

# **PENGELOLAAN UNIT KERJA REKAM MEDIS PADA MASA PANDEMI**

**Penulis :**  
**Kriswiharsi Kun Saptorini, Retno Astuti Setijaningsih,  
Ika Pantiawati, Tiara Fani**  
**Editor : Yuniastini**



# **PENGELOLAAN UNIT KERJA REKAM MEDIS PADA MASA PANDEMI**

Penulis

Kriswiharsi Kun Saptorini

Retno Astuti Setijaningsih

Ika Pantiawati

Tiara Fani



**PENGELOLAAN UNIT KERJA  
REKAM MEDIS PADA MASA PANDEMI**

Nuha Medika, Yogyakarta  
Ukuran. 15,5 x 23  
Halaman : 64 + iv

Cetakan : Agustus 2022  
ISBN : 978-623-7323-53-2

Penulis : **Kriswiharsi Kun Saptorini**  
**Retno Astuti Setijaningsih**  
**Ika Pantiawati**  
**Tiara Fani**

Editor : Yuniastini  
Sampul : team nuha  
Layout : team nuha

Diterbitkan oleh :  
Nuha Medika  
Anggota IKAPI: No. 156/DIY/2021  
Jl. Nyi Wiji Adhisoro, Prenggan Kotagede Yogyakarta  
[numed789@gmail.com](mailto:numed789@gmail.com); 081228153789

@2022, Hak Cipta dilindungi undang-undang, dilarang keras  
menterjemahkan, memfotokopi atau memperbanyak sebagian atau  
seluruh isi buku ini  
tanpa izin tertulis dari penerbit

**dicetak olah : Nuta Media**

# **Kata Pengantar**

Segala puji bagi Allah, Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan buku referensi ini. Kami ucapkan juga rasa terima kasih kami kepada semua pihak yang mendukung proses penyusunan buku ini mulai dari proses penelitian hingga proses cetak, yaitu orang tua kami, rekan-rekan kami, penerbit, dan masih banyak lagi yang tidak bisa kami sebutkan satu per satu.

Kami berharap, buku referensi kami yang berjudul 'Pengelolaan Unit Kerja Rekam Medis Pada Masa Pandemi' bermanfaat bagi pembaca yang membutuhkan informasi dan pengetahuan mengenai bagaimana mengelola Kesehatan dan keselamatan kerja di Unit Kerja Rekam Medis saat masa pandemi maupun masa normal.

Kami menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan buku referensi ini, untuk itu kami mengharapkan saran dan kritik yang membangun untuk perbaikan buku kami. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi penulis, pembaca, serta dapat bermanfaat bagi masyarakat. Terima kasih.

Semarang, Juli 2022

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR</b> .....	II
<b>DAFTAR ISI</b> .....	IV
<b>BAB I EPIDEMIOLOGI PANDEMI PENYAKIT</b> .....	1
A. SEJARAH PANDEMI .....	1
B. DISTRIBUSI COVID-19 DI INDONESIA .....	6
C. KEJADIAN COVID-19 PADA TENAGA KESEHATAN .....	7
<b>BAB II MANAJEMEN UNIT KERJA URM</b> .....	14
A. ANALISIS JABATAN PMIK .....	14
B. PELAPORAN DATA PASIEN DALAM PENGAMBILAN KEPUTUSAN MANAJEMEN .....	23
C. UNSUR-UNSUR PENGENDALIAN MUTU DI UNIT REKAM MEDIS .....	25
D. PENGELOLAAN UNIT REKAM MEDIS SELAMA PANDEMI COVID-19.....	27
<b>BAB III RISIKO GANGGUAN KESEHATAN PEREKAM MEDIS</b> .....	36
A. PENULARAN PENYAKIT.....	36
B. RISIKO GANGGUAN FISIK.....	39
C. RISIKO GANGGUAN PSIKOSOSIAL.....	40
<b>BAB IV MANAJEMEN RISIKO GANGGUAN KESEHATAN PEREKAM MEDIS</b> .....	50
A. PENCEGAHAN PENULARAN PENYAKIT .....	52
B. MANAJEMEN RISIKO GANGGUAN FISIK.....	55
C. MANAJEMEN RISIKO GANGGUAN PSIKOSOSIAL.....	59
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	63

# **BAB 1**

## **Epidemiologi Pandemi Penyakit**

### **A. Sejarah Pandemi**

Pandemi dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), didefinisikan sebagai wabah yang berjangkit serempak di mana-mana, meliputi daerah geografi yang luas. Sebuah pandemi didefinisikan sebagai “epidemi yang terjadi di seluruh dunia, atau selama wilayah yang luas, melintasi batas-batas internasional dan biasanya mempengaruhi sejumlah besar orang. Definisi klasik tidak mencakup apa pun tentang kekebalan populasi, virologi, atau keparahan penyakit. Dengan definisi ini, pandemi dapat dikatakan terjadi setiap tahun di masing-masing daerah beriklim selatan dan belahan bumi utara, mengingat bahwa epidemi musiman melintasi batas-batas internasional dan mempengaruhi sejumlah besar orang. Namun, epidemi musiman tidak dianggap sebagai pandemi.

Dunia sudah mengalami beberapa kali pandemi mulai dari zaman Romawi kali hingga saat ini.

#### **1. Wabah Antonine Sekitar Tahun 165 – 180 M**

Kekaisaran Romawi mencapai puncaknya selama pemerintahan Marcus Aurelius Antoninus. Tentara Romawi yang menang kembali dengan infeksi yang tidak hanya menghancurkan Roma tetapi kekaisaran dan pengikutnya di Timur dan Eropa Barat dan menyebabkan 5 juta orang tewas. Dari perspektif medis, Claudius Galenus, dokter istana dari

Marcus Aurelius mencatat gejala dan tanda dari penyakit menunjukkan penyakit cacar dibanding pes.

## **2. Wabah Pes Yang Terjadi Pada Masa Kaisar Justinian, Sekitar Tahun 541-542 M**

Wabah ini disebabkan bakteri *Yersinia pestis*, yang ditularkan melalui tikus. Justinian adalah salah satu kaisar Romawi terbesar di Byzantium di Eropa timur dan Asia dengan Konstantinopel sebagai ibu kotanya. Akibat wabah ini, menghancurkan hingga 40% dari populasi Konstantinopel dan sekitar 50% dari populasi Eurasia dalam tiga gelombang yang berlanjut hingga abad ke-87 – diperkirakan 30-50 juta orang.

## **3. *The Black Death*, Pandemi Wabah Kedua, Sekitar Tahun 1345 – 1353**

Seperti patogen lain, organisme penyebab pes pada pandemi sebelumnya bermutasi dan diasumsikan menjadi bentuk yang lebih ganas. Penyebaran terjadi melalui rute perdagangan sutra di dunia, mulai dari Mongolia dan seluruh Asia, Eropa dan Afrika Utara dari 1345 pergi hampir 200 juta orang mati.

## **4. Pandemi Kolera, Tahun 1817 – Sekarang**

Ada enam pandemi kolera yang disebabkan oleh bakteri *Vibrio cholerae* yang disebarkan melalui rute fecal-oral.

Pandemi pertama (1817-1823) berasal dari India di lembah Gangga dan berasal dari Kalkuta pada tahun 1817. Pandemi kedua (1829-1849) terjadi di Rusia dan kemudian ke Eropa dan akhirnya melalui imigran Irlandia ke Amerika.

Pandemi ketiga (1846 – 1862), yang paling menghancurkan semua, terjadi di semua benua. Kolera berkembang pesat

sejalan dengan perkembangan industri yang kacau dan urbanisasi yang tidak terencana, pertumbuhan demografis yang cepat, permukiman kumuh yang padat dengan kondisi yang tidak memadai dan pasokan air tidak aman, perumahan di bawah standar, dan gizo yang tidak memadai, kotoran di mana-mana, dan tidak adanya saluran pembuangan.

Pandemi keempat (1865 – 1875) menyebar melalui jamaah haji Muslim dan mencapai Mekah terlebih dahulu sebelum menyebar ke Eropa. Pandemi kelima (1881 – 1896) mengambil korban di Asia, Amerika Selatan dan sebagian Eropa dan Jerman. AS dan Inggris tidak mengalami karena sanitasi yang lebih baik dan identifikasi sumber pencemar dan metode karantina. Pada saat ini organisme telah diidentifikasi oleh Robert Koch. Pandemi ke enam (1899 – 1923) mempengaruhi bagian Utara Afrika, Timur Tengah, Eropa, dan yang terpenting India. Pandemi saat ini yang dimulai pada tahun 1961 berasal dari Indonesia dan masih merenggut nyawa meskipun jauh lebih sedikit dibandingkan sebelumnya.

Pandemi kolera merupakan contoh utama tentang bagaimana sains dan kesehatan masyarakat dapat mengontrol penyebaran infeksi dan ada penemuan baru tentang sebab-akibat penyakit, sehingga tingkat kematian menurun.

## **5. Pes Yang Ketiga (1855 – 1912)**

Pes yang ketiga menggabungkan kedua pneumonia dan varietas pes dari *Yersinia pestis*. Berasal dari Cina pada tahun 1855, akhirnya meletus pada tahun 1894. Dari total 12 juta kematian secara global, India menyumbang sebanyak 90%.



## **6. Flu (1889 – 2010)**

Ada beberapa pandemi flu dengan jenis virus influenza yang berkembang selama dua abad terakhir. Pandemi flu Rusia pada tahun 1889 – 1890 dimulai di Asia Kecil dan diimpor ke Rusia khususnya St. Petersburg melalui Konstantinopel. Kemudian mencapai Paris dalam dua bulan dan melanda seluruh Eropa. Korban tewas adalah 1 juta. Ini adalah pandemi yang paling cepat menyebar sebagai akibat dari peningkatan populasi dunia dan revolusi transportasi menggunakan kereta api.

Pandemi flu yang lain adalah flu Spanyol, karena paling banyak dilaporkan di Spanyol. Flu hanya berlangsung selama 1 tahun 1918-1919, namun membunuh hampir 40 juta orang di seluruh dunia. Sebagian besar kematian terjadi pada orang dewasa muda. Korban tewas dikaitkan dengan infeksi bakteri sekunder.

Virus yang sekarang diidentifikasi sebagai virus H1N1 kemudian diidentifikasi menyebar dari manusia ke babi ke manusia.

Dua pandemi flu berikutnya melibatkan jenis virus influenza H2N2 dan dijuluki sebagai flu Asia tahun 1957-1958 dan flu Hong Kong tahun 1968-1970. Masing-masing menyerang sekitar 1 juta orang, terjadi kemajuan dalam bidang virologi, bakteriologi, dan epidemiologis yang berkembang pesat dalam sains. Vaksinasi menjadi kenyataan dan kemungkinan besar kekebalan kelompok telah berkembang saat itu. Kedua pandemi ini sangat mirip dengan CoVid-19 hari ini yang mempengaruhi individu dengan gangguan paru-paru yang sudah ada sebelumnya.

## **7. Corona Virus Disease (mulai tahun 2019)**

Pada Desember 2019, kasus pneumonia misterius pertama kali dilaporkan di Wuhan, Provinsi Hubei. Sumber penularan kasus ini masih belum diketahui pasti, tetapi kasus pertama dikaitkan dengan pasar ikan di Wuhan. Awalnya, penyakit ini dinamakan sementara sebagai 2019 novel coronavirus (2019-nCoV), kemudian WHO mengumumkan nama baru pada 11 Februari 2020 yaitu Coronavirus Disease (COVID-19) yang disebabkan oleh virus Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2). Virus ini dapat ditularkan dari manusia ke manusia dan telah menyebar secara luas di China dan lebih dari 190 negara dan teritori lainnya. Pada 12 Maret 2020, WHO mengumumkan COVID-19 sebagai pandemik.

Berdasarkan pembaruan epidemiologi terbaru oleh WHO, per 11 Desember 2021, lima VOC SARS-CoV-2 telah diidentifikasi sejak awal pandemi:

- Alpha (B.1.1.7) adalah varian utama yang pertama kali diidentifikasi. Pada akhir Desember 2020, dilaporkan di Inggris. Varian B.1.1.7 mencakup 17 mutasi pada genom virus. Dilaporkan 43% hingga 82% lebih mudah menular, melampaui varian SARS-CoV-2 yang sudah ada sebelumnya untuk muncul sebagai varian SARS-CoV-2 yang dominan di Inggris.
- Beta (B.1.351): pertama kali dilaporkan di Afrika Selatan pada Desember 2020. Varian ini dilaporkan memiliki peningkatan risiko penularan dan penurunan netralisasi dengan terapi antibodi monoklonal, serum konvalesen, dan serum pascavaksinasi.

- Gamma(P.1), diidentifikasi pada Desember 2020 di Brasil dan pertama kali terdeteksi di AS pada Januari 2021. Berdasarkan update epidemiologi WHO pada 30 Maret 2021, varian ini telah menyebar ke 45 negara
- Delta (B.1.617.2): pertama kali dilaporkan di India pada Desember 2020. Delta (B.1.617.2) saat ini merupakan varian yang paling umum di Amerika Serikat. Data awal menunjukkan bahwa varian Delta menyebar hampir dua kali lebih cepat dari virus SARS-CoV-2 asli. Orang yang belum menerima vaksin COVID-19 berada pada tingkat yang tinggi risiko terinfeksi varian Delta karena peningkatan transmisi.
- Omicron (B.1.1.529): pertama kali dilaporkan di Afrika Selatan pada November 2021. Data menunjukkan bahwa Omicron secara umum tidak terlalu parah. Menyebar lebih mudah daripada varian lainnya. Omicron menunjukkan peningkatan 13 kali lipat dalam infektivitas virus, dan 2,8 kali lebih menular daripada varian Delta.

## **B. Distribusi COVID-19 Di Indonesia**

Per 16 Februari 2022, Pemerintah Indonesia melaporkan sejumlah 4.966.046 (64.718 baru) kasus COVID-19 yang dikonfirmasi, 145.622 (167 baru) kematian dan 4.375.234 kasus pulih dari 510 kabupaten di 34 provinsi.

Selama minggu 7 hingga 13 Februari, jumlah mingguan kematian COVID-19 terkonfirmasi di 33 provinsi tetap <1 kematian per 100.000 penduduk; namun, di DKI Jakarta telah meningkat dan lebih dari 1 kematian per 100.000 penduduk. Dengan Omicron sebagai varian dominan, jumlah kematian dapat meningkat mengikuti peningkatan kasus yang signifikan.

Per 16 Februari, 326.318.855 dosis vaksin telah diberikan dalam kampanye vaksinasi COVID-19 nasional. Pada tanggal yang sama, 137.485.375 orang dari 270.203.917 total penduduk (50,9 per 100 total penduduk) telah divaksinasi lengkap; 188.833.480 orang (69,9 per 100 total populasi) telah menerima setidaknya satu dosis vaksin. Secara nasional, 40,9 per 100 total populasi orang tua (26.841.922) telah divaksinasi lengkap; 59,5 per 100 total populasi lansia telah menerima setidaknya satu dosis vaksin.

### **C. Kejadian COVID-19 Pada Tenaga Kesehatan**

#### **1. Paparan kerja terhadap SARS-CoV-2**

Menurut WHO, SARS-CoV-2 terutama menyebar di antara orang-orang ketika orang yang terinfeksi melakukan kontak dekat dengan orang lain. Virus dapat menyebar dari mulut atau hidung orang yang terinfeksi dalam partikel cairan kecil mulai dari 'droplet pernapasan' yang lebih besar hingga 'aerosol' yang lebih kecil ketika orang tersebut batuk, bersin, bernyanyi, bernapas berat atau berbicara. Kontak jarak dekat dapat mengakibatkan inhalasi, atau inokulasi dengan, virus melalui mulut, hidung atau mata.

Ada bukti penularan yang muncul di tempat-tempat di luar fasilitas medis, seperti ruang dalam ruangan, keramaian, dan ventilasi yang tidak memadai, di mana orang yang terinfeksi menghabiskan waktu yang lama dengan orang lain. Hal ini menunjukkan kemungkinan transmisi aerosol selain transmisi droplet dan fomite.

Penelitian yang dilakukan Gholami, Fawad, Shadan, Rowaiee, Ghanem, Khamis dan Ho dengan metode Sytematic

Review pada dua puluh delapan penelitian yang diidentifikasi dengan melibatkan 119.883 pasien menunjukkan bahwa pada populasi petugas kesehatan, usia rata-rata pasien adalah 38,37 tahun (95% CI 36,72-40,03) dan laki-laki terdiri 21,4% (95% CI 12,4-34,2). Persentase petugas kesehatan yang positif COVID-19 adalah 51,7% (95% CI 34,7-68,2). Jumlah seluruhnya prevalensi komorbiditas dalam tujuh penelitian adalah 18,4% (95% CI 15,5-21,7). Gejala yang paling umum adalah demam 27,5% (95% CI 17,6-40,3) dan batuk 26,1% (95% CI 18,1-36). Prevalensi rawat inap adalah 15,1% (95% CI 5,6-35) dalam 13 penelitian dan kematian adalah 1,5% (95% CI 0,5-3,9) dalam 12 penelitian. Perbandingan petugas kesehatan dengan dan tanpa infeksi menunjukkan peningkatan risiko relatif untuk COVID-19 terkait dengan personal peralatan pelindung, pengaturan tempat kerja, profesi, paparan, kontak, dan pengujian.

Hasil penelitian pada perekam medis yang merupakan tenaga kesehatan, menurut jenis kelamin terbanyak adalah perempuan (65,3%), berusia 31 tahun (51,6%), pendidikan diploma (73,4%), bekerja di rumah sakit tipe C (58,9%), di bagian pendaftaran (33,9%), memiliki riwayat infeksi Covid-19 (15,3%) pada Desember 2020 (26,2%). Praktik terkait protokol kesehatan secara umum tergolong baik (83,1%), praktik terkait prosedur khusus di unit rekam medis tergolong baik (69,4%). Terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan praktik penerapan protokol kesehatan secara umum ( $p$  value =0,034). Oleh karena itu, disarankan fasilitas kesehatan perlu memperhatikan pengendalian infeksi, riwayat kontak staf dan kepatuhan penggunaan APD.

Tenaga kesehatan menyatakan bahwa sebagian besar responden mengatakan ketersediaan APD memadai dan telah mendapatkan pelatihan PPI. Faktor sosio-demografi, ketersediaan APD, pelatihan PPI, dan jabatan secara signifikan tidak berhubungan dengan infeksi covid 19. Adanya rekan kerja yang positif terinfeksi secara signifikan berhubungan dengan infeksi covid 19. Proporsi kasus Covid-19 sebagian besar pada responden yang bekerja di RS tipe C dan D, APD tidak pernah atau jarang tersedia, menerima pelatihan PPI, bekerja <7 jam/hari, dan staf URM.

Paparan kerja petugas kesehatan terhadap SARS-CoV-2 dapat terjadi kapan saja di fasilitas perawatan kesehatan dan di masyarakat, selama pekerjaan terkait perjalanan ke daerah dengan penularan lokal dan dalam perjalanan ke atau dari tempat kerja. Systematic review menunjukkan bahwa risiko pekerjaan bagi petugas kesehatan dapat meningkat dalam kondisi klinis tertentu atau dengan kebersihan tangan yang kurang optimal, jam kerja yang panjang, atau penggunaan APD yang tidak tepat atau tidak tersedianya APD.

## **2. Penilaian risiko tempat kerja untuk SARS-CoV-2**

Potensi paparan kerja petugas kesehatan terhadap SARS-CoV-2 dapat ditentukan oleh kemungkinan kontak langsung, tidak langsung atau dekat dengan orang yang terinfeksi virus. Ini termasuk kontak atau perawatan fisik langsung, kontak dengan permukaan dan benda yang terkontaminasi, melalui prosedur yang menghasilkan aerosol pada pasien COVID-19 tanpa perlindungan pribadi yang memadai, atau bekerja dengan orang yang terinfeksi di dalam ruangan, tempat-tempat ramai

dengan ventilasi yang tidak memadai. Risiko paparan pekerjaan meningkat sejalan dengan tingkat penularan SARS-CoV-2 di komunitas.

Tingkat risiko tempat kerja berikut ini dapat digunakan sebagai penilaian risiko cepat untuk potensi paparan kerja terhadap SARS-CoV-2 untuk pekerjaan atau tugas yang berbeda, yaitu :

- a. Risiko lebih rendah adalah untuk pekerjaan atau tugas yang tidak sering, kontak dekat dengan publik atau orang lain dan yang tidak memerlukan kontak dengan orang yang diketahui atau diduga terinfeksi SARS-CoV-2.
- b. Risiko sedang adalah untuk pekerjaan atau tugas yang sering berhubungan erat dengan pasien, pengunjung, pemasok, dan rekan kerja tetapi tidak memerlukan kontak dengan orang yang diketahui atau diduga terinfeksi SARS-CoV-2.
- c. Risiko tinggi adalah untuk pekerjaan atau tugas yang berpotensi tinggi untuk kontak dekat dengan orang yang diketahui atau diduga terinfeksi SARS-CoV-2 atau kontak dengan benda dan permukaan yang mungkin terkontaminasi virus.
- d. Risiko sangat tinggi adalah pekerjaan dan tugas yang berisiko terpapar aerosol yang mengandung SARS-CoV-2, di tempat di mana prosedur yang menghasilkan aerosol dilakukan secara teratur pada pasien COVID-19 atau bekerja dengan orang yang terinfeksi di dalam ruangan, tempat-tempat ramai tanpa ventilasi memadai.

Tingkat risiko tempat kerja, bahkan dalam lingkungan kerja yang sama, dapat bervariasi berdasarkan tugas dan peran petugas kesehatan. Oleh karena itu, penilaian risiko

tempat kerja harus dilakukan untuk setiap kondisi tertentu, peran, tugas, atau serangkaian tugas.

Penilaian risiko harus mengarah pada tindakan pencegahan dan mitigasi untuk menghindari paparan berdasarkan tingkat risiko, mengingat situasi epidemiologi lokal, kekhususan pengaturan kerja dan tugas kerja, hierarki kontrol dan tingkat kepatuhan terhadap tindakan PPI. Tingkat risiko tempat kerja yang disebutkan di atas juga dapat berguna untuk mengidentifikasi kelompok prioritas saat direncanakan vaksin COVID-19.

### **3. Beban kerja, waktu kerja dan organisasi kerja**

Selama pandemi COVID-19, tenaga kesehatan dapat bekerja berjam-jam dengan beban kerja yang lebih berat dan waktu yang tidak cukup untuk istirahat dan pemulihan. Tuntutan ini dapat mengakibatkan kelelahan kronis dan kekurangan energi, dengan penurunan kewaspadaan, koordinasi dan efisiensi; peningkatan waktu reaksi; gangguan kognisi dan penumpulan emosi atau perubahan suasana hati.

Perencanaan, dukungan dan pengembangan kapasitas tenaga kesehatan yang strategis diperlukan untuk memastikan tingkat kepegawaian yang aman, alokasi beban kerja yang adil, dan manajemen waktu kerja dan organisasi kerja sesuai dengan rekomendasi WHO.



## PUSTAKA

- CDC (2022) 'What You Need to Know About Variants', *CDC.gov*, pp. 20–22. Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/about-variants.html>.
- Dasgupta, S. and Crunkhorn, R. (2020) 'A History of pandemics over the ages and the human cost', *The Physician*, 6(2), pp. 1–9. doi: 10.38192/1.6.2.1.
- Fani, T. *et al.* (2021) 'RISK OF COVID-19 INFECTION AMONG MEDICAL RECORDERS: A DESCRIPTIVE STUDY IN CENTRAL JAVA PROVINCE Tiara Fani , \* 1 Kriswiharsi Kun Saptorini , Retno Astuti Setijaningsih , Nimas Arum Titisari Introduction Diseases incidence with a high transmission rate s', 12(November), pp. 229–240.
- Gholami, M. *et al.* (2021) 'COVID-19 and healthcare workers: A systematic review and meta-analysis', *International Journal of Infectious Diseases*. International Society for Infectious Diseases, 104, pp. 335–346. doi: 10.1016/j.ijid.2021.01.013.
- Saptorini, K. K., Fani, T. and Setijaningsih, R. A. (2021) 'Praktik Penerapan Protokol Kesehatan pada Praktisi Rekam Medis di Masa Pandemi Covid-19', *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, 5(4), pp. 614–624. Available at: <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia/article/view/51007/20863>.
- Susilo, A. *et al.* (2020) 'Coronavirus Disease 2019: Tinjauan Literatur Terkini', *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, 7(1), p. 45. doi: 10.7454/jpdi.v7i1.415.
- WHO (2020a) 'Situation Report: World Health Organization', *Coronavirus disease 2019 (COVID-19)*, 2019(February), p. 11. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331475/nCoVsitrep11Mar2020->

eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://pandemic.international  
nalsos.com/2019-ncov/ncov-travel-restrictions-flight-operations-  
and-screening%0Ahttps://www.who.int/docs/default-source/c.

WHO (2020b) 'WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard.'  
Available at: <https://covid-19.who.int/table>.

World Health Organization and International Labour Organization (2021)  
'COVID-19: Occupational health and safety for health workers',  
*COVID-19: Occupational health and safety for health workers*,  
(February), pp. 1–16. Available at:  
[https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-  
HCW\\_advice-2021.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCW_advice-2021.1).

# **BAB 2**

## **MANAJEMEN UNIT KERJA URM**

### **A. Analisis Jabatan PMIK**

Perekam medis dan informasi kesehatan (PMIK) di sarana pelayanan kesehatan (saryankes) atau fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) berperan sebagai pengelola rekam medis. Hal ini terkait dengan adanya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/PER/2008 tentang Rekam Medis pasal 7. Bahwa sarana pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan dalam rangka penyelenggaraan rekam medis. Dengan demikian, setiap fasyankes, diantaranya adalah rumah sakit dan puskesmas, wajib menyelenggarakan unit rekam medis.

Unit rekam medis meliputi subunit tempat pendaftaran pasien, unit gawat darurat, unit rawat jalan, unit rawat inap, instalasi pemeriksaan penunjang, assembling, koding dan indeksing, filing, serta analising dan reporting. Subunit-subunit tersebut berfungsi sebagai perekam/pencatat data pasien dan pengolah data rekam medis pasien.

Data pasien terdiri atas data identitas pribadi dan sosial pasien, serta data riwayat kesehatan pasien. Data identitas pribadi pasien mencakup identitas yang melekat pada diri pasien seumur hidupnya, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, golongan darah, serta alamat pasien. Data identitas sosial berisi tentang data status sosial dan ekonomi pasien, yakni pendidikan, pekerjaan, cara bayar, status pasien (kawin/belum kawin), agama, serta penanggung jawab pembayaran pasien.

Adapun data riwayat kesehatan pasien meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, diagnosis, pengobatan, terapi, ataupun tindakan yang diberikan oleh tenaga medis kepada pasien, baik di unit gawat darurat, unit rawat jalan, atau unit rawat inap. Semua data pasien ini harus tercatat/terekam secara lengkap dalam dokumen rekam medis.

Sedangkan seorang PMIK harus memiliki banyak kompetensi. Yakni, mulai dari mencatat atau merekam data pasien, mengendalikan kelengkapan data rekam medis. menetapkan tarif pelayanan kesehatan yang akurat, mengelola dan merawat dokumen rekam medisnya, sampai dengan mengolah data pasien menjadi informasi kesehatan yang bermakna bagi pengambilan kebijakan oleh pihak manajemen ataupun pemerintah.

Untuk itu, jabatan PMIK yang berbasis tugas dan kompetensi secara lengkap terdiri atas :

- a. Fungsi Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ);
- b. Fungsi Unit Rawat Jalan (URJ);
- c. Fungsi Tempat Pendaftaran Pasien Gawat Darurat (TPPGD),
- d. Fungsi Unit Gawat Darurat (UGD);
- e. Fungsi Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TPPRI),
- f. Fungsi Unit Rawat Inap (URI),
- g. Fungsi Instalasi Pemeriksaan Penunjang (IPP),
- h. Fungsi assembling,
- i. Fungsi koding dan indeksing,
- j. Fungsi filing, serta
- k. Fungsi analising dan reporting

Ada sebelas jabatan PMIK di Unit Rekam Medis (URM). Jadi, idealnya terdapat sebelas subunit rekam medis di setiap fasyankes, khususnya yang memberikan pelayanan rawat inap, seperti rumah sakit. Adapun setiap jabatan PMIK itu memiliki deskripsi pekerjaan sebagai berikut:

### **1. TPPRJ**

TPPRJ disebut juga dengan istilah Loker Pendaftaran Pasien Rawat Jalan. Tugas pokoknya meliputi:

- a. Menerima pendaftaran pasien yang akan berobat di rawat jalan,
- b. Melakukan pencatatan pendaftaran (registrasi) pasien rawat jalan,
- c. Menyediakan formulir-formulir rekam medis dalam folder bagi pasien yang baru pertama kali datang berobat (pasien baru) dan pasien yang datang pada kunjungan berikutnya (pasien lama),
- d. Mengarahkan pasien ke URJ/poliklinik yang sesuai dengan keluhannya dan
- e. Memberi informasi tentang pelayanan di fasyankes yang bersangkutan.

### **2. URJ**

URJ atau Instalasi Rawat Jalan (Irja) atau poliklinik adalah salah satu bagian pelayanan klinis yang melayani pasien untuk berobat jalan. Biasanya ada lebih dari satu klinik menurut jenis pelayanan dokter dan pelayanan kesehatan lainnya (tergantung kemampuan setiap fasyankes). Hasil akhir pelayanan klinis URJ dapat dinyatakan pulang, sembuh atau kontrol, dirujuk ke pelayanan kesehatan lain, atau diperintahkan untuk rawat inap.

Hal itu tergantung pada setiap kasus penyakit pasien serta keputusan dokter dan pasien yang bersangkutan. Untuk itu, URJ membutuhkan formulir-formulir rekam medis dari TPPRJ setelah dilengkapi identitas pasiennya. Selanjutnya formulir rawat jalan akan diisi dengan hasil pelayanan klinis oleh dokter atau tenaga kesehatan lain yang berwenang.

Jadi, tugas pokok URJ adalah mencatat data hasil pelayanan klinis pasien ke dalam formulir rekam medis rawat jalan yang mencakup:

- a. Anamnesis,
- b. Pemeriksaan fisik,
- c. Pemeriksaan penunjang (laboratorium, rontgen dan lain-lain),
- d. Diagnosis,
- e. Terapi,
- f. Tindakan (bila ada),
- g. Hasil akhir pelayanan.

Selain itu, mencatat pula hasil-hasil kegiatan pelayanan rawat jalan.

### **3. UGD**

UGD atau Instalasi Gawat Darurat (IGD) atau Instalasi Rawat Darurat (Irda) adalah salah satu pelayanan klinis rumah sakit atau puskesmas yang memberikan pelayanan selama 24 jam. Pelayanan klinis yang diberikan kepada pasien di UGD meliputi kasus-kasus gawat, atau darurat, atau gawat tidak darurat, atau darurat tidak gawat, atau gawat dan darurat. Penentuan jenis kasus tersebut tergantung pada keadaan pasien yang ditetapkan oleh dokter yang bertugas di UGD. Tata

cara pencatatan data pelayanan klinis ke dalam formulir rekam medis gawat darurat tersebut sama saja dengan pencatatan data pada formulir rekam medis rawat jalan ataupun rawat inap. Yang membedakan hanya cara pelayanan klinisnya.

Tugas pokok pelayanan rekam medis di UGD adalah melakukan pencatatan:

- a. Identitas pasien,
- b. Hasil-hasil pelayanan UGD, serta
- c. Hasil-hasil kegiatan pelayanan di UGD.

#### **4. TPPRI**

TPPRI atau Ruang Penerimaan Pasien Rawat Inap (RPP) atau Pusat Informasi Rawat Inap atau Pusat Informasi Rumah Sakit adalah salah satu subunit rekam medis fasyankes. Keegiatannya adalah mengatur penerimaan dan pendaftaran pasien yang akan rawat inap.

Prosedur pelayanan TPPRI bisa berbeda antar rumah sakit/fasyankes. Perbedaannya terletak pada kebijakan penerimaan pasien yang akan dirawat inap, yaitu:

- a. Semua pasien rawat inap harus melalui pemeriksaan rawat jalan atau gawat darurat dulu, atau
- b. Pasien dapat diterima langsung dari TPPRI, selain melalui rawat jalan dan gawat darurat.

Jadi, tugas pokok TPPRI adalah mencatat mutasi pasien rawat inap, yaitu keluar masuknya pasien di unit rawat inap. Selain itu, juga:

- a. Menerima pasien berdasarkan *admission note* yang dibuat oleh dokter,
- b. Menentukan kelas perawatan dan bangsal yang dituju dengan pasien atau keluarga pasien,
- c. Menjelaskan tarif layanan rawat inap dan berbagai fasilitas di ruang rawat inap,
- d. Menyiapkan formulir-formulir rekam medis rawat inap yang sesuai dengan kasus penyakit pasien,
- e. Mengantar pasien ke bangsal yang dituju bersama dengan formulir rekam medis rawat inapnya,
- f. Memberi informasi jika ada mutasi pasien kepada keluarga pasien, pengunjung, atau instansi/badan/orang yang memerlukan informasi tentang keberadaan pasien rawat inap tersebut.

## **5. URI**

Tugas pokok URI dalam pelayanan rekam medis adalah:

- a. Mencatat semua hasil pelayanan rawat inap pada formulir rawat inap yang sesuai,
- b. Mencatat mutasi pasien pada formulir sensus harian rawat inap (SHRI) pada waktu yang telah ditentukan yang disebut dengan *cut off time*,
- c. Mencatat kegiatan rawat inap pada register pasien rawat inap, dan
- d. Membuat laporan kegiatan rawat inap.

*Cut off time* artinya pencatatan SHRI harus ditetapkan dan disepakati bersama oleh beberapa bagian. Bagian-bagian itu



meliputi bagian rekam medis, bagian keuangan, serta bagian gizi untuk ditetapkan oleh direktur rumah sakit.

## **6. IPP**

IPP mempunyai tugas pokok, yaitu:

- a. Mencatat hasil-hasil pemeriksaan atau pengobatan penunjang berdasarkan permintaan dokter,
- b. Menyampaikan hasilnya kepada dokter yang meminta atau ke unit rawat jalan, gawat darurat, rawat inap,
- c. Mencatat kegiatan pelayanan penunjang, dan
- d. Melaporkan hasil -hasil kegiatan pelayanan penunjang.
- e.

## **7. Assembling**

Bagian assembling merupakan salah satu subunit pengolahan data rekam medis. Tugas pokoknya adalah:

- a. Merakit kembali DRM dari unit rawat jalan, gawat darurat, atau rawat inap secara urut sesuai dengan kronologi penyakit seorang pasien,
- b. Meneliti kelengkapan data rekam medis sesuai dengan kasus penyakitnya,
- c. Meneliti konsistensi pencatatan data rekam medis sesuai dengan kasus penyakitnya,
- d. Mengendalikan ketidaklengkapan DRM supaya menjadi lengkap,
- e. Mengendalikan penggunaan nomor rekam medis, serta
- f. Mendistribusikan dan mengendalikan penggunaan formulir rekam medis.

## **8. Koding dan Indeksing**

Bagian koding dan indeksing (K/I) memiliki tugas pokok sebagai berikut:

- a. Mencatat dan meneliti kode penyakit dari diagnosis yang ditulis dokter, kode operasi dari tindakan medis yang ditulis dokter atau petugas kesehatan lainnya, ataupun kode sebab kematian dari sebab kematian yang ditetapkan oleh dokter,
- b. Mencatat hasil pelayanan pada formulir indeks penyakit, indeks operasi atau tindakan medis, indeks sebab kematian, ataupun indeks dokter sesuai dengan ketentuan mencatat indeks,
- c. Menyimpan indeks tersebut sesuai dengan ketentuan menyimpan indeks,
- d. Membuat laporan penyakit (mobiditas) dan laporan kematian (mortalitas) berdasarkan indeks penyakit, indeks operasi, dan indeks sebab kematian.

## **9. Filing**

Tugas pokok subunit filing meliputi:

- a. Menyimpan DRM dengan metode tertentu sesuai dengan kebijakan,
- b. Mengambil kembali (*retriev*) DRM untuk berbagai keperluan,
- c. Menyusutkan (meretensi) DRM sesuai dengan ketentuan fasyankes,
- d. Memisahkan antara penyimpanan DRM aktif dengan DRM inaktif,
- e. Membantu dalam penilaian nilai guna rekam medis,
- f. Menyimpan DRM yang dilestarikan (diabadikan), dan

- g. Membantu dalam pelaksanaan pemusnahan DRM yang tidak bernilai guna.

## **10. Analising dan Reporting**

Bagian analising dan reporting (A/R) mempunyai tugas pokok:

- a. Mengumpulkan data kegiatan rumah sakit dari sensus harian yang dicatat oleh unit pelayanan pencatat data kegiatan rumah sakit,
- b. Merekapitulasi sensus harian sebagai dasar laporan kegiatan rumah sakit (RL 3.1, RL 3.2 dll.),
- c. Mengumpulkan dan mengolah data penyakit rawat jalan dan rawat inap sebagai dasar laporan morbiditas (RL 4),
- d. Mengumpulkan dan mengolah data penyakit khusus rawat inap dan status imunisasi sebagai dasar laporan surveilans terpadu (RL 2a.1, RL 2a.2, RL 2a.3 dan RL 2c),
- e. Mengumpulkan dan mengolah data dasar rumah sakit sebagai dasar laporan keadaan rumah sakit (RL 1),
- f. Mengumpulkan dan mengolah data keadaan ketenagaan sebagai dasar laporan keadaan ketenagaan (RL 2),
- g. Mengumpulkan dan mengolah data bulanan yang berisi data kunjungan dan data 10 (sepuluh) besar penyakit (RL 5),
- h. Mengolah data rekam medis untuk laporan hasil analisis statistik rumah sakit,
- i. Masar laporan mortalitas (RL 4).

## **B. Pelaporan Data Pasien dalam Pengambilan Keputusan Manajemen**

Dasar penyusunan laporan adalah Permenkes RI Nomor 1171/Menkes/PER/VI/2011 yang ditetapkan oleh Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan tentang Sistem Informasi Rumah Sakit. Hal ini menjadi acuan dalam perumusan petunjuk teknis mengenai sistem informasi pelaporan rumah sakit seluruh Indonesia. Berdasarkan Permenkes ini, maka pengisian data dilakukan secara *online*.

### **1. Formulir, Catatan, dan Dokumen**

Formulir, catatan, dan dokumen yang digunakan oleh bagian AR adalah:

- Sensus harian sebagai dasar penyusunan laporan kegiatan rumah sakit,
- Formulir RL 1.1 Data Dasar Rumah Sakit,
- Formulir RL 1.2 Indikator Pelayanan Rumah Sakit,
- Formulir RL 1.3 Fasilitas Tempat Tidur,
- Formulir RL 2 Ketenagaan,
- Formulir RL 3.1 Kegiatan Pelayanan Rawat Inap,
- Formulir RL 3.2 Kegiatan Pelayanan Rawat Darurat,
- Formulir RL 3.3 Kegiatan Kesehatan Gigi dan Mulut,
- Formulir RL 3.4 Kegiatan Kebidanan,
- Formulir RL 3.11 Kegiatan Kesehatan Jiwa,
- Formulir RL 3.12 Kegiatan Keluarga Berencana,
- Formulir RL 3.13 Pengadaan Obat, Penulisan, dan Pelayanan Resep,
- Formulir RL 3.14 Kegiatan Rujukan,
- Formulir RL 3.15 Cara Bayar,
- Formulir RL 4a Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Inap,
- Formulir RL 4a Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Inap Penyebab Kecelakaan,
- Formulir RL 4b Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Jalan,

- Formulir RL 3.5 Kegiatan Perinatologi,
- Formulir RL 3.6 Kesehatan Pembedahan,
- Formulir RL 3.7 Kegiatan Radiologi,
- Formulir RL 3.8 Pemeriksaan Laboratorium,
- Formulir RL 3.9 Pelayanan Rehabilitasi Medik,
- Formulir RL 3.10 Kegiatan Pelayanan Khusus
- Formulir RL 4b Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Jalan Penyebab Kecelakaan,
- Formulir RL 5 Data Bulanan,
- Formulir RL 5.1 Pengunjung Rumah Sakit,
- Formulir RL 5.2 Kunjungan Rawat Jalan,
- Formulir RL 5.3 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap,
- Formulir RL 5.4 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan,
- Catatan – catatan khusus untuk analisis statistik.

## **2. Laporan yang Dihasilkan**

Adapun informasi yang dihasilkan fungsi A/R dalam pelayanan rekam medis mencakup:

- Data Dasar Rumah Sakit,
- Data Indikator Pelayanan Rumah Sakit,
- Data Fasilitas Tempat Tidur,
- Data Ketenagaan,
- Data Kegiatan Pelayanan Rawat Inap,
- Data Kegiatan Pelayanan Rawat Darurat,
- Data Kegiatan Kesehatan Gigi dan Mulut,
- Data Kegiatan Kebidanan,
- Data Kegiatan Perinatologi,
- Data Pengadaaan Obat, Penulisan, dan Pelayanan Resep,
- Data Kegiatan Rujukan,
- Data Cara Bayar,
- Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Inap,
- Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Inap Penyebab Kecelakaan,
- Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Jalan,
- Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Jalan Penyebab Kecelakaan,

- Data Kesehatan Pembedahan,
- Data Kegiatan Radiologi,
- Data Pemeriksaan Laboratorium,
- Data Pelayanan Rehabilitasi Medik,
- Data Kegiatan Pelayanan Khusus,
- Data Kegiatan Kesehatan Jiwa,
- Data Kegiatan Keluarga Berencana,
- Data Bulanan,
- Data Pengunjung Rumah Sakit, (
- Data Kunjungan Rawat Jalan,
- Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap,
- Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan,
- Hasil Analisis Statistik Rumah Sakit

### **C. Unsur-unsur Pengendalian Mutu di Unit Rekam Medis**

Unsur-unsur pengendalian adalah unsur-unsur kegiatan yang dapat menjamin terlaksananya suatu sistem. Jadi, jika salah satu unsur pengendalian tidak dilakukan, maka akan menyebabkan tujuan suatu sistem tidak dapat tercapai.

Untuk itu, diperlukan standar pelayanan rekam medis guna mengendalikan mutunya. Standar dibuat dengan menyusun pernyataan standar dan kriteria. Standar sendiri merupakan pernyataan prinsip secara umum, sedangkan kriteria adalah suatu karakteristik yang berhubungan dengan subjek dari standar.

Ada tiga elemen standar yang harus ditetapkan di setiap subunit rekam medis menurut Donabedian, yakni standar struktur, standar proses, serta standar hasil/luaran. Standar struktur atau standar input berupa penetapan kriteria sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan tahapan standar proses yang ada di masing-masing subunit rekam medis. Sumber daya tersebut meliputi manusia, anggaran, formulir/dokumen, bahan, alat, serta metode

pelaksanaannya. Standar prosedur yang lebih dikenal dengan istilah standar operasional prosedur adalah tahapan suatu kegiatan yang harus dilaksanakan secara runtut, lengkap, serta konsisten oleh setiap pegawai untuk dapat mencapai hasil sesuai dengan kriteria yang ditetapkan dalam standar luaran. Sedangkan standar hasil/luaran atau standar pelayanan minimal merupakan hasil akhir kegiatan yang berarti perubahan yang terjadi akibat proses, termasuk dimensi mutu dari sudut pandang pendapat pelanggan, provider, serta pihak manajemen. Hasil yang baik dipengaruhi oleh mutu struktur dan prosesnya, demikian pula sebaliknya.

Adapun standar struktur/input, standar proses/operasional prosedur, serta standar hasil/luaran/pelayanan minimal harus ditetapkan untuk mengendalikan mutu di setiap subunit rekam medis suatu fasyankes. Standar tersebut diperlukan dalam mengendalikan mutu pelaksanaan sistem dan prosedur pelayanan rekam medis. Sistem adalah jaringan prosedur yang dibuat menurut pola yang terpadu untuk melaksanakan kegiatan pokok di masing-masing subunit rekam medis. Selanjutnya, prosedur merupakan tata alur yang baku dalam suatu kegiatan.

Standar prosedur pelayanan rekam medis sebagai gambaran umum bagi seorang pegawai yang berupa langkah-langkah dan tata urutan kerja (cara kerja) untuk menjamin keseragaman kegiatan yang berulang-ulang. Selain itu, juga bisa digunakan sebagai pedoman baku jika terjadi perubahan staf dan alat untuk mengukur/menilai efektivitas suatu sistem. Alat ukur bisa disusun dari standar proses/operasional prosedur yang sudah ada berupa daftar tilik untuk mengukur konsistensi pelaksanaan setiap tahapan yang ada. Gunanya adalah untuk menjamin pencapaian standar pelayanan minimal yang berkesinambungan.

Jadi, standar struktur/input, standar proses/operasional prosedur, serta standar hasil/luaran/pelayanan minimal harus ditetapkan untuk mengendalikan mutu pelaksanaan sistem dan prosedur pelayanan rekam medis, baik di subunit pencatatan/perekaman data maupun di subunit pengolahan data rekam medis. Subunit pencatatan/perekaman data rekam medis seringkali disebut juga dengan istilah bagian luar URM, meliputi TPPRJ, URJ, UGD, TPPRI, URI, serta IPP. Selain itu, berbagai standar tersebut juga mengendalikan mutu pelaksanaan sistem dan prosedur pelayanan rekam medis di subunit pengolahan data rekam medis atau bagian dalam URM, yakni di assembling, koding dan indeksing, filing, serta analising dan reporting.

Standar-standar ini juga harus dibuat dan ditetapkan selama masa pandemi, khususnya pandemi *Covid-19*. Standar yang dibuat secara khusus pada masa pandemi dengan memodifikasikan sistem dan prosedur yang sudah ada dengan penerapan panduan protokol kesehatan. Hal ini bertujuan untuk menekan terjadinya penularan virus antar pegawai, antara pegawai dengan pasien/pengunjung fasyankes ataupun sebaliknya, baik secara langsung melalui percikan droplets maupun melalui media berbagai sarana umum di fasyankes.. Khususnya, dalam rangka melindungi seorang PMIK selama bekerja .

## **D. Pengelolaan Unit Rekam Medis selama Pandemi**

### **Covid-19**

#### **1. Protokol Kesehatan di Unit Rekam Medis**

Pandemi *Covid-19* mendorong adanya perubahan perilaku penduduk. Perilaku penduduk dalam beradaptasi dengan kebiasaan-kebiasaan baru. Berbagai kebiasaan baru ini bertujuan untuk menekan adanya risiko penularan *Covid-19* selama beraktivitas.



Aktivitas penduduk di ruang publik, khususnya PMIK di sarana pelayanan kesehatan, harus dilakukan dengan penerapan protokol kesehatan yang ketat dan disiplin. Penerapan kedisiplinan kolektif akan dapat menghentikan penyebaran virus *Covid-19*.

Panduan ini masih bersifat umum karena dalam pelaksanaannya tetap harus memperhatikan level pemberlakuan pembatasan kegiatan masyarakat (PPKM) di wilayah masing-masing. Selain itu, tetap harus berpedoman pada peraturan pemerintah dan atau pemerintah daerah setempat.

Panduan ini juga bisa digunakan secara umum untuk menekan angka penularan kasus penyakit tertentu lain diantara PMIK. Jadi bukan hanya berhenti untuk mencegah penularan *Covid-19* di URM pada masa pandemi.

Apalagi berdasarkan penelitian tentang *Evaluasi Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja pada Perekam Medis terhadap Paparan Covid-19* pada tahun 2021, simpulan hasil *focus group discussion* (FGD) dengan para kepala URM rumah sakit di Jawa Tengah diantaranya menyatakan bahwa umumnya perilaku PMIK longgar dalam menerapkan protokol kesehatan justru pada saat berada di luar rumah sakit. Hal ini tentunya beresiko apabila PMIK terinfeksi *Covid-19* di luar rumah sakit kemudian bisa menularkannya kepada sesama rekan PMIK di tempat bekerja.

Sedangkan hasil wawancara terhadap PMIK menunjukkan pengetahuan (59.7%), sikap (49.2%) dan praktik kepatuhan terhadap kebijakan penggunaan alat pelindung diri (masker dan *handscoon*) dan penerapan protokol kesehatan PMIK (62.1%) di fasyankes berarti sudah baik. Hanya terkendala oleh beberapa hal, misalnya menurut hasil FGD bahwa PMIK di bagian TPPRJ harus sering membuka masker karena suaranya tidak terdengar jelas oleh

pasien pada saat melayani pendaftaran pasien. Kebijakan makan siang dalam ruangan kerja (URM) yang belum ditetapkan, sehingga PMIK masih sering makan bersama dengan membuka masker selama makan karena dibatasi oleh jam istirahat. Selain itu, juga ada PMIK di suatu rumah sakit yang mulai jenuh memasukkan DRM ke dalam plastik kuning (penanda DRM kasus infeksius), meskipun sudah memahami prosedur penanganan DRM pasien kasus *Covid-19*. Bahkan ada PMIK yang menolak vaksin *Covid-19* tanpa alasan medis tertentu.

Kendala lainnya, bahwa hasil wawancara sebesar 70.2% PMIK menyatakan tidak ada pembatasan jumlah pegawai di ruang kerjanya. Kejadian-kejadian seperti ini yang berpotensi menimbulkan risiko penularan *Covid-19* diantara PMIK. Dengan demikian, perlu ditetapkan standar kesehatan dan keselamatan kerja bagi PMIK pada masa pandemi *Covid-19* untuk dipatuhi oleh semua pegawai selama bekerja. Tujuannya adalah untuk menekan kejadian paparan *Covid-19* terhadap PMIK dalam jam kerja.

Adapun protokol kesehatan di unit rekam medis adalah sebagai berikut :

**a. Kebijakan Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) bagi PMIK**

- 1) Masker (dianjurkan menggunakan masker bedah).
- 2) Sarung tangan (dianjurkan menggunakan sarung tangan bedah).

**b. Standar Minimal bagi PMIK selaku Petugas Pendaftaran (TPPRJ; TPPGD; TPPRI)**

- 1) Pengisian formulir identitas pasien baru dilakukan oleh pasien sendiri atau keluarga pasien di meja khusus.

- 2) Dianjurkan agar fasyankes dapat memfasilitasi pendaftaran pasien baru dengan menggunakan sistem *online* atau menyediakan komputer khusus bagi pasien atau keluarga pasien.
- 3) Jarak antara petugas pendaftaran dengan pasien diatur minimal 1,5 meter.
- 4) Dianjurkan agar ruang pendaftaran pasien diberi penutup ruangan dari kaca dengan lubang kecil sebagai alat komunikasi dan lubang untuk penyerahan formulir pendaftaran kepada petugas.

**c. Standar Minimal bagi PMIK selama Bekerja**

- 1) Pendataan PMIK yang memiliki penyakit komorbid dan risiko tinggi.
- 2) Adanya satuan tugas (satgas) penanganan *Covid-19* di setiap fasyankes.
- 3) Ketersediaan tempat cuci tangan dan *hand sanitizer* yang memadai setiap saat.
- 4) Mengatur sirkulasi udara dan sinar matahari yang cukup untuk area kerja PMIK yang sehat.
- 5) Ketersediaan masker cadangan bagi PMIK selama bekerja.
- 6) Area kerja antar pegawai diatur berjarak minimal 1,5 m ke samping kanan, kiri, depan, serta belakang.
- 7) Dorongan pimpinan agar PMIK segera mendapatkan vaksin *Covid-19* lengkap.
- 8) Memakai masker rangkap (masker medis dilapisi dengan masker kain di bagian luar) selama PMIK bekerja, kecuali jika sudah memakai masker jenis N95 dan tidak sering dilepas-lepas.

- 9) Kebiasaan untuk mencuci tangan dengan benar sebelum bekerja/masuk ruangan dan sesudah melakukan aktivitas/keluar ruangan kerja selama minimal 20 detik.
- 10) Mengatur jarak pada saat berkomunikasi/berinteraksi dengan pegawai lain ataupun dengan pasien/keluarga pasien minimal 1,5 m, bahkan membatasi komunikasi secara lisan.
- 11) Menghindari/menekan seminimal mungkin kontak langsung dengan pasien atau keluarga pasien.
- 12) Disiplin menggunakan sarana, prasarana, serta alat kantor pribadi (tidak dipakai secara bersama-sama/tidak saling meminjam), seperti meja kerja, kursi kerja, alat tulis, kalkulator, dan alat kantor lainnya.
- 13) Aturan penggunaan *lift* gedung adalah menekan tombol *lift* dengan siku serta posisi berdiri berjarak dan saling membelakangi di dalam *lift*.
- 14) Menghindari setiap kerumunan yang ada, termasuk di depan dan di dalam *lift*.
- 15) Menghindari saling berjabat tangan.
- 16) Tanggung jawab pribadi membersihkan area kerja, meja kerja, kursi kerja, serta peralatan kantor pribadi masing-masing sebelum dan setelah bekerja dengan desinfektan.
- 17) Sedapat mungkin menghindari menyentuh/memegang fasilitas umum ataupun peralatan yang sering dipakai secara bersama-sama, diantaranya pegangan pintu kamar mandi (setelah

menyentuh/memegangnya harus mencuci tangan/memakai *hand sanitizer*).

- 18) Bergantian pada saat makan siang/tidak makan bersama-sama karena harus membuka masker yang bisa berisiko saling bertukar droplets.
- 19) Membawa alat makan/minum ataupun peralatan ibadah pribadi (tidak dipakai secara bersama-sama/saling meminjam peralatan).
- 20) Menggant masker minimal setelah 4 (empat) jam bekerja.

## **2. Prosedur Pengelolaan Dokumen Rekam Medis di URI**

### **a. Dokumen Rekam Medis selama Masa Perawatan Pasien di URI**

- 1) Dokumen rekam medis pasien harus tetap berada di ruang *Nurse Station*.
- 2) Dokumen rekam medis tidak boleh dibawa ke ruang URI/tempat perawatan pasien.
- 3) Pengisian/input data pasien pada dokumen rekam medis dilakukan oleh tenaga medis/petugas lain di ruang *Nurse Station*.
- 4) Pengisian/input data pasien isolasi pada dokumen rekam medis dilakukan di ruang *Nurse Station* setelah tenaga medis/petugas lain melepas hazmat/APD, mandi, serta mengganti baju dan APD.

### **b. Dokumen Rekam Medis Pasien Pulang dari Rawat Inap**

- 1) Lembar dokumen rekam medis pasien pulang dimasukkan ke dalam plastik, sebaiknya plastik berwarna kuning (yang artinya infeksius).

- 2) Dokumen rekam medis pasien pulang diserahkan ke bagian URM.
- 3) Permukaan plastik setiap dokumen rekam medis diberi tanggal penerimaan dengan spidol atau alat tulis lainnya.
- 4) Dokumen rekam medis pasien pulang dimasukkan ke dalam *box container* atau *box* lainnya dan ditutup rapat.
- 5) Jika memungkinkan *box container* tersebut disimpan di tempat khusus yang terpisah dari ruang kerja PMIK di URM.
- 6) Dokumen rekam medis dibiarkan tetap di dalam *box container* selama 4-6 hari.
- 7) Selanjutnya, sampul plastik dokumen rekam medis dilap dengan alkohol swab/disemprot dengan cairan desinfektan dengan jarak tertentu agar kertas tidak rusak.

## PUSTAKA

- Brooks JT, Beezhold DH, Noti JD, et al. (2021) “Maximizing Fit for Cloth and Medical Procedure Masks to Improve Performance and Reduce SARS-CoV-2 Transmission and Exposure, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021;70.
- Brooks JT, Butler JC. (2021) “Effectiveness of Mask Wearing to Control Community Spread of SARS-CoV-2external icon,“ Published online 2021 February 10. doi:10.1001/jama.2021.1505
- Centers for Disease Control (CDC). (2020) “Coronavirus can Spread Further than 6 Feet Especially Indoors : Social Distancing” Huff Post. Accessed 2020.
- Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan. (2011) “Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 1171/Menkes/PER/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit.”
- Hatta, Gemala, R. (2014) “Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan,“ Jakarta : UI Press’.
- Hidayat, Tedy. (2020) “Surat Edaran Nomor HM.01.01/002/III/2020 tentang Prosedur Kerja Perkam Medis dan Informasi Kesehatan dalam Situasi Wabah *Covid-19*,“ Dewan Pimpinan Pusat (DPP) Perhimpunan Profesional Perkam medis dan Informasi kesehatan Indonesia (PORMIKI).
- Muninjaya, AA, Gde. (2016) “Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Edisi 2,“ Jakarta : EGC Penerbit Buku Kedokteran.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/PER/2008 tentang Rekam Medis pasal 7.
- Rachmani, E. (2018) “Manajemen Informasi Kesehatan II : Bahan Ajar Sistem dan Prosedur Pelayanan Rekam Medis,“ Semarang:

Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro.’

Satuan Tugas Penanganan *Covid-19*. (2021) “Panduan Pelaksanaan Protokol Kesehatan,” Penerbit : Satgas Penanganan *Covid-19*.

Soemohadiwidjojo, Arini T. (2020). "Menyusun SOP (Standard Operating Procedure) Itu Mudah" . Jakarta: Raih Asa Sukses.

Tim Protokol Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021) “Protokol Kesehatan di Perkantoran dan Penerapan Aplikasi Peduli Lindungi,” Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas).

Wijaya, Lily dan Deasy Rosmala Dewi. (2017) “Manajemen Informasi Kesehatan II : Sistem dan Subsystem Pelayanan RMIK,” Jakarta : Pusat Pendidikan SDM Kesehatan : Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.



# BAB 3

## Risiko Gangguan Kesehatan Perekam Medis

Selama pandemi COVID 19, seluruh tenaga kesehatan termasuk perekam medis menghadapi risiko gangguan kesehatan akibat yang lebih bervariasi dibanding saat situasi normal. Adanya perubahan prosedur kerja, penerapan protokol kesehatan, dan paparan penyakit di Fasilitas Kesehatan dapat memicu munculnya bahaya pada kesehatan fisik, psikologis, dan sosial perekam medis selama pandemi. Beberapa risiko kesehatan dan keselamatan kerja yang mungkin dialami oleh perekam medis selama pandemi mencakup risiko penularan penyakit, risiko gangguan fisik (gangguan kulit dan tekanan panas akibat penggunaan APD yang berkepanjangan dan dampak negatif akibat peningkatan penggunaan disinfektan) dan risiko gangguan psikososial (tekanan psikologis, kelelahan kronis, stigma, dan diskriminasi).

### **A. Penularan Penyakit**

Risiko penularan penyakit yang dihadapi oleh perekam medis dapat bersumber dari masyarakat (*community acquired infections*) maupun didapat dari fasilitas kesehatan tempat perekam medis tersebut bekerja itu sendiri (*healthcare-associated infections*), baik tertular oleh pasien, pengunjung rumah sakit, maupun sesama pekerja. Penularan penyakit yang terjadi di fasilitas kesehatan sering disebut dengan infeksi nosokomial. Beberapa literatur menunjukkan bahwa angka infeksi nosokomial di negara berkembang mencapai lebih dari 40% sehingga perlu dilakukan pencegahan dan pengendalian terhadap penyakit ini

mengingat angka infeksi nosokomial menjadi salah satu indikator mutu pelayanan sebuah pelayanan kesehatan, dimana semakin kecil infeksi nosokomial yang terjadi maka semakin bagus dan tertata pula mutu pelayanan di fasilitas kesehatan tersebut.

Konsep penularan penyakit pada perekam medis maupun pada pekerja lainnya di sebuah fasilitas kesehatan setidaknya harus memenuhi enam komponen berikut yang membentuk sebuah rantai. Pencegahan dan/atau pengendalian penularan penyakit pada perekam medis dilakukan dengan meminimalkan paparan atau jika memungkinkan mengeliminasi salah satu/lebih dari keenam komponen berikut.



**Gambar 1. Enam komponen penularan penyakit**

Sumber: PMK No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Jenis infeksi nosokomial yang sering terjadi di fasilitas kesehatan, baik yang menyerang perekam medis, pekerja lainnya, maupun pasien adalah meliputi:

**Tabel 1. Jenis penularan dan contoh penyakit pada perekam medis di fasilitas kesehatan beserta faktor risikonya.**

<b>NO</b>	<b>JENIS</b>	<b>MANIFESTASI</b>	<b>FAKTOR RISIKO</b>
1.	<i>Healthcare acquired pneumonia</i> (HAP)	COVID-19	Intubasi mekanik, perilaku mencuci tangan yang tidak sesuai prosedur, pemakaian alat medis (ventilator, humidifier, kateter, selang infus, dst) yang tidak sesuai prosedur, tidak mengenakan APD yang memadai, memiliki riwayat paparan.
		Tuberkulosis	
		Rubella	
		Antrax	
		Campak	
		SARS	
		MERS	
2.	Infeksi Aliran Darah (IAD)	HIV/AIDS	Penggunaan kanula vena dan arteri serta jarum suntik yang tidak sesuai prosedur.
		Hepatitis	
		Sepsis	
3.	Infeksi Saluran Kemih (ISK)	Cystitis	Penggunaan kateter urin, perilaku cebok yang tidak higienis.
4.	Infeksi Daerah Operasi (IDO)		Prosedur operasi yang kurang memadai.

Sumber: PMK No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Risiko penularan penyakit yang baru-baru ini dihadapi oleh para perekam medis adalah risiko untuk terinfeksi COVID-19. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 78,2% dari total responden yang memiliki rekan kerja dengan riwayat infeksi COVID-19, serta sebanyak 15,3% dari total responden mengaku pernah dinyatakan positif COVID-19 dengan 5,6% di antaranya pernah dirawat di rumah sakit akibat beratnya gejala yang dialami.

## **B. Risiko Gangguan Fisik**

Risiko gangguan fisik yang kemungkinan besar dapat menyerang perekam medis selama pandemi COVID-19 adalah paparan terhadap rasa panas berlebih (*heat-stress*) akibat penggunaan APD selama waktu kerja. APD dalam penggunaannya haruslah dapat menahan dengan baik penetrasi cairan maupun droplet, baik dari luar maupun dari dalam. Penggunaan APD yang sangat tertutup dan berlapis tentu menimbulkan rasa tidak nyaman bagi pekerja akibat panas yang dilepaskan oleh tubuh manusia tetap tertahan/terjebak di dalam APD. Paparan rasa panas dalam waktu lama dapat menimbulkan dehidrasi, kelelahan, ruam, hingga luka bakar dan *shock*. Bahkan di kasus-kasus tertentu, panas yang berlebih dapat menjadi faktor penyebab timbulnya kecelakaan kerja lainnya akibat licinnya anggota tubuh akibat keringat, pandangan yang kabur akibat uap yang dihasilkan, dan hilangnya konsentrasi akibat kekurangan cairan tubuh secara drastis.

Risiko selanjutnya yaitu cedera fisik akibat kecelakaan kerja seperti: terpeleset, tersandung, hingga posisi suatu tindakan yang kurang/tidak ergonomis. Cedera fisik ini dapat terwujud menjadi gangguan muskuloskeletal, nyeri pada sendi alat gerak, lebam dan luka-luka, retak atau patah tulang alat gerak, hingga dapat berujung pada cedera otak

dan sistem syaraf apabila terjadi benturan di area kepala atau tulang belakang.

Faktor-faktor eksternal yang dapat berkontribusi pada kejadian ini adalah pencahayaan yang buruk sehingga daya pandang menjadi minimum, APD yang tidak sesuai standar, terdapat kontaminan di lantai (minyak, kotoran, sabun, permukaan kasar/miring) yang dapat menghambat daya gerak, serta peralatan yang tidak ergonomi. Sementara itu, faktor internal dari pekerja itu sendiri seperti kurangnya pengetahuan, kelelahan dan kecemasan, perbedaan sikap antar pekerja akan suatu praktik, mispersepsi pada suatu pedoman/prosedur yang berlaku juga dapat menjadi penyebab terjadinya cedera fisik akibat kecelakaan kerja tersebut di atas.

### **C. RISIKO Gangguan PSIKOSOSIAL**

Sejak tahun 1950an aspek psikososial di tempat kerja mulai menjadi topik yang menarik dalam penelitian. Segala sesuatu yang dapat menimbulkan stres di tempat kerja disebut sebagai bahaya psikososial. *International Labour Organization (ILO)* dan *World Health Organization (WHO)* mendefinisikan bahaya psikososial sebagai interaksi antara lingkungan kerja mulai dari jenis pekerjaan/tugas pekerja, kondisi organisasi, kapasitas pekerja, kebutuhan pekerja, budaya, persepsi pekerja, dan pengalaman pekerja yang dapat berpengaruh pada kesehatan, prestasi, dan kepuasan pekerja. Definisi tersebut menitikberatkan bahaya psikososial sebagai interaksi antara lingkungan kerja dan faktor manusia. Interaksi yang kurang baik antara lingkungan kerja dan faktor manusia dapat menimbulkan gangguan emosional, perilaku yang bermasalah, dan perubahan biokimia dan neurohormonal dalam tubuh manusia yang dapat memicu risiko penyakit mental atau fisik. Di sisi lain, hubungan yang positif/seimbang antara kondisi lingkungan kerja dengan faktor manusia dapat menciptakan rasa

percaya diri, motivasi, kapasitas kerja, dan kepuasan kerja yang tentunya dapat meningkatkan kesehatan pekerja.

Risiko psikososial lain yang dapat menghantui tenaga kerja termasuk perekam medis selama pandemi COVID-19 adalah tindakan kekerasan, baik yang dilakukan oleh pasien, pengunjung, hingga sesama pekerja. Tindakan kekerasan ini dapat berupa kekerasan emosional seperti: stigma, diskriminasi, ancaman, dan pelecehan, dan/atau kekerasan fisik/verbal yang juga merupakan buntut dari kekerasan emosional yang tak terbendung. Merebaknya isu negatif mengenai sebuah wabah penyakit (dalam hal ini adalah COVID-19) tentunya mendorong pengunjung fasilitas kesehatan mudah untuk menstigma para pekerja di fasilitas kesehatan tersebut. Stigma ini dapat diperparah, bahkan berujung pada tindakan diskriminasi, pelecehan, hingga kekerasan fisik/verbal apabila mewabahnya penyakit tersebut merenggut banyak korban jiwa.

Adanya perubahan pada pola atau bentuk pekerjaan dan lingkungan kerja berdampak pada munculnya jenis bahaya psikososial lain. Oleh karena itu, definisi bahaya psikososial masih dapat berkembang. Beberapa jenis bahaya psikososial yang dapat dialami pekerja antara lain:

Tabel 3. Jenis Bahaya Psikososial

<b>Aspek</b>	<b>Risiko</b>
Beban Kerja	Kelebihan atau kekurangan beban kerja, kurang kendali atas kecepatan kerja, dan tingginya tekanan waktu kerja.
Desain pekerjaan ( <i>job design</i> )	Kurangnya variasi atau siklus kerja yang pendek, pekerjaan yang terfragmentasi, keterampilan yang kurang digunakan atau diperlukan dalam pekerjaan, tingginya ketidakpastian tugas kerja.
Jadwal Kerja	Shift kerja, jadwal kerja yang tidak fleksibel, jam kerja yang tidak dapat diprediksi, jam kerja yang panjang.

<b>Aspek</b>	<b>Risiko</b>
Lingkungan dan Peralatan Kerja	Masalah terkait keunggulan, ketersediaan, kesesuaian, dan pemeliharaan atau perbaikan peralatan dan fasilitas di tempat kerja.
Budaya dan Fungsi Organisasi	Komunikasi yang buruk, tingkat dukungan yang rendah untuk pemecahan masalah, dan kurang jelasnya tujuan organisasi.
Peranan di Organisasi	Ketidakpastian peran dan tanggung jawab pekerja dalam organisasi.
Pengembangan Karir	Stagnasi dan ketidakpastian karir, promosi yang kurang atau berlebihan, gaji yang buruk, ketidakamanan posisi kerja, dan rendahnya nilai sosial di tempat kerja.
Kemampuan pengambilan keputusan dan kontrol pekerjaan	Partisipasi yang rendah dalam pengambilan keputusan dan kurangnya kontrol terhadap pekerjaan.
Hubungan interpersonal	Isolasi sosial atau fisik, hubungan yang buruk dengan atasan, konflik interpersonal, kurangnya dukungan sosial.
Hubungan Pekerjaan-Keluarga	Tuntutan antara pekerjaan dan keluarga yang saling bertentangan, dukungan yang rendah dari keluarga, dan masalah karir ganda.

Sumber : (Leka and Jain, 2010; Forastieri, 2016)

Stres dianggap sebagai salah satu ciri kehidupan modern. Secara umum stres dihubungkan dengan pekerjaan dan berpengaruh pada tingginya biaya kesehatan, ketidakhadiran, dan rendahnya kinerja pekerja. Meskipun stres belum dianggap sebagai penyakit, namun stres merupakan tanda pertama dari suatu masalah. Dalam jangka panjang, stres berkontribusi pada gejala mudah lupa (*memory loss*), tukak lambung, penyakit radang usus, gangguan muskuloskeletal, dan hipertensi yang berdampak pada risiko penyakit jantung dan kardiovaskuler.



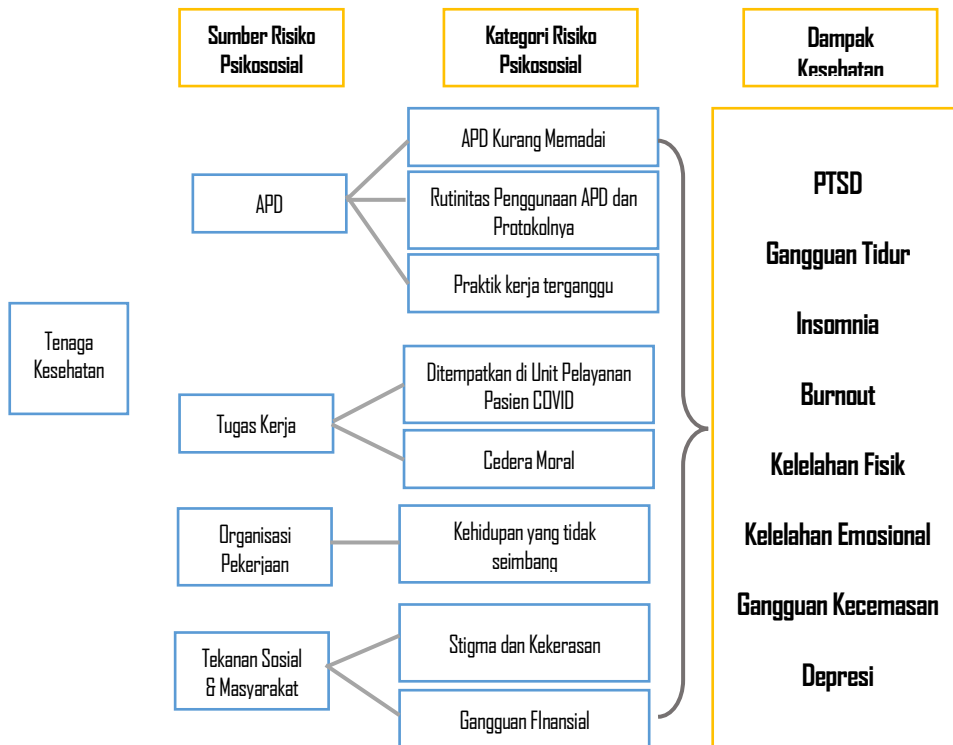
**Gambar 2. Lingkungan Kerja Psikososial**

Sumber: Adaptasi Cox, Griffiths & Rial-González (2000)

Stres akibat kerja berhubungan dengan bahaya psikososial yang ada dalam organisasi kerja, desain kerja, dan hubungan kerja, yang dapat terjadi ketika tuntutan pekerjaan tidak sesuai atau melebihi kemampuan, sumber daya, atau kebutuhan pekerja; atau ketika pengetahuan atau kemampuan seorang pekerja atau kelompok individu untuk mengatasinya tidak sesuai dengan harapan atau budaya organisasi.



Pandemi Covid-19 telah membuat tenaga kesehatan terpapar dengan beragam bahaya yang berdampak pada kondisi psikologis dan sosial mereka. Selain tenaga kesehatan klinis (dokter dan perawat), beberapa penelitian menyiratkan bahwa pandemi juga menimbulkan risiko psikososial pada petugas kesehatan non-klinis seperti apoteker, teknisi, administrator, staf administrasi (perekam medis), dan petugas kebersihan.



**Gambar 3. Risiko Bahaya Psikososial Tenaga Kesehatan**

Sumber: Franklin and Gkiouleka, 2021

Berbagai studi memaparkan bahwa rasa takut terinfeksi dan takut menularkan virus kepada anggota keluarga, kolega, dan teman-teman merupakan penyebab kekhawatiran yang dominan di antara tenaga kesehatan dan faktor risiko penting bagi kesehatan fisik, mental, dan

psikologis. Risiko utama gangguan psikososial terkait dengan tiga sumber:

1. Pemberian beban tugas saat pandemi terutama pemberian tugas untuk bekerja di Unit Pelayanan pasien COVID;
2. Organisasi kerja, seperti kurangnya komunikasi, kelebihan beban kerja, dan keseimbangan antara waktu kerja-istirahat yang buruk;
3. Risiko yang terkait dengan masyarakat, seperti meningkatnya stigma negatif terhadap tenaga kesehatan dan kondisi finansial yang tidak menentu;

Selain itu, kelangkaan atau tidak memadainya APD bagi tenaga kesehatan secara sistematis disebut sebagai faktor risiko psikososial yang memicu ketakutan akan infeksi dan penularan virus. Kurangnya APD menyebabkan penggunaan peralatan yang sama dalam waktu lama atau penggunaan kembali APD yang telah dipakai sehingga meningkatkan perasaan tidak aman di antara tenaga kesehatan. Di Spanyol, sebuah penelitian di antara 157 tenaga kesehatan rumah sakit menunjukkan bahwa 85,4% responden menyatakan bahwa kurangnya APD menyebabkan peningkatan stres dan kecemasan. Ada tiga kategori faktor risiko yang terkait dengan Alat Pelindung Diri (APD) yaitu kecemasan terkait dengan risiko infeksi karena kurangnya APD, kecemasan dan ketidaknyamanan fisik terkait dengan rutinitas dan protokol penggunaan APD, dan Praktik kerja terganggu akibat protokol/prosedur kerja yang sering berubah-ubah sepanjang pandemi berlangsung dan kurangnya informasi yang jelas terkait hal tersebut berpengaruh pada kejadian stres diantara tenaga kesehatan.

Menurut Survei Kondisi Kerja Eropa tahun 2017, tenaga kesehatan terpapar tingkat intensitas kerja tertinggi, karena harus bekerja dengan

cepat atau di bawah tekanan waktu, dan mengalami tekanan emosional yang tinggi. Situasi yang ditimbulkan oleh COVID-19 saat ini memperburuk dan melipatgandakan risiko bahaya psikososial diantara tenaga kesehatan tak terkecuali perekam medis. Selama pandemi COVID-19 terdapat perubahan dalam prosedur pengelolaan dokumen rekam medis, kewajiban penggunaan alat pelindung diri, dan beberapa tugas lain yang terkait dengan dokumentasi data dan prosedur klaim pasien COVID-19.

Berdasarkan hasil survei kuesioner DASS-21 pada 124 perekam medis tahun 2021 menunjukkan:

1. 3,2% perekam medis mengalami gejala depresi sedang dan 8,1% mengalami gejala depresi ringan selama masa pandemi. Beberapa gejala depresi yang umumnya dialami petugas antara lain kadang-kadang tidak dapat merasakan perasaan positif (29,8% petugas), sulit untuk meningkatkan inisiatif dalam melakukan sesuatu (39,5% petugas), merasa tertekan (39,5% petugas), dan merasa kehilangan minat akan segala hal (26,6% petugas).
2. 1,6% perekam medis mengalami gejala kecemasan(*anxiety*) berat, 8,1% mengalami gejala kecemasan sedang, dan 15,3% mengalami gejala kecemasan ringan selama masa pandemi. Beberapa gejala depresi yang umumnya dialami petugas antara lain kadang-kadang bibir terasa kering (46,0% petugas), merasa khawatir dengan kondisi yang dapat membuat panik (29,0% petugas), dan merasa hampir panik (42,7% petugas).
3. 2,4% perekam medis mengalami gejala stres sedang dan 3,2% mengalami gejala stres ringan. Beberapa gejala stres yang kadang-kadang dialami oleh perekam medis adalah kesulitan menenangkan diri sendiri (35,5%), cenderung bereaksi berlebihan terhadap suatu kondisi (39,5%), merasa gelisah

(46,8%), kesulitan merasa tenang/rileks (34,7%), dan merasa mudah tersinggung (44,4%).

Meskipun gejala gangguan psikologis (depresi, kecemasan, dan stres) yang dialami perekam medis masih cukup rendah. Beberapa studi menunjukkan adanya risiko psikososial di tempat kerja berhubungan dengan adanya dampak yang merugikan kesehatan fisik, mental, dan sosial tenaga kerja. Baik secara langsung maupun tidak langsung, faktor psikososial dapat berdampak pada indeks kesehatan karyawan di suatu organisasi (seperti absensi, absen karena sakit, produktivitas menurun, kurangnya kepuasan kerja, dan niat untuk berhenti). Oleh karena itu, pengelola Fasyankes tetap perlu memperhatikan risiko faktor psikososial untuk menciptakan suasana kerja yang aman dan kondusif baik dalam situasi normal maupun saat terjadi pandemi.

## PUSTAKA

- Anita, D., C., Kardi. 2021. 'Faktor yang Berkontribusi pada Kejadian Pneumonia Nosokomial'. *Proceeding of The 13<sup>th</sup> University Research Colloquium (URECOL)*, Klaten, Indonesia, pp. 864-71.
- Apriningsih, H., Prabowo, N., A., Myrtha, R., Gautama, C., S., Wardani, M., M. 2020. 'Pencegahan Penularan COVID-19 pada Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret'. *LOGISTA: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, vol. 4, no. 2, pp. 556-64
- Departmental News of WHO. 2020. *WHO-ILO Global Framework for National Occupational Health Programmes for Health Workers* [internet]. Diakses pada: <https://www.who.int/news/item/10-6-2020-who-ilo-global-framework-for-national-occupational-health-programmes-for-health-workers>
- Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan. 2020. *Standar Alat Pelindung Diri (APD): dalam Manajemen Penanganan COVID-19*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Diakses pada: <https://farmalkes.kemkes.go.id/unduh/standar-alat-pelindung-diri-apd-dalam-manajemen-penanganan-covid-19/>
- Forastieri, V. (2016) 'Prevention of psychosocial risks and work-related stress', *International Journal of Labour Research*, 8(1-2), pp. 11-33. Available at: [www.ilo.org/publns](http://www.ilo.org/publns).
- Franklin, P. and Gkiouleka, A. (2021) 'A Scoping Review of Psychosocial Risks to Health Workers during the Covid-19 Pandemic', *International Journal of Environmental Research and Public Health 2021, Vol. 18, Page 2453*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 18(5), p. 2453. doi:

10.3390/IJERPH18052453.

ILO and WHO (2021) *COVID-19: Occupational health and safety for health workers Interim guidance, WHO and ILO*. Available at: [https://hlh.who.int/docs/librariesprovider4/hlh-documents/covid-19---occupational-health-and-safety-for-health-workers.pdf?sfvrsn=581e60c6\\_5](https://hlh.who.int/docs/librariesprovider4/hlh-documents/covid-19---occupational-health-and-safety-for-health-workers.pdf?sfvrsn=581e60c6_5) (Accessed: 24 January 2022).

Leka, S. and Jain, A. (2010) *Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview*. World Health Organization.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Syahrir, S., Tirmanidhana, F., Raodhah, S., Bujawati, E. 2018. 'Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di ICU RSUD Labuang Baji Makassar'. *HIGIENE*, vol. 4, no. 2, pp. 67-73.

WHO, ILO. 2018. *Occupational Safety and Health in Public Health Emergencies: A Manual for Protecting Health Workers and Responders*. Geneva: World Health Organization and the International Labour Office. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Diakses

pada:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241514347>

Zanellato, A., Bologna, A. 2014. *Health Wise: Action Manual: Work Improvement in Health Services*. Geneva: International Labour Organization. Diakses

pada:

[https://www.ilo.org/sector/Resources/training-materials/WCMS\\_250540/lang-en/index.htm](https://www.ilo.org/sector/Resources/training-materials/WCMS_250540/lang-en/index.htm)

# **BAB 4**

## **MANAJEMEN RISIKO GANGGUAN KESEHATAN PEREKAM MEDIS**

*International Labour Organization* (ILO) pada tahun 2020 merilis sebuah kerangka nasional yang ditujukan bagi fasilitas kesehatan baik kepemilikan publik maupun swasta untuk menjamin kesehatan dan keselamatan tenaga kerja yang berada di dalamnya (dalam hal ini adalah tenaga kesehatan termasuk di dalamnya perekam medis). Kerangka tersebut berbentuk kewajiban-kewajiban yang bersifat umum dan mendasar yang wajib ditunaikan kepada seluruh tenaga kerja yang berada instansi tersebut. Adapaun kewajiban-kewajiban tersebut meliputi:

1. Identifikasi dan membentuk kelompok kerja/komite yang bertanggung jawab atas kesehatan dan keselamatan pekerja, baik dalam lingkup instansi tersebut maupun untuk pengawasan dan pelaporan ke lingkup di atasnya. Anggota kelompok kerja/komite tersebut hendaknya adalah perwakilan-perwakilan pekerja, yang dipilih secara terbuka dan disesuaikan dengan kapabilitasnya, serta memiliki kemampuan manajerial yang baik.
2. Memastikan kemudahan akses pekerja ke layanan kesehatan dan keselamatan kerja, baik dengan mengoptimalkan program yang telah berjalan maupun menginisiasi program baru disertai pengalokasian sumber daya yang cukup untuk menjamin mutu pelayanan yang diberikan.

3. Memberikan pendidikan dan pelatihan kepada pekerja secara berkala maupun tematik untuk keadaan-keadaan tertentu, yang berfungsi memberikan *update* terkini mengenai sebuah topik dan mempertajam kemampuan pekerja dalam melakukan aplikasi dari topik tersebut. Pendidikan dan pelatihan ini hendaknya diberikan secara setara dimana pekerja di semua lini (praktisi kesehatan, eksekutif senior, pekerja garis depan, hingga pekerja ranah pendukung) berhak mendapat pendidikan dan pelatihan dalam porsi setara namun disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing lini.
4. Mengidentifikasi bahaya dan gangguan kerja yang mungkin terjadi sesuai kondisi di masing-masing bagian/unit kerja, serta menerapkan hierarki kontrol kesehatan dan keselamatan kerja sebagai upaya untuk mencegah dan menanggulangi/mengendalikan risiko gangguan kesehatan di masing-masing tempat kerja.
5. Mempromosikan sistem kerja yang ramah lingkungan seperti meminimalkan penggunaan suatu zat tertentu dengan indikasi berbahaya bagi lingkungan dan/atau melakukan substitusi pada zat tersebut dengan zat lainnya yang lebih aman. Mengatur penggunaan air, listrik, dan sumber daya lainnya yang serupa secara cermat dan efektif, serta melakukan pengolahan limbah secara terpadu sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Sementara itu, kewajiban-kewajiban tambahan yang lebih spesifik yang juga perlu dilaksanakan fasilitas kesehatan guna menjamin kesehatan dan keselamatan pekerja adalah sebagai berikut:



## **A. Pencegahan Penularan Penyakit**

Pencegahan penularan penyakit di fasilitas kesehatan selain dapat melindungi perekam medis juga dapat melindungi sesama pekerja lainnya, pengunjung rumah sakit, maupun pasien itu sendiri. Pencegahan penularan penyakit dilakukan dengan memutus/mengeliminasi salah satu/lebih dari satu dari enam komponen penularan penyakit tersebut di atas. Pelaksanaan pencegahan penularan penyakit pada perekam medis terwujud dalam dua sistem kewaspadaan, yaitu kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasarkan transmisi.

Kewaspadaan standar didefinisikan sebagai sebuah sistem kewaspadaan yang harus ada/harus dilakukan oleh semua unit kerja di fasilitas kesehatan, tidak peduli apakah berhadapan dengan pasien atau tidak, termasuk di dalamnya adalah perekam medis. CDC (*Center for Disease Control*) dan HICPAC (*Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee*) pada tahun 2007 menetapkan bahwa sistem kewaspadaan standar meliputi 11 komponen yang termasuk di dalamnya adalah:

- Menjaga kebersihan tangan,
- Memakai alat pelindung diri,
- Disinfeksi benda yang pernah kontak dengan pasien, dan
- Merapkan etika batuk dan bersin yang perlu dilakukan pekerja fasilitas kesehatan pada umumnya.

Indikasi-indikasi yang mengharuskan seorang perekam medis untuk selalu menjaga kebersihan tangan maupun benda yang berhubungan dengan pasien adalah sebagai berikut:

1. Sebelum dan sesudah kontak dengan pengunjung/pasien baru yang belum terdiagnosa;
2. Terkena cairan tubuh (keringat, darah, urin, lendir, ludah, dst) dari pengunjung/pasien baru yang belum terdiagnosa;

3. Setelah berkontak dengan pasien yang telah terdiagnosa;
4. Terpapar lingkungan sekitar pasien tersebut yang memungkinkan terjadi infeksi seperti sesaat setelah keluar dari ruangan pasien;
5. Setelah mengeluarkan cairan tubuh (keringat, darah, urin, lendir, ludah, dst) melalui aktivitas-aktivitas seperti: buang air, bersin, dan meludah;
6. Sebelum dan sesudah makan, minum, atau tindakan lainnya yang mengharuskan untuk menyentuh wajah; serta
7. Sebelum mengenakan APD dan setelah melepaskannya.

Disinfeksi tangan maupun benda yang dianggap terkontaminasi dapat dilakukan dengan pencucian menggunakan deterjen, air panas/pemanasan dengan suhu tertentu, penyemprotan menggunakan zat kimia yang bersifat disinfektan, penyinaran dengan sinar UV, maupun gabungan dari beberapa metode tersebut.

Sementara itu, sistem kewaspadaan berdasarkan transmisi merupakan sistem kewaspadaan lanjutan yang perlu diterapkan oleh pekerja di fasilitas kesehatan ketika berhadapan dengan pasien setelah diagnosa keluar yang menyatakan pasien tersebut terinfeksi penyakit menular. Sistem kewaspadaan lanjutan ini meliputi pemisahan ruangan/melakukan isolasi terhadap pasien serta melakukan proteksi lanjutan dengan mengenakan APD berlapis seperti: mengenakan masker N95, jubah kedap udara, dan sepatu kulit saat berkontak dengan pasien dengan infeksi saluran respirasi. Hingga pemberlakuan sistem rotasi pekerja untuk meminimalkan waktu paparan pekerja dengan agen infeksi.

Dalam keadaan darurat seperti mewabahnya sebuah penyakit infeksius seperti COVID-19 yang dapat meningkatkan kerentanan pekerja fasilitas kesehatan untuk tertular penyakit, selain dilakukan

kewaspadaan standar dan kewaspadaan lanjutan, juga hendaknya dilakukan persiapan yang lebih adekuat terkait tindakan pencegahannya. Persiapan-persipan tersebut meliputi menyiapkan prosedur yang singkat dan jelas yang dapat digunakan oleh pekerja untuk menghadapi situasi tak terduga serta pembekalan pekerja dengan pengetahuan terkini terkait wabah tersebut dan keahlian untuk melindungi pekerja dari berbagai macam risiko penularannya.

Hasil penelitian menyebutkan bahwa terdapat perubahan prosedur dan peraturan kerja bagi perekam medis selama pandemi COVID-19 sebagai upaya pencegahan penularan penyakit, di antaranya adalah:

**Tabel 2. Prosedur dan peraturan kerja Unit Rekam Medis selama pandemi COVID-19**

NO	PROSEDUR DAN PERATURAN KERJA
1.	Kewajiban memakai pelindung wajah ( <i>masker</i> , <i>kacamata</i> , dan <i>face shield</i> ), mencuci tangan, dan pemeriksaan suhu tubuh, serta tidak berjabat tangan
2.	Kewajiban memakai APD lengkap
3.	Disinfeksi berkas pasien ( <i>penyemprotan/penyinaran</i> ), sebelum dan sesudah menyentuh/digunakan
4.	Penguatan edukasi terkait protokol kesehatan
5.	Kewajiban melaporkan berbagai macam data terkait COVID-19 ke berbagai instansi yang terkait

Sumber: data primer, 2021

Persiapan tersebut juga termasuk di dalamnya adalah pengalokasian sumber daya untuk memastikan ketersediaan dan kesesuaian APD. Juga pengelolaan limbah APD sekali pakai maupun APD yang dapat digunakan berkali-kali. Terdapat setidaknya 87,1% dari total responden yang menyatakan terjaminnya ketersediaan APD di fasilitas kesehatannya,

dengan 94,4%-nya menyatakan bahwa APD yang disediakan telah sesuai standar. Jenis APD yang selalu tersedia menurut responden adalah handsanitizer (98,4%) dan masker (93,5%), serta sebanyak 87,9% dari total responden menyatakan terdapat pemeriksaan suhu berkala di fasilitas kesehatan tempat bekerjanya.

Pemberian pendidikan dan pelatihan terkait protokol pencegahan dan penanggulangan infeksi penyakit wabah juga perlu dilakukan. Hal ini bertujuan untuk senantiasa memberikan *update* terkini mengenai suatu wabah berdasarkan hasil penelitian-penelitian yang terbaru. Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 81,5% responden mengaku telah mendapatkan diklat mengenai pencegahan dan penanggulangan infeksi COVID-19 bagi perekam medis.

Selain itu, perlu dilakukan pula vaksinasi sebagai upaya perlindungan dari berbagai penyakit menular kepada tenaga kerja prioritas termasuk perekam medis yang berada di lini terdepan. Pada kasus wabah yang dimana vaksin sedang dalam masa pengembangan, hendaknya pekerja tersebut di atas berhak mendapat prioritas utama untuk mendapatkan vaksin tersebut. Lebih lanjut, pekerja juga mendapatkan hak untuk mendapatkan perawatan kesehatan yang sesuai apabila tertular penyakit wabah, pemenuhan kebutuhan pokok selama masa karantina/isolasi, serta tunjangan kecacatan bagi pekerja dan/atau kematian bagi keluarga yang ditinggalkan.

## **B. Manajemen Risiko Gangguan Fisik**

Beberapa risiko gangguan fisik yang mungkin dialami oleh perekam medis selama pandemi adalah duduk terlalu lama, terus-menerus menggunakan disinfektan, penggunaan masker dan APD lain dalam waktu yang panjang.

## **1. Terlalu Lama Duduk**

Duduk terlalu lama dapat menyebabkan sakit punggung, aktivitas fisik yang rendah dan dampak jangka Panjang lain yang mungkin timbul seperti obesitas, penyakit kardiovaskular, dan bahkan kanker. Banyak petugas kesehatan, seperti mereka yang melakukan pelacakan kontak dengan telepon, resepsionis, staf administrasi seperti perekam medis mungkin duduk terlalu lama saat bekerja. Untuk mengatasi masalah tersebut petugas terkait perlu melakukan beberapa tindakan pencegahan dengan:

- a. Beristirahat dan berganti postur setiap 30 menit - 1 jam (maksimum)
- b. Apabila bekerja dengan komputer, atur posisi monitor agar sejajar dengan mata dan lengan bertumpu pada permukaan meja.
- c. Apabila bekerja dengan laptop, menggunakan dudukan dengan keyboard dan jika memungkinkan perpanjang layar laptop dengan monitor yang lebih besar.
- d. Menggunakan kursi kerja yang tinggi alas duduknya dapat disesuaikan dengan tinggi meja. Atau sebaliknya menggunakan meja kerja yang dapat diatur ketinggiannya sesuai posisi kerja duduk/berdiri.
- e. Menggunakan aksesoris Bluetooth untuk memfasilitasi komunikasi (misalnya headset, kamera, dll.)

## **2. Penggunaan Disinfektan**

Meningkatnya penggunaan disinfektan di Fasilitas Kesehatan dan tempat umum lain dapat menimbulkan efek toksik pada tenaga medis, perekam medis, petugas kebersihan, dan tenaga kerja lain yang ikut terpapar.

Fasilitas Kesehatan harus menerapkan prosedur penggunaan disinfektan yang aman bagi seluruh tenaga kerja. Beberapa cara yang dapat dilakukan antara lain:

- a. Larutan disinfektan harus disiapkan dan digunakan sesuai dengan aturan rekomendasi pabrik di area ventilasinya baik,
- b. Hindari pencampuran jenis disinfektan yang berbeda.
- c. Petugas kesehatan yang terlibat dalam penyiapan dan aplikasi disinfektan harus:
  - Rutin evaluasi kontraindikasi,
  - Terlatih dalam penggunaan disinfektan yang aman,
  - Menggunakan APD yang memadai sesuai instruksi.

WHO tidak merekomendasikan penyemprotan disinfektan secara langsung pada staf (seperti di terowongan, lemari atau ruang) dalam kondisi apapun.

### **3. Penggunaan APD**

Pada prinsipnya, APD dimaksudkan untuk digunakan dalam waktu singkat ketika paparan terhadap bahaya tidak dapat dihindari atau dikendalikan. Dalam konteks COVID-19, beban kerja yang berat, arus pasien, dan kekurangan APD mungkin mengharuskan petugas kesehatan memakai APD dalam waktu yang lama. Ada bukti bahwa penggunaan APD yang berkepanjangan untuk perlindungan pernapasan dan mata (masker, respirator, dan kaca mata) juga dapat menyebabkan kerusakan kulit: gatal, ruam, jerawat, cedera akibat tekanan, dermatitis kontak, urtikaria, dan memperburuk penyakit kulit yang sudah ada sebelumnya.

Berikut beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi risiko kerusakan kulit:

- a. Penyediaan APD yang baik,
- b. Penggunaan APD dengan benar,
- c. Menghindari gesekan atau tekanan APD secara berkelanjutan di tempat yang sama atau mengoleskan pelembab atau gel sebelum memakai alat pelindung wajah untuk melumasi dan mengurangi gesekan antara kulit dan masker atau kaca mata;
- d. Menghindari penggunaan kaca mata pelindung (*Faceshield*) yang terlalu ketat dan dapat merusak kulit atau menimbulkan kabut.

Selain upaya-upaya pencegahan dan penanggulangan risiko gangguan fisik tersebut, perlu dilakukan modifikasi lingkungan kerja untuk mengurangi paparan risiko gangguan fisik. Modifikasi lingkungan tersebut antara lain:

- a. Melakukan penambahan/perbaikan ventilasi untuk membentuk aliran sirkulasi udara yang lancar;
- b. Mereduksi kebisingan di tempat kerja dengan substitusi alat yang digunakan dan/atau melakukan teknik peredaman suara;
- c. Memastikan pencahayaan dalam kondisi cukup dan optimal sesuai dengan tingkat ketelitian pekerjaan yang dilakukan; serta
- d. Mengeliminasi kabel bertumpuk dan tidak teratur untuk menghindari tersengat listrik serta dilakukan pengecekan listrik berkala.

Selanjutnya, upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan nilai ergonomis lingkungan kerja atau praktik kerja aman bagi staf dapat dilakukan dengan pengadaan tempat istirahat yang nyaman, pemberlakuan jam istirahat secara berkala tiap

beberapa jam tertentu, pengadaan alat (meja, kursi, lift, dst) yang sesuai, serta dengan mempromosikan kebiasaan/perilaku yang mengutamakan nilai ergonomi seperti: duduk tegap, tidak mengangkat barang dengan membungkuk, mengenakan kacamata pelindung radiasi layar komputer, dan sebagainya.

Praktik yang baik dan aman dalam proses kerja dipengaruhi oleh pengetahuan tenaga kesehatan terkait aturan dan prosedur keamanan kerja yang diterapkan di Fasilitas Kesehatan. Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu memiliki pengetahuan yang baik dalam upaya pencegahan infeksi penyakit serta peningkatan kesehatan dan keselamatan kerja selama pandemi. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden (59,7%) memiliki pengetahuan yang baik akan praktik protokol kesehatan sesuai pedoman yang berlaku. Pengetahuan responden yang baik tercermin pada sebanyak 51,6% dari total responden yang memiliki praktik protokol kesehatan yang baik dalam prosedur kerja unit rekam medis (URM).

### **C. Manajemen Risiko Gangguan PSIKOSoSIAL**

Dampak gangguan psikososial pada tenaga kerja bukan hanya berpengaruh pada kesehatan fisik, psikologis, dan sosial namun juga berdampak pada produktivitas dan kualitas kerja staf yang bersangkutan. Pengendalian risiko gangguan psikososial dapat dilakukan dengan hal berikut:

#### **1. Modifikasi Beban Kerja, Shift Kerja, dan Prosedur Kerja**

Dalam upaya meminimalisir gangguan kesehatan pada perekam medis di fasilitas kesehatan selama mewabahnya sebuah penyakit menular (dalam hal ini COVID-19), selain upaya untuk mencegah tertular dari wabah tersebut, juga dilakukan upaya untuk meminimalisir gangguan kesehatan



akibat besarnya tekanan dan beban kerja yang meningkat secara drastis selama pandemi. Peningkatan beban kerja merupakan salah satu faktor risiko gangguan psikososial pada tenaga kerja akibat kelelahan. Upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan risiko kelelahan pada petugas dengan:

- a. Menyesuaikan lama waktu kerja dan jumlah shift kerja. Lima shift-8 jam, atau empat shift-10 jam per minggu biasanya dapat ditoleransi. Apabila bekerja 12 jam sehari, petugas mungkin memerlukan lebih sering diselingi hari istirahat. Shift sore dan malam sebaiknya lebih pendek dari shift pagi (misalnya delapan jam). Sebaiknya ada rotasi shift antar petugas dengan mempertimbangkan pendapat pekerja dan kondisi lingkungan sekitar.
- b. Modifikasi Beban kerja. Untuk tugas kerja yang lebih ringan, dua belas jam kerja sehari dapat ditoleransi.
- c. Menetapkan kebijakan mengenai durasi jam kerja dan istirahat (misalnya, setidaknya 10 jam per hari dari waktu istirahat yang aman untuk mendapatkan 7-8 jam tidur, dan 48 jam setelah 14 hari kerja). Memberikan istirahat singkat namun frekuensi sering (misalnya setiap 1-2 jam) lebih efektif melawan kelelahan daripada beberapa istirahat yang lebih lama.
- d. Jika diperlukan dan jika memungkinkan, Pihak Fasyankes menyediakan akomodasi bagi petugas selama bekerja dengan akses ke layanan makanan, fasilitas sanitasi, dan kesempatan rekreasi, dengan tetap menjaga jarak fisik dan langkah-langkah kesehatan masyarakat lainnya untuk mencegah COVID-19.

- e. Pemberlakuan *Work from Home* (WFH) untuk beberapa petugas yang tidak berkaitan dengan rutinitas distribusi dokumen rekam medis selama pandemi. Hasil penelitian menyebutkan bahwa sebagian besar responden telah mendapat pengurangan jam kerja menjadi tujuh jam per hari dan sebagai gantinya diberlakukan kebijakan WFH (*work from home*) berbasis daring.

## **2. Menjamin Kesehatan Mental Petugas**

Masalah kesehatan mental dapat berkontribusi pada penurunan kinerja, ketidakhadiran, pengunduran diri staf, penurunan efisiensi kerja dan peningkatan kemungkinan kesalahan kerja staf yang dapat menimbulkan ancaman bagi petugas itu sendiri maupun rekan kerja atau pasien.

Upaya yang dapat dilakukan untuk menjamin kesehatan mental petugas rekam medis adalah pengadaan unit konseling dan sosialisasi sistem "*buddy-workers*". Hal tersebut diperlukan untuk memberikan dan meningkatkan dukungan emosional bagi pekerja untuk mengatasi berbagai macam masalah internal yang dialami. Sistem "*buddy-workers*" adalah sistem dimana "pekerja adalah sahabat" yang senantiasa saling membantu dan peduli akan kondisi satu sama lain. Penerapan sistem ini dapat meningkatkan komunikasi dan hubungan emosional antar pekerja yang dapat meminimalisir adanya kecelakaan kerja akibat terlambatnya penanganan dan/atau kurangnya kesesuaian suatu praktik dengan pedoman yang berlaku yang disebabkan oleh kurangnya sosialisasi yang menimbulkan perbedaan persepsi dan sikap antar pekerja.

Selain itu, terdapat beberapa rekomendasi WHO untuk mendukung masalah kesehatan mental tenaga kesehatan di tingkat individu. Berikut langkah-langkah tambahan yang harus dipertimbangkan untuk melindungi kesehatan mental di tempat kerja.

- a. Menerapkan langkah-langkah pengawasan untuk mendeteksi insiden kritis dan mengurangi dampaknya terhadap kesehatan mental petugas.
- b. Memastikan adanya komunikasi yang berkualitas dan pembaruan informasi yang akurat untuk semua petugas, dan merotasi pekerja dari bagian dengan tingkat stres tinggi ke bagian dengan tingkat stres rendah.
- c. Mitrakan pekerja yang tidak berpengalaman dengan rekan kerja yang berpengalaman.
- d. Memastikan ketersediaan akses dan kerahasiaan layanan dukungan kesehatan mental dan psikososial bagi petugas kesehatan.
- e. Menyediakan mekanisme untuk identifikasi dini dan menjamin kerahasiaan informasi terkait,
- f. Mempromosikan budaya pencegahan kesehatan mental di antara petugas kesehatan dan kepala unit.
- g. Memastikan petugas yang mengalami kondisi kesehatan mental dan mencari bantuan dapat kembali bekerja tanpa stigma atau diskriminasi.

## PUSTAKA

- Anita, D., C., Kardi. 2021. 'Faktor yang Berkontribusi pada Kejadian Pneumonia Nosokomial'. *Proceeding of The 13<sup>th</sup> University Research Colloquium (URECOL)*, Klaten, Indonesia, pp. 864-71.
- Apriningsih, H., Prabowo, N., A., Myrtha, R., Gautama, C., S., Wardani, M., M. 2020. 'Pencegahan Penularan COVID-19 pada Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret'. *LOGISTA: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, vol. 4, no. 2, pp. 556-64
- Braeseke, G. (2011) *Occupational health and safety risks in the healthcare sector. Guide to prevention and good practice*. Luxembourg: European Union. Available at: <http://bookshop.europa.eu/en/occupational-health-and-safety-risks-in-the-healthcare-sector-pbKE3111047/>.
- Departmental News of WHO. 2020. *WHO-ILO Global Framework for National Occupational Health Programmes for Health Workers* [internet]. Diakses pada: <https://www.who.int/news/item/10-6-2020-who-ilo-global-framework-for-national-occupational-health-programmes-for-health-workers>
- Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan. 2020. *Standar Alat Pelindung Diri (APD): dalam Manajemen Penanganan COVID-19*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Diakses pada: <https://farmalkes.kemkes.go.id/unduh/standar-alat-pelindung-diri-apd-dalam-manajemen-penanganan-covid-19/>
- ILO and WHO (2021) *COVID-19: Occupational health and safety for health workers Interim guidance, WHO and ILO*. Available at: [https://hlh.who.int/docs/librariesprovider4/hlh-documents/covid-19---occupational-health-and-safety-for-health-workers.pdf?sfvrsn=581e60c6\\_5](https://hlh.who.int/docs/librariesprovider4/hlh-documents/covid-19---occupational-health-and-safety-for-health-workers.pdf?sfvrsn=581e60c6_5) (Accessed: 24 January

2022).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Syahrir, S., Tirmanidhana, F., Raodhah, S., Bujawati, E. 2018. 'Analisis Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di ICU RSUD Labuang Baji Makassar'. *HIGIENE*, vol. 4, no. 2, pp. 67-73.

WHO, ILO. 2018. *Occupational Safety and Health in Public Health Emergencies: A Manual for Protecting Health Workers and Responders*. Geneva: World Health Organization and the International Labour Office. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.  
Diakses pada:  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241514347>

Zanellato, A., Bologna, A. 2014. *Health Wise: Action Manual: Work Improvement in Health Services*. Geneva: International Labour Organization. Diakses pada:  
[https://www.ilo.org/sector/Resources/training-materials/WCMS\\_250540/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/sector/Resources/training-materials/WCMS_250540/lang--en/index.htm)

# **PENGLOLAAN UNIT KERJA REKAM MEDIS PADA MASA PANDEMI**

Buku ini membahas terkait bagaimana mengelola kesehatan dan keselamatan kerja di Unit Kerja Rekam Medis pada masa pandemi maupun normal. Buku ini sangat cocok dimiliki dan sebagai sumber referensi baik bagi mahasiswa maupun pekerja di unit Rekam Medis.

buku ini membahas :

1. Epidemiologi Pandemi Penyakit
  2. Manajemen Unit Kerja URM
  3. Risiko gangguan kesehatan Perekam Medis
  4. Manajemen risikogangguan kesehatan Perekam Medis
- Selamat membaca dan memiliki buku ini, semoga bermanfaat



*Nuka Medika*

Jl. Nyi Wiji Adisoro RT. 03/01 Pelemsari  
Prenggan, Kotagede, Yogyakarta 55172

Email : [numed789@gmail.com](mailto:numed789@gmail.com) : 081228153789

IKAPI No. 156/DIY/2021

ISBN: 978-623-7323-53-2



9 786237 323532