LAPORAN PRAKTIK KERJA LAPANG
(MAGANG/ PKL)

EVALUASI PELAKSANAAN RETENSI REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT PELNI JAKARTA BARAT

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

Oleh :

Zahra Alya Safitri

NIM. G41231875

KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS, DAN TEKNOLOGI

POLITEKNIK NEGERI JEMBER

2026

LAPORAN PRAKTIK KERJA LAPANG
(MAGANG/ PKL)

EVALUASI PELAKSANAAN RETENSI REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT PELNI JAKARTA BARAT

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

Oleh :

Zahra Alya Safitri

NIM. G41231875

KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS, DAN TEKNOLOGI

POLITEKNIK NEGERI JEMBER

2026

KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS, DAN TEKNOLOGI

POLITEKNIK NEGERI JEMBER

EVALUASI PELAKSANAAN RETENSI REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT PELNI JAKARTA BARAT

Telah diuji pada tanggal 13 bulan Oktober tahun 2026

Telah dinyatakan memenuhi syarat

Tim Penguji:

Ketua Penguji,

Tegar Wahyu Yudha Pratama, M.K.M

NIP. 199201012024061003

Sekretaris Penguji,

Selvia Juwita Swari, S.KM., M.Kes

NIP. 198405212019032008

Anggota Penguji,

Khoirum Watiatsaro S.Tr.MIK

NRP. 140960

Menyetujui,

Ketua Jurusan Kesehatan

Politeknik Negeri Jember

Ir. Baudiarti M.P.

NIP. 196801201994032002

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Zahra Alya Safitri

NIM : G41231875

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa segala pernyataan dalam laporan Praktik Kerja Lapang (MAGANG/ PKL) saya yang berjudul "Evaluasi Pelaksanaan Retensi Rekam Medis di Rumah Saki Pelni Jakarta Barat" merupakan gagasan dan hasil karya saya sendiri dengan arahan komisi pembimbing, dan belum pernah diajukan dalam bentuk apapun pada perguruan tinggi manapun.

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 Praktik Kerja Lapang ini.

Jakarta, 13 Oktober 2026

Zahra Alya Safitri

G41231875

HALAMAN PRAKATA

Segala puji syukur penulis haturkan kepada Allah SWT yang telah memberikan keselamatan, rahmat dan nikmat-Nya yang begitu banyak sehingga Laporan Praktik Kerja Lapang yang berjudul "Evaluasi Pelaksanaan Retensi Rekam Medis di Rumah Saki Pelni Jakarta Barat" 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 Praktik Kerja Lapang di Rumah Sakit Pelni Jakarta Barat.
2. Orang tua saya yang selalu mendoakan dan memberi support dalam Praktik Kerja Lapang dan pembuatan laporan ini.
3. Bapak Tegar Wahyu Yudha Pratama, M.K.M yang selalu membimbing dan memberi semangat.
4. Bapak Dumadi SKM, MM, MARS, CH, CHt selaku Manager Education and Training yang selalu membimbing dan mengarahkan dalam pelaksanaan Praktik Kerja Lapang ini.
5. Ibu Khoirum Watiatsaro S.Tr.MIK selaku Kepala Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Pelni Jakarta Barat serta *Clinical Instructure* (CI) yang selalu membimbing dan mengarahkan dalam pelaksanaan Praktik Kerja Lapang ini.
6. Ibu Rieska Permatasari, Amd.RM selaku *Clinical Instructor* (CI) Rumah Sakit Pelni Jakarta Barat yang selalu membimbing dan mengarahkan dalam pelaksanaan Praktik Kerja Lapang ini.
7. Dosen-dosen dari Politeknik Negeri Jember dan Ibu/Bapak praktisi rekam medis di Rumah Sakit Pelni Jakarta Barat.
8. Seluruh staf dan semua pihak Di Rumah Sakit Pelni Jakarta Barat yang membantu memberikan data dan informasi yang dibutuhkan dalam Praktik Kerja Lapang ini.
9. Teman-teman seperjuangan Manajemen Informasi Kesehatan 2023.

RINGKASAN

EVALUASI PELAKSANAAN RETENSI REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT PELNI JAKARTA BARAT, Zahra Alya Safitri, NIM G41231875, Tahun 2026, Jurusan Kesehatan, Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Politeknik Negeri Jember, Tegar Wahyu Yudha Pratama, M.K.M (Dosen Pembimbing), Khoirum Watiatsaro S.Tr.MIK (Pembimbing CI).

Kegiatan Praktik Kerja Lapang (PKL) di Rumah Sakit PELNI Jakarta berfokus pada evaluasi pelaksanaan retensi berkas rekam medis. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara, pelaksanaan retensi belum berjalan secara rutin karena belum tersedianya jadwal monitoring periodik. Retensi atau pemusnahan terakhir diketahui dilakukan pada tahun 2017, sedangkan masih terdapat berkas lama yang perlu diperiksa dan dipilah. Kondisi tersebut perlu diperhatikan karena retensi berkaitan dengan pengendalian jumlah berkas, ketersediaan ruang penyimpanan, serta kelancaran penyediaan rekam medis pasien.

Pengumpulan data dilakukan melalui observasi terhadap pelaksanaan retensi berkas rekam medis, wawancara dengan petugas Unit Rekam Medis, dan penelaahan dokumen terkait. Data yang diperoleh dianalisis secara deskriptif dengan pendekatan kualitatif untuk mengidentifikasi kondisi pelaksanaan retensi, tahapan yang telah dilakukan, kendala, serta kebutuhan penyusunan alur, jadwal, dan monitoring. Data sekunder diperoleh dari Standar Operasional Prosedur, pedoman retensi, dan dokumen pencatatan kegiatan retensi apabila tersedia. Hasil analisis kemudian digunakan sebagai dasar dalam menyusun rekomendasi perbaikan pelaksanaan retensi.

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa penentuan berkas inaktif dilakukan berdasarkan riwayat kunjungan terakhir pasien pada sistem informasi rumah sakit. Berkas yang tidak memiliki kunjungan sekurang-kurangnya lima tahun dikategorikan sebagai berkas inaktif, sedangkan berkas berusia lebih dari sepuluh tahun menjadi prioritas untuk diperiksa dalam kegiatan retensi atau pemusnahan. Proses retensi mencakup pengecekan riwayat kunjungan, pemilahan dan verifikasi berkas, alih media melalui *scanning*, pemindahan, serta penyimpanan

berkas inaktif. Kendala yang ditemukan meliputi belum adanya jadwal dan target retensi, belum tuntasnya pemeriksaan berkas lama, keterbatasan ruang penyimpanan internal, serta belum adanya formulir monitoring yang merekap hasil kegiatan secara terstruktur..

Berdasarkan hasil tersebut, rekomendasi yang disusun berfokus pada penyusunan alur retensi, jadwal pelaksanaan periodik, dan sistem monitoring retensi berkas rekam medis. Jadwal monitoring bulanan disarankan untuk kegiatan pengecekan, pemilahan, alih media, dan pencatatan pemindahan berkas, sedangkan evaluasi triwulan dilakukan bersama Tim Pemusnahan. Sistem monitoring perlu memuat tanggal kegiatan, petugas pelaksana, periode berkas, jumlah berkas yang diperiksa, jumlah berkas inaktif, jumlah berkas yang dialihmediakan, lokasi penyimpanan, kendala, dan tindak lanjut. Upaya tersebut diharapkan dapat membuat pelaksanaan retensi berkas rekam medis di Rumah Sakit Pelni Jakarta berjalan secara rutin, terarah, terdokumentasi, dan berkelanjutan.

DAFTAR ISI

LAPORAN PRAKTIK KERJA LAPANG ..... **ii**

HALAMAN PENGESAHAN ..... **iii**

SURAT PERNYATAAN ..... **iv**

HALAMAN PRAKATA ..... **v**

RINGKASAN ..... **vi**

DAFTAR ISI ..... **viii**

DAFTAR TABEL ..... **xi**

DAFTAR GAMBAR ..... **xii**

DAFTAR LAMPIRAN ..... **xiii**

BAB 1. PENDAHULUAN **1**

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Tujuan Umum 5

1.3 Lokasi dan Waktu 6

1.4 Metode Pelaksanaan 6

BAB 2. KEADAAN UMUM RUMAH SAKIT **8**

2.1 Sejarah Rumah Sakit 8

2.2 Struktur Organisasi 14

2.3 Kondisi Lingkungan Rumah Sakit 18

BAB 3. KEGIATAN UMUM MAGANG **19**

3.1 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek manajemen pelayanan rekam medis

dan informasi kesehatan di RUMAH SAKIT PELNI JAKARTA tahun 2026 19
3.2 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek statistik kesehatan, epidemiologi dasar, dan biomedik di RUMAH SAKIT PELNI JAKARTA tahun 2026 87
3.3 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek klasifikasi dan kodefikasi penyakit, masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis di RUMAH SAKIT PELNI JAKARTA tahun 2026 101
3.4 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek manajemen data dan informasi kesehatan di RUMAH SAKIT PELNI JAKARTA tahun 2026 114

BAB 4. KEGIATAN KHUSUS LOKASI MAGANG 149

4.1 Evaluasi Proses Penentuan dan Identifikasi Berkas Rekam Medis yang Telah Memasuki Masa Retensi di Rumah Sakit Pelni Jakarta 149
4.2 Evaluasi Alur Pelaksanaan Retensi Berkas Rekam Medis dari Penyimpanan Aktif ke Penyimpanan Inaktif di Rumah Sakit Pelni Jakarta 153
4.3 Evaluasi Keteraturan Pelaksanaan Retensi Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit Pelni Jakarta 155
4.4 Evaluasi Pelaksanaan Monitoring Hasil Retensi Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit Pelni Jakarta 158
4.5 Identifikasi Kendala dan Penyusunan Rancangan Jadwal Monitoring Rutin Pelaksanaan Retensi Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit Pelni Jakarta . 159

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN 162

5.1 Kesimpulan 162
5.2 Saran 163

DAFTAR PUSTAKA 165

LAMPIRAN 166

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 diagnosa terbanyak rawat jalan bulan agustus 2026 36
Tabel 3.2 diagnosa terbanyak rawat inap bulan agustus 2026 37
Tabel 3.3 sdmk petugas asembling 44
Tabel 3.4 Waktu Kerja Tersedia 45
Tabel 3.5 Tugas Pokok Petugas Asembling 45
Tabel 3.6 Penunjang Petugas Assembling 46
Tabel 3.7 perhitungan berkas assembling 2026 46
Tabel 3.8 perhitungan Standart Beban Kerja 47
Tabel 3.9 perhitungan Standart Tugas Penunjang 47
Tabel 3.10 perhitungan kebutuhan SDMK 48
Tabel 3.11 penentuan Bobot S-W 57
Tabel 3. 12 penentuan Bobot O-T 57
Tabel 3.13 Penentuan Rating Faktor SWOT 57
Tabel 3.14 Penentuan Rating Aspek S-W 58
Tabel 3.15 Penetuang Rating Aspek O-T 58
Tabel 3.16 masalah manajemen mutu RM 58
Tabel 3.17 morbiditas rawat inap 99
Tabel 3.18 Relasi Antarentitas pada ERD 128
Tabel 3.19 Komponen Fungsional yang Dibutuhkan pada Emergency Code 133

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Pelni 16
Gambar 2. 2 Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Pelni..... 18
Gambar 3. 1 Struktur Organisasi Rumah Sakit PELNI 62
Gambar 3. 2 Grafik Barber Johnson 96
Gambar 3. 3 Data Morbiditas Rawat Jalan 99
Gambar 3. 4 Flowchart Sistem Alur Pelayanan Pasien pada PHIS Rumah Sakit Pelni 122
Gambar 3. 5 Data Flow Diagram (DFD) Level 0 PHIS Rumah Sakit Pelni..... 125
Gambar 3. 6 Data Flow Diagram (DFD) Level 1 PHIS Rumah Sakit Pelni..... 126
Gambar 3. 7 Entity Relationship Diagram (ERD) PHIS Rumah Sakit Pelni..... 128
Gambar 3. 8 Alur Kerja PHIS dalam Pengelolaan Data Pelayanan Pasien di Rumah Sakit Pelni..... 145
Gambar 3. 9 Topologi Jaringan Komputer RS Pelni 148

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Rangkuman Kegiatan Harian Magang/PKL 167
Lampiran 2. Daftar Hadir Magang/PKL 167
Lampiran 3. Gambar/Foto Rangkaian Kegiatan selama Magang/PKL 168
Lampiran 4. Denah/Peta Lokasi Magang/PKL 170
Lampiran 5. Data Pendukung yang diperlukan 171

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Dalam penyelenggaraan pelayanan tersebut, Rumah Sakit Pelni Jakarta menghasilkan berbagai informasi mengenai identitas pasien, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, tindakan, dan perkembangan kondisi kesehatan pasien. Informasi tersebut harus dicatat dan didokumentasikan dalam rekam medis secara lengkap, akurat, tepat waktu, dan berkesinambungan. Rekam medis memiliki nilai penting dalam aspek pelayanan kesehatan, administrasi, hukum, keuangan, penelitian, pendidikan, dan dokumentasi. Oleh karena itu, pengelolaan rekam medis di Rumah Sakit Pelni Jakarta perlu dilaksanakan secara terencana agar informasi pasien dapat tersedia ketika dibutuhkan.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, rekam medis merupakan dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis dapat berbentuk dokumen fisik maupun data elektronik yang dihasilkan selama pasien memperoleh pelayanan kesehatan. Pengelolaan rekam medis harus memperhatikan keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaan informasi pasien. Ketentuan tersebut juga berlaku dalam penyelenggaraan rekam medis di Rumah Sakit Pelni Jakarta sebagai fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian, pengelolaan rekam medis di Rumah Sakit Pelni Jakarta harus dilaksanakan sesuai dengan peraturan dan kebijakan yang berlaku (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Pengelolaan rekam medis di Rumah Sakit Pelni Jakarta terdiri atas beberapa kegiatan, yaitu penerimaan pasien, pencatatan, pengolahan, penyimpanan, pemeliharaan, penyediaan, penyusutan, dan pemusnahan dokumen. Setiap kegiatan tersebut harus dilaksanakan berdasarkan kebijakan dan Standar Operasional Prosedur yang telah ditetapkan oleh rumah sakit. Salah satu kegiatan

penting dalam pengelolaan rekam medis adalah retensi atau penyusutan berkas rekam medis. Retensi dilakukan untuk memisahkan berkas yang masih aktif digunakan dalam pelayanan dari berkas yang sudah tidak aktif. Pelaksanaan retensi yang teratur diperlukan agar pengelolaan berkas rekam medis di Rumah Sakit Pelni Jakarta dapat berjalan secara efektif dan efisien.

Rumah Sakit Pelni telah menerapkan Rekam Medis Elektronik (RME) dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Namun, penerapannya masih bersifat hybrid, yaitu dengan mengombinasikan penggunaan sistem elektronik dan dokumen rekam medis berbentuk kertas. Berdasarkan informasi yang diperoleh dari pihak rumah sakit, beberapa dokumen yang masih memerlukan tanda tangan basah tetap dibuat dan disimpan dalam bentuk fisik karena dukungan biaya untuk penerapan tanda tangan elektronik belum memadai. Kondisi tersebut menyebabkan dokumen rekam medis di Rumah Sakit Pelni masih terdiri atas dokumen elektronik dan dokumen fisik yang perlu dikelola sesuai dengan kebutuhan pelayanan serta ketentuan yang berlaku. Oleh karena itu, pengelolaan retensi perlu memperhatikan keberadaan kedua bentuk dokumen tersebut agar proses identifikasi, pemilahan, pemindahan, dan penyimpanan berkas dapat dilaksanakan secara teratur.

Retensi berkas rekam medis merupakan kegiatan memisahkan berkas yang masih aktif dengan berkas yang sudah tidak aktif berdasarkan jangka waktu penyimpanan yang telah ditentukan. Berkas yang telah memasuki masa inaktif dipindahkan dari ruang penyimpanan aktif ke ruang penyimpanan inaktif untuk dilakukan penilaian nilai guna. Berkas yang masih memiliki nilai guna dapat dipertahankan atau diabadikan, sedangkan berkas yang tidak memiliki nilai guna dapat diusulkan untuk dimusnahkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Oleh karena itu, retensi tidak hanya berupa pemindahan berkas, tetapi juga meliputi kegiatan pemilahan, penilaian, pengabadian, dan pemusnahan dokumen. Pelaksanaan retensi di Rumah Sakit Pelni Jakarta harus dilakukan secara hati-hati agar tidak terjadi kehilangan informasi pasien yang masih diperlukan (Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, 2023).

Di sisi lain, pelaksanaan retensi rekam medis di Rumah Sakit Pelni belum berjalan secara rutin dan belum didukung oleh alur kerja serta monitoring yang terstruktur. Kondisi tersebut menjadi perhatian karena dokumen rekam medis fisik

masih memerlukan ruang penyimpanan dan pengelolaan secara berkelanjutan. Apabila berkas yang telah memasuki masa retensi tidak segera diidentifikasi dan ditindaklanjuti, penumpukan berkas dapat terus terjadi sehingga kapasitas ruang penyimpanan semakin terbatas dan pencarian berkas berpotensi menjadi kurang efisien. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi terhadap pelaksanaan retensi rekam medis di Rumah Sakit Pelni untuk menyusun alur kerja yang jelas, pembagian tanggung jawab petugas, serta jadwal monitoring berkala agar kegiatan retensi dapat dilaksanakan secara rutin.

Bertambahnya jumlah kunjungan pasien di Rumah Sakit Pelni Jakarta dapat menyebabkan jumlah berkas rekam medis yang harus disimpan semakin meningkat. Apabila berkas yang sudah tidak aktif tidak segera dipindahkan, ruang penyimpanan aktif dapat mengalami penumpukan dan keterbatasan kapasitas. Kondisi tersebut dapat menghambat petugas dalam melakukan penyimpanan dan pencarian kembali berkas rekam medis. Selain itu, penumpukan berkas dapat meningkatkan risiko terjadinya ***misfile***, kerusakan, kehilangan, serta keterlambatan penyediaan rekam medis pasien. Oleh sebab itu, pelaksanaan retensi di Rumah Sakit Pelni Jakarta perlu dilakukan secara teratur sesuai dengan jadwal dan prosedur yang telah ditetapkan.

Pelaksanaan retensi di Rumah Sakit Pelni Jakarta perlu didukung oleh Jadwal Retensi Arsip dan jadwal monitoring yang jelas. Jadwal Retensi Arsip digunakan sebagai pedoman untuk menentukan jenis berkas yang masih aktif, berkas yang sudah inaktif, dan berkas yang dapat diusulkan untuk dimusnahkan. Sementara

itu, jadwal monitoring digunakan untuk menentukan waktu pelaksanaan pemeriksaan dan pemantauan terhadap berkas yang telah memasuki masa retensi. Jadwal monitoring juga dapat memuat kegiatan yang dilakukan, petugas yang bertanggung jawab, hasil pemeriksaan, dan tindak lanjut yang diperlukan. Dengan adanya Jadwal Retensi Arsip dan jadwal monitoring, pelaksanaan retensi di Rumah Sakit Pelni Jakarta dapat dilakukan secara lebih terarah, teratur, dan terdokumentasi.

Berdasarkan informasi awal yang diperoleh penulis selama melaksanakan kegiatan magang, Rumah Sakit Pelni Jakarta belum memiliki jadwal monitoring rutin khusus untuk pelaksanaan retensi berkas rekam medis. Kondisi tersebut menyebabkan kegiatan pemeriksaan dan pemilahan berkas yang telah memasuki masa retensi belum memiliki waktu pelaksanaan yang terjadwal. Tidak adanya jadwal monitoring juga dapat menyulitkan petugas dalam memastikan bahwa kegiatan retensi telah dilaksanakan secara berkala. Selain itu, kegiatan retensi berisiko dilakukan secara tidak konsisten karena pelaksanaannya bergantung pada kondisi dan kebutuhan pada waktu tertentu. Oleh karena itu, Rumah Sakit Pelni Jakarta memerlukan jadwal monitoring rutin yang dapat digunakan sebagai pedoman dalam melaksanakan dan memantau kegiatan retensi berkas rekam medis.

Jadwal monitoring rutin retensi perlu disusun berdasarkan kebutuhan dan kondisi pengelolaan berkas rekam medis di Rumah Sakit Pelni Jakarta. Jadwal tersebut dapat memuat periode pelaksanaan, kegiatan monitoring, petugas atau unit yang bertanggung jawab, objek yang diperiksa, hasil monitoring, dan tindak lanjut. Kegiatan monitoring dapat meliputi pemeriksaan berkas berdasarkan tanggal kunjungan terakhir, pemilahan berkas aktif dan inaktif, pencatatan jumlah berkas yang telah diretensi, serta pemeriksaan kondisi ruang penyimpanan. Hasil monitoring dapat digunakan untuk mengetahui jumlah berkas yang telah diproses, berkas yang belum diproses, dan kendala yang perlu ditindaklanjuti. Dengan demikian, jadwal monitoring rutin dapat menjadi alat pengendalian bagi unit rekam medis dalam memastikan keberlangsungan kegiatan retensi.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 mengatur bahwa penyimpanan data Rekam Medis Elektronik di fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan paling singkat selama 25 tahun sejak tanggal kunjungan terakhir pasien. Peraturan tersebut juga menegaskan bahwa penyimpanan Rekam Medis Elektronik harus menjamin keamanan, keutuhan, kerahasiaan, dan ketersediaan data. Meskipun ketentuan tersebut mengatur Rekam Medis Elektronik, kegiatan monitoring terhadap berkas rekam medis fisik tetap perlu disesuaikan dengan kebijakan internal dan prosedur yang berlaku di rumah sakit. Rumah Sakit Pelni Jakarta perlu memiliki mekanisme monitoring yang jelas agar kegiatan pengelolaan berkas rekam medis dapat dilakukan secara teratur dan terdokumentasi. Dengan adanya mekanisme tersebut, pelaksanaan retensi dapat mendukung tertib administrasi dan kesinambungan pengelolaan informasi kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Penyusunan jadwal monitoring rutin tidak hanya berfungsi untuk menentukan waktu pelaksanaan retensi, tetapi juga untuk membagi tanggung jawab dan memastikan adanya tindak lanjut. Jadwal tersebut dapat digunakan oleh petugas sebagai pedoman dalam melaksanakan pemeriksaan dan pencatatan hasil retensi secara berkala. Jadwal monitoring juga dapat membantu kepala unit rekam medis dalam mengawasi keterlaksanaan kegiatan retensi. Hasil monitoring dapat menjadi bahan evaluasi untuk mengetahui apakah kegiatan retensi telah berjalan sesuai dengan rencana yang ditetapkan. Dengan demikian, jadwal monitoring rutin dapat membantu menciptakan proses retensi yang lebih terukur, terdokumentasi, dan berkelanjutan di Rumah Sakit Pelni Jakarta.

Berdasarkan uraian tersebut, belum tersedianya jadwal monitoring rutin retensi di Rumah Sakit Pelni Jakarta menjadi permasalahan yang perlu ditindaklanjuti. Penyusunan jadwal monitoring diperlukan agar kegiatan retensi berkas rekam medis dapat dilaksanakan secara berkala dengan pembagian waktu dan tanggung jawab yang jelas. Jadwal tersebut diharapkan dapat membantu petugas dalam melakukan identifikasi, pemilahan, pencatatan, dan pemantauan berkas yang telah memasuki masa retensi. Selain itu, jadwal monitoring dapat menjadi dasar bagi unit rekam medis dalam mengevaluasi keterlaksanaan

kegiatan retensi dan melakukan tindak lanjut. Oleh karena itu, penulis menyusun laporan akhir magang dengan judul "Evaluasi Pelaksanaan Retensi Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit Pelni Jakarta."

1.2 Tujuan Umum

Mengetahui dan mengevaluasi pelaksanaan retensi berkas rekam medis di rumah sakit Pelni serta menyusun rancangan alur, jadwal, dan monitoring agar kegiatan retensi dapat dilaksanakan secara rutin, terarah, dan terdokumentasi..

1.2.1 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi kondisi pelaksanaan retensi berkas rekam medis di rumah sakit Pelni
2. Mengidentifikasi proses penentuan dan pemilahan berkas rekam medis yang telah memasuki masa retensi
3. Menyusun rancangan alur pelaksanaan retensi berkas rekam medis dari penyimpanan aktif sampai penyimpanan inaktif
4. Menyusun rancangan jadwal pelaksanaan retensi berkas rekam medis secara periodik
5. Menyusun rancangan sistem monitoring untuk mencatat hasil pelaksanaan retensi, kendala, dan tindak lanjut
6. Menyusun rekomendasi pelaksanaan retensi berkas rekam medis agar dapat berjalan secara rutin dan terpantau

1.2.2 Manfaat

Manfaat yang diharapkan dari pelaksanaan Magang/PKL adalah sebagai berikut.

1. Bagi Mahasiswa
   a) Dapat memperoleh pengalaman langsung dalam mengenal proses pengelolaan berkas rekam medis, khususnya kegiatan retensi, di Rumah Sakit Pelni Jakarta
   b) Dapat mengasah kemampuan analisis, observasi, dan komunikasi melalui kegiatan evaluasi serta wawancara dengan petugas Unit Rekam Medis.

2. Bagi Politeknik Negeri Jember
    a) ebagai bentuk penerapan pembelajaran berbasis praktik yang menghubungkan kompetensi mahasiswa dengan kebutuhan nyata di fasilitas pelayanan kesehatan.
    b) Dapat menjadi bahan kajian dan pengembangan materi pembelajaran mengenai pengelolaan arsip rekam medis, retensi, serta monitoring kegiatan di unit rekam medis.
3. Bagi Rumah Sakit PELNI
    a) Dapat memperoleh gambaran mengenai kondisi pelaksanaan retensi berkas rekam medis serta alternatif rancangan alur, jadwal, dan monitoring yang dapat dikembangkan sesuai kebutuhan unit.
    b) Dapat memperkuat kolaborasi antara rumah sakit dan mahasiswa dalam menuangkan gagasan perbaikan proses kerja berdasarkan hasil pengamatan di lapangan.

1.3 Lokasi dan Waktu

a) Lokasi PKL

   Lokasi Praktek Kerja Lapang (PKL) dilaksanakan di Rumah Sakit Pelni yang berlokasi di Jl. K.S. Tubun No.92 - 94, RT.10/RW.1, Slipi, Kec. Palmerah, Kota Jakarta Barat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 11410.

b) Waktu PKL

   Praktek Kerja Lapang dilaksanakan pada tanggal 03 Agustus hingga 24 Oktober 2026 yang dilaksanakan setiap hari Senin-Jumat pukul 07.30 - 15.00 WIB dan Hari Sabtu pukul 07.30 – 12.00 WIB.

1.4 Metode Pelaksanaan

1.4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam kegiatan magang ini adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Pendekatan tersebut digunakan untuk menggambarkan kondisi pelaksanaan retensi berkas rekam medis di rumah sakit Pelni berdasarkan hasil pengamatan dan informasi yang diperoleh dari

petugas terkait. Data yang diperoleh kemudian digunakan untuk mengidentifikasi tahapan pelaksanaan retensi, kendala, serta kebutuhan terhadap alur, jadwal, dan monitoring kegiatan retensi. Hasil pengamatan tersebut selanjutnya dianalisis secara deskriptif dengan membandingkan kondisi yang ditemukan dengan prosedur dan ketentuan yang menjadi acuan. Berdasarkan hasil analisis tersebut, disusun rancangan alur, jadwal, dan monitoring sebagai rekomendasi untuk mendukung pelaksanaan retensi secara rutin.

1.4.2 Sumber Data

1. Data Primer

   Data primer diperoleh secara langsung melalui observasi terhadap pelaksanaan kegiatan retensi serta wawancara dengan petugas yang terlibat dalam pengelolaan rekam medis di rumah sakit Pelni. Data primer digunakan untuk memperoleh informasi mengenai kondisi pelaksanaan retensi, tahapan yang telah dilakukan, kendala yang ditemukan, serta kebutuhan dalam pelaksanaan retensi secara rutin.

2. Data Sekunder

   Data sekunder diperoleh dari dokumen atau sumber tertulis yang berkaitan dengan pelaksanaan retensi, seperti SPO rumah sakit Pelni, pedoman atau ketentuan retensi. Data primer dan sekunder tersebut digunakan secara bersama-sama sebagai dasar dalam melakukan evaluasi dan menyusun rancangan alur, jadwal, serta monitoring pelaksanaan retensi.

BAB 2. KEADAAN UMUM RUMAH SAKIT

2.1 Sejarah Rumah Sakit

Pada Tahun 1913, Koninklijke Paketvaart Maatschappij (KPM) memutuskan untuk mendirikan rumah sakit sendiri dengan kapasitas 150 tempat tidur. Rumah sakit tersebut dibangun sebagai fasilitas pelayanan kesehatan bagi pegawai KPM dan buruh kapal. Perencanaan kompleks bangunan rumah sakit dilakukan pada tahun 1914 oleh F.J.L. Ghylels, seorang insinyur sipil. Pembangunan kemudian dimulai dengan peletakan batu pertama pada pertengahan tahun 1914 dan dilaksanakan oleh kontraktor F. Stolz. Rumah Sakit tersebut dibangun di atas lahan seluas 30.000 m2 dengan luas lantai mencapai 7.754 m2 dan proses pembangunannya berlangsung selama kurang lebih tiga tahun. Berdasarkan catatan sejarah Rumah Sakit PELNI, rumah sakit ini secara resmi diresmikan pada tanggal 21 April 1918 dengan nama Rumah Sakit KPM “Djati Baru”. Tanggal peresmian tersebut selanjutnya ditetapkan sebagai dasar peringatan Hari Ulang Tahun KPM Hospital yang saat ini dikenal sebagai Rumah Sakit PELNI.

Hal ini diatur dalam Peraturan Pemerintah No. 34 tahun 1960 dengan penjelasan tambahan dalam Lembaran Negara Nomor 106 dan 2045. Selanjutnya, pada tanggal 2 Mei 1958, Rumah Sakit KPM “Djati Baru” diserahkan kepada PN PELNI. Sejak adanya penyerahan tersebut, Rumah Sakit KPM “Djati Baru” berubah nama menjadi Rumah Sakit PELNI. Pada tanggal 21 April 1975 Rumah Sakit PELNI berganti nama menjadi Rumah Sakit PELNI “Petamburan” dengan berkembangnya kemampuan dalam memberikan pelayanan sehingga berdasarkan SK Gubernur DKI no D.III.4140/A/10/1975 Rumah Sakit PELNI “Petamburan” menjadi Rumah Sakit rujukan wilayah Jakarta Barat.

Berdasarkan Surat Menteri Negara BUMN No S-743/MBU/2007 tanggal 31 Oktober 2007 tentang persetujuan pemisahan (Spin Off) Rumah Sakit PELNI “Petamburan”, maka pada tanggal 9 November 2007 Rumah Sakit PELNI “Petamburan” resmi sebagai anak perusahaan PT. PELNI dengan nama “ PT Rumah Sakit PELNI ” sesuai Akta Pendirian dibuat di hadapan Notaris Yulkhaizar Panuh S.H. dengan Nomor 07 tertanggal 09 November 2007.

Pada masa berikutnya, guna menjalankan misi Pemerintah yaitu kedaulatan dalam bidang ketahanan kesehatan, maka pada tanggal 31 Maret 2020 PT Rumah Sakit PELNI yang dalam hal ini merupakan anak perusahaan BUMN bergabung dengan grup Rumah Sakit BUMN yang dipimpin oleh PT Pertamina Bina Medika IHC melalui transaksi akuisisi kepemilikan saham.

Rumah Sakit PELNI merupakan Rumah Sakit Tipe B yang berlokasi di Jakarta Barat yang memiliki berbagai jenis pelayanan dengan dukungan peralatan yang cukup lengkap. Rumah Sakit PELNI berdasarkan Akta Nomor: 21 Tanggal 27 September 2022 yang telah mendapatkan pengesahan dari Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia sesuai Surat Keputusan Nomor: AHU-0069722.AH.01.02. Tahun 2022 Tanggal 27 September 2022 Tentang Persetujuan Perubahan Anggaran Dasar Perseroan Terbatas di mana Rumah Sakit PELNI adalah Bidang Usaha Perumahsakitan yang dimiliki oleh PT Rumah Sakit PELNI . Di mana dalam menjalankan berbagai kegiatan usahanya mengacu kepada kebijakan Holding Rumah Sakit BUMN dan dari sisi Ketentuan Perseroan merujuk kepada PT Pertamina Bina Medika IHC selaku Pemegang Saham Mayoritas dan PT PELNI (Persero) selaku Pemegang Saham Minoritas. Rumah Sakit PELNI saat ini beroperasional dengan 509 tempat tidur, dilengkapi oleh pelayanan dokter-dokter spesialis serta sub spesialis, serta peralatan berteknologi tinggi.

Seluruh aktivitas pelayanan di Rumah Sakit PELNI sudah terintegrasi secara menyeluruh dengan teknologi informasi buatan sendiri. Hal ini menjadi tonggak sejarah dalam catatan di penghujung umur 1 abad rumah sakit yang pernah dikenal sebagai Rumah Sakit Petamboeran ini, sebab penggunaan teknologi menjadi platform Rumah Sakit PELNI menyambut dan mengisi masa depan.

Rumah Sakit PELNI menerapkan budaya kerja aman, ringkas dan menyembuhkan. Budaya yang berfokus pada keselamatan pasien, staf dan organisasi adalah budaya aman yang diimplementasikan melalui 15 mata rantai budaya aman, yaitu:

1. *International Pasien Safety Goals (IPSG)*
2. *Acces to Care and Continue of Care (ACC)*

3. *Patient and Family Right (PFR)*
4. *Assessment of Patient (AOP)*
5. *Care of Patients (COP)*
6. *Anesthesia and Surgical Care (ASC)*
7. *Medication Management and Use (MMU)*
8. *Patient and Family Education (PFE)*
9. *Quality Improvement and Patient Safety (QPS)*
10. *Prevention and Control of Infection (PCI)*
11. *Governance, Leadership and Direction (GLD)*
12. *Facility Management and Safety (FMS)*
13. *Staff Qualification and Edukasi (SQE)*
14. *Management of Information (MOI)*
15. *Anti Fraud, Abuse and Fraudulent Activities (AFAF)*

2.1.1 Visi Rumah Sakit PELNI

Sebagai tempat terbaik untuk proses penyembuhan dan teman terpercaya dalam pelayanan kesehatan. "*The best place for the healing process and a trusted friend in Health Service*".

2.1.2 Misi Rumah Sakit PELNI

Memberikan pelayanan dengan standar kualitas terbaik, terjangkau dalam lingkungan yang hijau dan nyaman dalam rangka membantu proses penyembuhan bagi setiap pasien dan keluarganya.

2.1.3 Nilai dan Budaya Rumah Sakit PELNI

PT Rumah Sakit PELNI sebagai bagian dari *Holding* Rumah Sakit BUMN telah mengadopsi nilai-nilai dan perilaku dari AKHLAK sebagaimana yang dimandatori oleh Kementerian BUMN, dan diterjemahkan dalam Surat Keputusan Direksi PT Rumah Sakit PELNI No 01.06/ARS/XI/2020, 6 (Enam) Nilai-nilai Utama (*Core Values*) AKHLAK, terdiri dari:

1. Amanah : Memegang teguh kepercayaan yang diberikan;
2. Kompeten : Terus belajar dan mengembangkan kapabilitas;
3. Harmonis : Saling peduli dan menghargai perbedaan;

4. Loyal : Berdedikasi dan mengutamakan kepentingan bangsa negara;
5. Adaptif : Terus berinovasi dan antusias dalam menggerakan perubahan;
6. Kolaboratif : Membangun semangat kerja yang sinergis

2.1.4 Pelayanan Rumah Sakit

Berikut merupakan jenis-jenis pelayanan yang terdapat di Rumah Sakit PELNI:

a. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Merupakan layanan emergensi yang memberikan penanganan serta pertolongan pertama pada pasien. IGD Rumah Sakit PELNI beroperasi 24 jam selama 7 hari dalam seminggu. IGD Rumah Sakit PELNI terdiri atas IGD Infeksius dan Non Infeksius, dengan layanan:

1. Kegawatdaruratan medis dengan kasus jantung, stroke, diabetes dan lainnya
2. Pusat Layanan Kecelakaan Kerja BPJS Ketenagakerjaan
3. Kecelakaan Lalu Lintas
4. Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)
5. Hemodialisis Emergensi

b. Pelayanan Spesialis Klinik

Layanan rawat jalan utama di RS PELNI yang melayani pasien BPJS, asuransi, perusahaan, dan pribadi. Poliklinik ini beroperasi dari Senin – Jumat pukul 07.00 – 20.30, Sabtu pukul 07.00 – 13.00, dan Minggu pukul 08.00 – 11.00 WIB. Adapun layanan poliklinik RS PELNI, antara lain:

1. Klinik Anak
2. Klinik Bedah :
    a. Bedah Anak
    b. Bedah Mulut
    c. Bedah Digestif
    d. Bedah Onkologi
    e. Bedah Plastik

f. Bedah Saraf
g. Bedah Vaskuler
h. Bedah Toraks dan Kardiovaskular

3. Klinik Kebidanan dan Kandungan
4. Klinik Penyakit Dalam
5. Klinik Gigi dan Mulut
6. Klinik Saraf
7. Klinik THT-KL
8. Klinik Paru
9. Klinik Kulit dan Kelamin
10. Klinik Ortopedi
11. Klinik Mata
12. Klinik Jiwa
13. Klinik Jantung dan Pembuluh darah
14. Klinik Rehabilitasi Medik
15. Klinik Alergi–Imunologi
16. Klinik Endokrin-Metabolik-Diabetes
17. Klinik Ginjal Hipertensi
18. Klinik Hati/Cerna
19. Klinik Infeksi dan Penyakit Tropis
20. Klinik Hematologi
21. Klinik Reumatologi
22. Klinik Hematologi–Onkologi Anak
23. Klinik Infeksi dan Penyakit Tropis Anak
24. Klinik Jantung Anak
25. Klinik Neonatologi
26. Klinik Tumbuh Kembang–Pediatri Sosial
27. Klinik Akupuntur
28. Klinik Urologi
29. Klinik Gizi Klinik
30. Klinik Manajemen Nyeri

31. Klinik Okupasi

c. Klinik Eksekutif *Heritage*

Layanan kesehatan premium dari Rumah sakit PELNI Jakarta yang menekankan kenyamanan bagi pasien asuransi, perusahaan, dan pribadi. Keunggulan dari layanan kesehatan ini adalah kenyamanan dan kecepatan pelayanan dalam pemeriksaan kesehatan dan mendapatkan obat. Klinik buka setiap hari Senin-Jumat pukul 07.00-15.00.

d. *Beauty and Wellness*

Layanan kecantikan dari RS PELNI yang memberikan treatment dan program, seperti masalah jerawat hingga perawatan yang bertujuan maintenance kesehatan kulit wajah. Layanan Beauty and Wellness beroperasi pada Senin-Jumat 07.30-15.00 dan Sabtu 07.30-13.00.

e. Pelayanan Penunjang Medis

1. Laboratorium Patologi Klinik
2. Laboratorium Patologi Anatomi
3. Diagnostic Center:
    a. MRI 1.5 Tesla
    b. MSCT 128
    c. Digital Radiography
    d. USG 4D
    e. Echocardiophy
    f. CT-Scan
    g. Endoscopy
    h. Panoramic + Cephalometry
    i. Catheterization Laboratory : PCI, DSA dan EVLA
4. Cathlab
5. ESWL
6. Hemodialisis
7. Fisioterapi
8. Farmasi

2.1.5 Layanan Unggulan

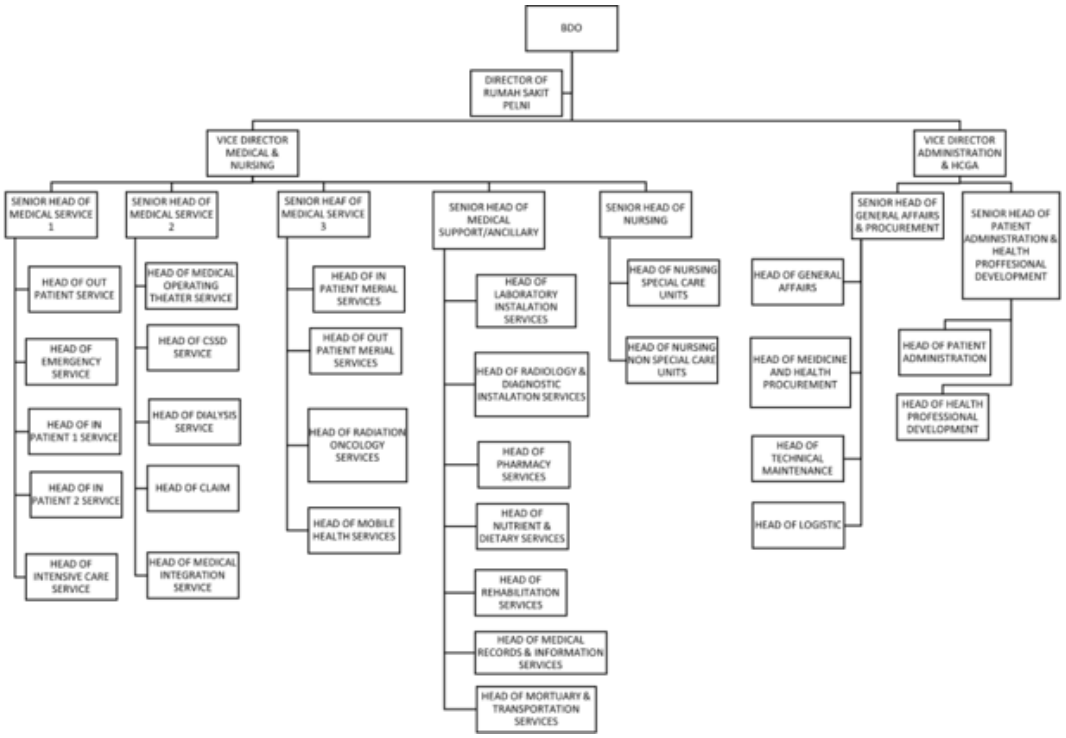
Beberapa layanan unggulan saat ini yang telah mewarnai perjalanan Rumah Sakit PELNI yaitu :

1. *Oncology Center*
2. *Orthopedic Center*
3. *Cardiovascular Center*
4. *Neurology Center*
5. *Women and Pediatric Center*
6. *Eye Center*

2.2 Struktur Organisasi

2.2.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Pelni

Dalam buku Torang, 2014 struktur organisasi merupakan out line di dalam skema organisasi, dari penempatan tugas yang paling atas sampai pada penetapan tugas yang paling bawah. Struktur organisasi mendeskripsikan bagaimana organisasi itu mengatur dirinya sendiri dalam mencapai tujuan yang diinginkan. Berikut adalah struktur organisasi Rumah Sakit Pelni dapat dilihat pada gambar dibawah ini:



Gambar 2. 1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Pelni

Struktur organisasi di Rumah Sakit Pelni dipimpin oleh seorang Direktur Utama yaitu dr. Laili Fathiyah, MPH, FisQua. Dalam praktiknya, direktur utama berkoordinasi dengan BDO. Direktur Utama membawahi Vice Director Medical & Nursing dan Vice Director Adiministration & HCGA. Masing-masing Vice Director tersebut nantinya akan membawahi pelayanan dan instalasi lain yang ada di Rumah Sakit Pelni sebagai berikut:

1. Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan

   Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan dikepalai oleh dr. Indah Pudjiningsih, Sp.An yang juga membawahi 5 Senior Head yaitu diantaranya:

   a. *Senior Head of Medical Service 1*

      Membawahi 5 kepala divisi yaitu di antaranya:

      1. *Head of Out Patient Services*
      2. *Head of Emergency Services*
      3. *Head of In Patient 1 Services*
      4. *Head of In Patient 2 Services*
      5. *Head of Intensive Care Services*

   b. *Senior Head of Medical Service 2*

Membawahi 5 kepala divisi yaotu di antaranya:

1. *Head of Medical Operating Theater Services*
2. *Head of CSSD Services*
3. *Head of Dialysis Services*
4. *Head of Claim Services*
5. *Head of Medical Integration Services*

c. *Senior Head of Medical Service 3*

Membawahi 4 kepala divisi di antaranya:

1) *Head of In Patient Merial Services*
2) *Head of Out Patient Merial Services*
3) *Head of Radiation Oncology Services*
4) *Head of Mobile Health Services*

d. *Senior Head of Medical Support/Ancillary*

Membawahi 7 kepala divisi yaitu di antaranya:

1) *Head of Laboratory Instalation Services*
2) *Head of Radiologi & Diagnostic Instalation Services*
3) *Head of Pharmacy Services*
4) *Head of Nutrient & Dietary Services*
5) *Head of Medical Rehabilitation Services*
6) *Head of Medical Records & Information Services*
7) *Head of Mortuary & Transportation Services*

e. *Senior Head of Nursing*

Membawahi 2 divisi yaitu di antaranya:

1) *Head of Nursing Special Care Units*
2) *Head of Nursing Non Special Care Units*

2. Bidang Pelayanan Administrasi dan HCGA

Bidang Pelayanan Administrasi dan HCGA dikepalai oleh dr. Nur Ardianty, MM yang juga membawahi 2 *Senior Head* yaitu diantaraya:

a. *Senior Head of General Affairs & Procurement*

Membawahi 4 kepala divisi yaitu di antaranya:

1) *Head of General Affairs*

2) *Head of Medicine and Health Procurement*

3) *Head of Technical Maintenance*

4) *Head of Logistic*

b. *Senior Head Patient Administration and Health Professional Development*

Membawahi 2 kepala divisi yaitu di antaranya:

1) *Head of Patient Administration*

2) *Head of Health Professional Development*

Berdasarkan struktur di atas unit rekam medis tergabung di dalam *Medical Support/ Ancillary* yang dipimpin oleh *Senior Head of Medical Support/ Ancillary* yaitu dr. Nadia A. Mumpuni, MPH.

2.2.2 Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Pelni



Gambar 2. 2 Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Pelni

Berdasarkan struktur organisasi unit rekam medis di Rumah Sakit Pelni di atas, Unit rekam medis dipimpin oleh Ibu Khoirum Watiatsaro sebagai *Head of Medical Records and Information Services*. Dibawahnya terdapat Bapak Asep

Rahmat *sebagai Senior Officer Admission* dan Ibu Rieska Permatasari sebagai *Senior Officer Registrasi* dan untuk *Senior Officer Pengolahan* dikelola langsung oleh *Head of Medical Records and Information Services* yaitu Ibu Khoirum Watiatsaro.

2.3 Kondisi Lingkungan Rumah Sakit

2.3.1 Lokasi Rumah Sakit

Rumah Sakit Pelni atau RS Pelni merupakan rumah sakit tipe B yang terletak di Jl. Aipda Tubun Raya No. 92-94, Slipi, Palmerah, Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia.

2.3.2 Kepemilikan Rumah Sakit

Rumah sakit ini awalnya merupakan anak usaha dari Perusahaan Pelayaran Indonesia (PELNI) sebelum kemudian digabung ke dalam holding rumah sakit BUMN. Pada tahun 2014, rumah sakit ini menjadi rumah sakit milik BUMN pertama yang menjadi mitra BPJS Kesehatan. Pada tahun 2019. Mayoritas saham rumah sakit ini dipegang oleh Pertamina Bina Medika sebagai bagian dari rencana pemerintah untuk menyatukan kepemilikan rumah sakit milik BUMN.

BAB 3. KEGIATAN UMUM MAGANG

3.1 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek manajemen pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan di RUMAH SAKIT PELNI JAKARTA tahun 2026

3.1.1 Mengidentifikasi Registrasi Semua Kunjungan Pasien di Unit Rawat Jalan (RJ), Unit Rawat Inap (RI) baik secara elektronik maupun manual meliputi:

1. Sistem penamaan dan penomoran pasien

   Dewasa pr : Ny

   Dewasal k : Tn

   BBL : By.ny

   Remaja : An

2. Pembuatan Kartu Identitas berobat baik manual dan/atau elektronik

   Pada RS Pelni sudah tidak membuat Kartu Identitas Berobat namun apabila ada pasien baru ingin membuat maka pembuatannya tidak dikenakan biaya namun apabila pasien lama ingin membuat ulang dikarenakan KIB yang lama hilang/rusak maka akan dikenakan biaya untuk pembuatan kembali.

3. Melakukan indeksing pasien dengan media yang tersedia baik manual dan/atau elektronik

   Pelaksanaan indeks-ing pasien pada RS Pelni tidak dilaksanakan secara manual dan juga tidak mengolah secara manual pada system sehingga pelaksanaannya sudah menjadi satu pada proses pendaftaran pasien *(Auto-create).* Apabila petugas membutuhkan data indeks-ing dapat melakukan penarikan langsung pada SIMRS sesuai kebutuhan data.

4. Mengisi identitas data sosial jenis-jenis formulir RJ maupun RI baik manual dan/atau elektronik

   Pada proses pendataran pasien pada RI dan RJ pasien tidak diminta untuk mengisi data apapun kecuali pada pengisian General Consent pada bagian gawat darurat. Proses dimulai dengan petugas meminta Kartu Identitas

pasien seperti KTP, SIM, KK, dll untuk mengisi data pasien kemudian petugas mengkonfirmasi kembali data tersebut kepada pasien. Sehingga pada proses pendaftaran pasien tidak perlu mengisi data apapun.

5. Mengisi jenis-jenis buku register pendaftaran pasien baru/lama RJ / RI baik manual dan/atau elektronik

   Jenis buku register untuk pendaftaran pasien baru maupun pasien lama tetap tersedia sebagai pencatatan manual apabila terjadi gangguan atau kendala pada sistem rumah sakit. Namun, penggunaan buku register tersebut sangat jarang dilakukan karena gangguan sistem yang terjadi relatif jarang. Apabila terjadi kendala pada sistem, proses pendaftaran pasien masih dapat dilakukan melalui sistem rumah sakit sehingga pelayanan pendaftaran tetap dapat berjalan.

6. Memastikan kelengkapan dokumen rekam medis dan cara distribusi Rekam Medis sampai ke Poliklinik/ RI baik manual dan/atau elektronik

   Kelengkapan dokumen rekam medis yang digunakan untuk menunjang proses pelayanan pasien sampai ke unit rawat inap meliputi identitas pasien, general consent, serta formulir tindakan pelayanan apabila pasien memerlukan tindakan tertentu. Setelah tindakan pelayanan dilakukan dan hasilnya telah tersedia, dokumen tersebut akan digabungkan ke dalam map rekam medis bersama dengan identitas pasien dan general consent. Dalam proses pengisian identitas pasien, petugas akan melakukan konfirmasi secara langsung kepada pasien atau keluarga pasien mengenai data yang diperlukan, seperti nama, nomor telepon, alamat secara lengkap, dan informasi lainnya. Pada sistem informasi rumah sakit, terdapat tanda berwarna merah pada bagian data identitas tertentu yang menunjukkan bahwa data tersebut wajib diisi sehingga identitas pasien dapat dinyatakan lengkap.

   Pada pengisian general consent, petugas terlebih dahulu memberikan arahan kepada pasien atau keluarga pasien mengenai cara pengisian formulir tersebut. Setelah formulir selesai diisi, petugas akan melakukan pemeriksaan kembali untuk memastikan seluruh bagian yang diperlukan

telah terisi dengan lengkap dan benar. Apabila masih ditemukan data atau bagian formulir yang belum diisi, petugas akan memberitahukan kekurangan tersebut kepada pasien atau keluarga pasien dan meminta untuk melengkapinya terlebih dahulu. Dengan demikian, dokumen yang akan digunakan dalam pelayanan rawat inap dapat dipastikan telah memiliki kelengkapan administrasi dan identitas pasien

3.1.2 Mengidentifikasi Alur Prosedur Baik Manual dan/atau elektronik penerimaan pasien yang berobat ke Rumah Sakit meliputi:

1. Alur Penerimaan

Penerimaan pasien di Rumah Sakit Pelni merupakan rangkaian kegiatan pelayanan yang dilakukan sejak pasien datang ke rumah sakit hingga pasien memperoleh pelayanan pada unit yang dituju. Proses penerimaan pasien dibedakan berdasarkan jenis pelayanan, yaitu pasien baru rawat jalan, pasien lama rawat jalan, pasien rawat darurat, dan pasien rawat inap. Setiap jenis pelayanan memiliki alur pendaftaran dan persyaratan administrasi yang berbeda sesuai dengan kebutuhan pelayanan pasien. Dalam pelaksanaannya, petugas pendaftaran melakukan verifikasi identitas pasien, pencatatan dan pembaruan data pasien pada sistem PHIS, serta melengkapi informasi administrasi yang diperlukan. Proses tersebut dilakukan untuk memastikan identitas pasien sesuai dan data yang digunakan dalam pelayanan dapat ditemukan serta diperbarui dengan tepat.

a. Pendaftaran Pasien Baru Rawat Jalan

Pasien baru rawat jalan yang akan memperoleh pelayanan di Rumah Sakit Pelni, khususnya pasien JKN-BPJS, melakukan pendaftaran di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPP RJ) yang berada di lantai 2 Gedung Reguler. Pasien perlu membawa kartu identitas berupa KTP dan surat rujukan yang masih aktif sebagai persyaratan administrasi untuk memperoleh pelayanan sesuai dengan poli yang dituju. Setelah sampai di area pendaftaran, pasien mengambil nomor antrean P untuk mendapatkan pelayanan dari

petugas TPP RJ. Selanjutnya, petugas melakukan proses pendaftaran dengan mengacu pada identitas resmi pasien serta memastikan data pasien belum terdaftar sebelumnya di dalam sistem.

Adapun alur pendaftaran pasien baru rawat jalan di Rumah Sakit Pelni adalah sebagai berikut:

1) Pasien datang ke lantai 2 Gedung Reguler dengan membawa KTP dan surat rujukan yang masih aktif. KTP digunakan sebagai dasar verifikasi identitas pasien, sedangkan surat rujukan digunakan untuk memastikan pasien memperoleh pelayanan sesuai dengan rujukan yang diberikan.
2) Pasien mengambil nomor antrean P yang digunakan sebagai tanda antrean untuk memperoleh pelayanan pada loket TPP RJ. Pasien kemudian menunggu hingga nomor antreannya dipanggil oleh petugas pendaftaran.
3) Setelah pasien dipanggil, petugas TPP melakukan proses pendaftaran pasien baru dengan menginput identitas pasien berdasarkan kartu identitas yang dimiliki. Data yang dimasukkan ke dalam sistem disesuaikan dengan identitas pasien untuk menghindari kesalahan pencatatan data.
4) Setelah data pasien berhasil diinput, petugas mendaftarkan pasien ke poli atau klinik yang akan dituju. Pemilihan poli dilakukan dengan mempertimbangkan tujuan rujukan dan ketersediaan kuota kunjungan pada poli tersebut. Petugas juga memastikan jadwal dokter yang tersedia sebelum menentukan jadwal kunjungan pasien.
5) Dalam proses pendaftaran melalui PHIS, petugas terlebih dahulu melakukan pengecekan data pasien berdasarkan nomor rekam medis atau tanggal lahir. Pengecekan dilakukan untuk memastikan data yang dimasukkan sesuai dengan pasien yang melakukan pendaftaran.

6) Selanjutnya, petugas memilih menu “Pendaftaran Rawat Jalan” pada sistem PHIS. Pada tahap ini petugas melengkapi informasi yang diperlukan, antara lain jenis nasabah pasien yaitu JKN-BPJS, nomor rujukan, tanggal rencana berobat, klinik yang dituju, dokter yang memberikan pelayanan, jenis kejadian, cara datang pasien, serta diagnosis awal. Untuk pasien dengan kondisi *follow-up examination after other treatment for other conditions*, diagnosis awal yang digunakan adalah Z09.8.
7) Setelah seluruh data pendaftaran selesai dilengkapi dan diverifikasi, petugas mencetak bukti perjanjian atau bukti pendaftaran sebagai dokumen yang menunjukkan bahwa pasien telah terdaftar untuk memperoleh pelayanan pada tanggal dan poli yang telah ditentukan.
8) Apabila setelah proses pendaftaran terdapat perubahan jadwal kontrol atau jadwal pelayanan dokter, petugas pendaftaran melakukan konfirmasi kepada pasien melalui *WhatsApp*. Hal tersebut dilakukan agar pasien memperoleh informasi mengenai perubahan jadwal sehingga dapat menyesuaikan waktu kedatangannya ke rumah sakit.

b. Pendaftaran Pasien Lama Rawat Jalan

Pasien lama rawat jalan merupakan pasien yang sebelumnya telah memiliki data dan nomor rekam medis di Rumah Sakit Pelni. Pada saat akan memperoleh pelayanan, pasien diarahkan untuk melakukan pencetakan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) terlebih dahulu melalui mesin Anjungan Pasien Mandiri. Proses tersebut dilakukan untuk memastikan pasien telah melakukan proses administrasi yang diperlukan sebelum mendapatkan pelayanan di poli tujuan. Apabila pasien dapat mencetak SEP melalui mesin secara mandiri, pasien dapat melanjutkan proses pelayanan sesuai dengan poli yang dituju.

Namun, apabila pasien mengalami kendala dalam proses pencetakan SEP melalui mesin Anjungan Pasien Mandiri, pasien

diarahkan menuju loket pendaftaran untuk mendapatkan bantuan petugas. Pasien kemudian mengambil nomor antrean D dan menunggu hingga nomor antreannya dipanggil. Petugas pendaftaran membantu melakukan pengecekan data pasien dan proses administrasi yang diperlukan agar pasien dapat melanjutkan pelayanan rawat jalan.

c. Pendaftaran Pasien Rawat Darurat

Pendaftaran pasien rawat darurat dilakukan di Tempat Pendaftaran Pasien (TPP) IGD. Pendaftaran ini berlaku bagi pasien baru maupun pasien lama yang datang untuk memperoleh pelayanan kegawatdaruratan. Pada proses pendaftaran, petugas meminta identitas pasien berupa KTP dan melakukan verifikasi terhadap data pasien. Selain itu, petugas juga melakukan konfirmasi mengenai kemungkinan adanya riwayat jatuh atau kecelakaan karena informasi tersebut berkaitan dengan kelengkapan administrasi dan kronologi kejadian pasien.

Pasien atau keluarga pasien juga diberikan edukasi mengenai ketentuan administrasi selama memperoleh pelayanan di rumah sakit. Edukasi diberikan berdasarkan formulir edukasi admission yang mencakup hak dan kewajiban pasien, kelengkapan persyaratan administrasi berupa fotokopi KTP dan Kartu Keluarga, serta informasi bahwa tidak terdapat fasilitas parkir gratis selama pasien menjalani masa perawatan. Setelah memperoleh edukasi, pasien atau keluarga pasien diarahkan untuk mengisi *General Consent* sebagai bentuk persetujuan umum terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit.

Pada pasien baru, *General Consent* diisi sebanyak dua rangkap. Satu rangkap diberikan kepada pasien sebagai bukti bahwa pasien atau keluarga telah memberikan persetujuan, sedangkan satu rangkap lainnya disimpan dalam berkas rekam medis pasien sebagai dokumentasi persetujuan pelayanan kesehatan.

Adapun alur prosedur pelayanan pendaftaran pasien di IGD adalah sebagai berikut:

1) Pasien datang ke IGD untuk memperoleh pelayanan rawat darurat. Setelah pasien tiba, pasien terlebih dahulu mendapatkan pemeriksaan awal, seperti pemeriksaan tekanan darah atau tanda-tanda vital lainnya sesuai kebutuhan pelayanan awal.
2) Setelah pemeriksaan awal, pasien atau keluarga pasien menuju TPP IGD untuk melakukan proses pendaftaran. Pasien atau keluarga pasien diminta membawa KTP pasien sebagai identitas untuk dilakukan verifikasi oleh petugas.
3) Pada proses pendaftaran, petugas melakukan konfirmasi kepada pasien atau keluarga mengenai riwayat kejadian yang menyebabkan pasien datang ke IGD, khususnya apakah pasien mengalami jatuh atau kecelakaan. Apabila pasien tidak memiliki riwayat jatuh atau kecelakaan, proses pendaftaran dapat dilanjutkan. Apabila terdapat riwayat jatuh atau kecelakaan, petugas mengarahkan keluarga pasien ke bagian administrasi ruangan untuk melengkapi surat kronologi kejadian terlebih dahulu.
4) Pasien atau keluarga pasien kemudian melengkapi *General Consent*. Bagi pasien baru, *General Consent* dibuat sebanyak dua rangkap, yaitu satu rangkap untuk pasien dan satu rangkap untuk disimpan sebagai dokumentasi dalam berkas rekam medis rumah sakit.
5) Petugas pendaftaran memberikan edukasi kepada pasien atau keluarga berdasarkan formulir edukasi yang telah ditetapkan. Setelah edukasi diberikan, pasien atau keluarga pasien menuliskan nama dan membubuhkan tanda tangan pada formulir tersebut sebagai bukti bahwa informasi telah disampaikan dan diterima.

6) Setelah kelengkapan administrasi terpenuhi, petugas melakukan pendaftaran pasien melalui sistem PHIS. Petugas terlebih dahulu melakukan pengecekan data pasien. Pada pasien lama, petugas melakukan konfirmasi kembali terhadap data yang terdapat dalam sistem, terutama alamat pasien, nomor telepon pasien, dan nomor telepon keluarga pasien untuk memastikan informasi yang tersedia masih sesuai dengan kondisi terkini.
7) Petugas selanjutnya melakukan pengecekan status kepesertaan atau jenis nasabah pasien. Untuk pasien JKN-BPJS, pengecekan dilakukan untuk mengetahui status kepesertaan melalui sistem V-Claim sehingga proses administrasi pelayanan dapat dilanjutkan sesuai dengan status kepesertaan pasien.
8) Setelah data pasien dan status kepesertaan diverifikasi, petugas melakukan pendaftaran pasien IGD pada sistem PHIS. Pada tahap ini petugas melengkapi informasi mengenai jenis nasabah pasien, jenis kejadian, cara datang pasien, lokasi pendaftaran, serta lokasi rawat sesuai dengan kondisi dan pelayanan yang diterima pasien.
9) Setelah proses pendaftaran selesai, petugas mencetak gelang identitas dan label pasien. Gelang pasien dibedakan berdasarkan jenis kelamin, yaitu gelang berwarna biru untuk pasien laki-laki dan gelang berwarna pink untuk pasien perempuan. Label pasien digunakan untuk membantu identifikasi pasien dan kebutuhan administrasi maupun pelayanan selanjutnya.
10) Sebelum gelang identitas dipasang, petugas melakukan konfirmasi kembali kepada pasien mengenai identitasnya, terutama nama dan tanggal lahir. Setelah informasi tersebut dinyatakan sesuai, petugas memasangkan gelang identitas

kepada pasien. Proses konfirmasi dilakukan untuk memastikan gelang yang diberikan sesuai dengan identitas pasien yang bersangkutan.

d. Pendaftaran Pasien Rawat Inap

Pendaftaran pasien rawat inap dilakukan di Admission Center Rumah Sakit Pelni. Pasien yang akan menjalani rawat inap perlu memenuhi persyaratan administrasi, antara lain membawa fotokopi KTP dan surat rujukan sesuai dengan ketentuan pelayanan yang berlaku. Pada proses ini, petugas Admission Center tidak hanya melakukan pendaftaran pasien, tetapi juga melakukan verifikasi identitas, pengecekan data pasien pada sistem, pemenuhan dokumen persetujuan, edukasi administrasi, serta penginputan informasi yang diperlukan untuk proses pelayanan rawat inap. Adapun alur pendaftaran pasien rawat inap di Rumah Sakit Pelni adalah sebagai berikut:

1) Pasien datang ke Admission Center untuk melakukan proses pendaftaran rawat inap. Setelah tiba, pasien mengambil nomor antrean A, B, atau C sesuai dengan loket pelayanan yang tersedia. Nomor antrean digunakan untuk mengatur urutan pelayanan pasien.
2) Setelah nomor antrean dipanggil, pasien atau keluarga pasien menuju loket Admission Center dan menyerahkan dokumen persyaratan berupa KTP dan surat rujukan kepada petugas. Petugas kemudian memeriksa kelengkapan dokumen tersebut sebagai dasar untuk melanjutkan proses administrasi rawat inap.
3) Petugas melakukan verifikasi identitas pasien menggunakan metode *fingerprint* atau *face ID*. Verifikasi dilakukan untuk memastikan bahwa identitas pasien yang melakukan proses pendaftaran sesuai dengan data kepesertaan dan data yang terdapat pada sistem rumah sakit.

4) Setelah identitas pasien terverifikasi, pasien atau keluarga pasien diarahkan untuk melengkapi *General Consent*. Dokumen tersebut digunakan sebagai bentuk persetujuan umum pasien atau keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang akan diberikan selama pasien menjalani perawatan di rumah sakit.
5) Petugas kemudian memberikan edukasi kepada pasien atau keluarga berdasarkan formulir edukasi yang telah disediakan. Materi edukasi meliputi hak dan kewajiban pasien, kelengkapan persyaratan administrasi seperti KTP dan Kartu Keluarga, serta informasi mengenai ketentuan bahwa tidak terdapat fasilitas parkir gratis selama pasien menjalani masa perawatan. Setelah edukasi selesai diberikan, pasien atau keluarga pasien menuliskan nama dan membubuhkan tanda tangan pada formulir sebagai bukti bahwa edukasi telah diterima.
6) Selanjutnya, petugas mencari data pasien melalui sistem PHIS dengan menggunakan identitas pasien, terutama berdasarkan nama dan tanggal lahir. Pada pasien lama, proses ini dilakukan untuk menemukan data pasien yang telah tersimpan sebelumnya sehingga petugas tidak perlu membuat data pasien baru.
7) Setelah data pasien ditemukan, petugas membuka informasi nasabah pasien untuk memperoleh nomor kartu BPJS apabila pasien merupakan peserta JKN-BPJS. Nomor kartu tersebut selanjutnya digunakan sebagai salah satu data dalam proses pencetakan SEP melalui sistem V-Claim.
8) Petugas kemudian melengkapi identitas dan informasi pelayanan pasien pada sistem. Dalam proses pengisian data, petugas juga melihat SOAP atau catatan pelayanan pasien sebelumnya untuk memperoleh informasi yang diperlukan, khususnya terkait diagnosis, tindakan, dan dokter pengirim pasien. Pengecekan terhadap catatan pelayanan sebelumnya dilakukan agar informasi

yang dimasukkan dalam proses administrasi rawat inap sesuai dengan kondisi dan riwayat pelayanan pasien.

9) Setelah seluruh data administrasi dan pelayanan yang diperlukan selesai dilengkapi, petugas mencetak gelang identitas dan label pasien. Gelang identitas dibedakan berdasarkan jenis kelamin, yaitu warna biru untuk pasien laki-laki dan warna pink untuk pasien perempuan. Gelang dan label tersebut digunakan sebagai bagian dari proses identifikasi pasien selama menjalani pelayanan rawat inap. Sebelum gelang dipasang, petugas melakukan konfirmasi identitas kepada pasien dengan menanyakan nama dan tanggal lahir pasien. Setelah identitas yang disebutkan pasien sesuai dengan data pada sistem dan gelang yang telah dicetak, petugas memasangkan gelang identitas kepada pasien. Tahap konfirmasi tersebut dilakukan untuk memastikan identitas pasien telah sesuai sebelum pasien melanjutkan proses pelayanan dan perawatan di ruang rawat inap.

2. Mempelajari ketentuan umum penerimaan pasien IRJ, IRI, IRD

Setiap pasien yang datang untuk memperoleh pelayanan kesehatan di rumah sakit perlu memenuhi ketentuan administrasi yang telah ditetapkan. Pada umumnya, pasien diwajibkan membawa kartu identitas sebagai dasar untuk proses pendaftaran dan verifikasi data pasien. Selain kartu identitas, pasien juga perlu membawa surat rujukan apabila pelayanan yang akan diberikan memerlukan rujukan dari fasilitas kesehatan sebelumnya. Namun, ketentuan tersebut tidak berlaku bagi pasien yang datang melalui Instalasi Gawat Darurat (IGD), karena pasien IGD dapat langsung memperoleh pelayanan kegawatdaruratan tanpa harus membawa surat rujukan terlebih dahulu.

Sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, pasien peserta JKN perlu memiliki Surat Eligibilitas Peserta (SEP) sebagai salah satu dokumen administrasi pelayanan. SEP dapat dicetak secara mandiri oleh pasien melalui Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM), khususnya bagi pasien

rawat jalan yang telah melakukan proses pendaftaran. Apabila pasien tidak mencetak SEP secara mandiri melalui APM, proses pencetakan dapat dilakukan oleh petugas pendaftaran. SEP tersebut kemudian digunakan sebagai bagian dari kelengkapan administrasi sebelum pasien mendapatkan pelayanan sesuai dengan poli atau unit pelayanan yang dituju.

Dalam proses pendaftaran, setiap pasien hanya memiliki satu nomor rekam medis yang digunakan secara berkelanjutan untuk seluruh pemeriksaan dan pelayanan kesehatan yang diterima di rumah sakit. Penggunaan satu nomor rekam medis bertujuan agar seluruh informasi dan riwayat pelayanan pasien dapat terdokumentasi dalam satu identitas rekam medis. Oleh karena itu, petugas perlu memastikan terlebih dahulu apakah pasien sudah pernah mendapatkan pelayanan di rumah sakit untuk menghindari terjadinya pembuatan nomor rekam medis ganda.

Pada pasien lama yang melakukan pendaftaran kembali, petugas Tempat Pendaftaran Pasien (TPP) melakukan konfirmasi terhadap data identitas pasien yang telah tersimpan dalam sistem. Data yang dikonfirmasi meliputi alamat tempat tinggal, nomor telepon pasien, serta nomor telepon keluarga yang dapat dihubungi. Konfirmasi tersebut dilakukan untuk memastikan bahwa data pasien masih sesuai dengan kondisi terkini. Apabila terdapat perubahan pada salah satu data tersebut, petugas akan melakukan pembaruan data pada sistem sehingga informasi identitas pasien tetap akurat dan dapat digunakan untuk kebutuhan pelayanan selanjutnya.

Khusus bagi pasien yang akan menjalani proses persalinan, terdapat kelengkapan administrasi tambahan yang perlu dipersiapkan oleh keluarga pasien. Keluarga pasien diminta membawa fotokopi KTP suami dan istri, Kartu Keluarga (KK), serta buku nikah. Dokumen tersebut digunakan untuk melengkapi administrasi pasien yang berkaitan dengan pelayanan persalinan. Kelengkapan dokumen diharapkan dapat membantu memperlancar proses pendaftaran dan administrasi pelayanan pasien.

Untuk pasien yang datang melalui IGD dalam kondisi tidak sadarkan diri dan identitasnya belum diketahui, petugas tetap melakukan proses pendaftaran agar pasien dapat segera memperoleh pelayanan. Karena identitas pasien belum dapat dikonfirmasi pada saat kedatangan, pasien untuk sementara didaftarkan menggunakan identitas "MR. X". Penggunaan identitas sementara tersebut dilakukan sampai identitas pasien dapat diketahui dan diverifikasi. Setelah identitas pasien berhasil diketahui, data tersebut selanjutnya dapat disesuaikan atau diperbarui oleh petugas sesuai dengan identitas pasien yang sebenarnya.

Sementara itu, bagi pasien yang mengalami kecelakaan lalu lintas, terdapat proses administrasi tambahan yang perlu dilakukan berkaitan dengan penjaminan pelayanan. Keluarga pasien akan diarahkan menuju bagian administrasi ruangan IGD untuk mengurus dokumen yang diperlukan, seperti surat kronologi kejadian, surat keterangan dari kepolisian, serta dokumen yang berkaitan dengan Jasa Raharja. Dokumen tersebut diperlukan sebagai bagian dari proses administrasi dan pengurusan penjaminan pelayanan pasien akibat kecelakaan lalu lintas. Dengan demikian, selain mendapatkan pelayanan medis di IGD, keluarga pasien juga perlu melengkapi dokumen administrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

3. Alur prosedur pasien masuk untuk di rawat inap melalui RJ,RI, dan RD baik manual maupun elektronik

a. Alur dan prosesur rawat jalan
   1) Pasien datang ke rumah sakit dengan membawa rujukan.
   2) Pasien dibedakan menjadi pasien baru pasien lama.
   3) Pasien baru menuju loket pendaftaran pasien baru (PB) dengan membawa rujukan asli serta menunjukan KTP atau kartu BPJS.
   4) Petugas melakukan pendaftaran pasien baru.
   5) Petugas memeriksa ketersediaan jadwal pelayanan.
   6) Apabila jadwal pelayanan tersedia, pasien melakukan fingerprint/Face ID untuk verifikasi identitas pasien.

7) Setelah proses verifikasi berhasil, petugas melakukan pencetakan SEP (Surat Eligibilitas Peserta).
8) Setelah SEP dicetak, pasien menuju dokter untuk mendapatkan pelayanan.
9) Apabila jadwal pelayanan tidak tersedia, pasien dibuatkan perjanjian untuk mendapatkan pelayanan pada jadwal berikutnya.
10) Setelah perjanjian dibuat, petugas melakukan pencetakan bukti perjanjian yang diberikan kepada pasien.
11) Pasien lama menuju APM (Anjungan Pendaftaran Mandiri) untuk melakukan proses pendaftaran.
12) Petugas atau sistem memeriksa apakah pasien lama sudah memiliki perjanjian.
13) Apabila pasien sudah memiliki perjanjian, pasien melakukan fingerprint/Face ID untuk verifikasi identitas.
14) Setelah verifikasi identitas selesai, petugas melakukan pencetakan SEP.
15) Setelah SEP dicetak, pasien menuju dokter untuk mendapatkan pelayanan.
16) Apabila pasien lama belum memiliki perjanjian, pasien melakukan proses pendaftaran terlebih dahulu.
17) Setelah proses pendaftaran, dilakukan pemeriksaan ketersediaan jadwal pelayanan.
18) Apabila jadwal tersedia, pasien melakukan fingerprint/Face ID, kemudian petugas melakukan pencetakan SEP dan pasien menuju dokter.
19) Apabila jadwal tidak tersedia, pasien dibuatkan perjanjian untuk mendapatkan pelayanan pada jadwal berikutnya.
20) Setelah perjanjian dibuat, petugas melakukan pencetakan bukti perjanjian sebagai bukti jadwal pelayanan pasien.

b. Alur dan prosedur rawat inap

1) Menyapa pasien dengan gesture “Selamat pagi/siang/malam” ada yang bisa kami bantu?”
2) Melakukan identifikasi dengan mengucapkan sesuai standart keselamatan pasien mohon menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahir” meminta identitas pasien (KK/KTP/SIM/Passport) dan mencocokkan dengan identitas pasien
3) Melakukan pengecekan berkas pengantar rawat inap
4) Melakukan update data identitas pasien dan catatan registrasi pada *Pelni Hospital Information System* (PHIS)
5) Menjelaskan pengisisn GC rawat inap oleh keluar/pasien dan formulir edukasi terintegrasi rawat inap sesuai SPO.
6) Melakukan pengecekan penjamin dan memisahkan formulir medis untuk disatukan dengan berkas rekam medis dan formulir administrasi di monitoing administrasi pasien
7) Melakukan penvetakan stiker label identitas pasien, gelang identitas dan lembar identitas registrasi rawat inap
8) Melakukan verifikasi di lembar identitas registrasi rawat inap oleh officer.
9) Pasangkan gelang identitas pasien sesuai dengan SPO pemasangan gelang dengan mengucapkan “Sesuai dengan standar keselamatan pasien, sebutkan nama lengkap dan tanggal lahir”. Mencocokkan dengan data di identitas dan gelang akan dipasangkan.
10) Menghubungi ruangan rawat inap untuk proses antar pasien ke ruangan dan melakukan klik “Siap Kirim” pada sistem PHIS.
11) Menghubungi porter untuk mengantar pasien ke ruang rawat inap
12) Serah terima berkas rawat inap dengan petugas porter sebelum pasien diantar ke ruang rawat inap.

c. Alur dan prosedur gawat darurat

1) Pasien datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

2) Petugas menerima pasien dan melakukan identifikasi pasien dengan menanyakan identitas pasien serta memeriksa kartu identitas atau kartu BPJS apabila tersedia.
3) Petugas melakukan triase untuk menentukan tingkat kegawatan dan prioritas pelayanan pasien.
4) Pasien dengan kondisi gawat darurat segera diarahkan ke ruang Tindakan untuk mendapatkan penanganan medis tanpa menunggu proses administrasi selesai.
5) Petugas melakukan pendaftaran pasien dan menginput data identitas serta data kunjungan pasien ke dalam sistem.
6) Apabila pasien merupakan pasien lama, petugas melakukan pencarian dan verifikasi data rekam medis pasien.
7) Apabila pasien merupakan pasien baru, petugas membuat atau melengkapi data identitas dan rekam medis pasien.
8) Petugas melakukan verifikasi kepesertaan BPJS atau status pembiayaan pasien apabila pasien menggunakan BPJS.
9) Untuk pasien BPJS, petugas melakukan proses administrasi dan pencetakan SEP (Surat Eligibilitas Peserta) sesuai dengan ketentuan yang berlaku
10) Pasien mendapatkan pemeriksaan dan tindakan medis oleh dokter dan tenaga kesehatan di IGD.
11) Setelah dilakukan pemeriksaan dan tindakan, dokter menentukan tindaklanjut pelayanan pasien.
12) Apabila pasien dapat melanjutkan perawatan di rumah, pasien diberikan edukasi, resep atau instruksi perawatan dan diperbolehkan pulang.
13) Apabila pasien memerlukan perawatan lebih lanjut, pasien dapat dipindahkan atau dirawat inap sesuai dengan keputusan dokter.

14) Petugas melakukan pencatatan dan penginputan seluruh pelayanan yang telah diberikan ke dalam sistem rekam medis.
15) Proses pelayanan rawat darurat selesai setelah seluruh tindakan medis dan administrasi pasien telah dicatat serta diselesaikan.
16) Kemudian petugas pendaftaran akan memasangkan gelang identitas ke tangan pasien dengan pasien harus menyebutkan nama dan tanggal lahir, hal ini agar tidak terjadi kesalahan.
17) Setelah itu petugas akan melakukan sidik jari atau foto untuk keperluan BPJS.

4. Prosedur pencatatan RM selama pasien dirawat baik manual maupun elektronik

Prosedur pencatatan rekam medis, salah satunya di unit gawat darurat, yaitu setelah pasien melakukan pendaftaran dan pasien sudah dipasangkan gelang identitas oleh petugas pendaftaran. Kemudian, pasien akan dilakukan pemeriksaan lebih lanjut oleh dokter. Apabila dari dokter pasien dinyatakan harus rawat inap, maka petugas pendaftaran akan mengirimkan rujukan untuk rawat inap. Apabila sebelum pasien tersebut menuju ke ruangan rawat inap biasanya ada pasien yang melakukan pemeriksaan USG dan lain-lain, maka dari berkas pendaftaran tersebut petugas pendaftaran akan mengambil berkas hasil pemeriksaan pasien yang lain untuk dimasukkan ke dalam berkas rekam medis untuk dijadikan satu

5. Alur distribusi berkas RM dan IRD ke ruang rawat inap

Untuk alur distribusi berkas rekam medis dari rawat darurat ke ruang rawat inap yaitu dengan melihat apakah pasien tersebut sudah dinyatakan oleh dokter untuk dilakukan rawat inap atau belum, dengan melihat kondisi pasien setelah melakukan triage sebelumnya. Apabila sudah dinyatakan rawat inap, maka petugas pendaftaran akan melihat kamar kosong sesuai dengan kelas BPJS pasien. Apabila belum ada kamar yang kosong, petugas akan memberitahu ketersediaan kamar kepada pihak

keluarga dengan mendaftarkan terlebih dahulu pasien tersebut agar pasien mendapatkan kamar.

Petugas akan mengirimkan surat rujukan ke rawat inap. Sebelum pasien menuju ke ruang rawat inap, apabila pasien sudah dilakukan tindakan seperti USG dan lain-lain, maka hasil tersebut akan dijadikan satu pada bagian formulir identitas pasien dan General Consent. Maka, formulir tersebut sudah menjadi berkas rekam medis milik pasien. Berkas tersebut akan diambil oleh pihak pengambilan berkas untuk pemeriksaan lebih lanjut.

3.1.3 Mengidentifikasi variabel dan melaksanakan cara pengisian baik manual dan/atau elektronik:

1. Indeks Pasien

   Indeks pasien merupakan kegiatan pembuatan daftar tabulasi berdasarkan identitas pasien yang pernah mendapatkan pelayanan di rumah sakit. Indeks pasien digunakan sebagai petunjuk untuk memudahkan petugas dalam menemukan nomor dan berkas rekam medis pasien. Di Rumah Sakit PELNI, indeks pasien digunakan untuk memudahkan pencarian identitas dan nomor rekam medis pasien sehingga proses penelusuran data pasien dapat dilakukan dengan lebih cepat dan tepat.

2. Indeks Penyakit/Diagnosa

   Indeks penyakit atau diagnosis merupakan kegiatan pengelompokan data berdasarkan diagnosis pasien yang telah ditetapkan dan dikodekan. Kegiatan ini bertujuan untuk mengetahui distribusi penyakit yang terdapat di rumah sakit. Di Rumah Sakit Pelni, indeks penyakit digunakan dalam penyusunan 10 besar penyakit, yaitu dengan mengidentifikasi jenis diagnosis yang paling banyak ditemukan berdasarkan periode tertentu.

Tabel 3.1 Diagnosa terbanyak rawat jalan bulan agustus 2026

ICD X	Nama Penyakit	Jumlah
N18.5	Chronic kidney disease, stage 5	5220

I25.1	Atherosclerotic heart disease	3074
E11.9	Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications	1539
C50.9	Malignant neoplasm, breast, unspecified	940
K04.1	Necrosis of pulp	760
I11.9	Hypertensive heart disease without (congestive) heart failure	709
M17.0	Primary gonarthrosis, bilateral	692
H26.9	Cataract, unspecified	627
B20.0	HIV disease resulting in mycobacterial infection	577
M54.5	Low back pain	528

Tabel 3.2 Diagnosa terbanyak rawat inap bulan agustus 2026

ICD X	Nama Penyakit	Jumlah
A01.0	Typhoid fever	143
N18.5	Chronic kidney disease, stage 5	123
I63.9	Cerebral infarction, unspecified	65
A09.9	Gastroenteritis and colitis of unspecified origin	63
I20.0	Unstable angina	62
E11.9	Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications	60
I67.9	Cerebrovascular disease, unspecified	51
A16.2	Tuberculosis of lung, without mention of bacteriological or histological confirmation	42
I25.1	Atherosclerotic heart disease	42
K80.2	Calculus of gallbladder without cholecystitis	33

3. Indeks Dokter

Indeks dokter merupakan kegiatan pengelompokan dan pembuatan tabulasi data berdasarkan dokter yang memberikan pelayanan kepada pasien. Di Rumah Sakit PELNI, indeksing dokter dilakukan dengan

mengelompokkan data pelayanan berdasarkan dokter yang menangani pasien. Kegiatan ini bertujuan untuk memudahkan petugas dalam menelusuri dan memperoleh informasi mengenai pelayanan yang diberikan oleh masing-masing dokter.

4. Indeks Tindakan

   Indeks tindakan merupakan kegiatan pengelompokan tindakan medis yang diberikan kepada pasien ke dalam daftar tabulasi sesuai dengan kode tindakan. Setiap jenis tindakan dicatat berdasarkan kode tindakan (ICD-9-CM) untuk memudahkan pengelompokan dan penelusuran data. Di Rumah Sakit PELNI, indeksing tindakan digunakan untuk mengetahui dan menelusuri data pelayanan berdasarkan tindakan medis yang dilakukan kepada pasien, serta dapat menjadi sumber data dalam pembuatan laporan pelayanan rumah sakit.

5. Indeks Kematian

   Indeks kematian merupakan kegiatan pengelompokan data pasien berdasarkan sebab kematian sebagai hasil pelayanan di rumah sakit. Informasi dalam indeks kematian meliputi nama pasien, nomor rekam medis, jenis kelamin, alamat, umur, waktu kematian, dokter yang merawat, hari perawatan, dan penyebab kematian. Di Rumah Sakit PELNI, indeksing kematian digunakan untuk memudahkan penelusuran data pasien yang meninggal serta membantu dalam penyusunan laporan mortalitas berdasarkan penyebab kematian, karakteristik pasien, dan dokter yang menangani.

3.1.4 Menganalisis kelengkapan dan keakuratan kuantitatif dan kualitatif (isi rekam medis manual maupun elektronik)

Analisis kualitatif merupakan kegiatan penelaahan terhadap pengisian rekam medis yang berfokus pada konsistensi dan kesesuaian isi rekam medis. Analisis ini bertujuan untuk memastikan informasi yang tercatat tetap konsisten serta mencegah adanya ketidaksesuaian pencatatan yang dapat menyebabkan informasi menjadi tidak akurat dan tidak lengkap. Di Rumah

Sakit Pelni, analisis kualitatif dilakukan berdasarkan kasus yang telah dipilih. Analisis kuantitatif merupakan kegiatan penelaahan isi rekam medis untuk mengidentifikasi kekurangan dalam pencatatan atau pendokumentasian. Analisis kuantitatif mencakup empat komponen utama, yaitu identitas pasien pada setiap lembar rekam medis, laporan penting, autentifikasi, dan pendokumentasian yang baik. Di Rumah Sakit Pelni, kegiatan analisis kuantitatif dilaksanakan setiap bulan.

3.1.5 Mampu melaksanakan penyimpanan, pengambilan kembali dan penjajaran dokumen Rekam Medis yang meliputi:

1. Melakukan kegiatan penyimpanan dan penjajaran dokumen Rekam Medis yang digunakan sesuai kebijakan RS

   Sistem Penjajaran merupakan metode yang digunakan dalam menata rekam medis pada tempat penyimpanan berdasarkan urutan tertentu. Sistem penjajaran terdiri atas tiga jenis, yaitu:

   1) Sistem Penjajaran Alfabetik

      Sistem ini menata rekam medis berdasarkan urutan abjad, dengan nama pasien sebagai dasar penjajaran.

   2) Sistem Penjajaran Numerik

      Sistem ini menata rekam medis berdasarkan nomor rekam medis pasien. Penjajaran numerik terdiri atas tiga metode, yaitu:

      a. *Straight Numerical Filing* (SNF), yaitu penataan rekam medis berdasarkan urutan nomor secara langsung.
      b. *Terminal Digit Filing* (TDF), yaitu penataan rekam medis berdasarkan kelompok angka terakhir dari nomor rekam medis.
      c. *Middle Digit Filing* (MDF), yaitu penataan rekam medis berdasarkan kelompok angka tengah dari nomor rekam medis.

   3) Sistem Penjajaran Alfanumerik

      Sistem ini merupakan metode penataan rekam medis yang menggabungkan unsur alfabetik dan numerik.

Di Rumah Sakit Pelni, sistem penjajaran rekam medis tidak diterapkan karena pengelolaan rekam medis telah beralih ke sistem elektronik.

Penyimpanan Rekam Medis merupakan kegiatan menyimpan rekam medis untuk menjaga keamanan dan melindungi berkas dari kerusakan. Berdasarkan pelaksanaannya, sistem penyimpanan terdiri atas sentralisasi dan desentralisasi. Sentralisasi merupakan sistem yang menggabungkan rekam medis rawat jalan, rawat inap, dan rawat darurat dalam satu tempat penyimpanan. Sementara itu, desentralisasi memisahkan penyimpanan rekam medis berdasarkan jenis pelayanan. Di Rumah Sakit Pelni, rekam medis elektronik disimpan pada server. Namun, masih terdapat dokumen rekam medis manual dari pelayanan rawat inap, berupa formulir penunjang dan formulir persetujuan yang disimpan melalui pihak ketiga, sedangkan surat kematian disimpan di ruang rekam medis.

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

   Retrieval merupakan kegiatan pengambilan kembali berkas rekam medis dari ruang penyimpanan berdasarkan permintaan untuk mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan. Namun, di Rumah Sakit Pelni kegiatan retrieval tidak lagi dilakukan karena sistem pengelolaan rekam medis telah beralih menggunakan rekam medis elektronik (RME).

3.1.6 Mengetahui dan memahami cara retensi dan pemusnahan rekam medis di Rumah Sakit, meliputi pemilahan, penyimpanan rekam medis inaktif, penilaian dan pemusnahan rekam medis baik manual dan/atau elektronikMampu melaksanakan penyimpanan, pengambilan kembali dan penjajaran dokumen Rekam Medis yang meliputi:

Kegiatan retensi dan pemusnahan rekam medis dilakukan untuk memahami proses pengelolaan rekam medis yang sudah tidak digunakan

secara aktif dalam pelayanan pasien. Retensi merupakan kegiatan pemindahan atau pemisahan rekam medis yang sudah tidak aktif dari ruang penyimpanan aktif ke penyimpanan inaktif berdasarkan jangka waktu penyimpanan yang telah ditetapkan. Kegiatan ini bertujuan untuk mengurangi beban penyimpanan rekam medis aktif serta menjaga agar rekam medis yang masih memiliki nilai guna tetap tersedia ketika diperlukan.

Pelaksanaan retensi diawali dengan pemilahan rekam medis berdasarkan tanggal kunjungan terakhir pasien dan ketentuan masa simpan yang berlaku. Rekam medis yang sudah memenuhi masa retensi dipisahkan dari rekam medis aktif dan selanjutnya ditempatkan pada ruang penyimpanan rekam medis inaktif. Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan dan pengelompokan berkas untuk memastikan rekam medis yang dipindahkan telah sesuai dengan kriteria inaktif. Kemudian di lakukan pemilihan formulir yang akan diinputkan ke spreadsheet.

Selanjutnya dilakukan penilaian rekam medis untuk menentukan apakah berkas masih memiliki nilai guna atau dapat diusulkan untuk dimusnahkan. Penilaian dilakukan dengan memperhatikan kebutuhan pelayanan, aspek administratif, hukum, pendidikan, penelitian, serta ketentuan yang berlaku. Rekam medis yang masih memiliki nilai guna tetap dipertahankan, sedangkan rekam medis yang sudah tidak memiliki nilai guna dan telah memenuhi ketentuan masa simpan dapat diproses untuk pemusnahan.

Pemusnahan rekam medis dilakukan secara aman dan terkontrol untuk mencegah informasi pasien diketahui oleh pihak yang tidak berkepentingan. Pada rekam medis manual, pemusnahan dapat dilakukan dengan cara pencacahan, pembakaran, atau metode lain sesuai kebijakan dan prosedur rumah sakit sehingga informasi yang terdapat di dalamnya tidak dapat dikenali kembali.

3.1.7 Mampu mendesain formulir baik manual atau elektronik:

1. Mengetahui jenis formulir pada Rekam Kesehatan Elektronik
    a. Formulir
        1) Konsultasi
        2) Pemulangan Pasien
        3) Pengantar Rawat

4) Pindah DPJP
5) Program Rujuk Balik
6) Resume Medis
7) Surat Keterangan Sehat
8) Surveillance Pasien Operasi dengan Luka Insisi
9) Surveillance Pasien Terpasang CVC atau PICC
10) Surveillance Pasien Terpasang IV Catheter
11) Surveillance Pasien Terpasang Kateter
12) Surveillance Pasien Tirah Baring Total
13) Transfer Antar Ruangan
14) Transfer Pasien dari IGD ke Ruangan

b. Catatan Medis
1) *Integrated Note*
a) ADIME (Assesmen, Diagnosis, Intervensi, Monitoring, dan Evaluasi)
b) CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi)
c) DAR *(Data Action Response)*
d) SOAP *(Subjective, Objective, Assessment, dan Plan)*
e) SBAR *(Situation, Background, Assessment, Recommendation)*
2) Asesmen gizi
3) *Care Plan*
4) Catatan Awal Medis dan Pemeriksaan Fisik
5) Catatan Medis Visum Et-Repertum
6) PE (Penyelidikan Epidemiologi)
7) Tindakan Medis

c. Operasi
1) Asesmen Pra Bedah
2) Asuhan Keperawatan Bedah
3) Catatan Bedah
4) Checklist Keselamatan Pasien Operasi
5) Checklist Pasca Operasi

6) Checklist Persiapan Operasi

d. Catatan Keperawatan

1) Observasi Harian
2) Asesmen Kebutuhan Edukasi
3) Asesmen Khusus Kebidanan dan Penyakit Kandungan
4) Asesmen Lanjutan
5) Asesmen Transfusi
6) Asesmen Pasien Akhir Kehidupan

2. Mengevaluasi jenis format formulir

Rumah Sakit PELNI telah menerapkan rekam medis elektronik dalam pelayanan pasien. Berdasarkan hasil observasi, format formulir dalam rekam medis elektronik terdiri dari formulir pelayanan, catatan medis, formulir operasi, dan catatan keperawatan. Jenis formulir tersebut disesuaikan dengan kebutuhan pencatatan pada setiap proses pelayanan pasien, mulai dari konsultasi, pemulangan pasien, pencatatan perkembangan pasien, tindakan medis, pelayanan operasi, hingga pemantauan kondisi pasien.

Berdasarkan evaluasi, penggunaan format elektronik memudahkan petugas dalam melakukan pengisian dan penyimpanan data karena formulir telah dikelompokkan sesuai dengan jenis pelayanan. Format yang tersedia juga mencakup berbagai kebutuhan dokumentasi dari tenaga kesehatan, seperti dokter, perawat, ahli gizi, dan tenaga kesehatan lainnya. Dengan demikian, format formulir elektronik yang tersedia di Rumah Sakit PELNI telah mendukung pencatatan pelayanan pasien secara terstruktur dan terintegrasi.

3. Mampu merancang kebutuhan data dasar pelayanan kesehatan dan mendesain formulir baik manual atau elektronik

Rumah Sakit PELNI telah menerapkan rekam medis elektronik dalam mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan. Dalam penerapannya, kebutuhan data dasar pelayanan disesuaikan dengan jenis pelayanan dan kebutuhan informasi pasien pada setiap tahapan pelayanan. Data yang perlu

didokumentasikan meliputi identitas pasien, hasil asesmen, pemeriksaan, diagnosis, tindakan medis, perkembangan kondisi pasien, serta informasi pelayanan lainnya. Kebutuhan data tersebut kemudian dituangkan dalam berbagai formulir elektronik yang digunakan oleh tenaga kesehatan dalam melakukan pencatatan pelayanan.

Formulir dalam rekam medis elektronik di Rumah Sakit PELNI terdiri atas formulir pelayanan, catatan medis, formulir operasi, dan catatan keperawatan. Formulir pelayanan meliputi konsultasi, pemulangan pasien, pengantar rawat, pindah DPJP, program rujuk balik, dan resume medis. Pada catatan medis tersedia Integrated Note seperti ADIME, CPPT, DAR, SOAP, dan SBAR, serta asesmen gizi, care plan, catatan awal medis dan pemeriksaan fisik, hingga tindakan medis. Selain itu, tersedia formulir operasi dan berbagai catatan keperawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan pasien. Penyusunan berbagai jenis formulir tersebut menunjukkan bahwa desain formulir elektronik disesuaikan dengan kebutuhan data pada masing-masing proses pelayanan sehingga pencatatan informasi kesehatan dapat dilakukan secara sistematis, lengkap, dan terintegrasi.

3.1.8 Menghitung jumlah kebutuhan PMIK di Rekam Medis dengan menggunakan metode ABK Kes

ABK Kes Petugas Assembling RS Pelni

a. Menetapkan Fasyankes dan Jenis SDMK di Rumah Sakit Pelni Pada penetapan Fasilitas kesehatan yaitu di Rumah Sakit Pelni, sedangkan untuk Jenis SDMK di unit rekam medis khusus nya bagian assembling

Tabel 3.3 Sdmk petugas asembling

No	SDMK (Sumber Daya Manusia Kesehatan)	Jumlah
1.	Petugas Assembling	1

b. Menetapkan WKT (Waktu Kerja Tersedia)

Waktu Kerja Tersedia (WKT) adalah waktu yang dipergunakan oleh sumber daya manusia kesehatan (SDMK) untuk melaksanakan tugas

dan kegiatannya dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Menetapkan waktu kerja tersedia (WKT) di Rumah Sakit Pelni dengan perhitungan sebagai berikut:

Tabel 3.4 Waktu Kerja Tersedia

<table>
<tr><th>Waktu Kerja Tersedia</th><th>Keterangan</th></tr>
<tr><td rowspan="6">= (A-(B+C+D+E)xF)

= (313 – (12 + 17 + 2 + 5)) x 7

= (313 – (36)) x 7

= 277 x 7

= 1.939 Jam atau 116.340 menit</td><td>A : Jumlah Hari kerja dalam satu tahun
Maka :
Jumlah hari dalam 1 tahun 2026 (bukan kabisat) itu = 365 – 52 (hari minggu tahun 2025)
= 313</td></tr>
<tr><td>B : Cuti Tahunan
Maka :
12</td></tr>
<tr><td>C : Libur Nasional (Kalender dalam 1 tahun)
Maka :
17</td></tr>
<tr><td>D : Pelatihan (dalam 1 tahun)
2 hari / tahun</td></tr>
<tr><td>E : Toleransi Absent (dalam 1 tahun)
Maka :
5</td></tr>
<tr><td>F : Lama Jam kerja dalam satu hari
Maka :
7 jam</td></tr>
</table>

c. Menetapkan Komponen Beban Kerja dan Norma waktu

Tugas Pokok Petugas Asembling

Tabel 3.5 Tugas Pokok Petugas Asembling

No	Komponen Beban Kerja	Norma Waktu	Satuan
1.	Menerima Berkas dari rawat inap	0,5	Menit/Dokumen RM
2.	Melakukan update di ekspedisi di Sistem Rumah Sakit (PHIS)	0,5	Menit/Dokumen RM
3.	Menyusun dan Mengassembling formulir	4	Menit/Dokumen RM

Tugas Penunjang Petugas Assembling

Tabel 3.6 Penunjang Petugas Assembling

No	Komponen Beban Kerja	Norma Waktu	Satuan
1.	Rapat	60	Menit / Bulan
2.	Pelatihan	300	Menit / Tahun

d. Menghitung Capaian per Tahun

Tabel 3.7 Perhitungan berkas assembling 2026

Tahun	Capaian Berkas Assembling
2026	23.475

e. Menghitung SBK (Standart Beban Kerja)

Standar Beban Kerja (SBK) adalah volume/kuantitas beban kerja selama 1 tahun untuk tiap jenis sumber daya manusia kesehatan (SDMK). SBK untuk suatu kegiatan pokok disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan setiap kegiatan (Rata-rata Waktu

atau Norma Waktu) dan Waktu Kerja Tersedia (WKT)yang sudah ditetapkan.

$$\text{Standar Beban Kerja} = \frac{\text{Waktu Kerja Tersedia}}{\text{Norma Waktu Kegiatan Pokok}}$$

Tabel 3.8 Perhitungan Standart Beban Kerja

Komponen Beban Kerja	Norma Waktu	WKT	Perhitungan SBK	Hasil SBK
Menerima Berkas dari rawat inap	0,5	116.340	= 116.340/ 0,5	= 232.680
Melakukan update di ekspedisi di Sistem Rumah Sakit (PHIS)	0,5	116.340	= 116.340/ 0,5	= 232.680
Menyusun dan Mengassembling formulir	4	116.340	= 116.340 / 4	= 29.085

f. Menghitung STP (Standart Tugas Penunjang)

Tujuan Penunjang adalah tugas untuk menyelesaikan kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas pokok dan fungsinya yang dilakukan oleh seluruh jenis sumber daya manusia kesehatan. Standar Tugas Penunjang = {1/(1-FTP/100)}.

Tabel 3.9 Perhitungan Standart Tugas Penunjang

Komponen Beban Kerja	Rata-Rata Waktu	Satuan	Waktu (Menit / Tahun)	FTP %	STP
Rapat	60 Menit	12 kali / Tahun	= 12 x 60 = 720 Kemudian = 720 /	= 0,61% + 0,26% = **0,87 %**	= 1/1-FTP /100 Maka

			116.340 x 100% = 0,0061 atau **0,61%**		1/1-0,89/100 = 1/1-0,0089 =1/0,9911 = 1,0089
Pelatihan	300	Menit / Tahun	= 300 / 116.340 x 100% = 0,00257 atau **0,26%**		

g. Menghitung Kebutuhan SDMK

$$\text{Kebutuhan SDM} = \frac{\text{Capaian (1 th)}}{\text{Standar Beban Kerja}} \text{ X Standar Tugas Penunjang}$$

Tabel 3.10 Perhitungan kebutuhan SDMK

Kegiatan	**Capaian 1 tahun**	**SBK**	**JKT**
Menerima Berkas dari rawat inap	75 x 313 = 23.475	= 232.680	= 23.475 / 232.680 =0,101
Melakukan update di ekspedisi di Sistem Rumah Sakit (PHIS)	75 x 313 = 23.475	= 232.680	= 23.475 / 232.680 = 0,101
Menyusun dan	75 x 313	=	= 23.475 /

Mengassembling formulir	= 23.475	29.085	29.085 = 0,808
TOTAL JKT			1,01 x STP = 1,01 x 1,0089 = 1,018 atau 2 orang

Berdasarkan pada tabel diatas, perhitungan JKT pada petugas assembling terlihat bahwa terdapat 2 orang, yang mana pada hasil observasi pada petugas assembling masih hanya ada 1 orang, sehingga pada petugas assembling masih membutuhkan penambahan sebanyak 1 orang.

3.1.9 Melaksanakan Kegiatan Menjaga Mutu Rekam Medis

1. Mengidentifikasi standar akreditasi pelayanan rekam medis yang berlaku di Rumah Sakit.

   Standar akreditasi pelayanan rekam medis yang berlaku di Rumah Sakit Pelni adalah standar akreditasi dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dengan instrumen Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (MRMIK) yang terdiri dari 13 standar.

   a. MRMIK 1

      Standar MRMIK 1 adalah rumah sakit menetapkan proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi internal maupun eksternal. Adapun elemen penilaiaan MRMIK 1 adalah:

      1) Rumah sakit menetapkan regulasi pengelolaan informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi sesuai poin a)-g) yang terdapat dalam gambaran umum.
      2) Terdapat bukti rumah sakit telah menerapkan proses pengelolaan informasi untuk memenuhi kebutuhan PPA, pimpinan rumah sakit, kepala departemen/unit layanan dan badan/individu dari luar rumah sakit.

3) Proses yang diterapkan sesuai dengan ukuran rumah sakit, kompleksitas layanan, ketersediaan staf terlatih, sumber daya teknis, dan sumber daya lainnya.
4) Rumah sakit melakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala sesuai ketentuan rumah sakit serta upaya perbaikan terhadap pemenuhan informasi internal dan eksternal dalam mendukung asuhan, pelayanan, dan mutu serta keselamatan pasien.
5) Apabila terdapat program penelitian dan atau pendidikan Kesehatan di rumah sakit, terdapat bukti bahwa data dan informasi yang mendukung asuhan pasien, pendidikan, serta riset telah tersedia tepat waktu dari sumber data terkini.

b. MRMIK 2.2

Standar MRMIK 2.2 adalah rumah sakit menjaga kerahasiaan, keamanan, privasi, integritas data dan informasi melalui proses yang melindungi data dan informasi dari kehilangan, pencurian,57 kerusakan, dan penghancuran. Adapun elemen penilaiaan MRMIK 2.2 adalah:

1) Data dan informasi yang disimpan terlindung dari kehilangan, pencurian, kerusakan, dan penghancuran.
2) Rumah sakit menerapkan pemantauan dan evaluasi terhadap keamanan data dan informasi.
3) Terdapat bukti rumah sakit telah melakukan tindakan perbaikan untuk meningkatkan keamanan data dan informasi.

c. MRMIK 3

Standar MRMIK 3 adalah Rumah Sakit menerapkan proses pengelolaan dokumen, termasuk kebijakan, pedoman, prosedur, dan program kerja secara konsisten dan seragam. Adapun elemen penilaian MRMIK 3 adalah:

1) Rumah sakit menerapkan pengelolaan dokumen sesuai dengan butir a) - h) dalam maksud dan tujuan.

2) Rumah sakit memiliki dan menerapkan format yang seragam tentang prinsip pengelolaan dan penggunaan informasi sistem sesuai dengan ketentuan rumah sakit.
3) Rumah sakit telah memiliki dokumen internal mencakup butir a)-c) dalam maksud dan tujuan.

d. MRMIK 4

Standar MRMIK 4 adalah kebutuhan data dan informasi dari pihak dalam dan luar rumah sakit dipenuhi secara tepat waktu dalam format yang memenuhi harapan pengguna dan dengan frekuensi yang diinginkan. Adapun elemen penilaian MRMIK 4 adalah:58

1) Terdapat bukti bahwa penyebaran data dan informasi memenuhi kebutuhan internal dan eksternal rumah sakit sesuai dengan yang tercantum dalam maksud dan tujuan,
2) Terdapat proses yang memastikan bahwa data dan informasi yang dibutuhkan untuk perawatan pasien telah diterima tepat waktu dan sesuai format yang seragam dan sesuai dengan kebutuhan.

e. MRMIK 5

Standar MRMIK 5 adalah rumah sakit menetapkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis terkait asuhan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Adapun elemen penilaian MRMIK 5 adalah:

1) Rumah sakit telah menetapkan regulasi tentang penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit.
2) Rumah sakit menetapkan unit penyelenggara rekam medis dan 1 (satu) orang yang kompeten mengelola rekam medis.
3) Rumah Sakit menerapkan penyelenggaraan Rekam Medis yang dilakukan sejak pasien masuk sampai pasien pulang, dirujuk, atau meninggal,
4) Tersedia penyimpanan rekam medis yang menjamin keamanan dan kerahasiaan baik kertas maupun elektronik

f. MRMIK 6

Standar MRMIK 6 adalah Setiap pasien memiliki rekam medis yang terstandarisasi dalam format yang seragam dan selalu diperbaharui (terkini) dan diisi sesuai dengan ketetapan rumah sakit dalam tatacara pengisian rekam medis. Adapun elemen penilaian MRMIK 6 adalah:

1) Terdapat bukti bahwa setiap pasien memiliki rekam medik dengan satu nomor RM sesuai sistem penomoran yang ditetapakan,
2) Rekam medis rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan pemeriksaan penunjang disusun dan diisi sesuai ketetapan rumah sakit.
3) Terdapat bukti bahwa formulir rekam medis dievaluasi dan diperbaharui (terkini) sesuai dengan kebutuhan dan secara periodik.

g. MRMIK 7

Standar MRMIK 7 adalah rumah sakit menetapkan informasi yang akan dimuat pada rekam medis pasien. Adapun elemen penilaian MRMIK 7 adalah:

1) Terdapat bukti rekam medis pasien telah berisi informasi yang sesuai dengan ketetapan rumah sakit dan peraturan perundangan yang berlaku.
2) Terdapat bukti rekam medis pasien mengandung informasi yang memadai sesuai butir a) – f) pada maksud tujuan.

h. MRMIK 8

Standar MRMIK 8 adalah setiap catatan (entry) pada rekam medis pasien mencantumkan identitas Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang menulis dan kapan catatan tersebut ditulis di dalam rekam medis. Adapun elemen penilaian MRMIK 8 adalah:

1) PPA mencantumkan identitas secara jelas pada saat mengisi RM.
2) Tanggal dan waktu penulisan setiap catatan dalam rekam medis pasien dapat diidentifikasi.
3) Terdapat prosedur koreksi penulisan dalam pengisian RM elektronik dan non elektronik.
4) Telah dilakukan pemantauan dan evaluasi terhadap penulisan identitas, tanggal dan waktu penulisan catatan pada rekam medis

pasien serta koreksi penulisan catatan dalam rekam medis, dan hasil evaluasi yang ada telah digunakan sebagai dasar upaya perbaikan di rumah sakit.

i. MRMIK 9

Standar MRMIK 9 adalah rumah sakit menggunakan kode diagnosis, kode prosedur, penggunaan simbol dan singkatan baku yang seragam dan terstandar. Adapun elemen penilaian MRMIK 9 adalah:

1) Penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan dan simbol sesuai dengan ketetapan rumah sakit.
2) Dilakukan evaluasi secara berkala penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan dan simbol yang berlaku di rumah sakit dan hasilnya digunakan sebagai upaya tindak lanjut untuk perbaikan.

j. MRMIK 10

Standar MRMIK 10 adalah rumah sakit menjamin keamanan, kerahasiaan dan kepemilikan rekam medis serta privasi pasien. Adapun elemen penilaian MRMIK 10 adalah:

1) Rumah sakit menentukan otoritas pengisian rekam medis termasuk isi dan format rekam medis.
2) Rumah Sakit menentukan hak akses dalam pelepasan informasi rekam medis.
3) Rumah sakit menjamin otentifikasi, keamanan dan kerahasiaan data rekam medis baik kertas maupun elektronik sebagai bagian dari hak pasien.

k. MRMIK 11

Standar MRMIK 11 adalah Rumah sakit mengatur lama penyimpanan rekam medis, data, dan informasi pasien. Adapun elemen penilaian MRMIK 11 adalah:

1) Rumah sakit memiliki regulasi jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis (kertas/elektronik), serta data dan informasi lainnya terkait dengan pasien dan prosedur pemusnahannya sesuai dengan peraturan perundangan.

2) Dokumen, data dan/informasi terkait pasien dimusnahkan setelah melampaui periode waktu penyimpanan sesuai dengan peraturan perundang- undangan dengan prosedur yang tidak membahayakan keamanan dan kerahasiaan.
3) Dokumen, data dan/atau informasi tertentu terkait pasien yang bernilai guna, disimpan abadi (permanen) sesuai dengan ketetapan rumah sakit

l. MRMIK 12

Standar MRMIK 12 adalah dalam upaya perbaikan kinerja, rumah sakit secara teratur melakukan evaluasi atau pengkajian rekam medis. Adapun elemen penilaian MRMIK 12 adalah:

1) Rumah sakit menetapkan komite/tim rekam medis.
2) Komite/tim secara berkala melakukan pengkajian rekam medis pasien secara berkala setiap tahun dan menggunakan sampel yang mewakili (rekam medis pasien yang masih dirawat dan pasien yang sudah pulang).
3) Fokus pengkajian paling sedikit mencakup pada ketepatan waktu, keterbacaan, kelengkapan rekam medis dan isi rekam medis sesuai dengan peraturan perundangan.
4) Hasil pengkajian yang dilakukan oleh komite/tim rekam medis dilaporkan kepada pimpinan rumah sakit dan dibuat upaya perbaikan.

m. MRMIK 13

Standar MRMIK 13 adalah rumah sakit menerapkan sistem teknologi informasi kesehatan di pelayanan Kesehatan untuk mengelola data dan informasi klinis serta non klinis sesuai peraturan perundang-undangan. Adapun elemen penilaian MRMIK 12 adalah:

1) Rumah sakit menetapkan regulasi tentang penyelenggaraan teknologi informasi kesehatan.
2) Rumah sakit menerapkan SIMRS sesuai dengan ketetapan dan peraturan perundangan yang berlaku.
3) Rumah sakit menetapkan unit yang bertanggung jawab sebagai penyelenggara SIMRS dan dipimpin oleh staf kompeten.

4) Data serta informasi klinis dan non klinis diintegrasikan sesuai dengan kebutuhan untuk mendukung pengambilan keputusan.

2. Identifikasi dan menganalisis Sasaran Mutu unit Rekam Medis. Sasaran mutu dapat berupa: angka kelengkapan angka keterlambatan.
3. Menganalisis unit rekam medis untuk mengkaji kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman (SWOT).

   Analisis SWOT merupakan indentifikasi dari berbagai faktor secara sistematis untuk merumuskan strategi yang akan digunakan oleh rumah sakit. Berikut identifikasi faktor *Strength, Weakness, Opportunities, Threats* (SWOT) di unit rekam medis RS Pelni, antara lain:

   a. *Strength* (Kekuatan), kekuatan adalah suatu situasi atau kondisi yang merupakan gambaran dari kekuatan dari suatu organisasi. Kekuatan yang dimaksud adalah keunggulan dalam sumber daya, keterampilan, dan kemampuan lainnya yang dimiliki suatu Perusahaan atau suatu organisasi. Hal tersebut meliputi:
      1) Sistem RME 100% untuk rawat jalan
      2) Sumber daya manusia lulusan minimal DIII Rekam Medis
      3) Adanya pendaftaran pasien melalui pesan singat WhatsApp
      4) Pengembangan rekam medis elektronik dilakukan secara mandiri
      5) Terakreditasi KARS Paripurna
   b. *Weakness* (Kelemahan), kelemahan yang dimaksud adalah keterbatasan dalam sumber daya, kemampuan maupun keterampilan yang secara efektif menghambat kinerja Perusahaan. Hal tersebut meliputi:
      1) Pelayanan RME rawat inap masih hybrid
      2) Masih membutuhkan tenaga manusia di bagian pendaftaran via WhatsApp
   c. *Opportunities* (Peluang), peluang adalah suatu situasi yang menguntungkan bagi perusahaan. Hal tersebut meliputi :

1) Adanya RME lebih mudah bridging sistem dengan pihak ke 3 seperti BPJS Kesehatan
2) Adanya petugas yang menjadi pengurus organisasi profesi sehingga membuka kesempatan untuk saling bertukar informasi terbaru
3) Banyaknya institusi kesehatan yang melakukan benchmarking dengan RS Pelni terkait penyelenggaraan rekam medis menjadikan peluang untuk mengembangkan ilmu
4) Berlakunya Permenkes No. 24 Tahun 2024 Tentang Rekam Medis yang mendorong semakin dikembangkannya rekam medis elektronik hingga dapat melakukan pertukaran data atau satu sehat.

d. *Threats* (Ancaman), ancaman adalah suatu situasi yang tidak menguntungkan dalam lingkungan Perusahaan. Ancaman yang dimaksud adalah pengganggu utama dalam keberhasilan suatu Perusahaan seperti peraturan-peraturan pemerintah yang baru atau banyaknya fasilitas penyedia layanan kesehatan yang merupakan pesaing ketat. Hal tersebut meliputi:
   1) Adanya tuntutan keamanan dan kerahasiaan data rekam medis elektronik
   2) Perkembangan masalah-masalah kesehatan yang akan hadir di masa mendatang
   3) Perubahan persepsi pasien dalam pelayanan di rumah sakit
   4) Penentuan Bobot (Weight) Faktor SWOT

Berikut item penilaian penentuan bobot (weight):

1 = Sedikit penting

2 = Agak penting

3 = Penting

4 = Sangat Penting

Tabel 3.11 penentuan Bobot S-W

Aspek S -W	**Orang Ke**					**Total**	**Bobot**
	1	2	3	4	5		
S-1	4	4	4	4	4	20	0,153
S-2	4	4	3	4	4	19	0,145
S-3	4	4	4	4	3	19	0,145
S-4	4	4	4	4	4	20	0,153
S-5	4	4	4	4	4	20	0,153
W-1	3	2	4	3	4	16	0,122
W-2	3	4	4	3	3	17	0,129
Penentuan Bobot S-W						**131**	**1**

Tabel 3. 12 penentuan Bobot O-T

Aspek O-T	**Orang Ke**					**Total**	**Bobot**
	1	**2**	**3**	**4**	**5**		
O-1	4	4	4	4	4	20	0,147
O-2	4	4	3	4	3	19	0,139
O-3	4	4	4	4	3	19	0,139
O-4	4	4	4	4	4	20	0,139
T-1	4	4	4	4	4	20	0,147
T-2	4	4	4	4	3	19	0,139
T-3	4	4	4	4	4	20	0,147
Penentuan Bobot S-W						**136**	**1**

Dibawah ini adalah beberapa penilaian terkait penentuan rating:

Tabel 3.13 Penentuan Rating Faktor SWOT

Kekuatan / S (Strength)	Kelemahan / W (Weakness)
1 = Sedikit Kuat 2 = Agak Kuat 3 = Kuat 4 =Sangat Kuat	1 = Sedikit Lemah 2 = Agak Lemah 3 = Lemah 4 =Sangat Lemah
Peluang / O (Opportunity)	Ancaman / T (Threat)

1 = Sedikit Berpelung	1 = Sedikit Terancam
2 = Agak Berpeluang	2 = Agak Terancam
3 = Berpeluang	3 = Terancam
4 = Sangat Berpeluang	4 = Sangat Terancam

Tabel 3.14 Penentuan Rating Aspek S-W

Aspek S -W	**Orang Ke**					**Total**	**Bobot**
	1	2	3	4	5		
S-1	4	4	4	4	4	20	4
S-2	4	4	4	4	4	20	4
S-3	4	4	4	4	3	19	3,8
S-4	4	4	4	3	3	18	3,6
S-5	4	4	4	4	4	20	4
W-1	-2	-3	-1	-1	-1	-8	-1,6
W-2	-2	-1	-1	-2	-2	-8	-1,6

Tabel 3.15 Penetuang Rating Aspek O-T

Aspek O-T	**Orang Ke**					**Total**	**Bobot**
	1	**2**	**3**	**4**	**5**		
O-1	3	4	4	4	4	19	3,8
O-2	3	4	4	3	3	17	3,4
O-3	3	4	4	4	3	18	3,6
O-4	3	4	4	4	4	19	3,8
T-1	-1	-3	-2	-2	-1	-9	-1,8
T-2	-1	-3	-2	-2	-1	-9	-1,8
T-3	-1	-3	-2	-2	-1	-9	-1,8

4. Mengidentifikasi dan menganalisis masalah yang berkaitan dengan Manajemen Mutu Rekam Medis

Tabel 3.16 masalah manajemen mutu RM

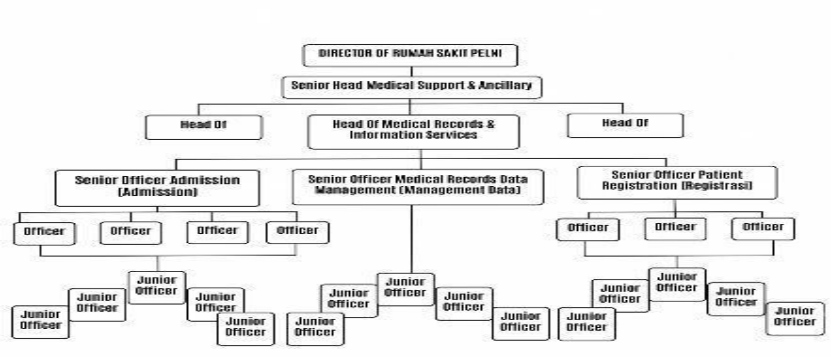
Subunit / Bagian	**Uraian Pekerjaan**	**Identifikasi Problem**	**Tindakan / Solusi Penyelesaian**
Pendaftaran Pasien	Mendaftarkan pasien melalui	Tidak terdapat poli yang dituju	Petugas akan langsung

(Rawat Jalan)	mesin anjungan dan mencetakan SEP pasien	oleh pasien (Hasil rujukan internal dari pihak dokter).	mengarahkan ke loket 3 yaitu antrian defect.
Retensi	Melakukan pengambilan berkas rekam medis pasien yang sudah inaktif (lebih dari 5 tahun) untuk di musnahkan. Sebelum dilakukan pemusnahan, mengambil dokumen RM yang penting seperti Identitas, Resume, Laporan Operasi (apabila ada), pemeriksaan lab, lembar opname, general consent, informed conset	Ketika melakukan retensi tidak terdapat resume medis milik pasien, yang mana dalam kualifikasi pengambilan formulir penting resume medis harus ada dalam pengambilan tersebut.	Mengganti resume medis yang tidak ada dengan formulir yang lain seperti, formulir pengatar rawat inap atau formulir yang terdapat informasi diagnosa pasien
Alih Media	Melakukan pemindahan dokumen dari berkas fisik menjadi elektronik dengan menggunakan mesin scan.	Pada bagian hasil pemeriksaan pasien dalam bentuk grafik belum ditempel pada kertas yang sudah tersedia.	Petugas kembali ke ruangan assembling untuk mengambil kertas dan menempel hasil pemeriksaan tersebut.
IT	Unit IT merupakan bagian atau tim teknologi informasi di fasilitas pelayanan kesehatan yang	Ditemukan permasalahan pada SIMRS berupa down system saat sistem diakses	Melakukan optimalisasi kinerja server dan database untuk mengurangi

	bertugas mengelola infrastruktur, perangkat lunak, serta keamanan data untuk mendukung penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME) dan pengelolaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) serta integrasinya dengan layanan kesehatan.	secara bersamaan oleh banyak pengguna. Berdasarkan hasil observasi, jumlah pengguna yang dapat mengakses SIMRS mencapai sekitar 700 user dari berbagai unit pelayanan. Tingginya jumlah akses secara bersamaan menyebabkan beban server meningkat sehingga kinerja sistem menurun dan SIMRS tidak dapat digunakan secara optimal. Kondisi tersebut dapat menghambat proses pelayanan dan penginputan data pada unit yang menggunakan SIMRS.	beban sistem saat SIMRS diakses secara bersamaan, disertai monitoring penggunaan server dan maintenance secara berkala. Apabila kapasitas server belum mencukupi, dilakukan koordinasi dengan vendor untuk peningkatan kapasitas dan optimalisasi sistem.

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

1. Mengidentifikasi SDM di Unit Kerja Rekam Medis
    a. Medical Records & Information Services dipimpin oleh seorang Head Of yang membawahi Senior Officer Admission (Admission), Senior Officer Medical Records Data Management (Manajemen Data) dan Senior Officer Patient Registration (Registrasi).
    b. Senior Officer Admission membawahi Officer yang bertugas dan tanggung jawab untuk mengawasi dan mengkoordinir kegiatan pendaftaran rawat inap untuk pelayanan shift pagi, shift siang dan shift malam, selanjutnya Officer membawahi Junior Officer.
    c. Senior Officer Medical Records Data Management karena pelayanan hanya di shift pagi, mengawasi, bertugas dan bertanggung jawab mengawasi, mengkomodir dan melakukan supervisor kepada Junior Officer secara langsung.
    d. Senior Officer Patient Registration membawahi Officer yang tugas dan tanggung jawabnya adalah mengawasi dan mengkoordinasi kegiatan registrasi Reguler dan Registrasi Merial untuk pelayanan shift pagi dan shift siang.
2. Menggambarkan struktur organisasi Unit Rekam Medis lengkap dengan jabatan, sistem penempatan jabatan, syarat dan kualifikasi masing-masing jabatan.



Gambar 3. 1 Struktur Organisasi Rumah Sakit PELNI

3. Mengidentifikasi struktur organisasi Unit Rekam Medis berikut nama, jabatan, tugas, wewenang dan tanggung jawab pimpinan, staf dan masing masing karyawan termasuk job descriptionnya.

A. **Head Of Medical Records & Information Services**

1. Bidang : Medical Records & Information Services
2. Atasan Langsung : Senior Head Medical Support & Ancillary
3. Atasan Tidak Langsung : Vice Director Medical & Nursing
4. Pengertian : *Head Of Medical Records & Information Services* adalah pimpinan unit yang bertanggung jawab penuh atas perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengendalian, dan pengembangan seluruh kegiatan instalasi rekam medis di Rumah Sakit PELNI. Posisi ini memiliki wewenang strategis dalam mengelola sumber daya manusia, sistem informasi kesehatan, dan integrasi data dengan platform nasional Satu Sehat Kemenkes, serta memastikan kualitas informasi kesehatan yang mendukung pengambilan keputusan klinis dan manajerial. Termasuk melakukan koordinasi dengan IT korporat untuk melaksanakan penyelenggaraan SIMRS di lingkungan Rumah Sakit PELNI.
5. Persyaratan Jabatan
   a. Minimal D-IV Rekam Medis dan Informasi Kesehatan/ S-1 Kesehatan Masyarakat/ Sistem Informasi Kesehatan dengan background pendidikan D3 Rekam Medis.
   b. Minimal 5 tahun sebagai rekam medis, dengan 2 tahun di posisi *senior Officer*.
   c. Memiliki Sertifikat kompetensi Rekam Medis.
   d. Memiliki pengetahuan mengenai:
      1. Manajemen rekam medis strategis,
      2. Regulasi Kemenkes: PMK No. 24/2022, SE Satu Sehat
      3. Manajemen risiko dan keamanan informasi Kesehatan
      4. Analisis data kesehatan

6. Uraian Tugas

a. Menyusun rencana kerja *Medical Records & Information Services*.

b. Menyusun tata cara kerja di lingkungan *Medical Records & Information Services*.

c. Menyiapkan data usulan program kerja di lingkungan medical record & information services

d. Menyiapkan data usulan anggaran di lingkungan *Medical Records & Information Services*.

e. Membuat dan merencanakan kebutuhan sumber daya yang dibutuhkan untuk penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit.

f. Menyelenggarakan kegiatan pelayanan *Medical Records & Information Services* meliputi penerimaan pasien rawat jalan dan rawat inap, pengumpulan dan pengolahan data serta penyajian informasi, dan pengolahan berkas rekam medis.

g. Melaksanakan pengawasan dan pengendalian pelaksanaan kegiatan di lingkungan Instalasi *Medical Records & Information Services*.

h. Menetapkan dan melakukan evaluasi terkait pelaksanaan indikator mutu Instalasi *Medical Records & Information Services* di Rumah Sakit PELNI.

i. Mengevaluasi kegiatan pegawai di lingkungan *Medical Records & Information Services* dengan cara menilai pelaksanaan tugas serta menilai prestasi kerja untuk pengembangan pegawai menggunakan Indikator Kinerja Pegawai.

j. Menyusun laporan berkala di lingkungan Instalasi *Medical Records & Information Services*.

k. Menyelesaikan masalah yang timbul di lingkungan *Medical Records & Information Services* sehubungan dengan kegiatan pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh bawahan.

l. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan langsung atau yang terkait dengan kegiatan *Medical Records & Information Services*.

7. tanggung Jawab
    a. Ketepatan dan kesesuaian rencana dan tata kerja di *Medical Records & Information Services*.
    b. Memastikan seluruh aktivitas rekam medis berjalan efisien, efektif, dan berkualitas. Mengembangkan kompetensi dan kesejahteraan tim rekam medis.
    c. Memastikan layanan rekam medis tetap menjadi *center of excellence* dalam manajemen informasi kesehatan.
8. Wewenang
    a. Memimpin dan mengambil keputusan operasional seluruh Instalasi Rekam Medis.
    b. Menyusun dan mengusulkan rencana anggaran, SDM, dan pengembangan sistem kepada direksi
    c. Melakukan seleksi, penempatan dan evaluasi staf rekam medis
    d. Memberikan rekomendasi kenaikan pangkat/jabatan
    e. Menjatuhkan sanksi disiplin sesuai ketentuan, menetapkan standar mutu internal rekam medis
    f. Melakukan audit dan menindaklanjuti temuan.
    g. Menghentikan proses yang tidak sesuai SPO
    h. Menetapkan program pelatihan dan sertifikasi tim
    i. Meminta arahan dari atasan dan memberi saran dan pertimbangan kepada atasan
    j. Meminta masukan dari bawahan dan instalasi kerja lain yang terkait.

B. **Senior Officer Patient Registration**

1. Bidang : Medical Records & Information Services
2. Atasan Langsung : *Head Of Medical Records & Information Services*
3. Atasan Tidak Langsung : Senior Head Medical Support & Anchillary

4. Pengertian : Senior Officer Patient Registration adalah tenaga profesional senior yang bertanggung jawab atas pengelolaan operasional pendaftaran pasien baik rawat jalan maupun rawat inap, koordinasi antrian, verifikasi data dan penjaminan, serta melakukan kegiatan supervisi tim pendaftaran di Rumah Sakit PELNI. Posisi ini memastikan proses admisi yang efisien, akurat, dan berkualitas dengan integrasi penuh terhadap sistem SIMRS dan platform Satu Sehat Kemenkes, sekaligus berperan sebagai first point of contact yang memberikan pengalaman pasien yang positif sejak awal kedatangan.
5. Persyaratan Jabatan :
   a Minimal D-V Rekam Medis dan Informasi Kesehatan/ S-1 Kesehatan Masyarakat / Sistem Informasi Kesehatan dengan background pendidikan D3 Rekam Medis.
   b Minimal 5 tahun sebagai rekam medis, dengan 2 tahun di posisi Officer.
   c Memiliki Sertifikat kompetensi Rekam Medis
   d Memiliki pengetahuan mengenai
      1. Manajemen rekam medis strategis,
      2. Regulasi Kemenkes: PMK No. 24/2022, SE Satu Sehat
      3. Manajemen risiko dan keamanan informasi kesehatan
      4. Analisis data kesehatan dan business intelligence
6. Uraian Tugas :
   a. Menyusun sistem dan SPO sebagai pedoman kerja penerimaan pendaftaran rawat jalan
   b. Memastikan pelayanan rekam medis yang meliputi pendaftaran rawat jalan.
   c. Menyampaikan data kinerja pelayanan pendaftaran rawat jalan.
   d. Membantu *Head Of Medical Records & Information Services*
   e. Memantau kinerja petugas pendaftaran rawat jalan.
   f. Membantu *Head Of Medical Records & Information Services* dalam memastikan pelayanan rekam medis berjalan sesuai SOP dan jadwal yang ditetapkan.

g. Membuat jadwal dinas untuk petugas pendaftaran rawat jalan.
h. Memproses kebutuhan ATK, ART, dan sarana lain.
i. Melaksanakan koordinasi yang diperlukan terhadap pihak lain dalam hal pelayanan pendaftaran rawat jalan.
j. Melaksanakan tugas lain yang diberikan atasan untuk menyelesaikan atau menangani bila terjadi penyimpangan kasus yang terjadi pada kegiatan pendaftaran pasien.
k. Membuat jadwal dinas, jadwal cuti, libur petugas dibawah *Patient Registration.*
l. Memastikan dan mengatur ketenagaan, jika adanya kebutuhan dan kendala didalam proses pelayanan segera melaporkan kepada *Head Of Medical Records & Information Services* secara.
m. Membuat laporan kegiatan pelayanan registrasi rawat jalan untuk kepentingan laporan Medical Records & Information Services secara keseluruhan.
n. Memastikan setiap petugas di bawahnya memberikan pelayanan sesuai indikator mutu Instalasi *Medical Records & Information Services* di Rumah Sakit PELNI.
o. Memberikan pemahaman dan pengertian terkait Indikator Kinerja Pegawai, sehingga petugas memahami Indikator Kinerjanya.

7. Tanggung Jawab
   a. Memastikan Kelancaran proses pendaftaran pasien rawat jalan pasien Merial dan reguler.
   b. Memastikan Kelancaran proses pendaftaran pasien Klinik Eksekutif 24 Jam dan pasien rawat inap Merial Tower.
   c. Memastikan ketepatan dan kebenaran surat jaminan pasien nasabah BPJS TOP UP, BPJS COB, BPJS, Asuransi dan Perusahaan.
   d. Kebenaran laporan kegiatan Registrasi rawat jalan.
8. Wewenang
   a. Menilai, menegur, memberi sanksi dan memotivasi bawahan di Instalasi Medical Records & Information Services.

b. Mengatur rencana kegiatan di Registrasi rawat jalan.
c. Meminta arahan dari atasan dan memberi saran dan pertimbangan kepada atasan.
d. Meminta masukan dari petugas Registrasi dan Instalasi kerja yang terkait.
e. Memberi saran dan pertimbangan kepada atasan.

C. **Senior Officer Admission**

1. Bidang: Medical Records & Information Services
2. Atasan Langsung : Head Of Medical Records & Information Services
3. Atasan Tidak Langsung : Senior Head Medical Support & Anchillary
4. Pengertian : Senior Offices Patient Admission adalah tenaga profesional senior yang bertanggung jawab atas pengelolaan seluruh proses admisi rawat inap, bed management, dan perencanaan ketersediaan tempat tidur di Rumah Sakit PELNI. Posisi ini menjadi gatekeeper utama alur pasien dari rawat jalan/IGD menuju rawat inap, memastikan proses admisi yang efisien, akurat, dan terintegrasi dengan sistem SIMRS, Satu Sehat Kemenkes, serta berkoordinasi erat dengan tim perawat, dokter, dan unit penjaminan untuk mengoptimalkan occupancy rate dan length of stay (LOS)
5. Persyaratan Jabatan :
   a. Minimal D-IV Rekam Medis dan Informasi Kesehatan /S-1 Kesehatan Masyarakat / Sistem Informasi Kesehatan dengan background pendidikan D3 Rekam Medis.
   b. Minimal 5 tahun sebagai rekam medis, dengan 2 tahun di posisi Officer
   c. Memiliki Sertifikat kompetensi Rekam Medis
   d. Memiliki pengetahuan mengenai :
      1. Manajemen rekam medis strategis
      2. Regulasi Kemenkes : PMK No.24/2022, SE Satu Sehat
      3. Manajemen risiko dan keamanan informasi kesehatan
      4. Analisis data kesehatan dan business intelligence
   6. Uraian Tugas:

a Menyusun sistem dan SPO sebagai pedoman kerja penerimaan pendaftaran rawat inap
b Mengkoordinir pelayanan rekam medis yang meliputi pendaftaran rawat inap
c Menyampaikan data kinerja pelayanan pendaftaran rawat inap
d Memantau kinerha petugas pendaftaran rawat inap Head Of Medical Records & Information Services dalam memastikan pelayanan rekam medis berjalan sesuai SOP dan jadwal yang ditetapkan.
e Membuat jadwal dinas untuk petugas pendaftaran rawat inap.
f Memproses kebutuhan ATK, ART, dan sarana lain.
g Melaksanakan koordinasi yang diperlukan terhadap pihak lain dalam hal pelayanan pendaftaran rawat inap.
h Melaksanakan tugas lain yang diberikan atasan untuk menyelesaikan atau menangani bila terjadi penyimpangan kasus yang terjadi pada kegiatan pendaftaran pasien
i Membuat laporan kegiatan pelayanan registrasi rawat inap untuk kepentingan laporan instalasi rekam medis secara keseluruhan.
j Memastikan setiap petugas dibawahnya memberikan pelayanan sesuai indikator mutu instalasi medical records & information services di rumah sakit pelni
k Memberikan pemahaman dan pengertian terkait indikator kinerja pegawai, sehingga petugas memahami indikator kinerjanya

7. Tanggung Jawab:
   a Kelancaran dan ketepatan waktu pendaftaran pasien IGD dan rawat inap
   b Ketepatan dan kebenaran Surat Eligibility Peserta dan berkas rekam medis dengan pasien yang akan diperiksa
   c kelancaran pelayanan penerimaan pasien IGD dan rawat inap
   d Ketepatan dan kesesuaian pasien rawat inap dengan kasus, hak kelas, dan kesepakatan pasien/keluarga dengan rumah sakit

e Kebenaran laporan kegiatan registrasi rawat inap (Admission) dan registrasi rawat jalan

8. Wewenang
   a Menilai, menegur, memberi sanksi dan memotivasi bawahan di instalasi Medical Records & Information Services khususnya Admission
   b Mengatur rencana kegiatan di registrasi rawat inap/ registrasi IGD
   c Meminta arahan dari atasan
   d Meminta masukan dari petugas Admission, Registrasi dan Instalasi kerja yang terkait
   e Memberi usulan dan pertimbangan kepada atasan

D. Senior Officer Data Manajemen

1. Bidang : Medical Records & Information Services
2. Atasan Langsung : Head of Medical Records & Informaation Services
3. Atasan tidak langsung : Senior Head Medical Support & Anchillary
4. Pengertian : Senior Data Manajemen adalah profesional senior yang bertanggung jawab atas pengelolaan, analisis, dan optimalisasi seluruh siklus data kesehatan di Rumah Sakit PELNI. posisi ini memastikan kepatuhan pengirimaan laporan yang perlu dilaporkan secara internal maupun pihak eksternal RS PELNI yang mendukung pengambilan keputusan strategis oleh manajemen rumah sakit. selain itu juga melakukan pengelolaan dokumen rekam medis.
5. Persyaratan Jabatan :
   a. minimal D-IV/S-1 Rekam Medis/Informatika/Sistem Informasi/Teknik Komputer
   b. minimal 5 tahun sebagai rekam medis/IT, dengan 2 tahun di posisi Officer
   c. memiliki sertifikat kompetensi Rekam Medis/IT
   d. memiliki pengetahuan mengenai:
      1. manajemen rekam medis strategis,
      2. regulasi Kemenkes: PMK No. 24/2022, SE Satu Sehata

3. manajemen risiko dan keamanan informaasi kesehatan
4. analisis data kesehatan dan business intelligence
5. memahami konfirgurasi SIMRS, query database, troubleshooting hardware/software, data mapping (LOINC, SNOMED, ICD)
6. mampu melakukan data analysis, dashboard development, reporting root cause analysis
7. komunikasi lintas fungsi (medis IT manajemen), training development, negosiasi

1. Menyusun sistem dan SPO sebagai pedoman kerja
   a. Assembling
   b. Alih media data
   c. Pelaporan
   d. Penyimpanan dan retensi

2. Membantu Head Of Medical Records & Information Services dalam memastikan pelayanan rekam medis berjalan sesuai SOP dan jadwal yang ditetapkan.

3. Mengkoordinir pelayanan rekam medis yang meliputi penerimaan berkas rekam medis, pengembalian berkas rekam medis, peminjaman berkas rekam medis, assembling, kodefikasi, alih media dan pelaporan data.

4. Menyampaikan data kinerja pelayanan pengelolaan data rekam medis.

5. Menyusun perencanaan strategis pengelolaan data rekam medis berbasis IT.

6. Mengelola implementasi, konfigurasi, dan optimasi modul Rekam Medis di SIMRS.

7. Memastikan keamanan data rekam medis sesuai PMK 24/2022 (kerahasiaan, enkripsi, backup, audit trail). Sistem keamanan data teruji, terdokumentasi, fungsional

8. Memimpin troubleshooting teknis terkait modul RM dan koordinasi dengan vendor SIMRS, Issue resolved, Tiket/insiden harian

9. Mengelola user access control dan role-based access untuk modul RM di SIMRS, Hak akses pengguna terdefinisi, Konfigurasi, Kunci.

10. Melaksanakan evaluasi kinerja bawahan dan pengembangan kompetensi tim, Laporan Evaluasi Kinerja, Dokumen, Tinjauan.

11. Memantau kinerja petugas dalam melakukan pengelolaan data rekam medis.

12. Memproses kebutuhan ATK, ART, dan sarana lain.

13. Melaksanakan koordinasi yang diperlukan terhadap pihak lain dalam hal pelayanan pelaporan dan pengelolaan data rekam medis.

14. Melaksanakan tugas lain yang diberikan atasan untuk penyelesaian atau menunjang pelaksanaan tugas pokoknya.

15. Memastikan setiap petugas di bawahnya memberikan pelayanan sesuai indikator mutu Instalasi Medical Records & Information Services di Rumah Sakit PELNI. Memberikan pemahaman dan pengertian terkait indikator kinerja pegawai, sehingga petugas memahami indikator kinerjanya.

7. Tanggung Jawab:
    a. Kelancaran dan kebenaran pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan.
    b. Kebenaran dan ketepatan informasi pelayanan yang diberikan kepada pasien.
    c. Kebenaran laporan kunjungan pasien rawat jalan.
    d. Kebenaran pembatalan pendaftaran pasien rawat jalan.
    e. Kebenaran laporan kegiatan harian.
    f. Keadilan pembagian dinas shift bawahan.
8. Wewenang:
    a. Menilai, menegur, memberi motivasi bawahan di pendaftaran rawat jalan.
    b. Mengatur kegiatan pendaftaran pasien rawat jalan.
    c. Meminta arahan dari atasan.
    d. Meminta masukan dari bawahan dan instalasi kerja lain yang terkait.
    e. Memberi saran dan pertimbangan kepada atasan.
    f. Mengusulkan alternatif pemecahan masalah di pendaftaran.

E. Officer Registration

1. Bidang : Medical Records & Information Services

2. Atasan Langsung : Senior Officer Registration
3. Atasan Tidak Langsung : Head Of Medical Records & Information Services
4. Pengertian : Officer Registration adalah tenaga yang bertanggung jawab atas pelaksanaan opersional pendaftaran rawat jalan pasien di rumah sakit pelni. officer Registration membawahi junior officer registration.
5. Persyaratan Jabatan :
    a. Minimal D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
    b. Minimal 5 tahun sebagai rekam medis
    c. Memiliki Sertifikat kompetensi Rekam Medis
6. Uraian Tugas :
    a. Membuat susunan daftar dinas petugas registrasi
    b. Mencatat libur, cuti petugas registrasi
    c. Mengatur kegiatan pendaftaran pasien rawat jalan
    d. Mengawasi kelancaran kegiatan pendaftaran
    e. Menangani permasalahan pada kegiatan pendaftaran
    f. Memberi petunjuk teknis kepada bawahan
    g. Membuat catatan dan melaporkan kepada atasan
    h. Membuat laporan kunjungan pendaftaran pasien
    i. Membuat laporan pembatalan / penundaan pendaftaran pasien rawat jalan
    j. Membuat laporan harian kegiatan pendaftaran
    k. Laporan kegiatan pelayanan registrasi
    l. Memastikan setiap petugas dibawahnya memberikan pelayanan sesuai indikator mutu instalasi medical records & information services di rumah sakit pelni
    m. Memberikan pemahaman dan pengertian terkait indikator kinerja pegawai, sehingga petugas memahami indikator kinerjanya
    n. Memastikan melakukan pelayanan sesuai indikator mutu instalasi medical record & information services di rumah sakit pelni
    o. Memastikan memahami terkait indikator kinerja pegawai sehingga petugas memahami indikator kinerjanya

7. Tanggung Jawab :
    a. Kelancaran dan kebenaran pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan
    b. Kebenaran dan ketepatan informasi pelayanan yang diberikan kepada pasien
    c. Kebenaran laporan kunjungan pasien rawat jalan
    d. Kebenaran pembatalan pendaftaran pasien rawat jalan
    e. Kebenaran laporan kegiatan harian
    f. Keadilan pembagian dinas shift bawahan
    g. Wewenang :
    h. Menilai, menegur, memberi motivasi bawahan di pendaftaran rawat jalan
    i. Mengatur kegiatan pendaftaran pasien rawat jalan
    j. Meminta arahan dari atasan
    k. Meminta masukan dari bawahan dan instalasi kerja lain yang terkait
    l. Memberi saran dan pertimbangan kepada atasan
    m. Mengusulkan alternatif pemecahan masalah di pendaftaran

F. Officer Admission

1. Bidang : Medical Records & Information Services
2. Atasan Langsung : Senior Officer Admission
3. Atasan Tidak Langsung : Head Of Medical Records & Information Services
4. Pengertian : Officer Admission adalah tenaga profesional yang bertanggung jawab atas pelaksanaan operasional admisi rawat inap dan emergency di rumah sakit pelni
5. Persyaratan Jabatan :
    a. Minimal D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
    b. Minimal 5 tahun sebagai rekam medis
    c. Memiliki Sertifikat kompetensi Rekam Medis
6. Uraian Tugas :
    a. Pengaturan kegiatan pendaftaran IGD, pasien poliklinik dan pasien elektif

b. Mengawasi kelancaran kegiatan admission bekerja sesuai dengan Juknis, Anjab dan SPO
c. Informasi pelayanan kepada pasien / pelanggan
d. Sarana dan prasarana yang siap untuk melakukan kegiatan
e. Data base pasien pada sistem komputerisasi terisi dengan lengkap dan benar
f. Penempatan tempat tidur sesuai permintaan atau hak kelas atau menitipkan satu tingkat jika ruangan hak kelas penuh dan kondisi pasien melalui sistem Bed Management.
g. Berkas rekam medis tersedia sebelum pasien diantar ke ruang rawat inap baik dalam bentuk EMR maupun BRM
h. Laporan kunjungan pasien, Laporan BOR, LOS, kinerja admission dilaporkan secara harian
i. Memastikan melakukan pelayanan sesuai indikator mutu instalasi medical recors & Information Services di rumah sakit pelni
j. Memastikan memahami terkait indikator kinerja pegawai, sehingga petugas memahami indikator kinerjanya

7. Tanggung Jawab :

a. Kelancaran dan Kebenaran pelayanan pendaftaran pasien rawat inap

a. Kelancaran dan kebenaran pengiriman berkas rekam medis ke IGD dan ruang rawat inap

a. Kebenaran dan ketepatan informasi pelayanan yang diberikan kepada pasien
b. Kelancaran dan ketepatan penempatan tempat tidur sesuai permintaan atau hak kelas atau menitipkan satu tingkat jika ruangan hak kelas penuh dan kondisi pasien melalui sistem *Bed Management.*
c. Kebenaran laporan kunjungan pasien rawat inap
d. Kebenaran pembatalan pendaftaran pasien rawat inap
e. Kebenaran laporan kegiatan harian
f. Kebenaran laporan harian BOR, LOS, TOI, BTO
g. Keadilan pembagian dinas shift tim rawat inap

8. Wewenang :
   a. Menilai, menegur, memberi motivasi bawahan di pendaftaran rawat inap
   b. Mengatur kegiatan pendaftaran pasien rawat inap
   c. Meminta arahan dari atasan
   d. Meminta masukan dari bawahan dan Instalasi kerja lain yang terkait
   e. Memberi saran dan pertimbangan kepada atasan
   f. Mengusulkan alternatif pemecahan masalah di admission

G. Officer Data Management

Bidang: Medical Records & Information Services

1. Atasan Langsung: Senior Officer Data Management
2. Atasan Tidak Langsung: Head of Medical Records & Information Services
3. Pengertian

   Officer Data Manajemen adalah tenaga yang bertanggung jawab atas pelaksanaan penarikan data, penginputan data, dan membantu proses menganalisis, mengidentifikasi kebutuhan data serta senior officer data manajemen di rumah sakit PELNI. Posisi ini membantu memastikan pelaksanaan penarikan, pengolahan dan penginputan data serta pengiriman laporan yang diperlukan secara internal maupun pihak eksternal RS PELNI yang mendukung pengambilan keputusan strategis oleh manajemen rumah sakit.
4. Persyaratan Jabatan
   a. Minimal D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.
   b. Minimal 5 tahun sebagai rekam medis.
   c. Memiliki Sertifikat Kompetensi Rekam Medis.
5. Uraian Tugas
   a. Pengaturan kegiatan pendaftaran IGD, pasien poliklinik dan pasien elektif.
   b. Mengawasi kelancaran kegiatan pengolahan data bekerja sesuai dengan Juknis, Anjab dan SPO.

c. Memastikan setiap operasional dan eksternal berjalan dengan tepat waktu dan sesuai.
d. Penyediaan kebutuhan data terpenuhi baik data rutin, ataupun permintaan sesuai kebutuhan.
e. Perlindungan ruang rekam medis terjaga.
f. Pengembalian berkas rekam medis tepat waktu.
g. Membantu melakukan koordinasi jika kelengkapan berkas rekam medis belum lengkap.
h. Membuat rekapitulasi laporan harian mengenai diagnosa kasus surveilans infeksi.
i. Laporan pasien meninggal secara harian.
j. Memastikan melakukan pelayanan sesuai indikator mutu Instalasi *Medical Records & Information Services* di Rumah Sakit PELNI.
k. Memastikan memahami terkait Indikator Kinerja Pegawai, sehingga petugas memahami indikator.

6. Tanggung Jawab
   a. Kelancaran dan kebenaran pelayanan pengelolaan data rekam medis.
   b. Kelancaran permintaan kebutuhan data baik internal maupun eksternal.
   c. Kelancaran kegiatan penerimaan berkas rekam medis, peminjaman berkas rekam medis dan proses assembling berkas rekam medis.
7. Wewenang
   a. Menilai, menegur, memberi motivasi.
   b. Mengatur kegiatan proses penginputan data rekam medis.
   c. Meminta arahan dari atasan.
   d. Meminta masukan dari bawahan dan Instalasi kerja lain yang terkait.
   e. Memberi saran dan pertimbangan kepada atasan.
   f. Mengusulkan alternatif pemecahan masalah di pengelolaan data.

H. Junior Officer Patient Registration Merial Tower

1. Bidang : Medical Records & Information Services

2. Atasan Langsung : Officer Registration
3. Atasan Tidak Langsung : Senior Officer Registration
4. Pengertian :

   Melakukan tugas pendaftaran pasien rawat jalan, Klinik Eksekutif 24 jam dan pendaftaran Rawat Inap Pasien Merial Tower. Proses pekerjaan meliputi penerimaan pasien, wawancara, memasukkan (entry) data pasien, pengiriman tujuan berobat dan pencetakan surat eligibility peserta (SEP) khusus pasien BPJS TOP UP dan atau COB, melakukan pendaftaran pasien Asuransi, Perusahan dan jaminan Pribadi.
5. Persyaratan Jabatan :
   a. Minimal D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
   b. Memiliki Sertifikat kompetensi Rekam Medis
6. Uraian Tugas :
   a. Menerima pendaftaran pasien baru dan pasien lama
   b. Melakukan wawancara untuk memperoleh informasi kebutuhan pelayanan pasien rawat jalan.
   c. Meminta identitas pasien (KTP, Pasport)
   d. Meminta kartu sesuai jenis penjaminan pembayaran pasien seperti BPJS, Asuransi, ID Card perusahaan.
   e. Entry data identitas sosial pasien dengan lengkap dan benar.
   f. Mendaftarkan dengan mengirim tujuan berobat.
   g. Menginformasikan nomor urut pendaftaran ke pasien.
   h. Melakukan rekam sidik jari (fingerprint)
   i. Mempersilahkan pasien menunggu di ruang tunggu poliklinik.
   j. Mencetak SEP (Surat Eligibility Peserta) untuk pasienBPJS.
   k. Mencetak laporan pendaftaran harian.
7. Tanggung Jawab :
   a. Bertanggung jawab atas kebenaran data identitass yang di entry.
   b. Bertanggung jawab atas print out SEP
   c. Bertanggung jawab atas informasi yang diberikan.
   d. Bertanggung jawab atas perangkat kerja./

8. Wewenang
   a. Menanyakan ke poliklinik kejelasan jam praktik dokter
   b. Mengusulkan perbaikan perangkat kerja

I. Junior Officer Admission

1. Bidang : Medical Records & Information Services
2. Atasan Langsung : Officer Admission
3. Atasan Tidak Langsung : Senior Officer Registration
4. Pengertian

   Melakukan tugas pendaftaran pasien rawat inap, meliputi penerimaan pasien, memahami informasi surat rujukan, wawancara, pemberian informasi atau penjelasan tentang tersedianya tempat tidur (Bed Management), tarif kamar, persetujuan untuk mendapatkan perawatan.
5. Persyaratan Jabatan
   a. Minimal D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
   b. Memiliki Sertifikat Kompetensi Rekam Medis
6. Uraian Tugas
   a. Menerima pasien dari poliklinik, elektif dan IGD.
   b. Mengerti tentang surat rujukan, meliputi diagnosa, keadaan umum pasien, dokter yang merawat, ruang yang dituju.
   c. Melakukan wawancara, untuk memperoleh informasi tentang permintaan kelas, dokter, ditanggung sendirinya/asuransi/kartu RS PELNI.
   d. Mengkoordinasikan ke Instalasi perawatan tentang tersedianya kamar (dengan bed management), kelas dan pasien yang akan dirawat.
   e. Menginformasikan / konfirmasi tentang pasien kepada pihak asuransi / perusahaan yang menjamin biaya perawatan.
   f. Memberikan penjelasan kepada pasien / keluarganya tentang tarif kamar, pelepasan informasi, serta tertib pasien rawat inap (General Consent).

g. Mendaftarkan pasien rawat inap dengan terlebih dahulu melengkapi data sosial pasien.
h. Mengentry data pada modul pendaftaran pasien rawat inap/admission.
i. Mencetak data identitas pasien.
j. Menyusun dokumen pasien rawat inap dan lembar rekam medis dalam foldernya.
k. Mencetak gelang identitas pasien dan stiker label.
l. Membuat SEP (Surat Eligibility Peserta) untuk pasien BPJS.
m. Menginformasikan ulang kepada Instalasi perawatan bahwa pasien sudah siap dikirim atau dilihat pada system Bed Management.
n. Memberikan dan mengisi stempel checklist lalu tanda tangan supervisi dan menyerahkan kepada petugas transporter.
o. Menyerahkan / serah terima berkas rekam medis kepada petugas IGD, bila pasien rujukan dari IGD.
p. Mengantar pasien dengan bantuan transporter ke ruang rawat inap dan serah terima dengan perawat ruang rawat inap pada pit stop di setiap ruang rawat inap.
q. Melakukan proses pembuatan surat keterangan kelahiran (SKK).
r. Memastikan melakukan pelayanan sesuai indikator mutu Instalasi Medical Records & Information Services di Rumah Sakit PELNI.
s. Memahami dan memahami terkait Indikator Kinerja Pegawai, sehingga memahami Indikator Kinerjanya.

7. **Tanggung Jawab**
   a. Bertanggung jawab atas kebenaran informasi yang diberikan kepada pasien/keluarga.
   b. Bertanggung jawab atas kelengkapan data pasien rawat inap.
   c. Bertanggung jawab atas kelengkapan rekam medis dan dokumen pasien rawat inap.

8. Bertanggung jawab terhadap diterimanya pasien, berkas rekam medis dan dokumen di Instalasi rawat inap.
9. **Wewenang**
   a. Koordinasi dengan poliklinik.
   b. Koordinasi dengan petugas IGD.
   c. Koordinasi dengan petugas transportasi pasien.
   d. Koordinasi dengan petugas rawat inap.
   e. Koordinasi dengan penjamin pasien.

J. Junior Officer Medical Records Data Management

1. Bidang : Medical Records & Information Services.
2. Atasan Langsung : Senior Officer Data Management.
3. Atasan Tidak Langsung : Head O f Medical Records & Information Servives.
4. Pengertian : Melakukan tugas pengumpulan, pencatatan, pengolahan dan pelaporan rutin baik harian, mingguan, bulanan dan tahunan. Melakukan proses alihmedia, assembling dan penerimaan berkas rekam medis.
5. **Persyaratan Jabatan :**
   a. Minimal D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Atau tenaga SMA yang sudah melakukan pelatihan.
   b. Memiliki Sertifikat kompetensi Rekam Medis pegawai rekam medis, untuk tenaga SMA tidak dibutuhkan.

6. Uraian Tugas :

a. Mencetak laporan kinerja registrasi rawat jalan, harian, bulanan dan tahunan.
b. Koding data penyakit.
c. Merekapitulasi kunjungan poliklinik sesuai dengan sistem pelaporan yang berlaku.
d. Membuat laporan kunjungan rawat jalan.
e. Menyerahkan laporan kepada atasan.
f. Menyerahkan berkas rekam medis kepada petugas penyimpanan.
g. Membuat laporan berkas rekam medis yang tidak kembali.

h. Memastikan melakukan pelayanan sesuai indikator mutu Instalasi Medical Records & Information Services di Rumah Sakit PELNI.
i. Memastikan memahami terkait Indikator Kinerja Pegawai, sehingga petugas memahami Indikator Kinerjanya.

7. Tanggung Jawab : Bertanggung jawab atas kebenaran dan ketepatan pengolahan dan pelaporan data.

8. Wewenang :

a. Koordinasi dengan petugas distribusi.
b. Koordinasi dengan petugas penyimpanan.
c. Koordinasi dengan petugas poliklinik

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

   Pembahasan :

   Apabila standarisasi kebutuhan tenaga dilakukan secara tepat, maka pola ketenagaan ini dapat tersusun dengan baik sehingga pelaksanaan kegiatan pelayanan dapat mencapai target yang telah ditentukan. Atas dasar tersebut pertu adanya perencanaan SDM, yaitu proses mengantisipasi dan menyiapkan perputaran orang kedalam, didalam dan ke luar organisasi Tujuannya adalah mendayagunakan sumber-sumber tersebut efektif mungkin sehingga pada waktu yang tepat dapat disediakan sejumlah orang yang sesuai dengan persyaratan jabatan. Perencanaan bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan organisasi dalam mencapai sasarannya melalui strategi pengembangan kontribusi Rumah Sakit PELNI melalui surat keputusan No. 040/ARS/VII/2004 tentang Persyaratan dan Kualifikasi Pendidikan jabatan struktural, dengan persyaratan jabatan dan Pendidikan, Pelatihan, dan pengalaman.
5. Mengidentifikasi tugas dan fungsi unit-unit terkait di rumah sakit, seperti Unit Rawat Jalan, Unit Rawat Inap dan Unit Gawat Darurat.

   Nama jabatan : Kepala Urusan Pengelolaan Data

Instalasi kerja : Divisi penunjang Pelayanan Medis Instalasi Rekam Medis & Informasi kesehatan.Menyusun sistem dan SPO sebagai pedoman kerja, tentang:

a) Assembling Dan Indeks Kode Penyakit.
b) Pernilahan berkas rekam medis rawat inap
c) Penyusutan berkas rekam medis rawat inap dokter pada aplikasi HFIS BPJS
d) Statistik Dan Pelaporan.

Nama jabatan : Supervisi Registrasi

Instalasi kerja : Divisi penunjang Pelayanan Medis Instalasi Rekam Medis & Informasi kesehatan

a) Mengkoordinasi dan mengawasi serta memberi petunjuk kepada petugas.
b) Registrasi dalam kegiatan pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan sesuai dengan standar prosedur operational (SPO)
c) Mengontrol kesiapan sarana dan prasarana untuk menunjang kegiatan
d) pendaftaran serta bertanggung jawab terhadap kelancaran dalam pelayanan pendaftaran pasien
e) Memberikan arahan kepada pelaksana yang berdinas
f) Membuat laporan kegiatan harian kepada Kepala Urusan Registrasi.
g) Membuat susunan daftar dinas petugas registrasi
h) Mencatat libur, cuti petugas registrasi
i) Mengatur kegiatan pendaftaran pasien rawat jalan.
j) Mengawasi kelancaran kegiatan pendaftaran
k) Menangani permasalahan pada kegiatan pendaftaran
l) Membuat catatan dan melaporkan kepada atasan
m) Membuat laporan kunjungan pendaftaran pasien rawat jalan
n) Membuat laporan harian kegiatan pendaftaran
o) Laporan kegiatan pelayanan registrasi
p) Membuat laporan pembatalan / penundaan pendaftaran pasien rawat jalan

Nama jabatan : Kepala urusan admission

Instalasi kerja : Divisi penunjang Pelayanan Medis Instalasi Rekam Medis & Informasi Kesehatan

a) Kelancaran dan ketepatan waktu pendaftaran pasien IGD dan rawat inap
b) Ketepatan dan kebenaran Surat Eligibility Peserta dan berkas
c) Rekam medis dengan pasien yang akan diperiksa.
d) Kelancaran pelayanan penerimaan pasien IGD dan Rawat Inap.
e) Ketepatan dan kesesuaian pasien rawat inap dengan kasus, hak kelas, dan kesepakatan pasien/keluarga

6. Mengetahui Fungsi dan peran perekam medis dalam aspek aspek manajemen: Perencanaan, Pengorganisasian, Pengarahan, dan Pengendalian.

   Perekam medis memiliki peran dalam mendukung pengelolaan pelayanan rekam medis melalui fungsi manajemen yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian. Di Rumah Sakit PELNI, fungsi tersebut diterapkan dalam pengelolaan kegiatan rekam medis dan informasi kesehatan. Pada tahap perencanaan, perekam medis berperan dalam menentukan kebutuhan kegiatan, sumber daya, serta pengelolaan data dan informasi rekam medis. Pada tahap pengorganisasian, dilakukan pembagian tugas dan tanggung jawab sesuai dengan struktur organisasi dan bidang kerja. Pada tahap pengarahan, perekam medis mengarahkan pelaksanaan kegiatan agar sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku. Sementara itu, pengendalian dilakukan melalui pemantauan dan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan untuk menjaga kualitas, ketepatan, dan kelengkapan pengelolaan rekam medis.

7. Mengidentifikasi pelaksanaan penyusunan Rencana Kerja (Renstra) Unit Rekam Medis.

   Kegiatan perencanaan pada unit rekam medis merupakan proses penentuan program kerja yang disusun berdasarkan kebutuhan pelayanan dan kondisi unit. Penyusunan rencana kerja dilaksanakan pada periode November hingga Desember dengan mempertimbangkan permasalahan yang ditemukan

selama pelaksanaan kegiatan. Setiap permasalahan kemudian ditinjau berdasarkan tingkat kepentingan dan kebutuhan penanganannya agar dapat ditentukan kegiatan yang perlu didahulukan. Salah satu bentuk kegiatan yang menjadi perhatian adalah proses alih media dokumen rekam medis, yaitu pengubahan dokumen rekam medis manual ke dalam bentuk elektronik sebagai upaya mendukung penerapan rekam medis elektronik di rumah sakit.

8. Mengidentifikasi sarana dan prasarana unit kerja rekam medis untuk memenuhi kebutuhan kerja: luas ruang unit kerja rekam medis, sarana penunjang penyimpanan rekam medis (tracer, bon pinjam).

   Unit kerja rekam medis di Rumah Sakit PELNI memiliki ruang pelaporan dengan luas kurang lebih 40 m^2 yang digunakan untuk menunjang kegiatan pengolahan data dan pelaporan rekam medis. Dalam pengelolaan rekam medis, sebagian besar penyimpanan data telah menggunakan Rekam Medis Elektronik (RME), sehingga penggunaan sarana penyimpanan berkas secara fisik sudah semakin terbatas. Tracer tidak digunakan dalam proses penyimpanan rekam medis, sedangkan bon pinjam masih digunakan sebagai sarana pendukung dalam peminjaman dan pengendalian dokumen rekam medis yang masih berbentuk fisik. Penggunaan sarana tersebut disesuaikan dengan kebutuhan pengelolaan rekam medis yang telah menerapkan sistem elektronik namun masih memiliki beberapa dokumen dalam bentuk fisik.

9. Mengetahui program orientasi dan pelatihan staf unit kerja MIK

   Pelatihan bagi tenaga yang telah memiliki latar belakang pendidikan Diploma III Rekam Medis perlu disesuaikan dengan standar kompetensi profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan. Pengembangan kompetensi tersebut mencakup tujuh kompetensi utama yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas dan tanggung jawab profesional perekam medis, yaitu:

   1. Klasifikasi dan kodifikasi penyakit, masalah masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan
   2. Aspek hukum dan etika profesi
   3. Manajemen rekam medis dan informasi kesehatan
   4. Menjaga mutu rekam medis

5. Statistik kesehatan
6. Manajemen unit kerja manajemen informasi kesehatan/ rekam medis
7. Kemitraan profesi

   Pelatihan bagi petugas Admission dan Registrasi diarahkan pada pengembangan kompetensi dalam memberikan pelayanan kepada pasien dan keluarga sebagai pengguna layanan kesehatan. Petugas pada bagian tersebut memiliki peran penting karena menjadi salah satu pihak yang berinteraksi langsung dengan pasien pada tahap awal pelayanan, terutama dalam pemberian informasi dan pelaksanaan proses pendaftaran. Oleh karena itu, diperlukan peningkatan kompetensi dalam komunikasi efektif, hubungan interpersonal, sikap pelayanan, serta kemampuan dalam memahami dan melaksanakan prosedur pendaftaran pasien sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

   Pengembangan kompetensi tersebut bertujuan untuk mendukung pelaksanaan pelayanan yang komunikatif, profesional, dan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Jenis pelatihan yang diperlukan meliputi:

   1) Komunikasi efektif
   2) Human relation
   3) Kepribadian
   4) Sistem pendaftaran, penamaan dan penomoran rekam medis pasien.

10. Mengidentifikasi penyusunan anggaran tahunan di unit kerja Rekam Medis

    Penyusunan anggaran pada unit rekam medis umumnya dilakukan pada bulan November hingga Desember dengan mempertimbangkan kebutuhan pemeliharaan, pengadaan, dan operasional unit. Penyusunan anggaran dilakukan berdasarkan kondisi dan masa penggunaan peralatan yang digunakan dalam kegiatan rekam medis.

    1. Anggaran pemeliharaan dan pengadaan peralatan

       Peralatan yang digunakan akan dipantau berdasarkan kondisi, fungsi, dan masa penggunaannya. Apabila peralatan menunjukkan penurunan

fungsi atau diperkirakan mengalami kerusakan, maka kebutuhan perbaikan atau penggantian dapat diajukan dalam penyusunan anggaran. Contohnya adalah peralatan yang digunakan dalam kegiatan retensi yang mengalami penurunan kinerja atau kerusakan.

2. Anggaran rutin

   Anggaran rutin digunakan untuk memenuhi kebutuhan operasional sehari-hari pada unit rekam medis. Kebutuhan tersebut meliputi pembelian map rekam medis, kertas untuk mencetak formulir rekam medis, serta berbagai perlengkapan rekam medis lainnya yang bersifat habis pakai

11. Mengidentifikasi fungsi pengawasan yang dilakukan manajer rekam medis

    Kegiatan pengawasan pada unit rekam medis dilakukan oleh Kepala Rekam Medis melalui koordinator atau Senior Officer. Pengawasan dilakukan untuk memantau pelaksanaan tugas dan kinerja Senior Officer maupun Junior Officer secara langsung di lingkungan kerja. Pemantauan dilakukan dengan melihat pelaksanaan kegiatan pada masing-masing area untuk memastikan pekerjaan berjalan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Salah satu kegiatan yang dipantau adalah pelaksanaan MJKN pada unit registrasi dan area APM. Apabila selama pengawasan ditemukan permasalahan, maka permasalahan tersebut dibahas dan dievaluasi bersama tim registrasi untuk menentukan tindak lanjut yang sesuai. Kegiatan pengawasan dilakukan sekitar satu hingga tiga kali dalam seminggu dengan menyesuaikan kondisi dan kebutuhan di lapangan.

12. Mengidentifikasi data yang dibutuhkan dalam menyiapkan profil RS

    Data yang diperlukan dalam penyusunan profil Rumah Sakit pada unit rekam medis meliputi data identitas pasien, jumlah kunjungan berdasarkan jenis kelamin dan kelompok usia, serta data angka kematian atau case mortality. Data kematian tersebut meliputi pasien yang meninggal kurang dari 48 jam, lebih dari 48 jam, dan pasien DOA *(Dead on Arrival)*. Selain itu, diperlukan data 10 besar penyakit terbanyak di Rumah Sakit PELNI, jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap, serta data kelahiran yang meliputi angka

kelahiran hidup dan kematian bayi. Data profil Rumah Sakit juga mencakup indikator pelayanan seperti BOR *(Bed Occupancy Rate),* LOS *(Length of Stay),* dan TOI *(Turn Over Interval)* sebagai data pendukung dalam penyusunan informasi dan statistik pelayanan rumah sakit.

13. Mengidentifikasi dan menganalisis masalah yang berkaitan dengan Manajemen Unit Kerja Rekam Medis

    Permasalahan yang ditemukan dalam pelaksanaan manajemen unit kerja rekam medis di Rumah Sakit PELNI meliputi beberapa aspek, antara lain pengelolaan dokumen, sistem informasi, dan pelayanan pendaftaran. Pada kegiatan retensi masih ditemukan dokumen yang tidak lengkap, seperti tidak tersedianya resume medis serta adanya ketidaksesuaian identitas pada map dengan dokumen rekam medis. Pada kegiatan assembling juga ditemukan keterlambatan dalam penyusunan berkas rekam medis. Selain itu, terdapat kendala pada sistem dan sarana pendukung pelayanan, seperti SIMRS yang mengalami penurunan kinerja ketika diakses oleh banyak pengguna, fitur General Consent yang belum tersedia pada RME, serta kendala pada mesin APM dan fitur face recognition. Pada pelayanan pendaftaran melalui WhatsApp juga ditemukan keterlambatan respons terhadap pesan pasien yang dapat menyebabkan pesan menjadi expired. Berbagai permasalahan tersebut menunjukkan bahwa pengelolaan unit rekam medis masih memerlukan pemantauan dan tindak lanjut secara berkala agar pelaksanaan pelayanan dan pengelolaan informasi rekam medis dapat berjalan secara optimal.

3.2 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek statistik kesehatan, epidemiologi dasar, dan biomedik di RUMAH SAKIT PELNI JAKARTA tahun 2026

3.2.1 Mampu Memahami Dan Menerapkan Konsep Dasar Biostatistik Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Baik Secara Manual Dan/Atau Elektronik.

a. Data dan Variabel

Data merupakan catatan mengenai karakteristik suatu objek atau peristiwa yang diamati pada waktu atau periode tertentu, yang dapat disajikan dalam bentuk angka maupun simbol (Danny, 2021). Sementara itu, Variabel merupakan fenomena alam maupun sosial yang menjadi objek pengukuran dalam penelitian dengan menggunakan instrumen penelitian. Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data serta mengukur variabel yang diteliti (Arvyanda et al., 2023).

b. Pengumpulan dan pengolahan data

Pengumpulan data merupakan kegiatan memperoleh data dari berbagai sumber yang berkaitan dengan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan pelaporan dan penyediaan informasi. Data dapat berasal dari unit rawat jalan, rawat inap, maupun unit pelayanan lainnya yang kemudian dikumpulkan pada bagian pelaporan.

Setelah data terkumpul, dilakukan proses pemeriksaan dan pengolahan untuk memastikan data dapat digunakan dalam menghasilkan informasi yang sesuai. Kegiatan pengumpulan dan pengolahan data menjadi bagian penting dalam pelaksanaan statistik kesehatan karena hasilnya dapat digunakan untuk mendukung kebutuhan informasi dan pengambilan keputusan di rumah sakit.

Pengolahan data merupakan proses mengolah data yang masih berupa data mentah dari berbagai unit pelayanan menjadi informasi yang sistematis dan memiliki makna, sehingga dapat digunakan secara optimal untuk mendukung kegiatan evaluasi, perencanaan, dan pengambilan keputusan.

c. Penyajian data, distribusi dan interpretasi data

Penyajian data merupakan proses menyampaikan informasi berdasarkan hasil temuan yang telah direduksi ke dalam bentuk uraian atau narasi yang disusun secara logis dan sistematis, sehingga informasi tersebut lebih mudah dipahami (Zulfirman, 2022). Pada bagian pelaporan di Rumah Sakit Pelni, data statistik disajikan dalam bentuk tabel dan grafik, kemudian diuraikan secara deskriptif untuk memudahkan proses interpretasi data dan membantu dalam menarik kesimpulan yang sesuai.

d. Penggunaan aplikasi komputer dalam pengolahan, penyajian dan interpretasi data, estimasi, korelasi dan regresi

Pengolahan data statistik pada bagian pelaporan Rumah Sakit Pelni telah dilakukan secara elektronik dengan menarik data secara langsung melalui sistem. Penggunaan sistem tersebut memungkinkan proses pelaporan berlangsung lebih efisien, akurat, dan terintegrasi, sehingga dapat mengurangi kesalahan akibat pengolahan manual serta mempercepat proses analisis dan penyajian data yang diperlukan. Meskipun sebagian besar pengolahan data statistik telah dilakukan secara elektronik melalui sistem, masih terdapat beberapa permintaan penarikan data dari program baru yang belum dapat diintegrasikan ke dalam sistem. Akibatnya, penyajian data dari program tersebut belum sepenuhnya dilakukan secara otomatis, sehingga data perlu diambil dari metadata untuk kemudian diolah kembali. Data yang telah diperoleh selanjutnya dapat diolah secara manual dengan menggunakan Microsoft Excel.

3.2.2 Mampu Mengolah dan Menyajikan Sistem Informasi Kesehatan Secara Manual dan/atau Elektronik dengan Benar sesuai Prosedur yang berlaku yang Meliputi :

a. Mengidentifikasi Laporan Internal dan Eksternal Rumah Sakit (Manual dan Elektronik)

Pelaporan data di Rumah Sakit Pelni dilakukan secara berkala, yang meliputi laporan harian, laporan mingguan, laporan bulanan. laporan tersebut dibedakan menadi dua jenis, yaitu laporan internal dan laporan eksternal.

Laporan internal merupakan laporan yang disusun untuk kepentingan manajemen rumah sakit sebagai dasar proses evaluasi serta pengambilan keputusan. laporan internal, meliputi laporan kematian, yang dilaporkan dalam kurun waktu 1x24 jam. sementara itu, laporan eksternal merupakan laporan yang disusun pihak rumah sakit untuk diberikan kepada pihak luar, yaitu Kemekes dan Dinkes DKI Jakarta. hal hal yang dilaporkan, meliputi laporan surveilans penyakit, laporan kematian yang dilakukan dalam kurun

waktu 1x24 jam. laporan mingguan, yang dilaporkan setiap hari senin ketika terdapat notifikasi Alert di website.

3.2.3 Menerapkan Konsep Dasar Statistik Pelayanan Kesehatan Baik Secara Manual Dan/Atau Elektronik Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

a. Melaksanakan sensus data pasien

Sensus data pasien merupakan kegiatan pengumpulan dan pencatatan data pasien yang dilakukan secara sistematis untuk memperoleh informasi mengenai jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan di rumah sakit. Kegiatan ini menghasilkan data yang dapat digunakan sebagai dasar dalam penyusunan laporan statistik rumah sakit, pemantauan pelayanan, serta evaluasi terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, pelaksanaan sensus data pasien menjadi salah satu kegiatan yang penting dalam mendukung ketersediaan informasi yang akurat dan tepat waktu.

b. Menghitung persentase Penggunaan tempat tidur

Indikator BOR *(Bed Occupancy Rate)* digunakan untuk menunjukkan tingkat pemanfaatan tempat tidur di rumah sakit. Nilai BOR dapat menggambarkan apakah penggunaan tempat tidur berada pada tingkat yang rendah atau tinggi. Standar nilai BOR yang dianggap ideal berada pada rentang 60% hingga 85%

Rumus BOR

$$BOR = \frac{Jumlah\ HP}{Jumlah\ TT\ \times Jumlah\ Hari\ Periode} \times 100\%$$

Berdasarkan data statistik pelayanan rawat inap Rumah Sakit Pelni pada bulan Agustus, dilakukan perhitungan Bed Occupancy Rate (BOR) untuk mengetahui tingkat pemanfaatan tempat tidur selama periode tersebut. Hasil perhitungan BOR diperoleh sebesar 65,19%. Hasil perhitungan tersebut masih berada dalam batas ideal yang ditetapkan yaitu 60-85% sesuai standar Depkes RI tahun 2005.

c. Menghitung Bed Turn Over – Length of Stay, Turn Over Interval, Gross Death Rate, Net Death Rate,

1). BTO

Indikator BTO (Bed Turn Over) digunakan untuk menunjukkan frekuensi atau tingkat perputaran pemakaian tempat tidur di rumah sakit dalam periode tertentu. Nilai BTO menggambarkan berapa kali rata-rata setiap tempat tidur digunakan oleh pasien selama periode pelayanan. Semakin tinggi nilai BTO, semakin sering tempat tidur digunakan oleh pasien. Standar nilai BTO yang digunakan sebagai acuan adalah 40–50 kali dalam satu tahun.

$$\text{BTO} = \frac{\text{Jumlah Pasien Keluar (Hidup + Mati)}}{\text{Jumlah Tempat Tidur}}$$

Berdasarkan data statistik pelayanan rawat inap Rumah Sakit Pelni pada bulan Agustus, dilakukan perhitungan Bed Turn Over (BTO) untuk mengetahui frekuensi perputaran tempat tidur selama periode tersebut. Hasil perhitungan BTO diperoleh sebesar 4,87 kali. Hasil tersebut menunjukkan bahwa selama bulan Agustus, setiap tempat tidur rata-rata telah digunakan oleh sekitar 4,87 pasien.

Karena hasil perhitungan tersebut merupakan data satu bulan, maka untuk mengetahui gambaran perputaran tempat tidur dalam satu tahun, nilai BTO bulanan dapat diproyeksikan dengan mengalikannya dengan 12 bulan. Berdasarkan perhitungan tersebut, diperoleh nilai sebesar 58,44 kali per tahun (4,87 × 12). Jika pola pelayanan pada bulan Agustus dianggap relatif sama sepanjang tahun, maka nilai tersebut berada di atas rentang standar BTO 40–50 kali per tahun. Hal ini menunjukkan bahwa frekuensi perputaran tempat tidur tergolong cukup tinggi dibandingkan dengan rentang standar tahunan.

2). LOS

Indikator AVLOS (Average Length of Stay) digunakan untuk menunjukkan rata-rata lama pasien dirawat di rumah sakit. Nilai AVLOS

menggambarkan rata-rata jumlah hari yang dihabiskan seorang pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit. Indikator ini dapat digunakan untuk mengetahui efisiensi pelayanan medis dan pemanfaatan tempat tidur. Standar nilai AVLOS yang digunakan sebagai acuan adalah 6–9 hari.

$$\text{AVLOS} = \frac{\text{Jumlah Lama Dirawat}}{\text{Jumlah Pasien Keluar (Hidup + Mati)}}$$

Berdasarkan data statistik pelayanan rawat inap Rumah Sakit Pelni pada bulan Agustus, dilakukan perhitungan Average Length of Stay (AVLOS) untuk mengetahui rata-rata lama pasien menjalani perawatan selama periode tersebut. Hasil perhitungan AVLOS diperoleh sebesar 4,33 hari. Hasil tersebut menunjukkan bahwa pasien yang menjalani perawatan di Rumah Sakit Pelni pada bulan Agustus rata-rata dirawat selama sekitar 4,33 hari.

Nilai AVLOS sebesar 4,33 hari berada di bawah rentang standar ideal 6–9 hari. Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata lama perawatan pasien pada periode bulan Agustus lebih pendek dibandingkan dengan rentang standar tersebut. Kondisi ini dapat menggambarkan bahwa pasien rata-rata menjalani perawatan dalam waktu yang relatif singkat selama periode yang dianalisis.

3). TOI

Indikator TOI (Turn Over Interval) digunakan untuk menunjukkan rata-rata lamanya waktu tempat tidur kosong atau tidak digunakan setelah ditinggalkan oleh pasien sampai tempat tidur tersebut kembali digunakan oleh pasien berikutnya. Nilai TOI dapat menggambarkan tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur di rumah sakit. Semakin lama nilai TOI, semakin lama pula tempat tidur berada dalam keadaan kosong. Standar nilai TOI yang digunakan sebagai acuan adalah 1–3 hari.

$$\text{TOI} = \frac{(\text{Jumlah Tempat Tidur} \times \text{Jumlah Hari dalam Periode}) - \text{Hari Perawatan}}{\text{Jumlah Pasien Keluar (Hidup + Mati)}}$$

Berdasarkan data statistik pelayanan rawat inap Rumah Sakit Pelni pada bulan Agustus, dilakukan perhitungan Turn Over Interval (TOI) untuk mengetahui rata-rata lama waktu tempat tidur tidak digunakan selama periode tersebut. Hasil perhitungan TOI diperoleh sebesar 2,05 hari. Hasil tersebut menunjukkan bahwa setiap tempat tidur rata-rata mengalami kekosongan selama sekitar 2,05 hari sebelum kembali digunakan oleh pasien berikutnya.

Nilai TOI sebesar 2,05 hari masih berada dalam rentang standar ideal 1–3 hari. Hal ini menunjukkan bahwa interval penggunaan kembali tempat tidur berada dalam rentang yang sesuai dengan standar, sehingga pemanfaatan tempat tidur selama periode bulan Agustus dapat dikatakan berada pada kondisi yang sesuai dengan rentang standar TOI.

4). GDR

Gross Death Rate (GDR) merupakan angka kematian kasar yang menunjukkan jumlah total pasien meninggal dunia per 1.000 pasien yang keluar dari rumah sakit, baik dalam kondisi hidup maupun mati. Standar Depkes nilai GDR yaitu <45‰ Rumus GDR (Bulan Agustus).

$$\frac{\text{Jumlah pasien meninggal di rumah sakit}}{\text{Jumlah seluruh pasien keluar (hidup + meninggal)}} \times 100\%$$

Berdasarkan data statistik pelayanan rawat inap Rumah Sakit Pelni pada bulan Agustus, dilakukan perhitungan Gross Death Rate (GDR) untuk mengetahui angka kematian umum pasien rawat inap selama periode tersebut. Hasil perhitungan GDR diperoleh sebesar 38,66‰. Hasil tersebut menunjukkan bahwa terdapat sekitar 39 pasien meninggal untuk setiap 1.000 pasien yang keluar dari rumah sakit, baik dalam keadaan hidup maupun meninggal.

Nilai GDR sebesar 38,66‰ masih berada di bawah standar yang ditetapkan oleh Depkes RI, yaitu <45‰. Hal ini menunjukkan bahwa angka kematian umum pasien rawat inap di Rumah Sakit Pelni pada bulan Agustus masih berada dalam batas standar GDR yang ditetapkan.

5). NDR

Net Death Rate (NDR) merupakan angka kematian bersih yang menunjukkan jumlah pasien rawat inap yang meninggal dunia setelah mendapatkan perawatan selama 48 jam atau lebih untuk tiap 1.000 pasien keluar (hidup maupun mati). Standar Depkes nilai NDR yaitu <25‰.

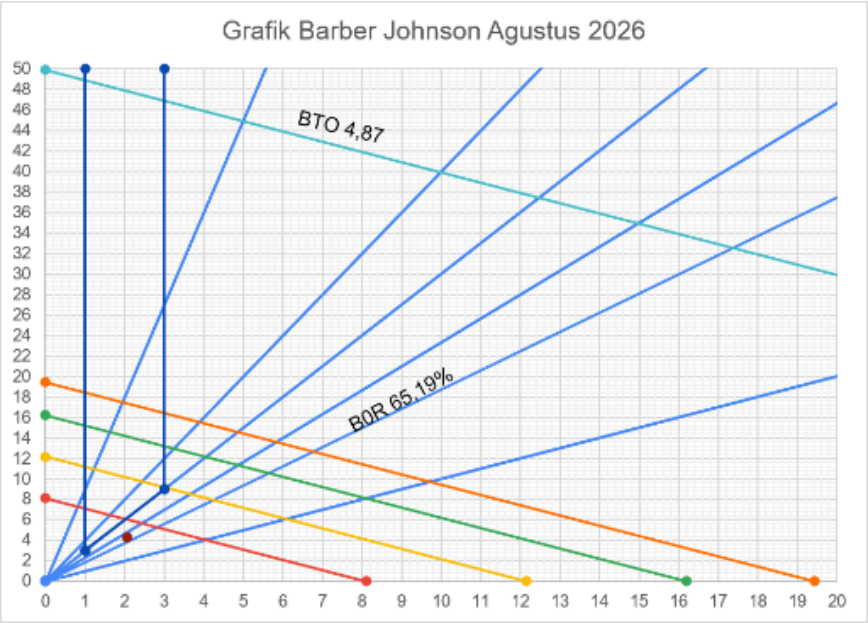
Rumus NDR (Bulan Agustus)

$$\frac{\text{Jumlah pasien meninggal} > 48 \text{ jam}}{\text{Jumlah seluruh pasien keluar (hidup + meninggal)}} \times 100\%$$

Berdasarkan data statistik pelayanan rawat inap Rumah Sakit Pelni pada bulan Agustus, dilakukan perhitungan Net Death Rate (NDR) untuk mengetahui angka kematian pasien rawat inap setelah dirawat lebih dari 48 jam selama periode tersebut. Hasil perhitungan NDR diperoleh sebesar 22,44‰. Hasil tersebut menunjukkan bahwa terdapat sekitar 22 pasien meninggal setelah dirawat lebih dari 48 jam untuk setiap 1.000 pasien yang keluar dari rumah sakit, baik dalam keadaan hidup maupun meninggal.

Nilai NDR sebesar 22,44‰ masih berada di bawah standar yang ditetapkan oleh Depkes RI, yaitu <25‰. Hal ini menunjukkan bahwa angka kematian pasien setelah dirawat lebih dari 48 jam di Rumah Sakit Pelni pada bulan Agustus masih berada dalam batas standar NDR yang ditetapkan.

d. Membuat Grafik Barber Johnson



Gambar 3. 2 Grafik Barber Johnson

e. Menginterpretasikan Grafik Barber Johnson untuk mengetahui efisiensi pengelolaan RS

Grafik Barber Johnson memberikan gambaran mengenai keterkaitan antara ketersediaan tempat tidur, lama perawatan, dan perputaran pasien, sehingga dapat digunakan untuk menilai tingkat pemanfaatan tempat tidur di rumah sakit berdasarkan batas ideal yang telah ditetapkan (Fahnuriza et al., 2022).

Berdasarkan Grafik Barber Johnson yang telah disusun, terlihat bahwa titik perpotongan indikator BOR, LOS, TOI, dan BTO pada bulan Agustus 2026 di Rumah Sakit Pelni berada di luar area efisiensi. Titik perpotongan tersebut berada pada koordinat sekitar (2,05; 4,34). Kondisi ini menunjukkan bahwa tingkat efisiensi pemanfaatan tempat tidur di Rumah Sakit Pelni pada bulan Agustus 2026 belum mencapai tingkat yang optimal.

Hal tersebut dapat dilihat dari pencapaian indikator pengelolaan tempat tidur rawat inap. Nilai BOR sebesar 65,19% masih berada di bawah rentang ideal Barber Johnson, yaitu 75–85%, sehingga menunjukkan bahwa tingkat pemanfaatan tempat tidur belum mencapai rentang efisiensi ideal. Sementara itu, nilai LOS sebesar 4,34 hari telah berada dalam rentang ideal Barber

Johnson, yaitu 3–12 hari, yang menunjukkan bahwa rata-rata lama pasien dirawat masih berada dalam rentang yang sesuai.

Nilai TOI sebesar 2,05 hari juga berada dalam rentang ideal, yaitu 1–3 hari. Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata tempat tidur mengalami kekosongan selama sekitar 2 hari sebelum digunakan kembali oleh pasien berikutnya. Namun, nilai BTO sebesar 4,87 kali masih jauh di bawah nilai ideal yang umumnya digunakan dalam Grafik Barber Johnson, yaitu sekitar 30 kali, sehingga menunjukkan bahwa perputaran penggunaan tempat tidur masih rendah.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa efisiensi pengelolaan tempat tidur di Rumah Sakit Pelni pada bulan Agustus 2026 belum sepenuhnya tercapai. Meskipun indikator LOS dan TOI telah berada dalam rentang ideal, nilai BOR dan BTO masih berada di bawah batas efisiensi sehingga pemanfaatan dan perputaran tempat tidur belum optimal.

f. Melakukan pengumpulan, pengolahan dan penyajian data yang berkaitan dengan indikator pelayanan Rumah Sakit

Indikator pelayanan rumah sakit adalah ukuran atau petunjuk yang digunakan untuk menilai dan menggambarkan tingkat pemanfaatan, mutu, serta efisiensi pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit. Indikator tersebut digunakan sebagai salah satu alat untuk mengukur mutu pelayanan rumah sakit melalui aspek-aspek pelayanan yang relevan. Pada dasarnya, indikator digunakan sebagai media atau alat untuk menggambarkan atau menunjukan adanya perubahan dalam suatu peristiwa atau kegiatan tertentu. Menurut Peraturan Badan Pusat Statistik Nomor 5 Tahun 2022, indikator memiliki berbagai manfaat sebagai berikut :

1. Sebagai alat untuk menunjukkan adanya perubahan dalam suatu kejadian atau kegiatan.
2. Sebagai pedoman bagi pengguna dalam menyusun alat ukur.
3. Sebagai pedoman dalam merencanakan dan melaksanakan kegiatan yang berkaitan.

4. Sebagai pedoman dalam upaya mengembangkan suatu kegiatan sesuai dengan karakteristik, potensi, kebutuhan, dan kondisi lingkungan.
5. Sebagai pedoman dalam memberikan penilaian terhadap hasil suatu kegiatan

   Indikator pelayanan rumah sakit di Rumah Sakit Pelni terdiri dari perhitungan BOR, LOS, TOI, BTO. Kegiatan pengumpulan data dilakukan oleh unit pelaporan, yang memperoleh data melalui penarikan laporan indikator pada sistem SIRS Rumah Sakit Pelni, yaitu PHIS (Pelni Hospital Information System). Dalam sistem PHIS, perhitungan indikator pelayanan rumah sakit dilakukan secara real time dan otomatis, serta beberapa indikator seperti BOR dan BTO ditampilkan langsung pada dasbor PHIS. Sebelum pelaporan data produksi dilakukan, petugas pelaporan terlebih dahulu melakukan pengecekan terhadap kesesuaian data yang diperoleh dengan hasil penarikan indikator produksi harian. Setelah itu, data dilaporkan kepada Kepala Urusan Pengolahan Data untuk dilakukan verifikasi kesesuaian. Pelaporan indikator produksi ini digunakan untuk memenuhi kebutuhan eksternal rumah sakit

g. Melaksanakan kegiatan penyusunan data morbiditas rawat jalan

   Kegiatan penyusunan data morbiditas rawat jalan dilakukan untuk mengidentifikasi dan mengelompokkan jenis penyakit atau diagnosis yang ditemukan pada pasien yang mendapatkan pelayanan rawat jalan di rumah sakit. Kegiatan diawali dengan mengumpulkan data pasien rawat jalan berdasarkan diagnosis utama yang tercatat dalam dokumen rekam medis. Selanjutnya, data diagnosis diperiksa kelengkapan dan kesesuaiannya, kemudian dikelompokkan berdasarkan kode ICD-10 sesuai dengan diagnosis yang telah ditetapkan oleh dokter.

   Data yang telah dikelompokkan kemudian disusun dan direkapitulasi berdasarkan jenis diagnosis, kategori usia, jenis kelamin, dan jumlah kasus pada periode tertentu. Hasil penyusunan tersebut digunakan untuk mengetahui distribusi serta pola penyakit pada pasien rawat jalan. Data morbiditas juga dapat dimanfaatkan sebagai bahan pelaporan rumah sakit,

evaluasi pelayanan kesehatan, perencanaan kebutuhan pelayanan, serta penyediaan informasi untuk mendukung pengambilan keputusan.

Diagnosa Morbiditas Rawat Jalan	Kategori Usia	Kunjungan Kasus		Total Kunjungan	
		L	P	L	P
I10	Umur 15 - 19 Tahun	0	1		
	Umur 20 - 24 Tahun	3	1		
	Umur 25 - 29 Tahun	3	5		
	Umur 30 - 34 Tahun	0	12		
	Umur 35 - 39 Tahun	4	12		
	Umur 40 - 44 Tahun	9	10		
	Umur 45 - 49 Tahun	16	28		
	Umur 50 - 54 Tahun	22	21		
	Umur 55 - 59 Tahun	18	22		
	Umur 60 - 64 Tahun	14	33		
	Umur 65 - 69 Tahun	16	20		
	Umur 70 - 74 Tahun	11	25		
	Umur 75 - 79 Tahun	4	16		
	Umur 80 - 84 Tahun	7	7		
	Umur ≥ 85 Tahun	0	2		
I10 Total		**127**	**215**	**187**	**331**
I11	Umur 20 - 24 Tahun	1	0		
	Umur 25 - 29 Tahun	2	2		
	Umur 30 - 34 Tahun	3	4		
	Umur 35 - 39 Tahun	1	4		
	Umur 40 - 44 Tahun	0	10		
	Umur 45 - 49 Tahun	8	18		
	Umur 50 - 54 Tahun	4	16		
	Umur 55 - 59 Tahun	6	18		
	Umur 60 - 64 Tahun	12	19		
	Umur 65 - 69 Tahun	8	22		
	Umur 70 - 74 Tahun	10	26		
	Umur 75 - 79 Tahun	4	8		
	Umur 80 - 84 Tahun	9	8		
	Umur ≥ 85 Tahun	2	5		
I11 Total		**70**	**160**	**70**	**161**

Gambar 3. 3 Data Morbiditas Rawat Jalan

h. Melaksanakan kegiatan penyusunan data morbiditas rawat inap

Kegiatan penyusunan data morbiditas rawat inap dilakukan untuk mengidentifikasi dan mengelompokkan jenis penyakit atau diagnosis yang menyebabkan pasien menjalani perawatan di rumah sakit. Kegiatan diawali dengan mengumpulkan data pasien rawat inap berdasarkan diagnosis utama yang tercatat pada dokumen rekam medis. Selanjutnya, data diagnosis diperiksa kelengkapan dan kesesuaiannya, kemudian dikelompokkan berdasarkan kode ICD-10 sesuai dengan diagnosis yang telah ditetapkan oleh dokter.

Data yang telah dikelompokkan kemudian disusun dan direkapitulasi berdasarkan jenis diagnosis, kategori usia, jenis kelamin, dan jumlah kasus pada periode tertentu. Hasil penyusunan tersebut digunakan untuk mengetahui distribusi serta pola penyakit pada pasien rawat inap. Data morbiditas juga dapat dimanfaatkan sebagai bahan pelaporan rumah sakit,

evaluasi pelayanan kesehatan, perencanaan kebutuhan pelayanan, serta penyediaan informasi bagi pengambilan keputusan.

Tabel 3.17 morbiditas rawat inap

Diagnosa Morbiditas Rwat Inap	***Kategori Usia***	**L**	**P**	**Meninggal Laki-Laki**	**Meninggal Perempuan**
D25.9	Umur 25 - 29 Tahun		1		
	Umur 30 - 34 Tahun		1		
	Umur 35 - 39 Tahun		1		
	Umur 40 - 44 Tahun		4		
	Umur 45 - 49 Tahun		7		
	Umur 50 - 54 Tahun		3		
	Umur 65 - 69 Tahun		1		
D26.9	Umur 40 - 44 Tahun		3		
	Umur 45 - 49 Tahun		1		
	Umur 55 - 59 Tahun		1		
D27	Umur 40 - 44 Tahun		2		
	Umur 45 - 49 Tahun		1		
	Umur 50 - 54 Tahun		1		
D32.9	Umur 50 - 54 Tahun		1		
D33.0	Umur 5 - 9 Tahun		1		
	Umur 70 - 74 Tahun		1		1
D33.2	Umur 60 - 64 Tahun	1			
D36.7	Umur 25 - 29 Tahun		1		
	Umur 45 - 49 Tahun		1		
	Umur 50 - 54 Tahun	1			
	Umur 55 - 59 Tahun	1			
	Umur 60 - 64 Tahun		1		

i. Melaksanakan kegiatan penyusunan data mortalitas

Kegiatan penyusunan data mortalitas dilakukan untuk mengidentifikasi dan mengolah data pasien yang meninggal selama mendapatkan pelayanan di rumah sakit. Kegiatan diawali dengan mengumpulkan data pasien meninggal berdasarkan dokumen rekam medis dan data pelayanan yang tersedia. Selanjutnya, dilakukan pemeriksaan terhadap kelengkapan dan kesesuaian data, terutama terkait identitas pasien, diagnosis penyebab kematian, tanggal dan waktu kematian, serta kondisi atau keterangan lain yang berkaitan dengan kematian pasien.

Data yang telah diperiksa kemudian disusun dan direkapitulasi berdasarkan penyebab kematian dan jumlah kasus dalam periode tertentu. Diagnosis penyebab kematian dapat dikelompokkan berdasarkan kode ICD-10 sesuai dengan informasi yang tercatat dalam rekam medis. Hasil penyusunan data tersebut digunakan untuk mengetahui jumlah dan pola kematian pasien di rumah sakit selama periode yang dianalisis.

3.2.4 Mengidentifikasi Laporan Internal Dan Eksternal Rumah Sakit Baik Secara Manual Dan/Atau Elektronik.

a. Laporan Internal

1. RL 1 - RL 5
2. Produksi Internal RS
    1) BOR
    2) LOS
    3) TOI
    4) pasien masuk
    5) pasien keluar
    6) laporan penunjang
3. Laporan Kematian

b. Laporan Eksternal

1) Pelaporan surveilans kematian
2) Pelaporan surveilans infeksi
3) Pelaporan SIRS VI
4) Pelaporan RS Online
5) Pelaporan HIV
6) Pelaporan SITB
7) Produksi jejaring Pertamedika
8) Malaria
9) Keracunan

3.3 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek klasifikasi dan kodefikasi penyakit, masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis di RUMAH SAKIT PELNI JAKARTA tahun 2026

3.3.1 Identifikasi Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit serta Tindakan menggunakan ICD 10 dan ICD 9CM

Klasifikasi merupakan proses menyusun berbagai objek secara sistematis ke dalam kelompok atau kelas berdasarkan kriteria tertentu. Dalam bidang kesehatan, prinsip klasifikasi digunakan untuk mengelompokkan penyakit dan penyebab kematian secara sistematis. Dalam sistem klasifikasi penyakit dilakukan pengelompokan penyakit-penyakit yang sejenis ke dalam satu grup nomor kode penyakit sejenis sesuai dengan International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem (ICD). ICD menyediakan bahasa umum untuk klasifikasi penyakit, cedera dan penyebab kematian. Selain itu, tujuan klasifikasi adalah memungkinkan pencatatan, analisis, interpretasi, dan perbandingan data mortalitas dan morbiditas secara sistematis. ICD-10 terdiri atas tiga volume. Volume 1 berisi daftar tabulasi dan subkategori kode. Volume 2 berisi pengantar, sejarah klasifikasi, serta aturan kodefikasi mortalitas dan morbiditas beserta contoh. Volume 3 berisi indeks alfabetis yang memuat diagnosis dan berbagai kondisi terkait obat, bahan kimia, cedera, dan keracunan.

Sementara itu, pengodean merupakan kegiatan pemberian kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan medis yang terbaru/International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Permenkes No. 24, 2022). Penerapan pengodean digunakan untuk mencatat dan mengelompokkan laporan penyakit, memberikan data yang mendukung sistem pelaporan kesehatan, serta membantu menentukan jenis layanan medis yang perlu dikembangkan sesuai kebutuhan zaman. Selain itu, pengodean juga berperan dalam

menyediakan data untuk evaluasi dan perencanaan layanan kesehatan, sekaligus mempermudah penyimpanan dan pengambilan informasi terkait diagnosis pasien.

Koding merupakan salah satu kegiatan pengolahan data rekam medis untuk memberikan kode dengan huruf atau mengklasifikasikan penyakit dengan pengelompokan penyakit yang sejenis ke dalam satu grup nomor kode penyakit.

a. ICD-10 edisi 2010 (International Classification of Diseases, 10th Revision), digunakan untuk pengkodean penyakit dan diagnosis, dan
b. ICD-9-CM edisi 2010 (International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification), digunakan untuk pengkodean prosedur atau tindakan medis

Selain itu, RS Pelni juga menggunakan daftar singkatan resmi untuk diagnosis dan prosedur yang telah disahkan oleh Direktur Rumah Sakit, guna memastikan konsistensi dan keseragaman dalam pencatatan medis.

Proses pengkodean di Unit Klaim RS PELNI dilakukan oleh petugas Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) secara bertahap dan terstruktur. Proses ini dilakukan untuk memastikan bahwa informasi mengenai diagnosis, tindakan medis, dan dokumen pendukung lainnya telah terdokumentasi secara lengkap dan konsisten sebagai dasar dalam proses pengajuan klaim.

Pada pasien rawat inap, proses pengkodean diagnosis dan tindakan dilakukan setelah pasien selesai menjalani perawatan dan berkas rekam medis telah dipulangkan dari ruang rawat inap. Pengkodean mengacu pada ringkasan pulang yang tersedia pada sistem PHIS RS PELNI serta dokumen rekam medis lain yang mendukung informasi diagnosis dan tindakan pasien.

Sementara itu, pada pasien rawat jalan, proses pengkodean dilakukan setelah pasien mendapatkan pelayanan dari dokter dan SEP (Surat Eligibilitas Peserta) telah dicetak. Pengkodean mengacu pada dokumentasi

pelayanan yang tercatat dalam SOAP pada sistem PHIS RS PELNI. Petugas melakukan penelusuran terhadap informasi diagnosis dan tindakan yang tercatat untuk menentukan kode yang sesuai dengan ketentuan pengkodean yang berlaku. Setelah kode diagnosis dan tindakan ditentukan, petugas melakukan input kode ke dalam aplikasi PHIS RS PELNI. Pada proses klaim rawat inap, data klaim terlebih dahulu disimpan pada PHIS sebelum dilanjutkan ke aplikasi E-Klaim. Hal tersebut dikarenakan proses bridging antara PHIS dan E-Klaim belum mencakup seluruh data secara otomatis, sehingga masih terdapat beberapa informasi yang perlu dilengkapi atau disesuaikan kembali pada aplikasi E-Klaim oleh petugas.

Berbeda dengan rawat inap, proses klaim rawat jalan telah terintegrasi secara penuh melalui bridging antara PHIS dan E-Klaim. Dengan demikian, data yang telah diinput dan disimpan pada PHIS dapat diteruskan ke E-Klaim secara keseluruhan tanpa memerlukan penginputan ulang secara manual untuk setiap data.

Selanjutnya, petugas melakukan pengecekan kembali terhadap data yang telah diteruskan ke E-Klaim untuk memastikan kesesuaian antara data pada PHIS, hasil pengkodean, dan dokumen pelayanan pasien. Setelah data dinyatakan sesuai, petugas melanjutkan proses import koding sebagai salah satu tahapan dalam pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan. Seluruh proses penginputan dan pengajuan klaim dilakukan berdasarkan ketentuan yang berlaku serta kesepakatan antara pihak rumah sakit dan BPJS Kesehatan.

3.3.2 Identifikasi Pelaksanaan Audit Coding

Audit koding merupakan kegiatan peninjauan yang dilakukan untuk memastikan bahwa proses pengodean diagnosis, tindakan, atau prosedur yang dilakukan oleh clinical coder telah menghasilkan kode yang akurat, konsisten, dan tepat waktu sesuai dengan informasi yang tercantum dalam rekam medis pasien. Pelaksanaan audit koding dilakukan dengan menilai empat aspek kualitas koding yaitu validity, reliability, completeness, dan timeliness. (jurnal Mei Sryendang Sitorus). Pengodean diagnosis yang

dilakukan secara tepat, lengkap, dan konsisten akan menghasilkan data rekam medis yang berkualitas. Ketepatan dalam menetapkan kode diagnosis menjadi salah satu aspek penting yang perlu diperhatikan oleh tenaga perekam medis dan informasi kesehatan. Hal tersebut dikarenakan ketepatan kode diagnosis berperan dalam pengelolaan data klinis, proses pengajuan dan penggantian biaya pelayanan kesehatan, serta berbagai kebutuhan lain yang berkaitan dengan penyelenggaraan asuhan dan pelayanan kesehatan (jurnal Kholida Syiah Nasution).

Kegiatan audit coding dilakukan untuk mengidentifikasi kesalahan atau ketidaksesuaian dalam pemberian kode, kemudian menelusuri sumber atau penyebab terjadinya kesalahan tersebut. Dalam pelaksanaannya, audit coding dilakukan dengan membandingkan kode diagnosis dan tindakan yang ditetapkan oleh clinical coder dengan informasi yang terdokumentasi dalam rekam medis pasien. Perbandingan tersebut bertujuan untuk mengetahui kesesuaian antara informasi klinis yang tercatat dalam rekam medis dengan kode yang dihasilkan. Selain mengidentifikasi kesalahan, audit coding juga dapat digunakan untuk menemukan bagian dalam praktik pengkodean yang masih memerlukan perbaikan dan peningkatan. Hasil audit coding selanjutnya dapat menjadi dasar dalam upaya meningkatkan ketepatan, kelengkapan, konsistensi, dan kualitas kode yang dihasilkan sehingga informasi yang diperoleh dari proses pengkodean dapat digunakan secara optimal untuk mendukung pengelolaan data dan informasi kesehatan (jurnal Kholida Syiah Nasution).

Berikut merupakan tahapan pelaksanaan audit coding yang dilakukan di Unit Casemix RS PELNI:

1. Penerimaan Rekam Medis di Unit Casemix

   Proses audit coding diawali dengan diterimanya berkas rekam medis pasien di Unit Casemix. Sebelum dilakukan proses pengkodean, petugas melakukan pemeriksaan terhadap kelengkapan dokumen rekam medis. Pemeriksaan meliputi:

   a. identitas pasien

b. hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya
c. catatan tindakan medis dan
d. formulir pelayanan kesehatan lainnya yang berkaitan dengan pelayanan pasien.

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memastikan bahwa dokumen dan informasi yang diperlukan telah tersedia dan tidak terdapat data yang terlewat sebelum memasuki tahap pengkodean.

2. Verifikasi Klaim oleh Bagian Farmasi

   Setelah dokumen rekam medis dinyatakan lengkap, dilakukan verifikasi terhadap obat-obatan dan alat kesehatan yang digunakan selama pasien mendapatkan pelayanan. Verifikasi dilakukan dengan mencocokkan item obat dan alat kesehatan yang akan diklaim dengan catatan pelayanan serta dokumentasi medis pasien. Tahap ini bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh obat dan alat kesehatan yang tercatat dalam klaim sesuai dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien.

3. Verifikasi oleh Dokter Verifikator

   Tahap selanjutnya adalah verifikasi oleh dokter verifikator. Dokter melakukan pemeriksaan terhadap informasi klinis pasien, terutama hubungan antara diagnosis, tindakan medis, dan pelayanan yang tercatat dalam rekam medis. Verifikasi ini bertujuan untuk memastikan bahwa informasi klinis yang menjadi dasar pengkodean telah didukung oleh dokumentasi medis dan dapat digunakan sebagai dasar dalam proses pengajuan klaim

4. Proses Pengkodean Diagnosis dan Tindakan

   Setelah melalui tahapan verifikasi, petugas coder melakukan pengkodean diagnosis dan tindakan berdasarkan informasi yang terdapat dalam rekam medis. Pengkodean dilakukan dengan mengacu pada pedoman dan ketentuan pengkodean yang berlaku.

Petugas menentukan kode diagnosis dan tindakan berdasarkan hasil pemeriksaan, diagnosis yang ditegakkan, serta tindakan medis yang telah didokumentasikan dalam rekam medis pasien.

5. Verifikasi Internal oleh Petugas Verifikator Unit Casemix

   Setelah proses pengkodean selesai, berkas rekam medis menjalani verifikasi internal oleh petugas verifikator Unit Casemix. Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan kembali terhadap hasil pengkodean untuk memastikan:

   a. ketepatan kode diagnosis dan tindakan
   b. konsistensi antara diagnosis, prosedur, dan data pelayanan
   c. kesesuaian antara hasil pengkodean dengan dokumentasi rekam medis dan
   d. kepatuhan terhadap pedoman serta ketentuan yang berlaku.

   Apabila ditemukan ketidaksesuaian atau informasi yang belum lengkap, petugas melakukan penelusuran dan perbaikan sesuai dengan hasil verifikasi sebelum data dilanjutkan ke tahap pengajuan klaim.

6. Dokumentasi dan Evaluasi Hasil Audit Coding

   Hasil audit coding dicatat dan didokumentasikan secara sistematis oleh Unit Casemix. Dokumentasi tersebut digunakan sebagai bahan evaluasi terhadap pelaksanaan pengkodean dan verifikasi klaim.

   Hasil audit juga dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran internal bagi coder dan petugas verifikator untuk meningkatkan pemahaman serta kompetensi dalam proses pengkodean dan verifikasi klaim.

   Selain itu, RS PELNI melakukan pembaruan terhadap pedoman dan ketentuan pengkodean dengan mengikuti perkembangan regulasi dan ketentuan terbaru yang berlaku. Pembaruan tersebut bertujuan untuk menjaga agar proses pengkodean dan verifikasi tetap sesuai dengan standar yang ditetapkan serta mendukung kualitas dokumentasi rekam medis dan proses pengajuan klaim.

3.3.3 Identifikasi Abstraksi Rekam Medis

Abstraksi rekam medis merupakan kegiatan mengidentifikasi, memilih, dan merangkum informasi penting yang terdapat dalam dokumen rekam medis pasien, kemudian menyusunnya ke dalam bentuk yang lebih ringkas, sistematis, dan terstruktur sehingga informasi tersebut lebih mudah dipahami dan digunakan sesuai dengan kebutuhan. Abstraksi rekam medis berfungsi untuk merangkum informasi penting dari rekam medis pasien secara sistematis dan terstruktur sehingga dapat memudahkan pemanfaatan data oleh pihak manajemen, penjamin pelayanan kesehatan, maupun dalam kegiatan analisis dan pengolahan data kesehatan. Informasi yang diambil biasanya berkaitan dengan:

1. Identitas pasien
2. Diagnosis utama dan sekunder
3. Tindakan medis dan prosedur
4. Hasil pemeriksaan penunjang
5. Terapi yang diberikan
6. Riwayat penyakit
7. Hasil pengobatan atau status keluar pasien

Selain berfungsi untuk merangkum informasi penting dalam rekam medis, abstraksi rekam medis juga memiliki tujuan dalam mendukung pengelolaan dan pemanfaatan data kesehatan. Informasi yang telah dirangkum secara sistematis dapat memudahkan proses pengolahan dan analisis data untuk kebutuhan manajemen serta evaluasi mutu pelayanan. Selain itu, abstraksi rekam medis dapat mendukung penyediaan data statistik dan epidemiologi kesehatan, meningkatkan efisiensi dalam pengelolaan data rekam medis, serta menyediakan informasi yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan untuk keperluan penelitian, penyusunan laporan, dan pengambilan keputusan di bidang pelayanan kesehatan.

Proses abstraksi rekam medis dilakukan melalui beberapa tahapan yang sistematis. Tahapan tersebut meliputi:

1. Menelaah isi rekam medis secara menyeluruh dengan membaca dan memahami informasi yang tercantum dalam dokumen rekam medis pasien secara teliti.
2. Mengidentifikasi informasi yang diperlukan dengan memilih data-data penting dan relevan sesuai dengan kebutuhan serta tujuan pelaksanaan abstraksi rekam medis.
3. Mencatat data yang telah diperoleh ke dalam formulir abstraksi rekam medis, baik menggunakan formulir secara manual maupun melalui sistem atau media elektronik.
4. Mengelompokkan dan mengklasifikasikan data berdasarkan standar atau sistem klasifikasi yang berlaku, seperti ICD-10 untuk pengelompokan diagnosis, ICD-9-CM untuk tindakan atau prosedur, serta ICD-O apabila diperlukan untuk klasifikasi penyakit neoplasma berdasarkan morfologi.
5. Melakukan pemeriksaan dan verifikasi data dengan mencocokkan kembali informasi yang telah dicatat dengan dokumen rekam medis sumber. Tahap ini dilakukan untuk memastikan bahwa data yang diabstraksikan telah sesuai, lengkap, dan akurat sehingga dapat digunakan untuk kebutuhan pengolahan, pelaporan, maupun analisis data kesehatan.

3.3.4 Identifikasi Data Statistik Prosedur Klinis

Statistik prosedur klinis merupakan data yang menggambarkan jumlah dan jenis tindakan atau prosedur medis yang diberikan kepada pasien selama memperoleh pelayanan kesehatan di rumah sakit. Data tersebut dapat berupa tindakan operasi, persalinan, pemeriksaan penunjang, maupun tindakan medis lainnya. Statistik prosedur klinis dapat digunakan untuk mengetahui gambaran aktivitas pelayanan yang diberikan kepada pasien serta menjadi salah satu sumber informasi dalam evaluasi dan perencanaan pelayanan rumah sakit.

Dalam pengelolaannya, setiap tindakan atau prosedur medis yang dilakukan kepada pasien perlu dicatat dan diklasifikasikan menggunakan kode yang sesuai. Salah satu klasifikasi yang digunakan dalam pengkodean prosedur adalah ICD-9-CM (International Classification of

Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification). Penggunaan ICD-9-CM membantu menyeragamkan pencatatan dan pengelompokan tindakan sehingga data prosedur klinis dapat diolah menjadi informasi statistik yang lebih terstruktur dan akurat.

Data prosedur klinis yang telah dikumpulkan dan dikodekan selanjutnya dapat digunakan dalam kebutuhan pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS). Data tersebut direkapitulasi berdasarkan jenis atau kelompok prosedur sesuai dengan kebutuhan pelaporan, kemudian dilaporkan sebagai bagian dari data statistik pelayanan rumah sakit. Dengan demikian, data prosedur klinis tidak hanya berfungsi sebagai dokumentasi pelayanan, tetapi juga menjadi sumber informasi dalam pelaporan rumah sakit serta dapat dimanfaatkan untuk evaluasi dan perencanaan pelayanan.

3.3.5 Identifikasi Underlying Cause of Death (UCOD)

Penyebab Dasar Kematian (*Underlying Cause of Death*) merupakan kondisi penyakit atau cedera yang menjadi awal dari rangkaian kejadian yang berakhir dengan kematian seseorang. Penyebab tersebut juga dapat berupa kecelakaan maupun tindakan kekerasan yang menimbulkan cedera fatal hingga menyebabkan kematian. Penetapan kode penyebab dasar kematian memiliki peranan penting dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit, khususnya dalam menghasilkan data mortalitas yang akurat. Ketepatan kode tersebut dapat memengaruhi keakuratan laporan mortalitas serta validitas data mengenai sepuluh besar penyebab kematian di rumah sakit. Selain itu, informasi mengenai penyebab dasar kematian dapat digunakan sebagai dasar dalam menentukan upaya pencegahan dan pengendalian penyakit yang berisiko menyebabkan kematian. Oleh karena itu, proses penetapan dan pengodean penyebab dasar kematian perlu dilakukan secara tepat dan akurat agar data yang dihasilkan dapat dipertanggungjawabkan serta dapat mendukung penyusunan laporan rumah sakit dan perencanaan tindakan pencegahan secara optimal (jurnal Putri Nabila Ramadhani Jaya Winata)

Ketentuan mengenai penentuan penyebab dasar kematian (*Underlying Cause of Death*/UCOD) di Indonesia salah satunya diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor. Peraturan tersebut menjelaskan bahwa penentuan kematian di fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan oleh tenaga medis. Selain itu, Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis mengatur bahwa dokter atau dokter gigi wajib mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dalam berkas rekam medis, termasuk informasi mengenai penyebab kematian pada sertifikat kematian. Dalam proses penetapan kode UCOD, tenaga rekam medis khususnya coder memiliki peran dalam melakukan pengodean terhadap penyebab kematian berdasarkan informasi yang tercantum dalam dokumen medis. Apabila urutan penyebab kematian yang didokumentasikan belum sesuai atau memerlukan penelusuran lebih lanjut, coder melakukan peninjauan terhadap informasi yang tersedia untuk membantu menentukan penyebab dasar kematian sesuai dengan ketentuan pengodean yang berlaku (Achmad Jaelani Rusdi).

Alur Prosedur UCOD dan Pelaporan Kematian di RS PELNI

1. Penerimaan Surat Kematian

   Tim pelaporan menerima surat kematian dari ruang jenazah. Surat kematian diterima paling lambat 1 × 24 jam setelah pasien dinyatakan meninggal.

2. Verifikasi Surat Kematian dengan Data pada PHIS

   Surat kematian kemudian dicocokkan dengan data pasien yang terdapat pada sistem PHIS. Verifikasi meliputi:

   a. Nomor urut kematian/jenazah
   b. Nama pasien
   c. Nomor rekam medis
   d. Nomor ruangan
   e. Tanggal dan jam kematian
   f. Lama perawatan pasien di RS PELNI dan

g. Status DNR (*Do Not Resuscitate*) atau tidak.

3. Verifikasi Status DNA

   Apabila pada surat kematian tercantum bahwa pasien dilakukan DNR, tim pelaporan melakukan pengecekan terhadap dokumentasi medis, terutama informed consent dan SOAP, untuk memastikan adanya dokumentasi terkait keputusan DNR.

4. Penginputan Data Pelaporan Kematian

   Setelah data dinyatakan sesuai, data kematian diinput ke dalam website pelaporan Dinas Kesehatan. Petugas terlebih dahulu mengisi identitas pasien dan data kematian sesuai dengan dokumen serta hasil verifikasi pada PHIS.

   Pelaporan kematian dilakukan paling lambat 1 × 24 jam. Apabila batas waktu pelaporan bertepatan dengan hari libur atau tanggal merah, proses pelaporan dilanjutkan pada hari kerja berikutnya. Data pelaporan diupayakan telah selesai diinput sebelum pukul 10.00.

5. Pengisian UCOD (*Underlying Cause of Death*)

   UCOD merupakan informasi mengenai penyebab dasar kematian yang ditentukan atau diisi oleh dokter berdasarkan kondisi dan dokumentasi medis pasien. Setelah dokter menetapkan penyebab kematian, proses pengkodean UCOD dilakukan oleh tim pelaporan sesuai dengan ketentuan klasifikasi yang berlaku.

6. Entry Penyebab Kematian pada Website Dinas Kesehatan

   Setelah penyebab kematian ditentukan oleh dokter dan UCOD dikodekan oleh tim pelaporan, informasi penyebab kematian diinput ke dalam website pelaporan Dinas Kesehatan. Pada website tersebut, pengisian penyebab kematian pasien umum disusun berdasarkan urutan rangkaian kejadian yang menyebabkan kematian, yaitu:

   - (a) Penyebab langsung kematian, yaitu penyakit atau kondisi yang secara langsung menyebabkan kematian pasien

- (b) Penyebab antara, yaitu penyakit atau kondisi yang menjadi bagian dari rangkaian kejadian menuju penyebab langsung kematian
- (c) Penyebab antara, yaitu penyakit atau kondisi yang menjadi bagian lanjutan dari rangkaian penyebab kematian dan
- (d) Penyebab dasar kematian, yaitu penyakit atau kondisi yang mengawali rangkaian kejadian yang secara langsung maupun tidak langsung menyebabkan kematian.

Selain rangkaian tersebut, pada website pelaporan Dinas Kesehatan juga terdapat bagian untuk mencatat penyebab tidak langsung, yaitu penyakit atau kondisi lain yang turut berkontribusi terhadap terjadinya kematian tetapi tidak termasuk dalam rangkaian langsung penyebab kematian.

7. Entry Penyebab Kematian pada PHIS RS PELNI

   Setelah informasi penyebab kematian diinput pada website pelaporan Dinas Kesehatan, petugas juga melakukan entry pada sistem PHIS RS PELNI. Struktur pengisian penyebab kematian pada PHIS memiliki urutan yang berbeda dengan website pelaporan Dinas Kesehatan. Pada PHIS, urutan pengisian dimulai dari (d), (c), (b), kemudian (a).

   Dengan demikian, pengisian penyebab kematian pada PHIS RS PELNI meliputi:

   - (d) Penyebab dasar kematian, yaitu penyakit atau kondisi yang mengawali rangkaian kejadian yang menyebabkan kematian
   - (c) Penyebab antara, yaitu penyakit atau kondisi yang menjadi bagian dari rangkaian kejadian setelah penyebab dasar
   - (b) Penyebab antara, yaitu penyakit atau kondisi yang menjadi tahapan berikutnya dalam rangkaian menuju penyebab langsung dan
   - (a) Penyebab langsung kematian, yaitu penyakit atau kondisi yang secara langsung menyebabkan kematian pasien.

Pada PHIS juga terdapat bagian untuk mencatat penyebab tidak langsung apabila terdapat penyakit atau kondisi lain yang berkontribusi terhadap kematian tetapi tidak termasuk dalam rangkaian penyebab langsung.

Perbedaan urutan pengisian tersebut perlu diperhatikan oleh petugas karena website Dinas Kesehatan menggunakan urutan (a)–(d), sedangkan PHIS RS PELNI menggunakan urutan (d)–(a). Meskipun demikian, informasi yang diinput pada kedua sistem tetap berasal dari penyebab kematian yang telah ditentukan oleh dokter dan hasil pengkodean UCOD oleh tim pelaporan.

8. Entry Penyebab Kematian pada Bayi

Untuk pasien bayi, pengisian penyebab kematian menggunakan struktur yang berbeda dengan pasien umum. Pada website pelaporan Dinas Kesehatan, penyebab kematian bayi diinput berdasarkan urutan sebagai berikut:

(a) penyakit atau kondisi utama janin atau bayi

(b) penyakit atau kondisi lain pada janin atau bayi

(c) penyakit atau kondisi utama ibu yang memengaruhi janin atau bayi

(d) penyakit atau kondisi lain ibu yang memengaruhi janin atau bayi dan

(e) kondisi lain yang relevan.

Pengisian tersebut dilakukan berdasarkan informasi yang tercantum dalam dokumentasi medis dan penyebab kematian yang telah ditentukan oleh dokter.

9. Pasien DOA (*Dead on Arrival*)

Pada pasien DOA, proses entry penyebab kematian dilakukan dengan ketentuan yang berbeda. Pasien yang datang ke RS PELNI dalam kondisi telah meninggal tidak dilakukan pengisian UCOD seperti pasien yang meninggal setelah mendapatkan pelayanan atau perawatan di rumah sakit. Data yang dicatat disesuaikan dengan kondisi pasien saat datang dan dokumentasi yang tersedia, termasuk pencatatan waktu kematian berdasarkan waktu kedatangan pasien di RS PELNI.

3.4 Mengidentifikasi pelaksanaan kegiatan manajemen rekam medis dan informasi kesehatan berdasarkan aspek manajemen data dan informasi kesehatan di RUMAH SAKIT PELNI JAKARTA tahun 2026

3.4.1 Mengidentifikasi Jenis Aplikasi Digunakan Dalam Penyelenggaraan Unit Rekam Medis

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

Indeks Utama Pasien (Master Patient Index) merupakan fitur yang digunakan untuk menyimpan dan menemukan identitas utama pasien dalam sistem informasi rumah sakit. Pada Rumah Sakit Pelni, fitur ini terdapat dalam Pelni Hospital Information System (PHIS). Data utama yang digunakan dalam pencarian pasien meliputi nama pasien, nomor rekam medis / no medical record, dan tanggal lahir. Berdasarkan hasil observasi, petugas dapat melakukan pencarian data pasien melalui PHIS menggunakan nomor rekam medis atau identitas pasien seperti nama dan tanggal lahir. Proses pencarian tersebut dilakukan untuk memastikan pasien telah memiliki data dan nomor rekam medis sebelumnya sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya pembuatan data pasien ganda. Pada proses pendaftaran, petugas melakukan verifikasi data pasien dengan mencocokkan informasi yang terdapat pada sistem dengan identitas pasien. Untuk pasien lama, data yang telah tersimpan dapat ditemukan kembali sehingga petugas tidak perlu membuat data pasien baru. Hal tersebut menunjukkan bahwa fitur indeks utama pasien pada PHIS berperan dalam memudahkan pencarian dan identifikasi pasien serta mendukung penerapan prinsip satu pasien satu nomor rekam medis. Struktur data pasien dalam PHIS juga memuat nomor rekam medis sebagai identitas utama, disertai atribut seperti nama dan tanggal lahir.

b. Pendaftaran, perpindahan, dan pemulangan pasien (Admission, Transfer, and Discharge System)

Fitur pendaftaran, perpindahan, dan pemulangan pasien digunakan untuk mendukung pencatatan perjalanan pasien selama memperoleh pelayanan di Rumah Sakit Pelni. Proses pendaftaran pasien dilakukan melalui PHIS

pada pelayanan rawat jalan, Instalasi Gawat Darurat (IGD), maupun Admission Center. Petugas terlebih dahulu mencari data pasien berdasarkan nomor rekam medis atau identitas pasien. Setelah data pasien ditemukan dan diverifikasi, petugas melakukan pendaftaran kunjungan sesuai dengan jenis pelayanan yang akan diterima pasien.

Pada pendaftaran rawat jalan, petugas dapat memilih menu Pendaftaran Rawat Jalan pada PHIS dan menginput informasi pelayanan seperti jenis nasabah, nomor rujukan, tanggal rencana berobat, klinik tujuan, dokter, jenis kejadian, cara datang, serta diagnosis awal. Setelah data selesai dilengkapi dan diverifikasi, sistem menghasilkan bukti pendaftaran sebagai bukti bahwa pasien telah terdaftar pada pelayanan yang dituju.

Selain pendaftaran, PHIS juga digunakan dalam pengelolaan perubahan jadwal pelayanan pasien. Berdasarkan hasil observasi, tersedia fitur untuk mengubah tanggal kontrol atau registrasi rawat jalan. Petugas dapat mencari data pasien, memilih kunjungan yang akan diubah, menentukan tanggal atau jadwal baru, kemudian melakukan konfirmasi sebelum perubahan disimpan. Pada sistem juga terdapat fitur pembatalan registrasi rawat jalan, sehingga kunjungan yang telah dibuat dapat dibatalkan sesuai kebutuhan pelayanan. Bukti tampilan fitur tersebut terdapat pada dokumentasi aplikasi dalam laporan kelompok.

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

Disease and Procedure Index merupakan fitur yang berkaitan dengan pengelompokan dan penelusuran data diagnosis penyakit serta tindakan atau prosedur yang diberikan kepada pasien. Pada Rumah Sakit Pelni, data diagnosis dan tindakan yang terdapat dalam pelayanan pasien dikelola melalui PHIS. Dalam kegiatan pengolahan rekam medis, petugas coder membaca resume medis dan SOAP pasien untuk menentukan diagnosis serta tindakan yang telah diberikan. Diagnosis kemudian dikodekan menggunakan ICD-10, sedangkan tindakan atau prosedur dikodekan menggunakan ICD-9-CM. Hasil pengkodean selanjutnya dimasukkan ke

dalam PHIS dan dapat digunakan untuk kebutuhan pelayanan maupun klaim.

Indeks penyakit di Rumah Sakit Pelni juga digunakan untuk mengelompokkan diagnosis pasien dan mendukung penyusunan 10 besar penyakit berdasarkan periode tertentu. Sementara itu, indeks tindakan digunakan untuk mengelompokkan tindakan medis berdasarkan kode tindakan ICD-9-CM sehingga data pelayanan dapat ditelusuri berdasarkan jenis tindakan yang diberikan.

d. Pelacakan RM (MR tracking system)

Pelacakan RM (Medical Record Tracking System) merupakan fitur yang digunakan untuk membantu proses penelusuran data atau keberadaan rekam medis pasien. Berdasarkan hasil observasi, PHIS menyediakan fitur pencarian data pasien yang dapat digunakan oleh petugas rekam medis. Pencarian dapat dilakukan berdasarkan beberapa identitas pasien, seperti nomor rekam medis, nama pasien, tanggal lahir, NIK, kartu BPJS, dan nomor BPJS PELNI, sebagaimana terlihat pada dokumentasi tampilan fitur pelacakan RM.

Selain itu, dalam proses pengolahan rekam medis rawat jalan, SEP rawat jalan juga digunakan sebagai salah satu media untuk melakukan tracking atau pelacakan terhadap catatan pelayanan pasien. Dengan adanya fitur pencarian dan penelusuran tersebut, petugas dapat menemukan data pasien dan informasi pelayanan yang diperlukan secara lebih cepat serta mendukung kesinambungan pengelolaan rekam medis.

3.4.2 Mengoperasikan Memahami Interoperabilitasnya Serta Mampu Mengatasi *Troubleshooting* yang Terjadi

a. Pengoperasian PHIS pada Unit Pelayanan

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) adalah sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur pelayanan rumah sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan, dan prosedur administrasi untuk menghasilkan informasi yang tepat dan akurat (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Penyelenggaraannya diarahkan untuk

meningkatkan efisiensi, efektivitas, profesionalisme, kinerja, akses, dan mutu pelayanan rumah sakit (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Kementerian Kesehatan menggambarkan SIMRS sebagai sistem yang mengelola proses pelayanan dan administrasi secara terintegrasi, mulai dari pendaftaran, pelayanan medis, rekam medis, farmasi, dan laboratorium hingga pengelolaan data dan pelaporan (Kementerian Kesehatan RI, 2026). Pada penyelenggaraan rekam medis elektronik (RME), SIMRS menjadi wadah teknisnya, karena RME didefinisikan sebagai rekam medis yang dibuat menggunakan sistem elektronik dan merupakan subsistem dari sistem informasi fasilitas pelayanan kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Rumah Sakit Pelni menggunakan *Pelni Hospital Information System* (PHIS) sebagai SIMRS. Seluruh aktivitas pelayanan telah terintegrasi dengan teknologi informasi yang dikembangkan sendiri (BAB II). Selama kegiatan magang, PHIS teramati digunakan untuk pendaftaran pasien, penyimpanan catatan pelayanan (SOAP dan resume atau ringkasan pulang), serta kegiatan pengkodean oleh unit rekam medis. Tujuan penggunaan PHIS dalam pelayanan pasien dapat dirumuskan sebagai upaya menyediakan satu sumber data pasien yang dapat diakses oleh unit-unit yang berwenang. Dengan satu sumber data, setiap unit tidak perlu menyusun ulang informasi yang sama, dan petugas dapat mengambil keputusan berdasarkan data yang seragam.

Pengguna PHIS pada unit pelayanan meliputi petugas pendaftaran dan *admission*, dokter, perawat, unit penunjang medis, farmasi, kasir atau administrasi, dan unit rekam medis. Pada penelaahan ini, penggunaan oleh petugas pendaftaran dan *admission* serta unit rekam medis teramati langsung. Alur pelayanan pasien di RS Pelni dimulai dari registrasi pada PHIS, yang membentuk data kunjungan. Pasien kemudian menerima pelayanan medis, dan catatan pelayanannya tersimpan pada sistem. Seluruh data tersebut terhimpun pada rekam medis elektronik yang digunakan unit rekam medis untuk pengkodean dan pelaporan. Pada setiap tahap, petugas hanya mengoperasikan fitur yang sesuai dengan tugas, profesi, dan kewenangannya.

b. Pemahaman Alur Data PHIS Antarunit Pelayanan

Integrasi SIMRS ditujukan agar data pasien yang dicatat pada satu unit dapat dimanfaatkan unit lain. Kementerian Kesehatan (2026) menyebutkan bahwa integrasi sistem diarahkan untuk membangun konsistensi pengelolaan data dan mengurangi redundansi, termasuk pada proses seperti e-resep, pemeriksaan laboratorium, dan transaksi kasir yang terhubung dalam satu ekosistem sehingga input data berulang berkurang. Studi di RSUD Ciawi menemukan bahwa integrasi SIMRS antara UGD dan rawat inap mempercepat akses informasi, memperkuat koordinasi antarunit, dan meningkatkan efisiensi administrasi. Data yang tercatat di UGD langsung terlihat di rawat inap sehingga mengurangi pengulangan pencatatan (Tjahjono & Handoyo, 2026).

Alur data pada PHIS yang teridentifikasi adalah sebagai berikut. Pasien melakukan registrasi, dan data pasien serta kunjungan tercatat pada PHIS. Pasien lalu menerima pelayanan medis, dan dokter serta perawat menginput data pelayanan. Apabila diperlukan, dilakukan pemeriksaan penunjang, dan hasilnya masuk ke sistem. Resep diteruskan ke farmasi, kemudian proses administrasi dan pembayaran dilakukan. Setelah itu, data pelayanan menjadi bagian dari rekam medis elektronik yang digunakan unit rekam medis untuk assembling, pengkodean, dan penyimpanan serta pelaporan data. Beberapa penggunaan lintas unit teramati langsung:

- data registrasi yang dibuat petugas pendaftaran dipakai ruang rawat dan unit lain,
- catatan SOAP dan ringkasan pulang yang dibuat pada pelayanan dipakai koder sebagai dasar pengkodean,
- data pelayanan dicocokkan dengan *billing* sebagai pemanfaatan data pelayanan yang bersumber dari PHIS.

c. *Troubleshooting* pada Penggunaan PHIS

Troubleshooting adalah proses sistematis untuk mengidentifikasi penyebab gangguan dan memulihkan layanan, dan dalam manajemen layanan teknologi informasi proses ini dikenal sebagai manajemen insiden. Kajian perancangan prosedur insiden SIMRS berdasarkan kerangka ITIL V3 mengidentifikasi sembilan aktivitas manajemen insiden: identifikasi, pencatatan, kategorisasi,

prioritisasi, diagnosis awal, eskalasi, investigasi dan diagnosis, penyelesaian dan pemulihan, serta penutupan insiden. Pada rumah sakit yang diteliti, unit sistem informasi manajemen menjadi titik kontak pengguna untuk melaporkan kendala. Insiden dikategorikan menjadi perangkat keras, perangkat lunak, dan jaringan. Insiden yang berkaitan dengan layanan pasien diprioritaskan, dan insiden yang tidak dapat ditangani unit tersebut dieskalasikan kepada pihak ketiga (Putri et al., 2024).

Hasil observasi di RS Pelni gangguan sistem relatif jarang terjadi. Buku register pendaftaran manual tetap disiapkan sebagai cadangan, tetapi sangat jarang digunakan, dan pendaftaran tetap dapat berjalan melalui sistem. Kendala yang teramati atau diinformasikan petugas antara lain:

- kendala pencetakan SEP pada mesin Anjungan Pasien Mandiri (APM), yang diatasi dengan mengarahkan pasien ke loket 3 (antrian *defect*) untuk dibantu petugas
- ketidaksesuaian atau data yang tidak terkirim antara PHIS dan aplikasi klaim, yang dilaporkan koder casemix langsung kepada IT

Jenis kendala lain yang secara konsep dapat terjadi pada penggunaan PHIS di unit pelayanan, meskipun tidak semuanya teramati selama magang, meliputi halaman aplikasi tidak dapat diakses, data pasien atau data pelayanan tidak tampil, proses input atau penyimpanan data terkendala, data yang ditampilkan tidak sesuai dengan pelayanan yang dilakukan, serta gangguan koneksi atau sistem.

Mekanisme penanganannya mengikuti enam tahap. Pertama, petugas mengidentifikasi kendala yang terjadi, misalnya halaman tidak terbuka atau data tidak tampil. Kedua, petugas melakukan pengecekan awal sesuai kewenangannya, seperti memeriksa kembali data yang dimasukkan, mencoba memuat ulang halaman, atau memastikan koneksi. Ketiga, apabila kendala tidak dapat diselesaikan oleh pengguna, petugas melaporkannya kepada bagian IT. Keempat, petugas IT memeriksa dan menganalisis permasalahan. Kelima, dilakukan perbaikan atau tindak lanjut sesuai jenis kendala. Keenam, setelah

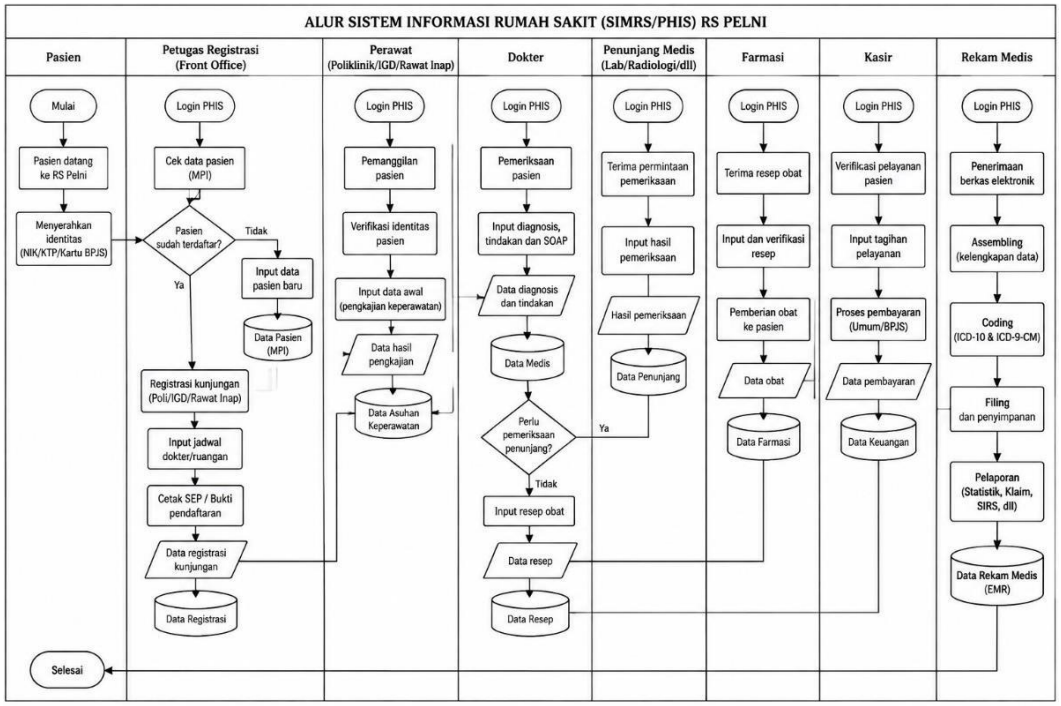
sistem kembali normal, petugas melanjutkan pelayanan dan memastikan data dapat digunakan kembali.

3.4.3 Menganalisis Sistem Informasi Pendaftaran Rawat Inap/Rawat Jalan/IGD Dengan Menggunakan

Analisis sistem informasi memerlukan model yang menggambarkan sistem dari tiga sudut pandang yang saling melengkapi. Flowchart menggambarkan urutan proses beserta pelakunya, DFD menggambarkan aliran data antarproses, dan ERD menggambarkan struktur data yang tersimpan. Pemanfaatan ketiganya sebagai satu rangkaian lazim digunakan dalam perancangan sistem informasi pendaftaran dan rekam medis, misalnya pada rancangan sistem pendaftaran klinik (Mayora et al., 2024).

a. *Flowchart S*istem

Flowchart adalah bagan yang menggunakan simbol-simbol baku untuk menggambarkan urutan langkah, titik keputusan, dan aliran dokumen atau data dalam suatu proses (International Organization for Standardization, 1985). Dalam analisis sistem, flowchart sistem berfungsi menggambarkan alur kerja lintas pelaku sehingga tanggung jawab setiap unit, titik keputusan, dan tempat data tersimpan dapat diidentifikasi. Bentuk *swimlane* membantu hal ini karena setiap pelaku digambarkan pada lajur tersendiri. Pada pelayanan pasien, flowchart membantu menelusuri bagaimana satu kunjungan melewati banyak unit sampai terbentuk rekam medis (Mayora et al., 2024).



Gambar 3. 4 Flowchart Sistem Alur Pelayanan Pasien pada PHIS Rumah Sakit Pelni

Flowchart PHIS disusun dalam delapan lajur, yaitu pasien, petugas registrasi (*front office*), perawat, dokter, penunjang medis, farmasi, kasir, dan rekam medis. Analisis alur dilakukan dalam delapan tahap, yaitu:

1. Pasien datang, alur dimulai ketika pasien datang ke rumah sakit dan menyerahkan identitas berupa NIK, Kartu Pelni, KTP, atau kartu BPJS. Identitas ini adalah data awal yang menjadi dasar seluruh pencatatan berikutnya, sehingga ketepatannya menentukan mutu data pada tahap lanjutan. Pada pasien JKN, kelengkapan administrasi seperti rujukan dan SEP juga diperiksa pada tahap ini.
2. Registrasi, petugas registrasi memeriksa data pasien pada *Master Patient Index* (MPI), lalu mengambil keputusan "pasien sudah terdaftar?". Apabila belum, petugas menginput data pasien baru yang tersimpan pada data pasien (MPI). Apabila sudah, petugas melanjutkan ke registrasi kunjungan (poli, IGD, atau rawat inap), menginput jadwal dokter atau ruangan, mencetak SEP atau bukti pendaftaran, dan menyimpan data registrasi kunjungan. Titik keputusan pada MPI adalah titik kendali utama pengelolaan identitas. Praktik di lapangan menunjukkan pemeriksaan

dilakukan melalui nomor rekam medis, nama, atau tanggal lahir, dan setiap pasien hanya memiliki satu nomor rekam medis.

3. Verifikasi identitas, pada tahap ini verifikasi dilakukan dua kali. Verifikasi pertama dilakukan petugas registrasi melalui pengecekan MPI. Verifikasi kedua dilakukan perawat pada lajurnya sebelum pengkajian. Pada rawat inap, hal ini teramati dalam konfirmasi nama dan tanggal lahir pasien sebelum gelang identitas dipasang. Verifikasi berlapis ini memastikan data yang dicatat melekat pada pasien yang benar.
4. Pelayanan dokter dan perawat, perawat memanggil pasien, memverifikasi identitas, menginput data awal berupa pengkajian keperawatan, dan hasilnya tersimpan pada data asuhan keperawatan. Dokter memeriksa pasien dan menginput diagnosis, tindakan, dan SOAP, yang tersimpan sebagai data medis. Data pada tahap ini adalah isi klinis rekam medis. Pada praktik di RS Pelni, catatan SOAP dan ringkasan pulang menjadi rujukan koder dalam menentukan kode diagnosis dan tindakan.
5. Pemeriksaan penunjang, dokter mengambil keputusan "perlu pemeriksaan penunjang?". Jika ya, unit penunjang menerima permintaan, menginput hasil pemeriksaan, dan hasilnya tersimpan pada data penunjang yang dapat dilihat kembali oleh dokter pada PHIS. Dengan cara ini hasil pemeriksaan tidak berpindah melalui lembar kertas, sehingga risiko hilang atau terlambat berkurang.
6. Farmasi, jka tidak memerlukan pemeriksaan penunjang, atau setelah hasil penunjang dipakai, dokter menginput resep obat dan tersimpan sebagai data resep. Farmasi menerima resep, menginput dan memverifikasi resep, memberikan obat kepada pasien, dan menyimpan data obat. Tahap ini menghasilkan data penggunaan obat yang menjadi bagian dari riwayat pelayanan.
7. Pembayaran, kasir memverifikasi pelayanan yang diterima pasien, menginput tagihan, dan memproses pembayaran (umum atau BPJS/Asuransi lain). Hasilnya tersimpan sebagai data pembayaran pada

data keuangan. Informasi penjamin pada tahap ini menghubungkan data pelayanan dengan kebutuhan administrasi pembiayaan.

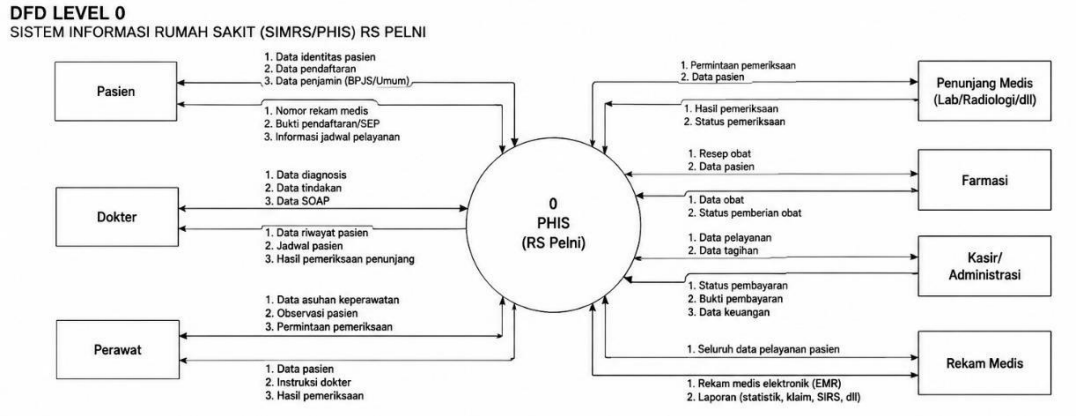
8. Penyimpanan rekam medis elektronik, unit rekam medis menerima berkas elektronik, melakukan *assembling* untuk memeriksa kelengkapan data, melakukan *coding* (ICD-10 dan ICD-9-CM), *filing* dan penyimpanan, kemudian pelaporan (statistik, klaim, SIRS, dan lainnya). Seluruh data tersimpan sebagai data rekam medis (EMR) sebelum alur selesai. Pada tahap ini data pelayanan berubah menjadi informasi kesehatan yang siap dipakai untuk statistik rumah sakit dan pelaporan eksternal.

b. DFD (*Data Flow Diagram*)

Data Flow Diagram adalah model grafis yang menggambarkan bagaimana data mengalir di antara entitas eksternal, proses, dan penyimpanan data (*data store*), tanpa menekankan urutan waktu atau kondisi kontrol (Gane & Sarson, 1979). Notasi yang digunakan sangat membantu pemahaman sistem secara logis, terstruktur, dan jelas (Mayora et al., 2024). DFD disusun berjenjang, dimulai dari level 0 (diagram konteks) yang memperlihatkan sistem sebagai satu proses beserta entitas eksternalnya, kemudian dipecah pada level 1 menjadi proses-proses utama dan *data store*-nya. Fungsi DFD dalam analisis sistem adalah memastikan seluruh data yang dibutuhkan setiap pihak memang tersedia, serta mengidentifikasi proses yang menghasilkan dan memakai data tersebut.

Secara umum, DFD terdiri dari empat komponen utama, yaitu:

1. *External Entity* (Entitas Luar): Pihak luar yang berinteraksi dengan sistem, seperti pengguna atau unit kerja.
2. *Process* (Proses): Kegiatan atau fungsi yang mengolah data dari entitas atau dari proses lain.
3. *Data Store* (Penyimpanan Data): Tempat penyimpanan data yang digunakan dalam sistem.
4. *Data Flow* (Alur Data): Menunjukkan perpindahan data antar entitas, proses, dan penyimpanan.

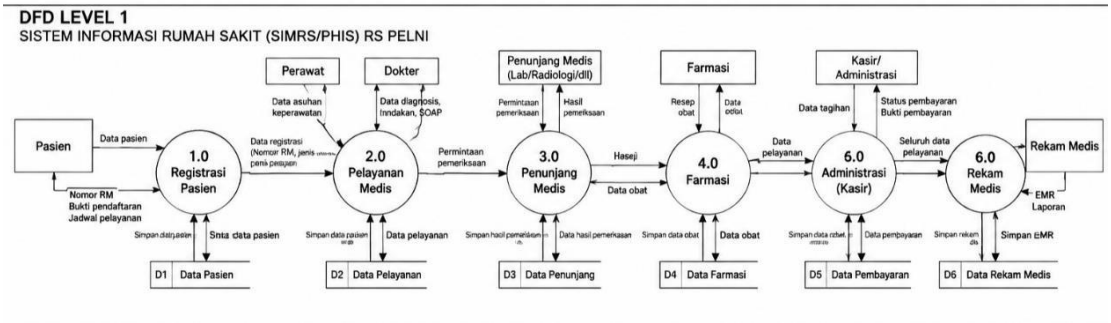


Gambar 3. 5 Data Flow Diagram (DFD) Level 0 PHIS Rumah Sakit Pelni

Pada level 0, PHIS digambarkan sebagai satu proses (proses 0) yang berinteraksi dengan tujuh entitas eksternal.

1. Pasien memberikan data identitas, data pendaftaran, dan data penjamin (BPJS atau umum), dan menerima nomor rekam medis, bukti pendaftaran atau SEP, serta informasi jadwal pelayanan.
2. Dokter memberikan data diagnosis, tindakan, dan SOAP, dan menerima data riwayat pasien, jadwal pasien, serta hasil pemeriksaan penunjang.
3. Perawat memberikan data asuhan keperawatan, observasi pasien, dan permintaan pemeriksaan, dan menerima data pasien, instruksi dokter, serta hasil pemeriksaan. Permintaan pemeriksaan dari perawat dibaca sebagai tindak lanjut instruksi dokter.
4. Penunjang medis (laboratorium, radiologi, dan lainnya) menerima permintaan pemeriksaan dan data pasien, dan mengembalikan hasil serta status pemeriksaan.
5. Farmasi menerima resep obat dan data pasien, dan mengembalikan data obat serta status pemberian obat.
6. Kasir atau administrasi menerima data pelayanan dan data tagihan, dan mengembalikan status pembayaran, bukti pembayaran, dan data keuangan.
7. Rekam medis bertukar data dengan PHIS yang mencakup seluruh data pelayanan pasien, rekam medis elektronik (EMR), dan laporan (statistik, klaim, SIRS, dan lainnya).

Gambaran ini menunjukkan PHIS sebagai pusat pertukaran data. Tidak ada entitas yang berhubungan langsung dengan entitas lain, karena semua melalui PHIS, sehingga setiap entitas menerima data dari sumber yang sama.



Gambar 3. 6 Data Flow Diagram (DFD) Level 1 PHIS Rumah Sakit Pelni

Pada level 1, PHIS dipecah menjadi enam proses utama dan enam *data store*.

1. Proses 1.0, registrasi Pasien menerima data pasien dari pasien dan menghasilkan nomor rekam medis, bukti pendaftaran, serta jadwal pelayanan. Data disimpan pada D1 Data Pasien, dan data registrasi (nomor RM dan jenis pelayanan) diteruskan ke proses pelayanan medis. D1 mengelola identitas pasien dan, secara logis, data registrasi kunjungan, sebagaimana Data Registrasi pada flowchart dan entitas Registrasi pada ERD.
2. Proses 2.0, pelayanan Medis menerima data registrasi, data asuhan keperawatan dari perawat, serta data diagnosis, tindakan, dan SOAP dari dokter. Hasilnya disimpan pada D2 Data Pelayanan. Bila diperlukan pemeriksaan penunjang, proses ini meneruskan permintaan pemeriksaan ke proses 3.0.
3. Proses 3.0, penunjang Medis menerima permintaan pemeriksaan, mempertukarkan permintaan dan hasil dengan unit penunjang, dan menyimpan hasil pada D3 Data Penunjang. Hasil ini selanjutnya tersedia bagi dokter dan perawat.
4. Proses 4.0, farmasi menerima resep obat dan menghasilkan data obat yang disimpan pada D4 Data Farmasi. Proses ini juga meneruskan data pelayanan obat ke proses administrasi.
5. Proses 5.0, administrasi (Kasir) menerima data pelayanan dan data tagihan, mencatat status pembayaran dan bukti pembayaran, dan menyimpan hasilnya

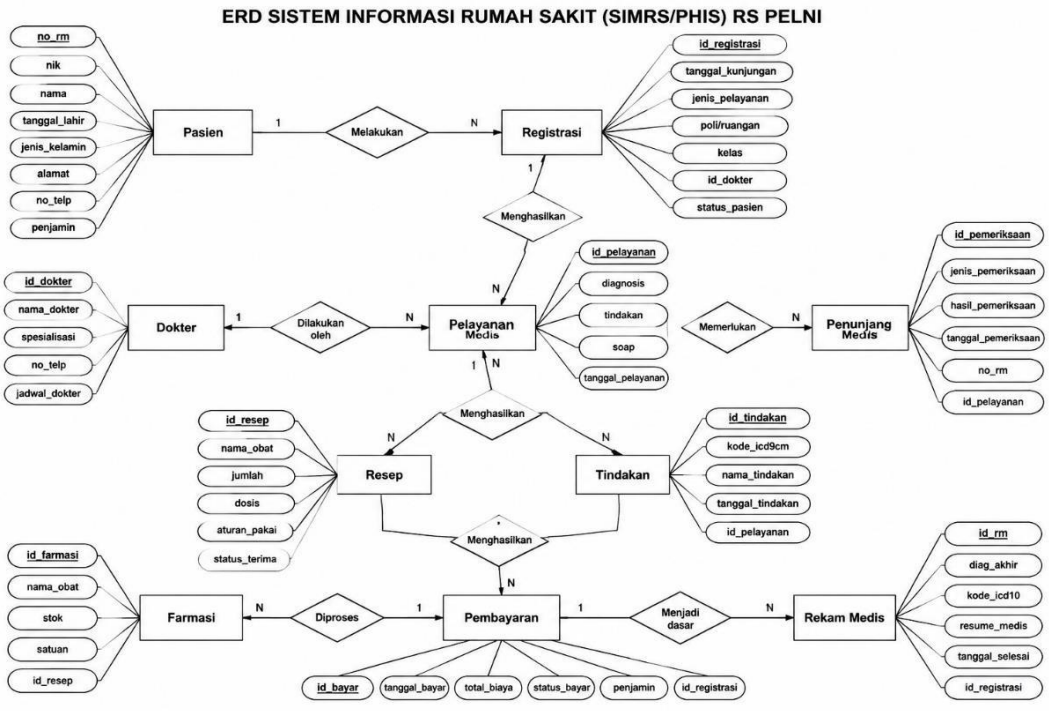
pada D5 Data Pembayaran. Seluruh data pelayanan yang sudah lengkap diteruskan ke proses rekam medis.

6. Proses 6.0, rekam medis menerima seluruh data pelayanan, menyimpannya sebagai EMR pada D6 Data Rekam Medis, dan menghasilkan EMR serta laporan untuk unit rekam medis.

c. ERD (Entity Relationship D*iagram*)

Entity Relationship Model diperkenalkan Chen (1976) sebagai cara memodelkan data berdasarkan entitas, atribut, dan relasi. ERD menggunakan simbol yang tersusun dari ketiga komponen tersebut, dengan setiap simbol saling berhubungan (Afiifah et al., 2022). Pada desain basis data, ERD merupakan model konseptual yang disusun sebelum implementasi. Model ini menetapkan kunci utama (*primary key*) sebagai pengenal unik setiap entitas, kunci tamu (*foreign key*) sebagai penghubung antarentitas, dan kardinalitas (1:1, 1:N, atau M:N) sebagai aturan jumlah keterkaitan, sehingga redundansi berkurang dan integritas referensial terjaga (Elmasri & Navathe, 2016). Pada basis data kesehatan, prinsip yang menonjol adalah:

1. identitas pasien yang unik
2. keterkaitan data pelayanan pada kunjungan yang jelas
3. penyimpanan data berkode standar (ICD-10 dan ICD-9-CM),
4. perlindungan keamanan dan kerahasiaan data pada penyelenggaraan RME



Gambar 3. 7 Entity Relationship Diagram (ERD) PHIS Rumah Sakit Pelni

ERD PHIS memuat sepuluh entitas. Kunci utama setiap entitas ditandai garis bawah pada gambar.

1. Pasien: kunci utama *no_rm*, dengan atribut NIK, nama, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, nomor telepon, dan penjamin. Pemilihan *no_rm* sebagai kunci utama selaras dengan prinsip satu pasien satu nomor rekam medis.
2. Registrasi: kunci utama *id_registrasi*, dengan atribut tanggal kunjungan, jenis pelayanan, poli/ruangan, kelas, *id_dokter*, dan status pasien. Entitas ini mewakili satu kunjungan, baik rawat jalan, IGD, maupun rawat inap.
3. Dokter: kunci utama *id_dokter*, dengan atribut nama, spesialisasi, nomor telepon, dan jadwal dokter.
4. Pelayanan Medis: kunci utama *id_pelayanan*, dengan atribut diagnosis, tindakan, SOAP, dan tanggal pelayanan.
5. Penunjang Medis: kunci utama *id_pemeriksaan*, dengan atribut jenis, hasil, tanggal pemeriksaan, serta *no_rm* dan *id_pelayanan* sebagai kunci tamu.
6. Resep: kunci utama *id_resep*, dengan atribut nama obat, jumlah, dosis, aturan pakai, dan status terima.

7. Tindakan: kunci utama *id_tindakan*, dengan atribut kode ICD-9-CM, nama tindakan, tanggal tindakan, dan *id_pelayanan*.
8. Farmasi: kunci utama *id_farmasi*, dengan atribut nama obat, stok, satuan, dan *id_resep*.
9. Pembayaran: kunci utama *id_bayar*, dengan atribut tanggal bayar, total biaya, status bayar, penjamin, dan *id_registrasi*.
10. Rekam Medis: kunci utama *id_rm*, dengan atribut diagnosis akhir, kode ICD-10, resume medis, tanggal selesai, dan *id_registrasi*.

Hubungan dan kardinalitas. Relasi antarentitas pada ERD dirangkum pada tabel berikut :

Tabel 3.18 Relasi Antarentitas pada ERD

Relasi	**Entitas**	**Kardinalitas**	**Makna**
Melakukan	Pasien – Registrasi	1 : N	Satu pasien dapat memiliki banyak kunjungan
Menghasilkan	Registrasi – Pelayanan Medis	1 : N	Satu kunjungan menghasilkan satu atau lebih catatan pelayanan
Dilakukan oleh	Dokter – Pelayanan Medis	1 : N	Satu dokter melakukan banyak pelayanan
Memerlukan	Pelayanan Medis – Penunjang Medis	1 : N	Satu pelayanan dapat memerlukan beberapa pemeriksaan penunjang

Menghasilkan	Pelayanan Medis – Resep	1 : N	Satu pelayanan dapat menghasilkan beberapa resep
Menghasilkan	Pelayanan Medis – Tindakan	1 : N	Satu pelayanan dapat menghasilkan beberapa tindakan
Menghasilkan	Resep dan Tindakan – Pembayaran	N pada sisi Pembayaran	Resep dan tindakan menjadi komponen biaya pembayaran
Diproses	Farmasi – Pembayaran	N : 1	Banyak data farmasi diproses dalam satu pembayaran
Menjadi dasar	Pembayaran – Rekam Medis	1 : N	Data pembayaran menjadi dasar penyusunan rekam medis

Relasi pertama menunjukkan prinsip utama basis data pelayanan pasien: identitas pasien disimpan satu kali, sedangkan setiap kunjungan dicatat pada entitas terpisah. Relasi kedua sampai keenam membentuk rantai dari kunjungan ke isi pelayanan (catatan medis, penunjang, resep, tindakan). Rantai ini sesuai dengan alur flowchart dan proses DFD, dan kunci tamu seperti *id_pelayanan* dan *id_registrasi* menjamin setiap data pelayanan dapat ditelusuri ke kunjungan dan ke pasien yang bersangkutan. Entitas Tindakan memuat kode ICD-9-CM dan entitas Rekam Medis memuat kode ICD-10, sehingga basis data mendukung kegiatan pengkodean yang dilakukan koder.

3.4.4 Menganalisis Teknologi yang Digunakan serta Menggambarkan Rancangan Sistem yang Dibutuhkan Untuk Menyempurnakan Fitur dari Sistem yang Ada di Rumah Sakit Pelni

Salah satu fitur yang direncanakan untuk dikembangkan oleh tim teknologi informasi Rumah Sakit Pelni adalah *Emergency Code* berbasis PHIS. Dalam subbab ini, *Emergency Code* dimaknai sebagai fitur digital untuk membantu aktivasi, penyampaian informasi, koordinasi respons, dan pencatatan kejadian kegawatdaruratan sesuai dengan jenis kode serta prosedur yang berlaku di rumah sakit. Pembahasan difokuskan pada kebutuhan fungsional dan rancangan konseptual sistem berdasarkan kondisi PHIS yang teridentifikasi selama PKL. Spesifikasi teknis seperti bahasa pemrograman, jenis basis data, arsitektur server, dan konfigurasi jaringan tidak dibahas karena informasi tersebut tidak teridentifikasi melalui observasi dan berada dalam kewenangan teknis tim IT Rumah Sakit Pelni.

a. Analisis Teknologi yang Digunakan di Rumah Sakit Pelni

PHIS berfungsi sebagai pusat pengelolaan data pelayanan pasien. Data yang diinput pada satu unit dapat digunakan oleh unit lain yang memiliki kewenangan akses, sehingga pelayanan tidak harus melakukan pencatatan ulang terhadap informasi yang sama. Pada proses pelayanan yang diamati, data registrasi menjadi dasar terbentuknya kunjungan pasien, kemudian dokter dan perawat melakukan dokumentasi pelayanan pada sistem, hasil pemeriksaan penunjang dapat ditampilkan kembali melalui PHIS, dan data pelayanan digunakan oleh unit rekam medis untuk kegiatan pengkodean, pelaporan, serta kebutuhan administrasi lainnya. Dengan demikian, PHIS telah menjalankan karakteristik utama *hospital information system*, yaitu mengintegrasikan data klinis dan administratif dalam satu lingkungan informasi rumah sakit.

Reis et al. (2017) menjelaskan bahwa ketersediaan informasi klinis secara elektronik dan pertukaran informasi pada *hospital information system* berpotensi meningkatkan kualitas pelayanan melalui pengurangan kesalahan, deteksi risiko secara lebih cepat, serta peningkatan kontinuitas informasi antarpetugas. Pada konteks Rumah Sakit Pelni, karakteristik tersebut menjadi dasar yang

mendukung pengembangan *Emergency Code* langsung di dalam PHIS, bukan sebagai aplikasi yang berdiri sendiri. Integrasi pada sistem utama memungkinkan fitur *Emergency Code* memanfaatkan data pasien, data kunjungan, lokasi perawatan, dan identitas pengguna yang sudah tersedia di dalam sistem.

Pengembangan fitur pada sistem yang sudah digunakan juga perlu mempertimbangkan kesesuaian dengan alur kerja klinis. Sutton et al. (2020) menyatakan bahwa sistem digital yang mendukung keputusan atau tindakan klinis akan lebih efektif apabila ditempatkan pada titik yang tepat dalam alur kerja dan memberikan informasi yang relevan pada saat dibutuhkan. Prinsip tersebut penting untuk *Emergency Code* karena proses aktivasi terjadi dalam situasi yang bersifat time-critical, sehingga petugas tidak seharusnya berpindah ke banyak aplikasi atau mengisi kembali data yang sebenarnya telah tersedia di PHIS.

b. Kebutuhan Pengembangan Fitur *Emergency Code* Berbasis PHIS

Kebutuhan utama pengembangan *Emergency Code* adalah menyediakan mekanisme aktivasi kegawatdaruratan yang cepat, jelas, terdokumentasi, dan dapat diteruskan kepada tim yang tepat. Sistem harus membantu memperpendek rantai komunikasi tanpa menggantikan penilaian klinis maupun prosedur kegawatdaruratan yang telah ditetapkan oleh rumah sakit. Jenis *Emergency Code*, tim yang menerima notifikasi, serta aturan eskalasinya perlu mengikuti kebijakan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) Rumah Sakit Pelni.

Kebutuhan tersebut berkaitan dengan prinsip *patient safety*. *Rapid response system* dikembangkan untuk memastikan pasien yang mengalami perburukan kondisi memperoleh respons yang cepat sebelum terjadi kejadian yang lebih berat. Maharaj et al. (2015) dalam *systematic review* dan meta-analysis menemukan bahwa penerapan *rapid response system* berasosiasi dengan penurunan mortalitas rumah sakit dan kejadian henti jantung pada populasi dewasa maupun pediatrik. Temuan tersebut menunjukkan bahwa kecepatan identifikasi dan aktivasi respons merupakan bagian penting dari sistem keselamatan pasien.

Dari sisi *digital health*, data pada rekam medis elektronik juga dapat dimanfaatkan untuk memperkuat mekanisme respons. You et al. (2021) menunjukkan bahwa *real-time automatic alerting system* yang terhubung dengan *electronic medical record* dapat membantu mengidentifikasi pasien yang tidak stabil dan meningkatkan aktivasi *rapid response system*. Meskipun demikian, penerapan di Rumah Sakit Pelni sebaiknya dilakukan secara bertahap. Tahap awal dapat memprioritaskan aktivasi manual oleh petugas melalui PHIS, sedangkan aktivasi otomatis berbasis parameter klinis atau *early warning score* dapat dipertimbangkan kemudian apabila data klinis telah tersedia secara terstruktur, konsisten, dan tervalidasi.

c. Rancangan Fungsional *Emergency Cod*e pada PHIS

Rancangan awal *Emergency Code* pada PHIS dapat menggunakan konsep one-click atau minimum-click activation. Petugas yang menemukan kondisi kegawatdaruratan mengakses tombol atau menu *Emergency Code* pada PHIS. Setelah tombol diaktifkan, sistem secara otomatis mengambil data yang sudah tersedia, seperti nomor rekam medis, nomor kunjungan, nama pasien, unit atau lokasi pasien, serta identitas pengguna yang melakukan aktivasi. Petugas kemudian memilih jenis *Emergency Code* dan melakukan konfirmasi agar sistem dapat mengirim notifikasi kepada tim yang sesuai.

Mekanisme tersebut mengikuti prinsip bahwa alert harus diberikan kepada pengguna yang tepat, melalui kanal yang tepat, pada waktu yang tepat, dan dengan informasi yang relevan. Olakotan dan Yusof (2020) menekankan pentingnya kesesuaian alert dengan clinical *workflow* karena alert yang tidak tepat waktu, tidak relevan, atau terlalu kompleks dapat mengganggu proses kerja dan berpotensi diabaikan pengguna. Oleh sebab itu, layar aktivasi *Emergency Code* sebaiknya hanya memuat informasi esensial dan tidak meminta petugas mengisi banyak kolom pada saat terjadi kegawatdaruratan.

Setelah aktivasi dikonfirmasi, PHIS dapat mengirimkan notifikasi kepada anggota tim respons berdasarkan master jenis kode dan master lokasi. Notifikasi minimal memuat jenis *Emergency Code*, lokasi kejadian, identitas pasien yang diperlukan, waktu aktivasi, dan informasi singkat yang relevan. Anggota tim

kemudian melakukan *acknowledgement* sebagai tanda bahwa notifikasi telah diterima. Status kejadian selanjutnya dapat berubah secara bertahap, misalnya aktif, diterima, tim menuju lokasi, tim tiba, penanganan berlangsung, dan selesai.

d. Komponen Sistem yang Dibutuhkan

Untuk mendukung fungsi tersebut, pengembangan *Emergency Code* tidak hanya memerlukan tombol aktivasi, tetapi juga beberapa komponen data dan proses yang saling terhubung.

Tabel 3.19 Komponen Fungsional yang Dibutuhkan pada Emergency Code

Komponen	**Fungsi yang Dibutuhkan**
Emergency Code Interface	Menu/tombol aktivasi yang mudah ditemukan dan dapat digunakan dengan langkah minimal.
Patient/Encounter Data	Mengambil nomor rekam medis, nomor kunjungan, identitas pasien, dan unit/lokasi pelayanan yang telah tersedia di PHIS.
Master Emergency Code	Menyimpan jenis kode, kategori, tim tujuan, prioritas, serta aturan eskalasi sesuai SPO rumah sakit.
Master Location	Menyimpan gedung, lantai, unit, ruangan, kamar, atau area untuk menentukan lokasi kejadian secara konsisten.
Notification Engine	Meneruskan notifikasi kepada tim respons sesuai jenis kode dan lokasi melalui kanal yang ditetapkan rumah sakit.
Acknowledgement dan Status	Mencatat penerimaan notifikasi serta perubahan status respons dari aktivasi sampai kejadian selesai.

Emergency Event Log	Menyimpan waktu aktivasi, pengguna yang mengaktifkan, tim penerima, waktu acknowledgement, waktu tiba, penyelesaian, dan pembatalan.
Dashboard/Reporting	Menampilkan kejadian aktif dan menghasilkan data untuk evaluasi mutu, patient safety, dan audit internal.

Data inti yang dicatat pada *Emergency Event Log* dapat mencakup ID kejadian, nomor rekam medis, nomor kunjungan, jenis *Emergency Code*, lokasi kejadian, identitas pengguna yang melakukan aktivasi, waktu aktivasi, waktu notifikasi diterima, waktu *acknowledgement*, waktu tim tiba, identitas tim yang merespons, status kejadian, waktu penyelesaian, serta alasan pembatalan apabila aktivasi dibatalkan. Struktur data tersebut memungkinkan setiap kejadian ditelusuri secara kronologis dan dapat dianalisis tanpa melakukan pencatatan ulang di luar sistem.

3.4.5 Menganalisis Implementasi dan Keamanan Data Pada Sistem Informasi Manajemen (SIM) di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

a Implementasi SIMRS PHIS di Rumah Sakit Pelni

Sistem Informasi Kesehatan merupakan sistem yang mengintegrasikan berbagai tahapan pemrosesan, pelaporan, dan penggunaan informasi yang diperlukan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi penyelenggaraan kesehatan serta mendukung pengambilan keputusan. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit, pengelolaan sistem informasi kesehatan juga merupakan salah satu fungsi operasional rumah sakit. Selain itu, setiap rumah sakit diwajibkan melakukan pencatatan dan pelaporan kegiatan penyelenggaraan rumah sakit melalui Sistem Informasi Kesehatan yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (Kementerian Kesehatan RI, 2026).

Penyelenggaraan sistem informasi di Rumah Sakit Pelni didukung oleh Pelni Hospital Information System (PHIS) yang dikembangkan secara

internal. Berdasarkan profil rumah sakit dalam laporan kelompok, pelayanan di Rumah Sakit Pelni telah terintegrasi dengan teknologi informasi yang dikembangkan sendiri oleh rumah sakit. Hal tersebut juga sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 yang memperbolehkan fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan sendiri sistem elektronik untuk penyelenggaraan rekam medis elektronik. Regulasi tersebut menetapkan bahwa penyelenggaraan RME paling sedikit mencakup registrasi pasien, pendistribusian data, pengisian informasi klinis, pengolahan informasi, penginputan data klaim, penyimpanan, penjaminan mutu, dan transfer isi rekam medis.

Berdasarkan hasil observasi selama PKL, PHIS digunakan dalam berbagai kegiatan pelayanan, antara lain pencarian dan pendaftaran pasien, pengelolaan identitas pasien, dokumentasi pelayanan melalui SOAP dan Electronic Health Record (EHR), pengkodean diagnosis dan tindakan, proses klaim, serta pengolahan dan pelaporan data. Dalam proses pendaftaran, data pasien dicari terlebih dahulu menggunakan nomor rekam medis atau identitas pasien untuk mengurangi kemungkinan terbentuknya data pasien ganda. Data pelayanan selanjutnya dapat digunakan oleh unit lain sesuai kebutuhan dan kewenangan masing-masing. Alur yang diperoleh selama kegiatan PKL juga menunjukkan bahwa PHIS digunakan mulai dari registrasi dan admisi hingga pengolahan rekam medis, klaim, pelaporan, serta penjaminan mutu.

Implementasi tersebut menunjukkan bahwa PHIS telah digunakan sebagai sistem utama yang mendukung pengelolaan data dan informasi pelayanan di Rumah Sakit Pelni. Penelitian Ahadi dan Sudaryana (2024) terhadap pengguna SIMRS di Rumah Sakit Pelni juga menunjukkan bahwa kualitas pelayanan sistem secara keseluruhan memperoleh penilaian baik, meskipun masih terdapat aspek yang memerlukan peningkatan terutama pada daya tanggap sistem dan aspek pendukung lainnya.

b. Analisis Keamanan Data pada SIMRS PHIS

Keamanan informasi kesehatan merupakan salah satu aspek penting dalam penyelenggaraan rekam medis elektronik karena data rekam medis berisi informasi pribadi dan kondisi kesehatan pasien. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2022 tentang Perlindungan Data Pribadi mengkategorikan data dan informasi kesehatan sebagai data pribadi yang bersifat spesifik sehingga pemrosesan dan penggunaannya harus memperoleh perlindungan yang memadai (Pemerintah Republik Indonesia, 2022).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 menjelaskan bahwa keamanan rekam medis elektronik harus memenuhi prinsip kerahasiaan (confidentiality), integritas (integrity), dan ketersediaan (availability). Kerahasiaan berkaitan dengan perlindungan informasi dari pihak yang tidak berwenang, integritas berkaitan dengan keakuratan serta perlindungan data dari perubahan yang tidak sah, sedangkan ketersediaan berkaitan dengan kemampuan pengguna yang berwenang untuk memperoleh informasi ketika diperlukan (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Berdasarkan hasil observasi, penerapan keamanan pada PHIS salah satunya dilakukan melalui pembatasan hak akses sesuai tugas dan kewenangan pengguna. Pengguna sistem tidak memperoleh akses yang sama terhadap seluruh data maupun fungsi sistem. Hal tersebut sesuai dengan ketentuan mengenai hak menginput, memperbaiki, dan melihat data rekam medis elektronik. Pembatasan akses berdasarkan kewenangan merupakan mekanisme penting untuk mengurangi risiko akses yang tidak sah terhadap informasi kesehatan. Penelitian Cobrado et al. (2024) juga menunjukkan bahwa pengendalian akses EHR perlu memperhatikan identifikasi pengguna, autentikasi, otorisasi, dan akuntabilitas aktivitas pengguna.

Pada PHIS juga terdapat pengendalian terhadap kualitas dan integritas data melalui keberadaan kolom wajib isi, pemeriksaan ulang data oleh petugas, serta verifikasi kesesuaian informasi pada proses pengkodean dan klaim. Sementara itu, apabila terjadi gangguan sistem, terdapat mekanisme

pencatatan manual sebagai prosedur sementara agar pelayanan tetap dapat berlangsung. Data kegiatan PKL menunjukkan bahwa buku register manual masih tersedia untuk digunakan pada kondisi gangguan sistem, meskipun penggunaannya relatif jarang. Mekanisme tersebut mendukung aspek ketersediaan informasi dalam penyelenggaraan pelayanan.

3.4.6 Hasil Identifikasi Standar Data Kesehatan (Elemen Data, Dataset, Database, Dan Struktur Data Kesehatan) atau Hasil Mekanisme Keamanan dan Kerahasiaan, Integritas, Data (Penyiapan Kajian Risiko, Penentuan Prosedur Pengendalian Risiko Keamanan, dan/atau Evaluasi Keamanan Data, Hasil Analisis Metadata) Pada Sistem Pelayanan Kesehatan

a. Identifikasi Standar Data dan Metadata PHIS

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 menyatakan bahwa sistem elektronik rekam medis harus mengacu pada variabel dan metadata yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Variabel merupakan elemen data yang terdapat dalam sistem elektronik RME, sedangkan metadata mencakup definisi, format, dan kodifikasi. Ketentuan tersebut kemudian dijabarkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1423/2022 tentang Pedoman Variabel dan Metadata pada Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (Kementerian Kesehatan RI, 2022a; Kementerian Kesehatan RI, 2022b).

Berdasarkan hasil identifikasi terhadap data pendaftaran pada PHIS, sebagian besar elemen data identitas pasien telah tersedia, seperti nama pasien, nomor rekam medis, nomor identitas, tanggal lahir, alamat, wilayah administrasi, nomor telepon, pekerjaan, dan status perkawinan. Namun, masih terdapat beberapa elemen yang format atau kategorinya belum sepenuhnya sama dengan standar nasional. Temuan pada dokumen kegiatanmu juga menunjukkan ketidaksesuaian terutama pada jenis kelamin, agama, dan pendidikan.

Elemen	Kondisi pada	Standar/hasil	Status

data	PHIS	analisis	
Nama lengkap	Tersedia sebagai Nama Pasien	Dicatat sesuai identitas pasien	Sesuai
Nomor rekam medis	Tersedia sebagai No. Rekam Medis	Menggunakan sistem penomoran unit	Sesuai
NIK	Tersedia pada No. KTP/SIM, struktur field dapat menampung sampai 20 karakter	Standar NIK menggunakan 16 digit	Perlu penyesuaian validasi format
Tanggal lahir	Format DD/MM/YYYY	Sesuai format tanggal identitas	Sesuai
Jenis kelamin	Pilihan laki-laki dan perempuan	Standar menyediakan kategori tambahan seperti tidak diketahui, tidak dapat ditentukan, dan tidak mengisi	Belum sepenuhnya sesuai
Agama	Tersedia daftar agama tertentu	Kategori/kodifikasi belum seluruhnya mengikuti standar nasional	Belum sepenuhnya sesuai
Pendidikan	Tersedia pilihan tingkat pendidikan	Klasifikasi pilihan berbeda dengan klasifikasi dalam KMK	Belum sepenuhnya sesuai

Wilayah administrasi	Kelurahan, kecamatan, kabupaten/kota, provinsi	Mengacu pada wilayah administrasi	Sesuai
Status perkawinan	Belum kawin, kawin, cerai hidup, cerai mati	Sesuai kategori standar	Sesuai

Tabel 3. 20 Analisis Kesesuaian Elemen Data PHIS dengan Standar Variabel dan Metadata RME

Begitu juga jenis kelamin dan agama, data kegiatan menunjukkan bahwa kategori pada PHIS belum seluruhnya mengikuti kategori yang terdapat dalam standar nasional. Penelitian Andriani et al. (2025) menyatakan bahwa kesesuaian variabel dan metadata RME merupakan bagian penting untuk mendukung interoperabilitas data kesehatan; perbedaan definisi, format, maupun kodifikasi dapat mempengaruhi konsistensi pertukaran data antar sistem.

b. Identifikasi Dataset dan Struktur Data

Secara fungsional, data yang teramati dalam PHIS selama kegiatan PKL dapat dikelompokkan menjadi dataset identitas pasien, dataset kunjungan dan registrasi, dataset informasi klinis, dataset diagnosis dan tindakan, dataset klaim, serta dataset pelaporan. Elemen diagnosis menggunakan ICD-10, sedangkan tindakan/prosedur menggunakan ICD-9-CM. Pada pencatatan penyebab kematian juga terdapat struktur data tersendiri yang digunakan dalam proses pengkodean dan pelaporan. File kegiatan menunjukkan bahwa PHIS telah memiliki elemen inti tersebut, namun terdapat perbedaan struktur pengisian penyebab kematian antara PHIS dan sistem pelaporan eksternal sehingga petugas perlu menyesuaikan urutan saat melakukan input.

Berdasarkan data yang diperoleh selama kegiatan PKL di rumah sakit Pelni, identifikasi dilakukan sampai pada tingkat elemen data, dataset, format, dan metadata yang ditampilkan pada PHIS. Struktur database fisik seperti nama tabel, relasi antar tabel, skema database, serta konfigurasi

penyimpanan tidak dapat dianalisis lebih lanjut karena merupakan bagian dari akses teknis internal rumah sakit yang tidak diperoleh mahasiswa selama kegiatan PKL

3.4.7 Hasil Gambaran Cara Kerja SIMRS Beserta Hasil Identifikasi Kendala yang Terjadi pada Aplikasi

Rumah Sakit Pelni menggunakan Pelni Hospital Information System (PHIS) sebagai sistem informasi utama yang mendukung proses pelayanan dan pengelolaan data pasien. Berdasarkan hasil observasi selama kegiatan Praktik Kerja Lapang, PHIS digunakan oleh berbagai unit pelayanan dan mendukung proses pengelolaan informasi mulai dari registrasi pasien, pelayanan klinis, pelayanan penunjang, pengolahan rekam medis, hingga proses klaim dan pelaporan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa PHIS digunakan sebagai sistem yang menghubungkan berbagai aktivitas pelayanan dalam satu lingkungan sistem informasi rumah sakit.

Penggunaan PHIS juga sejalan dengan penyelenggaraan rekam medis elektronik sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. Penyelenggaraan rekam medis elektronik meliputi registrasi pasien, pendistribusian data, pengisian informasi klinis, pengolahan informasi, penginputan data klaim, penyimpanan, penjaminan mutu, dan transfer isi rekam medis. Alur yang ditemukan selama PKL menunjukkan bahwa fungsi-fungsi tersebut telah diterapkan dalam proses pelayanan melalui PHIS.

a. Gambaran Cara Kerja PHIS

Berdasarkan hasil observasi, PHIS bekerja dengan menghubungkan data pasien dan data pelayanan yang digunakan oleh unit-unit terkait sesuai dengan kebutuhan dan kewenangan masing-masing. Secara umum, cara kerja PHIS di Rumah Sakit Pelni dapat digambarkan melalui tahapan berikut.

1) Registrasi dan admisi pasien

Proses pelayanan dimulai pada unit registrasi rawat jalan, registrasi Instalasi Gawat Darurat (IGD), maupun Admission Center. Petugas terlebih dahulu melakukan pencarian data pasien pada PHIS menggunakan

nomor rekam medis atau identitas pasien seperti nama dan tanggal lahir. Proses pencarian dilakukan untuk memastikan apakah pasien telah memiliki nomor rekam medis sebelumnya sehingga dapat meminimalkan terbentuknya data pasien ganda.

Pada pasien baru, petugas menginput identitas pasien berdasarkan dokumen identitas yang tersedia. Selanjutnya, sistem membentuk nomor rekam medis dan data pasien disimpan di dalam PHIS. Pada beberapa kolom identitas terdapat penanda warna merah yang menunjukkan bahwa data tersebut wajib dilengkapi sebelum proses registrasi dapat dilanjutkan.

2) Verifikasi identitas dan penjaminan pasien

Pada pasien peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), petugas melakukan pemeriksaan status kepesertaan melalui sistem V-Claim. Verifikasi identitas pasien juga dapat dilakukan melalui fingerprint atau face recognition sesuai dengan proses pelayanan JKN yang berlaku.

Setelah proses verifikasi selesai, Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dapat diterbitkan melalui petugas pendaftaran maupun melalui Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM). Data penjamin tersebut selanjutnya digunakan sebagai bagian dari informasi pelayanan pasien.

3) Pendaftaran kunjungan pelayanan

Setelah identitas dan penjamin pasien terverifikasi, petugas melakukan pendaftaran kunjungan melalui menu yang tersedia pada PHIS. Pada pendaftaran rawat jalan, beberapa data yang diinput antara lain jenis nasabah, nomor rujukan, tanggal pelayanan, klinik tujuan, dokter, jenis kejadian, cara datang, serta diagnosis awal.

Sistem juga digunakan untuk melihat ketersediaan jadwal serta kuota pelayanan dokter. Selanjutnya, petugas dapat mencetak bukti pendaftaran atau bukti perjanjian. Pada pelayanan rawat inap dan IGD, PHIS juga digunakan sebagai sumber data untuk pencetakan gelang dan label identitas pasien.

4) Distribusi data dan dokumen pelayanan

Setelah proses registrasi selesai, informasi pasien pada PHIS dapat digunakan oleh unit pelayanan yang membutuhkan sesuai dengan hak akses masing-masing. Dengan demikian, data yang telah dimasukkan pada bagian registrasi tidak perlu dibuat kembali dari awal pada setiap unit.

Berdasarkan hasil observasi, pelayanan di Rumah Sakit Pelni masih menerapkan kombinasi antara dokumen elektronik dan dokumen fisik. Pada pelayanan rawat inap, beberapa dokumen seperti general consent dan formulir edukasi masih berupa dokumen fisik yang kemudian diserahterimakan kepada petugas atau porter untuk didistribusikan ke unit pelayanan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa proses pelayanan masih bersifat hibrida antara sistem elektronik dan dokumen kertas.

5) Pelayanan klinis dan pelayanan penunjang

Dokter dan tenaga kesehatan mendokumentasikan pelayanan pasien melalui PHIS, termasuk pencatatan SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan), resume medis, serta informasi klinis yang tersimpan dalam bagian Electronic Health Record (EHR).

Berdasarkan hasil observasi selama kegiatan PKL, PHIS juga telah terintegrasi dengan modul pelayanan laboratorium, radiologi, dan farmasi. Integrasi tersebut memungkinkan informasi yang berkaitan dengan pelayanan penunjang digunakan dalam proses pelayanan pasien melalui sistem yang sama sesuai dengan kebutuhan dan kewenangan masing-masing unit. Dengan adanya integrasi tersebut, informasi pelayanan pasien tidak hanya terbatas pada bagian pendaftaran dan rekam medis, tetapi dapat digunakan dalam rangkaian pelayanan klinis dan penunjang sehingga mendukung kesinambungan informasi pasien antarunit.

6) Pengolahan rekam medis

Setelah pelayanan diberikan, data klinis yang tersimpan pada PHIS digunakan dalam proses pengolahan rekam medis. Petugas coder dapat membaca resume medis serta SOAP pasien untuk menentukan diagnosis dan tindakan yang telah diberikan. Diagnosis kemudian dikodekan menggunakan ICD-10, sedangkan tindakan atau prosedur dikodekan

menggunakan ICD-9-CM. Hasil pengodean tersebut selanjutnya dimasukkan ke dalam PHIS dan digunakan dalam proses pelayanan maupun kebutuhan klaim. Hasil Kegiatan 7 MDIK

7) Proses klaim dan pelaporan

Data yang tersimpan pada PHIS juga digunakan untuk mendukung proses klaim pelayanan kesehatan. Berdasarkan hasil observasi, proses klaim rawat jalan telah memiliki integrasi atau bridging yang lebih menyeluruh antara PHIS dan E-Klaim. Sementara itu, pada proses klaim rawat inap, sebagian data yang telah terdapat dalam PHIS masih harus dilengkapi atau disesuaikan kembali pada E-Klaim karena bridging belum mencakup seluruh kebutuhan data klaim. Setelah proses grouping dan finalisasi dilakukan, data klaim selanjutnya digunakan dalam proses INA-CBGs.

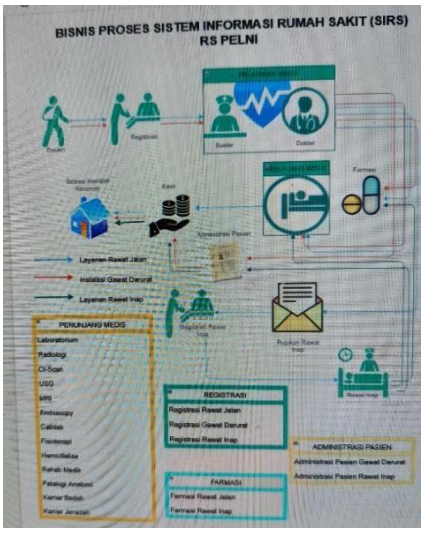
Selain untuk klaim, PHIS juga digunakan sebagai sumber informasi bagi kegiatan pelaporan internal maupun eksternal rumah sakit, termasuk pencatatan data penyebab kematian.

8) Penyimpanan dan penjaminan mutu data

Data pelayanan pasien yang telah dicatat selanjutnya tersimpan dalam infrastruktur penyimpanan digital rumah sakit. Akses terhadap data dibatasi berdasarkan kewenangan pengguna.

Penjaminan mutu dilakukan melalui pemeriksaan kelengkapan dan kesesuaian data yang telah dimasukkan ke dalam sistem. Dalam unit rekam medis, kegiatan tersebut terlihat melalui pemeriksaan kelengkapan informasi, pengodean, verifikasi, dan pengecekan kesesuaian data pelayanan maupun data yang digunakan dalam proses klaim.

Dengan demikian, alur kerja PHIS dapat diringkas sebagai:



Gambar 3. 8 Alur Kerja PHIS dalam Pengelolaan Data Pelayanan Pasien di Rumah Sakit Pelni

b. Hasil Identifikasi Kendala Penggunaan SIMRS PHIS

Meskipun PHIS telah digunakan secara terintegrasi dalam mendukung pelayanan rumah sakit, berdasarkan hasil observasi selama kegiatan PKL masih ditemukan beberapa kendala dalam penggunaannya. Kendala tersebut terutama berkaitan dengan integrasi antar sistem, proses pelayanan, serta kondisi operasional ketika terjadi gangguan sistem.

Hasil identifikasi kendala penggunaan PHIS dapat dilihat pada tabel berikut.

Kendala	**Temuan**	**Dampak**	**Upaya/rekomendasi**
Bridging PHIS–E-Klaim rawat inap belum menyeluruh	Sebagian data masih perlu dilengkapi atau disesuaikan pada E-Klaim	Input berulang, proses klaim lebih lama, risiko ketidaksesuaian data	Pengembangan mapping variabel dan validasi data *bridging*
Perbedaan struktur input penyebab kematian	Urutan input PHIS berbeda dengan sistem pelaporan eksternal	Risiko salah urutan dan penambahan beban kerja	Standardisasi tampilan atau panduan *mapping*

Kendala pencetakan SEP melalui APM	Pasien diarahkan kembali ke loket ketika proses mandiri gagal	Penambahan antrian dan waktu tunggu	Pendampingan penggunaan APM dan evaluasi *troubleshooting*
Gangguan sistem/jaringan	Saat sistem terganggu tersedia pencatatan melalui register manual	Terjadi pencatatan manual yang perlu di input kembali	SOP *downtime* serta rekonsiliasi data setelah sistem normal
Proses masih hibrida elektronik dan fisik	Beberapa dokumen rawat inap masih diserahterimakan dalam bentuk fisik	Risiko keterlambatan, ketidaklengkapan, atau dokumen tercecer	Digitalisasi secara bertahap sesuai kesiapan sistem

Berdasarkan hasil observasi pada tabel diatas menunjukkan bahwa kendala tersebut terutama berkaitan dengan *bridging* PHIS–E-Klaim rawat inap, perbedaan struktur input penyebab kematian, penggunaan APM, gangguan sistem atau jaringan, serta keberadaan proses pelayanan yang masih menggabungkan dokumen elektronik dengan dokumen fisik.

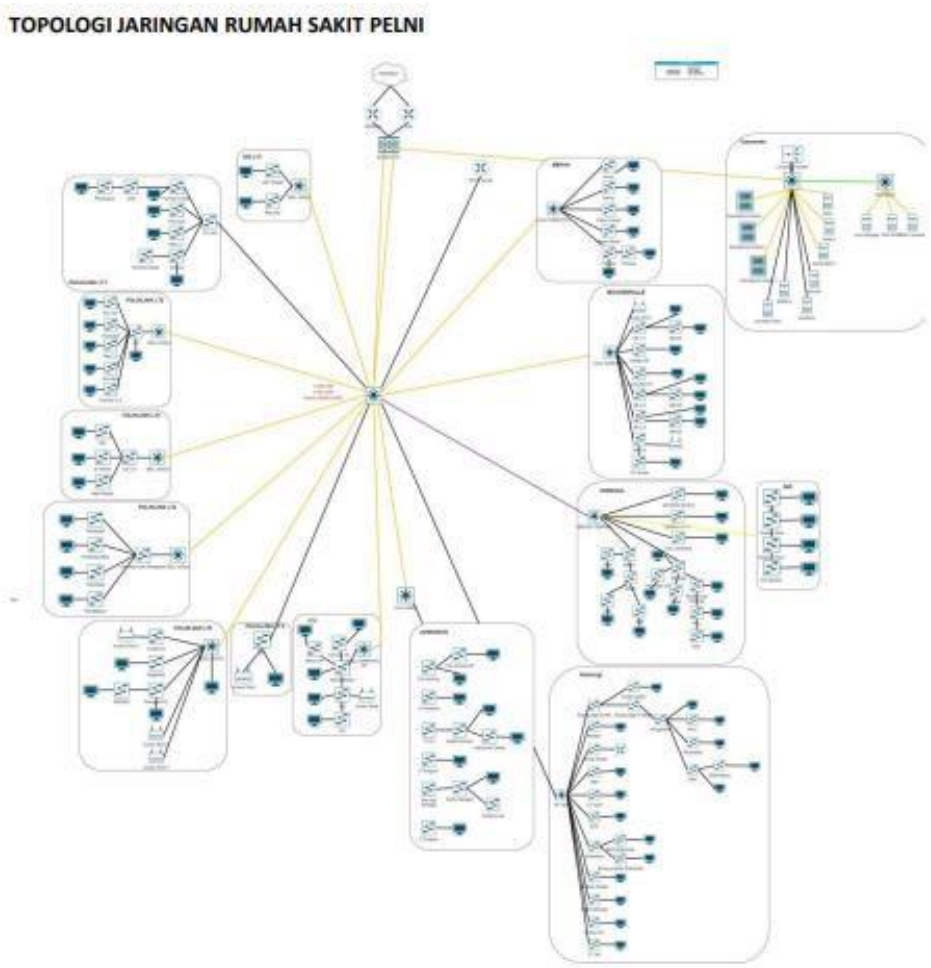
Secara keseluruhan, kendala yang ditemukan belum menyebabkan proses pelayanan berhenti secara menyeluruh karena telah tersedia beberapa mekanisme penanganan, seperti pengecekan ulang oleh petugas, penggunaan buku register ketika terjadi gangguan sistem, serta pelayanan melalui loket apabila APM mengalami kendala. Namun, kendala tersebut tetap dapat mempengaruhi efisiensi pekerjaan, waktu pelayanan, ketepatan proses klaim, dan konsistensi data antar sistem. Oleh karena itu, pengembangan integrasi PHIS, penyelarasan struktur data, evaluasi sistem secara berkala, serta penguatan prosedur penanganan gangguan diperlukan untuk mendukung peningkatan kualitas penggunaan SIMRS di Rumah Sakit Pelni.

3.4.8 Hasil Gambaran Desain Topologi Jaringan Komputer yang Terdapat Pada Unit Rekam Medis di Penyelenggara Fasilitas Kesehatan

a. Gambaran Desain Topologi Jaringan Rumah Sakit Pelni

Berdasarkan hasil observasi dan dokumentasi topologi jaringan yang diperoleh dari Tim IT Network dan Hardware Rumah Sakit Pelni, jaringan komputer rumah sakit menghubungkan berbagai area pelayanan melalui perangkat jaringan yang terpusat pada Core Switch. Pada setiap area terdapat switch yang menghubungkan sejumlah perangkat pengguna sebelum diteruskan ke jaringan inti rumah sakit. Pola tersebut menunjukkan bahwa jaringan Rumah Sakit Pelni secara umum menerapkan pola extended star atau star hierarkis, yaitu beberapa jaringan berbentuk star pada masing-masing area yang terhubung kembali ke perangkat jaringan pusat.

Topologi yang diperoleh menggambarkan sejumlah area pelayanan, antara lain poliklinik pada beberapa lantai, IGD, ICU, Admission, Bougenville, Cempaka, Radiologi, serta area lain yang terhubung dengan jaringan inti dan data center rumah sakit. Selain itu, diagram juga menunjukkan keberadaan perangkat firewall, jalur koneksi internet, Core Switch, serta infrastruktur data center yang mendukung akses sistem informasi rumah sakit.



Gambar 3. 9 Topologi Jaringan Komputer RS Pelni

Pada gambar topologi jaringan diatas yang diperoleh selama kegiatan PKL, posisi atau segmen jaringan Unit Rekam Medis tidak ditampilkan secara eksplisit dengan label “Rekam Medis atau MR”. Oleh karena itu, berdasarkan gambar tersebut belum dapat ditentukan secara pasti Unit Rekam Medis terhubung melalui switch atau segmen area yang mana. Meskipun demikian, berdasarkan hasil observasi selama kegiatan PKL, komputer yang digunakan petugas Unit Rekam Medis telah terhubung dengan jaringan rumah sakit dan digunakan untuk mengakses PHIS dalam pelaksanaan kegiatan pengelolaan rekam medis.

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa infrastruktur jaringan komputer memiliki peranan penting dalam mendukung kegiatan Unit Rekam Medis, terutama untuk mengakses data pasien, informasi klinis, kegiatan

pengkodean, pelaporan, dan kegiatan lain yang menggunakan PHIS. Ketersediaan jaringan yang stabil juga diperlukan agar pertukaran informasi antara Unit Rekam Medis dan unit pelayanan lainnya dapat berlangsung secara efektif.

BAB 4. KEGIATAN KHUSUS LOKASI MAGANG

4.1 Evaluasi Proses Penentuan dan Identifikasi Berkas Rekam Medis yang Telah Memasuki Masa Retensi di Rumah Sakit Pelni Jakarta

Retensi rekam medis merupakan kegiatan pemisahan berkas aktif dan berkas inaktif sebagai bagian dari pengelolaan penyimpanan dokumen. Kegiatan tersebut perlu didahului dengan identifikasi status berkas agar dokumen yang diproses benar-benar tidak lagi digunakan secara aktif dalam pelayanan (Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, 2023). Berdasarkan hasil wawancara, Rumah Sakit Pelni Jakarta menentukan status berkas inaktif berdasarkan riwayat kunjungan terakhir pasien. Berkas yang tidak memiliki kunjungan selama sekurang-kurangnya lima tahun dikategorikan sebagai berkas inaktif. Berkas yang telah dikategorikan inaktif selanjutnya dapat dipersiapkan untuk proses retensi.



> *"Kalau untuk kategorinya ya sekurang-kurangnya dihitung 5 tahun tidak ada kunjungan itu sudah inaktif ya."*
>
> *(Informan 1)*

Penetapan status inaktif berdasarkan riwayat kunjungan pasien menunjukkan bahwa Rumah Sakit Pelni Jakarta telah memiliki kriteria awal untuk pemilahan berkas. Kriteria tersebut digunakan untuk membedakan berkas yang masih diperlukan dalam pelayanan aktif dengan berkas yang sudah tidak lagi digunakan secara rutin. Namun, status inaktif perlu dipastikan melalui pengecekan pada sistem agar tidak terjadi kesalahan pemindahan berkas. Hasil pengecekan perlu

dicatat dalam daftar berkas inaktif sebagai dasar untuk menentukan tindak lanjut terhadap setiap berkas. Oleh karena itu, kegiatan identifikasi perlu dimasukkan ke dalam jadwal monitoring rutin pelaksanaan retensi.

Berkas yang telah disimpan dalam jangka waktu lama dapat menjadi prioritas untuk diproses dalam kegiatan retensi. Berdasarkan hasil wawancara, Rumah Sakit Pelni Jakarta memprioritaskan berkas yang telah berusia lebih dari sepuluh

tahun untuk diperiksa dalam proses retensi atau pemusnahan. Penetapan prioritas tersebut dilakukan setelah status berkas dipastikan telah inaktif. Berkas yang memenuhi kriteria tetap perlu melalui pemilahan dan verifikasi sebelum dialihmediakan, dipindahkan, atau diusulkan untuk dimusnahkan. Dengan demikian, usia berkas menjadi salah satu pertimbangan dalam menentukan urutan proses retensi.

> *"Yang sudah lebih dari 10 tahun ya pastinya. Kalau retensi, yang sudah lebih dari 10 tahun."*
>
> *(Informan 1)*

Prioritas terhadap berkas berusia lebih dari sepuluh tahun dapat membantu petugas menentukan urutan pekerjaan retensi. Berkas lama perlu diperiksa terlebih dahulu karena berpotensi telah memenuhi persyaratan untuk dipindahkan atau diusulkan untuk dimusnahkan. Akan tetapi, usia berkas tidak dapat digunakan sebagai satu-satunya dasar dalam menentukan tindakan terhadap berkas rekam medis. Petugas tetap perlu memeriksa status kunjungan terakhir, nilai guna dokumen, serta ketentuan rumah sakit sebelum proses lebih lanjut dilakukan. Oleh karena itu, daftar prioritas berkas retensi perlu diperbarui secara berkala melalui kegiatan monitoring.

Identifikasi berkas rekam medis di Rumah Sakit Pelni Jakarta dilakukan melalui pemeriksaan riwayat kunjungan pasien pada sistem informasi rumah sakit. Pemeriksaan tersebut dilakukan untuk menentukan apakah berkas masih aktif atau telah memenuhi kriteria inaktif. Rumah Sakit Pelni Jakarta memiliki petugas *checking* yang bertugas melakukan pemeriksaan dan verifikasi status berkas rekam medis. Petugas *checking* bekerja bersama petugas *scanning*, *assembling*, dan filing dalam mendukung pengelolaan rekam medis. Pembagian tugas tersebut diperlukan agar proses pemeriksaan, alih media, dan pemindahan berkas dapat berjalan secara berkesinambungan.

> *"Biasanya kan dilakukan checking. Nah, kan ada tim checking tuh, itu harus*

melihat tuh berkas-berkas mana yang sudah masuk ke dalam kategori inaktif."
"Ada petugas checking, selain petugas scan, assembling, ada petugas checking juga untuk melakukan pengecekan berkas rekam medis."

(Informan 1)

Keterlibatan petugas *checking* penting untuk meminimalkan risiko kesalahan dalam menentukan status berkas. Petugas harus memastikan bahwa informasi kunjungan terakhir pasien telah diperiksa sebelum berkas dinyatakan inaktif. Kegiatan pemeriksaan memerlukan ketelitian karena pemindahan berkas aktif dapat menghambat penyediaan rekam medis ketika pasien kembali berobat. Hasil pengecekan perlu direkap untuk mengetahui jumlah berkas yang telah diperiksa dan berkas yang dapat diproses ke tahap berikutnya. Rekapitulasi tersebut dapat digunakan sebagai dasar dalam menentukan target pada jadwal monitoring rutin. Pengecekan status berkas di Rumah Sakit Pelni Jakarta dilakukan dengan memanfaatkan sistem informasi yang tersedia. Sistem tersebut digunakan untuk melihat data dan riwayat kunjungan pasien sebelum petugas menetapkan status berkas. Penggunaan sistem dapat membantu meningkatkan ketepatan proses identifikasi dibandingkan pemeriksaan yang hanya dilakukan berdasarkan dokumen fisik. Hasil pemeriksaan pada sistem tetap perlu dicatat agar berkas aktif, berkas inaktif, dan berkas yang memerlukan verifikasi tambahan dapat diketahui. Dengan adanya pencatatan tersebut, kegiatan identifikasi dapat dipantau dan dievaluasi secara berkala.

"Ya kita pengecekannya di sistem"

(Informan 1)

Pemanfaatan sistem membantu petugas dalam mempercepat pencarian informasi mengenai kunjungan terakhir pasien. Namun, penggunaan sistem perlu didukung oleh prosedur kerja yang jelas mengenai petugas, waktu pemeriksaan,

target berkas, serta dokumentasi hasil. Hasil pengecekan dapat dikelompokkan menjadi berkas aktif, berkas inaktif, berkas yang perlu diverifikasi kembali, dan berkas yang siap dialihmediakan. Pengelompokan tersebut memudahkan petugas dalam menentukan tindak lanjut terhadap setiap berkas yang diperiksa. Oleh karena itu, pemeriksaan pada sistem dan rekapitulasi hasilnya perlu dijadwalkan secara rutin dalam kegiatan monitoring retensi.

Masih terdapat berkas lama yang perlu diperiksa untuk memastikan status aktif atau inaktifnya. Berdasarkan hasil wawancara, dalam kegiatan pemilahan masih ditemukan berkas dengan tahun kunjungan terakhir 2011. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa proses identifikasi berkas lama belum seluruhnya selesai dilakukan. Banyaknya jumlah berkas yang perlu diperiksa menyebabkan persiapan retensi membutuhkan waktu dan ketelitian dari petugas. Oleh karena itu, kegiatan pemeriksaan perlu dilakukan secara bertahap sesuai dengan target yang telah ditetapkan.

> *"Masih banyak berarti ya?"*
>
> *(Informan 1)*

Kondisi tersebut menunjukkan perlunya pengendalian kegiatan identifikasi secara lebih teratur. Unit rekam medis perlu memiliki daftar kerja yang memuat tahun berkas, jumlah berkas, status pemeriksaan, petugas pemeriksa, dan hasil identifikasi. Daftar kerja tersebut dapat digunakan untuk mengetahui berkas yang sudah selesai diperiksa dan berkas yang masih memerlukan tindak lanjut. Pencatatan yang teratur akan memudahkan petugas dalam menyusun target pemilahan pada periode berikutnya. Dengan demikian, jadwal monitoring rutin dapat membantu mempercepat penyelesaian identifikasi berkas sebelum kegiatan retensi dilakukan.

4.2 Evaluasi Alur Pelaksanaan Retensi Berkas Rekam Medis dari Penyimpanan Aktif ke Penyimpanan Inaktif di Rumah Sakit Pelni Jakarta

Pelaksanaan retensi berkas rekam medis perlu dilakukan melalui tahapan yang jelas agar berkas yang dipindahkan telah memenuhi kriteria inaktif. Berdasarkan hasil wawancara, proses retensi di Rumah Sakit Pelni Jakarta dimulai dengan pengecekan riwayat kunjungan pasien pada sistem. Berkas yang telah memenuhi kriteria inaktif kemudian diperiksa kembali sebelum diproses ke tahap berikutnya. Setelah status inaktif dipastikan, berkas dipersiapkan untuk kegiatan alih media melalui proses *scanning*. Alih media dilakukan sebelum berkas fisik dipindahkan dari penyimpanan aktif.

> *"Sebelum pemindahan berkasnya itu kan dilakukan alih media dulu, di-scan."*
>
> *(Informan 1)*

Alih media dilakukan untuk menjaga ketersediaan informasi rekam medis setelah berkas fisik dipindahkan dari ruang penyimpanan aktif. Hasil *scanning* dapat digunakan untuk menelusuri riwayat pelayanan pasien apabila diperlukan pada masa mendatang. Ketersediaan file digital membantu petugas ketika terdapat permintaan informasi mengenai pasien yang pernah memperoleh pelayanan di Rumah Sakit Pelni Jakarta. Proses tersebut menunjukkan bahwa pemindahan berkas fisik tidak menghilangkan akses rumah sakit terhadap informasi kesehatan pasien. Oleh karena itu, kegiatan *scanning* perlu dilakukan secara tertib dan disertai pencatatan berkas yang telah dialihmediakan

> *"Kalaupun misalnya suatu saat ada yang permintaan gitu ya, riwayat pernah gitu di masa lampau pernah berobat di sini, ya itu nanti kita tetap akan bisa cek di scan-annya.."*
>
> *(Informan 1)*

Berkas yang telah dikategorikan inaktif dan dialihmediakan selanjutnya dipindahkan dari penyimpanan aktif ke lokasi penyimpanan inaktif. Berdasarkan hasil wawancara, sebagian berkas inaktif tidak disimpan di dalam lingkungan Rumah Sakit Pelni Jakarta. Rumah sakit menggunakan pihak ketiga atau vendor untuk menyimpan berkas rekam medis yang telah tidak digunakan secara aktif. Penggunaan pihak ketiga dilakukan sebagai solusi atas keterbatasan kapasitas ruang penyimpanan berkas fisik di rumah sakit. Pemindahan berkas ke pihak ketiga perlu didukung oleh pencatatan yang jelas mengenai identitas dan lokasi penyimpanan setiap berkas.

"Kalau berkas-berkasnya memang sudah dikategorikan inaktif, ya maka akan disimpan di pihak ketiga, di vendor."

(Informan 1)

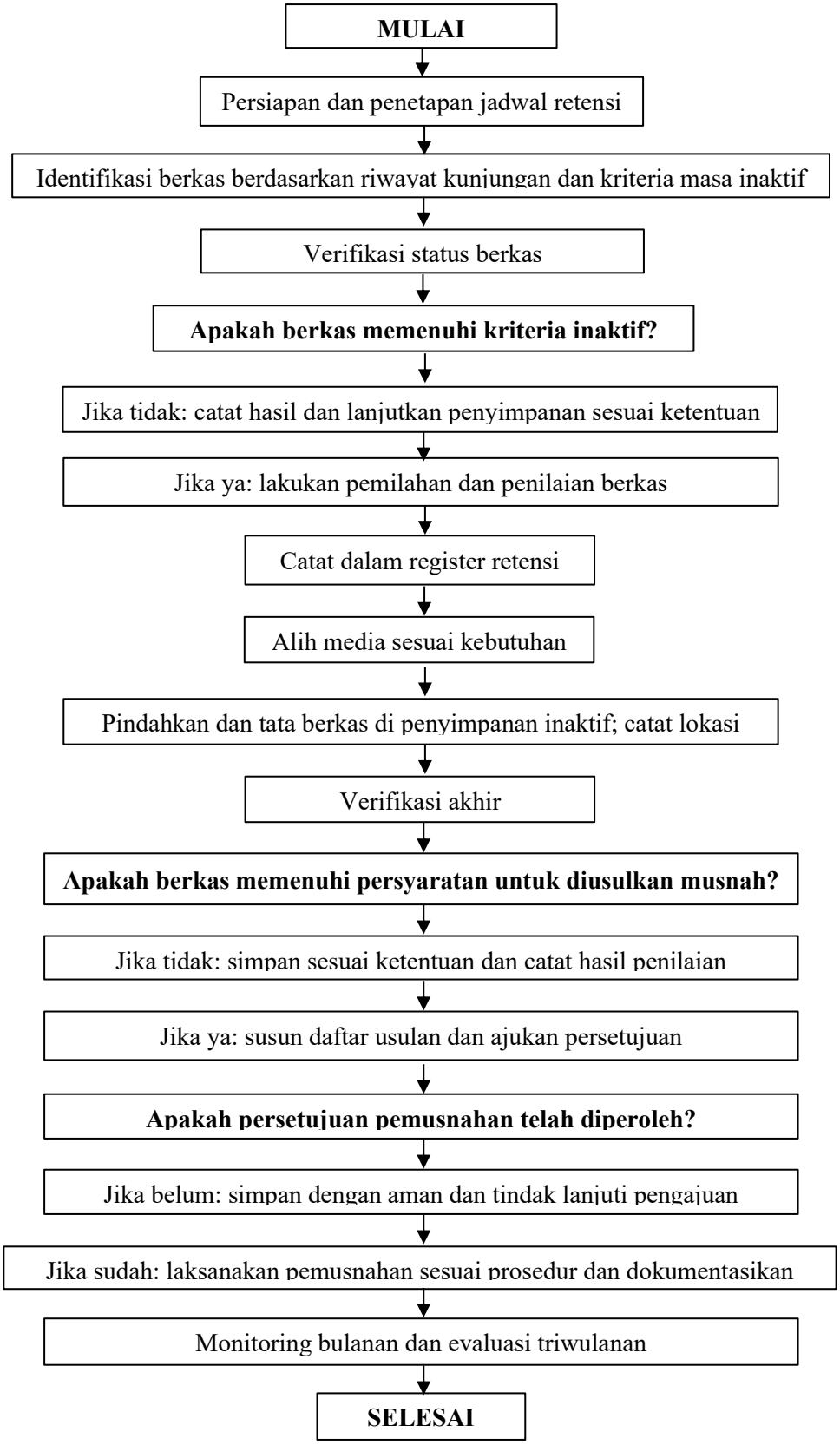
Keterbatasan ruang penyimpanan internal menjadi salah satu faktor yang memengaruhi pemindahan berkas inaktif ke pihak ketiga. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kapasitas ruang filing di Rumah Sakit Pelni Jakarta belum dapat menampung seluruh berkas fisik yang terus bertambah. Penyimpanan berkas pada vendor dapat membantu mengurangi penumpukan berkas di ruang penyimpanan aktif. Namun, rumah sakit tetap perlu memiliki register pemindahan sebagai bukti bahwa berkas telah diserahkan dan dapat ditelusuri kembali. Oleh karena itu, register pemindahan dan lokasi penyimpanan berkas perlu dimasukkan dalam kegiatan monitoring retensi.

"Karena kan di sininya enggak muat, enggak cukup."

(Informan 1)

Berdasarkan hasil wawancara, alur pelaksanaan retensi di Rumah Sakit Pelni Jakarta mencakup pengecekan sistem, penentuan status inaktif, alih media,

pemindahan, dan penyimpanan berkas inaktif. Alur tersebut sudah menunjukkan adanya upaya untuk menjaga ketersediaan informasi pasien melalui kegiatan *scanning*. Namun, pelaksanaan alur retensi belum berlangsung secara rutin karena masih terdapat berkas lama yang perlu diperiksa. Kondisi tersebut dapat menyebabkan penumpukan pekerjaan pada tahap identifikasi dan pemilahan berkas. Oleh karena itu, jadwal monitoring diperlukan agar setiap tahapan alur retensi dapat dilaksanakan secara bertahap dan terdokumentasi



4.3 Evaluasi Keteraturan Pelaksanaan Retensi Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit Pelni Jakarta

Kegiatan retensi perlu dilakukan secara berkala agar jumlah berkas aktif dapat dikendalikan dan kapasitas ruang penyimpanan dapat digunakan secara lebih efisien. Berdasarkan hasil wawancara, pelaksanaan retensi berkas rekam medis di Rumah Sakit Pelni Jakarta belum dilakukan secara rutin. Retensi atau pemusnahan terakhir diketahui pernah dilakukan pada tahun 2017. Setelah pelaksanaan tersebut, kegiatan retensi belum kembali dilakukan secara periodik hingga waktu wawancara dilaksanakan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa Rumah Sakit Pelni Jakarta belum memiliki jadwal tetap untuk pelaksanaan retensi berkas rekam medis.

> *"2017 ya, iya, 2017."*
>
> *(Informan 1)*

Belum rutinnya pelaksanaan retensi dipengaruhi oleh kebutuhan perencanaan sebelum kegiatan retensi dapat dilakukan. Berdasarkan hasil wawancara, kegiatan retensi memerlukan jadwal, target, dan koordinasi berkala dengan tim yang terlibat. Jadwal diperlukan untuk menentukan waktu pelaksanaan setiap tahap, sedangkan target diperlukan untuk mengukur penyelesaian kegiatan. Koordinasi diperlukan agar pembagian tugas dan persiapan dokumen dapat dilakukan secara bersama-sama oleh pihak terkait. Oleh karena itu, belum adanya jadwal dan

target yang jelas menjadi salah satu penyebab kegiatan retensi belum berjalan secara konsisten.

> *"Kalau mau melakukan retensi itu harus ada jadwalnya, harus ada targetnya, kemudian harus koordinasi dengan tim secara berkala"*
>
> *(Informan 1)*

Pelaksanaan retensi juga memerlukan persiapan administrasi sebelum berkas dapat diusulkan untuk dimusnahkan. Berdasarkan hasil wawancara, rumah sakit perlu melakukan evaluasi dan menyusun usulan daftar berkas yang akan dimusnahkan. Daftar tersebut diperlukan untuk mendokumentasikan berkas yang telah memenuhi persyaratan untuk diproses lebih lanjut. Selain itu, rumah sakit perlu menyiapkan pertelaan berkas yang akan dimusnahkan untuk ditandatangani oleh pihak yang berwenang. Dengan demikian, kegiatan retensi tidak dapat dilakukan secara langsung tanpa adanya tahapan administrasi yang lengkap dan terdokumentasi.

> *"Kemudian sebelum pelaksanaan harus evaluasi dulu, terus mengajukan usulan berkas, daftar berkas yang akan dimusnahkan."*
>
> *(Informan 1)*

Belum selesainya proses pengecekan berkas lama menjadi faktor lain yang menyebabkan retensi belum dilakukan secara rutin. Petugas masih harus memeriksa berkas untuk menentukan mana yang masih aktif dan mana yang telah memasuki kategori inaktif. Pemeriksaan tersebut membutuhkan waktu karena jumlah berkas lama yang harus diperiksa masih cukup banyak. Berkas dengan tahun kunjungan terakhir 2011 dan 2015 masih ditemukan dalam proses pemilahan. Oleh karena itu, proses pemeriksaan perlu memiliki target penyelesaian secara bertahap agar pelaksanaan retensi berikutnya dapat dipersiapkan dengan lebih baik.

"Kalau saat ini kenapa belum rutin, ya itu sih, karena belum semua berkasnya kita selesai untuk ngecek mana yang masih aktif dan mana inaktif."

(Informan 1)

Rumah Sakit Pelni Jakarta telah memiliki Tim Pemusnahan yang dapat mendukung pelaksanaan kegiatan retensi dan pemusnahan. Berdasarkan hasil wawancara, Tim Pemusnahan telah dibentuk melalui Surat Keputusan dan terdiri atas anggota dari beberapa bagian terkait. Tim tersebut memiliki penanggung jawab dan ketua yang berperan dalam pengoordinasian pelaksanaan pemusnahan berkas rekam medis. Keberadaan tim merupakan faktor pendukung karena rumah sakit telah memiliki struktur pelaksana untuk mempersiapkan kegiatan retensi. Namun, Tim Pemusnahan perlu didukung oleh jadwal kerja, pembagian tugas, dan pertemuan evaluasi rutin agar kegiatan dapat dilakukan secara terarah.

"Kalau dalam SK-nya sih ada 16, 16 orang, ya.."

(Informan 1)

Ketersediaan sumber daya manusia bukan merupakan hambatan utama dalam pelaksanaan retensi di Rumah Sakit Pelni Jakarta. Berdasarkan hasil wawancara, jumlah petugas rekam medis telah dinilai cukup sesuai dengan kebutuhan tenaga di unit rekam medis. Permasalahan utama lebih berkaitan dengan belum adanya jadwal rutin, belum tuntasnya proses pengecekan berkas, dan kebutuhan koordinasi administratif. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa perbaikan dapat difokuskan pada pengaturan proses kerja tanpa harus menambah petugas baru. Oleh karena itu, jadwal monitoring rutin dapat digunakan untuk mengoptimalkan tenaga yang tersedia dalam melaksanakan persiapan retensi secara bertahap.

"Untuk petugas rekam medisnya sih sudah cukup ya, enggak ada kurang."

(Informan 1)

No	Kegiatan Retensi	Waktu Pelaksanaan	Petugas Penanggung Jawab	Target / Bukti Kegiatan	Tindak Lanjut
1	Identifikasi berkas rekam medis yang telah memenuhi kriteria masa inaktif	Minggu ke-1 pada bulan pelaksanaan retensi	Petugas rekam medis yang ditunjuk	Daftar berkas yang memenuhi kriteria inaktif	Menyiapkan berkas untuk proses retensi
2	Pemilahan dan penilaian berkas rekam medis inaktif berdasarkan masa simpan dan nilai guna	Minggu ke-2 pada bulan pelaksanaan retensi	Petugas retensi dan tim terkait	Daftar hasil pemilahan dan penilaian berkas	Menentukan berkas yang masih harus disimpan dan yang dapat diusulkan untuk dimusnahkan
3	Pencatatan dan penataan berkas rekam medis inaktif	Minggu ke-3 pada bulan pelaksanaan retensi	Petugas filing dan petugas terkait	Daftar berkas dan lokasi penyimpanan inaktif	Menata serta memastikan berkas mudah ditemukan kembali
4	Verifikasi akhir dan penyusunan daftar berkas yang diusulkan untuk dimusnahkan	Minggu ke-4 pada bulan pelaksanaan retensi	Tim yang berwenang	Daftar usulan pemusnahan	Mengajukan persetujuan sesuai prosedur rumah sakit
5	Pelaksanaan pemusnahan berkas yang telah memenuhi	Sesuai jadwal pemusnahan yang ditetapkan rumah sakit	Tim pemusnahan yang ditunjuk	Daftar berkas dan berita acara pemusnah	Mendokumentasikan pemusnahan

No	Kegiatan Retensi	Waktu Pelaksanaan	Petugas Penanggung Jawab	Target / Bukti Kegiatan	Tindak Lanjut
	persyaratan dan memperoleh persetujuan			an	sesuai ketentuan

4.4 Evaluasi Pelaksanaan Monitoring Hasil Retensi Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit Pelni Jakarta

Monitoring terhadap berkas rekam medis dilakukan untuk memastikan bahwa berkas yang akan dipindahkan benar-benar telah memenuhi kriteria inaktif. Berdasarkan hasil wawancara, pemeriksaan dilakukan sebelum berkas dialihmediakan atau dipindahkan dari penyimpanan aktif. Petugas memeriksa status berkas melalui sistem untuk memastikan pasien tidak lagi aktif memperoleh pelayanan. Kegiatan tersebut menjadi bentuk pengendalian awal agar berkas aktif tidak ikut dipindahkan ke penyimpanan inaktif. Dengan demikian, pelaksanaan monitoring yang dilakukan saat ini berfokus pada verifikasi status berkas sebelum kegiatan pemindahan dan alih media.

> *"Pas dipindahkan tempatnya atau dialihmediakan itu sudah pasti dicek dulu bahwa itu memang inaktif."*
>
> *(Informan 1)*

Setelah berkas fisik dipindahkan atau disimpan pada pihak ketiga, belum dilakukan monitoring secara langsung terhadap lokasi penyimpanan berkas. Berdasarkan hasil wawancara, rumah sakit mengandalkan file hasil *scanning* untuk mengakses kembali informasi pasien apabila diperlukan. File tersebut memungkinkan informasi riwayat pelayanan pasien tetap tersedia meskipun berkas fisik tidak berada di ruang penyimpanan internal rumah sakit. Praktik ini membantu menjaga akses informasi, tetapi belum menggambarkan adanya pemeriksaan rutin terhadap kondisi fisik dan lokasi berkas inaktif. Oleh karena itu, monitoring terhadap daftar berkas dan lokasi penyimpanan pihak ketiga tetap diperlukan untuk melengkapi pengendalian melalui hasil alih media.

"Jadi enggak ada monitoring secara langsung ke tempat berkasnya disimpan, karena kan sudah dialihmedia, sudah di-scan."

(Informan 1)

Pencatatan hasil alih media dilakukan melalui file hasil *scanning* yang disimpan oleh rumah sakit. File tersebut menjadi bukti bahwa berkas fisik telah diproses ke dalam bentuk digital sebelum dipindahkan. Hasil *scanning* juga dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan informasi apabila terdapat permintaan riwayat pelayanan pasien. Namun, belum diperoleh informasi mengenai formulir monitoring khusus yang merekap jumlah berkas diperiksa, jumlah berkas inaktif, jumlah berkas dipindahkan, dan lokasi penyimpanan berkas. Oleh karena itu, pencatatan hasil *scanning* perlu dilengkapi dengan format rekapitulasi monitoring retensi yang lebih terstruktur.

> *"Di-scan ada pencatatannya dong pasti, di alih media kan itu berarti kan ada file yang disimpan."*
>
> *(Informan 1)*

Berdasarkan hasil evaluasi, Rumah Sakit Pelni Jakarta telah melakukan monitoring awal melalui pengecekan status berkas sebelum kegiatan alih media dan pemindahan. Akan tetapi, monitoring belum dilakukan secara periodik untuk menilai keseluruhan perkembangan kegiatan retensi. Belum adanya jadwal monitoring menyebabkan hasil pengecekan, alih media, dan pemindahan belum terdokumentasi dalam rekapitulasi berkala yang seragam. Kondisi tersebut dapat menyulitkan petugas dalam mengetahui jumlah berkas yang sudah diproses dan berkas yang masih memerlukan tindak lanjut. Oleh karena itu, penyusunan jadwal monitoring rutin dan formulir pencatatan hasil perlu dilakukan untuk memperkuat pengendalian kegiatan retensi.

No.	Jabatan dalam Tim	Jumlah	Tugas dan Tanggung Jawab
1	Penanggung Jawab: Kepala Unit Rekam Medis	1	Mengawasi kegiatan retensi, menetapkan target, mengevaluasi pelaksanaan, dan melaporkan perkembangan kepada pimpinan
	Koordinator Retensi	1	Mengatur jadwal, membagi pekerjaan, mengoordinasikan kelompok kerja, serta

No.	Jabatan dalam Tim	Jumlah	Tugas dan Tanggung Jawab
			memeriksa kelengkapan laporan.
3	Petugas Identifikasi dan Pendataan Berkas	2	Memeriksa riwayat kunjungan terakhir, mengidentifikasi berkas yang memenuhi kriteria inaktif, dan menyusun daftar berkas.
4	Petugas Pengambilan dan Pemindahan Berkas	3	Mengambil berkas dari rak aktif, mencocokkan nomor rekam medis dengan daftar, mengelompokkan, dan memindahkan berkas ke area kerja retensi.
5	Petugas Pemilahan dan Penilaian Berkas	2	Memeriksa berkas fisik, melakukan pemilahan dan penilaian sesuai ketentuan masa simpan dan nilai guna, serta menentukan tindak lanjut.
6	Petugas Alih Media dan Pemeriksaan Hasil Pemindaian	2	Melakukan atau mengoordinasikan pemindaian sesuai kebutuhan, memeriksa keterbacaan dan kelengkapan hasil, serta mencatat alih media.
7	Petugas Penataan dan Penyimpanan Inaktif	1	Menata berkas inaktif, memberi penandaan sesuai sistem penyimpanan, dan mencatat lokasi agar berkas dapat ditelusuri.
8	Petugas Administrasi dan Monitoring	1	Memperbarui register, mencatat capaian dan berkas yang belum selesai, menyusun laporan bulanan, serta memantau tindak lanjut.
9	Petugas Verifikasi Akhir	2	Memeriksa hasil pemilahan, pencatatan, dan dokumen pendukung sebelum berkas diusulkan untuk dimusnahkan.
TOTAL TIM INTI		15	

4.5 Identifikasi Kendala dan Penyusunan Rancangan Jadwal Monitoring Rutin

Pelaksanaan Retensi Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit Pelni Jakarta

Kendala utama dalam pelaksanaan retensi berkas rekam medis di Rumah Sakit Pelni Jakarta adalah jumlah berkas yang banyak dan perlu dipilah sebelum diretensi. Berdasarkan hasil wawancara, petugas harus memeriksa berkas secara bertahap untuk menentukan status aktif atau inaktifnya. Proses pemilahan membutuhkan waktu karena status setiap berkas harus dipastikan melalui riwayat kunjungan pasien. Banyaknya berkas lama yang belum diperiksa menyebabkan persiapan retensi belum dapat diselesaikan secara cepat. Oleh karena itu, kegiatan pengecekan perlu memiliki target jumlah berkas yang dapat diselesaikan pada setiap periode monitoring.

> *"Mungkin karena berkasnya banyak ya, kan harus dipilah dulu ya sebelum diretensi."*
>
> *(Informan 1)*

Pengecekan terhadap berkas lama merupakan tahapan penting sebelum rumah sakit menetapkan berkas yang dapat diproses untuk retensi. Berdasarkan hasil wawancara, berkas lama harus diperiksa untuk menentukan mana yang perlu dipisahkan dari penyimpanan aktif. Pemeriksaan dilakukan agar berkas pasien yang masih aktif atau masih dibutuhkan dalam pelayanan tidak ikut dipindahkan. Kegiatan tersebut memerlukan daftar kerja dan pencatatan hasil agar proses pemeriksaan dapat dilaksanakan secara bertahap. Dengan demikian, jadwal monitoring perlu mengatur waktu pengecekan, petugas pemeriksa, target berkas, serta tindak lanjut hasil pemeriksaan.

> *"Kalau misalnya untuk berkas-berkas lama kan harus dicek dulu tuh mana yang harus dipisahkan."*
>
> *(Informan 1)*

Keterbatasan ruang penyimpanan internal merupakan kendala yang memengaruhi pengelolaan berkas rekam medis inaktif. Berdasarkan hasil wawancara, ruang penyimpanan di Rumah Sakit Pelni Jakarta belum cukup untuk menampung seluruh berkas fisik yang tersedia. Kondisi tersebut menyebabkan

sebagian berkas inaktif disimpan pada pihak ketiga atau vendor penyimpanan. Penggunaan pihak ketiga dapat membantu mengurangi penumpukan berkas pada ruang penyimpanan aktif di rumah sakit. Namun, kegiatan tersebut tetap membutuhkan register pemindahan dan pencatatan lokasi agar berkas fisik dapat ditelusuri ketika diperlukan.

> *"Karena kan di sininya enggak muat, enggak cukup."*
>
> *(Informan 1)*

Berdasarkan hasil evaluasi, penyusunan jadwal monitoring rutin diperlukan untuk mendukung pelaksanaan retensi secara bertahap dan terukur. Jadwal tersebut dapat memuat kegiatan pengecekan riwayat kunjungan, verifikasi status inaktif, alih media, pemindahan berkas, serta rekapitulasi hasil kegiatan. Jadwal juga perlu mencantumkan petugas penanggung jawab, target jumlah berkas, bukti kegiatan, dan tindak lanjut atas kendala yang ditemukan. Monitoring bulanan dapat difokuskan pada kegiatan pemeriksaan dan pencatatan berkas, sedangkan evaluasi triwulan dapat dilakukan bersama Tim Pemusnahan. Dengan adanya jadwal monitoring rutin, pelaksanaan retensi di Rumah Sakit Pelni Jakarta diharapkan dapat berjalan lebih terarah, terdokumentasi, dan berkelanjutan.

No	Kegiatan Monitoring	Waktu Pelaksanaan	Petugas Penanggung Jawab	Target /Bukti Kegiatan	Tindak Lanjut
1	Memeriksa pelaksanaan identifikasi berkas yang telah memasuki masa inaktif	Minggu ke-1 setiap bulan	Petugas yang ditunjuk oleh Kepala Unit Rekam Medis	Daftar hasil identifikasi berkas inaktif	Menindaklanjuti berkas yang belum teridentifikasi
2	Memeriksa hasil pemilahan dan penilaian berkas inaktif	Minggu ke-2 setiap bulan	Petugas yang ditunjuk dan penanggung jawab retensi	Daftar hasil pemilahan dan penilaian	Memperbaiki data atau menyelesaikan berkas yang belum diproses
3	Memeriksa pencatatan	Minggu ke-3 setiap bulan	Petugas filing dan	Register dan lokasi	Memperbaiki

No	Kegiatan Monitoring	Waktu Pelaksanaan	Petugas Penanggung Jawab	Target /Bukti Kegiatan	Tindak Lanjut
	dan penataan berkas inaktif		penanggung jawab retensi	penyimpanan berkas	pencatatan atau penataan yang belum sesuai
4	Memeriksa status pengajuan pemusnahan berkas yang telah memenuhi persyaratan	Minggu ke-4 setiap bulan	Penanggung jawab retensi dan tim terkait	Daftar usulan dan status persetujuan pemusnahan	Menindaklanjuti proses administrasi yang belum selesai
5	Merekapitulasi hasil monitoring pelaksanaan retensi	Akhir setiap bulan	Petugas yang ditunjuk	Laporan hasil monitoring bulanan	Melaporkan capaian dan kendala kepada Kepala Unit Rekam Medis
6	Mengevaluasi pelaksanaan jadwal retensi dan efektivitas monitoring	Setiap tiga bulan	Kepala Unit Rekam Medis dan petugas terkait	Laporan evaluasi dan rencana perbaikan	Menyesuaikan jadwal, pembagian tugas, atau tahapan kerja jika diperlukan

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Kondisi Pelaksanaan Retensi Berkas Rekam Medis

   Pelaksanaan retensi berkas rekam medis di Rumah Sakit Pelni Jakarta saat ini belum berjalan secara rutin, teratur, dan berkesinambungan. Kegiatan retensi maupun pemusnahan berkas fisik secara menyeluruh terakhir kali dilaksanakan pada tahun 2017. Meskipun ketersediaan Sumber Daya Manusia (SDM) di Unit Rekam Medis dinilai telah mencukupi, belum tersedianya jadwal monitoring rutin serta belum tuntasnya proses pemilahan berkas-berkas lama menjadi faktor utama yang menghambat keteraturan kegiatan ini.

2. Proses Penentuan dan Pemilahan Berkas Rekam Medis

   Penentuan status inaktif dilakukan berdasarkan evaluasi riwayat kunjungan terakhir pasien pada sistem informasi rumah sakit. Berkas rekam medis dikategorikan inaktif apabila pasien tidak lagi melakukan kunjungan pelayanan sekurang-kurangnya selama 5 (lima) tahun. Selanjutnya, berkas yang telah berusia lebih dari 10 (sepuluh) tahun dijadikan prioritas utama untuk diproses. Pemilahan dilakukan secara sistematis oleh petugas checking melalui verifikasi data pada sistem guna memastikan tidak ada berkas aktif yang keliru dipindahkan.

3. Alur Pelaksanaan Retensi Berkas Rekam Medis

   Alur pelaksanaan retensi dari penyimpanan aktif ke inaktif dilaksanakan melalui beberapa tahapan, meliputi: pengecekan riwayat kunjungan pada sistem, verifikasi dan penetapan status inaktif, pemilahan berkas fisik, alih media (digitalisasi melalui scanning), pemindahan berkas, serta penyimpanan berkas inaktif pada pihak ketiga (vendor). Penggunaan layanan vendor dilakukan sebagai solusi atas keterbatasan kapasitas ruang penyimpanan (filing) internal rumah sakit, dengan proses alih media yang menjamin ketersediaan informasi rekam medis pasien tetap dapat diakses secara digital.

4. Keteraturan dan Jadwal Pelaksanaan Retensi Periodik

   Pelaksanaan retensi belum memiliki jadwal kerja periodik yang terstruktur dan mengikat. Oleh karena itu, disusun rancangan jadwal pelaksanaan retensi secara periodik yang mencakup siklus kegiatan operasional bulanan (pemeriksaan, pemilahan, alih media, dan pencatatan pemindahan) serta evaluasi berkala setiap

triwulan bersama Tim Pemusnahan untuk memastikan target retensi tercapai secara terukur.

5. Sistem Monitoring Hasil Retensi, Kendala, dan Tindak Lanjut

   Mekanisme pemantauan yang berjalan saat ini masih bersifat terbatas pada verifikasi awal sebelum alih media, serta belum mencakup pengawasan berkala terhadap kondisi dan penelusuran lokasi fisik berkas yang disimpan di pihak ketiga. Untuk mengatasi hal tersebut, telah dirancang sistem monitoring terstruktur menggunakan formulir rekapitulasi khusus yang mendokumentasikan tanggal pelaksanaan, periode berkas, jumlah berkas diperiksa/inaktif/dialihmediakan, lokasi penyimpanan, pencatatan kendala teknis, dan rencana tindak lanjut.

6. Rekomendasi Pelaksanaan Retensi Terpantau dan Berkelanjutan

   Guna menjamin kegiatan retensi berjalan secara rutin dan terorganisir, dirumuskan rekomendasi strategis yang meliputi: pembakuan Standar Operasional Prosedur (SOP) alur retensi, penetapan target kuota pengerjaan berkas secara periodik, pembuatan register pemindahan dan penelusuran berkas di vendor, serta pelaksanaan pemantauan berkala berbasis instrumen monitoring.

5.2 Saran

1. Pengoptimalan Tata Kelola Operasional Retensi

   Manajemen Unit Rekam Medis disarankan untuk mengoptimalkan pembagian peran dan alokasi waktu kerja bagi petugas rekam medis yang ada. Hal ini penting agar penanganan dan pemilahan penumpukan berkas-berkas lama dapat diselesaikan secara bertahap tanpa mengganggu alur pelayanan harian.

2. Penetapan Target Pemilahan Berkas secara Bertahap

   Petugas checking disarankan untuk menetapkan target kuota mingguan dalam memverifikasi riwayat kunjungan pasien pada sistem. Pencatatan hasil identifikasi berkas inaktif harus dibuat secara rapi dan terstruktur sebagai basis data dasar sebelum dilanjutkan ke proses alih media.

3. Standardisasi Prosedur Operasional dan Pengelolaan Register Pemindahan

   Rumah sakit disarankan untuk membakukan SOP Alur Pelaksanaan Retensi secara tertulis. Selain itu, setiap penyerahan dan pemindahan berkas ke penyimpanan pihak ketiga (vendor) wajib disertai dengan Register Pemindahan Berkas yang memuat detail identitas berkas, tanggal alih media, serta kode lokasi presisi guna

mempermudah retrieval (penelusuran kembali) saat dibutuhkan.

4. Penerapan Jadwal Pelaksanaan Retensi Periodik

   Unit Rekam Medis disarankan untuk mengesahkan dan menerapkan rancangan jadwal retensi periodik (pelaksanaan operasional bulanan dan koordinasi triwulanan bersama Tim Pemusnahan). Penerapan jadwal ini akan memberikan kepastian batasan waktu dan alokasi tanggung jawab yang jelas bagi seluruh tim pelaksana.

5. Pengimplementasian Instrumen Monitoring dan Pemantauan Vendor

   Disarankan untuk segera mengimplementasikan formulir/sistem monitoring retensi yang telah dirancang sebagai media rekapitulasi data. Di samping itu, Unit Rekam Medis perlu melakukan audit atau pengawasan berkala terhadap tata kelola dan fisik berkas yang disimpan pada vendor untuk memastikan aspek keamanan serta kerahasiaan dokumen tetap terjaga.

6. Pelaporan Berkala dan Evaluasi Manajemen

   Kepala Unit Rekam Medis disarankan untuk menyampaikan laporan rekapitulasi monitoring dan capaian indikator retensi secara berkala kepada pimpinan rumah sakit. Laporan ini berfungsi sebagai bahan evaluasi manajemen dalam mendukung efisiensi ketersediaan ruang penyimpanan serta pengembangan rekam medis elektronik secara menyeluruh.

DAFTAR PUSTAKA

Adhiansyah, R. S. (2023). Perancangan sistem informasi retensi berkas rekam medis berbasis web di RSIA Limijati. *JATISI (Jurnal Teknik Informatika dan Sistem Informasi), Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Universitas Dian Nusantara*, 187-203.

Apriliani, E. D. (2025). nalisis pelaksanaan retensi dan pemusnahan berkas rekam medis di RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya. *Indonesian Journal of Health Community, Universitas IVET*, 87-97.

Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan. (2023, 2. J. (2023). Retensi rekam medis dalam rangka efektivitas pelayanan kesehatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan (Keslan)*.

Istikomah, F. A. (2020). Prioritas Penyebab Belum Terlaksananya Retensi dan Pemusnahan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RS Mitra Medika Bondowoso Tahun 2019. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, Politeknik Negeri Jember*, 381-391.

Nur'Aini, W. A. (2022). Sistem Retensi Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Annisa Kota Pekanbaru. *INFOKES: Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan, Universitas Dharma Andalas*, 25-35.

Octaria, H. D. (2023). Analisis Alur Pelaksanaan Retensi Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit X Pekanbaru. *Community Engagement and Emergence Journal (CEEJ)*, 1-6.

Sri Nurcahyati, T. H. (2021). Efektivitas Alih Media Berkas Rekam Medis Inaktif di Rumah Sakit Pertamina Cirebon. *Jurnal Wiyata: Penelitian Sains dan Kesehatan, diterbitkan oleh LP2M Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri*.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 829.

Pemerintah Republik Indonesia. (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887.

Zafira, F., & Hidayati, M. (2022). Analisis faktor-faktor belum terlaksananya pemusnahan dokumen rekam medis inaktif di Rumah Sakit X Bandung. Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia, 2(2), 247–255.

Situmaorang, M., Mulyana, A., & Nurwana, M. (2023). Analisis keterlambatan retensi dan pemusnahan berkas rekam medis di Rumah Sakit X. Warta Dharmawangsa, 17(2), 542–553.

Tugiran, & Risdiansyah. (2022). Tinjauan pelaksanaan retensi dan pemusnahan berkas rekam medis di Rumah Sakit X. Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional.

Amalia, T. S., Rakhmawati, F., & Wulandari, A. (2023). Tinjauan pelaksanaan retensi berkas rekam medis rawat inap in-aktif di Rumah Sakit Bhayangkara Pusdik Brimob Watukosek Kabupaten Pasuruan tahun 2022. Jurnal Sehat Indonesia (JUSINDO), 5(8).

Yuni, M. N., Nurmawati, I., Santi, M. W., & Vestine, V. (2024). Analisis faktor penyebab belum terlaksananya retensi dan pemusnahan rekam medis inaktif di Puskesmas Sopaah. Jurnal Rekam Medik & Manajemen Informasi Kesehatan.

Miharja, R. T., & Lestaroyowidodo, S. (2026). Tinjauan pelaksanaan retensi rekam medis guna menunjang efisiensi ruang penyimpanan rekam medis inaktif di Rumah Sakit Santosa Bandung Central. Journal of Innovative and Creativity, 6(2), 43700–43704.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Daftar Hadir Magang/PKL

No	Nama Mahasiswa	03/08/2026	04/08/2026	05/08/2026	06/08/2026	07/08/2026	08/08/2026
1	Arinda Dinur Harlyanti	ORIENTASI	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA	IT	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA
2	Amanda Areta Maheswari	ORIENTASI	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA	IT	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA
3	Diva Awalin Taluna	ORIENTASI	APM	APM	IT	APM	APM
4	Fadhila Choirunnisa	ORIENTASI	APM	APM	IT	APM	APM
5	Muhammad Rayhan Hakiki	ORIENTASI	RETENSI	RETENSI	RETENSI	RETENSI	RETENSI
6	Latifah Asroriah	ORIENTASI	RETENSI	RETENSI	RETENSI	RETENSI	RETENSI
7	Shela Rahmadani	ORIENTASI	RETENSI	RETENSI	RETENSI	RETENSI	RETENSI
8	Nabila Maulidia Fatahilah	ORIENTASI	RETENSI	RETENSI	RETENSI	RETENSI	RETENSI
9	Waffa Nurin Amalina	ORIENTASI	IT	ASSEMBLING	ASSEMBLING	ASSEMBLING	ASSEMBLING
10	Jihan Izza Afkaria	ORIENTASI	IT	ASSEMBLING	ASSEMBLING	ASSEMBLING	ASSEMBLING
11	Satya Lintang Prameswari	ORIENTASI	IT	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA
12	Zahra Alya Safitri	ORIENTASI	IT	PIPP	PIPP	PIPP	PIPP
13	Nadhifa Dwi Rahmalia	ORIENTASI	WA	WA	WA	WA	WA
14	Muhammad Naufal Mustafa	ORIENTASI	IGD DAN RANAP	IGD DAN RANAP	IGD DAN RANAP	IGD DAN RANAP	IGD DAN RANAP

No	Nama Mahasiswa	01/09/2026	02/09/2026	03/09/2026	04/09/2026	05/09/2026
1	Arinda Dinur Harlyanti	APM	APM	APM	PIPP	PIPP
2	Amanda Areta Maheswari	ASSEMBLING	ASSEMBLING	ASSEMBLING	ASSEMBLING	ASSEMBLING
3	Diva Awalin Taluna	CASEMIX	CASEMIX	CASEMIX	CASEMIX	CASEMIX
4	Fadhila Choirunnisa	CASEMIX	CASEMIX	CASEMIX	CASEMIX	CASEMIX
5	Muhammad Rayhan Hakiki	PELAPORAN	PELAPORAN	PELAPORAN	WA	WA
6	Latifah Asroriah	RETENSI	RETENSI	RETENSI	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA
7	Shela Rahmadani	APM	APM	APM	APM	APM
8	Nabila Maulidia Fatahilah	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA	RETENSI	RETENSI
9	Waffa Nurin Amalina	PIPP	PIPP	PIPP	PELAPORAN	PELAPORAN
10	Jihan Izza Afkaria	RETENSI	RETENSI	RETENSI	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA
11	Satya Lintang Prameswari	RETENSI	RETENSI	RETENSI	ASSEMBLING	ASSEMBLING
12	Zahra Alya Safitri	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA
13	Nadhifa Dwi Rahmalia	IGD DAN RANAP	IGD DAN RANAP	IGD DAN RANAP	IGD DAN RANAP	APM
14	Muhammad Naufal Mustafa	WA	WA	WA	APM	APM

Nama Mahasiswa	21/09/2026	22/09/2026	23/09/2026	24/09/2026	25/09/2026	26/09/2026	27/09/2026	28/09/2026	29/09/2026	30/09/2026
Arinda Dinur Harlyanti	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA	ASSEMBLING	ASSEMBLING	RETENSI	APM		APM	APM	APM
Amanda Areta Maheswari	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA	APM	APM	RETENSI	RETENSI		WA	PIPP	WA
Diva Awalin Taluna	APM	APM	REGISTRASI	APM	WA	WA		RETENSI	RETENSI	RETENSI
Fadhila Choirunnisa	APM	APM	APM	REGISTRASI	APM	RETENSI		RETENSI	RETENSI	RETENSI
Muhammad Rayhan Hakiki	PIPP	PIPP	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA	REGISTRASI		APM	RETENSI	RETENSI
Latifah Asroriah	IGD DAN RANAP	RETENSI	RETENSI	RETENSI	ASSEMBLING	ASSEMBLING		RETENSI	CASEMIX	CASEMIX
Shela Rahmadani	WA	WA	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA	APM	REGISTRASI		RETENSI	RETENSI	RETENSI
Nabila Maulidia Fatahilah	CASEMIX	REGISTRASI	WA	WA	REGISTRASI	RETENSI		ALIH MEDIA	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA
Waffa Nurin Amalina	RETENSI	CASEMIX	CASEMIX	CASEMIX	CASEMIX	CASEMIX		CASEMIX	ASSEMBLING	ASSEMBLING
Jihan Izza Afkaria	REGISTRASI	CASEMIX	CASEMIX	CASEMIX	CASEMIX	CASEMIX		CASEMIX	APM	APM
Satya Lintang Prameswari	PELAPORAN	PELAPORAN	PIPP	PIPP	RETENSI	RETENSI		ALIH MEDIA	REGISTRASI	PIPP
Zahra Alya Safitri	CASEMIX	IGD DAN RANAP	PELAPORAN	PELAPORAN	RETENSI	APM		PELAPORAN	WA	REGISTRASI
Nadhifa Dwi Rahmalia	REGISTRASI	RETENSI	RETENSI	RETENSI	PELAPORAN	PELAPORAN		PIPP	CASEMIX	CASEMIX
Muhammad Naufal Mustafa	RETENSI	RETENSI	RETENSI	RETENSI	PIPP	PIPP		REGISTRASI	PELAPORAN	PELAPORAN

Nama Mahasiswa	14/09/2026	15/09/2026	16/09/2026	17/09/2026	18/09/2026	19/09/2026
Arinda Dinur Harlyanti	WA	WA	WA	WA	WA	REGISTRASI
Amanda Areta Maheswari	CASEMIX	PIPP	REGISTRASI	IGD DAN RANAP	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA
Diva Awalin Taluna	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA	PIPP	PIPP	IGD DAN RANAP	APM
Fadhila Choirunnisa	PELAPORAN	PELAPORAN	IGD DAN RANAP	APM	PIPP	PIPP
Muhammad Rayhan Hakiki	CASEMIX	IGD DAN RANAP	APM	ASSEMBLING	ASSEMBLING	ASSEMBLING
Latifah Asroriah	REGISTRASI	APM	APM	REGISTRASI	RETENSI	RETENSI
Shela Rahmadani	PIPP	REGISTRASI	PELAPORAN	PELAPORAN	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA
Nabila Maulidia Fatahilah	RETENSI	CASEMIX	CASEMIX	CASEMIX	CASEMIX	CASEMIX
Waffa Nurin Amalina	REGISTRASI	REGISTRASI	REGISTRASI	REGISTRASI	REGISTRASI	REGISTRASI
Jihan Izza Afkaria	IGD DAN RANAP	ASSEMBLING	ASSEMBLING	APM	PELAPORAN	PELAPORAN
Satya Lintang Prameswari	RETENSI	RETENSI	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA	APM	WA
Zahra Alya Safitri	APM	CASEMIX	CASEMIX	CASEMIX	CASEMIX	CASEMIX
Nadhifa Dwi Rahmalia	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA	RETENSI	RETENSI	APM	APM
Muhammad Naufal Mustafa	APM	APM	ALIH MEDIA	ALIH MEDIA	RETENSI	RETENSI

Lampiran 2. Gambar/Foto Rangkaian Kegiatan selama Magang/PKL



Kegiatan Supervisi Dosen



Kegiatan Supervisi Dosen



Kegiatan Supervisi Dosen

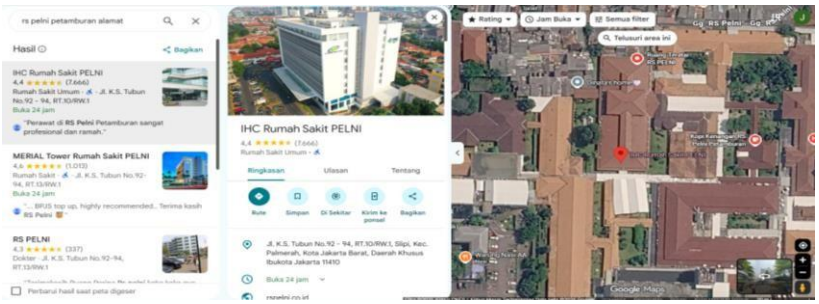


Orientasi



Dokumentasi Bersama Bapak Wakil Menteri Kesehatan

Lampiran 3. Denah/Peta Lokasi Magang/PKL



Denah IHC Rumah Sakit Pelni Jakarta Barat

Lampiran 4. Data Pendukung yang diperlukan

Kegiatan Bimbingan dengan CI

