



JURNAL

Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia



Perhimpunan Profesional Perkam Medis
dan Informasi Kesehatan Indonesia



Asosiasi Perguruan Tinggi Rekam Medis
dan Manajemen Informasi Kesehatan

Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia

Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia menerbitkan 2 kali setahun hasil – hasil penelitian terbaru dan tulisan ilmiah lainnya di bidang Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan. Melalui forum ini peneliti dan pengguna hasil penelitian menginformasikan, mendiskusikan, dan menggunakan hasil – hasil penelitian untuk meningkatkan kualitas pengambilan keputusan, kebijakan dan perencanaan kesehatan, yang berbasis bukti. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia berpendirian dan berpandangan independent, berpihak pada prinsip ilmiah. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia memberikan kesempatan yang sama kepada berbagai penulis. Artikel yang dimuat dalam Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia ditulis dalam bahasa Indonesia atau Inggris. Pandangan penulis tidak dengan sendirinya merupakan pandangan Dewan Redaksi Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia.

Pemimpin Redaksi

Sri Sugiarsi

Dewan Redaksi

Arif Kurniadi
Savitri Citra Budi
Endang Triyanti
Henny Maria Ulfa
Antik Pujihastuti

Pelaksana Tata Usaha

Rohmadi
Imelda Retna Weningsih

Mitra Bestari

Gemala R Hatta
Siswati
Lily Wijaya
Mayang Anggraini
Rano Indradi Sudra

Penerbit

aptiRMIK

Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia terbit pertama kali Maret 2013

Alamat Korespondensi

Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia
APIKES Mitra Husada Karanganyar
Jl. Chmad Yani No 167 Papahan, Tasikmadu, Karanganyar 57720
Telp:(0271)494581, Fax:(0271)6497748. Email: jurnalmiki@ymail.com

PETUNJUK UNTUK PENULIS

Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia menerima dan menerbitkan naskah tulisan ilmiah bidang Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan. Naskah ilmiah meliputi artikel hasil penelitian, editorial. Naskah bisa ditulis dalam bahasa Indonesia ataupun bahasa Inggris. Setiap naskah yang dikirimkan akan dikaji oleh Redaksi dan Mitra Bestari, dalam aspek format, bahasa, substansi dan metodologi untuk merumuskan kelayakan penerbitan. Kepatuhan terhadap petunjuk untuk penulis JMiki akan memperbesar probabilitas naskah untuk diterbitkan.

Ketentuan Umum

Naskah artikel yang dikirimkan harus asli (tidak plagiat), tidak pernah atau akan diterbitkan pada jurnal lain. Naskah yang sama tidak boleh dikirimkan untuk diterbitkan pada jurnal lainnya. Perkecualian berlaku untuk abstrak yang pernah dipresentasikan pada pertemuan ilmiah. Penulis utama harus menyertakan nama lengkap, nama institusi tempat bekerja, alamat lengkap, dan alamat email.

Semua naskah tulisan ilmiah ditulis dalam format Word document (.doc), dengan jenis huruf angka Times New Roman, ukuran huruf dan angka adalah 10. Baris teks berjarak 1.5 spasi. Naskah diketik di atas kertas A4 dengan panjang tulisan 8 – 15 halaman. Seluruh dokumen ditulis dengan format halaman yang dibagi dalam dua kolom, Posisi sela antar kolom diletakkan tepat ditengah halaman.

Artikel Ilmiah

Artikel ilmiah yang diterima bisa dalam bentuk artikel konseptual dan artikel hasil penelitian dibidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Artikel penelitian ditulis dengan struktur sebagai berikut: **Pendahuluan, Metode, Hasil, Pembahasan, Simpulan, Daftar Pustaka.** **Pendahuluan** berisi latar belakang mengapa penelitian itu dilakukan, Perumusan masalah, tinjauan pustaka dan keterangan-keternagan terkait dengan tulisan. Rujukan ditunjukkan dengan menulis nama penulis dan tahun penerbitan buku. Landasan teori bisa dimasukkan dalam bagian ini. **Metode** berisi uraian cara-cara pelaksanaan penelitian mencakup subjek penelitian, populasi dan sampel, pengumpulan data, dan teknik analisis data. **Hasil** menyajikan karakteristik data sampel dan temuan – temuan penelitian. **Pembahasan** berisi diskusi yang menghubungkan dan membandingkan hasil penelitian dengan teori dan hasil – hasil penelitian sebelumnya. **Simpulan** memuat pernyataan singkat tentang hasil penelitian yang diperoleh sesuai dengan rumusan permasalahan. **Daftar Pustaka** hanya memuat pustaka yang dipakai dalam penyusunan artikel ilmiah saja. Tidak perlu sama dengan daftar pustaka yang terdapat dalam laporan penelitian. Penulisan daftar pustaka dengan sistem Harvard.

Arikel penulisan harus disertai abstrak dalam bahasa Inggris untuk artikel yang berbahasa Indosesia, artikel berbahasa Inggris, abstrak ditulis berbahasa Indonesia, maksimum 350 kata, diakhir abstrak disertai key word.

DAFTAR ISI

Distribusi Tenaga Rekam Medis pada Puskesmas di Kota Langsa, Kabupaten Pidie dan Simeulue Provinsi Aceh Tahun 2013 Rapitos Sidiq	1
Sistem Pencatatan Data Pasien Kanker di RSUP Dr. Sardjito Savitri Citra Budi	8
Analisis Mutu Layanan Unit Rekam Medis Berdasarkan Kepuasan Pelanggan Internal dengan Menggunakan Metode <i>Service Quality</i> dan <i>Quality Function Deployment</i> di RSD Kalisat Jember Ayu Widya Arizona, Nugroho Setyo Wibowo, Dian Damayanti	16
Tinjauan Pengisian Resume Keluar Rawat Inap Ruang Teratai Triwulan IV di RSUD Kabupaten Ciamis Tahun 2012 Dewi Kurniawati, Ida Sugiarti	26
Model Pembelajaran SPRM Berbasis Visualisasi Assembling untuk Meningkatkan Kompetensi Praktik Laboratorium Harjanti, Hermanu Joebagio, Ambar Mundigdo	32
<i>Review For External Cause Coding of Injury Case on Medical Record Inpatient of Orthopedic Specialist Surgery In Rskb Banjarmasin Siaga In 2013</i> Rina Yuliana, Hosizah, Irmawan	45
Sentralisasi Pengelolaan Rekam Medis di Puskesmas Binaan Mijen Kota Semarang dalam Menyongsong SJSN di Indonesia Retno Astuti, Arif Kurniadi, Maryani Setyowati	54
Perencanaan Kebutuhan Tempat Tidur di Rumah Sakit Paru Jember Tahun 2013-2015 Tika Maretanata Pujianti, Dian Damayanti, Feby Erawantini	61
Gambaran Efisiensi Penggunaan Tempat Tidur Ruang Perawatan Kelas III Di Rumah Sakit Umum Daerah Tasikmalaya Tahun 2011 dan 2012 Peni Indriani, Ida Sugiarti	68
Penilaian Teknologi Pada Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Rawat Inap dengan Metode Teknometrik dan Smart di Rumah Sakit Paru Jember Mustika Syaril Khafidhoh, Nugroho Setyo, Faiqatul Hikmah	74
Evaluasi Ketepatan Kode Diagnosis Penyebab Dasar Kematian Berdasarkan ICD-10 di RS Panti Rapih Yogyakarta Nuryati, Trian Hidayat	82
Gambaran Pengembalian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Ruang VII Triwulan IV Tahun 2013 di Rumah Sakit Umum Daerah Tasikmalaya Ulfah Fauziah, Ida Sugiarti	90
Kajian Pemanfaatan Informasi pada Dokumen Rekam Medis Pasien Meninggal di Rumah Sakit Umum Daerah Karanganyar Tika Sekarsari Sunaryo, Sri Sugiarsi	95

SENTRALISASI PENGELOLAAN REKAM MEDIS DI PUSKESMAS BINAAN MIJEN KOTA SEMARANG DALAM MENYONGSONG SJSN DI INDONESIA

¹Retno Astuti S, ²Arif Kurniadi, ³Maryani Setyowati

^{1,2,3}Dosen di Prodi DIII RMIK Fakultas Kesehatan Udinus Semarang

alamat email: retnoastutis@yahoo.co.id, arif_kurn@yahoo.com, watiek_ms@yahoo.com

ABSTRACT

Research Program in Mijen Primary Health Center Semarang was based on a variety of problems found in the field, which is related to the management of medical records that has not been stored in a centralized, thus does not guarantee the continuity of a patient's medical information. While the continuity of medical information be required to ensure the safety of medical services for the patients. Even the MRD storage systems applied in inpatient filing system was not purely decentralized filing because a patient's MRD stored per treatment period, not combined in 1 (one) inpatient MRD folder. In addition, storage management of inactive and timeless MRD were not orderly. Inactive and timeless MRD are stacked in the warehouse without documentation and certain procedures.

Solutions offered are medical records management training for 10 (ten) employees who worked at the TPPRJ, TPPRI, outpatient filing and inpatient filing of Mijen Primary Health Center. Furthermore, the design and socialization of fixed procedures (SOPs) in the management of medical records TPPRJ, TPPRI, outpatient filing and inpatient filing, implementation of retention and inactive MRD value, as well as SOPs on implementation of inactive and timeless MRD storage. In addition, the brief assistance in revamping medical record management system in Mijen Primary Health Center.

Research pogramme was carried out for 8 (eight) months. Subjects were interviewed and trained includes 1 (one) Head of the Primary Health Center, 4 (four) outpatient filing personnel, 2 (two) inpatient filing personnel and 6 (six) patients of Mijen Primary Health Center Semarang. The secondary data sources are outpatient, emergency and inpatient register, medical record management policies, SOP of medical records management, expedition books, as well as MRD borrowing card. Moreover, researchers have carried out observations of active medical records management system in outpatient and inpatient filing, inactive and timeless at Mijen Primary Health Center as a basis for preparing SOPs.

Results of the devotion to be expected to solve problems in active medical record management system reform in Mijen Primary Health Center which are still established in decentralization to centralization. Another method resulting is to fix the storage of family folder into 1 (one) folder for 1 (one) of a patient's medical record number. Furthermore, achieve medical record documents (MRD) alignment model which has been implement Terminal Digit Filing (TDF) with six (6) digit medical record number, but still based on 10 (ten) sub region. Thus, retrieval of medical data are expected to be achieved. In addition, result in the retention schedule and inactive and timeless MRD implementation method.

Kata kunci: MRD, active, incative, timeless, registration place, filing, outpatient, inpatient

PENDAHULUAN

Sesuai dengan amanat Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), saat ini pemerintah sedang melakukan persiapan-persiapan pelaksanaan SJSN bidang kesehatan untuk mewujudkan jaminan kesehatan semesta atau *Universal Health Coverage*.

Pelaksanaan SJSN di bidang kesehatan tersebut akan dimulai pada tahun 2014, kemudian secara bertahap akan ditingkatkan cakupannya hingga mencapai jaminan kesehatan semesta pada tahun 2019.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 269 tahun 2008 tentang rekam medis, menyatakan bahwa pengertian rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang

identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, serta pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Sedangkan pasien ialah setiap orang yang melakukan konsultasi tentang masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi dan atau tenaga kesehatan tertentu. (Bambang Shofari, 2008 : 1)

Sedangkan Pasal 10 Permenkes Nomor 749a/1989 tentang rekam medis berbunyi berkas rekam medis milik sarana pelayanan kesehatan dan isi rekam medis milik pasien. Dengan demikian, konsekuensinya adalah semua fasyankes wajib menyelenggarakan rekam medis, termasuk pusat kesehatan masyarakat (puskesmas). Oleh karena itu, sebuah fasilitas pelayanan kesehatan secara integral harus memiliki unit rekam medis. Unit rekam medis sendiri meliputi subunit-subunit pencatatan di bagian luar dan pengolahan data di bagian dalam unit rekam medis suatu fasilitas pelayanan kesehatan. Adapun salah satu tugas pokok dan fungsi (tupoksi) salah satu subunit pengolahan rekam medis, yaitu subunit filing, meliputi menyimpan dokumen rekam medis (DRM) pasien dengan metode tertentu sesuai dengan kebijakan, mengambil kembali (*retriev*) DRM untuk berbagai keperluan, menyusutkan/meretensi DRM sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan fasyankes, memisahkan penyimpanan DRM inaktif dari DRM aktif, menyimpan DRM yang diabadikan dan membantu pelaksanaan pemusnahan dokumen yang sudah tidak bernilai guna bersama dengan tim pemusnahan fasilitas pelayanan kesehatan. (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2008)

Puskesmas Mijen di Kecamatan Mijen Kota Semarang merupakan puskesmas yang menyelenggarakan tiga jenis pelayanan kesehatan, yakni unit rawat jalan, gawat darurat, serta unit rawat inap. Sehubungan dengan hal tersebut, pelayanan rekam medisnya sudah cukup kompleks. Jadi, penyelenggaraannya harus benar-benar mendapatkan perhatian dari banyak pihak, sehingga pasien akan merasa puas, baik dari mutu pelayanan medis maupun mutu pelayanan rekam medis puskesmas. Dengan pelayanan rekam medis yang prima, pasien akan merasa puas, khususnya karena pasien dilayani dengan cepat, tepat dan aman oleh pihak puskesmas.

Selain itu, Puskesmas Mijen merupakan puskesmas binaan Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang. Karena kerja sama tersebut,

maka diharapkan ada manfaat timbal balik bagi kedua institusi. Fakultas mengabdikan ilmu pengetahuan dan teknologi (iptek) bagi peningkatan mutu pelayanan kesehatan puskesmas. Sedangkan puskesmas menyediakan lahan penelitian dan pengabdian bagi pihak fakultas.

Berdasarkan survei awal diidentifikasi beberapa masalah yang masih terjadi mulai di subunit tempat pendaftaran pasien rawat jalan (TPPRJ) sampai dengan filing rawat jalan. Meskipun sudah menghadapi penilaian sesuai dengan standardisasi ISO pada bulan Oktober sampai dengan November 2010 yang lalu, mutu pelayanan rekam medisnya masih perlu dibenahi. Misalnya, dokumen rekam medis (DRM) yang diselenggarakan masih bersifat family folder. Hal ini tentunya berpotensi tertukarnya informasi medis antar anggota keluarga. Jadi, bisa terjadi resiko kesalahan dalam memberikan terapi atau tindakan medis kepada seorang pasien. Artinya, keselamatan pasien yang menjadi tujuan utama pelayanan medis tidak terjamin. Selain itu, tidak dapat menjamin tertib administrasi.

Selanjutnya, dalam pemberian nomor rekam medis, nomor seorang kepala keluarga akan digunakan juga oleh seluruh anggota keluarga yang. Setiap anggota keluarga akan mendapat tambahan kode tersendiri dengan dua digit pertama menunjukkan kode kelurahan yang sekaligus menunjukkan lokasi kotak (*section*) suatu rak file, sedangkan kelompok digit yang pertamadan kelompok digit yang kedua belum bermakna. Artinya, tidak menunjukkan urutan berkas dalam suatu kotak (*section*) dan kelompok penyimpanannya dalam suatu folder/map. Hal ini sering berakibat petugas sulit dalam melacak berkas rekam medis. Selain itu, menyebabkan kendala dalam menata pertambahan rak file baru bagi kode suatu wilayah kelurahan yang sedang berkembang pesat. Dengan demikian, bisa menjadi kendala bagi kecepatan pendaftaran pasien dan berpotensi timbulnya berbagai keluhan dari pihak pasien. Kebutuhan rak file dalam jangka waktu 5 (lima) tahun ke depan juga akan sulit diprediksikan.

Masalah lain yang dihadapi adalah filing rawat jalan juga seringkali mengalami kejadian missfiled (salah letak) dan keterlambatan pelacakan DRM serta penyerahan DRM ke TPPRJ bagi pelayanan medis pasien. Akibatnya, pasien dan keluarganya seringkali mengeluh karena waktu tunggu lama, melebihi tiga puluh menit. Sedangkan TPPRJ merupakan penentu mutu pelayanan di suatu fasilitas pelayanan

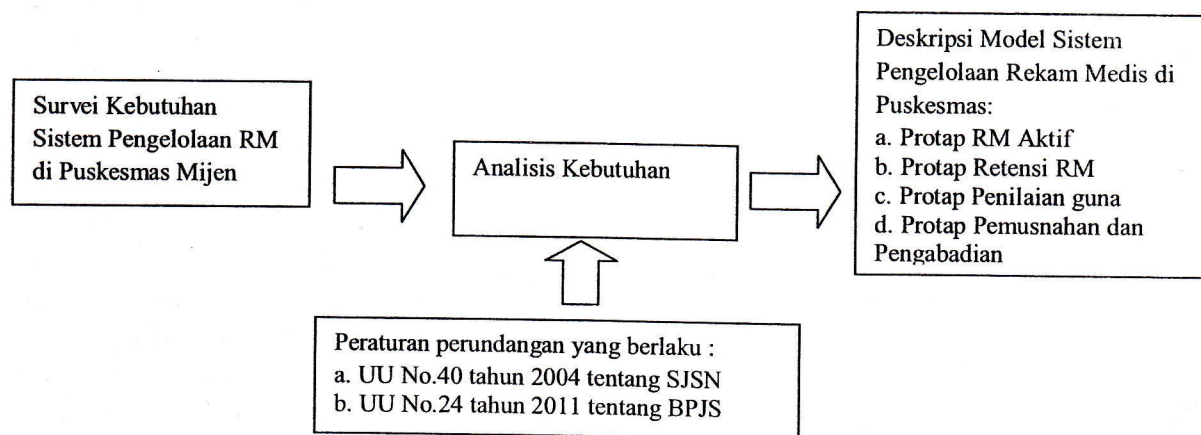
kesehatan secara keseluruhan. TPPERJ sebagai tempat terjadinya kontak pertama kali antara pasien dengan puskesmas (Shofari, 2008 : 6). Jika mutu pelayanan DRM tidak dijaga, maka akan terjadi penurunan angka kunjungan pasien ke puskesmas. Padahal puskesmas adalah rujukan pertama pelayanan kesehatan bagi masyarakat dan lebih berorientasi pada pelayanan promotif dan preventif, sehingga harus menjaga kepercayaan masyarakat.

Penyimpanan DRM aktif di filing rawat inap juga belum tertib. Sistem penyimpanan yang diterapkan adalah desentralisasi, artinya terpisah dari folder/

map DRM rawat jalan. Ternyata pemisahan ini juga terselenggara tidak murni karena DRM rawat inap seorang pasien tidak tersimpan dalam satu folder/map, melainkan secara terpisah dalam laci per bulan. Artinya, kesinambungan informasi medis pasien rawat inap juga tidak terjamin.

Akan tetapi, pembenahan semacam ini tentunya membutuhkan sumber daya, waktu, pelatihan dan pendampingan bagi karyawan. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis pengelolaan rekam medis di Filing Aktif Puskesmas Binaan Mijen Kota Semarang dalam menyongsong SJSN tahun 2013.

Kerangka Penelitian



Gambar 1. Skema Kerangka Penelitian

METODE

Jenis penelitian adalah kualitatif. Pedoman wawancara digunakan untuk panduan dalam mewawancarai Kepala Puskesmas Mijen Kota Semarang dan petugas filing. Panduan yang pertama adalah instrumen untuk mengumpulkan data tentang kebijakan dan prosedur tetap model pengelolaan rekam medis di bagian filing. Juga untuk mendapatkan data tentang penerapan fungsi manajemen dalam mengelola dan melaporkan hasil pelayanan medis puskesmas. Sedangkan panduan wawancara yang kedua untuk mendapatkan data tentang karakteristik petugas filing, pelaksanaan prosedur tetap, sistem/model pengelolaan rekam medis di subunitnya, sarana dan prasarana yang dibutuhkan, serta pengolahan data dan pelaporan informasi medis.

Selain itu, instrumen penelitian yang lain adalah pedoman observasi. Pedoman observasi digunakan untuk mengumpulkan data tentang jenis-jenis

DRM, polaklasifikasi DRM, kebijakan dan prosedur pengelolaan DRM, pelaksanaan pemberkasan, sarana dan prasarana untuk pengelolaan DRM, baik DRM aktif, inaktif maupun abadi, serta prosedur pelaksanaan retensi dan nilai guna DRM di Puskesmas Mijen Kota Semarang.

Sumber data sebagai data primer dalam penelitian ini adalah data yang diperoleh dari hasil penelitian, berupa kata-kata dan tindakan. Sedangkan data sekunder diperoleh dari observasi formulir rekam medis, DRM, kebijakan, protap tentang pengelolaan rekam medis dan jadwal retensi arsip, serta sumber yang lain berupa foto-foto kondisi pengelolaan rekam medis di Puskesmas Mijen..

Subjek penelitian dalam penelitian ini yang akan diwawancarai adalah 1 (satu) orang kepala puskesmas, 4 (empat) orang petugas filing/perekam medis di bagian rawat jalan dan 2 (dua) orang petugas filing/perekam medis di rawat inap. Kemudian untuk konfirmasi jawaban, akan diwawancarai 6 (enam)

orang pasien yang sudah mendapatkan pelayanan kesehatan dari tenaga kesehatan di Puskesmas Mijen sekurang-kurangnya 3 (tiga) episode, baik di rawat jalan/gawat darurat atau pun rawat inap. Adapun objek yang akan diteliti ialah sistem/model pengelolaan DRM, baik aktif, inaktif maupun abadi di Puskesmas Mijen Kota Semarang tahun 2013.

Wawancara mendalam dilakukan dengan Kepala Puskesmas Mijen Kota Semarang untuk mengetahui kebijakan dan prosedur tetap model pengelolaan rekam medis di bagian filing, penerapan fungsi manajemen dalam mengelola dan melaporkan hasil pelayanan medis puskesmas. Wawancara mendalam juga dilakukan kepada petugas bagian filing tentang karakteristiknya, pelaksanaan prosedur tetap, sistem/model pengelolaan rekam medis di subunitnya, sarana dan prasarana yang dibutuhkan, serta pengolahan data dan pelaporan informasi medis.

Selain wawancara mendalam, kegiatan observasi dilakukan terhadap jenis-jenis DRM, pola klasifikasi DRM, kebijakan dan prosedur pengelolaan DRM, pelaksanaan pemberkasan, sarana dan prasarana untuk pengelolaan DRM, baik DRM aktif, inaktif maupun abadi, serta prosedur pelaksanaan retensi dan nilai guna DRM di Puskesmas Mijen kota Semarang tahun 2013.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Prosedur penerimaan pasien di TPPRJ dan TPPRI Puskesmas Mijen terbagi menjadi pasien umum (gratis atau bayar), Asuransi Kesehatan (Askes) dan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Pasien baru mendapat Kartu Tanda Pengenal Kesehatan (KTPK) yang harus dibawa setiap kali pasien datang berobat. Akan tetapi, puskesmas sendiri belum menyelenggarakan Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) untuk mengantisipasi pasien yang datang tanpa membawa KTPK. Selain untuk melacak DRM pasien, KIUP juga menjadi sumber data bagi penyediaan informasi mengenai DRM nonaktif. Sedangkan pemindahan DRM nonaktif (retensi) baru dilakukan apabila ada pasien/salah satu anggota keluarga yang meninggal. DRM pasien meninggal langsung dipisahkan dari family folder untuk dipindahkan ke folder inaktif.

Pasien dirujuk ke unit pelayanan yang dituju

dengan membawa kartu rujukan internal, misalnya ke MTBS. DRM dikirim ke unit untuk pelayanan kesehatan bagi pasien. DRM diambil oleh petugas filing untuk dikembalikan ke filing apabila pasien telah selesai dilayani.

Sistem penomoran yang diterapkan di TPPRJ adalah *Unit Numbering System*. Sedangkan penyimpanan DRM di filing berdasarkan asal wilayah kelurahan kepala keluarga sebagai penanda nomor rekam medis pasien pada *family folder*. *Family folder* ialah penyimpanan DRM satu keluarga dalam 1 (satu) folder/map dengan 1 (satu) nomor RM. Contoh penomoran DRM yang terkait dengan pelacakan di bagian filing adalah 00 49 08 - 00. Artinya, 00 yang pertama/paling kiri menandakan pasien berasal dari wilayah/kelurahan dalam Kecamatan Mijen. Nomor tersebut bukan petunjuk lokasi DRM. 49 menunjukkan urutan DRM dalam suatu kotak/subrak. Sedangkan 08 menunjukkan suatu kelurahan asal pasien yang juga merupakan lokasi kotak/subrak pada rak file. Angka 08 menunjukkan pasien/kepala keluarganya berasal dari Kelurahan Jatisari dan folder DRM berada dalam kotak/subrak nomor 08. Angka 00 yang terakhir merupakan kode keluarga. 00 adalah kepala keluarga; 01 ialah istri; 02 adalah anak pertama dan seterusnya. Selanjutnya, juga ada nomor yang ditujukan bagi family (keluarga), misalnya 90 untuk kakek; 91 bagi nenek; 92 untuk keponakan dan sebagainya.

Adapun nomor-nomor yang menunjukkan asal pasien sebagai penanda kotak/subrak DRM adalah sebagai berikut :

Tabel 1. Nomor Subrak File TPPRJ

Nomor	Kelurahan
01	Cangkiran
02	Jatisari
03	Wonolopo
04	Tambangan
05	Wonoplumbon
06	
07	Ngadirgo
08	
09	
10	Jatibarang
HI Luar	Askes dari Luar Wilayah Kecamatan Mijen
HI Dalam	Askes dari Dalam Wilayah Kecamatan Mijen

Berdasarkan observasi, missfiled dan keterlambatan pelacakan DRM terjadi karena sistem penomoran dan penjajarannya tidak sesuai dengan teori. Sistem penjajaran di Filing adalah *Terminal Digit Filing* (TDF), tetapi 2 (dua) digit nomor rekam medis kelompok pertama/primer menjadi penanda kotak tempat DRM pada rak file. Sedangkan menurut teori, penanda kotak adalah dua digit kelompok terakhir. Hal ini disebabkan karena wilayah kerja Puskesmas Mijen mencakup 10 (sepuluh) kelurahan ditambah 1 (satu) wilayah di luar Kecamatan Mijen. Sementara sarana berupa rak file tidak mendukung sistem tersebut karena tidak terbagi dalam 100 kotak/subrak secara permanen. Nomor kotak/subrak seringkali diubah-ubah karena penambahan DRM aktif kepala keluarga baru yang sulit dikendalikan.

Selain itu, petugas filing seringkali mengalami kesulitan dalam menerjemahkan makna nomor primer untuk menunjukkan kotak DRM, karena penjajarannya per wilayah. Hal ini juga menyebabkan ketergantungan puskesmas kepada 3 (tiga) orang petugas filing karena sistem penjajaran yang tidak baku. Kesulitan pelacakan ini membutuhkan waktu tersendiri untuk menemukan DRM dan waktu pengembaliannya. Sebenarnya, petugas juga sudah mengupayakan untuk mempermudah dan mempercepat pelacakan DRM dengan membedakan warna map DRM, yakni warna biru untuk pasien yang berasal dari dalam wilayah Kecamatan Mijen; warna merah untuk pasien yang berasal dari luar wilayah Kecamatan Mijen. Hal ini belum banyak membantu petugas karena sistem penomoran belum dibakukan, sehingga lokasi kotak/subrak dan DRM juga sulit dikendalikan karena tidak permanen (bergeser menyesuaikan dengan jumlah penambahan family folder baru).

Akibat lainnya, DRM dengan nomor tertentu masuk ke kotak yang lain. Karena nomor kotak/subrak yang bergeser. Jika tidak segera ditindaklanjuti, masalah ini dan dampaknya akan terus terjadi secara berulang. Masalah ini bisa diselesaikan dengan alokasi nomor rekam medis yang terbagi untuk 11 (sebelas) wilayah. 6 (enam) digit nomor tetap bermakna sesuai dengan penerapannya pada sistem penjajaran TDF, sehingga mudah dan cepat terlacak lagi sewaktu-waktu dibutuhkan (retrievable). Dua digit kelompok tengah menunjukkan urutan DRM dalam suatu kotak yang terkait juga dengan dua digit kode anggota keluarga. Sementara dua digit terakhir akan menunjukkan kelompoknya yang bisa ditandai dengan tracer. Jadi, semua karyawan

bisa melaksanakan pengelolaan filing tanpa ketergantungan pada karyawan tertentu.

Petugas filing, baik rawat jalan maupun rawat inap, juga hanya menyelenggarakan dokumen pendukung kegiatan peminjaman berupa *tracer* (*outguide*) sebagai pengganti DRM yang dipinjam. Sedangkan kartu peminjaman dokumen (KPD) dan buku ekspedisi tidak diselenggarakan karena dianggap menambah beban pekerjaannya. Fungsi lain dari petugas filing adalah mengambil DRM dari Balai Pengobatan Umum dan Gigi untuk dikembalikan ke rak filing. Hal ini tentunya membutuhkan buku ekspedisi untuk melacak keberadaan DRM yang bersangkutan.

Adapun jumlah karyawan di TPPRJ adalah sebagai berikut :

Tabel 2. Karyawan TPPRJ

Bagian	Jumlah Karyawan
TPPRJ	2 orang
Simpus	1 orang
Filing	1 orang
Total	4 orang

Sarana lain yang tidak diadakan adalah register rawat jalan dan rawat inap. Petugas rawat jalan menganggap bahwa register rawat jalan hanya dimanfaatkan untuk dasar pelaporan bagi pihak Dinas Kesehatan Kota (DKK) Semarang. Jadi, penyelenggara pencatatan dan pengolahan datanya adalah bagian Sistem Informasi Puskesmas (Simpus) puskesmas. Sedangkan register rawat inap sudah disusun, tetapi belum tertib karena desain formulirnya belum sistematis. Selain itu, petugas rawat inap juga belum mengetahui manfaat register tersebut.

Kesulitan pengendalian jumlah rak dan subrak diantaranya disebabkan oleh kurangnya pemanfaatan data register rawat jalan dan rawat inap. Register rawat jalan sudah diolah dengan Simpus dan dicetak untuk keperluan pelaporan ke Dinas Kesehatan Kota (DKK) Semarang. Sumber datanya berasal dari buku catatan register di bagian pendaftaran. Laporan ini tidak dimanfaatkan untuk pelaporan di puskesmas sendiri sebagai dasar perencanaan sumber daya puskesmas.

Salah satu laporan puskesmas ke DKK Semarang adalah kasus penyakit, tetapi indeks penyakit juga belum diselenggarakan di puskesmas. Sementara

indeks penyakit merupakan sumber data pelaporan kasus penyakit bagi manajemen puskesmas.

Masalah di filing rawat inap adalah penyimpanan DRM seorang pasien disimpan secara terpisah dari DRM rawat jalannya. Selain itu, DRM rawat inap seorang pasien juga tidak tergabung dalam satu map, melainkan disimpan dalam laci per bulan menurut bulan kedatangannya. Hal ini bisa dibenahi secara bertahap. Jika seorang pasien datang kembali untuk dirawat inap/dilayani di gawat darurat, maka DRM rawat inapnya digabungkan dalam satu map dengan DRM rawat jalan (per pasien/anggota keluarga). Map tersebut menggunakan nomor rekam medis/status rawat jalan ditambah kode anggota keluarganya. Dengan demikian, selain sentralisasi penyimpanan DRM terlaksana, map DRM seorang pasien mulai terpisah dari family folder. Hal lain yang bisa dilaksanakan puskesmas untuk mempercepat pembenahan ini guna mendukung kesiapan menghadapi SJSN tahun 2014 adalah memanfaatkan Mahasiswa Program Studi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

Berdasarkan hasil wawancara, karyawan bagian filing, khususnya filing rawat inap, membutuhkan pelatihan/pendampingan dalam sentralisasi rekam medis. Para staf ini sangat menyadari pentingnya tertib administrasi rekam medis demi kesinambungan informasi medis seorang pasien. Akan tetapi, karena berlatar belakang pendidikan sebagai perawat, maka belum memahami cara membenahi administrasi rekam medis rawat inap.

Kegiatan retensi dilaksanakan dengan cara mengambil beberapa DRM terlama. Selanjutnya, DRM dipindahkan dalam map. Pada saat ada waktu luang, petugas rawat inap akan menanyakan status anggota keluarga. Jika ada yang meninggal, maka DRM akan dipindahkan sebagai DRM inaktif. Sedangkan lembar Manajemen Terpadu Balita Sehat (MTBS) dan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM) akan diabadikan dengan cara tetap disimpan dalam map family folder. MTBS adalah formulir untuk Bayi 0-2 bulan. Sedangkan MTBM adalah formulir bagi balita 2 bulan-5 tahun. Petugas rawat inap menetapkan masa simpan DRM aktif adalah 10 tahun sejak tanggal terakhir pasien berobat. Hal ini dapat dilihat dari tanggal berobat yang tercantum dalam DRM pasien tanpa mempertimbangkan kedatangan pasien kembali atau tidak. Tentunya penyebabnya adalah DRM RI seorang pasien yang disimpan terpisah berdasarkan periode bulanan

kedatangan seorang pasien. Kegiatan retensi tidak didokumentasikan dan disimpan dalam map menurut tanggal. Penyimpanan DRM inaktif sudah terpisah dari laci DRM aktif, yakni di laci ruang rawat inap dan balai pengobatan umum.

Protap pengelolaan rekam medis rawat jalan dan rawat inap sudah ada, tetapi kurang rinci. Dengan demikian, tidak semua pelaksana mampu memahami dan melaksanakan isinya. Oleh karena itu, tim peneliti merevisi isinya supaya mudah dipahami oleh pelaksananya. Protap yang jelas akan dapat dilaksanakan oleh semua petugas, sehingga pelayanan DRM tidak hanya bergantung pada petugas tertentu saja.

Langkah awal tim peneliti setelah menyusun protap pengelolaan rekam medis adalah melaksanakan sosialisasi protap kepada karyawan bagian filing rawat jalan dan rawat inap. Selanjutnya, menerapkan dokumen pendukung dan mendampingi pembenahan sentralisasi pengelolaan rekam medis secara singkat. Adapun dokumen-dokumen pendukung yang didesain dan dicetak oleh tim peneliti adalah kartu identitas berobat, kartu indeks utama pasien, register rawat jalan, register rawat inap, kartu peminjaman dokumen/tracer dan buku ekspedisi.

Prosedur penyusutan rekam medis di Filing Rawat Jalan adalah memusnahkan status/DRM pasien dalam family folder yang telah meninggal dengan cara dibakar. Penyusutan rekam medis ini tidak didokumentasikan secara khusus. Oleh sebab itu, peneliti menyusun protap tentang alur proses penyusutan dan dokumen-dokumen pendukungnya. Menurut teori, bahwa kunci penyusutan adalah indeks. (Martono, 1993) Padahal puskesmas tidak menyelenggarakan indeks dengan alasan merepotkan.. Jadi, Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) tetap diselenggarakan. Manfaatnya bukan saja untuk keperluan pelacakan DRM aktif secara cepat, tetapi juga menyortir DRM inaktif untuk dipisahkan dari DRM aktif. Selanjutnya, juga memberikan informasi mengenai jangka waktu penyimpanan DRM inaktif untuk dinilai guna. Selain itu, peneliti juga memberikan contoh formulir-formulir guna mendokumentasikan kegiatan penyusutan tersebut, seperti daftar pemindahan DRM inaktif, daftar pertelaahan arsip, daftar pemusnahan arsip dan berita acara pemusnahan arsip

Pelaksanaan penyusutan tentunya akan membantu petugas Filing Rawat Jalan untuk mengendalikan 100 kotak rak file yang dibutuhkan dalam sistem

penjajaran TDF. Jadi, pergeseran nomor kotak karena penambahan DRM yang tidak terkendali tidak akan terjadi lagi. Selain itu, pihak puskesmas bisa memprediksikan pengadaan rak untuk DRM aktif. Dengan demikian, sentralisasi DRM rawat jalan dan rawat inap akan dapat berjalan lancar.

Konfirmasi hasil wawancara mendalam kepada 6 (enam) orang pasien adalah pasien seringkali tidak memahami prosedur pelayanan DRM. Hal ini menyebabkan pasien tidak membawa kelengkapan administrasi, seperti fotokopi KTP atau surat pernyataan keringanan biaya pengobatan. Ada juga keluhan tentang waktu tunggu mendapatkan pelayanan kesehatan yang relatif lama. Jadi, perlu dibuatkan papan alur proses pelayanan rekam medis yang rinci dan jelas untuk dipasang di tempat-tempat yang strategis. Selain itu, juga pelaksanaan sentralisasi harus segera dilaksanakan secara berkesinambungan dengan kelengkapan dokumen pendukungnya. Jadi, waktu tunggu bisa lebih pendek dan keselamatan pelayanan kesehatan kepada pasien dapat dijamin.

SIMPULAN

1. Pengelolaan rekam medis belum tersimpan secara sentralisasi (desentralisasi), sehingga tidak menjamin adanya kesinambungan informasi medis seorang pasien. Sedangkan kesinambungan informasi dibutuhkan untuk menjamin keselamatan pelayanan medis bagi pasien. Selain itu, sentralisasi rekam medis mutlak dibutuhkan dalam menunjang SJSN.
2. Sistem penyimpanan DRM yang diterapkan di Filing Rawat Inap bukan desentralisasi murni karena DRM seorang pasien disimpan per periode perawatan, tidak tergabung dalam satu folder DRM rawat inap.
3. Peneliti menyusun protap pengelolaan rekam medis di filing aktif dan melaksanakan sosialisasi protap tersebut kepada karyawan bagian pendaftaran/filing rawat jalan dan rawat inap.
4. Pendampingan singkat selama 3 (tiga) hari dilakukan oleh tim peneliti untuk mempraktikkan pelaksanaan sentralisasi rekam medis di bagian filing. Pembinaan tersebut bisa dimulai dari pasien rawat inap. DRM rawat inap seorang pasien digabungkan dengan DRM rawat jalannya dan mulai diujarkannya dengan TDF di rak filing 100 kotak.

5. Prosedur penyusutan rekam medis di Filing Rawat Jalan adalah memusnahkan status/DRM pasien dalam family folder yang telah meninggal dengan cara dibakar. Penyusutan rekam medis ini tidak didokumentasikan secara khusus.
6. Retensi rekam medis sudah dilaksanakan di Filing Rawat Inap. Caranya ialah dengan memindahkan status/DRM rawat inap berdasarkan tanggal perawatan tanpa mempertimbangkan kedatangan pasien untuk kembali berobat. DRM inaktif disimpan dalam satu folder per bulan dalam tahun tertentu dan ditumpuk di beberapa lemari file. Kegiatan retensi rekam medis tanpa dokumentasi tertentu.
7. Penyusutan rekam medis/status rawat inap belum dilaksanakan oleh petugas karena belum memahami prosedur penyusutan dan batasan wewenang bagian Filing Rawat Inap terhadap rekam medis/status rawat inap.

DAFTAR PUSTAKA

- Bambang Shofari, 2008, *Dasar-dasar Pelayanan Rekam Medis, Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang*. (Modul : Tidak Dipublikasikan)
- Bambang Shofari, 2008, *Rekam Medis di Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang*. (Modul : Tidak Dipublikasikan)
- BasirBarthos, 2000, *Manajemen Kearsipan untuk Perguruan Tinggi*, PT Bumi Aksara Jakarta.
- I Made Wiratha, 2006, *Pedoman Penulisan Usulan Penelitian, Skripsi, dan Tesis*, Andi Yogyakarta.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2008, *Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Notoatmojo, S, 2002, *Metode Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta Jakarta.
- Terry, GR dan Rue, LW, 2010, *Dasar-dasar Manajemen*. Bumi Aksara Jakarta