

**ANALISIS PELAKSANAAN SISTEM INFORMASI REKAM  
MEDIS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PUSRI  
PALEMBANG TAHUN 2016**



Oleh

**JAYANTI PUTRI  
12132011249**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
BINA HUSADA  
PALEMBANG  
2016**

**ANALISIS PELAKSANAAN SISTEM INFORMASI REKAM  
MEDIS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PUSRI  
PALEMBANG TAHUN 2016**



Skripsi ini diajukan sebagai  
Salah satu syarat memperoleh gelar  
**SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT**

Oleh

**JAYANTI PUTRI**  
**12132011249**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
BINA HUSADA  
PALEMBANG  
2016**

**ABSTRAK**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIK)**  
**BINA HUSADA PALEMBANG**  
**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT**  
**Skripsi, 02 Juli 2016**

**JAYANTI PUTRI**

**Analisis Pelaksanaan Sistem Informasi Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Pusri Palembang Tahun 2016**

(xvi+ 125 halaman + 4 tabel + 3 bagan + 9 lampiran)

Sistem informasi rekam medis merupakan informasi yang mengelolah data pasien yang mendaftar untuk berobat hingga pasien tersebut keluar dari rumah sakit pada periode tertentu. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui proses pelaksanaan pengumpulan, pengolahan dan pelaporan informasi rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Pusri. Desain penelitian adalah analisis deskriptif kualitatif dan penelitian dilakukan secara wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan 7 informan. Sumber informasi di dapat dari key informan yaitu Kepala Rekam Medis. Informan lainnya adalah Pelaksana Pendaftaran, Pelaksana *Assembling* dan *Koding*, Pelaksana Pendistribusian, Pelaksana *Filling*, Pelaksana Pelaporan, Pelaksana Pelayanan Keperawatan Rawat Inap. Waktu penelitian dilaksanakan pada tanggal 06 April - 16 Mei 2016. Lokasi penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Pusri Palembang. Untuk keabsahan informasi penelitian menggunakan triangulasi sumber, triangulasi metode dan triangulasi teori. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses pengumpulan informasi dalam pelaksanaannya masih ada menemui kendala, walaupun sampai saat ini masih bisa di atasi dengan sendirinya. Proses pengolahan yang di serahkan ke bagian *assembling* sudah berjalan cukup baik dan sesuai dengan peraturan yang ada. Proses pelaporan informasi harus dilakukan karena suatu sistem perbaikan terus menerus yang sangat baik asalkan tidak hanya di buat tapi juga di analisa tetapi SOP yang telah di tetapkan sudah di jalankan cuma masih kurang di sosialisasikan ke petugas sehingga masih terlambatnya atau mengembalikan status di rekam medis ini terjadi kesulitan petugas pelaporan untuk membuatnya. Berdasarkan hasil penelitian, disarankan bagi rumah sakit untuk memperhatikan dalam pelaksanaan pendaftaran sampai status pasien harus dikembalikan ke ruang rekam medis dengan waktu yang telah ditentukan, penerapan prosedur kerja sesuai dengan SOP perlu di sosialisasikan ke petugas rekam medis dan yang terkait.

**Kata Kunci : Sistem Informasi, Rekam Medis, Rawat Inap, Rumah Sakit.**  
**Daftar Pustaka : 29 (2006-2016)**

## **ABSTRACT**

**BINA HUSADA COLLEGE OF HEALTH SCIENCE**

**PUBLIC HEALTH STUDY PROGRAM**

**Student Thesis, 02 July 2016**

**JAYANTI PUTRI**

**The Analysis of Implementation on Medical Record Information System in Inpatient room at Pusri Hospital Palembang in 2016**

(xvi + 125 pages + 4 tables + 3 charts + 9 appendices)

The information system of medical record is information that manage the data of patients who register for treatment until the patient was discharged from the hospital in a certain period. The purpose of this study was to determine the implementation process of collecting, processing and reporting of medical record information in inpatient room at Pusri hospital Palembang. The design of this study used descriptive qualitative analysis and this study used indepth interview, observation and took the documents. In this study, the researcher used seven informants. The source of information got from the key informant as the chief of medical record. Other informants were the registration officer, assembling and coding officer, distribution officer, filling officer, report officer, inpatient nursing service. This study was conducted at Pusri hospital Palembang on April 6th, 2016 until 16 May 2016. The location of this study at Pusri hospital Palembang. For the validity of research information used triangulation sources, triangulation method and triangulation theory. The results showed that the process in collecting information there were still many problems, although it can still be solved by itself. The process was submitted to the assembling has been running well in accordance with existing regulation. The reporting process information must be made by a system of continuously improvement as long as it was not only created but also in the analysis of SOP that has been set already on the run just still less socialized to the health personnels so that it can be delayed or restore status in the medical record when in making the report, it still had problems. Based on the results of this study, it was expected to the hospital to pay attention in the implementation of the registration until the status of the patient should be returned to the medical record room at a certain time, the application of working procedures in accordance with the SOP needs to be socialized to the personnels in medical records or others.

**Keywords : Information Systems, Medical Records, Inpatient, Hospital**

**References : 29 (2006-2016)**

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dengan judul :

**ANALISIS PELAKSANAAN SISTEM INFORMASI REKAM MEDIS  
RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PUSRI  
PALEMBANG TAHUN 2016**

Oleh

**JAYANTI PUTRI**

**12.13201.12.49**

**Program Studi Kesehatan Masyarakat**

Telah diperiksa, disetujui, dan dipertahankan dihadapan tim penguji skripsi  
Program Studi Kesehatan Masyarakat

**Palembang, 02 Juli 2016**

**Pembimbing**



**(H. Muzakir Zaini, SKM, M.Kes)**

**Ketua PSKM**



**(Dian Eka Anggreny, SKM, M.Kes)**

**PANITIA SIDANG UJIAN SKRIPSI  
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BINA HUSADA  
PALEMBANG**

**Palembang, 02 Juli 2016**

**KETUA**



**(H. Muzalif Zaini, SKM, M.Kes)**

**Anggota I**



**(Martawan Madari, SKM, MKM)**

**Anggota II**



**(Dewi Sayati, SE, M.Kes)**

## **RIWAYAT HIDUP PENULIS**

### **A. IDENTITAS**

Nama : Jayanti Putri  
NPM : 12132011249  
Tempat/ Tanggal Lahir : Palembang/ 28 Juni 1994  
Agama : Islam  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Status : Belum Menikah  
Pekerjaan : Belum Bekerja (Mahasiswa)  
Alamat Kantor : -  
Alamat Rumah : Jl Sumatera Blok C3 No 2 Komplek Pusri Borang  
Sako Palembang  
Nama Orang Tua : Ayah: Effendi Abdullah  
Ibu: Yulita  
No HP : 082288228966  
Email : jyantiputri33@gmail.com

### **B. RIWAYAT PENDIDIKAN**

: TK Bina Ananda III Palembang  
: SD Negeri 113 Palembang Tahun 2003  
: SMP Negeri 27 Palembang Tahun 2009  
: SMA Bina Warga 2 Palembang Tahun 2012

## **PERSEMBAHAN DAN MOTTO**

Kupersembahkan kepada :

1. Kedua orang tuaku Papa (Effendi Abdullah) dan Mama (Yulita M.Pd), yang selalu sabar dan ikhlas memberikan dukungan secara moril, spiritual, maupun materil demi keberhasilan anaknya serta selalu mendorong untuk terselesaikannya skripsi ini.
2. Kedua saudaraku (Rury Indah Lestari S.Pd dan M.Wahyu Utama S.T) yang selalu membantu, memberikan semangat, memotivasi dan kasih sayang kepadaku.

MOTTO :

“Kesuksesan hanya dapat diraih dengan segala upaya dan usaha yang disertai dengan doa, karena sesungguhnya nasib seseorang manusia tidak akan berubah dengan sendirinya tanpa berusaha”

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Bina Husada.

Dengan selesainya penulisan skripsi ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada bapak H.Muzakir Zaini, SKM, M.Kes sebagai pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan selama penulisan skripsi ini.

Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada Dr.dr.Chairil Zaman M.Sc selaku Ketua STIK Bina Husada, Dian Eka Anggreny, SKM, M.Kes selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan kemudahan dalam pengurusan administrasi penulisan skripsi ini.

Selain itu penulis juga mengucapkan terima kasih kepada Martawan Madari, SKM, MKM, selaku Penguji I dan Dewi Sayati, SE, M.Kes, selaku Penguji II dan Agustina, S.Psi selaku penasehat akademik selama mengikuti pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih belum sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan untuk perbaikan dan kesempurnaan. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi pihak yang memerlukan dan bagi siapa saja yang membacanya.

Palembang, 02 Juli 2016

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL LUAR.....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL DENGAN SPESIFIKASI .....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>v</b>
<b>PANITIA SIDANG UJIAN SKRIPSI.....</b>	<b>vi</b>
<b>RIWAYAT HIDUP PENULIS.....</b>	<b>vii</b>
<b>PERSEMBAHAN DAN MOTTO.....</b>	<b>viii</b>
<b>UCAPAN TERIMA KASIH .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR BAGAN .....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR ISTILAH .....</b>	<b>xvi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian .....	4
1.4 Tujuan Penelitian .....	4
1.4.1 Tujuan umum .....	4
1.4.2 Tujuan khusus .....	5
1.5 Manfaat Penelitian .....	5
1.5.1 Bagi Rumah Sakit Pusri .....	5
1.5.2 Bagi STIK Bina Husada .....	5
1.5.3 Bagi peneliti selanjutnya .....	5
1.6 Ruang Lingkup.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Sistem Informasi Kesehatan.....	7
2.1.1 Pengertian informasi.....	7
2.1.2 Pengertian sistem informasi kesehatan.....	8
2.1.3 Sistem informasi Rumah Sakit (SIRS).....	10
2.2 Rekam Medis .....	11
2.2.1 Pengertian rekam medis .....	11
2.2.2 Tujuan dan kegunaan rekam Medis.....	12
2.2.3 Isi rekam medis .....	15

2.2.4 Proses penyelenggaraan dan pengolahan rekam Medis .....	17
2.2.4.1 Proses penyelenggaraan rekam medis .....	17
2.2.4.2 Proses pengolahan dokumen rekam medis .....	18
2.2.5 Pengisian, peminjaman dan pengambilan dokumen rekam medis .....	26
2.2.6 Penyimpanan, pemusnahan dan kerahasiaan rekam medis .....	27
2.2.7 Kepemilikan, pemanfaatan dan tanggung jawab .....	29
2.3 Rekam Medis Digital .....	30
2.3.1 Pengertian rekam medis digital .....	30
2.3.2 Perbedaan pokok antara rekam medis kertas dengan digital .....	32
2.3.3 Fungsi dan penyederhanaan rekam medis digital .....	32
2.3.3.1 Fungsi rekam medis digital .....	32
2.3.3.2 Penyederhanaan pencatatan rekam medis digital .....	33
2.4 Rumah Sakit .....	34
2.4.1 Pengertian rumah sakit .....	34
2.4.2 Tugas dan fungsi rumah sakit .....	34
2.4.3 Instalasi rawat inap .....	35
2.5 Penelitian Terkait .....	35
2.6 Kerangka Teori .....	40
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Desain Penelitian .....	43
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	43
3.2.1 Lokasi penelitian .....	43
3.2.2 Waktu penelitian .....	43
3.3 Sumber Informasi .....	43
3.4 Kerangka Pikir .....	51
3.5 Definisi Istilah .....	52
3.6 Keabsahan Informasi .....	52
3.6.1 Triangulsi sumber .....	53
3.6.2 Triangulasi metode .....	53
3.6.3 Triangulasi teori .....	53
3.7 Metode, Alat dan Prosedur Pengumpulan Data .....	54
3.7.1 Metode pengumpulan data .....	54
3.7.2 Alat pengumpulan data .....	54
3.7.3 Prosedur pengumpulan data .....	55
3.8 Pengolahan Data .....	55
3.9 Analisis Data .....	56
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Hasil Penelitian .....	58
4.1.1 Gambaran umum Rumah Sakit Pusri Palembang .....	58
4.1.2 Struktur organisasi Rumah Sakit .....	61
4.1.3 Gambaran Umum Unit Kerja Rekam Medis .....	62

4.1.3.1 Visi unit rekam medis .....	62
4.1.3.2 Misi unit rekam medis .....	62
4.1.3.3 Struktur organisasi unit rekam medis .....	62
4.1.4 Karakteristik informan .....	63
4.1.5 Komponen proses .....	64
4.1.5.1 Pengumpulan informasi.....	64
4.1.5.2 Pengolahan informasi .....	79
4.1.5.3 Pelaporan informasi.....	99
4.2 Pembahasan.....	108
4.2.1 Keterbatasan penelitian .....	108
4.2.2 Pembahasan hasil penelitian.....	110
 <b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN</b>	
5.1 Simpulan .....	123
5.2 Saran.....	124
5.2.1 Bagi Rumah Sakit Pusri .....	124
5.2.2 Bagi STIK Bina Husada .....	125
5.2.3 Bagi peneliti selanjutnya .....	125

Daftar Pustaka

Lampiran

## DAFTAR TABEL

2.1 Perbedaan Rekam Medis Kertas dan Digital .....	32
2.2 Penyederhanaan Pencatatan .....	33
3.1 Sumber Informasi.....	45
3.2 Definisi Istilah.....	52

## DAFTAR BAGAN

2.1 Kerangka Teori.....	41
3.1 Kerangka Pikir .....	51
4.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit.....	61

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Surat Izin Pengambilan Data Awal
2. Surat Izin Penelitian
3. Surat Keterangan Selesai Penelitian
4. Surat Pernyataan Bebas Plagiat
5. Lembar Observasi
6. Transkrip Wawancara
7. Matriks Hasil Wawancara
8. Dokumentasi Foto Penelitian

## DAFTAR ISTILAH

<b>No</b>	<b>Bahasa Palembang</b>	<b>Bahasa Indonesia</b>
1	Apo	Apa
2	Kalu	Kalau
3	Bawak	Membawa
4	Kayak	Seperti
5	Baseng	Terserah
6	Siapo	Siapa
7	Catet	Catat
8	Lakban	Isolasi
9	Kalu	Kalau
10	Samo	Sama
11	Minjem	Minjam
12	Lampirin	Lampiran
13	Ngasih	Kasih
14	Anter	Antar
15	Tarok	Meletakkan
16	Misalnya	Misalnya

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Rumah sakit menurut WHO adalah suatu badan usaha yang menyediakan pemondokan dan yang memberikan jasa pelayanan medis jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri atas tindakan observasi, diagnostik, terapeutik dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, terluka dan untuk mereka yang melahirkan (WHO dalam Notoatmodjo,2010: 154). Dimana dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit sangat mempengaruhi sistem informasi rumah sakit.

Sistem informasi rumah sakit merupakan suatu pengelolaan informasi diseluruh tingkat rumah sakit secara sistematis dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat. Perkembangan Sistem Informasi Rumah Sakit yang berbasis komputer (*Computer Based Hospital Information System*) di Indonesia telah dimulai pada akhir dekade 80'an.Sistem berbasis komputer sudah digunakan hampir di seluruh rumah sakit, salah satunya adalah RS Margono Soekarjo telah menggunakan aplikasi ini untuk memudahkan keluarga pasien melihat biaya yang harus dibayarnya karena daftar obat, biaya tindakan dokter, biaya rawat inap sudah diketahui melalui layar komputer (Loekito, 2014). Sistem informasi rumah sakit dipengaruhi oleh berbagai faktor yang terkait, antara lain adalah sistem informasi manajemen rumah sakit.

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) saat ini merupakan kewajiban bagi setiap rumah sakit setelah ditetapkannya UU No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Pada Bab XI tentang Pencatatan dan Pelaporan, khususnya Pasal 52 (1) disebutkan bahwa “Setiap Rumah Sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan Rumah Sakit dalam bentuk Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit” (UU RI, 2009: 160).

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan Bab.XIII pasal 167 mengenai Pengelolaan Kesehatan yang menyatakan bahwa Pengelolaan Kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan atau masyarakat melalui pengelolaan administrasi kesehatan, informasi kesehatan, sumber daya kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, peran serta dan pemberdayaan masyarakat, ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan, serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Profil Dinas Kesehatan Kota Palembang, 2013). Dimana dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan, serta Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 92 Tahun 2014 tentang penyelenggaraan komunikasi data dalam sistem informasi kesehatan terintegrasi, seyogyanya pelaksanaan sistem informasi kesehatan yang selama ini dilaksanakan terfragmentasi sudah harus dilaksanakan secara terintegrasi (Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan, 2014).

Beberapa Rumah Sakit di Kota Palembang sudah ada yang menerapkan sistem informasi Rekam Medis rawat jalan dan rawat inap dengan sistem *online* atau sistem komputerisasi yaitu Rumah Sakit Mohammad Husein Palembang, Rumah Sakit Hermina dan Rumah Sakit Khusus Mata (Suryati, 2014).

Berdasarkan survei pendahuluan didapatkan bahwa pengelolaan Rekam Medis (RM) di Rumah Sakit Pusri Palembang sudah menggunakan sistem komputerisasi dalam pendaftaran pasien, sedangkan pencatatan di status pasien dan perekapan laporan masih menggunakan sistem manual yaitu dengan memindahkan catatan dokumen berkas rekam medis ke dalam buku khusus, ini terbukti dari dokumen rekam medis dalam pencatatan di status pasien tidak lengkap yang kembali ke bagian rekam medis, yaitu sekitar  $\pm 17$  dokumen yang masuk perhari, ada  $\pm 13$  dokumen yang masuk ke bagian *assembling* tidak lengkap, penulisan dokter tidak spesifik dalam diagnosa sehingga menyulitkan petugas yang mengakibatkan kesalahan dalam pengambilan berkas rekam medis. Sedangkan untuk laporan rutin setiap bulan juga mengalami beberapa masalah, karena ketidaktepatan laporan ke unit rekam medis. Hal ini mengakibatkan terhambatnya perekapan laporan yang dibuat petugas rekam medis dan juga dalam pengiriman laporan.

Dalam penelitian oleh Suryati (2014), dengan hasil penelitian yaitu masih banyak ditemukan beberapa masalah yang ada pada proses pelaksanaan semua kegiatan dari pengumpulan, pengolahan dan pelaporan sehingga banyak petugas yang merangkap pekerjaan. Penelitian oleh Suhartatik (2015), dengan hasil penelitian yaitu belum berjalannya sistem komputerisasi untuk pembayaran pasien.

Berdasarkan informasi diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai **“Analisis Pelaksanaan Sistem Informasi Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Pusri Palembang Tahun 2016”**.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah adalah masih belum optimalnya pelaksanaan sistem informasi rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Pusri Palembang Tahun 2016.

## **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Bagaimanakah proses pelaksanaan pengumpulan, pengolahan dan pelaporan informasi rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Pusri Palembang Tahun 2016.

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan umum**

Diketuinya informasi yang mendalam tentang proses pengumpulan, pengolahan dan pelaporan sistem informasi pelaksanaan rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Pusri Palembang tahun 2016.

#### 1.4.2 Tujuan khusus

- 1) Diketuainya informasi yang mendalam tentang proses pengumpulan informasi pelaksanaan rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Pusri Palembang tahun 2016.
- 2) Diketuainya informasi yang mendalam tentang proses pengolahan informasi pelaksanaan rekam medis di Rumah Sakit Pusri Palembang tahun 2016.
- 3) Diketuainya informasi yang mendalam tentang proses pelaporan informasi pelaksanaan rekam medis di Rumah Sakit Pusri Palembang tahun 2016.

### **1.5 Manfaat Penelitian**

#### 1.5.1 Bagi Rumah Sakit Pusri

Hasil penelitian ini diharapkan sebagai sumbangan pemikiran dan acuan terhadap Rumah Sakit Pusri Palembang dalam rangka mengetahui analisis pelaksanaan sistem informasi rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Pusri Palembang Tahun 2016.

#### 1.5.2 Bagi STIK Bina Husada

Sebagai informasi lengkap yang bermanfaat untuk pengembangan pengetahuan tentang analisis pelaksanaan sistem informasi rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Pusri Palembang Tahun 2016.

#### 1.5.3 Bagi peneliti selanjutnya

Untuk menerapkan ilmu yang telah penulis dapatkan selama mengikuti perkuliahan di STIK Bina Husada Palembang, serta menambah wawasan peneliti dan bisa menjadi pedoman untuk mahasiswa-mahasiswi yang lain.

## 1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini termasuk dalam area AKK (Administrasi Kebijakan Kesehatan). Yang bertujuan untuk mendapatkan informasi yang mendalam tentang proses pengumpulan, pengolahan dan pelaporan informasi pelaksanaan rekam medis. Informan dalam penelitian ini sebanyak 7 (tujuh) orang yaitu Informan Kunci adalah Kepala Rekam Medis, Informan terkait adalah Pelaksana Pendaftaran, Pelaksana *Assembling* dan *Koding*, Pelaksana Pendistribusian, Pelaksana *Filling*, Pelaksana Pelaporan, Pelaksana Pelayanan Keperawatan Rawat Inap. Waktu penelitian dilakukan dari tanggal 06 April 2016 - 16 Mei 2016 di Rumah Sakit Pusri Palembang. Penelitian ini dilakukan secara observasi langsung, penelusuran data dan wawancara mendalam terhadap informan kunci dan informan yang terkait dalam sistem informasi rekam medis.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Sistem Informasi Kesehatan**

##### **2.1.1 Pengertian informasi**

Informasi merupakan hasil olahan data, dimana data tersebut sudah diproses dan diinterpretasikan menjadi sesuatu yang bermakna untuk pengambilan keputusan. Informasi juga diartikan sebagai himpunan dari data yang relevan dengan satu atau beberapa orang dalam suatu waktu (Kusrini dalam Taufiq, 2013: 15).

Informasi dapat didefinisikan sebagai data yang diolah menjadi bentuk yang lebih berguna dan lebih berarti bagi yang menerimanya (Barsasella, 2012:10).

Informasi merupakan sebuah komponen yang pokok dan sangat penting didalam suatu organisasi / instansi karena sebuah organisasi bisa menjadi maju jika mendapatkan suatu informasi yang akurat bahkan sebaliknya organisasi bisa berantakan jika mendapat informasi yang kurang berkualitas, maka dari itu perlu dikelola dengan benar sebuah informasi kemajuan organisasi(Taufiq, 2013:15).

##### **2.1.2 Pengertian sistem informasi kesehatan**

Sistem Informasi Kesehatan (SIK) adalah kumpulan komponen dan prosedur yang terorganisir dan bertujuan untuk menghasilkan informasi yang dapat memperbaiki keputusan yang berkaitan dengan manajemen pelayanan kesehatan disetiap tingkatnya (Barsasella, 2012: 15).

Sistem Informasi Kesehatan (SIK) merupakan subsistem dari Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang berperan dalam memberikan informasi untuk pengambilan keputusan di setiap jenjang administrasi kesehatan baik ditingkat pusat, provinsi, kabupaten atau bahkan pada tingkat pelaksana teknis seperti rumah sakit, puskesmas (Barsasella, 2012: 16).

Rencana Strategis untuk memperkuat SIK terdiri dari 9 bidang strategis sebagai berikut (Barsasella, 2012: 17) :

- a. Pengembangan kebijakann, peraturan dan perundang-undangan di SIK, isu terkait (Advokasi kebijakan dan mekanisme pengaturan yang berbeda berhubungan dengan SIK yaitu kegiatan pengumpulan data dari sektor kesehatan swasta, registrasi vital, rilis informasi publik, dan penggunaan catatan medis elektronik, dan lain-lain).
- b. Desain system informasi dan pemeliharaan  
(Penilaian periodik dan hubungan antar sub-sistem SIK *review* data esensial minimum untuk inti dan indikator lainnya).
- c. Pengembangan dan alokasi sumber daya SIK  
(Advokasi untuk sumber daya keuangan dan manusia yang memadai, peningkatan kapasitas, dan kesempatan dan insentif untuk pengembangan karir bagi staf SIK).
- d. Penerapan *Information and Communication Technologies* (ICT) secara tepat  
(Penyediaan perangkat keras yang memadai, perangkat lunak dan infrastruktur ICT).
- e. Promosi kualitas data

(Standar kualitas data, mekanisme kontrol, manual instruksi, pelatihan dan insentif).

f. Pemasaran efektif produk SIK

(Analisis perubahan kebutuhan pengguna data, publikasi rutin buletin kesehatan tahunan dan profil kesehatan sistem dan mengembangkan dan menjaga situs web diperbarui Depkes).

g. Memperkuat data sharing, analisis pembagian dan pemanfaatan di semua tingkat

(Mengembangkan/ memperkuat mekanisme untuk memfasilitasi transmisi vertikal dan horisontal data/ informasi dalam Kementerian Kesehatan, membangun/ meningkatkan kesehatan sebuah gudang *database/* data yang terintegrasi, memperkuat kemampuan analisis staf HIS untuk mensintesis dan menghasilkan data berbasis bukti, melakukan pelatihan tentang pemanfaatan bukti untuk perencanaan program, manajemen, kebijakan perdebatan dan keputusan).

h. Peningkatan mekanisme komunikasi, kerjasama dan koordinasi yang efektif

(Advokasi untuk pengembangan dan pelaksanaan mekanisme kemitraan dengan pemangku kepentingan, dan mengembangkan meningkatkan strategi komunikasi yang efektif antara penyedia data dan pengguna data di semua tingkatan, termasuk penyediaan mekanisme umpan balik).

i. Memperkuat pengumpulan data dan pemanfaatan dalam sistem desentralisasi

(Data tingkat kabupaten, manajemen mereka dan transmisi lengkap dan tepat waktu untuk tingkat provinsi dan nasional di bawah sistem desentralisasi).

### 2.1.3 Sistem informasi Rumah Sakit (SIRS)

Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) adalah suatu tatanan yang berurusan dengan pengumpulan data, pengolahan data, penyajian informasi, analisa dan penyimpulan informasi serta penyampaian informasi yang dibutuhkan untuk kegiatan Rumah Sakit (Barsasella,2012: 87).

Sistem Informasi Rumah Sakit adalah suatu tatanan yang berurusan dengan pengumpulan data, pengelolaan data, penyajian informasi, analisis dan penyimpulan informasi serta penyampaian informasi yang dibutuhkan untuk kegiatan rumah sakit (Sabarguna, 2011:176).

Adapun 3 kegiatan pokok yang dilakukan rumah sakit, yaitu (Barsasella, 2012:87) :

- 1) Adanya transaksi, karena adanya transfer barang dan jasa.
- 2) Adanya catatan kesehatan pasien dan catatan biaya pasien.
- 3) Memberikan informasi dari berbagai data dan kegiatan.

Komponen-komponen Sistem Informasi Rumah Sakit adalah sebagai berikut (Barsasella,2012:87) :

- 1) Rumah Sakit, untuk mengambil keputusan, untuk menetapkan kebijakan dan strategi.
- 2) Informasi, untuk pencatatan data dan memberikan informasi baik kepada pimpinan RS, pimpinan departemen dan masyarakat.
- 3) Sistem membutuhkan berbagai perangkat keras, perangkat lunak dan keahlian.

Tujuan SIRS adalah memberikan informasi yang benar kepada pejabat yang tepat dan masyarakat yang membutuhkan pada waktu yang tepat, dengan biaya serendah mungkin, untuk (Barsasella,2012: 88) :

- 1) Mengembangkan strategi perkembangan RS dimasa yang akan datang.
- 2) Mengambil keputusan, jenis kegiatan, dan jenis pelayanan apa yang akan diberikan atau ditingkatkan, dan beberapa besar tarif akan ditetapkan.
- 3) Menetapkan komunikasi dan sinkronisasi khususnya dengan pelanggan internal dan masyarakat.
- 4) Mendukung pimpinan RS dan Depkes/pemerintah/pemilik dalam menetapkan arah dan rencana pembangunan kesehatan.

## **2.2 Rekam Medis**

### **2.2.1 Pengertian rekam medis**

Rekam Medis adalah siapa, apa, dimana dan bagaimana perawatan pasien selama dirumah sakit, untuk melengkapi rekam medis harus memiliki data yang cukup tertulis dalam rangkaian kegiatan guna menghasilkan suatu diagnosis, jaminan, pengobatan dan hasil akhir (Rustiyanto, 2012: 5).

Rekam medis adalah catatan kronologis yang tidak disangsikan lagi kebenarannya tentang pertolongan, perawatan, pengobatan seorang pasien selama mendapatkan pelayanan di rumah sakit. Pengadilan dapat diyakinkan bahwa rekam medis tidak dapat disangkal kebenarannya dan dapat dipercaya. Oleh karena itu

keseluruhan atau sebagian dari informasi dapat dijadikan bukti memenuhi persyaratan (Depkes,2006: 9).

Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnese, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang rawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Sabarguna, 2011: 123).

## 2.2.2 Tujuan dan kegunaan rekam medis

### a) Tujuan rekam medis

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit (Depkes,2006: 13).

Pembuatan rekam medis dirumah sakit bertujuan untuk mendapatkan catatan atau dokumen yang akurat dan adekuat dari pasien, mengenai kehidupan dan riwayat kesehatan, riwayat penyakit dimasa lalu dan sekarang, juga pengobatan yang telah diberikan sebagai upaya meningkatkan pelayanan kesehatan (Rustiyanto,2012: 6).

b) Kegunaan rekam medis

Kegunaan rekam medis secara umum antara lain sebagai berikut (Rustiyanto, 2012: 7) :

- (1) Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga ahlinya yang ikut ambil bagian didalam memberikan pelayanan pengobatan, perawatan kepada pasien.
- (2) Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
- (3) Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit, dan pengobatan selama pasien berkunjung atau dirawat dirumah sakit.
- (4) Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
- (5) Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
- (6) Menyediakan data-data khususnya yang sangat berguna untuk penelitian dan pendidikan.
- (7) Sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medik pasien.
- (8) Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan.

Sedangkan kalau menurut Departemen Kesehatan RI (2006:13), adapun kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain:

a. Aspek Administrasi

Di dalam berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggungjawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam pelayanan kesehatan.

b. Aspek Medis

Suatu rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan / perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen resiko klinis serta keamanan / keselamatan pasien dan kendali biaya.

c. Aspek Hukum

Suatu rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka menegakkan hukum serta menyediakan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan. Rekam medis adalah milik Dokter dan Rumah Sakit sedangkan isinya yang terdiri dari Identitas Pasien, Pemeriksaan, Pengobatan, Tindakan dan Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien adalah sebagai informasi yang dapat dimiliki oleh pasien sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.

d. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis yang mempunyai nilai keuangan, karena dalam isinya menyangkut penetapan biaya pelayanan yang telah diberikan kepada pasien, dan tanda bukti/ tindakan pelayanan yang harus dipenuhi oleh pasien atau pihak penanggung sebagai kewajibannya.

#### e. Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis yang mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat digunakan untuk penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan.

#### f. Aspek Pendidikan

Suatu berkas medis yang isinya mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat digunakan untuk pembelajaran atau bahan referensi pengajaran pendidikan di bidang yang terkait.

#### g. Aspek Dokumentasi

Suatu berkas medis yang mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menjadi sumber dokumen data/informasi yang dapat digunakan sebagai pertanggung jawaban dan bahan laporan rumah sakit.

### 2.2.3 Isi rekam medis

Bentuk atau format rekam medis dapat disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan kesehatan yang bersangkutan, tapi setidaknya-tidaknya isi rekam medis dapat sesuai dengan Permenkes Nomor 269/2008 yang memuat sekurang-kurangnya (Ratman,2013: 72).

Isi rekam medis pasien rawat inap dan perawatan minimal satu hari (Ratman,2013: 76) :

- 1) Identitas pasien
- 2) Tanggal dan waktu

- 3) Hasil anamnesis
- 4) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang
- 5) Diagnosis
- 6) Rencana penatalaksanaan
- 7) Pengobatan dan atau tindakan
- 8) Persetujuan tindakan bila diperlukan
- 9) Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
- 10) Ringkasan pulang (resume medis / discharge summary)
- 11) Nama dan tanda tangan dokter atau tenaga kesehatan tertentu bila memberikan pelayanan
- 12) Pelayanan lain yang diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu (misal pemberian nebulizer atau pelayanan fisioterapi)
- 13) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinis

Tata cara penerimaan pasien yang akan berobat ke poliklinik ataupun yang dirawat adalah sebagian dari sistem prosedur pelayanan RS Pusri. Dapat mengatakan bahwa disini pelayanan pertama kali yang diterima oleh seorang pasien saat tiba di rumah sakit, maka tidaklah berlebihan bila dikatakan bahwa di dalam tata cara penerimaan inilah seorang pasien mendapatkan kesan baik ataupun tidak baik dari pelayanan rumah sakit. Tata cara melayanani pasien dapat dinilai baik bilamana dilaksanakan oleh petugas dengan sikap ramah, sopan, tertib dan penuh tanggung jawab (Depkes,2006: 33).

## 2.2.4 Proses penyelenggaraan dan pengolahan rekam medis

### 2.2.4.1 Proses penyelenggaraan rekam medis

Penyelenggaraan Rekam Medis itu meliputi sebagai berikut (Panduan Pelayanan Rekam Medis,11) :

- 1) Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis.
- 2) Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan.
- 3) Pembuatan rekam medis dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
- 4) Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberi pelayanan kesehatan secara langsung.
- 5) Penulisan berkas rekam medis dapat dilakukan oleh co-ass dan residen.
- 6) Dalam hal terjadi kesalahan penulisan pada rekam medis dapat dilakukan ralat/perbaikan.
- 7) Perbaikan hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang diperbaikiserta dibubuhi paraf dan nama jelas dari dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan yang bersangkutan.
- 8) Dokter, dokter gigi dan atau tenaga kesehatan tertentu bertanggung jawab atas catatan dan atau dokumen yang dibuat pada rekam medis.

- 9) Rumah sakit wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan dalam rangka penyelenggaraan rekam medis.

#### 2.2.4.2 Proses pengolahan dokumen rekam medis

Proses pengolahan rekam medis menurut Departemen Kesehatan RI (2006:57) dalam buku Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia sebagai berikut:

##### 1) Penataan Berkas Rekam Medis (*Assembling*)

###### a. Penataan berkas rekam medis pasien rawat jalan

Penataan berkas rekam mdis rawat jalan meliputi :

- a) Pembatas poliklinik
- b) Lembar dokumen pengantar
- c) Lembaran poliklinik
- d) Hasil pemeriksaan penunjang
- e) Salinan resep

###### b. Penataan berkas rekam medis pasien rawat inap

(1) Penataan berkas rekam medis pasien rawat inap untuk kasus anak meliputi:

- a) Ringkasan (diisi oleh bagian Rekam Medis)
- b) Pembatas masuk
- c) Pembatas masuk dan keluar
- d) Surat dokumen pengantar
- e) Intruksi dokter
- f) Lembar konsultasi

- g) Catatan perawat
  - h) Catatan perkembangan
  - i) Grafik suhu, nadi dan pernafasan
  - j) Pengawasan khusus
  - k) Hasil pemeriksaan laboratorium
  - i) Hasil pemeriksaan radiodiagnostik
  - m) Salinan resep
  - n) Resume atau Laporan kematian
- (2) Penataan berkas rekam medis pasien rawat inap untuk kasus bedah :
- a) Ringkasan
  - b) Pembatas masuk
  - c) Surat dokumen pengantar
  - d) Intruksi pra atau pasca bedah
  - e) Catatan anestesi
  - f) Laporan pembedahan
  - g) Intruksi dokter
  - h) Catatan perkembangan
  - i) Lembar konsultasi
  - j) Catatan perawat
  - k) Grafik suhu, nadi dan pernafasan
  - l) Pengawasan khusus
  - m) Hasil pemeriksaan laboratorium

- n) Hasil pemeriksaan radiodiagnostik
  - o) Salinan resep
  - p) Resume atau laporan kematian
- (3) Penataan berkas rekam medis pasien rawat inap untuk kasus kebidanan :
- a) Pembatas masuk
  - b) Ringkasan masuk dan keluar
  - c) Surat dokumen pengantar
  - d) Lembar obstetrik
  - e) Catatan persalinan
  - f) Lembaran bayi baru lahir
  - g) Intruksi dokter
  - h) Catatan perkembangan
  - i) Lembar konsultasi
  - j) Catatan perawat
  - k) Grafik nifas (grafik ibu)
  - l) Pengawasan khusus
  - m) Hasil pemeriksaan laboratorium
  - n) Hasil pemeriksaan radiodiagnostik
  - o) Salinan resep
  - p) Resume atau laporan kematian
- (4) Penataan berkas rekam medis pasien rawat inap kasus bayi lahir :
- a) Pembatas masuk

- b) Ringkasan masuk dan keluar
- c) Riwayat kelahiran
- d) Intruksi dokter
- e) Catatan perkembangan
- f) Lembar konsultasi
- g) Catatan perawat
- h) Grafik bayi
- i) Pengawasan khusus
- j) Hasil pemeriksaan laboratorium
- k) Hasil pemeriksaan radiodiagnostik
- l) Salinan resep
- m) Resume atau laporan kematian

## 2) Pemberian Kode (*Coding*)

Pemberian kode adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada didalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya di indeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen, dan riset bidang kesehatan(Depkes, 2006:59).

Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (*World Health Organization*) bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. Sejak tahun 1993 WHO mengharuskan negara anggotanya

termasuk Indonesia menggunakan klasifikasi penyakit revisi-10 (ICD-10, *International Statistical Classification Diseases and Health Problem 10 Revisi*). ICD-10 menggunakan kode kombinasi yaitu menggunakan abjad dan angka (*alpha numeric*)

Kecepatan dan ketepatan pemberian kode dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksana yang menangani berkas rekam medis tersebut yaitu (Depkes, 2006: 60) :

- a. Tenaga Medis dalam menetapkan Diagnosis
- b. Tenaga Rekam Medis sebagai pemberi kode
- c. Tenaga Kesehatan lainnya

Penetapan Diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter (tenaga medis) yang terkait tidak boleh diubah oleh karenanya harus diagnosis yang ada dalam rekam medis diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada buku ICD-10.

Tenaga medis sebagai seorang pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis. Oleh karenanya untuk hal yang kurang jelas atau yang tidak lengkap, sebelum kode ditetapkan, komunikasikan terlebih dahulu para dokter yang membuat diagnosa tersebut. Setiap pasien yang telah selesai mendapatkan pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap, maka dokter yang memberikan pelayanan harus segera membuat diagnosis akhir.

Kelancaran dan kelengkapan pengisian rekam medis di instalasi rawat jalan dan rawat inap atas kerja sama tenaga medis dan tenaga kesehatan lain yang ada dimasing-masing instalasi kerja tersebut.

### 3) Tabulasi (*Indeksing*)

Indeksing adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat kedalam indeks-indeks (dapat menggunakan kartu indeks atau komputerisasi). Di dalam kartu indeks tidak boleh mencatumkan nama pasien (Depkes, 2006: 61).

### 4) Statistik dan Pelaporan Rumah Sakit

Pelaporan rumah sakit merupakan suatu alat organisasi yang bertujuan untuk dapat menghasilkan laporan secara cepat, tepat dan akurat yang secara garis besar jenis pelaporan rumah sakit dapat dibedakan menjadi 2 kelompok (Depkes, 2006: 65):

#### a. Laporan Intern Rumah Sakit

Laporan intern rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit. Jenis laporan tersebut meliputi :

- Pasien masuk dan keluar rumah sakit
- Pasien meninggal di rumah sakit
- Lamanya pasien dirawat
- Hari perawatan pasien, dll

#### b. Laporan Ektern Rumah Sakit

Laporan ektern rumah sakit ditujukan kepada Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medis Departemen Kesehatan RI (DITJEN YANMED), Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota.

c. Periode Laporan

- Data Kegiatan Rumah Sakit (RL 1)
- Data keadaan morbiditas pasien rawat inap rumah sakit (RL 2a)
- Data keadaan morbiditas pasien rawat jalan rumah sakit (RL 2b), dll

d. Saluran Pengiriman Laporan

Laporan dibuat rangkap 6 kecuali laporan yang bersifat individual dibuat rangkap dua. Laporan asli, dikirim ke Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Sub Bagian Data dan Informasi Dep-Kes-RI. Sedangkan rangkap ke dua dan seterusnya dikirim kepada :

- Dinas Kesehatan Propinsi
- Dinas Kesehatan Kabupaten
- Direktur Rumah Sakit
- Kepala Bagian Sekretariat RS

5) Korespodensi Rekam Medis

Korespodensi rekam medis adalah surat menyurat yang berhubungan dengan rekam medis. Adapun surat menyurat rekam medis terbagi atas berbagai jenis surat yaitu :

a. Resume medis

Pengertian resume medis adalah ringkasan kegiatan pelayanan medis yang diberikan oleh tenaga kesehatan khususnya dokter selama masa perawatan hingga pasien keluar baik keadaan hidup maupun meninggal.

b. Formulir asuransi yang terkait dengan pelayanan kesehatan

Formulir asuransi yang terkait dengan pelayanan kesehatan adalah yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter dan telah ditandatangani oleh pasien untuk memberikan kuasa kepada pihak Rumah Sakit untuk memberikan informasi kesehatan mengenai dirinya kepada pihak Asuransi.

c. Surat Keterangan Medis

Surat keterangan medis diberikan kepada pasien yang berisi keterangan tertulis mengenai kondisi kesehatan pasien dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Misalnya surat keterangan medis mengenai kondisi pribadi pasien untuk keperluan belajar, tes kesehatan, berobat keluar, studi banding.

6) Analisa Rekam Medis

7) Sistem Penyimpanan Rekam Medis

8) Pengambilan Rekam Medis

Permintaan-permintaan rutin terhadap rekam medis yang datang dari poliklinik, dari dokter yang melakukan riset, harus ditunjukkan ke bagian rekam medis setiap hari pada jam yang telah ditentukan.

9) Penyusutan (Retensi) dan Pemusnahan Rekam Medis

### 2.2.5 Pengisian, peminjaman dan pengambilan dokumen rekam medis

Pengisian, peminjaman dan pengambilan dokumen rekam medis yaitu (Rustiyanto,2012: 35) :

#### 1) Pengisian Rekam Medis

Ketentuan dalam pengisian dokumen Rekam Medis milik pasien antara lain:

- (a) Pengisian Rekam Medis harus lengkap selesai 1x24 jam, dalam setiap tindakan atau konsultasi.
- (b) Diisi oleh tenaga medis (dokter sebagai penanggung jawab).
- (c) Setiap memberi pelayanan harus ditulis atau dicatat dan ditandatangani.
- (d) Jika Rekam Medis belum lengkap, harus dilengkapi 2x24 jam.
- (e) Penulisan yang dibuat oleh residen harus diketahui oleh dokter yang membimbingnya.
- (f) Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukan pada saat itu juga serta dibubuhi paraf.
- (g) Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.

#### 2) Peminjaman dan Pengambilan Dokumen Rekam Medis

- (a) Peminjaman Rekam Medis untuk keperluan pembuatan makalah, riset, dll oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya, sebaiknya dikerjakan di kantor Unit Rekam Medis.
- (b) Mahasiswa kedokteran dapat meminjam Rekam Medis jika dapat menunjukkan surat pengantar dari dokter ruangan rekam medis tidak boleh dikirimkan akan tetapi cukup diberikan resume akhir pelayanan.

- (c) Menulis atau mencatat dokumen rekam medis yang dipinjam kedalam buku peminjaman.
- (d) Dalam pengambilan dokumen rekam medis petugas rekam medis khususnya dibagian *filling* harus meletakkan traser yang bertujuan untuk mengetahui keberadaan dokumen rekam medis.

#### 2.2.6 Penyimpanan, pemusnahan dan kerahasiaan rekam medis

Proses penyimpanan, pemusnahan dan kerahasiaan rekam medis pasien dilakukan sebagai berikut (Ratman, 2013: 82) :

##### a) Penyimpanan Rekam Medis

- (1) Untuk pasien yang berobat di rumah sakit baik untuk rawat jalan atau rawat inap, berkas rekam medis disimpan sekurang-kurangnya selama 5 (lima) tahun. Rawat jalan yaitu dihitung sejak terakhir kali pasien berobat sedangkan untuk rawat inap yaitu dihitung sejak terakhir kali pasien dipulangkan.
- (2) Penyimpanan rekam medis di rumah sakit dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan rumah sakit.

##### b) Pemusnahan Rekam Medis (Ratman, 2013: 83)

- (1) Setelah 5 tahun (kalau mau) rekam medis dapat dimusnahkan, *kecuali* ringkasan pulang (resume medis) dan persetujuan tindakan.
- (2) Ringkasan pulang (resume medis) dan tindakan persetujuan harus disimpan minimal 10 tahun sejak ringkasan dan persetujuan itu ditanda tangani (artinya masih harus disimpan selama 5 tahun lagi setelah rekam medis dimusnahkan).

### c) Kerahasiaaan Rekam Medis

Kerahasiaan rekam medis yang berupa identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan.

Kewajiban dalam hal menjaga kerahasiaan rekam medis tercantum dalam :

#### 1) UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran :

- (a) Pasal 47 ayat (2) : Rekam medis sebagaimana dimaksudkan pada ayat (1) harus disimpan dan dijaga kerahasiannya oleh dokter atau dokter gigi dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.
- (b) Pasal 48 ayat (1) : Setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran wajib menyimpan rahasia kedokteran.
- (c) Pasal 57 huruf (c) : Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban yaitu merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia

#### 2) UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan :

Pasal 57 ayat (1) : orang berhak atas rahasia kondisi kesehatan pribadinya yang telah dikemukakan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan.

#### 3) UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit :

Pasal 32 huruf (i) : setiap pasien mempunyai hak privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya.

#### 4) Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1996 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran :

Pasal 3 : yang diwajibkan menyimpan rahasia kedokteran adalah tenaga kesehatan (berdasarkan UU Tenaga Kesehatan – Lembaran Negara Tahun 1963 No. 79 – Pasal 2), mahasiswa kedokteran, murid yang bertugas dalam lapangan pemeriksaan, pengobatan dan atau perawatan, dan orang lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

5) Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan :

Pasal 21 : bagi tenaga kesehatan jenis tertentu dalam melaksanakan tugas profesinya berkewajiban untuk :

- (1) Menghormati hak pasien
- (2) Menjaga kerahasiaan identitas dan data kesehatan pribadi pasien
- (3) Memberikan informasi yang berkaitan dengan kondisi dan tindakan yang akan dilakukan
- (4) Meminta persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan
- (5) Membuat dan memelihara rekam medis

### 2.2.7 Kepemilikan, pemanfaatan dan tanggung jawab

Kepemilikan, pemanfaatan dan tanggung jawab rekam medis yaitu (Ratman,2013: 91) :

a) Kepemilikan

Berkas rekam medis milik sarana pelayanan kesehatan dan isi rekam medis merupakan milik pasien.

b) Pemanfaatan

- (1) Pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien

- (2) Alat bukti dalam penegakan hukum, disiplin kedokteran dan etika kedokteran
- (3)Keperluan pendidikan dan penelitian
- (4) Dasar pembayar biaya pelayanan kesehatan
- (5) Data statistik kesehatan

c) Tanggung Jawab

Pimpinan sarana pelayanan kesehatan harus memperhatikan penyelenggaraan rekam medis, karena secara tidak langsung harus dapat mempertanggung jawabkan segala kehilangan, kerusakan, pemalsuan dan/atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis.

Adapun tanggung jawab dari petugas rekam medis adalah :

- a. Pencatatan identitas pasien
- b. Pencatatan register pelayanan rekam medis
- c. Penyediaan berkas rekam medis baru atau lama
- d. Evaluasi konsistensi dan penelitian kelengkapan isi berkas rekam medis
- e. Pemberian kode penyakit dan operasi
- f. Pengideksan penyakit, operasi dan kematian
- g. Penyimpanan dan penjagaan atas kerahasiaan isi berkas rekam medis

## **2.3 Rekam Medis Digital**

### **2.3.1 Pengertian rekam medis digital**

Rekam medis elektronik adalah suatu kegiatan mengkomputerisasikan tentang isi rekam medis mulai dari mengumpulkan, mengolah, menganalisis dan

mempresentasikan data yang berhubungan dengan kegiatan pelayanan kesehatan (Ery Rustiyanto, 2012: 6).

Rekam medis merupakan keharusan yang penting bagi data pasien untuk diagnosis dan terapi, sekarang ini lebih jauh lagi untuk kepentingan pendidikan dan penelitian juga untuk masalah hukum yang terus berkembang. (Boy Sabaraguna, 2011: 124).Komponen rekam medis yang penting diantaranya :

- 1) Umur
- 2) Jenis kelamin
- 3) Pendidikan
- 4) Agama
- 5) Asal Pasien
- 6) Pekerjaan
- 7) Perkawinan

Hal diatas merupakan data dasar yang selanjutnya terkait dengan Anamnesa, Pemeriksaan fisik, Diagnosis, Terapi, Pemeriksaan penunjang, Rehabiltasi dan lainnya yang terkait secara khusus dan sangat penting dalam pelayanan.

### 2.3.2 Perbedaan pokok antara rekam medis kertas dengan digital

**Tabel 2.1**  
**Perbedaan Rekam Medis Kertas dan Digital**

No	Komponen	Kertas	Digital
1	Bahan	<i>Hardcopy</i>	<i>Softcopy</i>
2	Sifat	Kaku sulit dicari	Fleksibel, mudah dicari
3	Pengolahan	Tersendiri	Dapat otomatis
4	Pemanfaatan lanjutan seperti statistik, dll	Tersendiri	Dapat secara otomatis

Sumber: Sabarguna, 2011

Beberapa ciri khusus Rekam Medis Digital adalah (Sabarguna,2011: 125) :

- 1) Daftar, meliputi: *to do list, schedule, patient waitlist*.
- 2) Manajer, meliputi: *scanning information, call back, fax, automatic patient coller*.
- 3) *Support System*, meliputi: *sketchpad, symchronization, terapi related, interfaces*.

Secara umum fasilitas yang lebih maju dari hanya dokumen dalam bentuk kertas yang statis. Dengan pengertian CPR (*Computerized Patient Record*), dapat dilihat keuntungan seperti antara lain: *legibility, simulates remote access, data safety, confidentiality record access retracted, flexibiity of lay out*, dll.

### 2.3.3 Fungsi dan penyederhanaan rekam medis digital

#### 2.3.3.1 Fungsi rekam medis digital

Fungsinya adalah meningkatkan pelayanan pada pasien oleh para dokter.

Beberapa keuntungan antara lain (Sabarguna,2011: 127) :

- a. Mudah digunakan oleh tenaga administrasi dan kesehatan.
- b. Cepat dan mudah untuk dapat mengukur data pasien.
- c. Administrasi yang mudah.
- d. Memungkinkan pengembangan jaringan dengan mudah.
- e. Fleksibilitas yang tinggi untuk tampilan tersendiri.
- f. Integritas data dari berbagai sistem.

#### 2.3.3.2 Penyederhanaan pencatatan rekam medis digital

Penyederhanaan pencatatan semua aspek pelayanan medis sangat penting karena (Sabarguna,2011: 128) :

- a. Kompleksitas dan jumlah data yang besar.
- b. Kemajuan teknologi komputer telah dapat menampung kebutuhan.
- c. Aspek legal dan kecepatan kebutuhan informasi sangat mempengaruhi pola kerja dalam pencatatan dan pelaporan.
- d. Perubahan paradigma dan perilaku pasien termasuk dokter memerlukan waktu untuk dapat menerima teknologi baru.

Hal-hal yang perlu disederhanakan antara lain seperti berikut ini:

**Tabel 2.2**  
**Penyederhanaan Pencatatan**

No	Kelompok	Uraian
1	Prosedur	Penyederhanaan jumlah angka dan keterkaitan tanpa mengurangi mutu
2	Formulir	Ditelaah agar lebih kompak dan sederhana

- |   |                               |  |
|---|-------------------------------|--|
| 3 | Penulisan ulang               | Pengurangan dalam mencatat data yang sama dan saling terkait |
| 4 | Penyaluran data dan informasi | Dibuat keterkaitan yang lebih jelas dan mudah dilakukan      |

Sumber: Sabarguna, 2011

## **2.4 Rumah Sakit**

### **2.4.1 Pengertian Rumah Sakit**

Rumah sakit berakar dari kata latin *Hostel* yang biasa digunakan di abad pertengahan sebagai tempat bagi para pengungsi yang sakit, menderita dan miskin (Febriawati, 2013: 5).

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit terdiri dari rumah sakit umum dan rumah sakit khusus (Barsasella, 2012 : 85).

Bahwa Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat, dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (UU RI, 2009: 130).

### **2.4.2 Tugas dan fungsi Rumah Sakit**

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, yang mempunyai fungsi (UU RI, 2009: 133) :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

#### 2.4.3 Instalasi rawat inap

Rawat inap adalah hampir sama dengan pasien rawat jalan kecuali persetujuan pengobatan/ tindakan, catatan konsultasi, catatan perawatan oleh perawat dan tenaga kesehatan lainnya, catatan observasi klinik, hasil pengobatan, resume terakhir dan evaluasi pengobatan (Syafudin,2011: 171).

## **2.5 Penelitian Terkait**

### 1) Penelitian Terkait Pertama

Dalam penelitian ini memiliki penelitian terkait dimana adanya persamaan topik yaitu mengenai manajemen sistem informasi rumah sakit. Penelitian terkait ini

kemudian penulis jadikan sebagai perbandingan data dan sebagai informasi mengenai langkah-langkah untuk melakukan penelitian ini yaitu.

Penelitian ini sebelumnya sudah diteliti oleh Suryati di Kota Palembang pada tahun 2014 dengan judul yang sama yaitu Analisis Pelaksanaan Sistem Informasi Rawat Jalan di Rumah Sakit Bhayangkara Palembang. Hasil penelitian ini menyebutkan komponen proses pelaksanaan rekam medis yaitu:

a) Proses Pengorganisasian

Dalam pelaksanaannya masih ada menemui kendala, walaupun sampai saat ini bisa diatasi. Ini terlibat dari kerjasama semua petugas yang terkait dengan rekam medis berjalan dengan baik, untuk penerapan SOP masih ada masalah mengenai ketepatan waktu dalam menyelesaikan laporan, koordinasi petugas terkait dengan rekam medis cukup baik, untuk pemberian pengarahan dan motivasi berupa pemberian pelatihan atau penyegaran untuk semua petugas rekam medis dan yang terkait sudah dilakukan secara rutin yaitu 6 bulan dan setahun sekali.

b) Pada Proses Pelaksanaan

Proses pelaksanaan antara lain pengumpulan data, pengolahan data dan pelaporan berupa informasi antara lain mengenai pelayanan yang diberikan maupun data jumlah penyakit dan jumlah kunjungan pasien sudah berjalan dengan baik dan sudah sesuai dengan peraturan yang ada. Dalam pelaksanaan kegiatan kadangkala menemui kendala ataupun masalah, namun kendala tersebut tidak sampai mengganggu kegiatan dan masih bisa diatasi dengan baik.

c) Untuk Proses Kegiatan Monitoring dan Evaluasi

Proses tindak lanjut hasil monitoring dan evaluasi yang ada di instalasi rekam medis Rumah Sakit Bhayangkara dalam pelaksanaannya sudah berjalan cukup baik. Evaluasi tidak saja dilakukan oleh rumah sakit tapi juga oleh pasien sendiri dengan memberi saran dan keluhan melalui kotak saran yang telah disediakan. Monitoring dan evaluasi yang menggunakan formulir penilalain yang berisikan standar kriteria penilaian kinerja petugas dan kegiatan pelayanan kesehatan belum dilaksanakan, namun tindak lanjut hasil dari evaluasi tetap dilakukan baik pada saat rapat bulanan atau tahunan ataupun saat itu juga bila ada petugas yang melakukan kesalahan maka akan langsung ditegur atau diberitahu.

## 2) Penelitian Terkait Kedua

Penelitian ini sebelumnya sudah diteliti oleh Suhartatik dengan judul yang mirip yaitu Analisa Pengolahan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Dalam Upaya Peningkatan Pelayanan RSUD Kanjuruhan Kepanjen Tahun 2015. Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa komponen proses yaitu:

### a) Pengolahan Dokumen Rekam Medis

Hasil wawancara belum berjalannya system komputerisasi untuk pembayaran pasien.

### b) Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya penumpukan

Hasil wawancara terjadinya penumpukan ditinjau dari Sumber Daya Manusia, bahwa kuantitas, pendidikan dan pengalaman cukup kompeten. Rata-rata setiap hari Dokumen Rekam Medis Rawat Inap yang masuk ke rekam medis sebesar 52 DRM.

#### *(a) Assembling*

Waktu yang dibutuhkan untuk assembling 5,99 jam dan tenaga yang dibutuhkan 1,37 orang tanpa membagi pekerjaan sesuai cara masuk pasien (Umum, Askes, Jamkesmas, Jampersal), sedangkan kalau dibagi berdasarkan pekerjaan sesuai yang ada saat ini membutuhkan 3 orang.

(b) *Koding*

Waktu yang dibutuhkan untuk *koding* 2,31 jam dan membutuhkan tenaga 0,53 orang, bila dibedakan cara bayar membutuhkan 3 orang.

(c) *Indexing*

Waktu yang dibutuhkan untuk *indexing* 2,24 jam dan membutuhkan tenaga 0,51 orang, sedangkan bila dibedakan cara bayar membutuhkan 3 orang.

Faktor-faktor Non Sumber Daya Manusia, ruangan dan sarana prasarana yang dipakai untuk pengolahan DRM Rawat Inap cukup representative, dari pencahayaan maupun sirkulasi udara (menggunakan *air codition*) dan cukup mendukung namun masih belum menunjang dan membutuhkan penataan kembali karena tampak kurang rapi. Dari tenaga, DRM Rawat Inap yang masuk dan sarana prasarana seharusnya tidak perlu ada penumpukan. Perlu memperbaiki system pengolahan dokumen rekam medis, *system* keuangan dan mengaktifkan paniitia rekam medis untuk monitoring dan evaluasi mutu pelayanan rekam medis serta pemberdayaan petugas pengolah dokumen rekam medis rawat inap.

### 3) Penelitian Terkait Ketiga

Penelitian ini sebelumnya sudah diteliti oleh Frenti Giyana di Kota Semarang pada tahun 2012 dengan judul yang mirip yaitu Analisis Sistem Pengelolaan Rekam

Medis Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang Tahun 2012. Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa komponen proses yaitu:

a) Bagian *Assembling*

Dari hasil wawancara dengan informan masih banyak dokumen yang tidak lengkap dari 20 dokumen 4 dokumen lengkap.

b) Bagian *Koding* dan *Indeksing*

Dari hasil wawancara dibagian koding dan indeksing yaitu tidak adanya monitoring untuk mereview keakuratan data.

c) Bagian *Filling*

Dari hasil wawancara di bagian *filling* sering terjadi miss file dan tempat yang belum standar.

d) Bagian *Analising*

Dari hasil wawancara di bagian *analising*, sistem informasi manajemen belum berjalan dengan optimal.

4) Penelitian Terkait Keempat

Penelitian ini sebelumnya sudah diteliti oleh Anggun Pri Ardila di kota Yogyakarta pada tahun 2014 dengan judul yang mirip yaitu Analisis Manajemen Rekam Medis Di Rumah Sakit Jiwa Grahsia Yogyakarta Tahun 2014. Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa komponen proses yaitu:

a) Pengelolaan Kegiatan *Assembling*

Hasil wawancara di bagian assembling sudah terlaksana dengan baik.

b) Pengelolaan Kegiatan *Koding* dan *Indexing*

Hasil wawancara di bagian *koding* dan *indexing* sudah terlaksana dengan baik, hanya saja tulisan dokter yang sulit dibaca membuat petugas kesulitan dalam pengkodean dan mengelompokkan suatu penyakit.

c) Pengelolaan Kegiatan *Filling*

Hasil wawancara di bagian *filling* sudah terlaksana dengan baik, hanya saja ruangan yang kurang luas membuat petugas kesulitan mencari berkas yang ada di *Roll O'pack*

5) Penelitian Terkait Kelima

Penelitian ini sebelumnya sudah diteliti oleh Noory Nurania di Kota Bandung pada tahun 2006 dengan judul yang mirip yaitu Analisis Sistem Informasi Rekam Medik Rawat Inap Pada Rumah Sakit Umum Daerah Majalaya Tahun 2006. Hasil penelitian ini menyebutkan komponen proses yaitu:

a) Sistem Rekam Medik Rawat Inap

Sudah berjalan dengan petunjuk pelaksanaan penyelenggaraan rekam medik berdasarkan Surat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik.

b) Pengolahan Data

Masih menggunakan sistem manual sehingga dalam pencarian data rekam medik memakan waktu yang cukup lama dan sering terjadi kesalahan.

## 2.6 Kerangka Teori

Kerangka teori pada gambar 2.1 berikut mengacu pada model umum sistem. Sistem merupakan suatu kegiatan yang memproses input sehingga menjadi output,

input yang masuk akan memiliki peran yang sangat penting karena dengan inputan yang sesuai maka akan memudahkan dalam pemrosesan inputan tadi, dengan metode pemrosesan yang efektif dan efisien, jelas akan menghasilkan outputan sesuai dengan yang diinginkan. Jika output sudah sesuai dengan keinginan maka output tersebut sudah barang tentu akan sesuai dengan kebutuhan (Taufiq,2013: 7). Adapun model sistem secara umum adalah sebagai berikut:

**Bagan 2.1**  
**Kerangka Teori Model Umum Sistem Menurut Gardon B Davis**



Sumber : Gordon B Davis (1984) dalam Rohmat Taufiq (2013)

Adapun penjelasan dari masing-masing komponen pada bagan 2.1 diatas adalah sebagai berikut :

1) Input

Input merupakan semua kegiatan (pencatatan, pengetikan, pengeditan) atau memasukkan data baik fisik maupun non fisik/*logic*. Input fisik merupakan berkas-berkas, data-data laporan, benda-benda dan lain-lain. Sedangkan input *logic* bisa berupa data dari flashdisk, disket, CD dan tempat penyimpanan lainnya.

2) Proses

Proses adalah suatu kegiatan yang merubah input sehingga menjadi output yang memiliki nilai tambah atau lebih berguna lagi. Dalam hal ini input dan output yang dimaksud adalah data menjadi informasi.

### 3) Output

Output merupakan hasil dari input data yang diproses, output sering disebut sebagai informasi. Yang membedakan output dengan input adalah nilainya sudah tambah dan lebih bermanfaat bagi pengguna.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Bogdan dan Taylor (1975) mendefinisikan metodologi kualitatif sebagai proses penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Moleong, 2011: 4). Berdasarkan pengertian tersebut maka dalam penelitian ini bermaksud untuk memberikan informasi secara mendalam mengenai analisis pelaksanaan sistem informasi rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Pusri Palembang tahun 2016.

#### **3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

##### **3.2.1 Lokasi penelitian**

Lokasi penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Pusri Palembang Tahun 2016.

##### **3.2.2 Waktu penelitian**

Waktu penelitian dimulai pada tanggal 06 April - 16 Mei 2016.

#### **3.3 Sumber Informasi**

Pemilihan informan pada penelitian ini menggunakan metode *purposive sampling*. Metode purposif adalah metode pemilihan partisipan dalam suatu

penelitian dengan menentukan terlebih dahulu kriteria yang akan dimasukkan dalam penelitian (Saryono, 2011: 67).

Proses penelitian kualitatif setelah memasuki lapangan, dimulai dengan menetapkan seseorang informan kunci “*key informan*” yang merupakan informan yang berwibawa dan dipercaya mampu “membukakan pintu” kepada peneliti untuk memasuki obyek penelitian (Sugiyono, 2011: 253).

Kriteria Key Informan :

1) Kepala Rekam Medis

Kriteria Informan :

1) Pelaksana Pendaftaran

2) Pelaksana *Assembling* dan *Coding*

3) Pelaksana Pendistribusian

4) Pelaksana *Filling*

5) Pelaksana Pelaporan

6) Pelaksana Pelayanan Keperawatan Rawat Inap

Berdasarkan kriteria diatas adalah Kriteria Key Informan adalah Kepala Rekam Medis dan Kriteria Informan adalah Pelaksana Pendaftaran, Pelaksana *Assembling* dan *Coding*, Pelaksana Pendistribusian, Pelaksana *Filling*, Pelaksana Pelaporan, dan Pelaksana Pelayanan Keperawatan Rawat Inap.

**Tabel 3.1**  
**Sumber Informasi**

(Daftar informan, jumlah informan, metode pengumpulan dan informasi yang diinginkan)

No	Informan	Jumlah	Metoda		Indikator	Informasi yang diinginkan
			WM	Obs		
1	Informan Kunci :  1) Kepala Rekam Medis	1	✓	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkoordinir penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit.</li> <li>- Mengusulkan peningkatan kemampuan petugas rekam medis melalui pendidikan, pelatihan atau seminar.</li> <li>- Membuat laporan bulanan Unit Rekam Medis.</li> <li>- Menjaga kelengkapan, keamanan dan kerapian peralatan dan sarana lain di Unit Rekam Medis.</li> <li>- Melaksanakan penyimpanan berkas rekam medis sesuai sistem yang telah ditentukan serta menjaga kerahasiaan isinya.</li> <li>- Melaksanakan pengolahan data medik dalam bentuk catatan, rekapitulasi sebagai bahan laporan statistik rumah sakit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Pengumpulan data</li> <li>- Informasi awal</li> <li>- Cara mendaftar</li> <li>- Alur pendaftaran</li> <li>- Jenis-jenis informasi</li> <li>- Tehnik pengumpulan informasi</li> <li>- Masalah dalam pendaftaran</li> <li>- Prosedur peminjaman</li> <li>- Prosedur pengembalian</li> <li>- Sosialisasi atau pelatihan</li> <li>- SOP rekam medis</li> <li>- Masalah dalam pelaksanaan</li> </ul>



No	Informan	Jumlah	Metoda		Indikator	Informasi yang diinginkan
			WM	Obs		
					(JamKesPel). - Mengembalikan berkas rekam medis yang tidak lengkap ke zaal untuk dilengkapi. - Membuat laporan mutu kelengkapan status pasien setiap bulan. - Mengkoding setiap diagnosa penyakit pasien setelah mendapat pengobatan / perawatan berdasarkan buku ICD-10. - Melakukan tugas lain demi kepentingan rumah sakit. - Menjaga keamanan, kerapihan dan kebersihan ruang kerja medis. - Membuat status rekam medis untuk pasien baru. - Membuat kartu berobat untuk pasien baru lalu mengentrinya. - Membuat kartu KB / Imunisasi. - Melaksanakan pengambilan, pencatatan dan pendistribusian status rekam medis pasien poli rawat inap. - Memperbaiki status rekam medis yang rusak. - Menyimpan data rekam	2. <i>Coding</i>  -Menetapkan diagnosis  -Pemberi kode ICD 10  3. <i>Filling</i>  -Mengeluarkan status pasien  -Menyusun dan merapikan status pasien  -Mencari dan menelusuri status pasien  -Memperbaiki sampul status pasien yang rusak atau sobek  -Menjaga keamanan, kerapihan dan kebersihan status pasien  c) Pelaporan data
3)	Pelaksana Pendistribusian	1	✓	✓		

No	Informan	Jumlah	Metoda		Indikator	Informasi yang diinginkan
			WM	Obs		
					<p>medis dalam sistem yang telah ditentukan dan menjaga kerahasiaan isinya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjaga keamanan, kerapian dan kebersihan ruang pelayanan status rekam medis.</li> <li>- Melakukan tugas lain demi kepentingan rumah sakit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Membuat laporan kegiatan bulanan rawat inap</li> <li>-Membuat laporan bulanan penyakit</li> </ul>
4)	Pelaksana Filling	1	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengeluarkan status rekam medis untuk pasien rawat inap.</li> <li>- Menyusun dan merapikan status rekam medis yang ada di rak penyimpanan.</li> <li>- Mengambil kembali status rekam medis dari IGD.</li> <li>- Mencari dan menelusuri status rekam medis yang tidak ada pada rak penyimpanan.</li> <li>- Mencatat jumlah pasien yang berobat di rumah sakit.</li> <li>- Mengeluarkan status rekam medis yang berobat di rumah sakit.</li> <li>- Memperbaiki sampul status rekam medis yang rusak atau robek.</li> <li>- Menjaga keamanan, kerapian dan kebersihan</li> </ul>	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Membuat dan mengirimkan laporan</li> <li>-Membuat laporan tahunan</li> </ul>

No	Informan	Jumlah	Metoda		Indikator	Informasi yang diinginkan
			WM	Obs		
					<p>ruang penyimpanan status rekam medis.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melaksanakan tugas-tugas lain demi kepentingan rumah sakit.</li> </ul>	
5)	Pelaksana pelaporan	1	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membuat laporan kegiatan bulanan rawat inap untuk manajemen rumah sakit.</li> <li>- Membuat laporan bulanan penyakit DBD untuk Dinkes Kota.</li> <li>- Membuat laporan bulanan surveilans penyakit menular dan tidak menular.</li> <li>- Membuat dan mengirimkan laporan RL5.1, RL5.2, RL5.3, RL5.4 untuk Dinkes secara on-line.</li> <li>- Membuat laporan bulanan ISPA, diare typoid, pneumonia untuk puskesmas kalidoni.</li> </ul>	
6)	Pelaksana Pelayanan Keperawatan Rawat Inap	1	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melaksanakan pengkajian keperawatan.</li> <li>- Menentukan diagnosa keperawatan.</li> <li>- Melaksanakan tindakan keperawatan kepada pasien sesuai dengan kebutuhan dan berorientasi kepada 14 komponen dasar.</li> </ul>	

<b>No</b>	<b>Informan</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Metoda</b>	<b>Indikator</b>	<b>Informasi yang diinginkan</b>
			<b>WM</b> <b>Obs</b>		

- Melaksanakan pencatatan asuhan keperawatan.
  - Melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan.
-

<b>No</b>	<b>Informan</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Metoda</b>	<b>Indikator</b>	<b>Informasi yang diinginkan</b>
			<b>WM</b> <b>Obs</b>		

<b>No</b>	<b>Informan</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Metoda</b>	<b>Indikator</b>	<b>Informasi yang diinginkan</b>
			<b>WM   Obs</b>		

**Keterangan :**

WM = Wawancara Mendalam

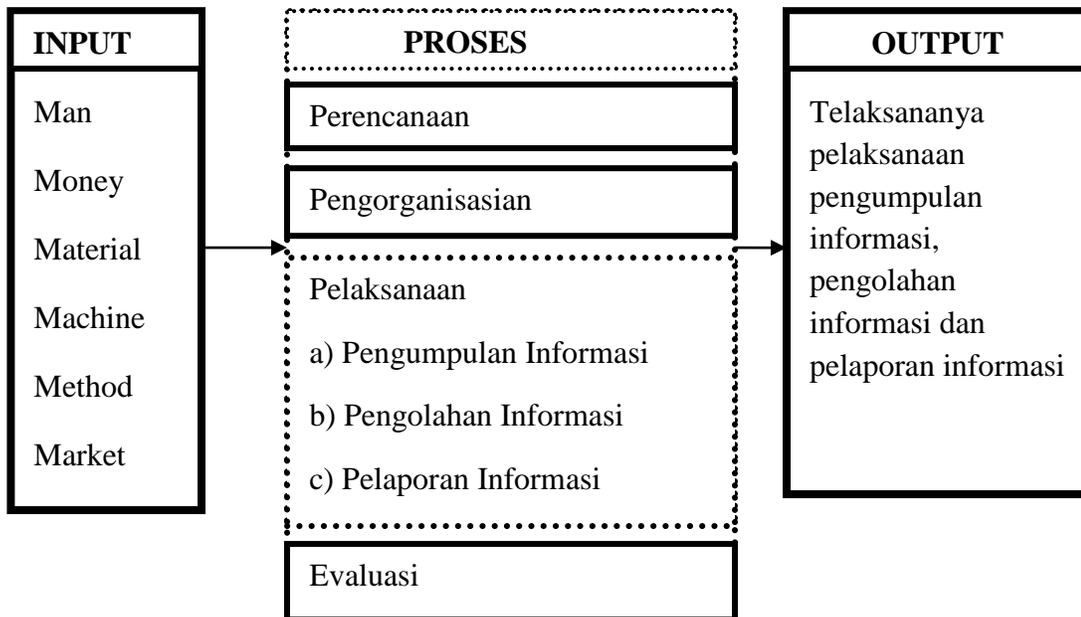
Obs = Observasi

### **3.4 Kerangka Pikir**

Berdasarkan tinjauan pustaka yang tidak dikemukakan, berikut mengacu pada Kerangka Teori yang terdapat pada BAB II dan ditemukan dengan judul penelitian. Untuk proses pelaksanaan tidak semua fungsi manajemen dibahas tapi hanya komponen-komponen yang terdapat dalam proses, mengingat judul penelitian ini adalah Analisis Pelaksanaan Sistem Informasi Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Pusri Palembang Tahun 2016, dimana fungsi manajemen yang paling terpengaruh adalah fungsi pengorganisasian, pelaksanaan dan evaluasi (proses). Sedangkan fungsi 6 M (input) dan penilaian (output) tidak dibahas.

Didalam penelitian ini terdapat 3 variabel yaitu input, proses, dan output yang diambil dari teori sistem seperti yang terlibat pada gambar berikut ini :

**Bagan 3.1**  
**Kerangka Pikir**  
**Analisis Pelaksanaan Sistem Informasi Rekam**  
**Medis Rawat Inap Rumah Sakit Pusri Palembang Tahun 2016**



Tidak diteliti

Diteliti

### 3.5 Definisi Istilah

**Tabel 3.2**  
**Definisi Istilah**

No	Variabel	Definisi Teori	Definisi Istilah
1	Pengumpulan	Alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah olehnya (Arikunto,2010: 265).	Informasi yang diperoleh dari status pasien mulai dari pendaftaran sampai ke poli-poli rawat inap.
2	Pengolahan	Perencanaan sistem informasi, analisis biaya atau efektivitas (Gordon B. Davis dalam Sunyoto, 2014:9).	Informasi yang sudah dikumpulkan lalu diolah oleh petugas sesuai tempat tugasnya masing-masing.
3	Pelaporan	Suatu alat organisasi yang bertujuan untuk dapat menghasilkan laporan secara cepat, tepat dan akurat (Depkes, 2006).	Setiap unit-unit yang melaksanakan kegiatan rekam medis membuat laporan sesuai dengan jenis laporan yang telah ditentukan.

### 3.6 Keabsahan Informasi

Untuk menjamin keabsahan informasi dalam penelitian ini, penelitian mengadakan triangulasi dengan sumber dan triangulasi dengan metode. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain.

Triangulasi dengan sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif. Sedangkan triangulasi dengan metode menurut Patton (1987) terdapat dua strategi yaitu pengecekan derajat kepercayaan penemuan hasil penelitian beberapa teknik pengumpulan data dan pengecekan derajat kepercayaan beberapa sumber data dengan metode yang sama (Moleong, 2011: 330).

### 3.6.1 Triangulasi sumber

Dalam penelitian ini diperlukan beberapa sumber untuk memperoleh derajat kepercayaan (keabsahan) informasi yang diperoleh dari : Kepala Instalasi Rekam medis, Pelaksana Pendaftaran, Pelaksana *Assembling* dan *Koding*, Pelaksana Pendistribusian, Pelaksana *Filling*, Pelaksana Pelaporan dan Pelaksana Pelayanan Keperawatan Rawat Inap.

### 3.6.2 Triangulasi metode

Untuk mendapatkan keabsahan informasi maka dalam penelitian ini menggunakan cara membandingkan informasi yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam dan observasi langsung di tempat penelitian.

### 3.6.3 Triangulasi teori

Dalam mengecek keabsahan informasi akan dibandingkan dengan teori-teori yang telah ada (telah dokumen) atau dengan kata lain adanya penjelasan banding (*rival explanation*).

### **3.7 Metode, Alat dan Prosedur Pengumpulan Data**

#### 3.7.1 Metode pengumpulan data

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam (*indepth interview*), observasi dan catatan lapangan. Bentuk pertanyaan yang diajukan selama proses wawancara adalah pertanyaan terbuka (*open ended question*). Bentuk pertanyaan dipilih berdasarkan fenomena di lapangan dan didasarkan studi literatur bahwa informasi yang digali bersifat mendalam sesuai sudut pandang informan sehingga informan memiliki keabsahan dalam memberikan informasi.

#### 3.7.2 Alat pengumpulan data

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini adalah pedoman wawancara, pedoman observasi dan alat perekam (Sibaragiang, 2014: 119). Kemampuan peneliti sebagai alat pengumpulan data diuji coba dengan melakukan wawancara mendalam dengan Informan Kunci dan Informan Penunjang/Terkait. Peneliti mengevaluasi tentang kelancaran proses wawancara, kelengkapan pengetahuan informan tentang operasional sistem informasi rekam medis rawat inap Rumah Sakit Pusri.

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah Kualitatif, yaitu data yang diperoleh dari objek penelitian dalam bentuk informasi baik secara lisan maupun tulisan seperti struktur organisasi, pembagian tugas, dan lain-lain.

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

- a) Data primer yaitu data yang dikumpulkan sendiri oleh peneliti dari objek penelitian. Data primer didapatkan dari hasil observasi dengan mengisi formulir

kesediaan menjadi informan dan melakukan wawancara langsung secara mendalam (*indepth interview*) dengan informan serta menggunakan alat perekam *tape recorder/Handphone*, alat pencatat, foto dan video.

- b) Data sekunder yaitu data yang diperoleh dari dokumen terkait. Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan cara telaah dokumen yang berhubungan dengan laporan program pelaksanaan sistem informasi rekam medis rawat inap Rumah Sakit Pusi Palembang.

### 3.7.3 Prosedur pengumpulan data

Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan setelah mendapatkan izin secara tertulis atau lisan dari Rumah Sakit Pusri Palembang.

Selanjutnya peneliti bekerja sama dengan petugas Rumah Sakit Pusri Palembang guna memperoleh data tentang pelaksanaan sistem informasi rekam medis rawat inap Rumah Sakit Pusri Palembang. Kemudian peneliti menentukan calon informan kunci dan informan lainnya. Setelah diidentifikasi calon informan kunci dan informan lainnya selanjutnya peneliti menemui informan kunci dan informan lainnya untuk memastikan bahwa mereka sesuai dengan karakteristik atau ciri yang diinginkan.

### **3.8 Pengolahan Data**

Pengolahan data pada penelitian ini dimulai dari mendokumentasikan data dengan meminta data-data hasil wawancara berupa rekaman, catatan lapangan dan

*print outdata* lainnya. Langkah berikutnya adalah pemberian kode untuk memudahkan peneliti dalam menganalisa data untuk membedakan informasi dari masing-masing informan. Pemberian kode dilakukan dengan memberikan garis bawah pada transkrip pada kata-kata kunci kemudian memberi kode. Misalnya memberikan kode 1-1 pada informan kesatu, dan 1-2 kode untuk informan kedua, dan seterusnya. Pemberian tanda khusus pada transkrip untuk membedakan istilah atau catatan lapangan tanda istilah dilakukan dengan memberikan tanda kurung dengan huruf italic. Misalnya *dak ado* (tidak ada), berarti merupakan keterangan istilah kata-kata yang bukan bahasa Indonesia.

Data yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam, dianalisis dengan menggunakan teknik analisis kualitatif. Data berupa pernyataan yang didapatkan dari informan di rekam dengan *tape recorder/Handphone* (Hp) dan dicatat guna mendapatkan analisis pelaksanaan sistem informasi rekam medis rawat inap Rumah Sakit Pusri Palembang Tahun 2016.

### **3.9 Analisis Data**

Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan yang

akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri maupun orang lain (Sugiyono, 2011: 244).

Prosedur analisa data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara membaca transkrip secara berulang-ulang dan teliti untuk mendapatkan informasi tentang pelaksanaan sistem informasi rekam medis rawat inap. Selanjutnya peneliti mengidentifikasi kata kunci yang terdapat pada setiap kalimat dan memberikan tanda garis bawah (kode). Kemudian peneliti melakukan interpretasi atau mengambil kata kunci yang merupakan pertanyaan informan yang signifikan untuk menentukan kategori.

Kategori-kategori yang serumpun akan dikelompokkan dalam tema yang sama. Kemudian peneliti mengelompokkan tema-tema tersebut kedalam tujuan khusus. Dan tahap terakhir peneliti memvalidasikan hasil analisa berupa tema-tema dengan cara menunjukan kisi-kisi tema terhadap informan.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil Penelitian**

##### 4.1.1 Gambaran umum Rumah Sakit Pusri Palembang

###### a) Sejarah Rumah Sakit Pusri Palembang

Rumah Sakit Pusri bermula dari sebuah klinik milik kontraktor utama proyek pembangunan PT. Pusri yaitu Morrison Knudsen Of Asia. Klinik ini dibangun untuk memberikan pelayanan kesehatan rawat jalan kepada tenaga kerja proyek.

Sejalan dengan perkembangan pembangunan PT Pusri dan meningkatnya kebutuhan akan jenis layanan kesehatan, dimana fasilitas di klinik tersebut sangat terbatas, maka kegiatan klinik dipindahkan ke Jl. Flamboyan pada awal tahun 1963 dan sejak itu klinik tersebut disebut dengan Rumah Sakit.

Pada tanggal 3 Desember 1973 dan sesuai dengan perkembangan PT Pusri pada umumnya dan Rumah Sakit PT Pusri khususnya maka jenis layanan bertambah dengan hygiene perusahaan, BKIA/ KB dan kesehatan gigi yang didukung dengan sarana yang lengkap. Pada tanggal 31 Desember 1973 Direktur PT Pusri meresmikan organisasi RS PT Pusri menjadi Pusat Kesehatan Perusahaan (Industrial Health Centre) yang disingkat menjadi Pusat Kesehatan.

Selanjutnya tanggal 29 September 1986 Pusat Kesehatan berubah menjadi Dinas Pelayanan Kesehatan yang semula mencakup fungsi kuratif, preventif dan

rehabilitatif berubah misinya menjadi fungsi kuratif dan rehabilitatif saja, sedangkan fungsi preventif dan promotif dikelola oleh bagian Kesehatan Kerja Departemen PKL.

Kemudian tahun 2001 PT Pusri melakukan spin off terhadap Rumah Sakit Pusri dan beralih menjadi Yayasan Pusri Medika (YPM).

Pada tanggal 30 Agustus 2006 Yayasan Pusri Medika (YPM) berubah dan pada tanggal 1 September 2006 rumah sakit menjadi swadaya murni sebagai “ PT Graha Pusri Medika”. Sementara untuk operasional rumah sakit tetap memakai nama Rumah Sakit Pusri dan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No: HK-05.05/ I/ 7911/ 2010 menetapkan bahwa Rumah Sakit Pusri adalah Rumah Sakit tipe C.

b) Visi, Misi, Motto Dan Tata Nilai Rumah Sakit Pusri

Visi: Mewujudkan Rumah Sakit Pusri menjadi pilihan utama untuk masyarakat Palembang dan sekitarnya.

Misi: 1) Memberikan pelayanan kesehatan perumahsakititan kepada karyawan/ pensiunan/ keluarga PT Pusri dan Anak Perusahaannya serta masyarakat umum.

2) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan perumahsakititan secara profesional dan bermutu.

3) Melakukan pengelolaan rumah sakit secara efektif dan efisien dengan tetap memperhatikan fungsi sosial.

4)Melaksanakan kerjasamasinergik dengan instansi/pihak lain secara harmonis dan berkesinambungan.

5)Meningkatkan profitabilitas perusahaan untuk semakin tumbuh dan berkembangnya Rumah Sakit Pusri.

Motto : Melayani sahabat menuju sehat.

Tata Nilai (Values)

Tata nilai Rumah Sakit Pusri disingkat “ FIRST “ yaitu:

**F** (Fast) : Aktivitas kerja/ pelayanan cepat, tepat dan akurat

**I** (Integritas) : Loyalitas yang tinggi terhadap organisasi

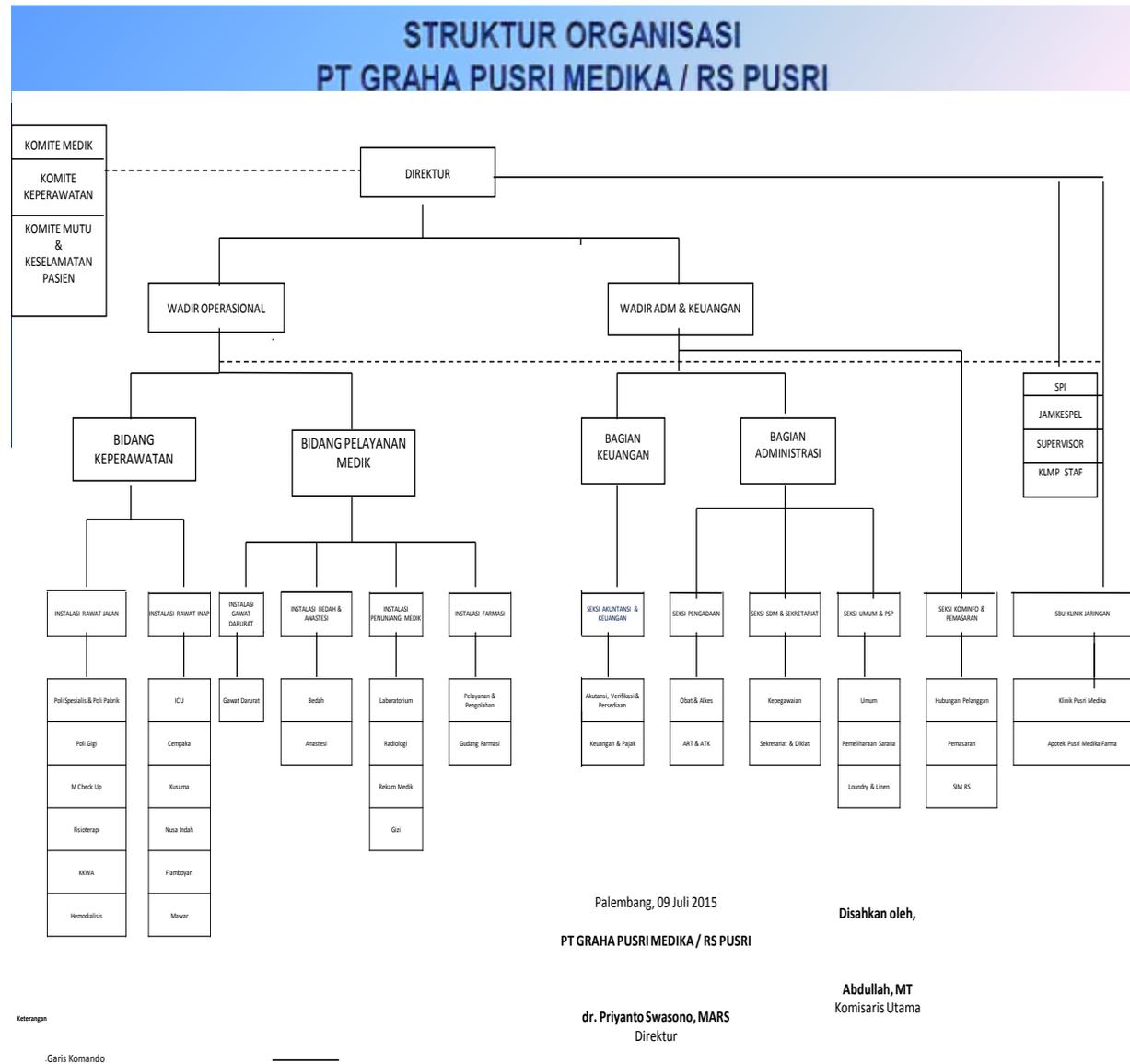
**R** (Responsible): Tanggap dan peduli terhadap pelayanan

**S** (Smile) : Senyum dengan tulus dan ramah dalam pelayanan

**T** (Touch) : Melayani dengan sentuhan perhatian dan tindakan

4.1.2 Struktur organisasi Rumah Sakit

4.1 Bagan



#### 4.1.3 Gambaran umum unit kerja rekam medis

##### 4.1.3.1 Visi unit rekam medis

“ Penyelenggaraan Rekam Medis yang berdasarkan standar pelayanan dalam mewujudkan pelayanan kesehatan secara prima dan bermutu.”

##### 4.1.3.2 Misi unit rekam medis

- Pelaksanaan Rekam Medis yang sesuai dengan standar Akreditasi Rumah Sakit.
- Menyelenggarakan pelayanan Rekam Medis yang mengandung informasi medis yang baik, tepat waktu, akurat dan dapat dipercaya.
- Mendistribusikan status Rekam Medis secara cepat, tepat dan akurat dalam menunjang kelancaran pelayanan pengobatan pasien di rumah sakit.
- Menjaga keamanan, keutuhan dan kerapihan status Rekam Medis secara keseluruhan.
- Memberikan informasi pelayanan rumah sakit pada manajemen dalam menunjang pengambilan keputusan, perencanaan dan evaluasi terhadap mutu pelayanan rumah sakit.
- Meningkatkan kompetensi petugas Rekam Medis secara berkesinambungan guna mencapai pelayanan Rekam Medis secara professional dan bermutu.

##### 4.1.3.3 Struktur organisasi unit rekam medis

Unit Rekam Medis dikoordinir oleh Kepala Ruangan Rekam Medis yang berada dibawah Kepala Instalasi Penunjang Medik dan Kepala Bidang Pelayanan Medik di pimpin oleh Wadir Operasional.

#### 4.1.4 Karakteristik informan

Karakteristik informan pada penelitian ini digambarkan sebagai berikut berjumlah 7 orang, terdiri dari informan utama yaitu Kepala Rekam Medis 1 (satu) orang, Pelaksana Pendaftaran 1 (satu) orang, Pelaksana *Assembling* dan *Coding* 1 (satu) orang, Pelaksana Pendistribusian 1 (satu) orang, Pelaksana *Filling* 1 (satu) orang, Pelaksana Pelaporan 1 (satu) orang dan Pelaksana Pelayanan Keperawatan Rawat Inap 1 (satu) orang.

**Tabel 4.2**  
**Karakteristik Kelompok Informan**

No	Kode Informan	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Lama Kerja	Jabatan
1.	S	27 Tahun	Perempuan	D III Rekam Medis	5 Tahun	Kepala Rekam Medis
2.	M	35 Tahun	Perempuan	D III Komputer Akutansi	8 Tahun	Pelaksana Pendaftaran
3.	H	25 Tahun	Laki-laki	D III Rekam Medik	1 Tahun	Pelaksana <i>Assembling</i> dan <i>Coding</i>
4.	ID	29 Tahun	Laki-laki	SMA	10 Tahun	Pelaksana Pendistribusian
5.	E	21 Tahun	Laki-laki	SMA	3 Tahun	Pelaksana <i>Filling</i>
6.	IR	25 Tahun	Perempuan	D III Rekam Medis	1 Tahun	Pelaksana Pelaporan
7.	D	23 Tahun	Perempuan	D III Keperawatan	1 Tahun	Pelaksana Pelayanan Keperawatan Rawat Inap

Sumber: Observasi Penelitian

#### 4.1.5 Komponen proses

Berikut ini merupakan hasil penelitian mengenai komponen proses yang diteliti dalam penelitian yang meliputi:

##### 4.1.5.1 Pengumpulan informasi

Proses pengumpulan informasi dalam kegiatan rekam medis terdiri dari dua belas kategori yaitu mengetahui informasi awal pendaftaran, cara pasien mendaftar, alur pendaftaran, jenis-jenis informasi, tehnik pengumpulan informasi, masalah dalam pendaftaran, prosedur peminjaman berkas rekam medis, prosedur pengembalian berkas rekam medis, sosialisasi atau pelatihan mengenai alur rekam medis, SOP rekam medis, masalah dalam pelaksanaan rekam medis, harapan pengumpulan informasi. Dalam proses penelitian yang dilakukan melalui wawancara mendalam (*indepth interview*), observasi dan telaah dokumen, maka data dan informasi yang diperoleh adalah sebagai berikut:

##### (1) Informasi awal untuk rawat inap

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah 6 dari 7 informan menjelaskan bahwa pada dasarnya untuk mengetahui informasi awal rawat inap bisa langsung menanyakan ke bagian administrasi rawat inap.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai informasi awal untuk rawat inap yang meliputi:

“ Untuk rawat inap, ya bisa kebagian admisi rawat inap “ (S)

“ Pasien datang langsung ke administrasi rawat inap” (M)

“ (mmm...) pasien bisa menanyakan ke bagian informasi atau langsung nanya ke IGD” (H)

“ Kalau untuk pasien awal itu dilihat dari segi kasus. Kalau untuk kasus IGD biasanya pasien langsung ke menuju UGD dulu tapi kalau dia pasien non UGD biasanya dia ke informasi untuk menanyakan apakah syarat untuk rawat inap tersebut tapi kalau pasiennya UGD biasanya dilihat dari kasusnya biasanya kasusnya itu seperti apa, kalau kasusnya itu UGD ditanya dulu udah pernah berobat belum disini kalau belum pernah berobat di data dulu dari UGD dari UGD langsung menuju ke pendaftaran tapi kalau sudah pernah berobat disini dia harus menunjukkan kartu rekam medisnya diambil dari loket rekam medis di berada di UGD” (ID)

“Untuk rawat inap itu ada dua itu dari pertama dari poli rawat jalan (mmm...) habis dari konsul atau dari poli itu di putuskan dari dokternya itu dirawat atau gaknya terus ke bagian admisi cari kamar terus yang satunya lagi dari IGD pasien dari IGD masuk IGD terus (mmm...) ditindak langsung sama dokternya terus mendaftarkan diagnosa terus kalau udah (mmm...) ada diagnosa kata dokter di suruh manajemen rumah sakit ya ke bagian admisi lagi” (E)

“ (mmm...) untuk mengetahui informasi awal rawat inap pasien ke bagian admisi ada di depan di bagian admisi rawat inap” (IR)

“ Biasanya pasien datang lewat poli atau lewat (mmm...) UGD kemudian nanti dari dokter tersebut jangan, apabila ada indikasi rawat disuruh rawat oleh dokter tersebut biasanya sesuai indikasinya nanti di informasikan dari dokter keluarga langsung (mmm...) bahwa pasien tersebut perawatan seperti itu” (D)

## (2) Pasien untuk mendaftar rawat inap

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah dari semua informan menjelaskan bahwa dapat langsung ke bagian administrasi rawat inap dengan membawa beberapa persyaratan yaitu KTP atau kartu BPJS, untuk kasus gawat darurat dapat diwakilkan kepada pihak keluarga pasien.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai cara pasien mendaftar rawat inap yang meliputi:

“ Untuk mendaftar rawat inap, disini ada dua dia bisa dari emergency, bisa juga dari (eee...) poliklinik ya. Kalau dari emergency dilayani dulu di emergency baru keluarganya nanya ke admisi rawat inap, begitu juga yang poliklinik dia juga dari poliklinik, mau rawat inap ya berarti dia ke poliklinik dulu mungkin kalau ada penyuluhan untuk rawat inap ke bagian admisi rawat inap” (S)

“ Untuk rawat inap itu ada dua jalur, yang pertama dari IGD terus ada dari rawat jalan. Kalau dari rawat jalan itu tidak biasanya tidak urgent tapi ada juga yang urgent itu nanti pasien ke administrasi rawat jalan eh ke rawat inap. Disana pasien akan dilayani sesuai dengan prosedur” (M)

“ (eee...) pasien ke apo dari (eee...) poliklinik (eee...) langsung ke petugas admisi untuk menanyakan kamar terus (eee...) melakukan registrasi dengan petugas (eee...) admisi” (H)

“ Kalau mendaftar rawat inap biasanya pasien dianjurkan untuk ke pendaftaran dan membawa syarat-syarat. Kalau pasien BPJS biasanya melampirkan kartu BPJS dan KTP, struk pembayaran kalau BPJSnya itu BPJS mandiri tapi kalau BPJS perusahaan biasanya melampirkan KTP dan fotokopi BPJSnya saja” (ID)

“ Cara pasien untuk mendaftar (eee...) kelengkapan berkas harus lengkap terus terutama (eee...) KTP terus kartu askes atau asuransinya terus kelengkapan data penunjang yang lain seperti misalnya ada EKG, BCG atau yang lain sebagainya rontgen hasil lab” (E)

“ Cara pasien untuk mendaftar rawat inap biasanya ada pengantar rujukan kalau dia BPJS biasanya ada rujukan dari dokter untuk masuknya atau disebut surat perintah rawat terus nanti kebagian admisi juga bagian admisi rawat inap” (IR)

“ Ada dua cara, yang pertama lewat IGD dan juga lewat poli, pasien sudah indikasi rawat kemudian datang ke CS kemudian dari CS pasien tersebut hingga membuat buku rekam medis kemudian habis membuat buku rekam medis tersebut dan pasien itu umum (eee...) disuruh bayar terlebih dahulu apabila pasien itu BPJS atau pelanggan OL nanti (eee...) dikasih (eee...) bagian BPJS atau umum pelanggan tersebut (eee...) melengkapi persyaratan-persyaratan kemudian dijelaskan seperti (eee...) peraturan rumah sakit dan lain sebagainya (eee...) terus dari rekan (eee...) dari rekan (eh) dari front office tersebut biasanya nelpon ke ruangan atau supervisor untuk informasi kamar, apabila ada kamarnya baru (eee...) baru dibuka rekam medis tersebut (eee...) perjanjian-perjanjian dan yang lain sebagainya kemudian pasien dianter ke ruangan biasanya seperti itu” (D)

### (3) Alur pendaftaran rawat inap

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah semua informan pada dasarnya alur pendaftaran rekam medis rawat inap dari IGD dan Poliklinik kemudian ke bagian administrasi untuk mendaftarkan rawat inap dan untuk mendapatkan kamar.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai alur pendaftaran rawat inap yang meliputi:

*“ Untuk pencatatan rekam medis rawat inap itu maksudnya kayak mana nih. Kalau alur untuk pendaftarannya bisa itu tadi, ada dua bagian bisa dari emergency bisa dari poliklinik, kalau dari emergency yang pasti pasien ditangani dulu keluarganya yang ke bagian admisi rawat inap atau yang mengantar. Kalau dari poliklinik bisa dia ke bagian admisi rawat inap nanti mencari kamar dibagian admisi rawat inap itulah baru diantar ke bangsal” (S)*

*“ Sama seperti tadi, jadi ada dua jalur pasien ke admisi rawat inap. Nanti (eee...) di admisi rawat inap juga ada dua, yang pertama kalau pasien baru akan dibuatkan buku baru tapi kalau dia sudah pernah berobat belum pernah dirawat nanti dibuatkan buku baru juga. Semua penjelasan jadi satu nanti di sana di admisi” (M)*

*“(eee...) (eee...) kalau (eee...) rawat inap (eee...) itu ada dua jalur, dari (eee...) instalasi gawat darurat atau (eee...) poliklinik (eee...) setelah mendapatkan (eee...) apo indikasi rawat inap pasien langsung ke admisi terus (eee...) dicarikan kamar oleh petugas admisi (eee...) terus petugas (eee...) poliklinik atau (eee...) perawat dari IGD (eee...) mengantar ke rawat inap” (H)*

*“ Kalau alur pendaftarannya dari UGD itu dikasih selebaran bukti tindakan itu formulirnya, kalau dia udah pernah berobat dia ambil kartu ke rekam medis itu loketnya di UGD bisa tapi kalau dia pernah berobat itu langsung serahkan ke pendaftaran ke depan untuk melakukan rawat inap, alurnya kayak gitu” (ID)*

*“ Untuk alur ada dua cara lagi yang sama kayak tadi, yang pertama dari poli yang kedua dari IGD pihak IGD terus (eee...) dari misalnya via IGD kebagian admisi, bagian admisi nelpon ke bagian faviliun yang di belakang terus (eee...) dicari kamar sesuai dengan pasien tadi di infeksi atau non infeksi terus jika ada yang pasien di suruh tunggu sebentar terus di konfirmasi lagi sama (eee...) perawat yang di belakang sudah siap apa belum kamar tersebut untuk pasien” (E)*

*“ Alur pendaftaran ya ada tiga ya setahu saya yang pertama dari rawat jalan, terus yang kedua dari IGD terus yang ketiga dari rujukan luar (eee...) masing-masing di bawak rujukan itu (eee...) lalu ke bagian admisi rawat inap” (IR)*

*“ Ya seperti tadi (eee...) dari IGD atau dari poli ke CS abis dari CS nanti konfirmasi ke ruangan habis dari konfirmasi ruangan (eee...) buku pembuatan medis apabila pasien baru apabila pasien lama mencari buku rekam medis yang lama resume medis kemudian (eee...) pasien tersebut dari eh kembali lagi ke poli atau ke IGD dulu baru di anter ke ruangan kayak itu” (D)*

#### (4) Jenis-jenis informasi yang dikumpulkan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah semua informan menjelaskan bahwa jenis-jenis informasi yaitu identitas pasien dan data penunjang seperti asuransi atau BPJS.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai jenis-jenis informasi yang dikumpulkan meliputi:

*“ Yang pasti identitas pasien, identitasnya untuk kelengkapan-kelengkapan berkasnya bisa dengan metode wawancara langsung atau kita minta dari KTPnya, SIM, identitas dia yang pasti” (S)*

*“ Data pasien, pemakaian pakai asuransi atau tidak tidak perusahaan apa yang di jamin seperti itu yang pasti data pasien” (M)*

*“ (eee...) kalau identitas pasien terus pasien, identitas, KTP terus mendaftar ke petugas admisi (eee...) langsung (eee...) petugas perawat mengantar (eee...) zaal rawat inap” (H)*

*“ Jenis-jenis informasi yang di kumpulkan itu informasi tentang syarat-syarat rawat inap, itu syarat-syaratnya itu biasanya BPJS, fotokopi KTP sama fotokopi struk tadi yang di bilang tadi kalau di ini (mmm...) apa di... non BPJS yang bayar tapi kalau BPJS yang bayar itu yang seperti KTP sama BPJS” (ID)*

*“ (eee...) data penunjang terus KTP, askes atau asuransi lainnya” (E)*

*“ (mmm...) identitas pasien” (IR)*

*“ Jenis-jenis informasinya (eee...) dari mulai riwayat penyakit terdahulu, penyakit sekarang (eee...) riwayat (eee...) riwayat yang menderita penyakit yang sama terus*

*(eee...) keluhan-keluhan pasien (eee...) apabila dia pernah berobat lihat data penunjangnya juga seperti itu” (D)*

(5) Teknik pengumpulan informasi rawat inap

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah 3 dari 7 informan menjelaskan bahwa teknik pengumpulan dengan metode wawancara pada pasien langsung mengenai identitas pasien.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai teknik pengumpulan informasi rawat inap yang meliputi:

*“ Pengumpulan informasi rawat inap, ya dengan metode wawancara dengan pasien langsung mengenai identitas dia kayak gitu” (S)*

*“ Pasien harus bawak identitas kesini, kalaupun dia tidak bawak identitas, identitas apapun bisa KTP bisa SIM bisa dari asuransinya, seperti itu” (M)*

*“ (eee...) petugas admisi dari rekam medis menanyakan kepada pasien (eee...) identitas pasien terus untuk persetujuan perawatan informen consent di setuju oleh (eee...) keluarga pasien atau (eee...) yang mengantarkan pasien untuk rawat inap” (H)*

*“ Teknik pengumpulan rawat inap, kalau untuk pengumpulan informasi rawat inap itu di bagian informasi rawat inap kalau dia untuk pengen tahu caranya itu tapi kalau informasi rawat inap tadi yang di sebutkan tadi hanya untuk melampirkan nomor rekam medis kalau dia pernah berobat, kalau dia belum pernah berobat nomor rekam medisnya dan BPJS sama KTP nya tadi” (ID)*

*“ Oh untuk dia masuk itu yang dari misalkan dia hasil lab di tunggu hasil lab nya terus (mmm...) dilampirkan untuk bagian depan SEG atau EKG rontgen” (E)*

*“ (mmm...) tehniknya dengan cara menggunakan (mmm...) KTP atau SIM dan lain-lainnya” (IR)*

*“ Pengumpulan informasi kita ada data subjektif dengan data objektif, data subjektif itu dari pasien tersebut dari pasien atau keluarga yang kita, kalau data objektif kita lihat hate too too dari fisiknya lihat hate too too kemudian pemeriksaan-pemeriksaan penunjang lainnya seperti radiologi, pemeriksaan lab dan lain sebagainya” (D)*

(6) Masalah dalam pendaftaran pasien rawat inap

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah 4 dari 7 informan menjelaskan masalah dalam pendaftaran rawat inap masih ada pasien yang tidak membawa persyaratan dan identitas diri untuk rawat inap.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai masalah dalam pendaftaran pasien rawat inap yang meliputi:

*“ Kalau masalah memang pasti adalah, itulah kendala kita kalau dengan pasien suka lupa membawa KTP dia yang mendaftarkan bukan orang yang bersangkutan keluarganya atau pengantarnya atau tetangganya kan bisa kayak gitu, kalau untuk pendaftaran kita susah mendapatkan data-data dia yang real kayak gitu nah, kadang yang daftar pakek cuma nama panggilan, taunya nama panjang siapa kayak gitu kan. Berkas-berkas dia kurang lengkap jadi kita suka terhambat di bagian pendaftarannya” (S)*

*“ Ada, kesulitannya satu biasanya pasien yang membawa nih pasien nih yang bawak orang lain yang tidak kenal dengan sih pasien atau pasien tidak bawak kartu identitas apapun karena kan kita pelayanan jasa, kadang-kadang pasien datang kesini dalam keadaan emergency tanpa kelengkapan berkas apapun nah ini akan menyulitkan petugas” (M)*

*“ (eee...) sejauh ini (eee...) gak ada ya” (H)*

*“ Kalau untuk masalah biasanya lupa bawak KTP itu masalahnya disitu atau lupa bawak struk pembayarannya” (ID)*

*“ (eee...) ada masalah sih (eee...) misalkan dia pasien umum kan syaratnya harus ada DP, salah satunya bagian itu DP gak ada uang misalkan terus kalau yang asuransi, askes atau BPJS kurangnya fotokopi, fotokopi KTP, askes atau kartu keluarga” (E)*

*“ Ada biasanya pasien yang mendaftar (eee...) keluarga pasien atau tetangga pasien atau bisa jadi orang lain ya” (IR)*

*“ Kalau pendaftaran sih biasanya gak ada masalah sih” (D)*

(7) Prosedur dalam peminjaman berkas rekam medis

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah 5 dari 7 informan menjelaskan bahwa prosedur dalam peminjaman berkas rekam medis sudah sesuai dengan prosedurnya dengan menggunakan buku ekspedisi dan melapor ke bagian rekam medis.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai prosedur dalam peminjaman berkas rekam medis yang meliputi:

*“ Kalau untuk peminjaman berkas rekam medis siapa yang meminjam melapor dulu ke bagian rekam medis, yang pasti kan itu orang-orang yang berkepentingan dengan statusnya bukan orang baseng-baseng kayak gitu kan, dia minjem laporan dulu ke atasan nanti di catat di cari kan nomor rekam medisnya di catet di buku ekspedisi, kita ada buku ekspedisi peminjaman” (S)*

*“(eee...) pasien dat (eee...) dari mana dulu kalau dia dari ruangan ada ekspedisi kita di rekam medis ada” (M)*

*“(eee...) apabila (eee...) prosedurnya (eee...) pasien (eee...) siapa perawat atau yang meminjam (eee...) menuliskan (eee...) kopelan ke petugas (eee...) rekam medis (eee...) terus petugas rekam medis mengisikan (eee...) mengisi apo menandatangani di buku ekspedisi” (H)*

*“ Kalau prosedur peminjaman berkas rekam medis itu ada pembukuannya, untuk peminjaman itu harus di lampiri nomor rekam medis dan namanya, kalau tidak ada nomor rekam medis agak susah mencarinya karena membutuhkan waktu dalam pencariannya” (ID)*

*“ Oh itu ada sesuai di (eee...) prosedurnya ada SOP nya” (E)*

*“(mmm...) kita disini ada prosedurnya (eee...) peminjaman dengan menggunakan buku ekspedisi” (IR)*

*“Prosedur peminjaman berkas rekam medis biasanya kita dari ruangan menghubungi bagian rekam medis (eee...) kita beri tahu kalau misalnya (eee...) guna keperluannya apa (eee...) terus di ACC dari mereka setelah ACC dari mereka (eee...)kita ada buku pengembalian status namanya pengembalian resume medis*

*kemudian kita tulis apa yang ingin kita pinjam terus kita tanda tangan petugas medis eh petugas rekam medis ngasih ke kita mereka tanda tangan juga kayak gitu sih” (D)*

(8) Prosedur dalam pengembalian berkas rekam medis

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah dari semua informan menjelaskan bahwa prosedur dalam pengembalian biasanya di cross check di buku ekspedisi dan di lihat dari nomor rekam medisnya.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai prosedur dalam pengembalian berkas rekam medis yang meliputi:

*“ Pengembalian berkas rekam medis tadi, yang pasien yang sudah statusnya di pinjam di catet di buku ekspedisi nanti siapa yang meminjam siapa yang mengembalikan itu ada di buku ekspedisinya, jadi dikumpulkan dulu ke ini di lihat di buku ekspedisi sudah semua di kembalikan baru nanti di susun ke rak penyimpanan” (S)*

*“ Masih sering terlambat” (M)*

*“ (eee...) itukan sudah di catat dari kalau meminjam sudah di catat di (eee...) buku ekspedisi terus apabila di kembalikan dia (eee...) petugas meminjam menandatangani kembali (eee...) di buku ekspedisi (eee...) peminjaman status” (H)*

*“ Kalau untuk prosedur pengembalian berkas rekam medis itu di lihat dari nomor rekam medisnya, kalau nomor rekam medisnya itu sudah berurutan dari nomor kecil sampai nomor terbesar” (ID)*

*“ (mmm...) di catet di dalam buku ekspedisi” (E)*

*“ Pengembalian biasanya ya kita crosscheck di buku ekspedisi (eee...) biasanya kita conteng ya yang mana di pinjem terus di (eee...) ada tanda tangan sih pengembali” (IR)*

*“ (eee...) sama ya dari kita dari ruangan biasanya di lengkapi semua (eee...) di lengkapi semua data-datanya kemudian (eee...) kita ada buku, buku pengembalian kita tulis nama (eee...) nama resumennya nama siapa kemudian kita anter ke rekam medis nanti petugas rekam medis yang ngasih ke kita ya” (D)*

➤ SOP dalam peminjaman dan pengembalian berkas rekam medis

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah 6 dari 7 informan menjelaskan bahwa sudah ada SOP untuk peminjaman dan pengembalian berkas rekam medis dan pada dasarnya sudah sesuai dengan peminjaman dan pengembalian berkas rekam medis tetapi kurangnya tracer di rak penyimpanan.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam SOP dalam peminjaman dan pengembalian berkas rekam medis yang meliputi:

*“ Sudah, kita sudah ada SPO untuk peminjaman dan pengembalian berkas itu sudah ada. Kalau untuk ininya secara garis besarnya sudah sesuai dengan SPO yang ada”* (S)

*“ Ada dan sesuai”* (M)

*“ Sudah ada. Paling kurangnya di (eee...) apo namonyo tracer kami tidak menggunakan tracer”* (H)

*“ Sudah ada dan sudah sesuai”* (ID)

*“ Iya, ada dan sudah sesuai”* (E)

*“ Ya, ada SPO nya kita. Ya yang meminjam wajib di catat di dalam buku ekspedisi tanggal peminjaman (eee...) terus berkas yang di pinjam nama, nomor rekam medis serta tanda tangan peminjam”* (IR)

*“ Kalau untuk SOP sih kurang tahu kalau misalnya, tapi selama itu seperti itu alurnya”* (D)

(9) Sosialisasi atau pelatihan mengenai alur rekam medis

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah 6 dari 7 informan menjelaskan bahwa ada sosialisasi atau pelatihan mengenai alur rekam medis.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam sosialisasi atau pelatihan mengenai alur rekam medis yang meliputi:

*“ Mengenai rekam medis ada, kita sudah ada pernah pelatihan mengenai rekam medis itu di rumah sakit tapi kalau mengenai (mmm...) rekam medisnya di rumah sakit, kalau untuk pelaporan-pelaporan ada pelatihan di luar kami” (S)*

*“ Ada untuk petugas ya bukan untuk pasien” (M)*

*“ (eee...) belum ada kalau (eee...) untuk pelatihan” (H)*

*“ Kalau untuk sosialisasi itu sudah ada, sosialisasi untuk pelatihan sudah ada, pelatihan sudah ada di Palembang di hotel-hotel kalau di Palembang, kalau di luar Palembang itu ada juga karena itu kan pelatihan itu kan yang di laksanakan dari Pormiki” (ID)*

*“ Sosialisasi atau pelatihan ada (eee...) sosialisasi itu kurang tahu dimana” (E)*

*“ Mengenai alur (eee...) biasanya ada ya, tergantung ada yang di dalam kota atau di luar kota” (IR)*

*“ Kalau misalnya apa sosialisasi paling sosialisasi tentang (mmm...) apa pasien datang kayak gitu, pasien-pasien datang dari mana alurnya, alur pendaftaran sudah ada kayak gitu kalau untuk alurnya” (D)*

#### (10) SOP rekam medis

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah 6 dari 7 informan menjelaskan bahwa sudah ada SOP untuk rekam medis tetapi banyak yang tidak paham dengan jelas prosedurnya.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam SOP rekam medis yang meliputi:

*“ Ada, kita ada SPO rekam medis khusus ada. Kalau secara garis besar sih (mmm...) ada nama SPO kan gak lettet let kayak gitu kita di lapangan tuh gak sama persis dengan yang tercatat di SPO tapi secara garis besarnya memang kita mengikuti aturan itu” (S)*

*“ Ada, 80% kayaknya” (M)*

*“ (eee...) ada (eee...) sudah sesuai (eee...) dalam waktu dekat nih kan (eee...) rumah sakit (eee...) untuk akreditasi (eee...) berkas jadi kami terus mengupayakan untuk (eee...) perbaiki sistem kami” (H)*

*“ Kalau SOPnya ada, seluruh berkas-berkas tentang rekam medis sudah ada semua, udah sesuai” (ID)*

*“ SOP rekam medis ada, Sudah sesuai” (E)*

*“ Ya, ada (mmm...) sesuai insya allah” (IR)*

*“ SOP untuk bukunya ya rekam medisnya kurang tahu sih, tapi biasanya sih ada tapi belum pernah liat belum pernah baca, SOP untuk bukunya ya rekam medisnya kurang tahu sih, tapi biasanya sih ada tapi belum pernah liat belum pernah baca” (D)*

#### (11) Masalah dalam pelaksanaan rekam medis

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah dari semua informan menjelaskan pasti ada masalah yaitu tidak membawa identitas atau kartu berobat mengakibatkan nomor rekam medis double dan kelengkapan-kelengkapan lainnya serta tidak ada kamar.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam masalah pelaksanaan rekam medis yang meliputi:

*“ Yang pasti kalau masalah setiap unit kerja juga pasti ada masalah kalau di rekam medis itulah kendala kita satu tempat yang tidak memungkinkan, kita tidak punya gudang untuk penyimpanan berkas in aktif terus masalah pelayanan juga kadang pasien yang masih (mmm...) suka-suka dia ya daftar kadang gak siapa yang daftar ini gak bawak kartu berobat gitu kan buat kendala di kita, ujung-ujungnya nanti terbuat status dua kan jadi satu pasien bisa dua nomor rekam medis itu sih kendala-kendala kita di lapangan ya operasional ya fasilitas itu pasti ada” (S)*

*“ Masalahnya itu tadi, biasanya data pasien tidak sesuai atau pasiennya sudah pernah berobat tapi tidak bawak kartu. Ini akan menyulitkan petugas dalam pencarian data kemudian ada rekam medis yang double seperti itu” (M)*

*“ (eee...) masih banyak ya, kalau di berkas rekam medis sendiri sering (eee...) dokternya tidak mengisi (eee...) lupa menandatangani berkas di resume” (H)*

*“ Kalau dalam pelaksanaan rekam medis pasti ada masalah tapi dalam artian masalah itu tentang berkas, kadang berkas itu kan ada yang di pinjam kita belum di kembalikan, kita lihat di buku catatan peminjamannya atau pin untuk kelengkapan berkasnya belum lengkap, jadi kita menunggu kelengkapannya kayak gitu” (ID)*

*“ Paling kurang KTP atau gak ada DP paling seperti itu, gak ada kamar mungkin” (E)*

*“ (mmm...) ya masalahnya itu tadi pasien biasanya yang mendaftar tidak membawa identitas yang lengkap jadi kendalanya kita identitas pasien (eee...) kadang ya kurang lengkap buat sistem kita ya terutama” (IR)*

*“ Masalah sih biasanya (eee...) kendala tuh pasti ada biasanya kan apa (eee...) sering data subjektifnya dari pasien tidak sesuai data objektifnya terus pasien (eee...) lebih susah untuk apa sih berkomunikasi (eee...) itu aja sih masalah-masalahnya” (D)*

➤ Mengatasi masalah tersebut.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah 6 dari 7 informan ada 2 informan menjelaskan bahwa harus ada rapat koordinasi dengan atasan sedangkan 4 informan menjelaskan bahwa harus sesuai dengan benar identitas pasien.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengatasi masalah rekam medis yang meliputi:

*“ Yang pasti kita koordinasi dulu, kalau memang sudah dari rapat koordinasi kita sudah bicara kan dengan atasan, kita lihat solusinya dari atasan nanti bagaimana kalau memang kita sudah gak bisa nanganinya lagi kan ke yang lebih atas” (S)*

*“ Untuk saat ini kita sudah untuk membedakan pasien itu harus minimal dua suku kata, penyamaan tanggal lahir kadang-kadang juga pasiennya (mmm...) lupa ya, jadi identitas pertama dari nama pasien kemudian yang kedua tanggal lahir, jadi di samain di situ dulu” (M)*

*“ (eee...) kami terus melaporkan hal ini ke (eee...) pelayanan medik ke ini apa direktur (eee...) ya” (H)*

*“ Untuk mengatasinya kita lihat dari buku peminjamannya tadi, kalau ada peminjaman buku untuk rekam medis itu dilihat namanya siapa, kalau namanya ada*

*kita langsung menghubungi orang yang meminjam itu, contohnya saja kayak yang belum lengkap kita menghubungi bangsal yang minjem” (ID)*

*“ (mmm...) masalah itu di sosialisasikan lagi kepada pasiennya untuk kerjasamanya” (E)*

*“ (mmm...) harusnya sesuai dengan SPO dan pasien itu membawa identitasnya ataupun kalau keluarga setidaknya di tanyakan dengan benar ya biar gak ada masalah lagi seperti nomor rekam medis yang double terus nama pasien yang kurang lengkap” (IR)*

*“ Ya, biasanya (eee...) kolaborasi juga sih nanti sama keluarganya bilang (eee...) minta informasi dengan keluarganya biasanya sih kita bilangin aja itu gunanya untuk pasien kayak gitu, kebutuhan pasien untuk menegakkan diagnosa seperti itu sih” (D)*

(12) Bagaimana harapan pengumpulan informasi di rekam medis rawat inap.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah dari semua informan ada harapannya masing-masing yaitu lebih di utamakan pelayanan di rekam medis, tidak ada lagi nomor rekam medis yang double, berkas rekam medis harus di catat dengan lengkap, membawa identitas pasien dengan benar pasien harus mengungkapkan semua keluhannya dan sistem informasi secara komputerisasi bisa berjalan dengan baik. Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai harapan pengumpulan rekam medis rawat inap yang meliputi:

*“ Yang pasti kalau harapannya, pengennya sih operasional dan pelayanan di rekam medis ini lebih baik lagi kayak gitu karena rekam medis kan gerbang utamanya rumah sakit, jadi harusnya lebih di utamakan kayak gitu kan dari fasilitasnya, pelayanannya, ya orang-orangnya juga kayak gitu” (S)*

*“ Data... semoga kedepan tidak ada lagi data-data yang double, nama-nama pasien yang sama tapi ternyata punya dua, tiga rekam medis seperti itu. Karena sebelum ini kan kami di rumah sakit ini sistem informasinya kemaren secara komputerisasi belum jalan, ini kan baru jadi semaksimal mungkin sudah mulai kita perbaiki semua” (M)*

*“ (eee...) kalau saya harapannya kedepannya petugas perawat itu menuliskan (eee...) segalanya di berkas rekam medis itu lengkap tidak ada lagi yang (eee...) berkas di kembalikan atau PR kami tersebut disini kan terus untuk SOAP diisi oleh dokter lengkap ada tanda tangan dari keluarga pasien untuk persetujuan (eee...) tindakan medisnya” (H)*

*“ (eee...) harapannya itu lebih baik semua berkas rekam medis harus di catat supaya kalau untuk berkas rekam medis yang susah ditemukan itu bisa lihat dari catatan tadi itu harapannya itu” (ID)*

*“ (eee...) di harapkan sih pasien itu sebelum ke rumah sakit sudah stand by sudah ada persiapan tersendiri dari rumah untuk ke rumah sakit misalnya di bawak KK atau KTP atau fotokopi asuransi yang digunakan seperti itu kartu aslinya” (E)*

*“ (mmm...) sesuai dengan SPO” (IR)*

*“ Harapannya sih antara perawat sama keluarga bisa saling bekerja sama terus juga (eee...) pasien tersebut mengungkapkan semua keluhan tanpa adanya ditutupin (eee...) seperti itulah” (D)*

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, hasil observasi dan telaah dokumen mengenai proses pengumpulan informasi rekam medis diatas, maka peneliti mendapatkan informasi yang diperoleh secara keseluruhan dimana proses pengumpulan informasi rumah sakit sudah ada SOP mulai dari pengumpulan informasi hingga peminjaman data rekam medis yang tujuannya memudahkan pasien dan keluarga tetapi tidak menghambat kinerja perusahaan. Pengumpulan informasi rawat inap dapat dilakukan dengan cara wawancara langsung ke admisi pendaftaran. Pendaftaran untuk rawat inap di butuhkan syarat seperti KTP, BPJS maupun beberapa dokumen pendukung. Alur rekam medis yang perlu dilakukan untuk mendapatkan pelayanan rawat inap yaitu melakukan pendaftaran dengan menyerahkan syarat dan ketentuan rumah sakit, apabila pasien baru perlu di daftarkan secara detail dan apabila pasien sudah pernah berobat maka perlu membawa kartunya, kemudian dilakukan

pengecekan atau dapat dilakukan dengan wawancara pasien, pengobatan apabila kasus Gawat Darurat maka si pasien dapat langsung dilayani oleh dokter yang ada dengan syarat keluarga pasien melakukan pendaftaran. Masalah yang sering timbul dalam pengumpulan informasi diantaranya pasien tidak memiliki identitas yang cukup untuk mendaftar, pasien tidak diantar oleh keluarganya, sosialisasi SOP hanya dilakukan untuk petugas rekam medis sehingga masih banyak yang tidak paham dengan jelas SOP rekam medis tersebut petugas selain di rekam medis masih ada yang masuk ke dalam ruangan berkas rekam medis tidak punya gudang khusus untuk penyimpanan berkas *in active*. Dalam melaksanakan rekam medis seluruh petugas yang terkait dengan rekam medis mendapatkan sosialisasi atau pelatihan, jika ada informasi terbatu dengan mendatangkan narasumber dari luar Rumah Sakit maupun yang diadakan Dinas Kesehatan walaupun masih terbatas petugasnya dan masih ada ditemukan beberapa masalah dalam pengumpulan informasi namun bisa diatasi atau ditanggulangi dengan baik dari atasan maupun Direktur Rumah Sakit.

#### 4.1.5.2 Pengolahan informasi

Proses pengolahan informasi dalam kegiatan rekam medis terdiri dari tiga kategori yaitu mengetahui cara penataan dokumen rekam medis, cara pemberian kode, cara penyimpanan status rekam medis. Dalam proses penelitian yang dilakukan melalui wawancara mendalam (*indepth interview*), observasi dan telaah dokumen, maka data dan informasi yang diperoleh adalah sebagai berikut:

(1) Penataan atau pengolahan informasi dokumen rekam medis

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah 4 dari 7 informan menjelaskan bahwa cara penataan atau pengolahan dokumen itu adalah petugas assembling yang mengecek semua kelengkapan formulir untuk pasien rawat inap.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai penataan atau pengolahan informasi dokumen rekam medis yang meliputi:

*“ Oh ya di kita ada bagian assembling kan di rekam medis itu ada bagian rekam medis ada bagian assembling, jadi kalau untuk kelengkapan berkas setelah pasien rawat inap terutama tuh kembali ke bagian assembling nanti assembling yang mengecek kelengkapannya, mengecek untuk. Kalau untuk bagian isi, isi dari status itu lebih jelasnya di bagian keperawatan yang lebih tahu” (S)*

*“ Pengolahan sekarang kami ada sistem informasi ya, sistem informasi yang di komputerisasi jadi data-data pasien biasanya kita mulai cari dari nama, bisa dari alamat, bisa dengan tanggal lahir untuk memudahkan itu juga” (M)*

*“ (eee...) kalau untuk penataan pengolahan informasi dokumen rekam medis rawat inap itu (eee...) kami disini sudah ada kelengkapan formulir (eee...) rawat inap jadi saya menyusunnya (eee...) menurut kelengkapan formulir rawat inap ini dari lembar masuk sampai dengan surat rujukan keluar, nah disini saya menyusunnya terus apabila (eee...) tidak ada (eee...) lembaran kelengkapan berkas ditulis tidak ada” (H)*

*“ Kita lihat dulu seluruh berkas rekam medis ini kita lihat, kita lihat apa memang sudah benar untuk penyusunannya kita lihat walaupun ada yang salah pasti kita tahu kita perbaiki” (ID)*

*“ (eee...) itu bagian assembling” (E)*

*“ (mmm...) penataannya menganalisis kelengkapan ya (eee...) biasanya dianalisis kelengkapan berkas-berkas rekam medis biasanya pulang dari rawat dianalisis cek lengkapannya” (IR)*

*“ Penataan rekam medis, biasanya sih (eee...) dari itu dari depan sudah dilengkapi dokumen sudah tersusun jadi masuk ke ruangan kita sudah mengisi aja apa yang perlu di isi seperti itu” (D)*

a) Ringkasan atau catatan selama perawatan pasien baik masuk maupun keluar

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah semua informan menjelaskan bahwa formulirnya sudah ada di dalam berkas rekam medis dan untuk berkas ringkasan masuk dan keluar di isi di bagian keperawatan selanjutnya diserahkan kembali ke bagian assembling untuk mengolahnya.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai ringkasan atau catatan selama perawatan pasien baik masuk maupun keluar yang meliputi:

*“ Ada di rekam medis ada, tapi untuk isi itu keperawatan yang lebih mengetahuinya bagaimana pengolahannya, itu di bagian banyak di bagian yang lebih penting yang lebih banyaknya di bagian keperawatan ” (S)*

*“ Ada, itu dari keperawatan ” (M)*

*“ CPPT (eee...) CPPT (cacatan selama perawatan pasien). Ada, itu identitas pasien masuk maupun keluar kami itu sangat perlu untuk identitas pasien, (eee...) itu kembali lagi di (eee...) petugas admisi me...apo mengentry data (eee...) di KTP pasien pas pas apa pas masuk RI ” (H)*

*“ Ada, itu namanya ringkasan keluar ringkasan masuk itu ada semua disana, kalau untuk pengolahan informasi itu biasanya di bagian assembling untuk kelengkapan semuanya di bagian assembling ” (ID)*

*“ Ada ringkasan masuk dan keluar kan resume, kalau itu bagian assembling ” (E)*

*“ Ada, pengolahannya kalau untuk (eee...) ringkasan masuk maupun keluar ya kalau untuk ringkasan itu di bagian admisi data-datanya semuanya ada di admisi rawat inap ” (IR)*

*“ Ada, kalau pengolahannya kan kita ada ringkasan masuk keluar itu kalau gak salah ada empat rangkap, satu untuk satu untuk kita eh ada empat rangkap satu identitas pasien, tiganya kembali ke rekam medis nah di rekam medis itu dikelola oleh rekam medis mungkin untuk selanjutnya mereka yang mengolah untuk samplingnya mereka yang mengelola nanti dibagi dari mereka untuk penagihan gimana dari rekam medis semua yang mengelolanya ” (D)*

b) Surat dokumen pengantar selama perawatan pasien

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah semua informan menjelaskan bahwa formulirnya sudah ada di dalam berkas rekam medis untuk berkas surat dokumen pengantar selama perawatan pasien di isi di bagian keperawatan selanjutnya diserahkan kembali ke bagian assembling untuk mengolahnya.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai surat dokumen pengantar selama perawatan pasien yang meliputi:

*“ Ada, iya, itu yang lebih tahu bagian keperawatan yang lebih ini na, mereka yang lebih menguasai masalah informasi-informasi pasien di rawatkan ” (S)*

*“ Ada, di keperawatan juga, karena kalau di rekam medis menyediakan formnya aja ” (M)*

*“ Ada, itu dari (eee...) IGD maupun dari (eee...) poliklinik, (eee...) itukan (eee...) nama pasien, identitas (eee...) disini SPR dan ini contoh SPR dari IGD (eee...) dok (eee...) disini ada nama dokter yang mengirim (eee...) dirawat tanggal berapa, nama pasien, nomor rekam medis (eee...) pemeriksaan fisik dan diagnosa itu harus diisi lengkap sebelum (eee...) pasien memasuki (eee...) untuk rawat inap ” (H)*

*“ Ada, untuk pengolahan itu tim assembling yang lebih paham lagi, karena itu memang sudah tugas assembling untuk kelengkapan berkas dan pengecekan berkas ” (ID)*

*“ Ada, kalau itu bagian assembling ” (E)*

*“ Ada, harusnya ada karena itu syarat salah satu syarat untuk pasien rawat inap, proses pengolahan di bagian admisi untuk melengkapi seperti surat pernyataan di rawat tadi dan sebagainya semua di bagian admisi kalau belum lengkap biasanya di kasih tenggang waktu kepada pasien untuk melengkapi ” (IR)*

*“ Ada, prosesnya dari dokter IGD menulis biasa dokter, dokter dari poli menulis ada indikasi rawat nanti anter ke kita nanti kita susun di rekam medis dan akhirnya kita serahkan lagi ke rekam medis untuk pengelolaan mereka yang ngolah ” (D)*

c) Intruksi dokter selama perawatan pasien

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah semua informan menjelaskan bahwa formulirnya sudah ada di dalam berkas rekam medis, untuk berkas intruksi dokter selama perawatan pasien di isi di bagian keperawatan selanjutnya diserahkan kembali ke bagian assembling untuk mengolahnya.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai intruksi dokter selama perawatan pasien yang meliputi:

*“ Ya, kita ada bagian-bagian ini, bagian catatan dokter, bagian keperawatan itu ada di keperawatan yang lebih paham untuk pengolahannya ” (S)*

*“ Ada, di keperawatan ” (M)*

*“ (eee...) saya kurang memahaminya, (eee...) saya kurang memahaminya ” (H)*

*“ Intruksi dokter ada untuk pasien itu keperawatannya ada, kalau proses pengolahan informasinya itu ada, prosesnya itu biasanya dilihat dari apa dulu, biasanya konfirmasi dari perawat dari bangsal ” (ID)*

*“ Ada, bagian keperawatan ” (E)*

*“ Ada, kalau proses untuk intruksi itu biasanya di bagian keperawatan ” (IR)*

*“ Ada intruksi dokter itu, biasanya kita catet di lembar catatan terintegrasi namanya kita catet catatan perkembangan kita catet apa yang di order kemudian (eee...) kita konfirmasi ulang sama dokternya apabila benar itu terapinya kita jalankan kemudian nanti dokter tanda tangan form memang itu benar terapinya ” (D)*

d) Lembar konsultasi selama perawatan pasien

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah semua informan menjelaskan bahwa formulirnya sudah ada di dalam berkas rekam medis, untuk berkas lembar konsultasi selama perawatan pasien di

isi di bagian keperawatan selanjutnya diserahkan kembali ke bagian assembling untuk mengolahnya.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai lembar konsultasi selama perawatan pasien yang meliputi:

*“ Ada, Iya, itu yang lebih tahu bagian keperawatan yang lebih ini na, mereka yang lebih menguasai masalah informasi-informasi pasien di rawatkan ” (S)*

*“ Ada, di keperawatan ” (M)*

*“ Ada, (eee...) petugas (eee...) dokter IGD (eee...) menuliskan lembar konsultasi tuh di lembar konsultasi tuh kurang ngerti juga ya kalau lembar(H)*

*“ Ada, Kalau untuk proses pengolahan informasi yang keperawatan, biasanya di bagian keperawatan itu ” (ID)*

*“ Ada, bagian keperawatan ” (E)*

*“ Ya, semua biasanya melengkapi form atau (eee...) lembarnya itu yang melengkapi yang menganalisis kita cuman kalau untuk proses dan pengolahannya itu semua ada dibagian rekam medis ya di bagian zaal ” (IR)*

*“ Ada lembar konsultasi, kalau misalnya dari IGD pasien baru masuk biasanya dokter IGD, dokter umum ke dokter spesialis (eee...) ada juga dari dokter spesialis masuk ke dokter spesialis lainnya lembarnya ” (D)*

e) Catatan keperawatan selama perawatan pasien

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah semua informan menjelaskan bahwa formulirnya sudah ada di dalam berkas rekam medis, untuk berkas catatan keperawatan selama perawatan pasien di isi di bagian keperawatan selanjutnya diserahkan kembali ke bagian assembling untuk mengolahnya.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai catatan keperawatan selama perawatan pasien yang meliputi:

*“ Ada, Iya, itu yang lebih tahu bagian keperawatan yang lebih ini na, mereka yang lebih menguasai masalah informasi-informasi pasien di rawatkan” (S)*

*“ Ada, di keperawatan” (M)*

*“ Ada, (eee...) itu perawat yang ngerti, kalau kami cuma menganalisis menganalisa ini apa kelengkapannya” (H)*

*“ Ada itu, pengolahan untuk pencatatan itu bagian keperawatan semua itu, bagian yang (eee...) di bangsal rawat inap” (ID)*

*“ Ada, bagian keperawatan” (E)*

*“ Ada semua, tapi untuk proses dan pengolahannya yang lebih tahu di bagian keperawatan” (IR)*

*“ Catatan keperawatan ada, Catatan keperawatan kita (eee...) sama sih seperti lembar dokter ada SOPnya kalau kita, kita isi setiap hari setiap shift subject objektif assesment sama ini apa tuh terapi nanti kita tulis tiap (eee...) shift apa aja keluhan pasiennya, keadaannya gimana seperti itu” (D)*

f) Catatan perkembangan selama perawatan pasien

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas ialah semua informan menjelaskan bahwa formulirnya sudah ada di dalam berkas rekam medis, untuk berkas catatan perkembangan selama perawatan pasien di isi di bagian keperawatan selanjutnya diserahkan kembali ke bagian assembling untuk mengolahnya.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai catatan perkembangan selama perawatan pasien yang meliputi:

*“ Ada. Iya, itu yang lebih tahu bagian keperawatan yang lebih ini na, mereka yang lebih menguasai masalah informasi-informasi pasien di rawatkan” (S)*

*“ Ada, di CPPT itu biasanya, di keperawatan” (M)*

*“ Ada, (eee...) itu kalau misalnya ada dokter (eee...) tidak ada dokter (eee...) perawat itu menanyakan kepada dokter melalui handphone, nelpon (eee...) ke dokternya*

*(eee...) perawat menuliskan (eee...) pembicaraan itu di CPPT dan men cup to bagnya di (eee...) berkasnya apo ke lembar berkas tersebut” (H)*

*“ Ada itu catatan perkembangan, proses pengolahannya itu di lihat dari grafiknya” (ID)*

*“ Ada, dibagian keperawatan” (E)*

*“ Ada, kalau untuk berkas untuk form itu kita semua analisis dan (eee...) semua ada tapi untuk pengolahan dan prosesnya yang lebih tahu di bagian keperawatan” (IR)*

*“ Catatan perkembangan ada, ya sama seperti tadi (eee...) setiap shift (eee...) ada (eee...) SOPnya dari perawat ya ada SOPnya (eee...) keadaan umum pasien gimana, keluhan pasien gimana terus terapi apa aja yang di dapat tersebut kayak gitu” (D)*

g) Grafik suhu, nadi dan pernafasan selama perawatan pasien.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas semua informan menjelaskan bahwa formulirnya sudah adadi dalam berkas rekam medis, untuk berkas grafik suhu, nadi dan pernafasan selama perawatan pasien di isi di bagian keperawatan selanjutnya diserahkan kembali ke bagian assembling untuk mengolahnya.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai grafik suhu, nadi dan pernafasan selama perawatan pasien yang meliputi:

*“ Ada. Iya, itu yang lebih tahu bagian keperawatan yang lebih ini na, mereka yang lebih menguasai masalah informasi-informasi pasien di rawatkan” (S)*

*“ Ada, di keperawatan” (M)*

*“ Ada (eee...) itu, (eee...) itu kurang mengerti juga ya (eee...) itu di bagian perawatan” (H)*

*“ Ada itu semua, pengolahannya dilihat dari itu dari keperawatan semua itu, kalau untuk masalah itu keperawatan semua” (ID)*

*“ Ada di dalam status, di bagian keperawatan” (E)*

*“ Ada, kalau untuk berkas untuk form itu kita semua analisis dan (eee...) semua ada tapi untuk pengolahan dan prosesnya yang lebih tahu di bagian keperawatan ” (IR)*

*“ Ada. Sama, prosesnya paling kita naikin (eee...) kita kan mengkaji (eee...) per shift, jadi tiap shift pagi mengkaji sore sama shift malam kita kaji terus kita naikkan kurjanya kan suhu nadi tekanan darah kita catet ” (D)*

h) Pengawasan khusus selama perawatan pasien.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas semua informan menjelaskan bahwa formulirnya sudah ada di dalam berkas rekam medis, untuk berkas pengawasan khusus selama perawatan pasien di isi di bagian keperawatan selanjutnya diserahkan kembali ke bagian assembling untuk mengolahnya.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai pengawasan khusus selama perawatan pasien yang meliputi:

*“ Ada. Iya, itu yang lebih tahu bagian keperawatan yang lebih ini na, mereka yang lebih menguasai masalah informasi-informasi pasien di rawatkan ” (S)*

*“ Ada, itu biasanya kalau pasien-pasien khusus itu biasanya (eee...) pasien dengan resiko jatuh seperti itu, di keperawatan ” (M)*

*“ Ada. Ini perawat juga, kalau kami cuma memeriksa kelengkapannya ” (H)*

*“ Ada, pengolahannya dilihat dari itu dari keperawatan semua itu, kalau untuk masalah itu keperawatan semua ” (ID)*

*“ Ada, di bagian keperawatan ” (E)*

*“ Ada, kalau untuk berkas untuk form itu kita semua analisis dan (eee...) semua ada tapi untuk pengolahan dan prosesnya yang lebih tahu di bagian keperawatan ” (IR)*

*“ Ada, pengawasan khusus itu biasanya ada pasien-pasien yang bed rest, bed rest itu baru ada perawatan khusus biasanya lebih keperawat khusus itu di ICU kalau di kusuma paling, apabila ada yang pasien yang bener-bener bed rest kan ya gak bisa mobilisasi paling dia di deketin nurse station terus di bilangin sama keluarga untuk*

*jangan tinggal sendirian terus di naikin pagarnya, bel di deketin ke pasiennya seperti itu” (D)*

i) Hasil pemeriksaan laboratorium selama perawatan pasien

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat bahwa interpretasi dari pertanyaan diatas semua informan menjelaskan bahwa formulirnya sudah ada di dalam berkas rekam medis, untuk berkas hasil pemeriksaan laboratorium selama perawatan pasien di isi di bagian keperawatan selanjutnya diserahkan kembali ke bagian assembling untuk mengolahnya.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai hasil pemeriksaan laboratorium selama perawatan pasien yang meliputi:

*“ Ada. Iya, itu yang lebih tahu bagian keperawatan yang lebih ini na, mereka yang lebih menguasai masalah informasi-informasi pasien di rawatkan” (S)*

*“ Ada, di keperawatan” (M)*

*“ Ada, pasti ada kalau untuk rawat inap, prosesnya dokter ngasih ke order lab baik untuk (eee...) pemeriksaan apa (eee...) dokter ngasih order lab ke lab petugas lab ke zaal di lakukan pemeriksaan, hasilnya nanti ditulis di (eee..) hasil lab oleh perawat” (H)*

*“ Ada, pengolahannya dilihat dari itu dari keperawatan semua itu, kalau untuk masalah itu keperawatan semua” (ID)*

*“ Ada, di bagian keperawatan” (E)*

*“ Ada, kalau untuk berkas untuk form itu kita semua analisis dan (eee...) semua ada tapi untuk pengolahan dan prosesnya yang lebih tahu di bagian keperawatan” (IR)*

*“ Ada, proses lab biasa dari dokter, bisa ada order lab biar kita konfirmasi ulang lagi kemudian habis dari itu nanti kita telpon petugas labor kalau ada cek lab biasanya petugas lab itu turun sih dari jam 6 dari jam 2 biasanya jam 9 sama jam ya, dia biasanya tiga kali turun eh 4 kali jam (eee...) ya empat kali mereka turun apabila itu nanti mereka nanya ada yang cek lab atau gak tapi kalau misalnya tutup kita telpon ke ruang laboratorium kalau ada cek lab seperti itu” (D)*

j) Hasil pemeriksaan radiodiagnostik selama perawatan pasien

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas semua informan menjelaskan bahwa formulirnya sudah ada di dalam berkas rekam medis, untuk berkas hasil pemeriksaan radiodiagnostik selama perawatan pasien di isi di bagian keperawatan selanjutnya diserahkan kembali ke bagian assembling untuk mengolahnya.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai hasil pemeriksaan radiodiagnostik selama perawatan pasien yang meliputi:

*“ Ada. Iya, itu yang lebih tahu bagian keperawatan yang lebih ini na, mereka yang lebih menguasai masalah informasi-informasi pasien di rawatkan” (S)*

*“ Ada, di keperawatan” (M)*

*“ Ada, pasti ada. Sama, kalau dokter spesialis apapun dokter umum (eee...) memberikan order lab ke perawat dan perawat mengantar pasien ke rontgen dan (eee...) petugas rontgen yang (eee...) apa melakukan rontgen terus ada hasilnya dari rontgen” (H)*

*“ Ada, pengolahannya dilihat dari itu dari keperawatan semua itu, kalau untuk masalah itu keperawatan semua” (ID)*

*“ Ada, di bagian keperawatan” (E)*

*“ Ada, kalau untuk berkas untuk form itu kita semua analisis dan (eee...) semua ada tapi untuk pengolahan dan prosesnya yang lebih tahu di bagian keperawatan” (IR)*

*“ Ada, biasanya itu order dari dokter, kalau misalnya dokter mau order (eee...) harus radiologi pemeriksaan radiologi nanti dia ngasih lembar kertas (eee...) kertas untuk pemeriksaan penunjang namanya ditulis untuk radiologi (eee...) apa untuk USG apa scan torax kayak gitu kan apa rontgen torax segala macam kemudian (eee...) dari kita, kita anterken blanko tersebut ke bagian radiologi (eee...) kapan kita konfirmasi kapan dokternya ada kalau misalnya dokternya ada (eee...) hari apa kayak gitu nanti di konfirmasi ke keluarga kemudian kalau misalnya sudah dia waktu kita anter pasien ke sana” (D)*

k) Salinan resep selama perawatan pasien.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas semua informan menjelaskan bahwa formulirnya sudah ada di dalam berkas rekam medis, untuk berkas salinan resep selama perawatan pasien di isi di bagian keperawatan selanjutnya diserahkan kembali ke bagian assembling untuk mengolahnya.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai salinan resep selama perawatan pasien yang meliputi:

*“ Ada. Iya, itu yang lebih tahu bagian keperawatan yang lebih ini na, mereka yang lebih menguasai masalah informasi-informasi pasien di rawatkan” (S)*

*“ Ada, di keperawatan” (M)*

*“ Ada, ya dokter yang mengisikan ke (eee...) lembar ini lembar apa (eee...) salinan resep” (H)*

*“ Ada, pengolahannya dilihat dari itu dari keperawatan semua itu, kalau untuk masalah itu keperawatan semua” (ID)*

*“ Iya ada, di bagian keperawatan” (E)*

*“ Ada, kalau untuk berkas untuk form itu kita semua analisis dan (eee...) semua ada tapi untuk pengolahan dan prosesnya yang lebih tahu di bagian keperawatan” (IR)*

*“ Ada, kalau salinan resep sih dari kita nanti kita tulis salinan resep dari dokter itu kita salin terus salinan resep itu kita kasih ke kalau misalnya hari kerja DEPO khusus untuk rawat inap nanti (eee...) dari mereka (eee...) ngasih obat ke kita terus salinan resep di turunin ke kita, kita tarok di resume medis pasien salinan resep tersebut” (D)*

1. Ringkasan keluar (resume) atau laporan kematian selama perawatan pasien.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas semua informan menjelaskan bahwa formulirnya sudah ada di dalam berkas rekam medis, untuk berkas ringkasan keluar (resume) atau laporan kematian

selama perawatan pasien di isi di bagian keperawatan selanjutnya diserahkan kembali ke bagian assembling untuk mengolahnya.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai ringkasan keluar (resume) atau laporan kematian selama perawatan pasien yang meliputi:

*“ Ada. Iya, itu yang lebih tahu bagian keperawatan yang lebih ini na, mereka yang lebih menguasai masalah informasi-informasi pasien di rawatkan ” (S)*

*“ Ada, di keperawatan ” (M)*

*“ Ada, prosesnya itu kalau (eee...) ada pasien yang meninggal di zaal atau di bangsal (eee...) perawatnya (eee...) memberikan kopelan atau (eee...) lembar berkas rekam medis ke petugas rekam medis di (eee...) apo admisi terus kami menuliskan (eee...) apo diagnosa, nama pasien tuh ini di lembar kematian ” (H)*

*“ Ada. Oh, itu informasinya ada di lampirin berkas rekam medis semua itu ” (ID)*

*“ Ada resume, Ringkasan itu di bagian keperawatan ” (E)*

*“ Ada, kalau untuk berkas untuk form itu kita semua analisis dan (eee...) semua ada tapi untuk pengolahan dan prosesnya yang lebih tahu di bagian keperawatan ” (IR)*

*“ Ada, kalau biasanya sih karena belum pernah menemui di ruangan ini kalau misalnya ngeliat sih (eee...) biasanya yang meninggal itu nanti di kasihkan keluarga di suruh tanda tangan dan di berikan kepada keluarga sih dan untuk kita juga ada arsipnya kayak gitu ” (D)*

(2) Pemberian kode (*coding*) dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas 4 dari 7 informan menjelaskan cara pemberian kode dilihat dulu dari diagnosa dokter untuk mengkodinya dengan menggunakan buku ICD 10 untuk diagnosa dan ICD 9 untuk tindakan.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai cara pemberian kode dengan menggunakan huruf dalam angka yang mewakili komponen data yang meliputi:

*“ Kalau pemberian kode kita lihat dulu dari diagnosa yang di tegakkan sama dokter, kita ada buku ICD, itu ICD-10 untuk bagian diagnosa dan ICD-9 itu untuk tindakan. Jadi kita berpedoman dari buku ICD lah untuk pemberian kode” (S)*

*“ Nah, kalau itu langsung ke codernya saja ya” (M)*

*“ Kalau pemberian kode atau huruif itu (eee...) untuk pemberian kode diagnosa untuk (eee...) menggunakan (eee...) apa tadi menggunakan huruf atau angka itu huruf menggunakan huruf dengan ICD-10 kalau menggunakan angka itu dengan ICD yang itu untuk tindakan” (H)*

*“ Kalau bagian itu di lihat dari penyakit, setiap penyakit beda-beda untuk kodenya” (ID)*

*“ Oh disesuaikan dari diagnosa pasien, menderita penyakit apa terus disesuaikan di ICD-10 biasanya” (E)*

*“ Biasanya pemberian kode diagnosa, kita memberi kode diagnosa itu kalau diagnosa udah ditulis sama dokter jadi kita menggunakan buku panduannya namanya ICD-10 dan buku itu menjadi panduan ktia untuk mengkode” (IR)*

*“ Kode itu kalau misalkan kita codingnya BPJS sih, kode untuk BPJS untuk kode dari BPJS sih kalau misalnya kode untuk coding misalnya penyakit DBD itu A91 nanti kita masuk di lewat komputer nanti dia muncul dengan diagnosa gini harganya segini untuk kelas segini kayak gitu sih” (D)*

#### a. Menetapkan diagnosis

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas 6 dari 7 informan menjelaskan bahwa cara menetapkan diagnosis itu dokter.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai cara menetapkan diagnosis yang meliputi:

*“ Kalau diagnosis kita kan (eee...) biasanya dokter itu ada diagnosa awal dan diagnosa akhir, diagnosa awal tuh dimana pasien itu masuk di rawat ya, kalau diagnosa akhir setelah pemeriksaan penunjang ada tegak diagnosa baru tuh diagnosa akhir. Kita lihat dari situ biasanya setelah ada diagnosa dokter baru kita bisa membuat kodenya” (S)*

*“Kalau itu lebih ke coder kalau kami disini hanya sebagai admisi rawat jalan dan rawat inap jadi untuk unit langsung ke coder di rekam medisnya” (M)*

*“ Menetapkan diagnosis itu dokter bukan kami menetapkan diagnosis” (H)*

*“ Kalau cara menetapkan diagnosis itu dilihat dari dokter, ada dokter yang berhak untuk menetapkan diagnosis pasien” (ID)*

*“ Untuk menegakkan diagnosisnya biasanya dari dokter” (E)*

*“ Yang menetapkan diagnosis biasanya diagnosis utama yang ditetapkan oleh dokter yang menetapkan diagnosa dokter sedangkan yang memberi kodenya di bagian rekam medis bagian coding atau coder ya” (IR)*

*“ Diagnosa itu biasanya kita lihat ya seperti tadi, pemeriksaan dari keluhan pasien terus pemeriksaan hate to to pemeriksaan fisik terus (eee...) pemeriksaan di tunjang dengan pemeriksaan tunjang biasanya dokter yang sering diagnosa kalau diagnosa perawat kita tentuin dianya (eee...) masalah utamanya apa kayak gitu prioritas utamanya gimana kayak gitu” (D)*

#### b. Pemberian kode ICD-10

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas 3 dari 7 informan menjelaskan bahwa cara pemberian kode ICD 10 dengan diagnosa, yang menetapkan diagnosa dokter selanjutnya untuk memberi kode di bagian *coding* dan harus disesuaikan dengan buku ICD 10.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai cara pemberian kode ICD 10 yang meliputi:

*“ Itulah tadi yang seperti ayuk katakan tadi ya, bahwa dokter tegak diagnosa dulu, ada diagnosa awal ada diagnosa akhir baru kita lihat di buku ICD. Kalau untuk diagnosa buku ICD-10, kalau untuk tindakan buku ICD-9 kita pakek” (S)*

*“ Sama, nanti langsung ke yang rekam medis ya, bisa semua ada, ada udah di laksanakan” (M)*

*“ Ya, dokternya kan mengisi ke lembar (eee...) lembar masuk dan keluar ini (eee...) terus kami yang mengcoding yang menetapkan diagnosa ini dokter bukan rekam medis jadi dokter yang mengisi diagnosa kami yang mengcoding” (H)*

*“ (eee...) untuk pemberian kode ICD itu dilihat dari penyakit tadi, itu bagian assembling yang memberikan kode itu” (ID)*

*“ Disesuaikan sama penyakitnya” (E)*

*“ (eee...) dilihat dari diagnosa yang diberi oleh dokter (eee...) ktia ada buku panduannya ICD 10 ada cara-caranya untuk mencari kode dari diagnosa tersebut” (IR)*

*“ ICD-10 gak tau ICD 10 apa soalnya” (D)*

### (3) Penyimpanan status rekam medis

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas 2 dari 7 informan menjelaskan bahwa cara penyimpanan status pasien di bagian *filling* di rumah sakit pusri meemakai angka langsung yaitu disusun berdasarkan urutan rekam medis.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai cara penyimpanan status rekam medis yang disusun dengan aturan yang ditetapkan serta menjaga kerapian penyimpanan yang meliputi:

*“ Kalau cara penyimpanan, itu kan ada tiga tapi yang (eee..) angka langsng, angka tengah, angka akhir. Yang kita pakek angka langsung” (S)*

*“ Di filling kabinet di dalam ruangan itu tersusun sudah dari angka yang paling kecil semua udah di urutkan, rawat jalan sudah ada pemisahan, rawat inap ya rawat inap setiap lima tahun sekali itu ada retensi yang tidak aktif dari retensi” (M)*

*“ (eee...) kalau disini cara penyimpanannya (eee...) dengan desentralisasi ya kalau untuk di Rumah Sakit Pusri sendiri” (H)*

*“ Kalau penyimpanannya itu di lihat dari nomor rekam medisnya sesuai nomor rekam medis kita simpan di bagian tempat nomor rekam medis itu” (ID)*

*“ Cara penyimpanannya disesuaikan dengan nomor urut yang ada di belakang atau tengah dari depannya juga sebelum dan sesudahnya” (E)*

*“ Di Rumah Sakit cara penyimpanan (eee...) bagian filling ya itu menyimpan berdasarkan angka yang ada di Rumah Sakit Pusri yakni angka penomoran secara langsung itu ada (eee...) macem-macam nomor rekam medis disusun berdasarkan urutannya masing-masing” (IR)*

*“ Penyimpanan status rekam medis biasanya sih kalau disini kita nyimpennya ada tempat disitu kita kelompokin antar dokternya (eee...) disini kan ruang anak ada juga dewasa jadi kita kelompokin ini pasien dokter seperti dokter siapa dokter halimah, dokter halimah semua kayak gitu nah kita kelompokin biasanya biar mudan ininya mencarinya” (D)*

#### a. Menyusun dan merapikan status pasien

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas2 dari 7 informan menjelaskan bahwa cara menyusun status ya disusun berdasarkan nomor rekam medis dan merapikannya di rak juga akan terlihat status yang rusak di ambil dan di perbaiki.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai cara menyusun dan merapikan status pasien yang meliputi:

*“ Kalau status pasien yang rusak itu nanti kita (eee...) perbaiki bisa di perbaiki make apa ya lakban ya, kalau disini pakek tapi kalau seumpama tidak memadai lagi status itu tidak layak, kita ganti status yang baru lembaran yang baru tapi tetep nomor rekam medis yang lama” (S)*

*“ Nanti ke ibu aisyah ya, dia lebih lengkap” (M)*

*“ (eee...) kalau cara menyusun dan merapikan status itu oleh petugas (eee...) ini ya petugas di depan ya oleh pak oji ya (eee...) dia yang menyusun (eee...) merapikan (eee...) berkas-berkas yang sobek” (H)*

*“ Kalau untuk penyusunannya itu sudah kita urutin nomor rekam medis kalau untuk cara penyimpanannya juga tetep kayak sama, semua berdasar nomor rekam medis itu sesuai dengan nomor rekam medis masing-masing” (ID)*

*“ Menyusun ya di susun di tempat yang sesuai kepada rekam medis itu, untuk merapkannya misalnya kelihatan tuh yang jelek atau sobek kita ambil terus kita rapikan pakek (eee...) di isolasi atau di ganti yang baru statusnya” (E)*

*“ Menyusun yang pertama kalau misalnya status pasien yang sudah tidak layak lagi kita perbaiki, setelah itu baru disusun ke rak penyimpanan masing-masing berdasarkan nomor rekam medis tadi ya panduannya” (IR)*

*“ Ya seperti ya kita kan setiap hari di buka terus bukan tiap hari tiap shift di buka untuk buat (eee...) buat SOPnya terus juga untuk pengkajiannya kita buat jadi (eee...) terus kita susun kita rapiin lagi di dalem kita ada apa sih sekat-sekatkan jadi ini berdasarkan dokernya kayak gitu” (D)*

#### b. Mencari dan menelusuri status pasien

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas4 dari 7 informan menjelaskan bahwa mencari dan menelusuri status pasien di lihat dari nomor rekam medis dan di cari ke gerbong dengan melihat nomor rekam medisnya.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai cara mencari dan menelusuri status pasien yang meliputi:

*“ Disini kan kita pakek nomor rekam medis itu tadi pakek angka langusng, jadi begitu ada (eee...) berkas dengan nomor rekam medis sekian di cari dulu nomor rekam medisnya” (S)*

*“ Dari kode itu tadi kan ado kode di fillinf itu” (M)*

*“ Itu kan ada nomor rekam medisnya terus kalau crosscheck (eee...) kami kan ada buku punya sistem informasi rumah sakit, SIM rumah sakit kami kan (eee...) jadi kami mengecek di (eee...) SIM RS kami” (H)*

*“ Kalau untuk mencarinya biasanya kalau untuk dari segi pasiennya yang susah ketemu kartunya dilihat dari komputer, kapan terakhir kali berobat, kapan terakhir kali dia rawat inap itu dilihat dari situ semua” (ID)*

*“ Oh disesuaikan misalkan (eee...) orang berobat ye, jadi kan di depan itu ada nomor unit terus ada nomor rekam medis dilihat dari nomor rekam medisnya terus kita ke gerbong cari nomor yang sesuai dengan nama tersebut terus (eee...) walaupun nomor rekam medisnya itu gak ketemu mungkin lagi dipinjam di zaal-zaal atau (eee...) ada yang kurang ” (E)*

*“ Ya menggunakan nomor rekam medis, nomor rekam medis itu ada 6 digit yang kita pakai (eee...) yaitu sistem penomoran angka secara langsung nah disitu misal nomor rekam medisnya 002115 jadi yang kita cari dibagian nol nol nanti seterusnya lima satu dua belas ” (IR)*

*“ Kalau di ruangan sih karena gak terlalu banyak status pasien sih agak mudah, jadi kan sekelompokin dokternya aja kita butuh dokter siapa kita cari aja di dokter tersebut ” (D)*

c. Memperbaiki sampul status pasien yang rusak atau sobek

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas2 dari 7 informan menjelaskan bahwa cara memperbaiki sampul status yang pasien yang rusak misalkan rusaknya parah di ganti sampul yang baru tapi kalau rusaknya sedikit di plester atau di steples.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai cara memperbaiki sampul status pasien yang rusak atau sobek yang meliputi:

*” Itu tadi bisa digantikan langsung kalau memang dia tidak layak kita ganti dengan (eee...) lembar rekam medis yang baru tapi kalau dia masih bisa diperbaiki ya kita usahakan kita perbaiki dulu ” (S)*

*“ Ya, nanti itu ke ibu aisyah ya, bisa langsung lebih jelas ke beliau ” (M)*

*“ Oh ya disini kalau (eee...) memperbaikinya itu tugas pak oji tadi ” (H)*

*“ Kalau rusaknya parah biasanya kita ganti tapi kalau misalnya ringan kayak sobek sedikit paling kita plester kayak lakban ” (ID)*

*“ Ya di ambil dulu statusnya terus kita rapikan ” (E)*

*“ Kita ganti dengan yang baru ” (IR)*

*“ Biasanya sih kita ngusul kepala ruangan (eee...) biasa ke PJ shift dulu kemudian ke ruangan ke KARU nanti ke KARU nanti minta ke pengadaan untuk di ganti ya untuk sampulnya kalau karena kita kan dari....dari biasanya dari rekam medis ngasih ke kita kan sampul kuning kita ganti dengan map nanti kalau misalnya dari sudah ada kita pakek map kalau mapnya rusak kita lapor ke KARU tapi kalau misalnya sampul dari status rekam medisnya rusak biasanya sih di steples aja sih di ini aja di apa tuh di lem aja kalau ada rekam medinsya rusak” (D)*

#### d. Menjaga keamanan, kerapihan dan kebersihan status pasien

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi pertanyaan diatas 3 dari 7 informan menjelaskan bahwa cara menjaga keamanan sudah ada pintu *lock finger* yang masuk di ruang rekam medis orang-orang yang memang petugas rekam medis bukan petugas yang lain, cara kerapihan dengan di rapikan setiap hari dan cara kebersihan ada petugas *cleaning service*.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai cara menjaga keamanan, kerapihan dan kebersihan status pasien yang meliputi:

*“ Pokoknya kita disini ada akses ke berkas rekam medis jadi ada orang-orang yang memang sudah di sumpah untuk bisa ke wilayah rekam medis kayak gitu kan, jadi gak basing-basing orang, jadi status itu kalau memang dia sudah rusak di rapikan kalau status itu kotor ya kita ganti dengan status yang baru supaya dia bersih, di usaha tempat juga jangan sampe ada yang bocor ya jangan sampe bocor buat basah” (S)*

*“ Ya, nanti itu ke ibu aisyah ya, bisa langsung lebih jelas ke beliau” (M)*

*“ (eee...) kalau setiap hari kan ada petugas (eee...) cleaning service untuk (eee...) menyapu dan mengepel lantai disini” (H)*

*“ Kalau untuk keamanannya kita sudah ada pintu lock finger, kalau kebersihannya kita rapi setiap hari itu” (ID)*

*“ Ya itu dilihat (eee...) kalau sejauh ini masih rapi ya, masih rapi masih bersih masih aman kalau juga misalnya ada yang meminjem status untuk menjaga keamanannya ada (eee...) buku ekspedisi terus jika ada yang sobek atau apa bisa di rapiin di ganti yang baru mungkin” (E)*

“ (eee...) caranya ya (eee...) merawatnya ya merawatnya dengan baik” (IR)

“ (mmm..) biasanya sih di tetep sih di rapiin (eee...) berdasarkan dokter kan berdasarkan dokter tetap di rapiin seperti itu aja” (D)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, hasil observasi dan telaah dokumen mengenai proses pengolahan informasi rekam medis diatas, maka peneliti mendapatkan informasi yang diperoleh secara keseluruhan dimana proses pengolahan informasi rumah sakit di bagian *assembling* dengan mengecek seluruh berkas yang ada di dalam dokumen rekam medis yaitu dari berkas ringkasan atau catatan selama perawatan pasien baik masuk maupun keluar, surat dokumen pengantar, intruksi dokter, lembar konsultasi, catatan keperawatan, catatan perkembangan, grafik suhu nadi dan pernafasan, pengawasan khusus, hasil pemeriksaan lab, hasil pemeriksaan radiodiagnostik, salinan resep, ringkasan keluar (resume) atau laporan kematian selama perawatan pasien. Cara proses pengolahannya untuk pengisian formulir di bagian keperawatan yang mengisi seluruh berkas dan selanjutnya di serahkan kembali ke bagian *assembling* untuk mengolahnya. Cara pemberian kode dengan menggunakan kode ICD 10 itu dibagian *coding* dengan melihat buku ICD. Buku ICD ada 2 yaitu ICD 10 untuk bagian diagnosa dan ICD 9 untuk bagian tindakan. *Coding* berpedoman dari buku ICD untuk pemberian kode. Cara penyimpanan status pasien dengan memakai angka langsung yaitu disusun berdasarkan urutan nomor rekam medis, cara menyusun dan merapikan di rak penyimpanan, cara mencari dan menelusuri status pasien dilihat dari nomor rekam medis dan di cari ke gerbong penyimpanan dengan melihat nomor rekam medisnya, cara memperbaiki sampul

yang baru tapi tetap dengan nomor rekam medis yang lama. Cara menjaga keamanan sudah ada pintu *lock finger* yang masuk di ruang tempat penyimpanan status nanya petugas rekam medis tapi masih banyak petugas selain rekam medis yang masuk di tempat penyimpanan kalau cara kerapihan dengan di rapikan setiap hari dan cara kebersihan ada petugas *cleaning service*.

#### 4.1.5.3 Pelaporan informasi

Proses pelaporan informasi dalam kegiatan rekam medis terdiri dari empat kategori yaitu mengetahui cara membuat laporan kegiatan bulanan rawat inap, cara membuat laporan bulanan penyakit, cara membuat dan mengirimkan laporan dan cara membuat laporan tahunan. Dalam proses penelitian yang dilakukan melalui wawancara mendalam (*indepth interview*), observasi dan telaah dokumen, maka data dan informasi yang diperoleh adalah sebagai berikut:

##### (1) Membuat laporan kegiatan bulanan rawat inap

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas<sup>6</sup> dari 7 informan menjelaskan bahwa laporan bulanan harus dilakukan. Karena ini adalah suatu sistem perbaikan terus menerus yang sangat baik. Asalkan tidak hanya dibuat, tapi juga dianalisa.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai cara membuat laporan kegiatan bulanan rawat inap yang meliputi:

*“ Kita menunggu dari unit-unit terkait, memberi laporan sama kita dari unit-unit itu nanti kita rekap (eee...) baik itu rawat inap maupun rawat jalan di buat laporan,*

*ada laporan kinerja, ada yang untuk manajemen ada yang juga di kirim secara online masalah laporan” (S)*

*“ Sama, itu sudah ada unit-unitnya masing-masing, karena saya sebagai administrasi jadi pengetahuan saya ke administrasi rawat jalan dan rawat inapnya saja” (M)*

*“ (eee...) kalau untuk membuat laporan bulanan ini ada 2 macam ya (eee...) untuk laporan ke dinkes dengan laporan ke manajemen. Kalau untuk laporan ke manajemen itu tugasnya (eee...) mbak irma (eee...) kalau laporan SIRS online ini (eee...) ini untuk penyakit 10 terbesar itu (eee...) untuk laporan bulannya bisa di dekatkan di sini ini untuk laporan bulanan ke dinas ke propinsi itu meliputi kunjungan Rumah Sakit, kunjungan rawat jalan, daftar 10 penyakit rawat inap (eee...) sama 10 terbesar penyakit rawat jalan” (H)*

*“Kalau untuk membuat laporan kegiatan bulanan rawat inap itu dari sensus rawat inapnya, di lihat dari sensus ah kalau sensus itu ada bulanan itu biasanya kita buat laporan bulanan tapi ada juga laporan untuk triwulan itu ada ataupun laporan tahunan itu ada” (ID)*

*“Itu bagian laporan” (E)*

*“(eee...) cara membuat laporan kegiatannya biasanya kita mengumpulkan laporan dari setiap unit masing-masing unit seperti radiologi poli hd dan lain-lain” (IR)*

*“Kalau laporan bulanan (mmm...) kita bagi ya per orang biasanya dari KARU nanti (eee...) membagi (eee...) untuk apa aja yang di beri tugas laporan bulanan nanti di serahkan ke KARU nanti di buat 1 laporan satu... satu dalam satu apa sih jilid seperti itu” (D)*

a. Setelah laporan dibuat dikirim dimana

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas 5 dari 7 informan menjelaskan laporan yang dibuat dilanjutkan ke Dinas Kesehatan.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai setelah laporan dibuat dikirim dimana yang meliputi:

*“Ada di dinas kota, dinkes propinsi ada juga ke puskesmas kayak gitu” (S)*

*“Ya, nanti itu ke ibu aisyah ya, bisa langsung lebih jelas ke beliau” (M)*

*“Dinas Kesehatan Propinsi” (H)*

*“Yang pertama itu ke Dinas Dinkes itu Dinas Kesehatan itu laporannya online, yang kedua ke direktur penanggung jawaban” (ID)*

*“Di kirimnya ke Dinas Kesehatan” (E)*

*“(eee...) kita ada 2 secara intern dan ekstern. Yang intern kita kirim bagian manajemen dan ekstern kita luar biasanya kirim ke Dinkes dan ke apa sih namanya Depkes” (IR)*

*“Biasanya kalau laporan tersebut dari KARU ke KA rawt inap iasa dari KA rawat inap” (D)*

## (2) Membuat laporan bulanan penyakit

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasidiatas 6 dari 7 informan menjelaskan bahwa cara membuat laporan bulanan penyakit sistemnya sudah ada, cuma cara pengaplikasiannya banyak yang kurang memahami dengan detail. Perlu diadakan lagi pelatihan atau sosialisasi mengenai hal ini.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai cara membuat laporan bulanan penyakit yang meliputi:

*“Kalau untuk penyakit, kita sudah pakek (eee...) tadi berdasarkan ICD ya, jadi di rangkum nama-nama penyakit atas (eee...) kita lihat dari sensus dari sensus rawat inap maupun dari sensus rawat jalan. Jadi, nanti kita ambil 10 besar penyakit baik itu rawat jalan maupun rawat inapnya” (S)*

*“Itu ada, nanti dengan mbak irma” (M)*

*“(eee...) kami, mengentrykan (eee...) untuk rawat jalan dan rawat inap terus (eee...) kami (eee...) kami apo kami ini apa kami masukkan, entrykan ke (eee...) dalam SIRS online ini, kami untuk report kesini” (H)*

*“Di lihat dari penyakit 10 terbesarnya, biasanya yang di pinta itu 10 penyakit terbesar terbanyak apa untuk bulan januari ataupun february” (ID)*

*“Di kumpulkan dari (eee...) hari per hari ya terus baru di buat laporan seperti itu biasanya” (E)*

*“(eee...) biasanya kita pakai indeks penyakit itu kode yang udah di beri diagnosa (eee...) diagnosa yang di beri kode nanti kita indeks selanjutnya kita olah menjadi laporan bulanan penyakit” (IR)*

*“Laporan bulanan penyakit biasanya kan kita ada register, register itu di isi setiap pasien masuk (eee...) itu biasanya malem kita buatnya terus nanti kan di situ kan ada diagnosa-diagnosanya nanti ada 1 orang yang bertugas untuk (eee...) laporan bulanan penyakit, jadi dia tulis dalam sebulan ini penyakit apa yang banyak di kelompokin biasanya ada 10 terbesar penyakit dalam sebulan biasanya seperti itu” (D)*

### (3) Membuat dan mengirimkan laporan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasidiatas5 dari 7 informan menjelaskan bahwa cara membuat laporan dengan melihat komputer dan mengirimnya secara online.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai cara membuat dan mengirimkan laporan yang meliputi:

*“Ada yang di kirim secara online ada yang di kirim lewat website ada juga yang di kirim langsung itu ke manajemen. Kalau untuk online kita ke Dina, kita sudah ada webnya ada juga yang kita (eee...) ada mereka yang mintak ke email aja kayak gitu” (S)*

*“Online secara online kalau yang saya tahu secara online” (M)*

*“Kalau mengirimkan di (eee...) untuk laporan bulanan atau tahunan itu di SIRS online di (eee...) kami kan ada (eee...) untuk laporan luar itu bisa (eee...) mengirimkan laporan SIRS online ke Dinas Propinsi kalau untuk (eee...) penyakit menular atau tidak menular itu ke Dinas Kota ya untuk manajemen sendiri kami kirimkan ke atas untuk laporan direktur terus kalau untuk mengirimkan laporan ke apa ke Dinas Kota siih (eee...) melalui puskesmas sekarang” (H)*

*“Kalau untuk membuatnya itu kita melihat komputer mengirimnya sudah melalui online” (ID)*

*“Membuat dan mengirimkan (eee...) bagian pelaporan yang lebih tahu yang lebih paham itu” (E)*

*“Caranya ya dengan 2 cara, yang pertama intern dan ekstern tadi, mengirim laporan ya email atau via internet yang secara online” (IR)*

*“Kalau misalnya membuat laporan dan mengirimkan laporan itu kemana prosedurnya .... biasanya kalau laporan ke rekam medis sih kruang tahu ya lebih ke KARU tapi kalau misalnya mengirim atau kalau seandainya ada pasien umum pelanggan biasanya di suruh kirim dari mereka untuk data untuk ya asuransi seperti itu biasanya dari kit eee dari nanti front office yang mengefaks semuanya sih kalau” (D)*

#### (4) Membuat laporan tahunan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasidiatas2 dari 7informan menjelaskan bahwa cara membuat laporan tahunan di rekap dalam 12 bulan dikirim untuk *intren* dan *ekstern*.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai cara membuat laporan tahunan yang meliputi:

*“Kalau buat laporan tahunan, jadi rekap dalam 12 bulan itu kita rekap setelah 1 tahun di rekap baru kita masukkan tetep formatnya juga sama kayak bulanan tapi bedanya itu dalam 1 tahun jadi rekapan selama 1 tahun di kirim, ada juga yang onlinenya. Kalau laporan online tahunan itu banyak, baik itu dari ada untuk bagian unit laboratorium, farmasi, kebidanan (eee...) untuk masalah kunjungan, rujukan itu secara tahun banyak kalau untuk yang online kalau yang untuk ke manajemen kita rekap dalam 1 tahun saja 12 bulan itu di rekap di jadikan 1” (S)*

*“Sama online juga kayaknya. Itu kalau yang tahunan untk PT ada yang untuk keluar juga” (M)*

*“Membuat laporan tahunan itu bisa di cek lagi di SIRS online ini untuk laporan tahunan (eee...) di cek laporan tahunan rawat inap, gigi dan mulut ini semua laporan tahunan” (H)*

*“Kalau membuat laporan tahunan itu di lihat dari 1 tahun laporan sensus, kalau sensus yang itu ada langsung kita lihat untuk 1 tahun itu berapa” (ID)*

*“Laporan tahunan ya dari biasanya nih (eee...) setahu saya yang dari per bulannya itu di zaal yang ada di poli di kumpulkan per bulan kan terus di kaji lagi” (E)*

*“Biasanya (eee...) 1 tahun sekali kita membuatnya dan tahunan yang ada di Rumah Sakit Pusri, online ya” (IR)*

*“Laporan tahunan mungkin dari per bulanan di kumpul jadi 1 jadi tahunan seperti itu biasanya sih gak ada laporan tahun kurang tahu ada atau tidaknya ya tapi (eee...) dari bulanan kan bisa di lihat dari bulanan itu bisa di lihat setahunnya gimana kayak gitu sih” (D)*

a. Membuatnya dalam sebulan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasidiatas2 dari 7 informan menjelaskan bahwa dalam membuat sebulan itu rutin setiap bulannya di buat.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai membuat dalam sebulan yang meliputi:

*“Kalau yang bulanan kita rutin bulanan di buat tapi yang tahunan biasanya cuma 1 kali kita buat namanya tahunan” (S)*

*“Itu nanti ke mbak irma juga ya, karena kalau laporan beliau” (M)*

*“membuatnya dalam sebulan itu kan (eee...) setiap tanggal 15 (eee...) petugas dari zaal (eee...) petugas-petugas di sini yang termasuk juga dalam ini mengirimkan laporannya setiap bulan ke petugas rekam medis untuk di (eee...) di apa di buat laporan” (H)*

*“1 bulan paling kalau datanya laengkap itu paling 1 minggu lah kalau datanya lengkap tapi kalau datanya kurang lengkap paling kita cari dulu” (ID)*

*“Aduh kurang paham” (E)*

*“Kalau bulanan kita buat biasanya kalau tahunan kita per 12 bulan sekali” (IR)*

*“Dalam sebulan itu ya dari tanggal 1 sampai tanggal 30 kita buat penyakit (eee...) terbanyak dalam sebulan itu apa terus (eee...) kita buat BOR sama LOST kan, LOST itu biasanya berapa hari selama sebulan itu (eee...) rata-rata di rawat berapa hari terus tu berpa persentase pasiennya berapa persentasenya seperti itu sih” (D)*

➤ Triwulan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas 3 dari 7 informan menjelaskan bahwa ada triwulan.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai adanya triwulan yang meliputi:

*“Laporan triwulan itu ada, biasanya ke puskes kalidoni tentang penyakit diare, ispa, typoid itu di kirim ke puskesmas kalidoni”* (S)

*“Itu nanti ke mbak irma juga ya, karena kalau laporan beliau”* (M)

*“Gak, setiap bulan kami di rekap, di rekap untuk tahunannya”* (H)

*“Ada itu triwulan”* (ID)

*“Aduh kurang paham”* (E)

*“Kalau yang 3 bulan ada”* (IR)

*“Gak sih biasanya per bulan kalau (eee...) laporan bulanan, kalau laporan 3 bulan kurang tahu mungkin tugas KARU yang memang di ambil oleh KARU kayak gitu kan kurang tahu”* (D)

➤ 6 bulan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas 1 dari 7 informan menjelaskan bahwa ada 6 bulan.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai adanya 6 bulan yang meliputi:

*“6 bulan sekarang gak ada lagi laporan per 6 bulan”* (S)

*“Itu nanti ke mbak irma juga ya, karena kalau laporan beliau”* (M)

*“6 bulan gak ada, kami tuh (eee...) kami (eee...) memprosesnya itu setiap bulan terus (eee...) melaporkannya (eee...) merekapnya setahun”* (H)

“Ada” (ID)

“Aduh kurang paham” (E)

“Kalau 6 bulan gak ada” (IR)

“Kurang tahu” (D)

➤ Tahunan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas 4 dari 7 informan menjelaskan bahwa ada tahunan.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai adanya tahunan yang meliputi:

“Ada” (S)

“Itu nanti ke mbak irma juga ya, karena kalau laporan beliau” (M)

“Ada” (H)

“Ada” (ID)

“Aduh kurang paham” (E)

“Ada, adanya tahunan, bulanan, triwulan” (IR)

“Tahunan biasanya kurang tahu juga sih gimana, tahunya cuman per 6 bulan aja di kumpulin jadi 1 nanti mungkin dari KARU yang bulanan itu di serahkan ke KA rawat inap mungkin KA rawat inap yang mengolah mungkin” (D)

b. SOP (*Standar Operasional Prosedur*)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan maka didapat informasi diatas 5 dari 7 informan menjelaskan bahwa ada SOP dan SOP yang telah ditetapkan jadi 1 laporan dan diatur dari rumah sakit.

Berikut ini merupakan hasil wawancara mendalam mengenai adanya

SOP yang meliputi:

*“Ada, itu 1 sama SPO yang tadi. Kalau SOP itu kita satu disini khusus untuk laporan jadi semua kegiatan laporan 1 SOP nya kayak gitu” (S)*

*“Ada. Kalau untuk SOP yang masalah pelaporan nanti tetep ke ibu irma juga karena beliau yang paling paham” (M)*

*“Ada. Permenkes wajib untuk melaporkan SIRS online” (H)*

*“Ada. SOPnya sudah diatur dari Rumah Sakit semua” (ID)*

*“(engg... enggg) Kurang paham” (E)*

*“SOPnya semua di gabung jadi 1 (eee...) tentang pembuatan laporan. Ya, itu kalau misalnya setiap bulan harus di buat secara tiap bulan, triwulan harus di kirimkan secara triwulan dan tahunan harus di kirimkan secara tahunan” (IR)*

*“Gak tahu” (D)*

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, hasil observasi dan telaah dokumen mengenai proses pelaporan informasi rekam medis di atas, maka peneliti mendapatkan informasi yang di peroleh secara keseluruhan dimana proses pelaporan informasi yaitu cara membuat laporan kegiatan bulanan rawat inap harus dilakukan karena ini adalah suatu sistem perbaikan terus menerus yang sangat baik asalkan tidak hanya di buat tapi juga di analisa, setelah laporan di buat di kirim ke Dinas Kesehatan dan sudah ada SOP untuk laporan di rumah sakit, SOP yang telah di tetapkan sudah di jalankan cuma kurang di sosialisasikan ke petugas. Cara membuat

laporan bulanan penyakit sistemnya sudah ada cuma cara pengaplikasiannya banyak yang kurang memahami dengan detail perlu di adakan lagi pelatihan atau sosialisasi mengenai laporan bulanan penyakit dan sudah ada SOP pelaporan penyakit bahwa SOP pelaporan penyakit sudah di tetapkan. Cara membuat laporan dengan melihat komputer dan mengirimnya secara online dan sudah ada SOP, SOP yang telah di tetapkan dari manajemen langsung. Cara membuat laporan tahunan di rekap dalam 12 bulan di kirim untuk *intern* dan *ekstern*, membuatnya dalam sebulan rutin setiap bulannya di buat dalam membuat itu adanya *triwulan*, bulanan dan tahunan, SOP nya ada dan SOP yang telah di tetapkan sudah jadi 1 laporan dalam setiap laporan di atur dari Rumah Sakit.

## **4.2 Pembahasan**

### 4.2.1 Keterbatasan penelitian

#### a) Keterbatasan Rancangan Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan rancangan peneltiian kualitatif, kemungkinan dapat terjadi subyektivitas jawaban informan atau subyektivitas peneliti dalam menginterprestasikan makna yang tersirat dari informasi dan untuk mengatasi hal tersebut dilakukan triangulasi sumber dengan mengambil informasi Kepala rekam medis sebagai informan utama, staf rekam medis serta pelaksana pendaftaran dan salah satu pelaksana pelayanan keperawatan rawat inap sebagai informan penunjang.

Pada hakikatnya informasi yang di dapat hanya berupa satu temuan dan bukan mengejar suatu bukti, sehingga kualitas dari informasi yang di dapat tergantung dari seberapa jauh informan memiliki pemahaman dan keterlibatan serta tingkat kejujuran dari informan dan objek penelitian.

b) Keterbatasan Waktu Pengumpulan Data

Pengambilan data dalam penelitian ini dilakukan dengan wawancara mendalam, hal ini mengingat setiap informan memiliki kesibukan yang berbeda. Wawancara mendalam dilakukan terhadap 7 informan, hal ini sudah cukup untuk mewakili dan terbatasnya waktu untuk penelitian. Namun selanjutnya akan diurai terlebih dahulu mengenai keterbatasan penelitian ini, antara lain:

- 1) Penelitian ini hanya meneliti unsur proses dalam pendekatan sistem pada pelaksanaan kegiatan rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Pusri Palembang, sehingga tidak dapat meneliti penyebab (input) dan akibat (output) dari proses pelaksanaan yang dilakukan.
- 2) Penelitian ini hanya meneliti 3 proses dalam sistem informasi rekam medis yaitu pengumpulan informasi, pengolahan informasi dan pelaporan informasi, sehingga tidak diketahui bagaimana proses penyimpanan dan pemusnahan rekam medis berupa status pasien.
- 3) Penelitian ini hanya menggunakan data yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam terhadap informan dan observasi langsung terhadap kegiatan di ruang rekam medis dan sebagian poli rawat inap dan kurang menggali informasi dari pihak manajemen Rumah Sakit Pusri Palembang.

#### 4.2.2 Pembahasan hasil penelitian

Pembahasan diuraikan sesuai dengan hasil penelitian pada sub bab sebelumnya, yaitu mengenai unsur sistem informasi rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Pusri Palembang pada Tahun 2016 yaitu proses pengumpulan informasi, pengolahan informasi serta pelaporan informasi.

##### a) Pengumpulan Informasi

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, hasil observasi dan telaah dokumen mengenai proses pengumpulan informasi rekam medis diatas, maka peneliti mendapatkan informasi yang diperoleh secara keseluruhan dimana proses pengumpulan informasi rumah sakit sudah ada SOP mulai dari pengumpulan informasi hingga peminjaman data rekam medis yang tujuannya memudahkan pasien dan keluarga tetapi tidak menghambat kinerja perusahaan. Pengumpulan informasi rawat inap dapat dilakukan dengan cara wawancarai langsung ke admisi pendaftaran. Pendaftaran untuk rawat inap di butuhkan syarat seperti KTP, BPJS maupun beberapa dokumen pendukung. Alur pendaftaran rekam medis yang perlu dilakukan untuk mendapatkan pelayanan rawat inap yaitu melakukan pendaftaran dengan menyerahkan syarat dan ketentuan rumah sakit, apabila pasien baru perlu di daftarkan secara detail dan apabila pasien sudah pernah berobat maka perlu membawa kartunya, kemudian dilakukan pengecekan atau dapat dilakukan dengan wawancara pasien, pengobatan apabila kasus Gawat Darurat maka si pasien dapat langsung dilayani oleh dokter yang ada dengan syarat keluarga pasien melakukan pendaftaran. Masalah yang sering timbul dalam pengumpulan informasi diantaranya pasien tidak

memiliki identitas yang cukup untuk mendaftar, pasien tidak diantar oleh keluarganya, sosialisasi SOP hanya dilakukan untuk petugas rekam medis sehingga masih banyak yang tidak paham dengan jelas SOP rekam medis tersebut petugas selain di rekam medis masih ada yang masuk ke dalam ruangan berkas rekam medis tidak punya gudang khusus untuk penyimpanan berkas *in aktive*. Dalam melaksanakan rekam medis seluruh petugas yang terkait dengan rekam medis mendapatkan sosialisasi atau pelatihan, jika ada informasi terbaru dengan mendatangkan narasumber dari luar Rumah Sakit maupun yang diadakan Dinas Kesehatan walaupun masih terbatas tugasnya dan masih ada ditemukan beberapa masalah dalam pengumpulan informasi namun bisa diatasi atau ditanggulangi dengan baik dari atasan maupun Direktur Rumah Sakit.

Proses kegiatan penyelenggaraan rekam medis dimulai pada saat diterimanya pasien dirumah sakit, dilanjutkan dengan kegiatan pencatatan data medis pasien oleh dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada pasien. Tata cara penerimaan pasien yang akan berobat kepoliklinik ataupun yang akan dirawat adalah bagian dari sistem prosedur pelayanan rumah sakit. Dapat dikatakan bahwa disinilah pelayanan pertama kali yang diterima oleh seorang pasien saat tiba di rumah sakit, maka tidaklah berlebihan bila dikatakan bahwa di dalam tata cara penerimaan inilah seorang pasien mendapatkan kesan baik ataupun tidak baik dari pelayanan suatu rumah sakit. Tata cara melayani pasien dapat di nilai baik bila mana dilaksanakan oleh petugas dengan sikap yang ramah, sopan, tertib dan penuh tanggung jawab. Fungsi penerimaan pasien rawat inap adalah

menerima pasien untuk dirawat di rumah sakit. Tata cara penerimaan pasien harus wajar sesuai dengan keperluannya dengan makin meningkatnya jumlah pasien, pimpinan rumah sakit harus memberikan perhatian yang konstan dalam membina sistem dan prosedur penerimaan pasien yang sebaik-baiknya. Pasien yang memerlukan perawatan, dapat dibagi menjadi 3 kelompok yaitu :

- a) Pasien yang tidak urgen, penundaan perawatan pasien tersebut tidak akan menambahai penyakitnya.
- b) Pasien yang urgen, tetapi tidak gawat darurat, dapat dimasukkan ke dalam daftar tunggu.
- c) Pasien gawat darurat (*emergency*), langsung dirawat

Prosedur penerimaan pasien baru adalah setiap pasien baru diterima di Tempat Penerimaan Pasien (TPP) dan akan diwawancarai oleh petugas guna mendapatkan informasi mengenai data identitas sosial pasien yang harus diisikan pada formulir ringkasan riwayat klinik sedangkan untuk pasien lama adalah pasien yang pernah datang atau berobat sebelumnya ke rumah sakit, maka pasien mendatangi tempat pendaftaran pasien lama atau ke tempat penerimaan pasien yang telah ditentukan (Depkes,2006).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Nuraina (2006) yang menyebutkan bahwa sistem rekam medik rawat inap sudah berjalan sesuai dengan petunjuk pelaksanaan penyelenggaraan rekam medis rumah sakit.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Suryati (2014), dalam pelaksanaannya masih ada menemui kendala, walaupun sampai saat ini bisa diatasi. Ini terlibat dari kerjasama semua petugas yang terkait dengan rekam medis berjalan dengan baik, untuk penerapan SOP masih ada masalah mengenai ketepatan waktu dalam menyelesaikan laporan, koordinasi petugas terkait dengan rekam medis cukup baik, untuk pemberian pengarahan dan motivasi berupa pemberian pelatihan atau penyegaran untuk semua petugas rekam medis dan yang terkait sudah dilakukan secara rutin yaitu 6 bulan dan setahun sekali.

Berdasarkan hasil penelitian, teori dan penelitian terkait maka peneliti berpendapat bahwa untuk pengumpulan informasi sudah ada SOP tetapi dalam pelaksanaan atau penerapan masih belum sesuai dengan SOP, yaitu mengenai ketepatan waktu dalam mendapatkan informasi awal pasien, teknik mengumpulkan informasi dan alur pendaftaran. Walaupun petugas dalam melakukan pekerjaan sesuai dengan tugas dan tanggung jawab masing-masing tetapi dengan mendapatkan informasi dan alur pendaftaran yang baik maka akan mendapatkan hasil kerja yang lebih maksimal. Dalam melaksanakan kegiatan rekam medis juga diperlukan adanya suatu prosedur kerja yang jelas sehingga bisa diharapkan dapat menghasilkan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Prosedur kerja yang jelas ini yaitu SOP yang dikeluarkan oleh suatu instansi rumah sakit berdasarkan peraturan keadaan instansi rumah sakit. Dengan adanya pelatihan atau sosialisasi bagi seluruh petugas rekam medis baik yang diselenggarakan rumah sakit atau pihak luar yang terkait, maka diharapkan bisa menumbuhkan kesadaran dari petugas untuk melaksanakan kegiatan

dengan lebih baik lagi. Proses pengumpulan sistem informasi merupakan unit terdepan dalam memberikan pelayanan kesehatan, dimana tempat pasien pertama kali datang untuk mendapatkan suatu informasi pelayanan yang akan mereka dapatkan. Pengumpulan sistem informasi rekam medis yang baik dan professional akan menghasilkan mutu pelayanan kesehatan pasien lebih maksimal sehingga pasien yang berkunjung akan merasa puas atas pelayanan yang mereka dapatkan dan meningkatkan penilaian yang positif terhadap Rumah Sakit.

#### b) Pengolahan Informasi

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, hasil observasi dan telaah dokumen mengenai proses pengolahan informasi rekam medis diatas, maka peneliti mendapatkan informasi yang diperoleh secara keseluruhan dimana proses pengolahan informasi rumah sakit di bagian *assembling* dengan mengecek seluruh berkas yang ada di dalam dokumen rekam medis yaitu dari berkas ringkasan atau catatan selama perawatan pasien baik masuk maupun keluar, surat dokumen pengantar, intruksi dokter, lembar konsultasi, catatan keperawatan, catatan perkembangan, grafik suhu nadi dan pernafasan, pengawasan khusus, hasil pemeriksaan lab, hasil pemeriksaan radiodiagnostik, salinan resep, ringkasan keluar (resume) atau laporan kematian selama perawatan pasien. Cara proses pengolahannya untuk pengisian formulir di bagian keperawatan yang mengisi seluruh berkas dan selanjutnya di serahkan kembali ke bagian *assembling* untuk mengolahnya. Cara pemberian kode dengan menggunakan kode ICD 10 itu dibagian *coding* dengan melihat buku ICD. Buku ICD ada 2 yaitu ICD 10 untuk bagian diagnosa dan ICD 9 untuk bagian tindakan. *Coding*

berpedoman dari buku ICD untuk pemberian kode. Cara penyimpanan status pasien dengan memakai angka langsung yaitu disusun berdasarkan urutan nomor rekam medis, cara menyusun dan merapikan di rak penyimpanan, cara mencari dan menelusuri status pasien dilihat dari nomor rekam medis dan di cari ke gerbong penyimpanan dengan melihat nomor rekam medisnya, cara memperbaiki sampul yang baru tapi tetep dengan nomor rekam medis yang lama. Cara menjaga keamanan sudah ada pintu *lock finger* yang masuk di ruang tempat penyimpanan status nanya petugas rekam medis tapi masih banyak petugas selain rekam medis yang masuk di tempat penyimpanan kalau cara kerapihan dengan di rapikan setiap hari dan cara kebersihan ada petugas *cleaning service*.

Sesuai dengan yang tercantum dalam isi rekam medis menurut UU Konsil Kedokteran Indonesia tahun 2006 yaitu catatan merupakan uraian tentang identitas pasien, pemeriksaan pasien, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain baik dilakukan oleh dokter dan dokter gigi maupun tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kompetensinya. Dokumen merupakan kelengkapan dari catatan tersebut, antara lain foto rontgen, hasil laboratorium dan keterangan lain sesuai dengan kompetensi keilmuannya.

Dalam pelaksanaan rekam medis pengolahan data yaitu yang bersumber dari data-data yang sudah ada di dalam status pasien atau rekam medis pasien. Hal ini seperti yang dikatakan dalam buku Pedoman Pelayanan Rekam Medis Rumah Sakit Pusri tentang pengolahan data pasien yang berbentuk catatan, baik formulir rekam medis adalah kertas yang memiliki ruang untuk diisi baik oleh tenaga administrasi,

perawat, dokter maupun tenaga kesehatan lainnya dan hasil rekapitulasi bulanan pasien rawat inap adalah formulir perantara untuk menghitung dan merekap jumlah pasien rawat inap selama sebulan yang diterima dari masing-masing ruang rawat inap.

Proses pengolahan rekam medis menurut Departemen Kesehatan RI Tahun 2006 dalam buku Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia di antaranya sebagai berikut:

1) Penataan berkas rekam medis (*Assembling*)

- Penataan berkas rekam medis pasien rawat jalan
- Penataan berkas rekam medis pasien rawat inap

2) Pemberian kode (*Coding*)

Pemberian kode adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam rangka yang mewakili komponen data.

3) Tabulasi (*Indeksing*)

Indeksing adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat ke dalam indeks-indeks (dapat menggunakan kartu indeks atau komputerisasi).

Dalam kartu indeks tidak boleh mencantumkan nama pasien.

4) Sistem penyimpanan (*Filling*)

Ada dua cara penyimpanan berkas di dalam penyelenggaraan rekam medis yaitu :

(a) Sentralisasi

Sentralisasi ini diartikan penyimpanan rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan-catatan kunjungan poliklinik maupun catatan-catatan selama seorang pasien dirawat.

b) Desentralisasi

Dengan cara desentralisasi terjadi pemisahan antara rekam medis poliklinik dengan rekam medis penderita dirawat. Berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap disimpan tempat penyimpanan yang terpisah.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Giyana (2012), yang menyebutkan bahwa proses pelaksanaan:

a) Bagian *Assembling*

Dari hasil wawancara dengan informan masih banyak dokumen yang tidak lengkap dari 20 dokumen 4 dokumen lengkap.

b) Bagian *Koding* dan *Indeksing*

Dari hasil wawancara dibagian koding dan indeksing yaitu tidak adanya monitoring untuk mereview keakuratan data.

c) Bagian *Filling*

Dari hasil wawancara di bagian *filling* sering terjadi miss file dan tempat yang belum standar.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Ardila (2014), yang menyebutkan bahwa proses pelaksanaan:

a) Pengelolaan Kegiatan *Assembling*

Hasil wawancara di bagian assembling sudah terlaksana dengan baik.

b) Pengelolaan Kegiatan *Koding* dan *Indexing*

Hasil wawancara di bagian *koding* dan *indexing* sudah terlaksana dengan baik, hanya saja tulisan dokter yang sulit dibaca membuat petugas kesulitan dalam pengkodean dan mengelompokkan suatu penyakit.

c) Pengelolaan Kegiatan *Filling*

Hasil wawancara di bagian *filling* sudah terlaksana dengan baik, hanya saja ruangan yang kurang luas membuat petugas kesulitan mencari berkas yang ada di *Roll O'pack*.

Berdasarkan hasil penelitian, teori dan penelitian terkait maka peneliti berpendapat bahwa untuk pengolahan informasi sudah ada SOP tetapi dalam pelaksanaan untuk pengolahan informasi belum sesuai SOP yang ada, dikarenakan masih banyak petugas yang menggunakan secara manual dengan memindahkan ke dalam buku khusus dibandingkan langsung memindahkan ke komputer. Dalam proses pengolahannya meliputi *assembling*, *coding* dan *filling* sudah berjalan dengan cukup baik sesuai dengan peraturan pemerintah maupun peraturan rumah sakit, walaupun masih ditemukan beberapa masalah atau hambatan namun bisa diselesaikan secara baik sesuai dengan peraturan yang ada, sehingga tidak menghambat pekerjaan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Pengolahan sistem informasi rekam medis merupakan penyajian data-data yang menggambarkan pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Pencatatan data-data yang di dapatkan harus jelas dan akurat sehingga akan memudahkan dalam pengolahan informasi tersebut. Informasi yang disajikan bertujuan untuk menunjang tercapainya

tertib administrasi dalam rangka upaya meningkatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit atau instansi sarana pelayanan kesehatan tanpa di dukung suatu pengolahan rekam medis yang baik dan benar maka tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan. Pengolahan status pasien merupakan salah satu faktor yang menentukan dalam upaya pelayanan kesehatan rumah sakit, dimana data tersebut bisa di pertanggung jawabkan.

#### c) Pelaporan Informasi

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, hasil observasi dan telaah dokumen mengenai proses pelaporan informasi rekam medis di atas, maka peneliti mendapatkan informasi yang di peroleh secara keseluruhan dimana proses pelaporan informasi yaitu cara membuat laporan kegiatan bulanan rawat inap harus dilakukan karena ini adalah suatu sistem perbaikan terus menerus yang sangat baik asalkan tidak hanya di buat tapi juga di analisa, setelah laporan di buat di kirim ke Dinas Kesehatan dan sudah ada SOP untuk laporan di rumah sakit, SOP yang telah di tetapkan sudah di jalankan cuma kurang di sosialisasikan ke petugas. Cara membuat laporan bulanan penyakit sistemnya sudah ada cuma cara pengaplikasiannya banyak yang kurang memahami dengan detail perlu di adakan lagi pelatihan atau sosialisasi mengenai laporan bulanan penyakit dan sudah ada SOP pelaporan penyakit bahwa SOP pelaporan penyakit sudah di tetapkan. Cara membuat laporan dengan melihat komputer dan mengirimnya secara online dan sudah ada SOP, SOP yang telah di tetapkan dari manajemen langsung. Cara membuat laporan tahunan di rekap dalam 12 bulan di kirim untuk *intern* dan *ekstern*, membuatnya dalam sebulan rutin setiap

bulannya di buat dalam membuat itu adanya *triwulan*, bulanan dan tahunan, SOP nya ada dan SOP yang telah di tetapkan sudah jadi 1 laporan dalam setiap laporan di atur dari Rumah Sakit.

Pelaporan Rumah Sakit menurut Departemen Kesehatan RI Tahun 2006 dalam buku Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis merupakan suatu alat organisasi yang bertujuan untuk dapat menghasilkan laporan secara cepat, tepat dan akurat yang secara garis besar jenis pelaporan rumah sakit dapat dibedakan menjadi 2 kelompok :

a. Laporan Intern Rumah Sakit

Laporan intern rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit. Jenis laporan tersebut meliputi :

- Pasien masuk dan keluar rumah sakit
- Pasien meninggal di rumah sakit
- Lamanya pasien dirawat
- Hari perawatan pasien,dll

b. Laporan Ektern Rumah Sakit

Laporan ektern rumah sakit ditujukan kepada Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medis Departemen Kesehatan RI (DITJEN YANMED), Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota.

c. Periode Laporan

- Data Kegiatan Rumah Sakit (RL 1)
- Data keadaan morbiditas pasien rawat inap rumah sakit (RL 2a)

- Data keadaan morbiditas pasien rawat jalan rumah sakit (RL 2b), dll

#### d. Saluran Pengiriman Laporan

Laporan dibuat rangkap 6 kecuali laporan yang bersifat individual dibuat rangkap dua. Laporan asli, dikirim ke Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Sub Bagian Data dan Informasi Dep-Kes-RI. Sedangkan rangkap ke dua dan seterusnya dikirim kepada :

- Dinas Kesehatan Propinsi
- Dinas Kesehatan Kabupaten
- Direktur Rumah Sakit
- Kepala Bagian Sekretariat RS

Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Suryati (2014) proses pelaksanaan antara lain pengumpulan data, pengolahan data dan pelaporan berupa informasi antara lain mengenai pelayanan yang diberikan maupun data jumlah penyakit dan jumlah kunjungan pasien sudah berjalan dengan baik dan sudah sesuai dengan peraturan yang ada. Dalam pelaksanaan kegiatan kadangkala menemui kendala ataupun masalah, namun kendala tersebut tidak sampai mengganggu kegiatan dan masih bisa diatasi dengan baik.

Berdasarkan hasil penelitian, teori dan penelitian terkait maka peneliti berpendapat bahwa untuk pelaporan informasi sudah ada SOP tetapi dalam pelaksanaan pelaporan informasi belum sesuai SOP yang ada, dikarenakan petugas pendaftaran masih tidak paham tentang SOP pelaporan yang telah ditentukan sedangkan petugas yang ada di rekam medis cukup mengetahui walaupun tidak

semuanya mengetahui tentang pelaporan rumah sakit yang sebenarnya dan petugas pelaporan itu yang lebih mengetahuinya. Membuat laporan kegiatan bulanan rawat inap untuk manajemen Rumah Sakit, membuat laporan bulanan penyakit DBD untuk Dinas Kesehatan Kota dan ada juga membuat laporan bulanan ISPA, diare, typhoid, pneumonia untuk Puskesmas Kalidoni, membuat dan mengirimkan laporan untuk Dinas Kesehatan secara *online*, membuat laporan tahunan untuk Dinas Kesehatan Kota dan Rumah Sakit untuk laporan kinerja.

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Simpulan**

- 1) Diperolehnya informasi mendalam mengenai proses pengumpulan informasi bahwa dalam pelaksanaannya masih ada menemui kendala, walaupun sampai saat ini masih bisa di atasi dengan sendirinya yaitu dalam pendaftaran pasien tidak memiliki identitas yang cukup untuk mendaftar dan pasien tidak diantar oleh keluarganya. Untuk penerapan SOP masih ada masalah dalam peminjaman dan pengembalian berkas rekam medis dengan waktu yang telah ditentukan. Petugas selain rekam medis masih ada yang sering masuk ke dalam ruangan berkas rekam medis dan tidak punya gudang khusus untuk penyimpanan berkas *in active*. Mendapatkan sosialisasi atau pelatihan untuk sebagian petugas rekam medis dengan mendatangkan narasumber dari luar Rumah Sakit maupun yang diadakan Dinas Kesehatan.
- 2) Diperolehnya informasi mendalam mengenai proses pengolahan informasi bahwa untuk pengisian formulir di bagian keperawatan yang mengisi seluruh berkas dan selanjutnya di serahkan kembali ke bagian *assembling* untuk mengolahnya sudah berjalan cukup baik dan sesuai dengan peraturan yang ada. Dalam mengkode sesuai dengan buku ICD dan penyimpanan status rekam medis di gerbong penyimpanan. Dalam pelaksanaan *assembling*, *coding* dan *filling* menemui

kendala ataupun masalah, namun kendala tersebut tidak mengganggu kegiatan masing-masing petugas dan msaih bisa diatasi dengan baik.

- 3) Diperolehnya informasi mendalam mengenai proses pelaporan informasi bahwa ini dilihat dari laporan harus dilakukan karena suatu sistem perbaikan terus menerus yang sangat baik asalkan tidak hanya di buat tapi juga di analisa, setelah laporan di buat di kirim ke *Intern* dan *Ekstern*. Adanya SOP dan SOP yang telah di tetapkan sudah jadi 1 laporan dalam setiap laporan di atur dari Rumah Sakit tetapi SOP yang telah di tetapkan sudah di jalankan cuma masih kurang di sosialisasikan ke petugas sehingga masih terlambatnya atau mengembalikan status di rekam medis ini terjadi kesulitan petugas pelaporan untuk membuatnya.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Rumah Sakit Pusri**

- 1) Untuk proses pengumpulan informasi khususnya mengenai penerapan SOP mulai dari pengumpulan informasi hingga peminjaman data rekam medis sebaiknya mengikuti sesuai SOP yang telah ditetapkan oleh pihak rumah sakit, sehingga pelaksanaan kegiatan akan berjalan dengan lancar, efektif dan efisien. SOP sangat penting merupakan prosedur pembagian petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dan petugas dalam bekerja bisa lebih baik lagi dan tidak melebihi dua tugas pokok utamanya atau sesuai dengan jabatan masing-masing.
- 2) Untuk proses pengolahan yang meliputi *assembling*, *coding* dan *filling* sudah berjalan dengan cukup baik sesuai dengan peraturan pemerintah maupun

peraturan rumah sakit, walaupun masih ditemukan beberapa masalah atau hambatan namun bisa diselesaikan secara baik sesuai dengan peraturan yang ada, sehingga tidak menghambat pekerjaan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Hal ini untuk meningkatkan agar lebih baik lagi sesuai dengan peraturan rumah sakit sehingga pengolahan status pasien bisa di pertanggung jawab dan lebih berkualitas.

- 3) Untuk proses pelaporan yaitu petugas pendaftaran masih belum mengetahuinya tentang pelaporan sedangkan petugas yang ada di rekam medis cukup mengetahui walaupun tidak semuanya mengetahui tentang pelaporan rumah sakit yang sebenarnya dan petugas pelaporan itu yang lebih mengetahuinya. Hal ini untuk meningkatkan pengetahuan kepada seluruh petugas yang ada di rumah sakit sehingga pelaporan ini sudah berjalan dengan lancar tidak ada lagi yang mengembalikan status dengan terlambat dan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan Rumah Sakit Pusri yang sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

#### 5.2.2 Bagi STIK Bina Husada

Penelitian ini bisa menjadi acuan dan referensi bagi penelitian selanjutnya dalam melaksanakan penelitian yang sama.

#### 5.2.3 Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian ini bisa ditindak lanjuti dengan penelitian mengenai analisis sistem penyimpanan dan pemusnahan status pasien *in aktive* di Rumah Sakit.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ardila, Anggun Pri. 2014.  
*Jurnal Analisis Manajemen Rekam Medis di Rumah Sakit Jiwa Grahsia Yogyakarta*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta. Diakses melalui  
(<http://journal.respati.ac.id/index.php/medika/article/viewfile/196/171>, pada tanggal 06 April 2016 pukul 22.40 WIB).
- Arikunto, Suharsimi. 2010.  
*Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Barsasella, Diana. 2012.  
*Sistem Informasi Kesehatan*. Mitra Wacana Medika: Jakarta.
- Bina Husada. 2016.  
*Panduan Penyusunan Skripsi Program Studi Kesehatan Masyarakat: Palembang*.
- Depkes. 2006.  
*Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik: Jakarta.
- Febriawati, Henny. 2013.  
*Manajemen Logistik Farmasi Rumah Sakit*. Gosyen Publishing: Yogyakarta.
- Giyana, Frenti. 2012.  
*Analisis Sistem Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang*. Diakses melalui  
(<http://eprints.Undip.ac.id/37027/1/Frenti-Giyana.pdf>, pada tanggal 06 April 2016 pukul 21.26 WIB).
- Konsil Kedokteran Indonesia. 2006.  
*Manual Rekam Medis*: Jakarta
- Loekito, Ronny. 2014  
Pentingnya aplikasi sistem informasi berbasis komputer di rumah sakit. Diakses melalui  
(<http://www.rent-at-soft.com/index.php/article/it-articles/pentingnya-aplikasi-sistem-informasi-berbasis-komputer-di-rumah-sakit/2-uncategorised>, pada tanggal 23 April 2016 pukul 20.05 WIB).

- Moleong, Lexy. J. 2011.  
*Metodologi Penelitian Kualitatif*. Rosdakarya: Bandung.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010.  
*Etika dan Hukum Kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta
- Nuraina, Noory. 2006.  
*Analisis Sistem Informasi Rekam Medik Rawat Inap Pada Rumah Sakit Umum Daerah Majalaya*. Fakultas Teknik Dan Ilmu Komouter, Universtias Computer Indonesia Bandung. Diakses melalui  
(<http://elib.unikom.ac.id/download.php?id=63555>, pada tanggal 08 April 2016 pukul 21.30 WIB).
- Profil Dinas Kesehatan Kota Palembang. 2013.
- Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan. 2014.
- Profil Rumah Sakit Pusri. 2015.
- Ratman, Desriza. 2013.  
*Aspek Hukum Informed Consent dan Rekam Medis Dalam Transaksi Terapeutik*. Keni Medika: Bandung.
- Rumah Sakit Pusri.  
*Pedoman Pengorganisasian Rekam Medis, Unit Rekam Medis*.
- Rumah Sakit Pusri.  
*Panduan Pelayanan Rekam Medis, Unit Rekam Medis*.
- Rusiyanto, Ery. 2014.  
*Etika Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan*. Graha Ilmu: Yogyakarta.
- Sabarguna, Boy. 2011.  
*Buku Pegangan Mahasiswa Manajemen Rumah Sakit*. CV. Agung Seto: Jakarta.
- Saryono dan Anggraeni, Mekar Dwi. 2011.  
*Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Bidang Kesehatan*. Nuha Medika: Yogyakarta.

- Sibaragiang, Eva Ellya dan Julianie. 2014.  
*Metodologi Penelitian Untuk Mahasiswa Diploma Kesehatan*. CV Trans Info Media: Jakarta.
- Sugiyono. 2011.  
*Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Alfabeta: Bandung.
- Suhartatik dan Rochman, Eko Fachtur. 2015.  
*Jurnal Analisa Pengolahan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Dalam Upaya Peningkatan Pelayanan RSUD Kanjuruhan Kepanjen*. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia, STIKES Widya Cipta Husada Malang. Vol 3, No.1, Maret 2015. Diakses melalui (<http://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/download/70/55>, pada tanggal 06 April 2016 pukul 21.09 WIB).
- Sunyoto, Danang. 2014.  
*Sistem Informasi Manajemen(Perspektif Organisasi)*. CAPS. Yogyakarta.
- Suryati. 2014.  
*Skripsi Analisis Pelaksanaan Sistem Informasi Rekam Medis Rawat Jalan di Rumah Sakit Bhayangkara*: Palembang.
- Syafrudin. 2011.  
*Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Dalam Kebidanan*. CV.Trans Info Media: Jakarta.
- Taufiq, Rohmat. 2013.  
*Sistem Informasi Manajemen*. Graha Ilmu: Yogyakarta.
- UU RI No 36. 2009. 2012.  
*Undang-Undang Kesehatan*. Redaksi Sinar Grafika: Jakarta.



# PT GRAHA PUSRI MEDIKA

## RUMAH SAKIT PUSRI

Jl. Mayor Zen Palembang 30118  
Telp. (0711) 712222, 721313 ext. 3351, 3359 Fax. (0711) 712071  
E-mail : rumkit@pusri.co.id

Palembang, 28 Maret 2016

Nomor : U - 1062 /GPM/III/2016  
Lampiran : -  
Perihal : *Izin Pengambilan Data Awal*

Kepada Yth.

**Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
(STIKES) Bina Husada Palembang**  
Jl. Syech Abdul Somad No.28 Kel. 22 Ilir  
Palembang 30131.

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat saudara Nomor : 0466.14/STIK/PSKM/III/2016 tanggal 21 Maret 2016 perihal Izin Pengambilan Data Awal Mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Bina Husada sebanyak 1 (satu) orang, sebagai berikut :

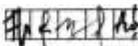
No.	Nama Mahasiswa	NIM	Judul
1.	Jayanti Putri	12.13201.12.49	Tinjauan pelaksanaan sistem informasi rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Pusri.

Dengan ini disampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan Izin Pengambilan Data Awal tersebut dengan mengikuti ketentuan yang berlaku di PT Graha Pusri Medika / RS Pusri.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya yang baik diucapkan terima kasih.

PT Graha Pusri Medika / RS Pusri,

  
**dr. Priyanto Swasono, MARS**  
Direktur





# PT GRAHA PUSRI MEDIKA

## RUMAH SAKIT PUSRI

Jl. Mayor Zen Palembang 30118  
Telp. (0711) 712222, 721313 ext. 3351, 3359 Fax. (0711) 712071  
E-mail : rumkit@pusri.co.id

### SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : U-1149 /GPM/VI/2016

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa, mahasiswa yang tersebut dibawah ini:

Nama : Jayanti Putri  
NIM : 12.13201.12.49  
Program Study : S I Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES)  
Bina Husada Palembang  
Judul Penelitian : Analisis pelaksanaan sistem informasi rekam medis rawat inap  
di Rumah Sakit Pusri.

Telah melaksanakan Penelitian di PT Graha Pusri Medika / RS Pusri terhitung mulai tanggal  
06 April s.d 25 April 2016.  
16 Mei 2016

Demikian surat keterangan ini diberikan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Palembang, 06 Juni 2016  
PT Graha Pusri Medika / RS Pusri,

  
dr. Priyanto Swasono, MARS  
Direktur

Kepada Yth :

Bapak/Ibu

di Palembang

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Jayanti Putri

NPM : 12132011249

Mahasiswa Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat STIK Bina Husada Palembang tingkat akhir yang sedang melakukan penelitian dengan judul “Analisis Pelaksanaan Sistem Informasi Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Pusri Palembang” bermaksud meminta kesediaan Bapak/Ibu untuk bersedia menjawab wawancara ini dengan sejujur-jujurnya.

Segala informasi yang diberikan diperuntukkan hanya untuk penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan tanpa ada maksud lain serta kami menjamin kerahasiaan Bapak/Ibu.

Apabila Bapak/Ibu menyetujui, dimohon menandatangani lembar persetujuan (*Informed Consent*), yang ada di lembar belakang. Atas kesediaan dan kerjasamanya Saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya,

(Jayanti Putri)

LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONCENT*)

PETUGAS RUMAH SAKIT PUSRI

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bersedia menjadi informan penelitian yang dilakukan oleh Jayanti Putri, mahasiswa Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Palembang dengan judul “Analisis Pelaksanaan Sistem Informasi Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Pusri Palembang”. Sebagai informan penelitian, saya bersedia untuk dilakukan wawancara mendalam, dilakukan observasi parsitipatif dan studi dokumentasi. Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif sehingga jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya dan akan dirahasiakan.

Demikianlah pernyataan ini saya buat agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Palembang, April 2016

Hormat Saya,

Informan

(Jayanti Putri)

( )

## **PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM DENGAN INFORMAN**

### **DI RUMAH SAKIT PUSRI PALEMBANG**

**TAHUN 2016**

#### **PETUNJUK UMUM WAWANCARA MENDALAM**

1. Memperkenalkan diri
2. Ucapkan terima kasih atas ketersediaan waktunya
3. Jelaskan maksud dan tujuan wawancara
4. Wawancara dilakukan oleh peneliti
5. Dijelaskan bahwa pendapat, saran dan pengalaman yang dilaporkan sangat berharga
6. Dalam wawancara tidak ada jawaban yang salah dan benar serta akan dijaga kerahasiaannya
7. Dalam wawancara informan bebas mengeluarkan pendapat
8. Menjelaskan bahwa informasi yang didapat hanya untuk tujuan penelitian, bukan untuk tujuan lain
9. Mengucapkan terima kasih atas semua informasi yang telah diberikan

## **PELAKSANAAN**

### 1) Identitas Informan

a. Inisial :

b. Umur :

c. Jenis Kelamin :

d. Pendidikan :

e. Masa Kerja :

### 2) Keterangan Pewawancara

a. Nama Pewawancara : Jayanti Putri

b. Umur : 21 Tahun

c. Tanggal dan waktu wawancara :

d. Tempat wawancara :

## Pedoman Wawancara

No	PENGUMPULAN INFORMASI
1.	Bagaimana proses mendapatkan informasi pasien?
2.	Apa sajakah jenis-jenis informasi yang dikumpulkan?
3.	Bagaimana tehnik pengumpulan informasi rawat inap?
4.	Bagaimana alur pencatan rekam medis rawat inap ?
5.	Bagaimana prosedur dalam peminjaman berkas rekam medis? - Apakah ada SOP dalam peminjaman berkas rekam medis? - Bila ada, sudah sesuaikah peminjaman berkas rekam medis?
6.	Bagaimana prosedur dalam pengembalian berkas rekam medis? - Apakah ada SOP dalam pengembalian berkas rekam medis? - Bila ada, sudah sesuaikah pengembalian berkas rekam medis?
7.	Apakah ada sosialisasi atau pelatihan mengenai alur rekam medis rawat inap?
8.	Adakah SOP rekam medis? - Bila ada, sudah sesuaikah prosedur pelaksanaannya?
9.	Apakah ada masalah dalam pelaksanaan rekam medis rawat inap? Bagaimnakah mengatasi masalah tersebut?
10.	Bagaimana harapan pengumpulan informasi di rekam medis rawat inap?
No	PENGOLAHAN INFORMASI
1	Bagaimana cara penataan atau pengolahan informasi dokumen rekam medis dengan menganalisis kelengkapan berkas rekam medis? - Adakah ringkasan atau catatan selama perawatan pasien baik masuk maupun keluar? Jika ada bagaimana proses pengolahan informasi?

Jika tidak ada, mengapa?

- Adakah surat dokumen pengantar selama perawatan pasien?

Jika ada bagaimana proses pengolahan informasi?

Jika tidak ada, mengapa?

- Adakah intruksi dokter selama perawatan pasien?

Jika ada bagaimana proses pengolahan informasi?

Jika tidak ada, mengapa?

- Adakah lembar konsultasi selama perawatan pasien?

Jika ada bagaimana proses pengolahan informasi?

Jika tidak ada, mengapa?

- Adakah catatan keperawatan selama perawatan pasien?

Jika ada bagaimana proses pengolahan informasi?

Jika tidak ada, mengapa?

- Adakah catatan perkembangann selama perawatan pasien?

Jika ada bagaimana proses pengolahan informasi?

Jika tidak ada, mengapa?

- Adakah grafik suhu, nadi dan pernafasan selama perawatan pasien?

Jika ada bagaimana proses pengolahan informasi?

Jika tidak ada, mengapa?

- Adakah pengawasan khusus selama perawatan pasien?

Jika ada bagaimana proses pengolahan informasi?

Jika tidak ada, mengapa?

- Adakah hasil pemeriksaan laboratorium selama perawatan pasien?

Jika ada bagaimana proses pengolahan informasi?

Jika tidak ada, mengapa?

- Adakah hasil pemeriksaan radiodiagnostik selama perawatan pasien?

Jika ada bagaimana proses pengolahan informasi?

Jika tidak ada, mengapa?

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adakah salinan resep selama perawatan pasien? Jika ada bagaimana proses pengolahan informasi? Jika tidak ada, mengapa?</li> <li>- Adakah ringkasan keluar (resume) atau laporan kematian selama perawatan pasien? Jika ada bagaimana proses pengolahan informasi? Jika tidak ada, mengapa?</li> </ul>
2.	<p>Bagaimana cara pemberian kode (<i>Coding</i>) dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bagaimana cara menetapkan diagnosis?</li> <li>- Bagaimana cara pemberian kode ICD-10 ?</li> </ul>
3.	<p>Bagaimana cara penyimpanan (<i>Filing</i>) status rekam medis yang disusun dengan aturan yang ditetapkan serta menjaga kerapian penyimpanan?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bagaimana cara penyimpanan status pasien?</li> <li>- Bagaimana cara menyusun dan merapikan status pasien?</li> <li>- Bagaimana cara mencari dan menelusuri status pasien?</li> <li>- Bagaimana cara memperbaiki sampul status pasien yang rusak atau sobek?</li> <li>- Bagaimana cara menjaga keamanan, kerapian dan kebersihan status pasien?</li> </ul>
<b>No</b>	<b>PELAPORAN INFORMASI</b>
1.	<p>Bagaimana cara membuat laporan kegiatan bulanan rawat inap?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Setelah laporan dibuat dikirim dimana?</li> <li>- Apakah ada Standar Operasional Prosedur?</li> <li>- Bagaimana Standar Operasional Prosedur yang telah ditetapkan?</li> </ul>
2.	<p>Bagaimana cara membuat laporan bulanan penyakit?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apakah ada Standar Operasional Prosedur?</li> <li>- Bagaimana Standar Operasional Prosedur yang telah ditetapkan?</li> </ul>

3.	<p>Bagaimana cara membuat dan mengirimkan laporan?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Apakah ada Standar Operasional Prosedur?</li><li>- Bagaimana Standar Operasional Prosedur yang telah ditetapkan?</li></ul>
4.	<p>Bagaimana cara membuat laporan tahunan?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Berapa kali membuatnya dalam sebulan? Adakah triwulan? Adakah 6 bulan? Adakah tahunan?</li><li>- Apakah ada Standar Operasional Prosedur? Bagaimana Standar Operasional Prosedur yang telah ditetapkan?</li></ul>