



# **OPTIMALISASI PENGISIAN REKAM MEDIS DALAM RANGKA MENINGKATKAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN DI POLIKLINIK DEWASA PUSKESMAS HARAPAN RAYA**

*Authors :*

Christopher A.P, S. Ked  
Mayenru Dwindra, S.Ked  
Roni Eka Saputra, S. Ked  
Vivi Melinda S. Ked



*Faculty of Medicine – University of Riau*

*Pekanbaru, Riau*

*2009*

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Indonesia Sehat 2010 adalah pembangunan berwawasan kesehatan yang pelaksanaannya di segala sektor harus mempertimbangkan dampak negatif dan positif terhadap kesehatan individu, keluarga dan masyarakat, serta mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. Upaya kesehatan yang dilakukan akan lebih mengutamakan upaya preventif dan promotif tanpa meninggalkan upaya kuratif dan rehabilitatif.<sup>1</sup>

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Untuk mencapai tujuan tersebut dibutuhkan upaya pengelolaan berbagai sumber daya, baik oleh pemerintah maupun masyarakat sehingga dapat tersedia pelayanan kesehatan yang efisien, bermutu dan terjangkau. Tujuan di atas harus dilakukan secara terarah dan tepat melalui pelayanan manajemen informasi kesehatan yang berbasis pada data dan informasi kesehatan yang berkualitas, terintegrasi dengan baik dan benar yang bersumber dari rekam medis.<sup>2</sup>

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan pasal 22 mengenai standar profesi dan kewajiban hukum bahwa bagi tenaga kesehatan jenis tertentu dalam melaksanakan tugas profesinya berkewajiban untuk membuat dan memelihara rekam medis. Oleh karena itu, pendayagunaan rekam medis sebagai sumber informasi utama menjadi semakin mampu memproses pengintegrasian data dan informasi secara lebih akurat, valid dan cepat.<sup>2</sup>

Salah satu unsur utama dalam sistem pelayanan kesehatan yang prima adalah tersedianya pelayanan medis oleh dokter sesuai dengan amanah Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Dalam penyelenggaraan praktik kedokteran, setiap dokter wajib mengacu pada standar, pedoman dan prosedur yang berlaku sehingga masyarakat mendapat pelayanan medis secara profesional dan aman. Sebagai salah satu fungsi pengaturan dalam UU Praktik Kedokteran yang dimaksud adalah pengaturan tentang rekam medis

yaitu pada Pasal 46 dan Pasal 47. Bagi para tenaga kesehatan yang tidak membuat rekam medis akan diberikan sanksi hukum, disiplin dan etik.<sup>3</sup>

Rekam Medis termasuk salah satu bahan baku Sistem Informasi Kesehatan (SIK), yang merupakan sumber daya non fisik manajemen kesehatan, untuk memperoleh data/informasi yang akurat, lengkap dan mutakhir guna pemantauan pelayanan medik paripurna, yang merupakan dari Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP). SP2TP merupakan indikator kinerja dari suatu puskesmas.<sup>1,4</sup>

Berdasarkan data dari Puskesmas Harapan Raya Bulan Oktober 2008 jumlah kunjungan pasien di Poliklinik Dewasa Puskesmas Harapan Raya paling besar dibandingkan dengan jumlah jumlah poliklinik lainnya. Dari observasi di Poliklinik Dewasa, didapatkan masih ada beberapa rekam medis yang tidak lengkap ( $\pm 31,33\%$ ), 73% diantaranya tidak terdapat paraf petugas yang mengisi rekam medis, 70% diantaranya tidak terdapat keterangan mengenai kasus penyakit (baru/lama), kunjungan kasus, dan komplikasi, 50% tidak terdapat diagnosa penyakit, 40% tidak tercantum hasil pemeriksaan fisik, 23,33% identitas tidak lengkap, dan 1,33% tidak tercantum terapi yang diberikan kepada pasien.

Optimalisasi pengisian rekam medis di Poliklinik Dewasa perlu ditingkatkan guna meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Poliklinik Dewasa Puskesmas Harapan Raya yang pada akhirnya akan berpengaruh dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan Puskesmas Harapan Raya secara umum. Selain itu, dengan optimalisasi rekam medis di Poliklinik Dewasa akan didapatkan SP2TP yang mencerminkan keadaan yang sebenarnya mengenai keadaan pelayanan kesehatan di Puskesmas Harapan Raya khususnya di Poliklinik Dewasa sehingga perencanaan program yang diambil berdasarkan informasi dari SP2TP benar-benar tepat.

## **1.2. Permasalahan**

Masih ada rekam medis yang tidak lengkap di Poliklinik Dewasa Puskesmas Harapan Raya ( $\pm 31,33\%$ ). Hal tersebut akan berpengaruh pada mutu pelayanan kesehatan di Poliklinik Dewasa, dan selanjutnya akan mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas Harapan Raya secara umum. Selain itu,

rekam medis yang tidak lengkap juga akan mempengaruhi SP2TP di Puskesmas Harapan Raya sehingga data dan informasi yang diperlukan untuk perencanaan, penggerakan pelaksanaan, pemantauan, pengawasan, pengendalian dan penilaian penampilan Puskesmas Harapan Raya serta situasi kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Harapan Raya tidak menggambarkan dengan keadaan sebenarnya mengenai keadaan fisik, tenaga, sarana, dan kegiatan pokok yang dilakukan serta hasil yang dicapai oleh puskesmas.

Dilihat dari aspek hukum (PP No.32 tahun 1996), dalam melaksanakan tugas profesinya, tenaga kesehatan berkewajiban untuk membuat dan memelihara rekam medis. Bagi para tenaga kesehatan yang tidak membuat rekam medis yang baik akan diberikan sanksi hukum, disiplin dan etik.

## **1.2 Tujuan Kegiatan**

Adapun tujuan penulisan makalah ini adalah:

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Optimalisasi rekam medis sebagai pendukung mutu pelayanan kesehatan di puskesmas

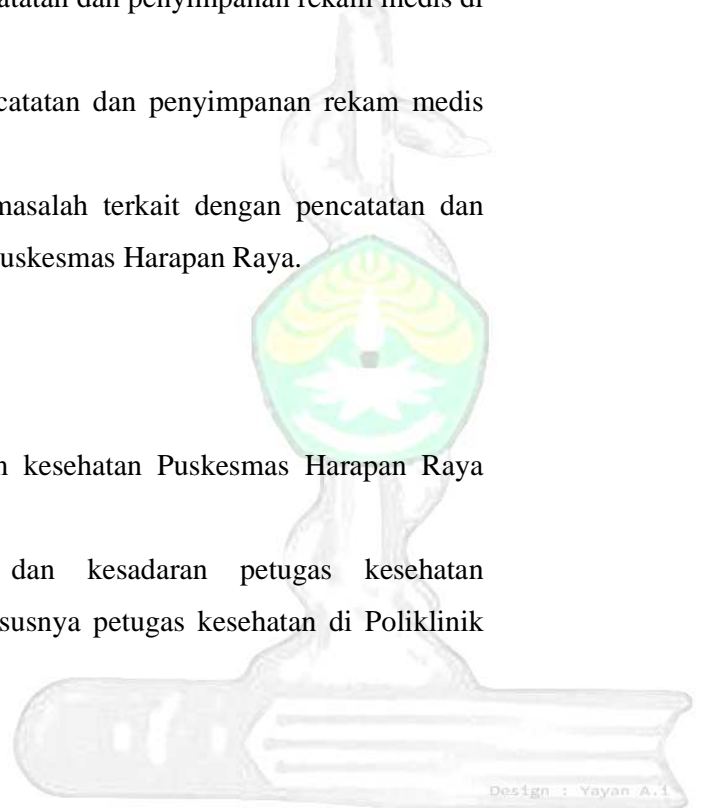
### **1.2.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi masalah pencatatan dan penyimpanan rekam medis di puskesmas Harapan Raya
2. Analisis masalah-masalah pencatatan dan penyimpanan rekam medis di Puskesmas Harapan Raya
3. Mencari strategi pemecahan masalah terkait dengan pencatatan dan penyimpanan rekam medis di Puskesmas Harapan Raya.

## **1.3 Manfaat Kegiatan**

### **1.3.1 Bagi Puskesmas**

1. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan Puskesmas Harapan Raya khususnya Poliklinik Dewasa
2. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran petugas kesehatan Puskesmas Harapan Raya khususnya petugas kesehatan di Poliklinik





## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Definisi Rekam Medis**

Dalam penjelasan Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran, yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a/Menkes/Per/XII/1989 tentang Rekam Medis dijelaskan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.<sup>2,3</sup>

Rekam medis mempunyai 2 bagian yang perlu diperhatikan yaitu:<sup>5</sup>

1. Individu : suatu informasi tentang kondisi kesehatan dan penyakit pasien yang bersangkutan dan sering disebut *patient record*
2. Manajemen: suatu informasi tentang pertanggungjawaban apakah dari segi manajemen maupun keuangan dari kondisi kesehatan dan penyakit pasien yang bersangkutan

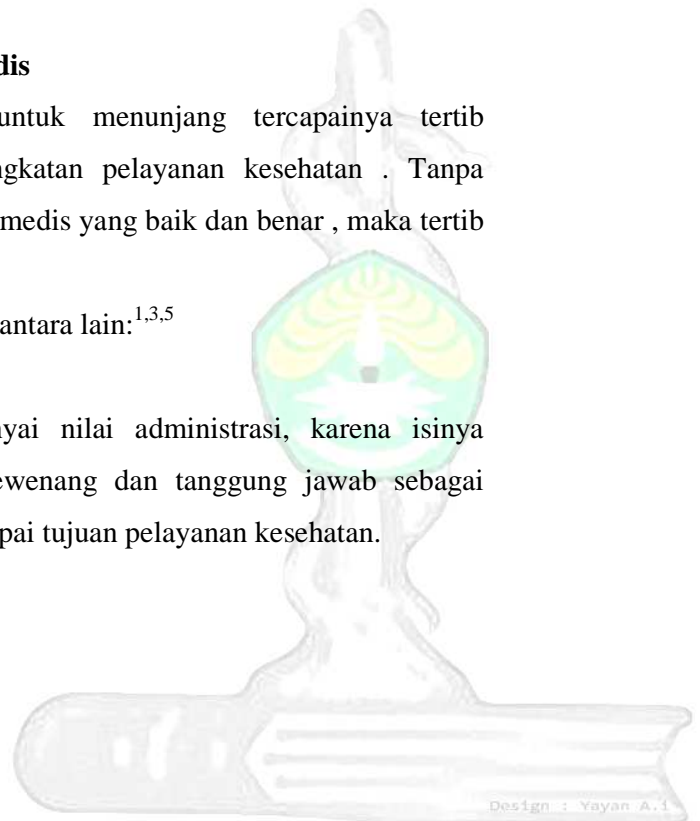
#### **2.2 Tujuan dan Manfaat Rekam Medis**

Tujuan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan . Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar , maka tertib administrasi tidak akan berhasil.<sup>5</sup>

Adapun manfaat dari rekam medis antara lain:<sup>1,3,5</sup>

##### **1. Aspek Administrasi**

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



## 2. Aspek Medis

Catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada pasien.

Contoh :

- Identitas pasien: nama, umur, jenis kelamin alamat, status pernikahan
- Anamnesis, misalnya demam, harus dicantumkan berapa lama, sifat demam, apakah periodik atau kontinu
- Pemeriksaan fisik, misalnya untuk kepala, leher, dada
- Pemeriksaan laboratorium ataupun penunjang lainnya

## 3. Aspek Hukum

Menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

Dalam Pasal 79 UU Praktik Kedokteran secara tegas mengatur bahwa setiap dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja tidak membuat rekam medis dapat dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun atau denda paling banyak Rp 50.000.000,- (lima puluh juta rupiah). Selain tanggung jawab pidana, dokter dan dokter gigi yang tidak membuat rekam medis juga dapat dikenakan sanksi secara perdata, karena dokter dan dokter gigi tidak melakukan yang seharusnya dilakukan (ingkar janji/wanprestasi) dalam hubungan dokter dengan pasien.

Selain mendapat sanksi hukum juga dapat dikenakan sanksi disiplin dan etik sesuai dengan UU Praktik Kedokteran, Peraturan KKI, Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) dan Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia (KODEKGI). Dalam Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 16/KKI/PER/VIII/2006 tentang Tata Cara Penanganan Kasus Dugaan Pelanggaran Disiplin MKDKI dan MKDKIP, ada tiga alternatif sanksi disiplin yaitu :

- a. Pemberian peringatan tertulis.
- b. Rekomendasi pencabutan surat tanda registrasi atau surat izin praktik.
- c. Kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi.

Sedangkan sanksi etik diberikan oleh organisasi profesi yaitu Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) dan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Gigi (MKEKG).

#### 4. Aspek Keuangan

Isi Rekam Medis dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan. Tanpa adanya bukti catatan tindakan /pelayanan , maka pembayaran tidak dapat dipertanggungjawabkan

#### 5. Aspek Penelitian

Berkas Rekam medis mempunyai nilai penelitian , karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat digunakan sebagai aspek penelitian .

#### 6. Aspek Pendidikan

Berkas Rekam Medis mempunyai nilai pendidikan , karena isinya menyangkut data/informasi tentang kronologis dari pelayanan medik yang diberikan pada pasien

#### 7. Aspek Dokumentasi

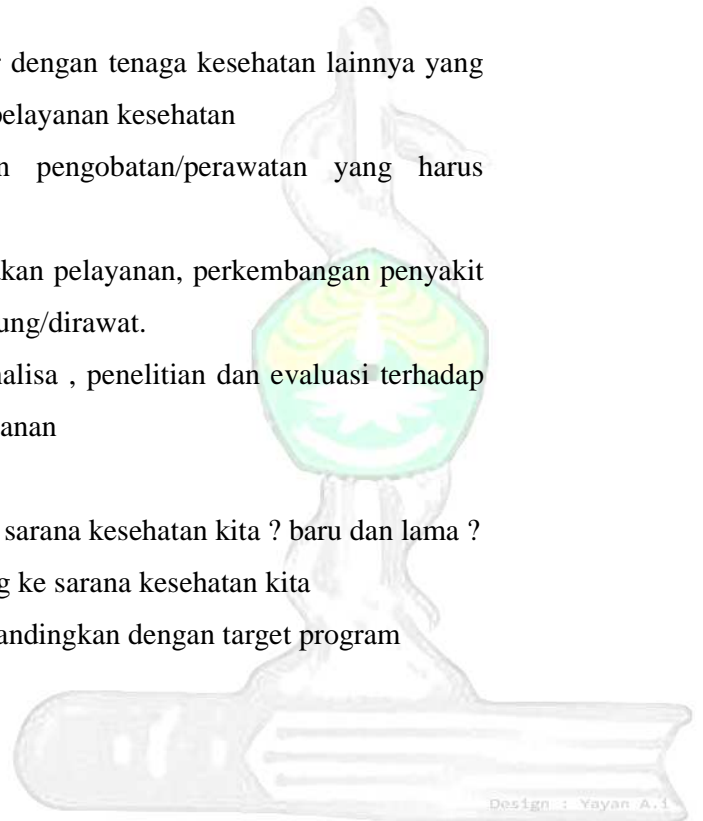
Isi Rekam medis menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan sarana kesehatan.

Berdasarkan aspek-aspek tersebut , maka rekam medis mempunyai kegunaan yang sangat luas yaitu :<sup>5</sup>

1. Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga kesehatan lainnya yang ikut ambil bagian dalam memberikan pelayanan kesehatan
2. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien
3. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat.
4. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa , penelitian dan evaluasi terhadap program pelayanan serta kualitas pelayanan

Contoh : Bagi seorang manajer :

- Berapa banyak pasien yang datang ke sarana kesehatan kita ? baru dan lama ?
- Distribusi penyakit pasien yang datang ke sarana kesehatan kita
- Cakupan program yang nantinya di bandingkan dengan target program



5. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, sarana kesehatan maupun tenaga kesehatan yang terlibat
6. Menyediakan data dan informasi yang diperlukan untuk keperluan pengembangan program , pendidikan dan penelitian
7. Sebagai dasar di dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan kesehatan
8. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan serta bahan pertanggungjawaban dan laporan

### **2.3 Isi Rekam Medis**

#### **2.3.1 Rekam Medis Pasien Rawat Jalan<sup>3</sup>**

Isi rekam medis sekurang-kurangnya memuat catatan/dokumen tentang :

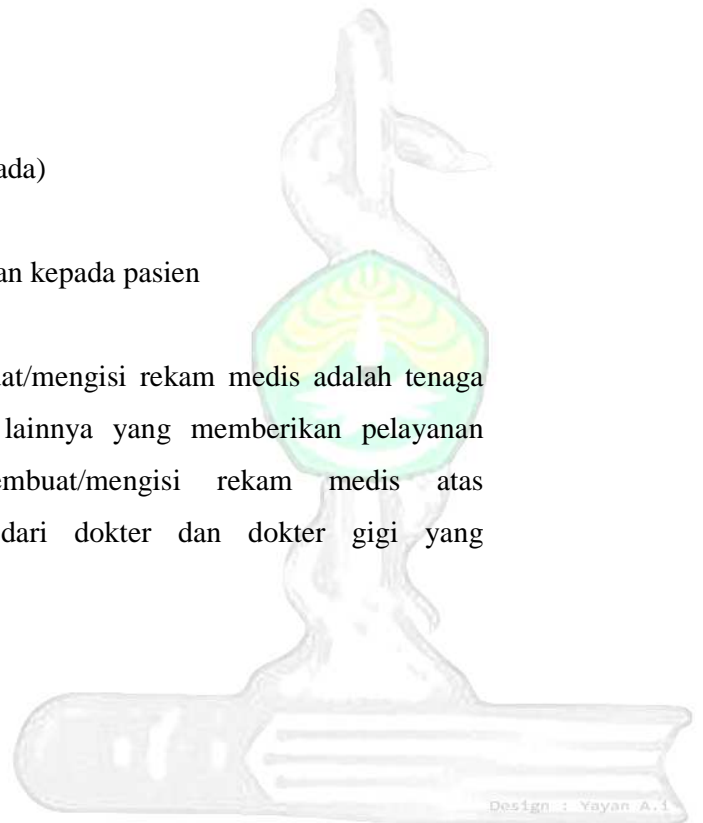
- Identitas pasien
- Pemeriksaan fisik
- Diagnosis/masalah
- Tindakan/pengobatan
- Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien

#### **2.3.2 Rekam Medis Pasien Rawat Inap<sup>3</sup>**

Rekam medis untuk pasien rawat inap sekurang-kurangnya memuat :

- Identitas pasien
- Pemeriksaan
- Diagnosis/masalah
- Persetujuan tindakan medis (bila ada)
- Tindakan/pengobatan
- Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien

Selain dokter, yang dapat membuat/mengisi rekam medis adalah tenaga kesehatan lain yaitu tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien dapat membuat/mengisi rekam medis atas perintah/pendelegasian secara tertulis dari dokter dan dokter gigi yang menjalankan praktik kedokteran.<sup>3</sup>



## **2.4 Bentuk Pelayanan Rekam Medis**

### **2.4.1 Pelayanan rekam medis berbasis kertas<sup>2</sup>**

Rekam medis manual (*paper based document*) adalah rekam medis yang berisi lembar administrasi dan medis yang diolah ditata/assembling dan disimpan secara manual.

### **2.4.2 Pelayanan rekam medis manual dan registrasi komputerisasi<sup>2</sup>**

Rekam medis berbasis komputerisasi, namun masih terbatas pada sistem pendaftaran (*admission*), data pasien masuk (*transfer*) dan pasien keluar termasuk meninggal (*discharge*). Pengolahan masih terbatas pada sistem registrasi secara komputerisasi.

### **2.4.3 Pelayanan Manajemen Informasi Kesehatan (MIK) terbatas<sup>2</sup>**

Pelayanan rekam medis yang diolah menjadi informasi dan pengelolaannya secara komputerisasi yang berjalan dalam satu sistem secara otomatis di unit kerja MIK.

### **2.4.4 Pelayanan Sistem Informasi Terpadu<sup>2</sup>**

*Computerized Patient Record* (CPR), yang disusun dengan mengambil dokumen langsung dari sistem *image* dan struktur sistem dokumen yang telah berubah.

### **2.4.5 Pelayanan MIK dengan Rekam Kesehatan Elektronik ( WAN)<sup>2</sup>**

Sistem pendokumentasian telah berubah dari *Electronic Medical Record* (EMR) menjadi *Electronic Patient Record* sampai dengan tingkat yang paling akhir dari pengembangan *Health Information System* yakni EHR (*Electronic Health Record*) – Rekam Kesehatan Elektronik.

## **2.5 Tata Cara Penyelenggaraan Rekam Medis**

### **2.5.1 Tata Cara Penyelenggaraan Rekam Medis**

Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran menegaskan bahwa dokter wajib membuat rekam medis dalam menjalankan praktik kedokteran. Setelah memberikan pelayanan praktik kedokteran kepada pasien, dokter dan dokter gigi segera melengkapi rekam medis dengan mengisi atau menulis semua pelayanan praktik kedokteran yang telah

dilakukannya. Setiap catatan dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan. Apabila dalam pencatatan rekam medis menggunakan teknologi informasi elektronik, kewajiban membubuhi tanda tangan dapat diganti dengan menggunakan nomor identitas pribadi/*personal identification number* (PIN).<sup>3</sup>

Dalam hal terjadi kesalahan saat melakukan pencatatan pada rekam medis, catatan dan berkas tidak boleh dihilangkan atau dihapus dengan cara apapun. Perubahan catatan atas kesalahan dalam rekam medis hanya dapat dilakukan dengan pencoretan dan kemudian dibubuhi paraf petugas yang bersangkutan. Lebih lanjut penjelasan tentang tata cara ini dapat dibaca pada Peraturan Menteri Kesehatan tentang Rekam Medis dan pedoman pelaksanaannya.<sup>3</sup>

#### 2.5.2 Kepemilikan Rekam Medis

Sesuai UU Praktik Kedokteran, berkas rekam medis menjadi milik dokter atau sarana pelayanan kesehatan, sedangkan isi rekam medis dan lampiran dokumen menjadi milik pasien.<sup>3</sup>

#### 2.5.3 Penyimpanan Rekam Medis (konsil kedokteran ina)

Rekam medis harus disimpan dan dijaga kerahasiaan oleh dokter, pimpinan sarana kesehatan. Batas waktu lama penyimpanan menurut Peraturan Menteri Kesehatan paling lama 5 tahun dan resume rekam medis paling sedikit 25 tahun.<sup>3</sup>

#### 2.5.4 Pengorganisasian Rekam Medis

Pengorganisasian rekam medis sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a/Menkes/Per/XII/1989 tentang Rekam Medis (saat ini sedang direvisi) dan pedoman pelaksanaannya.<sup>3</sup>

#### 2.5.5 Pembinaan, Pengendalian dan Pengawasan

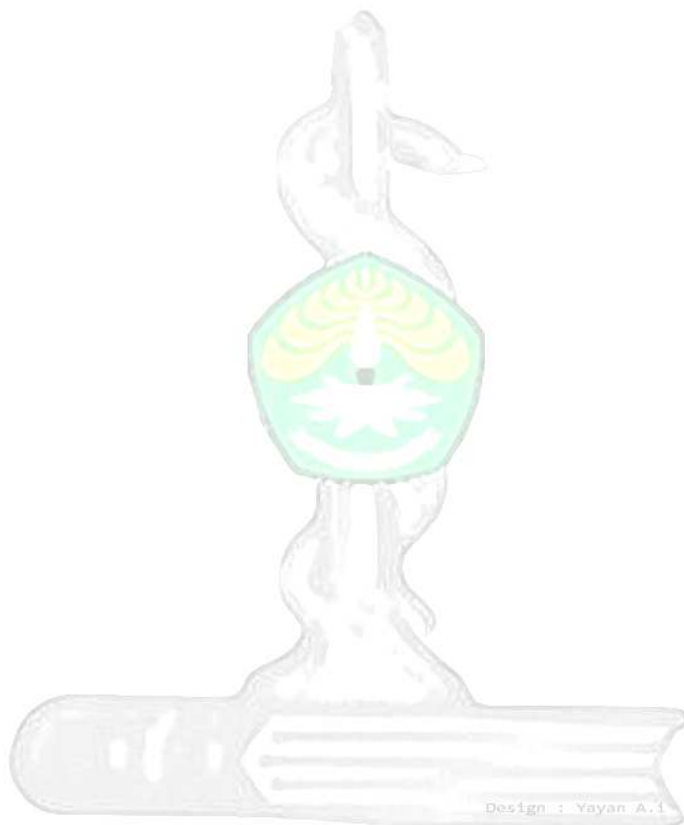
Untuk Pembinaan, Pengendalian dan Pengawasan tahap Rekam Medis dilakukan oleh pemerintah pusat, Konsil Kedokteran Indonesia, pemerintah daerah, organisasi profesi.<sup>3</sup>

## 2.6 Rekam Medis di Sarana Pelayanan Kesehatan Primer (Puskesmas)

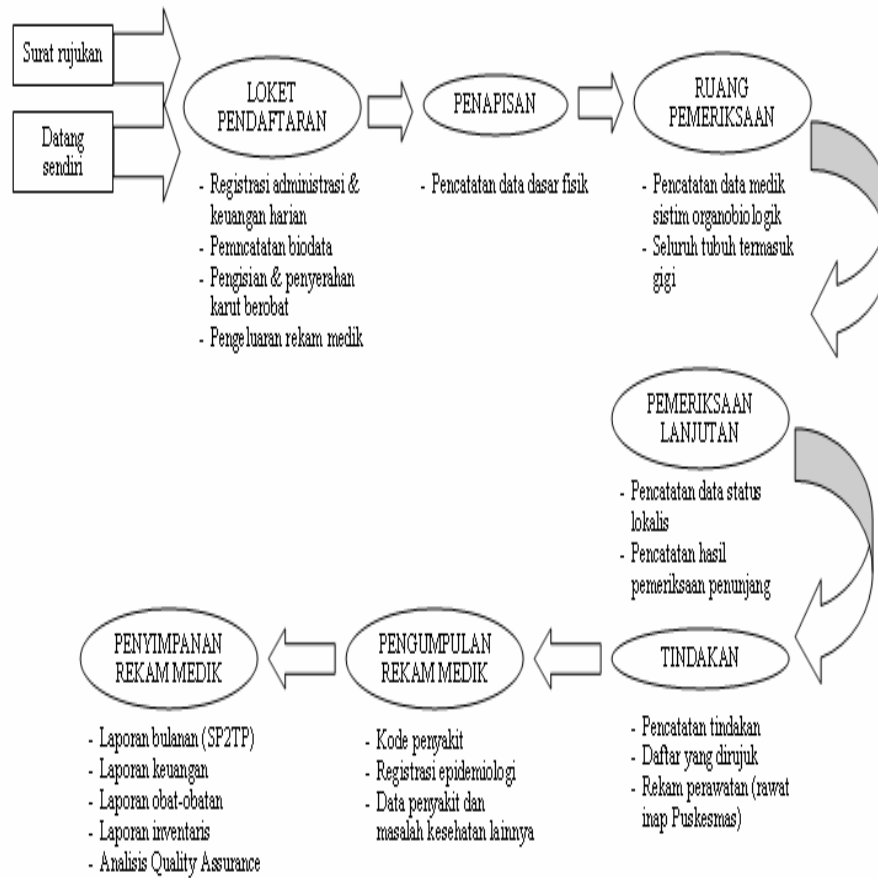
Rekam medis di Puskesmas merupakan salah satu sumber data penting yang nantinya akan diolah menjadi informasi . Jenis-jenis kartu atau status rekam medis yang ada di Puskesmas sangat bervariasi, tergantung sasarannya, seperti:<sup>5</sup>

- *Family Folder*
- Kartu Tanda Pengenal
- Kartu Rawat Jalan
- Kartu Rawat Tinggal
- Kartu Penderita & indek Penderita Kusta
- Kartu Penderita & indek Penderita TB
- Kartu Ibu
- Kartu Anak dll
- KMS Balita, anak sekolah, Ibu hamil dan Usila
- Kartu tumbuh Kembang Balita
- Kartu Rumah (sanitasi)

Sedangkan alur pasien atau rekam medis yang terjadi di Puskesmas dapat dilihat dari diagram berikut.<sup>4</sup>



### ALUR REKAM MEDIK DALAM MANAJEMEN PELAYANAN MEDIK TERPADU DI PUSKESMAS



**Gambar 2.6.** Alur Rekam Medik Dalam Manajemen Pelayanan Medik Terpadu di Puskesmas<sup>5</sup>

Dari Diagram tersebut terlihat bahwa pasien yang datang ke Puskesmas dapat datang sendiri atau membawa surat rujukan. Di Unit Pendaftaran, identitas pasien dicatat di kartu atau status rekam medis dan selanjutnya pasien beserta kartu atau status rekam medisnya dibawa ke Ruang Pemeriksaan. Oleh tenaga kesehatan, pasien tersebut dianamnesa dan diperiksa serta kalau dibutuhkan dilakukan pemeriksaan penunjang. Akhirnya dilakukan penegakkan diagnosa dan

sesuai kebutuhan, pasien tersebut diberi obat atau tindakan medis lainnya. Ke semua pelayanan kesehatan ini dicatat dalam kartu atau status rekam medis.<sup>5</sup>

Setiap tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan dan atau tindakan medis harus menuliskan nama dan membubuhi tandatangannya kartu atau status rekam medis tersebut. Semua kegiatan ini merupakan kegiatan bagian pertama rekam medis (*patient record*).<sup>5</sup>

Setelah melalui ini semua, pasien dapat pulang atau dirujuk. Namun demikian kegiatan pengelolaan rekam medis tidak berhenti. Kartu atau status rekam medis dikumpulkan, biasanya kembali ke Ruang Pendaftaran untuk dilakukan *codeing* penyakit dan juga pendataan di buku-buku register harian yang telah disediakan. Setelah diolah, kartu atau status rekam medis dikembalikan ke tempatnya di Ruang Pendaftaran agar lain kali pasien yang sama datang, maka kartu atau status rekam medisnya dapat dipergunakan kembali.<sup>5</sup>

Kegiatan selanjutnya adalah kegiatan bagian kedua rekam medis yaitu “manajemen” berupa rekapitulasi harian, bulanan, triwulanan, semester dan tahunan dari informasi yang ada di kartu atau status rekam medis pasien.<sup>5</sup>

Ruang lingkup kegiatan pengolahan dan analisa pada tingkat puskesmas adalah :<sup>5</sup>

1. Mengkompilasi data dari Puskesmas baik dalam gedung maupun luar gedung
2. Mentabulasi data upaya kesehatan yang diberikan kepada masyarakat yang dibedakan atas dalam wilayah dan luar wilayah
3. Menyusun kartu indeks Penyakit
4. Menyusun sensus harian untuk mengolah data kesakitan
5. Melakukan berbagai perhitungan-perhitungan dengan menggunakan data denominator.

Buku-buku register yang ada di Puskesmas tersebut cukup banyak, seperti: Rawat Jalan, Rawat Inap , bila Puskesmas tersebut mempunyai rawat inap, Kesehatan Ibu dan Anak, Kohort Ibu, Kohort Balita, Gizi, Penyakit menular, Kusta, Kohort kasus Tuberculosis, Kasus Demam berdarah, Pemberantasan Sarang Nyamuk, Tetanus Neonatorum, Rawat Jalan Gigi, Obat, Laboratorium, Perawatan Kesehatan Masyarakat, Peran Serta Masyarakat, Keseharan Lingkungan, Usaha Kesehatan Sekolah, Posyandu, dan lain-lain.<sup>5</sup>

Semua register dikompilasi menjadi laporan bulanan , laporan bulanan sentinel dan laporan tahunan. Seluruh laporan tersebut merupakan fakta yang digunakan untuk proses perencanaan Puskesmas demi menunjang peningkatan pelayanan kesehatan yang bermutu.<sup>5</sup>

## 2.6 Gambaran Umum Puskesmas Harapan Raya

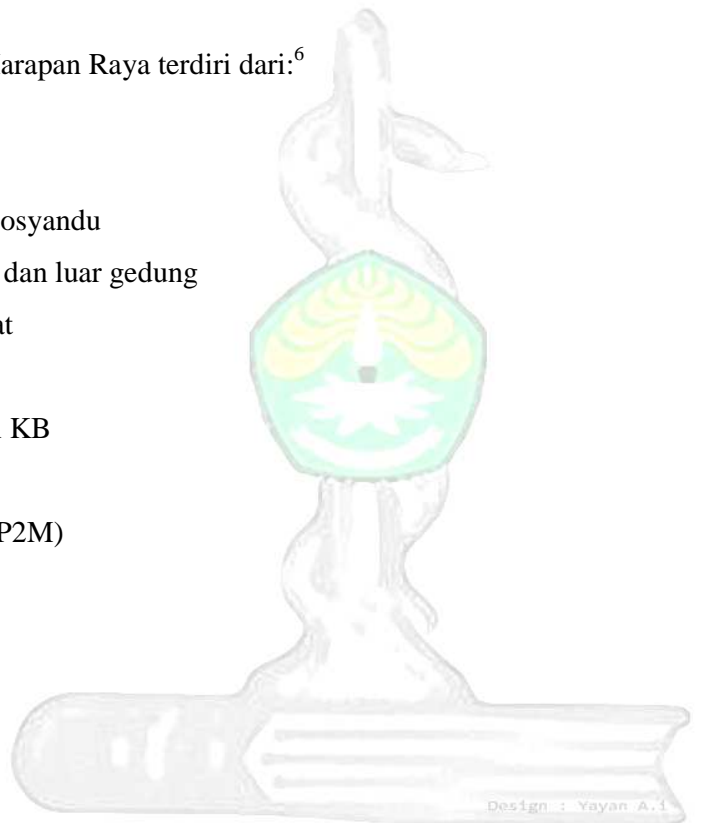
Puskesmas Harapan Raya adalah salah satu dari 17 puskesmas di Pekanbaru, berlokasi di jl. Harapan Raya di Kecamatan Bukit Raya. Wilayah Kerja Puskesmas Harapan Raya terdiri dari 4 kelurahan yaitu:<sup>6</sup>

- a. Kelurahan Tangkerang Utara
- b. Kelurahan Tangkerang selatan
- c. Kelurahan Tangkerang Labuai
- d. Kelurahan Simpang Tiga

Jumlah pegawai Puskesmas Harapan Raya yang melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Harapan Raya sebanyak 41 orang yang terdiri dari 4 orang dokter umum, 4 orang dokter gigi, 11 orang bidan, 6 orang perawat, 2 orang perawat gigi, 1 orang analis, 2 orang petugas administrasi, 2 orang ahli gizi, 5 orang asisten apoteker, 2 orang tata usaha dan 2 orang tenaga honor.<sup>6</sup>

Pelaksanaan kegiatan Puskesmas Harapan Raya terdiri dari:<sup>6</sup>

1. Program pokok (*basic six*)
  - a. Promosi Kesehatan
    - Posyandu, yang berjumlah 57 Posyandu
    - Pelaksanaan penyuluhan dalam dan luar gedung
    - Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
  - b. Kesehatan Lingkungan
  - c. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan KB
  - d. Gizi
  - e. Pemberantasan Penyakit Menular (P2M)
  - f. Pengobatan
2. Program Pengembangan
  - a. Kesehatan Gigi dan Mulut



- b. Kesehatan Mata
  - c. Pengobatan Tradisional (Batra)
3. Pelaksanaan Program ASKESKIN

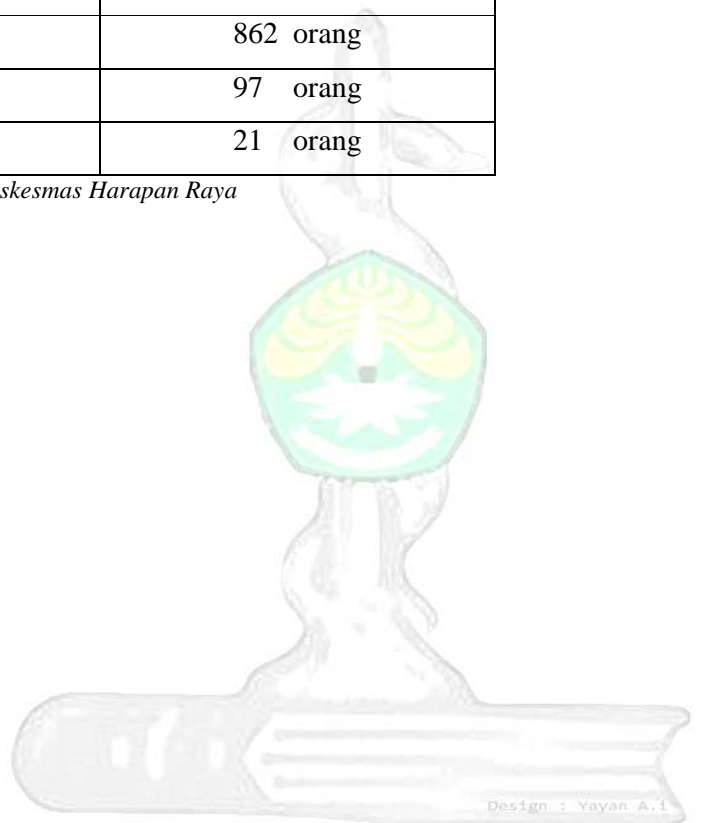
Pelaksanaan Program pokok Puskesmas Harapan Raya dari segi pengobatan, dilaksanakan melalui pelayanan kesehatan di Poliklinik Dewasa, Poliklinik Anak, Poliklinik Spesialis dan Poliklinik Kebidanan. Masing-masing poliklinik memiliki penanggung jawab seorang dokter, kecuali poliklinik kebidanan.

Jumlah kunjungan pasien ke Puskesmas Harapan Raya pada tahun 2007 sebanyak 46.857 kunjungan. Jumlah kunjungan pasien di Poliklinik Dewasa paling besar dibandingkan jumlah kunjungan di poliklinik lain. Jumlah kunjungan pasien untuk masing-masing poliklinik di Puskesmas Harapan Raya pada bulan Oktober 2008 dapat dilihat pada tabel 2.1 berikut ini.

**Tabel 2.1. Jumlah Pasien di Beberapa Poliklinik Puskesmas Harapan Raya Bulan Oktober 2008**

No.	Nama Poliklinik di Puskesmas Harapan Raya	Jumlah Pasien Bulan Oktober
1.	Poliklinik Anak	670 orang
2.	Poliklinik Umum/Dewasa	862 orang
3.	Poliklinik Kebidanan	97 orang
4.	Poliklinik Spesialis Kulit	21 orang

*Sumber: Buku Sensus dan Kunjungan Poliklinik Puskesmas Harapan Raya*



**BAB III**  
**OPTIMALISASI PENGISIAN REKAM MEDIS DALAM RANGKA**  
**MENINGKATKAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN DI POLIKLINIK**  
**DEWASA PUSKESMAS HARAPAN RAYA**

**3.1 Kegiatan Optimalisasi**

Metode yang digunakan dalam kegiatan optimalisasi ini adalah metode *Plan, Do, Check, and Action (PDCA cycle)*.

**3.1.1 Plan**

Kegiatan *Plan* dimulai pada bulan Oktober 2008 melalui kegiatan observasi, wawancara dan pengambilan data sekunder. Hasil observasi, wawancara, dan data sekunder tersebut kemudian didiskusikan dengan Kepala Puskesmas Harapan Raya untuk mengidentifikasi permasalahan di Puskesmas Harapan Raya yang akan dilakukan perbaikan.

**3.1.2 Identifikasi Masalah**

Proses identifikasi masalah didapatkan melalui metode-metode berikut.

1. Observasi langsung pencatatan rekam medis di poliklinik umum Puskesmas Harapan Raya
2. Wawancara dengan para petugas kesehatan poliklinik dewasa dan kepala Puskesmas Harapan Raya
3. Pengambilan data sekunder mengenai jumlah pasien di poliklinik umum dan jumlah rekam medis yang tidak lengkap

Adapun beberapa masalah yang dapat diidentifikasi di poliklinik umum Puskesmas Harapan Raya adalah sebagai berikut.

**Tabel 3.1. Identifikasi Masalah**

No	Aspek Yang Dinilai	Masalah	<i>Evidence Based</i>
1	Sarana dan prasarana	1. Ruang pemeriksaan yang kurang memadai 2. Kurangnya alat pemeriksaan	1. Observasi langsung 2. Wawancara dengan petugas kesehatan
2	Tenaga Kesehatan	Kurangnya jumlah tenaga kesehatan	1. Observasi langsung 2. Wawancara dengan petugas kesehatan

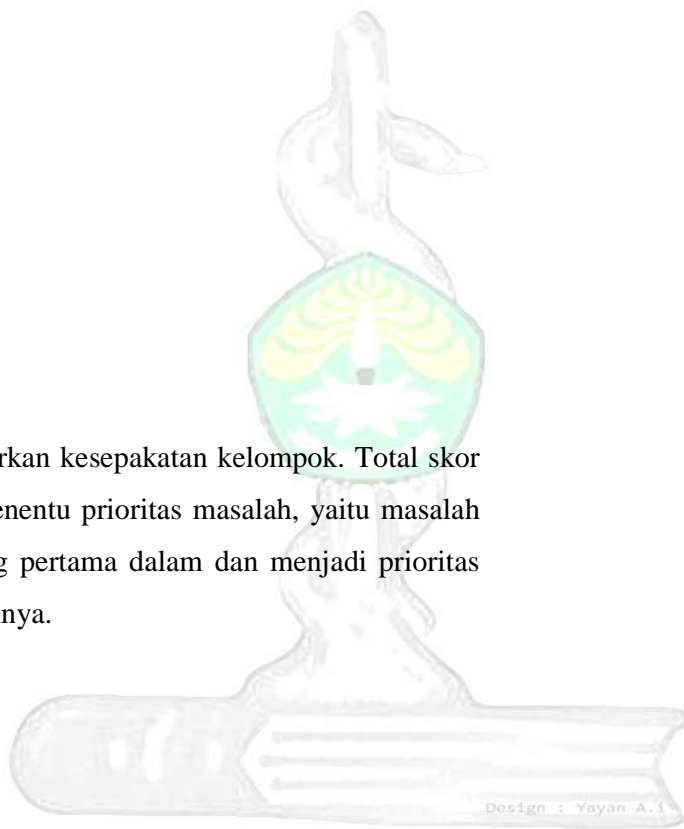
3	Rekam medis	Masih kurangnya optimalnya pengisian rekam medis	Observasi langsung
4	Sistem antrian	Masih kurang optimalnya sistem antrian yang ada	Observasi langsung

### 3.1.3 Penentuan Prioritas Masalah

Penentuan prioritas masalah diperoleh melalui diskusi dengan Kepala Puskesmas Harapan Raya terhadap beberapa masalah yang dapat diidentifikasi. Prioritas masalah ditentukan berdasarkan sistem seleksi yang menggunakan dua unsur, yaitu kriteria (urgensi/kepentingan, solusi, kemampuan anggota mengubah, dan biaya) dan skor (nilai 1, 2, dan 3).

1. Urgensi/kepentingan
  - a. Nilai 1 tidak penting
  - b. Nilai 2 penting
  - c. Nilai 3 sangat penting
2. Solusi
  - a. Nilai 1 tidak mudah
  - b. Nilai 2 mudah
  - c. Nilai 3 sangat mudah
3. Kemampuan anggota mengubah
  - a. Nilai 1 tidak mudah
  - b. Nilai 2 mudah
  - c. Nilai 3 sangat mudah
4. Biaya
  - a. Nilai 1 tinggi
  - b. Nilai 2 sedang
  - c. Nilai 3 rendah

Kriteria dan skor ditetapkan berdasarkan kesepakatan kelompok. Total skor dari masing-masing kriteria merupakan penentu prioritas masalah, yaitu masalah dengan total paling tinggi sebagai ranking pertama dalam dan menjadi prioritas masalah untuk dicari penyelesaian masalahnya.



**Tabel 3.2. Penentuan Prioritas Masalah**

No	Kriteria masalah	Urgensi	Solusi	Kemampuan untuk mengubah	Biaya	Total	Rank
1	Ruang pemeriksaan yang kurang memadai	1	1	1	1	4	V
2	Kurangnya alat pemeriksaan	2	2	2	1	7	II
3	Kurangnya jumlah tenaga kesehatan	2	1	1	1	5	IV
4	<b>Masih kurangnya optimalnya pengisian rekam medis</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>I</b>
5	Masih kurang optimalnya sistem antrian yang ada	1	2	1	2	6	III

Berdasarkan penghitungan total skor masing-masing kriteria untuk setiap masalah, didapatkan prioritas masalah yang menduduki rangking I adalah kurang optimalnya pengisian rekam medis di poliklinik dewasa Puskesmas Harapan Raya.

### 3.1.4 Analisis Penyebab Masalah

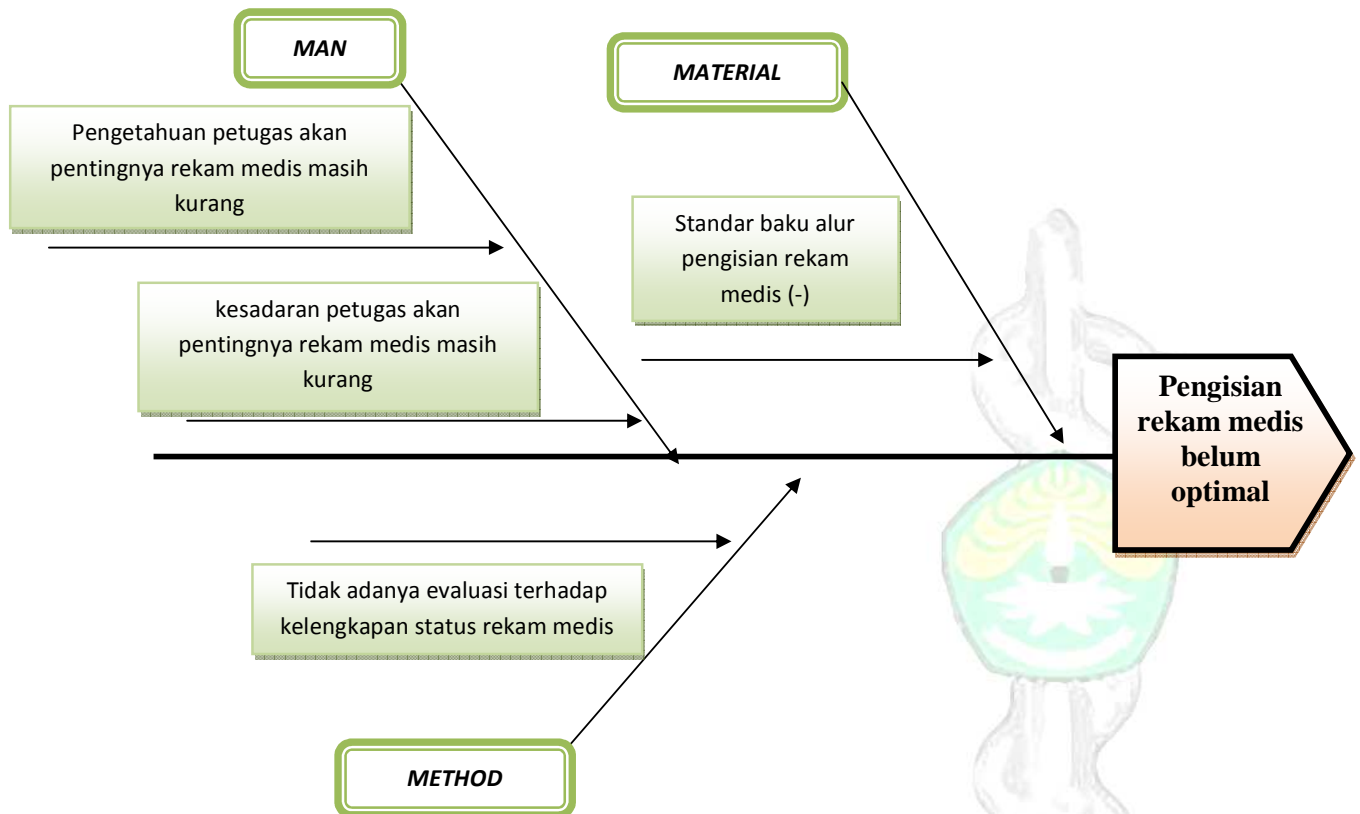
Setelah ditetapkan prioritas masalah berdasarkan sistem seleksi di atas, dilakukan analisis penyebab masalah dari berbagai aspek, yaitu *man*, *material*, dan *methode* yang diperoleh melalui observasi, wawancara, dan kuesioner awal. Berikut adalah penyebab-penyebab kurang optimalnya pencatatan rekam medis di poliklinik umum Puskesmas Harapan Raya.

**Tabel 3.3. Analisis Penyebab Masalah**

No	Masalah	Penyebab timbulnya masalah	<i>Evidence Based</i>
1	Kurang optimalnya pencatatan rekam medis	<i>Man</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kurangnya pengetahuan tenaga kesehatan tentang pentingnya</li> </ul>	Kuesioner awal: <ul style="list-style-type: none"> <li>Petugas kesehatan kurang mengetahui dan menyadari pentingnya mengisi rekam medis secara lengkap</li> </ul>

		kelengkapan rekam medis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurangnya kesadaran tenaga kesehatan tentang pentingnya kelengkapan rekam medis</li> </ul> <i>Material</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak adanya standar baku alur pengisian rekam medis di puskesmas</li> </ul> <i>Method</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurangnya evaluasi terhadap kelengkapan status rekam medis</li> </ul>	Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ditemukan standar baku pengisian rekam medis di puskesmas</li> </ul> Observasi & Wawancara: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada evaluasi rekam medis yang tidak lengkap</li> </ul>
--	--	--	--

Berikut ini merupakan hubungan kelima faktor penyebab masalah yang ditampilkan dalam bentuk *Fishbone Ishikawa*.



Gambar 3.1. Fishbone analysis Ishikawa

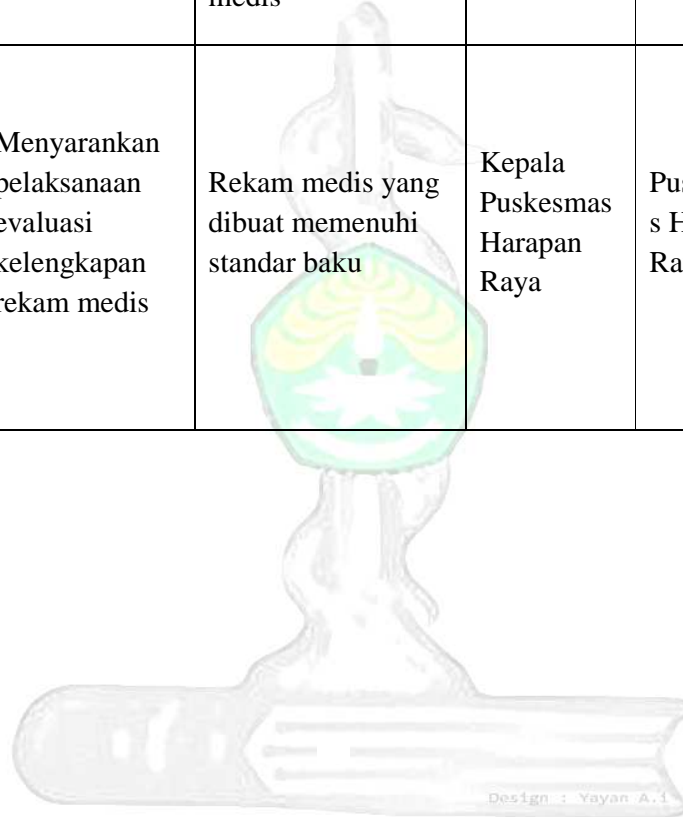
### 3.1.5. Alternatif Pemecahan Masalah

Selanjutnya setelah analisis penyebab masalah adalah penetapan alternatif pemecahan masalah untuk mendapatkan solusi terbaik dalam pengoptimalan rekam medis sebagai mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas Harapan Raya. Berikut adalah tabel alternatif pemecahan masalah.

**Tabel 3.4.** Strategi dan Alternatif Pemecahan Masalah

No	Masalah	Penyebab Masalah	Alternatif pemecahan masalah	Tujuan	Sasaran	Tempat	Pelaksana kegiatan	Waktu	Kriteria keberhasilan
1	Kurang optimalnya pencatatan rekam medis	Tidak adanya standar baku alur pengisian rekam medis	Membuat standar baku	Rekam medis yang dibuat memenuhi standar baku	Tenaga kesehatan dan perekam medis	Puskesmas Harapan Raya	Dokter muda KKS	Nov 2008	Terdapat standar baku alur pengisian rekam medis
2		Kurangnya pengetahuan tenaga kesehatan mengenai pentingnya kelengkapan rekam medis	Sosialisasi mengenai pentingnya kelengkapan rekam medis	Meningkatkan pengetahuan tenaga kesehatan mengenai pentingnya kelengkapan rekam medis	Tenaga kesehatan & perekam medis	Puskesmas Harapan Raya	Dokter Muda KKS	Nov 2008	Jumlah rekam medis yang memenuhi standar baku $\geq 80\%$

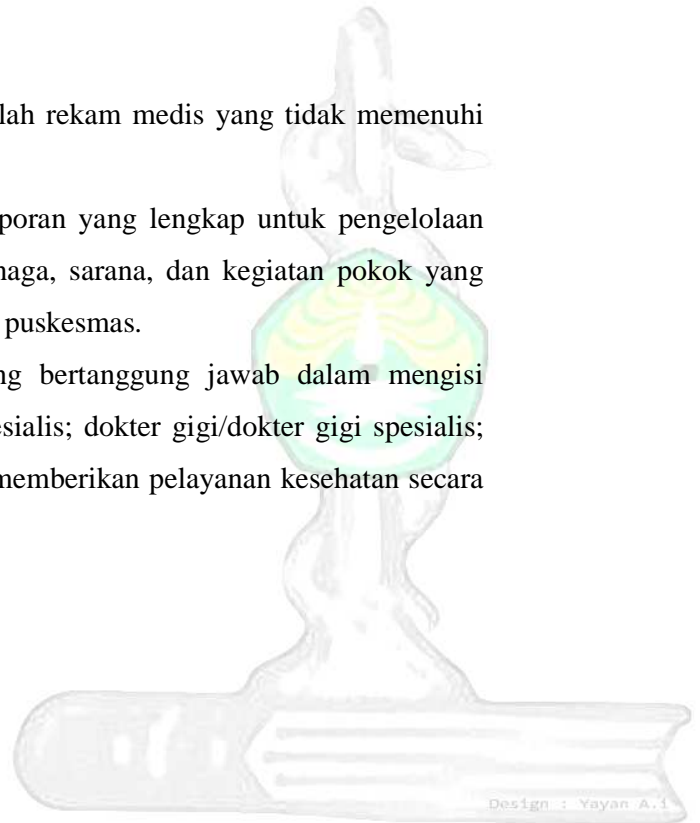
2		Kurang nya kesadaran tenaga kesehatan mengenai pentingnya kelengkapan rekam medis	Sosialisasi mengenai pentingnya kelengkapan rekam medis	Meningkatkan kesadaran tenaga kesehatan mengenai pentingnya kelengkapan rekam medis	Tenaga kesehatan & perekam medis	Puskesmas Harapan Raya	Dokter Muda KKS	Nov 2008	Jumlah rekam medis yang memenuhi standar baku $\geq 80\%$
4		Tidak ada evaluasi terhadap kelengkapan status rekam medis	Menyarankan pelaksanaan evaluasi kelengkapan rekam medis	Rekam medis yang dibuat memenuhi standar baku	Kepala Puskesmas Harapan Raya	Puskesmas Harapan Raya	Dokter Muda KKS	Nov 2008	Dilaksanakan evaluasi/ pengontrolan berkala terhadap kelengkapan rekam medis min 2x per tahun



### 3.2 Definisi Operasional

Berikut ini adalah definisi operasional dari beberapa istilah yang digunakan dalam kegiatan optimalisasi rekam medis sebagai mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas Harapan Raya Pekanbaru.

1. Rekam medis adalah catatan dan dokumen tentang identitas pasien, anamnesa, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
2. Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang berisi unsur-unsur sebagai berikut:
  - Nomor indeks
  - Identitas (nama, umur, jenis kelamin, nama kepala keluarga, agama, pekerjaan, alamat)
  - Tanggal pemeriksaan
  - Anamnesa
  - Pemeriksaan fisik
  - Diagnosa
  - Pengobatan
  - Keterangan (Kasus Baru (B), kasus lama (L), kunjungan kasus, (KK), dan komplikasi (KM)
  - Paraf
3. Rekam medis yang tidak lengkap adalah rekam medis yang tidak memenuhi kriteria rekam medis yang lengkap
4. SP2TP adalah tata cara pencatatan laporan yang lengkap untuk pengelolaan puskesmas meliputi keadaan fisik, tenaga, sarana, dan kegiatan pokok yang dilakukan serta hasil yang dicapai oleh puskesmas.
5. Tenaga kesehatan adalah tenaga yang bertanggung jawab dalam mengisi rekam medis adalah dokter umum/spesialis; dokter gigi/dokter gigi spesialis; serta tenaga kesehatan lain yang ikut memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien



## DAFTAR PUSTAKA

1. Wichaksana A. Rekam Medis dan Kinerja Rumah Sakit. Cermin Dunia Kedokteran No. 129, 2000; 49-51
2. Departemen Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
3. Konsil Kedokteran Indonesia. Manual Rekam Medis. 2006
4. Gondodiputro S. Rekam Medis dan Sistem Informasi Kesehatan di Pelayanan Kesehatan Primer (Puskesmas). Bandung: Bagian IKM FK UNPAD. 2007
5. Depkes RI. Pedoman Kerja Puskesmas, Jilid 1. Jakarta: Depkes RI. 1998
6. Evaluasi Program Kerja Puskesmas Harapan Raya. Pekanbaru: Dirjen Binkesmas Depkes RI. 2008



**KUESIONER**  
**KEPANITERAAN KLINIK SENIOR**  
**BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT**  
**ILMU KEDOKTERAN KOMUNITAS (IKM-IKK)**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS RIAU**

---

Kepada Yth:  
Bapak/Ibu/Saudara/i Responden  
Di Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan kegiatan Kepaniteraan Klinik Senior di Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas (KKS IKM-IKK) yang dilakukan oleh Dokter Muda Fakultas Kedokteran Universitas Riau di Puskesmas Harapan Raya, maka kami memohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk menjawab beberapa pertanyaan seperti yang tercantum pada lembar berikut ini.

Hasil jawaban Bapak/Ibu/Saudara/i sangat membantu kelancaran penelitian ini dan bermanfaat untuk kepentingan bersama. Jawaban Bapak/Ibu/Saudara/i tidak akan diterbitkan dan hanya sebagai data pendukung dalam penelitian ini. Berikanlah sesuai dengan pendapat Bapak/Ibu/Saudara/i. Jawaban atau isian serta identitas responden akan dirahasiakan

Demikian, kami mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya atas partisipasi yang Bapak/Ibu/Saudara/i berikan.

Hormat Kami,  
Menyetujui,

Responden

**KUESIONER PENGETAHUAN REKAM MEDIS  
KKS BAGIAN IKM-IKK  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNRI**

---

**I. IDENTITAS RESPONDEN**

Nama : .....(L/P)  
 Umur : .....tahun  
 Jabatan/Profesi : .....  
 Pekerjaan/tugas : .....

**II. URAIAN PERTANYAAN**

**Petunjuk: berilah tanda (√) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban dan isilah titik-titik yang telah disediakan jika pilihan jawaban tidak tersedia**

1. Apakah Bapak/Ibu/Saudara/i mengetahui *Standard Operational Procedure* (SOP) pengisian status rekam medis?
  - Ya       Tidak
 Jika Ya, Dari mana Bapak/Ibu/Saudara/i mengetahui cara pengisian status rekam medis?
  - Buku       Dari mulut ke mulut
  - Pelatihan    Lain-lain.....
2. Menurut Bapak/Ibu/Saudara/i ,apakah rekam medis itu penting?
  - Sangat penting
  - Penting
  - Tidak penting
3. Menurut Bapak/Ibu/Saudara/i, apa saja manfaat rekam medis?
  - aspek administrasi`       aspek keuangan
  - aspek hukum               aspek penelitian & pendidikan
  - aspek medis                 aspek dokumentasi
  - Lain-  
lain.....(sebutkan)
  - Tidak tahu
4. Apakah menurut Bapak/Ibu/Saudara/i rekam medis yang Anda buat telah cukup lengkap?
  - Sangat Lengkap
  - Lengkap
  - Tidak lengkap
 Jika belum lengkap, berapa perkiraan persentase data rekam medis yang tidak lengkap ?
  - 0 – 25 %
  - 26 - 50 %
  - 51 – 75 %
  - 76 - 100 %

## LAMPIRAN

5. Menurut Bapak/Ibu/Saudara/i, bagian mana dari rekam medis yang tidak lengkap?
- Identitas (Nama, jenis kelamin, umur, alamat)
  - Tanggal
  - Anamnesa
  - Diagnosa
  - Pemeriksaan fisik
  - Terapi
  - Keterangan
  - Paraf
  - .....
  - .....
6. Menurut Bapak/Ibu/Saudara/i, faktor-faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan rekam medis tersebut?
- Kurangnya pengetahuan tentang pentingnya rekam medis
  - Kurangnya kesadaran tentang pentingnya rekam medis
  - Standar baku alur pengisian rekam medis tidak ada
  - Evaluasi kelengkapan rekam medis tidak ada
  - Tidak ada pelatihan mengenai cara pengisian rekam medis yang benar
  - Jumlah tenaga kesehatan kurang
  - Lain-lain..... (sebutkan)

