

BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1 Instalasi Rekam Medis RS. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor

Saat ini rekam medis berubah bentuk dari unit menjadi instalasi dengan koordinasi langsung dibawah Direktorat Medik dan Keperawatan. Berikut ini adalah tugas pokok dan fungsi setiap bagian dari instalasi rekam medis (Laporan akuntabilitas rekam medis, 2008) :

a. Kepala Instalasi

Mengatur pelaksanaan kegiatan rekam medis dan membagi tugas atas urusan penerimaan pasien, urusan penjajaran, urusan analisa dan *assembling*, urusan koding dan indeksing serta urusan laporan dan kesekretariatan.

b. Penerimaan Pasien (TPP)

Yaitu tempat penerimaan pasien yang akan berkunjung/mendapat pelayanan di poliklinik rawat jalan, unit gawat darurat maupun mengatur penerimaan dan segala administrasi yang menyangkut pasien yang akan dirawat di RSMM.

c. Penyimpanan dan Penjajaran (*Filing and Retrieval*)

Yaitu urusan yang mengatur penyimpanan dan pendistribusian dokumen rekam medis baik di unit rawat jalan, rawat inap maupun IGD selain melakukan pemilahan bagi dokumen yang telah in-aktif dan melakukan penelaahan untuk penyusutan dan pemusnahan dokumen rekam medis yang in-aktif untuk dimusnahkan

d. Analisa dan *Assembling*

Yaitu urusan untuk menganalisa secara kuantitatif dan kualitatif rekam medis yang kembali dari unit pelayanan (rawat jalan, rawat inap dan unit gawat darurat) dan menyusun/menjilidnya secara kronologis sehingga dapat dipergunakan secara cepat, tepat dan akurat

e. *Coding dan Indexing*

Yaitu urusan untuk memberi kode pada diagnosa yang diberikan oleh dokter terhadap seorang pasien dan mentabulasikannya ke dalam tabel-tabel diagnosa untuk mengetahui trend kasus/penyakit yang ada di rumah sakit.

f. Laporan

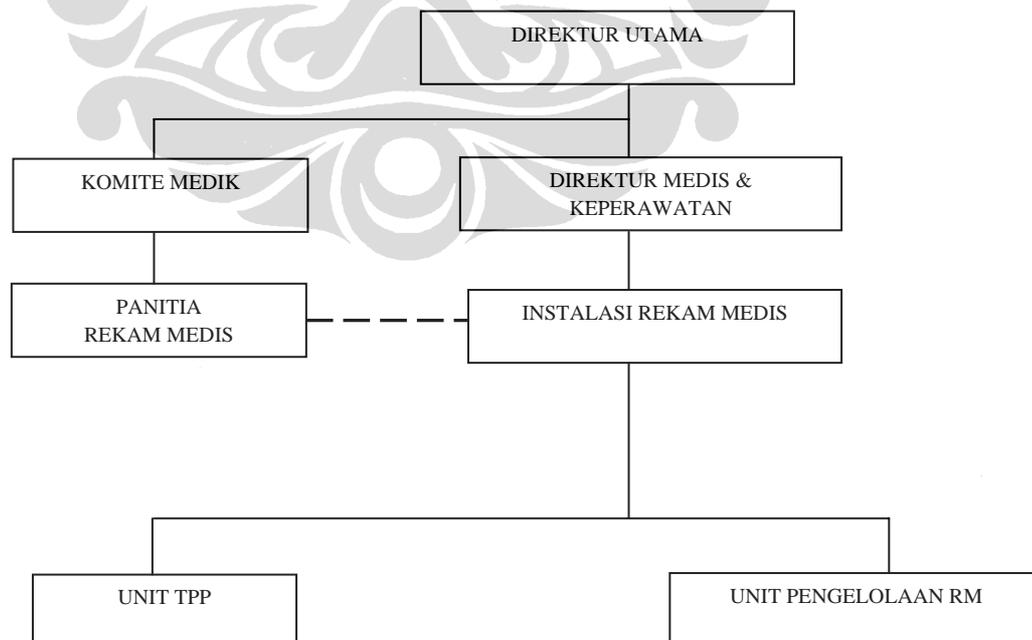
Yaitu urusan yang mengatur pengumpulan, pengolahan dan penyajian data baik rawat inap, rawat jalan, unit gawat darurat maupun penunjang diagnosis dan secara berkala membuat laporan baik itu untuk keperluan internal maupun eksternal rumah sakit

g. Sekretariat

Yaitu bagian yang melaksanakan tugas dalam menangani segala sesuatu yang berhubungan dengan

6.2 Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 255/MenKes/Per/III/2008 tentang organisasi dan tata kerja RS Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor, maka disusunlah struktur organisasi Instalasi Rekam Medis sebagai berikut:

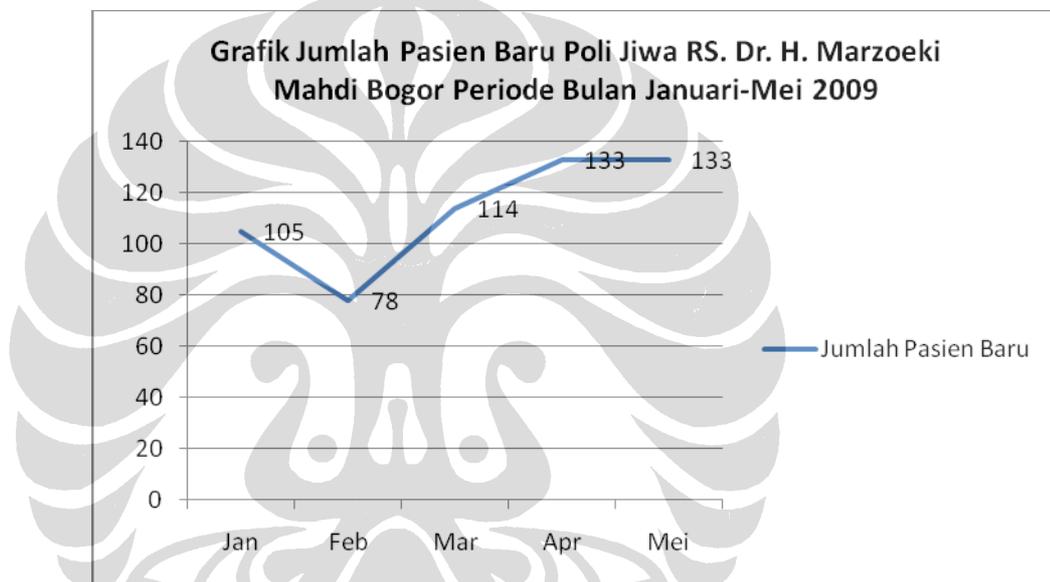


(sumber: Profil RS. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor, 2008)

6.3 Pertumbuhan Pasien Baru Rawat Jalan Psikiatri Periode Januari 2009-Mei 2009

Jumlah pasien baru poli psikiatri RS. Dr. H. Marzoeqi Mahdi periode bulan Januari hingga Mei 2009 sebanyak 563 pasien dengan jumlah pasien baru laki-laki sebanyak 320 orang dan pasien perempuan sebanyak 243 pasien. *Trend* jumlah pasien baru periode Jan-Mei 2009 dapat digambarkan dalam grafik berikut ini:

Gambar 6.1



6.4 Hasil Penelitian

6.4.1 Input

a. Sumber Daya Manusia (SDM)

1) Pengetahuan Dokter, perawat dan petugas pendaftaran

Pengetahuan informan mengenai isi rekam medis pasien adalah sebagai berikut:

“Pertama..eh.....waktu jelas....kedua..SOAP..kita bikin SOAP ..iyakan...jadi subjektif keluhan pasien objektif pengamatan.. assessment dan planning rencana. Kemudian siapa yang membuat apa namanya rekam medis tersebut..dokter a.. dokter b.. nama dan tandatangan atau paraf.. mestinya lengkap gitu..” (Informan 1)

*“ada **auto anamnesis**, ditanyain di awal, keluarganya juga ditanyain..” (Informan 2)*

*“Pertama formulir pasien, jati diri pasien, itu yang harus diisi oleh pasien, jati diri itu isinya ada **nama, alamat, tanggal lahir**, semuanya identitas pasien secara lengkap, semuanya ada disitu. Kemudian....formulir hanya itu untuk rawat jalan...” (Informan3)*

*“Pokonya ada **tanggal, poliklinik, diagnosa..** ya.. **riwayat kunjungan**, terus **jati diri pasien** yang udah print out komputer, terus eh...**lembar dari poliklinik**, udah ya kayaknya itu aja deh”..... (Informan 4)*

Pengetahuan Informan mengenai akibat ketidaklengkapan rekam medis

*“Pertama kalo ...**ada masalah hukum** yang berkaitan dengan kasus pelayanan itu, kedua juga kalo itu tidak lengkap seandainya ada untuk memonitor perkembangannya apalagi si terapisnya atau dokter yang memeriksa selanjutnya dokter yang lain.. itu akan kesulitan sehingga ya pelayanan tidak optimal jadinya..(Informan 1)*

2) Pengetahuan Manfaat Rekam Medis

Pengetahuan petugas kesehatan dan petugas rekam medis mengenai manfaat rekam medis rawat jalan adalah sebagai berikut:

Peneliti bertanya mengenai bagian rekam medis yang mengandung aspek hukum kepada dokter. Jawabannya adalah sebagai berikut:

*“**Waktu** aspek hukum..**diagnosis** masuk aspek hukum,... **planningnya rencananya** masuk hukum..karena penilaian misalnya dia menentukan **diagnosis tertentu..kemudian rencana tindakan tertentu..** pada **tanggal** sekian ditentukan.. pada **jam sekian** nah itu bisa ada apa eh.. dampak hukumnya kalau ada sesuatu berkaitan dengan tindakan atau pelayanan terhadap pasien tersebut” (Informan 1)*

Sedangkan pengetahuan petugas pendaftaran mengenai manfaat rekam medis rawat jalan adalah sebagai berikut:

“Ya jelas berguna banget, gimana caranya kalau misalnya ada dokter, ada perawat tapi tidak pakai rekam medis, mereka mau

*seperti apa gitu...apalagi rs kita belum sistem komputerisasi penuh kan, tapi dengan komputerisasi tidak mungkin tidak ada rekam medis kan, karena catatan-catatan medis seorang pasien ada disitu, identitas pasien juga harus tercantum disitu, walaupun misalnya di komputer juga ada. Secara global di rumah sakit rekam medis itu harus ada dan itu merupakan suatu bagian fungsional tersendiri kan gitu,,**yang mengolah data-data setelah pemeriksaan ya rekam medis**" (Informan 3)*

*"Rekam medis pasti manfaat....., **ALFRED** aja itu manfaatnya" (Informan 4)*

3) Pelatihan SDM

Menurut beberapa informan, pelatihan SDM yang berkaitan dengan rekam medis sudah sering dilakukan, seperti menurut informan berikut ini:

*"Ada...dengan **pelatihan dan in house training**".(Informan 5)*

*"**Pelatihan rekam medis sering ya**, saya gak hafal ya ada juga kan kalo ada pelatihan-pelatihan di luar kita ajuin sesuai dengan bagiannya ya.. kita ajukan sesuai dengan kebutuhannya, tapi kita ada rencana sih di rumah sakit mau ngadain."..... (Informan 6)*

meskipun demikian, belum semua bagian sudah mendapatkan pelatihan. Unit pendaftaran belum pernah mendapatkan pelatihan tentang rekam medis dalam *front office* seperti yang diungkapkan oleh informan berikut ini:

*".....selama saya bekerja disitu **belum ada pelatihan**, padahal pelatihan itu kalo semua itu dilakukan secara detail, minimal dilakukan selama 3 hari,....."(Informan 3)*

*"Kalo pelatihan **Cuma pelatihan penggunaan SIMRS doang, sama INA-DRG**, ngga gimana menghadapi pasien..., kan kebetulan di pendaftaran, ga dijelasin etika di pendaftaran....."(Informan 4)*

Petugas kesehatan (dokter dan perawat) belum pernah mendapatkan pelatihan rekam medis, berikut jawaban informan:

*“Kalo dokter karena ada SOP diasumsikan mereka sudah **ga usah diajarin lagi**, jadi ngikutin SOP nya aja”* (Informan 1)

*“Kalo **perawat belum pernah** tuh... Cuma ada pelatihan keperawatan, kalo pelatihan rekam medis mungkin bagian administrasi ya.....”* (Informan 2)

b. Pembiayaan

Penyelenggaraan rekam medis yang optimal tidak luput dari ketersediaan dana untuk biaya operasional, di RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi, anggaran yang disediakan oleh rumah sakit masih dirasakan cukup seperti yang diungkapkan oleh informan berikut ini:

*“Anggaran... **sudah mencukupi..**”.....* (Informan 5)

*“...**ada sih..** setiap tahun anggaran setiap instalasi diminta mengajukan anggaran.. diawal-awal”.....* (Informan 6)

c. Sarana dan Prasarana

1) Ketersediaan dokumen rekam medis dan formulir rekam medis yang diperlukan untuk rekam medis rawat jalan menurut informan adalah sebagai berikut:

*“Kalo **formulir selalu ada**, di poliklinik selalu tersedia”...
(Informan 1)*

*“**Pernah keabisan**, tapi buru-buru kita konfirmasi.....”
(Informan 2)*

*“Alhamdulillah sejauh ini ada, memang pada saat habis,... kita **ada beberapa waktu habis**, tapi kita sudah antisipasi dengan form jatidiri lainnya, yang memang bukan jatidiri sebenarnya itu, tapi itu masih memenuhi lah untuk jati diri itu..”.....* (Informan 3)

Penyediaan dokumen rekam medis berikut formulir yang digunakan pada tiap poli, diajukan oleh masing-masing ruangan, terutama dokter setelah itu ditindak lanjuti, seperti yang diungkapkan informan berikut:

“.....dalam hal ini ya **dokter di lapangan ngajuin format....** Ini kayaknya kok kurang bagus.....kemudian kayak....seperti kita bikin..oh..ini ada format untuk resume bagusya begini, kita usulkan nanti direksi setelah mempelajarinya nanti akan diusulkan untuk dibuat format-format tersebut..” (Informan 1)

“**sebenarnya semua formulir ada kodenya** ya, jadi kita ga bisa sembarangan, karena itu kan sudah baku, dipake seluruh indonesia” (Informan 2)

“**Dari rekam medis** ya itu kan **usulan dari masing-masing bagian**. Misalnya dari poli gigi, dari masing-masing ... kalo untuk format isian sih dari kita misalnya untuk pengisian dokter.. untuk pengisian misalnya ... pengajuan dari ruangan-ruangan sih.. misalnya maunya seperti ini di ronsen.. usulan-usulan mereka.. kita tampung, kita buat draftnya apakah seperti ini...” (Informan 6)

2) Ketersediaan fasilitas dan kelayakan tempat pendaftaran menurut informan:

“Sampai saat ini **sarana dan prasarana** yang ada khususnya di .. rekam medis,, di..**tempat pendaftaran** pasien itu **kurang** ..”(Informan 3)

“**Komputer** kayaknya **kurang satu aja....**” (Informan 4)

Ketersediaan fasilitas dan kelayakan tempat di poliklinik psikiatri menurut informan:

“...kalo **sarana dan prasarana** sih **ga terlampau masalah sebetulnya..**” (Informan 1)

“yaaa...kurang lebihnya **ada aja**, tapi minimal lah.....” (Informan 2)

Pendapat petugas rekam medis mengenai sarana dan prasarana yang ada di ruangan rekam medis berbeda-beda seperti yang disampaikan oleh informan berikut ini:

“.. hampir **85% terpenuhi..**”(Informan 5)

“**Belum... komputer kurang..**” (Informan 6)

d. Metode

Sistem Pengawasan dan Evaluasi Rekam Medis

Pendapat informan mengenai sistem pengawasan dan evaluasi rekam medis:

1) Menurut Petugas Pendaftaran Pasien

Sistem pengawasan di pendaftaran rawat jalan, menurut informan 3 yang dikuatkan oleh informan 4 adalah:

*“Sejauh ini **ngga ada pengecekan** yang dilakukan, jadi selesai saat itu aja, setelah diisi, paling di kroscek nya oleh petugas aja, petugas yang menerima”* (Informan 3)

*“.....kayaknya ..**ga ada**. Ada mungkin ya SOP nya tapi belum dilakukan saja...”* (Informan 4)

2) Menurut Petugas Kesehatan di Poliklinik

*“Sebetulnya ada panitia rekam medis, dan sebetulnya **ada ngontrol**, tapi saya tidak tau sekarang ini, dulu biasanya kita ada feedback..kita audit rekam medis ya..”*(Informan1)

*“Selama ini yang relatif jalan untuk rekam medis rawat inap sih, **kalo rawat jalan rasanya ga terlampau diinikan sih..rawat inap terutama**”* (Informan 1)

*“**ada...** kita ada garda depan, Cuma perwakilan kepala ruangan aja. ”* (Informan 2)

3) Menurut Petugas Rekam Medis

Sistem evaluasi kegiatan rekam medis yang sudah dilakukan menurut informan adalah:

*“.....**rapat garda depan...**kita ada.. garda depan tu semua pelayanan di depan...itu dateng nah terus nanti keluhan-keluhan itu disampaikan... ya.. tujuannya kan ada evaluasi ya.. ada perubahan...perubahan dari sistem kerja,, dari kelengkapan yang diinginkan seperti apa.”* (Informan 6)

e. Ketersediaan SOP Rekam Medis

Jawaban ketersediaan ketentuan pengisian rekam medis pada pendaftaran (penginputan Identitas pasien ke dalam komputer) menurut informan berikut adalah:

“.....jadi memang **ada aturannya**, nama, alamat penulisannya seperti apa.” (Informan 3)

Diperkuat oleh pernyataan informan 4:

“**Ada... lengkap dalam satu buku....**” (Informan 4)

Jawaban ketersediaan ketentuan pengisian rekam medis pada dokter dan perawat menurut informan berikut adalah:

“...**ada SOP-SOP untuk dokter** di rawat jalan, SOP untuk dokter di rawat inap..ada SOP-SOP nya cuman.. mungkin belum diupdate bisa saja,, jadi ada SOP nya sebetulnya..” (Informan 1)

“ada....., **ada juknisnya**” (Informan 2)

“**ada, Cuma belum di update**, dulu ada DIPAM (Daftar Isian Pasien Mental, Cuma semenjak saya pindah ke CM kayaknya udah ga dipake, karena udah lama, tahun 1988, disitu lengkap” (Informan 5)

“....**Pengisiannya itu dokter belum ada ya..**” (Informan 6)

Isi SOP pada Instalasi Rekam Medis adalah sebagai berikut:

- 1) Struktur organisasi RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
- 2) Struktur organisasi sub bagian RM (sekarang sudah menjadi Instalasi)
- 3) Uraian tugas staf TPP
- 4) Uraian tugas Kepala Urusan TPP
- 5) Uraian tugas staf urusan analisa dan *assembling*
- 6) Uraian tugas Kepala Urusan analisa dan *assembling*
- 7) Uraian tugas staf urusan koding dan indeksing

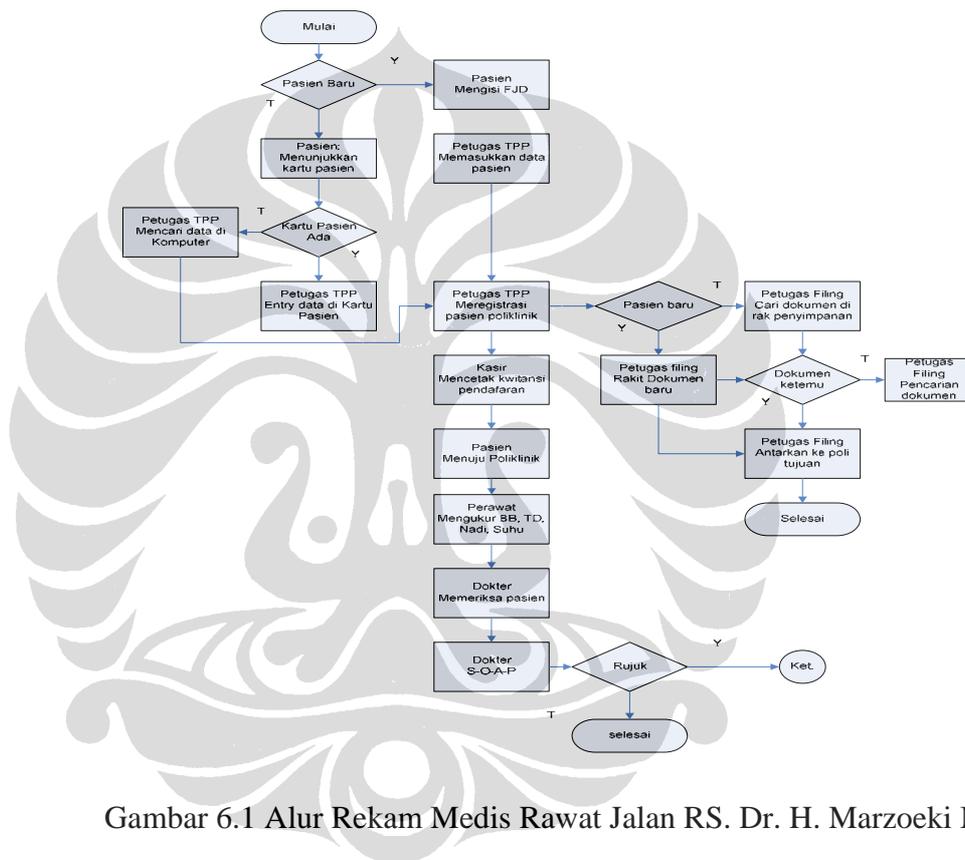
- 8) Uraian tugas Kepala Urusan koding dan indeksing
- 9) Uraian tugas staf penyimpanan dan *retrieval*
- 10) Uraian tugas Kepala Urusan penyimpanan dan *retrieval*
- 11) Uraian tugas staf urusan pelaporan
- 12) Uraian tugas Kepala Urusan pelaporan
- 13) Uraian tugas sekretaris rekam medis
- 14) Laporan bulanan rekam medis
- 15) Arsip rekam medis
- 16) Jadwal praktek dokter
- 17) Pedoman pelayanan kesehatan pegawai
- 18) Standar obat pegawai
- 19) Prosedur pasien rawat jalan
- 20) Sistem penamaan dan penulisan identitas
- 21) Prosedur penanganan pendaftaran pasien baru rawat jalan bila jaringan online terputus
- 22) Prosedur pembuatan visum et repertum
- 23) Alur penerimaan pasien baru dan lama rawat jalan
- 24) Prosedur penanganan klien melarikan diri
- 25) Pedoman pelayanan pasien Jamkesmas, Jamkesda
- 26) Pedoman persepan pasien Jamkesmas dan Jamkesda

Berdasarkan hasil observasi dan penelusuran dokumen, SOP diatas sudah tidak sesuai lagi dengan kondisi yang ada. Perubahan struktur dalam Instalasi rekam

medis, ketersediaan sarana dan fasilitas, serta sistem komputer yang semakin berkembang membutuhkan SOP terbaru.

6.4.2 Proses

Kegiatan pencatatan rekam medis yang lengkap di rawat jalan tidak terlepas dari alur penyelenggaraan rekam medis dan alur pencatatan dokumen rekam medis. Proses pasien rawat jalan Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi secara umum adalah sebagai berikut:



Gambar 6.1 Alur Rekam Medis Rawat Jalan RS. Dr. H. Marzoeqi Mahdi

Bogor

Proses penyelenggaraan rekam medis yang dimulai dari pendaftaran pasien, menemui beberapa masalah misalnya seperti yang diungkapkan oleh informan berikut ini:

Pasien yang tidak paham isi formulir:

“.....faktor pasiennya yang memang tidak paham isi form yang harus diisi itu, ketidak tauan pasien tentang riwayatnya sendiri, ..maksudnya identitasnya sendiri.. itukan menghambat..... (Informan 3)

Adanya petugas yang belum terbiasa dengan suasana yang ramai:

*“.....sekarang kita juga tidak bisa menutup memang jika **ada petugas yang tidak terbiasa dengan suasana yang ramai** ya mau gak mau dia akan seperti itu, salah-salah ya atau misalnya sebentar-sebentar ditanya..memang lingkungan pengaruh tapi sebisa mungkin kita tidak boleh seperti itu”*(Informan 3)

Formulir jati diri banyak yang tidak diisi lengkap

*“**Banyak yang ga diisi**.....”* (Informan 4)

Formulir jati diri pasien yang tidak lengkap pengisiannya ditanyakan kembali oleh petugas pendaftaran, seperti yang diungkapkan oleh informan berikut:

*“.....kita **hanya merecheck** kembali apa yang diisi oleh pasien...”* (Informan 3)

*“**Ditanyain tapi ga disuruh nulis lagi**...cuman ditanyain ya sambil diinput..”*..... (Informan 4)

Keterlambatan dokumen rekam medis sampai ke poli tujuan:

*“**Keterlambatan status sampai ke poli**,... jadi pasiennya nungguin...”* (Informan 2)

*“**Sistem penyimpanan kita belum begitu baik sehingga ada beberapa kasus yang rekam medisnya ga ketemu**, sehingga terpaksa pakai status baru...”* (Informan 1)

Ketidak lengkapan pengisian rekam medis oleh dokter, menurut informan berikut:

*“**Pengisian sebahagian tidak mengisi lengkap**... karena kayaknya soal ya sebagian terutama pasien-pasien yang tidak kontrol, **kadang-kadang beberapa teman sejawat tidak mengisi lengkap**...”* (Informan 1)

6.4.3 Output

- a. Kelengkapan Rekam Medis Rawat Jalan Psikiatri RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Periode Januari 2009-Mei 2009:

Ada 3 (tiga) formulir yang dianalisis, yaitu formulir identitas pasien, catatan poli (catatan dokter), dan ringkasan riwayat klinik.

Selama menelaah dokumen rekam medis, ada beberapa hal yang peneliti temukan, yaitu;

- 1) Peneliti menemukan dua tipe formulir yaitu formulir yang dalam satu lembar terdapat identitas pasien dan ringkasan riwayat klinik (format lama) dan formulir yang terpisah antara identitas pasien dengan ringkasan riwayat kliniknya (format baru).
- 2) Selain 3 (tiga) formulir yang disebutkan, Peneliti menemukan ada 3 jenis formulir lainnya yang berbeda tetapi isinya hampir sama yaitu formulir kesimpulan perawatan harian, catatan perjalanan penyakit dan catatan keperawatan. Tidak semua dokumen memiliki salah satu formulir diatas, ada dokumen yang tidak memiliki salah satu dari 3 formulir tersebut.
- 3) Hasil pengukuran rekam medis rawat jalan sebanyak 100 dokumen pada rekam medis poli psikiatri RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi periode bulan Januari 2009-Mei 2009 berdasarkan kunjungan pasien baru adalah sebagai berikut:

Tabel 6.1 Penggunaan Formulir Rekam Medis Rawat Jalan Psikiatri selain Identitas pasien, Ringkasan Riwayat Klinik dan Catatan Poli

No.	Formulir	Jumlah
1	Kesimpulan Perawatan Harian	59
2	Catatan Perjalanan Penyakit	26
3	Catatan Keperawatan	2
4	Tidak Ada Formulir tambahan	13
Jumlah		100

- a) Identitas Pasien (Formulir Jati Diri)

Tabel 6.2 Kelengkapan Pengisian Formulir (Identitas) Jati diri
 Pasien Baru Poli Psikiatri RS. Dr. H. Marzoeke Mahdi Periode
 Jan 2009 -Mei 2009

No.	Variabel	Hasil				
		Jumlah	Diisi		Tidak Diisi	
			n	%	n	%
1	No. Rekam Medis	100	100	100	0	0
2	Nama Pasien	100	100	100	0	0
3	Nama Keluarga	100	99	99	1	1
4	No. ID	100	3	3	97	97
5	Jenis Kelamin	100	100	100	0	0
6	Tempat Lahir	100	100	100	0	0
7	Tanggal Lahir	100	100	100	0	0
8	Umur	100	100	100	0	0
9	Alamat	100	100	100	0	0
10	Telepon	100	41	41	59	59
11	Status Pernikahan	100	97	97	3	3
12	Pendidikan	100	97	97	3	3
13	Agama	100	100	100	0	0
14	Pekerjaan	100	90	90	10	10
15	Kewarganegaraan	100	99	99	1	1
16	Golongan darah	100	8	8	92	92
17	Kelompok pasien	100	100	100	0	0
18	Hub. Keluarga_Nama	100	91	91	9	9

19	Hub.keluarga_Alamat	100	91	91	9	9
20	Hub. Keluarga_Telp	100	35	35	65	65
21	Nama Petugas RM	100	100	100	0	0

Hambatan dalam pengisian formulir jati diri pasien, menurut informan adalah sebagai berikut:

“.....kalau menurut saya itemnya agak-agak banyak jadi **ada yang mereka tidak paham**. Misalnya penulisan nama, kalau dari menengah kebawah mereka nulisnya asal aja. kasih nama misalnya syaefudin, nulisnya udin aja,” (Informan 3)

“...kemudian alamat, **kadang mereka juga lupa bawa ktp**, padahal kita membutuhkan alamat itu selengkap-lengkapya seandainya ada sesuatu hal, kita bisa segera menghubungi gitu, ini apalagi terutama pasien-pasien jiwa ya , itukan kita sulit sekali jika ada satu dan lain hal yang terjadi, kita harus menghubungi karena mereka kan tidak ditunggu, seperti kalau akhirnya dirawat..... pasien umum yang ditunggu keluarganya, kalau jiwa kan diserahkan sepenuhnya ke kita, kalau terjadi sesuatu hal kita susah, nah alamat kadang mereka kalo tidak bawa ktp asal aja nyebutinnya rt berapa.....” (Informan 3)

“...satu lagi biasanya yang agak rancu itu penanggung jawab, atau **ada juga orang yang agak sulit memahami isi formulir jati diri** itu, misalnya yang sakitnya anaknya, jati diri justru yang diisi jati diri orang tuanya..” (Informan 3)

Setelah wawancara, peneliti melakukan perbandingan antara input dan output identitas pasien tersebut, yaitu antara formulir jati diri pasien dengan lembar identitas pasien yang telah dicetak. Hasil yang ditemukan adalah pertanyaan pada formulir jati diri tidak seragam dengan pertanyaan pada identitas pasien yang telah dicetak. Nomor ID dan golongan darah tidak ada dalam formulir jati diri.

b) Ringkasan Riwayat Klinik

Tabel 6.3 Kelengkapan Pengisian Ringkasan Riwayat Klinik Poli Psikiatri RS. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor Periode Jan-Mei 2009

No.	Variabel	Jumlah	Hasil			
			Diisi		Tidak Diisi	
			N	%	n	%
1	No. RM	100	93	93	7	7
2	Nama Pasien	100	82	82	18	18
3	Tanggal Kunjungan	100	90	90	10	10
4	Nama Klinik	100	88	88	12	12
5	Diagnosis	100	74	74	26	26
6	Kode ICD	100	59	59	41	41
7	Tindakan/Terapi	100	4	4	96	96
8	Nama Dokter	100	86	86	14	14

Pengisian ringkasan riwayat klinik yang tidak lengkap banyak terdapat pada kode ICD (41%) dan Tindakan /terapi (96%). Terhadap hal ini berdasarkan analisis hasil wawancara, tidak lengkapnya pengisian kode ICD karena sudah langsung di input ke komputer, jadi pada lembaran ringkasan riwayat klinik tidak ditulis lagi. Berikut ini adalah pernyataan informan mengenai hal tersebut:

“Cuma diisi diagnosanya aja, ga ditulis kode ICD” . (Informan 4)

“Diinput di komputer saja... “ (Informan 6)

Sedangkan tidak lengkapnya pengisian pada diagnosis dan tindakan (tidak mencapai 100%) karena tulisan dokter yang tidak terbaca, seperti menurut informan berikut:

“.....*kadang-kadang tulisannya suka ga kebaca, tulisan dokter untuk masalah diagnosa, apa gitu...*” (Informan 4)

c) Catatan Poli (Catatan Dokter)

Tabel 6.4 Kelengkapan Pengisian Catatan Dokter pada Poli Psikiatri
RS. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor Periode Jan-Mei 2009

No.	Variabel	Jumlah	Hasil			
			Diisi		Tidak Diisi	
			n	%	n	%
1	Cap Poli (Stempel)	100	90	90	10	10
2	No. RM	100	89	89	11	11
3	Nama Pasien	100	90	90	10	10
4	Jam Kunjungan	100	0	0	100	100
5	Tanggal Kunjungan	100	99	99	1	1
6	Anamnesis	100	99	99	1	1
7	Diagnosa	100	100	100	0	0
8	Tindakan/Terapi	100	94	94	6	6
9	Nama Dokter	100	82	82	18	18
10	Tanda Tangan Dokter	100	93	93	7	7

Tanggapan dokter akan indikator rawat jalan

“.....*waktu atau lama tunggu... salah satunya itu yang paling saya rasa yang paling kurang diperhatikan..*” (Informan 1)

Pernyataan dokter akan manfaat waktu kedatangan pasien ke poli

“.....*mustinya begitu..sehingga kita bisa mengetahui dia mulai datang jam berapa, malah sebetulnya bukan datang ke poli..datang ke rumah sakit mustinya..sehingga kita bisa mengetahui berapa lama pasien itu mendapat pelayanan. Sehingga jam tungguanya berapa lama..itu kan berkaitan dengan mutu pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan tersebut.*” (Informan 1)

Tabel 6.5 Kelengkapan Pengisian Formulir Kesimpulan Perawatan Harian Poli Psikiatri RS. Dr H. Marzoeqi Mahdi Bogor Periode Jan-Mei 2009

No.	Variabel	Jumlah	Hasil			
			Diisi		Tidak Diisi	
			n	%	n	%
1	No. RM	59	25	42.37	24	40.7
2	Nama Pasien	59	59	100	0	0
3	Tanggal/Shift	59	56	94.9	3	5.1
4	Umur	59	49	83.05	10	16.9
5	Jenis Kelamin	59	24	40.68	35	59.3
6	Ruang	59	54	91.53	5	8.5
7	Kesimpulan Keadaan Pasien	59	57	96.61	2	3.4
8	Perawat / TT	59	0	0	59	100

Peneliti menelaah 100 dokumen rekam medis, tidak semua dokumen memiliki formulir kesimpulan perawatan harian. Jumlah dokumen yang memiliki formulir ini adalah 59 dokumen. Pengisian tidak lengkap terdapat pada perawat/TT yaitu 100% tidak terisi.

Tabel 6.6 Kelengkapan Pengisian Formulir Catatan Perjalanan Penyakit Poli Psikiatri RS. Dr. H. Marzoeke Mahdi Bogor Periode Jan-Mei 2009

No.	Variabel	Jumlah	Hasil			
			Diisi		Tidak Diisi	
			n	%	n	%
1	No. RM	26	18	69	8	31
2	Nama Pasien	26	25	96	1	4
3	Umur	26	23	88	3	12
4	Jenis Kelamin	26	13	50	13	50
5	Ruang	26	21	81	5	19
6	Tanggal	26	25	96	1	4
7	Jam	26	0	0	26	100
8	Keluhan	26	25	96	1	4
9	Instruksi	26	25	96	1	4
10	Dokter/TT	26	1	4	25	96

Penggunaan formulir catatan perjalanan penyakit pada poli psikiatri menurut informan adalah sebagai berikut:

“Perjalanan penyakit biasanya di poli dipake tapi kebanyakan kita pake di ruangan... askep (asuhan keperawatan) juga kurang lebih begitu..”
(Informan 2)

6.4.4 Pemanfaatan Rekam medis rawat jalan di RS. Dr. H. Marzoeeki Mahdi

Penggunaan rekam medis rawat jalan menurut informan adalah sebagai berikut:

“Kayaknya belum optimal, jadi lebih hanya sekedar catatan untuk pasien berkunjung saja, jadi untuk hal-hal peningkatan mutu pelayanan kayaknya belum banyak diolah... “ (Informan 1)

Selain untuk kebutuhan medis, dokter juga pernah menggunakan data rekam medis untuk penelitian, seperti yang diungkapkan oleh informan berikut;

“Ada beberapa semacam penelitian...ya penelitian sederhana dari ya kita evaluasi dari hasil penelitian.. kedua juga ya itu biasanya kalo keperluan hukum masalah visum biasanya.. “ (Informan 1)

“Pemanfaatan rekam medis rawat jalan dan rawat inap... untuk internal RS itu direksi, yanmed, rawat inap untuk instalasi gizi” (Informan 5)

“Rawat jalan.. banyak ya.. dokter kali.. pasien sendiri kan pasti.. biasanya untuk rata-rata yang mau lanjutin ke rumah sakit lain kan. Dia memerlukan rawat jalan itu kan perjalanan penyakit selama rawat jalan itu sebagai acuan kan untuk pengobatan di tempat lain, terutama pasien sendiri, maunya dokter, dan orang-orang yang membutuhkan laporan kan terutama rumah sakit.” (Informan 6)

Berdasarkan penelusuran dokumen, laporan yang dihasilkan dari rawat jalan adalah laporan kunjungan pasien serta untuk laporan akuntabilitas rekam medis.

6.5 Matriks Triangulasi Sumber

Tabel 6.7 Matriks Triangulasi Sumber (Dokter dengan Perawat) Poli Psikiatri

RS. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

No.	Pertanyaan	Informan1	Informan2
1.	Menurut anda, bagaimana kelengkapan rekam medis rawat jalan di poli psikiatri ?	"...Pengisian sebahagian tidak mengisi lengkap...."	"Sebetulnya dikatakan lengkap 100 % ya belum....."
2.	Apakah isi rekam medis rawat jalan?	"Pertama..eh....waktu jelas.....kedua..SOAP..kita bikin SOAP..iya..kan...jadi subjektif keluhan pasien objektif pengamatan..... .assessment dan planning rencana. Kemudian siapa yang membuat apa namanya rekam medis tersebut..dokter a.. dokter b.. nama nama dan tandatangan atau paraf...."	"...auto anamnesis.."
3.	Apakah ada Kendala pengisian RM?	"...kalo di rawat jalan psikiatri kemudian dokter yang memeriksa pasiennya terlalu banyak.. kedua juga karena sistem penyimpanan kita belum begitu baik sehingga ada beberapa kasus yang rekam medisnya ga ketemu, sehingga terpaksa pakai status baru, bisa juga teknisnya karena tempat relatif jauh pelayanan dengan tempat-tempat...tempat penyimpanan rekam medis sehingga akibatnya relative terlambat sehingga pasien menunggu bahwa untuk pengambilan rekam medis dari ruang penyimpanan ke poliklinik..."	".. statusnya sering terlambat datang ke poli...."
4.	Apakah Formulir selalu tersedia setiap dokter akan menggunakan?	"Kalo formulir selalu ada.."	"pernah keabisan,..."
5.	Bagaimana Sarana dan prasarana, apakah sudah mencukupi kebutuhan?	"...sarana dan prasarana sih ga terlampau masalah.."	"..ada aja, tapi minimal....."
6.	Apakah ada Formulir khusus yang hanya ada di poli jiwa?	"...kayaknya ga ada yang khusus tuh.."	"..sesuai dengan kriteria jiwa aja... semua ada...."
7.	Siapa yang berhak mengajukan format formulir?	"Biasanya sih user, dalam hal ini ya dokter..."	"semua formulir ada kodenya ya, jadi kita ga bisa sembarangan...."
8.	Apakah ada Pelatihan rekam medis untuk	"...karena ada SOP diasumsikan mereka sudah ga usah diajarin lagi"	"Kalo perawat belum pernah tuh..."

	dokter/perawat?		
9.	Apakah ada Pengontrolan Rekam Medis dari panita Rekam Medis?	“Sebetulnya ada panitia rekam medis, dan sebetulnya ada ngontrol, tapi saya tidak tau sekarang ini, dulu biasanya kita ada feedback..” “..yang relatif jalan untuk rekam medis rawat inap sih, kalo rawat jalan rasanya ga terlampau diinikan..”	“ada...”
10.	Menurut anda, headline pada Setiap formulir seperti...nama, jenis kelamin... apakah itu perlu diisi/?	“saya rasa ga perlu lagi biodata....”	“Ya kan udah dari depan diisi di bagian pendaftaran...”
11.	Saran agar rekam medis dapat diisi optimal?	“memacu dokter ini yang mengisinya”	“yah.. standby aja ya...kita kan pelayanan”

Tabel 6.8 Matriks Triangulasi Sumber (Petugas Pendaftaran A dan Petugas Pendaftaran B) RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

No.	Pertanyaan	Informan3	Informan4
1.	Apa yang ibu tahu tentang Isi rekam medis rawat jalan?	“Pertama formulir pasien, jati diri pasien, itu yang harus diisi oleh pasien, jati diri itu isinya ada nama, alamat, tanggal lahir.....”	“.... tanggal, poliklinik, diagnosa.. ya.. riwayat kunjungan, terus jati diri pasien yang udah print out komputer, terus eh...lembar dari poliklinik.....”
2.	Bagian mana saja dari rekam medis yang berhak diisi oleh petugas rekam medis?	“.....kita hanya merecheck kembali apa yang diisi oleh pasien,.....”	“... .. kayaknya jati diri pasien aja..... kayaknya gitu juga sih di riwayat kunjungannya itu ,.. diagnosanya apa...dokternya siapa...”
3.	Apakah RS memiliki pedoman tertulis mengenai penulisan identitas pasien?	“....., jadi memang ada aturannya, nama, alamat penulisan seperti apa, itu ada,....”	“Ada sih ada.....”
4.	Menuru ibu bagaimana sistem pengawasan dari kepala unit TPP?	“.....tidak pernah dikoreksi oleh kepala urusan,, sejauh ini ngga ada pengecekan yang dilakukan,.....”	“.....kayaknya ..ga ada. Ada mungkin ya SOP nya tapi belum dilakukan saja... belum.....jati dirinya... gatau kemana jati diri pasien.....”
5.	Apa saja kendala yang dihadapi petugas dalam menginput identitas pasien?	“....golongan bawah itu justru tidak terbiasa dengan penulisan-penulisan misalnya....., kalau menurut saya itemnya agak-agak banyak jadi ada yang mereka tidak paham. Misalnya	“Banyak yang ga diisi” Biasanya ditanyakan lagi tidak? “Ditanyain tapi ga disuruh nulis

		penulisan nama, kalau dari menengah kebawah mereka nulisnya asal aja. kasih nama misalnya syaefudin, nulisnya udin aja,	lagi...”
6.	Apakah rekam medis rawat jalan sudah cukup lengkap?	“...kalo ininya sih sudah disediakan semua,, yaitu sudah disediakan di rekam medis, tinggal pelaksanaannya aja, mereka bener ga melakukan....”	“Isinya belum, kalo sarana udah ada.....”
7.	Apa saja manfaat yang dapat kita peroleh dari rekam medis rawat jalan?	“.....yang mengolah data-data setelah pemeriksaan ya rekam medis”	“....., ALFRED aja itu manfaatnya”
8.	Apakah pemanfaatan rekam medis rawat jalan sudah dilakukan secara optimal?	“Sejauh ini sih saya rasa sudah bagus ya, sudah optimal, tapi ya dioptimalkan lagi...”	“Em.....ya kalo hubungannya sama INA-DRG, enaknya sih sistem komputerisasi, kadang-kadang tulisannya suka ga kebaca, tulisan dokter untuk masalah diagnosa, apa gitu...”
9.	Apa saja yang mempengaruhi ketidaklengkapan rekam medis?	“.... faktor pasiennya yang memang tidak paham isi form yang harus diisi itu, ketidak tauan pasien tentang riwayatnya sendiri, ..maksudnya identitasnya sendiri.. “	“Perilaku...”
10.	Apakah sarana dan prasarana sudah memenuhi kebutuhan?	“....., kenapa saya bilang kurang, karena untuk masalah komputer saja misalnya sampai saat ini masiiiih saja ada kendala ...”	“Komputer kayaknya kurang satu aja..”
11.	Apakah formulir identitas itu selalu tersedia setiap pasien akan menggunakan?	“Alhamdulillah sejauh ini ada, memang pada saat habis, kita sempat ada beberapa waktu habis.....”	“Ada....”
12.	Apakah pernah dilakukan pelatihan untuk pendaftaran pasien?	“....., hanya misalnya bagaimana penampilan, bagaimana cara mengangkat telp, itupun hanya sebentar, hanya 2-3 jam yang saya rasa itu kurang.....”	“Kalo pelatihan Cuma pelatihan penggunaan SIMRS doang, sama INA-DRG”
13.	Apakah SDM di pendaftaran pasien sudah memenuhi?	“Kalau dari segi jumlah sudah cukup,, tapi kalau dari kualitas, karena basic pendidikan yang ada di tempat pendaftaran pasien itu beragam, jadi ya sesuai yang mereka miliki.....”	“cukup sih kalo semuanya kerja professional. ... “

14.	Apakah ada Saran untuk bagian pendaftaran agar rekam medis dapat terisi lengkap?	“.....berikanlah suatu pelatihan yang cukup, bahwa mereka itu mengerti pekerjaan di front office dan back office itu seperti apa, rekam medis itu fungsinya seperti apa, kemudian mereka juga memahami ya...pekerjaan rekam medis itu seharusnya seperti apa dan rekam medis itu sebenarnya sesuatu yang betul-betul dibutuhkan di rumah sakit dan yang pasti, semua mau melakukan,”	“peraturan yang sesuai dengan penyelenggaraan rekam medis yang terbaru..... sekarang kan permenkes berubah kan... ada revisi.... Harus direvisi juga kali peraturannya”
-----	--	--	---

Tabel 6.9 Matriks Triangulasi Sumber (Kepala Instalasi Rekam Medis dan Kepala Urusan Rekam Medis) RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

No.	Pertanyaan	Informan5	Informan6
1.	Apakah ada panitia rekam medis ?	“Ada....”	“Ada....”
2.	Apakah panitia rekam medis ada program kerja?	“ada..”	“ada juga rutin ya.....”
3.	Siapa saja yang tergabung dalam panitia rekam medis?	“kira-kira kita ada 7 orang..., ada perawat, TPP, rekam medis, ketuanya dokter senior”	“Ya rekam medis.. TPP..filing.. beberapa aja perwakilannya.. diketuai oleh dokter”
4.	Bagaimana monitoring dan evaluasi panitia rekam medis terhadap penyelenggaraan rekam medis?	“Disampaikan dalam rapat bulanan panitia rekam medis terhadap semua komponen penyelenggaraan rekam medis”	“Evaluasinya paling dari kita ya (rekam medis.....”
5.	Apakah ada Kebijakan dalam pelepasan informasi?	“Ada.. dituangkan dalam SPO (Standar peraturan operasional)..”	“Ada.. dari kita ya (rekam medis) sebenarnya.. tapi kemarin terakhir membuat keputusan direktur kan membuat suatu keputusan bahwa setiap orang tidak berhak memberikan informasi kan.....”
6.	Apakah ada ketentuan pencatatan dokumen rekam medis, misalnya cara pengisian dokter?	“ada, Cuma belum di update,.....”	“Pengisiannya itu dokter belum ada ya..”
7.	Bagaimana koordinasi dengan unit-unit lain terkait kelengkapan rekam medis?	”Saling memberi informasi dan masukan terhadap penyelenggaraan rekam medis..”	“Kita ada rakor tuh.....”

8.	Bagaimana sistem pencatatan pengkodean penyakit?	“Menggunakan ICD X dan PPDGO , ka n kita ada INA-DRG“	“Diinput di komputer saja... “
9.	Bagaimana proses pengadaan formulir rekam medis, siapa yang berperan?	“.....kita ada pedomannya formulir itu seperti apa tapi kita juga bisa tambahkan sesuai dengan kebutuhan... nanti kita ajukan...”	“Dari rekam medis ya itu kan usulan dari masing-masing bagian.....”
10.	Apakah ada identifikasi pengembangan staff untuk rekam medis? pelatihan?	“Ada... dengan pelatihan dan inhouse training, pelatihan yang ada terutama dari luar ya, kalo untuk pendaftaran ada dalam pelatihan itu tapi hanya globalnya aja, kalo khusus tentang pendaftaran belum ada.”	“pelatihan rekam medis sering ya.....”
11.	Siapa saja pihak yang sudah memanfaatkan rekam medis rawat jalan?	“Internal... direksi, yanmed dan instalasi gizi, itu untuk rawat inap, kalo rawat jalan, mungkin bentuknya hanya laporan kunjungan aja, terus INA-DRG, rawat jalan juga ada INA-DRG, Cuma tarifnya masih flat”	“Rawat jalan.. banyak ya.. dokter kali.. pasien sendiri kan pasti.. biasanya untuk rata-rata yang mau lanjutin ke rumah sakit lain kan. Dia memerlukan rawat jalan itu kan perjalanan penyakit selama rawat jalan itu sebagai acuan kan untuk pengobatan di tempat lain, terutama pasien sendiri, maunya dokter ,dan orang-orang yang membutuhkan laporan kan terutama rumah sakit.”
12.	Apakah ketersediaan SDM sudah mencukupi?	“Secara kuantitas sekitar 90% ya, secara kualitas 70% ya ”	“... belum..”
13.	Bagaimana ketersediaan Sarana dan prasarana, apakah sudah optimal?	“Hampir 85% terpenuhi..”	“Belum... komputer kurang.. lemot.....”
14.	Bagaimana anggaran yang disediakan untuk penyelenggaraan rekam medis?	“... sudah mencukupi”	“....ada sih.. setiap tahun anggaran setiap instalasi diminta mengajukan anggaran.. diawal-awal”

BAB 7

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian mengenai kelengkapan rekam medis pada poliklinik rawat jalan psikiatri RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi ini dilakukan selama 1 (satu) bulan, untuk itu terdapat keterbatasan pada penelitian ini. Beberapa keterbatasan itu adalah:

- a. Adanya keterbatasan waktu dan tenaga
- b. Penelitian ini hanya menggambarkan keadaan pada satu waktu saja, yaitu selama 5 (lima) bulan
- c. Poliklinik yang diambil dalam penelitian ini hanya 1 poli saja, tidak dapat menggambarkan keadaan pada poli lainnya.

6.2 Rekam Medis Rawat Jalan Psikiatri Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

6.2.1 Input

- a. Sumber Daya Manusia (SDM)

- 1) Pengetahuan Petugas Kesehatan

Isi rekam medis rawat jalan menurut PerMenKes no. 269 tahun 2008 adalah:

- a) Identitas pasien
- b) Tanggal dan waktu
- c) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan Riwayat penyakit.
- d) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
- e) Diagnosis
- f) Rencana penatalaksanaan

- g) Pengobatan dan atau tindakan
- h) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
- i) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
- j) Persetujuan tindakan bila diperlukan

Jawaban informan mengenai isi rekam medis pasien rawat jalan umumnya tidak menyebutkan isi rekam medis rawat jalan yang diwajibkan oleh PerMenKes secara keseluruhan. Hal ini menurut peneliti menyebabkan variabel pada rekam medis rawat jalan banyak yang tidak terisi dan itu berarti pengetahuan petugas kesehatan khususnya dokter dan perawat belum baik, karena seluruh variabel yang tidak diisi tersebut merupakan syarat minimal yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan untuk isi rekam medis rawat jalan.

2) Pelatihan SDM

Saat ini berkembang paradigma rekam medis menjadi MIK (Manajemen Informasi Kesehatan), dalam paradigma baru profesi yang disebut manajemen informasi yang bertugas melaksanakan praktik manajemen berorientasi informasi, berputar dengan gerakan informasi secara lintas batas dan tersebar luas dalam organisasi (Pedoman MIK di Sarana Pelayanan Kesehatan, 2008). Perbandingan MIK antara praktik lama dengan praktik baru adalah sebagai berikut:

Tabel 7.1 Perbandingan Paradigma MIK Lama dan Baru

Sebutan	Cara RM Tradisional	Paradigma baru: MIK (Vision 2006)
Fokus	Ruang/unit kerja (bagian, seksi, departemen)	Berbasis informasi
Model Produk	Bentuk fisik rekam medis	Definisi butiran (item) data, pemodelan data, data administrasi, data audit
Tampilan	Data dikumpulkan secara agregat dan dipresentasikan	Mencari secara elektronik Sumber-sumber data/pengetahuan digunakan secara simultan Menggunakan statistic dan teknik

Isi	Formulir dan desain RM	pemodelan data Penerapan logical data Alur data dan rekayasa ulang (<i>reengineering</i>) Perkembangan aplikasi Penunjang aplikasi
Aspek Hukum	Kerahasiaan dan pelepasan informasi	Ragam program sekuritas, audit dan pengawasan Penilaian risiko dan analisis Pencegahan dan ukuran pengawasan

(Pedoman MIK di Sarana Pelayanan Kesehatan, 2008)

dengan adanya perubahan paradigma tersebut, maka terdapat 7 (tujuh) peran praktisi MIK (rekam medis) yaitu:

- a) Manajer MIK
- b) Spesialis data klinis (*clinical data specialist*)
- c) Koordinator Informasi Pasien (KIP)
- d) Manajer Kualitas Data (*data quality manager*)
- e) Manajer keamanan informasi (*security manager*)
- f) Administrator sumber data (*data resource administrator*)
- g) Riset dan spesialis penunjang keputusan

Perubahan rekam medis menjadi MIK berdampak perubahan dari rekam medis tradisional (*paperbased*) menjadi rekam kesehatan elektronik (*electronic health record*), untuk mencapai EHR rumah sakit yang masih menggunakan rekam medis tradisional bertransformasi terlebih dahulu menjadi komputerisasi. Menurut peneliti, perubahan tersebut harus didukung oleh seluruh SDM yang terlibat dalam penyelenggaraan rekam medis.

Rumah sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor saat ini masih dalam tahap semi komputerisasi, untuk itu menurut peneliti diperlukan pelatihan yang berkelanjutan, hal ini pun sesuai dengan standar 6 akreditasi rekam medis rumah sakit tahun 2007 yaitu pengembangan staf dan program pendidikan.

Berdasarkan keterangan informan, dokter dan perawat belum pernah mendapatkan pelatihan rekam medis padahal dokter dan perawat wajib mengisi rekam medis pasien ketika melakukan pengobatan dan perawatan (PerMenKes no.

269 tahun 2008), walaupun dokter mempunyai prosedur SOAP (*Subjective, Objective, Assessment dan Planning*) tetapi menurut peneliti belum mengetahui perubahan paradigma rekam medis tersebut sehingga pengisian rekam medis pasien masih banyak yang tidak lengkap. Selain itu petugas pendaftaran belum mendapatkan pelatihan yang khusus membahas materi yang sesuai dengan pekerjaan di pendaftaran, padahal di RS Dr. H. Marzoeki Mahdi, tempat pendaftaran pasien (TPP) juga secara tidak langsung berfungsi sebagai *front office*, sehingga dibutuhkan pelatihan *customer service* untuk mendukung keahlian petugas dalam memperoleh data yang identitas pasien yang berkualitas .

b. Pembiayaan

Menurut Wasistho, salah satu faktor yang mempengaruhi mutu kelengkapan rekam medis adalah pembiayaan. Berdasarkan pernyataan dari informan, RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi memiliki sistem identifikasi kebutuhan rekam medis dalam menyediakan anggaran dan sudah cukup memenuhi kebutuhan penyelenggaraan rekam medis

c. Sarana dan Prasarana

Mengenai formulir, menurut pedoman MIK di sarana pelayanan kesehatan, pengembangan formulir pelayanan medis menjadi tanggung jawab setiap pengguna fasilitas pelayanan kesehatan sehingga dapat dibentuk tim dalam pembuatan formulir. Petugas kesehatan dan petugas rekam medis sudah memiliki monitoring untuk pengembangan formulir, yaitu dalam rapat koordinasi, sedangkan ketersediaannya masih kurang, hal ini dapat disimpulkan dengan menganalisis jawaban informan dan hasil *checklist* dokumen rekam medis rawat jalan, setelah peneliti mengecek kepada Kepala Instalasi Rekam Medis dan Sekretariat, formulir yang ada di Rawat Jalan seharusnya hanya ada identitas pasien, ringkasan riwayat klinik dan catatan poli (catatan dokter), tetapi di lapangan, peneliti menemukan adanya penggunaan catatan perjalanan penyakit, kesimpulan perawatan harian dan ada pula catatan keperawatan.

Ketersediaan fasilitas dan peralatan yang ada di pendaftaran maupun di ruangan catatan medis (RM) menurut informan masih kurang, terutama mengenai komputer yang proses kerjanya lama, sehingga menghambat pekerjaan, padahal

menurut standar 4 akreditasi rekam medis rumah sakit tahun 2007, disebutkan bahwa fasilitas dan peralatan yang cukup harus disediakan agar tercapai pelayanan yang efisien, dibutuhkan perhitungan untuk mengetahui seberapa besar kebutuhan akan fasilitas dan peralatan tersebut sehingga mempengaruhi kinerja petugas.

d. Metode (Sistem Pengawasan dan Evaluasi Rekam Medis)

Standar 7 akreditasi rekam medis rumah sakit menyatakan ketentuan adanya prosedur baku untuk menilai kualitas pelayanan dan mengoreksi masalah yang ada. Berdasarkan pernyataan informan, di bagian pendaftaran tidak ada sistem pengawasan maupun pengecekan dari kepala urusan, padahal sudah ada diuraian tugas mengenai hal tersebut, tetapi belum dilakukan, sedangkan menurut Petugas kesehatan di poliklinik, pengawasan dan evaluasi rekam medis lebih kepada rawat inap, pengawasan dan evaluasi rekam medis untuk rawat jalan belum banyak dilakukan.

Menurut Petugas Rekam Medis, pengawasan dan evaluasi rekam medis dilakukan dalam bentuk rapat koordinasi, dari rapat tersebut juga membahas mengenai kelengkapan rekam medis yang diinginkan, hanya saja belum optimal dalam menindak lanjuti permasalahan yang ada. Analisis ketidak lengkapan rekam medis pun baru dilakukan pada resume rawat inap saja, padahal menurut Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, seperti halnya fungsi, ukuran pengendalian seharusnya dibangun untuk meningkatkan bahwa proses telah dilakukan dengan benar dan bahwa sistem dan fungsi sesuai dengan yang diharapkan. Seharusnya monitoring ketidaklengkapan juga dilakukan pada dokumen rawat jalan, tidak hanya rawat inap, walaupun kendala SDM akan menjadi kendala pertama karena jumlah petugas assembling yang hanya ada 4 orang sedangkan jumlah kunjungan pasien per hari mencapai 360 pasien (laporan akuntabilitas rekam medis, 2008)

e. Ketersediaan ketentuan pengisian rekam medis (SOP)

Standar akreditasi rekam medis di rumah sakit pada *point* 1 tahun 2007 menjelaskan bahwa ada dua ketentuan yang harus dibuat yaitu, memberlakukan buku petunjuk dari Depkes dan Buku Pedoman Pengisian Rekam Medis (BPPRM) yang disusun sendiri di RS. BPPRM terdiri dari 3 (tiga) jilid yaitu jilid 1 memuat semua kebijakan/pedoman, jilid 2 (dua) memuat SOP/SPO, jilid 3 (tiga) memuat semua formulir yang berlaku sah di RS. Isi BPPRM jilid 1 sebaiknya terdiri dari Bab-bab pendahuluan, pemberian identitas pasien, penulisan nama dan indeks, penyimpanan berkas, peminjaman dan pemeliharaan berkas, prosedur/alur pasien di RS, pencatatan dan pengisian RM, pelaporan, sub komite/panitia rekam medis. saat ini Instalasi RM RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi belum menggunakan buku pedoman pengisian rekam medis terbaru dari Depkes karena masih mengalami proses peralihan dari bentuk unit menjadi instalasi, kemudian ketentuan penggunaan formulir yang berlaku sah di RS belum ada walaupun sebelumnya ada DIPAM (Daftar Isian Pasien Mental) yang memuat ketentuan formulir, akan tetapi saat ini sudah tidak digunakan.

Standar 5 mengenai kebijakan dan prosedur menyatakan bahwa harus ada kebijakan dan prosedur yang tertulis yang mencerminkan pengelolaan unit rekam medis untuk menjadi acuan bagi staf rekam medis yang bertugas. Kebijakan dan prosedur pada *point* 1 (satu) antara lain ada sistem identifikasi, ada no. RM seragam, ada KIUP (Kartu Indeks Utama Pasien, atau IUP jika elektronik) disertai adanya evaluasi terhadap sistem identifikasi dan KIUP, sedangkan *point* 2 (dua) menyebutkan adanya kebijakan tentang *informed consent* (IC), penggunaan simbol, tanda khusus, ICD harus ditetapkan dalam BPPRM. Instalasi Rekam medis dalam hal ini baru memenuhi *point* 1 saja, sedangkan pada *point* 2 belum seluruhnya ada.

Menurut informan petugas pendaftaran, *Standard Operational Procedures* (SOP) pada bagian pendaftaran sudah tersedia, hanya penerapannya di lapangan belum optimal, seperti ketentuan pencatatan nama, alamat yang belum lengkap dan penulisan nomor telepon, dalam hal ini peneliti melakukan penelusuran dokumen dan peneliti mendapatkan adanya buku SOP tersebut, sedangkan untuk

dokter pun ada SOP nya, tetapi memang belum disesuaikan dengan keadaan terkini.

6.2.2 Proses

Ada dua proses yang diperhatikan, yaitu proses yang terjadi di pendaftaran pasien dan proses pencatatan yang terjadi di poliklinik. Menurut informan, proses penyelenggaraan rekam medis yang dimulai dari pendaftaran pasien, menemui beberapa masalah yaitu pasien yang tidak paham isi formulir, masih adanya petugas yang belum terbiasa dengan suasana yang ramai, pengisian formulir jati diri oleh pasien tidak lengkap, sedangkan permasalahan yang terjadi pada pencatatan rekam medis di poliklinik adalah keterlambatan dokumen rekam medis sampai ke poli tujuan, dalam hal ini poli psikiatri. Selain itu, ada beberapa rekam medis pasien yang tidak ketemu, sehingga dibuat rekam medis baru, padahal hal itu akan mengganggu riwayat perjalanan penyakit pasien. Akibatnya pencatatan rekam medis tidak optimal.

Prosedur yang tertulis dalam SOP pun sudah tidak sesuai dengan pelaksanaannya di lapangan. Peneliti menemukan adanya perbedaan, misalnya penggunaan *tracer* yang sudah tidak ada, pencetakan identitas pasien tidak lagi dilakukan di pendaftaran melainkan di bagian filing dan penulisan ringkasan riwayat klinik untuk nama dan nomor rekam medis di bagian *filing* belum tercantum dalam prosedur. Selain itu ada beberapa permasalahan dalam proses di pendaftaran yaitu:

- a. Penulisan nama tidak lengkap

Hal ini dapat menimbulkan masalah ketika pasien tersebut menggunakan jaminan misalnya asuransi. Jika nama yang tercetak tidak sama dengan identitas pada penjamin, maka pasien harus meminta dibuatkan berita acara oleh petugas rekam medis yang berwenang agar dapat digunakan untuk meminta penggantian biaya. Petugas rekam medis pun tentunya harus memastikan bahwa pasien tersebut adalah pasien yang pernah berkunjung ke RS untuk berobat.

b. Penulisan alamat yang tidak lengkap dan tidak valid

Hal ini akan menyulitkan pihak rumah sakit dalam menerima pasien jiwa, karena waktu inap pasien jiwa lama (*long term*) dan pasien jiwa umumnya tidak ditemani oleh keluarga, kadang diserahkan ke rumah sakit sehingga alamat yang lengkap dibutuhkan apabila terjadi sesuatu, pihak RS dapat segera menghubungi pihak keluarga pasien.

c. Pemahaman pasien akan data yang ditanyakan dalam formulir

6.2.3 Output

Ada 3 (tiga) formulir yang dianalisis, yaitu formulir identitas pasien, catatan poli (catatan dokter), dan ringkasan riwayat klinik. Selama menelaah dokumen rekam medis, peneliti menemukan dua tipe formulir yang berbeda yaitu formulir yang dalam satu lembar terdapat identitas pasien dan ringkasan riwayat klinik (format lama) dan formulir yang terpisah antara identitas pasien dengan ringkasan riwayat kliniknya (format baru). Peneliti melakukan pengecekan kepada kepala instalasi rekam medis. Adanya format baru bertujuan untuk mengefisiensikan penggunaan formulir karena formulir yang lama, identitas pasien dan ringkasan riwayat klinik masih disatukan dan masih ditulis secara manual sedangkan saat ini lembar identitas sudah menggunakan *printout*.

Penggunaan formulir selain identitas pasien, ringkasan riwayat klinis dan catatan poli, didapatkan formulir lain. Analisisnya adalah sebagai berikut:

a. Identitas Pasien (Formulir Jati Diri)

Di pendaftaran, Pasien baru mengisi formulir jati diri pasien, setelah itu petugas pendaftaran meng-input isian tersebut ke dalam program *entry data* pasien baru pada komputer.

Berdasarkan hasil daftar tilik pada identitas pasien, kekosongan pengisian nomor identitas (**no. ID**) **97%**, **nomor telepon 59%**, **golongan darah 92%**, serta **nomor telepon keluarga 65%**. Hal ini salah satunya disebabkan oleh tidak sesuainya antara format formulir jati diri dengan format input pasien baru pada komputer dan hasil pencetakan (*printout*). Ada pertanyaan dalam format peng-

inputan di komputer yang tidak ada pada formulir jati diri sehingga petugas pendaftaran harus bertanya kembali kepada pasien, jika pasien baru yang berkunjung banyak, biasanya petugas hanya menginput apa adanya.

Alamat lengkap diperlukan untuk membuat *Master Patient Index* (MPI) (WHO, 2002) atau yang lebih dikenal dengan KIUP (Kartu Indeks Utama Pasien). Menurut Pedoman MIK di Sarana Pelayanan Kesehatan, informasi lain pada KIUP dapat disesuaikan dengan kebutuhan. Bagi pasien psikiatri, nomor telepon keluarga sangat penting karena identitas pasien hanya dicetak sekali, yaitu ketika pasien tersebut berstatus pasien baru, jika pasien tersebut harus dirawat, maka rumah sakit akan mendapatkan kesulitan karena pasien jiwa yang dirawat inap berbeda dengan pasien umum, pengobatan pasien jiwa memiliki waktu inap yang lama (*long term*) dan tidak ditunggu oleh keluarga pasien.

b. Ringkasan Riwayat Klinik

Ringkasan riwayat klinik merupakan rangkuman dari catatan poli (catatan dokter), sehingga seharusnya jumlah isian pada ringkasan riwayat klinik akan sama dengan jumlah isian pada catatan poli (catatan dokter). Menurut SOP tertulis yang berlaku, salah satu uraian tugas staf urusan koding dan indeksing adalah memilih, mengkode dan mengindeksing seluruh diagnosa pasien rawat jalan berdasarkan ICD X, menulis/memasukkan diagnosa pasien di lembar ringkasan riwayat klinik. Tetapi pada pelaksanaannya, pengkodean penyakit langsung dimasukkan kedalam komputer sudah ada dalam sistem komputer. Menurut peneliti, dengan adanya program dalam komputer, sebaiknya format formulir ditinjau kembali agar penggunaannya lebih efektif dan efisien. Hal ini termasuk dalam monitoring dan pengendalian mutu formulir menurut Pedoman MIK di Sarana Pelayanan Kesehatan yaitu meninjau ulang dan pengendalian informasi termasuk formulir dan rancangan pada layar komputer.

c. Catatan Poli (Catatan Dokter)

Jam kunjungan pasien merupakan salah satu aspek hukum dan mutu yang kurang diperhatikan, dari 100 dokumen yang dianalisis, ketidaklengkapannya mencapai 100%. Hal ini mencerminkan lemahnya perhatian terhadap aspek

hukum dan kurangnya pemanfaatan data rekam medis rawat jalan, dari penulisan jam kunjungan, sebenarnya dapat diketahui salah satu indikator mutu rawat jalan yaitu waktu tunggu pasien, selain itu dapat pula dihitung kecepatan petugas dalam mengantarkan dokumen rekam medis ke poli tujuan.

Peneliti dalam hal ini menyimpulkan bahwa dokter tidak mengetahui bahwa jam kedatangan pasien ke rumah sakit sudah tercantum di bukti pembayaran saat pasien mendaftar, selain itu juga terdapat dalam laporan kunjungan pasien rawat jalan. Jika dokter mengisi jam kunjungan (saat dokter mulai mengisi rekam medis) maka waktu tunggu pasien akan dapat diketahui dengan menghitung selisih antara waktu pasien mendaftar di bagian pendaftaran dengan waktu dokter mengisi rekam medis. Menurut standar pelayanan minimal rekam medis tahun 2008, waktu tunggu pasien rawat jalan seharusnya tidak lebih dari 60 menit.

Selain 3 (tiga) formulir yang disebutkan sebelumnya, Peneliti menemukan ada 3 jenis formulir lainnya yang berbeda yaitu formulir kesimpulan perawatan harian, catatan perjalanan penyakit dan catatan keperawatan. Tidak semua dokumen memiliki salah satu formulir yang disebutkan, ada dokumen yang tidak memiliki salah satu dari 3 formulir tersebut. Mengenai hal ini peneliti melakukan pengecekan kepada perawat, kepala instalasi rekam medis dan sekretaris rekam medis. Menurut ketiga sumber diatas, formulir yang ada pada rawat jalan psikiatri hanya ada 3 (tiga) yaitu identitas pasien, ringkasan riwayat klinik dan catatan poli/dokter. Adanya formulir tersebut kemungkinan karena perawat salah ambil formulir atau kehabisan formulir catatan dokter/poli. Hal ini bertentangan dengan pernyataan petugas yang menyatakan bahwa formulir selalu tersedia ketika akan digunakan.

Tetapi, walaupun demikian, ketidaklengkapan pengisian formulir ini cukup banyak seperti pada formulir kesimpulan perawatan harian, ketidaklengkapan No. RM (40.7%), jenis kelamin (59.3%) dan tanda **tangan perawat (100%)**. Sedangkan ketidaklengkapan pengisian pada formulir catatan perjalanan penyakit untuk No. RM (31%), jenis kelamin (50%), **jam (100%) dan tanda tangan dokter (96%)**

Nomor rekam medis (No. RM) yang tidak diisi dapat menghambat identifikasi kepemilikan rekam medis jika sewaktu-waktu formulir tersebut terlepas dari dokumen rekam medis, selain itu juga bertentangan dengan AHIMA dalam pedoman manajemen informasi kesehatan yang menyatakan bahwa setiap lembar formulir harus terdapat nomor identifikasi, nama petugas yang bertanggung jawab (dokter/perawat) dan tanda tangan sebagai bagian dari aspek hukum.

6.2.4 Pemanfaatan Rekam medis rawat jalan di RS. Dr. H. Marzoeki

Mahdi

Penggunaan rekam medis rawat jalan belum optimal dalam pengambilan keputusan untuk peningkatan mutu pelayanan. Pemanfaatan rekam medis untuk peningkatan mutu rumah sakit menurut informan lebih sering dilakukan terhadap rawat inap, sedangkan laporan rawat jalan hanya sebatas kunjungan pasien saja. Padahal, hasil analisis rekam medis rawat jalan juga dapat digunakan dalam perencanaan untuk meningkatkan mutu pelayanan, khususnya di rawat jalan. Beberapa manfaat yang dapat diperoleh dari rekam medis rawat jalan adalah sebagai berikut:

- a. Bagi Dokter dan Perawat
 - 1) Dapat mengetahui riwayat perjalanan penyakit pasien dengan lengkap dan akurat sehingga pengobatan akan optimal.
 - 2) Rekam Medis rawat jalan dapat dijadikan salah satu sumber data untuk keperluan audit klinis.

- b. Bagi Instalasi rekam medis
 - 1) Bermanfaat dalam pengadaan dokumen dan formulir, serta mengetahui pertumbuhan dokumen melalui laporan pasien baru sehingga dapat menghitung kelayakan tempat penyimpanan dalam jangka waktu tertentu.

- 2) Dapat merencanakan kebutuhan pengadaan barang seperti formulir dan sampul dokumen dengan melihat *trend* kunjungan pasien setiap bulan sehingga risiko habisnya formulir dan sampul dokumen saat pelayanan akan semakin kecil.
- 3) Dapat mengetahui kecepatan pelayanan pengiriman dokumen ke poli dengan menghitung waktu tunggu.

c. Bagi Apotek

Dapat mengetahui *trend* terapi (obat) yang sedang berkembang sehingga dapat merencanakan penyediaan obat yang akan sering dibutuhkan pasien.

d. Bagi Rumah sakit

- 1) Dapat mengetahui mutu rawat jalan dengan menghitung waktu tunggu pasien, yaitu dengan cara menghitung selisih antara jam kedatangan pasien yang terdapat pada struk pembayaran di pendaftaran dengan jam pemeriksaan pasien oleh dokter (untuk itu diperlukan pengisian jam oleh dokter)
- 2) Dapat mengecek kesamaan antara jumlah dokumen rekam medis yang keluar dari tempat penyimpanan (*filing*) dengan jumlah kunjungan pasien dan besar pemasukan rumah sakit untuk rawat jalan.
- 3) Dapat mengetahui kebutuhan pasien dalam hal penyediaan sarana dan prasarana tambahan untuk kegiatan promotif, preventif maupun kuratif dengan mengetahui *trend* penyakit maupun *trend* pengobatan/terapi.