

TUGAS AKHIR
SISTEM PENGELOLAAN BERKAS REKAM MEDIS
DI RUMAH SAKIT RAJAWALI CITRA YOGYAKARTA



Di Susun Oleh :
GUSTI PINDI PRAING
21011712

PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA
SEKOLAH TINGGI ILMU BISNIS KUMALA NUSA
YOGYAKARTA
2024

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul : Sistem Pengelolaan Berkas Rekam Medis Di Rumah
Sakit Rajawali Citra Yogyakarta
Nama : Gusti Pindi Praing
NIM : 21011712
Program Studi : Diploma III Manajemen

Tugas Akhir ini telah disetujui oleh Dosen Pembimbing Tugas Akhir Program Studi
Manajemen Sekolah Tinggi Ilmu Bisnis Kumala Nusa Yogyakarta pada:

Hari :

Tanggal :

Mengetahui
Dosen Pembimbing

Ir. Edi Cahyono, M.M
NIK. 113.00115

HALAMAN PENGESAHAN
SISTEM PENGELOLAAN BERKAS REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT
RAJAWALI CITRA YOGYAKARTA

Laporan Tugas Akhir ini telah diajukan pada Sekolah Tinggi Ilmu Bisnis Kumala Nusa Yogyakarta untuk memenuhi persyaratan akhir Pendidikan pada Program Studi Diploma III Manajemen.

Hari :

Tanggal :

Tim Penguji

Ketua

Anggota

.....

.....

Mengetahui
Ketua STIB Kumala Nusa

Anung Pramudyo, S.E., M.M.
NIP. 19780204 200501 1 002

HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Gusti Pindi Praing

NIM : 21011712

Judul Tugas Akhir : Sistem Pengelolaan Berkas Rekam Medis Di Rumah
Sakit Rajawali Citra Yogyakarta

Dengan ini saya menyatakan bahwa Tugas Akhir ini merupakan hasil kerja sendiri dan belum diterbitkan oleh pihak manapun kecuali tersebut dalam referensi dan bukan merupakan hasil karya orang lain sebagian maupun secara keseluruhan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya. Apabila dikemudian hari ada yang mengklaim bahwa karya ini milik orang lain dan dibenarkan secara hukum, maka saya bersedia dituntut berdasarkan hukum.

Yogyakarta,

Yang membuat pernyataan

Gusti Pindi Praing

MOTO

Amsal 23:18

**“Karena masa depan sungguh ada,
Dan harapanmu tidak akan hilang”.**

**“Bukan sejauh mana kita mampu bermimpi untuk sukses.
Tapi sejauh mana kita berusaha mewujudkan”.**

“Karena Setiap Usaha tidak akan mengkhianati hasil”

(Gusti Pindi Praing)

HALAMAN PERSEMBAHAN

Dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini penulis tiak lepas dari bimbingan, bantuandan pengarahan dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan rasa hormat, terimakasih serta ucapan persembahan Laporan Tugas Akhir ini kepada :

1. Tuhan Yesus Kristus, yang selalu menyertai dan membimbing saya dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Tanpa Tuhan Yesus saya tidak dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
2. Kedua orang tua tercinta saya yang telah membesarkan, mendidik, membimbing, dan membiayai saya, mereka yang telah banyak membantu saya melewati proses demi proses baik itu dari segi materi, support, maupun doa dan restu.
3. Kakak saya Semi Piranyawa dan Melani Njurumana serta adik-adik dan Ipar saya yang selalu mendukung saya.
4. Keluarga besar dari Ayah dan Ibu saya yang selalu memberi dukungan kepada saya.
5. Teman saya Arki, Rian, Feby, Since dll, yang menjadi sebagai keluarga saya selama menempuh pendidikan di Kota Pelajar Yogyakarta. Terimakasih kakak Meli yang bantu saya dalam menyusun Laporan Tugas Akhir dan selalu mendukung saya serta teman-teman yang lain tidak dapat sebut satu per satu.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadapan Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan lancar tanpa suatu halangan apapun.

Laporan Tugas Akhir ini dilaksanakan sebagai persyaratan untuk kelulusan Pendidikan pada Program Studi Diploma III Manajemen Sekolah Tinggi Ilmu Bisnis Kumala Nusa Yogyakarta dan bertujuan menambah wawasan, pengalaman dan pemahaman, serta untuk memberi gambaran pada penulis mengenai aplikasi teori yang didapat di perkuliahan ke dalam dunia kerja yang sesungguhnya.

Dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini penulis tidak lepas dari bantuan, bimbingan, dan pengarahan dari berbagai pihak untuk itu penulis mengucapkan rasa hormat dan berterima kasih kepada:

1. Bapak Anung Pramudyo, S.E., M.M. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Bisnis Kumala Nusa Yogyakarta.
2. Bapak Ir. Edi Cahyono, M.M. selaku dosen pembimbing Laporan Tugas Akhir.
3. Seluruh staf pengajar Sekolah Tinggi Ilmu Bisnis Kumala Nusa Yogyakarta.
4. Ibu Mulatsih Etikawati, S.E. selaku petugas perustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Bisnis Kumala Nusa Yogyakarta.
5. Seluruh staf dan pegawai di Rumah Sakit Rajawali Citra Yogyakarta.

Semoga Laporan Tugas Akhir ini dapat berguna bagi pengembangan ilmu pengetahuan. Sebagai referensi yang akan datang dan berguna bagi siapa saja yang membutuhkan. Penulis menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih mempunyai kekurangan, untuk itu penulis mengharapkan adanya saran dan masukan.

Yogyakarta, 2024

Penulis

Gusti Pindi Praing

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN KEASLIAN	iv
MOTO	v
HALAMAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
ABSTRAK	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II LANDASAN TEORI	5
A. Sistem	5
1. Pengertian sistem	5
2. Klasifikasi sistem	5

3.	Karakteristik system	7
B.	Rekam Medis	8
1.	Pengertian Rekam Medis	8
2.	Tujuan Rekam Medis	9
3.	Kegunaan Rekam Medis	10
4.	Isi Rekam Medis	12
5.	Sistem Penyelenggaraan Rekam Medis	17
6.	Pengelolaan Dokumen Rekam Medis	22
C.	Rumah Sakit	37
1.	Pengertian Rumah Sakit	37
2.	Fungsi Rumah Sakit	37
3.	Tugas Rumah Sakit	38
4.	Tipe-Tipe Rumah Sakit	38
5.	Klasifikasi Rumah Sakit	39
BAB III	METODE PENELITIAN	40
A.	Jenis Penelitian	40
B.	Waktu dan Tempat Penelitian	40
C.	Jenis Data	41
D.	Metode Pengumpulan Data	42
E.	Metode Analisis Data	46
BAB IV	ANALISIS DAN PEMBAHASAN	47
A.	Analisis	47
1.	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	47

a.	Sejarah Rumah Sakit Umum Rajawali Citra	47
b.	Visi, Misi, Tujuan dan Moto RSU Rajawali Citra	48
c.	Struktur organisasi RSU Rajawali Citra	50
d.	Sumber Daya Manusia (Personalia) RSU Rajawali Citra	50
e.	Fasilitas/ Sarana Prasarana RSU Rajawali Citra	52
2.	Hasil	55
a.	Masukan (<i>Input</i>)	55
b.	Komponen Proses (<i>Processing</i>)	58
c.	Komponen Keluaran (<i>Output</i>)	61
B.	Pembahasan	61
1.	Komponen Input	61
a.	SDM	61
b.	Sarana Prasarana	62
c.	SOP	63
2.	Komponen Proses	63
a.	Proses Assembling	64
b.	Pemberian Kode	64
c.	Pemberian Indeks	65
d.	Proses Analising	65
e.	Proses Filling	66
3.	Komponen Output	66
a.	Kelengkapan Berkas	66

b. Ketetapan Waktu	67
BAB V PENUTUP	68
A. Kesimpulan	68
B. Saran	69
DAFTAR PUSTAKA	70
DAFTAR LAMPIRAN	72

DAFTAR TABEL

Table 4.1 Daftar ketenagaan di RSU Rajawali Citra	50
---	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 Struktur Organisasi RSU Rajawali Citra	50
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 lembar penilaian

Lampiran 2 foto kegiatan

ABSTRAK

Rekam medis merupakan salah satu bagian Rumah Sakit yang memiliki tugas diantaranya pencatatan, pengolahan data, dan pelaporan informasi yang dibutuhkan untuk kegiatan di rumah sakit. Proses pengolahan rekam medik dari bagian Assembling, Coding, Indeksing, Analising dan Filling berpengaruh untuk meningkatkan mutu rekam medik dan pelayanan di rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui system pengelolaan berkas rekam medis pada Rumah Sakit Umum Rajawali Citra Yogyakarta dan faktor-faktor apa sajakah yang mendukung serta menghambat dalam proses pengelolaan rekam medis pada rumah sakit rajawali citra Yogyakarta. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif.

Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa system pengelolaan berkas rekam medis pada rumah sakit rajawali citra Yogyakarta sudah cukup baik. Hal ini dapat dilihat dari pemenuhan indicator-indikator system pengelolaan yang meliputi komponen input, komponen proses dan komponen output.

Kata Kunci : system, rekam medis dan rumah sakit

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan organisasi yang bertujuan memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam rangka peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan pelayanan administrasi. Kegiatan pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada masyarakat dan pelayanan administrasi, antara lain kegiatan promotif, kuratif, preventif, dan rehabilitative (Shofari, 2002), dimana setiap rumah sakit selalu berupaya memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik kepada pasien. Untuk mencapai hal tersebut, maka pengambilan keputusan dalam organisasi rumah sakit memerlukan informasi yang akurat, tepat waktu, dapat dipercaya, masuk akal dan mudah dimengerti dalam berbagai keperluan pengelolaan rumah sakit, dalam menghadapi era globalisasi yang akan memasuki semua bidang termasuk bidang kesehatan, maka rumah sakit perlu mempersiapkan pelayanan agar mampu bersaing dengan peningkatan mutu pelayanan rumah sakit, khususnya pada mutu pelayanan rekam medis.

Berdasarkan PERMENKES No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang rekam medis, setiap pelayanan kesehatan diwajibkan untuk memiliki rekam medis. Rekam medis berkaitan pada pencatatan, pengolahan data, dan pelaporan informasi yang dibutuhkan untuk kegiatan di rumah sakit. Pada prinsipnya data rekam medik adalah milik pasien, sedangkan berkas rekam

medik (secara fisik) adalah milik Rumah Sakit atau institusi kesehatan.

Berkas rekam medik itu merupakan milik sarana layanan kesehatan, yang harus disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 tahun terhitung sejak tanggal terakhir pasien berobat. Untuk tujuan itulah di setiap institusi pelayanan kesehatan, dibentuk Sistem Pengelolaan Rekam Medik yang bertugas menyelenggarakan pengelolaan serta penyimpanan berkas Rekam Medik di institusi tersebut.

Pengelolaan Rekam Medik di Rumah Sakit Umum Rajawali Cterdiri dari beberapa sistem yaitu: 1) system penamaan, 2) system penomoran, 3) penyimpanan, 4) pengangkutan rekam medis.

Berdasarkan observasi awal penulis melihat permasalahan yang terjadi dalam bagian Rekam Medik di Rumah Sakit Umum Rajawali Citra yaitu adanya kesulitan dalam pengolahan data seperti, map rusak, berkas yang tercecer karena semakin menumpuk. Berkas terkadang salah penempatan atau tidak sesuai tempatnya, sehingga menyebabkan petugas kesulitan untuk mencari berkas rekam medis tersebut. Penamaan dan penomoran berkas rekam medik di Rumah Sakit Umum Rajawali Citra dilakukan secara komputernisasi, dan juga secara manual. Pada proses pencarian data sistem penamaan dan penomoran berkas rekam medis terkadang pegawai rekam medik mengalami kesulitan dalam melakukan pengolahan data misalnya data yang tercecer atau pengarsipan data yang belum teratur, penumpukan data pasien, data poliklinik, data rawat jalan sehingga, pegawai rekam medik terkadang melakukan kesalahan dalam mengolah data.

Pada prinsipnya data rekam medik adalah milik pasien, sedangkan berkas

rekam medik (secara fisik) adalah milik Rumah Sakit atau institusi kesehatan. Berkas rekam medik itu merupakan milik sarana layanan kesehatan, yang harus disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 tahun terhitung sejak tanggal terakhir pasien berobat. Untuk tujuan itulah di setiap institusi pelayanan kesehatan, dibentuk Sistem Pengelolaan Rekam Medik yang bertugas menyelenggarakan pengelolaan serta penyimpanan berkas Rekam Medik di institusi tersebut. Selanjutnya, sistem pengangkutan berkas di Ruang rekam medik dilakukan oleh petugas bagian rekam medik dengan menggunakan tangan dari satu tempat ke tempat lainnya tanpa adanya alat bantu, sehingga pada saat pengangkutan berkas rekam medik ke poli umum atau tujuan yang diinginkan, berkas rekam medik bisa saja terjatuh dan berhamburan di lantai, selain itu urutan lampiran berkas rekam medik tidak teratur sesuai dengan penempatannya. Permasalahan lain yang sering terjadi di bagian rekam medik yaitu pelayanannya yang terkesan lambat, pasien yang mendaftar harus mengantri.

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Sistem Pengelolaan Rekam Medis di Rumah Sakit Umum Rajawali Citra Yogyakarta”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka permasalahan yang akan diteliti adalah: “Bagaimana Sistem Pengelolaan Rekam Medis di Rumah Sakit Umum Rarawali Citra Yogyakarta?”

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Sistem Pengelolaan Rekam Medis di Rumah Sakit Umum Rajawali Citra Yogyakarta. Disamping itu penelitian ini juga bertujuan bagaimana pengelolaan berkas rekam medis dimulai dari penomoran, pengambilan berkas, sampai penyimpanan berkas itu kembali pada tempat penyimpanan.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit Umum Rajawali Citra

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi bagi pihak rumah sakit terkait dengan system pengelolaan rekam medis di Rumah Sakit Rajawali Citra Yogyakarta.

2. Bagi Institusi Pendidikan STIBSA Yogyakarta

Sebagai tambahan referensi dan rujukan dalam melakukan penelitian terkait dengan system pengelolaan rekam medis terutama untuk penelitian selanjutnya.

3. Bagi Mahasiswa

Menambah wawasan pengalaman, keilmuan serta pengetahuan dalam system pengelolaan rekam medis di rumah sakit.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Sistem

1. Pengertian sistem

sistem adalah sekumpulan objek-objek yang saling berelasi dan berinteraksi serta hubungan antara objek bisa dilihat sebagai satu kesatuan yang dirancang untuk mencapai satu tujuan. Dengan demikian, secara sederhana sistem dapat diartikan sebagai suatu kumpulan atau himpunan dari unsure variabel-variabel yang saling terorganisasi, saling berinteraksi, dan saling bergantung satu sama lain (Rina & Fatkur, 2019).

Pengertian sistem menurut (Jepperson Hutahaean, 2016) dalam buku yang berjudul Konsep Sistem Informasi, Sistem adalah suatu jaringan kerja dari prosedur-prosedur yang saling berhubungan, berkumpul bersama-sama untuk melakukan kegiatan atau untuk melakukan sasaran yang tertentu.

2. Klasifikasi sistem

Menurut (Jepperson Hutahaean, 2016) sistem dapat dikasifikasikan dalam beberapa sudut pandang :

a. Klasifikasi sistem sebagai :

1) Sistem abstrak (abstract system)

Sistem abstrak adalah sistem yang berupa pemikiran-pemikiran atau ide-ide yang tidak tampak secara fisik.

2) Sistem fisik (physical system)

Sistem fisik (physical system) adalah sistem yang ada secara fisik.

b. Klasifikasi sistem sebagai

1) Sistem alamiah (natural system)

Sistem alamiah adalah sistem yang terjadi melalui proses alam, tidak dibuat oleh manusia. Misalnya sistem perputaran bumi.

2) Sistem buatan manusia (human made system)

Sistem buatan manusia adalah sistem yang dibuat oleh manusia yang melibatkan interaksi antara manusia dengan mesin (human machine system).

c. Sistem diklasifikasikan sebagai :

1) Sistem tertentu (deterministic system)

Sistem tertentu adalah sistem yang beroperasi dengan tingkah laku yang sudah dapat diprediksi, sebagai keluaran sistem yang dapat diramalkan.

2) Sistem tak tentu (probabilistic system)

Sistem tak tentu adalah sistem yang kondisinya tidak dapat diprediksi karena mengandung unsur probabilistic.

d. Sistem diklasifikasikan sebagai :

1) Sistem tertutup (close system)

Sistem tertutup adalah sistem yang tidak terpengaruh dan tidak berhubungan dengan lingkungan luar, sistem bekerja otomatis tanpa ada turut campur lingkungan luar.

2) Sistem terbuka (open system)

Sistem terbuka adalah sistem yang berhubungan dan terpengaruh dengan lingkungan luarnya. Sistem ini menerima input dan output dari lingkungan luar atau subsistem lainnya.

3. Karakteristik sistem

Menurut (Jepperson Hutahaean, 2016) agar sistem dikatakan sistem yang baik memiliki karakteristik yaitu :

a. Komponen

Suatu sistem terdiri dari sejumlah komponen-komponen yang saling berinteraksi, yang artinya saling bekerja sama membentuk satu kesatuan.

b. Batasan Sistem (boundary)

Batasan sistem merupakan daerah yang membatasi antarasuatu sistem dengan sistem yang lain atau dengan lingkunganluarnya.

c. Lingkungan Luar Sistem (environment)

Lingkungan luar sistem adalah diluar batas sistem dari system yang mempengaruhi operasi sistem.

d. Penghubung Sistem (interface)

Penghubung sistem merupakan media penghubung antarasatu subsistendengan subsistem lainnya.

e. Masukkan Sistem (input)

Masukkan adalah energi yang dimasukkan kedalam sistem, yang dapat berupa perawatan (maintenance input), dan masuk kansinyal

(signal input). Maintenance input adalah energi yang dimasukkan agar sistem dapat beroperasi. Signal input adalah energi yang diproses untuk didapatkan keluaran.

f. Keluaran Sistem (output)

Keluaran sistem adalah hasil dari energi yang diolah dan diklasifikasikan menjadi keluaran yang berguna dan sisa pembuangan.

g. Pengolah Sistem

Suatu sistem menjadi bagian pengolah yang akan merubah masukan menjadi keluaran.

h. Sasaran Sistem

Suatu sistem pasti mempunyai tujuan (goal) atau sasaran (objective). Sasaran dari sistem sangat menentukan input yang dibutuhkan sistem dan keluaran yang dihasilkan sistem.

B. Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis merupakan dokumen penting bagi setiap instansi rumah sakit. Menurut PERMENKES No: 269/ MENKES/ PER/ III/ 2008 yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan-tulisan yang dibuat oleh dokter

atau dokter gigi mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan.

Menurut SK Dirjen Yanmed No. 78 Tahun 1991 dijelaskan bahwa rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesis, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama dirawat di rumah sakit yang dilakukan di unit-unit rawat jalan termasuk unit gawat darurat dan unit rawat inap.

Sedangkan menurut Gemala Hatta rekam medis merupakan kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dan riwayat penyakitnya termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleh para praktisi kesehatan dalam upaya mereka memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

Dengan melihat ketiga pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa rekam medis merupakan dokumen yang sangat penting, karena di dalam Dokumen Rekam Medis memuat informasi mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan pengobatan pasien.

2. Tujuan Rekam Medis
 - a. Dokumentasi semua kejadian yang berkaitan dengan kesehatan pasien.
 - b. Media komunikasi antara tenaga kesehatan bagi kepentingan perawatan penyakit pasien yang sekarang maupun yang akan datang.
3. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, yaitu :

a. Aspek Administrasi

Adalah suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b. Aspek Hukum

Adalah suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

c. Aspek Keuangan

Adalah suatu berkas rekam medis mempunyai nilai keuangan karena isinya dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan di rumah sakit.

d. Aspek Penelitian

Adalah suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya mengandung data/ informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang rekam medis.

e. Aspek Pendidikan

Adalah suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/ informasi tentang perkembangan

kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan pada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/ referensi pengajaran dibidang profesi si pemakai.

f. Aspek Dokumentasi

Adalah suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

Dengan melihat dari berbagai aspek tersebut di atas, rekam medis mempunyai kegunaan yang sangat luas, karena tidak hanya menyangkut antara pasien dengan pemberi pelayanan saja.

Kegunaan rekam medis secara umum adalah :

- a. Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian didalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.
- b. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/ perawatan yang harus diberikan kepada pasien.
- c. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung/ dirawat di rumah sakit.
- d. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
- e. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun

dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

- f. Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
- g. Sebagai dasar didalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medik pasien.
- h. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggungjawaban laporan.

4. Isi Rekam Medis

Di dalam Dokumen Rekam Medis berisi dua jenis data, yaitu :

a. Data Administratif

Data administratif mencakup data demografi dan keuangan disamping data tentang informasi lain yang berhubungan dengan pasien, seperti data yang terdapat pada beragam izin (consent), pada lembaran hak kuasa (otorisasi) untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan dalam penanganan informasi konfidensial pasien.

Isi data demografi bersifat permanen (kekal) dan setidaknya mencakup informasi tentang :

- 1) Nama lengkap
- 2) Nomor rekam kesehatan pasien dan nomor identitas lain (asuransi)
- 3) Alamat lengkap pasien
- 4) Tanggal lahir pasien dan kota tempat kelahiran
- 5) Jenis kelamin

- 6) Status pernikahan
- 7) Nama dan alamat keluarga terdekat yang sewaktu-waktu dapat dihubungi
- 8) Tanggal dan waktu terdaftar di tempat penerimaan pasien rawat inap/ rawat jalan/ gawat darurat
- 9) Nama rumah sakit (tertera pada kop formulir : nama, alamat, telepon, kota) Umumnya data administratif adalah data identifikasi yang dapat dihubungkan dengan pasien yang digunakan bagi kepentingan administratif, regulasi, operasional pelayanan kesehatan dan penggantian biaya pengobatan.

Contoh data administratif yaitu :

- 1) Lembaran pengesahan untuk melepaskan informasi
- 2) Formulir pengesahan (otorisasi) pelaksanaan pelayanan
- 3) Formulir pemberian izin (consent)
- 4) Lembar hak kuasa
- 5) Lembar pulang paksa
- 6) Sertifikat kelahiran atau kematian
- 7) Formulir pembebasan sarana pelayanan kesehatan dari tuntutan kehilangan atau kerusakan barang pribadi pasien
- 8) Korespondensi yang berkaitan dengan permintaan rekaman
- 9) Kejadian tentang riwayat atau audit
- 10) Klaim yang dapat dihubungkan dengan pasien
- 11) Menelaah kualitas data yang dapat dihubungkan dengan pasien

12) Tanda identitas pasien

13) Protokol klinis, clinical pathway, pedoman praktik dan pengetahuan lain yang tidak melekat dengan data pasien.

b. Data Klinis

Data klinis dapat diartikan sebagai data hasil pemeriksaan, pengobatan, perawatan yang dilakukan oleh praktisi kesehatan dan penunjang medis terhadap pasien baik pasien rawat inap, rawat jalan, maupun rawat darurat.

Data yang bersifat rahasia (confidential) tidak dapat dibuka kepada pihak ketiga tanpa izin dari pasien yang bersangkutan kecuali jika ada alasan lain berdasarkan peraturan atau perundang-undangan yang memaksa dibukanya informasi tersebut. Basis data rekam kesehatan pelayanan akut mencakup :

- 1) Pendaftaran
- 2) Riwayat penyakit
- 3) Riwayat pemeriksaan fisik
- 4) Observasi klinis
- 5) Perintah dokter
- 6) Laporan dan hasil prosedur diagnostik dan terapeutik
- 7) Laporan konsultasi
- 8) Ringkasan riwayat pulang
- 9) Instruksi untuk pasien
- 10) Izin, otorisasi dan pernyataan

Semua keluaran dari formulir pemeriksaan menghasilkan data klinis, kecuali tentang izin, otorisasi dan pernyataan yang dikategorikan sebagai data administratif. Setiap masukan data/informasi klinis wajib mencantumkan nama lengkap tenaga kesehatan dan penunjang medis terkait serta tanggal pemberian pelayanan kesehatan terhadap pasien. Berdasarkan Permenkes Nomor 269/MENKES/ PER/ III/ 200 isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat :

- 1) Identitas pasien;
- 2) Tanggal dan waktu;
- 3) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- 4) Hasil Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang;
- 5) Diagnosis;
- 6) Rencana Penatalaksanaan;
- 7) Pengobatan dan/ atau tindakan;
- 8) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
- 9) Untuk kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik ; dan
- 10) Persetujuan tindakan (bila diperlukan).

Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari, sekurang-kurangnya memuat :

- 1) Identitas pasien;
- 2) Tanggal dan waktu;

- 3) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- 4) Hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan 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;
- 11) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
- 12) Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu;
- 13) Untuk kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat, sekurang- kurangnya memuat :

- 1) Identitas pasien;
- 2) Kondisi pasien saat tiba;
- 3) Identitas pengantar pasien;
- 4) Tanggal dan waktu;
- 5) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- 6) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
- 7) Diagnosis;

- 8) Pengobatan dan/ atau tindakan;
- 9) Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat rencana tindak lanjut;
- 10) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
- 11) Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain;
- 12) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

5. System Penyelenggaraan Rekam Medis

a. System penamaan pasien

Penulisan nama pasien pada DRM harus ditulis secara benar. Hal tersebut bertujuan untuk menghindari tertukarnya DRM dengan pasien lain, karena sering dijumpai pasien dengan nama yang sama dan seringkali seorang pasien berobat di rumah sakit. Dalam sistem penamaan rekam medis diharapkan :

- 1) Nama ditulis dengan huruf cetak dan mengikuti ejaan yang disempurnakan.
- 2) Sebagai pelengkap bagi pasien perempuan diakhir nama lengkap ditambah Ny atau Nn sesuai dengan statusnya.
- 3) Pencantuman titel selalu diletakkan sesudah nama lengkap pasien.
- 4) Perkataan tuan, saudara, bapak tidak dicantumkan dalam

penulisan nama pasien.

b. System penomoran

Sistem penomoran merupakan tata cara penulisan nomor yang diberikan kepada pasien yang berobat ke institusi pelayanan kesehatan sebagai bagian identitas pasien yang bersangkutan. Hal ini bertujuan untuk :

- 1) Petunjuk dari pemilik Dokumen Rekam Medis masing-masing pasien dan identitas pasien.
- 2) Memudahkan dalam penyimpanan Dokumen Rekam Medis.
- 3) Memudahkan dalam menemukan kembali Dokumen Rekam Medis.

Ada tiga macam sistem pemberian nomor pasien (admission numbering system) yang umumnya dipakai, yaitu :

1) Pemberian Nomor Cara Seri (Serial Numbering System)

Dalam sistem ini, setiap pasien mendapat satu nomor baru setiap berkunjung ke rumah sakit. Jika pasien berkunjung lima kali, maka akan mendapatkan lima nomor yang berbeda. Semua nomor yang telah diberikan dicatat pada Kartu Indeks Utama Pasien. Berkas rekam medisnya disimpan di berbagai tempat sesuai nomor yang telah diperoleh pasien.

2) Pemberian Nomor Cara Unit (Unit Numbering System)

Dalam sistem ini, pasien akan diberikan satu nomor rekam medis. Baik kepada pasien berobat jalan maupun pasien untuk dirawat.

Satu pasien mempunyai satu nomor rekam medis yang digunakan untuk kunjungan seterusnya, dan berkas rekam medisnya disimpan di dalam satu berkas dengan nomor yang sama.

3) Pemberian Nomor Cara Seri-Unit (Serial-Unit Numbering System)

Sistem ini merupakan sistem gabungan dari sistem seri dan sistem unit. Dalam sistem ini, setiap pasien yang berkunjung ke rumah sakit akan diberikan satu nomor baru, tetapi rekam medis yang lalu digabungkan dan disimpan di dalam berkas rekam medis dengan nomor yang paling baru. Apabila dokumen yang lama telah dipindahkan, maka tempat lama diberi petunjuk keluar atau *out guide*.

c. System penyimpanan

Penyimpanan Dokumen Rekam Medis bertujuan untuk mempermudah dan mempercepat ditemukan kembali Dokumen Rekam Medis yang disimpan dalam rak filing. Ditinjau dari pemusatan atau penyatuan Dokumen Rekam Medis, sistem penyimpanan Dokumen Rekam Medis dibagi menjadi dua, yaitu :

1) Sistem Penyimpanan Secara Sentralisasi

Sistem penyimpanan Dokumen Rekam Medis secara sentral yaitu suatu sistem penyimpanan Dokumen Rekam Medis dengan cara menyatukan formulir-formulir rekam medis milik seorang pasien kedalam satu kesatuan (folder) baik pasien tersebut pasien

rawat inap maupun rawat jalan. Dengan sistem ini, terjadinya duplikasi Dokumen Rekam Medis dapat dihindari dan biaya yang diperlukan lebih sedikit. Data-data pasien juga dapat berkesinambungan karena menyatu dalam satu folder, sehingga riwayat penyakitnya dapat terbaca secara keseluruhan.

2) Sistem Penyimpanan Secara Desentralisasi

Sistem penyimpanan Dokumen Rekam Medis secara desentralisasi yaitu suatu sistem penyimpanan dengan cara memisahkan milik seorang pasien antara DRM rawat jalan, rawat inap, dan rawat darurat pada folder tersendiri dan atau tempat tersendiri. Sistem penyimpanan ini dapat mengurangi beban kerja petugas dan menjadikan pelayanan lebih efisien, sehingga pasien mendapat pelayanan yang lebih cepat.

d. System penjajaran dokumen rekam medis

Dokumen Rekam Medis yang disimpan dalam rak penyimpanan tidak ditumpuk melainkan disusun berdiri sejajar satu dengan yang lain.

Ada tiga cara penjajaran Dokumen Rekam Medis, yaitu :

1) Straight Numerical Filing (SNF)

Sistem penjajaran dengan nomor langsung yaitu suatu sistem penyimpanan DRM dengan mensejajarkan folder DRM berdasarkan urutan langsung nomor rekam medisnya pada rak penyimpanan. Contoh :

- 46-50-23 47-51-50 50-50-50
- 46-50-24 47-51-51 50-50-51
- 46-50-25 47-51-52 50-50-52

2) Middle Digit Filing (MDF)

Sistem penjajaran dengan sistem angka tengah atau MDF yaitu suatu sistem penyimpanan Dokumen Rekam Medis dengan mensejajarkan folder Dokumen Rekam Medis berdasarkan urutan nomor rekam medis pada dua angka kelompok tengah. Dalam sistem ini, dua angka yang terletak di tengah sebagai angka pertama, dua angka yang paling kiri menjadi angka yang kedua, dan dua angka yang paling kanan menjadi angka ketiga.

Contoh :

- 58-78-96 58-78-99 59-78-02
- 58-78-97 59-78-00 59-78-03
- 58-78-98 59-78-01 59-78-04

3) Terminal Digit Filing (TDF)

Sistem penjajaran terminal digit filing adalah sistem penyimpanan Dokumen Rekam Medis dengan mensejajarkan folder Dokumen Rekam Medis berdasarkan urutan nomor rekam medis pada dua angka kelompok akhir. Dua angka yang terletak paling kanan merupakan angka pertama, dua angka yang terletak di tengah merupakan angka kedua, dan dua angka yang terletak paling kiri merupakan angka ketiga. Contoh :

➤ 50	93	26
Angka	angka	angka
Ketiga	kedua	pertama
(tertiary	(secondary	(primary
digits)	digits)	digits)
➤ 95-05-26	98-05-26	01-06-26
➤ 96-05-26	99-05-26	02-06-26
➤ 97-05-26	00-06-26	03-06-26

6. Pengelolaan dokumen rekam medis

a. Pendaftaran

1) Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ)

TPPRJ adalah tempat pendaftaran pasien rawat jalan yang mempunyai tugas pokok menerima pasien yang berobat di rawat jalan dan mencatat pendaftaran pasien (registrasi). Menyediakan formulir-formulir rekam medis dalam folder Dokumen Rekam Medis, memberi informasi tentang pelayanan-pelayanan di rumah sakit yang bersangkutan.

Alur prosedur di TPPRJ dibagi menjadi dua yaitu pasien baru dan pasien lama. Pasien lama juga dibedakan menjadi dua yaitu pasien lama bawa KIB dan pasien lama tidak bawa KIB.

Pelayanan Kepada Pasien baru :

- a) Petugas menanyakan identitas pasien secara lengkap untuk dicatat pada formulir rekam medis rawat jalan, KIB, dan

KIUP.

- b) Petugas menyerahkan KIB kepada pasien dengan pesan untuk dibawa kembali bila datang berobat berikutnya.
- c) Petugas menyimpan KIUP sesuai urutan abjad (alphabet).
- d) Petugas menanyakan keluhan utamanya guna memudahkan dalam mengarahkan pasien ke poliklinik yang sesuai.
- e) Petugas menanyakan apakah membawa surat rujukan atau tidak.

Bila membawa maka :

- i. Tempelkan pada formulir rekam medis rawat jalan.
 - ii. Baca isinya ditunjukkan kepada dokter siapa atau diagnosisnya apa guna mengarahkan pasien menuju ke poliklinik yang sesuai.
- f) Petugas mempersilahkan pasien menunggu di ruang tunggu poliklinik yang sesuai.
 - g) Petugas mengirimkan DRM ke poliklinik yang sesuai dengan menggunakan buku ekspedisi.

Pelayanan kepada pasien lama :

- a) Petugas menanyakan terlebih dahulu membawa KIB atau tidak.
- b) Bila membawa KIB maka mencatat nama dan nomor rekam medisnya pada tracer untuk dimintakan DRM lama ke bagian filing.

- c) Bila tidak membawa KIB, maka petugas menanyakan nama dan alamatnya untuk dicari di KIUP.
- d) Petugas mencatat nama dan nomor rekam medis yang ditemukan di KIUP pada tracer untuk dimintakan Dokumen Rekam Medis ke bagian filing.
- e) Petugas mempersilahkan pasien baru untuk membayar di loket pembayaran.
- f) Pelayanan pasien asuransi kesehatan disesuaikan dengan peraturan dan prosedur asuransi penanggung biaya pelayanan kesehatan.

Formulir-formulir yang digunakan di TPPRJ :

- a) KIUP (Kartu Indeks Utama Pasien), untuk mencatat dan mengindeks identitas pasien.
- b) KIB (Kartu Identitas Berobat), untuk mencatat identitas pasien kemudian diserahkan kepada pasien.
- c) Formulir rekam medis untuk pelayanan pasien rawat jalan dalam folder Dokumen Rekam Medis baru untuk mencatat identitas lengkap pasien baru yang mendaftar.
- d) Buku register pendaftaran pasien rawat jalan, untuk mencatat kegiatan pendaftaran pasien.
- e) Buku catatan penggunaan nomor rekam medis, untuk mencatat penggunaan dan mengontrol nomor rekam medis.
- f) Buku catatan penggunaan formulir rekam medis, untuk

mencatat penggunaan dan mengontrol formulir rekam medis.

- g) Tracer, untuk mencatat permintaan Dokumen Rekam Medis lama ke fungsi filing (sebagai media komunikasi).
- h) Buku ekspedisi untuk mencatat serah terima Dokumen Rekam Medis sebagai bukti serah terima.

2) Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TPPRI)

TPPRI adalah tempat pendaftaran pasien rawat inap yang mempunyai tugas pokok menerima pasien berdasarkan admission note yang dibuat dokter bersama-sama pasien atau keluarga pasien, menentukan kelas perawatan dan bangsal yang dituju serta menjelaskan tarif dan fasilitas yang ada, menyiapkan formulir-formulir rawat inap yang sesuai dengan kasus penyakitnya.

Alur Prosedur di TPPRI : alur prosedur di TPPRI dibagi menjadi dua yaitu pasien langsung di TPPRI dan tak langsung (berasal dari URJ/ UGD).

Penerimaan pasien yang berasal dari URJ/ UGD :

- a) Petugas menerima DRM, KIB, KIUP, Admission Note dari perawat UGD.
- b) Petugas menambahkan formulir rawat inap yang diterima dari perawat UGD.
- c) Petugas menerangkan dan memberi informasi berdasarkan bangsal tentang kelas perawatan dan tarif perawatan.

- d) Bersama keluarga pasien, Petugas menegosiasikan untuk menetapkan kelas perawatan.
- e) Petugas membuatkan surat persetujuan rawat inap untuk diisi oleh keluarga pasien.
- f) Petugas memberi tahu bangsal rawat inap yang bersangkutan untuk menyiapkan ruangan.
- g) Petugas menyediakan kelengkapan formulir rawat inap sesuai dengan jenis penyakitnya agar dapat digunakan pelayanan klinis URI.

Penerimaan pasien secara langsung di TPPRI :

Penerimaan pasien secara langsung di TPPRI, semua pasien harus dilakukan pemeriksaan terlebih dahulu oleh tenaga medis untuk menentukan jenis penyakitnya, dan semua pasien dianggap baru. Oleh karena itu identitas pasien dicatat pada KIB, KIUP, dan buku register pendaftaran pasien rawat inap. Selain itu, dicatat pula identitas pasien dan keluarganya pada formulir rekam medis.

Selanjutnya melakukan kegiatan sebagai berikut :

- a) Petugas menjelaskan TT (tempat tidur) dan kelas perawatan yang masih kosong berdasarkan catatan penggunaan tempat tidur.
- b) Petugas menjelaskan tarif pelayanan rawat inap dan fasilitas-fasilitas yang dapat dinikmati oleh pasien dan keluarga.

- c) Petugas bersama pasien atau keluarganya menetapkan ruangan dan kelas perawatan yang diinginkan dan tersedianya TT.
- d) Petugas memberitahu bangsal rawat inap yang bersangkutan untuk menyiapkan ruangan.
- e) Petugas menyediakan kelengkapan formulir rawat inap sesuai dengan jenis penyakitnya agar dapat digunakan pelayanan klinis di Unit Rawat Inap.
- f) Petugas mencatat kemudian menyerahkan KIB kepada pasien.
- g) Petugas menyimpan KIUP dan selanjutnya diserahkan ke TPPRJ untuk disimpan.
- h) Petugas mencatat dan menyimpan buku Register pendaftaran pasien rawat inap.
- i) Petugas mencatat hasil pemeriksaan klinis ke formulir rekam medis rawat inap.
- j) Petugas mencatat penggunaan nomor rekam medis pada buku catatan penggunaan nomor rekam medis.

Formulir-formulir yang digunakan di TPPRI :

- a) KIB untuk dicatat dan diserahkan kepada pasien.
- b) KIUP untuk dicatat dan diserahkan kepada TPPRJ.
- c) Formulir-formulir rekam medis rawat inap untuk melengkapi formulir rekam medis yang sudah diterima dari rawat jalan

atau rawat darurat guna pencatatan hasil perawatan klinis di rawat inap.

- d) Buku register pendaftaran pasien rawat inap.
- e) Buku catatan penggunaan nomor rekam medis.
- f) Buku catatan mutasi pasien rawat inap.
- g) Buku laporan kegiatan pasien rawat inap.

3) Tempat Pendaftaran Pasien Gawat Darurat

Tempat Pendaftaran Pasien Gawat Darurat (TPPGD) adalah tempat pelayanan pendaftaran di rumah sakit yang melayani pasien selama 24 jam setiap harinya. Pada dasarnya, pasien yang datang merupakan pasien dalam keadaan darurat (emergency), namun tidak jarang pasien datang dalam keadaan tidak darurat, tetapi darurat waktunya yaitu pasien yang datang pada waktu malam hari pada waktu loket pendaftaran tidak dibuka (Shofari, 2002).

Alur Prosedur pelayanan Unit Gawat Darurat (UGD) :

- a) Menyiapkan formulir-formulir rekam medis dan nomor rekam medis setiap hari.
- b) Menyiapkan map DRM gawat darurat lengkap setiap kali ada pasien datang.
- c) Mencatat hasil-hasil pelayanan klinis pada formulir gawat darurat.
- d) Bila dirujuk ke Instalasi Pemeriksaan Penunjang (IPP),

membuat surat permintaan pemeriksaan penunjang sesuai bagian yang dikehendaki.

- e) Menempelkan hasil pemeriksaan penunjang atau dilampirkan dalam map DRM rawat inap pasien.
- f) Bila dirujuk ke pelayanan khusus, mencatat perintah tersebut pada formulir perjalanan penyakit rawat inap.
- g) Melampirkan semua formulir rekam medis hasil pelayanan khusus tersebut pada map DRM rawat inap pasien.
- h) Bila dikonsultasikan dengan dokter lain, mencatat pada formulir konsultasi dan jawaban konsultasi dicatat pada formulir yang sama.

Formulir yang digunakan di TPPGD :

- a) KIB untuk dicatat dan diserahkan kepada pasien
- b) KIUP
- c) Formulir lembar masuk darurat
- d) Buku register pendaftaran gawat darurat

b. Assembling

Arti kata assembling adalah perakitan Dokumen Rekam Medis dengan menganalisis kelengkapan berkas rekam medis. Assembling adalah pengorganisasian formulir yang menggambarkan siapa, apa, kapan dan bagaimana dalam hal pelayanan kesehatan pasien yang merupakan bukti tertulis tentang dokumen resmi rumah sakit secara kronologis.

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 337/ Menkes/ SK/ III/ 2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis Dan Informasi Kesehatan dalam kompetisi ke 3 “Manajemen Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan” kompetensi perekam medis dan informasi kesehatan di Indonesia adalah “mampu menyusun (assembling) rekam medis dengan baik dan benar berdasarkan ketentuan”.

Unsur-unsur pengendalian yang menjamin pelaksanaan sistem pelayanan rekam medis di assembling :

- 1) Kartu kendali, fungsi kartu kendali yaitu :
 - a) Mengendalikan rekam medis yang belum lengkap, pencatatan data rekam medis guna pengendalian rekam medis tidak lengkap dari pengkodean penyakit, kode operasi, kode sebab kematian dan kode dokter.
 - b) Mengendalikan Dokumen Rekam Medis tidak lengkap dikembalikan ke unit rekam medis.
 - c) Melacak kehilangan dokumen, misalnya melacak keberadaan dokumen rekam medis yang sedang dilengkapi.
 - d) Membuat indeks penyakit, operasi, kematian, dan indeks dokter.
 - e) Menghitung angka Incomplete Medical Records (IMR) yaitu membuat laporan ketidaklengkapan isi dokumen.
- 2) Digunakannya buku ekspedisi untuk serah terima DRM;

- 3) Buku catatan penggunaan nomor;
 - 4) Buku catatan penggunaan formulir;
 - 5) Lembar pemantauan kelengkapan DRM;
 - 6) Analisa kuantitatif;
 - 7) Alat tulis kantor (ATK) misalnya pembolong kertas (perforator), gunting, sablon, alat tulis sablon (rotring 0,8 mm);
 - 8) Perlengkapan kantor furnitur (meja, kursi, rak kertas, rak sortir), alat komunikasi (telpon);
 - 9) Perlengkapan lain untuk menjaga kebersihan seperti tempat sampah.
- c. Coding

Koding adalah pemberian kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada di dalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya diindeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen dan riset bidang kesehatan.

Kode klasifikasi penyakit oleh WHO bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter (tenaga medis) yang terkait. Dalam pengisian diagnosis harus lengkap dan jelas sesuai dengan ketentuan yang ada di ICD X dan kode tindakan

sesuai dengan ICD9-CM.

d. **Indeksing**

Adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat ke dalam indeks-indeks. Indeks merupakan suatu petunjuk yang memberikan referensi kepada pengguna. Indeks dapat dibuat dalam format manual (kertas) atau elektronik. Di dalam indeks tidak boleh mencantumkan nama pasien. Beberapa jenis indeks, yaitu :

1) **Indeks Utama Pasien (IUP)**

Indeks Utama Pasien adalah daftar permanen yang mengandung nama semua pasien yang pernah terlayani dan terfasilitasi pelayanan kesehatan. Berfungsi sebagai alat pelacak data pasien dan sarana komunikasi antar bagian dalam pelayanan kesehatan pasien.

IUP digunakan untuk mengidentifikasi semua pasien yang pernah mendapat pelayanan dan merupakan catatan nomor rekam medis mereka berkaitan dengan nama pasien sebagai kuncinya. Informasi yang terdapat pada IUP tergantung pada kebutuhan rumah sakit. IUP hanya dibuat disaat pasien pertama kalinya terdaftar di sarana pelayanan kesehatan.

IUP Berisi data identitas sosial pasien dan bersifat permanen. Untuk menjaga kerahasiaan dan informasi pribadi pasien, maka diagnosis pasien tidak dicantumkan. Hal yang harus ada dalam IUP :

- a) Nama Lengkap (nama keluarga & nama sendiri) garis bawah
nama keluarga;
- b) Alamat lengkap;
- c) Nomor RM;
- d) Tempat & tanggal lahir (hari, bulan, tahun);
- e) Informasi identitas lain; nama ibu, nama bapak, pekerjaan,
agama, jenis kelamin, dll.
- f) Tanggal masuk & keluar rawat (untuk pasien rawat inap)
atau tanggal kunjungan (pasien rawat jalan).

2) Indeks Penyakit (Diagnosis) dan Operasi

Merupakan satu kartu katalog yang berisi kode operasi pasien yang berobat dirumah sakit. Kode diagnostik menggunakan sistem klasifikasi ICD-10. Informasi yang ada didalamnya :

- a) Nomor kode;
- b) Judul, bulan, tahun;
- c) Nomor pasien;
- d) Jenis kelamin;
- e) Umur;
- f) Dokter bedah;
- g) Dokter anestesi;
- h) Hari pre operasi;
- i) Post operasi;
- j) Status keluar (meninggal/ sembuh/ cacat).

3) Indeks dokter

Merupakan satu kartu katalog yang berisi nama dokter yang memberikan pelayanan medik kepada pasien. Indeks ini berfungsi sebagai referensi yang menghubungkan antara kasus medis dengan dokter yang mengobati.

Kegunaan :

- a) Untuk menilai pekerjaan dokter
- b) Bukti pengadilan

Hal yang harus ada dalam indeks dokter yaitu :

- a) Kode dokter;
- b) Nomor rekam medis;
- c) Diagnosis;
- d) Operasi;
- e) Rujukan/ keterangan untuk surat permintaan tindakan/ pengobatan;
- f) Tanggal pasien masuk rawat dan keluar;
- g) Gender
- h) Usia pasien

4) Indeks Kematian

Merupakan satu kartu katalog yang berisi nama pasien yang meninggal di rumah sakit. Informasi yang ada di dalam indeks kematian yaitu :

- a) Nomor rekam medis;

- b) Jenis kelamin;
 - c) Umur;
 - d) Kematian : kurang dari 48 jam/ lebih dari 48 jam; kurang dari sejam post operasi;
 - e) Dokter yang merawat;
 - f) Penyebab kematian;
 - g) Hari perawatan;
 - h) Wilayah/ daerah.
- e. Filing
- Filing adalah suatu bagian di unit rekam medis yang mempunyai tugas pokok menyimpan DRM dengan metode tertentu sesuai dengan kebijakan penyimpanan DRM. Alur prosedur di tempat filing:
- 1) Menerima KK dan Dokumen Rekam Medis yang sudah lengkap dan sudah diberi kode dan fungsi koding indeksing.
 - 2) Menerima KK dan Dokumen Rekam Medis yang sudah lengkap dan sudah diberi kode dan fungsi koding indeksing.
 - 3) Menggunakan halaman sebaliknya KK yang sudah tidak terpakai untuk digunakan sebagai formulir tracer.
 - 4) Menyediakan DRM yang dibutuhkan setelah menerima tracer.
 - 5) Mencatat penggunaan DRM pada buku catatan penggunaan DRM
 - 6) Menandatangani dan meminta tanda tangan penerima DRM pada buku catatan penggunaan DRM.
 - 7) Melakukan penyisiran untuk mengembalikan DRM yang salah

letak.

- 8) Melakukan retensi DRM.
- 9) Bersama tim pemusnah rekam medis melaksanakan kegiatan pemusnahan.
- 10) Menghitung tingkat kebandelan terhadap pencatatan kelengkapan isi DRM perbulan.
- 11) Menghitung tingkat kehilangan DRM.

Formulir-formulir yang digunakan di tempat filing :

- 1) Tracer yang dapat digunakan untuk :
 - a) Petunjuk keberadaan DRM yang diambil dari rak filing.
 - b) Penghitung tingkat penggunaan DRM.
- 2) Catatan pengguna DRM untuk bukti serah terima peminjaman DRM dari filing dan sebagai alat kontrol penggunaan tracer.
- 3) Folder DRM kosong untuk mengganti folder DRM yang sudah rusak.

C. Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Menurut WHO (World Health Organization), definisi rumah sakit adalah integral dari satu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (Komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (Preventif) kepada masyarakat. Rumah Sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik.

Dalam undang-undang Nomor 44 (2009) tentang rumah sakit Adalah institut pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2. Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, fungsi rumah sakit adalah :

- 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 teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

3. Tugas Rumah Sakit

Tugas rumah sakit umum adalah melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan.

4. Tipe-tipe Rumah Sakit

Pengelolaan tipe rumah sakit berdasarkan kemampuan rumah sakit tersebut memberikan pelayanan medis kepada pasien. Ada 5 tipe rumah sakit di Indonesia, yaitu antara lain:

a. Rumah Sakit Tipe A

Rumah sakit tipe A adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan sub spesialis luas oleh pemerintah ditetapkan sebagai rujuk tertinggi (Top Referral Hospital) atau disebut dengan rumah sakit pusat.

b. Rumah Sakit tipe B

Rumah sakit tipe B adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis terbatas. Rumah sakit ini didirikan disetiap ibu kota provinsi yang menampung memberikan pelayanan rujukan di rumah sakit kabupaten.

c. Rumah Sakit Tipe C

Rumah sakit tipe C adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran sub spesialis terbatas.

d. Rumah Sakit Tipe D

Rumah sakit tipe D adalah rumah sakit yang bersifat transisi dengan kemampuan hanya memberikan pelayanan kesehatan kedokteran umum dan gigi. Rumah sakit ini menampung rujukan yang berasal dari puskesmas.

5. Klasifikasi Rumah Sakit

Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan khusus diklasifikasikan berdasarkan pelayanan, sumber daya manusia sarana prasarana dan administrasi manajemen. Berdasarkan tempat penelitian Rumah Sakit Umum Rajawali Citra merupakan kelas D.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini yaitu penelitian kualitatif. Menurut Moleong (2007), pengertian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian. Misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan dan lain-lain secara holistik dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode yang biasanya dimanfaatkan adalah wawancara, pengamatan, dan pemanfaatan dokumen.

B. Waktu dan Tempat Penelitian

1. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan oleh penulis selama masa magang di Rumah Sakit Rajawali Citra Yogyakarta pada tanggal 19 Februari 2024 s/d 16 Maret 2024.

2. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di :

Nama Instansi Perusahaan : Rumah Sakit Rajawali Citra Yogyakarta

Alamat : Jl. Pleret No.KM 2.5, Banjardadap,
Potorono

Telepon : (0274) 4435620

Fax : (0274) 4435609

Website : rsu_rajawalicitra@yahoo.com

C. Jenis Data

Jenis data yang digunakan penelitian yaitu:

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dilapangan oleh penelitian sebagai obyek penulisan. Metode wawancara mendalam atau in-depth interview dipergunakan untuk memperoleh data dengan metode wawancara dengan narasumber yang akan diwawancarai. (Umar, 2003).

Dalam penelitian ini wawancara dilakukan dengan petugas rekam medis tentang pengelolaan rekam medis di Rumah Sakit Rajawali Citra Yogyakarta

Hasan (2002) data primer yaitu data yang diperoleh atau dikumpulkan langsung oleh orang yang melakukan penelitian atau yang bersangkutan yang memerlukannya data primer didapat dari sumber informasi yaitu individu atau perseorangan seperti hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti. Data primer ini antara lain;

- a. Catatan hasil wawancara
- b. Hasil Observasi lapangan
- c. Data-data mengenai informasi

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh

orang yang melakukan penelitian dari sumber-sumber yang telah ada (Hasan, 2002). Data ini digunakan untuk mendukung informasi primer yang telah diperoleh yaitu dari bahan pustaka, literatur, penelitian terdahulu, buku, dan lain sebagainya.

Sedangkan data sekunder menurut Sugiyono (2005), adalah data yang tidak langsung memberikan data kepada peneliti, misalnya peneliti harus melalui orang lain atau mencari melalui dokumen. Data diperoleh dengan menggunakan studi literatur yang dilakukan terhadap banyak buku dan diperoleh berdasarkan catatan-catatan yang berhubungan dengan penelitian, selain itu peneliti mempergunakan data yang diperoleh dari internet.

Data sekunder dari penelitian ini diambil dari buku profil Rumah Sakit Umum Rajawali Citra dan dari website lainnya.

D. Metode Pengumpulan Data

Menurut Sugiyono (2011) teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data yang akurat serta terverifikasi. Sugiyono (2011) juga menjelaskan bahwa dalam penelitian kualitatif pengumpulan data dilakukan pada natural setting (kondisi yang alamiah), sumber data primer, dan teknik pengumpulan data lebih banyak pada observasi, wawancara, dan dokumentasi.

Pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Wawancara

Menurut Riyanto (2010) interview atau wawancara merupakan metode pengumpulan data yang menghendaki komunikasi langsung antara penyelidik dengan subyek atau responden. Menurut Afifuddin (2009) wawancara adalah metode pengambilan data dengan cara menanyakan sesuatu kepada seseorang yang menjadi informan atau responden.

Menurut Sugiyono (2011) ada 3 macam wawancara yakni wawancara terstruktur, wawancara semiterstruktur, dan wawancara tidak terstruktur. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan metode wawancara semiterstruktur, yaitu wawancara yang dilakukan secara lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Tujuan dari wawancara jenis ini adalah untuk menemukan permasalahan yang lebih terbuka dimana pihak yang diajak wawancara diminta pendapat dan ide idenya. Wawancara dilakukan secara terbuka di mana para subjeknya tahu bahwa mereka sedang diwawancarai dan mengetahui apa maksud wawancara. Wawancara dilakukan sampai peneliti tidak menemukan informasi baru lagi.

Menurut Nasution (2003) tujuan wawancara untuk mengetahui apa yang terkandung dalam hati dan pikiran orang lain, bagaimana pandangannya tentang hal hal yang tidak dapat kita ketahui.

Dalam penelitian ini penulis melakukan wawancara tentang pengelolaan rekam medis di Rumah Sakit Rajawali Citra.

2. Observasi

Menurut Riyanto (2010) observasi merupakan metode pengumpulan

data yang menggunakan pengamatan secara langsung maupun tidak langsung. Dokumentasi metode pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mengumpulkan dan mempelajari dokumen dokumen milik perusahaan yang berhubungan dengan masalah yang sedang diteliti.

Jenis jenis observasi menurut Riyanto (2010) :

a. Observasi partisipan

Observasi partisipan adalah observasi dimana orang yang melakukan pengamatan berperan serta ikut ambil bagian dalam kehidupan orang yang di observasi.

b. Observasi non Partisipan

Observasi dikatakan non partisipan apabila observer tidak ikut ambil bagian kehidupan observee.

c. Observasi sistematis (Structured observation)

Observasi sistematis, apabila pengamat menggunakan pedoman sebagai instrument pengamatan.

d. Observasi non sistematis

Observasi yang dilakukan oleh pengamat dengan tidak menggunakan instrument pengamatan.

e. Observasi eksperimental

Pengamatan dilakukan dengan cara observe dimasukkan ke dalam suatu kondisi atau situasi tertentu.

Menurut Satori dan Komariah (2012) pengamatan langsung terhadap objek untuk mengetahui keberadaan objek, situasi, konteks dan maknanya

dalam upaya mengumpulkan data penelitian. Moleong (2009) menyatakan observasi adalah pengamatan digunakan untuk mengoptimalkan kemampuan peneliti dari segi motif, kepercayaan, perhatian, perilaku tak sadar, kebiasaan dan sebagainya.

Muhadjir (2011) mengatakan observasi kuantitatif berbeda dengan observasi kualitatif. Observasi kualitatif bebas meneliti konsep konsep dan kategori pada setiap peristiwa selanjutnya memberi makna pada subjek penelitian atau amatan.

Dalam penelitian ini penulis melakukan proses observasi di area ruang rekam medis di Rumah Sakit Raja Wali Citra Yogyakarta.

3. Dokumentasi

Menurut Arikunto (2006) dokumentasi menyelidiki benda benda tertulis seperti buku buku, majalah, dokumen, peraturan peraturan, notulen rapat, catatan harian dan sebagainya. Menurut Riyanto (2010) dokumentasi berarti cara mengumpulkan data dengan mencatat data data yang sudah ada. Dokumentasi menurut Sugiyono (2015) suatu cara yang digunakan untuk memperoleh data dan informasi dalam bentuk buku, arsip, dokumen, tulisan angka dan gambar yang berupa laporan serta keterangan yang dapat mendukung penelitian. Menurut Paul (2005) dokumentasi adalah kegiatan khusus berupa pengumpulan, pengolahan, penyimpanan, penemuan kembali dan penyebaran dokumen.

E. Metode Analisis Data

Metode analisis data merupakan tahapan proses penelitian dimana data

yang sudah dikumpulkan di-manage untuk diolah dalam rangka menjawab rumusan masalah.

Data dalam penelitian ini akan dianalisis dengan metode deskriptif. Metode deskriptif merupakan salah satu jenis penelitian yang tujuannya untuk menyajikan gambaran lengkap mengenai setting sosial atau dimaksudkan untuk eksplorasi dan klarifikasi mengenai suatu fenomena atau kenyataan sosial, dengan jalan mendeskripsikan sejumlah variable yang berkenaan dengan masalah dan unit yang diteliti Sugiyono, (2010).

Menurut Sugiyono (2011) analisis data adalah proses 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.

BAB IV

ANALISIS DAN PEMBAHASAN

A. Analisis

1. Gambaran Umum

a. Sejarah RSUD Rajawali Citra

RSUD Rajawali Citra berdiri sejak tanggal 20 Februari 2008 dengan ijin 503/400/2008, dan sudah mengalami perpanjangan 2 kali (tahun 2013 dan tahun 2018), dengan lokasi jalan Pleret, dusun Banjardadap, Potorono, Banguntapan, Bantul. Rumah Sakit ini merupakan konversi/ pengembangan dari Klinik dan Rumah Bersalin yang beroperasi sejak tanggal 9 September 1997. Tanggal 20 Februari 2008 secara resmi ijin penyelenggaraan RSUD Rajawali Citra didapatkan, dan ini merupakan awal baru perjuangan Yayasan Rajawali Citra sebagai pemilik atau Governing Body yang mempunyai tanggungjawab lebih besar dari sebelumnya dalam ikut serta dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Bantul pada khususnya dan bangsa Indonesia pada umumnya. Dan secara klasifikasi, RSUD Rajawali Citra masuk dalam kategori Rumah Sakit Kelas D (Departemen Kesehatan tahun 2011).

Rumah Sakit merupakan Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Departemen Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jendral Bina Pelayanan Medik.

b. Visi, Misi, Tujuan dan Motto RSUD Rajawali Citra

1) Falsafah dan Tujuan

Fungsi RSUD Rajawali Citra :

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

2) Visi dan Misi

Visi : Menjadi Rumah Sakit dengan pelayanan kesehatan yang profesional, efisien, agamis dan inovatif

Misi :

- a) Mengembangkan sumber daya manusia yang profesional dan inovatif
- b) Mengembangkan sistem operasional rumah sakit yang efisien (dengan biaya operasional minimal)

- c) Memberikan pelayanan dengan penghormatan yang sama dengan cara yang baik dan ikhlas untuk semua golongan (tidak membedakan agama, ras dan sosial ekonomi)
 - d) Mengembangkan lingkungan rumah sakit yang indah, nyaman dan aman bagi semua orang
 - e) Pengembangan pelayanan kesehatan yang aman bagi pasien (patient safety)
 - f) Mendukung program pemerintah dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif)
 - g) Mendukung program jaminan kesehatan terutama asuransi kesehatan sosial
- 3) Filosofi dan Tujuan

Filosofi :

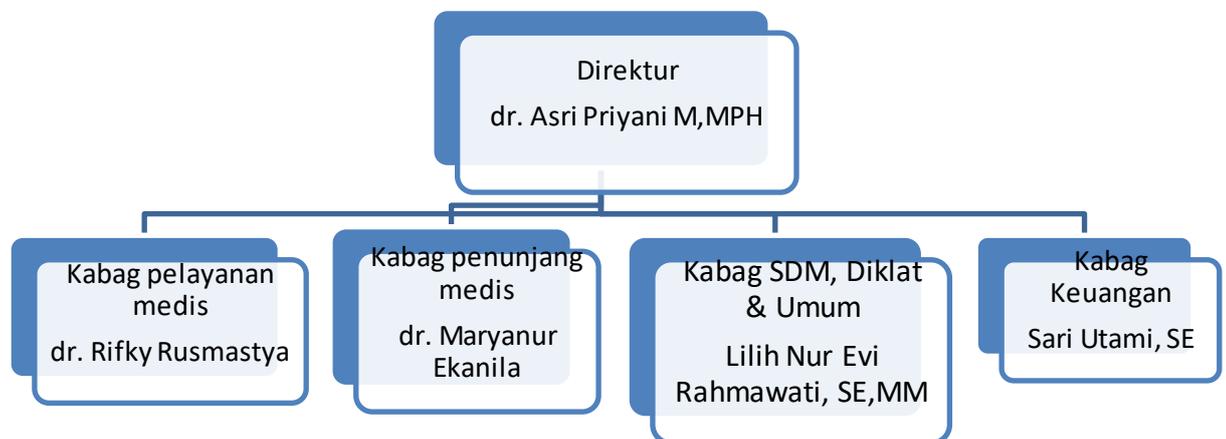
- a) Melayani secara profesional dan membahagiakan menjadi ibadah kami
- b) Kami hidup untuk memberikan pelayanan kesehatan, bukan melayani untuk mencari kehidupan
- c) Kami hidup untuk membangun rumah sakit bukan membangun rumah sakit untuk mencari penghidupan.

Tujuan : Memberikan pelayanan kesehatan secara profesional, agamis dan berkesinambungan.

c. Struktur Organisasi RSUD Rajawali Citra

Struktur Organisasi RSUD Rajawali Citra dibentuk berdasarkan SK Yayasan Rajawali Citra Nomor 014/SK/KET/Y.RC/XI/2017 dan SK Direktur RSUD Rajawali Citra No : SK.Dir.01.22.100.03 Tentang Susunan Organisasi RSUD Rajawali Citra.

Adapun Struktur Organisasi RSUD Rajawali Citra adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Rajawali Citra
Sumber : Profil Rumah Sakit Umum Rajawali Citra

d. Sumber Daya Manusia (Personalia) RSUD Rajawali Citra

Daftar ketenagaan di RSUD Rajawali Citra Yogyakarta ditunjuk pada table berikut :

Table 3.1
Daftar ketenagaan di RSUD Rajawali Citra berdasarkan profesi

NO	Kelompok Profesi	Jumlah
1.	SMF	37
	Dokter Spesialis	20
	Dokter Umum	12
	Dokter Gigi	3
	Dokter Gigi Spesialis	2

	Dokter Internship	0
2.	Perawat/ Bidan	69
	Kebidanan	17
	Perawat Fungsional	47
	Perawat lainnya	5
3.	Profesi laing/ Penunjang	67
	Apoteker	3
	Tenaga Teknis Kefarmasian/ Asisten Apoteker	10
	Rekam medis	5
	Fisioterapi	8
	Terapi wicara	2
	Okupasi Terapi	1
	Analisis Kesehatan	6
	Radiographer	5
	Ahli Gizi	2
	Sanitarian	1
	Teknisi Elektromedik	1
	Terapis Gigi dan Mulut	4
	Asisten Perawat	19
	Penata Anastesi	0
	Tenaga Profesional Pengganti	0
4.	Non Medis/ Umum/ Administrasi lain	75
	SPI	1
	Pelaksana di bagian rekam medis	10
	Pelaksana di bagian SDM, Umum dan Diklat	4
	Pelaksana bagian Asuransi	2
	Pelaksana di bagian Geriatric Care	2
	Pelaksana Keuangan	8
	Administrasi Kebidanan	1
	Pelaksana Humas	1
	Parkir Pelaksana	7
	Transportasi Pelaksana	4
	Satpam Pelaksana	4
	Pelaksana Kebersihan Ruang Dan Koor	10
	Pelaksana Laundry	2
	Pelaksana Gizi	9
	Pelaksana IPSRS	2
	IT Pelaksana	3
	Administrasi Logistik Farmasi	1
	Administrasi Pengadaan	2
	Pelaksana CSSD	2
	TOTAL	249

e. Fasilitas/ Sarana Prasarana RSUD Rajawali Citra

Sarana jenis pelayanan :

- 1) Pelayanan Gawat Darurat
- 2) Pelayanan Rawat Jalan terdiri dari :
 - a) Klinik Umum
 - b) Klinik Penyakit dalam
 - c) Klinik Kesehatan Anak
 - d) Klinik Bedah Umum
 - e) Klinik Obsgyn
 - f) Klinik Syaraf
 - g) Klinik Mata
 - h) Klinik THT
 - i) Klinik Kulit & Kelamin
 - j) Klinik Gigi
 - k) Klinik Urologi
- 3) Pelayanan penunjang medis terdiri dari :
 - a) Pelayanan Farmasi
 - b) Pelayanan Laboratorium
 - c) Pelayanan Radiologi
 - d) Pelayanan Rehabilitasi Medik
 - e) Pelayanan Rekam Medis
 - f) Pelayanan Pemeliharaan Sarana Prasarana dan Lingkungan RS

- g) Pelayanan Pemulasaran Jenazah
 - h) CSSD
 - i) Pelayanan Gizi
- 4) Pelayanan Rawat Inap terdiri dari :
- a) Ruang Pringgodani (dewasa) : 14 TT
 - b) Ruang Tamansari (Ibu hamil, melahirkan) : 10 TT
 - c) Ruang Punokawan (Anak) : 7 TT
 - d) Ruang Isolasi Gedung Baru : 5 TT
 - e) Ruang Perinatal : 2 TT
 - f) Ruang ICU : 5 TT
 - g) Ruang Isolasi Gedung Lama : 5
 - h) Ruang VK (Persalinan) : 2
- 5) Pelayanan Operasi
- a) Pelayanan Operasi Bedah Umum
 - b) Pelayanan Operasi Obsgyn
 - c) Pelayanan Operasi Katarak
 - d) Pelayanan Operasi Urologi
- 6) Pelayanan ICU (*Intensif Care Unit*)
- 7) Pelayanan Geriatri
- 8) Pelayanan Ambulance
- 9) Pelayanan Adminidtrasi/ Keuangan

Sarana Fisik Bangunan :

- | | |
|---|--|
| 1) Luas Tanah | : 11.572 M ² |
| 2) Sarana Air Bersih | : Sumur & PDAM |
| 3) Listrik | : PLN & Genset |
| 4) Pengolahan Limbah Padat | : Pihak ke 3 |
| 5) Pengolahan Limbah Cair (IPAL) | : Ada (Biofilter) |
| 6) Kendaraan Roda 2 | : 1 Unit |
| 7) Kendaraan Roda 4 Terdiri dari 4 Unit | : - 2 Untuk Ambulance
2 Untuk Operasional |
| 8) Telepon | : 6 Saluran |
| 9) Komputer | : 38 Unit |
| 10) Luas Bangunan | |
| a) Klinik Spesialis Dan Gigi | : 83 M ² |
| b) Klinik Dokter Umum | : 20 M ² |
| c) IGD | : 80 M ² |
| d) Instalasi Rawat Inap (PGD) | : 159 M ² |
| e) Instalasi Rawat Inap (PNKW) | : 87 M ² |
| f) Instalasi Rawat Inap (TMS) | : 87 M ² |
| g) Instalasi Rawat Inap (KHY) | : 75 M ² |
| h) Kamar Bersalin | : 36 M ² |
| i) Instalasi Operasi | : 45 M ² |
| j) HCU | : 44 M ² |
| k) Perintatal | : 15 M ² |

l) Instalasi Farmasi dan Gudang	: 35 M ²
m) Instalasi Rehabilitasi RM	: 64 M ²
n) Instalasi Radiologi	: 40 M ²
o) Instalasi Laboratorium	: 15 M ²
p) Instalasi Rekam Medis	: 39 M ²
q) Instalasi Sanitasi Laundry	: 30 M ²
r) Instalasi Gizi	: 30 M ²
s) Instalasi Sarana dan Prasarana	: 12 M ²
t) Instalasi Pemulasaran Jenazah	: 12 M ²
u) CSSD	: 18 M ²
v) Ruang Menyusui	: 6 M ²
w) Ruang Tunggu Pasien	: 60 M ²
x) Rumah Genset	: 12 M ²
y) R. Makan Mitra Kerja	: 15 M ²
z) R. Gudang	: 12 M ²
aa) Masjid	: 90 M ²
bb) Perpustakaan	: 64 M ²

2. Hasil

a. Masukan (input)

Suatu sistem pada dasarnya adalah sekelompok unsur yang erat hubungannya antara satu dengan yang lain, yang berfungsi bersama-sama untuk mencapai tujuan tertentu. Untuk mengetahui bagaimana

sistem pengelolaan rekam medik pada Rumah Sakit Umum Daerah Rajawali Citra Yogyakarta, peneliti menggunakan lima indikator sistem yang dikemukakan oleh Jogiyanto (2005), yaitu komponen input (masukan), komponen processing (pengolahan), komponen output (keluaran), feedback (umpan balik), goal 1. Masukan (input).

Berdasarkan teori tentang komponen masukan (input) perlu di ketahui bahwa terdapat beberapa indikator yang membuat komponen ini sangat berpengaruh terhadap suatu sistem yang akan di jalankan yaitu;

1) Sumber Daya Manusia (SDM)

Pelayanan kesehatan dituntut untuk mendapatkan memberikan pelayanan yang canggih, efisien dan memuaskan untuk itu dilakukan usaha peningkatan jumlah dan kualitas tenaga kesehatan dan peningkatan ilmu pegetahuan di bidang kesehatan. Untuk itu sudah waktunya tenaga perekam medis dikembangkan sesuai dengan kemajuan teknologi dalam penanganan system informasi kesehatan mulai perencanaan, pengolahan hingga analisa statistic (Hadisantoso, 2003).

“Untuk prosedur penerimaan SDM ini saya rasa di sesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit sendiri berapa yang di butuhkan semua itu di atur oleh pihak manajemen RSUD bersama dengan Direktur Rumah sakit sendiri ya. Kalau untuk jumlah keseluruhan pegawai pada bagian rekam medik sendiri ini kita punya 15

pegawai. Dan yang tenaga khusus ahli rekam medik kita punya 5 pegawai”.

2) Sarana Prasarana

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi berimbas pada pelayanan kesehatan, khususnya peralatan rumah sakit yang memenuhi standar seiring dengan tuntutan masyarakat yang mengharapkan pelayanan prima yang berorientasikan pada kebutuhan dan kepuasan pelanggan, dimana salah satu faktor penunjangnya adalah ketersediaan sarana yang memadai pada setiap unit rumah sakit (Rasjid, 2003).

“untuk sarana prasarana di RSUD Rajawali Citra sudah cukup memenuhi”.

3) Standar Operasional Prosedur (SOP)

SOP pelayanan merupakan alur pemberian pelayanan rekam medis yang diberikan tenaga kesehatan untuk mengambil data pasien yang telah tersimpan di instalasi rekam medis. SOP tersebut diberikan agar proses pelayanan rekam medis dapat tercatat dan dapat dipertanggung jawabkan dengan baik.

“Untuk SOP nya semua sudah memenuhi dan di ruangan rekam medis terkhusus pegawai rekam medis yang bisa masuk selain petugas rekam medis tidak diperbolehkan untuk masuk karena ruangan bersifat rahasia”.

b. Komponen proses (*processing*)

Pengolahan (*Processing*) adalah bagian dari suatu sistem yang melakukan perubahan dari input untuk menjadi output yang sesuai dengan tujuan dari sistem Berdasarkan teori tentang komponen proses perlu di ketahui bahwa terdapat beberapa indicator yang membuat komponen ini sangat berpengaruh terhadap suatu sistem yang akan di jalankan yaitu;

1) Proses *assembling* (kelengkapan berkas)

Perakitan (*Assembling*) adalah memilah dan memeriksa kelengkapan berkas rekam medis. Dengan memberikan nomor cheklist pada berkas rekam medis dan mengurutkan berkas sesuai dengan nomor cheklist, mengecek kelengkapan setiap berkas rekam medis.

“kalau untuk pelayanan sendiri sudah berjan cukup bagus, tapi masih banyak kendala, seperti ruangan yang kecil yang menghambat, map rusak sehingga melakukan pengimputan ulang data map yang rusak. Kalau untuk kelengkapan berkas sendiri sudah sesuai aturan, karena kami sendiri menyiapkan berkas sudah sesuai dengan Sop yang ada. dimana setiap berkas rekam medik dikembalikan oleh petugas poliklinik, maka petugas rekam medik wajib mencatat kembali berkas rekam medik yang kembali di hari yang sama di buku register rekam medik”.

2) Proses coding (pemberian kode)

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 di beri kode dan selanjutnya di indeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen, dan riset bidang kesehatan.

“Kalau pemberian kode pada status pasien sudah sesuai aturan yaitu petugas rekam medik memberikan kode sesuai ICD X berdasarkan kelompok umur, jenis kelamin, kunjungan baru dan kunjungan lama”

3) Proses indeksing (tabulasi)

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

“Kalau untuk proses indeksing kita sudah laksanakan sesuai dengan SOP yang ada, kalau untuk proses indeksing ini khusus di lakukan oleh tenaga medis untuk membuat indkes pasien sesuai dengan penyakit yang di derita”.

4) Proses analising (laporan)

Analising merupakan Unit Rekam Medik (URM) yang berfungsi sebagai penganalisis dan pelapor dalam sistem pelayanan rekam medis, sebagai penganalisis semua data rekam medis yang masuk ke Unit Rekam Medik (URM) untuk diolah

menjadi informasi yang disajikan dalam laporan guna pengambilan keputusan manajemen dirumah sakit.

“Kalau untuk laporan, sistemnya teman-teman di rekam medik mereka terima dari ruangan-ruangan baik rawat jalan, maupun rawat inap, jadi mereka kerja sesuai dengan tupoksinya. Mereka mediagnosa, mengkoding penyakit lalu mereka serahkan surveilans di atas, jadi surveilans yang merekap hasil coding tersebut”.

5) Proses filling (penyimpanan)

Penyimpanan berkas rekam medik merupakan kegiatan menempatkan kembali berkas rekam medik berdasarkan nomor rekam medik ke dalam rak penyimpanan.

“Kalau untuk penyimpanan sendiri kita sesuai dengan Sop yang ada, sesuai dengan nomor indeks yang sudah ada tadi, kita susun sesuai dengan urutan rak-rak yang sudah di berikan nomor. Sesuai aturan paling lama 5 tahun. Tapi ada beberapa yang tidak bisa di musnahkan seperti status kematian, sub medis, dengan operasi seperti mata, kulit, fraktur, dan gigi, jadi selain itu kalau sudah 5 tahun bisa di musnahkan”.

c. Komponen output (keluaran)

Keluaran (Output) Adalah “hasil dari pemrosesan suatu sistem Output dapat berupa informasi untuk selanjutnya digunakan sebagai

keluaran akhir. Berdasarkan teori tentang komponen output perlu di ketahui bahwa terdapat beberapa indicator yang membuat komponen ini sangat berpengaruh terhadap suatu sistem yang akan dijalankan yaitu;

1) Kelengkapan berkas

“Kalau untuk melengkapi berkas selama ini kami sudah sesuai dengan prosedur, namun untuk waktu belum, karena kita sistemnya menunggu dari ruangan-ruangan. Kalau untuk selama ini berjalan sudah prosedur, namun kalau waktu belum”.

B. Pembahasan

1. Komponen input

Masukan “Atau data input adalah data yang dimasukkan ke dalam suatu sistem.

Yang termasuk komponen input yaitu:

a. Sumber Daya Manusia (SDM)

Sumber daya manusia sering disebut sebagai Human Resources, tenaga atau kekuatan manusia (energy atau power). Sumber daya yang juga disebut sumber tenaga, kemampuan kekuatan, keahlian yang dimiliki oleh manusia dengan kata lain sumber daya manusia merupakan proses usaha pencapaian tujuan melalui kerja sama dengan orang lain. Ini berarti menunjukkan pemanfaatan daya yang bersumber dari orang lain untuk mencapai tujuan (Fathoni, 2006).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan yaitu jumlah petugas yang ada di ruang rekam medis RSUD Rajawali Citra Yogyakarta memiliki jumlah 15 orang pegawai, dengan 5 orang dengan kualifikasi ijazah D3 tenaga ahli rekam medis, dan dari 10 orang tersebut berasal dari lulusan jurusan yang berbeda. Jumlah pegawai di bagian rekam medis sudah cukup, namun belum optimal.

b. Sarana Prasarana

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi berimbas pada pelayanan kesehatan, khususnya peralatan rumah sakit yang memenuhi standar seiring dengan tuntutan masyarakat yang mengharapkan pelayanan prima yang berorientasikan pada kebutuhan dan kepuasan pelanggan, dimana salah satu faktor penunjangnya adalah ketersediaan sarana yang memadai pada setiap unit rumah sakit (Rasjid, 2003).

Berdasarkan hasil penelitian yang peneliti sudah lakukan, dapat diketahui bahwa, Sarana Prasarana yang telah disediakan oleh Rumah Sakit Umum Rajawali Citra untuk menunjang pelayanan rekam Medis masih belum memadai, dan memiliki banyak kekurangan yang harus di benahi. Ruangan yang tidak terlalu luas, map rusak dan beberapa aplikasi penunjang dalam pengelolaan rekam medik.

c. Standar Operational Prosedure (SOP)

SOP pelayanan merupakan alur pemberian pelayanan rekam medis

yang diberikan tenaga kesehatan untuk mengambil data pasien yang telah tersimpan di instalasi rekam medis. SOP tersebut diberikan agar proses pelayanan rekam medis dapat tercatat dan dapat dipertanggungjawabkan dengan baik

Berdasarkan hasil penelitian yang peneliti sudah lakukan, dapat diketahui bahwa, untuk setiap pelayanan rekam medik yang di berikan kepada pasien sudah sesuai dengan Standar Operasional Prosedur. Pelayanan rekam medik menggunakan system manual dan komputerisasi, belum menggunakan sistem elektronik, karena ketersediaan Sumber Daya Manusia yang masih kurang dalam mengelola Sistem berbasis elektronik Untuk penyelenggaraan pelayanan rekam medik di Rumah Sakit Umum Rajawali Citra Yogyakarta masih belum maksimal di karenakan faktor ketidakdisiplinan dan sikap pegawai sendiri, sehingga pelayanan yang di berikan belum efektif. Alur pelayanan rekam medik pada Rumah Sakit Umum Rajawali Citra Yogyakarta.

2. Komponen proses

Pengolahan (Processing) adalah bagian dari suatu sistem yang melakukan perubahan dari input untuk menjadi output yang sesuai dengan tujuan dari sistem. Dalam peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269, tahun 2008 Proses pengolahan berkas rekam medik melalui lima tahap yang saling berkaitan yaitu dimulai dari kelengkapan penataan berkas (Assembling), pemberian kode (Coding), Tabulasi (Indeksing), Analisa

(Analising), dan terakhir penyimpanan (Filling).

a. Proses assembling (kelengkapan penataan berkas)

Perakitan (Assembling) adalah memilah dan memeriksa kelengkapan berkas rekam medis. Dengan memberikan nomor checklist pada berkas rekam medis dan mengurutkan berkas sesuai dengan nomor checklist, mengecek kelengkapan setiap berkas rekam medis.

Berdasarkan Hasil penelitian dapat di ketahui bahwa proses assembling yang dilakukan bagian rekam medik Rumah Sakit Umum Rajawali Citra Yogyakarta sudah berjalan baik dan sesuai dengan SOP, yaitu Berkas rekam medik pasien yang sudah di kembalikan pada bagian rekam medik sebelum di simpan pada rak penyimpanan berkas tersebut akan di catat pada buku register Rekam Medik dan di sortir kembali mengenai kelengkapan isi berkas, Lembar formulir dalam berkas rekam medik diatur kembali sesuai urutan riwayat penyakit pasien.

b. Pemberian Kode (coding)

Koding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Pemberian kode ini merupakan kegiatan klasifikasi penyakit dan tindakan yang mengelompokan penyakit dan tindakan berdasarkan kriteria tertentu yang telah disepakati. Berdasarkan hasil penelitian, untuk proses pemberian code pada berkas rekam medik

pasien Rumah Sakit Umum Rajawali Citra Yogyakarta sudah dilakukan dengan menggunakan Klasifikasi Penyakit ICD-10. Namun kendala saat proses code (coding), yaitu banyaknya diagnosis pasien yang tidak lengkap, sehingga petugas pun akan terlambat memberi kode dan, berkas tersebut akan menumpuk.

c. Pemberian Indeks (indeksing)

Indeksing Adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat kedalam indeks-indeks. Sesuai dengan hasil penelitian, Rumah Sakit Umum Rajawali Citra Yogyakarta proses indeksing dilakukan secara Manual dan berbasis elektronik. Dimana setiap pasien yang berobat akan memiliki Kartu Indeks Utama Pasien, yaitu indeks yang berisi data pokok mengenai identitas pasien. Data identitas pasien tersebut meliputi: nomor rekam medis, nama pasien, tanggal lahir pasien, jenis kelamin, alamat lengkap, nama orang tua/wali dan tahun terakhir berobat. KIUP diindeks secara alfabetik (abjad) yaitu berdasarkan nama pasien dengan cara menulis 3 huruf pertama nama pasien pada pojok kanan KIUP.

d. Proses Analising (laporan)

Analising merupakan Unit Rekam Medik (URM) yang berfungsi sebagai penganalisis dan pelapor dalam sistem pelayanan rekam medis, sebagai penganalisis semua data rekam medis yang masuk ke Unit Rekam Medik (URM) untuk diolah menjadi informasi yang disajikan dalam laporan guna pengambilan keputusan manajemen

dirumah sakit. Berdasarkan hasil penelitian, Proses analising pada bagian rekam medik Rumah Sakit Umum Rajawali Citra Yogyakarta tidak di lakukan. Pegawai rekam medik hanya menyiapkan data mentah, lalu kemudian yang akan mengolah adalah Surveilans.

e. Proses Filling (penyimpanan)

Penyimpanan berkas rekam medik merupakan kegiatan menempatkan kembali berkas rekam medik berdasarkan nomor rekam medik ke dalam rak penyimpanan. Bentuk penyimpanan yang diselenggarakan didalam pengelolaan bagian rekam medik rumah sakit umum Rajawali Citra Yogyakarta yaitu bentuk Sentralisasi danDesentralisasi dimana penyimpanan rekam medik seorang yang di rawat inap dan rawat jalan di simpan pada tempat penyimpanan yang terpisah. Dan di susun di rak sesuai dengan nomor urut Rekam Medis.

3. Komponen output (keluaran)

Keluaran (Output) Adalah “hasil dari pemrosesan suatu sistem Output dapat berupa informasi untuk selanjutnya digunakan sebagai keluaran akhir. Yang merupakan komponenoutput yaitu:

a. Kelengkapan berkas

Berdasarkan hasil penelitian, Pelaksanaan rekam medik Rumah Sakit Umum Rajawali Citra Yogyakarta belum berjalan dengan optimal, terdapat pencatatan rekam medik yang tidak lengkap

b. Ketepatan waktu

Berdasarkan hasil penelitian, pengelolaan rekam medik Rumah

Sakit Umum Rajawali Citra Yogyakarta dalam menyediakan berkas rekam medik masih terkesan lambat, hal ini di karenakan sistem yang di gunakan masih secara manual, sehingga memperlambat pencarian berkas rekam medik pada rak yang tersedia. Penyusunan berkas rekam medik masih belum sesuai urutan menyebabkan petugas kesulitan mencari berkas rekam medik pasien.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Komponen Input

Tenaga rekam medik jumlahnya sudah mencukupi tetapi, masih belum optimal, Sarana dan Prasarana yang telah di sediakan oleh Rumah Sakit Umum Rajawali Citra Yogyakarta untuk menunjang pelayanan rekam Medik masih belum memadai, dan memiliki banyak kekurangan yang harus di benahi. Seperti system ruangan rekam medis yang tidak terlalu luas, dan beberapa aplikasi penunjang dalam pengelolaan rekam medik untuk setiap pelayanan rekam medik yang di berikan kepada pasien sudah sesuai dengan Standar Operasional Prosedur.

2. Komponen Proses

Proses pengolahan berkas rekam medik melalui lima tahap yang saling berkaitan yaitu dimulai dari kelengkapan penataan berkas (Assembling), pemberian kode (Coding), Tabulasi (Indeksing), Analisa (Analising), dan terakhir penyimpanan (Filling) proses Pengelolaan berkas rekam medik yang dilakukan bagian rekam medik Rumah Sakit Umum Rajawali Citra Yogyakarta sudah berjalan baik dan sesuai dengan SOP.

3. Komponen Output

Pelaksanaan rekam medik Rumah Sakit Umum Rajawali Citra Yogyakarta belum berjalan dengan optimal, terdapat pencatatan rekam medik yang tidak lengkap. Dalam menyediakan berkas rekam medik masih terkesan lambat, hal ini di karenakan sistem yang di gunakan masih secara manual, sehingga memperlambat pencarian berkas rekam medik pada rak yang tersedia. Penyusunan berkas rekam medik masih belum sesuai urutan menyebabkan petugas kesulitan mencari berkas rekam medik pasien.

B. Saran

Berdasarkan pembahasan yang ada maka penulis memberikan saran sebagai berikut:

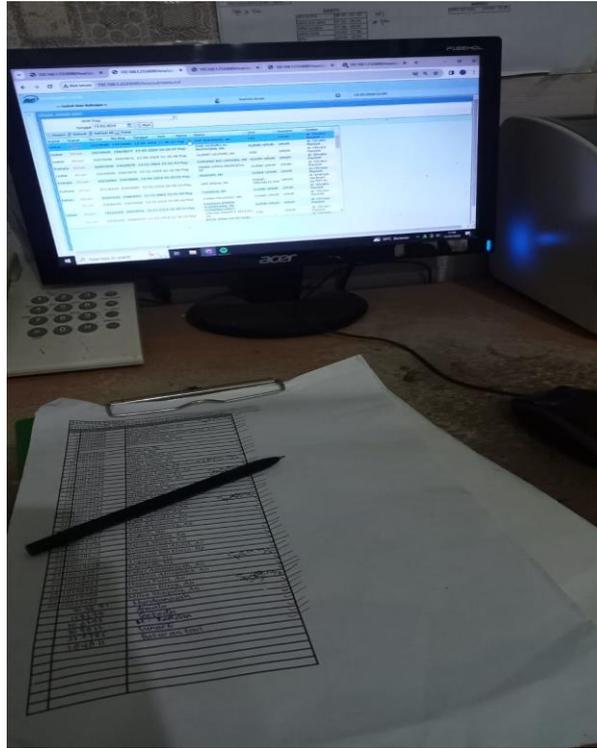
1. Ruangon Rekam Medis perlu di perluas lagi.
2. Lebih memperhatikan lagi penyediaan kursi untuk petugas assembling pada saat bekerja.
3. Petugas rekam medis lebih perhatikan dan teliti dalam penyimpanan berkas rekam medis.
4. Disarankan untuk menambah tenaga kerja di bagian rekam medis sesuai dengan profesi keahliannya.

DAFTAR PUSTAKA

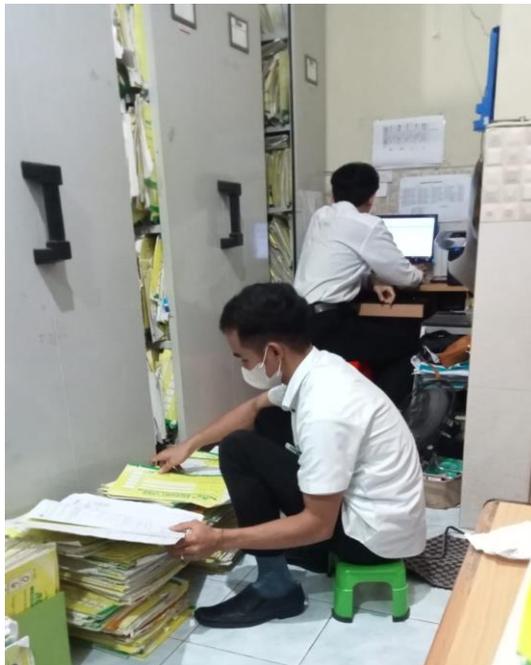
- Depkes RI. 2008. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269/Menkes/Per/Per/2008 Tentang Rekam Medis. Jakarta: Dekes RI.
- Hutahaean, Jeperson. 2016. Konsep Sistem Informasi. Yogyakarta:DEEPUBLISH
- Keputusan Dirjen, Y. No. 78 1991 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Rekam Medis di Rumah Sakit.
- Rumah Sakit Umum Rajawali Citra Yogyakarta. Buku Profil dan Prosedur Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Rajawali Citra. Yogyakarta.
- Moleong. (2007), Metodologi Penelitian Kesehatan, Jakarta: Rineka Cipta.
- Jogiyanto, H.M., 2005, Analisa dan desain system informasi: pendekatan terstruktur teori dan praktik aplikasi bisnis, ANDI, Yogyakarta.
- Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
- Sugiyono. 2005, Memahami Penelitian Kualitatif, Bandung: Alfabeta.
- Arikunto, Suharsimi. 2006, Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Shofari, B. (2002). Modul Pembelajaran Sistem dan Prosedur Pelayanan Rekam Medis. Semarang: PORMIKI.
- Sugiyono. 2010, Metode Penelitian Administratif. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2011). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta.
- Hasan. 2002, Metode pengumpulan data dalam data primer [online]. Tersedia: <http://hidayatul23.blogspot.com/2016/11//metode-pengumpulan-data-dalammetode.htm> [16 April 2024].
- Rasjid, M. (2003), *Key indicator performance rumah sakit*, Dalam Kumpulan Materi TOT Jabatan Fungsional Perekam Medis. Jakarta:PORMIKI.
- Riyanto, Y. (2010). Metodologi Penelitian Pendidikan. Surabaya: Penerbit SIC.
- RI, K. (2007). Kemenkes RI No. 377 tahun 2007 terkait Standar Profesi Perekam

Medis dan Informasi Kesehatan. Kemenkes RI.

LAMPIRAN



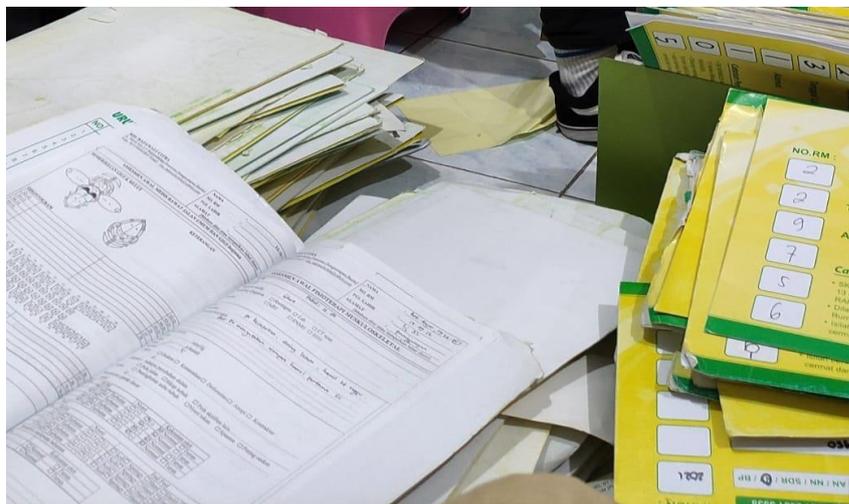
Input data pasien di SIMRS



Mengurut berkas rekam medis



Berkas rekam medis yang sudah di *Assembling*



Melakukan *Assembling* Berkas Rekam Medis



Penyimpanan (*Filing*) Rekam Medis