical record is said to be good if each item on the medical record sheet is filled with complete data. A complete medical record is a quality image of a hospital. Based on the above background, the researcher wants to find out the percentage of completeness of medical record filling in the inpatients of Ganesa hospital in the city of Gianyar. This type of research is a descriptive study with a cross-sectional design. The sample in this study was 95 inpatient medical record files. Percentage of completeness for RM Patient identity is 100%, doctor's identity is 96.8%, nurse's identity is 85.3%, informed consent is 95.8%, anesthesia is 43.2%, resume is 100%, diagnosis is 100%, abbreviations of 66.3%, readability of 76.8%, rectification of 23.2% and structuring of 100%. The incompleteness in filling the inpatient medical record at the Ganesha Gianyar Hospital was highest in the correction item.

Keywords: *Inpatient Medical Record; Completeness; Hospital*

Abstrak

Rumah Sakit merupakan suatu organisasi yang bergerak dibidang pelayanan, oleh karena itu wajib menyelenggarakan rekam medis demi tercapainya administrasi yang baik. Pendaftaran, pengisian data, pengolahan dan analisis serta pendokumentasian, hal tersebut merupakan proses dari penyelenggaraan rekam medis. Pengisian rekam medis dikatakan baik jika setiap item-item pada lembar rekam medis diisi dengan data yang lengkap. Rekam medis yang lengkap merupakan citra mutu dari sebuah rumah sakit tersebut.

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti ingin mengetahui persentase angka kelengkapan pengisian rekam medis pada pasien rawat inap rumah sakit Ganesa di kota Gianyar. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan rancangan *cross-sectional*. Sampel pada penelitian ini adalah berkas rekam medis rawat inap sebanyak 95 rekam medis. Persentase kelengkapan untuk RM Identitas pasien sebesar 100%, identitas dokter sebesar 96,8%, identitas perawat sebesar 85,3%, *informed consent* sebesar 95,8%, anestesi sebesar 43,2%, resume 100%, diagnosa sebesar 100%, singkatan sebesar 66,3%, keterbacaan sebesar 76,8%, pembetulan sebesar 23,2% dan penataan sebesar 100%. Ketidakeengkapan pada pengisian rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Ganesa Gianyar yang paling tinggi pada item pembetulan.

Kata kunci: *Rekam Medis Rawat Inap; Kelengkapan; Rumah Sakit*

1. Pendahuluan

Rumah sakit merupakan suatu organisasi yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan yang setiap hari berhubungan dengan pasien. Rumah sakit sebagai salah satu sub sistem pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan mencakup pelayanan medik, rehabilitasi medik dan pelayanan perawatan. Pelayanan tersebut dilaksanakan melalui unit gawat darurat, unit rawat jalan dan unit rawat inap (Muninjaya, 2012). Pada era globalisasi ini rumah sakit harus mempersiapkan diri, agar siap bersaing dengan yang lain. Perkembangan teknologi menyebabkan permintaan dan tuntutan terhadap rumah sakit untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang cepat dan profesional terhadap kebutuhan informasi medis. Melayani pasien adalah salah satu bentuk pelayanan rumah sakit, maka dari itu rumah sakit memiliki kewajiban untuk menjalankan rekam medis dengan baik.

Rekam medis merupakan catatan atau informasi baik secara tertulis maupun terekam mengenai siapa, apa, mengapa, bagaimana pelayanan yang diberikan pada pasien tersebut. Rekam medis yang lengkap dan benar dapat digunakan untuk berbagai keperluan. Keperluan tersebut antara lain sebagai bahan bukti untuk dipengadilan, Pendidikan dan pelatihan, serta dapat digunakan untuk bahan evaluasi mutu pelayanan rumah sakit (Winarti & Supriyanto, 2013).

Ketidaklengkapan informasi dalam pengisian rekam medis dapat menjadi masalah, karena rekam medis dapat memberikan informasi terinci tentang apa yang sudah terjadi kepada pasien selama berada di rumah sakit, hal ini pun berdampak pada mutu rekam medis serta terhadap pelayanan yang diberikan terhadap rumah sakit.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008, syarat rekam medis yang bermutu adalah:

terkait kelengkapan isian rekam medis; keakuratan; ketepatan catatan rekam medis; ketepatan waktu; dan pemenuhan persyaratan aspek hukum. Sedangkan jika mengacu pada pedoman standar pelayanan minimal (SPM) rumah sakit, terdapat empat indikator sasaran mutu yang salah satunya ketepatan waktu penyediaan dokumen rekam medis (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Dari hasil penelitian yang berjudul Analisis Kelengkapan Pengisian Resume Medis Pasien Hyperplasia Of Prostate Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Mulia Hati Wonogiri Tahun 2013 menyebutkan bahwa kelengkapan review identifikasi dokumen rekam medis yang diisi pada item nama sebesar 34 DRM (41%), item jenis kelamin sebesar 35 DRM (42%), item nomor rekam medis sebesar 35 DRM (42%). Berdasarkan standar pelayanan minimal menurut Depkes RI tahun 2006 dikatakan lengkap itu mencapai 100%, sehingga kelengkapan DRM di Rumah Sakit Mulia Hati Wonogiri belum lengkap (Meigian, 2014)

Berbagai usaha telah dilakukan oleh rumah sakit untuk pemenuhan pengisian rekam medis misalnya seperti membuat SOP tentang *review* pendokumentasian yang benar agar seluruh petugas rekam medis terkait dapat bekerja menurut kebijakan yang ditetapkan di rumah sakit, kemudian rumah sakit juga sudah melakukan sosialisai keseluruhan petugas rekam medis tentang keharusan pengisian rekam medis. Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang "Analisis Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Ganesha Di Kota Gianyar Tahun 2019".

2. Metode

Jenis penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif, yaitu penelitian yang

bertujuan untuk melihat gambaran atau fenomena yang terjadi didalam populasi tertentu, dengan rancangan *cross-sectional*. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Agustus 2019. Sampel dalam penelitian ini adalah rekam medis rawat inap Rumah Sakit Ganesa di Kota Gianyar Tahun 2019 sebanyak 95 rekam medis.

Instrumen penelitian ini berupa *cheeklist* observasi digunakan untuk mengetahui kelengkapan isi rekam medis.

Tabel 1. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Kelengkapan Rekam Medis untuk pasien rawat inap	Pengisian dokumen rekam medis	Daf tar cheek list	Lengkap, tidak lengkap	Nominal

3. Hasil dan Pembahasan

Hasil

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Ganesha Di Kota Gianyar pada bulan Agustus 2019. Jumlah sampel yang digunakan yaitu rekam medis rawat inap sebanyak 95 rekam medis.

Tabel 2. Persentase Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Gianyar di Kota Gianyar Tahun 2019

Variabel	n=95
Identitas Pasien	
Lengkap	95 (100)
Tidak lengkap	
Identitas dokter	
Lengkap	92 (96,8)
Tidak lengkap	3 (3,2)
Identitas perawat	
Lengkap	81 (85,3)
Tidak lengkap	44 (14,7)
Informed consent	
Lengkap	91 (95,8)
Tidak lengkap	4 (4,2)

Anastesi	
Lengkap	41 (43,2)
Tidak lengkap	54 (56,8)
Resume	
Lengkap	95 (100)
Tidak lengkap	
Diagnosa	
Lengkap	95 (100)
Tidak lengkap	
Singkatan	
Lengkap	63 (66,3)
Tidak lengkap	32 (33,7)
Keterbacaan	
Lengkap	73 (76,8)
Tidak lengkap	22 (23,2)
Pembetulan	
Lengkap	22 (23,2)
Tidak lengkap	73 (76,8)
Penataan	
Lengkap	95 (100)
Tidak lengkap	

Sumber data : pribadi

Berdasarkan Tabel 2 diketahui bahwa persentase kelengkapan identifikasi pasien pada RM rawat inap di rumah sakit Ganesa sebanyak 95% RM, kelengkapan identitas dokter pada RM rawat inap di rumah sakit ganesa sebanyak 96,8% RM dan tidak lengkap sebanyak 3,2% RM sedangkan persentase kelengkapan identitas perawat pada RM rawat inap di rumah sakit ganesa didapatkan sebanyak 85,3% RM dan tidak lengkap sebanyak 14,7% RM. Persentase kelengkapan rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Ganesa di Kota Gianyar didapatkan sebesar 95,8% RM dan tidak lengkap sebesar 4,2% RM, persentase untuk RM anastesi didapatkan yang lengkap sebesar 43,2% RM dan tidak lengkap sebesar 56,8% RM, kelengkapan RM anastesi sebesar 100% RM.

Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian tersebut masih ditemukan beberapa item yang tidak lengkap yaitu, identitas dokter, identitas perawat, inform consent, anastesi, singkatan, keterbacaan dan pembetulan.

Seperti kita ketahui bersama salah satu tujuan dari rekam medis adalah aspek administrasi yang artinya suatu

berkas rekam medis menyangkut tindakan berdasarkan wewenang, tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan (Hatta, 1985)

Ketidaklengkapan pengisian RM rawat inap Rumah Sakit Ganesa di Kota Gianyar ini dapat menghambat petugas RM dalam penginputan, pengolahan data dan pembuatan pelaporan dalam bentuk informasi kegiatan pelayanan kesehatan yang tidak tepat waktu. Diminimalkan dengan mencari solusi dari masalah penyebab ketidaklengkapan pengisian RM rawat inap. Penelitian ini sejalan dengan penelitian di Rumah Sakit Umum Rizki Amalia yang mengatakan bahwa kelengkapan rekam medis rawat inap belum semua item mencapai 100 %. Hal ini terjadi karena sering kali dokter penanggung jawab pasien belum melengkapi formulir rekam medis, sehingga rekam medis yang tidak lengkap dikembalikan ke perawat untuk dilengkapi (Herissa, 2017).

Rekam medis adalah yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien. Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. Isi rekam untuk medis pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya (Permenkes RI No. 269, 2008).

4. Simpulan dan Saran

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian diatas didapatkan kesimpulan :
Persentase kelengkapan untuk RM Identitas pasien sebesar 100%, identitas dokter sebesar 96,8%, identitas perawat sebesar 85,3%, *informed consent* sebesar 95,8%, anastesi sebesar 43,2%, resume 100%, diagnose sebesar 100%, singkatan sebesar 66,3%, keterbacaan sebesar 76,8%, pembetulan sebesar 23,2% dan penataan sebesar 100%.

Saran

Bagi petugas rekam medis, perlu memiliki kesadaran dan kedisiplinan kepada petugas *Asembling* dalam melengkapi RM dengan cara sosialisasi kepada perawat, dokter yang bersangkutan.

Bagi dokter dan perawat agar lebih memahami pentingnya kegunaan resume medis diisi lengkap. Maka dari itu diharapkan setiap meja kerja ditempelkan kewajiban untuk mengisi resume rekam medis dengan cara yang sudah ditentukan.

Bagi rumah sakit perlu membuat SOP tentang *review* pendokumentasian yang benar sehingga petugas kesehatan bekerja sesuai dengan aturan yang telah dibuat.

5. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih disampaikan kepada STIKes Wira Medika Bali yang telah mendanai keberlangsungan penelitian ini. Terimakasih juga disampaikan kepada Rumah Sakit Ganesha yang sudah memberikan kesempatan kepada kami untuk melakukan penelitian. Terima kasih buat enumerator yang sudah membantu berjalannya penelitian ini, serta kepada pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

6. Daftar Pustaka

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Standart Pelayanan Minimal Rumah Dirjen Bina Pelayanan Medik*. Jakarta.
- Hatta, G. (1985). *Catatan Medik Dalam Kedudukannya Sebagai Penunjang Sistem Kesehatan Nasional* (13th ed.). Jakarta: Bulletin Medical Record.
- Herissa, D. C. (2017). *Analisis Kelengkapan Rekam MEdis Rawat Inap Di Rumah SAKit Umum Rizki Amalia Kulon Progo Yogyakarta Tahun 2017*. Retrieved from <http://repository.unjaya.ac.id/2115/2/DYAS> CANDRA HERISA_1313034_pisah.pdf
- Meigian, A. H. (2014). *Analisis kelengkapan pengisian resume medis pasien*.

Retrieved from
http://eprints.ums.ac.id/32431/23/02.NASKAH_PUBLIKASI.pdf
Muninjaya, A. (2012). *Manajemen Kesehatan* (3rd ed.). Tangerang: EGC.
Permenkes RI No. 269, T. 200. (2008).
Permenkes RI No. 269 Th. 2008.

Menteri Kesehatan, pp. 1-7.
Winarti, & Supriyanto, S. (2013). Analisis Kelengkapan Pengisian dan Pengembalian Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit. *Administrasi Kesehatan Indonesia*, 1(4), 345-351.