

BAB V

GAMBARAN UMUM INSTITUSI

5.1 Sejarah Rumah Sakit Duren Sawit

RS Duren Sawit (RS DS) merupakan rumah sakit khusus milik pemerintah Propinsi DKI Jakarta yang dibentuk guna memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan bagi penderita gangguan kesehatan jiwa dan penyalahgunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif (NAPZA) lainnya (Panjaitan, 2004).

RS DS diresmikan penggunaannya pada tanggal 19 Juni 2002 oleh Suito-yoso selaku Gubernur DKI Jakarta dengan status sebagai unit Pelaksana Teknis Dinkes DKI Jakarta sesuai SK Gubernur Propinsi DKI Jakarta Nomor 105 Tahun 2001.

Seiring dengan meningkatnya kebutuhan masyarakat sekitar akan pelayanan kesehatan yang lebih komprehensif, maka kemudian SK Gubernur Propinsi DKI Jakarta No. 17 tertanggal 17 Maret 2003, status RS DS ditetapkan sebagai uji coba Unit Swadana Daerah yang diberi wewenang untuk dapat menggunakan penerimaan fungsionalnya secara langsung dengan penetapan kembali prioritas serta meninjau ulang penggunaan ruang-ruang yang ada termasuk fungsi-fungsi pelayannya. Sehingga selain memberikan pelayanan bagi pasien gangguan jiwa serta penyalahgunaan NAPZA, RS DS juga memberikan pelayanan spesialisik lain yang lengkap. Masih di tahun 2003, RS DS juga ditetapkan sebagai RS rujukan bagi pasien penderita HIV-AIDS. Pada awal pendiriannya, RS DS ditetapkan sebagai Rumah Sakit Jiwa khusus kelas B sesuai SK Menteri Kesehatan Nomor 237/MenKes-Kesos/SK/III/2001 dengan kapasitas tempat tidur sebanyak 122 buah, dan tahun 2006 meningkat menjadi 127 buah. RS DS telah diakreditasi pada tahun 2004 oleh Komite Akreditasi Nasional: Lembaga Sertifikasi Sistem Mutu dengan nomor sertifikat LSSM-012-IDN, SNI 19-9001-2001/ISO 9001:2000.

5.2 Visi dan Misi

VISI :

Menjadi pusat pelayanan kesehatan jiwa dan narkoba secara holistik yang terpercaya dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat tahun 2013 menuju Jakarta nyaman dan sejahtera.

MISI :

1. Memberikan kesehatan pelayanan jiwa, narkoba dan komorbiditas dengan pendekatan Mediko Psiko Sosial secara holistik.
2. Menerapkan tata kelola rumah sakit secara profesional dan berkualitas yang bias disejajarkan dengan rumah sakit jiwa terbaik di Asia Pasifik.
3. Menjadi *center of excellence* dalam pengembangan *human capital*.
4. Memberdayakan masyarakat dalam meningkatkan kesehatan jiwa dan narkoba serta memberikan layanan prioritas kepada masyarakat kurang mampu.
5. Meningkatkan nilai bagi *shareholder* dan kesejahteraan stake holder secara berkesinambungan.
6. Meningkatkan kontribusi nyata terhadap peningkatan kualitas sarana dan prasarana kota dengan menerapkan prinsip-prinsip kesehatan lingkungan.

5.3 Sarana dan Prasarana

Sarana:

1. Luas lahan : 7.127 m²
2. Taman dan saluran air : 800 m²
3. Sumber daya listrik dari PLN dengan kapasitas : 10.000 MV
4. Sumber air: Sumur dalam dan PAM

Bangunan Rumah Sakit Duren Sawit terbagi menjadi 3 blok seluas 9.522 m² ; Blok A seluas 5.236 m², blok B seluas 2.230 m² dan blok C seluas 1.235 m².

Prasarana :

Sarana penunjang pelayanan kesehatan cukup lengkap, khususnya dalam menunjang misi sebagai RS Khusus Rehabilitasi Jiwa dan Narkoba.

5.4 Tugas Pokok

Memberikan pelayanan upaya kesehatan jiwa secara berdayaguna dan berhasil guna dengan mengupayakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

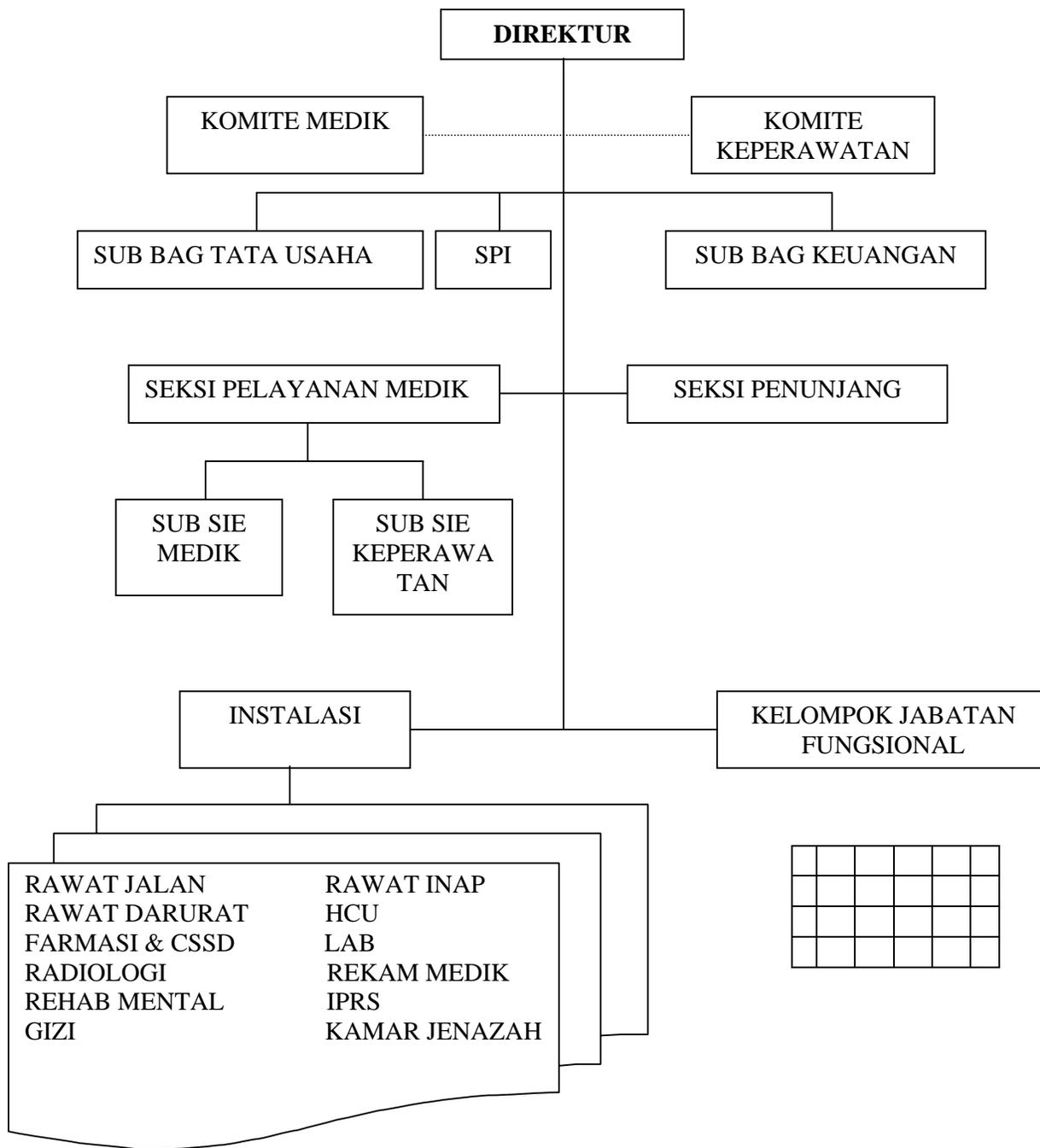
5.5 Kebijakan Mutu

Menyediakan pelayanan kesehatan yang memperhatikan aspek mediko-psiko-sosial secara holistik, manusiawi dan berorientasi kepada kepuasan pelanggan dengan terus menerus meningkatkan mutu pelayanan, mempunyai sasaran mutu yang terukur dan sesuai dengan aturan yang berlaku.

5.6 Struktur Organisasi

Struktur organisasi yang berlaku saat ini merupakan struktur modifikasi dan SK Gubernur No. 105 Tahun 2001, tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Duren Sawit. Sebelumnya struktur organisasi tersebut telah beberapa kali mengalami perubahan dikarenakan perkembangan dan kebutuhan manajemen rumah sakit dalam memberikan layanan kesehatan yang efektif dan efisien kepada masyarakat. Berikut adalah bagian struktur organisasi RS DS:

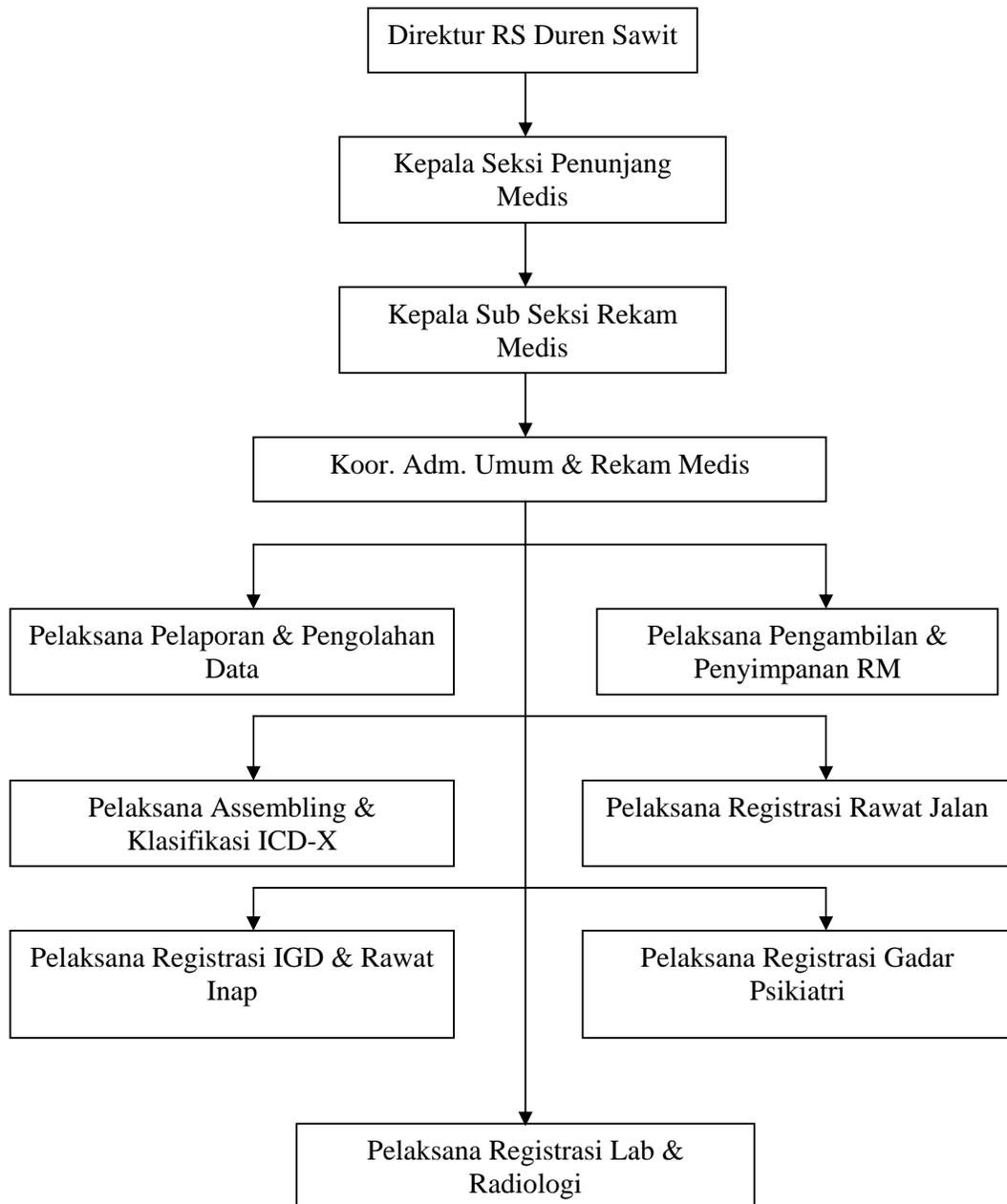
Gambar 3
Bagan Struktur Organisasi Rumah Sakit Duren Sawit
Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta



Sumber data: Unit Diklat RS Duren Sawit Tahun 2007.

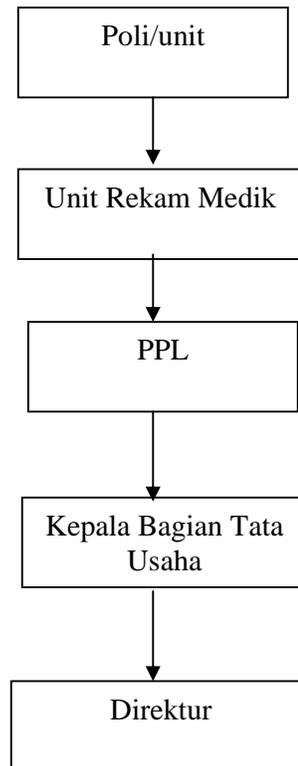
Gambar 4

Struktur Organisasi Sub Seksi Rekam Medis RS Duren Sawit



Sumber data: Petunjuk Teknis Sub Seksi Rekam Medis Tahun 2007.

Gambar 5
Alur Pencatatan dan Pelaporan Data Statistik Rumah Sakit



Sumber data: Hasil wawancara dan observasi penulis tanggal 20-21 April 2009.

BAB VI

HASIL PENELITIAN

6.1 Analisis Sistem

Analisis sistem dilakukan pada sistem informasi manajemen rekam medis (SIM RM). Hal ini dilakukan untuk mengidentifikasi permasalahan khususnya dalam kegiatan pencatatan dan pelaporan statistik rumah sakit, dan penulis mencoba untuk menawarkan alternatif pemecahan masalah untuk setiap komponen di bab selanjutnya.

6.1.1 Input

Masukan yang diperlukan untuk SIM RM nantinya akan diolah untuk menghasilkan laporan statistik RS dimana dalam komponen *input* ini diperlukan sub komponen sebagai berikut:

a. Data

Data yang dimaksud dalam sub komponen ini merupakan seluruh data yang dikumpulkan oleh bagian rekam medis untuk dikelola sehingga menghasilkan laporan statistik rumah sakit. Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa informan, dapat digambarkan dalam matriks dibawah ini:

Tabel 3. Matriks Hasil Wawancara Mengenai Data *Input* di Unit Rekam Medis

Variabel	Sesuai dengan teori dan yang diharapkan	Petugas pencatatan dan pelaporan	Kepala bagian RM
Jenis data	<ul style="list-style-type: none"> - RL 1 (Data kegiatan rumah sakit) → periode pelaporan triwulan - RL2a (Data morbiditas R.Inap) → periode pelaporan bulanan. - RL2b (Data morbiditas R.Jalan) → periode pelaporan bulanan. 	Ekstern : <ul style="list-style-type: none"> - Morbiditas penyakit menular dan tidak menular. - Surveilans rawat jalan, rawat inap - GAKIN - Askes Intern:	<ul style="list-style-type: none"> - Data harian - Data bulanan - Data triwulan - Data semesteran - RL 1 – RL 6

	<ul style="list-style-type: none"> - RL2a1 (Data keadaan peny.khusus R.Inap) → periode pelaporan bulanan. - RL2b1 (Data keadaan peny.khusus R.Jalan) → periode pelaporan bulanan. - RL2c (Data imunisasi) → periode pelaporan bulanan. - RL3 (Data inventarisasi pelayanan) → periode pelaporan tahunan. - RL4 (Data ketenagaan) → periode pelaporan semester. - RL5 (Data peralatan medik) periode pelaporan tahunan. - RL6 (Data infeksi nosokomial) → periode pelaporan bulanan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Indikator RS - Morbiditas R.inap dan R. Jalan - Kesehatan jiwa - UGD - Rehab mental dan medik - Pasien baru dan lama - Data penunjang - Kunjungan GAKIN - ASKES - Jamsostek - SKTM - Kunjungan karyawan - Kunjungan beberapa panti 	
Sumber data	Dari setiap unit yang berhubungan langsung maupun tidak langsung terhadap pelayanan.	<ul style="list-style-type: none"> - Poliklinik - Sensus R. inap dan R. Jalan - IGD - Rehab medik dan mental 	<ul style="list-style-type: none"> - R. inap dan R. Jalan - IGD - Psikiatri

Sumber data: Hasil wawancara (data primer) tanggal 20 April 2009.

b. SDM (kualitas dan kuantitas)

Sumber daya manusia (SDM) merupakan salah satu sub komponen penting dalam SIM RM dimana SDM merupakan pelaksana/pengguna sehingga SDM juga mempengaruhi berjalan atau tidaknya sebuah sistem

- **Kualitas SDM dilihat dari perspektif pengetahuan**

Dari 8 (delapan) petugas rekam medis, penulis melakukan penyebaran angket/kuesioner sebanyak 6 responden.

Tabel 4. Distribusi Pengetahuan Petugas Rekam Medis

No Resp	Jawaban Responden untuk item nomor ke ...											Jumlah
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	36
2	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	42
3	5	3	5	2	5	5	5	4	5	5	3	47
4	4	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4	47
5	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	2	37
6	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	35
Jumlah skor hasil											244	

Sumber data: Penyebaran angket (data primer) tanggal 21 April 2009.

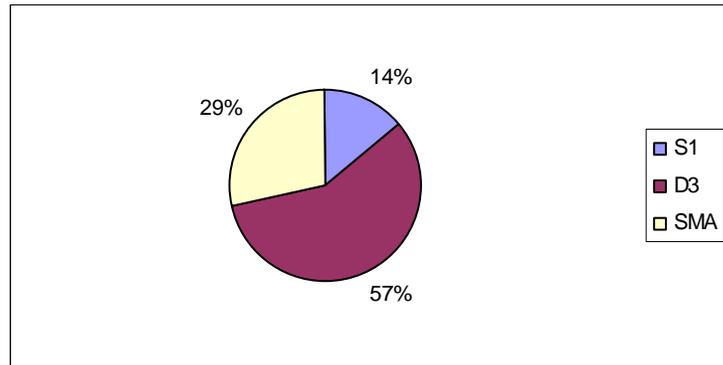
Dengan menggunakan *rating scale*, maka dapat diperoleh jumlah skor kriterium sebagai berikut : (skor tertinggi tiap item=5) x (jumlah item=11) x (jumlah responden=6) adalah 330. Dengan demikian, distribusi pengetahuan petugas rekam medis dalam melakukan pekerjaan, menurut persepsi 6 responden, yaitu 244 : $330 \times 100\% = 74\%$ dari kriterium yang telah ditetapkan

Tabel 5. Distribusi Petugas Rekam Medis Menurut Tingkat Pendidikan

No	Pendidikan	F	%
1.	S1	1	14,3
2.	D3	4	57,1
3.	SMA	2	28,6

Sumber data: Unit Rekam Medis RS Duren Sawit, 2009.

Grafik 1. Distribusi Petugas Rekam Medis Menurut Tingkat Pendidikan



Dari tabel dan grafik di atas menunjukkan bahwa responden terbesar menurut tingkat pendidikan adalah responden yang memiliki tingkat pendidikan D3 yaitu sebesar 57%.

Untuk membandingkan jawaban yang diberikan oleh petugas rekam medis, maka penulis juga melakukan survey ke pasien untuk menilai pengetahuan petugas rekam medis.

Tabel 6. Hasil Survey Distribusi Pengetahuan Petugas Rekam Medis Menurut Pasien

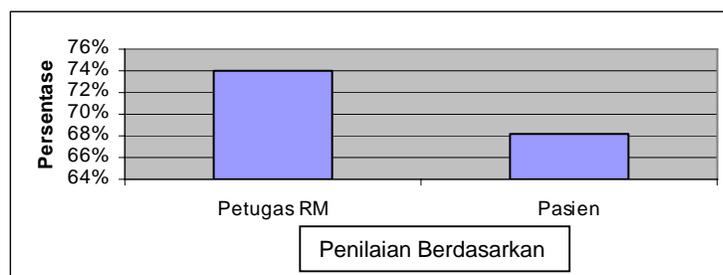
No Resp	Jawaban Responden untuk item nomor ke ...												Jumlah
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	2	5	3	5	4	5	4	4	4	5	5	4	50
2	4	4	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	41
3	3	2	2	3	3	2	4	3	2	3	4	3	34
4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	45
5	3	2	4	3	4	4	4	3	2	3	4	4	40
6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	48
7	2	2	2	3	4	3	4	3	2	3	4	2	34
8	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	51
9	4	3	4	3	2	3	3	2	1	3	4	2	34
10	3	2	3	3	2	3	4	4	2	3	2	1	32
Jumlah skor												409	

Sumber data: Penyebaran angket (data primer) tanggal 21 April 2009.

Dengan menggunakan *rating scale*, maka dapat diperoleh jumlah skor kriterium sebagai berikut : (skor tertinggi tiap item=5) x (jumlah item=12) x (jumlah responden=10) adalah 600. Dengan demikian, distribusi pengetahuan petugas rekam medis menurut pasien dalam melakukan pekerjaan, yaitu $409 : 600 \times 100\% = 68,2\%$ % dari kriterium yang telah ditetapkan.

Adapun grafik perbandingan distribusi pengetahuan petugas rekam medis menurut petugas sendiri dan menurut pasien, sebagai berikut:

Grafik 2. Distribusi Pengetahuan Petugas RM Menurut Petugas dan Pasien



- Kualitas SDM dilihat dari perspektif keterampilan.

Tabel 7. Distribusi Keterampilan Petugas Rekam Medis

No Resp	Jawaban Responden untuk item nomor ke ...										Jumlah
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
1	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	27
2	1	1	4	3	4	3	3	3	3	3	28
3	5	5	5	4	4	4	2	2	3	3	37
4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	4	35
5	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	34
6	3	1	3	1	4	4	4	4	4	4	32
Jumlah skor hasil										193	

Sumber data: Penyebaran angket (data primer) tanggal 21 April 2009.

Dengan menggunakan *rating scale*, maka dapat diperoleh jumlah skor kriterium sebagai berikut : (skor tertinggi tiap item=5) x (jumlah item=10) x (jumlah responden=6) adalah 300. Dengan demikian, distribusi keterampilan petugas rekam medis dalam melakukan pekerjaan, menurut persepsi 6 responden, yaitu $193 : 300 \times 100\% = 64\%$ dari kriterium yang telah ditetapkan.

Tabel 8. Hasil Survey Distribusi Keterampilan Petugas Rekam Medis Menurut Pasien

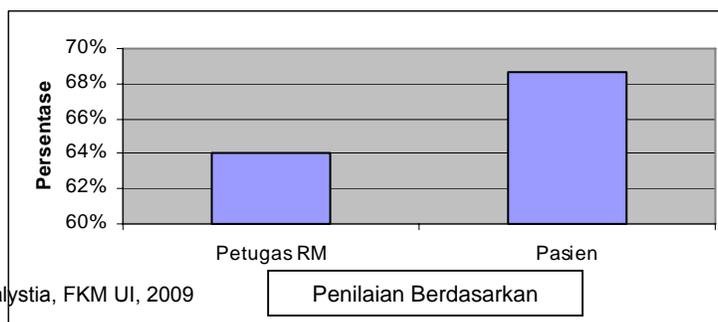
No Resp	Jawaban Responden untuk item nomor ke ...			Jumlah
	13	14	15	
1	4	4	1	9
2	4	4	4	12
3	4	3	4	11
4	4	3	5	12
5	4	3	4	11
6	4	3	4	11
7	4	3	3	10
8	4	2	3	9
9	3	3	2	8
10	3	3	4	10
Jumlah skor				103

Sumber data: Penyebaran angket (data primer) tanggal 21 April 2009.

Dengan menggunakan *rating scale*, maka dapat diperoleh jumlah skor kriterium sebagai berikut : (skor tertinggi tiap item=5) x (jumlah item=3) x (jumlah responden=10) adalah 150. Dengan demikian, distribusi keterampilan petugas rekam medis menurut pasien dalam melakukan pekerjaan, yaitu $103 : 150 \times 100\% = 68,7\%$ % dari kriterium yang telah ditetapkan.

Adapun grafik perbandingan distribusi keterampilan petugas rekam medis menurut petugas sendiri dan menurut pasien, sebagai berikut:

Grafik 3. Distribusi Keterampilan Petugas RM Menurut Petugas dan Pasien



- **SDM (Kuantitas)**

Dari 2 item pertanyaan mengenai kuantitas SDM, maka diperoleh jumlah skor kriterium sebagai berikut : (skor tertinggi tiap item=5) x (jumlah item=2) x (jumlah responden=6) = 60. Dengan demikian, distribusi kuantitas SDM petugas rekam medis, menurut persepsi 6 responden, yaitu $42 : 60 \times 100\% = 70\%$ dari kriterium yang telah ditetapkan.

**Tabel 9. Hasil Survey Distribusi Variabel SDM (kuantitas)
Petugas Rekam Medis Menurut Pasien**

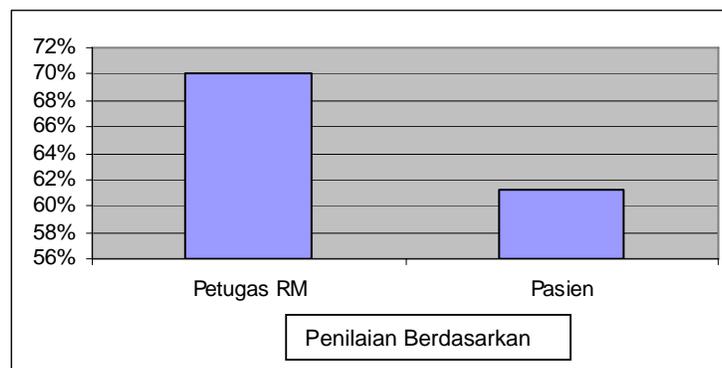
No Resp	Jawaban Responden untuk item nomor ke ...			Jumlah
	16	17	18	
1	1	3	5	9
2	4	2	4	10
3	4	3	3	10
4	3	3	5	11
5	5	2	3	10
6	4	4	4	12
7	3	2	2	7
8	4	4	4	12
9	4	3	4	11
10	4	4	4	12
Jumlah skor				92

Sumber data: Penyebaran angket (data primer) tanggal 21 April 2009.

Dengan menggunakan *rating scale*, maka dapat diperoleh jumlah skor kriterium sebagai berikut : (skor tertinggi tiap item=5) x (jumlah item=3) x (jumlah responden=10) adalah 150. Dengan demikian, distribusi variabel kuantitas petugas rekam medis menurut pasien dalam melakukan pekerjaan, yaitu $92 : 150 \times 100\% = 61,3\%$ dari kriterium yang telah ditetapkan.

Adapun grafik perbandingan distribusi variabel SDM (kuantitas) petugas rekam medis menurut petugas sendiri dan menurut pasien, sebagai berikut:

Grafik 4. Distribusi Variabel SDM (kuantitas) Menurut Petugas dan Pasien



c. Petunjuk Teknis

Dari 2 item pertanyaan mengenai petunjuk teknis dalam bekerja, maka diperoleh jumlah skor kriterium sebagai berikut : (skor tertinggi tiap item=5) x (jumlah item=2) x (jumlah responden=6) = 60. Dengan demikian, distribusi variabel petunjuk teknis petugas rekam medis, menurut persepsi 6 responden, yaitu $40 : 60 \times 100\% = 67\%$ dari kriterium yang telah ditetapkan.

**Tabel 10. Hasil Survey Distribusi Variabel Petunjuk
Teknis Menurut Pasien**

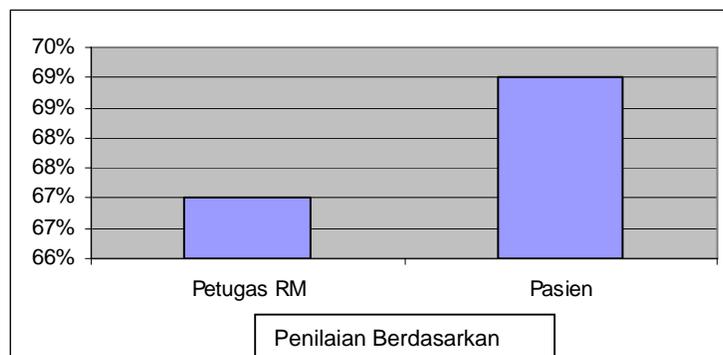
No Resp	Jawaban Responden untuk item nomor ke ...		Jumlah
	19	20	
1	5	5	10
2	4	4	8
3	5	5	10
4	4	5	9
5	2	4	6
6	2	2	4
7	4	4	8
8	3	3	6
9	4	4	8
10	3	3	6
Jumlah skor			69

Sumber data: Penyebaran angket (data primer) tanggal 21 April 2009

Dengan menggunakan *rating scale*, maka dapat diperoleh jumlah skor kriterium sebagai berikut : (skor tertinggi tiap item=5) x (jumlah item=2) x (jumlah responden=10) adalah 100. Dengan demikian, distribusi variabel petunjuk teknis petugas rekam medis menurut pasien dalam melakukan pekerjaan, yaitu $69 : 100 \times 100\% = 69\%$ dari kriterium yang telah ditetapkan.

Adapun grafik perbandingan distribusi variabel petunjuk teknis menurut petugas sendiri dan menurut pasien, sebagai berikut:

**Grafik 5. Distribusi Variabel Petunjuk Teknis Menurut
Petugas dan Pasien**



d. Fasilitas dan Peralatan

Untuk memenuhi kriteria akreditasi rekam medis maka unit rekam medis harus memenuhi variabel fasilitas dan peralatan, dibawah ini merupakan distribusi fasilitas dan peralatan yang petugas gunakan untuk mendukung pekerjaannya menurut petugas rekam medis

Tabel 11. Distribusi Fasilitas dan Peralatan dalam Menunjang Pekerjaan Rekam Medis

No Resp	Jawaban Responden untuk item nomor ke ...					Jumlah
	26	27	28	29	30	
1	2	3	4	3	3	15
2	4	3	4	4	4	19
3	3	2	4	3	3	15
4	4	3	3	3	3	16
5	2	2	1	2	2	9
6	1	2	3	2	2	10
Jumlah skor						84

Sumber data: Penyebaran angket (data primer) tanggal 21 April 2009

Dengan menggunakan *rating scale*, maka dapat diperoleh jumlah skor kriterium sebagai berikut : (skor tertinggi tiap item=5) x (jumlah item=5) x (jumlah responden=6) adalah 150. Dengan demikian, distribusi variabel fasilitas dan peralatan petugas rekam medis dalam melakukan pekerjaan, menurut persepsi 6 responden, yaitu $84 : 150 \times 100\% = 56\%$ dari kriterium yang telah ditetapkan.

Tabel 12. Hasil Survey Distribusi Variabel Fasilitas dan Peralatan Menurut Pasien

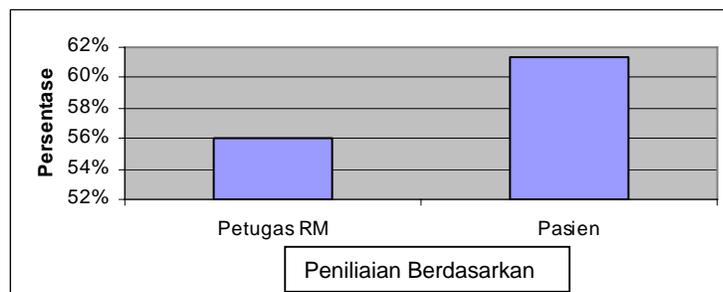
No Resp	Jawaban Responden untuk item nomor ke ...			Jumlah
	21	22	23	
1	5	1	3	9
2	3	4	4	11
3	4	4	4	12
4	4	4	4	12
5	3	4	4	11
6	4	4	2	10
7	2	2	3	7
8	3	4	4	11
9	3	3	3	9
10	3	3	3	9
Jumlah skor				92

Sumber data: Penyebaran angket (data primer) tanggal 21 April 2009.

Dengan menggunakan *rating scale*, maka dapat diperoleh jumlah skor kriterium sebagai berikut : (skor tertinggi tiap item=5) x (jumlah item=3) x (jumlah responden=10) adalah 150. Dengan demikian, distribusi variabel fasilitas dan peralatan petugas rekam medis menurut pasien dalam melakukan pekerjaan, yaitu $92 : 150 \times 100\% = 61,3\%$ dari kriterium yang telah ditetapkan.

Adapun grafik perbandingan distribusi variabel fasilitas dan peralatan menurut petugas sendiri dan menurut pasien, sebagai berikut:

Grafik 6. Distribusi Variabel Fasilitas dan Peralatan Menurut Petugas dan Pasien



6.1.2 Proses

Setelah semua komponen dan sub komponen *input* diolah, maka langkah selanjutnya adalah memprosesnya sesuai dengan teori yang ada dan yang diharapkan serta membandingkannya dengan keadaan yang terjadi dilapangan. Berikut ini merupakan matriks hasil wawancara penulis mengenai proses dalam SIM RM untuk mendukung kegiatan pencatatan dan pelaporan.

Tabel 13. Matriks Wawancara Mengenai Proses SIM RM dalam Mendukung Pencatatan dan Pelaporan

Variabel	Sesuai dengan teori dan yang diharapkan	Pengumpulan dan Pengolahan Data	KaBag RM
Proses pengumpulan data	Setiap poli/unit sudah memiliki komputer yang ter-link secara komprehensif sehingga petugas dapat langsung meng-input data ke komputer.	Dari ruang perawatan, di <i>input</i> ke komputer atau ke buku register baik rawat inap maupun rawat jalan.	Dilakukan menggunakan komputer dimana data berasal dari setiap unit dan juga dari rekam medis pasien
Efisiensi (tenaga, waktu dan biaya)	Dengan adanya SIM RM yang didukung dengan kemampuan SDM yang berkualitas akan turut mempengaruhi keefisiensian tenaga, waktu dan biaya.	<ul style="list-style-type: none"> - Tenaga : dari bag. Rekam Medis sudah cukup Namun unit lain yang kurang mendukung. - Waktu : Belum efisien karena masih sering terlambat dalam pembuatan laporan baik internal maupun eksternal. - Biaya : tidak masalah, karena 	Sudah efisien. <ul style="list-style-type: none"> - Tenaga : karena sudah ada pembagian tugas - Waktu : sudah tepat waktu dalam membuat laporan - Biaya : Tidak masalah.

		sudah ada <i>budget</i> masing-masing.	
Peran SIM RM dalam pengumpulan data	SIM RM mampu membantu dalam pengumpulan data yang didukung oleh setiap unit dimana di setiap unit tersebut sudah terdapat komputer sehingga pengumpulan data tidak lagi secara manual.	Data yang ada di SIM RM dengan data <i>real</i> yang terjadi, tidak sesuai. Diakibatkan karena <i>user</i> yang menggunakan sistem tidak menggunakan dengan semestinya.	Sudah baik, sistem tidak sulit untuk digunakan.
Pengolahan data	Setiap data yang dibutuhkan oleh bagian rekam medis seharusnya sudah dapat diolah langsung menggunakan komputer sehingga pada akhir bulan tidak terjadi kepadatan waktu kerja.	Untuk setiap harinya dicatat di buku register, 2 hari sebelum akhir bulan baru direkap dimasukkan ke dalam komputer. Namun untuk morbiditas rawat jalan dapat langsung dimasukkan ke komputer setiap harinya.	Hanya pengolahan data mentah saja, data sensus harian dari tiap unit di <i>input</i> ke komputer.
Efisiensi (tenaga, waktu dan biaya) dalam pengolahan data	Dengan adanya SIM RM yang didukung dengan kemampuan SDM yang berkualitas akan turut mempengaruhi keefisienan tenaga, waktu dan biaya.	<ul style="list-style-type: none"> - Tenaga : jumlah tenaga dengan jumlah pekerjaan sudah sesuai. - Waktu : sudah efisien bahkan lebih banyak waktunya. - Biaya : tidak masalah. 	Sudah efisien, sama dengan pengumpulan data.
Peran SIM RM dalam pengolahan data	SIM RM mampu membantu dalam pengolahan data yang didukung oleh setiap unit dimana di setiap unit tersebut	Peranannya baru hanya morbiditas rawat jalan saja.	Sudah cepat dalam proses kerjanya karena sudah ke <i>link</i> ke semua bagian.

	sudah terdapat komputer sehingga pengolahan data tidak lagi secara manual/di <i>input</i> satu-satu.		
Penyajian data	Penyajian data dapat dilakukan dengan berbagai cara, namun kelemahan dalam penyajian data tabel adalah tidak mampu membandingkan setiap data yang ada.	Hanya berupa tabel-tabel saja.	Berupa tabel saja.
Efisiensi (tenaga, waktu dan biaya) dalam penyajian data	Penyajian data tanpa harus meng- <i>input</i> secara manual ke komputer akan turut mempengaruhi tenaga, waktu dan biaya dalam penyajian data.	<ul style="list-style-type: none"> - Tenaga : Sudah efisien (alasan sama dengan yang diatas) - Waktu : belum efisien karena waktu dalam pengumpulan data yang terkadang telat. - Biaya : Sudah efisien (alasan sama dengan yang diatas). 	Sudah efisien
Peran SIM RM dalam penyajian data	Dengan SIM RM seharusnya penyajian data sudah dapat dilakukan langsung di komputer.	SIM RM sudah tersedia, namun petugas RM jarang memakainya.	Sudah tersedia, namun beberapa petugas belum menggunakannya karena beranggapan bahwa penggunaan sistem menjadi lebih menghambat pekerjaan mereka.
Proses analisis data	Bag. RM seharusnya tidak hanya membuat penyajian data	Hanya berupa tabel dan narasi saja (jika dibutuhkan)	Bagian RM tidak melakukan analisis data.

	saja namun melakukan analisis data juga sehingga ada perbandingan antara analisis data yang dibuat oleh bag.RM dengan PPL		
Efisiensi (tenaga, waktu dan biaya) dalam analisis data	Analisis data seharusnya sudah dapat dilakukan langsung menggunakan SIM RM sehingga akan turut mempengaruhi tenaga, waktu dan biaya dalam analisis data.	Tidak berpengaruh karena bagian PPL yang sering melakukan analisis data.	Tidak berpengaruh karena bagian PPL yang menganalisis data.
Peran SIM RM dalam analisis data	Dengan SIM RM seharusnya analisis data sudah dapat dilakukan langsung di komputer.	Analisis tidak menggunakan SIM RM, baru secara manual saja.	Tidak berpengaruh karena bagian PPL yang menganalisis data.

Sumber data: Hasil wawancara (data primer) tanggal 20 April 2009.

6.1.3 Output

Output yang diharapkan dari analisis SIM RM di RS DS adalah terbentuknya laporan statistik RS yang valid. Berdasarkan hasil wawancara baik dari petugas RM bagian pencatatan dan pengolahan data, kepala bagian RM serta kepala bagian PPL dapat diketahui bahwa laporan statistik RS belum terbentuk secara valid dimana masih terdapat angka-angka yang tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Bahkan ketika laporan sudah dikirim ke bagian PPL pun, terkadang laporan statistik RS masih tidak valid yang mungkin diakibatkan karena kelalaian petugas.

6.1.4 Outcome

Hasil dari komponen *outcome* adalah terciptanya efisiensi dan efektivitas SIM RM dalam mendukung kegiatan pencatatan dan pelaporan. Untuk melihat sejauh mana efisiensi dan efektivitas tersebut maka penulis melakukan wawancara mendalam kepada koordinator EDP sebagai perancang/pembuat sistem.

Tabel 14. Matriks Wawancara Mengenai Outcome SIM RM dalam Mendukung Pencatatan dan Pelaporan

Variabel	Koor EDP
Faktor Kelayakan TELOS	
Teknologi dalam merancang SIM RM sesuai dengan yang diestimasikan pada awalnya	Sudah sesuai dengan awal dimana rencana awal kita adalah membuat sistem yaitu secara bertahap, dimana 1 server dengan kurang lebih 30 klien, dan sekarang kita mempunyai 4 server dengan kurang lebih 120 klien, sedangkan untuk RM, awalnya kita membuat modul rawat jalan dan rawat inap, diikuti dengan farmasi dan seterusnya sampai sekarang kita mempunyai 9 modul secara keseluruhan di RS Duren Sawit.
Dana dalam mengoperasikan dan memelihara SIM RM	Ada, karena RS DS milik PEMDA dan dana untuk pengoperasian dan pemeliharaan selalu diusulkan.
Peraturan SIM RM	SIM RM sudah mempunyai lisensi, dengan keamanan data untuk akses masing-masing sesuai dengan kewenangannya.
Keterampilan petugas	Sudah mampu karena pernah dilakukan <i>training</i> setiap ada perbaikan modul maupun

	pengadaan modul baru.
Faktor PDM	
Produktivitas SIM RM	Sudah mencapai tingkat produktivitas dimana SIM RM sudah mampu meng- <i>cover</i> semua kegiatan pokok rekam medis, kecuali adanya permintaan tambahan dari <i>user</i> .
Kontribusi SIM RM	Sudah, terbukti ketika sistem mati (tidak berjalan) maka kegiatan tidak berjalan. - Penelusuran informasi : sudah mampu mencari data pasien dengan cepat - Peningkatan kualitas pelayanan : pelayanan menjadi lebih cepat dimana pasien tidak perlu menunggu lama. - Mengurangi waktu bekerja : sudah sesuai, jika dibandingkan dengan manual maka dengan menggunakan SIM RM akan lebih cepat.
Hasil informasi dari SIM RM	Belum, sistem hanya mampu dalam pembuatan laporan saja sedangkan untuk perencanaan dan pengambilan keputusan masih belum.
Faktor rancangan MURRE	
Dokumentasi	Sudah mampu.
Keperluan pemakai	Untuk rekam medis, SIM RM belum mampu sepenuhnya, seperti perhitungan indikator RS SIM RM belum mampu.
Sistem bebas dari kesalahan	Masih terdapat kesalahan, karena sistem berhubungan dengan <i>human</i> , sehingga tidak bisa menyalahkan sistem saja, 90 % sudah baik, 10 % nya pemeliharaan sebagai contoh

	jumlah data yang semakin banyak sehingga terkadang membuat sistem menjadi <i>error</i> .
Sistem fleksibel dan adaptif	Sudah mampu, namun untuk bagian RM, masih terlihat <i>gap</i> kepercayaan antara manual dengan secara komputer.
Analisis waktu dan sumber daya	Dari segi <i>user</i> : belum efisien karena <i>user</i> belum memaksimalkan penggunaan SIM RM dan tampilan <i>output</i> agak sulit dimengerti oleh <i>user</i> - Dari segi sistem : Sudah efisien terbukti SIM RM mampu membuat laporan-laporan rekam medis.
Analisis biaya/manfaat	
Manfaat yang dijanjikan pada awalnya	Sudah sesuai, karena setiap pembuatan sistem pasti ada manfaatnya.
Biaya SIM RM sebanding dengan yang diestimasikan pada awalnya	Sudah sebanding, Namun tidak melebihi biaya SIM RM pada awal (hanya cukup)

Sumber data: Hasil wawancara (data primer) tanggal 20 April 2009.

6.1.5 *Feedback*

Komponen *feedback* yang diharapkan dalam sistem adalah pemanfaatan laporan untuk perencanaan/evaluasi oleh pembuat kebijakan di RS. Untuk mengetahui sejauh mana pemanfaatannya, maka penulis mewawancarai kepala bagian urusan perencanaan dan pelaporan sebagai unit yang membuat perencanaan RS sebelum diajukan ke pembuat kebijakan RS (Direktur RS).

**Tabel 15. Matriks Wawancara Mengenai *Feedback* SIM RM
dalam Mendukung Pencatatan dan Pelaporan**

Variabel	Sesuai dengan teori dan keadaan yang diharapkan	KaBag Perencanaan dan Pelaporan
Terbentuknya laporan statistik RS yang valid dan sesuai dengan kebutuhan RS	Setiap unit sudah mempunyai komputer yang dilengkapi dengan SIM RM yang mampu mendukung kegiatan pencatatan dan pelaporan sehingga bag. PPL pun dapat mengakses data untuk dibuat perencanaan.	Laporan dari rekam medis masih ada beberapa selisih sehingga harus mengecek ulang
Hambatan dalam menggunakan laporan statistik RS	SIM RM yang baik harus didukung sepenuhnya oleh SDM yang menjalankannya sehingga tidak terjadi hambatan.	<i>Billing system</i> (sebagai patokan) hasilnya tidak sama dengan yg manual dikarenakan para <i>user</i> nya masih malas, sebenarnya sudah pernah menghimbau tapi masih belum ada perubahan. Tapi untuk laporan morbiditas masih dilakukan manual karena terkadang di sistem jumlahnya lebih sedikit daripada yang manual.
Efisiensi dan efektivitas laporan statistik RS	Dengan adanya SIM RM yang baik dan dukungan dari SDM nya secara langsung akan turut mempengaruhi efisiensi dan efektivitas laporan statistik RS.	<ul style="list-style-type: none"> - Tenaga : masih kurang dari unit perencanaan, masih 2 orang. - Biaya : tidak masalah karena dibiayai oleh PEMDA. - Waktu : biasanya pada awal tahun, waktu bekerja tidak padat tetapi jika sudah di pertengahan

		tahun menjadi padat.
Pemanfaatan laporan statistik RS	Laporan statistik RS dimanfaatkan untuk berbagai rencana-rencana ke depan rumah sakit (baik rencana besar maupun kecil)	Untuk penyusunan target-target dalam RENSTRA (target pelayanan yang berhubungan dengan seksi pelayanan dan pendapatan) untuk 5 tahun sekali dan jika ada revisi maka dapat dilakukan saat itu juga.
Pemanfaatan laporan statistik dalam pengambilan keputusan	Peranan laporan statistik RS mempunyai peranan penting dalam pengambilan keputusan pihak atasan sebagai bukti yang terjadi di lapangan sehingga tindakan yang akan diambil pihak RS pun akan lebih objektif.	Sudah, misalnya target RENSTRA terlalu tinggi dari target yang seharusnya namun ternyata kita tidak mencapai target, lalu kita menggunakan laporan sebagai bahan evaluasi untuk <i>top management</i> .
Efisiensi dan efektivitas SIM RM dalam mendukung pencatatan dan pelaporan	SIM RM akan sangat tidak berguna jika tidak didukung oleh SDM yang mempunyai komitmen untuk menjalankannya.	Sudah cukup, namun dari segi jumlah tenaga yang menggunakannya masih kurang sedangkan untuk keterampilan (kualitas) petugas masih dapat dilatih.

Sumber data: Hasil Wawancara tanggal 20 April 2009.

Untuk mengetahui sejauh mana pemanfaatan laporan statistik RS untuk perencanaan/evaluasi kebijakan RS dimana salah satu pihak yang turut merasakan kebijakan RS adalah pasien. Oleh karena itu penulis menggunakan survei mengenai kepuasan pelanggan dengan sampel 111 pasien dimana survey dilakukan dalam 2 periode, dibawah ini merupakan hasil data sekunder yang dimiliki oleh institusi:

**Tabel 16. Hasil Rekap Survey Kepuasan Pelanggan
RS Duren Sawit Tahun 2008**

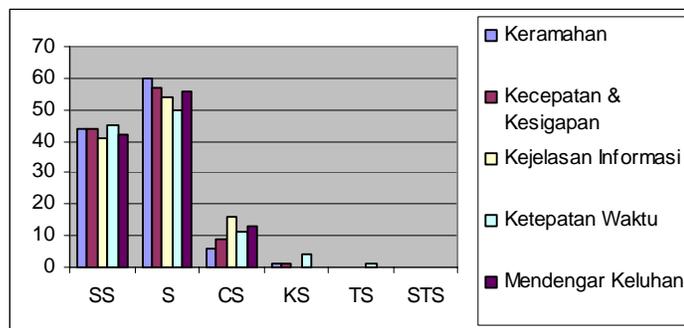
No.	Variabel	SS	S	CS	KS	TS	STS	Jumlah
1.	Keramahan petugas	44	60	6	1	0	0	111
2.	Kecepatan & kesigapan petugas	44	57	9	1	0	0	111
3.	Kejelasan informasi yang disampaikan petugas	41	54	16	0	0	0	111
4.	Ketepatan waktu petugas dalam bekerja	45	50	11	4	1	0	111
5.	Kesediaan petugas untuk mendengarkan keluhan	42	56	13	0	0	0	111

Sumber : Data sekunder survey kepuasan pelanggan RS DS tahun 2008.

Keterangan :

- SS = Sangat setuju
- S = Setuju
- CS = Cukup setuju
- KS = Kurang setuju
- TS = Tidak setuju
- STS = Sangat tidak setuju

**Grafik 7. Hasil Rekap Survey Kepuasan Pelanggan
RS Duren Sawit Tahun 2008**



Selain itu, RS DS juga melakukan survey harapan pasien mengenai variabel tersebut, dibawah ini adalah hasil rekapannya :

**Tabel 17. Hasil Rekap Survey Harapan Kepuasan Pelanggan
RS DS Tahun 2008**

No.	Variabel	SP	P	CP	KP	TP	STP	Jumlah
1.	Keramahan petugas	57	48	6	0	0	0	111
2.	Kecepatan & kesigapan petugas	51	52	7	1	0	0	111
3.	Kejelasan informasi yang disampaikan petugas	56	48	7	0	0	0	111
4.	Ketepatan waktu petugas dalam bekerja	60	45	5	1	0	0	111
5.	Kesediaan petugas untuk mendengarkan keluhan	60	43	8	0	0	0	111

Sumber : Data sekunder survey kepuasan pelanggan RS DS tahun 2008.

Keterangan :

SP = Sangat penting

P = Penting

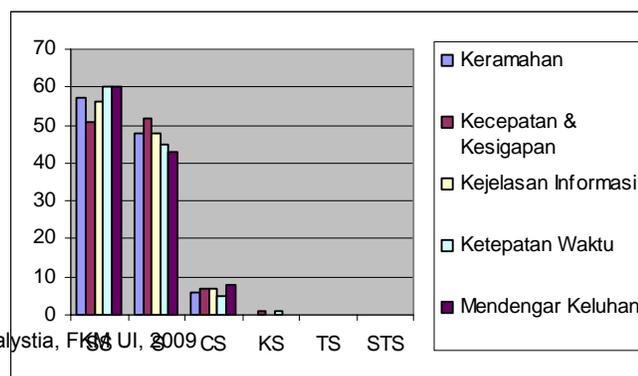
CP = Cukup penting

KP = Kurang penting

TP = Tidak penting

STP = Sangat tidak penting

**Grafik 8. Hasil Rekap Survey Harapan Kepuasan Pelanggan
RS DS Tahun 2008**



6.2 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini bersifat deskriptif kualitatif dengan menggunakan data primer yang diperoleh dengan wawancara mendalam, tinjauan dokumen, dan pengamatan di lapangan, selain itu untuk memperkuat hasil penelitian, penulis juga menggunakan data sekunder dari institusi terkait. Keterbatasan penelitian ini antara lain:

1. Subjektivitas ada pada peneliti, dimana data yang diperoleh tergantung pada interpretasi dari tinjauan dokumen, jawaban wawancara dan pengamatan lapangan.
2. Sulitnya untuk meng-*cross check* keadaan yang terjadi di lapangan dikarenakan dokumen-dokumen yang ada tidak bisa digandakan.
3. Jumlah responden penelitian yang terbatas dikarenakan keterbatasan waktu penelitian dan kesibukan responden untuk bekerja (melayani pasien)
4. Sulitnya untuk mendapat jawaban yang sesuai dengan keadaan yang terjadi di lapangan dari responden karena responden kesulitan untuk mengungkapkan sesuai dengan teori yang ada.

BAB VII

PEMBAHASAN

7.1 *Input*

7.1.1 Data

Data yang berasal dari pasien maupun dari kegiatan rumah sakit merupakan salah satu alat yang penting untuk perencanaan rumah sakit. Berdasarkan hasil wawancara diperoleh bahwa petugas pencatatan dan pengolahan data mengetahui jenis laporan dan sumber data yang dibuat selama ini.

Namun berdasarkan observasi di lapangan yaitu kepada bagian PPL, penulis menemukan beberapa masalah antara lain:

1. Tidak semua laporan dibuat oleh bagian rekam medis, ada beberapa laporan yang dibuat langsung oleh unit ke bagian PPL seperti laporan penunjang (laboratorium, radiology dan rehab medik, IGD).
2. Periode pelaporan pun dilakukan tidak setiap bulan hanya laporan 10 penyakit terbanyak saja sedangkan untuk laporan yang lain dilakukan setiap triwulan karena bagian PPL membuat periode pelaporan tiap triwulan.
3. Penyajian pelaporan pun hanya berupa selebar kertas saja bukan dalam format pelaporan yang resmi.

7.1.2 Sumber Data

Sumber data berasal dari unit tertentu saja dikarenakan data dari beberapa unit lain sangat kompleks sehingga sulit untuk diolah unit rekam medis dan langsung mengirimkannya ke unit PPL.

7.1.3 SDM (kualitas dan kuantitas)

Sumber daya manusia merupakan *input* yang menjalankan setiap kegiatan dalam sistem, jika dalam segi kualitas dan kuantitas SDM

tersebut tidak mendukung maka sistem pun tidak berjalan sebagaimana mestinya.

7.1.3.1 Kualitas SDM berdasarkan perspektif pengetahuan

Dari 11 pertanyaan yang diberikan kepada responden mengenai pengetahuannya dalam bekerja diperoleh hasil 74% dari kriteria yang telah ditetapkan. Sedangkan survey yang dilakukan penulis mengenai pengetahuan petugas menurut pasien sebesar 68,2% dari kriteria yang ditentukan. Ini berarti pengetahuan petugas rekam medis dalam menjalankan pekerjaannya dapat dikatakan cukup melihat latar belakang pendidikan petugas sebesar 57,1% berpendidikan D3, dimana 3 petugas registrasi (2 petugas berpendidikan SMA dan 1 petugas berpendidikan D3). Pasien menilai kinerja petugas rekam medis dimulai saat pasien mendaftar ketika pengetahuan petugas belum cukup maka pasien akan menilai bahwa kualitas SDM masih kurang.

7.1.3.2 Kualitas SDM berdasarkan perspektif keterampilan

Berdasarkan survey kepada petugas mengenai keterampilan yang mereka miliki diperoleh hasil 64% dari kriteria yang telah ditetapkan, yang berada di daerah tinggi. Sedangkan menurut pasien, keterampilan petugas mempunyai nilai sebesar 68,7% dari kriteria yang telah ditetapkan. Hal ini dapat terjadi karena jenis pertanyaan yang diberikan kepada petugas lebih *men-detail* mengenai kegiatan pokok rekam medis sedangkan pertanyaan untuk pasien hanya secara umum saja, sehingga mengakibatkan hasil persentase yang agak sedikit berbeda.

Tidak jauh berbeda dengan perspektif pengetahuan, perspektif keterampilan pada petugas RM masih kurang diakibatkan pelatihan bagi petugas rekam medis khususnya mengenai rekam medis itu sendiri belum pernah dilakukan, hanya baru 3 orang (1 kepala bagian, 1 petugas pencatatan dan pelaporan dan 1 petugas rekam medis), jenis pelatihan pun tidak terdokumentasi dengan baik sedangkan petugas yang lainnya hanya

mengikuti pelatihan mengenai *customer service* dikarenakan pendaftaran dengan unit rekam medis menjadi satu bagian. Sama halnya dengan pelatihan mengenai SIM RM, pelatihan yang dilakukan baru dilakukan satu kali pada saat pembuatan sistem ini (tahun 2002) dan untuk selanjutnya petugas rekam medis belajar dari petugas lain yang sudah mengerti tentang SIM RM.

Karena perbedaan latar belakang pendidikan yang dimiliki oleh petugas sehingga tidak semua pekerjaan bisa dilakukan secara *rolling* seperti petugas berpendidikan SMA hanya melakukan pekerjaan yang bersifat teknis saja sedangkan untuk petugas berpendidikan D3 melakukan pekerjaan statistik.

7.1.3.3 Kuantitas SDM

Dari survey yang dilakukan penulis mengenai kuantitas SDM diperoleh hasil 70% dari kriteria yang ditetapkan, yang berada di daerah cukup tinggi sampai tinggi. Sedangkan menurut pasien mengenai penilaian kuantitas petugas rekam medis sebesar 61,3% dari kriteria yang telah ditetapkan. Hal ini disebabkan karena pengaruh dari variabel kualitas SDM sebelumnya, perbedaan latar belakang pendidikan menyulitkan untuk adanya pembagian tugas secara *rolling* sehingga ada sebagian petugas yang merasa bahwa pekerjaannya menjadi beban yang harus dijalankan sehingga merasa jam kerjanya masih kurang dan sebagian merasa jam kerjanya sudah cukup karena pekerjaannya tidak terlalu padat.

Dalam hal ini pasien menganggap bahwa petugas masih melakukan pekerjaannya dalam melayani pasien masih dianggap sebagai beban dan merasa bahwa kuantitas petugas masih kurang. Sedangkan menurut petugas sendiri dengan jumlah 13 petugas rekam medis sudah cukup untuk dapat menjalani pekerjaannya dan melayani pasien.

7.1.4 Petunjuk Teknis

Sama halnya dengan beberapa sub komponen *input* yang lainnya. Variabel petunjuk teknis mempunyai nilai sebesar 67% dari kriteria yang ditetapkan yang berada di area cukup tinggi sampai tinggi. Sedangkan menurut pasien mengenai petunjuk teknis sebesar 69% dari kriteria yang ditetapkan. Hal ini disebabkan karena petunjuk teknis yang dirasakan oleh pasien berbeda dengan petunjuk teknis yang digunakan oleh petugas. Berdasarkan observasi di lapangan terdapat beberapa temuan yang terjadi, diantaranya:

1. Ada beberapa kegiatan yang tidak mempunyai petunjuk teknis dalam melakukannya, sebagai contoh alur pencatatan dan pelaporan statistik RS tidak dimiliki oleh unit rekam medis.
2. Petunjuk organisasi sub seksi rekam medis pun sudah terlalu lama penggunaannya dari tahun 2007 sampai sekarang, sehingga *job desc* pun sudah tidak relevan lagi dengan keadaan sekarang.

Jika setiap kegiatan di rekam medis memiliki petunjuk teknis akan lebih mempermudah petugas dalam melakukan tugas dan ketika terjadi kesalahanpun akan mudah diidentifikasi karena sudah ada petunjuk teknis/prosedur yang ditetapkan.

7.1.5 Fasilitas dan Peralatan

Diantara beberapa sub komponen *input* yang lainnya, variabel fasilitas dan peralatan memiliki nilai yang paling rendah yaitu hanya 56% dari kriteria yang telah ditetapkan. Jika dilihat standar penilaiannya, nilai tersebut berada di area rendah sampai cukup tinggi. Sedangkan menurut pasien mengenai fasilitas dan peralatan di unit rekam medis, memberikan penilaian sebesar 61,3% dari kriteria yang telah ditetapkan. Dari angket yang disebar ke pasien, penulis menganalisis bahwa hanya 3 responden yang mengetahui tentang rekam medis namun mereka menjawab tahu akan lokasi unit rekam medis dan percaya bahwa rekam medisnya dikelola

secara baik dengan fasilitas dan peralatan yang mendukung. Berdasarkan observasi di lapangan terdapat beberapa temuan antara lain:

1. Tidak terlihat secara jelas mengenai lokasi unit rekam medis sehingga untuk pasien sebagai orang awam sangat sulit untuk mengetahui lokasi tersebut sehingga lokasi unit rekam medis pun belum dapat dikatakan strategis.
2. Fasilitas komputer yang tersedia pun sudah cukup dimana terdapat 5 komputer untuk bekerja (3 komputer untuk pendaftaran dan 2 lainnya untuk kegiatan lainnya seperti untuk pembuatan laporan statistik).
3. *Software* yang digunakan oleh petugas pun belum bisa mewakili seluruh kegiatan yang ada di rekam medis, seperti SIM RM hanya bisa membuat rekapan laporan RL 2B saja sedangkan untuk pembuatan RL lainnya belum dapat menggunakan SIM RM.

7.2 Proses

7.2.1 Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data yang dilakukan unit rekam medis masih manual dimana setiap unit mengirimkan data tiap hari ke bagian rekam medik karena kesibukan masing-masing unit terkadang pengumpulan data tersebut sering terlambat sampai ke unit rekam medis dan tidak menutup kemungkinan bisa terjadi kesalahan dalam pencatatan secara manual tersebut. Dari segi efisiensi (waktu, tenaga, dan biaya) tentu proses pengumpulan data dengan cara ini belum efisien, dimana waktu dalam pengumpulan data menjadi lebih lama, tenaga yang dibutuhkan harus semakin banyak walaupun sudah ada pembagian kerja namun tetap saja cara manual seperti ini tidak efisien karena waktu bekerja petugas menjadi tidak teratur dan harus ada tenaga yang mengantar setiap harinya ke unit rekam medis sedangkan dari segi biaya tentu akan membutuhkan biaya yang tidak sedikit karena pemborosan biaya kertas dan alat-alat tulis lainnya.

Karena keterlambatan pengiriman laporan ke unit rekam medis maka pengiriman laporan dari unit rekam medis ke unit PPL pun akan terlambat dimana tanggal terakhir pembuatan laporan yaitu setiap tanggal 10 namun terkadang terlambat sampai dengan tanggal 15 atau 20. Untuk pengiriman laporan eksternal menggunakan hasil rekapan dari laporan internal sehingga jika laporan internal saja pun terlambat maka laporan eksternal pun juga akan terlambat.

7.2.2 Pengolahan Data

Jika dilihat dari sudut pandang secara manual proses pengolahan data yang dilakukan selama ini di unit rekam medis sudah sesuai yaitu memasukkan data mentah ke dalam komputer, sedangkan jika dilihat secara elektronik pengolahan data ini dapat langsung dilakukan di komputer tanpa harus meng-*input* kembali data ke komputer. Di unit rekam medis, hanya morbiditas rawat jalan saja yang bisa langsung dilihat di dalam komputer karena dari poli pun data penyakit pasien sudah lengkap dituliskan pada *form* morbiditas rawat jalan sehingga bisa langsung di-*input* ke komputer, sedangkan untuk yang lainnya, data harus di-*input* ke dalam buku register berupa turus-turus setiap hari, pada akhir bulan data baru direkap secara keseluruhan.

Melihat kondisi tersebut, efisiensi (tenaga, waktu dan biaya) dalam pengolahan data dapat dikatakan belum efisien karena pengolahan data pun masih secara manual. Ketidaksamaan data yang ada pada SIM RM dan sensus harian sangat berbeda dikarenakan SDM yang kurang mendukung sehingga peranan SIM RM menjadi tidak berperan dalam pengolahan data.

Demikian halnya yang dilakukan oleh unit PPL, setelah unit rekam medis mengirimkan laporan statistik ke PPL maka unit PPL meng-*input* data yang telah dibuat oleh rekam medis ke dalam program *excel* secara manual. Tentu dengan cara demikian akan memakan waktu yang lama,

tenaga yang banyak dan biaya pengeluaran yang tidak sedikit (dimana menggunakan kertas berlembar-lembar, buku folio, tinta dan lain-lain).

7.2.3 Penyajian Data

Penyajian data yang dilakukan oleh unit rekam medik hanya berupa tabel-tabel saja yang *diinput* melalui program *excel*. Adanya variasi dalam penyajian data seperti dengan menggunakan grafik. Penyajian data dengan menggunakan grafik akan lebih mudah dimengerti dan dianalisis dibandingkan dengan menggunakan tabel-tabel saja. Di bagian PPL lah yang akan mengolah data dalam tabel tersebut menjadi grafik-grafik dan dianalisis. Tentu cara penyajian data dengan memasukkan data secara manual ini belum dapat dikatakan efisien karena membutuhkan waktu, biaya dan tenaga yang tidak sedikit, apalagi ditambah dengan jumlah pasien yang banyak dan unit lain yang kurang mendukung. Peran SIM RM dalam penyajian data pun belum terlalu mendukung dikarenakan tampilan *output* yang belum mampu menampilkan data menjadi grafik sehingga tidak memungkinkan *user* untuk menggunakannya karena *user* akan meng-*input* kembali untuk menghasilkan penyajian data grafik.

7.2.4 Analisis Data

Bagian rekam medik belum melakukan analisis data dalam laporan statistik RS, bagian PPL yang melakukan kegiatan ini. Seharusnya bagian rekam medik pun melakukan analisis data juga sehingga bisa menjadi perbandingan dengan analisis di bagian PPL. Dalam hal ini bagian unit rekam medik tidak bisa menilai efisiensi (tenaga, waktu dan biaya) dalam analisis data karena unit rekam medik tidak melakukannya. Sedangkan peran SIM RM dalam hal ini belum didukung dengan *software* yang mampu menganalisis data secara langsung.

7.3 *Output*

Berdasarkan hasil wawancara penulis dengan petugas RM pencatatan dan pengolahan data, kepala bagian RM serta kepala bagian PPL diperoleh hasil bahwa laporan statistik RS belum terbentuk secara valid, masih terdapat selisih antara data yang sebenarnya dengan data di laporan. Dengan demikian, unit PPL harus mengkonfirmasi ulang ke unit rekam medik mengenai data yang dilaporkan dan unit rekam medik harus memeriksa kembali ke setiap unit jika terjadi kesalahan data.

Berdasarkan observasi di lapangan terdapat beberapa temuan mengenai selisih data yang dimaksud, sebagai berikut:

Distribusi Frekuensi Rawat Inap Triwulan I Tahun 2009 di Ruang Arbey

Variabel	Data langsung dari Ruang Arbey	Data dari unit rekam medis
Pasien Awal	69	70
Pasien Masuk	125	106

Sumber data: Unit PPL RS Duren Sawit, 2009.

Jumlah Pasien Lama dan Baru Bulan April 2009

Variabel	Data langsung dari unit	Data dari SIM RM
Pasien Baru	24	12
Pasien Lama	136	150

Sumber data: Unit Rekam Medis, 2009.

7.4 *Outcome*

Hasil yang diharapkan pada komponen *outcome* adalah terciptanya efisiensi dan efektivitas SIM RM dalam mendukung kegiatan pencatatan dan pelaporan statistik RS. Dari segi efisiensi (waktu, tenaga dan biaya) tentu SIM RM belum efisien karena masih banyak *user* yang belum

mengerti mengenai peranan SIM RM dalam mendukung pekerjaannya. Petugas yang sudah terbiasa dengan cara manual akan sangat berat sekali untuk menggunakan secara *computerized* ini disebabkan karena ada anggapan bahwa dengan cara *computerized* akan menghambat pekerjaannya. Sesuai dengan teori manfaat SIM RM, jika mereka mau mencoba/belajar menggunakannya maka dalam jangka waktu tertentu mereka akan terbiasa.

Efektivitas SIM RM dalam mendukung kegiatan pencatatan dan pelaporan pun belum efektif karena kurangnya dukungan *user* dalam menggunakan SIM RM tersebut. Ini dapat dilihat dari tingkat penyelesaian tugas, pengisian catatan dan laporan secara benar sesuai dengan petunjuk pelaksanaan serta kelengkapan informasi. SIM RM yang ada pun belum mampu mendukung seluruh pekerjaan khususnya untuk unit rekam medis. Walaupun pada akhirnya laporan statistik terbentuk namun jika kita lihat dari efisiensi dan efektivitas SIM RM belum tercapai.

7.5 Feedback

Pemanfaatan laporan statistik RS DS sudah digunakan sebagaimana mestinya untuk perencanaan RS ke depannya terlihat dari adanya penyusunan RENSTRA dari laporan statistik yang dibuat. Perencanaan yang dilakukan pihak rumah sakit salah satunya tentu bertujuan untuk meningkatkan pelayanan rumah sakit kepada pasien, untuk melihat sejauh mana perencanaan yang telah dilakukan rumah sakit selama ini, penulis menggunakan data sekunder survey kepuasan pelanggan. Dimana diperoleh hasil bahwa pasien selama ini masih menganggap pelayanan yang diberikan petugas masih berada di area cukup tinggi. Hal ini berarti pemanfaatan data untuk kebutuhan internal (peningkatan kualitas SDM untuk kepuasan pasien) masih kurang, terbukti dari data sekunder kepuasan pasien yaitu mengenai kejelasan informasi yang diberikan oleh petugas rekam medis, masih belum mampu mewakili kebutuhan pasien. Sedangkan variabel yang menjadi harapan pasien untuk

terus ditingkatkan adalah ketepatan waktu dalam bekerja dan kesediaan petugas untuk mendengarkan keluhan pasien.

Penyusunan RENSTRA merupakan pemanfaatan laporan untuk jangka panjang dan *planning* yang besar sedangkan untuk pemanfaatan data dalam skala yang kecil dilupakan oleh pihak rumah sakit.