

**TINJAUAN ERGONOMI DI RUANG PENYIMPANAN
REKAM MEDIS PASIEN IGD RSD K.R.M.T
WONGSONEGORO KOTA SEMARANG**

**LAPORAN PRAKTEK KERJA LAPANG
(PKL)**



Oleh:
Pramudya Rizkika T
NIM G41192371

**PROGRAM STUDI MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN
JURUSAN KESEHATAN
POLITEKNIK NEGERI JEMBER
2024**

**TINJAUAN ERGONOMI DI RUANG PENYIMPANAN
REKAM MEDIS PASIEN IGD RSD K.R.M.T
WONGSONEGORO KOTA SEMARANG**

**LAPORAN PRAKTEK KERJA LAPANG
(PKL)**



Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Program
Studi D-IV Manajemen Informasi Kesehatan Jurusan Kesehatan

Oleh :

Pramudya Rizkika T
NIM G41192371

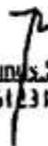
**PROGRAM STUDI MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN
JURUSAN KESEHATAN
POLITEKNIK NEGERI JEMBER
2024**

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET DAN
TEKNOLOGI
POLITEKNIK NEGERI JEMBER
JURUSAN KESEHATAN**

**TINJAUAN ERGONOMI DI RUANG PENYIMPANAN REKAM MEDIS
PASIEI IGD RSD K.R.M.T WONGSONEGORO KOTA SEMARANG**

Telah diuji pada tanggal 30 Maret 2023
Telah dinyatakan memenuhi syarat

Tim Penguji
Ketua Penguji.


Muhammad Yunus S. Kom, M. Kom
NIP. 19861231 201903 1 025

Sekretaris Penguji.


Selvia Juliana Swari S.KM, M.Kes
NIP. 19840521 201903 2 008

Anggota Penguji.


Eka Setya Kusuma S.KM
NIP. 19831230 200604 1 004

Mengetahui.

Ketua Jurusan Kesehatan
Politeknik Negeri Jember



Susmi Purinda, S.Kom, M.T
NIP. 19720204 200112 2 003

PRAKATA

Segala puji syukur penulis haturkan kepada Allah SWT yang telah memberikan keselamatan, rahmat dan nikmat-Nya yang begitu banyak sehingga Laporan Praktek Kerja Lapang yang berjudul “Tinjauan Ergonomis di Ruang Penyimpanan Rekam Medis Pasien IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang” dapat terlaksana dengan baik. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan kelancaran dan kemudahan dalam pelaksanaan Praktek Kerja Lapang di RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang.
2. Orang tua saya yang selalu mendoakan dan memberi support dalam Praktek Kerja Lapang dan pembuatan laporan ini.
3. Bapak Muhammad Yunus, S.Kom., M.Kom. yang selalu membimbing dan memberi semangat.
4. Ibu Etik Indarti, Amd selaku Kepala Instalasi Rekam Medis di RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang yang selalu membimbing dan mengarahkan dalam pelaksanaan Praktek Kerja Lapang ini.
5. Dosen-dosen dari Politeknik Negeri Jember dan Ibu/Bapak praktisi rekam medis di RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang.
6. Seluruh staf dan semua pihak RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang yang memberikan data dan informasi yang dibutuhkan dalam Praktek Kerja Lapang ini.
7. Teman-teman seperjuangan MIK 2019

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama: Pramudya Rizkika T

NIM: G41192371

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa segala pernyataan dalam laporan Praktek Kerja Lapang (PKL) saya yang berjudul "Tinjauan Ergonomis di Ruang Penyimpanan Rekam Medis Pasien IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang" merupakan gagasan dan hasil karya saya sendiri dengan arahan pembimbing.

Semua data dan informasi yang digunakan telah dinyatakan secara jelas dan dapat diperiksa kebenarannya. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan dari penulis telah disebutkan dalam naskah dan dicantumkan dalam daftar pustaka di bagian akhir laporan Praktek Kerja Lapang ini.

Semarang, 30 Maret 2023



Pramudya Rizkika T
G41192371

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PRAKATA	iv
SURAT PERNYATAAN	v
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xii
RINGKASAN	xiii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	2
1.2.1 Tujuan Umum PKL	2
1.2.2 Tujuan Khusus PKL	2
1.3 Manfaat PKL	3
1.4 Lokasi dan Waktu	3
1.5 Metode Pelaksanaan	4
1.5.1 Jenis Penelitian.....	4
1.5.2 Pengumpulan Data	4
BAB 2. KEADAAN UMUM RUMAH SAKIT	4
2.1 Sejarah Rumah Sakit	4
2.2 Struktur Organisasi Rumah Sakit	5
2.3 Kondisi Lingkungan	7
2.3.1 Lingkungan Rumah Sakit.....	7
2.3.2 Penghargaan	10
2.3.3 Instalasi Pelayanan	11
2.4 Gambaran Umum Instalasi Rekam Medis	13
2.4.1 Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis	13
2.4.2 Visi Misi Instalasi Rekam Medis	13
BAB 3. KEGIATAN UMUM LOKASI PKL	13
3.1 Mengidentifikasi tugas dalam memberikan pelayanan rekam medis dan	

informasi kesehatan bermutu tinggi dengan memperhatikan perundangan dan etika profesi yang berlaku di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang..... 13

3.1.1	Kebijakan Rumah Sakit/Rekam Medis Mengenai Keamanan dan Kerahasiaan Rekam Medis dan Penerapannya	13
3.1.2	Cara dan bentuk sosialisasi secara resmi kebijakan-kebijakan mengenai keamanan dan kerahasiann rekam medis	13
3.1.3	Kebijakan Rumah Sakit/Rekam Medis Terkait Prosedur Pelepasan Informasi Kepada Pasien Maupun Pihak Ketiga	14
3.1.4	Syarat-Syarat Pelepasan Informasi Kepada Pasien Maupun Pihak Ketiga	15
3.1.5	Prosedur Penyelesaian Terhadap Penyalahgunaan Data.....	15
3.1.6	Jenis-Jenis Formulir Informed Consent (Persetujuan Tindakan Dokter) dan Pelaksanaannya.....	16
3.1.7	Jenis-Jenis Surat Keterangan Medis Berserta Prosedur Pembuatan	16
3.1.8	Pembuatan surat keterangan medis dan visum et repertum	17
3.2	Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek manajemen pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.....	18
3.2.1	Jenis fasilitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro.....	18
3.2.2	Mengidentifikasi Konsep Manajemen Informasi Kesehatan di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang	20
3.2.3	Mengidentifikasi Registrasi Semua Kunjungan di Unit Rawat Jalan atau Rawat Inap	21
3.2.4	Mengidentifikasi alur prosedur penerimaan pasien yang datang ke RS	28
3.2.5	Mengidentifikasi dan Melaksanakan Cara Pengisian	37
3.2.6	Melaksanakan Kegiatan assembling yang meliputi	40
3.2.7	Mampu melakukan penyimpanan, pengambilan kembali dan penjajaran dokumen Rekam Medis yang meliputi	42
3.2.8	Mengidetifikasi SOP penyusutan dan pemusnahan Dokumen Rmd di Rumah Sakit, meliputi pemilahan, penyimpanan rekam medis inaktif penilaian dan pemusnahan dokumen rekam medis.....	43
3.2.9	Mendesain Formulir baik berbasis manual maupun elektronik	46
3.2.10	Menghitung jumlah kebutuhan PMIK (PJRM) di rekam medis dengan menggunakan ABK-Kes.....	47
3.2.11	Melaksanakan kegiatan menjaga mutu rekam medis.....	52
3.2.12	Melaksanakan tugas peran PMIK dalam mengelola unit kerja yang berhubungan dengan perencanaan, pengorganisasian, penataan dan pengontrolan unit kerja RMIK di fasilitas pelayanan kesehatan	61

3.3 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek statistik kesehatan, epidemiologi dasar, dan biomedik di RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang	78
3.3.1 Memahami dan menerapkan konsep dasar biostatistik di fasilitas pelayanan kesehatan	78
3.3.2 Menerapkan konsep dasar biostatistik	81
3.3.3 Mengidentifikasi laporan internal dan eksternal rumah sakit	90
3.4 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek klasifikasi dan kodefikasi penyakit, masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis di RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang	92
3.4.1 Menentukan kode penyakit dan permasalahan kesehatan serta kode tindakan, sesuai dengan pedoman yang berlaku di Indonesia.....	92
3.4.2 Hasil Kegiatan Klasifikasi dan Kodefikasi Diagnosis Penyakit dan Tindakan Medis	100
3.5 Mengidentifikasi, mendeskripsikan, menganalisis, dan mengevaluasi secara detail kebutuhan perangkat TIK (Teknologi Informasi dan Komunikasi) yang diperlukan dalam rangka penerapan (SIM) Sistem Informasi Manajemen di fasilitas pelayanan kesehatan RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang ...	101
3.5.1 Mengidentifikasi Jenis Aplikasi yang Digunakan dalam Penyelenggaraan Unit Rekam Medis di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.....	101
3.5.2 Menganalisis Sistem Informasi Pendaftaran Rawat Jalan dan Rawat Inap dengan Menggunakan <i>Flowchart</i> , <i>Data Flow Diagram (DFD)</i> , dan <i>Entity Relationship Diagram (ERD)</i>	108
3.5.3 Menganalisis Pelaporan di Bagian Unit Rekam Medis Berdasarkan Masukan dari Sistem Pendaftaran, baik Rawat Jalan maupun Rawat Inap	111
BAB 4. KEGIATAN KHUSUS LOKASI PKL DAN PEMBAHASAN	129
4.1 Mengidentifikasi Kebutuhan Sarana dan Prasarana di Ruang Filling IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro.....	129
4.2 Mengidentifikasi Faktor-faktor yang dapat Mempengaruhi Terbentuknya suatu Kondisi Lingkungan Kerja dikaitkan dengan Kemampuan Manusia atau Pegawai.....	132
4.3 Menganalisis aspek ergonomi di ruang penyimpanan dokumen rekam medis dengan membandingkannya dengan standar yang ada.....	133
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....	138
5.1 Kesimpulan	138
5.2 Saran	139
DAFTAR PUSTAKA	140
LAMPIRAN.....	141

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Jenis-Jenis Formulir Rawat Inap (Anak).....	25
Tabel 3. 2 Jenis-Jenis Formulir Rawat Inap (Bayi Baru Lahir)	25
Tabel 3. 3 Jenis-Jenis Formulir Rawat Inap (Dewasa Dengan Diagnosa Penyakit Bedah Dalam).....	26
Tabel 3. 4 jenis-Jenis Formulir Rawat Inap (Kebidanan).....	26
Tabel 3. 5 Jenis-Jenis Formulir Rawat Inap (Melahirkan)	27
Tabel 3. 6 Formulir UGD	27
Tabel 3. 7 Mengetahui Waktu Kerja Petugas PJRM.....	48
Tabel 3. 8 Norma Waktu	49
Tabel 3. 9 Hasil SBK.....	50
Tabel 3. 10 Hasil STP.....	51
Tabel 3. 11 standar akreditasi pelayanan rekam medis	59
Tabel 3. 12 program orientasi dan pelatihan staf UKRM	78
Tabel 3. 13 Nilai Bed Occupancy Rate (BOR) Pada Tahun 2022	83
Tabel 3. 14 Nilai Bed Turn Over (BTO) Pada Tahun 2022	84
Tabel 3. 15 Nilai Length of Stay (ALOS) Pada Tahun 2022	85
Tabel 3. 16 Nilai Turn Over Interval (TOI) Pada Tahun 2022.....	86
Tabel 3. 17 10 penyakit terbesar rawat jalan.....	88
Tabel 3. 18 10 besar penyakit pada rawat inap	89
Tabel 3. 19 jumlah pasien meninggal setiap bangsal	90
Tabel 3. 20 Klasifikasi dan Kodefikasi Diagnosis Penyakit dan Tindakan Medis	101
Tabel 4. 1 sarana dan prasarana pada ruang di filling IGD	129

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Struktur Organisasi	5
Gambar 2. 2 Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis	13
Gambar 3. 1 KIB	24
Gambar 3. 2 Prosedur Penerimaan Pasien Rawat jalan.....	29
Gambar 3. 3 Prosedur penerimaan pasien asuransi rawat jalan	30
Gambar 3. 4 Prosedur pendaftaran online pasien rawat jalan	32
Gambar 3. 5 Prosedur penerimaan pasien rawat inap	34
Gambar 3. 6 Indeks Penyakit.....	38
Gambar 3. 7 Indeks Operasi	38
Gambar 3. 8 Indeks Kematian	39
Gambar 3. 9 Indeks Dokter	39
Gambar 3. 10 SOP Pemisahan Rekam Medis Aktif dan Inaktif	44
Gambar 3. 11 SOP Pemusnahan Berkas Rekam Medis	46
Gambar 3. 12 struktur organisasi unit rekam medis.....	61
Gambar 3. 13 Grafik Barber Johnson Pada Tahun 2022.....	86
Gambar 3. 14 Cetak Indeks Utama Pasien	102
Gambar 3. 15 Pemanggilan Antrian Pasien.....	103
Gambar 3. 16 Crosscheck Data Pasien.....	104
Gambar 3. 17 Input Data Sosial Pasien.....	104
Gambar 3. 18 Registrasi Pasien.....	104
Gambar 3. 19 Indeks Penyakit.....	106
Gambar 3. 20 Indeks Operasi	107
Gambar 3. 21 Indeks Kematian	107
Gambar 3. 22 Pelacakan Rekam Medis Pasien	108
Gambar 3. 23 Flowchart pendaftaran pasien IGD.....	109
Gambar 3. 24 Data Flow Diagram (DFD) pendaftaran pasien IGD.....	110
Gambar 3. 25 Entity Relationship Diagram (ERD) Pendaftaran Pasien Rawat Inap	111
Gambar 3. 26 Pelayanan Tindakan.....	112
Gambar 3. 27 Pemakaian Obat dan Alkes.....	112
Gambar 3. 28 Riwayat Catatan Klinis.....	113
Gambar 3. 29 Riwayat Catatan Medis.....	113
Gambar 3. 30 Riwayat Diagnosa.....	113
Gambar 3. 31 Riwayat Operasi.....	114
Gambar 3. 32 Riwayat Konsul	114
Gambar 3. 33 Riwayat Kecelakaan	114
Gambar 3. 34 Riwayat Pemeriksaan.....	115
Gambar 3. 35 Entri KLPCM	116
Gambar 3. 36 Hasil Entri KLPCM.....	116
Gambar 3. 37 Sensus Harian Rawat Inap.....	117

Gambar 3. 38 Riwayat Tanda Vital.....	118
Gambar 3. 39 Proses Asuhan	118
<i>Gambar 3. 40 Catatan Pasien.....</i>	119
Gambar 3. 41 Diagnosa	119
Gambar 3. 42 Diagnosa Tindakan	120
Gambar 3. 43 Order Resep Apotek	120
Gambar 3. 44 Konsul Antar Ruang dan Dokter	121
Gambar 3. 45 Laporan Tindakan.....	121
Gambar 3. 46 Laboratorium	122
Gambar 3. 47 Hasil Laboratorium.....	122
Gambar 3. 48 Radiologi	123
Gambar 3. 49 Hasil Radiologi.....	123
Gambar 3. 50 Bedah Sentral.....	124
Gambar 3. 51 SOAP.....	124
Gambar 3. 52 Billing Pasien.....	125
Gambar 3. 53 Pencarin Data Pasien	126
Gambar 3. 54 Detail Pasien INACBG's.....	126
Gambar 3. 55 Pencarian Pasien E-Klaim	127
Gambar 3. 56 Tampilan Menu Klaim.....	127
Gambar 4. 1 gambar fasilitas ruang filling IGD	131
Gambar 4. 2 Besar Pencahayaan	134
Gambar 4. 3 Besar Suhu Udara.....	135
Gambar 4. 4 Besar Kebisingan.....	137

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	141
Lampiran 2	141

RINGKASAN

Salah satu penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit yaitu sistem penyimpanan yang merupakan media untuk menyimpan dokumen rekam medis yang berfungsi sebagai penyimpanan, penyedia dan pelindung dokumen rekam medis. Penyiapan Dokumen Rekam Medis akan berjalan dengan baik apabila terdapat fasilitas yang menunjang yaitu rak penyimpanan sehingga selain dokumen tertata dengan baik hal ini juga dapat mempermudah dalam pengambilan dan penyimpanan dokumen rekam medis. Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi aspek ergonomi di ruang filling dan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terbentuknya suatu kondisi lingkungan kerja dikaitkan dengan kemampuan perekam medis. Jenis penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti yaitu penelitian kualitatif dengan cara melakukan observasi, wawancara, dan dokumentasi. Hasil dari penelitian tersebut yaitu ruangan yang tidak terlalu luas, sarana yang kurang memenuhi seperti meja, ruangan yang terlalu kotor, penerangan/pencahayaan diruangan penyimpanan berkas rekam medis belum ergonomis, suhu di ruang filling belum ideal, namun kebisingan sudah memenuhi standar ideal. Disarankan kepada RSD K.R.M.T Wongsonegoro sebaiknya untuk melakukan penambahan fasilitas seperti meja, alat pengukur pencahayaan, alat pengukur suhu, alat pengukur kebisingan, dan alat pengukur kelembapan agar dapat ruangan dapat terpantau sesuai standar ergonomi, membersihkan ruangan, menghidupkan AC agar ruangan tidak terasa panas, dan penambahan penerangan pada lampu, Fasilitas-fasilitas tersebut sangat penting karena berpengaruh terhadap kenyamanan dan kesehatan petugas yang bekerja diruang filing IGD tersebut.

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit adalah salah satu sarana atau tempat menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, serta memiliki tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan melalui pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif), yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Selain itu, rumah sakit juga didefinisikan sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, serta menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat (Permenkes Nomor 4 Tahun 2018)

Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2022). Sedangkan menurut (Huffman, 1994) rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana, dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan, yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang diperoleh serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan serta merekam hasilnya.

Penyimpanan dokumen rekam medis akan berjalan dengan dengan baik apabila terdapat fasilitas yang menunjang yaitu luas ruangan dan rak penyimpanan dokumen rekam medis yang memadai, sehingga selain dokumen rekam medis tertata dengan baik hal ini juga dapat mempermudah dalam pengambilan dan penyimpanan dokumen rekam medis. Terciptanya kemudahan petugas rekam medis dalam pengambilan serta penyimpanan dokumen rekam medis didukung adanya tata ruang penyimpanan yang ergonomi sesuai dengan ukuran jangkauan dimensi tubuh manusia. Berdasarkan pemaparan oleh petugas ruang filling, dapat diketahui bahwa luas ruangan penyimpanan dokumen rekam medis pasien IGD di

RSD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang tidak terlalu luas, kurangnya penerangan, suhu udara yang panas, ruangan yang kotor dan kurang terawat untuk menyimpan dokumen rekam medis inaktif dan aktif, sehingga petugas kadang ketakutan untuk mengambil dokumen rekam medis sendirian, petugas juga merasa kepanasan jika berada didalam ruangan, dan jika petugas ingin memasukkan berkas RM merasa kesulitan karena ruangan yang terlalu sempit dan tidak ada meja, maka petugas masih mengambil map yang ada didalam ruangan untuk dibawak keluar ruang filling dan diletakkan di lantai untuk memasukkan berkas rekam medis pasien.

Selain aspek ergonomi, ruang penyimpanan dokumen rekam medis juga harus memperhatikan faktor yang dapat mempengaruhi terbentuknya suatu kondisi lingkungan kerja dikaitkan dengan kemampuan manusia atau pegawai (Putri., 2020). Faktor-faktor tersebut antara lain adalah luas ruangan penyimpanan/filing, pencahayaan, temperature atau suhu udara, sirkulasi udara, kebisingan, dan keamanan. Berdasarkan hasil pengukuran dapat diketahui bahwa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terbentuknya suatu kondisi lingkungan kerja dikaitkan dengan kemampuan manusia atau pegawai belum sesuai standar untuk temperature atau suhu udara dan pencahayaan. Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk mengulas lebih detail mengenai aspek ergonomi dan menganalisis faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terbentuknya suatu kondisi lingkungan kerja dikaitkan dengan kemampuan manusia atau pegawai dengan mengangkat judul laporan “Tinjauan Ergonomi di Ruang Penyimpanan Rekam Medis Pasien IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang”.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum PKL

- a. Identifikasi aspek ergonomi ruang filling.
- b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terbentuknya suatu kondisi lingkungan kerja dikaitkan dengan kemampuan perekam medis.

1.2.2 Tujuan Khusus PKL

- a. Mahasiswa mampu mengidentifikasi sarana dan prasarana di ruang penyimpanan dokumen rekam medis.

- b. Mahasiswa mampu mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terbentuknya suatu kondisi lingkungan kerja dikaitkan dengan kemampuan perekam medis.
- c. Mahasiswa mampu menganalisis aspek ergonomic di penyimpanan dokumen rekam medis dan membandingkannya dengan standar yang ada.

1.3 Manfaat PKL

1. Bagi Mahasiswa
 - a. Meningkatkan keterampilan mahasiswa dalam bidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan khususnya penerapan ergonomic di ruang penyimpanan dokumen rekam medis.
 - b. Meningkatkan keterampilan mahasiswa dalam bidang Rekam Medis khususnya dalam hal mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terbentuknya suatu kondisi lingkungan kerja dikaitkan dengan kemampuan perekam medis.
2. Bagi Program Studi Rekam Medik
 - a. Memperoleh umpan balik untuk menyempurnakan kurikulum yang sesuai dengan kebutuhan di lingkungan dunia kerja.
 - b. Menumbuhkan kerjasama yang saling menguntungkan dan bermanfaat dengan pihak-pihak terlibat.
3. Bagi Rumah Sakit
 - a. Dapat membandingkan teori yang ada dengan kondisi sebenarnya di ruang penyimpanan dokumen rekam medis.
 - b. Dapat menambah pengalaman menjadi pemateri untuk mahasiswa Program Studi Rekam Medik.

1.4 Lokasi dan Waktu

Praktek Kerja Lapang (PKL) dilaksanakan di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang khususnya dibagian rekam medis. Praktek Kerja Lapang ini dilaksanakan pada tanggal 16 Januari – 7 April 2023 yang dilakukan pada hari Senin – Kamis Pukul 08.00 – 16.00 dan hari Jum'at pukul 07.30 – 14.00

1.5 Metode Pelaksanaan

1.5.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif adalah teknik pengumpulan data dilakukan dengan observasi, wawancara, dan dokumentasi. (Arief Darmawan dkk., 2020). Jenis penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan menganalisis ke ergonomian kerja pada petugas filing.

1.5.2 Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara dan observasi. Peneliti akan menggunakan wawancara kepada 2 petugas filing. Wawancara tersebut bertujuan untuk menggali informasi terkait kerja petugas filing. Peneliti akan menggunakan pengumpulan data observasi pada alat-alat yang digunakan petugas filing dan observasi ruangan untuk mengetahui keergonomian kondisi ruangan penyimpanan berkas rekam medis pasien IGD.

BAB 2. KEADAAN UMUM RUMAH SAKIT

2.1 Sejarah Rumah Sakit

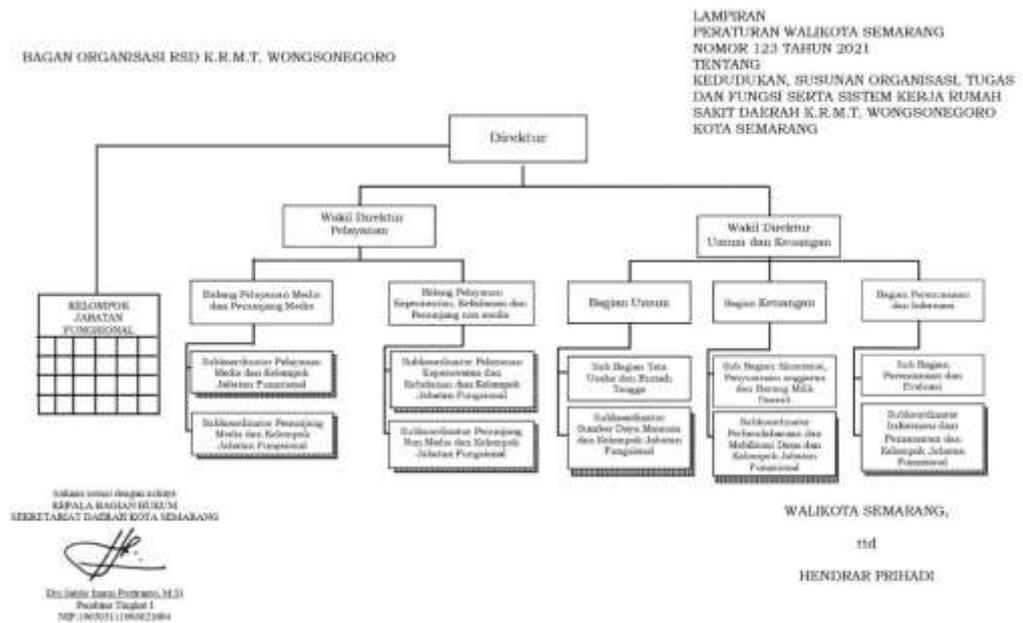
Berdirinya RSUD Kota Semarang dirintis oleh dr. H. Iman Soebekti, MPH pada awal tahun 1990 di atas lahan 9,2 Ha. Pengoperasian RSUD Kota Semarang diresmikan oleh Wali Kota Semarang waktu itu yaitu Bapak Iman Soeparto Tjakrayuda, SH. Pengoperasian RS dimulai lewat peresmian oleh Pembantu Wali Kota Semarang, Iman Soeparto Tjakrayuda, SH, berdasarkan SK tentang kelahiran RSUD kota Semarang yang dibuat oleh Walikota Soetrisno Suharto pada tanggal 17 Desember 1990.

Pada tahun 1993, diadakan Pembangunan Instalasi Bedah Sentral, Gedung Radiologi, dan Gedung Perawatan III, hingga mencapai 80 TT. Tahun 1994, Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1183/Menkes/SK/XI/1994 tentang Penetapan Kelas 41 Rumah Sakit Umum Daerah sebagai Rumah Sakit Umum Kelas D. Tahun 1995, tarif RS ditetapkan berdasarkan Perda Kotamadya Dati II No 1 Tahun 1995 tanggal 10 Maret 1995 dan jumlah tenaga 197 orang, terdiri dari 9 dokter spesialis, 2 apoteker, 50 tenaga perawat, 36 tenaga non perawat, 36 orang tenaga teknis dan administrasi, 46 TPHL. Tahun 1996, berdasarkan SK Menkes Nomor 536/Menkes/SK/VI/1996 meningkat menjadi Kelas C. Tahun 2003, peningkatan status Kelas C menjadi Kelas B berdasarkan SK Menkes Nomor 194/Menkes/SK/II/2003. Tahun 2006, penataan pengelolaan SOTK yang tertuang dalam Perda Nomor 3 Tahun 2006 tentang Pembentukan SOTK RS Kelas. Tahun 2007, ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) berdasarkan SK Walikota Nomor 445/0174/2007 tanggal 18 Juni 2007. Dengan status tersebut, Rumah Sakit dituntut makin mengedepankan pelayanan kepada masyarakat. Tahun 2010, meraih sertifikasi Penuh Akreditasi 16 Pelayanan serta menerapkan standar ISO 9001-2008. Tepat tanggal 4 April 2016, meraih Sertifikat Akreditasi KARS versi 2012 dengan predikat LULUS PARIPURNA. Berdasarkan Peraturan Walikota Semarang Nomor 445/1156/2016 Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang berubah nama menjadi RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang.

2.2 Struktur Organisasi Rumah Sakit

Struktur Organisasi RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang

A. Bagan Struktur Organisasi RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang



Gambar 2. 1 Struktur Organisasi

B. Struktur Organisasi RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang

Struktur organisasi RSD K.R.M.T. Wongsonegoro berdasarkan peraturan daerah Kota Semarang nomor 13 tahun 2008 tentang organisasi dan tata kerja Lembaga teknis daerah dan badan pelayanan perijinan terpadu Kota Semarang (lembaran daerah Kota Semarang tahun 2008 no. 16 tambahan lembaran daerah Kota Semarang no 23) yang terdiri dari :

1. Direktur
2. Wakil Direktur Pelayanan, membawahi:
 - A. Bidang Pelayanan Medis dan Pelayanan Medis
 - 1) Subkoordinator Pelayanan Medis dan Kelompok Jabatan Fungsional
 - 2) Subkoordinator Penunjang Medis dan Kelompok Jabatan Fungsional

- B. Bidang Pelayanan Keperawatan, Kebidanan dan Penunjang Non Medis
 - 1) Subkoordinator Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan dan Kelompok Jabatan Fungsional
 - 2) Subkoordinator Penunjang Non Medis dan Kelompok Jabatan Fungsional
- 3. Wakil Direktur Umum Keuangan
 - A. Bagian Umum
 - 1) Sub Bagian Tata Usaha dan Rumah Tangga
 - 2) Subkoordinator Daya Manusia dan Kelompok Jabatan Fungsional
 - B. Bagian Keuangan
 - 1) Sub Bagian Akuntansi, Penyusunan Anggaran dan Barang Milik Daerah
 - 2) Subkoordinator Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana dan Kelompok Jabatan Fungsional
 - C. Bagian Perencanaan dan Informasi
 - 1) Sub Bagian Perencanaan dan Evaluasi
 - 2) Subkoordinator Informasi dan Pemasaran dan Kelompok Jabatan Fungsional
- 4. Instalasi terdiri atas:
 - a) Instalasi Rawat Jalan
 - b) Instalasi Rawat Inap
 - c) Instalasi Rawat Darurat
 - d) Instalasi Peristi
 - e) Instalasi Kamar Bersalin
 - f) Instalasi Hemodialisa
 - g) Instalasi Anestesi Reanimasi dan Rawat Intensive
 - h) Instalasi Laboratorium
 - i) Instalasi Radiologi
 - j) Instalasi Bedah Sentral

- k) Instalasi Rehabilitasi Medik
- l) Instalasi Farmasi
- m) Instalasi Gizi
- n) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
- o) Instalasi Strelisasi Sentral
- p) Instalasi Pemulasaraan Jenazah
- q) Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)
- r) Instalasi Rekam Medik
- s) Instalasi Pendidikan dan PELatihan
- t) Instalasi SIM RS
- u) Komite Medik
- v) Komite Keperawatan
- w) Komite Etik dan Hukum

2.3 Kondisi Lingkungan

2.3.1 Lingkungan Rumah Sakit

Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang adalah rumah sakit dengan tipe Kelas B telah Lulus Akreditasi Versi SNARS Edisi 1 dengan Predikat Paripurna 2019, bertempat di Jalan Fatmawati No. 1, Mangunharjo, Kecamatan Tembalang, Kota Semarang, Provinsi Jawa Tengah. RSD K.R.M.T. Wongsonegoro memiliki bangunan fisik berdiri di atas tanah seluas kurang lebih 9,2 hektar dikelilingi dengan persawahan. Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang sangat jauh dari pusat perbelanjaan sehingga menjadi rumah sakit yang nyaman dan menunjang proses penyembuhan penyakit pasien. Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang memiliki visi, misi, falsafah, nilai dan tujuan rumah sakit sebagai berikut :

A. Visi dan Misi RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang

Untuk mempermudah dalam mencapai arah dan tujuannya, suatu organisasi memiliki visi dan misi. Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro yang merupakan rumah sakit tipe B Pendidikan telah memiliki visi dan misi. Visi dan Misi tersebut adalah :

a. Visi :

Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro menjadi Rumah Sakit Kepercayaan Publik di Jawa Tengah.

b. Misi :

1. Memberikan pelayanan kesehatan paripurna sesuai kebutuhan pasien dan keluarga secara professional.
2. Meningkatkan pengelolaan keuangan dan sumber daya manusia yang berkualitas dan berkompeten.
3. Menyediakan peralatan, fasilitas dan sarana prasarana yang aman mutakhir terkini.

B. Falsafah dan Tujuan

Fungsi utama rumah sakit merupakan memberikan pelayanan medis dengan pendekatan kuratif, preventif, rehabilitatif, dan promotive kepada masyarakat. Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis, RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang mempunyai tugas pokok melaksanakan upaya pelayanan kesehatan dengan tujuan penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan mengupayakan peningkatan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Pelaksanaan tugas tersebut Rumah Sakit K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang mempunyai fungsi antara lain:

Menyelenggarakan pelayanan medis, menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan non medis. Salah satu penunjang medis di Rumah Sakit K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang adalah rekam medis. Rekam medis berisi data sosial serta catatan tindakan pelayanan yang diberikan kepada pasien. Catatan tersebut berisi data informasi yang sangat penting dan harus lengkap karena dapat memberikan informasi diantaranya dalam menentukan keputusan, pemeliharaan kesehatan, pengobatan pasien, alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran, serta penegakan etika kedokteran (Kemenkes RI, 2008). Akan tetapi, dalam kegiatan pelaksanaan rekam medis masih terjadi suatu masalah karena pengisian yang cukup rinci

dan teliti kemudian jumlah pasien yang dilayani cukup banyak, kesibukan dokter dan formulir rekam medis yang representative, sehingga penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit ini perlu mendapatkan pemantauan dan pengendalian yang sifatnya terus menerus untuk peningkatan mutu. ini kemungkinan akan menimbulkan suatu perbedaan dalam tingkat mutu rekam medis yang dihasilkan. Dilain pihak adanya tuntutan kebutuhan pelayanan kesehatan yang terus menerus berkembang di sesuaikan dengan perkembangan ilmu kesehatan dan teknologi kedokteran. Hal ini menuntut suatu penatalaksanaan rekam medik secara benar, obyektif dan professional.

1) Nilai-Nilai Prinsip Dasar

a. Kebersamaan

- Mengakui bahwa semua pekerjaan tidak dapat diselesaikan sendiri sehingga sangat diperlukan kerja sama tim.
- Melalui kebersamaan dalam pelayanan dengan mengutamakan kepuasan pelanggan.
- Memprioritaskan kepentingan Rumah Sakit Daerah Kota Semarang daripada kepentingan golongan, kelompok/pribadi.
- Kebersamaan dalam suka dan duka.

b. Profesionalisme

- Bekerja sesuai dengan sistem dan prosedur yang berlaku.
- Bersedia menghadapi pekerjaan yang penuh tantangan.
- Memiliki keyakinan atas kemampuan sendiri (kemandirian).
- Selalu berusaha memberikan kemampuan (ilmu, ketrampilan dan sikap/attitude) terbaiknya untuk Rumah Sakit Daerah Kota Semarang.
- Memegang teguh rahasia jabatan.

c. Kejujuran

- Mengutamakan sikap jujur.
- Berani menyatakan kebenaran dan kesalahan berdasarkan data dan fakta dengan cara bertanggung jawab.

- Transparan dan akuntabilitas dalam menjalankan sistem.
- d. Keterbukaan
- Terbuka dalam mengemukakan dan menerima pendapat secara bertanggung jawab.
 - Saling menghargai dan menghormati pendapat orang lain.
- e. Disiplin
- Selalu disiplin terhadap diri sendiri dan lingkungan kerja.
 - Memiliki kesungguhan kerja dalam melaksanakan tugas
 - Wajib mematuhi peraturan yang berlaku.

2.3.2 Penghargaan

Beberapa penghargaan yang telah diraih oleh RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang diantaranya adalah sebagai berikut:

- a. Piagam Penghargaan RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang – Role Model Penyelenggara Layanan Publik 2019 Kategori “Pelayanan Prima”.
- b. Piagam Penghargaan RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang – Apresiasi dan Penganugerahan Zona Integritas Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK)
- c. Piagam Penghargaan RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang – Lulus Akreditasi Versi SNARS Edisi 1 Dengan Predikat Paripurna 2019
- d. Piagam Penghargaan RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang Penghargaan Inovasi Pelayanan Kesehatan Membangun Ekosistem Digital
- e. Piagam Penghargaan RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang Penghargaan Tertinggi Dengan Kategori Informatif Utama Dalam KIP Award Jawa Tengah 2018
- f. Piagam Penghargaan RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang - Penghargaan Juara 1 Lomba Implementasi Green Hospital Tingkat Nasional Tahun 2018
- g. Piagam Penghargaan RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang – Penghargaan “Public Service Of The Year” oleh MarkPlus Inc 2019
- h. Piagam Penghargaan RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang-Kategori Srikandi Perubahan Inspiratif Indonesia Bidang Kesehatan 2019

2.3.3 Instalasi Pelayanan

Jenis Pelayanan Pelayanan di RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang terdiri dari pelayanan dan sub pelayanan sebagai berikut:

a. Instalasi Rawat Jalan

1) Pelayanan Medik Umum Pelayanan Medik Umum di RSD K.R.M.T.

Wongsonegoro Semarang terdiri dari:

- a) Pelayanan Medik Dasar
- b) Pelayanan Medik Gigi Umum
- c) Pelayanan Medical Check Up (MCU)
- d) Pelayanan Keluarga Berencana
- e) Pelayanan Imunisasi

2) Pelayanan Medik Spesialistik Pelayanan Medik Spesialistik Dasar di RSD

K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang terdiri dari:

- a) Penyakit Dalam
- b) Kesehatan Anak
- c) Bedah Umum
- d) Bedah Syaraf
- e) Bedah Orthopedi & Traumatologi (Orthopedic & Traumatologi Surgery)
- f) Bedah Mulut
- g) Obstetri dan Ginekologi
- h) Mata
- i) Telinga Hidung Tenggorokan
- j) Syaraf
- k) Kulit Kelamin
- l) Kedokteran Jiwa
- m) Rehabilitasi Medik
- n) Gizi Klinik
- o) Orthodonsi
- p) Kedokteran Gigi Anak

- q) Konservasi Gigi
- 3) Pelayanan Medik Sub Spesialistik Pelayanan Medik Sub Spesialistik di RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang terdiri dari:
 - a) Sub Spesialis Digestif
- 4) Pelayanan Khusus
 - a) Poli Akupuntur
 - b) Klinik VST/CST
 - c) Klinik NAPZA
- b. Klinik Rawat Inap
 - 1) Kelas Eksekutif
 - 2) Kelas I
 - 3) Kelas II
 - 4) Kelas III
- c. Instalasi Laboratorium
- d. Instalasi Bedah Sentral
- e. Instalasi Gawat Darurat
- f. Instalasi Rawat Intensif dan Reanimasi Unit
 - 1) HCU
 - 2) ICU
 - 3) PICU
 - 4) NICU
- g. Instalasi Perinatology
- h. Instalasi Farmasi
- i. Instalasi Haemodialisa
- j. Instalasi Radiologi
- k. Instalasi Rehabilitasi Medik
- l. Instalasi Gizi m.Instalasi Pemulasaran Jenazah
- m.Instalasi Kamar Bersalin
- o. Instalasi Sterilisasi Sentral
- p. Instalasi SIMRS
- q. Instalasi Rekam Medik

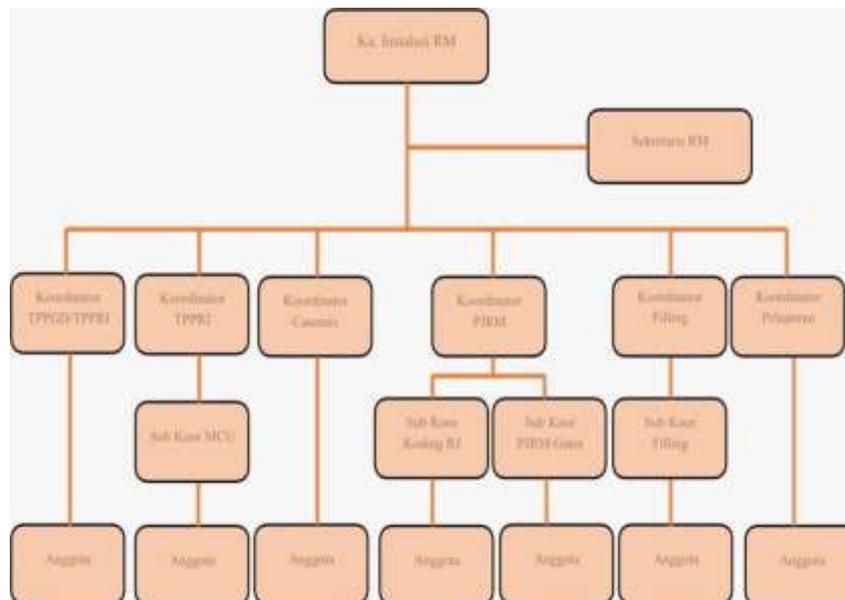
r. Instalasi K3

s. Instalasi Pemeliharaan Sarana RS

2.4 Gambaran Umum Instalasi Rekam Medis

2.4.1 Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis

Instalasi rekam medis RSD K.R.M.T. Wogsonegoro Kota Semarang dipimpin oleh kepala Instalasi Rekam Medis yang membawahi 4 (empat) Koordinator yaitu Koordinator Penerimaan Pasien, Koordinator Dokumen, Koordinator *Filing* dan Koordinator Pelaporan. Masing-masing koordinator membawahi anggota atau petugas yang bersangkutan.



Gambar 2. 2 Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis

2.4.2 Visi Misi Instalasi Rekam Medis

A. Visi

Visi Instalasi Rekam Medik RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang :“Menjadi Unit Pelayanan Rekam Medik yang Profesional dan Sebagai Penyaji Data yang Akurat”

B. Misi

- 1) Meningkatkan sumber daya manusia yang profesional dan ber daya saing dibidang rekam medik.

- 2) Mampu memberikan pelayanan rekam medik yang cepat, tepat dan akurat dengan didukung sarana dan prasarana yang berteknologitinggi.
- 3) Menjalinkan kerjasama lintas instalasi di lingkungan RSD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang dan lintas instalasi.
- 4) Informasi spesifik
- 5) Pelaksanaan pengkodean diagnose penyakit rawat jalan dan rawat.

BAB 3. KEGIATAN UMUM LOKASI PKL

3.1 Mengidentifikasi tugas dalam memberikan pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan bermutu tinggi dengan memperhatikan perundangan dan etika profesi yang berlaku di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

3.1.1 Kebijakan Rumah Sakit/Rekam Medis Mengenai Keamanan dan Kerahasiaan Rekam Medis dan Penerapannya

Berikut adalah upaya RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang Mengenai Keamanan Dan Kerahasiaan Rekam Medis :

1. Pada setiap rekam medis pasien diberikan map/sampul
2. Serah terima rekam medis harus menggunakan buku serah terima(buku ekspedisi)
3. Terdapat tulisan warning di setiap ruang filing "SELAIN PETUGAS DILARANG MASUK"
4. Assembling setiap rekam medis yang baru pulang dari rawat inap maupun rawat jalan
5. Simpan setiap rekam medis sesuai dengan sistem yang telah diterapkan di RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang
6. Semua tenaga rekam medis wajib menjaga kerahasiaan isi rekam medis pasien dengan peringatan tidak boleh mengkopi atau menggandakan isi rekam medis
7. Checklist rekam medis yang kembali setelah selesai di kembalikan jika terdapat kekurangan kelengkapan (KLPCM)

3.1.2 Cara dan bentuk sosialisasi secara resmi kebijakan-kebijakan mengenai keamanan dan kerahasiann rekam medis

Terdapat SPO tentang keamanan rekam medis dengan prosedur sebagai berikut:

1. Selain petugas Rekam Medis tidak diperkenankan masuk ruangan penyimpanan

2. Selain petugas Rekam Medis dilarang membawa / mengambil rekam medik baik milik pribadi maupun milik pasien dari ruang penyimpanan
3. Tidak diperkenankan menduplikasi dengan cara foto atau fotokopi sebagian maupun keseluruhan isi dokumen Rekam Medis baik milik pribadi maupun pasien
4. Pemaparan isi dokumen Rekam Medis hanya boleh dilakukan dengan izin tertulis dari pasien untuk keperluan eksternal Rumah Sakit
5. Ruang penyimpanan harus selalu dalam keadaan terkunci jika tidak digunakan
6. Terdapat tanda / tulisan ” Selain Petugas Dilarang Masuk” di pintu masuk ruang penyimpanan (filing)

3.1.3 Kebijakan Rumah Sakit/Rekam Medis Terkait Prosedur Pelepasan Informasi Kepada Pasien Maupun Pihak Ketiga

Terdapat SPO terkait Pelepasan Informasi Dan Pelayanan Permintaan Data Untuk Penelitian / Audit Medis / Pendidikan dengan prosedur sebagai berikut:

1. Terima surat ijin penelitian/pendidikan, surat tugas atau salinannya
2. Cetak Surat Permintaan Data Medis
3. Satukan surat ijin penelitian/pendidikan, surat tugas atau salinannya dan Surat Permintaan Data Medis
4. Peminta data agar mengisi Surat Permintaan Data Medis
5. Verifikasi data yang diminta untuk memastikan bahwa data yang diminta adalah benar – benar data yang diperlukan untuk penelitian / audit medis / pendidikan
6. Edukasikan pada peminta data bahwa Data Rekam Medis bersifat rahasia sehingga selain resume tidak boleh di gandakan (tidak boleh di photo, tidak boleh di fotokopi, dll)
7. Ingatkan peminta data terkait jenis data penelitian/audit medis/pendidikan yang bersifat wawancara; harus adasurat persetujuan menjadi responden yang ditandatangani oleh responden

8. Arahkan peminta data agar meminta tanda tangan kepada Kepala Instalasi Rekam Medis
9. Arahkan peminta data agar menyerahkan surat ijin penelitian/pendidikan, surat tugas atau salinannya dan Surat Permintaan Data Medis ke bagian pelaporan untuk disiapkan datanya
10. Bagian pelaporan menyiapkan data yang diminta
11. Jika diperlukan, bagian pelaporan menjanjikan tanggal tertentu untuk pengambilan data, terkait kesiapan bagian pelaporan untuk menyiapkan data yang diminta
12. Bagian pelaporan menyerahkan data yang diminta kepada peminta data
13. Apabila peminta data akan membuka DRM buat sample penelitian maka diserahkan ke bagian filing / penyimpanan DRM, dan di edukasi bahwa untuk sample penelitian maksimal 20 DRM
14. Untuk Audit medis, disiapkan dokumen rekam medis yang diperlukan dan dibuatkan janji dengan DPJP untuk review
15. Arsipkan surat ijin penelitian/pendidikan, surat tugas atau salinannya dan Surat Permintaan Data Medis secara kronologis.

3.1.4 Syarat-Syarat Pelepasan Informasi Kepada Pasien Maupun Pihak Ketiga
 Syarat-syarat pelepasan informasi dan permintaan resume medis yang harus dipenuhi oleh pihak yang mengajukan permohonan yaitu :

1. Surat permohonan
2. Surat disposisi atau surat tugas
3. Kartu Tanda Penduduk (KTP)
4. Surat hak kuasa yang ditandatangani oleh pasien
5. Surat resmi dari pihak pemohon yaitu penyidik atau polisi yang diberi tanggung jawab langsung dari pihak pemohon (untuk jenis pelepasan ke pengadilan)

3.1.5 Prosedur Penyelesaian Terhadap Penyalahgunaan Data

Prosedur pencegahan penyalahgunaan data di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang yaitu:

1. Peneliti wajib menyimpan rahasia atas data dan informasi yang diteliti
2. Mengurus surat kelaikan etik untuk penelitian
3. Mengerjakan data didalam rumah sakit tidak diperkenankan dibawa keluar rumah sakit
4. Mengingatkan peneliti untuk tidak menggandakan data medis pasien
5. Peneliti yang melanggar kelaikan etik akan dikenakan sanksi
6. Untuk sanksi sendiri ditentukan oleh kebijakan rumah sakit.

3.1.6 Jenis-Jenis Formulir Informed Consent (Persetujuan Tindakan Dokter) dan Pelaksanaannya

Jenis-jenis formulir informed consent (persetujuan tindakan kedokteran) yang terdapat pada RSD Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang terdiri atas:

1. Pernyataan pemberian informasi dan persetujuan tindakan kedokteran (contoh tindakan dilakukannya infuse, dilakukannya sterilisasi setelah persalinan)
2. Pernyataan pemberian informasi dan persetujuan tranfusi darah
3. Pernyataan pemberian informasi dan persetujuan kemoterapi
4. Pernyataan pemberian informasi dan persetujuan tindakan sedasi dan anestesi

3.1.7 Jenis-Jenis Surat Keterangan Medis Berserta Prosedur Pembuatan

Jenis-jenis surat keterangan medis pada RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang terdiri dari :

1. Surat Keterangan Kelahiran (diberikan kepada bayi yang di lahirkan di Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang)
2. Surat Keterangan Kematian (di berikan jika keluarga pasien meminta surat kematian pasien yang meninggal di Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang 48 jam)
3. Surat keterangan bebas narkoba

4. Surat Keterangan Sehat (diberikan sesuai permintaan pasien misalnya: bebas dari narkoba, surat keterangan sehat untuk pembuatan SIM, pendaftaran Universitas dll)
5. Surat Keterangan Dirawat (diberikan sesuai permintaan pasien jika pasien dirawat mengacu berapa lama pasien dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang)
6. Surat keterangan buta warna
7. Surat Keterangan Istirahat/Sakit (diberikan sesuai permintaan pasien untuk keperluan ijin mengacu pada keadaan fisik atau psikis pasien tersebut)
8. Visum et Repertum (diberikan sesuai permintaan penyidik dengan melengkapi surat permohonan dari penyidik dan persetujuan keluarga)

3.1.8 Pembuatan surat keterangan medis dan visum et repertum

Pembuatan surat keterangan medis dan visum et repertum pada RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang terdiri dari :

1. Terima diposisi dari direktur RSD K.R.M.T Wongsonegoro tentang permintaan visum dari kepolisian
2. Cek data yang diminta
3. Carikan berkas
4. Koordinasikan dengan dokter yang menangani
5. DPJP mengkonsultasikan kepada dr. forensik
6. Ketik dan cetak hasil visum
7. Mintakan tandatangan kepada pimpinan rumah sakit
8. Mintakan surat ke bagian tata usaha
9. Cetak rangkap 2 yaitu kepolisian dan arsip
10. Mintakan tanda tangan dan nama terang pengambilan hasil visum di buku ekspedisi pengambilan hasil

3.2 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek manajemen pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

3.2.1 Jenis fasilitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro

Pelayanan di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang terdiri dari pelayanan dan sub pelayanan sebagai berikut :

a. Instalasi Rawat Jalan

1) Pelayanan Medik Umum

Pelayanan Medik Umum di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang terdiri dari :

- a) Pelayanan Medik Dasar
- b) Pelayanan Medik Gigi Umum
- c) Pelayanan Medical Check Up (MCU)
- d) Pelayanan Keluarga Berencana
- e) Pelayanan Imunisasi

2) Pelayanan Medik Spesialistik

Pelayanan Medik Spesialistik Dasar di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang terdiri dari :

- a) Penyakit Dalam
- b) Kesehatan Anak
- c) Bedah Umum
- d) Bedah Syaraf
- e) Bedah Orthopedi & Traumatologi (Orthopedic & Traumatologi Surgery)
- f) Bedah Mulut
- g) Obstetri dan Ginekologi
- h) Mata
- i) Telinga Hidung Tenggorokan

- j) Syaraf
 - k) Kulit Kelamin
 - l) Kedokteran Jiwa
 - m)Rehabilitasi Medik
 - n) Gizi Klinik
 - o) Orthodonsi
 - p) Kedokteran Gigi Anak
 - q) Konservasi Gigi
- 3) Pelayanan Medik Sub Spesialistik
- Pelayanan Medik Sub Spesialistik di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang terdiri dari:
- a) Sub Spesialis Digestif
- 4) Pelayanan Khusus
- a) Poli Akupuntur
 - b) Klinik VST/CST
 - c) Klinik NAPZA
- b. Klinik Rawat Inap
- 1) Kelas Eksekutif
 - 2) Kelas I
 - 3) Kelas II
 - 4) Kelas III
- c. Instalasi Laboratorium
- d. Instalasi Bedah Sentral
- e. Instalasi Gawat Darurat
- f. Instalasi Rawat Intensif dan Reanimasi Unit
- 1) HCU
 - 2) ICU
 - 3) PICU
 - 4) NICU
- g. Instalasi perinatologi
- h. Instalasi Farmasi

- i. Instalasi Haemodialisa
- j. Instalasi Radiologi
- k. Instalasi Rehabilitasi Medik
- l. Instalasi Gizi
- m. Instalasi Pemulasaran Jenazah
- n. Instalasi Kamar Bersalin
- o. Instalasi Sterilisasi Sentral
- p. Instalasi SIMRS
- q. Instalasi Rekam Medik
- r. Instalasi K3
- s. Instalasi Pemeliharaan Sarana RS

3.2.2 Mengidentifikasi Konsep Manajemen Informasi Kesehatan di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

Berdirinya RSUD Kota Semarang dirintis oleh dr. H. Iman Soebekti, MPH pada awal tahun 1990 di atas lahan 9,2 Ha. Pengoperasian RSUD Kota Semarang diresmikan oleh Wali Kota Semarang waktu itu yaitu Bapak Iman Soeparto Tjakrayuda, SH. Pengoperasian RS dimulai lewat peresmian oleh Pembantu Wali Kota Semarang, Iman Soeparto Tjakrajuda, SH, berdasarkan SK tentang kelahiran RSUD kota Semarang yang dibuat oleh Walikota Soetrisno Suharto pada tanggal 17 Desember 1990.

Pada tahun 1993, diadakan Pembangunan Instalasi Bedah Sentral, Gedung Radiologi, dan Gedung Perawatan III, hingga mencapai 80 TT. Tahun 1994, Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1183/Menkes/SK/XI/1994 tentang Penetapan Kelas 41 Rumah Sakit Umum Daerah sebagai Rumah Sakit Umum Kelas D. Tahun 1995, tarif RS ditetapkan berdasarkan Perda Kotamadya Dati II No 1 Tahun 1995 tanggal 10 Maret 1995 dan jumlah tenaga 197 orang, terdiri dari 9 dokter spesialis, 2 apoteker, 50 tenaga perawat, 36 tenaga non perawat, 36 orang tenaga teknis dan administrasi, 46 TPHL. Tahun 1996, berdasarkan SK Menkes Nomor 536/Menkes/SK/VI/1996 meningkat menjadi Kelas C. Tahun 2003, peningkatan status Kelas C menjadi Kelas B berdasarkan SK Menkes Nomor 194/Menkes/SK/II/2003. Tahun 2006, penataan pengelolaan SOTK yang

tertuang dalam Perda Nomor 3 Tahun 2006 tentang Pembentukan SOTK RS Kelas. Tahun 2007, ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) berdasarkan SK Walikota Nomor 445/0174/2007 tanggal 18 Juni 2007. Dengan status tersebut, Rumah Sakit dituntut makin mengedepankan pelayanan kepada masyarakat. Tahun 2010, meraih sertifikasi Penuh Akreditasi 16 Pelayanan serta menerapkan standar ISO 9001-2008. Tepat tanggal 4 April 2016, meraih Sertifikat Akreditasi KARS versi 2012 dengan predikat LULUS PARIPURNA. Berdasarkan Peraturan Walikota Semarang Nomor 445/1156/2016 Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang berubah nama menjadi RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.

3.2.3 Mengidentifikasi Registrasi Semua Kunjungan di Unit Rawat Jalan atau Rawat Inap

a. Sistem Penamaan

Sistem penamaan pada dasarnya untuk memberikan identifikasi kepada pasien serta untuk membedakan pasien yang satu dengan pasien yang lainnya, sehingga mempermudah atau memperlancar didalam memberikan pelayanan rekam medis kepada pasien. Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang menggunakan sistem penamaan langsung yaitu yang ditulis di dalam database adalah nama pasien itu sendiri berdasarkan kartu tanda pengenal dan ditambahkan sesuai wawanacra terakhir.

Prinsip utama yang harus di taati oleh petugas pencatatan adalah nama pasien lengkap, minimal terdiri dari dua suku kata dengan demikian nama pasien juga akan tercantum dalam rekam medis akan menjadi satu di antar kemungkinan ini :

- 1) Nama pasien sendiri, apabila namanya sudah terdiri dari dua suku kata atau lebih.
- 2) Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama suami, apabila nama pasien seorang perempuan bersuami.
- 3) Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama orang tua (biasanya nama ayah). Bagi Pasien yang mempunyai nama keluarga/marga maka nama

keluarga/marga atau username didahulukan dengan kemungkinan diikuti nama sendiri.

- 4) Penamaan ibu atau perempuan yang sudah menikah biasanya ditambahi dengan tulisan Ny. Kemudian nama pasien sedangkan untuk perempuan yang belum menikah ditulis Nn.
- 5) Penamaan bapak atau laki-laki biasanya ditambahin dengan tulisan Tn. Kemudian nama pasien
- 6) Penamaan bayi baru lahir biasanya ditambahin dengan tulisan By. Ny kemudian nama ibu, sedangkan jika anak ditulis An.

b. Sistem Penomoran

Rekam medis pada Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang disimpan, yaitu menggunakan “Unit Numbering System” sistem ini memberikan satu unit rekam medis baik kepada pasien berobat rawat inap maupun pasien di rawat jalan, pada saat seseorang menderita berkunjung pertama kali ke Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang apakah sebagai penderita berobat jalan ataupun untuk dirawat inap, kepadanya diberikan suatu nomor yaitu akan dipakai selamanya untuk kunjungan seterusnya, sehingga rekam medis penderita selamanya hanya tersimpan didalam suatu berkas, petugas diperintahkan agar selalu menanyakan apakah seorang pengunjung sudah pernah berkunjung ke Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang sebelumnya atau belum, jika terjadi kekeliruan dimana seseorang penderita diberikan lagi nomor yang baru padahal ia telah mempunyai nomor, kekeliruan ini dapat diperbaiki dengan membatalkan nomor baru dengan tetap menyimpan rekam medisnya pada nomor lama. Sistem unit yang digunakan mempengaruhi rencana perkembangan ruang tempat penyimpanan perlu sekali ruang kosong pada rak penyimpanan karena tempat tersebut berguna untuk menyimpan rekam medis yang tebal.

Bertambahnya satu rekam medis menjadi berjilid-jilid, karena seringnya pasien-pasien tersebut mendapat pelayanan (dirawat) di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang. Kadang-kadang begitu seringnya seseorang penderita dirawat sehingga rekam medisnya harus dibuat jilid yang

baru, karena terlalu tebal jika hanya satu jilid saja. Untuk mengingatkan petugas penyimpanan tentang hal ini, maka pada setiap jilid harus dibuat catatan nomor jilid dan jumlah jilidnya, misalnya: jilid 1 dari 2, jilid 2 dari 2.

c. Sumber/Bank nomor

Untuk sumber Nomor Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang membuat satu "Bank Nomor" terdiri dari enam angka, menggunakan sistem angka akhir (*Terminal Digit Filing*) dengan menentukan nomor awal dimuali dari 1-00-00 sampai dengan 1-99-99. Bank nomor dikeluarkan oleh sistem komputer yang secara otomatis akan mengeluarkan satu nomor baru setiap entri data pasien.

d. Perubahan sistem penomoran

Tidak ada perubahan sistem penomoran dari awal.

e. Pembuatan KIB

Kartu Identitas Berobat (KIB) unit pendaftaran gawat darurat menggunakan kertas. Pernah diadakan KIB IGD akan tetapi seiring berjalannya waktu KIB tersebut ditiadakan karena pasien IGD jarang membawa KIB dan untuk menghemat kertas, maka dibuatkan KIB yang bukan terbuat dari kertas.





Gambar 3. 1 KIB

- f. Melakukan indeksing pasien dengan media elektronik
- g. Mengisi Identitas data sosial jenis-jenis formulir rekam medis di rawat jalan, rawat inap dan unit gawat darurat

Identitas data sosial pada setiap formulir terdapat nama pasien, tanggal lahir, No.RM, pekerjaan, alamat, penjamin, ruang, kelas, agama, No. telpon, hubungan dengan pasien atau wali

1) Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang telah menggunakan paperless sehingga tidak menggunakan kertas. Semua pasien rawat jalan telah terkomputerisasi dalam sistem informasi rumah sakit (MEDIFIRST2000). Jadi, pada rawat jalan tidak ada formulir selain formulir kendali pasien, formulir kontrol kembali, dan formulir SEP (untuk pasien BPJS).

2) Rawat Inap

a) Identifikasi Jenis-Jenis Formulir Rawat Inap (Anak)

No	Nama Form	Keterangan
1	RM 1 2A	Assesmen awal pasien rawat inap anak -Assesmen resiko jatuh Assesmen nyeri (untuk anak > 3 tahun) -Hubungan sosial -Pemeriksaan fisik -Pengkajian persistem

		-Analisis masalah keperawatan -Rencana keperawatan interdisiplin -Pengkajian medis
2	RM 1 3	Lembar catatan terintegrasi
3	RM 1 4	Lembar penempelan hasil pemeriksaan laboratorium dan <i>rontgen</i>
4	RM 1 4A	Lembar catatan pemberian obat atau infuse
		rekonsiliasi terapi dan serah terima obat atau alat dari
5	RM 1 7V	Formulir kesehatan dari pasien
6	RM 1 2G	Asesmen lanjutan dan monitoring
7	RM 1 10	Implementasi keperawatan
8	RM 1 12A	Pengkajian ulang pasien jatuh kepada pasien anak
9	RM 1 8B	<i>Checklist</i> orientasi pasien baru
10	RM 1 8B	Checklist kepulangan pasien
11	RM 1 1B	Rencana pulang pasien
12	RM 1 6S	Lembar edukasi pasien dan keluarga
13	RM 1 1A	Resume medis pasien pulang

Tabel 3. 1 Jenis-Jenis Formulir Rawat Inap (Anak)

b) Identifikasi Jenis-Jenis Formulir Rawat Inap (Bayi Baru Lahir)

No	Nama Form	Keterangan
1	RM 1 3 J	Lembar identifikasi bayi baru lahir
2	RM 1 2 D	Assesmen awal pasien rawat inap neonates
3	RM 1 3 I	Laporan persalinan 2
4	RM 1 2 D	Data masalah keperawatan dan kalaborasi
5	RM 1 2 A	Tingkat ketergantungan
6	RM 1 3 C	Lembar catatan terintegrasi
7	RM 1 4	Lembar penempelan hasil pemeriksaan laboratorium dan <i>rontgen</i>
8	RM 1 4 A	Lembar catatan pemberian obat atau infuse
9	RM 1 7 V	Formulir rekonsiliasi terapi dan serah terima obat atau alat kesehatan dari pasien
10	RM 1 29	Assesmen lanjutan dan monitoring
11	RM 1 10	Implementasi keperawatan
12	RM 1 10	Checklist kepulangan pasien
13	RM 1 8 A	Checklist kepulangan pasien
14	RM 1 8 B	Rencana pemulangan pasien
15	RM 1 6 S	Lembar edukasi pasien dan keluarga
16	RM 1 1 A	Resume medis pasien pulang

Tabel 3. 2 Jenis-Jenis Formulir Rawat Inap (Bayi Baru Lahir)

c) Identifikasi Jenis-Jenis Formulir Rawat Inap (Dewasa Dengan Diagnosa Penyakit Dalam Dan Bedah)

No	Nama Form	Keterangan
1	RM 1 2	Assesmen awal pasien rawat inap - Pengkajian medis - Pengkajian keperawatan - Review keperawatan
2	RM 1 3C	Lembar catatan terintegrasi
3	RM 1 4	Lembar penempelan hasil pemeriksaan laboratorium dan <i>rontgen</i>
4	RM 1 4A	Lembar catatan pemberian obat atau alat kesehatan
5	RM 1 7V	Formulir rekonsiliasi terapi dan serah terima obat atau alat kesehatan dari pasien
6	RM 1 2G	Assesmen lanjutan dan monitoring
7	RM 1 1O	Implementasi keperawatan
8	RM 1 8A	Ceklist orientasi pasien baru
9	RM 1 8B	Ceklist keputihan pasien
10	RM 1 1B	Rencana keputihan pasien
11	RM 1 6S	Lembar edukasi pasien dan keluarga
12	RM 1 1A	Resume medis pasien dan keluarga

Tabel 3. 3 Jenis-Jenis Formulir Rawat Inap (Dewasa Dengan Diagnosa Penyakit Bedah Dalam)

d) Identifikasi jenis-Jenis Formulir Rawat Inap (Kebidanan)

No	Nama Form	Keterangan
1	RM 1 2C	Assesmen awal pasien rawat inap Gynekologi a. Pengkajian medis b. Pengkajian keperawatan
2	RM 1 2B	c. Review pengkajian nyeri d. Review resiko jatuh e. Review ketergantungan pasien f. Skrining nutrisi g. Daftar masalah keperawatan
3	RM 1 3C	Lembar catatan terintegrasi
4	RM 1 4	Lembar penempelan hasil pemeriksaan laboratorium dan <i>rontgen</i>
5	RM 1 4A	Lembar catatan pemberian obat dan infuse
6	RM 1 7V	Formulir rekonsiliasi terapi dan serah terima obat atau alat kesehatan dari pasien
7	RM 1 29	Assesmen lanjutan dan monitoring
8	RM 1 10	Implementasi keperawatan
9	RM 1 8A	Checklist orientasi pasien baru
10	RM 1 8B	Checklist keputihan pasien
11	RM 1 1B	Rencana keputihan pasien
12	RM 1 6S	Lembar edukasi pasien dan keluarga
13	RM 1 1A	Resume medis pasien pulang

Tabel 3. 4 jenis-Jenis Formulir Rawat Inap (Kebidanan)

e) Identifikasi Jenis-Jenis Formulir Rawat Inap (Melahirkan)

No.	Nama Form	Keterangan
1	RM 1 2B	a Pengkajian medis b Pengkajian keperawatan c Review pengkajian nyeri d Review resiko jatuh e Review ketergantungan pasien f Skrining nutrisi
2	RM 1 3C	Lembar catatan terintegrasi
3	RM 1 4	Lembar penampilan
4	RM 1 4A	Lembar catatan pemberian obat dan infuse Formulir rekonsiliasi terapi dan serah
5	RM 1 7A	terima obat atau alat Kesehatan
6	RM 1 2G	Assesmen lanjutan dan monitoring
7	RM 1 1O	Implementasi keperawatan
8	RM 1 3I	Lembar persalinan 1
9	RM 1 3I	Lembar persalinan 2
10	RM 1 3N	Patograf persalinan
11	RM 1 3M	Inisiasi menyusui dinio
12	RM 1 3K	Nifas
13	RM 1 8A	Cheklis kepulangan pasien
14	RM 1 8B	Cheklis pemulangan pasien
15	RM 1 1B	Rencana pemulangan pasien
16	RM 1 6S	Lembar edukasi pasien dan keluarga
17	RM 1 1A	Resume medis pasien pulang

Tabel 3. 5 Jenis-Jenis Formulir Rawat Inap (Melahirkan)

f) UGD

No	Nama Form	Keterangan
1	RMGD. 2	Assesmen Triage

Tabel 3. 6 Formulir UGD

h. Mengisi jenis jenis buku register pendaftaran pasien baru/lama rawat jalan/rawat inap

RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang tidak memiliki buku register untuk pasien baru/lama rawat inap maupun rawat jalan, karena seluruhnya sudah terkomputerisasi dan hanya ada buku sensus untuk mendata ketersediaan kamar atau ruangan kosong setiap sift.

i. Melengkapi Dokumen Rekam Medis

Kegiatan melengkapi dokumen rekam medis di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang dilakukan pada bagian PJRM, dimana formulir rekam medis yang telah disatukan, dilakukan pengecekan kelengkapan pengisian

oleh petugas, formulir yang pengisiannya masih belum lengkap akan dilengkapi oleh petugas, untuk tanda tangan yang belum terisi maka berkas akan dikembalikan ke petugas rawat inap lalu petugas tersebut menyampaikan kepada dokter untuk melengkapi tanda tangan. Kelengkapan dokumen rekam medis yaitu setiap bangsal di ruang rawat inap sesuai SOP pengembalian berkas 2 x 24 jam.

j. Distribusi rekam medis ke poliklinik/rawat inap

Kegiatan pendistribusian berkas rekam medis RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang pada bagian IGD ke ruang rawat inap dilakukan oleh portir yang sekaligus mengantarkan pasien ke ruang rawat inap. Sedangkan pada rawat jalan berkas rekam medis akan di distribusikan ke poliklinik oleh petugas filing melalui mesin aeorob.

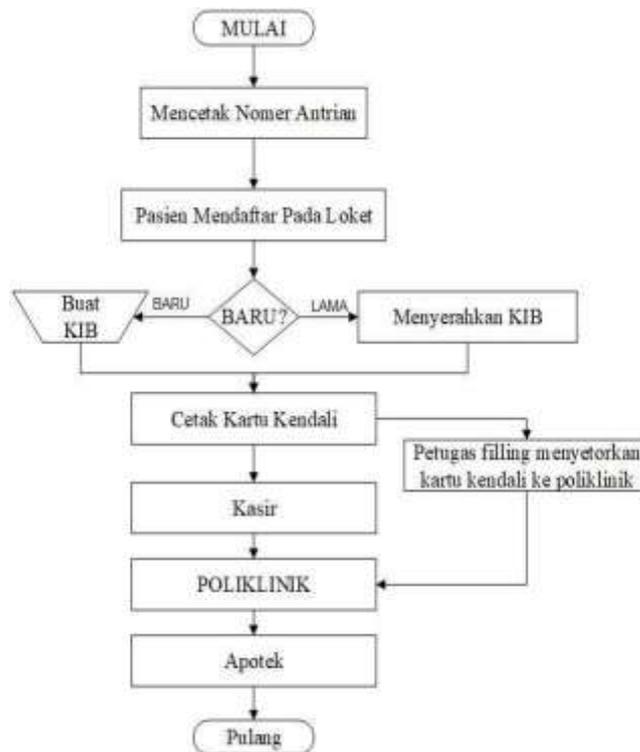
3.2.4 Mengidentifikasi alur prosedur penerimaan pasien yang datang ke RS

a. Penerimaan Pasien rawat jalan baru/lama/gawat darurat/rawat inap

1) Prosedur Penerimaan Pasien Rawat jalan

a) Umum

Pendaftaran pasien umum merupakan proses mendaftar yang dilakukan oleh pasien dengan biaya pengobatan dan perawatan sendiri tanpa menggunakan jaminan asuransi. Berikut ini merupakan prosedur penerimaan pasien umum rawat jalan di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang



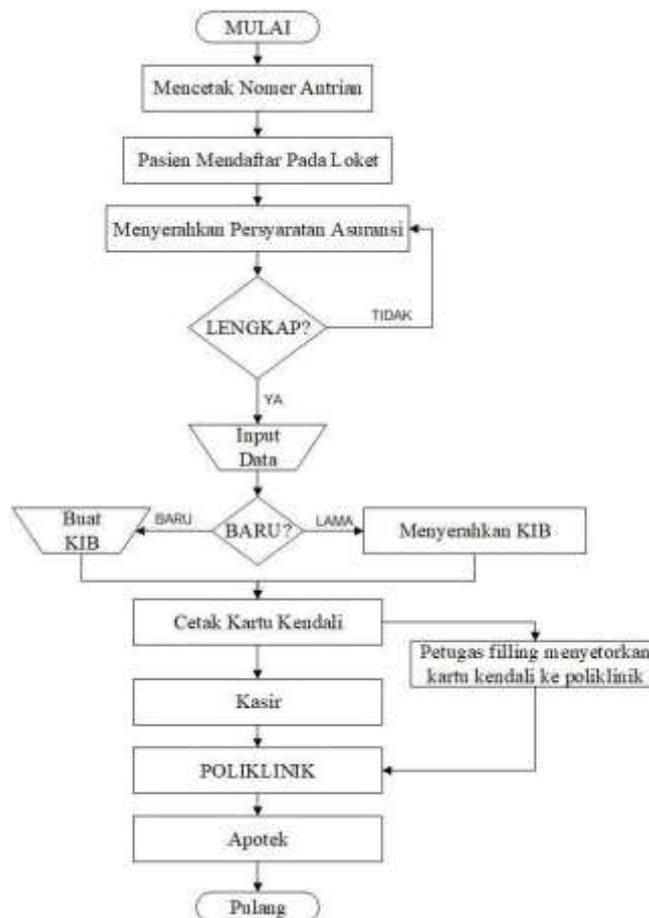
Gambar 3. 2 Prosedur Penerimaan Pasien Rawat jalan

Prosedur penerimaan pasien umum rawat jalan sebagai berikut :

- a. Mencetak nomor antrian otomatis.
- b. Memanggil nomor antrian secara otomatis.
- c. Petugas menerima nomor antrian dan pasien mendaftar pada loket.
- d. Untuk pasien baru dibuatkan KIB (Kartu Indeks Berobat) dengan meminjam terlebih dahulu kartu identitas yang dimiliki pasien kemudian memasukkan data pasien baru pada *MEDIFIRST2000*, sedangkan untuk pasien lama menyerahkan KIB (Kartu Indeks Berobat) kemudian petugas mencari data pasien di *MEDIFIRST2000*.
- e. Petugas menanyakan Poliklinik yang akan dituju pasien.
- f. Memasukkan data sesuai dengan aplikasi *MEDIFIRST2000*.
- g. Petugas mencetak kartu kendali rangkap 3.
- h. Memberikan bukti pendaftaran kepada pasien (lembar merah muda).
- i. Petugas filing menyerahkan berkas pasien ke Poliklinik (lembar putih dan kuning).

- j. Petugas pendaftaran memberikan edukasi kepada pasien agar selalu membawa KIB setiap kali berobat.
 - k. Mengarahkan ke kasir untuk membayar terlebih dahulu.
 - l. Sarankan pasien ke Poliklinik setelah membayar.
 - m. Setelah berobat pasien menuju apotek dengan membawa lembar kuning.
 - n. Pasien pulang.
- b) Asuransi (BPJS, Jasa Raharja, dll)

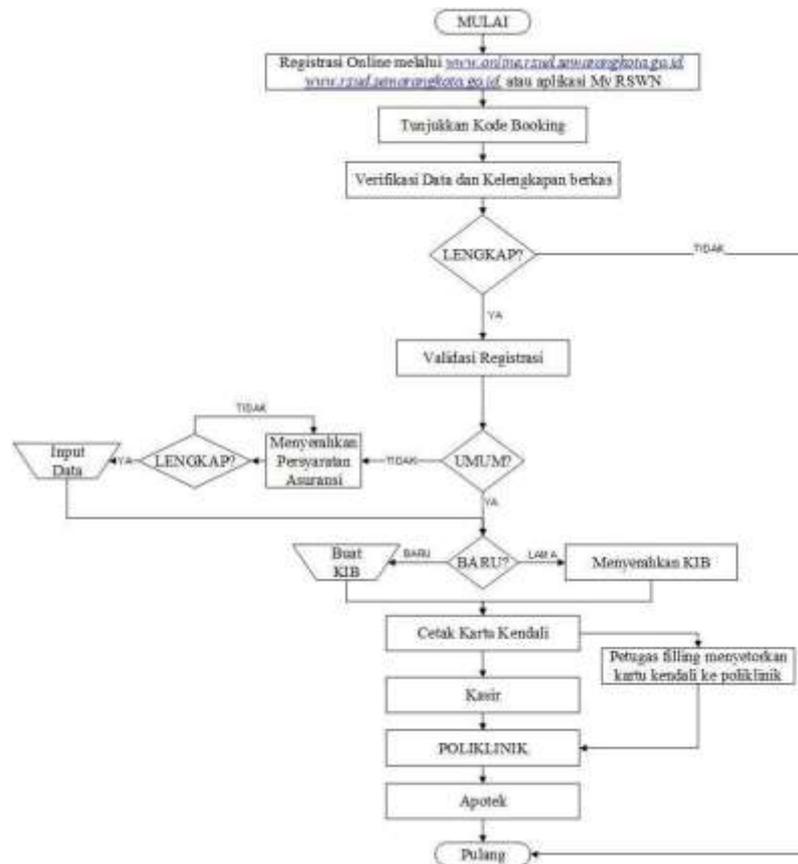
Pendaftaran pasien asuransi membutuhkan beberapa persyaratan asuransi yang harus dilengkapi daripada pasien umum. Berikut ini merupakan prosedur penerimaan pasien asuransi rawat jalan:



Gambar 3. 3 Prosedur penerimaan pasien asuransi rawat jalan

Prosedur penerimaan pasien asuransi rawat jalan sebagai berikut :

- a. Mencetak nomor antrian otomatis.
 - b. Memanggil nomor antrian secara otomatis.
 - c. Petugas menerima nomor antrian dan pasien mendaftar pada loket.
 - d. Pasien menyerahkan syarat pendaftaran untuk pasien BPJS ataupun asuransi lain.
 - e. Petugas mengecek berkas persyaratan pasien BPJS ataupun asuransi lain apabila lengkap pasien dapat mendaftar, sedangkan apabila tidak lengkap pasien harus melengkapi berkas persyaratan terlebih dahulu.
 - f. Untuk pasien dewasa asuransi BPJS maka harus menggunakan *fingerprint* terlebih dahulu untuk validasi kepesertaan BPJS.
- c) Online
- RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang telah menerapkan sistem pendaftaran online untuk memudahkan pasien yang ingin mendaftar dari luar rumah sakit. Berikut ini merupakan prosedur pendaftaran online pasien rawat jalan:

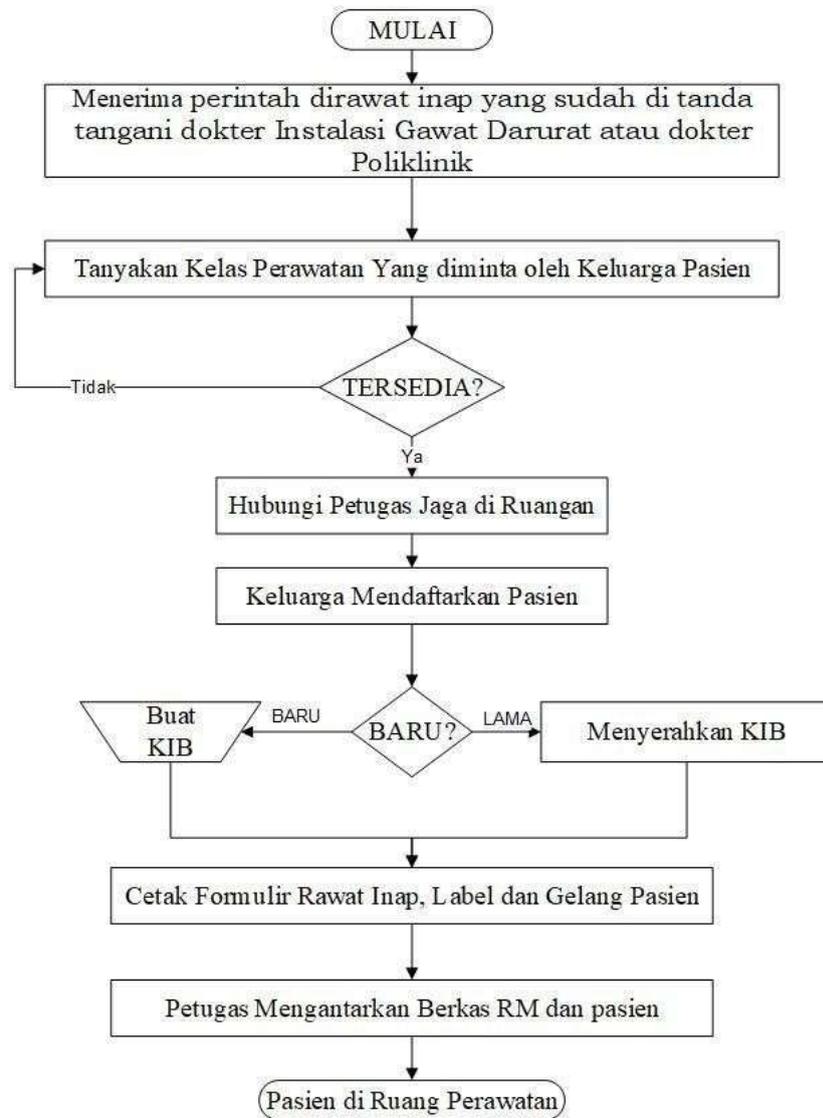


Gambar 3. 4 Prosedur pendaftaran online pasien rawat jalan

Prosedur pendaftaran online pasien rawat jalan sebagai berikut :

- Pendaftaran online dapat dilaksanakan 24 jam.
- Pendaftaran dapat dilakukan 3 (tiga) hari sebelumnya sampai dengan hari itu pasien berobat.
- Registrasi pendaftaran online ditutup pukul 10.00 WIB.
- Lakukan pendaftaran Online di website Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang yaitu www.online.RumahSakitUmumDaerah.semarangkota.go.id; www.RumahSakitUmumDaerah.semarangkota.go.id, atau aplikasi My RSWN yang tersedia di playstore dan app store
- Lakukan tahapan sesuai yang ada di program pendaftaran online.
- Berikan / tunjukkan kode booking atau no Rekam Medis ke customer service.

- g. Kode Booking Online akan dilayani dibagian pendaftaran pasien sesuai jam pelayanan pendaftaran Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang . Kode booking hanya berlaku satu kali kunjungan sesuai tanggal pendaftaran.
 - h. Lakukan verifikasi data kelengkapan berkas pendaftaran pasien oleh customer service.
 - i. Jika berkas lengkap, customer service memvalidasi ke bagian pendaftaran Rawat jalan.
 - j. Jika berkas tidak lengkap pendaftaran online tidak bisa diproses
 - k. Daftari pasien sesuai poliklinik yang dituju.
 - l. Buat dan cetak jaminan SEP (Surat Eligibilitas Peserta)
 - m. Masukkan data-data yang diperlukan ke dalam aplikasi rekam medis sistem komputer RS (MEDIFIRST2000).
 - n. Cetak kartu kendali
 - o. Cetak KIB (Kartu Identitas Berobat) untuk pasien baru.
 - p. Serahkan KIB kepada pasien.
 - q. Memberikan bukti pendaftaran.
 - r. Beri edukasi agar selalu membawa KIB setiap kali berobat ke Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.
 - s. Arahkan ke kasir untuk pasien umum.
 - t. Arahkan pasien menuju poliklinik yang dituju
 - u. Setelah berobat pasien menuju apotek dengan membawa lembar kuning.
 - v. Pasien pulang.
- 2) Prosedur Penerimaan Pasien Rawat Inap



Gambar 3. 5 Prosedur penerimaan pasien rawat inap

Prosedur penerimaan pasien rawat inap sebagai berikut :

- a) Terima perintah dirawat inap yang sudah di tanda tangani dokter Instalasi Gawat Darurat atau dokter Poliklinik yang dibawa pasien atau keluarga.
- b) Beri penjelasan umum tentang hak kewajiban pasien, persetujuan pelayanan kesehatan dan prosedur pasien rawat inap kepada pasien atau keluarga.
- c) Tanyakan kelas perawatan yang diminta pasien atau keluarga serta pembayaran yang akan digunakan selama pasien di rawat Inap.

- d) Cek dan konfirmasikan ruangan perawatan yang tersedia.
 - 1) Jika ruang perawatan yang dikehendaki pasien tersedia, tuliskan ruang perawatan dan data pasien tersebut di form admission note pada aplikasi MEDIFIRST2000
 - 2) Jika ruang perawatan yang dikehendaki pasien tidak tersedia, carikan ruang perawatan yang lain bisa naik kelas maupun turun kelas berdasar jenis penyakit pasien serta berdasar cara bayar dan kesanggupan pasien.
 - e) Hubungi petugas jaga di ruangan untuk memesan ruangan tersebut dengan menyebutkan identitas pasien minimal nama, nomor rekam medis dan diagnosanya.
 - f) Registrasi data pasien rawat inap pada program MEDIFIRST2000.
 - g) Cetak formulir rawat inap, label dan gelang pasien.
 - h) Berikan berkas rawat inap dan label kepada petugas pengantar pasien.
 - i) Berikan gelang identitas pasien kepada :
 - 1) Petugas pengantar pasien jika pasien rawat inap mendapat perintah di rawat inap dari Poliklinik.
 - 2) Perawat Instalasi Gawat Darurat jika pasien rawat inap mendapat perintah dirawat inap dari Instalasi Gawat Darurat.
 - 3) Perawat Instalasi Hemodialisa jika pasien rawat inap mendapat perintah dirawat inap dari Instalasi Hemodialisa.
 - j) Pasien dirawat di ruang perawatan.
- b. Ketentuan umum penerimaan pasien rawat jalan/inap/darurat di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang
- 1) Pasien membawa KIB (jika pasien sudah pernah berobat di RSD K.R.M.T Wongsonegoro)
 - 2) Pasien membawa KTP/KK (jika pasien masih belum pernah berobat di RSD K.R.M.T Wongsonegoro atau pasien lupa membawa KIB)
 - 3) UHC, yang merupakan BPJS khusus warga semarang dan hanya kelas

Jika BPJS tidak premi (peserta tidak membayar iuran BPJS) maka akan diberikan jangka waktu selama 2 hari untuk memperpanjang, bila pasien tidak membayar iuran akan dikategorikan sebagai pasien umum dari pemerintah

c. Prosedur pasien masuk untuk dirawat inap

Prosedur pasien masuk dirawat inap di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang yaitu pasien harus mematuhi peraturan yang ada yaitu:

- 1) Terima perintah dirawat inap yang sudah ditanda tangani oleh dokter
- 2) Beri penjelasan umum tentang hak kewajiban pasien, persetujuan pelayanan kesehatan dan prosedur pasien rawat inap kepada pasien atau keluarga
- 3) Tanyakan kelas perawatan yang diminta pasien atau keluarga serta jenis pembayaran yang digunakan
- 4) Cek dan konfirmasi ruangan perawatan yang tersedia

d. Prosedur selama pasien dirawat

Prosedur selama pasien dirawat di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang yaitu pasien harus mematuhi peraturan yang ada yaitu:

- 1) Pasien diperkenankan minum obat tanpa sepengetahuan dokter
- 2) Apabila pasien ingin keluar ruang rawat, pasien atau keluarga pasien harus meminta izin kepada perawat dan melaporkan jika sudah kembali
- 3) Jika pasien ingin pulang harus seizin dokter
- 4) Pasien dapat di besuk atau dikunjungi setiap hari Senin – Jumat jam 16.00-17.00 WIB, seriap Sabtu-Minggu ada tambahan jam 11.00-12.00 WIB
- 5) Pasien dipulangkan sesuai arahan dokter, jika pasien ingin pulang paksa harus atas izin dokter
- 6) Pada poin satu (4) hanya berlaku sebelum adanya virus omicron, namun setelah adanya virus omicron tidak ada jam besuk

e. Distribusi berkas rekam medis dari UGD ke ruang Rawat Inap

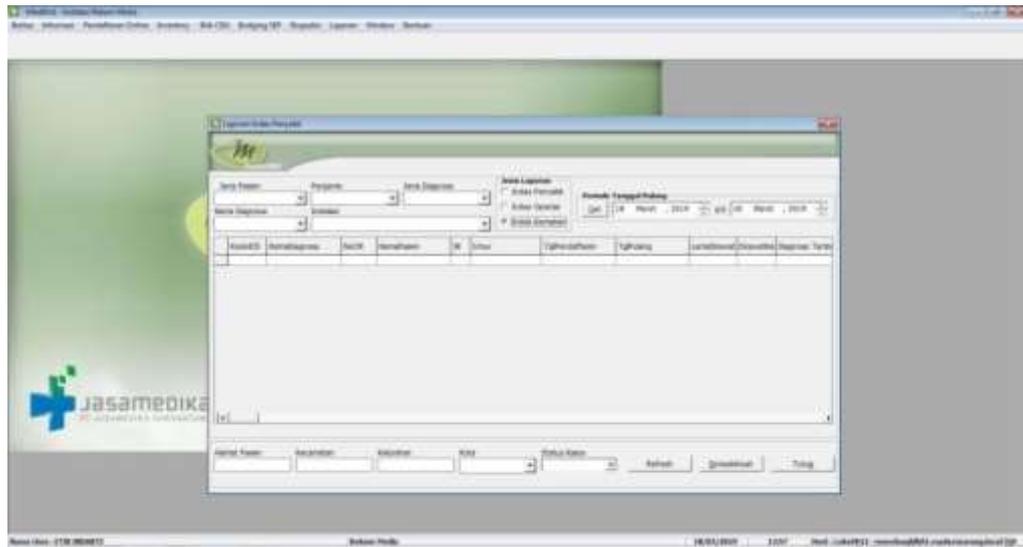
Kegiatan pendistribusian berkas rekam medis RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang pada bagian IGD ke ruang rawat inap dilakukan oleh portir yang sekaligus mengantarkan pasien ke ruang rawat inap.

3.2.5 Mengidentifikasi dan Melaksanakan Cara Pengisian

Kegiatan indeks/tabulasi di Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang sudah tidak dilakukan secara manual (kertas) oleh petugas rekam medis, melainkan sudah melalui sistem MEDIFIRST2000, sehingga ketika petugas memasukkan data pasien, secara otomatis sistem melakukan indeks. Adapun yang di indeks oleh sistem di Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang meliputi indeks penyakit, indeks operasi, indeks kematian dan indeks dokter.

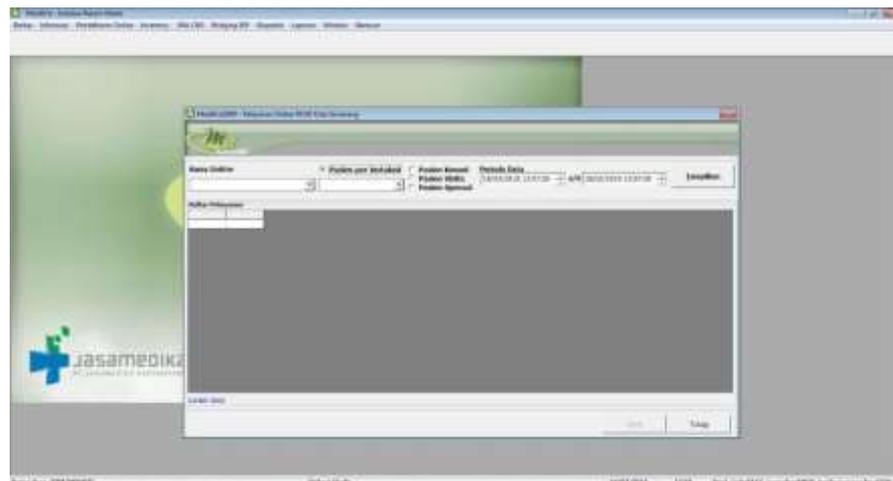
Laporan kegiatan indeks dapat dilihat melalui MEDIFIRST2000 pada menu “laporan” kemudian dipilih “laporan indeks penyakit” atau “laporan indeks dokter”. Pada bagian “laporan indeks penyakit” akan menghasilkan tampilan jendela sistem yang memuat indeks penyakit, indeks operasi dan indeks kematian. Petugas dapat memilih laporan indeks apa yang diinginkan untuk ditampilkan. Selain itu, petugas juga dapat memfilter data menjadi lebih spesifik lagi dengan memilih jenis pasien, penjamin, jenis diagnosa, nama diagnosa, instalasi, serta periode tanggal pulang yang diinginkan. Sehingga laporan indeks penyakit, indeks operasi dan indeks kematian yang diinginkan menjadi lebih spesifik dan akurat.

Data yang dihasilkan berupa tabel dengan beberapa data yang ditampilkan yaitu kode ICD, nama diagnosa, nomor rekam medis, nama pasien, jenis kelamin, umur, tanggal pendaftaran, tanggal pulang, lama dirawat dan lain-lain.



Gambar 3. 8 Indeks Kematian

Sedangkan, laporan kegiatan indeks dokter dapat dilihat melalui *MEDIFIRST2000* pada menu “laporan” kemudian dipilih “laporan indeks dokter”. Pada tampilan jendela sistem yang memuat indeks dokter, petugas dapat memilih dan memfilter data menjadi lebih spesifik dengan memilih nama dokter, pasien per instalasi, pasien kontrol, pasien visite atau pasien operasi serta periode tanggal data yang diinginkan. Sehingga laporan indeks dokter yang diinginkan menjadi lebih spesifik dan akurat. Data yang dihasilkan berupa tabel dengan beberapa data yang ditampilkan seperti gambar berikut:



Gambar 3. 9 Indeks Dokter

3.2.6 Melaksanakan Kegiatan assembling yang meliputi

- a. Penataan berkas rekam medis pasien baru, lama, rawat jalan, rawat inap, rawat darurat

Pada pelaksanaan kegiatan assembling, penataan berkas rekam medis rawat jalan dan IGD sudah terkomputerisasi di dalam SIMRS sehingga dalam berkas rekam medis rawat jalan maupun IGD tidak ada. Namun untuk penataan berkas rekam medis rawat inap masih dilakukan. Bentuk urutan penataan berkas rawat inap : ringkasan pasien masuk dan keluar; ringkasan pasien pulang; persetujuan umum; rencana pemulangan pasien; assesmen awal pasien rawat inap; sistem skoring; form observasi; lebar transfer pasien internal; assesmen lanjutan dan monitoring; form implementasi keperawatan; pengkajian ulang pasien jatuh; rencana asuhan; catatan pemberian obat; lembar EKG; rekonsiliasi; lembar edukasi.

- b. Analisis Kualitatif dan kuantitatif berkas Rekam Medis

Kegiatan analisis kuantitatif dan kualitatif di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang dilakukan pada dokumen rawat inap saja karena masih menggunakan kertas, namun juga sebagian telah terintegrasi dengan sistem di MEDIFIRST2000. Analisis kuantitatif dan kualitatif rekam medis dilakukan oleh PJRM (Penanggung Jawab Rekam Medis) yang ada pada tiap-tiap bangsal rawat inap. Selama pasien mendapatkan perawatan medis, maka PJRM bertugas untuk menilai dan mengecek kelengkapan formulir serta keakuratan data atau informasi rekam medis secara berkala. Hal ini memang dilakukan sedini mungkin supaya ketika pasien selesai mendapatkan perawatan dan diijinkan untuk pulang, rekam medis pasien dapat dikatakan sudah lengkap kemudian dilakukan perakitan formulir dengan urutan yang benar.

Kegiatan analisis kuantitatif sendiri digunakan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam medis rawat inap yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan. Telaah rekam medik secara kuantitatif dilaksanakan dengan mengevaluasi kelengkapan berbagai jenis formulir dan data/informasi pasien. Kegiatan yang dilakukan di antaranya menganalisis kebenaran identifikasi,

adanya laporan penting, autentifikasi dan pendokumentasian yang baik. Analisis kuantitatif dilakukan oleh PJRM dengan mengakses sistem KLPCM pada MEDIFIRST2000. Pada sistem terdapat item-item telaah rekaman yang harus diisi terkait lengkap atau tidak lengkapnya dokumen rekam medis pasien, yaitu identitas pasien, informed consent, laporan penting dan autentifikasi. PJRM akan mengecek dokumen rekam medis pasien, kemudian mengentry kelengkapan dokumen pada sistem sehingga akan menghasilkan laporan KLPCM.

Selain analisis kuantitatif, PJRM juga memiliki kewenangan untuk melakukan kegiatan analisis kualitatif, yaitu kegiatan yang dilakukan agar terciptanya isi rekam medis yang terhindar dari masukan yang tidak konsisten maupun pelanggaran terhadap rekaman yang berdampak pada hasil yang tidak akurat dan tidak lengkap. Kegiatan analisis kualitatif di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang tidak dilakukan secara khusus menggunakan formulir untuk menilai keakuratan dan konsistensi perawatan yang dilakukan pada dokumen rekam medis rawat inap. Analisis kualitatif juga dilakukan selama pasien mendapatkan perawatan di bangsal rawat inap. PJRM akan melakukan pengecekan setiap hari pada sistem MEDIFIRST2000 karena petugas medis menginput seluruh kegiatan perawatan medis yang dilakukan kepada pasien, baik anamnese, SOAP, tindakan penunjang serta obat-obatan yang diberikan. PJRM secara tidak langsung akan memantau konsistensi perawatan yang diberikan oleh petugas medis sebagai dasar untuk penentuan kode diagnosa dan tindakan. Hal ini akan membantu PJRM dalam melakukan monitoring atau simulasi tarif INACBG's untuk pencegahan biaya perawatan yang overcost.

Berdasarkan hal tersebut, maka kegiatan analisis kualitatif pada rekam medis rawat inap akan berjalan seiring dengan proses perawatan yang diterima pasien rawat inap. Sehingga ketika pasien selesai mendapatkan perawatan (dinyatakan pulang), maka PJRM akan menentukan kode diagnosa dan tindakan secara final berdasar pada konsistensi perawatan yang telah diberikan.

3.2.7 Mampu melakukan penyimpanan, pengambilan kembali dan penjajaran dokumen Rekam Medis yang meliputi:

- a. Mengambil kembali (reinterval) dokumen RM yang diperlukan/dipinjam untuk memenuhi kebutuhan pasien dan lainnya, termasuk pembuatan dan pemanfaatan tracer

Alur peminjaman dokumen rekam medis di RSD K.R.M.T Wongsonegoro dimulai dengan mengecek nomor pasien, apakah pasien tersebut termasuk pasien hidup atau meninggal. Setelah tahu status pasien cari dokumen di rak penyimpanan, jika tidak ada cari di buku ekspedisi untuk mengetahui dokumen dipinjam atau tidak. Kemudian ketika telah menemukan dokumen yang ingin dipinjam, tulis pada buku ekspedisi dokumen rekam medis atas nama pasien, nomor CM, nama peminjam, keperluan peminjam dan tulis ulang pada bagian belakang map.

- b. Melakukan kegiatan penjajaran dokumen RM yang digunakan sesuai kebijakan RS

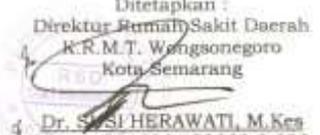
Penjajaran dokumen rekam medis yang dilakukan di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang yaitu menggunakan Terminal Digit Filing (TDF), dimana artinya adalah sistem penjajaran dengan sistem angka terakhir. Dokumen rekam medis diujarkan berdasarkan urutan nomor rekam medis pada dua angka kelompok akhir.

3.2.8 Mengidentifikasi SOP penyusutan dan pemusnahan Dokumen Rmd di Rumah Sakit, meliputi pemilahan, penyimpanan rekam medis inaktif penilaian dan pemusnahan dokumen rekam medis

 RSD K.R.M.T WONGSONEGORO SEMARANG	PEMISAHAN REKAM MEDIS AKTIF DAN INAKTIF		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	665.02.00.2022	03	1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 13 Januari 2022	Ditetapkan : Direktur Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang  Dr. SUCI HERAWATI, M.Kes NIP. 19641006 199003 2 006	
PENGERTIAN	Suatu kegiatan untuk memilah Dokumen Rekam Medis menjadi Rekam Medis Aktif dan Rekam Medis Inaktif. Rekam Medis Aktif adalah dokumen rekam medis yang masih dalam jangka waktu 5(lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan Rekam Medis Inaktif adalah dokumen rekam medis yang sudah melebihi jangka waktu 5(lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan		
TUJUAN	Mengurangi beban rak file dokumen rekam medis aktif. Mengambil dokumen rekam medis inaktif untuk dipindah ke ruang penyimpanan rekam medis inaktif.		
KEBIJAKAN	Surat Keputusan Direktur No. 630 Tahun 2021 tentang Kebijakan Pelayanan Rekam Medis Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.		
PROSEDUR	1. Pilah Rekam Medis inaktif. 2. Bawa Rekam Medis inaktif yang telah dipilah ke ruangan penyimpanan inaktif. 3. Jajarkan Rekam Medis tersebut pada rak di ruang penyimpanan inaktif secara <i>Terminal Digit Filling</i> (Sistem Angka Akhir). 4. Simpan (abadikan) dokumen yang bernilai guna meliputi: Ringkasan Masuk & Keluar, Resume Medis, Laporan Operasi, Identifikasi Bayi Baru Lahir, Laporan Persalinan, Surat Keterangan Kematian, Surat Kelahiran, Persetujuan Tindakan		

 RSD K.R.M.T WONGSONEGORO SEMARANG	PEMISAHAN REKAM MEDIS AKTIF DAN INAKTIF		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	665.02.00.2022	03	2/2
	<p>Medik dan dokumen lain yang dianggap penting.</p> <p>5. Buat daftar pertelaan untuk persiapan pemusnahan meliputi : No.RM, Nama, Alamat, tahun kunjungan terakhir, diagnosa.</p> <p>6. Rekam medis yang telah dibuat daftar pertelaan sudah bisa dimusnahkan.</p>		
UNIT TERKAIT	Instalasi Rekam Medis.		

Gambar 3. 10 SOP Pemisahan Rekam Medis Aktif dan Inaktif

 RSD K.R.M.T WONGSONEGORO SEMARANG	PEMUSNAHAN DOKUMEN REKAM MEDIS		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	666.02.00.2022	03	1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 13 Januari 2022	Ditetapkan : Direktur Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang  Dr. Susi HERAWATI, M.Kes NIP. 19641006 199003 2 006	
PENGERTIAN	Suatu usaha menghilangkan/memusnahkan dokumen rekam medis yang sudah in aktif, sehingga secara fisik berkas rekam medik telah berakhir fungsi nilai gunanya.		
TUJUAN	Pemusnahan dokumen rekam medis mengurangi kepadatan dokumen dibagian filing(penyimpanan) Menyelamatkan arsip yang bernilai guna tinggi serta mengurangi yang tidak bernilai guna atau yang nilai gunanya rendah/menurun.		
KEBIJAKAN	Surat Keputusan Direktur No. 630 Tahun 2021 tentang Kebijakan Pelayanan Rekam Medis Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajukan surat pemusnahan ke Direktur untuk dibentuk Tim Pemusnah dengan anggota yang diambil dari beberapa bagian, yaitu : Instalasi Rekam Medis, Bagian Tata Usaha, Bidang Pelayanan, Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja, Komite Keperawatan, Komite Medik. 2. Tetapkan jadwal retensi dan arsipkan dokumen rekam medis yang bernilai guna. 3. Simpan rekam medis rawat inap rumah sakit sekurang – kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan. 4. Musnahkan rekam medis setelah batas waktu 5 (lima) tahun dilampaui, kecuali resume medis, persetujuan tindakan medis dan dokumen rekam medis yang bernilai guna 		

	PEMUSNAHAN DOKUMEN REKAM MEDIS		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	666.02.00.2022	03	2/2
	5. Simpan resume medis, persetujuan tindakan medis dan dokumen rekam medis yang bernilai guna untuk jangka waktu 10 (sepuluh) tahun terhitung dari tanggal dibuatnya resume medis dan persetujuan tindakan medis tersebut. 6. Penyimpanan resume medis, persetujuan tindakan medis dan dokumen rekam medis yang bernilai guna dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan Rumah Sakit 7. Buat Berita Acara Pemusnahan yang diketuai Direktur Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang. 8. Berita Acara pemusnahan asli disimpan di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang dengan tembusan Ditjend Yanmed Depkes RI. 9. Musnahkan dokumen rekam medis yang tidak bernilai guna dengan cara dibakar di incenerator Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Rekam Medis. 2. Bagian Tata Usaha 3. Bidang Pelayanan 4. Komite Medis 5. Komite Keperawatan 6. Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja		

Gambar 3. 11 SOP Pemusnahan Berkas Rekam Medis

3.2.9 Mendesain Formulir baik berbasis manual maupun elektronik

a. Merancang konstruksi formulir baik manual maupun elektronik

Rancangan konstruksi formulir disusun oleh panitia rekam medis dan unit rekam medis bertugas untuk merapikan format dan mencetak formulir. Format formulir akan di uji coba dengan cara digunakan oleh para petugas medis yang bertanggung jawab untuk mengisi formulir tersebut. Apabila ada poin pada formulir yang perlu dihilangkan atau ditambah maka akan dilakukan revisi pada formulir tersebut. Sedangkan untuk perancangan formulir elektronik dilakukan oleh unit TI rumah sakit yang disesuaikan dengan kebutuhan petugas.

b. Pengendalian formulir RM

Dilihat dari kunjungan pasien kemudian setiap unit otomatis merancang jumlah kebutuhan formulir dan diajukan kepada panitia rekam medis.

c. Analisa format formulir

Format formulir dirancang kemudian diajukan ke panitia rekam medis, setiap ada poin pada formulir yang dianggap sama dengan formulir lain maka format formulir direvisi dan di serahkan ke panitia rekam medis.

d. Merancang data dasar pelayanan kesehatan

Data dasar pelayanan yang digunakan pada ukrm adalah data identifikasi pasien. Karena kegiatan utama UKRM adalah melakukan identifikasi pasien guna melakukan peningkatan perbaikan dan pemeliharaan mutu pelayanan.

3.2.10 Menghitung jumlah kebutuhan PMIK (PJRM) di rekam medis dengan menggunakan ABK-Kes

Fasilitas Pelayanan Kesehatan yaitu Rsd K.R.M.T Kota Semarang, Kelompok SDM (Sumber Daya Manusia Kesehatan) adalah Tenaga Keterampilan Rekam Medis dan Jenis SDM yaitu Petugas Rekam Medis dengan pendidikan minimal D-III Rekam Medis (Badan PPSDM Kesehatan, 2015). Mengetahui Waktu Kerja Tersedia Petugas PJRM di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

No.	Kode	Komponen	Keterangan	Rumus	Jumlah	Satuan
	A	B	C	D	E	F
1.	A	Hari kerja	6 hr kerja/mg	52 mg	312	hr/th
2.	B	Cuti pegawai	Peraturan Kepegawaian		0	hr/th
3.	C	Libur nasional	Dalam 1th (Kalender)		15	hr/th
4.	D	Diklat/pelatihan/rapat	Rata-rata dalam 1 thn		12	hr/th
5.	E	Absen (Sakit, dll)	Rata-rata dalam 1 thn		9	hr/th
6.	F	Waktu Kerja (dalam 1 mg)	PP 35/2021		37	jam/mg
7.	G	Jam Kerja Efektif(JKE)	Permen PAN-RB 26/2011	$75\% \times 37$ jam	27,75	jam/mg
8.	WK	Waktu Kerja (dlm 1hr)	6 hr kerja/mg	$E7/6$	4,625	jam/mg
9.	WKT	Waktu Kerja Tersedia (hari)	6 hr kerja/mg	$E1 - (E2+E3+E4 +E5)$	276	hr/th
10.		Waktu Kerja Tersedia	6 hr kerja/mg	$E1 - (E2+E3+E4$	1.276,5	jam/th

(jam)	+E5)×E8		
Waktu Kerja Tersedia (WKT) ... dibulatkan (dalam jam)	1.276,5	Jam/th	
Waktu Kerja Tersedia (WKT) ... dibulatkan (dalam menit)	76.590	Mnt/th	

Tabel 3. 7 Mengetahui Waktu Kerja Petugas PJRM

Berdasarkan Tabel di atas, menjelaskan proses perhitungan Waktu Kerja Tersedia (WKT) di unit PJRM dan didapatkan hasil 1.276,5 jam/tahun dan 76.590menit/tahun.

No	Jenis Tugas	Kemampuan Beban Kerja	Norma Waktu	Satuan
1	Tugas Pokok	Mengecek kelengkapan DRM	5	mnt/DRM
		Menata DRM sesuai urutan	5	mnt/DRM
		Mengevaluasi kesesuaian diagnosa dan atau tindakan yang tertulis di RMI.1 (Ringkasan pasien masuk & keluar) dan atau RMI.24 (Ringkasan Pulang Pasien) terhadap DRM lain milik pasien yang sama pada periode perawatan tersebut	6	mnt/DRM
		Mengkode dan menginput kode penyakit dan atau kode tindakan DRM rawat inap	5	
		Mengkode dan menginput kode diagnosa kematian pada pasien meninggal	5	
		Membantu membuat resume	4	
		Melakukan simulasi grouping diagnosa dan atau tindakan pada pasien rawat inap	3	
		Memantau kemungkinan terjadinya over cost atau over LOS	4	
		Menginformasikan kejadian over cost atau over LOS kepada petugas pemberi asuhan dan pihak terkait (Case Manajer, Kepala Ruang dan Ketua Tim Ruangan	3	
		Menginput KLPCM pasien yg	15	

	sudah pulang/meninggalkan RS	
	Melakukan simulasi grouping diagnosa dan atau tindakan pada pasien rawat inap tertentu untuk persetujuan tindakan ke bagian pelayanan	4
	Meng-ACC-kan pasien pulang ke Casemix	2
	Melakukan <i>final</i> dan kirim bank data pada pasien penjamin BPJS. maupun kirim resep pada pasien kemenkes	2
Tugas Tambahan	Melakukan update pelaporan pasien covid 19	4
2. Tugas Penunjang	Pelatihan/Diklat	12

Tabel 3. 8 Norma Waktu

Tabel di atas menjabarkan norma waktu dari setiap petugas yang dilakukan oleh unit PJRM, baik tugas pokok maupun tugas penunjang.

No	Kegiatan	Norma Waktu	WKT (Menit)	SBK (WKT/Norma Waktu)
1.	Mengecek kelengkapan DRM	5	76.590	15.318
2.	Menata DRM sesuai urutan	5	76.590	15.318
3.	Mengevaluasi kesesuaian diagnosa dan atau tindakan yang tertulis di RMI.1 (Ringkasan pasien masuk & keluar) dan atau RMI.24 (Ringkasan Pulang Pasien) terhadap DRM lain milik pasien yang sama pada periode perawatan tersebut	6	76.590	12.765
4.	Mengkode dan menginput kode penyakit dan atau kode tindakan DRM rawat inap	5	76.590	15.318
5.	Mengkode dan menginput kode diagnosa kematian pada pasien meninggal	5	76.590	15.318
6.	Membantu membuat	4	76.590	19.148

	resume			
7.	Melakukan simulasi grouping diagnosa dan atau tindakan pada pasien rawat inap	3	76.590	25.530
8.	Memantau kemungkinan terjadinya Over Cost atau Over LOS	4	76.590	19.148
9.	Menginformasikan kejadian Over Cost atau Over LOS kepada petugas pemberi asuhan dan pihak terkait (Case Manajer. Kepala Ruang dan Ketua Tim Perawat Ruangan)	3	76.590	25.530
10.	Menginput KLPCM pasien yg sudah pulang/ meninggalkan RS	15	76.590	5.106
11.	Melakukan simulasi grouping diagnosa dan atau tindakan pada pasien rawat inap tertentu untuk persetujuan tindakan ke bagian pelayanan	4	76.590	19.148
12.	Meng-ACC-kan pasien pulang ke Casemix	2	76.590	38.295
13.	Melakukan final dan kirim bank data pada pasien penjamin BPJS. maupun kirim resep pada pasien kemenkes	2	76.590	38.295
14.	Melakukan update pelaporan pasien covid 19	4	76.590	19.148
SBK		52,443	76.590	1.460,72

Tabel 3. 9 Hasil SBK

Berdasarkan tabel di atas, didapatkan hasil SBK yaitu 1.460,72 yang dibulatkan menjadi 1.461. Standar Beban Kerja (SBK) merupakan volume atau kuantitas beban kerja untuk tiap jenis SDM selama satu tahun. SBK disusun berdasarkan waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan setiap kegiatan (Rata-rata Waktu atau Norma Waktu) dan Waktu Kerja Tersedia (WKT) yang telah ditetapkan. Dengan rumus sebagai berikut.

$$\text{Standar Beban Kerja (SBK)} = \frac{\text{Waktu Kerja Tersedia (WKT)}}{\text{Norma Waktu per Kegiatan Pokok}}$$

Mengetahui Standar Tugas Penunjang Kerja Petugas PJRM di RSD K.R.M.T
Wongsonegoro Kota Semarang

Jenis Tugas	Kegiatan	Rata-rata waktu	Rata-rata waktu (mnt/bln)	Kaktu Kegiatan (mnt/th)	WKT (mnt/th)	FTP %
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7) (5)/(6)x100
Tugas Penunjang	Rapat	2 jam/bln	120 mnt/bln	1440	76.590	24,18
Faktor Tugas Penunjang (FTP) dalam %						1,88
Standar Tugas Penunjang (STP) = $(1/(1 - \text{FTP}/100))$						1,02

Tabel 3. 10 Hasil STP

Berdasarkan tabel diatas, Tugas Penunjang merupakan tugas untuk menyelesaikan kegiatan kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas pokok dan fungsinya yang dilakukan oleh seluruh SDM. Standar Tugas Penunjang (STP) adalah proporsi waktu yang digunakan untuk menyelesaikan setiap kegiatan per satuan waktu (per hari atau per minggu atau per bulan atau per semester).

Mengetahui Kebutuhan SDM Petugas PJRM di RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang

- Diketahui Pasien Rawat Inap Inap (Keluar Hidup + Mati) pada tahun 2021 = 19.584 pasien
- Capaian 1 tahun = 19.584 berkas

$$\begin{aligned} \text{Kebutuhan SDM} &= \frac{\text{Waktu Kerja Tersedia (WKT)}}{\text{Norma Waktu per Kegiatan Pokok}} \times \text{STP} \\ &= \frac{18769}{1461} \times 1,02 \\ &= 11,47 \end{aligned}$$

Jadi, kebutuhan petugas di unit PJRM adalah 12 petugas

3.2.11 Melaksanakan kegiatan menjaga mutu rekam medis

- a. Mengidentifikasi standar akreditasi pelayanan rekam medis yang berlaku di rumah sakit

Standar	Pengertian	Maksud dan Tujuan
Standar MIRMIC 1	Rumah sakit menetapkan proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi internal maupun eksternal.	Informasi yang diperoleh selama masa perawatan pasien harus dapat dikelola dengan aman dan efektif oleh rumah sakit. Kemampuan memperoleh dan menyediakan informasi tersebut memerlukan perencanaan yang efektif. Perencanaan ini melibatkan masukan dari berbagai sumber yang membutuhkan data dan informasi, termasuk: <ol style="list-style-type: none"> 1. Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang memberikan pelayanan kepada pasien 2. Pimpinan rumah sakit dan para kepala departemen/unit layanan 3. Staf, unit pelayanan, dan badan/individu di luar rumah sakit yang membutuhkan atau memerlukan data atau informasi tentang operasional dan proses perawatan rumah sakit
Standar MIRMIC 2	Seluruh komponen dalam rumah sakit termasuk pimpinan rumah sakit, PPA, kepala unit klinis/non klinis dan staf dilatih mengenai prinsip manajemen dan penggunaan informasi.	Seluruh komponen dalam rumah sakit termasuk pimpinan rumah sakit, PPA, kepala unit klinis/non klinis dan staf akan mengumpulkan dan menganalisis, serta menggunakan data dan informasi. Dengan demikian, mereka harus dilatih tentang prinsip pengelolaan dan penggunaan informasi agar dapat berpartisipasi secara efektif. Pelatihan tersebut berfokus pada: <ol style="list-style-type: none"> a) menggunakan sistem informasi, seperti sistem rekam medis elektronik, untuk melaksanakan tanggung jawab pekerjaan mereka secara efektif dan menyelenggarakan perawatan secara efisien dan aman; b) Pemahaman terhadap kebijakan

		<p>dan prosedur untuk memastikan keamanan dan kerahasiaan data dan informasi;</p> <p>c) Pemahaman dan penerapan strategi untuk pengelolaan data, informasi, dan dokumentasi selama waktu henti (downtime) yang direncanakan dan tidak terencana;</p> <p>d) Penggunaan data dan informasi untuk membantu pengambilan keputusan;</p> <p>e) Komunikasi yang mendukung partisipasi pasien dan keluarga dalam proses perawatan; dan</p> <p>f) Pemantauan dan evaluasi untuk mengkaji dan meningkatkan proses kerja serta perawatan.</p>
Standar MIRMİK 2.1	Rumah sakit menjaga kerahasiaan, keamanan, privasi, integritas data dan informasi melalui proses untuk mengelola dan mengontrol akses.	Rumah sakit menjaga kerahasiaan, keamanan, integritas data dan informasi pasien yang bersifat sensitif. Keseimbangan antara keterbukaan dan kerahasiaan data harus diperhatikan. Tanpa memandang apakah rumah sakit menggunakan sistem informasi menggunakan kertas dan/atau elektronik, rumah sakit harus
Standar MIRMİK 2.2	Rumah sakit menjaga kerahasiaan, keamanan, privasi, integritas data dan informasi melalui proses yang melindungi data dan informasi dari kehilangan, pencurian, kerusakan, dan penghancuran.	menerapkan langkah-langkah untuk mengamankan dan melindungi data dan informasi yang dimiliki. Data dan informasi meliputi rekam medis pasien, data dari peralatan dan perangkat medis, data penelitian, data mutu, data tagihan, data sumber daya manusia, data operasional dan keuangan serta sumber lainnya, sebagaimana berlaku untuk rumah sakit.
Standar MIRMİK 3	Rumah Sakit menerapkan proses pengelolaan dokumen, termasuk kebijakan, pedoman,	Kebijakan dan prosedur bertujuan untuk memberikan acuan yang seragam mengenai fungsi klinis dan non-klinis di rumah sakit. Rumah Sakit dapat membuat Tata naskah untuk memandu cara menyusun dan mengendalikan dokumen misalnya kebijakan,

	<p>prosedur, dan program kerja secara konsisten dan seragam.</p>	<p>prosedur, dan program rumah sakit. Dokumen pedoman tata naskah mencakup beberapa komponen kunci sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Peninjauan dan persetujuan semua dokumen oleh pihak yang berwenang sebelum diterbitkan b) Proses dan frekuensi peninjauan dokumen serta persetujuan berkelanjutan c) Pengendalian untuk memastikan bahwa hanya dokumen versi terbaru/terkini dan relevan yang tersedia d) Bagaimana mengidentifikasi adanya perubahan dalam dokumen e) Pemeliharaan identitas dan keterbacaan dokumen f) Proses pengelolaan dokumen yang berasal dari luar rumah sakit g) Penyimpanan dokumen lama yang sudah tidak terpakai (obsolete) setidaknya selama waktu yang ditentukan oleh peraturan perundangan, sekaligus memastikan bahwa dokumen tersebut tidak akan salah digunakan h) Identifikasi dan pelacakan semua dokumen yang beredar (misalnya, diidentifikasi berdasarkan judul, tanggal terbit, edisi dan/atau tanggal revisi terbaru, jumlah halaman, dan nama orang yang mensahkan pada saat penerbitan dan revisi dan/atau meninjau dokumen tersebut)
Standar MIRMIC 4	<p>Kebutuhan data dan informasi dari pihak dalam dan luar rumah sakit dipenuhi secara tepat waktu dalam format yang memenuhi harapan pengguna dan</p>	<p>Penyebaran data dan informasi untuk memenuhi kebutuhan pihak di dalam dan di luar rumah sakit merupakan aspek penting dari manajemen informasi. Rumah sakit menetapkan mekanisme untuk melakukan penyebaran data secara internal dan eksternal. Mekanisme tersebut mengatur agar data yang diberikan</p>

	dengan frekuensi yang diinginkan.	tepat waktu dan menggunakan format yang ditetapkan. Secara internal, penyebaran data dan informasi dapat dilakukan antar Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang merawat pasien, termasuk dokter, perawat, dietisien, apoteker, dan staf klinis lainnya yang memerlukan akses ke informasi terbaru dan semua bagian dari rekam medis pasien. Secara eksternal, rumah sakit dapat memberikan data dan informasi kepada Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan, tenaga kesehatan (seperti dokter perawatan primer di komunitas), layanan dan organisasi kesehatan luar (seperti laboratorium luar atau rumah sakit rujukan), dan individu (seperti pasien yang meminta rekam medis mereka setelah keluar dari rumah sakit).
Standar MIRMIC 5	Rumah sakit menetapkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis terkait asuhan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai sejak saat pasien diterima rumah sakit dan mendapat asuhan medis, keperawatan, dan profesional pemberi asuhan lainnya. Proses penyelenggaraan rekam medis ini dilanjutkan sampai dengan pasien pulang, dirujuk, atau meninggal. Kegiatan pengelolaan rekam medis yang meliputi: penerimaan pasien, assembling, analisis koding, indeksing, penyimpanan, pelaporan dan pemusnahan.
Standar MIRMIC 6	Setiap pasien memiliki rekam medis yang terstandard dalam format yang seragam dan selalu diperbaharui (terkini) dan diisi sesuai dengan ketetapan rumah sakit dalam tatacara pengisian	Setiap pasien memiliki rekam medis, baik dalam bentuk kertas maupun elektronik yang merupakan sumber informasi utama mengenai proses asuhan dan perkembangan pasien serta media komunikasi yang penting. Oleh karena itu, rekam medis harus selalu dievaluasi dan diperbaharui sesuai dengan kebutuhan dalam pelayanan pasien. Standardisasi dan identifikasi formulir rekam medis diperlukan untuk memberikan kemudahan PPA dalam

	rekam medis.	melakukan pendokumentasian pada rekam medis pasien dan kemudahan dalam melakukan telusur isi rekam medis, serta kerapian dalam penyimpanan rekam medis.
Standar MIRMIC 7	Rumah sakit menetapkan informasi yang akan dimuat pada rekam medis pasien.	Rumah sakit menetapkan data dan informasi spesifik yang dicatat dalam rekam medis setiap pasien untuk melakukan penilaian/pengkajian dan mendapatkan pengobatan maupun tindakan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) sebagai pasien rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Ketetapan ini sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku. Rekam medis memuat informasi yang memadai untuk: <ul style="list-style-type: none"> a) Mengidentifikasi pasien; b) Mendukung diagnosis; c) Justifikasi/dasar pemberian pengobatan; d) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan hasil pengobatan; e) Memuat ringkasan pasien pulang (discharge summary); dan f) Meningkatkan kesinambungan pelayanan diantara Profesional Pemberi Asuhan (PPA).
Standar MIRMIC 8	Setiap catatan (entry) pada rekam medis pasien mencantumkan identitas Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang menulis dan kapan catatan tersebut ditulis di dalam rekam medis.	<ul style="list-style-type: none"> • Rumah sakit memastikan bahwa setiap catatan dalam rekam medis dapat diidentifikasi dengan tepat, dimana setiap pengisian rekam medis ditulis tanggal, jam, serta identitas Profesional Pemberi Asuhan (PPA) berupa nama jelas dan tanda tangan/paraf. • Rumah sakit menetapkan proses pembenaran/koreksi terhadap kesalahan penulisan catatan dalam rekam medis. Selanjutnya dilakukan pemantauan dan evaluasi terhadap penulisan identitas, tanggal dan waktu penulisan catatan pada rekam medis pasien serta koreksi penulisan catatan dalam rekam

medis.		
Standar MIRMIK 9	Rumah sakit menggunakan kode diagnosis, kode prosedur, penggunaan simbol dan singkatan baku yang seragam dan terstandar.	Penggunaan kode, simbol, dan singkatan yang terstandar berguna untuk mencegah terjadinya kesalahan komunikasi dan kesalahan pemberian asuhan kepada pasien. Penggunaan singkatan yang baku dan seragam menunjukkan bahwa singkatan, kode, simbol yang digunakan mempunyai satu arti/makna yang digunakan dan berlaku di semua lingkungan rumah sakit. Rumah sakit menyusun dan menetapkan daftar atau penggunaan kode, simbol dan singkatan yang digunakan dan tidak boleh digunakan di rumah sakit. Penggunaan kode, simbol, dan singkatan baku yang seragam harus konsisten dengan standar praktik profesional. Prinsip penggunaan kode di rekam medis utamanya menggunakan ICD-10 untuk kode Penyakit dan dan ICD9 CM untuk kode Tindakan. Penggunaan kode di rekam medis sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit serta dilakukan evaluasi terkait penggunaan kode tersebut.
Standar MIRMIK 10	Rumah sakit menjamin keamanan, kerahasiaan dan kepemilikan rekam medis serta privasi pasien.	Rekam medis adalah pusat informasi yang digunakan untuk tujuan klinis, penelitian, bukti hukum, administrasi, dan keuangan, sehingga harus dibatasi aksesibilitasnya. Pimpinan rumah sakit bertanggungjawab atas kehilangan, kerusakan pemalsuan dan/atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis. Rekam medis, baik kertas atau elektronik, adalah alat komunikasi yang mendukung pengambilan keputusan klinis, koordinasi pelayanan, evaluasi mutu dan ketepatan perawatan, penelitian, perlindungan hukum, pendidikan, dan akreditasi serta proses manajemen. Dengan demikian, setiap pengisian rekam medis harus dapat dijamin otentifikasinya.

Standar MIRMIK 11	Rumah sakit mengatur lama penyimpanan rekam medis, data, dan informasi pasien.	Rumah sakit menentukan jangka waktu penyimpanan rekam medis (kertas/elektronik), data, dan informasi lainnya terkait pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan untuk mendukung asuhan pasien, manajemen, dokumentasi yang sah secara hukum, serta pendidikan dan penelitian. Rumah sakit bertanggungjawab terhadap keamanan dan kerahasiaan data rekam medis selama proses penyimpanan sampai dengan pemusnahan. Untuk rekam medis dalam bentuk kertas dilakukan pemilahan rekam medis aktif dan rekam medis yang tidak aktif serta disimpan secara terpisah. Penentuan jangka waktu penyimpanan rekam medis ditentukan atas dasar nilai manfaat setiap rekam medis yang konsisten dengan kerahasiaan dan keabsahan informasi.
Standar MIRMIK 12	Dalam upaya perbaikan kinerja, rumah sakit secara teratur melakukan evaluasi atau pengkajian rekam medis.	Setiap rumah sakit sudah menetapkan isi dan format rekam medis pasien dan mempunyai proses untuk melakukan pengkajian terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis. Proses tersebut merupakan bagian dari kegiatan peningkatan kinerja rumah sakit yang dilaksanakan secara berkala. Pengkajian rekam medis berdasarkan sampel yang mewakili PPA yang memberikan pelayanan dan jenis pelayanan yang diberikan.
Standar MIRMIK 13	Rumah sakit menerapkan sistem teknologi informasi kesehatan di pelayanan kesehatan untuk mengelola data dan informasi klinis serta non klinis sesuai peraturan perundang-	Sistem teknologi informasi di pelayanan kesehatan merupakan seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, teknologi, perangkat dan sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung peningkatan mutu pelayanan dan pembangunan kesehatan. Untuk mendapatkan hasil yang optimal dalam pencapaian sistem informasi kesehatan

undangan.	diperlukan SIMRS yang menjadi media berupa sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pengumpulan data, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat.
-----------	--

Tabel 3. 11 standar akreditasi pelayanan rekam medis

- b. Menganalisis unit rekam medis untuk mengkaji kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman (SWOT)
- 1) Strength
 - a) Terdapat pemadam api baik yang ringan (APAR) ataupun besar (Sprinkler) di ruang rekam medis sehingga dapat melindungi ruang apabila terjadi kebakaran.
 - b) SIM RS yang telah terintegrasi.
 - c) Dilakukannya pelatihan staf rekam medis.
 - d) Telah terakreditasi paripurna (SNARS I).
 - e) Rumah sakit telah menerapkan pendaftaran berbasis online.
 - 2) Weakness
 - a) Ruang kerja yang kurang memadai.
 - b) Sering terjadi eror pada server dan SIM RS
 - c) Terdapat beberapa petugas yang belum memenuhi kualifikasi pendidikan minimal DIII Rekam medis.
 - d) Tidak ergonomisnya ruang penyimpanan in-aktif sehingga terjadi penumpukan berkas rekam medis
 - e) Ketidaklengkapan pengisian rekam medis dan harus dilakukan “revisi”.
Ketidaklengkapan pengisian informed consent
 - f) Keterlambatan pengembalian berkas
 - g) Revisi tidak segera dilaksanakan karena menyesuaikan jadwal dokter.
 - 3) Opportunity

- a) Rekam medis sebagai sumber untuk mengetahui jenis pelayanan yang banyak digunakan oleh pasien yang menjadi dasar strategis pemasaran pada fasilitas pelayanan rumah sakit.
 - b) Kelengkapan data rekam medis sebagai dasar dalam pelaksanaan program asuransi.
 - c) Rekam medis sebagai alat bukti dalam penegakan hukum kedokteran terhadap segala pelayanan medis yang diperoleh pasien dari tenaga kesehatan.
- 4) Threat
- a) Keamanan data dalam SIM RS dapat terancam oleh virus, ataupun kerusakan teknis.
 - b) Sistem yang terkadang mengalami trouble sehingga menghambat pekerjaan petugas.
 - c) Ancaman keamanan informasi kesehatan pasien dari pihak luar (orang lain selain petugas yang keluar masuk ruang rekam medis)
 - d) Ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis yang berdampak pada proses klaim.
 - e) Rekam medis sebagai data pembuktian hukum atau tuntutan hukum.
- c. Melakukan analisis kuantitatif rekam medis (Quality Assurance) yang meliputi kebenaran identifikasi, adanya laporan penting, autentikasi, dan pendokumentasian yang baik
- 1) Review identifikasi pasien: Memastikan kelengkapan pada pengisian identitas jika seluruh item sudah terisi, nomor rekam medis, nama pasien, tanggal lahir, jenis kelamin.
 - 2) Review laporan penting: Memastikan kelengkapan pada pengkajian awal, general consent, rekam medis, informed consent, laporan anestesi, laporan operasi.
 - 3) Review autentikasi: Memastikan kelengkapan keabsahan rekaman autentikasi jika terdapat nama dokter atau stempel, tanda tangan dokter, nama perawat, tanda tangan perawat, gelar profesional.

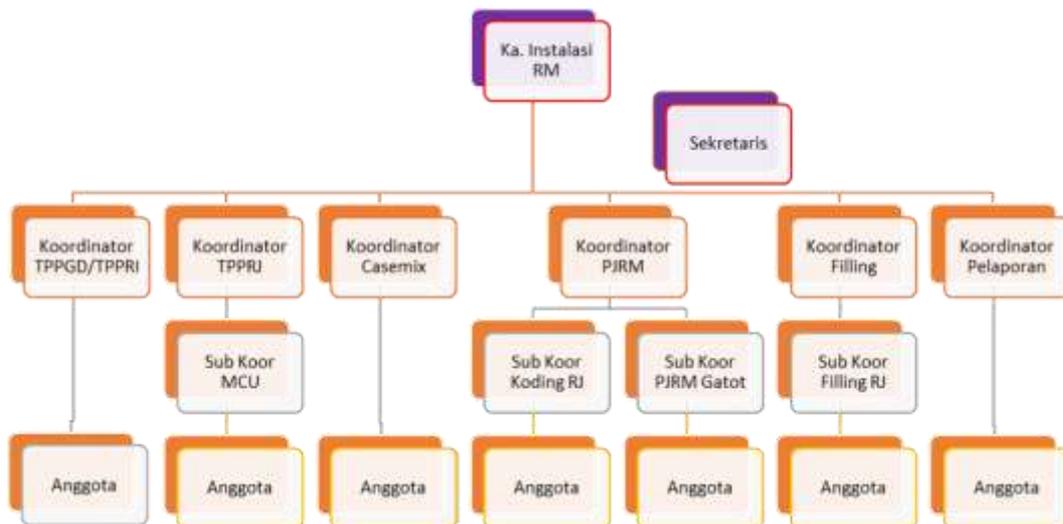
- 4) Review pendokumentasian yang benar: Memastikan pendokumentasian yang benar jika pencatatan jelas dan terbaca, penggunaan singkatan, pembetulan kesalahan penulisan, bila ada baris yang kosong diberi tanda.

3.2.12 Melaksanakan tugas peran PMIK dalam mengelola unit kerja yang berhubungan dengan perencanaan, pengorganisasian, penataan dan pengontrolan unit kerja RMIK di fasilitas pelayanan kesehatan

- a. Mengidentifikasi SDM di UKRM

Sebagian besar petugas UKRM sudah memenuhi ketentuan, yakni minimal D3 Rekam Medis. Namun, unit filing terdapat beberapa petugas dengan Pendidikan terakhir SLTA, petugas pada bagian verifikasi keuangan Pendidikan terakhir akuntansi atau administrasi dan salah satu petugas pada bagian koding dan pelaporan berpendidikan terakhir Kesehatan Masyarakat (sarjana/S1).

- b. Menggambarkan struktur organisasi unit rekam medis lengkap dengan jabatan, sistem penempatan jabatan, syarat dan kualifikasi masing-masing jabatan



Gambar 3. 12 struktur organisasi unit rekam medis

1. Kepala Instalasi Rekam Medis

Kepala Instalasi Rekam Medis merupakan jabatan strategis dalam pengelolaan rumah sakit, khususnya dalam aspek penyelenggaraan pelayanan berkas rekam medis dan pelaporan hasil kegiatan pelayanan medis. Oleh

karena itu dalam hal penempatan pejabat yang ditunjuk diupayakan dapat memenuhi persyaratan.

a) Persyaratan Jabatan

- 1) Memahami manajemen pada umumnya serta memahami peraturan perundangan yang berlaku pada bidang tugasnya.
- 2) Mempunyai kemampuan dalam analisis dan pembuatan laporan yang baik dan benar, tepat waktu dan dapat dengan mudah dipahami orang lain.
- 3) Mampu berkomunikasi dengan baik, sopan, ramah.
- 4) Bersikap percaya diri, disiplin dan jujur.
- 5) Bisa bekerja sama dalam sebuah tim.
- 6) Mampu memotivasi orang lain.
- 7) Memahami masalah - masalah di rekam medis.
- 8) Berdedikasi tinggi, loyal, teliti dan berkepribadian yang tidak tercela.

b) Kualifikasi Jabatan

- 1) Jabatan : Kepala Instalasi Rekam Medis
- 2) Pendidikan Formal Minimal : D III.
- 3) Pelatihan : Pelatihan Rekam Medis.
- 4) Masa Kerja : Minimal 5 tahun.
- 5) Pengalaman : Minimal 3 tahun bekerja di RSD K.R.M.T Wongsonegoro.

2. Sekretaris

a) Persyaratan Jabatan

- 1) Memahami prosedur yang berlaku di instalasi rekam medis, serta memahami peraturan perundangan yang berlaku pada bidang tugasnya.
- 2) Mempunyai kemampuan mengkoordinir anak buah
- 3) Dapat mengoperasikan komputer.
- 4) Memahami masalah - masalah di rekam medis
- 5) Berdedikasi tinggi, loyal, teliti dan berkepribadian yang tidak tercela.

b) Kualifikasi Jabatan

- 1) Jabatan : Sekretaris
- 2) Pendidikan Formal : D III Rekam Medis.
- 3) Pelatihan : Pelatihan Rekam Medis.
- 4) Masa Kerja : Minimal 5 tahun.
- 5) Pengalaman : Minimal 3 tahun bekerja di RM

3. Koordinator TPPRI/TPPRJ/TPPGD

Jabatan koordinator penerimaan pasien merupakan jabatan yang penuh tanggung jawab, disamping harus bisa mengkoordinir petugas yang ada di bawahnya, juga harus bisa menciptakan kinerja yang baik di pendaftaran dalam melayani customer, pendaftaran merupakan ujung tombak dari sebuah rumah sakit, yang harus bisa menyambut kedatangan customer dengan ramah, sopan dan rapi. Oleh karena itu dalam hal penempatan pejabat yang ditunjuk diupayakan dapat memenuhi persyaratan.

a) Persyaratan Jabatan

- 1) Memahami prosedur yang berlaku di instalasi rekam medis, khususnya di pendaftaran serta memahami peraturan perundangan yang berlaku pada bidang tugasnya.
- 2) Mempunyai kemampuan mengkoordinir anak buah dalam melaksanakan proses pendaftaran.
- 3) Dapat mengoperasikan komputer.
- 4) Memahami masalah - masalah di rekam medis khususnya di pendaftaran.
- 5) Berdedikasi tinggi, loyal, teliti dan berkepribadian yang tidak tercela

b) Kualifikasi Jabatan

- 1) Jabatan : Koordinator Pendaftaran
- 2) Pendidikan Formal : D III Rekam Medis.
- 3) Pelatihan : Pelatihan Rekam Medis.
- 4) Masa Kerja : Minimal 5 tahun.
- 5) Pengalaman : Minimal 3 tahun bekerja di RM.

4. Koordinator Penanggung Jawab Rekam Medis (PJRM)

Jabatan koordinator Penanggung Jawab Rekam Medis (PJRM) merupakan jabatan yang penuh tanggung jawab, karena harus bisa mengkoordinasikan petugas PJRM agar dapat mengolah dan menghasilkan data yang benar, akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

a) Persyaratan Jabatan

- 1) Memahami prosedur yang berlaku di instalasi rekam medis, khususnya di dalam proses pengolahan dokumen (assembling; koding; indeksing) serta memahami peraturan perundangan yang berlaku pada bidang tugasnya.
- 2) Mempunyai kemampuan mengkoordinir anak buah dalam melaksanakan proses pengolahan dokumen.
- 3) Dapat mengoperasikan komputer.
- 4) Memahami masalah - masalah di rekam medis khususnya di bidang pengolahan dokumen.
- 5) Berdedikasi tinggi, loyal, teliti dan berkepribadian yang tidak tercela.

b) Kualifikasi Jabatan

- 1) Jabatan : Koordinator Penanggung Jawab Rekam Medis (PJRM)
- 2) Pendidikan Formal : D III Rekam Medis.
- 3) Pelatihan : Pelatihan Rekam Medis.
- 4) Masa Kerja : Minimal 5 tahun.
- 5) Pengalaman : Minimal 3 tahun bekerja di RM

5. Koordinator Casemix

Jabatan koordinator Casemix merupakan jabatan yang memerlukan tanggung jawab, kecermatan dan ketelitian, karena harus bisa mengkoordinasikan petugas casemix yang ada dalam koordinasinya agar dapat rekam medis yang dipercayakan kepadanya.

a) Persyaratan Jabatan

- 1) Memahami prosedur yang berlaku di instalasi rekam medis, khususnya di dalam proses Casemix dan klaim asuransi serta

memahami peraturan perundangan yang berlaku pada bidang tugasnya.

- 2) Mempunyai kemampuan mengkoordinir anak buah dalam melaksanakan proses penyimpanan.
- 3) Memahami masalah - masalah di rekam medis khususnya di bidang filing.
- 4) Berdedikasi tinggi, loyal, teliti dan berkepribadian yang tidak tercela

b) Kualifikasi Jabatan

- 1) Jabatan : Koordinator Casemix
- 2) Pendidikan Formal : D III Rekam Medis.
- 3) Pelatihan : Pelatihan Rekam Medis.
- 4) Masa Kerja : Minimal 5 tahun.
- 5) Pengalaman : Minimal 3 tahun bekerja di RM

6. Koordinator Filing

Jabatan koordinator filing merupakan jabatan yang memerlukan tanggung jawab, kecermatan dan ketelitian, karena harus bisa mengkoordinasikan petugas filing yang ada dalam koordinasinya agar dapat mengamankan, menyimpan, dan menemukan kembali dokumen rekam medis yang dipercayakan kepadanya.

a) Persyaratan Jabatan

- 1) Memahami prosedur yang berlaku di instalasi rekam medis, khususnya di dalam proses penyimpanan dokumen (filing) serta memahami peraturan perundangan yang berlaku pada bidang tugasnya.
- 2) Mempunyai kemampuan mengkoordinir anak buah dalam melaksanakan proses penyimpanan.
- 3) Memahami masalah - masalah di rekam medis khususnya di bidang filing.
- 4) Berdedikasi tinggi, loyal, teliti dan berkepribadian yang tidak tercela.

b) Kualifikasi Jabatan

- 1) Jabatan : Koordinator Filing
- 2) Pendidikan Formal : D III Rekam Medis.
- 3) Pelatihan : Pelatihan Rekam Medis.
- 4) Masa Kerja : Minimal 5 tahun.
- 5) Pengalaman : Minimal 3 tahun bekerja di RM

7. Koordinator Pelaporan

Jabatan koordinator filing merupakan jabatan yang memerlukan tanggung jawab, ketepatan, kecermatan dan ketelitian, karena harus bisa mengkoordinasikan petugas pelaporan yang ada dalam koordinasinya agar dapat membuat laporan yang bermanfaat, tepat waktu, dan dapat dipertanggungjawabkan.

a) Persyaratan Jabatan

- 1) Memahami prosedur yang berlaku di instalasi rekam medis, khususnya di dalam proses pelaporan serta memahami peraturan perundangan yang berlaku pada bidang tugasnya.
- 2) Mempunyai kemampuan mengkoordinir anak buah dalam melaksanakan proses pelaporan.
- 3) Memahami masalah - masalah di rekam medis khususnya di bidang pelaporan.
- 4) Berdedikasi tinggi, loyal, teliti, cakatan dan berkepribadian yang tidak tercela.

b) Kualifikasi Jabatan

- 1) Jabatan : Koordinator Pelaporan
- 2) Pendidikan Formal : D III Rekam Medis.
- 3) Pelatihan : Pelatihan Rekam Medis.
- 4) Masa Kerja : Minimal 5 tahun.
- 5) Pengalaman : Minimal 3 tahun bekerja di RM

- c. Mengidentifikasi struktur organisasi unit rekam medis berikut nama, jabatan, tugas, wewenang dan tanggung jawab pimpinan, staf dan masing-masing karyawan termasuk job deskripsinya

1. Kepala Instalasi Rekam Medis
 - a) Wewenang
 - 1) Mengawasi sistem kerja Instalasi Rekam Medis secara keseluruhan
 - 2) Mengkoordinir pelayanan rekam medis di rumah sakit.
 - 3) Mengatur seluruh sumber daya yang ada : staf, peralatan, ruangan dan fasilitas lain yang diperlukan.
 - b) Tanggung Jawab
 - 1) Dalam menjalankan tugas bertanggung jawab kepada Direktur melalui Wadir Umum dan Keuangan
 - 2) Memimpin kegiatan pelayanan rekam medis yang meliputi : rekam medis rawat jalan, rekam medis gawat darurat/rawat inap, pencatatan, dan pengolahan data rekam medis.
 - 3) Merencanakan dan mengembangkan sistem penyelenggaraan rekam medis dan informasi kesehatan, agar tercapai tujuan yang diinginkan.
 - 4) Menyusun dan menyajikan data dan informasi yang bermutu bagi pimpinan/ manajemen rumah sakit.
 - c) Uraian Tugas
 - 1) Membuat perencanaan kegiatan di Instalasi Rekam Medis
 - 2) Menyusun jadwal kegiatan Instalasi Rekam Medis
 - 3) Membagi tugas di Instalasi Rekam Medis
 - 4) Meneliti kebenaran isi Rekam Medis
 - 5) Membuat, menyajikan data dan grafik kegiatan pelayanan Rekam Medis
 - 6) Melaporkan hasil kegiatan kepada Direktur
 - 7) Membuat laporan umpan balik pada unit pelayanan di Rumah Sakit
 - 8) Mengevaluasi hasil kerja di Instalasi Rekam Medis
 - 9) Melaksanakan tugas – tugas lain yang diberikan oleh pimpinan
2. Sekretaris
 - a) Wewenang

- 1) Mengajukan usulan kepada Ka.Instalasi mengenai sarana dan prasarana serta tenaga yang dibutuhkan untuk kelancaran tugas di Unit Rekam Medis / Instalasi Rekam Medis
 - 2) Memberikan teguran secara lisan kepada staf yang dinilai tidak disiplin dalam melaksanakan tugas dan melaporkannya kepada Ka.Instalasi Rekam Medis
 - 3) Memberikan usulan kepada Ka. Instalasi Rekam Medis tentang reward dan punishment secara tertulis bagi staf yang dinilai disiplin/ tidak disiplin dalam menjalankan tugas.
 - 4) Koordinator Rekam Medis
- b) Tanggung Jawab
- Dalam menjalankan tugas bertanggung jawab kepada Ka.Instalasi Rekam Medis.
- c) Uraian Tugas
- 1) Membantu dalam membuat agenda rapat dan notulen rapat
 - 2) Membantu konsep surat menyurat
 - 3) Memproses arsip – arsip surat menyurat dan dokumen administrasi rekam medis
 - 4) Membuat laporan pelaksanaan fungsi dan tugas rekam medis.
 - 5) Contoh : Laporan masing – masing koordinator
 - 6) Membantu tugas Kepala Instalasi Rekam Medis
 - 7) Melaksanakan tugas lainnya yang diberikan oleh Kepala Instalasi Rekam Medis
3. Koordinator TPPRI/TPPRJ/TPPGD
- a) Wewenang
- 1) Mengajukan usulan kepada Ka.Instalasi mengenai sarana dan prasarana serta tenaga yang dibutuhkan untuk kelancaran tugas di tempat penerimaan pasien.
 - 2) Memberikan teguran secara lisan kepada staf yang dinilai tidak disiplin dalam melaksanakan tugas dan melaporkannya kepada Ka.Instalasi Rekam Medis

- 3) Memberikan usulan kepada Ka. Instalasi Rekam Medis tentang reward dan punishment secara tertulis bagi staf yang dinilai disiplin/ tidak disiplin dalam menjalankan tugas.
- b) Tanggung Jawab
Dalam melaksanakan tugas bertanggung jawab pada Ka.Instalasi Rekam Medis.
- c) Uraian Tugas
 - 1) Membantu Ka.Instalasi Rekam Medis mengkoordinir dan monitoring kinerja staf penerimaan pasien
 - 2) Melaksanakan Pendaftaran Pasien Askes/ Jamkesmas/ Jamsostek/ Umum
 - 3) Membuat KIB pasien baru rawat Jalan
 - 4) Membuat (mencetak) daftar pasien rawat jalan per hari
 - 5) Menerima pengembalian Dokumen Rekam Medis dari poliklinik setelah pelayanan
 - 6) Menyusun jadwal petugas TPPGD/TPPRI
 - 7) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
4. Koordinator Penanggung Jawab Rekam Medis (PJRM)
 - a) Wewenang
Mengkoordinasikan tugas – tugas Penanggung Jawab Rekam Medis (PJRM).
 - b) Tanggung Jawab
Dalam melaksanakan tugas bertanggung jawab pada Ka.Instalasi Rekam Medis
 - c) Uraian Tugas
 - 1) Mengecek kelengkapan dokumen rekam medis.
 - 2) Menghubungi dokter, perawat atau petugas kesehatan lain yang berwenang untuk melengkapi dokumen rekam medis.
 - 3) Mengevaluasi kesesuaian diagnose dan atau tindakan yang tertulis di RM1.1 (Ringkasan pasien masuk & keluar) dan atau RM1.24 62

(Resume Medis pasien Pulang) terhadap dokumen rekam medis lain milik pasien yang sama pada periode perawatan tersebut.

- 4) Mengkonfirmasi diagnose dan atau tindakan kepada dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP), jika menemukan diagnose atau tindakan yang tidak relevan dengan dokumen rekam medis lain milik pasien yang sama pada periode perawatan tersebut.
- 5) Mengkode dan menginput kode penyakit dan atau kode tindakan dokumen rekam medis rawat inap.
- 6) Mengkode dan menginput kode diagnose kematian pada pasien meninggal.
- 7) Melakukan simulasi grouping diagnose dan atau tindakan pada pasien rawat inap.
- 8) Memantau kemungkinan terjadinya Over Cost atau Over LOS.
- 9) Mengkonfirmasi kepada dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP) jika menemukan kejadian Over Cost atau Over LOS.
- 10) Melakukan evaluasi ketidak lengkapan - kelengkapan pengisian Catatan Medis (KLPCM) pasien yang sudah pulang/meninggalkan RS.
- 11) Menginput ketidak lengkapan - kelengkapan pengisian Catatan Medis (KLPCM) pasien yang sudah pulang/meninggalkan RS.

5. Koordinator Casemix

- a) Wewenang
Mengkoordinasikan tugas – tugas Casemix.
- b) Tanggung Jawab
Dalam menjalankan tugas bertanggung jawab kepada Ka.Instalasi Rekam Medis
- c) Uraian Tugas
 - 1) Menerima berkas klaim Rawat Inap pasien pulang dari verifikasi.
 - 2) Menelaah berkas klaim Rawat Inap pasien pulang dari alasan dirawat, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, hasil penunjang, diagnosa dan terapi yang diberikan.

- 3) Mencantumkan data yang ada di Dokumen Rekam Medis yang belum tercantum di lembar RMI.24 Resume Medis Pasien Pulang.
 - 4) Melakukan konfirmasi diagnosa dengan dokter jika diagnosa yang ditulis kurang sesuai dengan poin 3.
 - 5) Mengoreksi kode diagnosa yang ditulis oleh petugas PJRM sesuai petunjuk ICD-X.
 - 6) Menyesuaikan kode diagnosa ke sistem komputer RS (SIMRS) dalam aplikasi rekam medis.
 - 7) Membuat monitoring evaluasi kesesuaian kode.
 - 8) Melakukan feedback kepada PJRM tentang hasil monitoring evaluasi.
 - 9) Merevisi berkas yang dikembalikan BPJS.
 - 10) Berkoordinasi dengan Tim Asuransi dan verifikator BPJS untuk memperlancar klaim.
 - 11) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan langsung.
6. Koordinator Filing
- a) Wewenang
Mengkoordinasikan tugas – tugas penyimpanan
 - b) Tanggung Jawab
Dalam menjalankan tugas bertanggung jawab kepada Ka.Instalasi Rekam Medis
 - c) Uraian Tugas
 - 1) Mengkoordinir tugas – tugas di bagian filing
 - 2) Mencari dokumen rekam medis pasien lama dan baru rawat jalan
 - 3) Menata dan memasukkan dokumen rekam medis Rawat Jalan ke Rak Filing
 - 4) Menerima pengembalian dokumen rekam medis dari poliklinik setelah pelayanan
 - 5) Mendistribusikan dokumen rekam medis ke poliklinik
 - 6) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan
7. Koordinator Pelaporan

- a) Wewenang
Mengkoordinasikan pelaporan intern dan ekstern
- b) Tanggung Jawab
Dalam menjalankan tugas bertanggung jawab kepada Ka.Instalasi Rekam Medis
- c) Uraian Tugas
 - 1) Mengkoordinir semua pelaporan rekam medis baik laporan intern maupun ekstern
 - 2) Mengkoordinir Laporan mingguan W2 Rumah Sakit
 - 3) Mengkoordinir Laporan Mingguan Diare.
 - 4) Mengkoordinir Laporan Mingguan DHF.
 - 5) Mengkoordinir Laporan Mingguan Demam Dengue.
 - 6) Mengkoordinir laporan mingguan campak.
 - 7) Mengkoordinir Laporan mingguan gizi buruk.
 - 8) Mengkoordinir Laporan mingguan Typhoid.
 - 9) Mengkoordinir laporan mingguan Leptospirosis.
 - 10) Mengkoordinir laporan mingguan hepatitis.
 - 11) Mengkoordinir Laporan mingguan AFP.
 - 12) Mengkoordinir trend DBD.
 - 13) Mengkoordinir trend diare.
 - 14) Mengkoordinir Laporan harian 1 x 24 jam untuk demam berdarah dengue, demam dengue, campak, gizi buruk, leptospirosis, AFP.
 - 15) Mengkoordinir laporan PTM Rawat Inap dan Rawat Jalan.
 - 16) Mengkoordinir Laporan PTM kematian Rawat Inap.
 - 17) Mengkoordinir Laporan surveilans Rawat Jalan.
 - 18) Mengkoordinir Laporan surveilans Rawat Inap.
 - 19) Mengkoordinir laporan STD Rawat Jalan.
 - 20) Mengkoordinir Laporan STD Rawat Inap.
 - 21) Mengkoordinir laporan Kusta
 - 22) Mengkoordinir laporan rujukan neonatus resiko tinggi.
 - 23) Mengkoordinir laporan kematian perinatal.

- 24) Mengkoordinir laporan kematian ibu, anak dan bayi.
- 25) Mengkoordinir laporan bayi lahir hidup.
- 26) Mengkoordinir kematian ibu dan bayi 1 x 24 jam ke Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- 27) Membantu jika ada audit kematian ibu dan bayi.
- 28) Melaksanakan tugas lain yang diberikan atasan langsung.
- 29) Mengkoordinir Rekapitulasi Sensus Harian.
- 30) Mengkoordinir Kunjungan dan grafik Pasien Rawat Inap.
- 31) Mengkoordinir Cara bayar dan grafik Pasien Rawat Inap.
- 32) Mengkoordinir Cara bayar dan grafik Pasien Rawat Jalan.
- 33) Mengkoordinir Indikator Rumah Sakit.
- 34) Mengkoordinir grafik Barber-Johnson.
- 35) Mengkoordinir laporan penunjang (laboratorium, IBS, Radiologi).
- 36) Mengkoordinir Laporan dan Grafik 10 besar penyakit.
- 37) Mengkoordinir Laporan RL 1 (data dasar rumah sakit)
- 38) Mengkoordinir Laporan RL 2 (ketenagaan)
- 39) Mengkoordinir Laporan RL 3 (pelayanan) Mengkoordinir Laporan RL 4 (morbiditas dan mortalitas)
- 40) Mengkoordinir Laporan RL 5 (pengunjung rumah sakit)
- 41) Menyiapkan untuk permintaan data.
- 42) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Ka. Instalasi Rekam Medis

- d. Menggambarkan cara mengorganisasikan pekerjaan, termasuk distribusi pekerjaan, pembagian staf beserta fungsi-fungsinya dan pengaturan pekerjaan berdasarkan shift.

Penerimaan pasien terbagi menjadi dua, yaitu melalui TPPRJ dan TPPRI/TPPGD. Pengolahan data rekam medis terbagi menjadi empat, yaitu PJRM, Casemix, Penyimpanan (filling) dan Pelaporan. Hari kerja di unit rekam medis RSD K.R.M.T Wongsonegoro dilakukan pada hari senin-jum'at, untuk jam kerja pada hari senin-kamis dari jam 08.00-16.00 sedangkan pada hari jum'at 07.30-14.00. Shift hanya dilakukan pada

petugas pendaftaran di IGD seperti 07.00-14.00; 14.00-21.00; 21.00-07.00 dan untuk pendaftaran RJ middle dari jam 08.00-16.00 dan 10.00-18.00

- e. Mengidentifikasi tugas dan fungsi unit-unit terkait di rumah sakit seperti unit rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat

Fungsi unit gawat darurat adalah tempat untuk menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan serta pelayanan pembedahan darurat bagi pasien yang datang kondisi gawat darurat. Unit rawat jalan adalah tempat untuk menyelenggarakan kegiatan keperawatan dan atau pelayanan penunjang medik, pendidikan, pelatihan dan penelitian kesehatan rumah sakit. Unit rawat inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik, dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit dimana dengan alasan medik penderita harus menginap.

- f. Mengetahui fungsi dan peran perekam medis dalam aspek-aspek manajemen: perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian. UKRM memiliki tugas utama untuk melakukan identifikasi pasien, dimana identifikasi pasien dapat digunakan untuk membuat laporan statistik rumah sakit (BOR, LOS, TOI) dan mutu pelayanan rekam medis. Laporan indikator tersebut akan diserahkan ke bagian manajemen untuk pengambilan keputusan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian.
- g. Mengidentifikasi pelaksanaan penyusunan Rencana Kerja (Renstra) UKRM
Penyusunan Renstra dilakukan dengan melakukan diskusi tahunan. Kepala Instalasi UKRM menampung masukan dari setiap koordinator bagian. UKRM menyusun laporan evaluasi tiap unitnya kemudian dipresentasikan kepada wakil direktur umum dan keuangan.
- h. Mengidentifikasi sarana dan prasarana unit kerja rekam medis untuk memenuhi kebutuhan kerja: kebutuhan rak penyimpanan rekam medis aktif dan inaktif, luas ruang penyimpanan rekam medis aktif dan inaktif, sarana penunjang penyimpanan rekam medis (tracer, bo pinjam).

Rak penyimpanan yang ada menggunakan dua jenis rak, yaitu rak terbuka dan roll o'pack. Dengan dua rak terbuka dua sisi sebagai tempat penyimpanan DRM inaktif dan sisanya sebagai tempat penyimpanan DRM aktif. Ruang penyimpanan DRM (ruang filing) berukuran 24 m x 6,8 m. Untuk tracer hanya menggunakan kertas berkas dari map yang tidak terpakai. Tangga bantu, meja dan kursi, printer, computer, telepon, ac, CCTV, lampu/penerangan, alat kantor, troli/keranjang dorong, apart

i. Melaksanakan perhitungan kebutuhan rak penyimpanan rekam medis menggunakan metode IFHRO

1) Kunjungan RI Tahun 2022 = 30.263 pasien

2) Rata-rata ketebalan RM

$$\begin{aligned}
 &= \frac{\sum \text{ketebalan RM}}{\sum RM} \\
 &= \frac{60}{115} \\
 &= 0,5 \text{ cm}
 \end{aligned}$$

3) Menentukan banyak RM dalam 1 meter

$$\begin{aligned}
 &= \frac{1 \text{ m}}{\text{rata-rata RM}} \\
 &= \frac{100}{0,5} \\
 &= 200 \text{ berkas}
 \end{aligned}$$

4) Panjang jajaran berkas rekam medis dalam 5 Tahun

$$\begin{aligned}
 &= \frac{\sum RM \times 5 \text{ Tahun}}{\sum RM \text{ 1 meter}} \\
 &= \frac{30.263 \times 5}{200} \\
 &= 757
 \end{aligned}$$

5) Panjang rak penyimpanan

$$\begin{aligned}
 &= \text{panjang rak} \times \text{shaf} \times \text{muka} \\
 &= 1,2 \times 5 \times 2 = 12 \text{ m}
 \end{aligned}$$

6) Jumlah rak yang diperlukan

$$= \frac{\text{Panjang jajaran rak}}{\text{Panjang 1 rak penyimpanan}}$$

$$= \frac{757}{12}$$

$$= 63 \text{ rak}$$

RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang memiliki 41 rak terbuka di filing dan seharusnya 63 rak. Jadi, ada 22 rak untuk berkas RI yang dibutuhkan di filing RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.

j. Melaksanakan perhitungan kebutuhan Luas Ruang unit Kerja Rekam Medis (Ruang *Filing*)

- 1) Banyak rak penyimpanan yang dibutuhkan = 22 rak
- 2) Panjang rak = 4,8 m
- 3) Lebar rak = 0,6 m
- 4) Panjang jarak antar rak = 0,7 m
- 5) Lebar jalan (rak dengan dinding) = 1 m

1. Panjang ruangan

$$= (\text{panjang jarak antar rak} \times \text{lebar rak} \times \text{banyak rak}) + \text{jarak rak dengan dinding}$$

$$= (4,8 \times 0,6 \times 22) + 1$$

$$= 63,36 + 1$$

$$= 64,36$$

$$= 64 \text{ m}$$

2. Lebar ruangan

$$= \text{lebar jalan} \times \text{panjang rak}$$

$$= 1 \times 4,8$$

$$= 4,8 \text{ m}$$

3. Luas ruangan

$$= \text{panjang ruangan} \times \text{lebar ruangan}$$

$$= 64,36 \times 4,8$$

$$= 308,93$$

$$= 309 \text{ m}^2$$

k. Mengetahui program orientasi dan pelatihan staf UKRM

No	Jenis Orientasi	Jenis Kegiatan/ Materi
1	RSD K.R.M.T	a. Visi dan Misi RSUD K.R.M.T

	Wongsonegoro	Wongsonegoro
2	TPPRI/TPPRJ/ TPPGD	b. Visi dan Misi Instalasi Rekam Medis a. Mendaftar pasien baru rawat jalan b. Mendaftar pasien lama rawat jalan c. Mendaftar pasien baru gawat darurat d. Mendaftar pasien lama gawat darurat e. Mendaftar pasien baru rawat inap f. Mendaftar pasien lama rawat inap
3	PJRM	a. Menerima berkas rekam medis rawat inap dari ruang perawatan b. Merakit rekam medis rawat inap sesuai urutan nomor formulir c. Menganalisa kelengkapan isi rekam medis rawat inap d. Menetapkan Diagnosa Penyakit Berdasarkan ICD 10 e. Menetapkan Diagnosa Tindakan Berdasarkan ICD-9 CM f. Menganalisa Dokumen Rekam Medis untuk menentukan kode penyakit dan kode tindakan yang paling tepat. g. Memasukkan Kode Diagnosa Penyakit ke dalam Program SIM RS (Medifirst2000) h. Memasukkan Kode Diagnosa Tindakan ke dalam Program SIM RS (Medifirst2000)
4	Pelaporan	a. Memahami alur pelaporan internal dan eksternal b. Memahami periode pelaporan internal dan eksternal c. Membantu pembuatan pelaporan internal dan eksternal
5	Filing Rawat Inap	a. Memasukkan rekam medis rawat inap yang telah lengkap ke dalam folder. b. Memberi kode warna folder dokumen rekam medis rawat

-
- inap
- c. Memasukkan / menyimpan rekam medis rawat inap ke ruang penyimpanan berkas rekam medis rawat inap.
-

Tabel 3. 12 program orientasi dan pelatihan staf UKRM

- l. Mengidentifikasi penyusunan anggaran tahunan di UKRM
- Pada UKRM tidak dilakukan penyusunan anggaran. UKRM hanya melakukan usulan kebutuhan yang kemudian dianggarkan oleh bagian umum seperti formulir, atk, dll yang diusulkan melalui Trelo.

- m. Mengidentifikasi fungsi koordinasi yang dilakukan manajer (K.A. Instalasi) rekam medis

Fungsi koordinasi dilakukan secara bertahap kepada setiap koordinator tiap unit. Koordinator unit menyampaikan kendala yang terjadi pada unitnya masing-masing. Selain itu, Kepala Instalasi RM juga terjun langsung untuk memonitor keadaan setiap unit. Setiap bulan dilakukan rapat internal antara Kepala Instalasi RM dengan Koordinator unit untuk mencari solusi dari setiap kendala. Jika tidak menemukan solusi, maka akan dipaparkan dalam evaluasi laporan ke manajemen dan wakil direktur pelayanan. Rapat dilakukan setiap 3, 6 dan 12 bulan.

3.3 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek statistik kesehatan, epidemiologi dasar, dan biomedik di RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang

- 3.3.1 Memahami dan menerapkan konsep dasar biostatistik di fasilitas pelayanan kesehatan

1) Data dan variable

- a. BOR = Bed Occupancy Ratio (presentase penggunaan tempat tidur)
- b. LOS = Average Length Of Stay (rata-rata lam pasien dirawat)
- c. TOI = Turn Over Internal (lama tempat tidur kosong)
- d. BTO = Bed Turn Over (berapa kali tempat tidur digunakan)

- e. NDR = Net Death Rate (kematian >48 jam tiap 1000 pasien yang keluar)
 - f. GDR = Gross Death Rate (angka kematian kasar/umum tiap 1000 pasien keluar)
 - g. SHRI = Sensus Harian Rawat Inap
- 2) Pengumpulan dan pengolahan data
- a. Petugas melakukan pengumpulan data berdasarkan data dari TPPRI dan TPPRJ, Unit Rawat Inap dan Unit Rawat Jalan, dan Pelayanan Penunjang.
 - b. Entry data oleh setiap unit pelayanan.
 - c. Melakukan pengumpulan data primer melalui dokumen rekam medis pasien.
 - d. Melakukan pengumpulan data sekunder melalui: 1) Data yang diambil dari data primer pasien. 2) Dilakukan entry data ke dalam database SIMRS
 - e. Data dari SIMRS diolah dengan di export ke Microsoft Excel sesuai dengan kebutuhan pengguna.
 - f. Melakukan validasi data SIMRS di Microsoft Excel.
 - g. Untuk data bagian Rawat Jalan, digunakan sebagai dasar perhitungan indikator rawat jalan.
 - h. Untuk data bagian Rawat Inap, digunakan sebagai dasar perhitungan indikator rawat inap.
- 3) Penyajian data, distribusi dan interpretasi data
- a) Melakukan pengumpulan data melalui pelaporan data internal, yaitu:
 1. Rekap data laporan dari Sistem Informasi Medifirst (SIMRS)
 2. Buat laporan bulanan yang meliputi:
 - a. Bed Occupancy Rate (BOR)
 - b. Length of Stay (LOS)
 - c. Bed Turn Over (BTO) Nett Death Rate (NDR)
 - d. Gross Death Rate (GDR)
 - e. Laporan Kunjungan Rawat Jalan

- f. Laporan Kunjungan Rawat Jalan berdasarkan cara pembayaran
 - g. Laporan Kunjungan Rawat Inap
 - h. Laporan Kunjungan Rawat Inap berdasarkan cara pembayaran
 - i. Laporan Kematian Pasien Rawat Inap
 - j. Laporan Pasien APS Rawat Inap
 - k. Laporan Pasien Reveal / dirujuk Rawat Inap
 - l. Laporan pasien DOA dan Meninggal di UGD
 - m. Laporan Kunjungan Laboratorium dan Radiologi
 - n. Laporan Kunjungan
 - o. Laporan Pasien Post Operasi Meninggal
 - p. Laporan Indikator Rumah Sakit dan Per Ruangan Rawat Inap
 - q. Grafik Barber Johnson Rumah Sakit dan Per Ruangan Rawat Inap
 - r. 10 Besar Penyakit Rawat Inap dan Per Ruangan Rawat Inap
 - s. 10 Besar Penyakit Rawat Jalan dan Per Poli Rawat Jalan
 - t. 10 Besar Penyakit UGD
3. Laporan dikirimkan lewat email masing-masing bagian:
- a. Wakil Direktur Pelayanan
 - b. Bagian Pelayanan
 - c. Bagian Keperawatan
 - d. Bagian Pengembangan Informasi
 - e. Kepala Instalasi Rawat Inap
 - f. Kepala Instalasi Rawat Jalan
 - g. Kepala Ruang Gatotkaca
 - h. Kepala Ruang Rawat Inap
- b) Melakukan pengumpulan data melalui pelaporan data eksternal, yaitu:
- 1. Rekap data laporan dari SIMRS 2
 - 2. Cek data
 - 3. Masukkan data ke dalam format laporan sesuai format yang ada

4. Laporan dikirim lewat web dinas kesehatan Kota Semarang <http://119.2.50.170:9093/hris/login> (Semarang Hospital Reporting Information System)
5. Laporan harian demam berdarah dengue dikirim lewat web Tunggal Dara Dinas Kesehatan Kota Semarang <http://116.254.113.136:8080/tunggaldara/> (Tunggal Dara= bersatu tanggulangi demam berdarah)
6. Laporan dikirim lewat web kementerian kesehatan <http://sirs.yankes.kemkes.go.id/sirs/login.php> (SIRS Online Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan)
7. Laporan dikirim dan diupdate lewat web kementerian kesehatan <http://sirs.kemkes.go.id/fo/> (SIRS Online)
8. Laporan Covid-19 dibuat update dan dikirim lewat web Dinas Kesehatan Kota Semarang <http://119.2.50.170:9095/infocovid/> (info Covid-19 Dinas Kesehatan Kota Semarang)
9. Laporan Covid-19 dibuat update dan dikirim lewat web Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah <https://admin.corona.jatengprov.go.id/> (Covid-19 Jawa Tengah)
10. Laporan Covid-19 dibuat update dan dikirim lewat web kementerian kesehatan <https://sirs.kemkes.go.id/fo/dashboard> (RS Online Covid-19 versi 3)

3.3.2 Menerapkan konsep dasar biostatistik

1. Melaksanakan sensus data pasien

Pengumpulan data sensus diperoleh dari pencatatan data pasien yang dilakukan oleh petugas rekam medis melalui sensus harian yang secara konsisten dibuat rekapitulasinya untuk periode tertentu. Sensus harian pasien rawat inap sangat penting dikarenakan merupakan sebuah gambaran kegiatan pelayanan 24 jam dengan data pasien masuk dan keluar. Data dari SIMRS diexport dan disimpan dalam komputer. Kemudian rekap dari SIMRS dihitung setiap bulan masing-masing ruangan. Petugas pelaporan membuat laporan rekap untuk membuat indikator setiap ruangan dan rumah

sakit. Sensus harian digunakan sebagai bahan laporan internal. Cara untuk mengambil data sensus dari SIMRS dengan mengklik menu Informasi kemudian pilih Sensus. Pilih Sensus Harian Dewasa dan atur periode sensus harian. Kemudian data diolah menggunakan Microsoft Excel dengan cara: Sensus harian = (Pasien sisa + pasien pindahan + pasien masuk) – (pasien keluar + pasien mati 48 jam).

2. Menghitung persentase penggunaan tempat tidur

BOR adalah persentase pemakaian tempat tidur dalam satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur di rumah sakit. Rumus BOR:

$$BOR = \frac{O}{A} \times 100\%$$

Keterangan:

$$O = \frac{\text{Jumlah Hari Perawatan (HP)}}{\text{Jumlah Hari (T)}}$$

$$A = \text{Jumlah Tempat Tidur}$$

Nilai Bed Occupancy Rate (BOR) tahun 2022 untuk tempat tidur yang ada di RSD K.R.M.T.Wongsonegoro Kota Semarang dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Bulan	HP	T	A	BOR
Januari	8680	31	474	59.07%
Februari	7847	28	471	59.50%
Maret	7633	30	461	53.41%
April	6629	31	439	48.71%
Mei	7243	31	437	55.14%
Juni	9241	30	401	76.82%
Juli	9589	31	515	60.06%
Agustus	10168	31	513	63.94%
September	11116	30	513	72.23%
Okteber	11496	31	507	72.48%

November	10067	31	538	65.26%
Desember	10632	31	530	64.71%
Tahunan	110723	365	530	62.74%

Tabel 3. 13 Nilai Bed Occupancy Rate (BOR) Pada Tahun 2022

Berdasarkan Tabel tersebut dapat diketahui bahwa nilai BOR RSD K.R.M.T.Wongsonegoro Kota Semarang tahun 2022 nilai tertinggi pada bulan Juni yaitu sebesar 76.82% dan nilai BOR terendah pada bulan April yaitu sebesar 48.71%. Nilai BOR efisien menurut Depkes RI yaitu 60-85%. Nilai BOR yang sesuai dengan standar Depkes RI adalah bulan Juni sampai Desember dan nilai BOR kurang dari standart yaitu pada bulan Januari sampai Mei.

3. Menghitung *Bed Turn Over – Length of Stay, Turn Over Interval*

a. *Bed Turn Over (BTO)*

BTO merupakan nilai frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, yaitu berapa kali tempat tidur dipakai dalam satuan waktu tertentu. Rumus BTO yaitu:

$$BTO = \frac{\text{Jumlah pasien keluar hidup dan mati (D)}}{\text{Jumlah tempat tidur(A)}}$$

Nilai Bed Turn Over (BTO) tahun 2022 di RSD K.R.M.T.Wongsonegoro Kota Semarang dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Bulan	D	A	BTO
Januari	2099	474	4.43
Februari	1877	471	3.99
Maret	1825	461	3.96
April	1731	439	3.94
Mei	1777	437	4.07
Juni	2137	401	5.33
Juli	2306	515	4.38
Agustus	2492	513	4.86
September	2714	513	5.29
Okteber	2793	507	5.51

November	2504	538	4.65
Desember	2671	530	5.04
Tahunan	26976	530	50.90

Tabel 3. 14 Nilai Bed Turn Over (BTO) Pada Tahun 2022

Nilai BTO menurut Depkes RI adalah 40-50 kali dalam satu tahun. Berdasarkan Tabel diatas dapat diketahui bahwa nilai BTO RSD K.R.M.T.Wongsonegoro Kota Semarang tahun 2022 masih di atas standar yang ditetapkan oleh Depkes RI yaitu sebesar 50,90 → 51. Artinya, frekuensi pemakaian satu tempat tidur dalam satu tahun sebanyak 51 pasien.

b. *Length of Stay*

ALOS menurut depkes RI (2005) adalah rata-rata lama dirawat seorang pasien. Indikator ini dapat memberikan gambaran terkait tingkat efisiensi dan mutu pelayanan di rumah sakit. Secara umum nilai ALOS yang ideal adalah 6-9 hari.

$$AvLOS = \frac{\text{Lama dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (H + M)}}$$

Nilai Length of Stay (ALOS) tahun 2022 di RSD K.R.M.T.Wongsonegoro Kota Semarang dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Bulan	Lama dirawat	D	ALOS
Januari	10586	2099	5.04
Februari	9935	1877	5.29
Maret	10089	1825	5.53
April	8803	1731	5.09
Mei	8921	1777	5.02
Juni	11634	2137	5.44
Juli	12268	2306	5.32
Agustus	13333	2492	5.35
September	14357	2714	5.29
Okteber	14728	2793	6.27

November	12898	2504	5.15
Desember	14090	2671	5.28
Tahunan	141998	26976	5.26

Tabel 3. 15 Nilai Length of Stay (ALOS) Pada Tahun 2022

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa nilai ALOS di RSD K.R.M.T.Wongsonegoro Kota Semarang tahun 2022 tertinggi adalah bulan oktober sebesar 6.27 dan nilai ALOS keseluruhan di RSD K.R.M.T.Wongsonegoro Kota Semarang 2022 sebesar 5,26 atau jika dibulatkan menjadi 5 hari. Artinya, nilai ALOS belum memenuhi standart ideal menurut Depkes RI.

c. *Turn Over Interval*

Depkes RI (2005) menyatakan TOI merupakan rata-rata hari tempat tidur tidak ditempati. Indikator ini memberikan gambaran terkait tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Nilai ideal dari tempat tidur kosong/tidak terisi pada kisaran waktu 1-3 hari.

TOI

$$= \frac{\text{Jumlah tempat tidur (A)} \times \text{Jumlah hari (T)} - \text{hari perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar hidup dan mati (D)}}$$

Nilai Turn Over Interval (TOI) tahun 2022 di RSD K.R.M.T.Wongsonegoro Kota Semarang dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

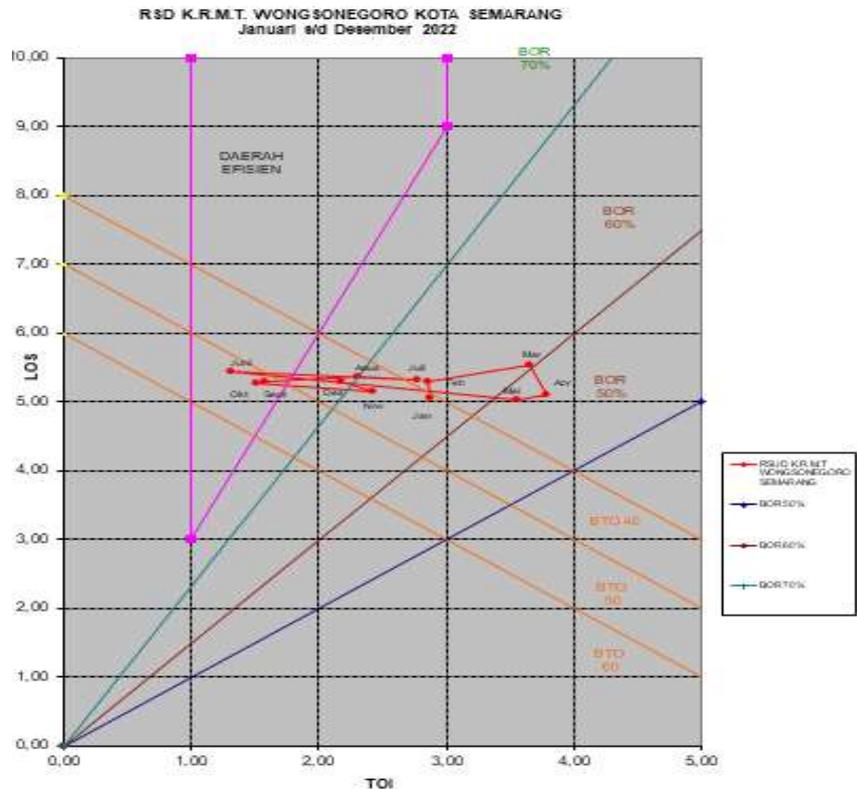
Bulan	HP	T	D	A	TOI
Januari	8680	31	2099	474	2.87
Februari	7847	28	1877	471	2.85
Maret	7633	30	1825	461	3.65
April	6629	31	1731	439	3.78
Mei	7243	31	1777	437	3.55
Juni	9241	30	2137	401	1.31
Juli	9589	31	2306	515	2.76
Agustus	10168	31	2492	513	2.30

September	11116	30	2714	513	1.57
Okteber	11496	31	2793	507	1.51
November	10067	31	2504	538	2.43
Desember	10632	31	2671	530	2.17
Tahunan	110723	365	26976	530	3.07

Tabel 3. 16 Nilai Turn Over Interval (TOI) Pada Tahun 2022

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa nilai TOI di RSD K.R.M.T.Wongsonegoro Kota Semarang tahun 2022 nilai tertinggi pada bulan April yaitu sebesar 3,78 atau jika dibulatkan menjadi 4 hari. Nilai TOI secara garis besar di RSD K.R.M.T.Wongsonegoro Kota Semarang tahun 2022 nilai TOI sebesar 3,07 jika dibulatkan menjadi 3 hari maka secara keseluruhan sudah sesuai standar ideal berdasarkan DEPKEs.

- Menginterpretasikan grafik barber johnson untuk mengetahui efisien pengelolaan rumah sakit



Gambar 3. 13 Grafik Barber Johnson Pada Tahun 2022

Berdasarkan gambar diatas menunjukkan garis indikator rawat inap pada grafik Barber Johnson. Menurut hasil perhitungan nilai 4 indikator rawat inap (BOR, ALOS, TOI dan BTO) jika dituangkan dalam grafik Barber Johnson hanya terdapat bulan Juni, September dan Oktober yang memenuhi nilai standar efisien yang telah ditetapkan dalam standar grafik Barber Johnson.

5. Melaksanakan kegiatan penyusunan dan morbiditas rawat jalan dan rawat inap

Data morbiditas merupakan angka kesakitan yang diperoleh melalui studi morbiditas dan facility based data yang diperoleh fasilitas pelayanan kesehatan melalui sistem pencatatan dan pelaporan secara rutin. Laporan morbiditas rawat jalan memuat data kumpulan penyakit pasien yang dikelompokkan menurut daftar tabulasi dasar untuk masing-masing kelompok penyakit. Data dikumpulkan dari 1 Januari hingga 31 Desember setiap tahunnya. Laporan data morbiditas pada RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang telah otomatis tersusun dari SIMRS. Cara penyusunan laporan data morbiditas dengan mengeklik menu Laporan dan pilih Laporan Rekapitulasi. Kemudian klik Rekapitulasi 20 Penyakit Terbesar. Pilih opsi rawat inap atau rawat jalan sesuai dengan kebutuhan. Sesuaikan tanggal periode yang akan dicetak atau diolah datanya. Klik Cari, maka akan otomatis data 10 besar penyakit akan muncul. Untuk proses pelaporan, selanjutnya data dari SIMRS diolah terlebih dahulu melalui Microsoft Excel dengan cara klik Spreadsheet kemudian Export dan pilih format file Excel 8.xls extended lalu Ok. Berikut adalah tabel urutan 10 penyakit terbesar rawat jalan di RSD K.R.M.T.Wongsonegoro Kota Semarang tahun 2022:

No	KdDiagnosa	Diagnosa/ Penyakit	Jumlah Pasien	Presentase
1	R50.9	Febris	5425	19,93%
2	R10.4	Colic Abdomen	3935	14,46%

3	R11	Vomitus	3207	11,78%
4	R06.0	Dyspnoea	2083	7,65%
5	A09.9	GEDS	1454	5,34%
6	I10	Hipertensi Esensial	1305	4,79%
7	R63.8	Low Intake	1063	4,79%
8	E86	Depleksi Volume (Dehidrasi)	1014	3,91%
9	J46	Asma Attack	989	3,63%
10	R51	Headche	983	3,61%

Tabel 3. 17 10 penyakit terbesar rawat jalan

Berdasarkan laporan data 10 besar penyakit pada rawat jalan tahun 2022 dapat disimpulkan bahwa diagnosa penyakit tertinggi yaitu febris dengan jumlah 5425 (19,93%) pasien, dan diagnosa panyakit di urutan ke 10 yaitu headche dengan jumlah 983 pasien dengan persentase sebesar 3,61%.

Selain data morbiditas rawat jalan, RSD K.R.M.T.Wongsonegoro Kota Semarang juga menyediakan data morbiditas rawat inap. Berikut adalah tabel rekapitulasi data morbiditas rawat inap tahun 2022:

No	KdDiagnosa	Diagnosa/ Penyakit	Jumlah Pasien	Presentase
1	R50.9	Febris	5465	15,37%
2	R10.4	Colic Abdomen	3954	11,12%
3	R11	Vomitus	3222	9,06%
4	A09.9	GEDS	2990	8,41%
5	J18.0	Bronchopneumonia	2369	6,66%
6	R06.0	Dyspnoea	2085	5,86%
7	K30	Dyspepsia	1892	5,32%
8	J06.9	ISPA	1794	5,05%
9	I10	Hipertensi Esensial	1687	4,74%

10	A91	DHF	1121	3,15%
----	-----	-----	------	-------

Tabel 3. 18 10 besar penyakit pada rawat inap

Berdasarkan laporan data 10 besar penyakit pada rawat inap tahun 2022 dapat disimpulkan bahwa diagnosa penyakit tertinggi yaitu febris 5465 pasien dengan persentase sebesar 15,37%. Selanjutnya diagnosa panyakit di urutan ke 10 yaitu DHF dengan jumlah 1121 pasien dengan persentase sebesar 3,15%.

6. Melaksanakan kegiatan penyusunan data mortalitas

Pencatatan data mortalitas pada RSD K.R.M.T.Wongsonegoro Kota Semarang sudah ada otomatis pada SIMRS. Data mortalitas berasal dari data yang telah diinput pada saat sensus harian rawat inap pasien. Data dari SIMRS diolah pada Microsoft Excel. Berikut adalah tabel jumlah pasien meninggal setiap bangsal per 1 Januari hingga 31 Desember 2022:

No	Ruang	Jumlah pasien meninggal
1	Arimbi	35
2	Banowati	20
3	Bima	36
4	GYN/Parikest	0
5	ICU Isolasi I	61
6	Perinatal	3
7	Prabu Kresna	52
8	Yudistira	0
9	HCU	618
10	DK (IBU + BAYI)	0
11	Srikandi (IBU + BAYI)	0
12	Nakula 1	46
13	Nakula 2	13
14	Nakula 3	40
15	Nakula 4	27
16	Arjuna 1	43
17	Arjuna 2	26
18	Gatatkaca 2	28
19	Gatatkaca 3	2
20	Gatatkaca 4	27
21	PICU	62
22	NICU	75
23	ICU Isolasi II	62
24	Sadewa 1	26

25	Sadewa 2	48
26	Sadewa 3	52
27	Sadewa 4	108
28	Abimanyu	71
29	Sri Kandi	0
30	ICU 2	62
31	ICU 3	31
32	Onkologi	6
33	Ruang PIE	1
Jumlah Total		1681

Tabel 3. 19 jumlah pasien meninggal setiap bangsal

Berdasarkan tabel data mortalitas RSD K.R.M.T.Wongsonegoro tahun 2022, didapatkan jumlah pasien meninggal paling banyak adalah pada bangsal HCU sebanyak 618 pasien dan jumlah pasien meninggal paling sedikit adalah pada bangsal Gyn/Parikesit, Yudistira, Dk (Ibu + Bayi), Srikandi (Ibu + Bayi) dan Sri Kandi yaitu sebanyak 0 pasien.

3.3.3 Mengidentifikasi laporan internal dan eksternal rumah sakit

1. Laporan internal rumah sakit

Pelaporan internal di RSD K.R.M.T.Wongsonegoro Kota Semarang menyesuaikan dengan kebutuhan Rumah Sakit. Laporan internal meliputi seluruh catatan hasil kegiatan yang dilaksanakan oleh rumah sakit. Terdapat 16 jenis laporan internal yang dibuat di RSD K.R.M.T.Wongsonegoro Kota Semarang, diantaranya yaitu:

- 1) Laporan Kunjungan Rawat Jalan
- 2) Laporan Kunjungan Rawat Jalan berdasarkan cara pembayaran
- 3) Laporan Kunjungan Rawat Inap
- 4) Laporan Kunjungan Rawat Inap berdasarkan cara pembayaran
- 5) Laporan Kematian Pasien Rawat Inap
- 6) Laporan Pasien APS Rawat Inap
- 7) Laporan Pasien Refeal / dirujuk Rawat Inap
- 8) Laporan pasien DOA dan Meninggal di UGD
- 9) Laporan Kunjungan Laboratorium dan Radiologi
- 10) Laporan Kunjungan
- 11) Laporan Pasien Post Operasi Meninggal

- 12) Laporan Indikator Rumah Sakit dan Per Ruangan Rawat Inap
 - 13) Grafik Barber Johnson Rumah Sakit dan Per Ruangan Rawat Inap
 - 14) 10 Besar Penyakit Rawat Inap dan Per Ruangan Rawat Inap
 - 15) 10 Besar Penyakit Rawat Jalan dan Per Poli Rawat Jalan
 - 16) 10 Besar Penyakit UGD
2. Laporan eksternal rumah sakit
- Pelaporan eksternal di RSD K.R.M.T.Wongsonegoro Kota Semarang di bawah ini merupakan jenis pelaporan yang dikirimkan ke situs SIRS Jawa Tengah:
- 1) RL 1.1 Data Dasar Rumah Sakit
 - 2) RL 1.2 Indikator Pelayanan Rumah Sakit
 - 3) RL 1.3 Fasilitas Tempat Tidur
 - 4) RL 2 Data Ketenagaan
 - 5) RL 3.1 Pelayanan Rawat Inap
 - 6) RL 3.2 Pelayanan Rawat Darurat
 - 7) RL 3.3 Kegiatan Kesehatan Gigi dan Mulut
 - 8) RL 3.4 Kegiatan Kebidanan
 - 9) RL 3.5 Kegiatan Perinatologi
 - 10) RL 3.6 Kegiatan Pembedahan
 - 11) RL 3.7 Kegiatan Radiologi
 - 12) RL 3.8 Pemeriksaan Labarotorium
 - 13) RL 3.9 Pelayanan Rehabilitasi Medis
 - 14) RL 3.10 Kegiatan Pelayanan Khusus
 - 15) RL 3.11 Kegiatan Kesehatan Jiwa
 - 16) RL 3.12 Kegiatan Keluarga Berencana
 - 17) RL 3.13a Kegiatan Pengadaan Obat
 - 18) RL 3.13b Kegiatan Pelayanan Resep Obat
 - 19) RL 3.14 Kegiatan Rujukan
 - 20) RL 3.15 Kegiatan Cara Pembayaran
 - 21) RL 4a Data Morbiditas Pasien Rawat Inap Rumah Sakit
 - 22) RL 4b Data Morbiditas Pasien Rawat Jalan Rumah Sakit

- 23) RL 4c Penyebab Kecelakaan Rawat Jalan
- 24) RL 5.1 Pengunjung Rumah Sakit
- 25) RL 5.2 Kunjungan Rawat Jalan
- 26) RL 5.2.1 Kunjungan Rawat Jalan
- 27) RL 5.3 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap
- 28) RL 5.4 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan

3.4 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek klasifikasi dan kodefikasi penyakit, masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis di RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang

Menurut KEPMENKES RI Nomor 377/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perakam medis dan Informasi Kesehatan, dijelaskan bahwa pada aspek ini perakam medis memiliki kompetensi untuk mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia (ICD) tentang penyakit (ICD-10) dan tindakan medis (ICD-9 CM) dalam pelayanan kesehatan dan manajemen kesehatan. Selain menentukan kode penyakit dan tindakan medis, perakam medis juga dapat menganalisis sebab timbulnya penyakit, melakukan pelaporan dan menyajikan pelaporan morbiditas, mengelola indeks penyakit dan tindakan sebagai laporan statistik, menjamin validitas data, serta mengembangkan dan mengimplementasikan standar koding dan pendokumentasian.

- 3.4.1 Menentukan kode penyakit dan permasalahan kesehatan serta kode tindakan, sesuai dengan pedoman yang berlaku di Indonesia
 - a. Mengidentifikasi persiapan yang dibutuhkan sebelum melakukan pemberian kode diagnosa dan tindakan (koding)
 - 1. Komputer
 - 2. Aplikasi medifirst 2000
 - 3. ICD-X dan ICD-9 CM elektronik

- b. Mengidentifikasi SPO yang digunakan dalam pelaksanaan pemberian kode diagnosa dan tindakan (koding)

Pengkodean diagnosa penyakit adalah kegiatan menterjemahkan diagnosa penyakit yang telah diberikan oleh dokter ke dalam bentuk kode, dilakukan oleh petugas coding dengan menggunakan ICD -x sebagai buku pedoman pengkodean.

1. SPO pengkodean diagnosa penyakit pasien

a. Rawat Inap BPJS

- Terima dokumen rekam medis lengkap pasien pulang dari administrasi ruang rawat inap.
- Baca diagnosa yang ditulis di lembar RMI.1 halaman 1.
- Telaah dokumen rawat inap yang lain.
- Konfirmasikan diagnosa dengan dokter jika diagnosa yang ditulis kurang sesuai dengan dokumen rawat inap yang lain.
- Terjemahkan diagnosa yang ditulis ke dalam bentuk kode penyakit sesuai ICD-X dengan cara :
 1. Baca diagnosa
 2. Tentukan kata kunci (*leadterm*)
 3. Cari kata kunci (*leadterm*) dalam ICD-X Volume 3
 4. Baca dan ikuti petunjuk yang muncul di bawah kata kunci (*leadterm*) saat menggunakan ICD-X Volume 3
 5. Baca pernyataan yang muncul dalam tanda kurung setelah kata kunci (*leadterm*) saat menggunakan ICD-X Volume 3,meski tidak mempengaruhi kode yang dihasilkan sampai semua pernyataan diagnosa sudah tercakup.
 6. Baca pernyataan yang muncul dibawah kata kunci (*leadterm*) saat menggunakan ICD-X Volume 3, hal ini mungkin mempengaruhi kode yang dihasilkan sampai semua pernyataan diagnosa sudah tercakup.
 7. Ikuti dengan hari-hati pernyataan silang berupa ”*see*”/lihat dan ”*see also*”/lihat juga.

8. Cek silang kode yang sudah ditemukan ke dalam ICD-X Volume 1.
9. Baca dan ikuti petunjuk "include"/termasuk dan "exclude"/tidak termasuk yang muncul untuk kode tersebut pada awal bab atau blok terkait.
10. Tentukan kode
 - Tulis kode penyakit ke kolom KODE ICD dalam lembar RMI.1 .
 - Masukkan kode penyakit ke sistem komputer RS (MEDIFIRST2000) dalam aplikasi rekam medis.
 - Jika selama perawatan, pasien menjalani operasi/tindakan kerjakan SPO PENGKODEAN TINDAKAN (OPERASI) jika tidak ada operasi/tindakan, langsung ke no. Berikutnya.
 - Untuk pasien meninggal, kerjakan SPO PENGKODEAN DIAGNOSA KEMATIAN PASIEN RAWAT INAP jika tidak meninggal, proses pengkodean selesai.
 - Baca diagnosa
 - Tentukan kata kunci (leadterm)
 - Cari kata kunci (leadterm) dalam ICD-X Volume 3
 - Baca dan ikuti petunjuk yang muncul di bawah kata kunci (leadterm) saat menggunakan ICD-X Volume 3
 - Baca pernyataan yang muncul dalam tanda kurung setelah kata kunci (leadterm) saat menggunakan ICD-X Volume 3, meski tidak mempengaruhi kode yang dihasilkan sampai semua pernyataan diagnosa sudah tercakup
 - Baca pernyataan yang muncul dibawah kata kunci (leadterm) saat menggunakan ICD-X Volume 3, hal ini mungkin mempengaruhi kode yang dihasilkan sampai semua pernyataan diagnosa sudah tercakup

- Ikuti dengan hari-hati pernyataan silang berupa "see"/lihat dan "see also"/lihat juga
- Cek silang kode yang sudah ditemukan ke dalam ICD-X Volume 1
- Baca dan kuti petunjuk "include"/termasuk dan "exclude"/tidak termasuk yang muncul untuk kode tersebut pada awal bab atau blok terkait.

- Tentukan kode

b. Rawat Inap Non BPJS

- 1) Menerima dokumen rekam medis dari assembling
- 2) Baca diagnosa yang ditulis di Lembar RMI.1 halaman 1
- 3) Telaah dokumen rawat inap yang lain
- 4) Konfirmasikan diagnosa dengan dokter jika diagnosa yang ditulis kurang sesuai dengan dokumen rawat inap yang lain
- 5) Terjemahan diagnosa yang ditulis ke dalam bentuk kode penyakit sesuai ICD-X dengan langkah – langkah sebagai berikut :
 - Baca diagnosa
 - Tentukan kata kunci (leadterm)
 - Cari kata kunci (leadterm) dalam ICD-X volume 3
 - Dan ikuti petunjuk yang muncul di bawah kata kunci saat menggunakan ICD-X volume 3
 - Baca pernyataan yang muncul dalam tanda kurung setelah kata kunci saat menggunakan volume 3, meski tidak mempengaruhi kode yang dihasilkan sampai semua pernyataan diagnosa sudah tercakup
 - Baca pernyataan yang muncul di bawah kata kunci saat menggunakan volume 3, hal ini mungkin mempengaruhi kode yang dihasilkan sampai semua pernyataan diagnosa sudah tercakup
 - Ikuti dengan hati-hati pernyataan saling berupa "see"/lihat dan "see also"/lihat juga

- Istilah kode yang sudah ditemukan ke dalam ICD-X volume 1
 - Baca dan ikuti petunjuk "include"/termasuk dan "exclude"/tidak termasuk yang muncul untuk kode tersebut pada awal bab atau blog terkait
 - Tentukan kode
- 6) Tulis kode penyakit ke kolom kode ICD dalam lembar RMI.1
 - 7) Masukkan penyakit ke sistem komputer RS (Medifirst2000) helm aplikasi dalam aplikasi rekam medis
 - 8) Jika selama perawatan, pasien menjalani operasi / tindakan kerjakan SPO pengkodean tindakan (operasi) jika tidak ada operasi/tindakan, langsung ke nomor berikutnya
 - 9) Untuk pasien meninggal, kerjakan SPO pengkodean diagnosa kematian pasien rawat inap jika tidak meninggal proses pengkodean selesai.
- c. Rawat Jalan BPJS
- 1) Terima dokumen rekam medis rawat jalan (formulir kendali pasien BPJS) dan lembaran – lembaran rawat jalan yang lain milik paasien yang periksa pada periode sebelumnya dari petugas kasir.
 - 2) Baca diagnosa utama dan diagnosa tambahan di formulir kendali pasien BPJS.
 - 3) Baca lembarn – lembaran rawat jalan yang lain untuk memastikan kesesuaian antara diagnosa utama dan diagnosa tambahan yang ditulis oleh dokter dengan perjalanan penyakit yang tercatat.
 - 4) Konfirmasikan diagnosa dengan dokter jika diagnosa yang ditulis kurang sesuai dengan dokumen rawat jalan yang lain.
 - 5) Terjemahkan diagnosa yang ditulis kedalam bentuk kode sesuai ICD X.
 - 6) Tulis kode diagnosa penyakit kedalam kode dalam formulir kendali pasien BPJS.

- 7) Jika tidak ada diagnosa tindakan langsung ke prosedur memasukkan kode diagnosa ke sistem, jika ada diagnosa tindakan lanjut ke prosedur berikutnya.
 - 8) Baca diagnosa tindakan yang tercatat di formulir kendali pasien BPJS.
 - 9) Baca lembaran rawat jalan yang lain untuk memastikan kesesuaian antara diagnosa tindakan yang ditulis oleh dokter dengan perjalanan penyakit yang tercatat.
 - 10) Konfirmasikan dengan dokter jika tindakan tidak sesuai dengan perjalanan penyakit.
 - 11) Terjemahkan tindakan ke dalam bentuk kode sesuai ICD 9CM.
 - 12) Tulis kode tindakan ke kolom kode dalam formulir kendali.
 - 13) Masukkan kode penyakit ke sistem computer RS dalam aplikasi rekam medis.
 - 14) Masukkan kode tindakan ke sistem computer RS dalam aplikasi rekam medis, jika ada kode tindakan, jika tidak ada kode tindakan, langsung ke prosedur selanjutnya.
 - 15) Serahkan dokumen RM pasien rawat jalan (formulir kendali pasien BPJS) yang telah di kode bagian verifikasi keuangan.
- d. Pengkoreksian Kode Diagnosa
- 1) Terima berkas klaim Rawat Inap pasien pulang dari verifikasi.
 - 2) Baca diagnosa yang ditulis di lembar RMI.24 Resume Medis Pasien Pulang.
 - 3) Telaah berkas klaim rawat inap pasien pulang dari alasan dirawat, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, hasil penunjang, diagnosa dan terapi yang diberikan.
 - 4) Tulis data yang ada di dokumen rekam medis yang belum tercantum di lembar RMI.24 Resume Medis Pasien Pulang.
 - 5) Konfirmasikan diagnosa dengan dokter jika diagnosa yang ditulis kurang sesuai dengan point 3.

- 6) Koreksi kode diagnosa yang ditukis oleh petugas PJRM sesuai petunjuk ICD-X.
- 7) Sesuaikan kode diagnosa ke sistem komputer RS (MEDIFIRST 2000) dalam aplikasi rekam medis.
- 8) Jika selama perawatan, pasien menjalani operasi/tindakan kerjakan SPO PENGOREKSIAN KODE TINDAKAN (OPERASI) (SPO No.241.02.02.2015)

1. SPO Pengkodean Tindakan Pasien

a. Pengkodean Tindakan Pasien (Operasi)

- 1) Terima dokumen rekam medis pasien yang telah dilakukan tindakan (operasi).
- 2) Baca tindakan (operasi) di lembar RMI.1 halaman 1.
- 3) Baca lembaran-lembaran rawat inap yang lain terutama lembar laporan operasi (RMI.29) untuk memastikan kesesuaian antara diagnosa operasi atau tindakan yang ditulis oleh dokter dengan perjalanan penyakit yang tercatat.
- 4) Konfirmasikan dengan dokter jika tindakan (operasi) tidak sesuai dengan perjalanan penyakit.
- 5) Terjemahkan tindakan (operasi) ke dalam bentuk kode sesuai ICD-9 CM dengan cara :
 - Baca diagnosa tindakan
 - Tentukan kata kunci (Leadterm)
 - Cari kata kunci (Leadterm) dalam ICD-IX CM Bagian Index To Procedures.
 - Baca dan ikuti petunjuk yang muncul di bawah kata kunci (Leadterm) saat menggunakan ICD-9 CM Bagian To Procedures.
 - Baca pernyataan yang muncul dalam tanda kurung setelah kata kunci (leadterm) saat menggunakan ICD-IX CM Bagian Index To Procedures, meski tidak

mempengaruhi kode yang dihasilkan sampai semua pernyataan diagnosa sudah tercakup.

- Baca pernyataan yang muncul dibawah kata kunci (leadterm) saat menggunakan ICD-IX CM Bagian Index To Procedures, hal ini mungkin mempengaruhi kode yang dihasilkan sampai semua pernyataan diagnosa sudah tercakup.
- Ikuti dengan hari-hati pernyataan silang berupa "see"/lihat dan "see also"/lihat juga
- Cek silang kode yang sudah ditemukan ke dalam ICD-IX Bagian CLASSIFICATION OF PROCEDURES
- Baca&ikuti petunjuk "include"/termasuk dan "exclude"/tidak termasuk yang muncul untuk kode tersebut pada awal bab atau blok terkait.
- Tentukan kode

6) Tulis kode tindakan (operasi) kedalam lembar RMI.1 halaman 1 di kolom KODE TINDAKAN di sebelah nama tindakan (operasi) yang ditulis Dokter.

7) Masukkan kode tindakan (operasi) ke sistem komputer RS (Medifirst2000) dalam aplikasi rekam medis.

8) Untuk pasien meninggal,kerjakan SPO PENGKODEAN DIAGNOSA KEMATIAN PASIEN RAWAT INAP jika tidak meninggal,proses pengkodean selesai.

b. Pengkoreksian Kode Tindakan (Operasi)

- 1) Terima berkas klaim rawat inap pasien pulang dari verifikasi
- 2) Baca tindakan yang ditulis dilembar RMI.24 resume medis pasien pulang dan di RMI.29 laporan operasi.
- 3) Konfirmasikan tindakan (operasi) dengan dokter jika tindakan yang ditulis kurang sesuai.
- 4) Koreksi kode tindakan yang di tulis oleh petugas PJRM sesuai petunjuk ICD 9 CM.

5) Sesuaikan kode tindakan (operasi) ke sistem computer RS dalam aplikasi rekam medis.

3.4.2 Hasil Kegiatan Klasifikasi dan Kodefikasi Diagnosis Penyakit dan Tindakan Medis

No	DIAGNOSA PENYAKIT	LEADTERM	KODE ICD X
Sistem Saraf			
1.	Epilepsy, unspecified	amnesia - postictal in epilepsy	G40.9
2.	Other cerebral palsy	Hemiplegia - congenital (cerebral)	G80.8
3.	Hemiplegia, unspecified	Hemiparalysis	G81.9
4.	Cluster headache syndrome	Headache - cluster (chronic) (episodic)	G44.0
5.	Guillain bare	Barré-Guillain disease or syndrome	G61.0
6.	Hydrocephalus	Hydrocephalus	G91.9
7.	bacterial Meningo	Meningoencephalitis-bacterial NEC	G04.2
8.	Status epilepticus	Status - epilepticus	G41.9
9.	Cervical root disorders	Disorders - cervical - - root	G54.2
10.	Periodic paralysis	Paralysis, paralytic - familial (periodic) (recurrent)	G72.3
Sistem Panca Indra			
1.	Sensorineural hearing loss, bilateral	Deafness - sensorineural - - bilateral	H90.3
2.	Pterygium	Pterygium (eye)	H11.0
3.	Tinnitus	Tinnitus	H93.1
4.	Otitis media akut supuratif	Otitis - media - - acute ---suppurative	H66.0
5.	Kelainan conjunctiva vascular	Aneurysm -conjunctiva	H11.4
6.	Aphakia	Aphakia	H27.0
7.	Kholesteatoma telinga tengah	Cholesteatoma (ear) (middle) (mastoid)	H71
8.	Mastoiditis	Mastoiditis	H70.9

9.	Vertigo bagian tengah kepala	-unspecified Vertigo -central	H81.4
10.	Kehilangan kemampuan mendengar karena penurunan fungsi saraf	Deafness -sensorineural	H90.5
Sistem Kejiwaan			
1.	Schizophrenia	Residual - state, schizophrenic	F20.9
2.	Developmental disorder of scholastic skills	Defect, defective - learning (specific)	F81.9 3
3.	Developmental disorder of speech and language	Defect, defective - speech NEC --developmental	F80.9
4.	Developmental disorder of speech and language, unspecified	Problem (related to) (with) - communication (developmental)	F80.9
5.	Defensive episode	Depression -reactive (episode)	F32.9
6.	Autism	Autism	F84.0
7.	Transient tic disorder	Tic (disorder) -transient	F95.0
8.	Psikosomatis	Disorder -psychosomatic	F45
9.	Recurrent depressive disorder	Disorder -depressive - -recurent	F33.9
10.	Skizofrenia	Schizophrenia	F20.9

Tabel 3. 20 Klasifikasi dan Kodefikasi Diagnosis Penyakit dan Tindakan Medis

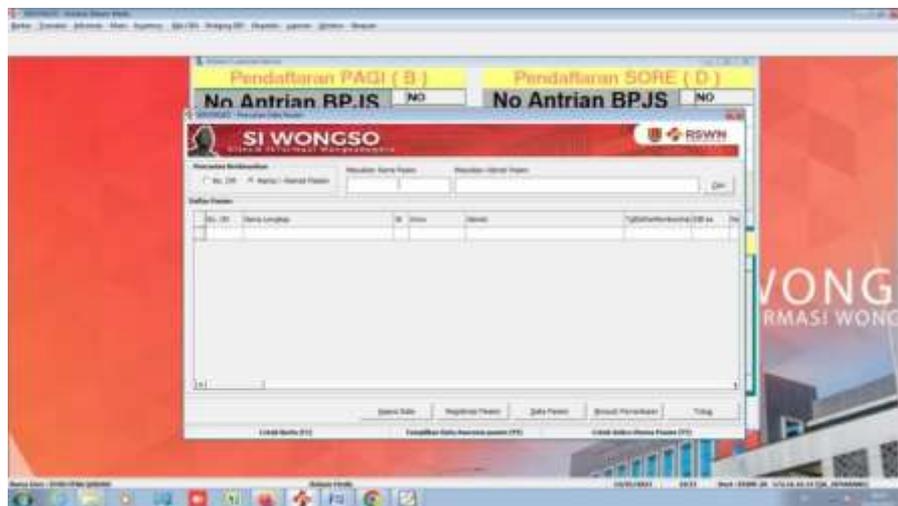
3.5 Mengidentifikasi, mendeskripsikan, menganalisis, dan mengevaluasi secara detail kebutuhan perangkat TIK (Teknologi Informasi dan Komunikasi) yang diperlukan dalam rangka penerapan (SIM) Sistem Informasi Manajemen di fasilitas pelayanan kesehatan RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

3.5.1 Mengidentifikasi Jenis Aplikasi yang Digunakan dalam Penyelenggaraan Unit Rekam Medis di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

a. Indeks Utama Pasien (*Master Patient Index*)

Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) adalah kunci utama untuk menemukan catatan pasien. Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP)

merupakan kartu yang berisi data pokok mengenai identitas pasien untuk mengidentifikasi semua pasien yang pernah berobat. Salah satu fungsi dari Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) ini adalah untuk mencari kembali data identitas pasien terutama nomor rekam medis bila pasien yang pernah berobat datang kembali tanpa membawa Kartu Identitas Berobat (KIB). Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) di RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang sudah terkomputerisasi pada SIMRS Medifirst2000 Siwongso. Adapun tampilan dari Indeks Utama Pasien (*Master Patient Index*) yaitu sebagai berikut:



Gambar 3. 14 Cetak Indeks Utama Pasien

Gambar 3.1 merupakan tampilan data dimana petugas setelah mendaftarkan pasien. kemudian petugas dapat mencetak Indeks Utama Pasien dengan menekan tombol *shortcut keyboard* F6, maka Indeks Utama Pasien langsung otomatis tercetak.

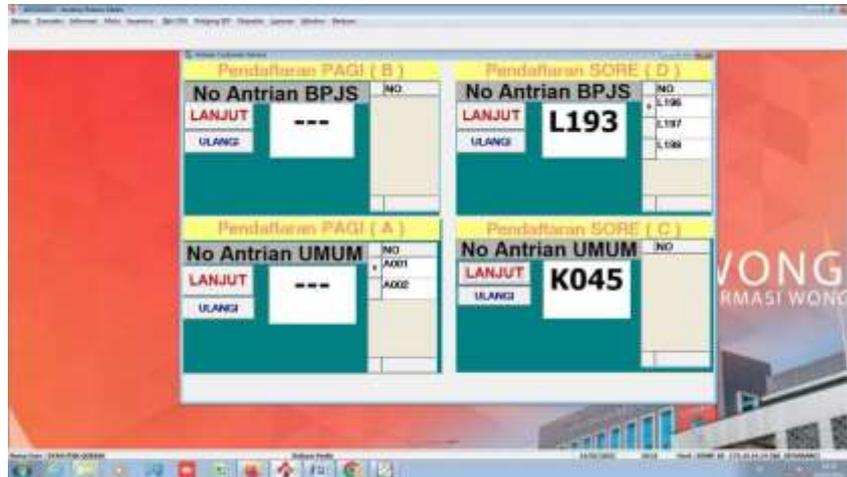
b. Pendaftaran, Perpindahan, dan Pemulangan Pasien (*Admission, Transfer, dan Discharge System*)

1. Pendaftaran

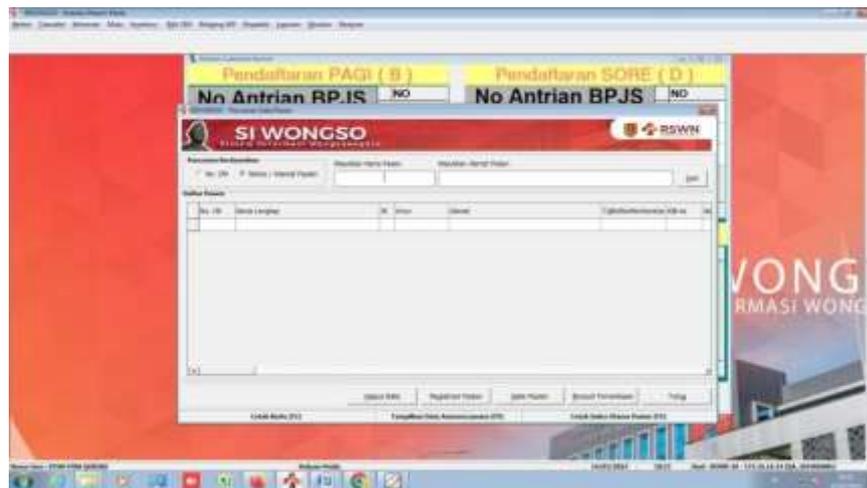
SIMRS Medifirst2000 Siwongso memiliki fitur antrian pendaftaran, entri pasien baru, dan registrasi pasien baru. Adapun pasien lama dapat melakukan *booking* antrian di aplikasi *mobile* MyRSWN sebelum datang berobat di rumah sakit, sehingga pasien

lama akan langsung menuju poli tujuan setiba di rumah sakit. Pasien baru yang sebelumnya belum pernah berobat di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang melakukan pendaftaran dengan mengambil nomor antrian di pintu masuk yang kemudian dapat dibawa ke loket pendaftaran rekam medis untuk ditindaklanjuti. Petugas loket akan memanggil nomor antrian pasien baru yang selanjutnya dapat dilakukan entri data pasien baru meliputi data sosial dan data registrasi pasien.

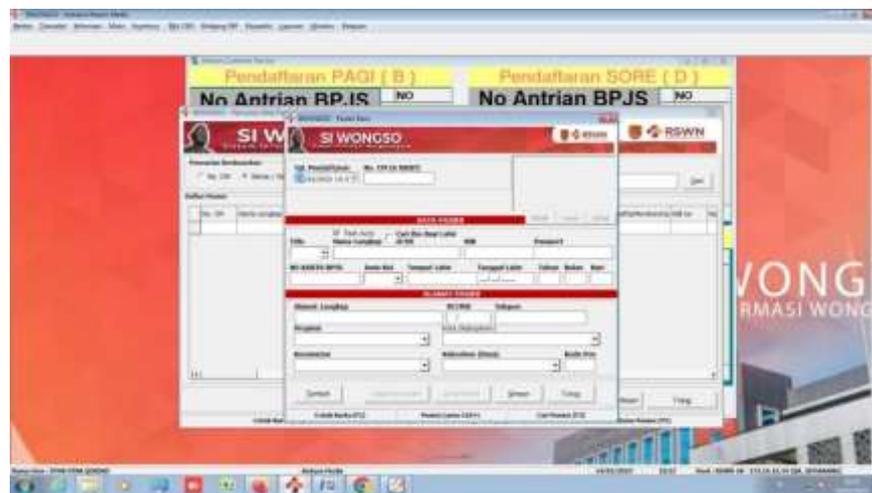
Sebelum registrasi pasien baru dilakukan, petugas terlebih dahulu melakukan *crosscheck* dengan menginputkan nama pasien di SIMRS Medifirst2000 Siwongso untuk memastikan bahwa pasien benar-benar merupakan pasien baru. Selanjutnya, petugas dapat melakukan entri data pasien baru meliputi data sosial dan data registrasi pasien. Adapun tampilan dari fitur-fitur pokok pada kegiatan pendaftaran yaitu sebagai berikut:



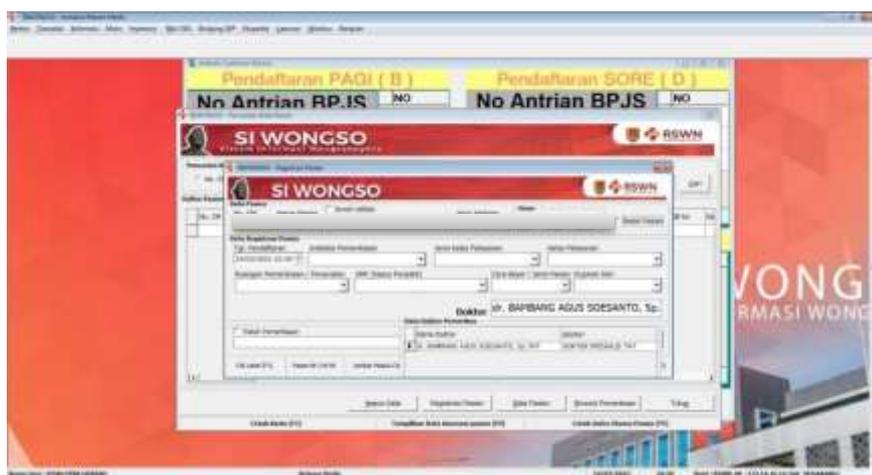
Gambar 3. 15 Pemanggilan Antrian Pasien



Gambar 3. 16 Crosscheck Data Pasien



Gambar 3. 17 Input Data Sosial Pasien



Gambar 3. 18 Registrasi Pasien

2. Perpindahan

Perpindahan pasien merupakan sebuah tindakan dimana pasien dipindahkan karena beberapa alasan yaitu ruang perawatan penuh, alat tidak memadai, dan wali pasien meminta kamar dengan kualitas lebih baik (naik kelas). Adapun prosedur dalam memindahkan pasien yaitu sebagai berikut:

- Dokter memberikan perintah pindah.
- Petugas memindahkan berkas pasien di SIMRS Medifirst2000 Siwongso.
- Pasien dipindahkan beserta dokumen rekam medisnya.

3. Pemulangan Pasien

Pemulangan pasien merupakan sebuah tindakan dimana pasien diijinkan meninggalkan kamar rawat inap. Pemulangan pasien ada beberapa cara yaitu pasien sembuh, meninggal, pulang paksa. Menunjukkan proses formal keluarnya seorang pasien rawat inap meninggalkan rumah sakit dan menandai akhir dari episode perawatannya. Jumlah pasien keluar meliputi pasien yang pulang ke rumah, dirujuk ke sarana pelayanan lain, dan pasien yang meninggal. Adapun prosedur dalam pemulangan pasien yaitu sebagai berikut:

- Dokter memberikan persetujuan untuk pemulangan pasien.
- Petugas membuat resume medis pasien.
- Pasien BPJS menunggu konfirmasi dari pihak BPJS terkait resume medis.
- Cetak resume medis.
- Wali pasien menuju kasir untuk melakukan pendaftaran.
- Pasien pulang.

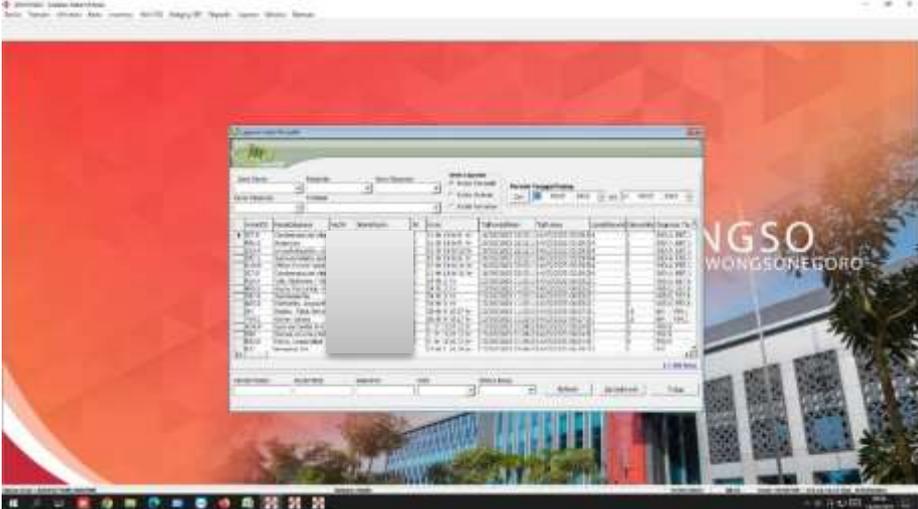
c. *Disease and Procedure Index* (Indeks Penyakit dan Tindakan)

Indeks Penyakit (*Disease Index*) yaitu kartu katalog yang berisi data pasien dengan kode penyakit tertentu. Kegunaan indeks penyakit ini yaitu membantu proses pengambilan rekam medis guna keperluan

manajemen penelitian atau pendidikan dan sebagainya, misalnya sebagai berikut :

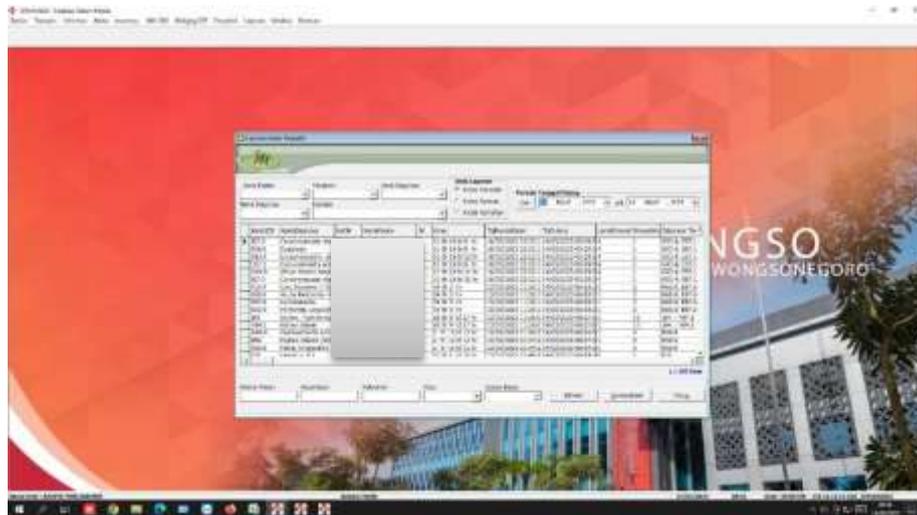
1. Mempelajari kasus-kasus terdahulu dari satu jenis penyakit
2. Menguji teori-teori, membandingkan data tentang penyakit atau pengobatan dalam rangka membuat tulisan ilmiah
3. Mengumpulkan data penggunaan fasilitas rumah sakit untu
4. Menyusun keperluan alat-alat baru, tempat tidur, dan lain sebagainya
5. Menilai kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit
6. Mengumpulkan data pelayanan yang diperlukan dalam survei kemampuan rumah sakit
7. Menyediakan materi pendidikan untuk mahasiswa kedokteran, perawat, dan lain sebagainya

Adapun indeks penyakit, indeks operasi, dan indeks kematian memiliki tampilan yaitu sebagai berikut:

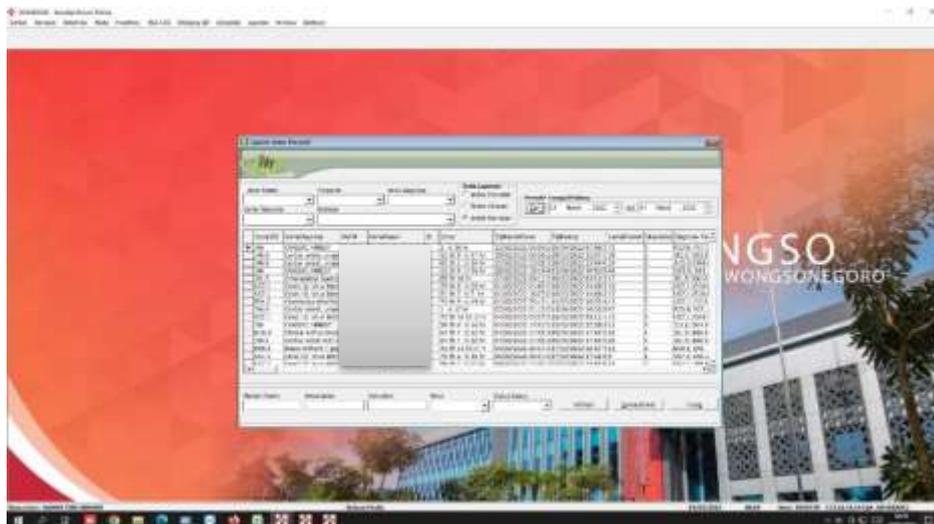


Kategori	Subkategori	Jenis	Waktu	Merkah	Tipe	Merkah
1	1.1	1.1.1	1.1.1.1	1.1.1.1.1	1.1.1.1.1	1.1.1.1.1
1	1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1
1	1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1
1	1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1
1	1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1
1	1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1
1	1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1
1	1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1
1	1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1
1	1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1	1.1.1

Gambar 3. 19 Indeks Penyakit



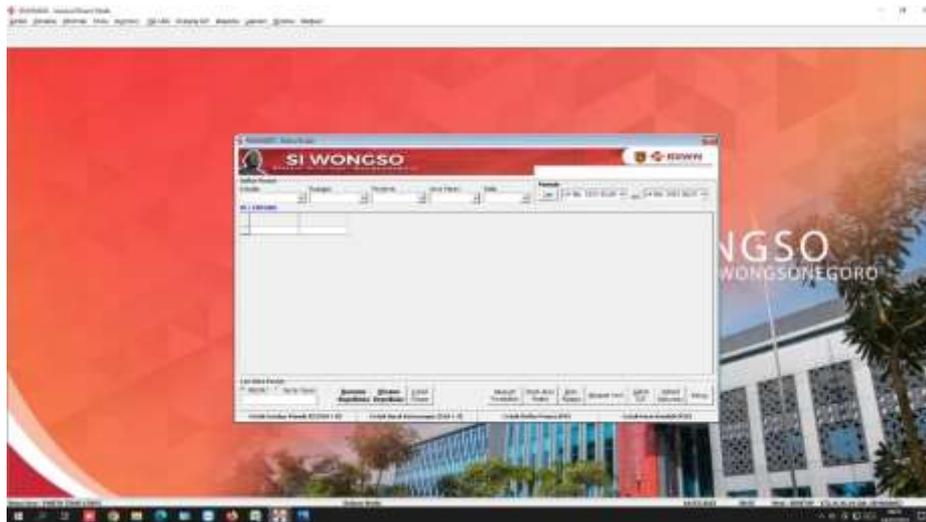
Gambar 3. 20 Indeks Operasi



Gambar 3. 21 Indeks Kematian

d. Pelacakan Rekam Medis

Pelacakan rekam medis di RSD K.R.M.T Wongsonenegoro Kota Semarang pada pasien rawat jalan dapat dilacak pada pencarian dokumen rekam medis dan dapat dilihat dari riwayat pasien berobat.



Gambar 3. 22 Pelacakan Rekam Medis Pasien

3.5.2 Menganalisis Sistem Informasi Pendaftaran Rawat Jalan dan Rawat Inap dengan Menggunakan *Flowchart*, *Data Flow Diagram* (DFD), dan *Entity Relationship Diagram* (ERD)

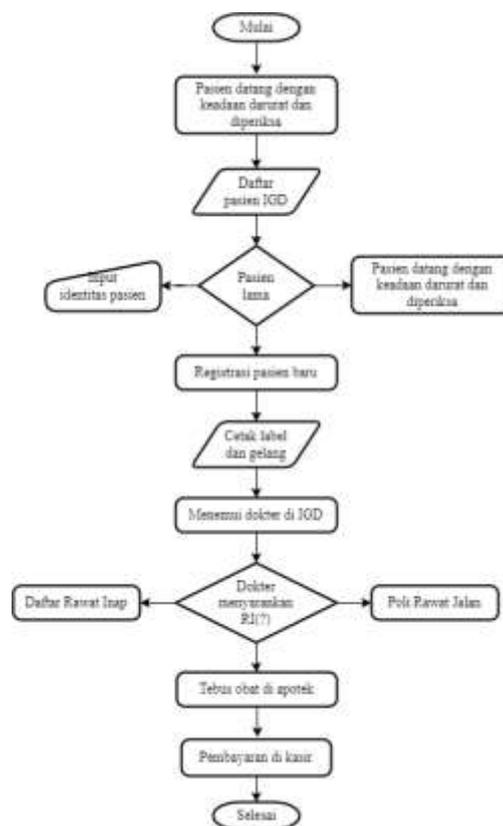
a. *Flowchart*

Bagan alir (*flowchart*) merupakan kumpulan dari notasi diagram simbolik yang menunjukkan aliran data dan urutan operasi dalam sistem. Bagan alir (*flowchart*) merupakan metode teknik analisis yang dipergunakan untuk mendeskripsikan sejumlah aspek dari sistem informasi secara jelas, ringkas, dan logis. *Flowchart* menjelaskan urutan-urutan dari prosedur-prosedur yang ada di dalam sistem dan menunjukkan apa yang dikerjakan di sistem.

Flowchart pada gambar dibawah ini merupakan *flowchart* manual IGD yang dimana pasien datang dalam keadaan darurat dan diperiksa. Wali pasien mendaftarkan pasien ke TPPGD. Jika pasien merupakan pasien lama maka petugas langsung mencari nomor rekam medis, namun jika pasien tersebut merupakan pasien baru maka petugas akan menanyakan identitas pasien lalu menginputkan data identitas pasien. Selanjutnya registrasi pasien IGD dan cetak gelang serta label pasien. Gelang dan label pasien akan diberikan kepada wali pasien dan wali pasien akan memberikannya kepada dokter yang merawat pasien

di IGD. Dokter akan memberikan arahan kepada wali atau pasien yang bersangkutan yaitu disarankan untuk pulang atau rawat inap. Setelah itu, pasien menuju ke apotek untuk mengambil obat jika diresepkan oleh dokter. Kemudian menuju kasir untuk melakukan pembayaran.

Adapun *flowchart* dari pendaftaran pasien Instalasi Gawat Darurat adalah sebagai berikut:



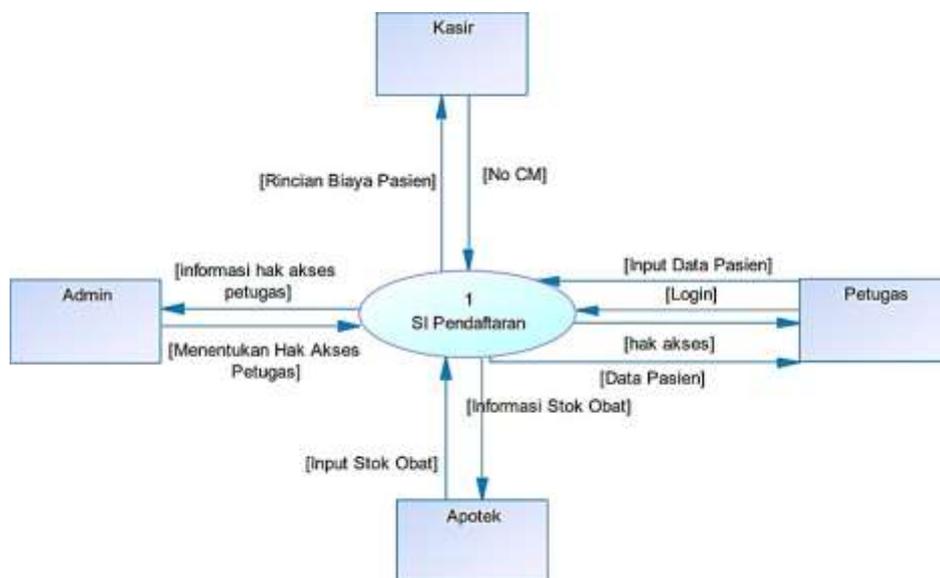
Gambar 3. 23 Flowchart pendaftaran pasien IGD

b. *Data Flow Diagram* (DFD)

Data Flow Diagram (DFD) adalah representasi grafis dari aliran data melalui sistem informasi. Hal ini memungkinkan untuk mewakili proses dalam sistem informasi dari sudut pandang data. *Data Flow Diagram* (DFD) digunakan oleh analis sistem untuk merancang sistem pemrosesan informasi tetapi juga sebagai cara untuk model seluruh organisasi.

Data Flow Diagram (DFD) dibawah ini menggambarkan bahwa dmin bertugas untuk memberikan dan menentukan hak akses petugas pendaftaran tentang apa saja yang dapat petugas akses dan tidak dapat diakses. Kemudian hasil *output* dari sistem informasi pendaftaran adalah informasi hak akses petugas. Kemudian petugas akan *login* agar dapat menginputkan data pasien. *Output* yang diperoleh dari sistem informasi adalah hak akses dan informasi data pasien. Kemudian terdapat kasir yang dimana dalam sistem kasir dapat memberikan informasi rincian biaya pasien dan petugas bertugas untuk menginputkan Nomor CM ke sistem untuk melihat rincian biaya pasien. Kemudian ada juga apotek yang dimana sistem informasi dalam apotek memberikan informasi stok obat dan petugas menginputkan stok obat.

Adapun *Data Flow Diagram* (DFD) dari pendaftaran pasien Instalasi Gawat Darurat yaitu sebagai berikut:



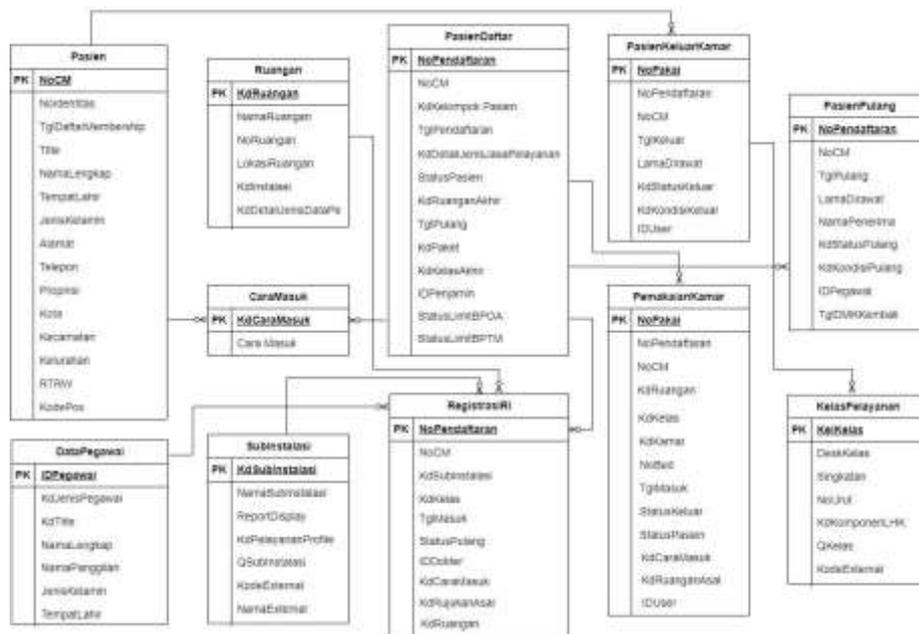
Gambar 3. 24 Data Flow Diagram (DFD) pendaftaran pasien IGD

c. *Entity Relationship Diagram* (ERD)

Entity Relationship Diagram (ERD) merupakan diagram yang berupa notasi grafis dalam pemodelan data konseptual menggambarkan hubungan antara penyimpan satu dengan yang lain. Entitas dalam *Entity Relationship Diagram* (ERD) dari pendaftaran pasien rawat inap di

RSD K.R.M.T Wongsonegoro yaitu meliputi pasien, data pegawai, ruangan, cara masuk, sub instalasi, pasien daftar, registrasi rawat inap, pasien keluar kamar, pemakaian kamar, pasien pulang, dan kelas pelayanan. Entitas-entitas tersebut memiliki *primary key* yang berbeda-beda, yaitu: pasien memiliki *primary key* NoCM, data pegawai memiliki *primary key* IDPegawai, ruangan memiliki *primary key* KdRuangan, cara masuk memiliki *primary key* KdCaraMasuk, sub instalasi memiliki *primary key* KdSubInstalasi, pasien daftar memiliki *primary key* NoPendaftaran, pasien keluar kamar memiliki *primary key* NoPakai, dan kelas pelayanan memiliki *primary key* KdKelas. Pada Registrasi RI memakai NoPendaftaran sebagai *foreign key*, pemakaian kamar memakai NoPakai sebagai *foreign key*, dan pasien pulang memakai NoPendaftaran sebagai *foreign key*.

Adapun *Entity Relationship Diagram* (ERD) pendaftaran pasien rawat inap adalah sebagai berikut:



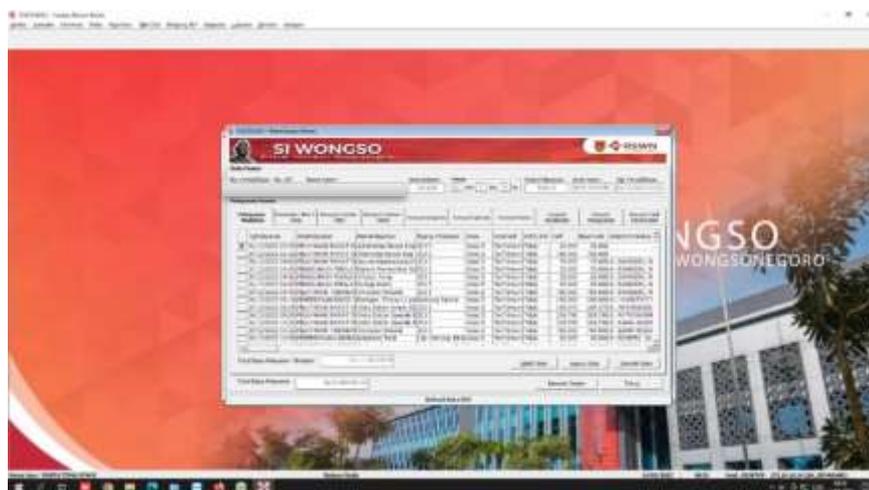
Gambar 3. 25 Entity Relationship Diagram (ERD) Pendaftaran Pasien Rawat Inap

3.5.3 Menganalisis Pelaporan di Bagian Unit Rekam Medis Berdasarkan Masukan dari Sistem Pendaftaran, baik Rawat Jalan maupun Rawat Inap

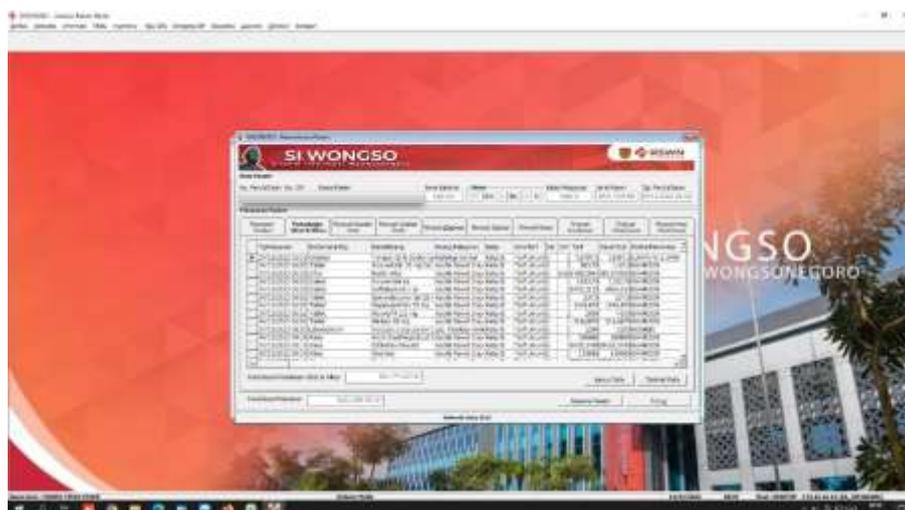
a. Sistem Rekam Medis Elektronik

RSD K.R.M.T Wongsonegoro telah menerapkan rekam medis elektronik sebagian yaitu pada instalasi rawat jalan. Adapun rekam medis elektronik yang memuat data tentang pelayanan pasien diantaranya adalah pelayanan tindakan, pelayanan obat dan alat kesehatan, riwayat catatan klinis, riwayat diagnosa, riwayat operasi, riwayat konsul, riwayat kecelakaan, riwayat pemeriksaan, dan riwayat hasil pemeriksaan.

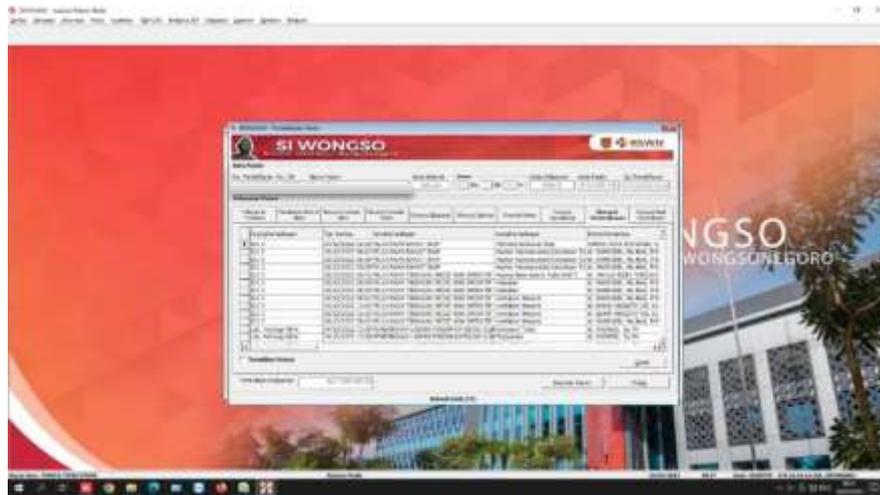
Adapun tampilan dari masing-masing menu sistem rekam medis elektronik yaitu sebagai berikut:



Gambar 3. 26 Pelayanan Tindakan



Gambar 3. 27 Pemakaian Obat dan Alkes

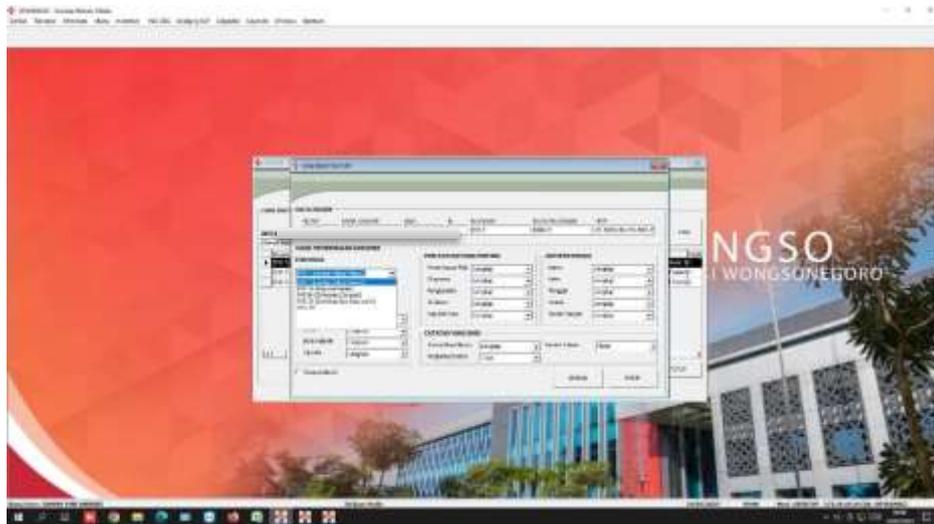


Gambar 3. 34 Riwayat Pemeriksaan

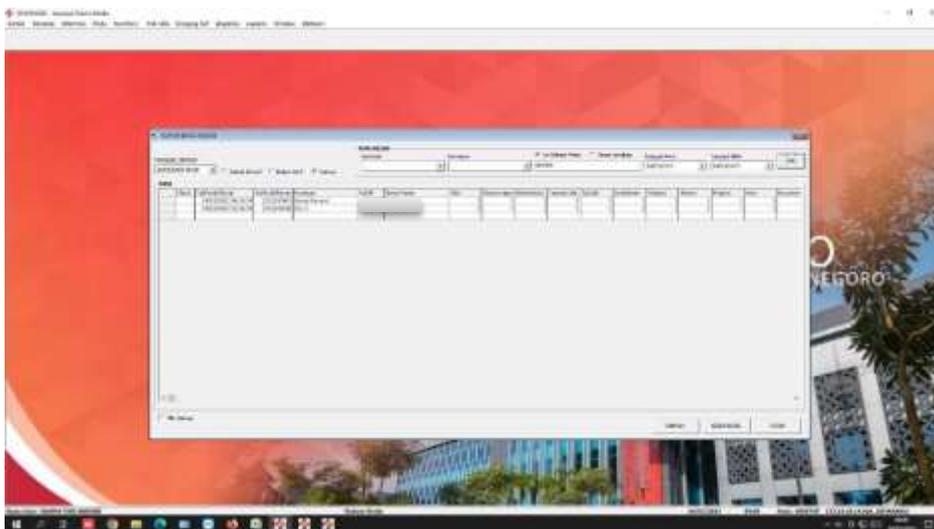
b. Ketidaklengkapan Pengisian Catatan Medis (KLPCM)

Ketidaklengkapan Pengisian Catatan Medis (KLPCM) adalah kegiatan mencatat dan menghitung tingkat ketidaklengkapan dan kelengkapan pengisian rekam medis pasien rawat inap yang sudah meninggalkan rumah sakit. Entri KLPCM dilakukan dengan menganalisa catatan medis pasien rawat inap meliputi formulir lembar keluar masuk, *resume* pasien, *informed consent*, dan identitas bayi baru lahir. *Item* yang termasuk dalam catatan medis yang dianalisa yaitu meliputi identitas pasien, pencatatan yang penting, catatan yang baik, dan autentifikasi.

Adapun tampilan menu dalam entri KLPCM adalah sebagai berikut:



Gambar 3. 35 Entri KLPCM

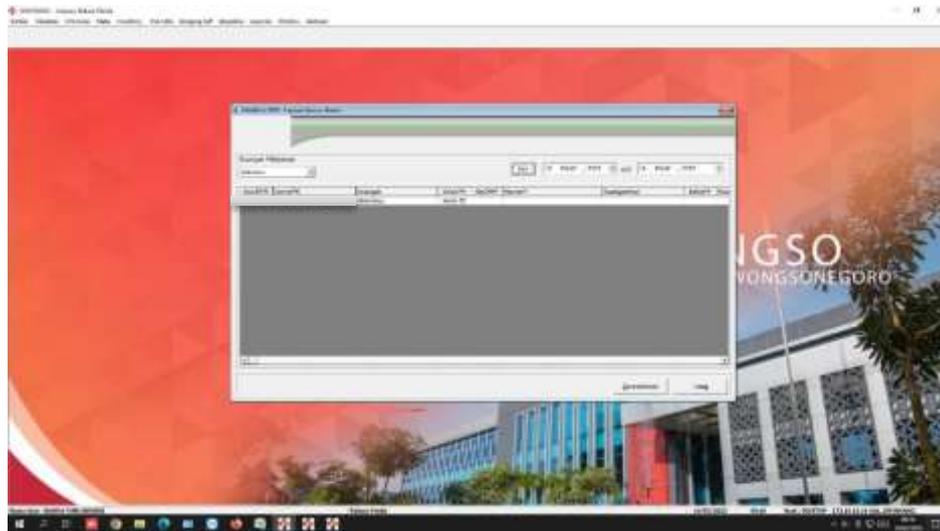


Gambar 3. 36 Hasil Entri KLPCM

c. Sensus Harian Rawat Inap (SHRI)

Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) merupakan kegiatan pencatatan atau perhitungan pasien rawat inap dalam periode satu hari pada suatu ruang rawat inap guna mengetahui banyaknya jumlah layanan yang diberikan kepada pasien dalam 24 jam.

Adapun tampilan menu Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) yaitu sebagai berikut:



Gambar 3. 37 Sensus Harian Rawat Inap

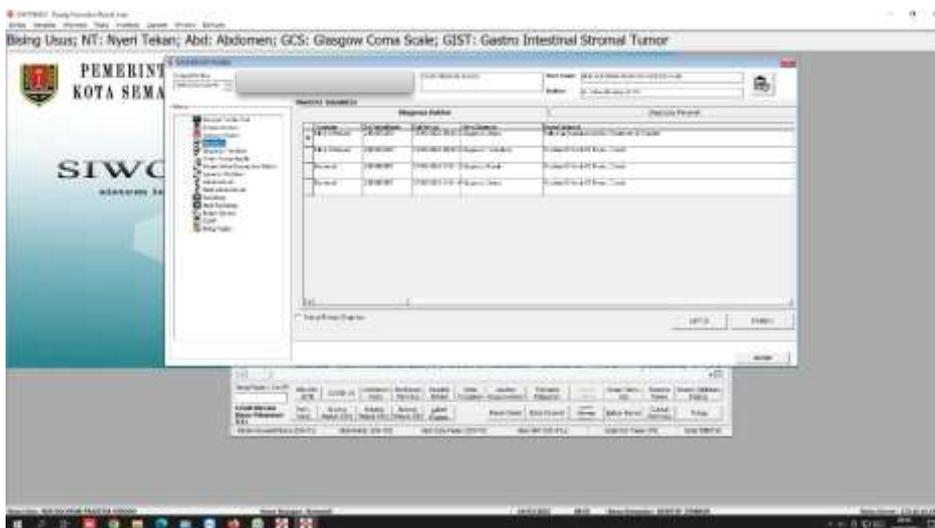
d. *Dashboard* Pasien

Dashboard pasien memuat data-data pemeriksaan pasien yang berisikan menu-menu, yaitu diantaranya riwayat tanda vital, proses asuhan, catatan pasien, diagnosa, diagnosa tindakan, order resep apotek, konsul antar ruang dan dokter, laporan tindakan, laboratorium, hasil laboratorium, radiologi, hasil radiologi, bedah sentral, SOAP, dan *billing* pasien. *Dashboard* pasien dapat diakses di SIMRS Medifirst2000 Siwongso ruang perawatan rawat inap dengan melakukan klik 2 (dua) kali pada nama pasien yang ingin diketahui informasinya.

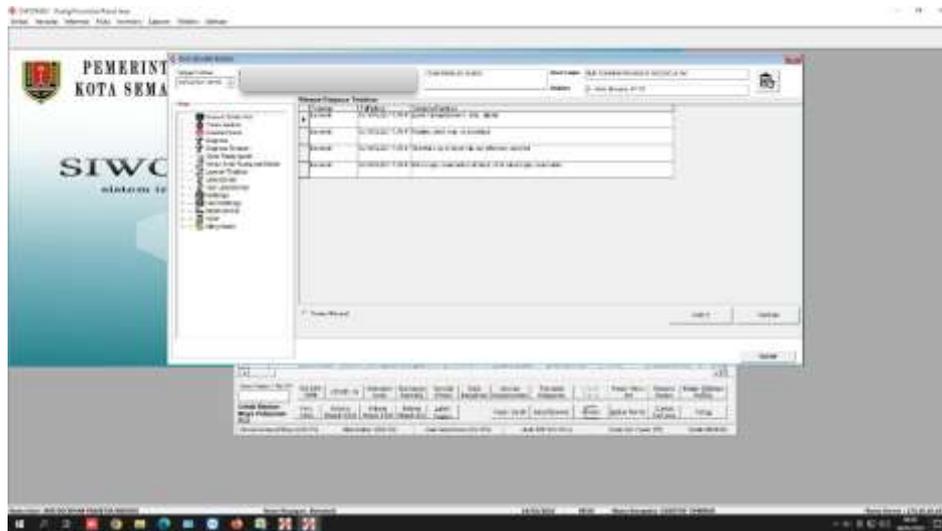
Adapun tampilan dari menu-menu tersebut yaitu sebagai berikut:



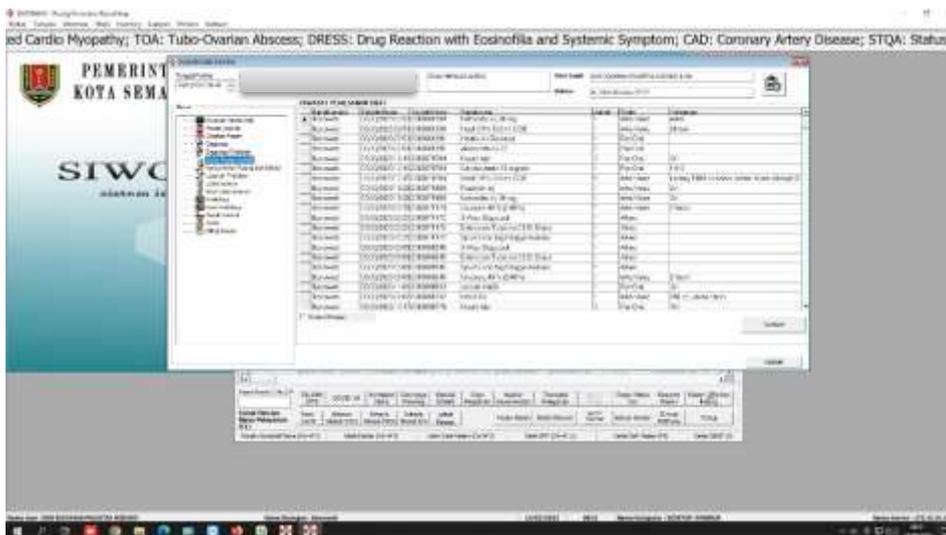
Gambar 3. 40 Catatan Pasien



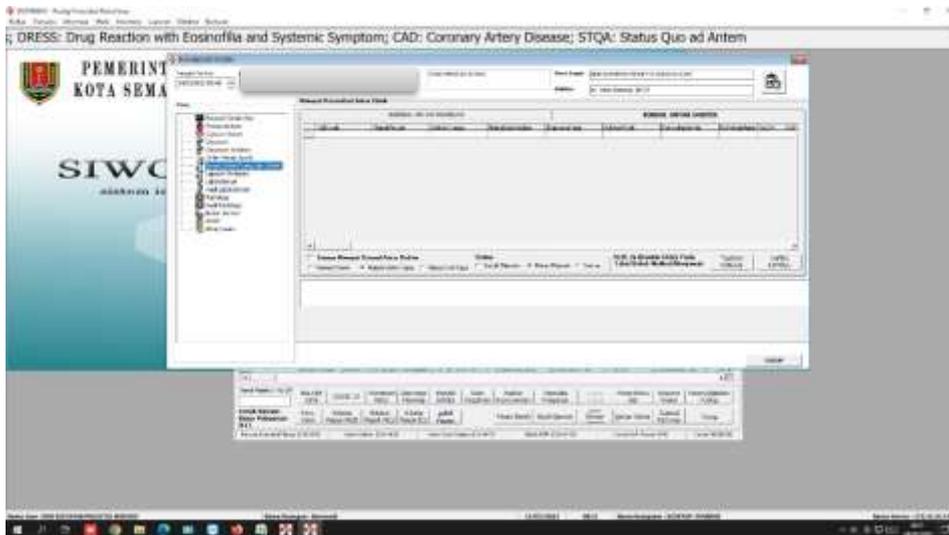
Gambar 3. 41 Diagnosa



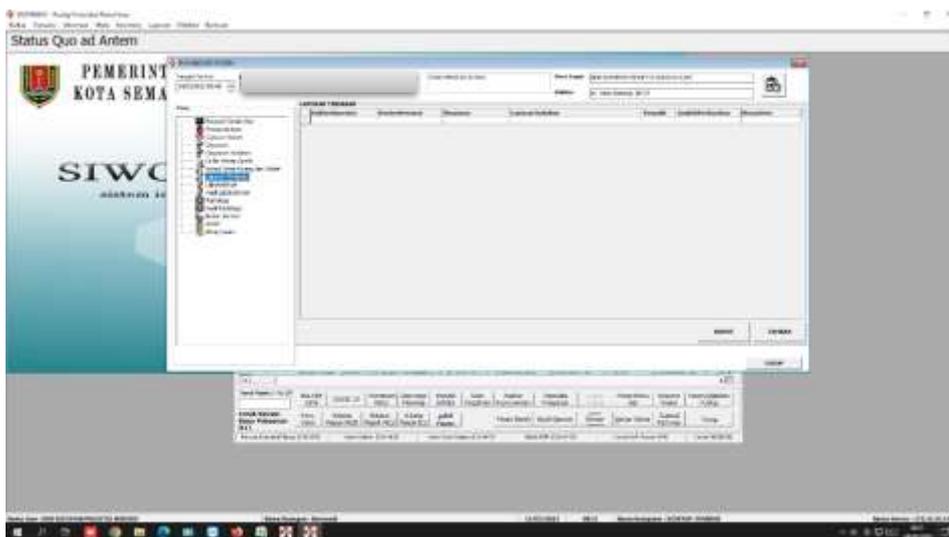
Gambar 3. 42 Diagnosa Tindakan



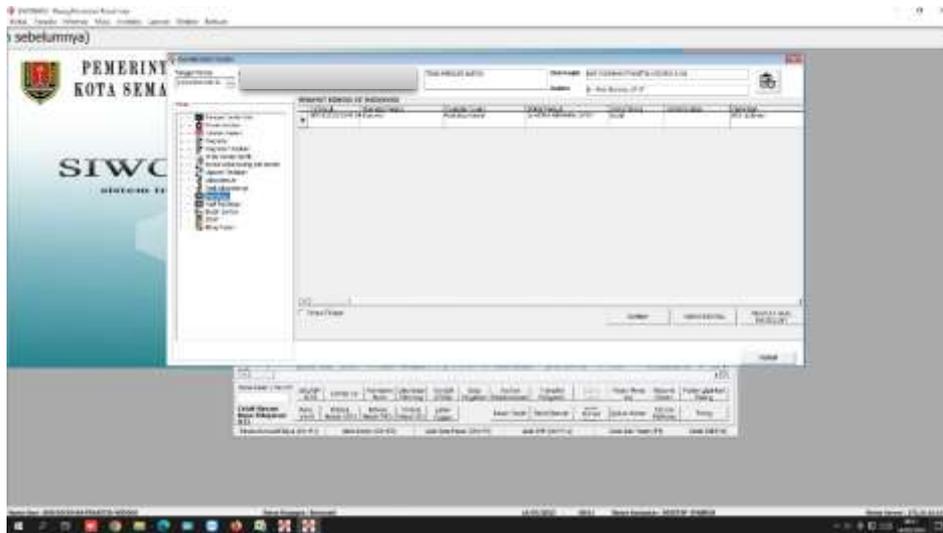
Gambar 3. 43 Order Resep Apotek



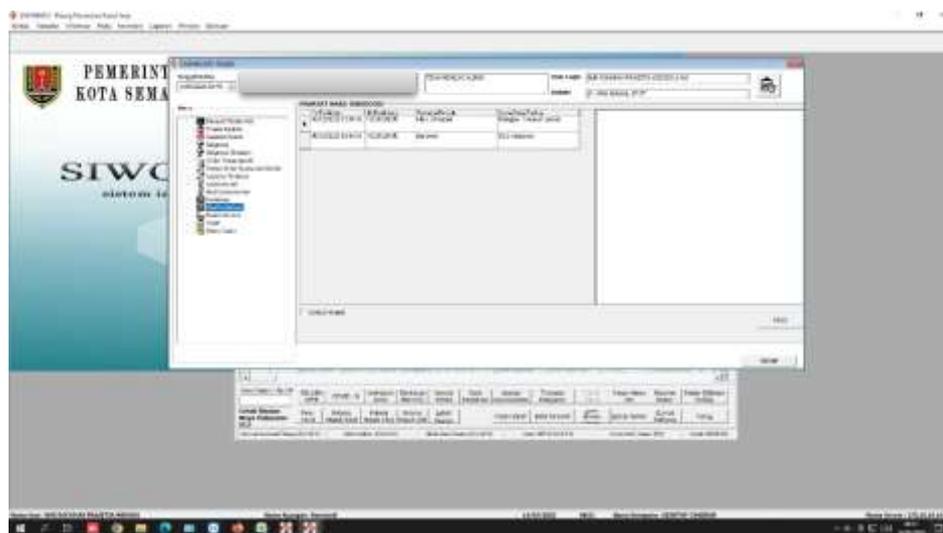
Gambar 3. 44 Konsul Antar Ruang dan Dokter



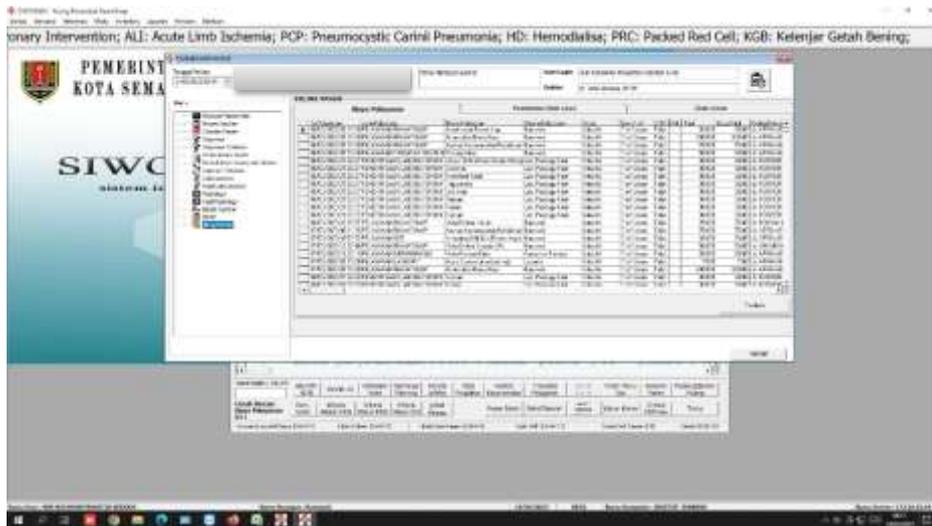
Gambar 3. 45 Laporan Tindakan



Gambar 3. 48 Radiologi



Gambar 3. 49 Hasil Radiologi

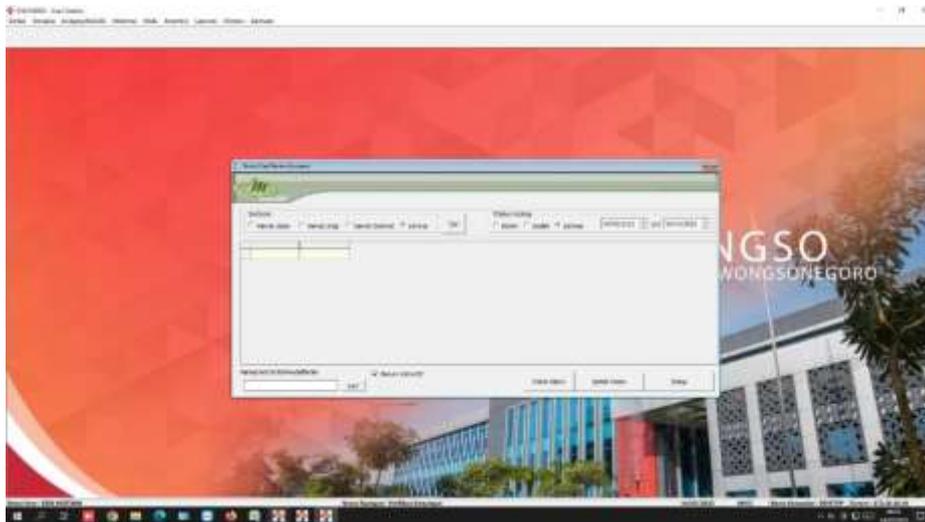


Gambar 3. 52 Billing Pasien

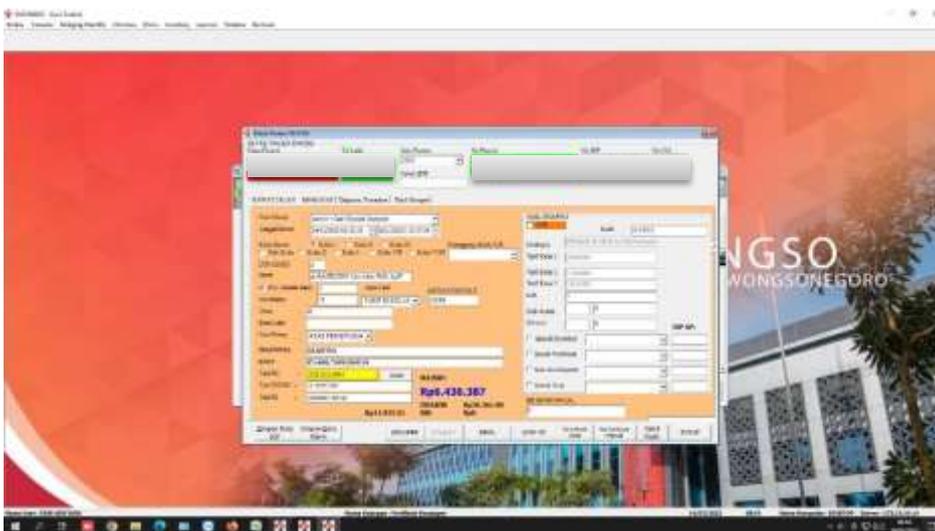
e. *Bridging*

Bridging digunakan untuk mencocokkan tarif yang diberikan oleh rumah sakit dengan tarif BPJS. Sistem ini digunakan untuk memudahkan dan membantu kerja petugas agar lebih cepat dalam melakukan olah data keuangan. Dalam melakukan *bridging*, petugas harus mengatur terlebih dahulu tanggal untuk pencarian data pasien. Selanjutnya petugas dapat melakukan entri nomor CM, setelah data pasien muncul selanjutnya cek nomor SEP yang tercetak dengan data nomor SEP yang ditampilkan sistem, apabila kedua data cocok selanjutnya klik 2 (dua) kali data pasien tersebut.

Adapun tampilan menu pada *bridging* adalah sebagai berikut:



Gambar 3. 53 Pencarin Data Pasien



Gambar 3. 54 Detail Pasien INACBG's

f. *E-Klaim*

E-Klaim INACBG's merupakan suatu aplikasi atau sistem yang dipergunakan untuk pengajuan klaim rumah sakit. *Case Base Group* (CBG's) merupakan cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan pengelompokan diagnosis-diagnosis atau kasus-kasus yang relatif sama. Adapun tampilan dalam *E-Klaim* INACBG's adalah sebagai berikut:

BAB 4. KEGIATAN KHUSUS LOKASI PKL DAN PEMBAHASAN

4.1 Mengidentifikasi Kebutuhan Sarana dan Prasarana di Ruang Filling IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro

Terdapat beberapa sarana dan prasarana pada ruang di filling IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro, yaitu sebagai berikut :

No	Nama Alat	Jumlah
1.	Luas Ruangan Panjang : 3,2m Lebar : 11,2cm	P x l 35,84 m ²
2.	Rak Terbuka Panjang : 2,4m Tinggi : 1,8m Lebar : 0,6m	16
3.	Lampu	3
4.	AC	2
5.	Wastafel	1
6.	Alat untuk bolongin kertas	1
7.	Map	10 Map kosong, 260 Map yang sudah terisi
8.	Spidol	1
9.	pulpen	1
10.	Buku Bergaris	18
11.	Kursi	3 kursi sedang dan 1 kursi kecil

Tabel 4. 1 sarana dan prasarana pada ruang di filling IGD

Menurut Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Kelas B (Pedoman Teknis Fasilitas Rumah Sakit Kelas B, 2010), kebutuhan ruangan dan fasilitas ruang filling yaitu

1. Ruang Rekam Medis (Filling Rawat Jalan)

Tempat menyimpan informasi tentang identitas pasien, diagnosis, perjalanan penyakit, proses pengobatan dan tindakan medis serta dokumentasi hasil pelayanan. Biasanya langsung berhubungan dengan loket pendaftaran. Kebutuhan ruangan dan fasilitasnya antara lain meja, kursi, lemari arsip, komputer.

2. Ruang Rekam Medis (Filling Rawat Inap)

Tempat menyimpan informasi tentang identitas pasien, diagnosis, perjalanan penyakit, proses pengobatan dan tindakan medis serta dokumentasi hasil pelayanan. Biasanya langsung berhubungan dengan loket pendaftaran. Kebutuhan ruangan dan fasilitasnya antara lain Meja, Kursi, lemari arsip, telepon/ intercom, komputer, printer dan peralatan kantor.

3. Ruang Rekam Medis (Filling Instalasi Gawat Darurat)

Tempat menyimpan informasi tentang identitas pasien, diagnosis, perjalanan penyakit, proses pengobatan dan tindakan medis serta dokumentasi hasil pelayanan. Biasanya langsung berhubungan dengan loket pendaftaran. Kebutuhan ruangan dan fasilitasnya antara lain meja, kursi, filing cabinet/lemari arsip, komputer.

Sehubungan dengan adanya ruangan khusus untuk menyimpan dokumen rekam medis inaktif dan aktif pasien IGD tidak terlalu luas. Kondisi fisik ruangan kurang bersih akibatnya ruangan tersebut menjadi kotor tidak dibersihkan banyak debu, akses keluar masuknya petugas sangat sempit karena jarak antara rak dengan tembok hanya 60 cm, petugas merasa kesulitan pada saat petugas ingin memplongin dan memasukan berkas kedalam map karena diruangan tersebut tidak terdapat meja maka petugas harus mengambil map yang ada didalam rak untuk dibawa keluar. Selain itu, ruangan disana cukup panas karena ac tidak dihidupkan dan penerangan yang masih dibawah standar, namun ketersediaan cukup baik.

Berdasarkan data pada tabel diatas dan kebutuhan ruangan fasilitas ruang filling menurut Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Kelas B (Pedoman Teknis Fasilitas Rumah Sakit Kelas B, 2010) maka dapat diambil kesimpulan bahwa kelengkapan fasilitas di ruang filling IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro belum memenuhi standar seperti tidak tersedianya meja, dan komputer.

Berikut ini merupakan gambar fasilitas ruang filling IGD dan gambar dokumen rekam medis inaktif dan aktif di RSD K.R.M.T Wongsonegoro:



Gambar 4. 1 gambar fasilitas ruang filling IGD

4.2 Mengidentifikasi Faktor-faktor yang dapat Mempengaruhi Terbentuknya suatu Kondisi Lingkungan Kerja dikaitkan dengan Kemampuan Manusia atau Pegawai

Ruang filling di RSD K.R.M.T Wongsonegoro menggunakan sistem penyimpanan Desentralisasi, yaitu sistem penyimpanan yang memisahkan berkas rekam medis pasien rawat jalan, rawat inap dan rawat darurat. Sehubungan dengan adanya ruangan khusus untuk menyimpan dokumen rekam medis, dokumen-dokumen tersebut diletakkan diatas lemari penyimpanan berkas rekam medis rawat inap, lalu jika sudah menumpuk atau banyak maka berkas tersebut akan di masukkan ke ruang khusus penyimpanan IGD.

Berdasarkan hasil wawancara, diketahui bahwa ruang filling IGD terletak pada lantai 2. ruang filling IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro dilengkapi fasilitas-fasilitas diantaranya seperti lampu penerangan sebanyak 3 buah dengan penerangan dan penerangan alami cahaya matahari melalui jendela (jendela berjumlah 3) dengan pencahayaan 88 lux; 2 Air Conditioner (AC) namun tidak dihidupkan; buku; map penyimpanan; alat pembolong kertas; dan kursi. Berikut merupakan hasil wawancara dengan petugas filling :

"Jarak rekam medis dengan ruang filling IGD yang lumayan jauh terkadang petugas merasa lelah, apalagi penerangannya yang kurang, menyebabkan kadang merasa ketakutan jika kesana sendirian, bangunan tersebut hanya dipakai tempat penyimpanan berkas rekam medis IGD. Sampai-sampai terkadang menunggu banyak berkas dulu baru dimasukkan ke ruang filling IGD. Meskipun seharusnya setiap ada berkas masuk langsung dimasukkan ke ruang filling IGD, untuk terkait dengan ac tidak dihidupkan karena tidak sering ke ruang sana, namun sekalinya kesana merasa kepanasan, apalagi tempatnya sempit, dan jika ingin memasukkan berkas kedalam map harus mengambil mapnya yang ada didalam ruangan untuk ditaruh keluar atau depan halaman karena tidak ada meja khusus untuk memasukkan berkasnya kedalam map jadi mengerjakannya diluar". (petugas filling)

Ruang filling juga harus memperhatikan faktor yang dapat mempengaruhi terbentuknya suatu kondisi lingkungan kerja dikaitkan dengan kemampuan manusia atau pegawai (Putri dkk., 2020). Faktor-faktor tersebut antara lain adalah luas ruangan penyimpanan/filing, pencahayaan, temperature atau suhu udara, sirkulasi udara, kebisingan, dan keamanan. Berdasarkan hasil pengukuran dapat diketahui bahwa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terbentuknya suatu kondisi lingkungan kerja dikaitkan dengan kemampuan manusia atau pegawai masih belum maksimal.

4.3 Menganalisis aspek ergonomi di ruang penyimpanan dokumen rekam medis dengan membandingkannya dengan standar yang ada.

1. Luas Ruang Penyimpanan

Menurut (Pujilestari Intan dkk., 2023) Luas ruang penyimpanan harus memadai (baik untuk rak berkas rekam medis aktif dan in-aktif). Ruang penyimpanan berkas rekam medis aktif dan in-aktif sebaiknya dipisahkan, karena hal ini akan lebih memudahkan petugas didalam pengambilan rekam medis yang masih aktif dan akan lebih memudahkan di dalam melaksanakan pemusnahan berkas rekam medis. Menurut Depkes (1997), jarak antara dua buah rak untuk lalu-lalang dianjurkan selebar 90 cm.

Berdasarkan pengukuran ruang filling IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro masih terbilang sempit karena jika ingin memasukkan berkas kedalam map harus mengambil mapnya yang ada didalam ruangan untuk ditaruh keluar atau depan halaman hal ini terjadi juga karena tidak ada meja khusus untuk memasukkan berkasnya kedalam map. Akses keluar masuk petugas pada saat mengambil map dan mengembalikan map sangat sempit karena jarak antara rak dengan tembok hanya 60 cm dan untuk jarak antar rak 60 cm, maka masih belum sesuai dengan standar. Akibatnya kadang petugas merasa lelah.

2. Pencahayaan

Menurut (Arief Darmawan dkk., 2020) lingkungan fisik tempat kerja bagi manusia salah satunya dipengaruhi oleh cahaya. Pencahayaan di dalam ruang bangunan rumah sakit adalah intensitas penyinaran pada suatu bidang kerja yang ada di dalam ruang bangunan rumah sakit untuk melaksanakan kegiatan secara efektif.

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas filling, ruang filling IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro dilengkapi lampu penerangan sebanyak 3 buah dan penerangan alami cahaya matahari melalui jendela (jendela berjumlah 3) dengan besar penerangan 88 lux. Standar pencahayaan ideal untuk ruang administrasi atau kantor di rumah sakit minimal 100 lux (Permenkes, 2019) Standar pencahayaan ideal ruang arsip yaitu 150 lux (Permenkes 2016a, Nomor 48 tentang Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja Perkantoran). Berikut ini merupakan perhitungan ruang filling IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro:



Gambar 4. 2 Besar Pencahayaan

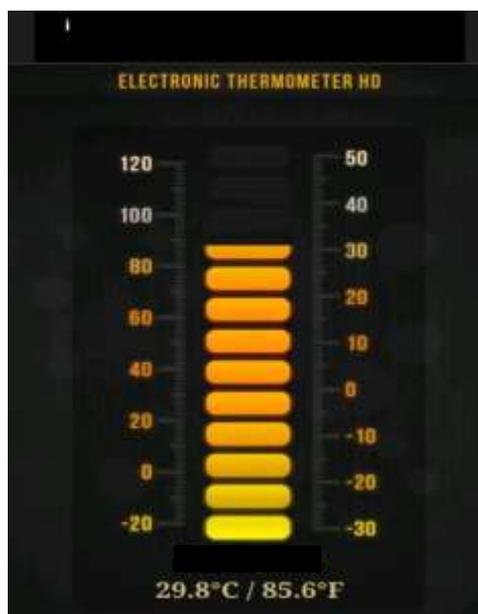
Berdasarkan perhitungan lux pada gambar diatas, maka dapat diambil kesimpulan bahwa pencahayaan ruang filling IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro belum sesuai dengan standar pencahayaan ideal ruang arsip yaitu minimal 150 lux

(Permenkes 2016a, Nomor 48 tentang Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja Perkantoran).

3. Temperatur atau Suhu Udara

Ruang penyimpanan dokumen rekam medis yang sesuai dengan ilmu ergonomi yaitu harus memiliki siklus udara yang baik, kotornya udara disekitar ruang kerja dapat menimbulkan sesaknya pernapasaran bagi petugas (Estiyana dkk., 2021). Menurut (Arief Darmawan dkk., 2020) pada buku yang berjudul Ergonomi Suatu Pengantar, standar suhu udara ideal untuk ruangan adalah berkisar antara 23°C-27°C.

Penggunaan AC bertujuan untuk mencegah ruang filling, rak penyimpanan dokumen rekam medis, dan fasilitas lainnya menjadi tidak berdebu dan petugas tidak merasa kepanasan pada saat bertugas. Berdasarkan wawancara dengan petugas filling, ruang filling IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro dilengkapi dengan 3 jendela dan 2 Air Conditioner (AC) namun ac tidak dihidupkan, maka ruangan tersebut menjadi kotor, berdebu dan panas. Padahal standar suhu udara ideal di ruang filling berkisar 23°C - 27°C.



Gambar 4. 3 Besar Suhu Udara

Berdasarkan uraian diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa ruang filling IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro suhu udara 29,8 °C belum sesuai dengan standar suhu ideal yaitu berkisar antara 23°C-27°C. Suhu udara yang terlalu panas dapat berpengaruh pada terganggunya kenyamanan dan kinerja petugas seperti merasa kepanasan jika berada dituang tersebut dan dapat menambah potensi rak penyimpanan dokumen rekam medis serta fasilitas lainnya di ruang filling IGD menjadi berdebu.

4. Sirkulasi Udara

Sirkulasi udara adalah proses pergantian atau pertukaran udara melalui ventilasi atau jendela (KBBI). Pertukaran udara diupayakan mendapat pergantian udara secara almiyah salah satunya adalah melalui jendela (Permenkes, 2004). Standar ideal sirkulasi udara yaitu 15% dari luas ruangan. Berdasarkan wawancara dengan petugas filling, Ruang filling IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro memiliki 3 buah jendela. Jendela berfungsi sebagai ventilasi atau sarana pertukaran udara. Sirkulasi udara yang baik akan meningkatkan kualitas udara sehingga membuat udara di ruangan selalu “baru”. Dengan meningkatnya kualitas udara melalui sirkulasi udara, akan menciptakan rasa nyaman bagi pegawai sekaligus mencegah terjadinya ketidakseimbangan kadar oksigen dan karbon dioksida yang kerap menjadi penyebab infeksi saluran pernapasan.

Luas ruangan RSD K.R.M.T Wongsonegoro sebesar 35,84 m² maka 15 % dari luas ruangan membutuhkan ukuran jendela 5,376 m², sedangkan pada ukuran jendela RSD K.R.M.T Wongsonegoro 0,67m x 1,1m luas jendela sebesar 0,737 m² karena jumlah jendela ada 3 maka 0,737 m² x 3 = 2,211 m². Artinya sirkulasi udara belum memenuhi standar.

5. Kebisingan

Kebisingan adalah adalah suara yang tidak dikehendaki dan mengganggu manusia. Menurut SK Menteri Negara Lingkungan Hidup No: Kep.Men-48/MEN.LH/11/1996, kebisingan adalah bunyi yang tidak diinginkan dari suatu usaha atau kegiatan dalam tingkat dan waktu tertentu yang dapat menimbulkan

gangguan kesehatan manusia dan kenyamanan lingkungan, termasuk ternak, satwa, dan sistem alam. Ruang kerja yang terlalu bising dapat berakibat pada hilangnya fokus petugas serta berpengaruh pada kenyamanan dan kinerja petugas dalam menjalankan tugasnya. Berdasarkan hasil pengukuran pada 13 Maret 2023, diketahui bahwa tingkat kebisingan di ruang filling IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro yaitu 52.3 desibel, angka tersebut didapat dari aplikasi smartphone yang bernama Decibel X. Berikut ini adalah gambar dari hasil pengukuran decibel oleh aplikasi :



Gambar 4. 4 Besar Kebisingan

Berdasarkan uraian diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa tingkat kebisingan di ruang filling IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro yaitu 52.3 desibel, angka tersebut sudah sesuai dengan standar tingkat kebisingan ruang kantor (Permenkes, 2019) yaitu tidak lebih dari 65 desibel.

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Sehubungan dengan adanya ruangan khusus untuk menyimpan dokumen rekam medis inaktif dan aktif pasien IGD tidak terlalu luas. Ketersediaan rak tersedia dengan baik, namun akses keluar masuknya petugas sangat sempit karena jarak antara rak dengan tembok hanya 60cm, dan jarak antar rak 60 cm masih belum memenuhi standar ideal yaitu 90 cm. Maka petugas merasa kesulitan pada saat petugas ingin memplongin dan memasukan berkas kedalam map karena diruangan tersebut tidak terdapat meja maka petugas harus mengambil map yang ada didalam rak untuk dibawak keluar
2. Pencahayaan ruang filling IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro sebesar 88 lux, artinya pada pencahayaan ruang filling IGD belum sesuai dengan Standar pencahayaan ideal ruang arsip yaitu minimal 150 lux (Permenkes 2016a, Nomor 48 tentang Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja Perkantoran).
3. Suhu udara ruang filling IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro yaitu 29,8 °C belum sesuai dengan standar suhu ideal untuk ruangan menurut (Arief Darmawan dkk., 2020) yaitu berkisar antara 23°C-27°C karena AC di ruang tersebut tidak dihidupkan. Suhu udara yang terlalu panas dapat berpengaruh pada kinerja petugas.
4. Ruang filling IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro dilengkapi oleh 3 buah jendela namun dari hasil perhitungan sebesar 2,211 m². Karena standar menurut (permenkes 2004) 15% dari luas ruangan maka ukuran jendela seharusnya 5,376 m² artinya sirkulasi udara belum memenuhi standar.
5. Tingkat kebisingan di ruang filling IGD RSD K.R.M.T Wongsonegoro yang diukur pada 13 Maret 2023 yaitu 52.3 desibel, angka tersebut sudah sesuai dengan standar tingkat kebisingan ruang kantor (Permenkes, 2019) yaitu.tidak lebih dari 65 desibel.

Berdasarkan kelima variable dapat disimpulkan bahwasanya yang tidak sesuai dengan standar ideal yaitu luas ruangan (jarak antar rak, dan akses keluar masuk petugas), pencahayaan, suhu udara, dan sirkulasi udara. Sedangkan variable yang susai dengan standar yaitu kebisingan dan untuk sarana belum memenuhi standar Kementerian Kesehatan RI, 2010 yaitu kurangnya meja dan komputer.

5.2 Saran

1. Sebaiknya petugas perlu menyesuaikan suhu udara ideal dengan selalu memantau derajat suhu. Jika suhu lebih dari 27° C maka suhu harus diturunkan dan jika suhu kurang dari 23° C maka suhu akan dinaikkan. Agar kondisi ruangan tetap stabil dan petugas tidak merasa kepanasan. Atau dengan tersedianya alat pengukuran suhu udara, kebisingan, kelembapan, dan pencahayaan.
2. Sebaiknya menggunakan ruang filling baru atau pindah ruangan yang lebih layak dan bisa terpantau dengan baik antara jarak ruangan rekam medis dengan ruang filling IGD, agar petugas tidak cepat lelah pada saat bertugas.
3. Sebaiknya mengadakan pembersihan ruangan agar ruangan tidak kotor dan berdebu.
4. Sebaiknya perlunya penambahan penerangan sesuai dengan standart ideal penerangan yaitu minimal 100 lux agar memudahkan dalam melakukan pencarian dan pengambilan berkas.
5. Sebaiknya butuh ruangan yang lebih luas dan penambahan meja untuk memudahkan petugas pada saat ingin memasukkan berkas kedalam map tidak perlu dikerjakan diluar ruang filling dan dilantai ataupun tidak terlalu membawa map keluar masuk ruangan.

DAFTAR PUSTAKA

RI, S. M. (1992). *Pengertian Rekam Medis*. Jakarta: Depkes RI.

Arief Darmawan, M., Choirur Roziqin, M., Erawantini, F., Kesehatan, J., & Negeri Jember, P. (2020). J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan **DESAIN TATA RUANG FILING POLIKLINIK JKN BERDASARKAN LINGKUNGAN FISIK YANG ERGONOMIS** (Vol. 1, Issue 3).

Estiyana, E., Widyanti, S., Husada Borneo, S., Yani KM, J. A., & Selatan, K. (2021). Tinjauan Deskriptif Aspek Ergonomi Tata Ruang Tempat Penyimpanan Rekam Medis di Rumah Sakit Pelita Insani Martapura. In *The Indonesian Journal of Health*: Vol. XI (Issue 2).

Permenkes Tahun 2019.

Pujilestari, I., Monica, R. D., & Ainunnisa, R. (2023). **Tata Ruang TINJAUAN TATA RUANG PENYIMPANAN BERKAS REKAM MEDIS BERDASARKAN ASPEK ERGONOMI GUNA MENUNJANG KELANCARAN PELAYANAN DI RSAU LANUD SULAIMAN BANDUNG**. *Jurnal TEDC*, 17(1), 6-11.

Permenkes Tahun 2016.

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 24 TAHUN 2022 TENTANG REKAM MEDIS.

Permenkes Nomor 4 Tahun 2018.

Sarana, P., dan Peralatan Kesehatan, P., & Jenderal, S. (n.d.). Kementerian Kesehatan RI, 2010 **PEDOMAN TEKNIS FASILITAS RUMAH SAKIT KELAS B**.

Studi D-iii, P., Medis, R., Kesehatan, I., Tinggi, S., Kesehatan, I., & Ponorogo, B. H. (2020). **TINJAUAN KEPUASAN PETUGAS REKAM MEDIS TERHADAP RUANG REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT GRIYA HUSADA MADIUN RISKA WATI ISKANDAR PUTRI**. In *Jurnal Delima Harapan* (Vol. 7).

LAMPIRAN



Lampiran 1



Lampiran 2

