JRMIK | Volume.1 | Nomor.2 | Halaman. 52-114 | Semarang, 31 Oktober 2018 | p-ISSN : 2615-1863 e-ISSN : 2622-7614

JURNAL REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

Diterbitkan Oleh
Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Semarang

The Complitness Analysis Quantitative Of Medical Resume Form On The Inpatient In 2015 At RSUD R.A Kartini Jepara

Analisis Kuantitatif Kelengkapan Pengisian Formulir Resume Medis Pasien Rawat Inap Tahun 2015 Di RSUD R.A Kartini Jepara

Sugiyanto
Widodo
Warijan
Rizka Isnaeni

Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
E-mail : rmik@poltekkes-smg.ac.id

Abstract

The medical resume form is a form of brief explanation or summarizes any important information about the disease, the examination and its treatment. In the filling of medical resume at RSUD R.A Kartini Jepara still found incompleteness on the patient's social identity, important reports and the blanks. The purpose of this study was to identify patient identification reviews, reviews of important reports, review authentication and review the correct recording or documentation. The method used is descriptive method and data collection using observation and documentation study. Based on the results of research and discussion of the average completeness of each review, the average completeness is the highest in the identification of the patient is 82.3%, while for the lowest average is on the review of important reports that is 25.35%. Review the percentage authentication of 54.7% while for the correct recording or document review reaches 65%. From this study it can be concluded that the hospital needs to make improvements to fill the form, especially on medical resume so that the function of medical resume can be held well.

Keywords : *Medical Resume, Completeness, Quantitative Analysis.*

Abstrak

Formulir resume medis adalah formulir yang berupa penjelasan singkat atau merangkum segala informasi penting manyangkut tentang penyakit, pemeriksaan yang dilakukan dan pengobatannya. Dalam pengisian resume medis di RSUD R.A Kartini Jepara masih ditemukan ketidaklengkapan pada identitas sosial pasien, laporan penting dan adanya bagian yang kosong. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi review identifikasi pasien, review laporan penting, review autentifikasi dan review pencatatan atau pendokumentasian yang benar. Metode yang digunakan adalah metode deskriptif dan pengumpulan data menggunakan observasi dan studi dokumentasi. Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan rata-rata kelengkapan dari masing-masing review, rata-rata kelengkapan tertinggi ada pada review identifikasi pasien yaitu mencapai 82,3%, sedangkan untuk rata-rata terendah ada pada review laporan penting yaitu 25,35%. Review autentikasi persentase sebesar 54,7% sedangkan ntuk review pencatatan atau pendokumentasian yang benar mencapai 65%. Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa rumah sakit perlu melakukan perbaikan pengisian formulir khususnya pada resume medis agar fungsi dari resume medis dapat terselenggara dengan baik.

Kata Kunci: *Resume Medis ; Kelengkapan ; Analisis Kuantitatif*

1. Pendahuluan

Era modern saat ini, peningkatan mutu dibidang kesehatan sangatlah penting bila dikaitkan dengan peningkatan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia. Dengan demikian masyarakat membutuhkan penyedia sarana pelayanan kesehatan sebagai fasilitatornya. Salah satu fasilitator pemberi layanan kesehatan adalah rumah sakit. Menurut undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyebutkan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative dengan menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Pelayanan terhadap pasien di rumah sakit terbagi kedalam dua bentuk pelayanan, yaitu pelayanan medis dan non medis. Salah satu bentuk pelayanan non medis di rumah sakit adalah pelayanan rekam medis.

Berdasarkan Undang-Undang Praktik Kedokteran No. 29 Tahun 2004 pasal 46 ayat (1) dijelaskan bahwa "Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktek wajib membuat rekam medis". Pengertian rekam medis didalam PermenkesNo.269/Menkes/Per/III/2008 adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Dalam rekam medis semua formulir seharusnya diisi dengan lengkap seperti pada formulir resume medis. Formulir resume medis adalah formulir yang berupa penjelasan singkat atau merangkum segala informasi penting manyangkut tentang penyakit, pemeriksaan yang dilakukan dan pengobatannya. Sesuai dengan Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008, "Bahwa rekam medis rawat inap harus dibuatkan resume medis pada saat pasien telah dinyatakan boleh pulang oleh dokter yang merawat dan dibuatkan segera kurang dari 48 jam". Formulir resume memiliki kegunaan seperti menjamin pelayanan medis, sebagai bahan penilaian staf medis, memenuhi permintaan dari badan-badan resmi salah satunya asuransi, sebagai informasi untuk pasien rujukan. Resume medis haruslah diisi dengan lengkap oleh tenaga kesehatan yang bertanggung jawab agar dapat mengoptimalkan kegunaan dari resume medis sendiri. Mengingat pentingnya resume medis untuk rumah sakit, maka rumah sakit perlu melakukan pengendalian terhadap pengisian resume medis.

Pengendalian isi rekam medis dapat dilakukan dengan cara mengevaluasi kelengkapan pengisian rekam medis melalui analisis kuantitatif. Dalam Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Departemen Kesehatan RI Tahun 2006 analisis kuantitatif adalah analisis yang ditujukan kepada jumlah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelengkapan lembaran medis, paramedis dan penunjang medis sesuai prosedur yang ditetapkan. Tujuan dalam melakukan analisis adalah untuk mengetahui hal-hal yang perlu dilengkapi didalam rekam medis dan untuk segera dilengkapi pada lembaran-lembaran rekam medis yang belum lengkap.

Berdasarkan studi pendahuluan yang peneliti lakukan , dengan observasi pada tanggal 19 Februari 2016 di RSUD R.A Kartini Jepara dari 10 rekam medis pasien rawat inap ditemukan ketidaklengkapan pengisian pada formulir resume medis pasien rawat inap tahun 2015 untuk review identifikasi pasien sebesar 10%, review laporan penting sebesar 84,4%, review autentikasi sebesar 86,7% dan 33,3% pencatatan sudah dilakukan dengan benar. Agar rekam medis terisi dengan tepat dan sesuai dengan kewenangan pengisian rekam medis, maka petugas rekam medis dapat melakukan analisis kuantitatif terhadap rekam medis agar rekam medis dapat terisi dengan tepat dan lengkap. Namun, di RSUD R.A Kartini Jepara petugas rekam medis belum pernah

melakukan analisis kuantitatif terhadap rekam medis.

Berdasarkan uraian diatas maka, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Analisis Kuantitatif Kelengkapan Pengisian Formulir Resume Medis Pasien Rawat Inap Tahun 2015 di RSUD R.A Kartini Jepara".

2. Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptifdengan melihat gambaran lengkap atau tidaknya pengisian lembar formulir resume medis pasien rawat inap.Variabel dalam penelitian yang akan diamati adalah review identifikasi, review laporan penting, review autentikasi, dan review pendokumentasian dan pencatatan.Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan Simple Random Samplingdan jumlah sampel yang diambil dihitung berdasarkanrumus slovindengan besar sampel 100 rekam medis pasien rawat inap khususnya pada formulir resume medis.

3. Hasil dan Pembahasan

Hasil analisis kuantitatif pada formulir resume medis pasien rawat inap tahun 2015 di RSUD R.A Kartini Jepara untuk review identifikasi pasien kategori lengkap mencapai 82,3%. Ketidaklengkapan identifikasi pasien ada pada item nama, tanggal lahir, umur, dan jenis kelamin. Selanjutnya, untuk review laporan penting kategori lengkap hanya mencapai 25,5%. Pada review laporan penting, item yang sudah 100% hanya pada item diagnosa akhir. Untuk review autentikasi kategori lengkap mencapai 54,7%. Ketidaklengkapan review autentikasi ada pada semua item yaitu nama dokter, tanda tangan dokter dan tanggal pengisian. Pada review pencatatan yang Benar kategori ada mencapai 35%. Ada nya bagian kosong merupakan item dengan ketidaklengkapan tertinggi pada review pencatatan yang benar. Berdasarkan hasil analisis kuantitatif formulir resume medis rawat inap tahun 2015 di RSUD R.A Kartini Jepara review identifikasi pasien belum sesuai dengan PERMENKES No.269/MENKES/PER/III/2008 Pasal 4 Ayat (2) isi ringkasan pulang atau resume medis sekurang-kurangnya memuat salah satunya adalah identitas pasien. Sedangkan untuk review laporan penting belum sesuai dengan PERMENKES No.269/MENKES/PER/III/2008 Pasal 4 Ayat (2) isi ringkasan pulang atau resume medis memuat catatan yang penting diantaranya diagnosa masuk dan indikasi pasien dirawat, ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosa akhir, pengobatan dan tindak lanjut. Pada review autentikasi formulir resume medis belum sesuai dengan PERMENKESNo:269/MENKES/PER/III/2008 pasal 5 yang menyatakan bahwa setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan masih. Sedangkan pada review pencatatan yang benar belum sesuai dengan teori menjelaskan bahwa pada kelasahan penulisan tidak dibolehkan melakukan penghapusan atau penyetipan termasuk tipp-ex (Hatta, 2013) namun, pada formulir resume medis di RSUD R.A Kartini Jepara masih ditemukan.

4. Simpulan dan Saran

Hasil analisis kuantitatif pada formulir resume medis pasien rawat inap tahun 2015 di RSUD R.A Kartini Jepara pada 4 (empat) review yaitu review identifikasi pasien, review laporan penting, review autentikasi, review pencatatan yang benar masih belum sesuai dengan PERMENKES No.269/MENKES/PER/III/2008. Rumah sakit perlu memperbaiki kelengkapan formulir resume medis rawat inap yaitu untuk review identifikasi pasien perlu adanya surat keputusan yang sah mengenai identifikasi minimal yang harus ada pada suatu formulir agar terdapat keseragaman aturan pengisian identitas. Untuk laporan penting perlunya penulisan

yang lengkap pada laporan penting, sedangkan untuk autentikasi perlunya pengisian yang lengkap pada seluruh autentikasi karena autentikasi merupakan bukti melakukan perawatan terhadap pasien, selanjutnya untuk pencatatan yang benar perlunya perbaikan pada cara pembetulan yang benar.

5. Daftar Pustaka

Departemen Kesehatan. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan & Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit.* Jakarta: Depkes RI.

Hanafiah, Jusuf. M, dan Amri Amir (2008). *Etika Kedokteran & Hukum Kesehatan*. Jakarta: EGC.

Hatta, Gemala R. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan.* Jakarta: UI.

Kurniawati, Dewi dan Sugiarti, Ida. (2012). *Tinjauan Pengisian Resume Keluar Rawat Inap Ruang Teratai Triwulan IV di RSUD Kabupaten Ciamis Tahun 2012*

Notoatmodjo, Soekijdo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, Soekijdo. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 *tentang Rekam Medis.*

Riyanto, Agus. (2011). *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan.* Bandung: Nuha Medika.

Rustiyanto, Ery. (2010). *Statistik Rumah Sakit Untuk Pengambilan Keputusan.* Yogyakarta: Graha Ilmu.

Sugiyono. (2010). Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta.

Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 *tentang Praktik Kedokteran.*

The Suitability Lenght Of Stay Of BPJS Patient Based On Clinical Pathway Of Ca Mammae Case In RSUP Dr. Kariadi Semarang

Kesesuaian Lama Hari Rawat Pasien BPJS Berdasarkan *Clinical Pathway* Kasus Ca Mammae Di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang

Edy Susanto
Lina Umboro
Marsum
Siti Rofi'ah

Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
E-mail : edy.jrr@gmail.com

Abstract

The result of initial analysis of INA CBG's claim's data at September 2015 in RSUP Dr. Kariadi Semarang, found that the LOS of BPJS patient with ca mammae case, there are 37 of 54 ca mammae case had in appropriate LOS on clinical pathway standard. The technique sample collection in this research is total sampling which taken as whole ca mammae case in BPJS patient October-December 2015. Data collection in this research uses the observation and nore use checklist. LOS patients in accordance based on clinical pathway 44 caes (29,33%) and not based 106 cases (70,67%). LOS patients the most is 11 days and in the majority of ca mammae cases happened at the age of 46 years of the female sex because in the age is ca mammae start growing rapidly. Ca mammae cases mots many have secondary diagnosis anemia with the act of medical mastectomy that is management of the main diagnosis namely ca mammae and most be on severity level I which the cases that do not having complication or having complication with affected in the lymph nodes.

Keywords : *Medical Resume, Completeness, Quantitative Analysis.*

Abstrak

Hasil analisis awal data klaim INA CBG's bulan September 2015 RSUP Dr. Kariadi Semarang, ditemukan bahwa lama hari rawat pasien BPJS dengan kasus *Ca Mammae*, terdapat 37 dari 54 kasus ca mammae LOSnya tidak sesuai dengan standar LOS pada *clinical pathway*.Teknik pengambilan sampel yaitu dengan teknik total sampling yang diambil secara keseluruhan kasus ca mammae pada pasien BPJS bulan Oktober-Desember tahun 2015. Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan metode observasi dan dicatat menggunakan checklist.LOS pasien BPJS sesuai berdasarkan clinical pathway sebanyak 44 kasus (29,33%) dan tidak sesuai sebanyak 106 kasus (70,67%). LOS pasien paling banyak adalah 11 hari dan sebagian besar kasus ca mammae terjadi pada umur 46 tahun dengan jenis kelamin perempuan karena pada umur tersebut ca mammae mulai bekembang pesat. Kasus ca mammae paling banyak memiliki diagnosis sekunder anemia dengan tindakan medis mastektomi yang merupakan penatalaksanaan dari diagnosis utama yaitu ca mammae dan sebagian besar berada pada tingkat keparahan I yaitu pada kasus yang tidak memiliki komplikasi atau memiliki komplikasi dengan perkenaan pada kelenjar getah bening (*lymph nodes*).

Kata Kunci: *LOS ; Ca Mammae ; Clinical Pathway*

1. Pendahuluan

World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungis menyediakan pelayanan paripuna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik.

Sejak dioperasionalkan BPJS Kesehatan sebagai pelaksana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), berbagai kalangan mengkhawatirkan tarif yang diberlakukan dengan mengacu kepada *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBG's) yang digunakan BPJS Kesehatan untuk mengganti klaim yang ditagihkan oleh rumah sakit. INA-CBG's merupakan sistem pembayaran dengan sistem paket, berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Rumah sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA-CBG's yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan untuk suatu kelompok diagnosis.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, menyebutkan bahwa *clinical pathway* digunakan sebagai alat pengontrol tarif yang ditetapkan pada paket pembiayaan berdasarkan sistem *case-mix* INA CBG's. Selain itu, dokumen *clinical pathway* juga dipersyaratkan sebagai alat pembuktian, ketika paket biaya yang tidak terkendali membutuhkan klarifikasi dari tim multidisiplin yang melaksanakan kontrak tersebut.Hasil analisis awal data klaim INA CBG's bulan September 2015 RSUP Dr. Kariadi Semarang, ditemukan bahwa pada kasus *Ca Mamae* terdapat perbedaan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA CBG's yang total selisihnya mencapai Rp369.000.000,00 dimana pada bulan tersebut tarif yang dikeluarkan oleh rumah sakit lebih banyak daripada tarif INA CBG's yang diperoleh rumah sakit.

Ditinjau dari lama hari rawat pasien BPJS dengan kasus *Ca Mamae* di RSUP Dr. Kariadi Semarang, terdapat 37 dari 54 kasus *Ca Mamae* pada bulan September 2015, LOSnya tidak sesuai dengan standar LOS pada *clinical pathway*. Selain itu, *Ca Mamae* merupakan salah satu dari sepuluh besar penyakit di RSUP Dr. Kariadi Semarang. Sehingga penulis tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut dengan judul "Kesesuaian Lama Hari Rawat Pasien BPJS Berdasarkan *Clinical Pathway* Kasus *Ca Mamae* di RSUP Dr. Kariadi Semarang"

2. Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kuantitatif dengan menggunkaan instrument checklist. Teknik pengambilan sampel yaitu dengan teknik total sampling yang diambil secara keseluruhan kasus ca mammae pada pasien BPJS bulan Oktober-Desember tahun 2015. Pengumpulan datadalam penelitian ini menggunakan metode observasi dan dicatat menggunakan checklist. Data dianalisis secara deskriptif dan disajikan dalam bentuk tabel.

3. Hasil dan Pembahasan

LOS pasien CaMammae

Kasus *Ca Mammae* dengan LOS tidak sesuai berdasarkan *clinical pathway* sebanyak 106 kasus atau sebesar 70,67% dari 150 kasus *Ca Mammae* yang terjadi pada triwulan 4 tahun 2015. Dari 106 kasus dengan LOS tidak sesuai tersebut, terdapat 79 kasus *Ca Mammae* memiliki diagnosis sekuder dan 27 kasus tidak memiliki diagnosis sekunder. Dari 79 kasus yang memliki diagnosis sekunder semuanya memiliki diagnosis sekunder yang bersifat kronis seperti anemia, secondary malignant neoplasm of lymph node, diabetes mellitus dan hipertensi.

Menurut Sarafino (2006) menyebutkan bahwa penyakit kronis merupakan jenis penyakit degenerative yang berkembang atau bertahan dalam jangka waktu yang

sangat lama, yakni lebih lama dari enam bulan (Rusli, 2011). Menurut Johnson bahwa lama rawayt penyakit akut lebih cepat dibandingkan penyakit kronis (Djohan, 2011).

Sehingga dapat diketahui bahwa pasien dengan kasus *Ca Mammae* dengan diagnosis sekunder yang bersifat kronis pasien memiliki potensi dirawat lebih lama.

Karakteristik Pasien

Prosentase karakterisitk pasien *Ca Mammae* terbanyak dengan LOS riil pasien melebihi standar LOS *clinical pathway* adalah umur 46 tahun (6,67%) dengan jenis kelamin perempuan (100%) (Lampiran 5).

Kasus *Ca Mammae* berdasarkan riwayat keluarga dan gen, penelitian menemukan pada wanita dengan saudara primer menderita *Ca Mammae*, probabilitas terkena ca mame lebih tingi 2-3 kali dibanding wanita tanpa riwayat keluarga (Dessen, 2011).

Nani (2009) menyebutkan bahwa kanker payudara mulai berkembang pesat saat umur 40-49 tahun sebelum wanita memasuki usia 50 tahun keatas, sedangkan risiko kanker payudara sendiri berkembang sampai usia 50 tahun dengan perbandingan peluang 1 antara 50 wanita. (Lincoln dan Wilensky, 2007).

Di Semarang tahun 2005, ditemukan kasus kanker payudara sebanyak 769 kasus atau 19,26% dari keseluruhan kasus tomur ganas payudara di Jawa Tengah terjadi pada kelompok umur 45-54 tahun.

Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar pasien *Ca Mammae* berumur 46 tahunLOSnya melebihi standar *clinical pathway* yaitu 6 hari, karena pada umur tersebut *Ca Mammae* mulai berkembang pesat.

Diagnosis Sekunder

Kasus ca mammae yang tidak memiliki diagnosis sekunder sebanyak 44 kasus, 16 kasus diantaranya memiliki LOS sesuai dengan clinical pathway atau kurang dari atau sama dengan 6 hari dan 28 kasus LOSnya tidak sesuai atau lebih dari 6 hari.

Salah satu gambaran klinis anemia pada penyakit kronis adalah dengan menurunnya efektifitas pengobatan. Anemia mengganggu respon pengobatan radiasi (terapi sinar), karena anemia mengurangi kemampuan darah untuk mengangkut oksigen sehingga jaringan kekurangan oksigen. (Kar, 2005).

Kasus ca mammae yang tidak memiliki diagnosis sekunder sebagian besar LOSnya masih tidak sesuai clinical pathway, sedangkan yang memiliki 5 diagnosis sekunder LOSnya 31 hari, tiga diagnosis sekunder LOSnya 35 hari dan 2 diagnosis sekunder LOSnya 28 hari. Sehingga semakin banyaknya diagnosis sekunder tidak membuktikan LOS pasien menjadi semakin panjang (tidak sesuai), namun jenis diagnosis sekunder yang menyertai kasus ca mammae yang menyebabkan LOS pasien menjadi panjang seperti diagnosis sekunder anemia.

Tingkat Keparahan (*Severity Level*)

Data tingkat keparahan dihasilkan dari grouping INA CBG's pasien BPJS rawat inap dengan kasus *Ca Mammae* di RSUP Dr. Kariadi Semarang triwulan 4 tahun 2015 yaitu level I, II dan III.

Level I pada kasus *Ca Mammae* dengan LOS tidak sesuai, 26 diantaranya tidak memiliki komplikasi dan 31 memiliki diagnosis komplikasi. Level II pada kasus *Ca Mammae* dengan LOS tidak sesuai, 31 kasus diantaranya memiliki diagnosis sekunder dengan perkenaan pada penyakit darah seperti, anemia, thrombocytopenia dan hypokalemia. Sedangkan pada level III dengan LOS tidak sesuai, 11 kasus diantaranya memiliki diagnosis sekunder dengan perkenaan pada sistem metabolik dan sistem pernafasan.

Pasien *Ca Mammae* yang memiliki diagnosis sekunder anemia, tingkat keparahannya selalu pada level II dan menjadi level III apabila terdapat diagnosis lain dengan perkenaan

masksimal seperti pada sistem metabolik dan paru-paru. Kasus dengan diagnosis sekunder pleura effusion dan severe malnutrition, tingkat keparahannya ada pada level III. Sedangkan kasus dengan secondary malignant neoplasm of lymph node (kelenjar getah bening) tingkat keparahannya pada level I dan menjadi level II atau level III apabila terdapat diagnosis sekunder lain seperti anemia, pleura effusion atau severe malnutrition.

Dalam Juknis INA CBG's disebutkan bahwa tingkat keparahan (*Severity level*) dipengaruhi oleh diagnosis sekunder (komplikasi dan komorbiditi). (Permenkes, 2014)

Level I yaitu kondisi tanpa komplikasi atau masalah kepelikannya minimal, level II yaitu kondisi dengan komplikasi lokal atau masalah kepelikannya sedang dan level III yaitu kondisi dengan komplikasi sistemik atau masalah kepelikannya maksimal (Bastian, 2008)

Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar dari masing-masing tingkat keparahan, dipengaruhi oleh diagnosis yang menyertai diagnosis utama ca mamae sebagaimana teori menurut Bastian (2008) mengenai kondisi dari tingkat keparahan I, II dan III.

TindakanMedis

Data klaim INA CBG's triwulan 4 tahun 2015 menunjukkan ada 27 tindakan medis, dimana mastektomi merupakan tindakan medis yang paling banyak diberikan kepada pasien dengan kasus *Ca Mammae* yaitu sebanyak 64 dari 150 kasus *Ca Mammae* yang terjadi pada triwulan 4 tahun 2015 (Lampiran 7).

Mastektomi adalah tindakan pembedahan onkologis pada keganasan payudara yaitu dengan mengangkat seluruh jaringan payudara (Dessen, 2011).

Mastektomi merupakan tindakan dengan LOS yang tidak sesuai tertinggi dan paling banyak diberikan kepada pasien dengan kasus *Ca Mammae*. Selain itu, dari 54 kasus dengan LOS tidak sesuai berdasarkan *clinical pathway* pada tindakan mastektomi, 31 kasus diantaranya terdapat tindakan medis lebih dari satu dan 47 kasus memiliki diagnosis sekunder seperti anemia, secondary malignant neoplasm of lymph nodes dan pleura effusion yang merupakan komplikasi dari kasus *Ca Mammae*.

Hal tersebut karena mastektomi merupakan tata laksana dari diagnosis utama yaitu ca mammae dan transfusi darah merupakan tata laksana dari diagnosis sekunder terbanyak yaitu anemia. Sehingga dapat dilihat bahwa pasien *Ca Mammae* yang memiliki diagnosis sekunder tertentu berpotensi dirawat lebih lama karena tata laksana dari diagnosis sekunder yang menyertai *Ca Mammae*.

Kesesuaian LOS Pasien *Ca Mammae* Berdasarkan *Clinical pathway*

Kesesuaian LOS dengan standar pada *clinical pathway* diperoleh dari perbandingan antara LOS riil pasien *Ca Mammae* yang tercatat pada data klaim INA CBG's triwulan 4 tahun 2015 dengan standar LOS yang telah ditetapkan oleh rumah sakit pada *clinical pathway* kasus *Ca Mammae*. Sesuai apabila LOS pasien kurang dari atau sama dengan 6 hari, tidak sesuai apabila LOS pasien lebih dari 6 hari.

Analisis terhadap data klaim INA CBG's kasus *Ca Mammae* triwulan 4 tahun 2015, dihasilkan bahwa terdapat 106 dari 150 kasus *Ca Mammae* yang LOSnya tidak sesuai dengan standar LOS pada *clinical pathway*. Jumlah tersebut jauh lebih banyak dari jumlah kasus yang LOSnya sesuai. Dilihat dari aspek ekonomis rumah sakit berpotensi mengalami kerugian karena dengan semakin panjangnya LOS riil pasien, total biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit juga semakin besar. Sedangkan penggantian biaya oleh BPJS Kesehatan atas pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit kepada pasien belum tentu sebesar klaim yang ditagihkan oleh rumah sakit.

Dilihat dari lama rawat pasien *Ca Mammae*, 79 kasus *Ca Mammae* dengan LOS lebih dari 6 hari semuanya memiliki diagnosis sekunder yang bersifat kronis (menahun). Kasus *Ca Mammae* yang tercatat pada triwulan 4 tahun 2015 paling banyak pada umur 46 tahun dengan jenis kelamin perempuan (100%). Diagnosis sekunder yang paling banyak menyertai kasus *Ca Mammae* adalah anemia. Tingkat keparahan I merupakan tingkat keparahan yang paling banyak terjadi pada kasus *Ca Mammae*. Sedangkan tindakan medis pada kasus *Ca Mammae* yang paling banyak diberikan adalah mastektomi.

4. Kesimpulan

LOS pasien *Ca Mammae* paling banyak yaitu 11 hari (11,33%) sebanyak 17 dari 150 kasus dan sebagian besar memiliki diagnosis sekunder yang bersifat kronis.

Kasus *Ca Mammae* pada triwulan 4 tahun 2015 paling banyak terjadi pada umur 46 tahun (6,67%) dengan jenis kelamin perempuan (100%) karena pada umur tersebut ca mammae mulai berkembang pesat dan perempuan berpotensi lebih besar terkena ca mammae daripada laki-laki (gynecomastia).

Diagnosis sekunder yang paling banyak menyertai kasus *Ca Mammae* adalah anemia sebanyak 49 kasus. Semakin banyaknya diagnosis sekunder belum tentu menjadikan LOS pasien semakin panjang, namun tergantung dari jenis diagnosis sekunder yang menyertai ca mammae.

Data klaim INA CBG's menunjukkan bahwa kasus *Ca Mammae* sebagian besar berada pada tingkat keparahan I (55,33%) sebanyak 83 kasus, 26 kasus diantaranya memiliki LOS sesuai *clinical pathway* dan 57 kasus memiliki LOS tidak sesuai berdasarkan *clinical pathway*. Kasus ca mammae yang memiliki diagnosis sekunder pleura effusion dan severe malnutrition tingkat keparahannya berada pada level III. Sedangkan kasus dengan diagnosis sekunder anemia, tingkat keparahannya selalu pada level II.

Tindakan medis yang dilakukan pada kasus *Ca Mammae* paling banyak adalah mastektomi (26,45%) sebanyak 64 kasus dan transfusi darah (22,73%) sebanyak 55 kasus, karena mastektomi merupakan tata laksana dari diagnosis utama yaitu ca mammae dan transfusi darah merupakan tata laksana dari diagnosis sekunder terbanyak yaitu anemia.

5. Daftar Pustaka

Amah. (2014). Kesesuaian Lama Hari Rawat (LOS) Pasien BPJS Berdasarkan Standar INA CBG's Pada Kasus Partus Seksio Caesarea Periode Triwulan Di Rumah Sakit Permata Medika Semarang Tahun 2014. Semarang: Fakultas Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro.

Chandra. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: EGC

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia Revisi II*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medis

Feuth, S. & Claes, L. (2008). Introducing clinical pathway as a strategy for improving care. J Integr Care Path.

Firmanda. (2013). Clinical Pathway Rumah Sakit Saiful Anwar Malang. Malang: Dinas Kesehatan Propins Jawa Timur

Hatta. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan disarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.

Notoatmodjo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

Novitasari. (2012). Analisis Lama Perawatan (LOS) Pasien Seksio Caesarea pada Pasien Jamkesmas Rawat Inap Berdasarkan INA CBG's Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang tahun 2010. Semarang: Fakultas Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro.

Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INA CBG's.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438 tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran.

Sakti. (2013). Analisis Deskriptif Lama Perawatan (LOS) Pasien Jamkesmas pada Kasus Penyakit Benigna Prostat Hyperplasia (BPH) di RSI Sultan Agung Semarang Tahun 2012. Semarang: Fakultas Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro.

Sudra. (2010). *Statistik Rumah Sakit*. Yogyakarta: Graha Ilmu

Undang Undang Republik Indonesia Nomor 24 tahun 2011 tentang BPJS

Undang Undang Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2004 tentang SJSN.

Quantitative Analysis Inpatient Medical Record In Mawar Ward RSUD Ungaran

Analisis Kuantitatif Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di Bangsal Mawar RSUD Ungaran

Irmawati
Ahmad Danuri
Sudiyono
Fauzia Rahmawati

Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
E-mail : irmaedich98@gmail.com

Abstract

The incomplete filling of the medical record has an adverse effect on the quality of the hospital itself as well as the health care process to the patient. For example, the diagnosis is not filled then this will not be directly for coding so that for the claims will hampered.The type of this research is descriptive survey research. Methods of data collection is done by observation/observation method, documentation study. Data were analyzed using descriptive analysis and presented in the form of check list table.The result of the research shows that RSUD Ungaran performs quantitative analysis only if there is request. Quantitative analysis is done by assembling officers. In this study the number of medical records examined a number of 97 documents. This study is only taken specifically bangsal mawar. Of the four obtained the average in completeness of filling according to the identification review 75.22%; Review of important report 82.53%; Authentication review 73.10%; And 28.75% recording review.Based on the results of this study, should be socialized about the importance of filling the medical record properly and correctly, and review the medical record is not only done when there is a request only, but periodically.

Keywords: *Medical Record, Completeness, Form*

Abstrak

Ketidaklengkapan pengisian rekam medis memberikan dampak yang tidak baik bagi mutu rumah sakit itu sendiri maupun bagi proses pelayanan kesehatan kepada pasien. Misalnya diagnosis tidak terisi maka hal ini tidak akan bisa langsung untuk dilakukan koding sehingga untuk pengajuan klaimpun akan terhambat. Jenis penelitian ini adalah penelitian survey deskriptif. Metode pengumpulan data dilakukan dengan metode observasi/pengamatan, studi dokumentasi. Data dianalisis menggunakan analisis deskriptif dan disajikan dalam bentuk tabel *check list*. Hasil penelitian diperoleh bahwa di RSUD Ungaran melakukan analisis kuantitatif hanya jika ada permintaan. Analisis kuantitatif dilakukan oleh petugas *assembling*. Pada penelitian ini jumlah rekam medis yang diteliti sejumlah 97 dokumen. Penelitian ini hanya diambil khusus bangsal mawar. Dari keempat didapatkan rata-rata dalam kelengkapan pengisian menurut *review* identifikasi sejumlah 75,22%; *review* laporan penting (diagnosis) sejumlah 82,53%; *review* autentikasi sejumlah 73,10%; dan *review* pencatatan 28,75%. Hendaknya dilakukan sosialisasi tentang pentingnya mengisi rekam medis dengan baik dan benar, dan *review* kelengkapan rekam medis itu tidak hanya dilakukan ketika ada permintaan saja, namun secara periodik.

Kata Kunci : *Rekam Medis, Kelengkapan, Formulir*

1. Pendahuluan

Kelengkapan dan keakuratan rekam medis dapat dinilai dengan cara analisis kuantitatif yang ditujukan kepada jumlah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelengkapan lembaran medis, dan penunjang medis sesuai dengan prosedur yang ditetapkan (Dirjen Yanmed 2006). Analisis kuantitatif terfokus pada empat kriteria yaitu *review* identifikasi, *review* laporan penting(diagnosis), *review* autentikasi dan *review* pencatatan(coretan, tipe-ex, dan bagian kosong). Pada tanggal 25 Februari 2017 peneliti melakukan studi pendahuluan di RSUD Ungaran. Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan Kepala Instalasi Rekam Medis dan petugas *assembling* RSUD Ungaran didapatkan bahwa pada Bangsal Mawar sering terdapat ketidaklengkapan dalam hal pengisiannya. Dari Tujuh dokumen yang baru saja dikembalikan oleh Bangsal Mawar jika dilihat dari lembar masuk dan keluar yang paling tidak lengkap adalah pada *review* pencatatan sebanyak 7 rekam medis (100%) pada item terdapat bagian kosong, sedangkan yang paling lengkap pada *review* identifikasi dimana pada item nama pasien, nomor pasien, alamat pasien, orang yang dapat dihubungi semua terisi lengkap pada 7 rekam medis (100%) dan *review* autentikasi sebanyak 7 rekam medis (100%) telah lengkap pengisiannya pada item nama dokter dan tanda tangan dokter. Pada resume medis yang paling tidak lengkap pada *review* pencatatan sebanyak 7 rekam medis (100%) pada item terdapat bagian kosong , sedangkan yang paling lengkap pada *review* autentikasi sebanyak 4 rekam medis (71%) pada item nama dokter dan tanda tangan dokter. Pada *informed consent* jika dilihat dari *review* identitas dan *review* pencatatan sebanyak 7 rekam medis (100%) tidak lengkap, sedangkan

yang paling lengkap pada *review* autentikasi item nama dokter dan tanda tangan dokter sebanyak 7 rekam medis (100%).

Pada penelitian ini peneliti akan melakukan analisis kuantitatif pada lembar masuk dan keluar, resume medis, *informed consent*, dan laporan operasi. Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis berkeinginan untuk melakukan penelitian yang berjudul "Analisis Kuantitatif Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di Bangsal Mawar RSUD Ungaran".

2. Metode

Metode pengumpulan data yang akan digunakan adalah studi dokumentasi. Sugiyono (2009) menjelaskan bahwa "dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang". Studi dokumentasi merupakan suatu teknik pengumpulan data dengan cara mempelajari dokumen untuk mendapatkan data atau informasi yan berhubungan dengan masalah yang diteliti.

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian survey deskriptif dimana penelitian ini diarahkan untuk mendeskripsikan atau menguraikan suatu keadaan atau situasi di dalam suatu komunitas atau masyarakat. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi menggunakan *check list*.

3. Hasil dan Pembahasan

Pada penelitian ini sampel yang diambil berjumlah 97 dokumen dimana dokumen ini didapatkan setelah bangsal mengembalikan ke bagian *assembling*. Dari 97 dokumen

itu yang terdapat *informed consent* sebanyak 25 dokumen, laporan operasi sebanyak 8 dokumen. Untuk mengetahui gambaran masing-masing *review* dapat dilihat sebagai berikut :

a. *Review* Identifikasi

Tabel 1

Distribusi Frekuensi *Review* Identifikasi Kelengkapan Pengisian Nama Pasien dan Nomor Rekam Medis di Formulir Rekam Medis

No	Jenis Formulir	Item Diteliti	Frekuensi *Review* Identifikasi					
			Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah	
			F	%	F	%	F	%
1	Lembar Masuk dan Keluar	Nama Pasien	97	100	0	0	97	100
		Nomor RM	97	100	0	0	97	100
2	Resume Medis	Nama Pasien	60	61,86	37	38,14	97	100
		Nomor RM	60	61,86	37	38,14	97	100
3	*Informed Consent*	Nama Pasien	22	88	3	12	25	100
		Nomor RM	10	40	15	60	25	100
4	Laporan Operasi	Nama Pasien	6	75	2	25	8	100
		Nomor RM	6	75	2	25	8	100

Berdasarkan tabel 1 terlihat bahwa kelengkapan tertinggi terdapat pada lembar masuk dan keluar sebanyak 100%. Pada lembar masuk dan keluar sebanyak 97 rekam medis dalam pengisian nama pasien dan nomor rekam medis pasien telah sepenuhnya terisi.

Di dalam penelitian ini *review* identifikasi dilihat dari adanya nama pasien dan nomor rekam medis pasien. Hal ini digunakan karena kedua item tersebut dapat digunakan untuk mengidentifikasi milik siapa rekam medis tersebut. Apabila suatu saat terdapat formulir yang terlepas dari dokumennya apabila tidak terdapat nama pasien atau nomor rekam medisnya bagaimana bisa diketahui milik siapakah formulir tersebut, maka itulah pentingnya penulisan nama pasien dan nomor rekam medis. Di dalam akreditasi hal ini ditunjang pada sasaran keselamatan pasien.

b. *Review* LaporanPenting(Diagnosis)

Tabel 2

Distribusi Frekuensi *Review* Laporan Penting(Diagnosis) Kelengkapan Pengisian Diagnosis Formulir Rekam Medis

	Jenis Formulir	Item Diteliti	Frekuensi *Review* Laporan Penting(Diagnosis)					
			Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah	
			F	%	F	%	F	%
1	Lembar Masuk dan Keluar	Diagnosis	83	85,57	14	14,43	97	100
2	Resume Medis	Diagnosis	82	84,54	15	15,46	97	100
3	*Informed Consent*	Diagnosis	15	60	10	40	25	100
4	Laporan Operasi	Diagnosis	8	100	0	0	8	100

Pada tabel 2 terlihat bahwa kelengkapan tertinggi terdapat pada laporan operasi sejumlah 100%. Pada laporan operasi penulisan diagnosis telah terisi sepenuhnya.

Rekam medis wajib diisi lengkap oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya karena isi dari rekam medis tersebut dapat dijadikan informasi selanjutnya apabila pasien berobat

kembali ke pelayanan kesehatan. Apabila penulisan diagnosis tidak lengkap maka hal ini dapat menghambat proses koding. Apabila proses koding terhambat maka proses klaim juga terhambat. Apabila proses klaim terhambat maka pendapatan Rumah Sakit dapat terhambat juga karena, pendapatan Rumah Sakit itu didapatkan salah satunya dari pembayaran klaim tersebut.

c. *Review* Autentikasi

Tabel 3
Distribusi Frekuensi *Review* Autentikasi Kelengkapan Pengisian Nama Dokter dan Tanda Tangan Dokter di Formulir Rekam Medis

No	Jenis Formulir	Item	Frekuensi *Review* Autentikasi					
			Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah	
			F	%	F	%	F	%
1	Lembar Masuk dan Keluar	Nama dokter	61	62,89	36	37,11	97	100
		TTD dokter	82	84,54	15	15,46	97	100
2	Resume Medis	Nama dokter	60	61,86	37	38,14	97	100
		TTD dokter	81	83,51	16	16,49	97	100
3	*Informed Consent*	Nama dokter	10	40	15	60	25	100
		TTD dokter	13	52	12	48	25	100
4	Laporan Operasi	Nama dokter	8	100	0	0	8	100
		TTD dokter	-	-	-	-	-	-

Dari tabel 3 terlihat bahwa kelengkapan tertinggi dalam pengisian nama dokter terdapat pada lembar laporan operasi sejumlah 100% sedangkan kelengkapan tertinggi pengisian tanda tangan dokter terdapat pada lembar masuk dan keluar sejumlah 84,54%.

Menurut Permenkes 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis bahwa setiap dokter/dokter gigi dalam menjalankan praktek kedokteran wajib membuat rekam medis. Dalam pembuatan rekam medis harus segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan. Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama,waktu, tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung. Autentikasi penting karena apabila terjadi sesuatu pada pasien tenaga kesehatan yang telah membubuhkan tanda tangan dan atau nama teranglah yang akan bertanggungjawab terhadap apa yang telah diberikannya kepada pasien. Apabila tidak terdapat tanda tangan dan atau nama terang tenaga kesehatan maka hal ini akan menyebabkan masalah baru yaitu siapa yang akan bertanggungjawab atas pemberian pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien tersebut.

d. *Review* Pencatatan

Tabel 4
Distribusi Frekuensi*Review* Pencatatan Kelengkapan Pengisian Coretan,Tipe-ex, dan Bagian Kosong di Formulir Rekam Medis

No	Jenis Formulir	Item	Frekuensi *Review* Pencatatan					
			Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah	
			F	%	F	%	F	%
1	Lembar Masuk dan Keluar	Coretan	0	0	97	100	97	100
		Tipe-ex	0	0	97	100	97	100

		Kosong	96	98,97	1	1,03	97	100
2	Resume Medis	Coretan	0	0	97	100	97	100
		Tipe-ex	0	0	97	100	97	100
		Kosong	97	100	0	0	97	100
3	*Informed Consent*	Coretan	0	0	25	100	25	100
		Tipe-ex	0	0	25	100	25	100
		Kosong	24	96	1	4	25	100
4	Laporan Operasi	Coretan	0	0	8	100	8	100
		Tipe-ex	0	0	8	100	8	100
		Kosong	4	50	4	50	8	100

Dari tabel 4 terlihat bahwa tidak didapatinya coretan maupun tipe-ex didalam semua dokumen. Namun dari empat formulir yang paling banyak terdapat bagian kosongnya adalah laporan operasi.

Apabila bagian yang kosong tidak diberikan tanda zig zag seperti yang sudah ditentukan oleh SPO di Rumah Sakit maka hal ini akan menimbulkan potensi penyalahgunaan pada isi rekam medis. Apabila isi rekam medis tidak sesuai dengan apa yang sebenarnya terjadi maka hal ini dapat dikatakan salah satu tindakan fraud.

4. Simpulan dan Saran

Dari masing-masing *review* persentase kelengkapannya masih belum 100%. Sebaiknya tenaga kesahatan yang tidak menulis rekam medis dengan lengkap diberikan sanksi agar kelengkapan rekam medis dapat tercapai 100% sesuai dengan Kepmenkes 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Sebaiknya jika terdapat bagian yang kosong diberikan tanda Z (zig zag)sesuaidengan SOP yang sudahada untuk menghindari apabila seseorang menambahkan penulisan dan lain-lain. Sebaiknya *review* kelengkapan rekam medis itu tidak hanya dilakukan ketika ada permintaan saja, namun secara periode.

5. DaftarPustaka

Depkes. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II.* Jakarta : Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.

Hatta. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan.*Jakarta: UI-Press.

Huffman, E. K. (1994). HIM (Health Information Management) Physician Record Company Berwin Illonionis.

Indonesia, D. K. R., & Medik, D. P. (1997). Pedoman pengelolaan rekam medis rumah sakit di Indonesia. *Refisi I, Jakarta*.

Notoatmodjo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta.

PermenkesRI Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang *Rekam Medis.* 2008. Jakarta:Menkes RI.

Permenkes RI Nomor 340/ Menkes/ Per/ III/ 2010 tentang *Klasifikasi Rumah Sakit.*2010. Jakarta:Menkes RI.

Shofari. (2008). *Rekam Medis di Pelayanan Kesehatan.* Semarang: Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro.

Undang-Undang RI Nomor 29 tentang *Praktik Kedokteran.*2004. Jakarta: Presiden RI.

Undang-Undang RI Nomor 44 tentang *Rumah Sakit.* 2009. Jakarta: Presiden

Needs Analysis Of Outpatient Registration Officers Based On Workloud Indicator Staff Need (WISN) Method In RSI Sultan Agung Semarang

Analisis Kebutuhan Petugas Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Dan Pasien Rawat Inap Berdasarkan Metode *Workloud Indicator Staff Need* (WISN) Di RSI Sultan Agung Semarang

Warijan
Anton Kristijono
Lina Umboro Setyowati
Annisa Immaniar Nurbaity

Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
E-mail : warijan.rmik@gmail.com

Abstract

Hospital in order to organize good service then it takes a health worker that has the competence in the field of health so as to ensure the accountability, efficiency and quality of service. RSI Sultan Agung Semarang has 12 outpatient dan inpatient registration officer. The purpose of this research is to know the needs of outpatients and inpatient registration officers on WISN method in RSI Sultan Agung Semarang in 2016. This research is descriptive research with cross sectional time approaches. Sampling techniques are used accidental sampling techniques. A method of the data used in this research are observation and interview. Based on observation we can conclude that registration for new patient that outpatient needs 7 minutes, while registration for old patient that outpatient needs 3 minutes, registration for patient that use insurance needs 3 minutes, registration patient by phone needs 3 minutes, and admission patient needs 12 minutes. Based on the calculation with WISN formula, in order to make a better service we need to add one more registration officer.

Keywords : *Medical Labor needs analysis, WISN Method, outpatients dan inpatients registration*

Abstrak

Rumah sakit membutuhkan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi di bidang kesehatan sehingga dapat menjamin mutu, efisiensi dan akuntabilitas pelayanan. RSI Sultan Agung Semarang memiliki 12 petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan rawat inap dengan rata-rata pasien rawat jalan per hari sejumlah 513 pasien dan pasien rawat inap per hari sejumlah 53 pasien. Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui kebutuhan petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan pasien rawat inap berdasarkan metode WISN di RSI Sultan Agung Semarang tahun 2016. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan waktu *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu teknik *accidental sampling*. Metode pengambilan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu observasi dan wawancara. Berdasarkan hasil observasi diketahui bahwa untuk melakukan kegiatan registrasi pasien baru rawat jalan membutuhkan waktu 7 menit, registrasi pasien lama rawat jalan membutuhkan waktu 3 menit, registrasi pasien dengan menggunakan asuransi membutuhkan waktu 4 menit, registrasi pasien per telepon membutuhkan waktu 3 menit dan admisi pasien membutuhkan waktu 12 menit. Hasil perhitungan dengan rumus WISN diketahui bahwa perlu adanya penambahan 1 orang petugas pendaftaran agar pelayanan dapat lebih efektif dan efisien.

Kata Kunci: *Analisis Kebutuhan Tenaga Kerja ; Metode WISN ; Pendaftaran Pasien Rawat Jalan dan Pasien Rawat Inap*

1. Pendahuluan

Rumah sakit merupakan institusi yang menyelenggarakan pelayanan secara paripurna baik pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Fungsi utama rumah sakit yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan kesehatan kuratif, rehabilitatif secara serasi dan terpadu dengan pelayanan preventif dan promotif. Untuk dapat menjalankan fungsinya dengan baik maka dibutuhkan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan pendidikan di bidang kesehatan sehingga dapat menjamin mutu, efisiensi, dan akuntabilitas pelaksanaan kegiatan atau pelayanan di setiap unit kerja rumah sakit. Perekam medis dan informasi kesehatan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keteknisian medis dimana tugas dari perekam medis dan informasi kesehatan yaitu mengelola data pasien menjadi informasi kesehatan yang berguna bagi pengambilan keputusan. Pengelolaan rekam medis yang baik membutuhkan tenaga kerja yang kompeten dalam bidang rekam medis dilihat dari segi kualitas maupun kuantitas. Kualitas tenaga kerja meliputi pengetahuan, keterampilan dan tingkat pendidikan, sedangkan kuantitas adalah jumlah tenaga kerja yang ada harus sesuai dengan beban kerja. Beban kerja sangat berpengaruh terhadap efisiensi, efektivitas dan produktifitas tenaga kerja. Sehingga perlu adanya kesesuaian antara jumlah tenaga kerja dan beban kerja di suatu unit pelayanan. Salah satu metode untuk mengetahui kebutuhan tenaga kerja yaitu dengan menggunakan metode WISN dimana metode tersebut dapat menunjukkan besarnya kebutuhan tenaga pada sarana kesehatan berdasarkan beban kerja, sehingga lokasi/relokasi akan lebih mudah dan rasional. RSI Sultan Agung Semarang memiliki 2 (dua) tempat pendaftaran pasien rawat jalan (TPPRJ) dan tempat pendaftaran pasien rawat inap (TPPRI) yang berada di gedung D dan gedung MCEB (Multi Centre Excellences of Building) dengan jumlah petugas yaitu 12 (dua belas) petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan rawat inap. Rata-rata jumlah pasien rawat jalan di RSI Sultan Agung Semarang setiap harinya mencapai 513 pasien dan rata-rata jumlah pasien rawat inap sebanyak 54 pasien. Selain itu terdapat petugas pelaporan yang turut membantu untuk melayani pendaftaran pasien rawat jalan selama satu hari penuh. Serta petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan pasien rawat inap memiliki tugas untuk melakukan pemberian informasi kepada pasien. Berdasarkan latar belakang tersebut, dalam penelitian ini akan dilakukan analisis kebutuhan petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan pasien rawat inap berdasarkan metode Workload Indicator Staff Need (WISN) di RSI Sultan Agung Semarang.

2. Metode

Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian deskriptif dengan pendekatan waktu cross sectional. Teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu accidental samping dengan jumlah sampel sebanyak 108 pasien. Kriteria inklusi yang digunakan dalam penelitian ini yaitu pasien yang mendaftar dengan membawa persyaratan yang telah lengkap dan dilayani sesuai dengan standar prosedur operasional (SPO). Sedangkan kriteria eksklusi dari penelitian ini yaitu pasien yang akan mendaftar namun belum membawa persyaratan yang lengkap sehingga pasien tidak dapat dilayani. Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu metode oservasi dan wawancara. Intsrumen yang digunakan pada penelitian ini yaitu checklist observasi, pedoman wawancara dan alat mekanik seperti stopwatch dan kalkulator. Analisis data yang digunakan yaitu analisis deskriptif.

3. Hasil dan Pembahasan

Tabel 1

Waktu kerja tersedia petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan pasien rawat inap di RSI Sultan Agung Semarang.

Faktor	Jumlah hari
Hari kerja efektif	312
Cuti tahunan	12
Pendidikan	3
Libur nasional	19
Kehadiran	0
Waktu kerja	6,7 jam/hari
WKT (waktu kerja tersedia)	111.765 menit/tahun

Waktu kerja petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan rawat inap selama 1 tahun yaitu 312 hari. Petugas mendapatkan waktu cuti tahunan yaitu 12 hari dalam satu tahun, hal ini sudah sesuai dengan UU Nomor 13 tahun 2003 pasal 79 ayat (2) yang menyatakan bahwa cuti tahunan sekurang-kurangnya 12 hari kerja setelah buruh atau pekerja yang bersangkutan bekerja selama 12 bulan berturut-turut.

Hari libur dan cuti bersama di RSI Sultan Agung disesuaikan dengan keputusan bersama Menteri Agama, Menteri Ketenagakerjaan dan Mentri Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 150 tahun 2015 yaitu selama 19 hari.

Waktu kerja tersedia di RSI Sultan Agung Semarang berdasarkan prosedur tetap yang ada yaitu 40 jam/minggu hal ini sudah sesuai dengan Undang-undang Nomor 13 tahun 2003 pasal 77 ayat (2) yang menyebutkan bahwa karyawan bekerja 7 jam 1 hari dan 40 jam 1 minggu untuk 6 hari kerja dalam 1 minggu.

Uraian tugas dan kegiatan petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan pasien rawat inap di RSI Sultan Agung Semarang. Uraian tugas petugas pendaftaran pasien rawat jalan yaitu melakukan wawancara, menginputkan data pasien, mencetakkan SEP, mencetakkan KIB, memberikan informasi pelayanan medis di rumah sakit, menyediakan formulir data pribadi pasien. Uraian tugas petugas pendaftaran pasien rawat inap yaitu melakukan wawancara, memasukkan data pasien ke dalam komputer, mencarikan kamar kosong, melakukan pencatatan di buku antrian, membuat laporan pasien rawat inap per hari, mengkonfirmasi kamar kosong per bangsal, memberikan informasi biaya dan ruangan.

Kegiatan yang dilakukan oleh petugas pendaftaran pasien rawat jalan yaitu menyiapkan formulir pasien baru, melakukan wawancara kepada pasien, menginputkan data pasien ke dalam komputer, mencetakkan KIB, mengarahkan pasien menuju poliklinik, mencetakkan SEP, memberikan informasi terkait pelayanan medis di rumah sakit. Kegiatan petugas pendaftaran pasien rawat inap yaitu menyiapkan formulir persetujuan rawat inap, wawancara pasien, mencarikan kamar kosong, menginputkan data ke dalam komputer, menerangkan informasi fasilitas, biaya, tata tertib, mengarahkan pasien. Uraian tugas petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan pasien rawat inap belum sesuai dengan uraian tugas yang ada di RSI Sultan Agung Semarang. Kegiatan yang dilakukan oleh petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan pasien rawat inap untuk melakukan registrasi dan admisi pasien sudah sesuai dengan SPO.

Berikut ini rincian Beban kerja petugas yang waktu kegiatan petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan rawat inap di RSI Sultan Agung Semarang.

Tabel 2

Distribusi waktu kegiatan petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan rawat inap di RSI Sultan Agung Semarang

No	Kegiatan	Waktu
1	Wawancara pasien.	1,6
2	Pengisian identitas pasien baru.	2,5
3	Input data pasien ke komputer.	1,6
4	Cetak KIB (pasien baru)	0,5
5	Cetak SEP (pasien asuransi)	0,5

6	Pengisian identitas pasien rawat inap di formulir persetujuan pasien rawat inap.	2
7	Mencarikan kamar kosong (pasien rawat inap)	2,5
8	Pemberian informasi tata tertib, harga dan fasilitas kamar.	3
9	Mengarahkan pasien menuju poli	0,5
10	Pemberian informasi kepada pasien.	1

Tabel 3

Beban kerja petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan pasien rawat inap di RSI Sultan Agung Semarang

No	Kegiatan	Beban kerja
1	Registrasi pasien baru	15.965,1
2	Registrasi pasien lama	37.252
3	Registrasi pasien asuransi	27.939
4	Registrasi pasien telepor	37.252
5	Admisi pasien	9.313
6	Pemberian informasi	111.756

Kegiatan yang dilakukan oleh petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan rawat inap sudah sesuai dengan Standar Prosedur Operasional di RSI Sultan Agung. Kegiatan yang dilakukan yaitu registrasi pasien baru rawat jalan, registrasi pasien lama rawat jalan, registrasi pasien dengan asuransi, registrasi pasien per telepon dan admisi pasien serta pemberian informasi kepada pasien. Terdapat beberapa kegiatan registrasi maupun admisi yang memerlukan waktu lama diantaranya yaitu pengisian identitas pasien baru dan pemberian informasi tata tertib, harga dan fasilitas kamar dengan masing-masing kegiatan memerlukan waktu 2,5 menit dan 3 menit.

Tabel 4

Standar kelonggaran petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan pasien rawat inap di RSI Sultan Agung Semarang

No	Faktor	Kelonggaran
1	Rapat	0,01
2	Lainnya	0,15
Total		0,16

Standar kelonggaran di RSI Sultan agung sebesar 0,16526 dengan faktor kelonggaran di RSI Sultan Agung Semarang yaitu rapat dan lain-lain yang meliputi istirahat, makan, ibadah. Kegiatan rapat memerlukan waktu 2,5 jam sudah sesuai dengan Petunjuk Teknis Penyusunan Kebutuhan SDMK di Lingkungan Kementerian Kesehatan, kegiatan ibadah sudah sesuai dengan UU Nomor 13 tahun 2003.

Tabel 5

Perhitungan kebutuhan petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan pasien rawat inap di RSI Sultan Agung Semarang

No	Kegiatan	Kebutuhan
1	Registrasi pasien baru	1,8
2	Registrasi pasien lama	3,5
3	Registrasi pasien asuransi	3,8
4	Registrasi pasien telepon	0,3
5	Admisi pasien	2,0
6	Pemberian informasi	1,4
	Kebutuhan	13,1
	Kelonggaran	0,16
	Total Kebutuhan	13

Diketahui perhitungan kebutuhan petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan pasien rawat inap dengan menggunakan metode *Workload Indicators Staff Need* (WISN) didapatkan total kebutuhan petugas sejumlah 13 orang. Di RSI Sultan Agung jumlah petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan pasien rawat inap sebanyak 12 orang dengan prosentase sebesar 92,3%. Jumlah petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan pasien rawat inap di RSI Sultan Agung hampir sesuai dengan hasil perhitungan kebutuhan petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan pasien rawat inap berdasarkan metode WISN. Dibutuhkan penambahan petugas pendaftaran pasien rawat jalan sebanyak 1 orang sehingga pekerjaan dapat dikerjakan secara efektif dan efisien.

4. Simpulan dan Saran

Hasil perhitungan kebutuhan petugas pendaftaran pasien pasien rawat jalan di RSI Sultan Agung Semarang berdasarkan metode WISN sebanyak 13 petugas, sedangkan di RSI Sultan Agung Semarang memiliki 12 petugas. Jumlah tersebut hampir sesuai dengan hasil perhitungan dengan metode WISN, sehingg rumah sakit perlu menambahkan 1 petugas agar pelayanan lebih efektif dan efisien.

5. Daftar Pustaka

Budi, S.C. (2011). *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta : Quantum Sinergis Medis

DepKes RI. (2010). *Petunjuk Teknis Penyusunan Kebutuhan SDM Kesehatan di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI*. Jakarta : DepKes RI.

DepKes RI. (2012). *WISN Toolkit* (online). http://www.gizikia.depkes.go.id/sekretariat/wisn-toolkit/ diakses tanggal 5 Maret 2016

Nazir, M. (2005). *Metode Penelitian*. Ciawi-Bogor: Ghalia Indonesia.

Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Republik Indonesia. (2004). KepMenKes No. 81/MENKES/SK/I/2004 *tentang Pedoman Penyusunan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit*. Jakarta : Sekretariat Negara.

Republik Indonesia. (2008). PerMenKes RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 *tentang Rekam Medis*. Jakarta : Sekretariat Negara.

Republik Indonesia. (2009). Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 *tentang Rumah Sakit*. Jakarta : Sekretariat Negara.

Republik Indonesia. (2010). PerMenKes RI No. 340/MENKES/PER/III/2010 *tentang Klasifikasi Rumah Sakit Umum*. Jakarta : Sekretariat Negara.

Republik Indonesia. (2013). PerMenPan No. 30 tahun 2013 *tentang Jabatan Fungsional Perekam Medis dan Angka Kreditnya*. Jakarta : Sekretariat Negara

Review Of Delay Retention Of Medical Record Documents In DR. Soediran Mangun Sumarso District Wonogiri

Tinjauan Keterlambatan Retensi Dokumen Rekam Medis Di RSUD DR. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri

Marsum
Adhani Windari
Subinarto
Nurtian Fetia Chandra Dewi

Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
E-mail : marsum.rmik@gmail.com

Abstract

Permenkes No.269 of 2008 Article 8 Paragraph 1 states that the patient's medical record is kept for at least 5 years from the date of the last patient's treatment or repatriation. The purpose of this study is to describe the factors causing retention delay. The type of this research is descriptive survey with cross sectional approach. Data collection in this study used interview with filing officer, questionnaire, and observation. Data analysis techniques used in this study using descriptive analysis techniques. Based on the results of research in hospitals dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri Regency there are 3 people filing officer and only 1 person who educational background DIII RMIK. Insufficient retention infrastructure facilities such as Archive Retention Schedule that have not been made and no shelf storage of in-active medical record. We recommend that the hospital conduct training for non-medical record-keeping fileds and health information to better understand the implementation of retention. Hospitals also need to quickly create an archive retention schedule in order to have a regular schedule for retention.

Keywords: *Medical Record, Retention, Hospital*

Abstrak

Pada Permenkes No.269 Tahun 2008 Pasal 8 Ayat 1 menyebutkan bahwa rekam medis pasien disimpan sekurang-kurangnya selama 5 tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menggambarkan faktor-faktor penyebab keterlambatan retensi. Jenis penelitian ini adalah survey deskriptif dengan pendekatan *cross sectional.* Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan cara wawancara dengan petugas filing, kuesioner, dan observasi. Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan teknik analisis deskriptif. Berdasarkan hasil penelitian di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri terdapat 3 orang petugas filing dan hanya 1 orang yang berlatar belakang pendidikan DIII RMIK. Sarana prasarana retensi belum lengkap seperti Jadwal Retensi Arsip yang belum dibuat dan tidak adanya rak penyimpanan rekam medis in-aktif. Sebaiknya rumah sakit mengadakan pelatihan bagi petugas filing non pendidikan rekam medis dan informasi kesehatan agar lebih memahami pelaksanaan retensi. Rumah sakit juga perlu segera membuat jadwal retensi arsip agar ada jadwal yang teratur untuk melakukan retensi.

Kata Kunci : *Rekam Medis, Retensi, Rumah Sakit*

1. Pendahuluan

Pada Permenkes No.269 Tahun 2008 Pasal 8 Ayat 1 menyebutkan bahwa rekam medis pasien disimpan sekurang-kurangnya selama 5 tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan. Selain itu dalam pasal 8 ayat 2 menyebutkan bahwa setelah batas waktu 5 tahun sebagaimana dimaksut pada ayat 1 dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik. Sebelum pemusnahan dokumen rekam medis, maka harus dilakukan retensi atau penyusutan dokumen rekam medis. Pelaksanaan retensi dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu faktor sumber daya manusia yang meliputi jumlah petugas, tingkat pendidikan dan pengetahuan petugas, faktor sarana prasarana yang meliputi tersedianya tempat dan juga jadwal retensi, dan faktor kebijakan yang ada di rumah sakit meliputi Undang-Undang Kesehatan yang mengatur retensi, dan Standar Prosedur Operasional. Apabila faktor tersebut tidak tersedia maka dapat memicu terjadinya keterlambatan pelaksanaan retensi dokumen rekam medis. Apabila retensi mengalami keterlambatan, maka akan terjadi penumpukan dokumen rekam medis yang memenuhi rak penyimpanan dokumen rekam medis. Penumpukan dokumen rekam medis membuat rak penyimpanan tidak rapi dan rentan terjadinya kesalahan letah dokumen rekam medis (missfile). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti melalui wawancara dengan petugas filling RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri, terjadi keterlambatan retensi karena rumah sakit belum melakukan retensi. Pada tahun 2016, untuk pertama kalinya RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri melakukan retensi. Dokumen yang diretensi yaitu seluruh dokumen rekam medis yang ada hingga maksimal dokumen rekam medis dengan kunjungan terakhir tahun 2007 dan 2008. Seharusnya pada tahun 2016 dokumen yang diretensi adalah dokumen tahun 2011. Namun rumah sakit belum melakukannya. Sehingga masih dijumpai dokumen-dokumen tahun 2009 hingga 2011 yang belum diretensi. Pada tahun 2016 total kunjungan mencapai 162.981 pasien. Dokumen rekam medis yang diretensi disimpan dalam ruangan in-aktif. Dengan adanya hal tersebut, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Tinjauan Keterlambatan Retensi Dokumen Rekam Medis di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri".

2. Metode

Jenis penelitian ini adalah survey deskriptif dengan pendekatan *cross sectional.* Penelitian survey deskriptif adalah penelitian yang diarahkan untuk mendeskripsikan atau menguraikan suatu keadaan di dalam suatu komunitas atau masyarakat. Sedangkan pendekatan cross sectional adalah variabel sebab dan akibat diukur secara bersamaan. Peneliti menggambarkan faktor-faktor penyebab keterlambatan retensi. Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan cara wawancara dengan petugas filing, kuesioner, dan observasi. Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan teknik analisis deskriptif dimana peneliti akan membuat tabel distribusi frekuensi dan mendeskripsikan hasil data yang terkumpul pada setiap instrument penelitian.

3. Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan pengamatan dan data jumlah petugas di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri, jumlah petugas filing sebanyak 3 orang. Tiga orang tersebut bertugas sebagai petugas distributor rekam medis, mencari dan menyimpan kembali rekam medis dan sekaligus sebagai pelaksana retensi.

Tabel 1 Persentase Tingkat Pendidikan Petugas Filing di RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Kab.Wonogiri

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah	%
1	S 1 Ekonomi (Non RMIK)	1	33,3
2	D III RMIK	1	33,3
3	SMU	1	33,3
	Jumlah	**3**	**100,0**

Berdasarkan Tabel 1 dapat dilihat bahwa karakteristik tingkat pendidikan petugas filing di RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Kab.Wonogiri hanya ada 1 orang dengan latar belakang D III RMIK, 1 orang lulusan S 1 Ekonomi (Non RMIK), dan 1 orang berlatar belakang pendidikan SMU.

Tingkat pengetahuan retensi petugas filing di RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri diukur berdasarkan kuesioner yang dibagikan kepada petugas filing. Kuesioner tersebut berisi 14 butir pernyataan dengan kriteria jawaban benar dan salah. Petugas dikatakan memiliki pengetahuan retensi yang baik apabila presentase hasil jawaban mencapai 76%-100%. Petugas dikatakan memiliki pengetahuan retensi cukup apabila presentase hasil jawaban mencapai 56%-75%. Petugas dikatakan memiliki pengetahuan retensi yang kurang apabila presentase hasil jawaban kurang dari 56%.

Tabel 2 Presentase Tingkat Pengetahuan Retensi Petugas Filing

No	Tingkat Pengetahuan	F	%
1	Baik	1	33,3
2	Cukup	0	0
3	Kurang	2	66,7
	Jumlah	**3**	**100**

Dari Tabel 2 menunjukan bahwa 1 orang (33,3%) memiliki tingkat pengetahuan retensi yang baik, dan sebanyak 2 orang (66,7%) memiliki pengetahuan retensi yang kurang. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa pelaksanaan retensi di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kab. Wonogiri tidak berpedoman pada Jadwal Retensi Arsip (JRA) dikarenakan rumah sakit belum memiliki Jadwal Retensi Arsip (JRA). Petugas merasa tidak perlu adanya jadwal retensi. Berdasarkan hasil pengamatan yang telah dilakukan, di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kab. Wonogiri sudah memiliki ruang penyimpanan dokumen rekam medis in-aktif yang terpisah dari ruang penyimpanan dokumen rekam medis aktif. Ruang penyimpanan dokumen rekam medis in-aktif lebih kecil dari ruang penyimpanan dokumen rekam medis aktif sehingga tidak muat apabila dimasukkan rak penyimpanan. Jika terjadi penumpukan dokumen maka ruangan akan penuh sehingga memicu terjadinya keterlambatan retensi. Berdasarkan hasil pengamatan di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kab.Wonogiri tidak memiliki rak penyimpanan dokumen rekam medis in-aktif. Ini dikarenakan ruangan penyimpanan yang sangat sempit sehingga tidak memungkinkan untuk dimasukkan rak penyimpanan dokumen rekam medis in-aktif. Pelaksanaan retensi pada tahun 2016 di RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Kab.Wonogiri adalah sebagai berikut :

a. Petugas mencari dokumen yang perlu disusutkan melalui SIMRS atau secra manual.
b. Petugas mengambil dokumen rekam medis yang terakhir periksa tahun 2007 dan formulir-formulir yang terakhir periksa tahun 2007 meskipun dokumen rekam medis pasien tersebut masih aktif.
c. Dokumen tersebut lalu ditumpuk berdasarkan tahun terakhir dokumen.
d. Petugas memindahkan dokumen rekam medis in-aktif ke ruang

penyimpanan dokumen rekam medis in-aktif

e. Petugas menyusunnya berdasarkan tahun dan disusun menggunung karena tidak ada rak penyimpanan

Pembahasan

RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Kab.Wonogiri hanya memiliki 3 orang petugas filing. Berdasarkan pengamatan yang dilakukan, petugas merasa kesulitan membagi tugas antara mendistribusikan dokumen dengan retensi karena kesibukan dalam mendistribusikan dokumen. Berdasarkan pada tabel 1 dapat diketahui bahwa pendidikan petugas filing di RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Kab.Wonogiri terdiri dari 1 orang sarjana manajemen ekonomi (sarjana Non RMIK), 1 orang SMU, dan 1 orang DIII RMIK. Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa 1 orang petugas filing di RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Kab.Wonogiri memiliki pengetahuan retensi yang baik, dan 2 orang memiliki pengetahuan retensi yang kurang . Menurut A. Wawan dan Dewi M (2010) pengetahuan adalah hasil "tahu" dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Dengan frekuensi petugas yang berpengetahuan kurang lebih banyak dari yang sudah tahu maka akan sulit untuk memperbaikinya, inilah pemicu terjadinya keterlambatan pelaksanaan retensi. Hal ini terlihat dari hasil kuesioner dan wawancara bahwa petugas tidak mengetahui pelaksanaan retensi. Petugas menceritakan bahwa ketika melakukan retensi yang diambil bukan hanya dokumen yang berkunjung 5 tahun terakhir melainkan formulir-formulir pasien yang masih aktif juga diambil. Seperti pada saat melakukan retensi dokumen rekam medis 2007, petugas juga mengambil formulir tahun 2007 dari dokumen rekam medis pasien yang masih aktif berkunjung. RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Kab.Wonogiri tidak memiliki Jadwal Retensi Arsip (JRA) dikarenakan petugas merasa tidak perlu dibuatkan Jadwal Retensi Arsip. Pelaksanaan retensi dilakukan berdasarkan kebijakan yang ada. Dari pernyataan yang disebutkan oleh petugas filing dapat diketahui bahwa petugas belum memahami antara apa itu jadwal retensi dengan masa simpan dokumen. Karena jadwal retensi diatur oleh kebijakan masing-masing institusi pemerintahan kapan tepatnya dilaksanakan retensi.

Berdasarkan hasil pengamatan di RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Kab.Wonogiri sudah tersedia ruang penyimpanan dokumen rekam medis in-aktif. Ruang penyimpanan dokumen rekam medis in aktif memiliki panjang 3 m dan lebar 5 m sehingga luas ruangan penyimpanan dokumen rekam medis in-aktif adalah 15 m2. Ruangan ini lebih kecil dibandingakn dengan luas dokumen rekam medis aktif, sehingga ketika terjadi penumpukan dokumen rekam medis in-aktif petugas kesulitan dalam berlalu-lalang. Menurut Sularso Mulyono, dkk (2011) luas ruang untuk arsip minimal berukuran 4mx4m =16m2. Jika ruang penyimpanan dokumen rekam medis lebih luas maka akan memudahkan petugas dalam berlalu-lalang sehingga tidak menghambat pelaksanaan retensi. Berdasarkan hasil pengamatan di RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso tidak mempunyai rak penyimpanan dokumen rekam medis in-aktif. Dokumen rekam medis in-aktif hanya diletakkan begitu saja di atas lantai dengan mengurutkan berdasarkan tahun terakhir berobat tanpa memperhatikan urutan nomor rekam medisnya. Hal ini terjadi karena luas ruangan yang tidak mencukupi untuk dimasukkan rak. Penyusutan dokumen rekam medis di RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Kab.Wonogiri dilakukan oleh petugas filing yang berlatar belakang pendidikan 1 orang Sarjana Non DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, 1 orang lulusan SMU, dan 1 orang D III RMIK. Petugas tidak hanya memilah dokumen rekam

medis yang aktif hingga tahun 2007 melainkan juga memilah formulir yang masih aktif sekarang dan meretensi pula formulir yang periksa di tahun 2007. Hal ini terjadi karena petugas kurang memahami bagaimana pelaksanaan retensi. Apabila ini terus berlanjut maka bisa mengakibatkan ketidaksinambungan informasi dalam dokumen rekam medis pasien aktif. Setelah memilah dokumen rekam medis in-aktif, petugas tidak menyusunnya sesuai urutan nomor rekam medis, melainkan hanya menyusunnya berdasarkan urutan tahun terakhir kunjungan. Hal ini tidak dibenarkan karena dapat mempersulit pencarian dokumen rekam medis yang masih diperlukan.

Keterlambatan retensi juga didasari karena tidak adanya jadwal retensi sehingga petugas tidak tahu kapan harus melakukan retensi. Ditambah lagi karena petugas yang bukan berlatar belakang pendidikan rekam medis dan informasi kesehatan lebih banyak yaitu sebanyak 2 dari 3 orang, maka petugas tidak cukup pengetahuan tentang pentingnya jadwal retensi dan merasa tidak perlu membuat jadwal retensi arsip.

Apabila faktor-faktor keterlambatan tersebut tidak segera ditindaklanjuti maka akan terjadi penumpukan dokumen rekam medis dan ketidaksinambungan informasi yang ada di dalam dokumen rekam medis.

4. Simpulan dan Saran

Jumlah petugas filing di RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso sebanyak 3 orang yang bertugas sebagai pendistributor dokumen rekam medis sekaligus pelaksana retensi.

Sebanyak 1 orang petugas sudah berpendidikan D III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, 2 orang masing-masing berlatar belakang pendidikan S1 Manajemen Ekonomi (S1 Non RMIK) dan Sekolah Menengah Umum (SMU). Sebanyak 2 orang petugas memiliki pengetahuan retensi kurang yang merupakan lulusan S1 Non RMIK dan SMU.

Di RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Kab. Wonogiri belum memiliki Jadwal Retensi Arsip (JRA), dan belum memiliki rak penyimpanan dokumen rekam medis in-aktif. Namun sudah memiliki ruang penyimpanan dokumen rekam medis in-aktif.

Sebaiknya pihak rumah sakit mengadakan pelatihan untuk petugas filing Non DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Sebaiknya pelaksanaan retensi dilakukan oleh petugas filing dengan latar belakang pendidikan D III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan atau petugas yang sudah mendapatkan pelatihan yang memahami pelaksanaan retensi dengan benar. Sebaiknya rumah sakit menyediakan sarana dan prasarana retensi yang lengkap, seperti pembuatan Jadwal Retensi Arsip (JRA) dan rak penyimpanan dokumen rekam medis in-akif.

5. DaftarPustaka

Budi, Savitri Citra. (2011). *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis.* Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.

Dirjen Pelayanan Medik. (1995). Surat Edaran Dirjen Pelayanan Medik Nomor HK.00.06.1.5.01160 Tahun 1995 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah sakit, Jakarta : Indonesia.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis. 2008. Jakarta.

Putri, Elisa Widyawati. (2016). Faktor-Faktor Penyebab Keterlambatan Retensi Pasien Rawat Inap di RSUD Kota Semarang Semarang : Prodi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,

Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang.

Rahayu Dewi. (2012). Tinjauan Pelaksanaan Penyusutan Berkas Rekam Medis Inaktif di Siloam Hospital Kebon Jeruk. Jakarta : Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul Jakarta.

Sectio, Deta Prihatina. (2015). Tinjauan Pelaksanaan Retensi Dokumen Rekam Medis Non Aktif Di Filing Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi Tahun 2015. Semarang : Program Studi DIII Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Udinus Semarang.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

Review Implementation Of Daily Census Activity Inpatient In RSUD Kota Salatiga

Tinjauan Pelaksanaan Kegiatan Sensus Harian Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga

Elise Garmelia
Sri Lestari
Sudiyono
Cory Puspa Sari Dewi

Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik
E-mail : elsa0306@gmail.com

Abstract

Daily census was regularly carried out in the hospital are counting number of patients served in the inpatient unit for 24 hour by officers who are in the ward care. Purpose of research, which is reviewing the implementation census daily stay in terms of management 6M, according to SOP census, the census, timeliness of census as well as obstacles that appear. Type research that used descriptive. Methods data used with interviews and observations active participation. The sample this research is ward flamboyant in the RSUD Salatiga with the time data retrieval for two weeks. Census activity in flamboyant ward, between manual census and SIMRS significant differences in the number of patiens. Applied groove not comply with SPO census. Timeliness census entry does not from 00.00 – 24.00. Implementation census according to the management factor 6M, the Man of implementation qualifier has not met the criteria, Money is the absence of incentive in census, Material has not been applied again form census in hospital, Machine SIMRS that used is good but for user need to be evaluated, Methods census not implementation according SPO, and Market of hospital management does not need census data.

Keyword : *the daily census, inpatient*

Abstrak

Sensus harian rawat inap adalah kegiatan yang rutin dilaksanakan di rumah sakit yang menghitung jumlah pasien yang dilayani di unit rawat inap mulai pukul 00.00 hingga 24.00 WIB oleh petugas yang terdapat di bangsal perawatan. Tujuan dari penelitian ini yaitu meninjau pelaksanaan sensus harian rawat inap dari segi faktor manajemen 6M, berdasarkan SPO sensus, alur, ketepatan waktu pelaksanaan serta hambatan yang muncul. Jenis penelitian adalah deskriptif. Metode pengambilan data dengan wawancara dan observasi partisipasi aktif. Sampel yang digunakan bangsal flamboyan RSUD Kota Salatiga selama dua minggu. Kegiatan sensus di bangsal flamboyan antara sensus manual dan SIMRS mengalami perbedaan jumlah pasien yang signifikan. Alur yang diterapkan tidak sesuai dengan SPO sensus. Ketepatan waktu entry sensus tidak dilakukan mulai pukul 00.00 – 24.00. Pelaksanaan sensus menurut faktor manajemen 6M yaitu faktor *Man* kualifikasi pelaksana belum memenuhi kriteria, *Money* tidak adanya insentif dalam pelaksanaan sensus karena sensus masuk kegiatan pokok rawat inap, *Material* sudah tidak diterapkan lagi form sensus di rumah sakit, *Machine* SIMRS yang digunakan sudah baik akan tetapi untuk pengguna SIMRS tersebut perlu dilakukan evaluasi, *Methods* sensus tidak dilaksanakan sesuai SPO, dan *Market* pihak pimpinan rumah sakit tidak terlalu membutuhkan data sensus harian rawat inap.

Kata kunci : *sensus harian, rawat inap*

1. Pendahuluan

Menurut Permenkes RI No. 340/Menkes/Per/III/2010 yang dimaksud dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan maupun gawat darurat.

Menurut Kepmenkes RI No. 129 Tahun 2008 BAB III Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, dijelaskan bahwa terdapat jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib untuk disediakan rumah sakit yang meliputi 21 jenis pelayanan. Salah satu pelayanan yang wajib utuk disediakan oleh rumah sakit adalah pelayanan rekam medis. Hal tersebut semakin diperjelas dalam UU No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit yang menyatakan bahwa kewajiban rumah sakit adalah menyelenggarakan rekam medis. Fungsi dari unit rekam medis adalah bertanggungjawab terhadap pengelolaan data pasien menjadi informasi kesehatan yang berguna bagi pengambilan keputusan.

Rekam medis menurut Permenkes RI No. 269/Menkes/Per/III/2008 adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Dalam rekam medis banyak sekali data yang dapat diperoleh mulai dari data sosial pasien yang berupa identitas pasien yang diperoleh ketika pasien mendaftar dan data medis yang berupa informasi pemeriksaan pasien sejak pasien pertama kali masuk rumah sakit hingga pasien keluar dari rumah sakit. Rekam medis memiliki arti yang cukup luas, rekam medis bukan hanya berkas yang digunakan untuk menuliskan data pasien akan tetapi rekam medis dapat juga digunakan untu berbagai kepentingan seperti dalam pengambilan keputusan pengobatan pasien, bukti legal pelayanan yang telah diberikan, dan dapat juga digunakan sebagai bukti tentang kinerja sumber daya manusia di fasilitas pelayanan kesehatan. Informasi yang terdapat pada rekam medis tidak hanya digunakan dalam pengambilan keputusan pengobatan pasien, akan tetapi juga dapat digunakan dalam pengambilan keputusan manajemen rumah sakit. Data yang digunakan untuk pengambilan keputusan manajemen rumah sakit berupa statistik pelayanan rumah sakit yang datanya dapat berasal dari unit rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Statistik pelayanan ruamh sakit tersebut setiap bulannya wajib dilaporkan oleh rumah sakit kepada pihak eksternal rumah sakit yang meliputi Dinkes dan Kemenkes. Sumber dari data yang dilaporkan tersebut salah satunya berasal dari sensus harian rawat inap.

Sensus harian rawat inap adalah aktivitas yang rutin dilaksanakan di rumah sakit yang menghitung jumlah pasien yang dilayani di unit rawat inap. Sensus harian rawat inap dilaksanakan mulai pukul 00.00 hingga 24.00 oleh petugas yang terdapat di bangsal perawatan. Petugas bangsal tersebut melakukan perhitungan jumlah pasien yang masuk, pasien keluar, pasien pindahan atau dipindahkan, pasien meninggal dan hari perawatan pasien. Data tersebut setiap bulannya akan direkap dan dijadikan statistik pelayanan rumah sakit yang akan dilaporkan kepada pihak-pihak yang berwenang.

Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga adalah rumah sakit tipe B Pendidikan yang bertempat di Jalan Osamaliki No. 19 Salatiga. Di RSUD Kota Salatiga terdapat 15 bangsal perawatan yang terbagi mulai dari VVIP, VIP, Kelas I dari A hingga C, Kelas II, Kelas III, Isolasi, dan Ruang Pengawasan/Intensif. Data sensus harian rawat inap di RSUD Kota Salatiga jika dilakukan pemantau secara rutin mengalami perubahan yang sigifikan. Perubahan data sensus secara signifikan tersebut dikhawatirkan akan mempengaruhi keakuratan pelaporan

pelayanan rumah sakit. Pelaporan pelayanan rumah sakit adalah gambaran pelayanan rumah sakit selama periode tertentu yang akan di laporkan kepada pihak Dinas kesehatan terkait bahkan Kementerian Kesehatan.

Oleh karena itu, peneliti ingin meninjau pelaksanaan sensus harian rawat inap di RSUD Kota Salatiga berkaitan dengan pelaksanaan sensus sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO), alur sensus harian, ketepatan waktu pelaksaaan, perbandingan data sensus manual dan hambatan dalam pelaksanaan sensus harian rawat inap.

2. Metode

Jenis penelitian ini menggunakan peneitian deskriptif dengan menggunakan analisa kualitatif. Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara dan observasi partisipasi aktif dengan menggunakan instrument penelitian berupa pedoman wawancara dan *checklist* observasi. Variabel dalam penelitian ini adalah setiap variabel yang terdapat di SPO sensus harian rawat inap, alur pelaksanaan, ketepatan waktu pelaksanaa, dan konsistensi data sensus manual dan SIMRS. Sampel dalam penelitian ini adalah bangsal flamboyan dari flamboyan 1 sampai 4 RSUD Kota Salatiga dengan pengambilan data selama dua minggu.

3. Hasil dan Pembahasan

Alur Pelaksanaan Sensus Harian Rawat Inap Manual di RSUD Kota Salatiga

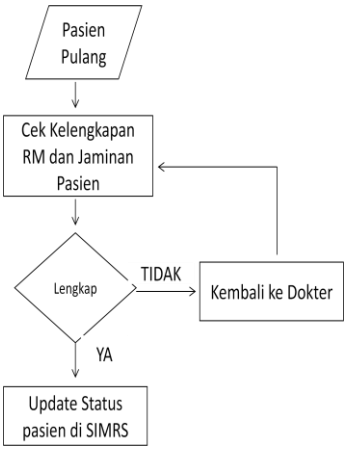
Alur sensus manual di RSUD Kota Salatiga berdasarkan SPO sensus harian rawat inap yang terdapat di rumah sakit.

Gambar 1 *Alur sensus harian rawat inap manual*

Sumber : SPO Sensus harian rawat inap RSUD Kota Salatiga, 2007

Alur sensus harian rawat inap pada gambar 4.1 benar dan sesuai dengan (BPPRM,2006) dikarenakan sensus yang benar adalah dilakukan mulai pukul 00.00 sampai 24.00 atau dalam kurun waktu 24 jam. Alur tersebut menjelaskan bahwa kegiatan sensus dilakukan secara manual dengan menghitung jumlah pasien yang dirawat di bangsal flamboyan, dengan kegiatan menghitung tersebut jumlah pasien yang dirawat akan valid dan akurat. Akan tetapi, alur tersebut tidak diterapkan lagi di rumah sakit dikarenakan rumah sakit sudah memiliki alur yang berbeda dengan alur di atas.

Alur Sensus Harian Rawat Inap SIMRS di RSUD Kota Salatiga



Gambar 2 *Alur sensus harian rawat inap SIMRS*

Sumber : Data primer hasil wawancara admin bangsal flamboyan

Alur sensus harian rawat inap SIMRS tidak sesuai dengan SPO sensus yang terdapat di rumah sakit dan (BPPRM,2006) dikarenakan pada alur sensus SIMRS tersebut sensus dilaksanakan setelah kegiatan kelengkapan rekam medis dan jaminan pasien dinyatakan lengkap. Kegiatan kelengkapan rekam medis dan sensus harian rawat inap sangatlah berbeda konsep. Kelengkapan rekam medis pasien terdapat dalam Permenkes 269 Tahun 2008 sedangkan untuk kegiatan sensus terdapat dalam BPPRM 2006 dan Permenkes No. 1171 Tahun 2011 tentang SIRS. Kegiatan sensus dengan menerapkan alur SIMRS menjadi tidak sesuai standar yang ada dimana kegiatan sensus yang baik adalah yang dilaksanakan mulai pukul 00.00 sampai 24.00 atau dalam kurun waktu 24 jam akan tetapi jika menggunakan alur SIMRS tersebut sensus akan dilaksanakan dan di *update* lebih dari 24 jam.

Kegiatan sensus yang dilaksanakan lebih dari 24 jam akan berdampak pada validasi data sensus, jika jumlah pasie yang di rawat di bangsal tersebut tidak segera dilakukan *update* maka jumlah pasien pada hari selanjutnya yang sekaligus akan digunakan sebagai jumlah pasien awal menjadi bertumpuk dan melebihi jumlah kapasitas tempat tidur yang ada. Selain tidak validnya data sensus tersebut, ketepatan waktu sensus juga menjadi dampak, dengan menerapkan alur sensus SIMRS yang mengutamakan kegiatan kelengkapan rekam medis maka kegiatan sensus tidak tepat dilakukan dalam kurun waktu 24 jam mulai pukul 00.00 sampai 24.00. Perbandingan Sensus Harian Rawat Inap Manual dan SIMRS di RSUD Kota Salatiga

Berdasarkan alur sensus harian rawat inap yang terbagi menjadi dua di RSUD Kota Salatiga yaitu secara manual dan SIMRS, data sensus yang terdapat di penelitian ini juga terdapat dua macam secara manual dan SIMRS. Data sensus SIMRS adalah sensus yang digunakan oleh pihak rumah sakit dalam pembuatan laporan rumah sakit baik laporan internal maupun eksternal dimana data tersebut dalam dilakukan *update* lebih dari 24 jam yang mengakibatkan tidak validnya jumlah pasien setiap harinya, sedangkan data sensus manual adalah data sensus yang diambil sendiri dengan observasi partisipasi aktif dengan menghitung jumlah pasien yang masuk di bangsal bangsal flamboyan 1 sampai 4 setiap harinya, menghitung jumlah pasien keluar bangsal baik pulang, meninggal atau dipindahkan serta menghitung jumlah pasien sisa hari sebelumnya dan pasien pindahan dari bangsal lain.

Tabel 1

Sensus Harian Rawat Inap SIMRS Bangsal Flamboyan 1 RSUD Kota Salatiga Bulan Mei 2017

Tanggal	Pasien Masuk			Jumlah	Pasien Keluar		Meninggal		jumlah	Sisa pasien
	Pasien awal	Pasien baru	Pindahan		Pulang hidup	Dipindahkan	< 48 jam	> 48 jam		
01	31	1	-	32	3	-	-	-	3	29
02	29	4	5	38	3	-	-	-	3	35
03	35	3	9	47	2	-	-	-	2	45
04	45	2	8	55	8	-	-	-	8	47
05	47	1	8	56	8	1	-	-	9	47
06	47	1	3	51	3	-	-	-	3	48

07	48	-	17	65	3	-	-	-	3	62
08	62	1	8	71	6	-	-	-	6	65
09	65	8	7	80	2	-	-	-	2	78
10	78	3	5	86	6	-	-	-	6	80
11	80	3	6	89	-	1	-	-	1	88
12	82	3	9	94	4	-	-	-	4	90
13	90	1	2	93	1	-	-	-	1	92
14	92	1	7	100	1	-	-	-	1	99

Tabel 2
Sensus Harian Rawat Inap Manual Bangsal Flamboyan 1 RSUD Kota Salatiga Bulan Mei 2017

Tanggal	Pasien Masuk			Jumlah	Pasien Keluar		Meninggal		Jumlah	Sisa pasien
	Pasien awal	Pasien baru	Pindahan		Pulang hidup	Dipindahkan	< 48 jam	> 48 jam		
01	28	1	-	29	4	-	-	-	4	25
02	25	-	5	30	3	-	-	-	3	27
03	27	3	-	30	4	-	-	-	4	26
04	26	2	-	28	8	-	-	-	8	20
05	20	1	8	29	8	1	-	-	9	20
06	20	1	3	24	3	-	-	-	3	21
07	21	-	4	25	3	-	-	-	3	22
08	22	2	6	30	6	-	-	-	6	24
09	24	6	-	30	4	-	-	-	4	26
10	26	2	-	28	6	-	-	-	6	22
11	22	3	-	25	-	1	-	-	1	24
12	24	1	-	25	6	-	-	-	6	19
13	19	1	-	20	1	-	-	-	1	19
14	19	-	-	19	11	-	-	-	11	8

Berdasarkan tabel 4.1 dan 4.2 antara data sensus manual dan SIMRS di bangsal flamboyan 1 terdapat perbedaan. Perbedaan jumlah pasien pada sensus SIMRS selalu melebihi kapasitas tempat tidur yang ada sedangkan untuk sensus manual selalu dibawah kapasitas tempat tidur yaitu 30 TT.

Tabel 3
Sensus Harian Rawat Inap SIMRS Bangsal Flamboyan 2 RSUD Kota Salatiga Bulan Mei 2017

Tanggal	Pasien Masuk			Jumlah	Pasien Keluar		Meninggal		jumlah	Sisa pasien
	Pasien awal	Pasien baru	Pindahan		Pulang hidup	Dipindahkan	< 48 jam	> 48 jam		
01	26	2	1	29	-	-	-	-	-	29
02	29	11	1	41	6	-	-	-	6	35
03	35	4	1	40	5	-	-	-	5	35
04	35	3	-	38	4	-	-	-	4	34
05	34	4	1	39	4	2	-	-	6	34
06	34	8	-	42	5	-	-	-	5	36
07	36	5	-	41	1	-	-	-	1	40
08	40	7	-	47	3	1	-	-	4	43

09	43	4	1	48	4	1	-	-	5	42
10	42	4	-	46	2	-	-	-	2	44
11	44	4	-	48	1	-	-	-	1	47
12	47	5	-	52	-	2	-	-	2	50
13	50	5	1	56	1	-	-	-	1	55
14	55	3	-	58	1	-	-	-	1	57

Tabel 4
Sensus Harian Rawat Inap Manual Bangsal Flamboyan 2 RSUD Kota Salatiga Bulan Mei 2017

Tanggal	Pasien Masuk			Jumlah	Pasien Keluar		Meninggal		Jumlah	Sisa pasien
	Pasien awal	Pasien baru	Pindahan		Pulang hidup	Dipindahkan	< 48 jam	> 48 jam		
01	26	2	-	28	9	-	-	-	9	19
02	19	10	-	29	6	-	-	-	6	23
03	23	3	-	26	5	-	-	-	5	21
04	21	5	-	26	4	-	-	-	4	22
05	22	1	-	23	4	2	-	-	6	17
06	17	7	-	24	7	-	-	-	7	17
07	17	3	-	20	2	-	-	-	2	18
08	18	3	-	21	4	1	-	-	5	16
09	16	4	1	21	6	1	-	-	7	14
10	14	2	-	16	2	-	-	-	2	14
11	14	4	-	18	2	-	-	-	2	16
12	16	2	-	18	2	2	-	-	4	14
13	14	2	-	16	1	-	-	-	1	15
14	15	2	-	17	2	-	-	-	2	15

Berdasarkan hasil tabel 4.3 dan 4.4, hasil sensus manual dan SIMRS berbeda sama halnya dengan hasil sensus pada bangsal flamboyan 1. Pada sensus SIMRS tanggal 6 perhtungan jumlah sisa pasien yang dirawat tidak akurat dikarenakan antara pasien masuk dan keluar jika dihitung secara manual hasilnya tidak sejumlah itu.

Tabel 5
Sensus Harian Rawat Inap SIMRS Bangsal Flamboyan 3 RSUD Kota Salatiga Bulan Mei 2017

Tanggal	Pasien Masuk			Jumlah	Pasien Keluar		Meninggal		Jumlah	Sisa pasien
	Pasien awal	Pasien baru	Pindahan		Pulang hidup	Dipindahkan	< 48 jam	> 48 jam		
01	34	2	1	37	1	-	-	-	1	36
02	36	5	-	41	2	-	-	-	2	39
03	39	6	-	45	2	-	-	-	2	43
04	43	2	-	45	3	2	-	-	5	40
05	40	3	1	44	1	-	-	-	1	43
06	43	5	-	48	6	1	-	-	7	41
07	41	3	1	45	1	-	-	-	1	44

08	44	7	-	51	2	-	-	-	2	49
09	49	2	-	51	3	2	-	-	5	46
10	46	6	1	53	3	-	-	-	3	50
11	50	5	1	56	-	-	-	-	-	56
12	56	4	1	61	1	1	-	-	2	59
13	59	3	-	62	-	-	-	-	-	62
14	62	1	-	63	-	-	-	-	-	63

Tabel 6
Sensus Harian Rawat Inap Manual Bangsal Flamboyan 3 RSUD Kota Salatiga Bulan Mei 2017

Tanggal	Pasien Masuk			Jumlah	Pasien Keluar		Meninggal		Jumlah	Sisa pasien
	Pasien awal	Pasien baru	Pindahan		Pulang hidup	Dipindahkan	< 48 jam	> 48 jam		
01	21	2	1	24	1	-	-	-	1	23
02	23	4	-	27	5	-	-	-	5	22
03	22	5	-	27	2	-	-	-	2	25
04	25	1	-	26	3	3	-	-	6	20
05	20	4	-	24	1	-	-	-	1	23
06	23	3	-	26	10	1	-	-	11	15
07	15	6	-	21	1	-	-	-	1	20
08	20	2	-	22	3	-	-	-	3	19
09	19	1	-	20	4	2	-	-	6	14
10	14	7	-	21	4	-	-	-	4	17
11	17	4	-	21	2	-	-	-	2	19
12	19	-	-	19	3	1	-	-	4	15
13	15	2	-	17	1	-	-	-	1	16
14	16	-	-	16	1	-	-	-	1	15

Berdasarkan tabel 4.5 dan 4.6 mengenai sensus manual dan SIMRS bangsal flamboyan 3 mengalami perbedaan yang signifikan sama halnya pada sensus manual dan SIMRS bangsal flamboyan 1 dan 2. Sensus SIMRS jumlah pasien melebihi kapasitas tempat tidur yang terdapat di bangsal sebanyak 30 TT. Kelebihan tempat tidur tersebut dikarenakan kegiatan sensus selalu dilakukan melebihi dari 24 jam, sedangkan SIMRS waktunya akan terus berjalan dan jumlah pasiennya akan terus bertambah jika tidak dilakukan *update* mengenai jumlah pasien yang dirawat dibangsal tersebut dengan segera.

Tabel 7
Sensus Harian Rawat Inap SIMRS Bangsal Flamboyan 4 RSUD Kota Salatiga Bulan Mei 2017

Tanggal	Pasien Masuk			Jumlah	Pasien Keluar		Meninggal		jumlah	Sisa pasien
	Pasien awal	Pasien baru	Pindahan		Pulang hidup	Dipindahkan	< 48 jam	> 48 jam		
01	34	2	1	37	1	-	-	-	1	36
02	36	5	-	41	2	-	-	-	2	39
03	39	6	-	45	2	-	-	-	2	43
04	43	2	-	45	5	-	-	-	5	40

05	40	3	1	44	1	-	-	-	1	43
06	43	5	-	48	6	1	-	-	7	41
07	41	3	1	45	1	-	-	-	1	44
08	44	7	-	51	2	-	-	-	2	49
09	49	2	-	51	3	2	-	-	5	46
10	46	6	1	53	3	-	-	-	3	50
11	50	5	1	56	-	-	-	-	-	56
12	56	4	1	61	1	1	-	-	2	59
13	59	3	-	62	-	-	-	-	-	62
14	62	1	-	63	-	-	-	-	-	63

Tabel 8
Sensus Harian Rawat Inap Manual Bangsal Flamboyan 4 RSUD Kota Salatiga Bulan Mei 2017

Tanggal	Pasien Masuk			Jumlah	Pasien Keluar		Meninggal		Jumlah	Sisa pasien
	Pasien awal	Pasien baru	Pindahan		Pulang hidup	Dipindahkan	< 48 jam	> 48 jam		
01	26	3	-	29	2	-	-	-	2	27
02	27	3	-	30	2	-	-	-	2	28
03	28	1	-	29	2	-	-	-	2	27
04	27	3	-	30	5	-	-	-	5	25
05	25	3	-	28	4	-	-	-	4	24
06	24	5	-	29	9	1	-	-	10	19
07	19	4	-	23	3	-	-	-	3	20
08	20	3	-	23	5	-	-	-	5	18
09	18	7	-	25	4	2	-	-	6	19
10	19	3	1	23	5	-	-	-	5	18
11	18	2	1	21	2	-	-	-	2	19
12	19	2	1	22	4	1	-	-	5	17
13	17	4	-	21	2	-	-	-	2	19
14	19	1	-	20	2	-	-	-	2	18

Berdasarkan hasil dari tabel 4.1 hingga 4.8 mengenai sensus manual dan SIMRS di bangsal flamboyan 1 RSUD Kota Salatiga, sensus SIMRS jumlah pasien selalu melebihi kapasitas tempat tidur bahkan sebanyak tiga kali lipat dari kapasitas tempat tidur yang tersedia. Sensus manual jumlah pasien selalu standar atau tidak lebih dari kapasitas tempat tidur yang tersedia.

Faktor Manajemen Pendukung Pelaksanaan Sensus Harian Rawat Inap Bangsal Flamboyan RSUD Kota Salatiga

a. *Man (Human Resource)*
Sensus dilaksanakan oleh admin bangsal dengan tiga orang merupakan lulusan dari SMA dan satu orang lulusan Sarjana Ekonomi.

b. *Money (Financial)*
Pelaksanaan sensus tidak memiliki dana khusus atau insenstif bagi pihak yang melaksanakannya dikarenakan sensus merupakan kegiatan pokok yang harus dilakukan di unit rawat inap.

c. *Material (Logistik)*
Sensus di bangsal flamboyan RSUD Kota Salatiga pelaksanaannya tidak menggunakan form sensus dikarenakan sensusnya menggunakan SIMRS. Peralatan

yang menunjang dalam pelaksanaannya hanya ATK dan buku register saja.

d. Machine (Information)
Sensus yang dilaksanakan di RSUD Kota Salatiga tidak sesuai dengan SPO yang ada dikarenakan sensusnya menggunakan SIMRS. SIMRS di rumah sakit sudah cukup baik akan tetapi pihak yang menggunakan tidak melakukan *update* secara rutin. Hal tersebut tidak sesuai dengan Permenkes No. 1171 Tahun 2011 tentang SIRS yang menjelaskan bahwa data yang baik adalah data yang bersifat terbarukan.

e. Methods (Legittimate)
Sensus tidak dilaksanakan sesuai dengan SPO yang ada dan tidak sesuai dengan (BPPRM,2006) yang menjelaskan bahwa sensus dilakukan dalam 24 jam.

f. Market (Participation)
Data sensus belum begitu diperhatikan bagi pihak atasan rumah sakit, data sensus yang dibutuhkan oleh pihak petugas pelaporan untuk pembuatan laporan rumah sakit.

4. Simpulan dan Saran

Simpulan

a. Pelaksanaan sensus harian rawat inap bangsal Flamboyan di RSUD Kota Salatiga tidak sesuai dengan SPO sensus yang telah disepakati oleh rumah sakit
b. Alur pelaksanaan sensus harian rawat inap bangsal Flamboyan di RSUD Kota Salatiga dibedakan menjadi dua yaitu secara manual dan SIMRS. Alur sensus secara manual sama dengan prosedur yang terdapat pada SPO sensus rumah sakit sedangkan alur sensus SIMRS berbeda dengan alur yang terdapat di SPO sensus.
c. Ketepatan waktu pelaksaan sensus di bangsal Flamboyan RSUD Kota Salatiga lebih dari 24 jam.
d. Perbandingan data sensus manual dan SIMRS mengalami perbedaan yang signifikan mulai dari sisa pasien, pasien masuk, pindahan, dipindahkan, dan pasien keluar mulai dari flamboyan 1 hingga 4.
e. Faktor manajemen pendukung pelaksanaan sensus harian rawat inap
    1) *Man (Human Resource)*
    Admin bangsal terdapat empat orang dengan kualifikasi, tiga orang lulusan SMA dan satu orang Sarjana Ekonomi dan sau orang petugas pelaporan lulusan rekam medis.
    2) *Money (financial)*
    Tidak ada insentif atau biaya tambahan dalam pelaksanaan sensus harian rawat inap
    3) *Material (Logistik)*
    Form sensus sudah tidak digunakan kembali dalam pelaksanaan sensus harian rawat inap
    4) Machine (Information)
    SIMRS yang digunakan dalam kegiatan sensus sudah baik akan tetapi perlu di update setiap saat mengenai jumlah pasien dalam satu hari
    5) Methods (Legitimate)
    Pelaksanaan sensus di bangsal flamboyan tidak sesuai dengan SPO sensus rumah sakit, dan ketepatan waktu entry sensus selalu lebih dari 24 jam.
    6) Market (Participation)
    Data sensus hanya di butuhkan oleh petugas pelaporan saja untuk analisa dan pengolahan pelaporan rumah sakit.
f. Hambatan dalam melaksanakan sensus harian rawat inap bangsal

Flamboyan di RSUD Kota Salatiga sebagai berikut :

1) Kurangnya pengetahuan bagi pihak yang bukan lulusan rekam medis mengenai manajemen rekam medis di rumah sakit khususnya mengenai sensus harian rawat inap
2) Kurangnya evaluasi mengenai kegiatan manajemen rekam medis di rumah sakit
3) Kurangnya pelatihan mengenai kegiatan rekam medis di rumah sakit agar petugas yang terlibat dalam kegiatan manajemen rekam medis menjadi lebih paham mengenai pentingnya segala bentuk kegiatan manajemen rekam medis

Saran

a. Dilakukan pembaruan terhadap SPO sensus harian rawat inap di rumah sakit yang sesuai dengan alur sensus saat ini yang diterapkan
b. Diadakan pelatihan kegiatan manajemen rekam medis bagi pihak-pihak yang terlibat
c. Diadakan sosialisasi terhadap pihak-pihak yang terlibat dalam kegiatan sensus mengenai sensus harian rawat inap yang tepat sesuai dengan BPPRM,2006
d. Entry data sensus dilakukan tepat waktu agar mendapatkan data *real time*
e. Adanya *feedback* dari pihak rekam medis kepada pihak-pihak yang terlibat dalam kegiatan sensus

5. Daftar Pustaka

Cahya, Firman Diningrat. (2015). *Faktor-faktor Keterlambatan Pengembalian Sensus Harian Rawat Inap di RSUD Kab. Ciamis.* Jurnal Manajemen Infomormasi Kesehatan Indonesia, [online]. (http://jmiki.aptirmik.or.id/index.php/jmiki/article/download/84/68, diakses 10 Januari 2016).

Citra, Savitri Budi. (2011). *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis.* Yogyakarta: Quantum Sinergis Media

Direktorat Jendral Pelayanan Medik. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis.* Jakarta

Hatta, R.Gemala. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan.* Jakarta: UI-Press

Indradi Sudra, Rano. (2010). *Statistik Rumah Sakit.* Yogyakarta: Graha Ilmu

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1171 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)

Pamungkas, Catur DY. (2012). *Evaluasi Kegiatan Manajemen Sensus Harian Rawat Inap di RSUD Banyumas Tahun 2011.* Jurnal Kesehatan Masyarakat, [online], Vol.1 No. 2 Tahun 2012, Halaman 143-153, (http://id.portalgaruda.org/index.php?page=2&ipp=10&ref=browse&mod=viewjournal&journal=5115, diakses 10 Januari 2016).

Rustiyanto, Ery. (2010). *Statistik Rumah Sakit Untuk Pengambilan Keputusan.* Yogyakarta: Graha Ilmu

Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D.* Bandung: Alfabeta

Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Undang-Undang Republik Indonesia No. 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran

Winardi. (2012). *Asas-Asas Manajemen.* Bandung: PT Alumni Bandung

Retention Review Of Medical Record In Puskesmas Pandanaran Semarang

Tinjauan Pelaksanaan Pemusnahan Rekam Medis Di Puskesmas Pandanaran Semarang

Edy Susanto
Widodo
Elise Garmelia
Dewi Indah Solekhah

Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
E-mail : edy.jrr@gmail.com

Abstract

Permenkes 269 Year 2008 concerning Medical Record states medical records on non-hospital health care facilities should be kept at least for a period of 2 (two) years from the date of the last patient's treatment. Based on preliminary study at Puskesmas Pandanaran Semarang, that has been formed Puskesmas Pandanaran in 1990 the implementation of destruction only once done in 2005. The purpose of this research is to know factors supporting the implementation of the destruction of medical records in terms. The type of this research is qualitative descriptive research. Methods of data collection is done by observation / observation method, interview and documentation study. The data in the analysis using descriptive analysis and presented in the form of narration. The results obtained that the destruction of medical records in 2005 was done by burning 5000 medical records by Pandanaran Public Health Service officer, SOP Destruction of Medical Record applied since 30 April 2016 and supporting factors of extermination implementation covering Man, Methode, , Materials, Machine, Money, Market. It would be better if the destruction of medical records is done periodically in accordance with SOP Destruction of Medical Record.

Keywords : *retention, puskesmas, medical record*

Abstrak

Permenkes 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis menyatakan bahwa rekam medis pada sarana pelayanan kesehatan non rumah sakit, wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 2 (dua) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat. Berdasarkan studi pendahuluan di Puskesmas Pandanaran Semarang, sejak didirikannya Puskesmas Pandanaran tahun 1990 pelaksanaan pemusnahan baru sekali dilakukan pada tahun 2005. Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui faktor-faktor pendukung pelaksanaan pemusnahan rekam medis.Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif.Metode pengumpulan data dilakukan dengan metode observasi/pengamatan, wawancara dan studi dokumentasi.Data di analisis menggunakan analisa deskriptif dan disajikan dalam bentuk narasi. Hasil penelitian diperoleh bahwa pemusnahan rekam medis tahun 2005 dilakukan dengan membakar 5000 rekam medis oleh petugas Puskesmas Pandanaran, SOP Pemusnahan Rekam Medis diberlakukan sejak 30 April 2016 dan faktor-faktor pendukung pelaksanaan pemusnahan yang meliputi *Man* (SDM), *Methode* (Metode), *Materials* (Bahan), *Machine (Alat)*, *Money* (Finansial), *Market* (Partisipasi). Alangkah lebih baik jika pemusnahan rekam medis dilakukan secara periodik sesuai dengan SOP Pemusnahan Rekam Medis.

Kata Kunci: *Pemusnahan, Puskesmas, Rekam Medis*

1. Pendahuluan

Menurut PERMENKES RI No. 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas menyatakan bahwa puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masayarakat yang setinggi-tingginya diwilayah kerjanya. Didalam puskesmas juga terdapat unit rekam medis seperti halnya dirumah sakit karena rekam medis merupakan komponen penting dalam pelaksanaan pelayanan administrasi.Mutu pelayanan puskesmas yang baik dapat dilihat dari rekam medis yang baik pula.

Rekam medis pada rak penyimpanan tidak selamanya akan disimpan. Hal ini dikarenakan jumlah rekam medis di puskesmas yang akan terus bertambah sehingga ruang penyimpanan akan penuh dan tidak akan mencukupi untuk penyimpanan rekam medis yang baru. Rekam medis harus disimpan sesuai peraturan yang ada. Menurut PERMENKES No.269 Tahun 2008 dalam bab IV pasal 9 menyatakan bahwa rekam medis pada sarana pelayanan kesehatan non rumah sakit, wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 2 (dua) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat.

Berdasarkan studi pendahuluan di Puskesmas Pandanaran Semarang, ditemukan masalah bahwa sejak didirikannya Puskesmas Pandanaran tahun 1990 pelaksanaan pemusnahan baru sekali dilakukan pada tahun 2005. Hal tersebut karena puskesmas mulai beralih menggunakan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) sehingga Puskesmas Pandanaran melakukan pemusnahan seluruh rekam medis yang ada untuk pertama kalinya.

Sejak terakhir kali dilakukan pemusnahan rekam medis ,Puskesmas Pandanaran Semarang tidak pernah melakukan kegiatan pemusnahan kembali sampai dengan saat ini. Hal ini yang membuat penulis ingin melakukan pengamatan terhadap proses pelaksanaan pemusnahan rekam medis pada tahun 2005 dan mengetahui faktor-faktor pendukung pelaksanaan pemusnahan rekam medis ditinjau dari aspek *Man* (sumber daya manusia), *Machine* (alat), *Material* (bahan), *Methode* (Metode), *Money* (Finansial) dan *Market* (Partisipasi) sebelum tahun 2005dengan faktor-faktor pendukung pelaksanaan pemusnahan rekam medis tersebut sesudah tahun 2005.

2. Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif. Penulis mendeskripsikan atau menguraikan tentang pelaksanaan pemusnahan rekam medis di Puskesmas Pandanaran Semarang pada tahun 2005 dan menguraikan faktor-faktor pendukung pelaksanaan pemusnahan rekam medis sebelum tahun 2005 dengan faktor-faktor pendukung pelaksanaan pemusnahan rekam medis sesudah tahun 2005.

Metode pengumpulan data dilakukan dengan metode observasi/pengamatan, wawancara dan studi dokumentasi.Instrumen penelitian ini adalah pedoman observasi, pedoman aancara dan *checklist* dokumentasi.Data di analisis menggunakan analisa deskriptif dan disajikan dalam bentuk narasi hasil pengamatan yang telah didapat.

3. Hasil dan Pembahasan

Hasil

Puskesmas Pandanaran Semarang memiliki satu ruang rekam medis yang bergabung menjadi satu dengan loket pendaftaran pasien.Sistem penyimpanan yang digunakan yaitu sistem sentralisasi sehingga ruang penyimpanan terletak dalam satu ruang dan semua rekam medis disimpan menjadi satu baik rekam medis dalam wilayah maupun luar

wilayah. Sistem penomoran yang digunakan yaitu *Unit Numbering System* (UNS), yang berarti setiap pasien akan diberi satu nomor rekam medis yang berlaku selama pasien melakukan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tersebut. Sistem penjajaran yang digunakan yaitu *Straight Numbering System* (SNF).SNF merupakan sistem penjajaran secara urut dari nomor rekam medis yang paling kecil ke nomor yang paling besar.Hal ini diperkuat berdasarkan observasi yang telah dilakukan dan bedasarkan SOP Penyimpanan Rekam Medis.

Puskesmas Pandanaran Semarang sudah pernah melakukan pemusnahan rekam medis satu kali pada tahun 2005. Pemusnahan yang dilakukan saat itu dengan cara memusnahkan seluruh rekam medis yang berjumlah lebih dari 5000 rekam medis tanpa ada proses pemilahan dan dengan cara dibakar. Pemusnahan rekam medis tersebut dilakukan sendiri tanpa menggunakan pihak ketiga. Jumlah rekam medis yang dimusnahkan tidak bisa dipastikan jumlahnya dikarenakan saat proses pemusnahan rekam medis pada tahun 2005 tidak disertai Berita Acara Pemusnahan Rekam Medis dan tidak ada pendokumentasian identifikasi pasien. Pemusnahan rekam medis tersebut dilakukan karena puskesmas sudah mulai beralih menggunakan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) sehingga rekam medis seluruhnya dimusnahkan dan mulai menggunakan nomor baru dari nomor 00000 pada tahun 2005.

a. *Man* (Sumber Daya Manusia)

Sumber daya manusia yang bekerja di Puskesmas Pandanaran sebelum tahun 2005 atau sebelum dilaksanakannya pemusnahan rekam medis yaitu berjumlah 3 (tiga) orang diantaranya Ni Made Widastri dengan latar belakang pendidikan SMA Karya Kesehatan, Bambang, Alm dan Sugimin dengan latar belakang pendidikan SD.

Sumber daya manusia di Puskesmas Pandanaran pada tahun 2005 (setelah pelaksanaan pemusnahan rekam medis yang pertama) berjumlah 4 (empat) orang dengan latar belakang pendidikan yang berbeda-beda dari mulai SMA Karya Kesehatan sampai dengan Sarjana.Tiga orang dari keempat SDM tersebut sudah berpengalaman dibidang pelayanan rekam medis puskesmas.

b. *Methode* (Metode)

Pada tahun 2005 Puskesmas Pandanaran belum mempunyai SOP yang mengatur tentang prosedur pelayanan rekam medis, sehingga petugas rekam medis menjalankan pelayanan rekam medis berdasarkan pengalaman mereka selama bekerja di Puskesmas Pandanaran.Namun di Puskesmas Pandanaran sudah terdapat tupoksi (Tugas Pokok dan Fungsi) untuk masing-masing petugas di bagian rekam medis.

Pelaksanaan pemusnahan rekam medis dilakukan atas dasar pengetahuan dari petugas yang terlibat dalam proses tersebut, maka dari itu pelaksanaan pemusnahan rekam medis pada tahun 2005 dilakukan tanpa ada pemilahan rekam medis aktif dan inaktif dengan memusnahkan seluruh rekam medis yang ada.

Pada September 2016 Puskesmas Pandanaran telah melakukan akreditasi dan sejak saat itu puskesmas telah mempunyai SOP yang mengatur tentang pelayanan rekam medis khususnya yang berhubungan dengan proses pemusnahan rekam medis. Tupoksi masing-masing petugas rekam medis juga sudah sangat rinci yang mengatur tugas masing-masing baik dibagian penyediaan rekam medis, registrasi (pendaftaran) dan SIMPUS.

c. *Materials* (Bahan)

Bahan yang digunakan dalam pemusnahan rekam medis di Puskesmas Pandanaran berupa rekam medis *(family folder)*, yang pada tahun 2005 dimusnahkan seluruhnya tanpa ada proses retensi dan penyusutan rekam medis. Rekam medis yang dimusnahkan pada saat itu berjumlah lebih dari 5000 rekam medis di Puskesmas Pandanaran.

Rekam medis yang tersedia di Puskesmas Pandanaran sejak tahun 2005 setelah pelaksanaan pemusnahan sampai dengan 18 Mei tahun 2017 sebanyak 79.567 rekam medis yang terbagi menjadi 2 (dua) kelompok yaitu rekam medis pasien dalam wilayah 25.821 dan luar wilayah 53.746 rekam medis. Jumlah pasien baru di Puskesmas Pandanaran lebih dari 30 pasien setiap harinya.

d. *Machine* (Alat)

Sarana dan prasarana pendukung pemusnahan rekam medis di Puskesmas Pandanaran tidak ada alat khusus dikarenakan proses pemusnahan rekam medis pada tahun 2005 dilakukan dengan cara membakar seluruh rekam medis tanpa ada proses pemilahan terlebih dahulu. Buku register maupun Alat Tulis Kantor (ATK) juga tidak digunakan pada pemusnahan saat itu dikarenakan tidak ada poses pendokumentasian apapun saat pemusnahan rekam medis tahun 2005. Sarana prasarana seperti ATK dan buku register sudah tersedia. Namun untuk pelaksanaan pemusnahan selanjutnya yang direncanakan mulai tahun 2018, Puskesmas Pandanaran akan membeli sendiri mesin pencacah kertas untuk memusnahkan rekam medis yang ada.

e. *Money* (Finansial)

Biaya yang digunakan dalam pelaksanaan pemusnahan rekam medis di Puskesmas Pandanaran tidak ada anggaran khusus dikarenakan pada pemusnahan rekam medis tahun 2005 proses pemusnahan tersebut dilakukan sendiri tanpa menggunakan pihak ketiga maupun anggaran untuk membeli alat karena pemusnahan rekam medis dilakukan dengan cara dibakar sendiri oleh petugas rekam medis yang dibantu oleh 2 (dua) petugas selain rekam medis di Puskesmas Pandanaran.

Pada rencana pelaksanaan pemusnahan rekam medis pada akhir tahun 2017 di Puskesmas Pandanaran akan menggunakan pihak ketiga dalam proses pemusnahannya sehingga akan ada anggaran yang dikeluarkan dalam pelaksanaan pemusnahan rekam medis. Sedangkan mulai tahun 2018 Puskesmas Pandanaran akan mulai membuat anggaran untuk pembelian mesin pencacah kertas untuk pelaksanaan pemusnahan sesuai SOP Pemusnahan Rekam Medis yang akan dilakukan sendiri oleh petugas rekam medis Puskesmas Pandanaran.

f. *Market* (Partisipasi)

Pemusnahan rekam medis pada tahun 2005 di Puskesmas Pandanaran tidak menggunakan pihak ketiga dari luar puskesmas, pemusnahan dilakukan oleh satu petugas rekam medis yang dibantu oleh dua petugas *driver* (supir) di Puskesmas Pandanaran. Rencana pemusnahan rekam medis pada akhir tahun 2017 menurut Kepala Puskesmas Pandanaran akan menggunakan pihak ketiga dari luar puskesmas.

Pembahasan

Pelaksanaan pemusnahan rekam medis pada tahun 2005 di Puskesmas Pandanaran Semarang masih belum sesuai dengan SOP Pemusnahan Rekam Medis yang sekarang berlaku di Puskesmas Pandanaran, karena pada saat pemusnahan tersebut dilakukan, Puskesmas

Pandanaran belum memiliki SOP Pemusnahan Rekam Medis. Pemusnahan tersebut juga belum

sesuai dengan Permenkes 269 tahun 2008 yang menyatakan bahwa rekam medis dapat dimusnahkan setelah disimpan minimal 2 (dua) tahun. Jika dilihat berdasarkan Undang-Undang Nomor 43 tahun 2009 tentang Kearsipan, pelaksanaan pemusnahan rekam medis di Puskesmas Pandanaran juga belum sesuai dikarenakan tidak adanya jadwal retensi arsip dan pembuatan Berita Acara Pemusnahan. Namun cara pemusnahan rekam medis yang dilakukan dengan cara dibakar sedah sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 34 Tahun 1979 tentang Penyusutan Arsip yang menyatakan bahwa proses penghancuran arsip harus dilakukan secara total dengan cara membakar habis, mencacah atau daur ulang sehingga tidak dapat lagi dikenal isi maupun bentuknya.

a. *Man* (Sumber Daya Manusia)

Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang (SDM) yaitu pendidikan, umur, dan pengalaman atau pelatihan. Permenpan 30 tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Perekam Medis dan Angka Kreditnya yang telah menyatakan bahwa tenaga rekam medis di lingkungan puskesmas memiliki formasi yaitu tenaga terampil (Dimploma 3) sebanyak 5 (lima) orang dan tenaga ahli (Diploma 4) sebanyak 2 (dua) orang. Permenkes 75 tahun 2014 tentang Puskesmas dalam pasal 16 menyatakan bahwa jenis tenaga kesehatan di puskesmas paling sedikit terdiri atas: dokter atau dokter layanan primer, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga gizi dan tenaga kefarmasian. Hal ini berarti PMIK tidak masuk dalam tenaga kesehatan yang dimaksud dalam Permenkes 75 tahun 2014 tentang Puskesmas, padahal didalam Undang-Undang RI No.29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran dalam pasal 46 menyatakan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Dari uraian tersebut, berarti PMIK harus ada dan dibutuhkan dalam rangka penyelenggaraan rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan.

Puskesmas Pandanaran belum memiliki tenaga PMIK sampai dengan saat, hal ini belum sesuai dengan Permenpan 30 tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Perekam Medis dan Angka Kreditnya dan kualifikasi petugas menurut Notoatmodjo (2007) yang menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang (SDM) yaitu pendidikan, umur, danpengalaman atau pelatihan. Dari hasil wawancara yang telah dilakukan dengan petugas rekam medis Puskesmas Pandanaran didapat hasil bahwa ketiga petugas tidak mengetahui dengan proses retensi (penyusutan) dan pemusnahan rekam medis. Petugas juga belum mengetahui landasan hukum dalam pelayanan rekam medis.Hal tersebut tentu dipengaruhi dari masing-masing latar belakang pendidikan petugas yang bukan RMIK dan mereka juga tidak aktif mengikuti pelatihan tentang RMIK. Petugas yang ada di puskesmas, mengetahui tata cara pelayanan rekam medis berdasarkan kegiatan yang biasa mereka lakukan setiap harinya sehingga mereka menguasai pelayanan rekam medis tanpa mengetahui tata cara penyelenggaraan rekam medis yang sesuai dengan Permenkes 269 tahun 2008.

b. *Methode* (Metode)

SOP tentang pelayanan rekam medis di Puskesmas Pandanaran mengacu pada Permenkes 269 tahun 2008 baik untuk SOP Penyimpanan maupun SOP Pemusnahan Rekam Medis. SOP tersebut mengacu pada Permenkes 269 tahun 2008 tentang rekam medis.

Namun untuk SOP Pemusnahan tidak dijelaskan waktu rekam medis dianggap aktif dan kapan rekam medis dapat dimusnahkan. Hal ini belum sesuai dengan Permenkes 269 tahun 2008 pasal 9 yang menyatakan bahwa rekam medis di sarana pelayanan non rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 2 (dua) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat. SOP yang mengatur tentang retensi rekam medis dan jadwal retensi arsip juga belum ada, sehingga petugas tidak mengetahui tentang retensi rekam medis dan waktu untuk penyimpanan rekam medis tersebut. Alangkah lebih baik jika puskesmas membuat SOP Retensi Rekam Medis dan Jadwal Retensi Arsip agar petugas dapat mengerti langkah-langkah penyusutan rekam medis secara periodik.

c. *Materials* (Bahan)

Hasibuan (2009) menyatakan bahwa faktor *Materials* (Bahan) merupakan bahan-bahan yang diperlukan untuk mencapai tujuan. Dalam hal ini, rekam medis merupakan bahan utama dalam pelaksanaan pemusnahan rekam medis

Jumlah rekam medis yang sudah sangat banyak membuat rak penyimpanan menjadi sangat penuh dan sesak.Hal ini membuat rekam medis seringkali sulit ditemukan saatdicari karena petugas juga terkadang salah letak.Saat pengambilan rekam medis juga terkadang banyak formulir yang sobek karena rak penyimpanan yang sudah sangat penuh.Alangkah lebih baik jika petugas melakukan retensi rekam medis secara periodik agar rak penyimpanan tidak terlalu penuh dan sesak.

d. *Machine* (Alat)

Machine (Alat) menurut Hasibuan merupakan sarana dan prasarana berupa mesin atau alat yang diperlukan atau digunakan untuk mencapai tujuan. Pada saat pemusnahan rekam medis tahun 2005, faktor *Machine* (Alat) tidak digunakan karena proses pemusnahan yang hanya dibakar tanpa ada pendokumentasian dalam pelaksananaan pemusnahan rekam medis.

e. *Money* (Finansial)

Hasibuan (2009) telah menyatakan dalam bukunya bahwa faktor *Money* yaitu uang yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan yang diinginkan.Dalam hal ini berarti faktor *Money* (Finansial) pada pelaksanaan pemusnahan rekam medis tahun 2005 tidak ada karena pemusnahan yang memang tidak membutuhkan anggaran khusus menurut petugas yang melakukan pemusnahan rekam medis tersebut. Faktor *Money*akan digunakan dalam rencana pemusnahan rekam medis menurut Kepala Puskesmas yaitu anggaran yang akan digunakan dalam sosialisasi rekam medis dan untuk pembelian mesin pencacah kertas. Oleh karena itu, perlu diusulkan anggaran yang akan digunakan untuk pemenuhan faktor pendukung pelaksanaan pemusnahan rekam medis seperti pelaksanaan sosialisasi rekam medis dan pembelian mesin pencacah kertas.

f. *Market* (Partisipasi)

Menurut Newstrom (2004), Partisipasi adalah keterlibatan mental dan emosional dari orang dalam situasi kelompok, dan mendorong mereka untuk berkontribusi pada tujuan kelompok dan juga berbagai tanggung jawab dalam mencapai tujuan. Bentuk partisipasi yang nyata dapat berupa partisipasi uang, partisipasi harta, partisipasi tenaga dan partisipasi keterampilan.

Berdasarkan hal tersebut dapat dikatakan bahwa pada pelaksanaan pemusnahan rekam

medis tahun 2005, faktor *Market* (Partisipasi) yang digunakan merupakan partisipasi internal yaitu menggunakan petugas puskesmas selain petugas rekam medis untuk

membantu proses pemusnahan. Sedangkan faktor *Market* yang akan digunakan dalam rencana pemusnahan rekam medis di akhir tahun 2017 berupa keterlibatan pihak ketiga dari luar puskesmas baik pada saat sosialisasi tentang pemusnahan rekam medis maupun pihak ketiga yang membantu pelaksanaan pemusnahan rekam medis itu sendiri.

4. Simpulan dan Saran

Simpulan

Pemusnahan rekam medis di Puskesmas Pandanaran pada tahun 2005 dilakukan dengan cara membakar lebih dari 5000 rekam medis tanpa ada proses pemilahan antara rekam medis aktif dan inaktif. Pemusnahan tersebut dilakukan sendiri oleh petugas puskesmas tanpa menggunakan pihak ketiga.Pemusnahan rekam medis pada tahun 2005 dilakukan saat Puskesmas Pandanaran mulai beralih menggunakan SIMPUS dan pada saat itu semua pasien di beri nomor rekam medis baru.

Faktor *Man* (SDM) pada pelaksanaan pemusnahan rekam medis yaitu SDM yang telibat dalam pelaksanaan pemusnahan rekam medis terutama petugas rekam medis.

Faktor*Methode* (Metode) pada pemusnahan rekam medis yaitu kebijakan, Standar Operasional Prosedur (SOP) dan tupoksi petugas yang digunakan sebagai pedoman dalam melakukan pemusnahan rekam medis.

Faktor *Materials* (Bahan) pada pemusnahan rekam medis yaitu rekam medis inaktif yang akan dimusnahkan.

Faktor *Machine* (Alat) pada pemusnahan rekam medis yaitu sarana prasarana pendukung pemusnahan rekam medis seperti buku register, ATK dan mesin pencacah kertas.

Faktor *Money* (Finansial) pada pemusnahan rekam medis yaitu anggaran khusus yang digunakan sebagai pendukung dilaksanakannya pemusnahan rekam medis seperti anggaran untuk sosialisasi rekam medis, pembelian mesin pencacah kertas dan kerja sama dengan pihak ketiga.

Faktor *Market* (Partisipasi) pada pemusnahan rekam medis yaitu keterlibatan pihak ketiga dalam pelaksanaan pemusnahan rekam medis di Puskesmas Pandanaran

Saran

1. Perlu ada SOP yang mengatur tentang retensi rekam medis yang didalamnya juga terdapat Jadwal Retensi Arsip (JRA) agar petugas mengetahui kapan waktu rekam medis dinyatakan aktif dan inaktif.
2. Proses pemilahan rekam medis dilakukan secara periodik agar pemusnahan rekam medis dapat dilaksanakan sesuai waktu yang sudah diatur dalam SOP Pemusnahan Rekam Medis.
3. Alangkah lebih baik jika SOP Pemusnahan Rekam Medis dilakukan revisi terhadap prosedur pemusnahan yaitu dilakukannya Daftar Pertelaan Arsip yang berisi daftar nama dan nomor rekam medis pasien.
4. Pemusnahan rekam medis dilakukan sesuai waktu dalam SOP Pemusnahan Rekam Medis agar rak penyimpanan tidak penuh dan sesak.
5. Pemusnahan rekam medis harus sesuai dengan aturan yang ada, yaitu menurut Permenkes 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis sesuai pedoman yang digunakan oleh Puskesmas Pandanaran.
6. Saat pelaksanaan pemusnahan rekam medis, identifikasi pasien yang dimusnahkan harus diabadikan dan membuat Berita Acara Pemusnahan.
7. Perlu adanya tenaga dengan latar belakang pendidikan RMIK 1-5 orang dibagian rekam medis

Puskesmas Pandanaran sesuai dengan Permenpan 30 tahun 2013.

5. Daftar Pustaka

Barthos, Basir. (2007). *Manajemen Kearsipan*. Jakarta: Bumi Aksara

Departemen Kesehatan Republik Indonesia.(2006). *Pedoman Penyelenggaraan dan Posedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia.* Jakarta.

Hasibuan, Malayu S.P. (2009). *Manajemen: Dasar, Pengertian, dan Masalah Edisi Revisi*. Jakarta : Bumi Aksara.

Peraturan *Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis. 2008.*Jakarta : Kementrian Kesehatan RI.

Peraturan *Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 30 Tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Perekam Medis dan Angka Kreditnya. 2013.*Jakarta : Kementrian Pendayagunaan Aparatur Negara RI.

Cause Of Fair Reverse Claims Of Social Security Institution (BPJS) Patients Representative Required From Terms Of Claims In RSUD R.A Kartini Jepara

Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim Di RSUD R.A Kartini Jepara

Irmawati
Anton Kristijono
Edy Susanto
Yela Belia

Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
E-mail : irmaedich98@gmail.com

Abstract

Health services in Indonesia can not be separated from the government program of the National Health Insurance (JKN) and BPJS Health as the implementer of the program. The payment method using the INA-CBGs prospective system using claims that will be reimbursed by BPJS. The process of filing a claim from the Hospital to BPJS has a verification phase of file completion, membership administration, service administration, and verification of health services. The claims file that found incomplete in the verification process resulted in the return of the file by BPJS, in RSUD R.A Kartini Jepara still found the problem. The purpose of this research is to know the description of the cause of the return of inpatient claims file by BPJS in terms of filing claims.This research use descriptive survey research method with cross sectional approach. The sample uses an inpatient claims file that BPJS Health returned in March-April 2017 of 49 files. The research instrument uses checklists and interviews. Data analysis using univariate analysis.The result of this research shows that there are incomplete membership administration 35 files (71%), 30 files (61%) of membership administrative Incompatibility and 7 files (10%) incombility of service administration. Incomplete and incompatibility of membership administration indicates the lack of supporting files. The incompatibility of service administration indicates the diagnoses and the physicians in charge are not suitable. While on the claim submission flow does not have Standard Operating Procedures (SOP)

Keywords: *Inpatien Claim, BPJS Health, Claim Return*

Abstrak

Pelayanan kesehatan di Indonesia tidak lepas dari program pemerintah yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan BPJS Kesehatan sebagai pelaksana programnya. Metode pembayaran yang digunakan menggunakan sistem prospektif INA-CBGs yaitu menggunakan klaim yang akan mendapat penggantian biaya dari BPJS. Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verfikasi pelayanan kesehatan. Berkas klaim yang ditemukan tidak lengkap dalam proses verifikasi menyebabkan pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan, di RSUD R.A Kartini Jepara masih ditemukan masalah tersebut. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran penyebab pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap ditinjau dari syarat-syarat pengajuan klaim.Penelitian ini menggunakan metode penelitian survey deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel menggunakan berkas klaim rawat inap yang dikembalikan BPJS Kesehatan bulan Maret-April 2017 sebanyak 49 berkas. Instrumen

penelitian menggunakan checklist dan wawancara. Analisis data menggunakan analisis univariate.Hasil penelitian diperoleh gambaran kelengkapan administrasi kepesertaan yang tidak sesuai sebanyak 35 berkas (71%), kesesuaian administrasi kepesertaan 37 berkas (76%), dan kesesuaian administrasi pelayanan 10 berkas (20%). Kelengkapan dan kesesuaian administrasi kepesertaan menunjukkan kurangnya berkas penunjang. Administrasi pelayanan menunjukkan diagnosa dan dokter penanggung jawab yang tidak sesuai. Sedangkan pada alur pengajuan klaim belum mempunyai Standar Operasional Prosedur(SOP)

Kata Kunci : Klaim Rawat Inap, BPJS Kesehatan, Pengembalian

1. Pendahuluan

Setiap orang berhak mendapat pelayanan kesehatan dan perawatan kesehatan bagi dirinya dan keluarganya, juga jaminan ketika menganggur, sakit, cacat, menjadi janda, usia lanjut atau kekurangan nafkah yang disebabkan oleh hal-hal yang di luar kekuasaannya. Hal ini sesuai dengan UUD 1945 pasal 28 yang menyebutkan bahwa Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan di Indonesia tidak lepas dari program pemerintah yaitu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Penyelenggaraan JKN di rumah sakit menggunakan sistem pembayaran asuransi. Metode pembayaran yang digunakan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada saat ini adalah dengan metode pembayaran prospektif yaitu *Casemix* (*case basedpayment)* atau menggunakan sistem Indonesia Case Base Group (INA-CBGs). Sistem pembayaran INA-CBGs menggunakan klaim yang nantinya akan mendapat penggantian biaya dari BPJS

Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi kelengkapan berkas, administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verfikasi pelayanan kesehatan. Berkas klaim yang ditemukan tidak lengkap dalam proses verifikasi menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim atau bahkan berkas tidak bisa diklaimkan. Keterlambatan pengajuan klaim dan berkas yang *unclaimed* ini menyebabkan kerugian material bagi rumah sakit. Dalam proses klaim BPJS Kesehatan, Unit Rekam Medis merupakan salah satu unit yang sangat penting dalam menghasilkan informasi untuk mendukung proses klaim BPJS.

RSUD R.A Kartini Jepara telah terakreditasi KARS pada bulan Januari tahun 2017 dengan hasil B paripurna. Sebagai fasilitas kesehatan tipe B non pendidikan, untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan RSUD R.A Kartini Jepara bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dalam hubungan kerjasama ini, di RSUD R.A Kartini Jepara masih ditemukan masalah pada saat pengajuan klaim yaitu pengembalian berkas klaim oleh verifikator BPJS.

2. Metode

Jenis Penelitian yang digunakan adalah penelitian survey deskriptif dengan pendekatan cross sectional. Penelitian ini dilakukan untuk

mengetahui proses pelaksanaan pengajuan berkas klaim BPJS pasien rawat inap, review administrasi kepesertaan dan review administrasi pelayanan berkas klaim penyebab terjadinya pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap. Lokasi penelitian dilakukan di Unit Rekam Medis RSUD R.A Kartini Jepara. Waktu penelitian ini dimulai dari pembuatan proposal penelitian yaitu pada bulan Januari sampai Februari 2017, dan pengambilan dan pengolahan data dilakukan pada bulan Maret sampai Mei 2017.

3. Hasil dan Pembahasan

Review Administrasi Kepesertaan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD R.A Kartini Jepara

a. Review Administrasi Kepesertaan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD R.A Kartini Jepara

Penelitian terhadap kelengkapan berkas klaim rawat inap dilaksanakan dengan melihat ada atau tidaknya lembar formulir dan ketentuan yang menjadi syarat pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan. Hasil penelitian terhadap 49 berkas berdasarkan kelengkapan berkas klaim rawat inap yang peneliti dapatkan dari pengambilan data menggunakan checklist kelengkapan administrasi kepesertaan berkas klaim rawat inap dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Kelengkapan Berkas Administrasi KepesertaanKlaim Rawat Inap di RSUD R.A Kartini Jepara

No	Kelengkapan Berkas Klaim Rawat Inap	Frekuensi (F)	Presentase (%)
1	Lengkap	14	29
2	Tidak Lengkap	35	71
Total		49	100

Sumber : Data Primer

Berdasarkan hasil dalam tabel 4.5 diketahui bahwa jumlah berkas klaim rawat inap yang tidak lengkap sebanyak 35 berkas (71%) lebih banyak dari pada berkas klaim rawat inap yang lengkap sebanyak 14 berkas (29%).

Hasil dari observasi, petugas rekam medis bagian entri klaim paling sering tidak melakukan kegiatan cek bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur sebelum melakukan input data INA CBGs sehingga terjadi ketidak lengkapan berkas pendukung pelayanan pasien.

Ketidak lengkapan lembar formulir-formulir tersebut menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap karena berdasarkan panduan praktis teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 menjelaskan bahwa verifikator BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim dikembalikan kepada petugas klaim RS untuk dilengkapi atau diperbaiki.

a) Kesesuaian Administrasi Kepesertaan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap

Penelitian terhadap kesesuaian administrasi kepesertaan berkas klaim rawat inap dilaksanakan dengan melihat sesuai atau tidak

sesuainya data SEP dengan data yang diinputkan dalam aplikasi INA CBG's pada lembar individual pasien dengan data berkas pendukung klaim rawat inap. Hasil penelitian terhadap 49 berkas berdasarkan kesesuaian administrasi berkas klaim rawat inap yang peneliti dapatkan menggunakan checklist kesesuaian administrasi kepesertaan berkas klaim rawat inap dapat dilihat pada tabel 4.8

Tabel 2
Distribusi Frekuensi Berkas Klaim Rawat Inap Berdasarkan Ketentuan Administrasi Kepesertaan di RSUD R.A Kartini Jepara

No	Administrasi Kepesertaan	F	%
1	Sesuai	19	39%
2	Tidak sesuai	30	61%

Sumber : Data Primer

Berdasarkan hasil dalam tabel 4.8 diketahui bahwa jumlah berkas klaim rawat inap yang tidak sesuai administrasi kepesertaan sebanyak 30 berkas (61%) lebih besar dari berkas klaim rawat inap yang sesuai sebanyak 19 berkas (39%).

Berkas yang tidak sesuai meliputi ketidaksesuaian berkas klaim berdasarkan Data SEP dengan data aplikasi INA CBG's dan data aplikasi INACBG's dengan berkas pendukung.

Tidak sesuainya isi data antara SEP dengan aplikasi INA CBG's dengan berkas pendukung klaim menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap karena sesuai dengan panduan praktis teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 menjelaskan bahwa verifikator BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas untuk memperoleh bukti atas klaim yang mendapat perhatian dan mengembalikan klaim untuk melengkapi atau diperbaiki oleh petugas.

Review Administrasi Pelayanan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD R.A Kartini Jepara

Penelitian terhadap kesesuaian administrasi pelayanan berkas klaim rawat inap dilaksanakan dengan melihat sesuai atau tidaknya data dalam berkas klaim rawat inap dengan ketentuan yang menjadi syarat diterimanya klaim oleh BPJS Kesehatan. Hasil penelitian terhadap 49 berkas berdasarkan kesesuaian administrasi pelayanan berkas klaim rawat inap yang peneliti dapatkan dari pengambilan data menggunakan checklist kesesuaian administasi pelayanan berkas klaim rawat inap dapat dilihat pada tabel 3

Tabel 4
Distribusi Frekuensi Berkas Klaim Rawat Inap Berdasarkan Ketentuan Administrasi Pelayanan di RSUD R.A Kartini Jepara

No	Administrasi Pelayanan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	Sesuai	42	86%
2	Tidak Sesuai	7	14%
Total		49	100%

Sumber : Data Primer

Berdasarkan hasil dalam tabel 4 diketahui bahwa jumlah berkas klaim rawat inap yang sesuai administrasi pelayanan sebanyak 42 berkas (86%) lebih besar dari berkas klaim yang

tidak sesuai administrasi pelayanan sebanyak 7 berkas (14%).

Dari hasil keterangan pada checklist administrasi pelayanan terdapat berkas klaim yang diagnosanya tidak sesuai dengan dokter penanggung jawabnya, hal ini tidak sesuai dengan petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 yaitu harus memperhatikan Kesesuaian Spesialisasi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dengan diagnosa.

Pelaksanaan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap RSUD R.A Kartini Jepara

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara dengan petugas klaim rawat inap pasien BPJS Kesehatan, dapat diketahui bahwa di RSUD R.A Kartini Jepara belum memiliki SPO tentang pengajuan klaim rawat inap pasien BPJS Kesehatan yang menyebabkan ketidak sesuaian administrasi kepesertaan dan menjadi penyebab dikembalikannya berkas klaim oleh BPJS Kesehatan

Hasil dari wawancara dan observasi yang dilakukan peneliti untuk mengetahui alur pengajuan klaim rawat inap pasien BPJS Kesehatan sebagai berikut. Rincian Kegiatan:

1) Petugas rekam medis disetiap paginya akan mengambil dokumen rekam medis pasien rawat inap yang pulang di bangsal perawatan
2) Dokumen rekam medis kemudian dibawa ke petugas *coding* untuk dilakukan coding diagnosa dan prosedur. Petugas melakukan coding rawat inap dengan melihat formulir resume medis dan menuliskan kode diagnosa serta prosedur di formulir resume medis. Petugas juga melihat lembar penunjang dan meneliti
3) riwayat perjalanan penyakit pasien sebelum menentukan kode diagnosa pasien.
4) Dokumen rekam medis diassembling dan dipisahkan antara berkas rekam medis pasien dan berkas klaim pasien. Petugas assembling akan merakit berkas rekam medis dan berkas persyaratan pasien BPJS.
5) Petugas rekam medis bagian grouping INACBG's menginputkan 17 variabel ke dalam aplikasi INACBG's yaitu identitas pasien, tanggal masuk dan tanggal keluar rumah sakit, Ada Rawat Intensif, Hari di Perawatan Intensif, Jam penggunaan Ventilator, lama hari rawat (Lenght Of Stay/LOS), tanggal lahir, umur pasien, umur pada bayi, umur ketika keluar rumah sakit, jenis kelamin, status keluar rumah sakit, berat badan bayi baru lahir (gram), diagnosa utama, diagnosa sekunder, dan prosedur atau pembedahan utama.
6) Petugas mengirim hasil final grouping final INA CBG's secara online ke Kemenkes Kesehatan
7) Petugas grouping menarik hasil grouping INA CBG's dalam bentuk file txt yang kemudian akan diberikan kepada BPJS Kesehatan.
8) Petugas grouping menyerahkan berkas klaim dan hasil grouping INA CBG's kepada petugas verifikator internal rumah sakit untuk dicek kesesuaian koding serta kelengkapan berkas klaim

rawat inap. Setelah selesai verifikator internal rumah sakit akan menyerahkan berkas klaim rawat inap dan hasil grouping INA CBG's ke BPJS Kesehatan

9) Pihak BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi terhadap berkas klaim yang diberikan. Apabila terjadi kesalahan dalam penentuan kode diagnosa pasien atau adanya ketidaklengkapan berkas klaim, petugas akan mengembalikan ke bagian verifikator internal untuk dikonfirmasi kembali dan petugas BPJS akan meminjam dokumen rekam medis rawat inap di bagian filing rawat inap RSUD R.A Kartini Jepara.

Berdasarkan hasil checklist observasi yang dilakukan terhadap 2 petugas klaim rumah sakit, kegiatan yang paling banyak tidak dilakukan adalah kegiatan mengecek bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditanda tangani DPJP, serta kegiatan pemeriksaan kode diagnosa, prosedur yang dilakukan. peneliti menemukan bahwa saat proses input data INA CBGs, petugas klaim rumah sakit tidak melakukan pengecekan berkas klaim dan langsung memasukkan identitas pasien serta kode diagnosa prosedur yang sudah ditentukan coder ke dalam data aplikasi INA CBGs. Akibat tidak dilakukannya kegiatan tersebut menyebabkan ketidak sesuaian administrasi kepesertaan yaitu pada data aplikasi INACBG's dengan berkas pendukung dan menjadi penyebab pengembalian berkas klaim karena sesuai Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim Tahun 2014 apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi. Kegiatan yang tidak dilakukan belum sesuai dengan petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 yaitu petugas harus memastikan diagnosa yang dituliskan DPJP dalam Resume Medis sesuai dengan koding yang ditentukan koder pada Aplikasi INA CBGs.

4. Simpulan Dan Saran

Review Administrasi Kepesertaan

Hasil kelengkapan lembar formulir administrasi kepesertaan pada berkas klaim yang menyebabkan pengembalian berkas oleh verifikator BPJS Kesehatan menunjukkan keadaan berkas tidak lengkap sebanyak 35 berkas (71%) meliputi Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur tidak ada tanda tangan DPJP tidak adanya berkas penunjang pendukung pelayanan pasien.

Hasil kesesuaian administrasi kepesertaan pada berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan menunjukkan berkas yang tidak sesuai sebanyak 30 berkas (61%) meliputi ketidaksesuaian berkas klaim berdasarkan Data SEP dengan data aplikasi INA CBG's sebanyak 2 berkas (4%), dan Data aplikasi INACBG's dengan berkas pendukung sebanyak 30 berkas (61%).

Review Administrasi Pelayanan

Hasil kesesuaian ketentuan administrasi pelayanan penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap oleh verifikator BPJS Kesehatan menunjukkan berkas yang tidak sesuai sebanyak 7 berkas (14%) meliputi Kesesuaian spesialisasi DPJP dengan diagnosis 2 berkas (4%), dan Koding

penyakit bukan koding unbundling 5 berkas (10%).

Alur Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan

Pelaksanaan pengajuan klaim rawat inap pasien BPJS Kesehatan di RSUD R.A Kartini belum mempunyai SOP pengajuan klaim, namun dalam pelaksanaan pengajuan klaim RSUD R.A Kartini Jepara menggunakan Permenkes Nomor 76 Tahun 2016 Pedoman INA CBG's dalam Pelaksanaan JKN dan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan

Tahun 2014 sebagai dasar pelaksanaan pengajuan klaim, namun pada saat proses input data INA CBGs, petugas klaim rumah sakit tidak melakukan pengecekan berkas-berkas pendukung dengan kode diagnosa prosedur sebelum input data aplikasi INA CBGs. Akibat tidak dilakukannya kegiatan tersebut menyebabkan ketidak sesuaian administrasi kepesertaan yaitu pada data aplikasi INACBG's dengan berkas pendukung dan menjadi penyebab pengembalian berkas klaim karena sesuai Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim Tahun 2014 apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi. Kegiatan yang tidak dilakukan tersebut belum sesuai dengan petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 yaitu petugas harus memastikan diagnosa yang dituliskan DPJP dalam Resume Medis sesuai dengan koding yang ditentukan koder pada Aplikasi INA CBGs.

5. Daftar Pustaka

Astrianingrum, Marina. (2016). *Faktor-faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Rawat Inap Oleh Verifikator BPJS di RSUD Tugurejo*. Semarang : Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2014). *Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2014). *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan*. Jakarta :

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2014). *Panduan Praktis Teknik Verifikasi Klaim.* Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Notoatmodjo, Soekidjo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis.

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan