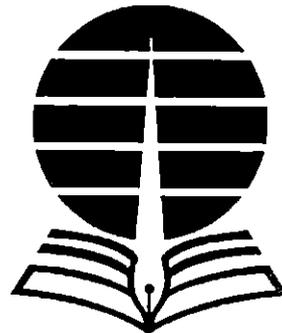




TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PERATURAN MENTERI
KESEHATAN NOMOR 269 TAHUN 2008 TENTANG
REKAM MEDIS DI RSUD dr. ABDUL RIVAI
TANJUNG REDEB KABUPATEN BERAU**



UNIVERSITAS TERBUKA

**TAPM diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
Gelar Ilmu Administrasi Bidang Minat
Administrasi Publik**

Disusun Oleh :

MARDIA

NIM. 500895263

PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS TERBUKA

JAKARTA

2017

ABSTRACT

THE IMPLEMENTATION OF POLICY REGULATION OF THE HEALTH MINISTER NUMBER 269 YEAR 2008 ABOUT MEDICAL RECORD IN RSUD dr.ABDUL RIVAI TANJUNG REDEB BERAU REGENCY

Mardia

qonitakhumairah@gmail.com

Open University Graduate Program

The implementation of policy regulation of the Health Minister Number 269 Year 2008 About Medical Record in RSUD dr.Abdul Rivai Berau Regency still experiencing many obstacles, medical records have not been studied electronically This research aim to know and describe Implementation of policy regulation of Health Minister Number 269 Year 2008 about Medical Record And to find out what factors that support and inhibit the organization of medical records at RSUD dr.Abdul Rivai Tanjung Redeb Berau Regency. Research approach is done through qualitative descriptive approach that will reveal the social phenomenon so that it can dig the data based on what is spoken, felt and done by informants at RSUD dr.Abdul Rivai Berau District, the method of data collection by observation, documentation And in-depth interviews.

The main focus on this research

Involves the implementation of medical records should be in writing, complete and clear; electronically; Medical records in a state of disaster / outbreak / outbreak condition; The content of medical records in the doctor's service; and Doctor must make medical record; Supporting factors and impeding the implementation of hospital record policy. These five focuses are based on Van Meter and Van Horn. Informants in this research are Medical Record Officer, Specialist Doctor, General Practitioner, Dentist, Head of Medical Record Installation, Nurse / Head of Inpatient and Director of RSUD dr.Abdul Rivai.

From this research,it is found that The implementation of policy regulation of the Health Minister Number 269 Year 2008 About Medical Record in RSUD dr.Abdul Rivai has not optimally because management of medical record file still manual because of limited of budget and resources, technical technic of medical record still less compared to number of patient Must be served, Commitment of health service providers still less so that the completion of medical record data not yet optimal. Supporting and inhibiting factors related to inter-organizational communication are running well,the implementors have not had a strong commitment.

Keywords: Implementation, Medical Record, and Hospital

ABSTRAK

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 269 TAHUN 2008 TENTANG REKAM MEDIS DI RSUD dr.ABDUL RIVAI TANJUNG REDEB KABUPATEN BERAU

Mardia

gonitakhumairah@gmail.com

Program Pascasarjana Universitas Terbuka

Implementasi Kebijakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis di RSUD dr.Abdul Rivai Kabupaten Berau masih banyak mengalami kendala, rekam medis belum dikelola secara elektronik. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan mendeskripsikan Implementasi kebijakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis dan untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang mendukung dan menghambat penyelenggaraan rekam medis di RSUD dr.Abdul Rivai Tanjung Redeb Kabupaten Berau. Dalam penelitian ini pendekatan yang dilakukan adalah melalui pendekatan deskriptif kualitatif yang akan mengungkapkan fenomena sosial secara luas dan mendalam sehingga dapat menggali data berdasarkan apa yang diucapkan, dirasakan dan dilakukan oleh informan di RSUD dr.Abdul Rivai Kabupaten Berau, metode pengumpulan data secara observasi, pendokumentasian dan wawancara mendalam.

Fokus utama pada penelitian ini mencakup implementasi tentang rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas; rekam medis dibuat secara elektronik; rekam medis dalam keadaan bencana/wabah/kondisi KLB; Isi rekam medis dalam pelayanan dokter; dan dokter wajib membuat rekam medis; faktor pendukung dan penghambat implementasi kebijakan rekam medis di rumah sakit. Kelima fokus ini berlandas pada teori kebijakan Van Meter dan Van Horn. Informan pada penelitian ini adalah Petugas Rekam Medis, Dokter Spesialis, Dokter Umum, Dokter Gigi, Kepala Instalasi Rekam Medis, Perawat/Kepala ruangan rawat inap dan Direktur RSUD dr.Abdul Rivai.

Hasil penelitian ini diperoleh bahwa Implementasi kebijakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam medis di RSUD dr.Abdul Rivai belum optimal disebabkan karena pengelolaan berkas rekam medis masih manual karena keterbatasan anggaran dan sumberdaya, tenaga teknis rekam medis masih kurang dibanding dengan jumlah pasien yang harus dilayani, Komitmen pemberi pelayanan Kesehatan masih kurang sehingga pengisian kelengkapan data rekam medis belum optimal. Faktor pendukung dan penghambat terkait komunikasi antar organisasi sudah berjalan dengan baik, standar dan sasaran kebijakan sudah tersedia hanya belum terealisasi dengan baik, karakteristik dan sikap para *implementor* masih ada yang belum mempunyai komitmen yang kuat.

Kata Kunci : Implementasi, Rekam Medis, dan Rumah Sakit

UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK

PERNYATAAN

TAPM yang berjudul Implementasi Kebijakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis di RSUD dr.Abdul Rivai Tanjung Redeb Kabupaten Berau

Adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Jakarta, Juni 2017

Yang Menyatakan



(Mardia)
NIM.500895263

**LEMBAR PERSETUJUAN TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER
(TAPM)**

Judul TAPM : Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan
Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis di
RSUD dr. Abdul Rivai Tanjung Redeb Kabupaten
Berau

Penyusun TAPM : Mardia

NIM : 500895263

Program Studi : Magister Administrasi Publik

Hari/Tanggal : Sabtu /29 April 2017

Pembimbing I,



Dr. Rita Kalalinggi, M.Si
NIP. 19581026 198902 2 001

Pembimbing II,



Dr. Ir. Soesilo Wibowo, M.S
NIP. 19530827 197903 1 002

Penguji Ahli



Pheni Chalid, SF.M.A., Ph.D
NIP. 19560505 200012 1 001

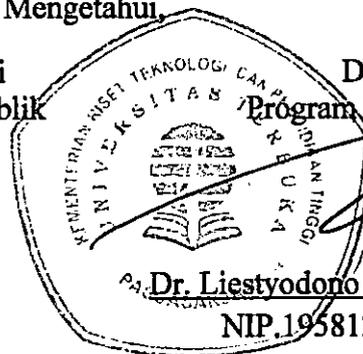
Mengetahui,

Ketua Bidang Ilmu Administrasi
Program Magister Administrasi Publik



Dr. Darmanto, M.Ed
NIP. 19591027 198603 1 003

Direktur
Program Pascasarjana



Dr. Liestyodono Bawono Irianto, M.Si
NIP. 19581215 198601 1 009

UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK

PENGESAHAN

Nama : Mardia
NIM : 500895263
Program Studi : Magister Administrasi Publik
Judul TAPM : Implementasi Kebijakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor
269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis di RSUD dr. Abdul
Rivai Tanjung Redeb Kabupaten Berau

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Tugas Akhir Program Magister
(TAPM) Administrasi Publik Program Pascasarjana Universitas Terbuka pada:

Hari/Tanggal : Sabtu, 29 April 2017
Waktu : 11.00 - 12.30 Wita

Dan telah dinyatakan LULUS

PANITIA PENGUJI TAPM

Tanda Tangan

Ketua Komisi Penguji

Nama : Dr.Meita Istianda,S.IP,M.Si

Penguji Ahli

Nama: Pheni Chalid,SF,M.A, Ph.D

Pembimbing I

Nama: Dr.Rita Kalalinggi,M.Si

Pembimbing II

Nama: Dr.Ir.Soesilo Wibowo,M.S

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah, saya panjatkan kepada Allah SWT Tuhan Yang Maha Esa, karena atas Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penyusunan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) ini dapat saya selesaikan. Penulis mencoba menganalisis Penyelenggaraan Rekam Medis di Rumah Sakit Dr.Abdul Rivai Tanjung Redeb. Judul Penelitian ini adalah Implementasi Kebijakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Abdul Rivai Kabupaten Berau.

Tujuan Penelitian ini untuk memberikan gambaran tentang obyek penelitian, permasalahan, maksud dan tujuan penelitian serta metode yang akan Penulis lakukan pada penelitian ini. Harapan Penulis semoga kelak penelitian ini akan menambah pengetahuan bagi penulis dan menjadi bahan masukan dan pertimbangan bagi para pihak yang berkepentingan dengan penelitian ini baik bagi pemangku kepentingan tentang pengelolaan rekam medis maupun kepada sesama peneliti atau calon peneliti.

Dalam proses pembuatan tugas akhir penelitian ini, tentunya saya mendapat pengayaan materi, arahan, koreksi, dan saran serta motivasi. Untuk itu Penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Dr. Liestyodono,M.Si selaku Direktur Program Pascasarjana Magister Administrasi Publik Universitas Terbuka yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis selaku mahasiswa di Kabupaten Berau untuk mengikuti pembelajaran pada program Magister Administrasi Publik Universitas Terbuka

2. Dr. Meita Istianda,S.IP,M.Si selaku Kepala UPBJJ Samarinda yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis selaku mahasiswa di Kabupaten Berau untuk mengikuti pembelajaran pada Program Magister Administrasi Publik Universitas Terbuka;
3. Dosen Pembimbing Tugas Akhir Program Magister (TAPM) yakni Ibu Dr.Rita Kalalinggi,M.Si selaku Pembimbing I dan Bapak Dr.Ir. Soesilo Wibowo,M.S selaku Pembimbing II yang telah membimbing dan mengarahkan dalam penyelesaian penelitian ini
4. Bapak Prof.Azhar selaku Dosen Ahli pada Bimbingan TAPM Residensial I
5. Bapak Pheni Chalid,SF,M.A, Ph.D selaku Dosen Penguji Ahli pada Ujian Sidang TAPM
6. dr.Hj.Nurmin Baso Madandan,Sp.Rad,M.Kes selaku Direktur RSUD dr.Abdul Rivai Kabupaten Berau beserta jajarannya yang telah memberikan izin dan kesempatan untuk melaksanakan penelitian ini
7. Para Dosen Pengasuh Mata Kuliah pada Program Magister Administrasi Publik yang telah meluangkan waktu dan membagikan ilmunya kepada kami;
8. Dokter, Kepala Instalasi Rekam Medis,Kepala ruangan serta staf selaku Informan yang telah berpartisipasi selama penelitian berlangsung
9. Ayahanda Haruna dan Ibunda tercinta Siti Suhuriah selaku orang tua penulis yang telah mendidik,membesarkan dan mendoakan kami sehingga dapat berhasil dan sukses menjalani tugas,tanggungjawab dan amanah yang telah dianugerahkan kepada penulis.
10. Suami tercinta Muhammad Agus,SH yang telah senantiasa mendampingi, memberikan motivasi dan semangat kepada penulis;

11. Anak-anakku tersayang yang telah menjadi penyemangat dalam beraktivitas,
Ahmad Afif Al Ghifary, Ahmad Zain Al Qarni dan Qonita Khumairah Amar
12. Rekan-rekan mahasiswa Pascasarjana UPBJJ-UT Samarinda Pokjar Berau
2015 yang selalu saling bekerjasama dan saling memotivasi serta semua pihak
yang telah berpartisipasi dalam penyelesaian penulisan tugas akhir ini.

Dalam penyusunan dan penulisan tugas akhir penelitian ini tentunya masih sangat banyak kekurangan dan kelemahannya, harapan Penulis segala kritik dan saran yang membangun demi perbaikan TAPM ini tetap dinantikan.



Penulis

MARDIA
NIM.500895263

RIWAYAT HIDUP

Nama : Mardia
NIM : 500895263
Program Studi : Magister Administrasi Publik
Tempat /Tanggal Lahir : Ujung Pandang, 12 Februari 1976
Riwayat Pendidikan : Lulus SD di Kabupaten Pangkep,pada Tahun1988
SMPN di Kabupaten Pangkep pada Tahun 1991
SMAN di Kabupaten Pangkep pada Tahun 1994
Lulus S1 di Unhas Ujung Pandang,Tahun 1999

Riwayat Pekerjaan :

- 1.Tahun 2000 s/d 2006 sebagai Staf di Dinas Kesehatan Kabupaten Pontianak ;
- 2.Tahun 2006 s/d 2012 sebagai Staf di Dinas Kesehatan Kabupaten Berau ;
- 3.Tahun 2012-2015, sebagai Kepala Tata Usaha pada UPTD Jamkesda
- 4.Tahun 2015-2017, sebagai Kepala Seksi Ketenagaan, Mutu Pelayanan medik dan Penunjang Medik;
- 5.Tahun 2017- sekarang, sebagai Kepala Seksi Bina Organisasi Perempuan pada Dinas Pengendalian Penduduk,Keluarga Berencana, Pemberdayaan dan Perlindungan Anak (DPPKB,PP dan PA)

Tanjung Redeb, 12 Februari 2017

Peneliti



MARDIA
NIM. 500895263

DAFTAR ISI

	Halaman
Abstract	i
Abstrak.....	ii
Pernyataan Bebas Plagiasi.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Pengesahan.....	v
Kata Pengantar	vi
Riwayat Hidup.....	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Bagan.....	xi
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	9
D. Kegunaan Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A.Kajian Teori	
2.1 Teori Kebijakan.....	11
2.2. Teori Implementasi	15
2.3 Rumah Sakit	29
2.4. Sistem Informasi Manajemen.....	33
2.5. Sistem Informasi Rekam Medis Berbasis Komputer	36
2.6. Rekam Medis	40
B.PenelitianTerdahulu	61
C.Kerangka Berfikir.....	68
D.Operasionalisasi Konsep/ Fokus Penelitian.....	69

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian	72
B.Sumber Informasi	72
C.Instrumen Penelitian	73
D.Prosedur Pengumpulan Data	75
E.Metode Analisis Data	76

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi objek Penelitian	79
4.1. Identitas RSUD dr.Abdul Rivai	79
4.2. Struktur Organisasi.....	81
4.3. Produk dan Jasa Unggulan.....	82
4.4. Sarana dan Prasarana.....	83
4.5. Sumberdaya Manusia	85
4.6. Alur Pelayanan Medis.....	92
4.7 Alur Pengambilan Rekam Medis	93
4.8.Tugas Pokok dan Fungsi Rekam Medis.....	94
B. Hasil Penelitian	
1. Rekam Medis harus dibuat secara tertulis,lengkap dan Jelas...	102
2. Rekam Medis harus dibuat secara Elektronik	106
3. Rekam Medis dalam keadaan Bencana/Wabah/KLB	109
4. Isi Rekam Medis dalam Pelayanan Dokter.....	112
5. Dokter wajib membuat Rekam Medis	114
6.Faktor Pendukung dan Penghambat	116
C. Pembahasan	
1. Rekam Medis harus dibuat secara tertulis,lengkap dan Jelas...	121
2. Rekam Medis harus dibuat secara Elektronik	124
3. Rekam Medis dalam keadaan Bencana/Wabah/KLB	126
4. Isi Rekam Medis dalam Pelayanan Dokter.....	128
5. Dokter wajib membuat Rekam Medis	130
6.Faktor Pendukung dan Penghambat	132

BAB V Kesimpulan Dan Saran

A.Kesimpulan	137
--------------------	-----

B. Saran	139
DAFTAR PUSTAKA	140

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1. Perbandingan Rekam Medis Berdasarkan Tingkat Efisiensi	57
Tabel 4.1. Pemanfaatan Tempat Tidur pada Layanan Rawat Inap RSUD dr. Abdul Rivai Tahun 2017	83
Tabel 4.2. Distribusi Sumberdaya Manusia Berdasarkan Jenis Tenaga di RSUD dr. Abdul Rivai	84
Tabel 4.3. Distribusi Tenaga Berdasarkan Jenis Kelamin di RSUD dr. Abdul Rivai Tabel	85
Tabel 4.4. Distribusi Sumberdaya Manusia Berdasarkan Lokasi Pelayanan di RSUD dr. Abdul Rivai Tahun 2017	86
Tabel 4.5. Distribusi Tenaga Kesehatan di Instalasi Rawat Inap di RSUD dr. Abdul Rivai Tahun 2017	88
Tabel 4.6. Distribusi Tenaga Medis berdasarkan spesifikasi pendidikan Di RSUD dr. Abdul Rivai	89
Tabel 4.7. Distribusi Tenaga dan Sarana Penunjang di RSUD Dr. Abdul Rivai Tahun 2017	90
Tabel 4.8. Distribusi Petugas Rekam Medis Berdasarkan Tingkat Pendidikan dan Status Kepegawaian di RSUD dr. Abdul Rivai Tahun 2017	91
Tabel 4.9. Kelengkapan Rekam Medis Pasien Rawat Jalan di RSUD dr. Abdul Rivai	103
Tabel 4.10. Kelengkapan Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSUD dr. Abdul Rivai	104
Tabel 4.11. Isi Berkas Rekam Medis Pasien.....	113

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan sebagai hak asasi manusia harus diwujudkan dalam bentuk pemberian berbagai pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang menyeluruh oleh pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat secara terarah, terpadu dan berkesinambungan, adil dan merata, serta aman, berkualitas dan terjangkau oleh masyarakat.

Tenaga kesehatan memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat sehingga akan terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumberdaya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi serta sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Tenaga Kesehatan menjelaskan bahwa sumberdaya di bidang kesehatan adalah segala bentuk dana, tenaga, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan serta fasilitas pelayanan kesehatan dan teknologi yang dimanfaatkan untuk penyelenggaraan upaya kesehatan yang dilakukan pemerintah, pemerintah daerah, dan/ atau masyarakat. Penyelenggaraan upaya kesehatan harus dilakukan oleh

tenaga kesehatan yang bertanggung jawab, yang memiliki etik dan moral yang tinggi, keahlian dan kewenangan yang secara terus menerus harus ditingkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, sertifikasi, registrasi, perizinan serta pembinaan, pengawasan dan pemantauan agar penyelenggaraan upaya kesehatan memenuhi rasa keadilan dan perikemanusiaan serta sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit menguraikan bahwa rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan social ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pada Pasal 29 menjelaskan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban menyelenggarakan rekam medis. Rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan rumah sakit dalam bentuk **Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit** dan salah satunya tertuang didalam proses penyelenggaraan rekam medis. Rumah sakit memberikan pelayanan medis jangka pendek dan jangka panjang yang meliputi kegiatan observasi, diagnostik, terapeutic dan rehabilitasi bagi semua orang yang menderita sakit atau luka serta bagi mereka yang melahirkan, dan juga diberikan pelayanan berdasarkan rawat jalan dan rawat inap bagi yang membutuhkan sesuai dengan sakit yang dideritanya.

Data rekam medis adalah sebuah catatan riwayat kesehatan pasien seperti mengenai penyakit apa yang pernah diderita, bagaimana tindakan yang pernah dilakukan terhadap pasien tersebut yang sangat diperlukan oleh dokter dan petugas paramedis sebelum mengambil tindakan.

Sistem informasi rekam medik merupakan perangkat lunak yang biasa digunakan untuk merekam riwayat kesehatan pasien dalam bentuk basis data (*database*). Basis data merupakan kumpulan dari data yang saling berhubungan satu dengan yang lainnya, tersimpan di perangkat keras komputer dan digunakan perangkat lunak untuk memanipulasinya.

Data perlu disimpan di dalam basis data untuk keperluan penyediaan informasi lebih lanjut. Data di dalam basis data perlu diorganisasikan sedemikian rupa supaya informasi yang dihasilkan berkualitas. Pada sistem informasi rekam medik terdapat berbagai aturan yang cukup kompleks tentang data-data pasien dan bagaimana menjamin keamanannya. Sistem data yang penting pada sistem ini perlu dilindungi semaksimal mungkin, terutama untuk menjamin kebenaran data dan ketersediaan data.

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lainnya yang telah diberikan kepada pasien. Setiap upaya kesehatan kepada pasien harus ditulis dalam rekam medis. Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek kedokteran pada Paragraf 3, Pasal 46 ayat (1) menyatakan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktek kedokteran wajib membuat rekam medis. Tenaga kesehatan berhak mendapat perlindungan hukum jika telah

melaksanakan pekerjaannya sesuai SOP (*Standard Operating Procedure*) dan standar profesi.

Rekam medis gigi rawat jalan merupakan bukti tentang terapi apa yang diberikan pada pasien, apakah sudah sesuai dengan standar profesi dan SOP oleh dokter. Menurut Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana(KUHAP) salah satu bukti petunjuk bisa didapat dari surat/pencatatan rekam medis. Menurut KUHAP dan Kitab Undang-Undang Hukum (KUH) Perdata, alat bukti hukum yang sah ada beberapa katagori, yang salah satunya adalah bukti surat. Rekam medis dapat berfungsi sebagai bukti surat dan bukti petunjuk. Isi rekam medis gigi juga merupakan hal yang harus dirahasiakan oleh tenaga medis, sehingga diperlukan suatu aturan tata kelola. Dalam pelaksanaannya dan pengelolaannya rekam medis gigi melibatkan beberapa pihak seperti yang disebutkan dalam Permenkes Nomor 269 Tahun 2008. Pihak-pihak yang terlibat pengaturannya terkait dalam fungsi sosialisasi, pembinaan, pengawasan, pengisian pelaksanaan pengelolaan dan penyedia sarana dan prasarana.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Penyelenggaraan Rekam Medis menyebutkan bahwa sarana pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan dalam rangka penyelenggaraan rekam medis. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Sistem informasi rekam medis menyediakan informasi guna memudahkan pelayanan kepada pasien dan memudahkan pengambilan keputusan manajerial

(perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengawasan, penilaian dan pengendalian).

Rekam medis sangat penting dalam pelayanan bagi pasien karena selain dapat memberikan informasi untuk menentukan keputusan dalam pengobatan, penanganan serta tindakan medis tetapi juga mempunyai peranan yang sangat penting dalam menjadi alat bukti untuk menyelesaikan perkara hukum.

Bila dikaji lebih lanjut, rekam medis mempunyai aspek hukum kedisiplinan dan etik petugas kesehatan, kerahasiaan, keuangan, mutu serta manajemen rumah sakit audit medik, dan memiliki banyak kegunaan untuk berbagai macam kepentingan.

Penyelenggaraan rekam medis pada suatu sarana pelayanan kesehatan merupakan salah satu indikator mutu pelayanan pada institusi tersebut. Berdasarkan data pada rekam medis tersebut, akan dapat dinilai apakah pelayanan yang diberikan sudah cukup baik mutunya atau tidak. Dokter yang merawat pasien memiliki kewajiban dan bertanggung jawab atas kelengkapan dan keakurasian pengisian rekam medis.

Dalam praktik memang dapat saja pengisian rekam medis dilakukan oleh tenaga kesehatan lain seperti perawat, asisten, residen dan *co-ass* tetapi dokter yang merawat pasienlah yang memikul tanggung jawabnya. Namun demikian sanksi administratif yang diberlakukan pada Permenkes diubah menjadi sanksi pidana pada Undang-undang Praktik Kedokteran. Rekam medik dilakukan oleh dokter atau asisten dokter atau perawat, proses itu dilakukan setelah proses pemeriksaan pasien dilakukan. Rekam medik diperlukan saat dokter ingin mengetahui riwayat

penyakit maupun penanganan yang telah dilakukan sebelumnya. Hal ini terkadang memerlukan waktu yang lama disebabkan berkas rekam medik kebanyakan masih berupa catatan di kertas. Proses pencarian data harus membuka catatan rekam medik satu persatu. Proses ini akan semakin lama jika berkas rekam medik hilang. Untuk menangani masalah tersebut beberapa rumah sakit telah menerapkan rekam medik secara elektronik menggunakan komputer. Hasil pemeriksaan oleh dokter kemudian dimasukkan oleh petugas operator ke dalam program aplikasi rekam medik. Data yang telah dimasukkan akan disimpan kedalam *database server*. Aplikasi rekam medis saat ini mempunyai kekurangan, yaitu masih mengandalkan *operator* untuk *in-put* data rekam medik, *operator* tidak selalu ada di tiap ruangan sehingga untuk memasukkan data maupun mengambil data harus ke ruangan *operator*, menggunakan komputer, sehingga masih bersifat tetap (tidak *mobile*), data rekam medik masih perlu diketik ulang.

Belum optimalnya penyelenggaraan dan pengelolaan Rekam Medis di Rumah Sakit Umum dr.Abdul Rivai Kabupaten Berau yang merupakan satu-satunya rumah sakit milik Pemerintah. Hal ini dapat dilihat pada proses penerimaan pasien, proses pencatatan dan pelaporan pasien, baik pasien biasa maupun pasien dalam keadaan bencana, wabah atau kejadian luar biasa tidak tercatat dan diolah dengan baik, sama halnya pada proses analisa data dan penyimpanan rekam medik pasien yang salah satu penyebabnya adalah terbatasnya tenaga teknis perekam medis (hanya 2 orang tenaga teknis) jika berdasarkan analisa beban kerja perekam medis maka rumah sakit umum dr.Abdul Rivai membutuhkan 5 orang tenaga teknis perekam medis.

Fenomena yang terjadi di rumah sakit adalah belum terlaksananya rekam medis yang baik sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis pada Pasal 2 menjelaskan rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik, tetapi pada kenyataannya pencatatan rekam medis pasien banyak yang tidak lengkap, Berdasarkan kunjungan pasien setiap hari yang berjumlah sekitar 100 sampai dengan 200 orang pasien per hari, ada 70% sampai dengan 90 % berkas rekam medis tidak terisi dengan lengkap dan jelas dan sistem pencatatan dan pelaporan rekam medis pasien masih bersifat manual, akibatnya pelayanan medik yang harus diterima pasien menjadi lambat, biaya pelayanan pasien yang berobat memakai jaminan atau asuransi tidak dapat diterima atau diperoleh langsung oleh pihak rumah sakit karena terkendala dari berkas rekam medik yang tidak lengkap, bahkan ada sekitar 15 % pasien yang tidak dapat diklaim oleh rumah sakit karena masalah ini.

Pasal 5 menjelaskan bahwa yang berkewajiban untuk membuat rekam medis adalah setiap dokter atau dokter gigi yang menjalankan praktik kedokterannya, rekam medis ini harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan. Pembuatan rekam medis dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pengobatan, tindakan, dan layanan lain yang telah diberikan kepada pasien, pada kenyataannya pencatatan dan kelengkapan rekam medis untuk pasien rawat jalan, rawat Inap dan Instalasi Gawat Darurat (IGD) belum optimal, keterlambatan pencatatan rekam medis pasien sering terjadi oleh karena kesibukan dokter dalam pelayanan, petugas/dokter sering menumpuk atau

menunda untuk mencatat rekam medik pasien atau karena dokter tidak berada di tempat karena mengikuti dinas luar.

Fenomena yang lainnya adalah pasien lama sekitar 20 % sampai dengan 30 % datang tanpa membawa kartu berobat yang pernah diberikan oleh rumah sakit dan pasien juga lupa nomor kartu registrasinya, sehingga menyulitkan petugas untuk mencari dan melacak status rekam medisnya, untuk mengantisipasi petugas membuat kembali status rekam medis baru pasien lama tersebut, akibatnya dokter yang melayani tidak tahu akan riwayat penyakit pasien sehingga bisa saja pasien ini akan mendapat pelayanan dan penanganan yang keliru dari dokter, karena ketidaktahuan dokter tentang riwayat penyakit pasien, misalnya terjadi diagnose dan pemberian obat yang keliru, ada riwayat penyerta atau komplikasi, pasien alergi terhadap obat tertentu, juga hasil pemeriksaan penunjang baik laboratorium maupun radiologi yang tidak diketahui dengan dokter pemeriksa karena status rekam medisnya tidak ditemukan.

Fenomena lain adalah oleh karena sistem penanganan pasien belum bisa *online* antar unit pelayanan, membuat sistem pelayanan menjadi lambat dan berbelit-belit pengelolaan rekam medik masih dikerjakan secara *manual*.

Berdasarkan uraian di atas, penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian tentang Penyelenggaraan Rekam Medis di Rumah Sakit Umum Dr. Abdul Rivai Tanjung Redeb Kabupaten Berau, masalah dan kendala apa saja yang dihadapi pihak rumah sakit dalam penyelenggaraan rekam medis.

Judul yang diajukan penulis dalam penelitian ini adalah “Implementasi Kebijakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis di RSUD dr. Abdul Rivai Tanjung Redeb Kabupaten Berau”

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dikemukakan di atas, maka masalah penelitian ini dapat dirumuskan dengan pertanyaan penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana implementasi kebijakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Penyelenggaraan Rekam Medis di Rumah Sakit Umum dr.Abdul Rivai Kabupaten Berau ?
2. Faktor-faktor apa saja yang mendukung dan menghambat pelaksanaan rekam medis di rumah Sakit dr.Abdul Rivai Tanjung Redeb Kabupaten Berau

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah yang telah dikemukakan di atas, maka tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah :

1. Untuk mengetahui dan mendeskripsikan Implementasi kebijakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis di Rumah Sakit Umum dr.Abdul Rivai Tanjung Redeb Kabupaten Berau.
2. Untuk mengetahui Faktor-faktor apa saja yang mendukung dan menghambat Penyelenggaraan rekam medis di Rumah Sakit Umum dr.Abdul Rivai Tanjung Redeb Kabupaten Berau.

D. Kegunaan Penelitian

Melalui Penelitian ini diharapkan dapat memberikan nilai manfaat sebagai berikut :

1. **Manfaat Teoritis:**
 - a. Bagi peneliti, penelitian ini sebagai sarana penerapan dan pengembangan ilmu pengetahuan tentang Implementasi penyelenggaraan rekam medis, memperkuat teori-teori tentang penyelenggaraan rekam medis melalui hasil penelitian yang riil di lapangan
 - b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan bagi pengembangan ilmu pengetahuan ,terutama pada lingkup administrasi kebijakan publik dan sebagai bahan referensi bagi peneliti lainnya yang ingin memperluas bidang kajian pada penelitian lanjutan.
2. **Manfaat Praktis :**
 - a. Memberikan pengalaman bagi penulis untuk menelaah secara kualitatif tentang penyelenggaraan rekam medis di Rumah Sakit Umum dr.Abdul Rivai Tanjung Redeb
 - b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan informasi, masukan dan pertimbangan bagi Pemerintah Kabupaten Berau khususnya pihak Rumah Sakit Umum dr.Abdul Rivai Tanjung Redeb Kabupaten Berau dalam usaha meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

Beberapa teori yang mendasari penelitian ini adalah sebagai berikut:

2.1. Teori Kebijakan

Menurut Dunn (1998:51) menjelaskan secara etimologis kebijakan merupakan terjemahan dari kata "*policy*" berasal dari bahasa Yunani "*polis*" berarti negara atau kota yang juga dalam bahasa Latin "*politia*" memiliki arti yang sama. Dalam perkembangannya bahasa ini juga diadopsi dalam bahasa Inggris "*policie*" yang artinya berkenaan dengan pengendalian masalah-masalah publik atau administrasi pemerintahan.

Fredericson dan Hart (dalam Tangkilisan, 2003 :19), mengemukakan kebijakan adalah suatu tindakan yang mengarah pada tujuan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok atau pemerintah dalam lingkungan tertentu sehubungan adanya hambatan-hambatan tertentu sambil mencari peluang-peluang untuk mencapai tujuan dan sasaran yang diinginkan.

Laswell dan Kaplan (dalam Suwitri, 2014: 1.5) mengartikan kebijakan sebagai suatu program pencapaian tujuan, nilai-nilai dan praktik-praktik yang terarah.

James E. Anderson (dalam Suwitri, 2014:1.6) mengartikan kebijakan sebagai serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu

yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang pelaku atau sekelompok pelaku guna memecahkan suatu masalah tertentu.

Friedrick (dalam Winarno, 2002) mengartikan kebijakan sebagai serangkaian tindakan yang diusulkan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dengan menunjukkan hambatan-hambatan dan kesempatan-kesempatan terhadap pelaksanaan usulan kebijakan tersebut dalam rangka mencapai tujuan tertentu.

Rasasatya (dalam Islamy, 2007) mengartikan kebijakan sebagai suatu taktik dan strategi yang diarahkan untuk mencapai suatu tujuan. Oleh karena itu, suatu kebijakan memuat 3 (tiga) elemen, yaitu sebagai berikut: 1) identifikasi dari tujuan yang ingin dicapai; 2) Taktik atau strategi dari berbagai langkah untuk mencapai tujuan yang diinginkan; 3) Penyediaan berbagai *input* untuk memungkinkan pelaksanaan secara nyata dari taktik dan strategi.

Edi Suharto (2008:7) menyatakan bahwa kebijakan adalah suatu ketetapan yang memuat prinsip-prinsip yang mengarahkan cara bertindak yang dibuat secara terencana dan konsisten dalam mencapai tujuan tertentu.

Nugroho (2014:7) menjelaskan kebijakan publik adalah “setiap keputusan yang dibuat oleh negara, sebagai strategi untuk merealisasikan tujuan dari negara. Kebijakan publik adalah strategi untuk mengantar masyarakat pada masa awal, memasuki masyarakat pada masa transisi, untuk menuju kepada masyarakat yang dicita citakan”

Menurut Dye (dalam Islamy, 2009:19) mengemukakan kebijakan publik sebagai "apapun pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan." Kebijakan publik hanya dapat ditetapkan pemerintah, pihak-pihak lain atau yang lebih dikenal dengan sebutan aktor-aktor kebijakan publik hanya dapat mempengaruhi proses kebijakan publik dalam batas kewenangannya masing-masing.

Menurut Easton (dalam Nugroho, 2008:383) menjelaskan bahwa "proses kebijakan dapat dianalogikan dengan sistem biologi". Pada dasarnya sistem biologi merupakan proses interaksi antara makhluk hidup dan lingkungannya, yang akhirnya menciptakan kelangsungan perubahan hidup yang relatif stabil. Dalam terminologi ini Easton menganalogikannya dengan kehidupan sistem politik. Kebijakan publik dengan model sistem mengandaikan bahwa kebijakan merupakan hasil atau output dari sistem (politik). Seperti dipelajari dalam ilmu politik, sistem politik terdiri dari *input, throughput dan output*.

Dunn (dalam Syamsi, 1993:5) merumuskan Kebijakan Publik (*Publik Policy*) adalah pedoman yang berisi nilai-nilai dan norma-norma yang mempunyai kewenangan untuk mendukung tindakan-tindakan pemerintah dalam wilayah yurisdiksinya.

Menurut Edwards III dan Sharkansky (dalam Winarno, 2008:175-177) Kebijakan publik adalah "apa yang dinyatakan dan dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah yang dapat ditetapkan dalam peraturan-peraturan perundang-undangan atau dalam *policy statement* yang berbentuk pidato-pidato dan wacana yang diungkapkan pejabat politik

dan pejabat pemerintah yang segera ditindaklanjuti dengan program-program dan tindakan pemerintah". Proses komunikasi kebijakan dipengaruhi tiga hal penting, yaitu:

- 1) Transmisi, sebelum pejabat dapat mengimplementasikan suatu keputusan, ia harus menyadari bahwa sebuah keputusan telah dibuat dan suatu perintah untuk pelaksanaannya telah dikeluarkan.
- 2) Kejelasan, petunjuk pelaksanaan kebijakan dan komunikasi yang jelas harus diterima oleh pelaksana kebijakan.
- 3) Konsistensi, jika implementasi kebijakan ingin berlangsung efektif, maka perintah-perintah pelaksanaan harus konsisten dan jelas.

Berdasarkan pendapat berbagai ahli tersebut dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik adalah serangkaian tindakan yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah yang berorientasi pada tujuan tertentu guna memecahkan masalah-masalah publik. Untuk melakukan sesuatu biasanya tertuang dalam ketentuan-ketentuan atau peraturan perundang-undangan yang dibuat pemerintah sehingga memiliki sifat yang mengikat dan memaksa. Kebijakan dapat diwujudkan dengan cara; Pembuatan Peraturan Undang-Undang, Perencanaan Kegiatan, Aneka intervensi terhadap ekonomi/sosial masyarakat. Karena kebijakan itu merupakan tindakan dan keputusan pemerintah maka kebijakan tersebut dicirikan dengan kekuasaan yang didominasi oleh pemerintah serta sesuai hukum dan wewenang pemerintah.

2. 2. Teori Implementasi

Implementasi adalah salah satu tahapan dalam rangkaian kebijakan public yang sangat penting karena merupakan cara atau langkah agar apa yang menjadi tujuan dari kebijakan itu dapat tercapai. Rangkaian implementasi dari sebuah kebijakan khususnya dalam manajemen publik dimulai dari program kemudian diteruskan dalam bentuk proyek dan selanjutnya dalam bentuk kegiatan.

Tachjan (2006:23-25) menyampaikan bahwa Implementasi yang merupakan terjemahan dari kata "*implementation*", berasal dari kata kerja "*to implement*". Implementasi kebijakan publik merupakan proses kegiatan administratif yang dilakukan setelah kebijakan ditetapkan dan disetujui. Kegiatan ini terletak di antara perumusan kebijakan dan evaluasi kebijakan. Implementasi kebijakan mengandung logika *top-down*, maksudnya menurunkan atau menafsirkan alternatif-alternatif yang masih abstrak atau makro menjadi alternatif yang bersifat konkrit atau mikro".

Menurut Nugroho (2013:158-162) Implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Untuk mengimplementasikan kebijakan publik, maka ada dua pilihan langkah yang ada, yaitu langsung mengimplementasikan dalam bentuk program-program atau melalui formulasi kebijakan *derivat* atau turunan dari kebijakan publik tersebut. Implementasi kebijakan sebenarnya adalah tindakan (*action*) intervensi itu sendiri. Pelaksanaan atau implementasi kebijakan di dalam konteks manajemen berada di dalam kerangka organizing-leading-controlling. Jadi, ketika kebijakan telah dibuat maka tugas selanjutnya adalah mengorganisasikan, melaksanakan kepemimpinan untuk memimpin pelaksanaan dan melakukan pengendalian pelaksanaan.

Implementasi kebijakan merupakan tahap yang bersifat praktis dan berbeda dengan formulasi kebijakan sebagai tahap yang bersifat teoritis. Anderson (1978:25) mengemukakan bahwa "*Policy implementation is the application by government's administrative machinery to the problems.*" Kemudian Edward III (1980:1) menjelaskan bahwa: "*policy implementation, is the stage of policy making between establishment of a policy...And the consequences of the policy for the people whom it affects*".

Terdapat beberapa teori /Model dari beberapa ahli mengenai implementasi kebijakan, yaitu:

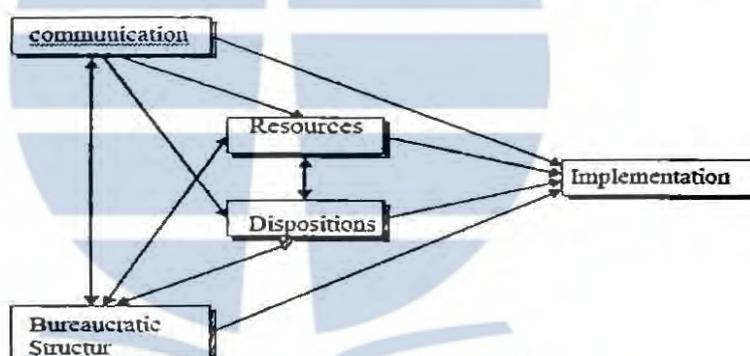
1) Teori George C. Edward

Edward III (dalam Subarsono, 2011:90-92) berpandangan bahwa implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, yaitu:

- a. Komunikasi, keberhasilan implementasi kebijakan mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan, dimana apa yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran (*target group*) secara jelas dan konsisten sehingga akan mengurangi distorsi implementasi.
- b. Sumberdaya, implementasi akan berjalan efektif jika *implementor* memiliki sumberdaya yang cukup baik berupa sumberdaya manusia maupun sumberdaya finansial.
- c. Disposisi, adalah watak dan karakteristik yang dimiliki *implementor* seperti, komitmen, kejujuran, sifat demokratis harus dimiliki jika sebuah kebijakan dapat dijalankan sesuai keinginan pembuat kebijakan.

- d. Struktur Birokrasi, struktur organisasi yang bertugas untuk mengimplementasikan kebijakan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap implementasi kebijakan. Aspek dari struktur organisasi adalah *Standard Operating Procedure* (SOP) dan fragmentasi. Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan *red-tape*, yakni prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks sehingga organisasi tidak berjalan efektif.

Keempat faktor di atas harus dilaksanakan secara simultan karena antara satu dengan yang lainnya memiliki hubungan yang erat.



Sumber: George III Edward: *implemeting public policy*, 1980
 Gambar 2.1. Teori Implementasi Kebijakan Publik Menurut Edward

Faktor – faktor yang berpengaruh dalam implementasi menurut Edwards III adalah proses komunikasi kebijakan yang dipengaruhi tiga hal penting, yaitu:

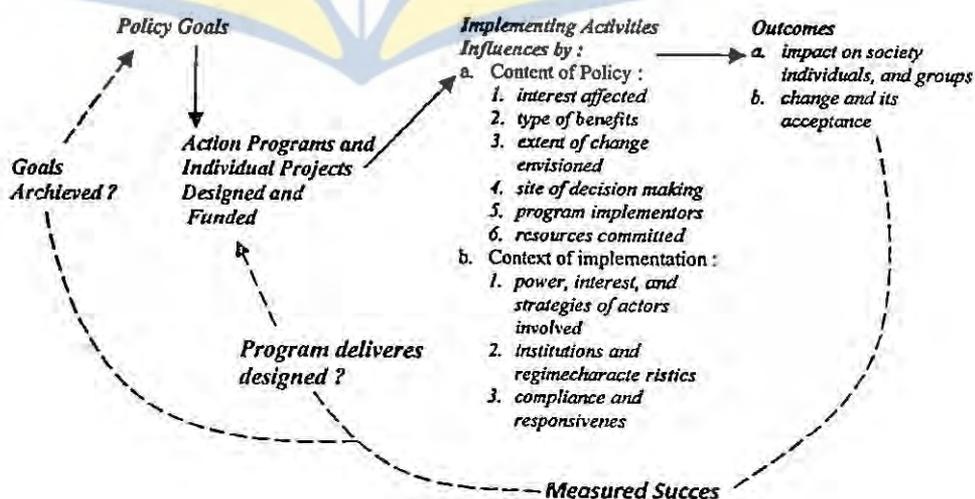
- a. Transmisi, sebelum pejabat dapat mengimplementasikan suatu keputusan, ia harus menyadari bahwa sebuah keputusan telah dibuat dan suatu perintah untuk pelaksanaannya telah dikeluarkan.
- b. Kejelasan, petunjuk pelaksanaan kebijakan dan komunikasi yang jelas harus diterima oleh pelaksana kebijakan.

- c. Konsistensi, jika implementasi kebijakan ingin berlangsung efektif, maka perintah-perintah pelaksanaan harus konsisten dan jelas.

Menurut pandangan Edward (dalam Winarno, 2008:181) sumber-sumber yang penting meliputi, staff yang memadai serta keahlian-keahlian yang baik untuk melaksanakan tugas-tugas mereka, wewenang dan fasilitas yang diperlukan untuk menterjemahkan usul-usul di atas kertas guna melaksanakan pelayanan publik.

2) Teori Marilee S. Grindle

Keberhasilan implementasi menurut Grindle (dalam Subarsono, 2011: 93) dipengaruhi oleh dua variabel besar, yaitu isi kebijakan dan lingkungan implementasi. Variabel tersebut mencakup sejauh mana kepentingan kelompok sasaran (*target group*) termuat dalam isi kebijakan, jenis manfaat yang diterima, *implementor* yang jelas dan rinci dan dukungan sumberdaya yang memadai.



Gambar 2.2

Implementation as a Political and Administrative
Sumber: Grindle, 1980 (dalam Tachjan, 2006:56)

Menurut Wibawa (dalam Wibawa dkk,1994:22-23) mengemukakan model Grindle ditentukan oleh isi kebijakan dan konteks implementasinya. Ide dasarnya adalah bahwa setelah kebijakan ditransformasikan, barulah implementasi kebijakan dilakukan. Isi kebijakan tersebut mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a. Kepentingan yang terpengaruhi oleh kebijakan (*Interest Affected*)
- b. Jenis manfaat yang dihasilkan (*Type of benefits*)
- c. Derajat perubahan yang diinginkan (*Extent of Change Envision*)
- d. Kedudukan pembuat kebijakan (*Site of Decision Making*)
- e. Pelaksana program (*Program Implementer*)
- f. Sumberdaya yang dihasilkan (*Resources Committed*)

Sedang Lingkungan Implementasi (*Context of Implementation*) mencakup:

- a. *Power, Interest, and Strategy of Actor Involved* (Kekuasaan, Kepentingan-kepentingan, dan Strategi dari aktor yang terlibat)
- b. Dalam suatu kebijakan perlu dipertimbangkan pula kekuatan atau kekuasaan, kepentingan serta strategi yang digunakan oleh para actor yang terlibat guna memperlancar jalannya pelaksanaan suatu implementasi kebijakan. Bila hal ini tidak diperhitungkan dengan matang, sangat besar kemungkinan program yang hendak diimplementasikan akan jauh hasilnya dari yang diharapkan.
- c. *Institution and Regime Characteristic* (Karakteristik lembaga dan rezim yang sedang berkuasa)
- d. Lingkungan dimana suatu kebijakan tersebut dilaksanakan juga berpengaruh terhadap keberhasilannya.

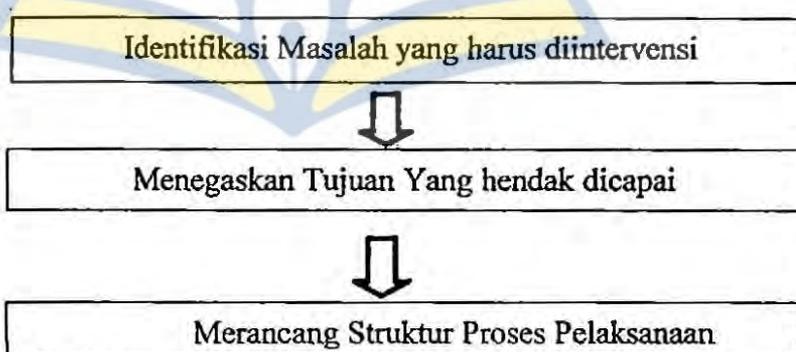
e. *Compliance and Responsiveness* (Tingkat Kepatuhan dan Adanya Respon dari Pelaksana)

Keunikan dari model Grindle terletak pada pemahamannya yang *komprehensif* akan konteks kebijakan, khususnya yang menyangkut *implementor*, penerima implementasi, dan arena konflik yang mungkin terjadi diantara para aktor implementasi, serta kondisi-kondisi sumberdaya implementasi yang diperlukan.

3) Teori Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier

Mazmanian dan Sabatier (dalam Riant Nugroho, 2013:161) memberikan gambaran bagaimana melakukan intervensi atau implementasi kebijakan dalam rangka berurutan yaitu: 1) Identifikasi masalah yang harus diintervensi, 2) menegaskan tujuan yang hendak dicapai, 3) merancang struktur proses implementasi.

Uraian lengkap seperti dalam gambar berikut (Nugroho,2004:162)



Gambar 2.3 Alur Kebijakan public Menurut Mazmanian dan Sabatier

Teori Mazmanian dan Sabatier (dalam Subarsono, 2011:94) Menyatakan bahwa ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi kesuksesan implementasi, yakni;

1. Karakteristik dari Masalah (*tractability of the problems*);
2. Karakteristik Kebijakan/ undang-undang (*ability of statute to structure implementation*);
3. Variabel Lingkungan (*non statutory variables affecting implementation*).

Sebuah program akan mendapat dukungan yang banyak ketika kelompok-kelompok luar, dalam artian diluar pihak pembuat kebijakan seperti masyarakat ikut terlibat dalam kebijakan tersebut dan tidak hanya menjadikan mereka sebagai penonton tentang adanya suatu kebijakan ataupun program di wilayah mereka.

1. Lingkungan Kebijakan, terdiri atas;
 - a. Kondisi sosial ekonomi masyarakat dan tingkat kemajuan teknologi
 - b. Dukungan publik terhadap sebuah kebijakan
 - c. Sikap dari kelompok pemilih (*constituency groups*)
 - d. Tingkat komitmen dan keterampilan dari aparat dan *implementor*

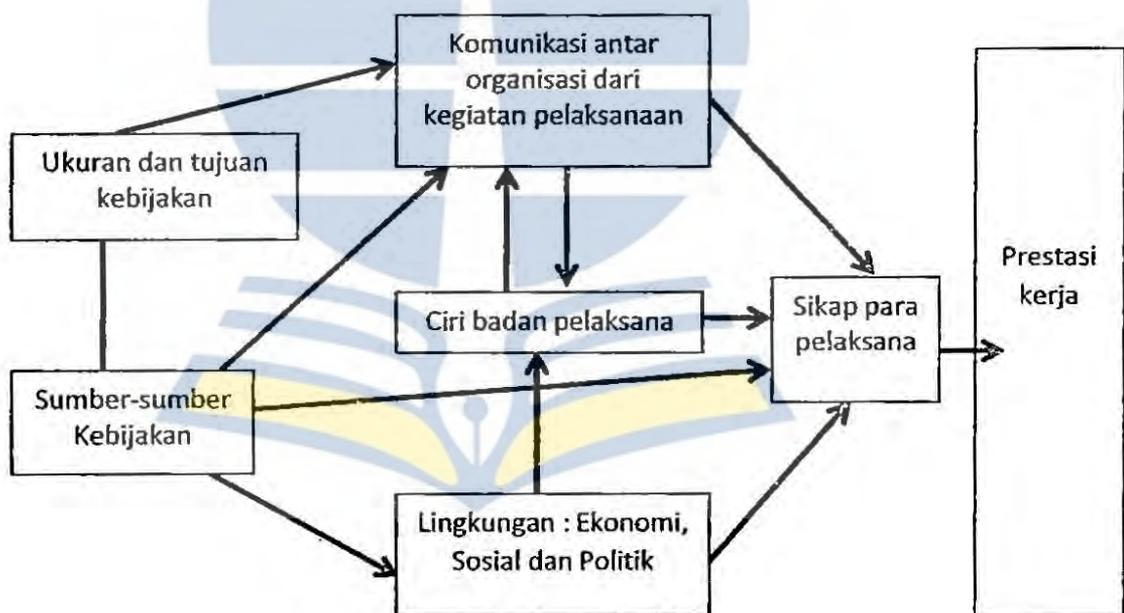
4) Teori Donald S. Van Meter dan Carl E. Van Horn

Menurut Van Meter dan Van Horn dalam Winarno (2005:102) yang mendefinisikan implementasi kebijakan publik sebagai "tindakan-tindakan yang dilakukan oleh organisasi publik yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan-keputusan sebelumnya. Tindakan-tindakan ini mencakup usaha-usaha untuk mengubah keputusan-keputusan menjadi tindakan-tindakan operasional dalam kurun waktu tertentu maupun dalam rangka melanjutkan usaha-usaha untuk mencapai perubahan-perubahan besar dan kecil yang ditetapkan oleh keputusan-keputusan kebijakan".

Proses implementasi ini merupakan sebuah abstraksi atau performansi suatu pengejawantahan kebijakan yang pada dasarnya secara

sengaja dilakukan untuk meraih kinerja implementasi kebijakan yang tinggi yang berlangsung dalam hubungan berbagai variabel. Model ini mengandaikan bahwa implementasi kebijakan berjalan secara linear dari keputusan politik, pelaksana dan kinerja kebijakan publik. Model pendekatan implementasi kebijakan yang dirumuskan Van Meter dan Van Horn disebut dengan *A Model of the Policy Implementation* (1975).

Secara skematis, model implementasi kebijakan publik Van Meter dan Van Horn dapat dijelaskan dalam gambar berikut ini:



MODEL A POLICY IMPLEMENTATION PROCESS

Sumber: (Agostino, 2006)

Gambar 2.4. Model Implementasi Kebijakan Publik

Model ini menjelaskan bahwa kinerja kebijakan dipengaruhi oleh beberapa variabel yang saling berkaitan, variable-variabel tersebut yaitu:

1. Standar dan sasaran kebijakan/ukuran dan tujuan kebijakan

2. Sumberdaya
3. Karakteristik organisasi pelaksana
4. Sikap para pelaksana
5. Komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan
6. Lingkungan sosial, ekonomi dan politik

Secara rinci variabel-variabel implementasi kebijakan publik model Van Meter dan Van Horn dijelaskan sebagai berikut:

1. Standar dan sasaran kebijakan / ukuran dan tujuan kebijakan

Kinerja implementasi kebijakan dapat diukur tingkat keberhasilannya dari ukuran dan tujuan kebijakan yang bersifat realistis dengan sosio-kultur yang ada di level pelaksana kebijakan. Ketika ukuran dan dan sasaran kebijakan terlalu ideal (*utopis*), maka akan sulit direalisasikan (Agustino, 2006). Van Meter dan Van Horn (dalam Sulaeman, 1998) mengemukakan untuk mengukur kinerja implementasi kebijakan tentunya menegaskan standar dan sasaran tertentu yang harus dicapai oleh para pelaksana kebijakan, kinerja kebijakan pada dasarnya merupakan penilaian atas tingkat ketercapaian standar dan sasaran tersebut.

Pemahaman tentang maksud umum dari suatu standar dan tujuan kebijakan adalah penting. Implementasi kebijakan yang berhasil, bisa jadi gagal (*frustated*) ketika para pelaksana (*officials*), tidak sepenuhnya menyadari terhadap standar dan tujuan kebijakan. Standar dan tujuan kebijakan memiliki hubungan erat dengan

disposisi para pelaksana (*implementors*). Arah disposisi para pelaksana (*implementors*) terhadap standar dan tujuan kebijakan juga merupakan hal yang "crucial". *Implementors* mungkin bisa jadi gagal dalam melaksanakan kebijakan, dikarenakan mereka menolak atau tidak mengerti apa yang menjadi tujuan suatu kebijakan (Van Meter dan Van Horn, 1974).

Sebaliknya, penerimaan yang menyebar dan mendalam terhadap standar dan tujuan kebijakan diantara mereka yang bertanggung jawab untuk melaksanakan kebijakan tersebut, adalah merupakan suatu potensi yang besar terhadap keberhasilan implementasi kebijakan (Kaufman dalam Van Meter dan Van Horn, 1974). Pada akhirnya, intensitas disposisi para pelaksana (*implementors*) dapat mempengaruhi pelaksana (*performance*) kebijakan. Kurangnya atau terbatasnya intensitas disposisi ini, akan bisa menyebabkan gagalnya implementasi kebijakan.

2. Sumberdaya

Keberhasilan implementasi kebijakan sangat tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumberdaya yang tersedia. Manusia merupakan sumberdaya yang terpenting dalam menentukan keberhasilan suatu implementasi kebijakan. Setiap tahap implementasi menuntut adanya sumberdaya manusia yang berkualitas sesuai dengan pekerjaan yang diisyaratkan oleh kebijakan yang telah ditetapkan secara politik. Selain sumberdaya manusia, sumberdaya finansial dan waktu menjadi perhitungan penting dalam keberhasilan

implementasi kebijakan. Sebagaimana yang dikemukakan oleh Derthicks (dalam Van Meter dan Van Horn, 1974) bahwa: "*New town study suggest that the limited supply of federal incentives was a major contributor to the failure of the program*".

Van Meter dan Van Horn (dalam Widodo, 1974) menegaskan lebih lanjut bahwa:

" Sumberdaya kebijakan (*policy resources*) tidak kalah pentingnya dengan komunikasi. Sumberdaya kebijakan ini harus juga tersedia dalam rangka untuk memperlancar administrasi implementasi suatu kebijakan. Sumberdaya ini terdiri atas dana atau insentif lain yang dapat memperlancar pelaksanaan (*implementasi*) suatu kebijakan. Kurangnya atau terbatasnya dana atau insentif lain dalam implementasi kebijakan, adalah merupakan sumbangan besar terhadap gagalnya implementasi kebijakan".

3. Karakteristik organisasi pelaksana

Pusat perhatian pada agen pelaksana meliputi organisasi formal dan organisasi informal yang akan terlibat dalam pengimplementasian kebijakan. Hal ini penting karena kinerja implementasi kebijakan akan sangat dipengaruhi oleh ciri yang tepat serta cocok dengan para agen pelaksana. Hal ini berkaitan dengan konteks kebijakan yang akan dilaksanakan pada beberapa kebijakan dituntut pelaksana kebijakan yang ketat dan disiplin. Pada konteks lain diperlukan agen pelaksana yang demokratis dan persuasif. Selain itu, cakupan atau luas wilayah menjadi pertimbangan penting dalam menentukan agen pelaksana kebijakan.

4. Komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan

Agar kebijakan publik bisa dilaksanakan dengan efektif, menurut Van Meter dan Van Horn (dalam Widodo,1974) apa yang menjadi standar tujuan harus dipahami oleh para individu (*implementors*). Yang bertanggung jawab atas pencapaian standar dan tujuan kebijakan, karena itu standar dan tujuan harus dikomunikasikan kepada para pelaksana. Komunikasi dalam kerangka penyampaian informasi kepada para pelaksana kebijakan tentang apa menjadi standar dan tujuan harus konsisten dan seragam (*consistency and uniformity*) dari berbagai sumber informasi.

Jika tidak ada kejelasan dan konsistensi serta keseragaman terhadap suatu standar dan tujuan kebijakan, maka yang menjadi standar dan tujuan kebijakan sulit untuk bisa dicapai. Dengan kejelasan itu, para pelaksana kebijakan dapat mengetahui apa yang diharapkan darinya dan tahu apa yang harus dilakukan. Dalam suatu organisasi publik, pemerintah daerah misalnya, komunikasi sering merupakan proses yang sulit dan komplek. Proses pentransferan berita ke bawah di dalam organisasi atau dari suatu organisasi ke organisasi lain, dan ke komunikator lain, sering mengalami gangguan (*distortion*) baik yang disengaja maupun tidak. Jika sumber komunikasi berbeda memberikan interpretasi yang tidak sama (*inconsistent*) terhadap suatu standar dan tujuan, atau sumber informasi sama memberikan interpretasi yang penuh dengan pertentangan (*conflicting*), maka pada suatu saat pelaksana kebijakan

akan menemukan suatu kejadian yang lebih sulit untuk melaksanakan suatu kebijakan secara intensif.

Dengan demikian, prospek implementasi kebijakan yang efektif, sangat ditentukan oleh komunikasi kepada para pelaksana kebijakan secara akurat dan konsisten (*accuracy and consistency*) (Van Meter dan Varn Horn, dalam Widodo 1974). Di samping itu, koordinasi merupakan mekanisme yang ampuh dalam implementasi kebijakan. Semakin baik koordinasi komunikasi di antara pihak-pihak yang terlibat dalam implementasi kebijakan, maka kesalahan akan semakin kecil, demikian sebaliknya.

5. Disposisi atau sikap para pelaksana

Menurut pendapat Van Meter dan Van Horn (dalam Agustinus, 2006) "sikap penerimaan atau penolakan dari agen pelaksana kebijakan sangat mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi karena kebijakan yang dilaksanakan bukanlah hasil formulasi warga setempat yang mengenal betul permasalahan dan persoalan yang mereka rasakan. Tetapi kebijakan publik biasanya bersifat *top down* yang sangat mungkin para pengambil keputusan tidak mengetahui bahkan tak mampu menyentuh kebutuhan, keinginan atau permasalahan yang harus diselesaikan".

Sikap mereka itu dipengaruhi oleh pandangan terhadap suatu kebijakan dan cara melihat pengaruh kebijakan itu terhadap kepentingan-kepentingan organisasinya dan kepentingan-kepentingan pribadinya. Van Meter dan Van Horn (1974) menjelaskan disposisi bahwa implementasi kebijakan diawali penyaringan (*befiltered*) lebih dahulu melalui persepsi dari pelaksana (*implementors*) dalam batas mana kebijakan itu dilaksanakan.

Terdapat tiga macam elemen respon yang dapat mempengaruhi kemampuan dan kemauannya untuk melaksanakan suatu kebijakan, antara lain terdiri dari pertama, pengetahuan (*cognition*), pemahaman dan pendalaman (*comprehension and understanding*) terhadap kebijakan, kedua, arah respon mereka apakah menerima, netral atau menolak (*acceptance, neutrality, and rejection*), dan ke-tiga, intensitas terhadap kebijakan.

6. Lingkungan sosial, ekonomi dan politik

Hal terakhir yang perlu diperhatikan guna menilai kinerja implementasi kebijakan adalah sejauh mana lingkungan eksternal turut mendorong keberhasilan kebijakan publik. Lingkungan sosial, ekonomi dan politik yang tidak kondusif dapat menjadi sumber masalah dari kegagalan kinerja implementasi kebijakan. Karena itu, upaya implementasi kebijakan mensyaratkan kondisi lingkungan eksternal yang kondusif sangat diperlukan.

Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat diketahui bahwa implementasi kebijakan menyangkut tiga hal, yaitu: adanya tujuan atau sasaran kebijakan; adanya aktivitas/ kegiatan pencapaian tujuan; adanya hasil kegiatan. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa implementasi merupakan suatu proses yang dinamis, pelaksana kebijakan melakukan suatu aktivitas atau kegiatan, sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran kebijakan itu sendiri.

Berdasarkan teori-teori para ahli tersebut di atas, maka dalam penelitian ini penulis menggunakan teori Donald S Van Meter dan Carl E

Van Horn dengan pertimbangan bahwa penggunaan teori ini yang menekankan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh Standar dan sasaran kebijakan, sumberdaya, karakteristik organisasi pelaksana, sikap para pelaksana, komunikasi antar organisasi terkait dan lingkungan sosial, ekonomi dan politik, dapat membantu peneliti untuk menganalisis implementasi kebijakan rekam medis secara lebih mendalam.

2.3. Rumah Sakit

Rumah sakit menurut istilah dimaknai secara harfiah sebagai rumah bagi orang-orang yang sakit. Menurut WHO (*World Health Organization*), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik.

Fungsi rumah sakit adalah:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat ke dua dan ke tiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan peiatihan sumberdaya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.

- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Untuk menyelenggarakan fungsinya, maka Rumah Sakit umum menyelenggarakan kegiatan:

- a. Pelayanan medis
- b. Pelayanan dan asuhan keperawatan
- c. Pelayanan penunjang medis dan nonmedis
- d. Pelayanan kesehatan masyarakat dan rujukan
- e. Pendidikan, penelitian dan pengembangan
- f. Administrasi umum dan keuangan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) rumah sakit adalah gedung tempat merawat orang sakit; gedung tempat menyediakan dan memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi berbagai macam masalah kesehatan. Secara umum rumah sakit bisa diartikan sebagai suatu tempat atau organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kesehatan, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien. Jadi rumah sakit tidak hanya berupa tempat untuk orang sakit melainkan juga bisa disebut sebagai tempat untuk bersekolah keperawatan dan praktikum sekolah kedokteran. Walper dan Pena (1987) menjelaskan bahwa "Rumah sakit adalah tempat dimana orang yang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat dimana

pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya”.

Menurut *American Hospital Association*, 1978 (dalam Azwar,1996:82) menjelaskan bahwa Rumah sakit merupakan organisasi yang melalui tenaga profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan diagnosis serta pencatatan penyakit yang diderita oleh pasien. Rumah sakit adalah suatu institusi atau fasilitas yang memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa diagnostik dan terapeutik untuk berbagai penyakit dan masalah kesehatan, baik yang bersifat bedah maupun non-bedah. Rumah sakit harus dibangun, dilengkapi dan dipelihara dengan baik untuk menjamin kesehatan dan keselamatan pasiennya dan harus menyediakan fasilitas yang lapang, tidak berdesak-desakan dan terjamin sanitasinya bagi kesembuhan pasien.

Kriteria rumah sakit ditinjau dari kemampuan pasiennya dibagi menjadi lima yakni rumah sakit tipe A yang memberikan pelayanan kedokteran Spesialis dan Sub spesialis secara luas; rumah sakit tipe B memberikan pelayanan kedokteran Spesialis luas dan Sub spesialis terbatas; rumah sakit tipe C memberikan pelayanan kedokteran Spesialis terbatas; rumah sakit tipe D bersifat transisi karena bisa ditingkatkan menjadi tipe C; rumah sakit tipe E menyelenggarakan suatu pelayanan kedokteran saja misalnya rumah sakit Paru.

Association of Hospital Care, menjelaskan bahwa Rumah sakit adalah pusat layanan kesehatan masyarakat, pendidikan, serta penelitian kedokteran diselenggarakan.

Menurut Wikipedia, rumah sakit adalah sebuah institusi perawatan kesehatan profesional yang pelayanannya disediakan oleh dokter, perawat dan tenaga ahli kesehatan lainnya.

Milton Roemer, 1971 dalam *buku Doctors in Hospital* menjelaskan bahwa Rumah sakit setidaknya memenuhi lima fungsi, yaitu:

- a. Harus ada pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnostik dan teraupotiknya, berbagai jenis spesialisasi, baik bedah maupun non bedah harus tersedia, pelayanan rawat inap ini juga meliputi pelayanan keperawatan, gizi, farmasi, laboratorium, radiologi dan berbagai pelayanan diagnostik serta *terapoutik* lainnya.
- b. Rumah sakit harus memiliki pelayanan rawat jalan
- c. Rumah sakit mempunyai tugas melakukan pendidikan dan pelatihan
- d. Rumah sakit perlu melakukan penelitian di bidang kesehatan dan kedokteran karena keberadaan pasien di rumah sakit merupakan modal besar untuk penelitian.
- e. Rumah sakit juga mempunyai tanggungjawab untuk program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi di sekitarnya.

2.4. Sistem Informasi Manajemen

Sistem Informasi menurut Rosses (2005:11) adalah suatu sistem didalam organisasi yang mempertemukan kebutuhan pengelola transaksi harian, mendukung operasi, bersifat manajerial dan kegiatan strategi dari suatu organisasi dan menyediakan pihak luar tertentu dengan laporan-laporan yang diperlukan. Sistem informasi dapat digunakan sebagai sarana strategis untuk memberikan pelayanan yang berorientasi kepada kepuasan pelanggan.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa sistem informasi adalah seperangkat tata cara, metodologi organisasi, penyediaan perangkat lunak dan keras yang dibutuhkan untuk memasukkan dan mengambil kembali data yang dibutuhkan dalam rangka menyediakan informasi yang spesifik baik untuk mendukung proses pengambilan keputusan dalam kegiatan organisasi maupun informasi bagi pihak luar tertentu.

Menurut beberapa pakar pengertian Sistem Informasi Manajemen (SIM) (dalam Rustiyanto, 2012:6-7) antara lain:

- a. BurtScanland dan J. Bernard Keys menyatakan bahwa SIM merupakan suatu sistem formal mengenai hal melaporkan, menggolongkan, dan menyebarkan informasi kepada orang-orang yang tepat dalam suatu organisasi.
- b. Liang Gie berpendapat SIM sebagai jalinan hubungan dan lalu lintasketerangan dalam suatu organisasi melalui proses pengumpulan, pengolahan, pemahaman, dan penyebaran kepada pejabat yang berkepentingan.

- c. Dalam *Encyclopedia of management* disebutkan bahwa SIM merupakan suatu proses pendekatan yang direncanakan dan disusun untuk memberikan bantuan kepada pimpinan dalam proses manajerial.
- d. SIM menurut Barry E Chusing sekumpulan dari manusia dan sumberdaya modal di dalam suatu organisasi yang bertanggungjawab mengumpulkan data, mengolah data untuk menghasilkan informasi yang berguna untuk semua tingkat manajemen dalam kegiatan perencanaan dan pengendalian.
- e. SIM menurut Gordon B. Davis sebuah sistem antara manusia dan mesin yang terpadu (terintegrasi) untuk menyajikan informasi guna mendukung fungsi operasional, manajemen dan pengambilan keputusan untuk menyajikan informasi manajemen. Sistem ini menggunakan *hard ware, software*.

Dalam bukunya Tjandra Yoga Aditama "Manajemen Administrasi Rumah Sakit" edisi kedua 2002, bahwa menurut JR Griffith dalam buku *the well managed community hospital* (1987) menyebutkan bahwa sistem informasi punya peran penting dalam sistem pengawasan melalui tiga pendekatan:

1. SIM akan mempercepat dan meningkatkan akurasi transaksi karena semuanya terekam dan terkomunikasi antar berbagai unit.
2. SIM dapat menyajikan data mutakhir yang ada dan membandingkannya dengan ekspektasi/rencana/standar.
3. SIM dapat merekam data yang benar sehingga memungkinkan pemahaman yang menyeluruh untuk penyesuaian bila diperlukan.

Sistem informasi berguna diberbagai tingkatan organisasi antara lain:

1. Mengolah transaksi, mengurangi biaya dan menghasilkan pendapatan,
2. Mengolah berbagai laporan penting dan transaksi,
3. Mempertahankan persediaan pada tingkat paling rendah agar konsisten dalam menjaga produk mereka.

Unsur dalam pengoperasian SIM adalah suatu cara untuk menjelaskan tentang SIM yang pada dasarnya dapat dibedakan menjadi 3 aspek tinjauan:

1. Komponen Fisik terdiri atas; *Hardware, Software, File*, Prosedur dan *Brainware*. Perangkat dari suatu SIM yang terdiri dari komputer (terdiri dari pusat pengolahan unit masukan dari keluaran, unit penyimpanan, peralatan, penyiapan data dan terminal masukan): *Input, Proses dan Output*. *Software* dibagi menjadi tiga bagian yaitu; perangkat lunak system operasi, perangkat lunak bahasa dan perangkat lunak sistem aplikasi. Sebagaimana umumnya *software database* yang berbasis *web*, memiliki bagian *fronted* dan *backend*. Bagian *fronted* biasanya dibuat dengan memanfaatkan program *server side scripting* seperti: *Personal Home Page (PHP)* sedangkan *backend*-nya dapat menggunakan *software database* seperti *database Management Structure Query Language (MySQL), SQL Server, Oracle*, dsb. *File* berisikan program dan data yang akan disimpan dengan basis data. Prosedur disediakan seperti buku panduan petunjuk dan instruksi untuk pemakai (*manual*) penyiapan masukan dan pengoperasian untuk karyawan yang memakai komputer.

Brainware yaitu operator komputer, sistem analisis, pembuat program, personalia, penyiapan data dan pimpinan sistem informasi.

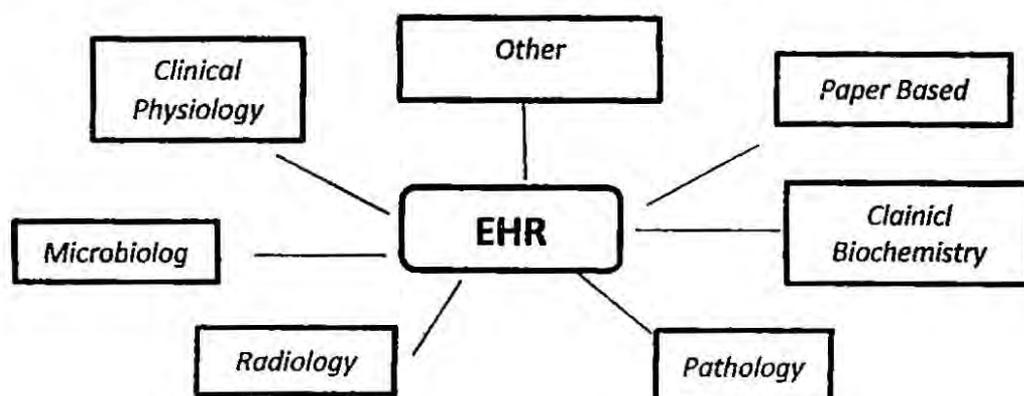
2. Fungsi Pengolahan; a) pengolahan transaksi, b) memelihara *file history*, c) menghasilkan laporan (keluaran lain), d) interaksi dengan lainnya
3. Keluaran untuk pemakai berupa dokumentasi transaksi, laporan yang terencana, jawaban atas pertanyaan terencana dan laporan

2.5. Sistem Informasi Rekam Medis berbasis Komputer

Menurut Rustiyanto (2009), Rekam Medis Elektronik atau Rekam Kesehatan Elektronik adalah suatu kegiatan mengkomputerisasikan tentang isi rekam kesehatan (Rekam Medik) mulai dari mengumpulkan, mengolah, menganalisis dan mempresentasikan data yang berhubungan dengan kegiatan pelayanan kesehatan.

Pada dasarnya rekam medis elektronik (*Elektronik Health Record-EHR*) (dalam Sabaguna, 2009:9) adalah penggunaan metode elektronik untuk pengumpulan, penyimpanan, pengolahan serta pengaksesan rekam medis pasien di rumah sakit yang telah tersimpan dalam suatu sistem manajemen basis data multimedia yang menghimpun berbagai sumber data medis. Rekam medis berbasis komputer akan menghimpun berbagai data klinis pasien baik yang berasal dari hasil pemeriksaan dokter, digitalisasi dari alat diagnosis (EKG, radiologi, dll), konversi hasil pemeriksaan laboratorium maupun interpretasi klinis.

Berikut disajikan gambaran umum Database Rekam Medis Elektronik.



Gambar 2.5. Gambaran Umum Database Rekam Medis Elektronik

Rekam medis berbasis komputer yang lengkap biasanya disertai dengan fasilitas sistem pendukung keputusan (SPK) yang memungkinkan pemberian peringatan (alert), reminder, bantuan diagnosis maupun terapi agar dokter maupun klinisi dapat mematuhi protokol klinik.

Sistem informasi rekam medis (dalam Angga, 2015) merupakan sistem yang bertujuan untuk mengelola data pasien yang mendaftar untuk berobat hingga pasien tersebut ke luar dari rumah sakit pada periode tertentu. Sistem informasi yang dirancang sangatlah penting karena untuk mencegah terjadinya kesalahan prosedur dalam pelaksanaan pendaftaran dan pengelola data sehingga dapat dilakukan sebaik-baiknya.

Sistem informasi rekam medis elektronik atau disebut dengan *virtual pasien record* atau *electronic medical record* (dalam Rustiyanto, 2012: 55) ini digunakan untuk mengelola informasi rekam medis, sehingga memudahkan dalam melakukan penelusuran informasi, termasuk sejarah penyakit dan tindakan medis yang pernah diterima pasien, dan nantinya dengan adanya sistem Rekam Kesehatan Elektronik (RKE), seorang

tenaga medis dapat mengambil suatu tindakan medis secara tepat. Secara garis besar sistem informasi rekam medis memungkinkan pengguna dapat melakukan pengisian dan memanipulasi / mengolah data pasien secara spesifik baik perindividu atau kelompok, termasuk data klinis, administrasi dan demografi, sehingga dapat mengurangi pembiayaan operasional rumah sakit.

Dengan adanya sistem informasi manajemen rumah sakit pada akhirnya nanti akan mengurangi jumlah tenaga di bagian Unit Kerja Rekam Medis (UKRM) di rumah sakit. Selain itu beban kerja petugas rekam medis juga akan berkurang. Kebutuhan akan tenaga rekam medis akhir-akhir ini di Indonesia terus meningkat berdasarkan dengan berkembangnya ilmu rekam medis di Indonesia, karena sistem pengelolaan rekam medis di Indonesia masih banyak menggunakan sistem konvensional atau manual, dimana didalam pengelolaan masih banyak menggunakan kertas / formulir, dari mulai pasien datang sampai pasien di poliklinik rawat jalan sampai dibangsal rawat inap.

Dengan adanya sistem informasi manajemen rumah sakit diharapkan dapat mengurangi penggunaan kertas / formulir. Selain itu bagian-bagian yang ada di UKRM yang akan berkurang antara lain di bagian rekapitulasi data dan *indexing*, dua bagian itu akan secara otomatis digantikan oleh komputer atau sistem informasi. Karena nantinya dalam sistem informasi pasien baik rawat jalan maupun rawat inap setelah dokter menulis diagnosa, kita secara langsung dapat memasukkan kodefikasi penyakit sesuai ICD -X dan secara otomatis komputer dapat

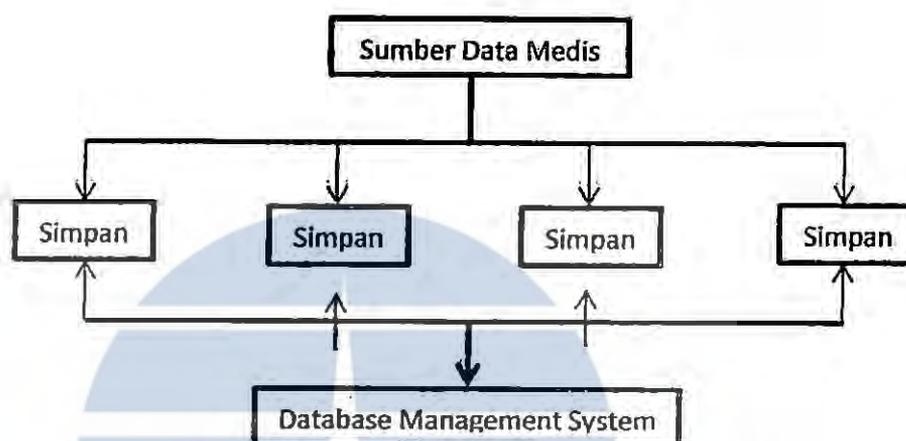
mengelompokkan suatu penyakit sesuai kode, sehingga tugas indexing dan petugas rekapitulasi data dapat diganti dengan komputer.

Menurut Scot (2002:2), basis data dapat didefinisikan dalam beberapa sudut pandang, seperti :

- a. Himpunan kelompok data (arsip) yang saling berhubungan yang diorganisasikan sedemikian rupa agar kelak dapat dimanfaatkan kembali dengan cepat dan mudah
- b. Kumpulan data yang saling berhubungan yang saling disimpan secara bersama sedemikian rupa tanpa pengulangan (redundansi) yang tidak perlu untuk memenuhi berbagai kebutuhan
- c. Kumpulan *file/tabel/arsip* yang saling berhubungan yang disimpan dalam media penyimpanan elektronik sebagaimana umumnya *database*.

Berdasarkan definisi di atas dapat dikemukakan bahwa Basis data merupakan kumpulan dari data yang saling berhubungan satu dengan yang lainnya, tersimpan di perangkat keras komputer dan digunakan perangkat lunak untuk memanipulasinya. Data perlu disimpan di dalam basis data untuk keperluan penyediaan informasi lebih lanjut. Data di dalam basis data perlu diorganisasikan sedemikian rupa supaya informasi yang dihasilkan berkualitas. Pada sistem informasi rekam medik terdapat berbagai aturan yang cukup kompleks tentang data-data pasien dan bagaimana menjamin keamanannya. Sistem data yang penting pada sistem ini perlu dilindungi semaksimal mungkin, terutama untuk menjamin kebenaran data dan ketersediaan data

Input mengawali dimulainya sebuah proses pengolahan informasi. *Input* perlu direncanakan untuk mengkonversi data mentah, untuk selanjutnya diproses menjadi sebuah informasi yang berguna.



Gambar 2.6. Alur Informasi Database Rekam Medis Elektronik Secara Umum

2.6. Rekam Medik

a. Istilah rekam medis

Di negara Eropa istilah Rekam Medis yang banyak digunakan adalah *Medical record* atau *Health record*.

Sebutan lain atau istilah – istilah lain Rekam Medis yaitu:

- *Medical Dokumen* = Dokumen Medis
- *Medical Notes* = Catatan Medis
- *Medical Record* = Rekam Medis
- *Health Record* = Rekaman Kesehatan
- *Personel Health Record* = Rekaman Kesehatan pribadi
- *Family Health Record* = Rekaman kesehatan keluarga
- *Medical report* = Laporan medis

Rekam adalah berkas atau sesuatu yang diucapkan dan/atau ditulis, sedang medis adalah termasuk atau berhubungan dengan bidang kedokteran.

Pengertian Rekam medis menurut para ahli yaitu Huffman (1983) yang menyatakan bahwa Rekam Medis adalah informasi mengenai siapa, apa, mengapa, diman bilamana dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatannya, agar lengkap maka rekam medis harus berisi informasi yang cukup dan secara jelas menunjukkan identitas pasien, mendukung diagnose, membenarkan pengobatan yang diterimanya serta mencatat hasil – hasil pemeriksaan secara tepat.

Rekam medis juga dapat diartikan secara lebih luas lagi seperti dijelaskan oleh Robinson (1996)

- a. Arti sempit = “Catatan kasus-kasus setiap pasien yang dirawat di rumah sakit”
- b. Arti luas = Catatan dan data sebagai akibat hubungan langsung maupun tidak langsung dengan segala aktivitas di rumah sakit yang berkaitan dengan pengobatan pasien

Menurut Hatta (dalam Sabarguna, 2004:63) Rekam Medis adalah: Siapa, apa, mengapa, di mana, kapan dan bagaimana pelayanan yang diperoleh seorang pasien selama dirawat dan diobati”.

Pengertian Rekam medis menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis, dinyatakan bahwa Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen

Rekam medik dilakukan oleh dokter atau asisten dokter atau perawat, proses itu dilakukan setelah proses pemeriksaan pasien dilakukan. Rekam medik diperlukan saat dokter ingin mengetahui riwayat penyakit maupun penanganan yang telah dilakukan sebelumnya. Hal ini terkadang memerlukan waktu yang lama disebabkan berkas rekam medik kebanyakan masih berupa catatan di kertas. Proses pencarian data harus membuka catatan rekam medik satu persatu. Proses ini akan semakin lama jika berkas rekam medik hilang.

Untuk menangani masalah tersebut beberapa rumah sakit telah menerapkan rekam medik secara elektronik menggunakan komputer. Hasil pemeriksaan oleh dokter kemudian dimasukkan oleh petugas operator ke dalam program aplikasi rekam medik. Data yang telah dimasukkan akan disimpan kedalam *data base server*. Aplikasi rekam medik saat ini mempunyai kekurangan, yaitu masih mengandalkan *operator* untuk *in-put* data rekam medik, *operator* tidak selalu ada di tiap ruangan sehingga untuk memasukkan data maupun mengambil data harus ke ruangan *operator*, menggunakan komputer, sehingga masih bersifat tetap (tidak *mobile*), data rekam medik masih perlu diketik ulang.

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lainnya yang telah diberikan kepada pasien. Setiap upaya kesehatan kepada pasien harus ditulis dalam rekam medis. Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran pada

tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Data rekam medis adalah sebuah catatan riwayat kesehatan pasien seperti mengenai penyakit apa yang pernah diderita, bagaimana tindakan yang pernah dilakukan terhadap pasien tersebut yang sangat diperlukan oleh dokter dan petugas paramedis sebelum mengambil tindakan. Sistem informasi rekam medik merupakan perangkat lunak yang biasa digunakan untuk merekam riwayat kesehatan pasien dalam bentuk basis data (*data base*).

Bila dikaji lebih lanjut, rekam medis mempunyai aspek hukum kedisiplinan dan etik petugas kesehatan, kerahasiaan, keuangan, mutu serta manajemen rumah sakit *audit* medik, dan memiliki banyak kegunaan untuk berbagai macam kepentingan. Penyelenggaraan rekam medis pada suatu sarana pelayanan kesehatan merupakan salah satu indikator mutu pelayanan pada institusi tersebut. Berdasarkan data pada rekam medis tersebut, akan dapat dinilai apakah pelayanan yang diberikan sudah cukup baik mutunya atau tidak. Dokter yang merawat pasien memiliki kewajiban dan bertanggungjawab atas kelengkapan dan keakurasian pengisian rekam medis. Dalam praktik memang dapat saja pengisian rekam medis dilakukan oleh tenaga kesehatan lain seperti perawat, asisten, residen dan *co-ass* tetapi dokter yang merawat pasienlah yang memikul tanggung jawabnya. Namun demikian sanksi administratif yang diberlakukan pada Permenkes diubah menjadi sanksi pidana pada Undang-undang Praktik Kedokteran.

Paragraf 3, Pasal 46 ayat (1) menyatakan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktek kedokteran wajib membuat rekam medis.

Dirjen Pelayanan Medis (2006) menjelaskan bahwa Rekam Medis mempunyai pengertian yang sangat luas, tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan, akan tetapi mempunyai pengertian sebagai suatu sistem penyelenggaraan suatu instalasi / unit kegiatan, sedangkan kegiatan pencatatannya sendiri hanya merupakan salah satu bentuk kegiatan yang tercantum di dalam uraian tugas yang berawal pada saat diterimanya pasien di rumah sakit, diteruskan kegiatan pencatatan data medik pasien selama pasien itu mendapatkan pelayanan medik di rumah sakit dan dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medis yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan serta pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan/ peminjaman apabila dari pasien atau untuk keperluan lainnya”.

Rekam Medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, *anamnesa*, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan, maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa Rekam Medis dalam arti sempit hanya sebagai pencatatan, dokumen atau perekaman dari identitas pasien, dan semua pemeriksaan dan tindakan pada pasien selama berobat di tempat pelayanan kesehatan.

b. Kegiatan Rekam Medis

Kegiatan Rekam Medis berdasarkan Surat Keputusan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik (SK Dirjen Yanmed) Nomor YM.00.03.2.2.1296 Tahun 1996, yaitu: 1) Penerimaan pasien, 2) Pencatatan, 3) Pengelolaan data medis, 4) Penyimpanan rekam medis, 5) Pengambilan kembali (retrival).

Berdasarkan Pedoman Akreditasi RS Tahun 2002, yaitu: 1) Penerimaan pasien (pencatatan data sosial pasien), 2) Pencatatan data – data pelayanan, 3) Pengelolaan data (*Coding, indexing*), 4) Pelaporan, 5) Penyimpanan / Pengambilan kembali.

Berdasarkan penjelasan di atas maka secara garis besar kegiatan rekam medis terdiri atas 3 kegiatan yaitu:

- 1) Pencatatan, yaitu pencatatan identitas pasien dilakukan di tempat pendaftaran atau Tempat Penerimaan Pasien (TPP) baik dirawat jalan, Unit Gawat Darurat (UGD) maupun rawat inap dan dikerjakan oleh petugas rekam medis.
Pencatatan *Anamnesa*, pemeriksaan fisik, diagnosis, pemeriksaan penunjang, terapi dan tindakan medis dilakukan di tempat pelayanan kesehatan rawat jalan, UGD, dan Rawat Inap serta ruang pemeriksaan penunjang
- 2) Pengelolaan berkas / dokumen atau pengarsipan, yaitu upaya mengelola rekam medis agar isinya lengkap, mudah disimpan dan mudah diambil kembali jika dibutuhkan, pengelolaan ini berkaitan dengan tempat penyimpanan rekam medis, sistem penomoran, alat –

alat yang digunakan, *Assembling*, Analisis kuantitatif dan analisis kualitatif

- 3) Pengelolaan data, yaitu kegiatan mengumpulkan, menghitung dan menganalisis data -- data dari kegiatan maupun data -- data medis dan non medis yang ada direkam medis sehingga menjadi sebuah laporan atau informasi yang dibutuhkan baik oleh pihak *intern* maupun pihak *ekstern*.

Pengelolaan data meliputi pengumpulan data dari buku register dipindahkan ke sensus harian dari tiap tempat penerimaan pasien / pendaftaran dan tempat pelayanan, kemudian dari rekam medis apabila sudah lengkap dapat dilakukan pengolahan data dengan kegiatan koding yaitu pemberian kode pada diagnosa kemudian dilakukan kegiatan indeks atau pengelompokkan berdasarkan identitas pasien, alamat, penyakit, dokter yang merawat, dll. Kemudian direkapitulasi / penghitungan dan analisa di rekam medis untuk menjadi laporan *intern* maupun *ekstern*.

c. Pendekatan Sistem Rekam Medis

Rekam Medis dalam arti luas bisa dilakukan dengan pendekatan sebuah sistem dari penyelenggaraan rekam medis. Dimana sistem adalah suatu rangkaian komponen yang berhubungan satu sama lain dan mempunyai satu tujuan yang jelas.

Munijaya (2004,169) Komponen suatu sistem terdiri atas *Input*, *Proses*, *Output*, *Effect*, *Outcome* dan mekanisme umpan baliknya.

Hubungan antara komponen-komponen sistem ini berlangsung secara aktif dalam suatu tatanan lingkungan, dengan penjelasan:

1. *Input* adalah sumber daya atau masukan yang dikonsumsi oleh suatu sistem. Sumber daya suatu sistem adalah *Man, Money, Material, Method, Minute* dan *Market*, disingkat dengan 6 M
2. Proses adalah semua kegiatan sistem. Melalui proses akan dirubah *input* menjadi *output*
3. *Output* adalah hasil langsung (keluaran) suatu sistem
4. *Effect* adalah hasil tidak langsung yang pertama dari proses suatu sistem
5. *Outcome* adalah dampak atau hasil tidak langsung dari proses suatu sistem

d Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. (Dirjen Yanmed, 1997). Untuk menciptakan tertib administrasi tersebut perlu didukung dengan sistem atau pengelolaan rekam medis yang baik.

Tujuan utama rekam medis menurut Huffman (1994) adalah untuk secara akurat dan lengkap mendokumentasikan sejarah kehidupan dan kesehatan pasien, termasuk penyakit asma lalu dan penyakit sekarang dengan penekanan pada kejadian – kejadian yang mempengaruhi pasien selama episode perawatan.

Berdasarkan definisi tersebut maka tujuan utama rekam medis adalah untuk mendukung terciptanya peningkatan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien melalui pengelolaan administrasi atau pengelolaan rekam medis sejak penerimaan pasien sampai rekam medis digunakan lagi dengan tertib / sesuai dengan ketentuan yang telah ditentukan sebelumnya sehingga adanya pendokumentasian semua kegiatan pelayanan, serta adanya kegiatan pengolahan data atau adanya informasi yang lengkap, akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

e. Kegunaan rekam medis

Manfaat rekam medis menurut KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA (2006) yaitu:

a. Pengobatan Pasien

Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.

b. Peningkatan Kualitas Pelayanan

Membuat rekam medis bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.

c. Pendidikan dan penelitian

Rekam medis yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat

untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.

d. Pembiayaan

Berkas rekam medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien

e. Statistik kesehatan

Rekam medis dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit – penyakit tertentu

f. Pembuktian masalah Hukum, disiplin dan etik

Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik.

Seiring dengan perkembangan teknologi dan informasi maka muncul perubahan paradigma baru rekam medis menjadi Manajemen Informasi Kesehatan (MIK), sehingga titik sentral pekerjaan terpusat pada butiran informasi yang tanpa batasan ruang dan waktu, maka kegunaan rekam medis pun mengalami perubahan menjadi lebih luas.

Kegunaan rekam medis tersebut menurut *Institute of Medicine* (Dick, Steen dan Detmer 1997), dibedakan dalam kegunaan utama dan sekunder serta kegunaannya sesuai prioritas sebagai berikut:

a. Kegunaan utama

1. Bagi pasien yang memperoleh pelayanan kesehatan :

- a) Mencatat jenis pelayanan yang telah diterima
- b) Sebagai alat bukti pelayanan
- c) Memungkinkan tenaga kesehatan menilai dan menangani kondisi risiko
- d) Mengetahui biaya pelayanan

Rekam medik yang lengkap harus memuat data / informasi tentang pemberian pelayanan kesehatan pada setiap kebutuhan secara jelas.

2. Kegunaan rekam medik bagi pihak pemberi pelayanan kesehatan (*provider*) :

- a) Membantu kelanjutan pelayanan (sarana komunikasi)
- b) Menggambarkan penyakit dan penyebab (sebagai pendukung diagnostik kerja)
- c) Menunjang pengambilan keputusan tentang diagnosis dan pengobatan
- d) Menilai dan mengelola risiko per pasien
- e) Memfasilitasi pelayanan sesuai dengan pedoman praktek klinis
- f) Mendokumentasikan faktor risiko pasien
- g) Menilai dan mencatat keinginan dan kepuasan pasien
- h) Menghasilkan rencana pelayanan
- i) Menetapkan saran pencegahan atau informasi promosi kesehatan
- j) Sarana pengingat para klinisi
- k) Menunjang pelayanan pasien
- l) Mendokumentasikan pelayanan pasien
- m) Mendokumentasikan pelayanan yang diberikan

2. Kegunaan dalam manajemen pelayanan pasien
 - a) Mendokumentasikan adanya kasus penyakit campur (*mix case*) dan prakteknya
 - b) Menganalisis kegawatan penyakit
 - c) Merumuskan pedoman praktek menangani risiko
 - d) Memberikan corak untuk penggunaan pelayanan
 - e) Dasar penelaahan dalam penggunaan sarana pelayanan (utilisasi)
 - f) Melaksanakan kegiatan menjaga mutu (*quality assurance*)
3. Kegunaan Rekam Medik (RM) dalam menunjang pelayanan pasien
 - a) Alokasi sumber
 - b) Menganalisis kecenderungan dan mengembangkan ramalan
 - c) Menilai beban kerja
 - d) Mengkomunikasikan informasi berbagai unit kerja
 - e) Kegunaan Rekam Medik diperuntukkan bagi sumber organisasi pelayanan kesehatan, analisis dan komunikasi
4. Kegunaan bagi pembayaran dan penggantian biaya
 - a) Mendokumentasikan pelayanan pembayaran
 - b) Mengetahui biaya yang harus dibayar
 - c) Pengajuan klaim asuransi
 - d) Mempertimbangkan dan memutuskan klaim asuransi
 - e) Dasar dalam menetapkan ketidakmampuan (kompensasi pekerja)
 - f) Penetapan biaya
 - g) Melaporkan biaya

h) Menyelenggarakan analisis aktuarial (tafsiran pra penetapan asuransi)

b. Kegunaan sekunder Rekam Medik (RM)

1. Edukasi :

- a) Mendokumentasikan pengalaman profesional dibidang kesehatan
- b) Menyiapkan sesi pertemuan dan presentasi
- c) Bahan pengajaran siswa / mahasiswa

1. Peraturan (regulasi) :

- a) Sebagai bukti pengajuan perkara ke pengadilan (*legalitas*)
- b) Membantu pasca pemasaran *surveillance*
- c) Menilai kepatuhan sesuai standar pelayanan
- d) Akreditasi profesional dan rumah sakit
- e) Membandingkan organisasi pelayanan kesehatan

2. Riset

- a) Mengembangkan produk baru
- b) Melaksanakan riset klinis
- c) Menilai teknologi
- d) Studi keluaran pasien
- e) Studi efektivitas penggunaan biaya pelayanan pasien
- f) Mengidentifikasi populasi yang beresiko
- g) Mengembangkan registrasi dan *data-base*
- h) Menilai efektifitas penggunaan biaya sistem rekaman

3. Pengambilan kebijakan

- a) Mengalokasi sumber

- b) Melaksanakan rencana strategis
- c) Memonitor kesehatan masyarakat

4. Industri

- a) Menjalankan riset dan pengembangan
- b) Merencanakan strategi pemasaran

Banyaknya kegunaan rekam medis di atas dapat terwujud dan didayagunakan amat tergantung pada kualitas isi rekam medis dan peran serta kemampuan tenaga pengelola. Oleh karena itu pimpinan setempat harus memperhatikan kualitas dan kedisiplinan tenaga yang terkait secara keseluruhan.

Rekam medis yang dipelihara oleh institusi pelayanan kesehatan *direview* untuk menentukan kepatuhan pada standar – standar yang mencakup isi rekam medis.

Syarat Rekam Medis Yang Berguna

One line of faded blue ink is worth 1000 memories (Guwandi, 2005:54).

Ungkapan di atas menunjukkan pentingnya sebuah catatan yang lengkap yang akan mengalahkan kemampuan manusia dalam mengingat.

Agar rekam medis dapat digunakan seperti kegunaan – kegunaan yang dijelaskan sebelumnya di atas serta mencapai tujuan yang diinginkan, maka rekam medis harus memenuhi syarat, seperti yang diungkapkan Sujudi (2000), “pendokumentasian informasi medis seorang pasien termasuk pasien korban kerusakan / bencana ke dalam rekam medis *harus tepat waktu, up to date, cermat, lengkap, dipercaya, dan obyektif*. Hal ini mengingatkan

informasi tersebut merupakan bukti sah dan otentik yang dapat memberikan perlindungan hukum”.

Menurut Hatta (dalam Sabarguna, 2004:64) untuk mendukung agar rekam medis menjadi berguna maka diperlukan rekam medis yang :

a. Lengkap, meliputi,

1. Informasi yang cukup mengenal pasien
2. Memberikan alasan dalam penetapan diagnosis dan perawatan
3. Mencatat seluruh hasil pemeriksaan

b. Akurat

c. Terintegrasi

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat dikatakan rekam medis yang berguna bila :

a. Lengkap dalam arti :

Berisi keterangan dan catatan serta rekaman tentang pasien secara lengkap meliputi identitas pribadi, sosial dan semua keterangan lainnya yang menjelaskan tentang pasien tersebut. Isi keterangan dan catatan tersebut meliputi: a). Identitas siapa yang melayani dan siapa yang dilayani, termasuk tanda dari penulis catatan / yang memberikan pelayanan;b).apa saja yang dilakukan atau diberikan kepada pasien;c)alasan mengapa pelayanan tersebut diberikan atau sering disebut dengan indikasi medis.;d).bilamana pelayanan tersebut diberikan yang menunjukkan waktu (tanggal, jam dan menit);e).bagaimana proses pelayanan tersebut diberikan kepada pasien. Selama masa perawatan, mengandung pengertian bahwa data dan informasi rekam medis pasien tertentu harus dapat dibaca oleh

yang berhak dari waktu ke waktu dan dari tempat ke tempat lain (sebagai alat komunikasi yang berkesinambungan). Penulis catatan harus memuat informasi yang cukup untuk menemukan kembali (mengidentifikasi) pasien, berarti informasi yang terkandung dalam rekam medis harus dapat ditemukan kembali ketika pasien tersebut datang untuk berobat pada kunjungan – kunjungan berikutnya. Merekam hasilnya, berarti rekam medis harus dapat didokumentasikan sedemikian rupa sehingga hasil rekamannya dapat digunakan untuk berbagai keperluan pelayanan dan pengelolaan pasien

b. Akurat *cermat, dipercaya, dan obyektif*

1. Membenarkan diagnosa dan pengobatan, berarti data dan informasi dalam rekam medis dapat digunakan untuk menilai proses dan hasil pelayanan klinis guna memperoleh kebenaran ilmiah dan hukum
2. Data yang tercatat sesuai dengan keadaan / fakta yang sebenarnya terjadi.

c. Tepat waktu, *up to date*, artinya Rekam medis harus di isi segera dan secara langsung pada saat dilakukan tindakan dan pada saat oleh dokter pemberian instruksi

d. Integrasi, artinya antara satu data dengan data lainnya dalam satu rekam medis harus saling berkaitan dan berkesinambungan atau bagian yang tidak terpisah.

f. Fungsi rekam medis

Fungsi utama dari rekam medis baik rekam medis secara manual (kertas) maupun secara elektronik menurut Hatta (2008:85) adalah untuk menyimpan data dan informasi pelayanan pasien.

Agar fungsi utama rekam medis tersebut dapat tercapai serta menghasilkan informasi yang berkualitas maka ada beberapa persyaratan, menurut *Institute of Medicine* (Hatta, 2008:86) yaitu:

a. Kemudahan akses

Yaitu sistem perolehan data tersedia setiap waktu selama 24 jam dan hanya dapat dibuka atau diakses oleh pihak yang berwenang

b. Berkualitas

Dalam menjaga kualitas data perlu diperhatikan 4 perangkat yaitu:

- 1) Aplikasi data, tujuan pengumpulan data
- 2) Pengumpulan data: proses elemen data terakumulasi
- 3) Rumah data: proses dan sistem yang digunakan untuk mengarsipkan dan menyimpan data (menunggu kebutuhan yang akan datang)
- 4) Analisis data: proses menerjemahkan data menjadi informasi sesuai aplikasi perangkat lunak yang digunakan

c. Menjaga keamanan

Berbagai pihak yang berwenang dan yang membutuhkan data / informasi yang lebih rinci sesuai dengan tugas harus memperhatikan 4 unsur yaitu:

1. Privasi adalah hak seseorang untuk mengontrol akses informasi atas rekam medis pribadinya

2. Kerahasiaan apasien dengan cara menjaga informasi pribadi pasien dan pelayanannya. Di bidang pelayanan kesehatan, informasi itu hanya diperuntukan bagi pihak tenaga kesedalah proteksi terhadap rekam medis dan informasi lain hatan yang berwenang
3. Keamanan adalah perlindungan terhadap privasi seseorang dan kerahasiaan rekam medis dengan kata lain keamanan hanya memperbolehkan pengguna yang berhak untuk membuka rekam medis. Dalam pengertian yang lebih luas, keamanan juga termasuk proteksi informasi pelayanan kesehatan dari rusak, hilang ataupun pengubahan data akibat ulah pihak yang tidak berhak
4. Akses, fleksibilitas, terhubung dengan berbagai sumber dan efisiensi dapat dijelaskan baik rekam medis secara manual maupun secara elektronik yaitu:

Tabel 2.1. Perbandingan Rekam medis Berdasarkan Tingkat Efisiensi

Kriteria	RM Manual	RM Elektronik
Akses	Langsung, RM disimpan di area yang tidak boleh dimasuki sembarang orang. RM hanya dikeluarkan ke area pelayanan dan keberadaannya diketahui petugas unit rekam medis	Sama, namun mekanisme pengawasan terhadap kerahasiaan informasi berbeda karena letak akses pengawasan ada dalam program RME, yaitu melalui teknologi pengontrol, misal : kode sandi, kartu akses, tanda, token, alat biometrik serta diperketatnya penggunaan komputer di unit dan restriksi yang berperan
Fleksibilitas	Sulit digunakan untuk kebutuhan pengguna yang berbeda. RM harus dibawa dari tempat yang satu ke tempat lain yang akan dituju	Tidak ada kesulitan. Tampilan data / informasi dapat tersambung ke tempat lain yang sudah menggunakan sistem RME
Terhubung dengan	Transportasi melelahkan bisa hilang di jalan, tercecer,	Mudah ditransfer

berbagai sumber	salah simpan	
Efisien	Data pada lembaran kertas yang di <i>scan</i> tidak terstruktur. Ada yang berbentuk teks dengan abjad tulisan, gambar (foto <i>rontgen</i>), grafik	Data yang terstruktur langsung diubah menjadi terstruktur. Ada program perbendaharaan kata dan perangkat kode. Data dikumpulkan dalam bentuk standar dan dianalisis secara efisien

g. Rekam medis pasien dalam keadaan bencana/ Kejadian Luar Biasa (KLB)

Rekam medis bencana merupakan sekumpulan fakta serta catatan mengenai identitas pasien bencana, di mana korban ditemukan, nomor pasien bencana serta identitas nama pengantar korban bencana tersebut, selebihnya hampir sama dengan rekam medis gawat darurat yang membedakan hanya yang disebutkan di atas sesuai yang dituangkan di Permenkes 269 Tahun 2008. Formulir yang dibuat harus digunakan seefektif mungkin mengingat ketika terjadinya bencana pelayanan yang diberikan oleh para tenaga kesehatan dilakukan secara cepat dan tepat.

Pada dasarnya isi rekam kesehatan korban bencana relatif sama dengan informasi bagi pasien gawat darurat di rumah sakit. Bila pasien korban bencana yang telah diperiksa oleh tenaga kesehatan harus dirawat inap, maka petugas segera menyiapkan lembar ringkasan masuk keluar dan selanjutnya pasien menjadi pasien rawat inap.

Menurut Depkes (2007) triage dilakukan untuk mengidentifikasi secara cepat korban yang membutuhkan stabilisasi segera (perawatan lapangan) dan mengidentifikasi korban yang hanya diselamatkan dengan pembedahan darurat (*life-saving surgery*). Dalam aktivitasnya, digunakan kartu merah, kuning, hijau dan hitam sebagai kode identifikasi korban.

Menurut Hatta (2008) pembeda utama antara pasien biasa dan pasien gawat darurat bencana terletak pada kejadian 'bencana' itu. Selebihnya, penanganan kasus pasien bencana adalah murni kegawatdaruratan yang bersifat *life saving* atau harus segera wajib dilakukan pertolongan atau tindakan medis demi menyelamatkan nyawa pasien. Pengisian formulir bencana harus dilakukan seakurat dan seefektif mungkin agar data yang dihasilkan akan menjadi informasi yang berkualitas.

Dengan demikian pasien korban bencana senantiasa dikategorikan sebagai bagian dari pelayanan gawat darurat dan termasuk dalam pelayanan rawat jalan (*out pasien service*). Dalam kejadian bencana, ada pasien korban bencana yang hanya memerlukan pelayanan rawat jalan ataupun rawat inap bila kondisinya serius. Selain itu banyak korban meninggal di tempat kejadian ataupun dalam perjalanan ke rumah sakit.

Informasi pasien akibat korban bencana tersebut harus segera menjadi basis data rumah sakit dan dapat dicatat berdasarkan dua pilihan yaitu:

- a. Meneruskan data ke buku register IGD dengan kode 'B'. Dengan memasukkan nama pasien dalam buku register UGD rumah sakit berarti pasien bencana tidak perlu dibuatkan buku register baru. Berarti petugas TPP UGD cukup menyambung data bencana ke buku register UGD. Cantumkan nama-nama pasien korban bencana beri kode 'B'. Artinya pemilik nama adalah pasien dengan kasus bencana.
- b. Bila dari tempat pasien telah mendapat nomer darurat (*triage tag number*) dari relawan pembantu bencana maka nomer itu wajib dicatat pada saat pasien tiba disarana pelayanan kesehatan dan selanjutnya nomer itu

dihubungkan dengan nomer rekam medis (kesehatan) dan identitas lainnya.

- c. Bukti penomeran darurat (*triage tag number*) harus disimpan dan menjadi bagian dari rekam medis pada sarana pelayanan kesehatan yang dikunjungi pasien.
- d. Menggunakan stok buku register UGD yang tersedia (*standar*) khusus untuk bencana.

Cara diatas diambil bila jumlah pasien yang menderita bencana amat banyak (mulai ratusan hingga ribuan pasien). Petugas pendata mulai mengisi register khusus bencana sejak baris pertama buku register dan cantumkan nama semua pasien bencana.

Bila pasien korban bencana yang telah diperiksa tenaga kesehatan harus dirawat inap maka petugas TPP segera menyiapkan lembar ringkasan masuk dan keluar dan selanjutnya pasien menjadi pasien rawat inap.

Data kasus bencana memiliki informasi tambahan yang setidaknya menerangkan:

1. Nama (bila ada identitas petunjuk seperti KTP, melalui keluarga/kawan, pasien dapat berbicara sendiri)
2. Lokasi wilayah pengambilan korban dan waktu kejadian bencana
3. Kondisi korban saat tiba dan waktu tiba di sarana pelayanan kesehatan. Mencatat nomor pasien korban bencana yang diberikan dari tempat bencana (*traige tag number*) dan menghbungkan dengan nomor rekam kesehatan atau identitas lainnya, baik yang lama maupun yang baru

diperoleh dari Tempat Pendaftaran Pasien (TPP) gawat darurat sarana pelayanan kesehatan

4. Sebagai tambahan disarankan agar dilengkapi dengan rekam medis gigi (*dental chart*) yang sesuai dengan standar internasional.

B. Penelitian terdahulu

1. Nurul Bahiyah (2010)

Pada Tahun 2010 Nurul Bahiyah melakukan penelitian dengan judul “Sistem Informasi Rekam Medis Rumah Sakit KIA PKU Muhammadiyah Kota Gede”. Penelitian ini bertujuan untuk merancang dan membangun sistem informasi rekam medis yang dapat memberikan informasi mengenai riwayat kesehatan pasien sebagai salah satu pendukung dokter untuk melakukan tindakan dan memutuskan diagnosa pasien. Tahapan pengembangan penelitian ini dengan metode SDLC (*Software Development Life Cycle*) yaitu: tahap analisis, desain dan implementasi. *Tools* yang digunakan pada penelitian ini adalah Visual Basic 6.0 dan *Struktured Query Language* (SQL) Server sebagai *data base*-nya. Sistem yang dihasilkan berbasis *client-server*. Sistem dapat mengelola pendataan dokter, pendataan perawat, pendataan pasien, pendataan Instansi rawat jalan dan rawat inap, pencatatan rekam medis dan laporan-laporan. Laporan yang ada menghasilkan informasi riwayat penyakit pasien, catatan kunjungan pasien rawat jalan dan rawat inap, catatan *diagnose*, catatan resep, catatan pemeriksaan dan tindakan. Teknik pengujian sistem menggunakan metode *black box testing* untuk memeriksa kesalahan-kesalahan yang ada pada pasien.

1. Abdurrahman (2012)

Pada Tahun 2012 Abdurrahman melakukan penelitian dengan judul "Analisis Sumberdaya Manusia pada Bidang Rekam Medik Rumah Sakit Umum Daerah Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara". Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi secara mendalam tentang keadaan sumberdaya manusia pada Bidang Rekam Medik Rumah Sakit Umum Daerah Cut Meutia Aceh Utara. Metode yang digunakan pada penelitian ini yaitu studi kualitatif. Penelitian ini dilaksanakan pada Rumah Sakit Umum Daerah Cut Meutia Aceh Utara.

Narasumber dalam penelitian ini adalah semua pihak yang berhubungan dengan Bidang Rekam Medik Rumah Sakit Umum Daerah Cut Meutia Aceh Utara berjumlah 9 orang. Narasumber yang menjadi informan wawancara dalam penelitian ini adalah sumberdaya manusia yang memiliki pengetahuan mengenai rekam medik dan berperan penting dalam kegiatan perencanaan sumberdaya manusia serta mempunyai pengaruh pada pengambil kebijakan di Bidang Rekam Medik. Data dikumpulkan dengan melakukan wawancara secara mendalam, observasi dan telaah dokumen.

Analisis dilakukan dengan menganalisis data primer dan data sekunder yang kemudian mengidentifikasi hasilnya dan membandingkan dengan teori yang ada serta hasil dari penelitian orang lain. Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa: (1) Keadaan SDM pada Bidang Rekam Medik kalau dilihat dari segi kuantitas sudah mencukupi akan tetapi dari segi kualitas masih belum memenuhi syarat, karena masih ada tenaga dengan kemampuan di bawah standar atau tidak mempunyai kompetensi sesuai yang dibutuhkan. Berdasarkan struktur organisasi

pada Bidang Rekam Medik terdapat 9 posisi yang mencerminkan pengelompokan kegiatan yang ada pada Bidang Rekam Medik. Berdasarkan pengelompokan kegiatan tersebut seharusnya dapat menentukan seberapa banyak SDM yang dibutuhkan agar mampu menangani masing-masing kegiatan dan jenis kualifikasi pendidikan yang dipersyaratkan. Hal ini belum dijumpai pada Bidang Rekam Medik Rumah Sakit Umum Daerah Cut Mutia. Kualifikasi pendidikan yang dimiliki sumberdaya manusia yang ada pada Bidang Rekam Medik belum mampu mengisi posisi yang kosong pada struktur organisasi tersebut, (2) Pedoman standar kualifikasi untuk masing-masing jabatan telah ada pada Bidang Rekam Medik walaupun masih terdapat kekurangan pada komponen wewenang, tanggung jawab dan kondisi kerja.

Dalam pengisian kebutuhan Sumberdaya Manusia pada Bidang Rekam Medik belum bercermin pada pedoman yang telah ditentukan. Hal ini menyebabkan terjadinya tumpang tindih pekerjaan yang harus diemban oleh Sumberdaya Manusia yang memiliki kualifikasi relevan, (3) Pengisian posisi pada Bidang Rekam Medik tidak memperhatikan beban kerja/uraian tugas yang ada dan kualifikasi pendidikan yang sesuai, maka tenaga yang ada saat ini tidak dapat dimanfaatkan dengan optimal dalam melaksanakan fungsi Bidang Rekam Medik. Pada pembagian tugas dalam beban kerja masih ditemui tumpang tindih pada beberapa bagian dan pada pelaksanaannya masih ada tugas rangkap yang dilaksanakan pada beberapa posisi.

3. Putra Aditya Dasopang (2013)

Pada Tahun 2013 Putra Aditya Dasopang melakukan penelitian dengan judul “Analisis dan Perancangan Sistem Informasi Rekam Medis di Puskesmas Gondokusuman I Yogyakarta”. Tujuan penelitian tersebut adalah memberikan informasi-informasi berupa laporan harian tentang pemeriksaan pasien, data pasien, data dokter, data laporan kepada Kepala Puskesmas, memberikan data penunjang rekam medis yang lengkap dan terstruktur kepada dokter sehingga memudahkan dokter dalam melakukan tindakan medis ; sistem ini juga bertujuan agar rekam medis tersimpan lebih rapi dan juga aman sehingga apabila diperlukan dapat langsung diberikan. Sistem ini juga memudahkan memproses data antrian pasien sehingga lebih rapi dan memudahkan dokter dan administrasi dalam pendataan pasien ; memberikan kemudahan kepada dokter agar dapat memberikan masukan langsung dari *mobile* yang berbasis *android*.

Pengembangan sistem informasi rekam medis Puskesmas Gondokusuman I Yogyakarta ini melalui beberapa tahap, antara lain analisis manual sistem, analisis kebutuhan sistem, perancangan sistem DFD (*Data Flow Diagram*) dan ERD (*Entity Relationship Diagram*), rancangan basis data, perancangan antar muka dan implementasi dalam bahasa pemrograman *Personal Home Page* (PHP) dan *Android* serta basis data bahasa yang dapat digunakan untuk mengakses basis data yang tergolong relasional *Struktur Query Language* (MySQL), dan teknik pengujian *Blackbox*.

Setelah melakukan perancangan akhirnya berhasil membuat sistem informasi yang dapat memproses rekam medis, pembuatan surat rujukan dokter, serta surat rujukan laboratorium pada modul dokter. Selanjutnya pada modul

laboran dapat membuat hasil laboratorium dan surat rujukan laboratorium, sedangkan pada modul admin dapat memasukkan master data dan data antrian. Selain sistem informasi yang berbasis *android* dapat melakukan masukan rekam medis, rujukan dokter dan juga rujukan laboratorium. Sehingga dapat disimpulkan bahwa sistem informasi Rekam Medis Puskesmas Gondokusuman I Yogyakarta dapat berjalan dengan baik.

4. Galih Setyawan Nurdiansyah (2014)

Pada Tahun 2014 Galih Setyawan Nurdiansyah melakukan penelitian dengan judul “Sistem Informasi Rekam Medis di Puskesmas Panjatan I Kabupaten Kulon Progo”. Tujuan Penelitian tersebut adalah untuk merancang dan membangun sistem informasi rekam medis yang mampu melakukan pencatatan data-data pendaftaran pasien, serta dapat melakukan pencatatan dan memberikan informasi mengenai riwayat rekam medis pasien, sehingga dapat membantu petugas medis dalam menjalankan tugasnya. Sistem ini dikembangkan dengan metode SDLC (*Software Development Life Cycle*) yaitu : tahap analisa, desain, implementasi dan pengujian. Sistem ini dibangun dengan menggunakan bahasa pemrograman PHP dan menggunakan DBMS (*Data Base Management sistem*) MySQL.

Hasil dari penelitian ini berupa sistem Informasi rekam medis berbasis *web*, yang dapat mengelola data pasien, data kunjungan, dan rekam medis rawat jalan. Setelah dilakukan pengujian *beta* menggunakan metode *blackbox* diperoleh hasil pengujian fungsionalitas sistem yaitu 70% sangat setuju, dan 30 % setuju. Hasil pengujian *interface* sistem menunjukkan bahwa 44% sangat setuju, 54% setuju, dan 2% tidak setuju. Hasil pengujian manfaat sistem menunjukkan bahwa

42,5 % menyatakan sangat setuju dan 57,5% setuju. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa fungsionalitas sistem berjalan dengan baik, *interface* sistem cukup mudah digunakan, dan sistem relatif bermanfaat.

5. Dimas Angga (2015)

Pada Tahun 2015 Dimas Angga melakukan penelitian dengan judul “Sistem Informasi Rekam Medik rawat jalan di Rumah Sakit Umum Mitra Mulya Husada Bandar Jaya Kabupaten Lampung Tengah”. Tujuan penelitian tersebut adalah memperbaiki proses data yang belum terkomputerisasi pada sistem Informasi Rekam Medik Rawat Jalan ; mengusulkan pemanfaatan komputer dengan lebih maksimal sebagai alat bantu proses pengolahan data Sistem Informasi rekam Medik Rawat Jalan ;mengembangkan aplikasi sistem informasi rekam medik rawat jalan berbasis *Visual Basic* di Rumah Sakit Mitra Mulia Husada Bandar Jaya Lampung Tengah.

Perancangan sistem informasi rekam medis di Rumah Sakit Mitra Mulia Husada Bandar Jaya Lampung Tengah menggunakan metode siklus hidup perkembangan sistem yang terdiri atas perencanaan sistem, analisis sistem, peningkatan sistem secara konseptual, evaluasi peningkatan sistem,rancangan sistem secara fungsional, dan implementasi sistem.sistem informasi rekam medis di Rumah Sakit Mitra Mulia Husada Bandar Jaya Lampung Tengah yang dihasilkan berupa sebuah aplikasi sistem informasi rekam medis rawat jalan. Dalam aplikasi ini dirancang beberapa *database*, format dan laporan untuk mendukung pengoperasian aplikasi. data base yang dirancang yaitu data base pasien, data base dokter, data base poliklinik, *database* pendaftaran, *database*

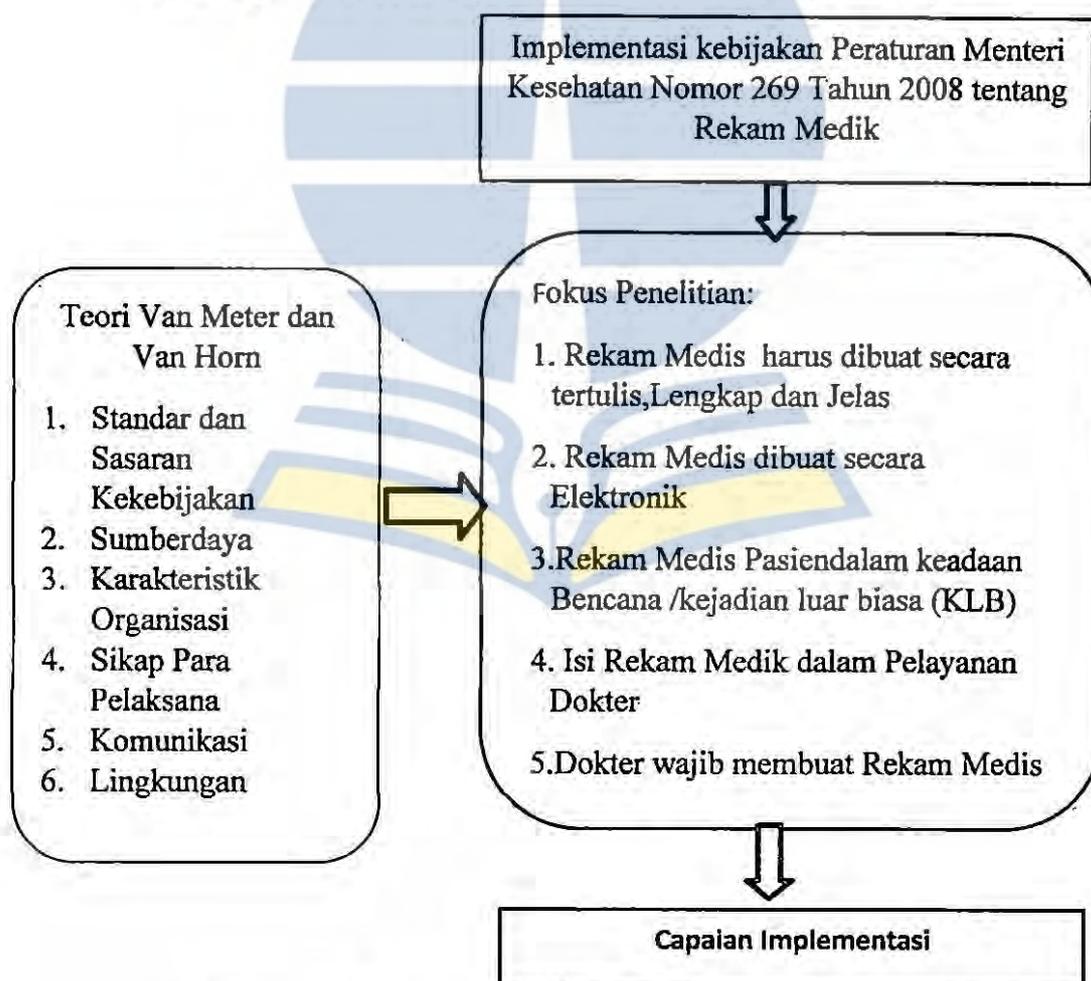
obat, dan *database* kasir. Form yang dirancang yaitu *form login*, menu utama, master data pasien, master data dokter, master data *diagnose*, transaksi pendaftaran rawat jalan, pengaturan *user*, dan *form* laporan kunjungan pasien. Laporan yang dihasilkan yaitu laporan yang dihasilkan yaitu laporan rekapitulasi pasien rawat jalan. Berdasarkan hasil pengujian, Sistem Informasi Rekam Medis Rawat Jalan yang dibuat mampu mengelola data pasien, dokter, apoteker, dan kasir. Berdasarkan sistem informasi ini, pencarian data pasien rawat jalan dapat diperoleh dengan mudah dan cepat.



C. Kerangka berfikir

Menurut Sekaran (dalam Sugiyono, 2011: 60) mengemukakan bahwa “Kerangka berpikir merupakan model konseptual tentang bagaimana teori berhubungan dengan berbagai faktor yang telah diidentifikasi sebagai hal yang penting, kerangka berpikir adalah sebuah pemahaman yang melandasi pemahaman-pemahaman yang lainnya, sebuah pemahaman yang paling mendasar dan menjadi pondasi bagi setiap pemikiran atau suatu bentuk proses dari keseluruhan dari penelitian yang akan dilakukan”

Berikut gambaran Kerangka Pemikiran dalam Penelitian ini:



Gambar 2.5: Kerangka Berfikir Implementasi Kebijakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis di RSUD Dr. Abdul Rivai Tanjung Redeb.

D. Operasionalisasi konsep /Fokus penelitian

Dalam penelitian ini, variabel konsep /fokus penelitian ini dimaksudkan agar peneliti dapat membatasi ruang lingkup penelitian sehingga tidak terjebak pada bidang /ruang yang sangat luas, arah penelitian menjadi jelas dan informasi atau data yang diperoleh menjadi akurat, fokus penelitian juga sangat penting untuk memandu dan mengarahkan jalannya penelitian.

Spradley (dalam Faisal:1998) mengemukakan empat alternatif untuk menetapkan fokus penelitian yaitu:

1. Menetapkan fokus pada permasalahan yang disarankan oleh informan
2. Menetapkan fokus berdasarkan domain-domain tertentu organizing domain.
3. Menetapkan fokus yang memiliki nilai temuan untuk pengembangan iptek
4. Menetapkan fokus berdasarkan permasalahan yang terkait dengan teori-teori yang telah ada.

Operasionalisasi konsep dalam penelitian ini adalah Implementasi kebijakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Penyelenggaraan Rekam Medis di RSUD dr. Abdul Rivai Tanjung Redeb Kabupaten Berau dengan definisi operasional konsep ;

1. Implementasi adalah pelaksanaan program yang sesuai dengan pedoman umum/prosedur operasional yang telah ditetapkan
2. Kebijakan adalah tindakan -tindakan pemerintah dalam mengatasi masalah yang timbul dalam penyelenggaraan rekam medis
3. Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan atau rekaman pasien yang datang berobat ke rumah sakit yang berisi tentang data pribadi, keluhan,

- riwayat kesehatan, diagnosa, perkiraan penyakit serta segala tindakan yang dilakukan oleh pemberi pelayanan
4. Standar dan sasaran kebijakan adalah kinerja pelaksana yang dapat diukur tingkat keberhasilannya yang bersifat realistis dengan sosio-kultur yang ada di rumah sakit
 5. Sumberdaya adalah sumberdaya manusia, anggaran, perangkat keras dan perangkat lunak komputer yang dapat menunjang pelaksanaan kegiatan rekam medis. Sumberdaya manusia yang berkualitas sesuai dengan pekerjaan yang diisyaratkan oleh kebijakan yang telah ditetapkan seperti petugas rekam medis, dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan petugas kesehatan lainnya yang terlatih.
 6. Karakteristik organisasi pelaksana adalah agen pelaksana organisasi formal dan organisasi informal yang akan terlibat dalam pelaksanaan rekam medis, seperti puskesmas, klinik swasta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)
 7. Sikap para pelaksana adalah pandangan para pelaksana terhadap kebijakan yang dapat mempengaruhi kemampuan dan kemauan untuk melaksanakan suatu kebijakan, seperti pengetahuan, pemahaman dan pendalaman terhadap kebijakan, arah respon mereka, menerima, netral atau menolak: *intensitas disposisi* terhadap kebijakan
 8. Komunikasi adalah proses pentransferan berita ke bawah di dalam organisasi (rumah sakit) atau dari suatu organisasi ke organisasi lain. Komunikasi kepada para pelaksana rekam medis secara efektif, akurat dan konsisten

9. Lingkungan adalah kondisi sekitar atau di luar yang dapat mendorong keberhasilan pelaksanaan rekam medis seperti lingkungan sosial, ekonomi dan politik yang *kondusif*.

fokus utama dalam penelitian ini mengacu pada Implementasi kebijakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Penyelenggaraan Rekam Medis di RSUD dr. Abdul Rivai Tanjung Redeb Kabupaten Berau yaitu;

1. Rekam Medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas
2. Rekam Medis dibuat secara Elektronik
3. Rekam Medis Pasien dalam keadaan Bencana/ Kejadian luar biasa (KLB)
4. Isi Rekam Medis dalam Pelayanan Dokter
5. Dokter wajib membuat Rekam Medis

Dalam penelitian ini, peneliti akan melandaskan fokus penelitian pada keenam variabel yang dikemukakan oleh Van Mater dan Van Horn yaitu Standar dan sasaran kebijakan/ukuran dan tujuan kebijakan, Sumberdaya, Karakteristik organisasi pelaksana, sikap para pelaksana, komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan, lingkungan sosial, ekonomi dan politik, dengan asumsi bahwa jika keenam variabel ini dalam kondisi yang baik maka sistem penyelenggaraan dan pelayanan rekam medis yang ada di rumah sakit bisa berjalan lancar, efektif dan efisien.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian yang dilakukan penulis bersifat deskriptif kualitatif yang akan mengungkapkan fenomena dalam situasi sosial secara luas dan mendalam, serta menentukan hipotesis. Peneliti kualitatif dituntut dapat menggali data berdasarkan apa yang diucapkan, dirasakan dan dilakukan oleh partisipan atau sumber data. Secara teoritis analisis kualitatif dilakukan untuk mendapatkan gejala sosial melalui pengamatan dan mencari pola hubungan antara konsep yang sebelumnya tidak ditentukan. Selain peneliti menggunakan diri sendiri sebagai instrumen yang dapat fleksibel dan reflektif, peneliti juga akan mendapatkan informasi lewat *key person* mengumpulkan data primer dan sekunder.

B. Sumber Informasi

Informan penelitian adalah orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar belakang penelitian (Moleong 2000: 97). Informan merupakan orang yang benar-benar mengetahui permasalahan yang akan diteliti.

Sumber Informasi atau informan pada penelitian ini ditentukan secara sengaja atau bertujuan (*Purposive*). Sesuai dengan penjelasan Hamdi dan Ismaryati (2014:6.6.28)

Informan adalah orang yang dipandang mempunyai pengetahuan atau informasi mengenai suatu hal atau peristiwa tertentu. Kualifikasi tersebut dimiliki oleh yang bersangkutan baik karena kedudukannya sebagai orang yang berwenang pada jabatan tertentu maupun karena kegiatannya dalam proses di bidang tertentu. Informan terdiri atas informan kunci dan informan pendukung. Informan kunci merupakan sumber informasi utama yang berkaitan dengan masalah yang diteliti. Informan pendukung merupakan sumber informasi yang akan mendukung informasi kunci. Jumlah informan tidak ada batasnya. Jumlahnya ditentukan oleh sampai seberapa jauh suatu informasi yang digali sudah dinyatakan jenuh .

Dalam penelitian ini yang menjadi sumber informasi yaitu *informan* dan *key Informan* (informan kunci) adalah :

1. Direktur RSUD dr.Abdul Rivai Tanjung Redeb
2. Dokter Spesialis
3. Dokter Umum
4. Dokter Gigi
5. Kepala Instalasi Rekam Medis
6. Petugas Rekam Medik
7. Kepala Ruangan/ Perawat dan petugas Administrasi yang berada di Instalasi rawat jalan, rawat inap dan Instalasi Gawat Darurat.

C. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati. Instrumen-instrumen dalam bidang sosial

umumnya dan khususnya bidang administrasi yang sudah baku sulit ditemukan. Untuk itu maka peneliti harus mampu membuat instrumen berupa Pedoman wawancara atau daftar pertanyaan yang akan digunakan untuk penelitian. (Sugiono : 2011:102-103).

Dalam penelitian kualitatif, yang menjadi instrumen atau alat penelitian adalah peneliti itu sendiri sehingga peneliti harus "*divalidasi*". Validasi terhadap peneliti, meliputi; pemahaman metode penelitian kualitatif, penguasaan wawasan terhadap bidang yang diteliti, kesiapan peneliti untuk memasuki objek penelitian, baik secara akademik maupun logiknya (Sugiono, 2009:305).

Peneliti kualitatif sebagai *human instrumen* berfungsi menetapkan *focus* penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya (Sugiono, 2009:306).

Untuk melaksanakan penelitian ini, penulis menggunakan instrumen: Peneliti sendiri sebagai instrumen yang peka, daftar pertanyaan sebagai pedoman wawancara, *checklist*, *camera digital*, kamera/ HP *android* sebagai instrumen pendukung dalam melakukan observasi, wawancara dan pendokumentasian.

Untuk memudahkan penulis memperoleh data, penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum dr. Abdul Rivai Tanjung Redeb Kabupaten Berau khususnya di Instalasi Rekam Medis.

D. Prosedur Pengumpulan Data

Dalam penelitian kualitatif, pengumpulan data dilakukan pada *natural setting* (kondisi yang alamiah), sumber data primer dan teknik pengumpulan data lebih banyak pada observasi berperan serta (*participan observation*), wawancara mendalam (*in-depth interview*) dan dokumentasi”.

Dalam penelitian ini pengumpulan data menggunakan sumber data:

1. Data Primer, sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data / penulis, hal ini dapat dilakukan dengan teknik cara:
 - a) observasi (pengamatan);
 - b) *In depth interview* (wawancara) kepada informan dengan menggunakan *cara purposive sampling* sesuai dengan kebutuhan dan kemantapan peneliti dalam pengumpulan data, dalam hal ini jumlah informan bisa sedikit, tetapi juga bisa banyak tergantung dari tepat tidaknya pemilihan informan, kompleksitas dan keragaman fenomenal yang diteliti. Orang yang menjadi informan dalam penelitian ini adalah orang yang berkompeten atau yang dianggap layak untuk memberikan informasi, sebagai *key informan* (informan kunci) adalah Dokter Spesialis, Dokter Umum, Dokter Gigi, Kepala Instalasi Rekam Medis dan Direktur Rumah Sakit Umum dr.Abdul Rivai Tanjung Redeb Kabupaten Berau, para Pegawai/Petugas rekam medik di Rumah Sakit Umum dr.Abdul Rivai Kabupaten Berau.
 - c) mengambil / mengumpulkan dokumentasi, sumber data yang diperoleh melalui bahan-bahan tertulis berupa Peraturan Daerah, laporan tahunan dan

- bahan-bahan laporan lain serta arsip-arsip yang ada relevansinya dengan masalah yang diteliti.
- d) pengambilan data gabungan dengan cara/teknis observasi,wawancara dan dokumentasi yang relevan dengan hal yang diteliti (triangulasi).
2. Data sekunder merupakan sumber yang tidak langsung memberikan data kepada penulis, misalnya lewat orang lain atau lewat dokumen, laporan yang tersedia.

E. Metode Analisis Data

Miles dan Huberman (dalam Sugiyono,2011:246), mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai tuntas, sehingga datanya sudah jenuh. Aktivitas dalam analisis data, yaitu *data reduction*, *data display* dan *conclusion drawing/ verification*.

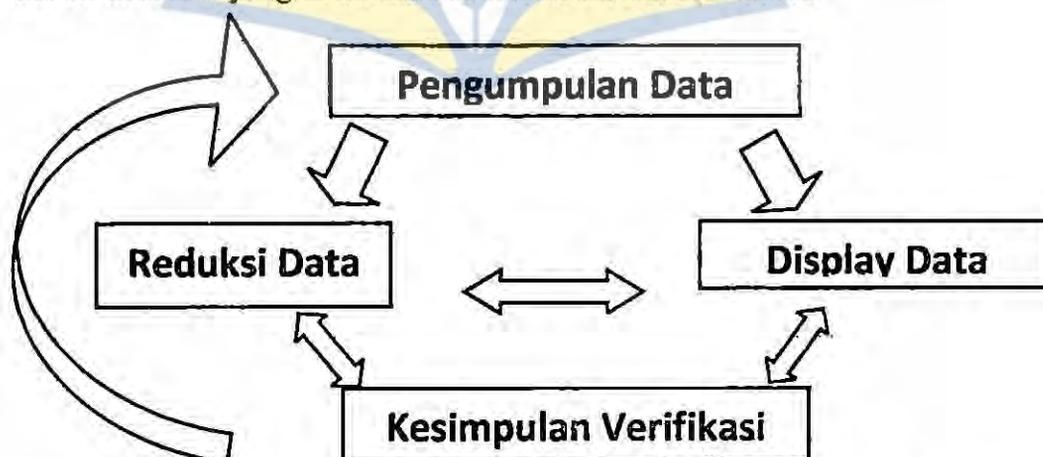
Teknik analisis data model interaktif menurut Miles dan Huberman (dalam Herdiansyah, 2011: 164) terdiri atas empat tahapan yang harus dilakukan, dan dirinci berdasarkan komponen-komponen analisis data sebagai berikut :

1. Pengumpulan data, proses pengumpulan data dilakukan sebelum penelitian,pada saat penelitian dan bahkan akhir penelitian.
2. Reduksi data, mereduksi data berarti merangkum,memilih hal-hal yang pokok,memfokuskan pada hal-hal yang penting,dicari tema dan polanya. Inti dari reduksi data adalah proses penggabungan dan penyeragaman segala

bentuk data yang diperoleh menjadi satu bentuk tulisan (*script*) yang akan dianalisis.

3. *Display data* (penyajian data), *display data* adalah mengolah data setengah jadi yang sudah seragam dalam bentuk tulisan dan sudah memiliki alur tema yang jelas (yang sudah disusun alurnya dalam table akumulasi tema) ke dalam suatu matriks kategorisasi sesuai tema-tema yang sudah dikelompokkan dan dikategorikan. Tiga tahapan dalam *display data* yaitu kategori tema, subkategori tema dan proses pengodean. Ke-tiga tahapan tersebut saling terkait satu sama lain.
4. Kesimpulan /Verifikasi, berisi uraian dari seluruh subkategorisasi tema yang tercantum pada tabel kategorisasi dan pengodean yang sudah terselesaikan disertai dengan *quote* verbatim wawancaranya. Kesimpulan menjurus pada jawaban dari pertanyaan penelitian yang diajukan dan mengungkap “*what*” dan “*how*” dari temuan penelitian.

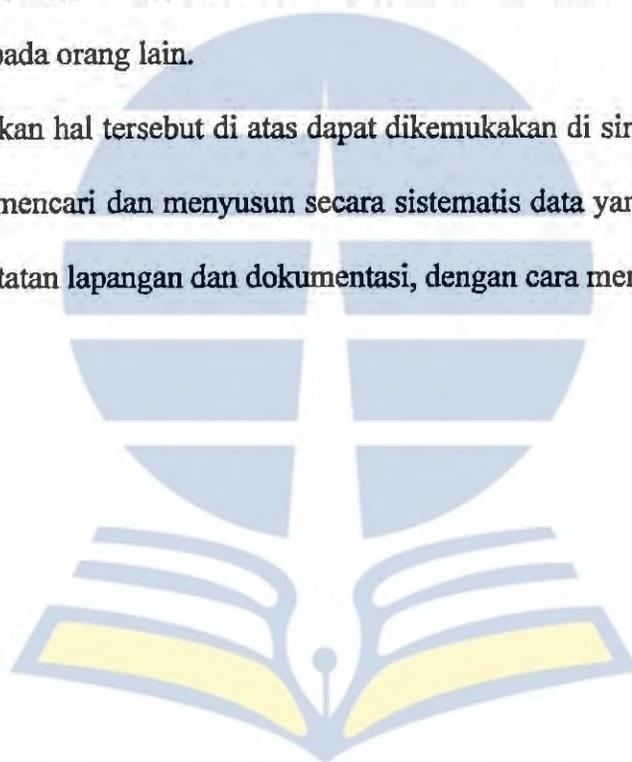
Berikut gambar tahapan-tahapan beserta alur teknik analisis data dengan model interaktif yang dikemukakan oleh Miles dan Huberman.



Gambar 3.1 Komponen Analisis Data Model Interaktif Milles dan Huberman

Dalam hal analisis data kualitatif Bogdan (dalam Sugiyono, 2011:244) menyatakan bahwa “analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan dan bahan-bahan lain, sehingga dapat mudah dipahami dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain. Analisis dilakukan dengan mengorganisasikan data, menjabarkannya ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan akan dipelajari dan membuat kesimpulan yang dapat diceritakan kepada orang lain.

Berdasarkan hal tersebut di atas dapat dikemukakan di sini bahwa analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan dan dokumentasi, dengan cara mengorganisasikan data.



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Objek Penelitian

4.1. Identitas Rumah Sakit Umum Daerah dr. Abdul Rivai

Rumah Sakit dr. Abdul Rivai merupakan rumah sakit umum kelas /Tipe C milik Pemerintah Daerah Kabupaten Berau yang mulai beroperasi sejak Tahun 1968 beralamat di Jalan Pulau Panjang Nomor 276, Tanjung Redeb Kabupaten Berau dengan luas tanah 3.868 m² dan luas bangunan sekitar 25.417 m². Saat ini status pengelolaannya adalah Badan Layanan Umum Daerah dan merupakan rumah sakit non pendidikan, yang mempunyai visi dan misi sebagai berikut :

1. Visi

Visi RSUD dr. Abdul Rivai Kabupaten Berau adalah: “Menjadi Rumah Sakit Terakreditasi dan Kebanggaan Masyarakat Kabupaten Berau”.

2. Misi

Misi RSUD dr. Abdul Rivai Kabupaten Berau adalah:

- 1) Mewujudkan sumberdaya manusia yang profesional dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa.
- 2) Mewujudkan pelayanan yang berkualitas sesuai standar dengan berwawasan lingkungan.
- 3) Menyediakan sarana dan prasarana yang berkualitas sesuai standar.

- 4) Menyelenggarakan tatakelola organisasi dan administrasi yang baik.
- 5) Mengembangkan unit usaha strategis dan meningkatkan kemitraan, tanpa meninggalkan fungsi sosial.

4.2. Struktur organisasi

Struktur organisasi RSUD dr. Abdul Rivai Kabupaten Berau dibentuk berdasarkan Peraturan Pemerintah Daerah Nomor 10 Tahun 2008 Tentang Pembentukan Organisasi dan Tata kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Berau.

Susunan organisasi RSUD dr. Abdul Rivai Kabupaten Berau adalah

Direktur

Kepala Bagian Tata Usaha

- Kasubbag Perencanaan
- Kasubbag umum dan Kepegawaian
- Kasubbag Keuangan

Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik

- Kepala Seksi Ketenagaan, Mutu Pelayanan Medik dan Penunjang Medik
- Kepala Seksi Sarana Prasarana Pelayanan Medik dan Penunjang Medik

Kepala Bidang Pengembangan Baku Mutu dan Informasi

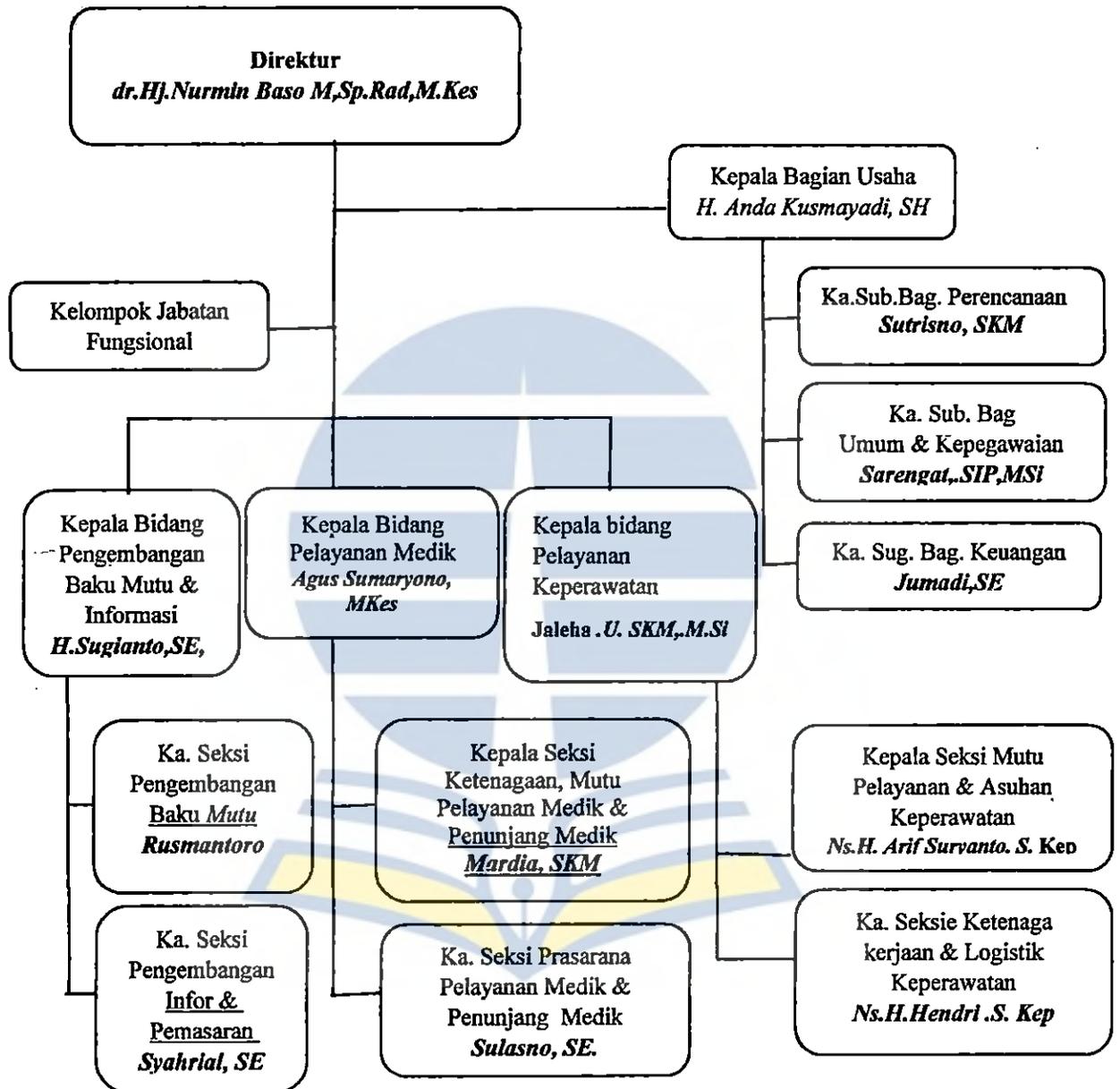
- Kepala Seksi Pengembangan Baku Mutu
- Kepala Seksi Pengembangan Informasi dan Pemasaran

Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan

- Kepala Seksi Mutu Pelayanan dan Asuhan keperawatan

- Kepala Seksi Ketenagaan dan Logistik Keperawatan

Struktur Organisasi RSUD dr. Abdul Rivai Tanjung Redeb Kabupaten Berau Tahun 2016 disajikan pada Gambar 4.1.



Gambar 4.1

Struktur Organisasi RSUD dr. Abdul Rivai, Januari 2017

4.3. Produk jasa dan produk unggulan

Beberapa produk jasa yang ditawarkan oleh pihak rumah sakit kepada masyarakat dalam memberikan pelayanan adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan Rawat Darurat meliputi: a) Gawat Darurat Umum, b) Kebidanan, c) Perinatal dan Neonatal, d) Ruang Observasi Sehari (*one day care*), e) Radiomedik, f) Laboratorium
2. Pelayanan Rawat Jalan: a) Poliklinik Bedah, b) Poliklinik Penyakit Dalam, c) Poliklinik Paru Paru, d) Poliklinik Kulit Kelamin, e) Poliklinik Penyakit Syaraf, f) Poliklinik Kebidanan dan Kandungan, g) Poliklinik Mata, h) Poliklinik Gigi dan Mulut, i) Poliklinik THT, j) Poliklinik Kesehatan Anak, k) Poliklinik *Ortopedi*, l) Poliklinik Rehabilitasi Medik, dan m) Poliklinik Jiwa.
3. Pelayanan Bedah Central.
4. Pelayanan Intensif.
5. Pelayanan Unggulan: a) Pelayanan Radiologi, b) Bedah Mata Mikroskopis, c) Pelayanan *CT Scan*
6. Pelayanan Laboratorium *Patologi* Klinik.
7. Pelayanan Farmasi.
8. Pelayanan Gizi.
9. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah
10. Pelayanan Ambulans / Mobil Jenazah
11. Pelayanan *Laundry*
12. Pelayanan Rekam Medis

13. Pengelolaan Limbah

14. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit.

15. Pelayanan Administrasi Manajemen.

4.4. Sarana dan prasarana

Berdasarkan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten. Berau Tanjung Redeb Nomor : 445 / PBMI – I / III / 2016 Tanggal, 02 Maret 2016 Tentang Sarana Tempat Tidur pada Pelayanan Rawat Inap, pemanfaatan dan jumlah tempat tidur di setiap ruang rawat inap disajikan pada tabel 4.1:

Tabel 4.1
Pemanfaatan Tempat Tidur pada Pelayanan Rawat Inap RSUD dr. Abdul Rivai Tanjung Redeb Tahun 2016

No	Nama Ruangan	Kelas							Jumlah
		VIP	I	II	III	OBS	ISO	PICU	
1	ANGGREK A	-	6	8	12	8	3	4	41
2	ANGGREK B	7							7
3	DAHLIA		6	8	28				42
4	FLAMBOYAN			8	8				16
5	TERATAI	14							14
6	BOUGENVILLE		4	6	16				26
7	EDELWEIS	7							7
8	CRISANT	7	6	7	6		2		28
9	PERINTOLOGI NICU INCUBATOR								210
10	ICU								4
11	JIWA								5
12	VK BERSALIN	4							4
	Jumlah	39	22	37	70	8	5	4	206

Sumber: Bidang Baku Mutu, 2016

Sarana dan prasarana yg dimiliki oleh RSUD dr. Abdul Rivai Tanjung Redeb yaitu tanah, bangunan gedung rumah sakit dan alat penunjang medis, alat kesehatan, perlengkapan kantor, rumah dinas, kendaraan roda empat, kendaraan roda dua, mobil *ambulance*, halaman, taman, tempat parkir, jalanan irigasi dan jaringan telepon, listrik, internet dan aset tetap lainnya.

4.5. Sumberdaya manusia

Dalam menunjang pelaksanaan operasional, rumah sakit mempunyai sumberdaya manusia dengan komposisi :

4.5.1. Sumberdaya manusia berdasarkan jenis tenaga

Tabel 4.2
Distribusi Sumberdaya Manusia Berdasarkan Jenis Tenaga
di RSUD dr. Abdul Rivai

No	Jenis Tenaga	PNS	PTT	JUMLAH orang	PERSENTASE (%)
1	Tenaga Kesehatan	281	98	379	63
2	Tenaga Non Kesehatan	127	96	223	37
Jumlah		408	194	602	100

Sumber: Kepegawaian RSUD dr. Abdul Rivai, Tahun 2016

Berdasarkan Tabel 4.2 dapat dijelaskan bahwa komposisi tenaga kesehatan yang berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) maupun Pegawai Tidak Tetap (PTT) 63% lebih banyak daripada tenaga non kesehatan yang berstatus PNS dan PTT (37%). Jika dilihat dari status kepegawaian, jumlah tenaga /karyawan yang berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) lebih banyak (67,8%) daripada tenaga yang berstatus Pegawai Tidak tetap (32,2%), sehingga jika dilihat jumlah tenaga yang bekerja sebagai pegawai tidak tetap di lingkungan RSUD dr. Abdul Rivai cukup besar.

4.5.2. Tenaga berdasarkan jenis kelamin

Jenis kelamin karyawan / tenaga kesehatan sangat mendukung dalam pelayanan kesehatan kepada masyarakat, berikut gambaran data ketenagaan berdasarkan jenis kelamin.

Tabel 4.3
Distribusi Tenaga berdasarkan Jenis Kelamin
di RSUD dr. Abdul Rivai

NO	Jenis Kelamin	Jumlah (orang)	Persentase (%)
1	Laki-laki	246	40,9
2	Perempuan	356	59,1
3	Jumlah	602	100,0

Sumber: Data Kepegawaian RSUD Dr. Abdul Rivai, 2016/2017

Berdasarkan Tabel 4.3 di atas terlihat bahwa tenaga yang berjenis kelamin perempuan persentasenya lebih besar (59%) daripada yang berjenis laki-laki (40,9 %). Perbandingan ini cukup signifikan (11 %) salah satu penyebabnya adalah karena salah satu unit pelayanan di rumah sakit hanya mempekerjakan

tenaga perempuan (Bidan) yang terdapat di unit pelayanan Kebidanan dan *Perinatologi*.

4.5.3. Tenaga berdasarkan lokasi/ tempat pelayanan

Dalam rangka memaksimalkan pelayanan kesehatan, Rumah Sakit Umum Daerah dr. Abdul Rivai berupaya memaksimalkan sumberdaya manusia di setiap unit dan lokasi pelayanan seperti yang terlihat dalam tabel 4.4.

Tabel 4.4.
Distribusi Sumberdaya Manusia berdasarkan Lokasi Pelayanan di RSUD
dr. Abdul Rivai Tanjung Redeb Tahun 2016/2017

No	Tempat Pelayanan	Laki -laki (orang)	Perempuan (orang)	Jumlah (orag)	Persentase (%)
1.	Umum &Kepegawaian	14	7	21	3,5
2.	Keuangan	9	22	31	5,2
3.	Pelayanan Medik	3	1	4	0,7
4.	Baku Mutu	8	1	9	1,5
5.	Keperawatan	4	1	5	0,8
6.	Perencanaan	4	0	4	0,7
7.	Instalasi Gawat Darurat	17	10	27	4,5
8.	ICU	6	9	15	2,5
9.	OK	15	5	20	3,3
10.	Poli Rawat jalan	8	14	22	3,7
11.	Rawat Inap	37	148	185	31,0
12.	Tenaga Medis	19	24	43	7,2
13.	Tenaga Penunjang Medis	102	114	216	36,0
	Jumlah	246	356	602	100,0

Sumber: Kepegawaian RSUD dr.Abdul Rivai , 2016/2017

Berdasarkan Tabel 4.4 dapat dijelaskan bahwa dari 602 tenaga yang ada, sumberdaya perempuan lebih banyak tersebar di semua unit pelayanan (59,1%) daripada sumberdaya laki-laki (40,9 %), sebaran terbanyak dapat dilihat pada unit pelayanan penunjang 36% dan unit rawat inap ada 31%, dan yang terkecil adalah sumberdaya di bidang pelayanan medik (0,7%), bagian Perencanaan (0,7%) dan bidang Keperawatan (0,8%). Selanjutnya sumberdaya tenaga tersebar di seluruh unit pelayanan.

4.5.4. Tenaga di Instalasi Rawat Inap

Instalasi rawat inap merupakan salah satu fasilitas pelayanan yang dimiliki oleh RSUD dr. Abdul Rivai jumlah ruang rawat inap yang didukung dengan ketersediaan fasilitas ada 8 unit dengan rincian tenaga paramedis digambarkan pada Tabel 4.5.

Berdasarkan Tabel 4.5 dapat dikemukakan bahwa tenaga kesehatan paramedis perempuan lebih banyak (80%) yang tersebar di setiap ruangan dibandingkan dengan tenaga paramedis laki-laki (20%), dapat diketahui bahwa ada 3 unit ruangan yang tenaga paramedisnya perempuan semua yaitu ruangan Crysan/VK (21,6%) Flamboyan (8,6%) dan Perinatologi (8,1 %).

Tabel 4.5

Distribusi Tenaga Kesehatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. Abdul Rivai
Tanjung Redeb Tahun 2016

No	Ruang Pelayanan Rawat Inap	Laki - laki (orang)	Perempuan (Orang)	Jumlah (orang)	Persentase (orang)
1.	Anggrek dan Melati	8	23	31	16,7
2.	Bougenville	8	15	23	12,4
3.	Crysant/VK	0	40	40	21,6
4.	Dahlia	10	15	25	13,5
5.	Edelweis	4	10	14	7,6
6.	Flamboyan	0	16	16	8,6
7.	Perinatologi	0	15	15	8,1
8.	Teratai	7	12	19	10,3
	Jumlah	37	148	185	100

Sumber: Kepegawaian RSUD dr. Abdul Rivai, 2016-2017

4.5.5. Tenaga medis berdasarkan spesifikasi pendidikan

Tenaga medis merupakan tenaga lulusan Fakultas Kedokteran atau Kedokteran Gigi dan Pascasarjana yang memberikan pelayanan medik dan penunjang medik di rumah sakit. Jumlah tenaga yang ada di rumah sakit, tenaga medis atau dokter ada (7,2%) yang akan melayani pasien di unit Rawat Jalan, unit Rawat Inap dan unit Gawat Darurat. Ketersediaan tenaga medis yang ada di rumah sakit dr. Abdul Rivai yang disajikan pada Tabel 4.6.

Tabel 4.6
Distribusi Tenaga Medis berdasarkan Spesifikasi Pendidikan di RSUD dr. Abdul Rivai Tanjung Redeb

N o	Tenaga Medis	PNS (orang)	PTT (Orang)	Jumlah (orang)	Persentase (%)
1.	Dokter	17	0	17	39,5
2.	Spesialis	15	8	23	53,5
3.	Dokter Umum	3	0	3	7,0
	Dokter Gigi				
	Jumlah	35	8	43	100

Sumber: Kepegawaian RSUD dr.Abdul Rivai, 2016-2017

Berdasarkan Tabel 4.6 dapat diketahui bahwa jumlah Dokter Spesialis dengan status Pegawai Negeri Sipil (PNS) ada 17 orang (39,5%) , Dokter Umum ada 23 orang (53,5%), dan Dokter Gigi ada 3 orang (7 %),sehingga jika dilihat dari standar ketenagaan untuk Rumah Sakit tipe C, tenaga medisnya sudah sesuai standar,meskipun ada beberapa tenaga Medis Spesialis yang masih dibutuhkan oleh Rumah Sakit dr. Abdul Rivai.

4.5.6.Tenaga dan sarana penunjang medis

Berdasarkan data ketenagaan sebelumnya, proporsi tenaga yang bekerja di Sarana Penunjang Medis cukup besar (36%) jika dibandingkan dengan unit pelayanan yang lain. Sarana penunjang ini sangat memberikan kontribusi yang cukup besar dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Tenaga dan sarana penunjang yang ada di rumah sakit dr. Abdul Rivai seperti yang disajikan pada Tabel 4.7

Tabel 4.7
Distribusi Tenaga dan Sarana Penunjang di RSUD dr. Abdul Rivai
Tanjung Redeb Tahun 2016-2017

No	Sarana Penunjang	Laki - laki (orang)	Perempuan (Orang)	Jumlah (orang)	Persentase %
1.	Rekam Medis	12	10	22	10,2
2.	Laboratorium	6	12	18	8,3
3.	Apotek	9	18	27	12,5
4.	Radiologi	4	5	9	4,2
5.	Fisioterapi	3	4	7	3,2
6.	Instalasi Gizi	3	25	28	13,0
7.	IPSRS	12	3	15	6,9
8.	Laundri	0	9	9	4,2
9.	Sopir	5	0	5	2,3
10.	Satpam	13	2	15	6,9
11.	Claening Service	35	23	58	26,9
12.	PMI	0	3	3	1,4
	Jumlah	102	114	216	100

Sumber: Kepegawaian RSUD dr.Abdul Rivai, 2016/2017

Berdasarkan Tabel 4.7 menunjukkan bahwa proporsi tenaga penunjang yang paling banyak adalah tenaga *Cleaning Service* 26,9%, kemudian tenaga yang bekerja di instalasi Gizi 13%, tenaga yang bekerja di Apotek 12,5% dan tenaga yang bekerja di Instalasi Rekam Medis 10,2 %, selebihnya tersebar di unit lainnya dengan proporsi kurang dari 10 %.

4.5.7. Tenaga rekam medis

Pelayanan rekam medis/manajemen informasi kesehatan merupakan kegiatan pelayanan penunjang secara profesional yang berorientasi pada kepuasan pelanggan Petugas Perekam Medis yang berprofesi/ lulusan Diploma 3 Perekam Medis ada 2 orang atau (9,1%) dari seluruh petugas yang ada di instalasi Rekam Medis. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 4.8.

Tabel 4.8
Distribusi Petugas Rekam Medis Berdasarkan Tingkat Pendidikan dan Status Kepegawaian di RSUD dr. Abdul Rivai Tanjung Redeb Tahun 2016

Tingkat Pendidikan	PNS		PTT		Total		Persentase (%)	
	Laki	Prp	Laki	Prp	Laki	Prp	Laki	Prp
Sarjana / Dokter	3	1	1	1	4	2	33,3	20
D3 Rekam Medis	0	2	0	0	0	2	0,00	20
SMA	6	2	2	3	8	5	66,7	50
SMP	0	1	0	0	0	1	0,00	10
Jumlah	9	6	3	4	12	10	100	100

Sumber: Instalasi Rekam Medis RSUD dr. Abdul Rivai, 2016

Berdasarkan Tabel 4.8 dapat dijelaskan bahwa, jumlah petugas laki-laki (54,5%) lebih banyak dibanding dengan petugas perempuan (45,5%). Persentase petugas rekam medis yang berstatus PNS dengan tingkat Pendidikan Sarjana ada 4 orang laki-laki (33,3%), kemudian yang berprofesi sebagai tenaga Perekam Medis Diploma 3 status Pegawai Negeri Sipil (PNS) ada 2 orang

perempuan (20%), Tingkat Pendidikan SMA ada 8 orang status PNS laki-laki (66,7%) dan 5 orang perempuan (50 %) dengan status Pegawai Tidak Tetap (PTT)

4.6. Alur pelayanan pasien

Alur pelayanan pasien merupakan urutan langkah yang harus ditempuh pasien ketika pasien akan berobat ke RSUD dr. Abdul Rivai. Dengan Prosedur sebagai berikut :

1. Pasien datang ke tempat pendaftaran pasien untuk mendaftar sesuai unit pelayanan kesehatan yang dituju
2. Pasien mendaftarkan pelayanan di unit pelayanan yang dituju
3. Pasien menunjuk pelayanan penunjang klinik apabila diperlukan
4. Pasien menuju ke pendaftaran rawat inap apabila pasien dianjurkan untuk di rawat
5. Apabila pasien tidak dirawat maka pasien menuju apotek untuk mengambil obat
6. Pasien menuju kasir untuk membayar seluruh pelayanan kesehatan yang didapat

Gambaran alur Pelayanan Pasien Rawat Jalan di RSUD dr. Abdul Rivai Tanjung Redeb dapat dilihat pada Lampiran 4.

4.7. Alur Pengambilan Rekam Medis

Pengambilan berkas rekam medis pasien yang merupakan proses pengambilan berkas rekam medis sesuai dengan nomor rekam medis yang diminta dengan menggunakan *tracer* sebagai pengganti tempat berkas rekam medis tersebut yang berisi informasi tentang kapan dan unit pelayanan kesehatan apa yang meminjam berkas rekam medis pasien. Alur pengambilan Berkas Rekam Media Pasien dapat dilihat pada Lampiran 5.

4.8. Tugas pokok dan fungsi instalasi rekam medis RSUD dr. Abdul Rivai

Unit Instalasi Rekam Medis sebagai salah satu unit organisasi RSUD dr. Abdul Rivai Tanjung Redeb bertugas menjalankan kegiatan dan kebijakan di Bidang Pencatatan dan Pelaporan Data Pasien (Rekam Medis) dan dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Direktur. Menurut Susunan dan Tata Kerja Organisasi RSUD dr. Abdul Rivai. Unit Rekam Medis dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi Rekam Medis dan membawahi atau dibantu beberapa/petugas antara lain; Penanggung jawab informasi dan pendaftaran pasien, pelaksana Koding dan Indeksing, Penanggung jawab pengelolaan data rekam medis, Membuat surat keluar rekam medis, Merakit berkas rekam medis rawat inap, Membuat *Visum Et Revertum*, Membantu mendistribusikan barang cetakan rekam medis, Pelaksana *entry*, Pelaksana *assembling*, Pelaksana *entry* sensus rawat inap, Pelaksana *filling* dan *retrieval*, Pelaksana pendaftaran rawat jalan, Pelaksana pendaftaran rawat inap.

Tugas dan fungsi pada masing-masing bagian, dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Tugas Kepala Instalasi Rekam Medis meliputi:

- a. Menyusun rencana kerja Instalasi Rekam Medis dengan menganalisa hasil kegiatan tahun sebelumnya, proyeksi kegiatan yang akan datang dan arahan seksi pelayanan dan pedoman kerja
- b. Mengelola penyelenggaraan rekam medis
- c. Menyiapkan bahan dalam rangka analisa data
- d. Membuat uraian tugas staf instalasi rekam medis, memonitor, menganalisa dan mengevaluasi data rekam medis
- e. Merencanakan peningkatan SDM di Instalasi Rekam Medis
- f. Membuat ulasan kebutuhan tenaga dan sarana dan prasarana lain yang dibutuhkan Instalasi rekam medis
- g. Menyusun standar prosedur operasional rekam medis
- h. Menyelesaikan masalah yang muncul di instalasi rekam medis
- i. Mengawasi dan bertanggungjawab terhadap tata tertib, disiplin, kebersihan, keamanan dan kelancaran tugas di instalasi rekam medis
- j. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh seksi pelayanan medis dan keperawatan
- k. Memegang tanggungjawab yang diemban
- l. Turut serta dalam meningkatkan mutu dan *safety* pasien di RSUD dr. Abdul Rivai.

m. Petugas: dr. Robert C Naiborhu, Sp.P

2. Tugas penanggung jawab informasi dan pendaftaran pasien meliputi:

- a. Tercapainya kelancaran dalam menerima pasien rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat
- b. tercapainya kecepatan, keakuratan data penderita yang masuk melalui tempat pendaftaran Pusat informasi pelayanan kesehatan rumah sakit yang berhubungan dengan data sosial dan keadaan rumah sakit
- c. Merekap data registrasi pasien dan data disposisi pasien
- d. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Seksi pelayanan medis dan keperawatan
- e. Memegang tanggungjawab yang diemban
- f. Turut serta dalam meningkatkan mutu dan *safety* pasien di RSUD dr. Abdul Rivai
- g. Petugas: Jumrah, Amd.PK

3. Tugas pelaksana koding dan indeksing meliputi:

- a. Memberikan kode penyakit pasien sesuai dengan ICD -X
- b. Memberi kode tindakan (operasi) dokter sesuai dengan ICD IX CM
- c. Membuat Indeks dokter, operasi, kematian dan menyimpannya secara *alfabetik*
- d. Membuat daftar 10 besar penyakit rawat jalan dan rawat inap
- e. Memegang tanggungjawab yang diemban

- f. Turut serta dalam meningkatkan mutu dan *safety* pasien di RSUD dr. Abdul Rivai
- g. Petugas: Jumrah, Amd.PK

4. Tugas penanggungjawab pengelolaan data rekam medis meliputi:

- a. Tercapainya pengelolaan dokumen rekam medis rawat jalan, rawat darurat dan rawat inap
- b. Tercapainya kelancaran dan ketetapan pelayanan
- c. Tercapainya tertib penyimpanan berkas rekam medis pasien
- d. laporan keterlambatan penyeteroran berkas rekam medis
- e. Menyusun laporan 10 besar Penyakit rawat inap dan rawat jalan
- f. Memegang tanggungjawab yang diemban
- g. Turut serta dalam meningkatkan mutu dan *safety* pasien di RSUD dr. Abdul Rivai
- h. Petugas : Wati, Amd.PK

5. Tugas penanggungjawab surat keluar rekam medis meliputi:

- a. Membuat Kartu Inventaris Ruangan (KIR) Kesehatan
- b. Membuat surat rujukan
- c. Membuat *medical check up*
- d. Membuat surat kematian
- e. Membuat surat tim tiga dokter
- f. Memegang tanggungjawab yang diemban

g. Turut serta dalam meningkatkan mutu dan *safety* pasien di RSUD dr.

Abdul Rivai

h. Petugas : Joko Susilo

6. Tugas penanggungjawab penyusunan berkas rekam medis meliputi:

a. Menyusun dan merakit berkas rekam medis sesuai urutannya

b. Menyiapkan berkas rekam medis rawat Inap

c. Memegang tanggungjawab yang diemban

d. Turut serta dalam meningkatkan mutu dan *safety* pasien di RSUD

dr. Abdul Rivai

e. Petugas : Ulia Ulfa

7. Tugas pembuat *visum et revertum* meliputi :

a. Membuat *Visum Et Revertum*

b. Memegang tanggungjawab yang diemban

c. Turut serta dalam meningkatkan mutu dan *safety* pasien di RSUD

dr. Abdul Rivai

d. Petugas: Arif Rahman

8. Tugas pelaksana pendistribusian barang cetakan rekam medis

a. Menyiapkan ampunan untuk kebutuhan *form-form* di poliklinik

b. Mengecek barang cetakan di gudang

c. Mengecek sisa cetakan

d. Mengampra barang cetakan

- e. Melaporkan cetakan yang ada pada akhir tahun
- f. Menyiapkan dan memberikan nomor rekam medis rawat inap maupun rawat jalan
- g. Memegang tanggungjawab yang diemban
- h. Turut serta dalam meningkatkan mutu dan safety pasien di RSUD dr. Abdul Rivai
- i. Petugas : Sumiran,SE

9. Tugas pelaksana *entry* data meliputi:

- a. Menerima berkas rekam medis dari petugas koding
- b. Mengentry berkas rekam medis rawat inap dari ruang perawatan
- c. Memegang tanggungjawab yang diemban
- d. Turut serta dalam meningkatkan mutu dan *safety* pasien di RSUD dr. Abdul Rivai
- e. Petugas: Lianti Elvina,SE

10. Tugas pelaksana *assembling* meliputi:

- a. Menerima berkas rekam medis dari instalasi pelayanan
- b. Meneliti kelengkapan berkas rekam medis dengan membuat *check list*
- c. Mencatat dan mengembalikan berkas rekam medis yang isinya belum lengkap dan secara periodic melaporkan kepada kepala instalasi rekam medis mengenai ketidaklengkapan isi dokumen
- d. Memegang tanggungjawab yang diemban

- e. Turut serta dalam meningkatkan mutu dan *safety* pasien di RSUD dr. Abdul Rivai
- f. (Petugas: Sarmiati,SKM)

11. Tugas pelaksana *entry* sensus rawat inap meliputi:

- a. Menerima sensus dari ruang perawatan
- b. Meng*entry* sensus rawat inap dari ruang perawatan
- c. Memegang tanggungjawab yang diemban
- d. Turut serta dalam meningkatkan mutu dan *safety* pasien di RSUD dr. Abdul Rivai
- e. Petugas : Ernah, Sri Mulyani,SKM

12. Tugas Pelaksana *filling dan retrieval* meliputi :

- a. Menerima dokumen rekam medis yang sudah lengkap
- b. Memberi kode warna nomor rekam medis dan tahun kunjungan terakhir
- c. Menyimpan berkas rekam medis sesuai dengan Terminal *Digit Filling*
- d. Menyediakan berkas rekam medis untuk keperluan pelayanan pasien dengan menggunakan *tracer*
- e. Mencatat penggunaan berkas rekam medis pada buku pengendali berkas rekam
- f. Melakukan pemusnahan berkas rekam medis bersama tim pemusnahan

- g. Memeriksa *tracer* disetiap ada rak penyimpanan bila ada berkas rekam medis yang tidak ada di rak penyimpanan untuk selanjutnya dilacak
- h. Petugas: Hery Gunawan, Saiful Bahri dan Sumitro Bayu)

13. Tugas pelaksana pendaftaran pasien rawat jalan meliputi :

- a. Menerima pendaftaran pasien baru dan lama
- b. Wawancara identitas sosial pasien untuk pengisian kartu berobat dan KIUP secara *alfabet*
- c. Menyiapkan berkas rekam medis pasien rawat jalan
- d. Memasukkan KIUP komputer dan menyiapkan KIUP secara *alfabet*
- e. Memegang tanggungjawab yang diemban
- f. Turut serta dalam meningkatkan mutu dan *safety* pasien di RSUD
Abdul Rivai
- g. Petugas : Maria Olfah, Siti Fatimah

14. Tugas pelaksana pendaftaran pasien rawat inap

- a. Menerima *Admission Note* (Pengantar MRS)
- b. Menerima dan memberi informasi kepada pasien atau keluarga pasien
- c. Wawancara dan memberi informasi kepada pasien atau keluarga
- d. Mengisi buku *register* pendaftaran rawat inap
- e. Menyiapkan berkas rekam medis rawat inap
- f. Mengecek kelengkapan berkas lembaran dokumen rekam medis
- g. Menerima informasi tempat tidur dari instalasi perawatan

h. Memegang tanggungjawab yang diemban

i. Turut serta dalam meningkatkan mutu dan *safety* pasien di RSUD

Abdul Rivai

j. (Petugas: Herawati, Andi Samsuri, Rahmad Kartono,SE, Mursadi,
Ahmad Lamong)

B. Hasil Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan mendeskripsikan Implementasi Kebijakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang penyelenggaraan Rekam Medis di RSUD dr. Abdul Rivai Tanjung Redeb Kabupaten Berau, dan untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang mendukung dan menghambat pelaksanaan Rekam Medis di RSUD dr Abdul Rivai Tanjung Redeb Kabupaten Berau.

Fokus penelitian ini mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis yang meliputi : rekam medis harus dibuat secara tertulis,lengkap dan jelas, rekam medis dibuat secara elektronik, rekam medis dalam keadaan bencana/ KLB, isi rekam medis dalam pelayanan dokter dan dokter wajib membuat rekam medis. Dengan berlandaskan pada keenam variabel yang dikemukakan oleh Van Meter dan Van Horn yaitu standar dan sasaran kebijakan/ukuran dan tujuan kebijakan, sumberdaya, karakteristik organisasi pelaksana, sikap para pelaksana, komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan, lingkungan sosial, ekonomi dan politik. Jumlah informan yang berhasil diwawancara yang berlangsung dari tanggal 13 Januari sampai dengan 4 Februari 2017 sebanyak 26 orang dengan rincian

Informan : Direktur (1 orang), Dokter Spesialis 3 orang, Dokter Umum 7 orang, Perawat/ Kepala ruangan ada 4 orang dan Petugas Rekam Medis ada 8 orang. Berdasarkan penelitian diperoleh hasil seperti yang dijelaskan dibawah ini.

1. Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas

Untuk menilai dan mengevaluasi kelengkapan pengisian berkas rekam medis perlu dilakukan analisis kelengkapan pengisian berkas rekam medis dengan tujuan untuk menjaga mutu rekam medis sehingga dapat dipertanggungjawabkan untuk pelayanan kepada pasien dan menghindari tuntutan hukum apabila rekam medis tidak diisi dengan lengkap, akurat dan jelas, juga merupakan parameter mutu pelayanan rumah sakit.

Berdasarkan hasil observasi dan pengambilan data dokumentasi di unit rekam medis, masih banyak ditemukan berkas rekam medis pasien yang ditulis tidak lengkap dan jelas. Sebagai gambaran dapat dikemukakan bahwa dari 137 berkas rekam medis pasien baik berkas rawat inap (53 berkas) maupun berkas rawat jala (84 berkas) yang diambil secara acak dan diamati, berkas dari tahun 2012 sampai berlangsungnya penelitian ternyata sebagian besar pengisian dokumennya tidak lengkap.

Berdasarkan hasil pengolahan data kelengkapan berkas rekam medis pasien rawat jalan dari 84 berkas rekam medis pasien untuk identitas umum dan sosial pasien berkasnya tidak ada yang diisi secara lengkap, dan identitas pasien yang paling banyak tidak terisi adalah Pendidikan, Pekerjaan, Tempat /Tanggal lahir dan jenis kelamin pasien. Selanjutnya penulisan nama dokter pemberi pelayanan

pada berkas rekam medis dari 84 berkas hanya 9 berkas (11 %) saja yang lengkap nama dan tanda tangan dokter/pemberi pelayanan. Gambaran kelengkapan berkas rekam medis pasien rawat jalan di RSUD dr.Abdul Rivai berdasarkan hasil pengumpulan dan pengolahan data pada Tabel 4.9 :

Tabel 4.9. Kelengkapan Rekam Medis Pasien Rawat Jalan di RSUD dr.Abdul Rivai Tanjung Redeb

NO	Isi Rekam Medis	Kelengkapan Rekam Medis Rawat Jalan				Persentase %
		Lengkap (Jumlah)	Persent %	Tidak Lengkap (Jumlah)	Persentase %	
1	Identitas umum dan sosial pasien	0	0	84	100	100
2	Nama dan Tanda tangan Dokter /petugas	9	11	75	89	100

Sumber : Hasil Penelitian, 2016

Kelengkapan berkas rekam medis pasien rawat inap pasien dari 53 berkas rekam medis pasien lembar rekam medis (RM 01-12) , untuk identitas umum dan sosial pasien, lembar tersebut tidak ada yang diisi secara lengkap, sama halnya dengan berkas rekam medis rawat jalan, identitas pasien yang banyak tidak terisi berupa pendidikan, pekerjaan, agama dan jenis kelamin. Kemudian untuk *form* isian tanda tangan dan nama pemberi pelayanan / dokter, dari 53 berkas, ada 24 berkas (45 %), berkas rekam medis pasien yang sudah lengkap nama dan tanda tangan dokternya. Lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 4.10 :

Tabel 4.10 Kelengkapan Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSUD dr.Abdul Rivai Tanjung Redeb

NO	Isi Rekam Medis	Kelengkapan Rekam Medis Rawat Jalan				Persentase %
		Lengkap (Jumlah)	Persent %	Tidak Lengkap (Jumlah)	Persentase %	
1	Identitas umum dan sosial pasien	0	0	53	100	100
2	Nama dan Tanda tangan Dokter /petugas	24	45	29	55	100

Sumber : Hasil Penelitian, 2016

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada hasil *list* data kelengkapan berkas rekam medis pasien sebagaimana pada Lampiran 6 .

Berdasarkan hasil wawancara kepada beberapa informan, implementasi rekam medis yang harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas di rumah sakit masih kurang optimal disebabkan karena kurangnya komitmen yang kuat dari petugas, belum maksimalnya sosialisasi SOP, pedoman dan petunjuk teknis pelaksanaan rekam medis kepada petugas terkait, meskipun SOP dan Pedoman penyelenggaraan rekam medis sudah tersedia, hanya SOP secara tertulis belum diedarkan ke setiap unit pelayanan terkait. Untuk sosialisasi Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 belum pernah dilakukan secara khusus, tetapi sosialisasi cara pengisian berkas rekam medis yang lengkap sudah yang kedua kalinya pada saat akreditasi yang lalu dan akhir Tahun 2016. Sebab yang lain adalah masalah keterbatasan waktu yang tidak sebanding dengan jumlah pasien yang akan

dilayani,dan terlalu banyak yang perlu diisi seperti yang dikemukakan oleh salah seorang informan dokter yang mengatakan bahwa

“Jika ada yang tidak terisi kemungkinan itu ada pada lembaran *assessment* awal banyak tidak terisi,karena sebenarnya tidak ada kesepakatan dari Dokter Spesialis bahwa assesmen awal itu dokter ruangan yang harus isi itu hanya instruksi dari manajemen,masalahnya ada ruangan yang tidak ada dokter ruangnya,misalnya VIP, kalau itu harusnya dokter spesialis yang harus mengisi,sering diungkit di komite medik, beberapa alasan-alasan klasik,sibuk, sibuk dalam artian banyak pasiennya,belum lagi dikejar di Poli, jadi tidak sempat-sempat diisi,bahkan ada juga keluhan terlalu banyak yang perlu harus diisi, akhirnya ada yang tidak terisi secara lengkap.(Hasil wawancara dengan dr.SS di Poli Umum, 16 Januari 2017)

Informasi tentang Implementasi Rekam medis harus ditulis lengkap dan jelas di rumah sakit dikemukakan juga oleh salah seorang informan kunci petugas rekam medis yang sudah cukup lama bertugas di unit rekam medis,menjelaskan bahwa

”Kalau sekarang sih baru berapa puluh persen yang lengkap,kalau dari tahun ke tahun selama ini tidak lengkap penulisan dan pengisian berkas rekam medisnya,jarang dilengkapi kayak resume medik,kadang ada tanda tangan tapi tidak ada nama,pemilikinya kadang tidak diisi, maupun diagnosanya kadang tidak terisi, sama dengan kalau dia operasi atau operasi tindakan kadang tanda tangan dokter tidak ada disitu “ (Hasil wawancara dengan Bu J di Instalasi Rekam Medis, 14 Januari 2017)

Analisis penulis terkait dengan implementasi pengisian rekam medis secara tertulis, lengkap dan jelas di rumah sakit baik di pelayanan rawat jalan,rawat inap dan IGD yang masih belum optimal berdasarkan hasil pengamatan memang sangat didukung oleh komitmen yang kuat, komunikasi dan partisipasi yang baik dari semua petugas terkait, pembagian tugas dan wewenang yang jelas, tanpa saling mengharap dan melempar tanggung jawab. Hasil pengamatan penulis menemukan

berkas rekam medis pasien banyak tidak terisi dengan lengkap dan jelas dikarenakan dengan berbagai faktor penghambat.

2.Rekam medis dibuat secara elektronik

Pada dasarnya rekam medis elektronik (*Elektronik Health Record-EHR*) merupakan penggunaan metode elektronik untuk pengumpulan, penyimpanan, pengolahan serta pengaksesan rekam medis pasien di rumah sakit yang telah tersimpan dalam suatu sistem manajemen basis data multimedia yang menghimpun berbagai sumber data medis. Rekam medis berbasis komputer akan menghimpun berbagai data klinis pasien baik yang berasal dari hasil pemeriksaan dokter, digitalisasi dari alat diagnosis (EKG, radiologi, dll), konversi hasil pemeriksaan laboratorium maupun interpretasi klinis.

Berdasarkan hasil observasi penulis, implementasi peraturan ini belum optimal dilaksanakan di RSUD dr. Abdul Rivai, pengelolaan rekam medis secara elektronik masih belum dilaksanakan, saat ini pengelolaan data masih sistem *manual*, penggunaan komputer dan jaringan sistem *online* belum bisa terkoneksi ke semua unit pelayanan di rumah sakit, hanya tersambung pada bagian loket pendaftaran dan bagian pencarian rekam medis pasien di instalasi rekam medis belum terkoneksi ke unit lain karena masih memakai sistem informasi yang lama, sehingga beban kerja petugas di instalasi rekam medis semakin berat karena proses penyelesaian pekerjaan dalam mengelola berkas rekam medis masih dilakukan secara manual. Menurut hasil wawancara dengan salah satu mantan Kepala Instalasi rekam medis, pengolahan dengan menggunakan *database*

dengan *software* rekam medis dari Tahun 2011 s.d 2015 pernah dilakukan tetapi terputus dengan alasan lambat juga karena tenaga yang mengolah pindah tugas, jadi sampai saat ini pengolahan berkas rekam medis masih secara *manual*.

Berdasarkan hasil wawancara penulis, semua informan sangat setuju dan antusias jika sistem rekam medis elektronik bisa diterapkan karena dapat memudahkan dalam bekerja di setiap unit pelayanan, meskipun tidak mudah penerapannya, dan berdasarkan keterangan dari Direktur dan Kepala Instalasi Rekam Medis ternyata sudah ada upaya untuk menuju ke era digital elektronik tersebut. Hal ini dilakukan secara bertahap, ini dibuktikan dengan adanya pemasangan kabel dan jaringan ke setiap unit pelayanan, upaya kerjasama dengan pihak konsultan dalam membangun sistem *database*, sosialisasi pihak ketiga/ konsultan kepada petugas kesehatan terkait pengelolaan berkas rekam medis secara elektronik telah dilakukan, dan pada Tahun 2017 ini, dukungan anggaran telah tersedia untuk pelaksanaan pembangunan sarana dan prasarana di instalasi rekam medis. Seperti yang telah dikemukakan oleh salah seorang petugas rekam medis tanggapannya tentang penggunaan sistem rekam medis elektronik di rumah sakit mengatakan bahwa

“...kalau itu mungkin lebih memudahkan kita sebagai petugas rekam medis karena kalau misalnya sistem secara itu kita tinggal *on time* di komputer bahwa kita tinggal tarik dan ngecek data dari setiap ruangan, penunjang dan apotek, semuanya tinggal tarik data. Informasi kemarin sudah dianggarkan bu untuk dipakai tahun ini, katanya SIM RS, karena jaringan sudah dipasangnya, katanya untuk seluruh unit” (Hasil wawancara dengan petugas bu W di ruang Rekam Medis, 14 Januari 2017)

Selanjutnya diutarakan pendapat salah satu informan dokter yang menyatakan antusiasnya jika rekam medis dikelola secara elektronik yang dapat tersambung ke unit lain. Pernyataannya informan bahwa

“Bagus, jadi bisa langsung kan kita tidak perlu lagi mengantar antar berkas, di komputer masing-masing kan bisa *online*, lebih bisa mengurangi pekerjaan orang di loket-loket untuk mengantar berkas, pasien juga cepat dilayani,dari sini juga dapat dilihat berapa jumlah pasien.“ (Hasil wawancara dengan dr.K di Poli Kulit dan kelamin, 17 Januari 2017)

Informasi tentang upaya rumah sakit dalam meningkatkan pelayanan rekam medis secara elektronik selanjutnya diperoleh dari hasil wawancara dengan Kepala Instalasi Rekam Medis,yang menyatakan sebagai berikut

”... kalau ini dilaksanakan kita tidak perlu banyak tenaga, tetapi kalau penggunaan sistem baru banyak yang harus dipertimbangkan, yang pertama fasilitas,apakah semua ruangan sudah mempunyai fasilitas yang dibutuhkan,contohnya pertama jaringan,yang kedua adalah *devicenya*, alatnya kalau jaringan dan *devicenya* sudah ada maka yang ketiga adalah orangnya,apakah orang tersebut mampu mengoperasikan semua sistem itu,kalau ketiganya sudah ada baru kita fikirkan lagi dimana-mana saja alat ini harus berada, di rawat jalan, rawat inap, apotek laboratorium, keuangan itu semua terkoneksi dalam satu sistem,jadi semuanya itu sudah ada alat-alatnya.lalu satu orang yang mengatur semuanya sebagai penyelenggara sistemnya *servernya*. Itu *operator servernya*,menjalankan semua kebutuhan-kebutuhan.nah kondisi yang ada di rumah sakit sekarang,kita sedang dalam keadaan menuju kesana.jaringan sudah ada,tapi saya tidak tahu jaringan ini sudah sampai kemana saja,karena ini masih dalam persiapan,nanti jika jaringan ini sudah ada,yah kita tinggal alatnya“(Hasil wawancara dengan dr.RN di Poli Paru, 18 Januari 2017)

Sebagai Informan kunci tentang upaya-upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan pelayanan Rekam Medis di rumah sakit disampaikan oleh Direktur RSUD dr. Abdul Rivai pada saat pelaksanaan wawancara tanggal 19 Januari 2017. Pernyataan Direktur rumah sakit bahwa

“.....tahun lalu saja saya tambaah lemari penyimpanan berkas rekam medis lebih dari sepuluh karena kiau tidak ada rak penyimpanan bagaimana untuk

menyimpan berkas yang masuk, kemudian kita usahakan untuk koneksikan jaringannya semua, mulai dari yang dalam ruangan induk, ke bagian alkes, administrasi atas ke rawat jalan dan ke IGD, udah mulai kita *link* kan. Perangkat harusnya udah berlaku, mulai di IGD ini tinggal petugasnya saja, ada yang mau pakai ada yang tidak, padahal sudah terpasang. Anggaran untuk Sistem Informasi Manajemen SIM RS sudah dianggarkan dan dimasukkan dalam APBD. Juga sudah itu waktu kita konsultasi dengan yang mau mengisi nanti *software*-nya, nanti itu cukup dalam bentuk XL bisa dipindah dan dibuat aplikasi *databasenya*. (wawancara dengan dr. NBM selaku Direktur di Ruang Direktur, 19 Januari 2017)

Penyelenggaraan rekam medis elektronik di RSUD dr. Abdul Rivai menurut penulis bahwa untuk saat ini kegiatan pengelolaan rekam medis secara elektronik sangat mendukung dalam kelancaran dan peningkatan petugas instalasi rekam medis seiring dengan meningkatnya jumlah pasien dan mengingat RSUD dr. Abdul Rivai merupakan satu-satunya rumah sakit yang ada di Kabupaten Berau, sehingga perlu persiapan yang matang dan peningkatan kapasitas Sumberdaya Manusia, sarana dan prasarana berupa jaringan, *server database* yang memadai agar dapat bersaing dengan rumah sakit lainnya yang ada di wilayah Kalimantan Timur.

3. Rekam medis pasien dalam keadaan bencana /kejadian luar biasa (KLB)

Rekam medis bencana merupakan sekumpulan fakta serta catatan mengenai identitas pasien bencana, dimana korban ditemukan, nomor pasien bencana serta identitas nama pengantar korban bencana tersebut, selebihnya hampir sama dengan rekam medis gawat darurat yang membedakan hanya yang disebutkan di atas sesuai yang dituangkan di Permenkes 269 Tahun 2008. Formulir yang dibuat harus digunakan seefektif mungkin mengingat ketika

terjadinya bencana pelayanan yang diberikan oleh para tenaga kesehatan dilakukan secara cepat dan tepat.

Berdasarkan hasil observasi, implementasi kebijakan Permenkes tentang rekam medis pasien dalam keadaan bencana /kejadian luar biasa (KLB) di RSUD dr.Abdul Rivai belum dilaksanakan secara optimal, blanko atau *form* rekam medis khusus bencana belum disediakan,tidak ada tercetak *form* khusus untuk keadaan bencana, jika terjadi kejadian luar biasa seperti keracunan makanan dan mewabahnya penyakit demam berdarah,hal tersebut hanya dilaporkan dengan memakai form biasa yang diberlakukan seperti form dari Instalasi Gawat Darurat. Teknik penanganan pasien KLB hampir sama dengan penanganan pasien gawat darurat. Kebijakan, pedoman dan *Standard Operating Procedure* penanganan bencana ini belum pernah disosialisasikan secara tertulis kepada petugas. Upaya yang dilakukan pada saat terjadi keracunan masal dan KLB demam berdarah sekitar Tahun 2014-2015 adalah membuat pencatatan dan pelaporan KLB yang akan disampaikan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Berau. Sampai saat ini pencatatan dan pelaporan penyakit yang berpotensi wabah belum optimal dilaksanakan karena petugasnya telah pindah dan belum ada petugas pengganti.

Berikut kutipan wawancara dengan petugas rekam medis

“...Nanti ada kejadian/ atau info dari dinas baru dicarikan datanya.kalau saya sih bu.... waktu belum stop saya memang buat tabulasi di Tahun 2013 sampai 2015, saat ada pasien kejadian KLB, mewabah masih mengolah data yang pasien DBD sampai seribuan,nah kayaknya setelah itu saya stop tuh karena ribet juga bu,sensus rawat jalan dan rawat inap,baru kita ini *manual* bu, mau langsung diolah dikomputer,datanya tidak akurat jadi saya hanya langsung mendatangi ke ruangan poli rawat jalan,semua poli saya datangi semua sensus itu saya manualkan supaya bagus, begitu juga ke ruangan rawat inap saya datangi ke ruangan untuk mencatat setiap bulannya,mengecek kunjungan *surveilannya*.

Hanya datanya kadang tidak akurat”(hasil wawancara dengan Ibu W di Instalasi Rekam Medis, 14 Januari 2017)

Hasil wawancara kepada salah satu informan dokter terkait penanganan pasien dalam kondisi bencana dan KLB serta *form/isi* berkas rekam medis pasien dalam kondisi bencana dan KLB sebagai berikut

“kita terima seperti biasa di IGD, form diisi seperti biasa, untuk form khusus KLB itu dari rumah sakit tidak ada bukan kita setahu saya itu dari Dinas Kesehatan yang berikan *formnya*,tidak tahu kalau di status ada yang dimasukkan, hal penting yang perlu diidentifikasi pasien KLB yaitu riwayat khusus, kejadian,mungkin yang harus bisa meng-*anamnesa* Tempat Kejadian Pasien (TKP),kalau KLB itu yang penting itu riwayatnya lah, dari situ kita sudah bisa mengetahui, prosedur pelayanan itu sudah jelas ada, tapi lagi-lagi kadang terbentur pada sarana dan prasarana,misalnya terjadi KLB di IGD,yang sering terjadi adalah keterbatasan *bad*, keterbatasan petugas, akhirnya harus memanggil bantuan untuk mengatasi hal itu, informasi KLB yang khusus, dalam rekam medis itu belum ada kecuali jika ada sudah ramai wartawan atau sudah ada datang dari Dinas Kesehatan,baru mulai mengumpulkan data” (hasil wawancara dengan dr.YS di ruang Poned, 20 Januari 2017) .

Implementasi penyelenggaraan rekam medis dalam keadaan bencana/KLB di RSUD dr. Abdul Rivai menurut penulis bahwa hal ini memang belum optimal dilaksanakan karena sosialisasi SOP dan pedoman untuk penyelenggaraan kegiatan ini belum pernah dilakukan dan diedarkan secara tertulis, meskipun Dokter sebagai pemberi pelayanan sudah mengetahui secara mendasar penanganan tentang pasien dalam keadaan bencana namun belum di dukung dengan ketersediaan format khusus untuk penanganan pasien dalam keadaan bencana dan Kejadian Luar Biasa (KLB). Mengamati perkembangan yang ada, ketersediaan data tentang pasien dalam keadaan bencana atau kejadian .luar biasa sangat terbatas,terkait masalah keterbatasan petugas yang dapat

mengelola data tersebut, sehingga perlu adanya penyegaran kembali oleh petugas rekam medis tentang pentingnya data dalam kondisi bencana dan KLB.

4. Isi rekam medis dalam pelayanan dokter

Isi rekam medis dalam pelayanan dokter yang biasa disebut data medis atau data klinis merupakan segala data tentang riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, diagnosis, pengobatan serta hasilnya, laporan dokter, perawat, hasil pemeriksaan laboratorium, *rongent* dsb. Data ini merupakan data yang bersifat rahasia (*confidential*) sehingga tidak dapat dibuka kepada pihak ke tiga tanpa izin dari pasien yang bersangkutan kecuali jika ada alasan lain berdasarkan peraturan atau perundang-undangan yang memaksa dibukanya informasi tersebut.

Berdasarkan hasil observasi dan pendokumentasian, implementasi isi rekam medis dalam pelayanan dokter baik di poli rawat jalan, rawat inap dan IGD isi berkas dan formnya telah sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis pada Pasal 3, dan juga telah dikembangkan sesuai dengan kebutuhan pelayanan di rumah sakit, hal ini juga sesuai dengan amanat Permenkes beberapa informan tenaga medis/ dokter yang menjelaskan tentang *form* isi berkas rekam medis untuk pelayanan dokter minimal terdiri dari : nomor rekam medis pasien, identitas umum pasien, riwayat penyakit pasien, diagnosa, *resume* dokter, lembar integrasi, lembar pemeriksaan lab/hasil penunjang, lembar konsultasi dan penjelasan ke pasien (lembar KIE). Seperti yang dikemukakan oleh salah satu dokter yang menyatakan bahwa

“ ...Tentang kelengkapan isi berkas rekam medis dari segi medis itu yang jelas sudah cukup,sudah ideal,mungkin yang jadi masalah adalah petugas *Assemblingnya* dan petugas analisisnya,barangkali belum berjalan dengan lancar

Untuk rekam medis pasien di Instalasi Gawat Darurat, selain memuat tentang isi rekam medis rawat jalan dan rawat inap, juga sekurang-kurangnya memuat tentang ;kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan,identitas pengantar pasien, ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat daruratdan rencana tindak lanjut,sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

2. Rekam medis dibuat secara elektronik

Rekam medis dibuat secara elektronik merupakan salah satu amanat Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 pada Pasal 2 ayat 1. Meskipun peraturan ini sudah cukup lama berlaku tetapi pada kenyataannya masih banyak sarana pelayanan kesehatan yang belum optimal melaksanakannya termasuk RSUD dr.Abdul Rivai Tanjung Redeb.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara dengan beberapa informan termasuk informan kunci, Implementasi peraturan ini belum optimal karena berbagai faktor kendala seperti tingkat kesadaran dan kepedulian pemangku kebijakan dimasa yang lalu yang menganggap rekam medis pasien itu tidak terlalu penting dan *urgent*, sehingga tidak fokus memikirkan dan merencanakan upaya peningkatan penyelenggaraan rekam medis saat itu. Keterbatasan anggaran pengelolaan dan penyelenggaraan rekam medis juga merupakan salah satu faktor penyebabnya termasuk keterbatasan sumberdaya manusia atau petugas rekam medis yang paham dan mengerti secara teknis pekerjaan yang ada di rekam medis.

Meskipun di unit rekam medis telah dibentuk kepanitian rekam medis berdasarkan keputusan direktur, tersedia pedoman penyelenggaraan rekam medis dan juga sudah ada standar pelayanan minimal / *standard operating procedure* (SOP) yang harus dilakukan oleh petugas tetapi kenyataannya hal ini tidak maksimal dalam pelaksanaannya. Seperti yang telah dikemukakan oleh beberapa informan baik dokter, petugas rekam medis, kepala ruangan, kepala instalasi sampai kepada informan kunci menyatakan bahwa penyelenggaraan rekam medis yang sesuai dengan standar yang ideal belum optimal dilaksanakan di rumah sakit ini apalagi dalam hal pengelolaan rekam medis secara elektronik.

Pada prinsipnya semua informan sangat setuju dan mengapresiasi dengan baik jika berkas rekam medis pasien dikelola secara elektronik, dan sampai saat ini upaya-upaya dalam meningkatkan dan memperbaiki pelayanan rekam medis sudah dilakukan, mulai dari persiapan dan perencanaan anggaran, workshop dan sosialisasi *form* dan isi rekam medis kepada petugas di unit pelayanan, pembangunan jaringan ke seluruh unit, upaya penambahan petugas di unit rekam medis juga telah dilakukan, penambahan sarana seperti rak dan lemari penyimpanan berkas, pembaharuan kebijakan, pedoman penyelenggaraan rekam medis, pembaharuan SOP terkait penyelenggaraan rekam medis juga telah dilakukan. Selanjutnya kerjasama untuk mendatangkan konsultan yang akan membantu dan menangani proses pembangunan jaringan *elektronik* menuju penggunaan dan pengelolaan *database* rekam medis secara *elektornik*. Semua upaya yang telah dilakukan juga terkait dengan upaya mensukseskan pelaksanaan akreditasi di rumah sakit.

Berdasarkan bahasan di atas, jika dikaitkan dengan teori yang dikemukakan oleh Van Mater dan Van Horn bahwa keberhasilan implementasi kebijakan menurutnya sangat tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumberdaya yang tersedia “Setiap tahap implementasi menuntut adanya sumberdaya manusia yang berkualitas sesuai dengan pekerjaan yang diisyaratkan oleh kebijakan yang telah ditetapkan secara politik. Standar dan tujuan kebijakan juga merupakan hal yang penting, *implementors* mungkin bisa jadi gagal dalam melaksanakan kebijakan, dikarenakan mereka menolak atau tidak mengerti apa yang menjadi tujuan suatu kebijakan. Sumberdaya kebijakan (*policy resources*) tidak kalah pentingnya dengan komunikasi. Sumberdaya kebijakan ini harus juga tersedia dalam rangka untuk memperlancar administrasi implementasi suatu kebijakan. Sumberdaya ini terdiri atas dana dan insentif lain yang dapat memperlancar pelaksanaan suatu kebijakan. Terbatasnya dana atau insentif lain dalam implementasi kebijakan adalah merupakan sumbangan besar terhadap gagalnya implementasi kebijakan.

3. Rekam medis pasien dalam keadaan bencana /Kejadian Luar Biasa (KLB)

Pada dasarnya isi rekam kesehatan korban bencana relatif sama dengan informasi bagi pasien gawat darurat di rumah sakit. Bila pasien korban bencana yang telah diperiksa oleh tenaga kesehatan harus dirawat inap, maka petugas TPP segera menyiapkan lembar ringkasan masuk keluar dan selanjutnya pasien menjadi pasien rawat inap.

Rekam medis bencana yang merupakan sekumpulan fakta serta catatan mengenai identitas pasien bencana, dimana korban ditemukan, nomor pasien bencana serta identitas nama pengantar korban bencana tersebut, selebihnya hampir sama dengan rekam medis gawat darurat yang membedakan hanya yang disebutkan di atas sesuai yang dituangkan di Permenkes 269 Tahun 2008. Formulir yang dibuat harus digunakan seefektif mungkin mengingat ketika terjadinya bencana pelayanan yang diberikan oleh para tenaga kesehatan dilakukan secara cepat dan tepat.

Berdasarkan hasil penelitian, pengelolaan rekam medis pasien dalam keadaan bencana /KLB di rumah sakit belum optimal dilaksanakan, *form* isi rekam medis dalam keadaan bencana/KLB juga belum tersedia meskipun sudah ada pedoman dan Standar Pelayanan Minimal/SOP-nya di unit rekam medis namun ketersediaan data yang akurat untuk kasus-kasus yang berpotensi Bencana/Wabah/ KLB belum tersedia dan terdokumentasi dengan baik oleh karena pekerjaan tersebut sulit dilakukan mengingat harus mengumpulkan data secepatnya di setiap poli rawat jalan dan rawat inap dan pengelolaannya masih *manual*, dan petugas *surveilans* di unit rekam medis masih sangat terbatas. Pemberdayaan tenaga yang bukan dari teknis rekam medis sudah dilakukan tetapi hasilnya belum maksimal karena pendidikan dan pengetahuan tentang pengelolaan rekam medis masih belum optimal. Komunikasi dan sosialisasi bagi petugas terkait sangat penting untuk mendukung kelancaran pengelolaan data rekam medis, hal penting lainnya adalah komitmen dan keinginan yang kuat dari petugas untuk dapat menjalankan tugas yang diberikan. Menurut informan, dalam hal penanganan pasien pada kasus rawan

bencana dan wabah/KLB akan tetap dilayani sebagaimana pasien dalam kondisi gawat darurat dengan berpedoman pada aturan dan standar penanganan pasien dalam kondisi gawat darurat. Komunikasi antar unit pelayanan yang ada di rumah sakit dan koordinasi dengan instansi yang terlibat dan yang bertanggungjawab menangani bencana /wabah terkait dengan penanganan pasien yang menjadi korban bencana sangat mendukung penanganan masalah tersebut, semakin baik koordinasi komunikasi dengan pihak-pihak yang terlibat dalam pelaksanaan kegiatan/kebijakan, maka kesalahan semakin kecil.

4. Isi rekam medis dalam pelayanan dokter

Berdasarkan hasil penelitian, baik secara observasi, dokumentasi maupun hasil wawancara dengan beberapa informan, implementasi tentang isi rekam medis dalam pelayanan dokter sudah cukup sesuai dengan *form* dan isi yang diamanahkan oleh Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 pada Pasal 3 untuk pasien rawat jalan, rawat inap dan form IGD pada sarana pelayanan kesehatan termasuk pelayanan dokter di RSUD dr. Abdul Rivai .

Secara fisik *form* /isi rekam medis di rumah sakit Dr. Abdul Rivai berdasarkan hasil dokumentasi terdiri atas; nomor register di rumah sakit; nomor rekam medis pasien, identitas umum/sosial pasien terdiri atas ; nama, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, agama, pekerjaan, nama ayah, suami, ibu, tanggal dan waktu kunjungan, *allergi* obat, *anamnesis*, *diagnosa*/hasil pemeriksaan fisik dan penunjang , tindakan/pengobatan, nama petugas/dokter pemeriksa dan tanda tangan.

Selanjutnya form/isi rekam medis rawat inap, selain isi *form* rawat jalan juga ditambahkan dengan ringkasan keluar dan masuk, *resume* medis, *assessment* awal medis, pemeriksaan fisik lanjutan, catatan perkembangan pasien terintegrasi, grafik asuhan keperawatan/pemeriksaan keadaan vital pasien: nadi, nafas, tekanan darah, berat badan, pemberian obat-obatan dan dosisnya, paraf dan nama perawat/petugas pemberi obat, hasil pemeriksaan penunjang laboratorium dan radiologi; persetujuan pasien rawat inap; pemberian informasi dan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga, form pemberian informasi dan persetujuan umum *General consent* yang akan ditanda tangani dengan jelas beserta nama pasien/keluarga, petugas rumah sakit dan saksi; serta lembar khusus untuk pemeriksaan dan pelayanan ibu hamil dan melahirkan.

Berdasarkan pengamatan penulis, bahwa setiap lembar *form* isian rekam medis rawat inap, petugas/ pemberi pelayanan harus mencantumkan nama dan tanda tangan. Hal ini lah yang menjadi salah satu penyebab banyaknya rekam medis yang tidak diisi dengan lengkap di unit rawat inap, karena banyaknya *form* yang harus diisi dan ditandatangani oleh dokter/pemberi pelayanan meskipun sering dikomunikasikan, disampaikan dan diingatkan pada saat pertemuan komite medik, sebagaimana yang dikemukakan oleh beberapa informan.

Dengan demikian prospek implementasi sebuah aturan kebijakan yang efektif, agar kebijakan publik dapat dilaksanakan dengan baik maka apa yang menjadi standar tujuan harus dipahami oleh para implementor yang bertanggungjawab atas pencapaian standar dan tujuan kebijakan, karena itu standar dan kebijakan harus dikomunikasikan kepada para pelaksana. Komunikasi dalam kerangka

penyampaian informasi kepada para pelaksana kebijakan tentang apa yang menjadi standar dan tujuan harus konsisten dan seragam dari berbagai sumber informasi.

Sikap penerimaan dan penolakan dari agen pelaksana kebijakan sangat mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi karena kebijakan yang dilaksanakan bukanlah hasil formulasi petugas setempat yang mengenal betul permasalahan dan persoalan yang mereka rasakan. Tetapi kebijakan publik biasanya bersifat *top down* yang sangat mungkin para pengambil keputusan tidak mengetahui bahkan tidak mampu menyentuh kebutuhan, keinginan atau permasalahan yang harus diselesaikan.

5. Dokter wajib membuat rekam medis

Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Rekam medis segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan. Setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan.

Berdasarkan Surat Keputusan Dirjen Yanmed No 78/1991 tenaga yang berhak membuat rekam medis di rumah sakit adalah: dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dokter gigi spesialis yang bekerja pada rumah sakit tersebut, dokter tamu pada rumah sakit tersebut, dokter residen yang sedang melaksanakan kepaniteraan klinik, tenaga paramedis keperawatan dan paramedis non perawatan yang terlibat langsung dalam pelayanan pasien seperti: perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium klinik, gizi, *anestesi*, penata *rontgen*, rehabilitasi medik, dokter luar

negeri yang melakukan alih teknologi kedokteran yang membuat rekam medis adalah dokter yang ditunjuk oleh direktur rumah sakit

Berdasarkan hasil wawancara dari beberapa informan tenaga medis menyatakan bahwa Implementasi aturan tersebut sudah diketahui sejak masa sekolah di Kedokteran. Hal ini juga telah dilakukan di rumah sakit dr.Abdul Rivai, berkas rekam medis pasien akan diisi, semua informan memahami dan berpendapat jika dokter wajib membuat rekam medis sesuai dengan tugas tanggung jawab dan wewenang masing-masing tenaga kesehatan termasuk dokter. Hanya saja untuk melengkapinya terkadang banyak kendala teknis yang dihadapi oleh dokter seperti dokter yang melayani tidak seimbang dengan pasien yang akan dilayani, waktu yang tidak cukup dan tidak sesuai dengan jumlah pasien yang akan dilayani. Terlalu banyaknya form isian rekam medis pasien yang harus diisi dan dilengkapi, kemudian dokter /pemberi pelayanan kadang mengharap berkas rekam medis diisi dan dilengkapi oleh petugas/ dokter pendamping sehingga akhirnya rekam medis tidak diisi dan dilengkapi.

Secara teoritis, terdapat tiga macam elemen respon yang dapat mempengaruhi kemampuan dan kemauan petugas untuk melaksanakan suatu kebijakan, antara lain pertama, pengetahuan (*cognition*), pemahaman dan pendalaman (*comprehension and understanding*) terhadap kebijakan, kedua, arah respon mereka apakah menerima, netral atau menolak (*acceptance, neutrality, and rejection*), dan ketiga, intensitas terhadap kebijakan.

6. Faktor pendukung dan penghambat

Faktor Pendukung

Berdasarkan beberapa teori yang dikemukakan oleh para ahli kebijakan, termasuk kebijakan menurut Van Meter dan Horn, faktor - faktor yang mendukung dan penghambat keberhasilan implementasi sebuah kebijakan adalah yaitu :

(a) Ukuran-ukuran dan tujuan kebijakan

Dalam implementasi, tujuan-tujuan dan sasaran-sasaran suatu program yang akan dilaksanakan harus diidentifikasi dan diukur karena implementasi tidak dapat berhasil atau mengalami kegagalan bila tujuan-tujuan itu tidak dipertimbangkan.

(b) Sumber-sumber kebijakan

Sumber-sumber yang dimaksud adalah mencakup dana atau perangsang (incentive) lain yang mendorong dan memperlancar implementasi yang efektif.

(c) Komunikasi antar organisasi dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan.

Implementasi dapat berjalan efektif bila disertai dengan ketetapan komunikasi antar para pelaksana.

(d) Karakteristik badan-badan pelaksana

Karakteristik badan-badan pelaksana erat kaitannya dengan struktur birokrasi. Struktur birokrasi yang baik akan mempengaruhi keberhasilan suatu implementasi kebijakan.

(e) Kondisi ekonomi, sosial dan politik; kondisi ekonomi, sosial dan politik dapat mempengaruhi badan-badan pelaksana dalam pencapaian implementasi kebijakan.

(f) Kecenderungan para pelaksana (*implementers*).

Intensitas kecenderungan-kecenderungan dari para pelaksana kebijakan akan mempengaruhi keberhasilan pencapaian kebijakan.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara kepada beberapa informan menjelaskan bahwa secara umum faktor pendukung implementasi kebijakan Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 di RSUD dr.Abdul Rivai Kabupaten Berau :

- a. Kesungguhan dan keseriusan Direktur dalam membenahi kekurangan dan keterbatasan yang ada di unit rekam medis dalam rangka menjaga mutu pelayanan kepada masyarakat, yang merupakan bagian dari kesuksesan pelaksanaan akreditasi rumah sakit.
- b. Dukungan dan *apresiasi* yang positif dari semua unit pelayanan di rumah sakit
- c. Komunikasi yang efektif dan koordinasi yang baik antara semua petugas yang terkait di pelayanan rekam medis
- d. Ketersediaan anggaran daerah dan rumah sakit yang akan dialokasikan untuk peningkatan pengelolaan rekam medis di rumah sakit.

Faktor Penghambat keberhasilan

Berdasarkan hasil observasi dan hasil wawancara kepada beberapa informan di rumah sakit dr.Abdul Rivai, yang menjadi faktor penghambat keberhasilan implementasi Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 adalah :

- a. Keterbatasan dan ketersediaan tenaga teknis perekam medis di rumah sakit
- b. Belum optimalnya bimbingan teknis, pelatihan, sosialisasi kegiatan dan pengelolaan rekam medis

- c. Keterbatasan pengetahuan dan keterampilan petugas yang berada di unit rekam medis yang berasal dari petugas umum rekam medis
- d. Komitmen dan tanggung jawab pelaksana/ petugas yang belum optimal
- e. Keterbatasan sarana dan prasarana penunjang kegiatan pengelolaan rekam medis

Berdasarkan beberapa teori yang dikemukakan oleh para ahli kebijakan, faktor penghambat keberhasilan implementasi sebuah kebijakan adalah

a. Isi kebijakan

Pertama, implementasi kebijakan gagal karena masih samarnya isi kebijakan, maksudnya apa yang menjadi tujuan tidak cukup terperinci, sarana-sarana dan penerapan prioritas, atau program-program kebijakan terlalu umum atau sama sekali tidak ada. Kedua, karena kurangnya ketetapan intern maupun ekstern dari kebijakan yang akan dilaksanakan. Ketiga, kebijakan yang akan diimplementasikan dapat juga menunjukkan adanya kekurangan-kekurangan yang sangat berarti. Keempat, penyebab lain dari timbulnya kegagalan implementasi suatu kebijakan publik dapat terjadi karena kekurangan-kekurangan yang menyangkut sumberdaya pembantu, misalnya yang menyangkut waktu, biaya/dana dan tenaga manusia.

b. Informasi

Implementasi kebijakan publik mengasumsikan bahwa para pemegang peran yang terlibat langsung mempunyai informasi yang perlu atau sangat berkaitan untuk dapat memainkan perannya dengan baik. Informasi ini justru tidak ada, misalnya akibat adanya gangguan komunikasi.

c. Dukungan

Pelaksanaan suatu kebijakan public akan sangat sulit apabila pada pengimplementasi tidak cukup dukungan untuk pelaksanaan kebijakan tersebut.

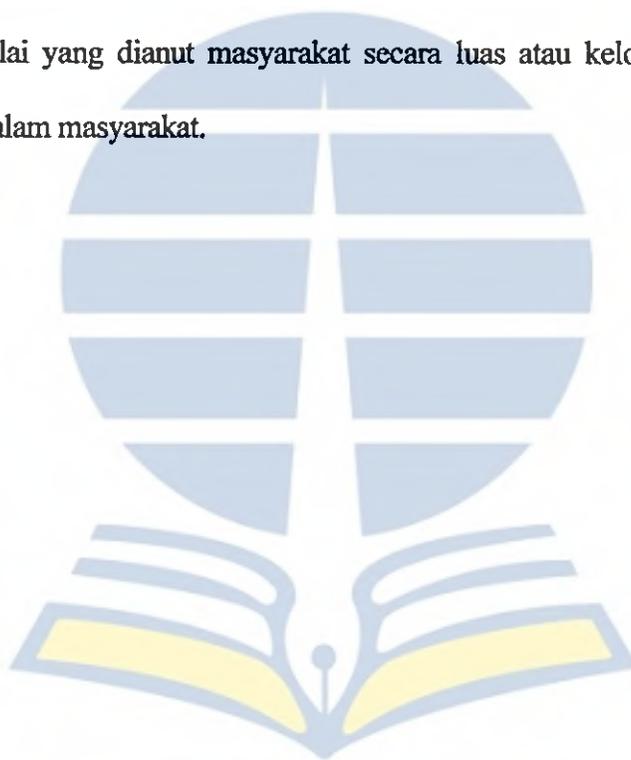
d. Pembagian potensi

Sebab musabab yang berkaitan dengan gagalnya implementasi suatu kebijakan publik juga ditentukan aspek pembagian potensi diantara para pelaku yang terlibat dalam implementasi. Dalam hal ini berkaitan dengan diferensiasi tugas dan wewenang organisasi pelaksana. Struktur organisasi pelaksanaan dapat menimbulkan masalah-masalah apabila pembagian wewenang dan tanggung jawab kurang disesuaikan dengan pembagian tugas atau ditandai oleh adanya pembatasan-pembatasan yang kurang jelas .

penyesuaian waktu khususnya bagi kebijakan-kebijakan yang controversial yang lebih banyak mendapat penolakan warga masyarakat dalam implementasinya. Faktor-faktor yang menyebabkan anggota masyarakat tidak mematuhi dan melaksanakan suatu kebijakan publik, yaitu :

- 1) Konsep ketidak patuhan selektif terhadap hukum, dimana terdapat beberapa peraturan perundang-undangan atau kebijakan publik yang bersifat kurang mengikat individu-individu:
- 2) Karena anggota masyarakat dalam suatu kelompok atau perkumpulan mereka mempunyai gagasan atau pemikiran yang tidak sesuai atau bertentangan dengan peraturan hukum dan keinginan pemerintah:

- 3) Keinginan untuk mencari keuntungan dengan cepat diantaranya anggota masyarakat yang mencenderungkan orang bertindak dengan menipu atau dengan jalan melawan hukum:
- 4) Ketidakpastian hukum atau ketidakjelasan “ukuran” kebijakan yang mungkin saling bertentangan satu sama lain, yang dapat menjadi sumber ketidakpatuhan orang pada hukum atau kebijakan publik:
- 5) Apabila suatu kebijakan ditentang secara tajam (bertentangan) dengan sistem nilai yang dianut masyarakat secara luas atau kelompok-kelompok tertentu dalam masyarakat.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Implementasi Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis di RSUD dr.Abdul Rivai belum optimal,hal ini terkait dengan faktor kebijakan dan tujuan kebijakan, ketersediaan sumberdaya, komunikasi, karakteristik organisasi internal rumah sakit,sikap para *implementor* dan lingkungan sosial ekonomi dan politik,ditunjukkan dengan beberapa fakta yang ditemui di saat penelitian yaitu mulai dari sistem penerimaan pasien dan pelayanan di loket rawat jalan dan rawat inap sampai dengan pengelolaan rekam medis di unit rekam medis sendiri, dari sistem pencatatan, pengumpulan, pengolahan,analisis data, pendistribusian rekam medis, penyimpanan rekam medis, sampai dengan rekam medis siap menjadi sebuah laporan atau suatu sistem informasi rumah sakit,hasilnya sesuai dengan fokus penelitian secara rinci dapat dijelaskan sebagai berikut :

- a. Masih banyaknya berkas rekam medis pasien baik berkas rekam medis rawat jalan,rawat inap dan IGD yang tidak diisi dengan lengkap, baik dari data umum/sosial pasien, *resume* medis maupun kelengkapan nama dari petugas pemberi pelayanan /dokter.
- b. Pengelolaan Rekam medis secara elektronik belum dilakukan, saat ini rumah sakit terus berupaya untuk membenahi keterbatasan di unit pelayanan rekam medis, baik dari sarana berupa pembangunan dan pemasangan jaringan, penambahan tenaga dan fasilitas rekam medis . Aturan berupa Kebijakan,

Pedoman dan SOP sudah ada, namun sosialisasi peraturan secara tertulis berupa edaran ke setiap unit pelayanan belum optimal. Masih terbatasnya tenaga Perkam medis yang faham tentang pengelolaan rekam medis yang ideal, meskipun dibantu dengan tenaga administrasi umum, hasilnya pun kurang optimal.

- c. Pengelolaan rekam medis pasien dalam keadaan bencana /wabah/kejadian luar biasa belum diimplementasikan dengan baik dan optimal. Hal ini diketahui dari ketersediaan data *surveilans* pasien yang tidak akurat, form khusus/lembar rekam medis khusus untuk pasien dalam kondisi bencana /wabah tidak tersedia.
- d. Meskipun implementasi isi/form berkas rekam medis dalam pelayanan dokter di rumah sakit sudah mengikuti standar/ketentuan rekam medis namun dalam pelayanan, masih sering ditemukan kekurangan ketersediaan lembaran rekam medis tertentu yang diperlukan oleh unit pelayanan, khususnya di rawat inap.
- e. Pada umumnya dokter telah mengetahui dan merasa paham terhadap kewajibannya untuk mengisi berkas rekam medis, namun karena berbagai faktor dan kendala sehingga berkas rekam medis pasien tidak diisi dengan lengkap dan jelas. Berdasarkan hasil wawancara, faktor komitmen yang kuat dan rasa tanggung jawab itu sangat penting dimiliki oleh seorang petugas pemberi pelayanan, sehingga meskipun sibuk melayani pasien diharapkan bisa menyisihkan waktunya untuk melengkapi berkas rekam medis pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Petugas rekam medis juga mempunyai

kewajiban untuk menganalisis kembali berkas rekam medis pasien yang tidak jelas dan lengkap agar dapat dikembalikan ke unit pelayanan tempat dokter memberi pelayanan, komunikasi yang baik antar petugas rekam medis, dokter dan perawat/ kepala ruangan harus tetap dibina dan dijaga untuk meningkatkan pelayanan di setiap unit.

2. Faktor pendukung dan penghambat implementasi kebijakan rekam medis di RSUD dr.Abdul Rivai

Faktor pendukung terlaksananya implementasi rekam medis di rumah sakit antara lain :a) dukungan direktur dan semua petugas agar bisa menjalin komunikasi dengan baik dengan petugas di unit pelayanan, b) ketersediaan anggaran dan pemenuhan fasilitas sarana dan prasarana di unit rekam medis, c) adanya kebijakan program Akreditasi rumah sakit yang dapat menjembatani meningkatkan kualitas pelayanan di unit rekam medis

Faktor kendala dalam implementasi penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit adalah, keterbatasan tenaga teknis unit rekam medis yang dapat mengelola dengan baik pekerjaan yang ada di unit rekam medis, Komunikasi dalam hal Sosialisasi berupa surat edaran tentang kebijakan, petunjuk teknis dan SOP ke setiap unit pelayanan belum terlaksana dengan baik, komitmen dan kesadaran petugas untuk dapat bekerja dengan baik sesuai dengan tanggung jawabnya, pemberian *reward* dan *punishment* kepada petugas belum diterapkan.

B. Saran

Berdasarkan hasil analisis penelitian, yang dapat disarankan oleh penulis antara lain:

1. Dukungan dan apresiasi dari Direktur dan seluruh petugas yang terkait dengan penyelenggaraan rekam medis di RSUD dr. Abdul Rivai yang selama ini berjalan cukup baik perlu dipertahankan dan dipelihara
2. Komunikasi dan koordinasi yang sudah terjalin baik hendaknya tetap dipertahankan dan diberikan apresiasi kepada petugas yang telah melaksanakan dengan baik
3. Bagi Petugas Rekam Medis, kiranya dapat meningkatkan partisipasi dan memotivasi petugas dan pemberi pelayanan, sosialisasi dalam bentuk menyampaikan surat edaran ke setiap unit pelayanan terkait Peraturan, Kebijakan, Pedoman dan SOP rekam medis termasuk penentuan diagnose pasien yang sesuai ketentuan ICD X.
4. Perlu adanya pelaksanaan Monitoring dan evaluasi terjadwal kepada para petugas baik untuk administrasi rekam medis, petugas rekam medis dan juga pemberi pelayanan medis di unit pelayanan.
5. Kepala Instalasi Rekam Medis kiranya dapat mengaktifkan kembali petugas rekam medis yang mampu menganalisis berkas rekam medis pasien
6. Direktur Perlu memberikan *reward* dan *punishment* kepada petugas yang berprestasi
7. Sub Bagian Perencanaan koordinasi dengan Kepala Instalasi Rekam Medis untuk menjadwalkan dan mengusulkan untuk mengikuti pelatihan teknis rekam medis untuk petugas rekam medis.

DAFTAR PUSTAKA

Artikel/Jurnal

Susanto, Adhi.Yulianingsih, ZA'Immatun. N. (2014). *Implementasi Sistem Informasi Rekam Medis dengan menggunakan pendekatan FAST (Frame Work For The Application of System Techniquest) Untuk mendukung Evaluasi PelayananRSU Tangerang. Seminar Nasional Teknologi Informasi dan Komunikasi 2014 (Sentika 2014) Yogyakarta 15Maret 2014*

Analisis Kelengkapan Pengisian Resume Medis Pasien Hyperplasia of Prostate pada dokumen RM 2014

Kepmenkes RI. (2007). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 377 Tahun 2007 .Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan,Jakarta*

Firdayanti.M. Perancangan dan Implementasi Rekam Medis Pasien Umum Di Rumah Sakit Aisyiyah Muhammadiyah Padang Menggunakan PHP dan MySQL .Universitas Andalas

Giyana.F (2012). Analisis Sistem Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang.*Jurnal Kesehatan Masyarakat, Vol 1, Nomor 2, Tahun 2012,48-61*

Kartika,A.R.(2014). *Implementasi Sistem Rekam Medik Elektronik Berbasis Teknologi Cloud Server Berskala Nasional (Studi Kasus RSUP dr.Soeradji Tirtonegoro Klaten) Sekolah Tinggi Manajemen Teknik Informatika komputer Amikom Yogyakarta.Yogyakarta.2014*

Rezeki,sri (2014). *Kajian Pelaksanaan Rekam Medis Gigi Rawat Jalan Di Puskesmas Kota Pontianak.Kajian Pelaksanaan Rekam Medis Gigi Rawat Jalan Di Puskesmas.Indidental,Vol 1,November 2014*

H:/jurnal%20rekam%20MEDIK/01 fut-107nu4sri.pdf. diunggah pada tanggal 08/10/2016 pukul:09:08

Sukamto,Wahyu,B.S,(2012). *Sistem Terpadu Rekam Medik Rumah Sakit Dengan Smart Card.Jurnal Informatika Vol 6, Nomor 1, Januari 2012*

Buku:

- Dunn, William N. (2003). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik (Edisi kedua)*. Bandung: Gadjah Mada University Press.
- Dwijowijoto, Nugroho. R. (2003). *Kebijakan Publik: Formulasi, Implementasi dan Evaluasi*. Jakarta: Gramedia
- Edward III, George C. (1980), *Implementing Peraturan Public Policy*. Congressional Quarterly Press Evans: Washington DC.;
- Ekowati, MRL. (2005). *Perencanaan 2005, Implementing & Evaluasi atau Program Surakarta: Pustaka cakra Solo*
- Hamdi, Muchlis. (2014). *Materi Pokok Metodologi Penelitian Administrasi*. UT: Tangerang.
- Hardiansyah. (2011). *Kualitas Pelayanan Publik: Konsep, Dimensi, Indikator dan Implementasinya*. Yogyakarta: Gava Media
- Herdiansyah, Haris. (2010). *Metode Penelitian Kualitatif Untuk Ilmu-Ilmu Sosial*. Jakarta: Salemba Humanika .
- Islamy, Fajar. (2007). *Prinsip-prinsip Perumusan Kebijakan Negara*. Jakarta. Bumi Aksara
- Kickert, Walter, Erik H K, Joop K, (1997). *Managing Complex Networks: Strategies for the Public Sector*
- Khariza, Hubaib Alif. (2010). *Studi Deskriptif*
- Murdick. R. G. (1991) *Sistem Informasi untuk Manajemen Modern*
- Nugroho, R. D. (2014). *Metode penelitian kebijakan (cetakan II)* Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Rustiyanto, Ery. (2009). *Etika Profesi Perkam Medik dan Informasi Kesehatan Yogyakarta : Graha Ilmu*
- Rustiyanto, Ery. (2012). *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang Terintegrasi (cetakan kedua edisi revisi)* Yogyakarta : Gosyen Publishing
- Sabarguna, B.S.H. (2009). *Keselamatan dan Keamanan pada Rekam Medis terkomputerisasi (cetakan pertama)*. Jakarta: Universitas Indonesia (UI-Press)
- Supriyanto, S & Ernawati, (2010). *Pemasaran Industri jasa kesehatan, Buku Dalam penulisan pengertian Rumah Sakit dan Tugas rumah sakit*. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- Solichin, A.W. (2008). *Analisis Kebijakan: Dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara (edisi kedua)*. Jakarta: Bumi Aksara

- Sobirin, Ahmad. (2002). *Budaya Organisasi: Pengertian, Makna dan Aplikasinya Dalam Kehidupan Organisasi*. UUP STIM YKPN.
- Subarsono, AG. (2011). *Analisis Kebijakan Publik (Konsep, Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Putra Pelajar .
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Suwitri, Sri, dkk. (2014). *Modul: Analisis Kebijakan Publik*. UT: Tangerang
- Tangkilisan, Hesel.N. (2003). *Implementasi Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Lukman Offset YAPI
- Wibawa, S, dkk. (1994). *Evaluasi Kebijakan Publik*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Winarno, B. (2008). *Kebijakan Publik: Teori dan Proses Kebijakan Publik*. Jakarta: PT. Buku Kita.

Dokumen :

- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tenaga Kesehatan
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Kesehatan
- Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Praktek Kedokteran
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 269 Tahun 2008 Rekam Medis
- Dinkes-87(1).pdf diunggah pada 11/ 12/2016 pukul 04:49
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2014 Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien .
- Peraturan Menteri kesehatan Nomor 512/ menkes/per/IV/2007/Praktek dan pelaksanaan praktek Kedokteran

Naskah Publikasi

- Aditya R.K. (2014). *Implementasi Sistem Rekam Medik Elektronik Berbasis Teknologi Cloud Server Berskala Nasional (Studi Kasus RSUP dr.Soeradji Tirtonegoro Klaten) Sekolah Tinggi Manajemen Teknik Informatika komputer Amikom Yogyakarta.Yogyakarta.2014*

Tesis :

- Abdurrahman.A.(2012). *Analisis Sumber Daya Manusia pada bidang Rekam Medis Rumah Sakit Umum Daerah Cut Meutiah Kabupaten Aceh Utara.Tugas Akhir Program Magister, Magister Administrasi Publik, Universitas Terbuka*
- Angga,D. (2015). *Sistem Informasi Rekam Medik Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Mitra Mulya Husada Bandar Jaya Kabupaten Lampung Tengah. Skripsi Fakultas Teknik Universitas Lampung Bandar Lampung.2015*
- Alam, Syamsu. (2016). *Peranan Kepemimpinan Camat Dalam Meningkatkan Kinerja Pegawai di Kantor Camat Sambutan Kota Samarinda.Tesis Universitas Mulawarman*
- Bahiyah,N. (2010). *Sistem Informasi rekam medis rumah sakit KIA PKU Muhammadiyah Kota Gede*
- Dasopang,A.P. (2013). *Analisis dan Perancangan Sistem Informasi Rekam Medis di Puskesmas Gondokusuman I Yogyakarta.*
- Dameria F.P.(2008). *Analisis Implementasi Kebijakan refungsi Ruang terbuka Hijau (RTH) di Taman Ayudia,Barito*
- Firdayanti .M. *Perancangan dan Implementasi RM pasien poli umum di RSUD Aisyah Muhammadiyah Padang menggunakan PHP dan MySQL: repo.unada.ac.id.276/i/jurnal_1%2520meriza.pdf.diunggah pada tanggal 8/10/2016,pukul08:59*
- Khariza, Hubaib Alif. (2010) . *Studi Deskriptif*
- Lasmani.P.(2013). *Evaluasi Implementasi RM terintegrasi di Instalasi RI RSUP dr.Sardjito .FKM Univ.UGM Yogyakarta.*
- Nurdiansyah,S.G.(2014). *Sistem Informasi Rekam Medis di Puskesmas Panjaitan I Kabupaten Kulon Progo*
- Rosida, Eli. (2016). *Efektivitas Kerja Pegawai Negeri Sipil di Kantor Dinas Kehutanan Kabupaten Kutai Barat.*
- Wagiarti.S.(2013).*Analisis Implementasi PP Nomor 53 Tahun 2010 tentang Disiplin Pegawai di Pemerintah Kabupaten Sumbawa Barat.Pascasarjana UT. Jakarta.*

Dokumen dari Internet,halaman web

Model- Proses Implementasi-Kebijakan (Van Mater dan Van Horn)

<http://mulyono.staff.uns.ac.id/2009/05/26/public.scholsmanagement/model-proses-implementasi-kebijakan> (Van Mater and Van Horn)

Teori Kebijakan

<http://tesisdisertasi.blogspot.com/2010/03/teori-kebijakan/html> **diunggah pada tanggal 7-10- 2016 pukul 09:17**

Analisis Kebijakan Publik

[//repository.ut.ac.id/id/Analisis eprint/829](http://repository.ut.ac.id/id/Analisis_eprint/829)

<https://cool.ac.uk/download/pdf/1170254.pdf>

<http://kelompok3okepunya.blogspot.co.id>

Rekam Medis Bencana

<http://rekammedisjanuarilham.blogspot.co.id/2016/02/rekam-medis-bencana-disaster-medical.html> **diunggah pada tanggal 5/1/ 2017 Pukul 13.23**

<http://ejournal.unsrat.a.id>

www.depkes.go.id.tanggal **13 maret 2013**

Rumah Sakit dan Tujuannya

[www.pengertian-pakar.com/2015/05/pengertian rumah sakit dan tujuannya.html](http://www.pengertian-pakar.com/2015/05/pengertian-rumah-sakit-dan-tujuannya.html)

<https://kertyawitaradya.files.wordpress.com/2010/04/model-van-horn-jpg>

[https://id.wikipedia.org/wiki/rumah sakit.dlihatya.com/296/pengertian rumah sakit menurut para ahli:kedaiobatcocc](https://id.wikipedia.org/wiki/rumah_sakit.dlihatya.com/296/pengertian_rumah_sakit_menurut_para_ahli:kedaiobatcocc) [wordpress.com/2010/05/94/definisi-tugas dan fungsi rumah sakit](https://wordpress.com/2010/05/94/definisi-tugas_dan_fungsi_rumah_sakit)

[https:// kedaiobat.cocc.wordpress.com/2010/05/94/definisi-tugas dan fungsi rumah sakit menurut WHO](https://kedaiobat.cocc.wordpress.com/2010/05/94/definisi-tugas_dan_fungsi_rumah_sakit_menurut_WHO)

[https://afieldburhanuddin.wordpress.com/2013/15/21/pengumpulandata-dan/instrumen penelitian](https://afieldburhanuddin.wordpress.com/2013/15/21/pengumpulandata-dan/instrumen_penelitian)

[https://wyw.scribd.com/dcc.927937272/sampling-daninforman-dalam penelitian-kualitatif](https://wyw.scribd.com/dcc.927937272/sampling-daninforman-dalam_penelitian-kualitatif)

[https://tatangmanguny.wordpress.com/2009/040/21.subjek-respondendan informan.penelitian](https://tatangmanguny.wordpress.com/2009/040/21.subjek-respondendan_informan.penelitian)

dinkes.surabaya.go.id/portal/files/permenkes/dokdinkes.87.pdf

[nurulsakinah.blogspot.com/2013/02/defenisi-rek-medis-menurut para ahli](http://nurulsakinah.blogspot.com/2013/02/defenisi-rek-medis-menurut_para_ahli)

[repository.usu.ac.id/bitsteam/123456789/46381.tinjauan pustaka](http://repository.usu.ac.id/bitsteam/123456789/46381.tinjauan_pustaka)

rekammedisirsas.blogspot.com/2015/02/rekam-medis-html

Teori Rumah Sakit

bemfikkes.unimus.ac.id/download.php.landasan teoritentang rumah sakit.

Teknik Pengumpulan Data

rosintaunesia.blogspot.co.id/2012/01/instrumen.dan.teknik-pengumpulan-data.html

Smkn20.ucoz.com.metode penelitian.

Sistem Informasi Rekam Medis

skripsi.thesis.disertasi.karya ilmiah.instrumen penelitian lengkap

<http://hospotshield.blogspot.co.id/2015/10/landasan-teori-sistem-informasi->

[rekam.html](#)







UNIVERSITAS TERBUKA

UNIVERSITAS TERBUKA

Unit Program Belajar Jarak Jauh (UPBJJ-UT) Samarinda

Jl. H.A.M.M. Rifadin, Samarinda Sebrang 75131

Telepon: 0541-7269108, Faksimile: 0541-7269109

E-mail: samarinda@ut.ac.id

Nomor : 022/UN31.46/LL/2017 Samarinda, 09 Januari 2017
 Lampiran : -
 Hal : Permohonan Ijin Pengumpulan Data Penelitian
 Yth : Kepala RSUD Dr. Abdul Rivai Kabupaten Berau

Sehubungan dengan rencana kegiatan persiapan penyusunan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) mahasiswa Program Magister Ilmu Administrasi Bidang Minat Administrasi Publik (MAP) UPBJJ-UT Samarinda Pokjar Kabupaten Berau Provinsi Kalimantan Timur, kami sampaikan bahwa mahasiswa atas nama:

Nama : MARDIA
 NIM : 500895263
 Judul : Implementasi kebijakan Peraturan menteri kesehatan nomor 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis di rumah sakit dr.Abdul Rivai Tanjung Redeb Kab.Berau
 Pembimbing : 1. Dr. Rita Kala Linggi
 2. Dr. Ir. Soesilo Wibowo, M.S

Bermaksud akan melakukan survey atau pengumpulan data penelitian sesuai dengan judul TAPM tersebut.

Sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon bantuan dan perkenannya dari Kepala RSUD Dr. Abdul Rivai Kabupaten Berau kiranya untuk dapat mengizinkan mahasiswa tersebut mengadakan pengumpulan data.

Demikian permohonan ini kami sampaikan kiranya untuk dapat diproses lebih lanjut. Atas perhatian dan kerjasamanya, diucapkan terima kasih.

Kepala
 UPBJJ-UT Samarinda

 Dr. Meita Istiana, S.IP, M.Si
 NIP. 19670519 198701 2 001

Tembusan:

1. Pembantu Rektor I dan III
2. Direktur PPs
3. Dosen Pembimbing
4. Mahasiswa Ybs

Lampiran : 01 : Pedoman Wawancara

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM :

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 269 TAHUN 2008 TENTANG REKAM MEDIS DI RSUD dr.ABDUL RIVAI TANJUNG REDEB KABUPATEN BERAU

IDENTITAS

NAMA :

UMUR :

JENIS KELAMIN :

PENDIDIKAN :

JABATAN :

KETERANGAN :

WAWANCARA :

LAMANYA :

STAF REKAM MEDIS :

1. Bagaimana cara pelayanan /alur Rekam Medis kepada Pasien di RSUD dr.Abdul Rivai
2. Bagaimana Pelaksanaan Sistem Pengelolaan Rekam Medis Di RS ini,
3. Bagaimana menurut Anda Jika Rumah Sakit menggunakan Sistem Rekam Medis Elektronik yang Bisa Online dengan Sistem yang ada di RS ini?
4. Apakah Rumah Sakit sudah mempunyai kebijakan tentang penyelenggaraan Rekam Medis
5. Apakah Penyelenggaraan Rekam Medis ini sudah di sosialisasikan kepada petugas terkait,seperti kepala ruangan,Dokter Spesialis,dokter Umum,dan Dokter Gigi.baik petugas yang baru maupun yang lama
6. Apakah Penyelenggaraan Rekam Medis Di rumah sakit masih berpedoman kepada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 tahun 2008, atau ada pedoman yang lain.
7. Jika masih berdasarkan Permenkes tersebut di atas,apakah anda mengetahui apa saja isi yang ada dalam Peraturan tersebut terkait penyelenggaraan rekam Medis di Rumah Sakit
8. Apakah tugas anda selaku staf Rekam Medis
9. Apakah Saudara Pernah mengikuti Pelatihan Rekam Medis atau Sosialisasi Rekam Medis di tempat lain.
10. Kendala/ masalah apa saja yang dihadapi pada pelaksanaan rekam medis ini selaku petugas rekam medis
11. Bagaimana dengan fasilitas Penunjang,apakah sudah memadai ?
12. Dalam mengelola Data Rekam Medis,apakah SDM cukup terlatih atau profesional ?
13. Menurut saudara faktor apa saja yang mendukung kelancaran tugasnya selaku petugas rekam medis

Pertanyaan Untuk Direktur dan Petugas RM :

1. Apakah Bagian RMRS Mempunyai system yang berisi pencarian RM dengan Pelayanan 24 Jam
2. Apakah RS dr Abdul Rivai mempunyai kepala Bagian RM yang bertanggung jawab atas pengelolaan Sumberdaya ?
3. Apakah RS mempunyai kebijakan agar Informasi dalam RM tidak hilang,tidak rusak atau digunakan oleh orang yang tidak berhak ?
4. Apakah Bagian RM mempunyai SPO/prosedur tertulis yang menyatakan bahwa Pengisian Rekam Medis harus Lengkap dan Jelas yang akan diisi oleh Petugas/Dokter yang melayani termasuk Pembubuhan tanda tangan.
5. Apakah Bag RM RS dr.Abdul Rivai mempunyai kebijakan yang dapat menunjang perawatan pasien berkelanjutan.seperti
 - a. Kebijakan tertulis mengenai batas waktu pengembalian rekam medis
 - b. Ada kebijakan tertulis mengenai batas waktu pengembalain RM
 - c. Ada Kebijakan Penyimpanan RM Aktif
 - d. Ada Kebijakan Penyimpanan RM Non Aktif
6. Apakah ada panduan kerja tertulis mengenai Dokter,perawat dan paramedis non perawatan yang bertanggungjawab atas kebenaran dan ketepatan pengisian RM ,seperti peraturan Pengisian Rekam Medis,antara lain :
 - a. Riwayat Penyakit dan hasil Pemeriksaan sudah harus lengkap dalam 24 jam setelah pasien di rawat dan sebelum tindakan operasi
 - b. Tindakan pembedahan dan prosedur lain harus segera dilaporkan setelah tindakan paling lambat pada hari yang sama
 - c. Semua Rekam Medis harus segera dilengkapi paling lambat 14 hari setelah pasien pulang bila tes dan otopsi belum ada
 - d. semua rekam medis diberi kode dan indeks dalam waktu 1 bulan setelah pasien pulang?
7. Apakah Isi Rekam Medis cukup rinci sehingga mempunyai kegunaan sebagai berikut :
 - a. Pasien mendapatkan Informasi yang berkesinambungan tentang perawatannya
 - b. Ada Informasi yang efektif antara Dokter dan Perawat
 - c. Konsulen mendapat Informasi yang dibutuhkan
 - d. Dokter lain dapat menilai pelayanan pasien
 - e. Dapat menilai kualitas pelayanan saat itu atau secara retrospektif.

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM :

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 269 TAHUN 2008
TENTANG REKAM MEDIS DI RSUD dr.ABDUL RIVAI TANJUNG REDEB KABUPATEN BERAU**

IDENTITAS

NAMA :
 UMUR :
 JENIS KELAMIN :
 PENDIDIKAN :
 JABATAN :
 KETERANGAN :
 WAWANCARA :
 LAMANYA :

KEPALA INSTALASI REKAM MEDIS :

1. Bagaimana cara pelayanan /alur Rekam Medis kepada Pasien di RSUD dr.Abdul Rivai
2. Bagaimana Pelaksanaan Sistem Pengelolaan Rekam Medis Di RS ini,
3. Bagaimana menurut Anda Jika Rumah Sakit menggunakan Sistem Rekam Medis Elektronik yang Bisa Online dengan Sistem yang ada di RS ini?
4. Apakah Rumah Sakit sudah mempunyai kebijakan tentang penyelenggaraan Rekam Medis
5. Apakah Penyelenggaraan Rekam Medis ini sudah di sosialisasikan kepada petugas terkait,seperti kepala ruangan,Dokter Spesialis,dokter Umum,dan Dokter Gigi.baik petugas yang baru maupun yang lama
6. Apakah Penyelenggaraan Rekam Medis Di rumah sakit masih berpedoman kepada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 tahun 2008, atau ada pedoman yang lain.
7. Jika masih berdasarkan Permenkes tersebut di atas,apakah anda mengetahui apa saja isi yang ada dalam Peraturan tersebut terkait penyelenggaraan rekam Medis di Rumah Sakit
8. Apakah tugas anda selaku staf Rekam Medis
9. Apakah Saudara Pernah mengikuti Pelatihan Rekam Medis atau Sosialisasi Rekam Medis di tempat lain.
10. Kendala/ masalah apa saja yang dihadapi pada pelaksanaan rekam medis ini selaku petugas rekam medis
11. Bagaimana dengan fasilitas Penunjang,apakah sudah memadai ?
12. Dalam mengelola Data Rekam Medis,apakah SDM cukup terlatih atau profesional ?

13. Menurut saudara faktor apa saja yang mendukung kelancaran tugasnya selaku kepala Instalasi Rwt Jalan.

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM :

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 269 TAHUN 2008 TENTANG REKAM MEDIS DI RSUD dr.ABDUL RIVAI TANJUNG REDEB KABUPATEN BEAU

IDENTITAS

NAMA :
 UMUR :
 JENIS KELAMIN :
 PENDIDIKAN :
 JABATAN :
 KETERANGAN :
 WAWANCARA :
 LAMANYA :

Pedoman wawancara Untuk Dokter :

A.Kelengkapan Rekam Medis

1. Apakah anda mengetahui dengan jelas bahwa di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 menjelaskan bahwa Rekam Medis Harus dibuat secara tertulis lengkap dan jelas atau secara Elektronik?
2. Apakah anda pernah mempelajari atau pernah mendapatkan penjelasan/sosialisasi/pelatihan tentang Penyelenggaraan Rekam Medis di RS atau di Pelayanan Kesehatan
3. Menurut Anda, Isi Rekam Medis Pasien minimal tentang apa saja?
4. Menurut anda Bagaimana Pelaksanaan Sistem Pengelolaan Rekam Medis Di RS ini, Apakah sesuai dengan standard dan prosedur yang ada?
5. Menurut anda,apakah pencetakan form Rekam Medik sudah baik kualitasnya (jelas terbaca dan mudah dilaksanakan)
6. Bagaimana ketersediaan form rekam medis ,apakah selalu tersedia disaat anda ingin mengisinya ?
7. Menurut anda,bagaimana tentang kelengkapan isi rekam medis,apakah sudah cukup mewakili data atau informasi yang diperlukan dalam pelayanan dokter,mulai dengan identitas pasien sampai dengan rencana tindak lanjut terhadap pasien? Atau anda masih perlu menambahkan hal yang masih dianggap penting dalam pelayanan pasien ?

8. Apakah ada Standar Operating Prosedure (SOP)/Pedoman /panduan tertulis untuk pelaksanaan pengisian Rekam Medis yang dilakukan oleh petugas /pemberi pelayanan?
9. Bagaimana menurut Anda Jika Rumah Sakit menggunakan Sistem Rekam Medis Elektronik yang Bisa Online dengan Sistem yang ada di RS ini?
10. Apakah bagian RM membuat ringkasan penyakit yang dibuat 14 hari setelah pasien pulang ?
11. Siapa yang membuat ringkasan tersebut ?
12. Menurut anda hal-hal apa saja yang terdapat dalam ringkasan penyakit?
 - a. Diagnosa
 - b. Prosedur tindakan yang dilakukan
 - c. Rencana pemeriksaan lanjutan
 - d. Instruksipada pasien,bila perlu
13. Apakah Rekam rekam medik RS dr.Abdul Rivai sudah mencantumkan diagnose waktu pasien diterima oleh dokter ?
14. Menurut anda,kendala apa saja yang sering dihadapi sehingga mengalami kesulitan dalam hal mengisi berkas Rekam Medis secara lengkap dan jelas

B. Penggunaan Sistem Rekam Medis Elektronik

Di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 tTahun 2008 dijelaskan bahwa penyelenggaraan rekam medis dengan menggunakan Teknologi Informasi elektronik yang akan diatur dengan peraturan tersendiri.

1. Bagaimana menurut Anda Jika Rumah Sakit menggunakan Sistem Rekam Medis Elektronik yang Bisa Online dengan Sistem yang ada di RS ini?
2. Apakah anda sudah pernah mendapatkan atau melaksanakan pengelolaan Sistem Rekam Medis secara digital/elektronik di tempat lain?
3. Apakah anda sudah pernah menyarankan atau memberi masukan kepada pemangku kebijakan agar pengelolaan system informasi rekam medis dilakukan secara digital elektronik/link dengan system yang ada di rumah sakit ?

C. Rekam Medis Pasien dalam Kondisi KLB/ Bencana

1. Apakah anda pernah melayani/ mengisi Rekam Medis Pasien yang berada dalam keadaan/kondisi Kejadian Luar Biasa atau Pasien yang tertimba Bencana?
2. Menurut anda,hal-hal apa saja yang harus diidentifikasi kepada pasien yang tertimpa bencana selain isi rekam medis untuk pelayanan pasien gawat darurat
3. Menurut Anda,bagaimana sistem penanganan pasien yang mengalami kejadian luar biasa /yang tertimpa bencana,apakah sudah tersedia, ada pedoman /Prosedur (SOP) yang harus dilakukan oleh petugas/Dokter ?
4. Menurut anda,selama bekerja di rumah sakit ini,apakah Pengelolaan data Rekam Medik terkait pasien KLB/yang terkena bencana sudah tersedia dalam bentuk informasi/data yang akurat dan dapat dijadikan sebagai dasar untuk menanggulangi KLB/Bencana ?

D. Isi rekam Medis Dalam Pelayanan Dokter

1. Menurut Anda apakah Isi rekam medis untuk pelayanan Dokter Spesialis/Dokter Umum/Dokter Gigi dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan
2. Apakah RS mempunyai kebijakan agar Informasi dalam RM tidak hilang,tidak rusak atau digunakan oleh orang yang tidak berhak ?
3. Apakah Bagian RM mempunyai SPO/prosedur tertulis yang menyatakan bahwa Pengisian Rekam Medis harus Lengkap dan Jelas yang akan diisi oleh Petugas/Dokter yang melayani termasuk Pembubuhan tanda tangan.
4. Apakah Bag RM RS dr.Abdul Rivai mempunyai kebijakan yang dapat menunjang perawatan pasien berkelanjutan.seperti
 - a.Kebijakan tertulis mengenai batas waktu pengembalian rekam medis
 - b.Ada kebijakan tertulis mengenai batas waktu pengembalian RM
 - c. Ada Kebijakan Penyimpanan RM Aktif
 - d.Ada Kebijakan Penyimpanan RM Non Aktif
5. Apakah ada panduan kerja tertulis mengenai Dokter,perawat dan paramedis non perawatan yang bertanggungjawab atas kebenaran dan ketepatan pengisian RM ,seperti peraturan Pengisian Rekam Medis,antara lain :
 - a. Riwayat Penyakit dan hasil Pemeriksaan sudah harus lengkap dalam 24 jam setelah pasien di rawat dan sebelum tindakan operasi
 - b. Tindakan pembedahan dan prosedur lain harus segera dilaporkan setelah tindakan paling lambat pada hari yang sama
 - c. Semua Rekam Medis harus segera dilengkapi paling lambat 14 hari setelah pasien pulang bila tes dan otopsi belum ada
 - d. semua rekam medis diberi kode dan indeks dalam waktu 1 bulan setelah pasien pulang?
7. Menurut anda apakah Isi Rekam Medis cukup rinci sehingga mempunyai kegunaan sebagai berikut :
 - a. Pasien mendapatkan Informasi yang berkesinambungan tentang perawatannya
 - b. Ada Informasi yang efektif antara Dokter dan Perawat
 - c. Konsulen mendapat Informasi yang dibutuhkan
 - d. Dokter lain dapat menilai pelayanan pasien
 - e. Dapat menilai kualitas pelayanan saat itu atau secara retrospektif.

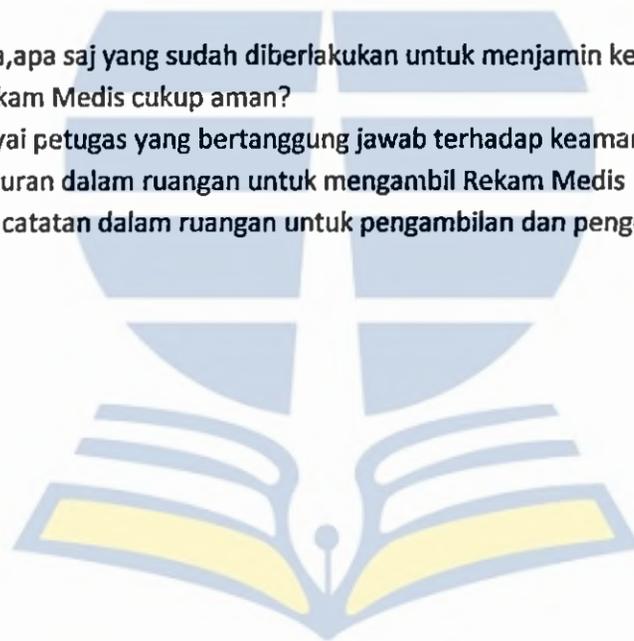
E. Kewajiban Dokter Untuk Membuat Rekam Medis

1. Apakah anda mengetahui dan memahami bahwa salah satu kewajiban Dokter /Dokter Gigi adalah membuat Rekam Medis ,sebagaimana yang telah diatur di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 pada pasal 5 , menyatakan bahwa salah satu tata cara penyelenggaraan Rekam Medis adalah Setiap Dokter dan atau Dokter Gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis.
2. Menurut anda,mengapa masih ada dokter.yang belum dapat melengkapi dan membuat rekam medis secara jelas terbaca dan terinci.dengan baik,termasuk pembubuhan tanda tangan Dokter ?

3. Apakah anda mengetahui dan sudah memahami bahwa Dokter/Dokter Gigi dan atau tenaga kesehatan tertentu bertanggung jawab atas catatan dan atau dokumen yang di buat pada rekam medis.
4. Menurut anda apakah ruangan rekam medis rumah sakit ini sudah cukup menjamin bahwa rekam medis aktif dan non aktif tidak hilang,rusak,atau diambil oleh yang tidak berhak.

Pertanyaan Untuk Petugas Penyimpanan

1. Bagaimana Menurut anda lokasi atau ruang tempat penyimpanan berkas Rekam medik ?
2. Apakah Lokasi unit Rekam Medis memungkinkan pengambilan dan pendistribusian rekam medis lancar ?
3. Menurut anda,apakah rumah sakit ini mempunyai ruang pengimpanan dokumen yang cukup untuk rekam medis aktif dan non aktif sesuai dengan peraturan yang berlaku
4. Menurut anda apakah ruangan rekam medis rumah sakit ini sudah cukup menjamin bahwa rekam medis aktif dan non aktif tidak hilang,rusak,atau diambil oleh yang tidak berhak
- 5.
6. Menurut anda,apa saj yang sudah diberlakukan untuk menjamin keamanan berkas pasien?
 - a. Ruang Rekam Medis cukup aman?
 - b. Mempunyai petugas yang bertanggung jawab terhadap keamanan Rekam medis
 - c. Ada Peraturan dalam ruangan untuk mengambil Rekam Medis
 - d. Ada buku catatan dalam ruangan untuk pengambilan dan pengembalian Rekam Medis.



Lampiran No : 02 Daftar Informan Penelitian

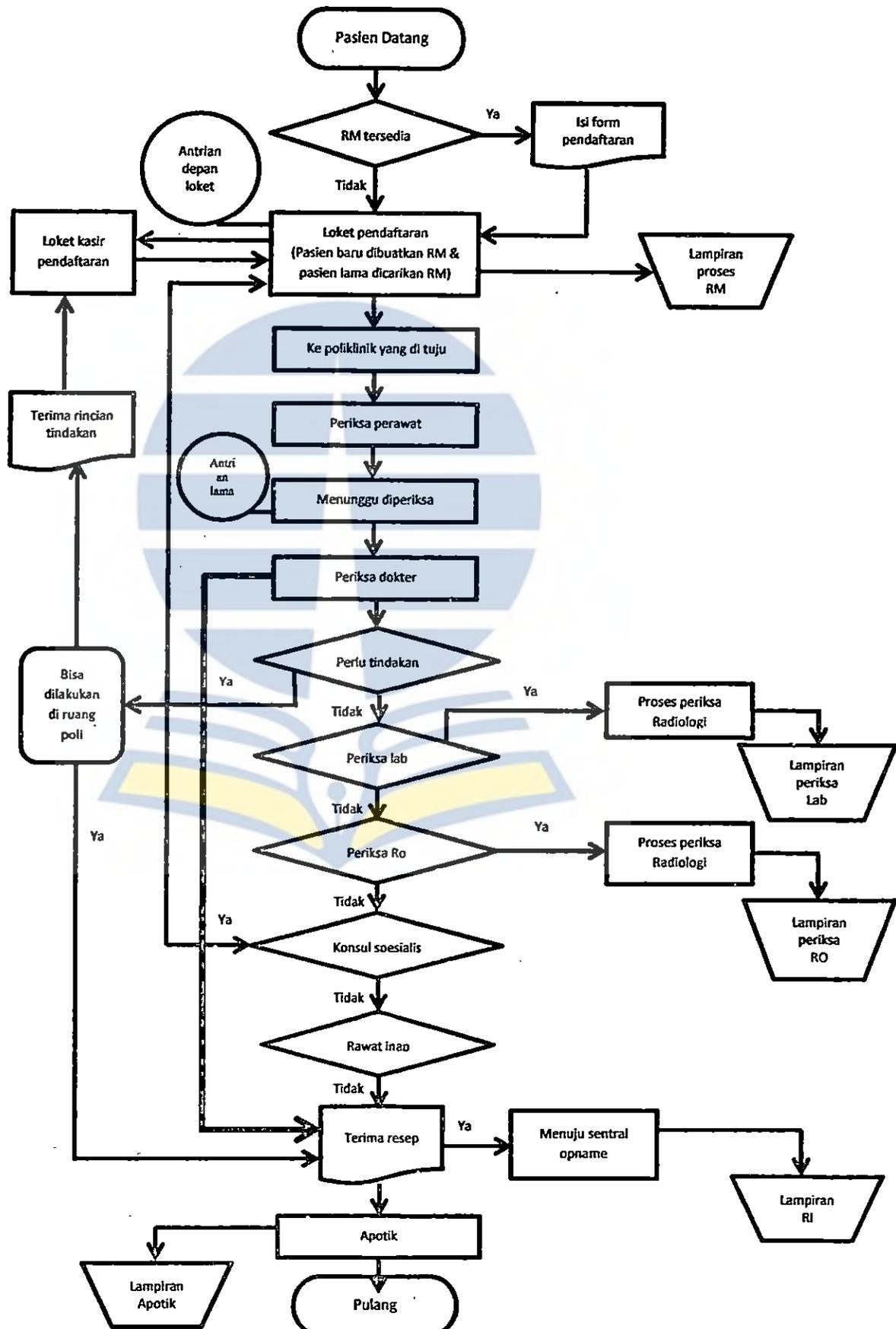
DAFTAR INFORMAN PENELITIAN
DI RSUD dr.ABDUL RIVAI TAHUN 2017

NO	NAMA	JABATAN	UMUR (TAHUN)	SEX	LAMA BEKERJA
1	dr.Hj.Nurmin Baso M	Direktur RSUD	50	P	2 Tahun
2	dr.Robert N,Sp.P	Kepala Instalasi Rekam Medis	45	L	2 Tahun
3	dr.Riska Abdiani,Sp.Pd	dr.Spesialis Peny.Dalam	41	P	6 Tahun
4	dr.Kusminiarti,Sp.KK,M.Kes	dr.Spesialis Peny.Kulit dan Kelamin	36	P	5 Tahun
5	dr.Yulianti Syari	Dokter Umum	40	P	15Tahun
6	dr.Nasaria Ransa L	Dokter Umum	48	P	17 Tahun
7	dr.Riski Maulinda	Dokter Umum	34	P	9 Tahun
8	dr.Reny Wenawati	Dokter Umum	39	P	10 Tahun
9	dr.Sri Suryani Syam	Dokter Umum	41	P	7 Tahun
10	dr.Nefalasari Amsir	Dokter Umum	29	P	2 Tahun
11	dr.Gregori Joy	Dokter Umum	25	L	9 Bulan
12	drg.Reni Suryani	Dokter Gigi	53	P	12 Tahun
13	drg.Eka Hadiwijaya	Dokter Gigi	43	L	6 Tahun
14	drg.Anetsi Wina Hendriani	Dokter Gigi	43	P	12 Tahun
15	Winarti,Amd.Kep	Kepala ruangan Adelweis	45	P	23 Tahun
16	Nita Marista,Amd.Kep	Kepala ruangan Teratai	50	P	16Tahun
17	H.Khairil Amin Baso,Amd.Kep	Kepala Instalasi Gawat Darurat	44	L	20 Tahun
18	Setyarini,Amd.Kep	Kepala Ruangan Plamboyan	39	P	16 Tahun
19	Wati,Amd.PK	Staf Rekam Medis	38	P	6 Tahun
20	Sri Mulyani,SKM	Staf Rekam Medis	27	P	7 Bln di RM
21	Jumrah,Amd.PK	Staf Rekam Medis	34	P	9 Tahun
22	Heri Gunawan	Staf Rekam Medis	35	L	11 Tahun
23	saiful Bahri	Staf Rekam Medis	43	L	5 Tahun
24	Maria Olfah,SS	Staf Rekam Medis	35	P	7,5 bulan
25	Erna	Staf Rekam Medis	27	P	4 Tahun
26	Siti Fatimah	Staf Rekam Medis	26	P	6 Tahun

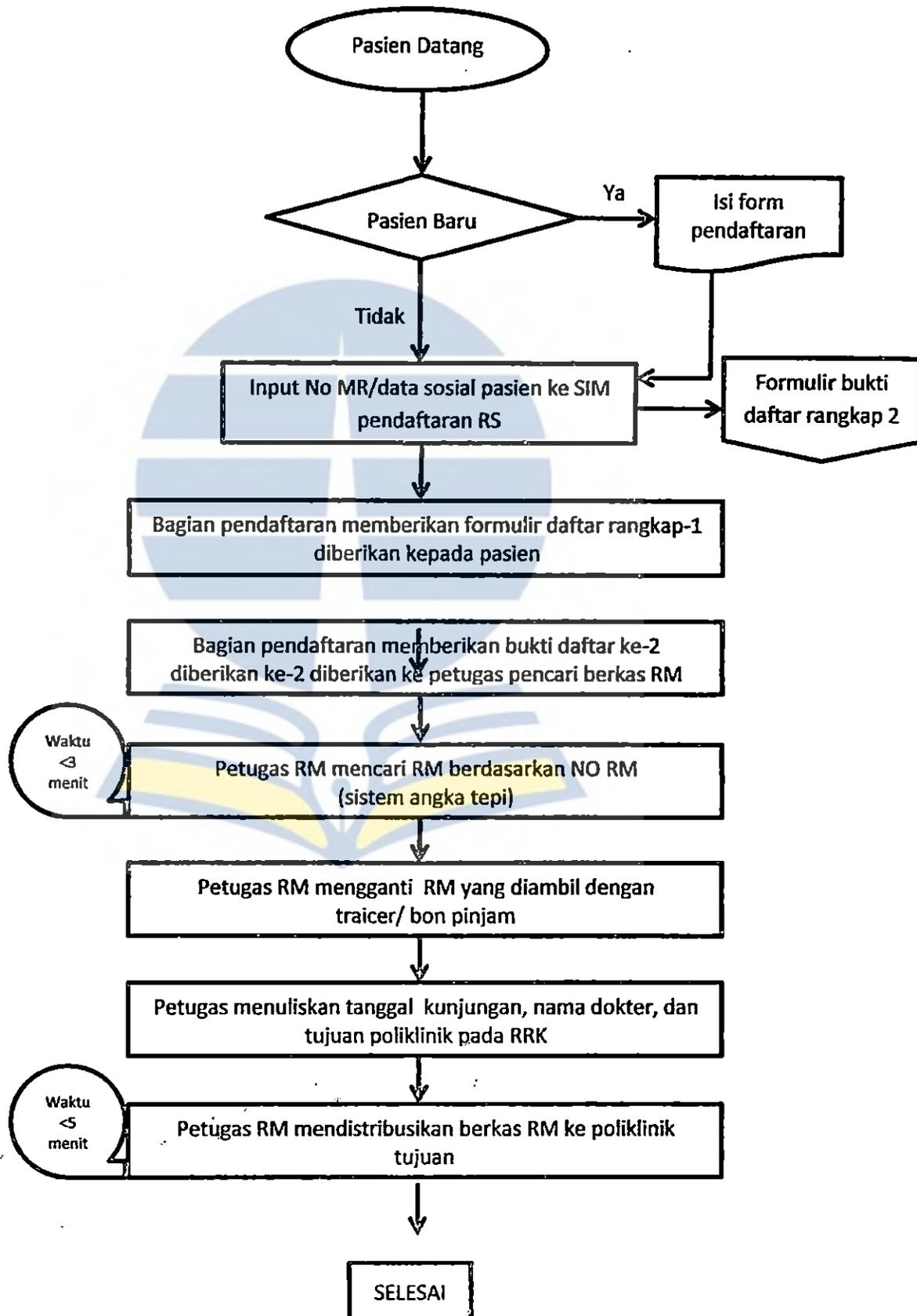
Lampiran No: 03 Ketenagaan Berdasarkan Pendidikan**DAFTAR KETENAGAAN BERDASARKAN KLASIFIKASI PENDIDIKAN
DI RSUD Dr.ABDUL RIVAI TAHUN 2017**

No	Jenis Ketenangan	Status Kepegawaian		Jumlah
		PNS	PTT	
Tenaga Medis				
1	Dokter Spesialis	17	0	17
2	Dokter Umum	15	8	23
3	Dokter Gigi	3	0	3
4	Apoteker	6	2	8
5	D3 Farmasi	3	3	6
6	SMF (Sekolah Menengah Farmasi)	4	0	4
7	S1 Perawat	10	5	15
8	D4 Perawat	5	0	5
9	D3 Perawat	144	58	202
10	Sarjana Kesehatan Masyarakat	5	4	9
11	S1 Gizi	2	0	2
12	D3 Gizi	4	0	4
13	D3/D4 Kebidanan	22	11	33
14	D1 Kebidanan	9	0	9
15	D3 Analis	7	4	11
16	D4 Analis	2	0	2
17	D3 Radiografer	5	0	5
18	D4 Radiografer	1	0	1
19	D3 Kesehatan Lingkungan	2	0	2
20	D3 Elektromedik	3	0	3
21	D3 Perekeam Medis	2	0	2
22	D4 Fisioterapi	1	1	2
23	D3 Fisioterapi	1	2	3
24	D3 Okupasi Terapi	1	0	1
25	D3 Teknik Gigi	1	0	1
26	SPK	2	0	2
27	D3 Anastesi	2	0	2
28	D1 PMI	3	0	3
Sub Total		282	98	379
Tenaga Non Medis				
1	Pasca Sarjana	3		3
2	Sarjana	27	2	29
3	Sarjana Muda	4		4
4	SLTA	67	62	129
5	SLTP	15	20	35
6	SD	10	12	22
Jumlah		408	194	602

Lampiran No: 4 Alur Pendaftaran Pasien Rawat Jalan

ALUR PENDAFTARAN PASIEN RAWAT JALAN

Lampiran No: 05 Alur Pengambilan Rekam medis

ALUR PENGAMBILAN BERKAS REKAM MEDIS

Lampiran No: 06 Daftar Petugas Rekam Medis

DAFTAR NAMA PETUGAS REKAM MEDIS

No	Nama	Tugas
1	Dr. Robert C. Naiborhu, SP.P	KA. Instalasi Rumah Sakit
2	Jumrah. Amd.PK	Koding BPJS
3	Wati, Amd. PK	Koding Berkas Rekam Medis Cash Kredit Rekapitulasi Sensus
4	Joko Susilo	- Surat kematian, KIS Kesehatan, Rujukan
5	Arif Rahmat	Visum
6	Sumiran, SE	Amparahan Cetakan Rekam Medis
7	Ulfa Ulfa	Rakit berkas RM RI
8	Sri Mulyani, SKM	Pelaporan
9	Lianti Elfina, SE	Entry BRM
10	Heri Gunawan	Penyimpanan
11	Sahrul Bahri	Penyimpanan
12	Sumitro Bayu	Penyimpanan
13	Endang Widiastusi	Distribusi BRM
14	Erna	Distribusi BRM
15	Harianto	Asembling
16	Maria Olpa	Loket pendaftaran RJ
17	Enrika Ratnasari	Loket pendaftaran RJ
18	Ahmad Lamong, SE	
19	Mursadi	Pend RI
20	A. Samsuri	Pend RI
21	Heny Susilo	Pend RI
22	Maryanto	Pend RI

FORM CHECKLIST KELENGKAPAN REKAM MEDIS
PASIEN RAWAT JALAN RSUD dr.ABDUL RIVA'I

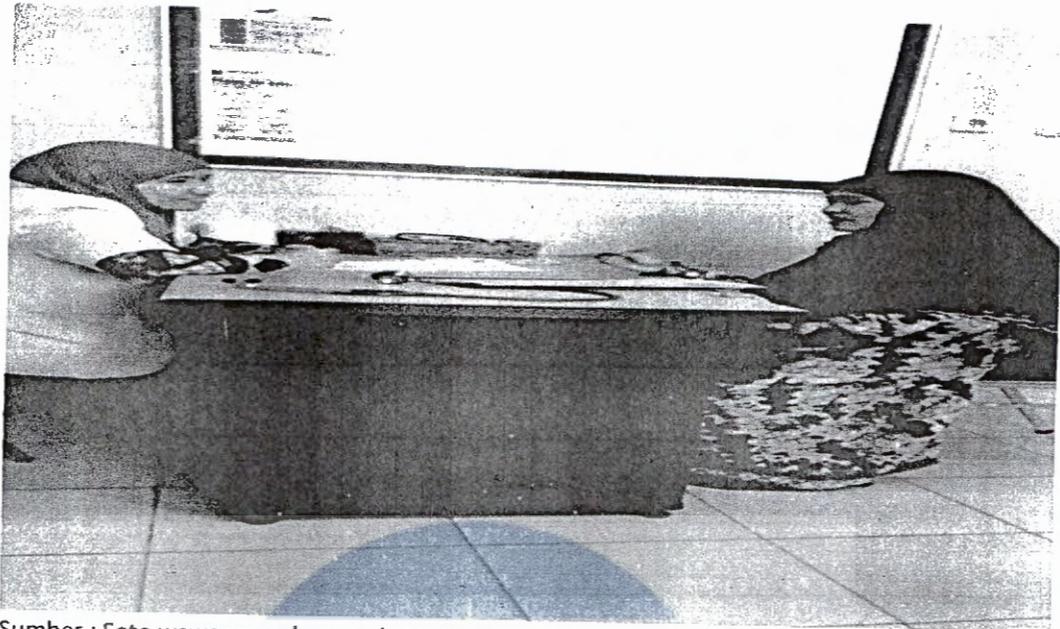
NO	NO RM	IDENTITAS PASIEN									ANAMNESA	DIAGNOSA	TINDAKAN/ PENGobatan	DOKTER/ TTD	ALERGI/ OBAT	PERAWAT	JAM/TGL KUNJUNGAN	KET
		NAMA	TTL	JK	PEKERJAAN	JP	AGAMA	PENDIDIKAN	AYAH	ALAMAT								
1	026250	v	v	-	-	-	-	v	v	v	v	v	v	v	-	-	21/04/2016	
2	125727	v	v	v	v	v	v	-	v	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	21/02/2015	
3	173930	v	v	v	-	-	v	-	v	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	v	v
4	120004	v	v	v	v	-	v	-	v	v	v (tidak jelas)	v	v	v	-	-	v	v
5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v	v	v	Nama (-)	-	-	06/10/2016	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v	v	v	Nama (-)	-	-	02/11/2016	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v	v	v	Nama (-)	-	-	22/12/2016	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v	v	v	Nama (-)	-	-	16/01/2017	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v	v	v	Nama (-)	-	-	04/02/2017	
6	133146	v	v	v	-	-	-	-	-	-	v	v	v	Nama (-)	-	-	17/01/2017	
-	-	v	v	v	-	-	-	-	-	-	v	-	-	Nama (-)	-	-	02/02/2017	
7	00.0612	v	v	-	-	v	v	-	v	v	v	v	v	Nama (-)	-	-		
8	140181	v	v	v	-	v	v	-	v	v	v	v	v	Nama (-)	-	-		
9	161923	v	v	v	-	v	v	v	v	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	23/09/2016	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28/7/2016/	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	06/08/2016	
10	-	v	-	v	v	v	-	-	v	v	v	v	v	v	-	-	13/09/2016	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Nama (-)	-	-	04/02/2017	
12	095213	v	-	-	-	v	-	-	-	v	-	-	-	Nama (-)	-	-	21/11/2015	
-	-	v	-	-	-	v	-	-	-	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	10/02/2015	
-	-	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Nama (-)	-	-	03/06/2015	RM double
13	138822	v	v	-	-	v	v	-	-	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	04/02/2017	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v	v	v	Nama (-)	-	-	09.2/2017	
14	-	v	v	-	-	v	v	v	-	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	04/02/2017	
15	175142	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	02/02/2017	
16	054900	v	-	v	-	v	v	-	-	v	v	v	v	-	-	-	02/11/2016	
17	175071	v	v	v	v	v	-	v	-	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	26/01/2017	
18	099494	v	-	-	-	v	v	-	-	v	v	v	v	-	-	-	03/08/2012	
-	-	v	-	-	-	v	v	-	-	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	19/08/2013	
19	175397	v	v	v	v	v	v	v	-	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	02/02/2017	
-	-	v	v	v	v	v	v	v	-	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	04/02/2017	
20	170727	v	v	v	-	-	-	-	-	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	13/12/2016	
-	-	v	v	v	-	-	-	-	-	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	09/01/2017	
-	-	v	v	v	-	-	-	-	-	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	02/02/2017	
21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	06/10/2016	SP.D
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	v	v	v	Nama (-)	-	-	08/11/2016	
22	160236	v	v	v	v	v	v	v	-	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	02/06/2016	
-	-	v	v	v	v	v	v	v	-	v	-	-	v	-	-	-	18/07/2016	
23	049584	v	v	v	-	v	v	-	-	v	v	v	v	-	-	-	19/08/2014	tulisan tdk jls
-	-	v	v	v	-	v	v	-	-	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	20/08/2014	
-	-	v	v	v	-	v	v	-	-	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	4/2-17	tulisan diag tdk jelas
24	175103	v	v	v	v	v	v	-	v	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	04/02/2017	tulisan diag tdk jelas
25	167813	v	v	v	v	v	-	-	v	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	04/01/2017	Poli Ortho
-	-	v	v	v	v	v	-	-	v	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	04/02/2017	ortho,radiologi
26	174240	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	Nama (-)	-	-	16/01/2017	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17/01/2017	

FORM CHECKLIST KELENGKAPAN REKAM MEDIS
PASIE RAWAT INAP RSUD dr.ABDUL RIVAI

NO	NO RM	IDENTITAS PASIEN								ANAMNESIS	DIAGNOSA	TINDAKAN/ PENGobatan	DOKTER/ TTD	ALERGI OBAT	PERAWAT	JAM/TGL KUNJUNGAN	RESUME MEDIK
		NAMA	TTL	JK	PEKERJAAN	JP	AGAMA	PENDIDIKAN	AYAH								
1	172257	v	v	v	-	v	-	-	-	v	v	v	-	-	-	-	-
2	076302	v	v	v	v	v	-	-	v	v	v	v	-	-	-	v	-
3	085543	v	v	v	v	v	-	-	v	v	v	v	-	-	v	v	v
4	173899	v	v	v	-	-	v	-	-	v	v	v	-	-	-	v	-
5	169247	v	v	v	v	v	-	-	v	v	v	v	-	-	v	v	v
6	173950	v	v	v	-	-	-	-	-	v	v	v	-	-	v	-	-
7	172251	v	-	v	-	v	-	-	-	v	v	v	-	-	v	-	v
8	183581	v	v	v	v	v	-	-	-	v	v	v	-	-	v	v	-
9	170439	v	v	v	v	v	-	-	-	v	v	v	-	-	v	v	v
10	172252	v	v	v	v	v	-	-	-	v	v	v	-	-	v	v	v
11	173943	v	v	v	v	v	-	-	-	v	v	v	-	-	v	v	v
12	173990	v	-	v	v	v	-	-	-	v	v	v	-	-	-	v	v
13	173945	v	v	v	v	v	-	-	-	v	v	v	-	-	v	v	v
14	122072	v	v	v	-	v	-	-	-	v	v	v	-	-	v	v	v
15	165168	v	v	v	-	v	-	-	-	v	v	v	-	-	v	v	-
16	173538	v	-	v	-	v	-	-	-	v	v	v	-	-	v	v	-
17	173787	v	v	v	v	v	-	-	-	v	v	v	-	-	v	v	v
18	173385	v	v	v	-	v	-	-	-	v	v	v	-	-	v	v	v
19	173374	v	v	v	-	v	-	-	-	v	v	v	-	-	v	v	v
20	171892	v	-	v	v	v	-	-	-	v	v	v	-	-	-	v	v
21	173794	v	v	v	-	v	-	-	-	v	v	v	-	-	v	v	v
22	173041	v	v	v	v	v	-	-	-	v	v	v	-	-	-	v	v
23	162312	v	v	v	-	v	-	-	-	v	v	v	-	-	v	v	v
24	086446	v	v	v	-	v	-	-	-	v	v	v	-	-	-	-	-
25	173951	v	-	-	-	-	-	-	-	v	v	v	-	-	-	-	v
26	170954	v	v	v	v	v	-	-	-	v	v	v	-	-	v	v	-
27	173311	v	v	v	-	v	-	-	-	v	v	v	-	-	v	v	v
28	171363	v	v	v	-	v	-	-	-	v	v	v	-	-	v	v	v
29	173913	v	v	v	-	v	-	-	-	v	v	v	-	-	v	v	v
30	173967	v	v	v	-	v	-	-	-	v	v	v	-	-	v	v	v

**FORM CHECKLIST KELENGKAPAN REKAM MEDIS
PASIEIN RAWAT INAP RSUD dr.ABDUL RIVAI 2017**

NO	NO RM	IDENTITAS PASIEN									ANAMNESA	DIAGNOSA	TINDAKAN/ PENGobatan	DOKTER/ TTD	ALERGI OBAT	PERAWAT (Nama)	JAM/TGL KUNJUNGAN	KET
		NAMA	TTL	JK	PEKERJAAN	JP	AGAMA	PENDIDIKAN	AYAH	ALAMAT								
1	173657	v	v	v	-	-	-	-	-	v	v	v	v	-	-	v	v	
2	173481	-	-	v	-	v	-	-	-	v	v	v	v	-	-	-	v	
3	165733	v	-	-	-	-	-	-	-	v	v	v	v	-	-	-	v	
4	173818	v	-	v	-	v	-	-	-	v	v	v	v	v	-	v	v	
5	172818	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	-	v	
6	095488	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	-	v	v	
7	162834	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	-	v	v	
8	173901	v	-	v	v	v	-	-	v	v	v	v	v	v	-	v	v	
9	164352	v	-	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	-	v	v	
10	173536	v	v	v	v	v	v	-	-	v	v	v	v	-	-	v	-	
11	173654	v	v	v	-	v	v	v	v	v	v	v	v	-	-	v	v	
12	172443	v	v	v	v	v	v	-	v	v	v	v	v	-	-	v	v	
13	126510	v	v	v	v	v	v	v	-	v	v	v	v	-	-	v	-	
14	173030	v	v	-	-	v	-	-	-	v	v	v	v	nama (-)	-	v	v	
15	175610	v	v	v	-	v	-	-	-	v	v	v	v	nama (-)	-	nama (-)	v	
16	168440	v	v	v	-	v	-	-	-	v	v	v	v	v	-	nama (-)	v	
17	175927	v	v	v	v	v	-	-	-	v	v	v	v	nama (-)	-	nama (-)	v	RM 03 ,04 Tdk Lengkap
18	175911	v	-	-	-	v	-	-	-	v	v	v	v	nama (-)	-	nama (-)	v	
19	175776	v	v	v	-	v	-	-	-	v	v	v	v	nama (-)	-	nama (-)	v	
20	165908	v	v	v	-	v	-	-	-	v	v	v	v	nama (-)	-	nama (-)	v	rm02 lengkap,
21	165811	v	v	v	-	v	-	-	v	v	v	v	v	v	-	nama (-)	v	tto (-)
22	166720	v	-	-	-	v	-	-	-	v	v	v	v	nama (-)	-	nama (-)	v	rm02 nama dr(-)
23	020522	v	v		-	v	-	-	-	v	v	v	v	nama (-)	-	nama (-)	v	RM keseluruhan TL



Sumber : Foto wawancara dengan dr.SS di Poli Umum, Tgl 14 Januari 2017



Sumber : Foto wawancara dengan dr. YS di ruang Poned, tanggal 14 Januari 2017

Lampiran No: 08 Dokumentasi /Foto wawancara



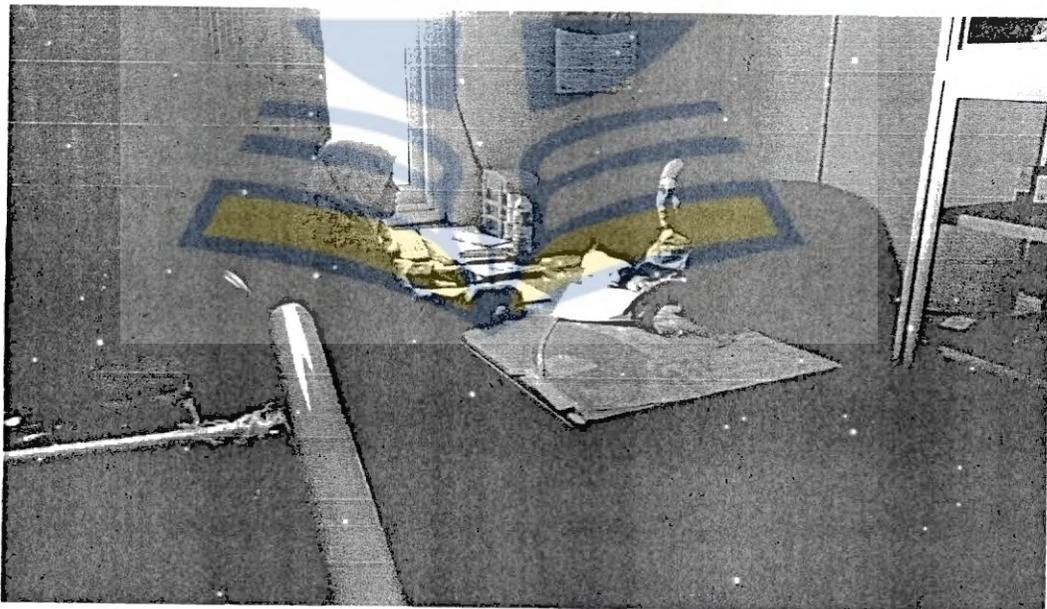
Sumber : foto wawancara dengan bu J, di Instalasi Rekam Medis, Tanggal 16 Januari 2017



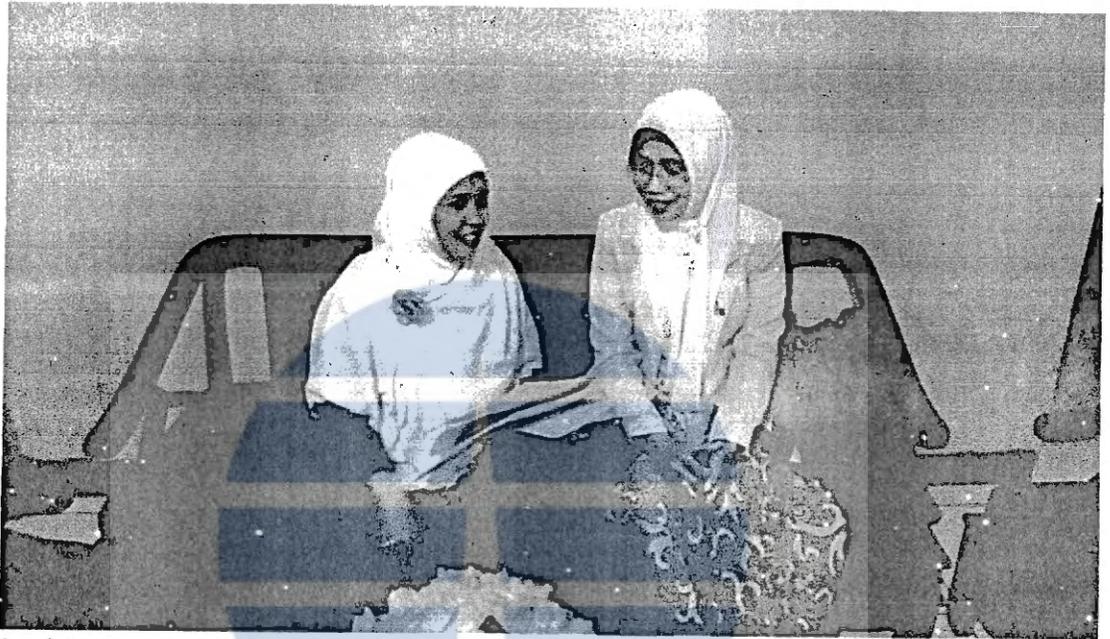
Sumber : Foto Wawancara dengan Petugas Rekam Medis Ibu W, Tgl 17 Januari 2017



Sumber : Foto wawancara dengan drg R di Ruang Keperawatan, Tanggal 17 Januari 2017



Sumber : Foto wawancara dengan drg A di Poli Gigi, Tanggal 24 Januari 2017



Sumber: Foto wawancara dengan dr.RA, Tanggal 18 Januari 2017





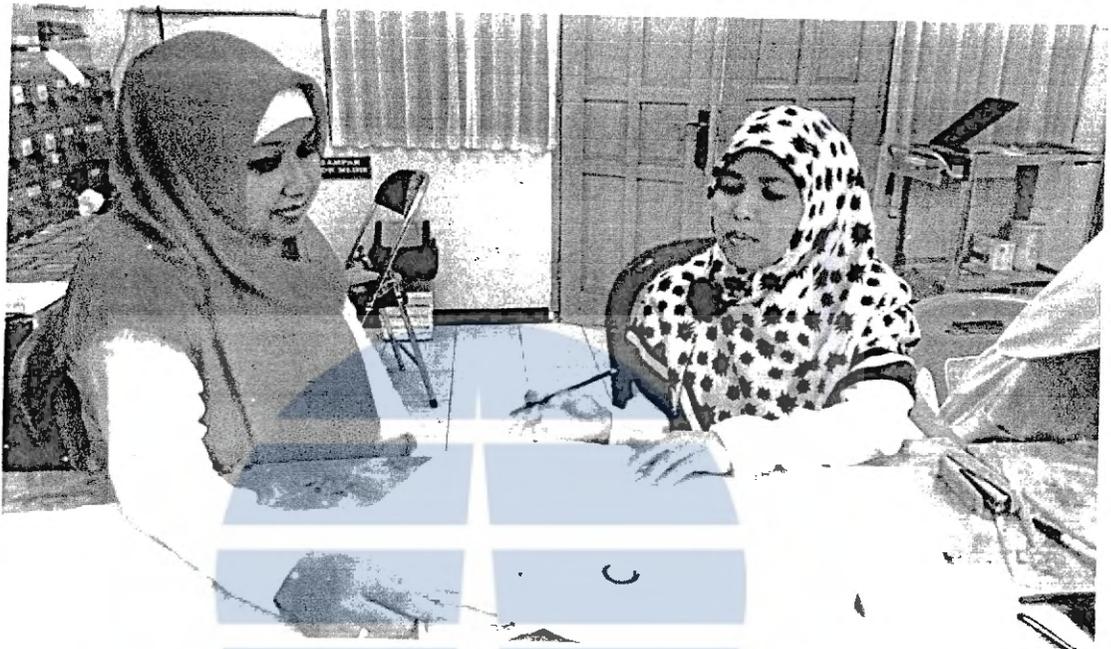
Sumber : Foto wawancara dengan Direktur RSUD dr.Abdul Rivai : dr.NBM, tgl 19 Januari 2017



Sumber : Foto wawancara dengan dr.RN di Poli Paru, Tanggal 19 Januari 2017



Sumber : Foto wawancara dengan Kepala Ruangan Teratai, Tanggal 21 Januari 2017



Sumber : Foto wawancara dengan dr.RM di ruang Plamboyan, 25 Januari 2017





Sumber : Foto ruang Penyimpanan Rekam medis





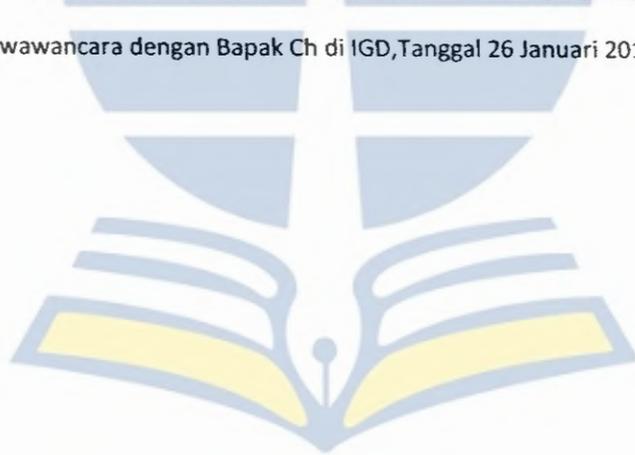
Sumber : Foto rak/lemari penyimpanan rekam medis pasien, 23 Januari 2017



Sumber : Foto rak Penyimpanan rekam medis pasien, 23 Januari 2017



Sumber: Foto wawancara dengan Bapak Ch di IGD, Tanggal 26 Januari 2017





Sumber : Foto ruang penyimpanan rekam medis, 24 Januari 2017



Sumber : Foto ruang -rak penyimpanan rekam medis, 24 Januari 2017



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG REKAM MEDIS.**

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan :

1. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
2. Dokter dan dokter gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
3. Sarana pelayanan kesehatan adalah tempat penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan yang dapat digunakan untuk praktik kedokteran atau kedokteran gigi.
4. Tenaga kesehatan tertentu adalah tenaga kesehatan yang ikut memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien selain dokter dan dokter gigi.
5. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi.
6. Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan.
7. Dokumen adalah catatan dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan (*imaging*), dan rekaman elektro diagnostik.
8. Organisasi Profesi adalah Ikatan Dokter Indonesia untuk dokter dan Persatuan Dokter Gigi Indonesia untuk dokter gigi.

BAB II JENIS DAN ISI REKAM MEDIS

Pasal 2

- (1) Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik.
- (2) Penyelenggaraan rekam medis dengan menggunakan teknologi informasi elektronik diatur lebih lanjut dengan peraturan tersendiri.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Pasal 3

- (1) Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat :
 - a. identitas pasien;
 - b. tanggal dan waktu;
 - c. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - d. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - e. diagnosis;
 - f. rencana penatalaksanaan;
 - g. pengobatan dan/atau tindakan;
 - h. pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
 - i. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; dan
 - j. persetujuan tindakan bila diperlukan.

- (2) Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat :
 - a. identitas pasien;
 - b. tanggal dan waktu;
 - c. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - d. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - e. diagnosis;
 - f. rencana penatalaksanaan;
 - g. pengobatan dan/atau tindakan;
 - h. persetujuan tindakan bila diperlukan;
 - i. catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
 - j. ringkasan pulang (*discharge summary*);
 - k. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 - l. pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu; dan
 - m. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

- (3) Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat, sekurang-kurangnya memuat :
 - a. identitas pasien;
 - b. kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan;
 - c. identitas pengantar pasien;
 - d. tanggal dan waktu;
 - e. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
 - f. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
 - g. diagnosis;
 - h. pengobatan dan/atau tindakan;
 - i. ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;
 - j. nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
 - k. sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain; dan
 - l. pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- (4) Isi rekam medis pasien dalam keadaan bencana, selain memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditambah dengan :
 - a. jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan;
 - b. kategori kegawatan dan nomor pasien bencana masal; dan
 - c. identitas yang menemukan pasien;
- (5) Isi rekam medis untuk pelayanan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan.
- (6) Pelayanan yang diberikan dalam ambulans atau pengobatan masal dicatat dalam rekam medis sesuai ketentuan sebagaimana diatur pada ayat (3) dan disimpan pada sarana pelayanan kesehatan yang merawatnya.

Pasal 4

- (1) Ringkasan pulang sebagaimana diatur dalam Pasal 3 ayat (2) harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pasien.
- (2) Isi ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sekurang-kurangnya memuat :
 - a. identitas pasien;
 - b. diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat;
 - c. ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan tindak lanjut; dan
 - d. nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan.

BAB III

TATA CARA PENYELENGGARAAN

Pasal 5

- (1) Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis.
- (2) Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan.
- (3) Pembuatan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
- (4) Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung.
- (5) Dalam hal terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan.
- (6) Pembetulan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan.

Pasal 6

Dokter, dokter gigi dan/atau tenaga kesehatan tertentu bertanggungjawab atas catatan dan/atau dokumen yang dibuat pada rekam medis.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Pasal 7

Sarana pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan dalam rangka penyelenggaraan rekam medis.

BAB IV
PENYIMPANAN, PEMUSNAHAN, DAN KERAHASIAAN

Pasal 8

- (1) Rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.
- (2) Setelah batas waktu 5 (lima) tahun sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik.
- (3) Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus disimpan untuk jangka waktu 10 (sepuluh) tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.
- (4) Penyimpanan rekam medis dan ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan, ayat (3), dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Pasal 9

- (1) Rekam medis pada sarana pelayanan kesehatan non rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 2 (dua) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat.
- (2) Setelah batas waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan.

Pasal 10

- (1) Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.
- (2) Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal :
 - a. untuk kepentingan kesehatan pasien;
 - b. memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan;
 - c. permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri;
 - d. permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan; dan
 - e. untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien.
- (3) Permintaan rekam medis untuk tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dilakukan secara tertulis kepada pimpinan sarana pelayanan kesehatan.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Pasal 11

- (1) Penjelasan tentang isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter atau dokter gigi yang merawat pasien dengan izin tertulis pasien atau berdasarkan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pimpinan sarana pelayanan kesehatan dapat menjelaskan isi rekam medis secara tertulis atau langsung kepada pemohon tanpa izin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan.

BAB V

KEPEMILIKAN, PEMANFAATAN DAN TANGGUNG JAWAB

Pasal 12

- (1) Berkas rekam medis milik sarana pelayanan kesehatan.
- (2) Isi rekam medis merupakan milik pasien.
- (3) Isi rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dalam bentuk ringkasan rekam medis.
- (4) Ringkasan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat diberikan, dicatat, atau dicopy oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu.

Pasal 13

- (1) Pemanfaatan rekam medis dapat dipakai sebagai:
 - a. pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien;
 - b. alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dan penegakkan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi;
 - c. keperluan pendidikan dan penelitian;
 - d. dasar pembayar biaya pelayanan kesehatan; dan
 - e. data statistik kesehatan.
- (2) Pemanfaatan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c yang menyebutkan identitas pasien harus mendapat persetujuan secara tertulis dari pasien atau ahli warisnya dan harus dijaga kerahasiaannya.
- (3) Pemanfaatan rekam medis untuk keperluan pendidikan dan penelitian tidak diperlukan persetujuan pasien, bila dilakukan untuk kepentingan negara.

Pasal 14

Pimpinan sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan, dan/atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis.

BAB VI

PENGORGANISASIAN

Pasal 15

Pengelolaan rekam medis dilaksanakan sesuai dengan organisasi dan tata kerja sarana pelayanan kesehatan.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA**

BAB VII PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 16

- (1) Kepala Dinas Kesehatan Propinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan organisasi profesi terkait melakukan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan peraturan ini sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

Pasal 17

- (1) Dalam rangka pembinaan dan pengawasan, Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Propinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dapat mengambil tindakan administratif sesuai dengan kewenangannya masing-masing.
- (2) Tindakan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa teguran lisan, teguran tertulis sampai dengan pencabutan izin.

BAB VIII KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 18

Dokter, dokter gigi, dan sarana pelayanan kesehatan harus menyesuaikan dengan ketentuan sebagaimana diatur dalam Peraturan ini paling lambat 1 (satu) tahun terhitung sejak tanggal ditetapkan.

BAB IX KETENTUAN PENUTUP

Pasal 19

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a/Menkes/Per/XII/1989 tentang Rekam Medis, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

Pasal 20

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 12 Maret 2008

MENTERI KESEHATAN,