

Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia

Volume 1, Nomor 1, 2003

Upaya Perbaikan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

dan Peran Masyarakat di Kecamatan Cibeber, Kabupaten Sukabumi

dan Peran Masyarakat di Kecamatan Cibeber, Kabupaten Sukabumi

dan Peran Masyarakat di Kecamatan Cibeber, Kabupaten Sukabumi

dan Peran Masyarakat di Kecamatan Cibeber, Kabupaten Sukabumi

dan Peran Masyarakat di Kecamatan Cibeber, Kabupaten Sukabumi

dan Peran Masyarakat di Kecamatan Cibeber, Kabupaten Sukabumi

dan Peran Masyarakat di Kecamatan Cibeber, Kabupaten Sukabumi


dan Peran Masyarakat di Kecamatan Cibeber, Kabupaten Sukabumi

dan Peran Masyarakat di Kecamatan Cibeber, Kabupaten Sukabumi

Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia
Diterbitkan oleh Masyarakat Administrasi Kesehatan Indonesia
No. 1, 2003, hal. 207-211
www.iahi.org



Archive Article

Cover Media	Content
 <p>Volume : 1 / No. : 4 / Pub. : 2013-04</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Process Evaluation On Medical Record Reporting And Information Usage At Usada Hospital Sidoarjo 2. The Correlation Of Individual And Organizational Readiness For Sjsn Implementation In Bhakti Dharma Husada General Hospital Surabaya 3. Evaluation Of Minimum Service Standard Implementation On Toddler Pneumonia Patients Detection Program 4. Assessment Of Nurse Financial Incentive Compensation System Based On Equity 5. Relationship Of Knowledge And Perception Gap With Inpatient Satisfaction Of Semen Gresik Hospital 6. Factors That Affect The High Claims Ratio Of Work Accident Insurance Program 7. Organization Performance Analysis Based On Malcolm Baldrige In Inpatient Unit Of Dr. H. Moh. Anwar General Hospital Sumenep 8. Analysis Of Medical Record Filling Completeness And Returning In Hospital Inpatient Unit

Information JAKI

[Dewan Redaksi](#)

[About](#)

[Pengumuman](#)

[Etika Penulis](#)

[Guidelines for Authors \(GFA\)](#)

e-journal Unair


[Continue »](#)

Licensed

All of the journals are published by Universitas Airlangga that free to access and download the articles.



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike license](#).

Journal Unair

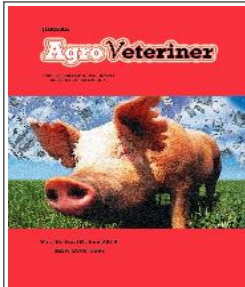
MEDICINE
journal category
LAW
journal category

SCIENCES
journal category
ECONOMY
journal category

ANIMAL-AGRICULTURE
journal category
PHARMACY
journal category
HEALTH
journal category

PSYCHOLOGY
journal category

SOCIAL HUMANISM
journal category



Information Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia

Dewan Redaksi Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia

- Ketua Penyunting : Nuzulul Kusuma Putri, S.KM., M.Kes.
- Wakil Ketua Penyunting : Maya Sari Dewi, S.KM., M.Kes.
- Penyunting Pelaksana : Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes.
Tito Yustiawan, drg., M.Kes.

2016-01-04, Source : Redaksi Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia

About Journal

Vision & Mission, Goals

Development Team of Scientific Journals

e-journal Unair

[Continue »](#)

Licensed

EVALUASI PROSES PEMBUATAN LAPORAN DAN PEMANFAATAN INFORMASI REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT USADA SIDOARJO

PROCESS EVALUATION ON MEDICAL RECORD REPORTING AND INFORMATION USAGE AT USADA HOSPITAL SIDOARJO

Tiara Andani, Thinni Nurul Rochmah

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya

E-mail: punya_tia_banget@yahoo.co.id

ABSTRACT

Information in the medical record could be used for various purposes, such as treatment decisions for patients, evidence of legal services provided and the evidence on the performance of human resources in health care facilities. Preliminary research has found that incomplete medical record in Usada Sidoarjo Hospital of 76,67% and 90,42%. This study aimed to evaluate the process of report creation and utilization of information in medical Record Unit Usada Hospital Sidoarjo. This was cross-sectional study. Data was collected through observation as well as interviewing to the hospital middle level management which then compared with Guidelines for Hospital Medical Record in Indonesia. The process of recapitulation of patients visits, hospital activity reported, and internal reported hospitals were already fits with the guidelines. While the resumes settlement process, daily inpatient census reporting, morbidity reported process, and external reported hospitals still were not in line with the guideline. Some effort can be made to improve the reporting process. Medical record officer could use ICD-10 application to getting the medical record code. Moreover to increase performance in external reporting, it needs to strengthen the role of each unit in organizational structure of medical record.

Keywords: *evaluation, hospital, information, medical record, report*

PENDAHULUAN

Selam tahun 2010 hingga 2011, kelengkapan rekam medis Rumah Sakit Usada Sidoarjo hanya sebesar 76,67% dan 90,42%. Angka kelengkapan tersebut belum mencapai standar kelengkapan rekam medis seperti yang tertuang dalam Kepmenkes RI No. 129/MENKES/SK/II/2008. Kelengkapan rekam medis akan mempengaruhi proses pengolahan data rekam medis. Padahal pengolahan data rekam medis akan menghasilkan berbagai informasi penting yang dibutuhkan rumah sakit dalam memberikan pelayanan.

Informasi rekam medis dapat digunakan untuk berbagai kepentingan, seperti pengambilan keputusan pengobatan kepada pasien hingga alat bukti legal pelayanan dan kinerja rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi proses pembuatan laporan dan pemanfaatan informasi rekam medis di Rumah Sakit Usada Sidoarjo. Hasil

penelitian ini dapat membantu pemberi pelayanan kesehatan dalam memahami berbagai kendala yang ada dalam pengelolaan sistem informasi kesehatan.

PUSTAKA

Informasi yang dihasilkan oleh Sistem Informasi Manajemen (SIM) disesuaikan dengan tingkatan kepentingan pada setiap tingkat manajerial. *Top level management, middle level management,* hingga *low level management* memerlukan informasi (Scoot, 2004).

Menurut Permenkes RI No. 269/Menkes/SK/II/2008 tentang rekam medis, rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan oleh petugas kepada pasien. Rekam medis merupakan berkas yang digunakan untuk menuliskan data pasien. Selain itu, rekam medis

merupakan rekaman dalam bentuk sistem informasi yang dapat digunakan untuk mengumpulkan segala informasi pasien, terkait dengan pelayanan yang diberikan fasilitas pelayanan kesehatan. Informasi tersebut dapat digunakan untuk berbagai kepentingan, seperti pengambilan keputusan pengobatan kepada pasien, bukti legal pelayanan yang telah diberikan, dan bukti tentang kinerja sumber daya manusia di fasilitas pelayanan kesehatan (Budi, 2011).

Unit rekam medis bertanggungjawab terhadap pengelolaan data pasien menjadi informasi kesehatan yang berguna bagi pihak pengambil keputusan. Tugas dari unit rekam medis adalah pengumpulan data, proses pengolahan data, dan penyajian informasi. Proses pengolahan data meliputi (Budi, 2011):

1. *Assembling*, yaitu proses perakitan atau pengurutan halaman berkas rekam medis. Pada proses ini dilakukan analisis untuk melihat kelengkapan berkas rekam medis. Apabila terdapat berkas rekam medis yang tidak lengkap, maka unit rekam medis menyerahkan kembali rekam medis kepada petugas medis.
2. *Coding*, yaitu proses pemberian kode pada diagnosis penyakit dan tindakan medis. Kode yang digunakan adalah kode yang diberikan oleh *World Health Organization* (WHO) berupa ICD-10 dan ICD-9 CM. ICD-10 digunakan untuk klasifikasi diagnosis atau penyakit, sedangkan ICD-9CM digunakan untuk tindakan medis yang diberikan.
3. *Indexing*, yaitu proses pembuatan tabulasi sesuai dengan kode yang telah dibuat dalam kartu indeks. Hasil pengumpulan kode dari diagnosis penyakit dan tindakan medis dapat dijadikan sebagai bahan untuk penyajian data statistik kesehatan.
4. Pelaporan, yaitu proses pembuatan laporan untuk kepentingan internal dan eksternal rumah sakit. Pihak internal yang membutuhkan informasi kesehatan adalah direktur rumah sakit dan unit dalam fasilitas pelayanan kesehatan, seperti farmasi, keuangan, klinik, bangsal, dan manajemen. Pihak luar (eksternal) rumah sakit yang membutuhkan informasi kesehatan adalah yayasan, pemilik rumah sakit, asuransi, pasien, dan pemerintah. Kewajiban rumah sakit dalam pembuatan laporan dapat digambarkan melalui data Sistem Pelaporan Rumah Sakit (SPRS) yang dilaporkan kepada dinas kesehatan setempat.

Secara garis besar, jenis pelaporan rumah sakit dibedakan menjadi 2, yaitu pelaporan internal dan eksternal rumah sakit (Depkes RI, 2006). Pelaporan internal rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit. Laporan internal rumah sakit meliputi semua catatan hasil kegiatan yang dilakukan oleh rumah sakit. Laporan ini dibuat dan dimanfaatkan oleh rumah sakit itu sendiri.

Sedangkan yang dimaksud dengan pelaporan eksternal rumah sakit adalah laporan yang ditujukan kepada instansi yang berwenang di atas rumah sakit. Ada tiga instansi tujuan laporan yakni Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Propinsi, serta Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Laporan eksternal rumah sakit dibuat dalam bentuk

Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS). Berdasarkan Juknis Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) 2011, formulir pelaporan SIRS terdiri dari 5 Rekapitulasi Laporan (RL), antara lain (Kemenkes RI, 2011)

- a. RL 1, berisikan tentang Data Dasar Rumah Sakit yang dilaporkan setiap terjadi perubahan data dasar rumah sakit.
- b. RL 2, berisikan tentang Data Ketenagaan yang dilaporkan secara periodik setiap tahun.
- c. RL 3, berisikan tentang Data Kegiatan Pelayanan Rumah Sakit yang dilaporkan secara periodik setiap tahun.
- d. RL 4, berisikan tentang Data Morbiditas dan Mortalitas Pasien yang dilaporkan secara periodik setiap tahun.
- e. RL 5 atau Data Bulanan, berisikan tentang data kunjungan dan 10 besar penyakit yang dilaporkan periodeik setiap bulan.

Untuk menyusun berbagai laporan tersebut, Departemen Kesehatan RI telah mengeluarkan Pedoman Pelaksanaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Ada lima prosedur dasar yakni prosedur penyelesaian *resume* dan laporan kematian, prosedur sensus harian pasien rawat inap, prosedur rekapitulasi kunjungan pasien rawat jalan, prosedur pembuatan laporan kegiatan rumah sakit, serta prosedur pembuatan laporan morbiditas pasien rawat inap dan rawat jalan.

METODE

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif yang bersifat observasional dengan desain *cross-sectional*. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Usada Sidoarjo pada bulan Desember 2012 hingga Agustus

2013. Unit analisis di dalam penelitian adalah unit rekam medis. Responden sebanyak 8 orang manajer yang menduduki jabatan *middle management* dan petugas rekam medis yang diajukan oleh Rumah Sakit USADA Sidoarjo.

Evaluasi dilakukan dengan membandingkan proses pembuatan laporan dengan Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II dan Juknis Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) 2011. Setiap variabel diberikan nilai 0 jika prosedur tidak dilaksanakan dan diberi nilai 1 jika prosedur dilaksanakan. Setiap nilai dijumlahkan dan dipersentasekan. Hasil persentase dimasukkan ke dalam kategori, berdasarkan Standar Akreditasi Rumah Sakit, yaitu tidak sesuai ($\leq 19\%$), kurang sesuai (20% - 79%), dan sesuai (80% - 100%).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Proses Pengolahan Data Rekam Medis

Proses pengolahan data rekam medis yang ada di RS Usada Sidoarjo meliputi *assembling*, *coding*, *indexing*, dan pembuatan laporan rumah sakit. Pada tahap *assembling*, petugas rekam medis RS Usada Sidoarjo melakukan penataan dan analisis kelengkapan lembar yang terdapat pada berkas rekam medis. Rekam medis dibuat oleh dokter atau tenaga kesehatan 1 hari setelah pasien dirawat atau diberi pelayanan kesehatan. Rekam medis yang tidak lengkap dikembalikan kepada dokter atau petugas yang merawat. Petugas rekam medis memberikan waktu 2 x 24 jam untuk melengkapi rekam medis tersebut. Setelah waktu pengisian

berakhir, rekam medis diambil dan diletakkan di ruang penyimpanan.

Selanjutnya petugas rekam medis RS Usada Sidoarjo melakukan *coding* data rekam medis. Petugas rekam medis memberikan kode diagnosis dan tindakan medis dengan menggunakan aplikasi ICD-10. Petugas rekam medis mencari kode diagnosis pada menu ICD-10. Petugas rekam medis juga bersamaan melihat menu ICD-9 CM untuk mencari kode tindakan medis. *Indexing* rekam medis dilakukan oleh petugas rekam medis dengan memasukkan data pasien ke dalam tabel pada aplikasi *Quickbook* dan *Microsoft Office Excel*.

Hasilnya petugas membuat laporan berdasarkan data rekam medis yang telah melalui *assembling*, *coding*, dan *indexing* tersebut. Petugas rekam medis membuat laporan kepada pihak eksternal dan internal rumah sakit. Petugas rekam medis mengolah data dari rekapitulasi sensus harian rawat inap dan kunjungan rawat jalan menggunakan aplikasi *Microsoft Office Excel*. Laporan internal dicetak dan diserahkan kepada Kepala Bidang Penunjang Medis, Kepala Perawatan, dan Kepala Bagian Kepegawaian Rumah Sakit. Sedangkan laporan eksternal dikirimkan melalui *e-mail* dan *SIRS on-line*.

Tabel 1 Pengolahan Data Rekam Medis di Unit Rekam Medis Rumah Sakit USADA Sidoarjo Tahun 2013

Proses Pengolahan Data Rekam Medis	Pelaksanaan		Keterangan
	Tidak	Ya	
<i>Assembling</i>		√	Penataan dan pemeriksaan kelengkapan berkas rekam medis.
<i>Coding</i>		√	Pemberian kode diagnosis dan tindakan medis berdasarkan ICD-10.
<i>Indexing</i>		√	Data pasien dimasukkan ke tabel pada aplikasi <i>Quickbook</i> dan <i>microsoft office excel</i> .
Pembuatan Laporan		√	Pembuatan laporan internal dan eksternal rumah sakit.

Evaluasi Proses Pembuatan Laporan dan Informasi Rekam Medis

Prosedur proses pembuatan laporan rekam medis terdiri dari penyelesaian *resume*, sensus harian pasien rawat inap, rekapitulasi kunjungan rawat jalan, pembuatan laporan kegiatan rumah sakit, dan pembuatan laporan morbiditas pasien rawat inap dan rawat jalan. Penilaian proses pembuatan laporan dilakukan dengan observasi kegiatan pembuatan laporan di Unit Rekam Medis Rumah Sakit Usada Sidoarjo. Informasi rekam medis yang dihasilkan oleh Unit Rekam Medis Rumah Sakit meliputi laporan internal dan laporan eksternal rumah sakit. Informasi dinilai dengan melihat laporan yang

dihasilkan oleh Unit Rekam Medis Rumah Sakit Usada Sidoarjo.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan prosedur penyelesaian *resume*, prosedur sensus harian pasien rawat inap, prosedur pembuatan laporan morbiditas pasien rawat inap dan rawat jalan, serta laporan eksternal rumah sakit yang dihasilkan Unit Rekam Medis Rumah Sakit Usada Sidoarjo termasuk dalam kategori kurang sesuai. Pelaksanaan prosedur rekapitulasi kunjungan rawat jalan, prosedur pembuatan laporan kegiatan rumah sakit, dan laporan internal rumah sakit di Unit Rekam Medis Rumah Sakit Usada Sidoarjo termasuk dalam kategori sesuai.

Tabel 2 Hasil Evaluasi Proses Pembuatan Laporan dan Informasi Rekam Medis di Unit Rekam Medis Rumah Sakit Usada Sidoarjo

Evaluasi	Persentase	Kategori
Prosedur Pembuatan Laporan Rekam Medis		
Prosedur penyelesaian <i>resume</i>	29%	Kurang sesuai
Prosedur sensus harian pasien rawat inap	75%	Kurang sesuai
Prosedur rekapitulasi kunjungan rawat jalan	100%	Sesuai
Prosedur pembuatan laporan kegiatan rumah sakit	80%	Sesuai
Prosedur pembuatan laporan morbiditas pasien rawat inap dan rawat jalan	44%	Kurang sesuai
Informasi Rekam Medis		
Laporan internal rumah sakit	100%	Sesuai
Laporan eksternal rumah sakit (SIRS <i>on-line</i>)	20%	Kurang sesuai

Prosedur penyelesaian *resume* yang tidak sesuai adalah *resume* tidak diketik oleh petugas rekam medis, rekam medis yang sedang dilakukan proses pembuatan *resume* tidak disimpan pada rak tersendiri, *resume* asli untuk pasien kiriman dari luar tidak disampaikan kepada dokter atau rumah sakit, serta tidak ada laporan mingguan tentang penyelesaian *resume* kepada Komite Medis. Tugas dari petugas rekam medis adalah memeriksa kelengkapan *resume* yang diberikan oleh petugas kesehatan, bukan untuk mengetik *resume*. *Resume* yang tidak lengkap dikembalikan kepada dokter yang menangani pasien selama 2 x 24 jam. Setelah waktu 2 x 24 jam, rekam medis diambil oleh petugas rekam medis dan dimasukkan ke ruang penyimpanan.

Prosedur sensus harian pasien rawat inap yang tidak sesuai adalah petugas rekam medis tidak mengumpulkan sensus dari ruang perawatan setiap hari, karena petugas rekam medis bertugas untuk mengolah data hasil rekapan dari sensus setiap bulan. Pengolahan data dilakukan dengan menghitung indikator pelayanan rumah sakit, meliputi BOR, ALoS, BTO, TOI, NDR, dan GDR. Pengolahan data dilakukan setiap bulan, sehingga dapat memberikan gambaran tentang pelayanan yang diberikan rumah sakit selama satu bulan. Rekapan

sensus harian dilakukan oleh perawat, sehingga petugas rekam medis bertugas untuk mengumpulkan rekapan dari perawat setiap bulan.

Prosedur rekapitulasi kunjungan pasien rawat jalan telah dilakukan unit rekam medis sesuai dengan pedoman. Unit rekam medis meng-*input* data pasien yang mendaftar atau berkunjung ke poliklinik di ruang pendaftaran. Pendaftaran pasien dilakukan selama 24 jam, sesuai dengan jam kerja layanan kesehatan 24 jam. Pada bagian pendaftaran, telah menggunakan sistem komputerisasi, yaitu menggunakan aplikasi *Quicbook* untuk memasukkan data pasien yang berkunjung ke rumah sakit. Unit rekam medis menerima hasil rekapitulasi dari bagian pendaftaran dan unit rawat jalan setiap bulan.

Unit rekam medis juga telah melakukan prosedur pembuatan laporan kegiatan rumah sakit sesuai dengan pedoman. Unit rekam medis mengumpulkan data kegiatan rumah sakit dari rawat jalan dan rawat inap. Data tersebut akan diolah menjadi laporan kegiatan rumah sakit. Cetak laporan kegiatan dibuat dengan 3 tembusan. Laporan eksternal rumah sakit ditandatangani oleh direktus, sedangkan laporan internal ditandatangani oleh kepala unit rekam medis. Laporan internal rumah sakit diserahkan kepada kabid penunjang medis,

kabid keperawatan, dan kabag kepegawaian. Laporan eksternal rumah sakit diserahkan kepada Kemenkes RI, Dinkes Kab/Kota, dan Dinkes Provinsi. Pengiriman laporan eksternal rumah sakit menggunakan buku ekspedisi.

Prosedur pembuatan laporan morbiditas yang tidak sesuai adalah kode tidak ditransfer ke daftar tabulasi dasar, kode tidak dicatat pada ringkasan riwayat klinik, tidak ada pemeriksaan kembali kode yang telah di-*input*, serta pengiriman laporan belum sesuai dengan ketentuan. Hal ini dikarenakan kurangnya petugas untuk proses mengkodifikasi diagnosis dan tindakan medis. Namun unit rekam medis telah menggunakan aplikasi ICD-10 yang terdapat pada komputer di unit rekam medis untuk memberikan kode pada diagnosis dan tindakan medis. Kode diagnosis diberikan dengan menggunakan menu ICD-10, sedangkan kode tindakan medis menggunakan menu ICD-9 CM.

Unit rekam medis telah menghasilkan laporan internal rumah sakit yang telah sesuai dengan Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II (Depkes RI, 2006). Informasi tersebut meliputi pasien masuk, pasien keluar, pasien meninggal di rumah sakit, lamanya pasien dirawat, hari perawatan pasien, BOR, kegiatan persalinan, kegiatan pembedahan, dan kegiatan rawat jalan.

Unit rekam medis belum melakukan laporan eksternal (SIRS) sesuai dengan Juknis SIRS 2011 (Kemenkes RI, 2011). Unit rekam medis telah melaporkan RL 1 yang berisi tentang data dasar rumah sakit apabila terjadi perubahan data dari rumah sakit. Laporan periodik RL 2, RL 3, dan RL 4

tahun 2012 belum dapat dilaporkan ke SIRS *on-line*. Laporan RL 5 yang merupakan data kunjungan dan 10 besar penyakit tidak dapat dikirimkan setiap bulan. Hal ini dikarenakan tidak ada petugas yang bertanggungjawab dalam menyelesaikan laporan eksternal rumah sakit, fasilitas yang belum memadai, dan manajemen yang masih dalam tahap pembenahan.

Pemanfaatan Informasi Rekam Medis

Identifikasi pemanfaatan informasi rekam medis dilakukan dengan wawancara kepada *middle level management* di Rumah Sakit Usada Sidoarjo. Pemanfaatan informasi dilakukan dengan mengidentifikasi jabatan rekam medis yang memanfaatkan informasi, jenis informasi rekam medis yang digunakan oleh setiap pihak pengguna tersebut, serta bentuk pemanfaatan informasi rekam medis. Berdasarkan Tabel 3, informasi rekam medis telah dimanfaatkan oleh sebagian besar *middle level management* rumah sakit. *Middle level management* ini adalah pejabat rumah sakit setingkat kepala bagian. Dari 8 kepala bagian yang ada di RS Usada Sidoarjo ternyata tidak semuanya memanfaatkan informasi rekam medis.

Kepala Bagian Tata Usaha tidak memanfaatkan informasi rekam medis. Hal ini dapat dipahami bahwa untuk pekerjaan di Bagian Tata Usaha dirasa tidak melibatkan rekam medis pasien. Bagian ini belum merasa ada informasi dari rekam medis yang diperlukan oleh tata usaha. Tata usaha hanya membantu unit rekam medis dalam menyampaikan laporan kepada direktur rumah sakit.

Kepala Bidang Penunjang Medis memanfaatkan informasi 10 besar penyakit setiap

tahun. Informasi tersebut digunakan sebagai bahan dalam laporan tahunan kepada Puskesmas setempat. Kabid penunjang medis menerima laporan internal rumah sakit setiap bulan. Informasi tersebut digunakan untuk membentuk kurva kunjungan

pasien di rumah sakit pada triwulan, enam bulan, dan satu tahun. Kurva dimanfaatkan untuk menentukan anggaran, prediksi pemasukan (*income*) rumah sakit, dan merencanakan persediaan rumah sakit.

Tabel 3 Pemanfaatan Informasi Rekam Medis

Jabatan	Pemanfaatan		Jenis Informasi	Bentuk Pemanfaatan
	Tidak	Ya		
Kepala Bagian Tata Usaha	√	-	-	-
Kepala Bidang Pelayanan Medis		√	10 besar penyakit	Laporan tahunan ke Puskesmas setempat
Kepala Bidang Penunjang Medis		√	Laporan internal rumah sakit.	Penentuan anggaran, prediksi pemasukan (<i>income</i>) rumah sakit, perencanaan persediaan
Kepala Bidang Keperawatan		√	10 besar penyakit dan indikator pelayanan rawat inap	Perhitungan <i>cost-unit</i> dan beban kerja perawat.
Kepala Bagian Kepegawaian		√	Jumlah kunjungan pasien	Perhitungan tunjangan jasa
Kepala Bagian Keuangan		√	Jumlah kunjungan pasien	Pembayaran jasa dokter
Kepala Bagian Marketing	√	-	-	-
Kepala Bagian Umum	√	-	-	-

Kepala Bidang Keperawatan menerima informasi 10 besar penyakit dan indikator pelayanan rawat inap setiap 3 bulan dan 1 tahun. Indikator tersebut meliputi BOR, TOI, ALoS, BTO, NDR, dan GDR. Informasi tersebut digunakan untuk menghitung *unit-cost* pada operasional dan bahan habis pakai yang dibutuhkan oleh perawat, serta menghitung beban kerja perawat.

Kepala Bagian Kepegawaian menerima informasi kunjungan pasien setiap bulan. Informasi tersebut digunakan untuk menghitung tunjangan jasa yang akan diberikan kepada pegawai sesuai dengan jumlah kunjungan di rumah sakit. Kabag keuangan menerima informasi kunjungan pasien setiap hari dari petugas rekam medis pada bagian pendaftaran melalui aplikasi *Quickbook*. Informasi tersebut digunakan untuk menghitung pembayaran jasa dokter berdasarkan jumlah kunjungan pasien rumah sakit.

Kepala Bagian Marketing belum memanfaatkan informasi rekam medis, karena bidang marketing di Rumah Sakit Usada Sidoarjo baru saja dibentuk dan masih dalam tahap penataan sistem. Berdasarkan struktur organisasi, kepala bidang marketing membawahi kepala unit pemasaran dan kepala unit pelayanan pelanggan. Kepala unit marketing berhubungan dengan pendekatan kepada pelanggan rumah sakit.

Kepala Bagian Umum Rumah Sakit Usada Sidoarjo belum memanfaatkan informasi rekam medis, karena keperluan bagian umum tidak terkait dengan jumlah kunjungan pasien di rumah sakit. Bagian umum bertugas dalam mengawasi komponen atau peralatan rumah sakit yang digunakan untuk kepentingan umum.

SIMPULAN

Unit Rekam Medis Rumah Sakit Usada Sidoarjo telah melakukan proses pengolahan data

rekam medis (*assembling, coding, indexing*, dan pembuatan laporan) untuk menghasilkan informasi yang berguna bagi rumah sakit. Sebagian pelaksanaan prosedur pembuatan laporan di unit rekam medis kurang sesuai dengan prosedur pembuatan laporan yang terdapat pada Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II (Depkes RI, 2006). Prosedur yang kurang sesuai meliputi penyelesaian *resume*, pembuatan sensus harian pasien rawat inap, serta laporan morbiditas pasien rawat inap dan rawat jalan. Hal ini dikarenakan kurangnya petugas rekam medis yang bertanggungjawab dalam penyelesaian laporan rumah sakit.

Unit Rekam Medis Rumah Sakit USADA Sidoarjo telah menghasilkan informasi internal rumah sakit yang sesuai dengan Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II (Depkes RI, 2006). Pelaksanaan laporan eksternal rumah sakit berupa Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) belum dapat dilaksanakan sesuai dengan Juknis SIRS 2011 (Kemenkes RI, 2011). Hal ini disebabkan oleh tidak ada petugas rekam medis yang bertanggungjawab untuk menyelesaikan laporan eksternal rumah sakit, fasilitas yang belum memadai, dan manajemen di unit rekam medis pada tahap pembenahan.

Pembentukan struktur unit rekam medis dapat membantu menyelesaikan permasalahan penyelesaian pembuatan laporan eksternal rumah sakit. Unit rekam medis memiliki tugas dalam pengumpulan data, pengolahan data, dan penyajian informasi kesehatan bagi rumah sakit. Struktur organisasi rekam medis perlu dibentuk untuk

memperlancar pengolahan kegiatan di dalam unit rekam medis. Unit rekam medis dipimpin oleh kepala unit rekam medis. Kepala unit rekam medis dibantu oleh bagian pelayanan dan pengolahan rekam medis. Bagian pelayanan rekam medis terdiri dari penerimaan pasien, pelaporan dan Surat Keterangan Medis (SKM). Bagian pengolahan berkas rekam medis terdiri dari bagian *assembling*, pengkodean (*coding*) dan indeks, bagian penyimpanan berkas rekam medis (*filling*), dan logistik rekam medis (Budi, 2011). Rumah Sakit USADA Sidoarjo dapat membentuk struktur organisasi unit rekam medis dibawah pimpinan Kepala Unit Rekam Medis. Kepala unit rekam medis dibantu oleh staf pendaftaran, *assembling, coding* dan *indexing, filling*, logistik, serta pelaporan, dan SKM.

Informasi rekam medis telah dimanfaatkan oleh sebagian besar *middle management*. Beberapa *middle management* yang belum memanfaatkan informasi rekam medis adalah Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bagian Marketing, dan Kepala Bagian Umum. Berdasarkan fungsi kabar marketing, informasi pemanfaatan pelayanan rumah sakit dibutuhkan untuk kepentingan pemasaran kepada masyarakat. Informasi tersebut dapat digunakan untuk perencanaan dan pengambilan keputusan dalam kegiatan pemasaran rumah sakit, sehingga disarankan kepada Kepala Bagian Marketing untuk memanfaatkan informasi pelayanan rumah sakit dalam menentukan pemasaran rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

Arifiyanti, I. (2013). *Pengolahan Data Rekam Medis di RSU Haji Surabaya*. Laporan Magang. Surabaya: Universitas Airlangga.

- Budi, S.C. (2011). *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Medis.
- Davis, G. B. (1985). *Kerangka Dasar Sistem Informasi Manajemen Bagian I Pengantar*. Jakarta: PT Pustaka Binaman Pressindo.
- Depkes RI. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Jakarta: Depkes RI.
- Kemenkes RI. (2011). *Juknis Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) 2011*.
- Menkes RI. (2008). *Kepmenkes RI No. 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*.
- Menkes RI. (2008). *Permenkes RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis*.
- Scout, G. M. (2004). *Prinsip-Prinsip Sistem Informasi Manajemen*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Supriyanto, S., & Anita, N. (2007). *Perencanaan dan Evaluasi*. Surabaya: Airlangga University Press.