

BAB. 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

UU No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit pasal 29 ayat 1b tercantum bahwa rumah sakit memiliki kewajiban untuk memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat, memberikan pelayanan kepada kesehatan kepada pasien dengan aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standart pelayanan rumah sakit, dan setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan rekam medis. (“Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit” 2009)

Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah merupakan rumah sakit Tipe A Pendidikan sesuai dengan Permenkes RI no 1636 tahun 2005 tertanggal sejak 12 Desember 2005. Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah merupakan salah satu rumah sakit yang menjadi pusat rujukan nasional untuk wilayah Indonesia Bagian Timur yang memiliki misi yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan interprofesional yang paripurna dan bermutu untuk seluruh lapisan masyarakat, salah satunya adalah pelayanan rekam medis. Pelayanan rekam medis di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah diselenggarakan di Instalasi Rekam Medis. Pelayanan rekam medis dimulai dari pendaftaran pasien, pencarian rekam medis, penyortiran rekam medis berdasarkan poli yang dituju, hingga pendistribusian rekam medis ke poli atau bangsal tujuan. Selain itu, di instalasi rekam medis juga terdapat peminjaman dokumen rekam medis untuk penelitian dokter/koas, asuransi untuk pasien pengajuan klaim, permintaan pemijaman dokumen dari wing amerta dan poli yang membutuhkan peminjaman dokumen rekam medis melalui telepon.

PERMENKES No.269/MENKES/PER/III/2008 pasal 12 ayat 1 tentang Rekam Medis disebutkan bahwa dokumen rekam medis milik sarana pelayanan kesehatan. Artinya, sarana pelayanan kesehatan memiliki tanggungjawab penuh untuk menjaga, memelihara, dan menyediakan dokumen rekam medis kembali saat dibutuhkan oleh petugas kesehatan, pasien, atau pun pihak lain pada fasilitas pelayanan kesehatan yang bersangkutan. Dokumen rekam medis juga memiliki

fungsi untuk melindungi petugas medis maupun non medis ketika terjadi kasus hukum. Maka dari itu, sarana pelayanan kesehatan khususnya petugas rekam medis harus bisa meminimalisir permasalahan yang terjadi di bagian rekam medis. (Karlina et al. 2016)

Filing adalah unit kerja Rekam Medis yang diakreditasi oleh Departemen Kesehatan yang berfungsi sebagai tempat pengaturan dan penyimpanan dokumen atas dasar sistem penataan tertentu melalui prosedur yang sistematis sehingga sewaktu-waktu dibutuhkan dapat menyajikan secara cepat dan tepat. Dokumen Rekam Medis adalah catatan yang berisikan identitas pasien, diagnosis serta riwayat penyakit pasien. (Farlinda, Nurul, and Rahmadani 2017).

Tracer (Outguide) (Andhasari 2020) adalah alat yang digunakan sebagai alat petunjuk keluar jika dokumen rekam medis diambil atau dipinjam untuk digunakan pihak pasien atau petugas kesehatan didalam pelayanan kesehatan, penggunaan warna pada tracer (*Outguide*) sebaiknya mempunyai warna yang berbeda dengan folder dokumen rekam medis, supaya dapat lebih mudah diketahui keberadaannya. Tidak satu pun rekam medis boleh keluar dari ruang rekam medis, tanpa tanda keluar/ kartu peminjaman. Peraturan ini tidak hanya berlaku bagi orang-orang diluar ruang rekam medis, tetapi juga bagi petugas-petugas rekam medis sendiri. (Budi, n.d.)

Hasil observasi dan wawancara yang dilakukan pada tanggal 1 februari 2022 - 25 februari 2022 di instalasi rekam medis, mewawancarai dengan petugas asuransi, petugas peminjaman untuk penelitian dokter, petugas penyimpanan (*filling*) dimana mereka menyatakan bahwa penggunaan tracer itu penting untuk setiap dokumen rekam medis yang keluar dari rak penyimpanan dan pengisiannya harus lengkap seperti tanggal keluar, no rm, nama pasien, nama peminjam, tujuan peminjaman, hanya saja masih ada pengambilan dokumen rekam medis tanpa menggunakan tracer, karena ada kebijakan dari pihak instalasi rekam medis dibagian peminjaman untuk penelitian dokter tidak menggunakan tracer karena pengambilannya begitu banyak permintaan, di ruangan penyimpanan sudah menggunakan tracer hanya saja kurangnya efektif dan kesadaran petugas. Untuk hasil observasi peneliti di instalasi rekam medis memiliki 49 rak *file* yang terdiri

rak kayu dan rol'opek berisi 100 sub rak untuk rak yang aktif di tahun 2022, memiliki 34 rak *file* yang terdiri dari rak kayu dan rol'opek yang berisi 80 subrak untuk rak yang tahun 2021 dan 2020, memiliki 6 rak kematian yang menggunakan rol'opek, memiliki 1 rak Covid-19 yang menggunakan rak kayu. Mengenai kejadian *misfile* rekam medis di instalasi rekam medis adalah sistem penyimpanan (*filling*) menggunakan *sentralisasi* dengan penomoran *Terminal Digit Filling* dengan menggunakan 8 (delapan) digit angka pada nomor rekam medis dan jumlah petugas di tempat penyimpanan dokumen rekam medis sebanyak 7 (sepuluh) orang yang dibagi menjadi 2 (dua) *shift* yaitu pagi dan siang. Faktor yang dapat menyebabkan kejadian tersebut dilihat dari *Man* yaitu pengaruh petugas yang bukan dari lulusan rekam medis serta kondisi petugas juga sangat menentukan konsentrasi pekerja itu sendiri. Faktor *Method* yang dapat berpengaruh yaitu saat proses pengembalian dokumen rekam medis yang terkadang masih sering ditemukan tracer yang tidak tercabut atau peletakan tracer yang tidak sesuai urutannya juga dapat mempengaruhi terjadinya *misfile*. Faktor *Machine* yaitu faktor dari tracer yang ditemukan banyak pengisiannya kurang lengkap seperti hanya dituliskan nama pasien dan no rm saja tidak dengan tujuan peminjam, tanggal keluar, nama peminjam, serta ruang filling yang masih membutuhkan tempat lebih luas, faktor *Material* yaitu tidak terdapat bukti peminjaman yang diletakkan pada tracer sebagai pengganti dokumen rekam medis dari bagian peminjaman yang digunakan untuk penelitian dokter. Data observasi dokumen rekam medis yang telah terjadi *misfile* di instalasi rekam medis sebagai berikut

Tabel 1.1 Data observasi dokumen rekam medis yang telah terjadi misfile di instalasi rekam medis

No	Tanggal <i>Misfile</i>	Nomor Rekam Medis	Alasan
1	2 / 2 / 2022	21057261	Salah penerimaan poli
2	2 / 2 / 2022	21048319	Salah penyimpanan rak 18
3	4 / 2 / 2022	22004486	Pengisian yang kurang lengkap
4	4 / 2 / 2022	21024116	Di pinjam dan tidak ada tracer
5	4 / 2 / 2022	22000500	Salah penyimpanan
6	8 / 2 / 2022	19007510	Salah simpen ke rak 09
7	9 / 2 / 2022	18025954	Penyimpanan mundur
8	10 / 2 / 2022	20044962	Salah penyimpanan 60
9	14 / 2 / 2022	15044661	Miss file dari poli
10	14 / 2 / 2022	20044121	Di pinjam tidak ada tracer
11	15 / 2 / 2022	20039645	Salah penyimpanan rak 44
12	15 / 2 / 2022	22011166	Salah penyimpanan rak 68
13	17 / 2 / 2022	22004039	Miss file dari poli
14	18 / 2 / 2022	19004621	Salah penyimpanan rak 22
15	18 / 2 / 2022	21068395	Salah penyimpanan rak 96
16	21 / 2 / 2022	14065639	Salah penyimpanan rak 38
17	21 / 2 / 2022	20045197	Tidak ada tracer
18	23 / 2 / 2022	20023622	Miss file dari poli
19	25 / 2 / 2022	22010835	Salah penyimpanan rak 34
20	25 / 2 / 2022	21068395	Di pinjam tidak ada tracer di rak

Berdasarkan hasil observasi peneliti ingin mengetahui tentang “Efektifitas Penggunaan *Tracer* Dalam Mencegah Terjadinya *Misfile* di Ruang *Filing* Metode *FOCUS PDCA* di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Menggunakan Tahun 2022”

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.2.1 Tujuan Umum PKL

Untuk menganalisis efektifitas penggunaan *Tracer* Dalam mencegah terjadinya *missfile* di Ruangan *filing* Menggunakan Metode FOCUS PDCA di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Tahun 2022.

1.2.2 Tujuan Khusus PKL

1. Mengidentifikasi Tahap *FOCUS* pada efektifitas penggunaan *tracer* dalam mencegah terjadinya kejadian *missfile* di ruangan *filing*.
2. Melaksanakan Tahap perancangan (*PLAN*) dalam efektifitas penggunaan *tracer* dalam mencegah terjadinya kejadian *missfile* di ruangan *filing*.
3. Menerapkan (*DO*) yang telah dibuat mengenai efektifitas penggunaan *tracer* dalam mencegah terjadinya kejadian *missfile* di ruangan *filing*.
4. Melakukan pemeriksaan (*CHECK*) terhadap penerapan yang dilakukan efektifitas penggunaan *tracer* dalam mencegah terjadinya kejadian *missfile* di ruangan *filing*.
5. Menyusun uapaya rekomendasi (*ACTION*) terhadap hasil pemeriksaan efektifitas penggunaan *tracer* dalam mencegah terjadinya kejadian *missfile* di ruangan *filing*.

1.2.3 Manfaat PKL

1. Bagi Peneliti
 - a. Menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan di lapangan kerja mengenai dunia kerja rekam medis dan informasi kesehatan.
 - b. Untuk sarana latihan dan penerapan ilmu pengetahuan perkuliahan.
 - c. Meningkatkan kemampuan keterampilan dalam bersosialisasi dengan lingkungan kerja.
2. Bagi Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar

Sebagai masukan dan bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan petugas rekam medis khususnya dibagian ruangan *filing*.

3. Bagi Politeknik Negeri Jember

Sebagai bahan pertimbangan dan panduan untuk mahasiswa Politeknik Negeri Jember khususnya program studi Diploma 4 Manajemen Informasi Kesehatan yang akan melakukan penelitian di masa yang akan datang dan menambah kerja sama dengan rumah sakit pemerintah maupun swasta.

1.3 Lokasi dan Jadwal Kerja

1.3.1 Lokasi Kerja

Kegiatan dilakukan di ruang instalasi rekam medis pada bagian pengambilan dan penyimpanan rekam medis di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar.

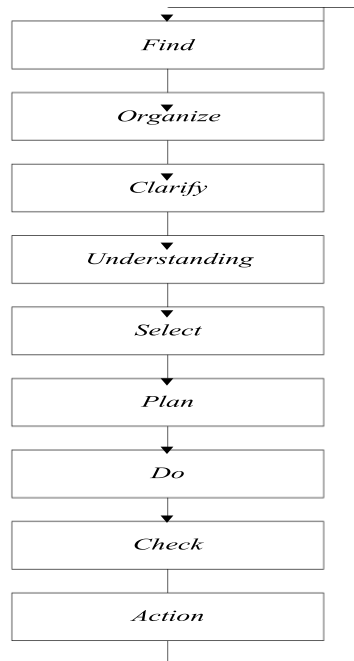
1.3.2 Waktu Kegiatan

Waktu kegiatan dilakukan selama 3 bulan yaitu mulai tanggal 10 Januari 2022 sampai dengan 25 Maret 2022.

1.4 Metode Pelaksanaan

Metode kegiatan yang digunakan dalam kegiatan PKL adalah *FOCUS PDCA*. *FOCUS PDCA* yang ditemukan oleh Walter Shewhart dan disempurnakan oleh Edwards Deming merupakan proses perbaikan mutu yang banyak dipakai dan sudah diakui di dunia. Merupakan singkatan yang menggambarkan kompondari proses peningkatam mutu kinerja.

1.4.1 Alur Pelaksanaan



Gambar 1.1. Tahap *FOCUS PDCA*

Deskripsi alur pelaksanaan diatas sebagai berikut :

1. F (*Find*)

Menemukan/mengidentifikasi merupakan kegiatan mencari proses yang perlu perbaikan. Mementukan proses dan komponen yang terlibat dalam proses tersebut. Mencatat keuntungan yang dapat diterima bila dilaksanakan perbaikan pada proses tersebut. Memahami bagaimana proses tersebut sesuai dengan ketentuan dan prioritas Rumah Sakit.

2. O (*Organize*)

Memilih tim yang berpengalaman luas dalam proses tersebut. Menentukan ukuran tim, yang terdiri dari anggota yang mewakili berbagai komponen yang terlibat dalam organisasi, memilih anggota, dan mempersiapkan diri untuk mendokumentasikan rencana perbaikan.

3. *C (Clarify)*

Memperjelas pengetahuan terkini dalam proses. Tim yang telah terbentuk harus mengulas pengetahuan terkini yang kemudian menghubungkan dengan proses yang telah terlaksana untuk dapat menganalisa dan membedakan kesenjangan dalam proses tersebut.

4. *U (Understand)*

Memahami penyebab variasi / kesenjangan / permasalahan. Tim akan mengukur proses dan mempelajari penyebab variasi/kesenjangan/permasalahan. Mereka kemudian akan merumuskan rencana untuk pengumpulan data (indikator), dengan menggunakan informasi spesifik tentang permasalahan pada proses untuk membangun gambaran proses yang terukur dan terkendali.

5. *S (Select)*

Memilih proses perbaikan yang potensial. Menentukan tindakan yang perlu diambil untuk meningkatkan proses (harus didukung oleh bukti yang terdokumentasi).

6. *P (Plan)*

Perencanaan merupakan suatu upaya menjabarkan cara penyelesaian masalah yang ditetapkan ke dalam unsur-unsur rencana yang lengkap serta saling terkait dan terpadu sehingga dapat dipakai sebagai pedoman dalam melaksanakan cara penyelesaian masalah. Hasil akhir yang dicapai dari perencanaan adalah tersusunnya rencana kerja penyelesaian masalah mutu yang akan diselenggarakan.

7. *D (Do)*

Melaksanakan rencana yang telah disusun. Jika pelaksanaan rencana tersebut membutuhkan keterlibatan staf lain di luar anggota tim, perlu terlebih dahulu diselenggarakan orientasi, sehingga staf pelaksanaan tersebut dapat memahami dengan lengkap rencana yang akan dilaksanakan.

8. *C (Check)*

Yang dilakukan dalam tahap ini ialah secara berkala memeriksa kemajuan dan hasil yang dicapai dan pelaksanaan rencana yang telah ditetapkan.

9. A (*Action*)

Tahapan terakhir yang dilakukan adalah melaksanakan perbaikan rencana kerja. Lakukan penyempurnaan rencana kerja atau bila perlu mempertimbangkan pemilihan dengan cara penyelesaian masalah ini. Untuk selanjutnya rencana kerja yang telah diperbaiki tersebut dilaksanakan kembali. Jangan lupa untuk memantau kemajuan serta hasil yang dicapai. Untuk kemudian tergantung dari kemajuan serta hasil tersebut kemudian melaksanakan tindakan yang sesuai.