

FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB TERJADINYA *MISSFILE* DI BAGIAN *FILING* RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANYUMAS TAHUN 2013

Retno Astuti S *), **Dian Ingwi Anunggra **)**

*) Staf Pengajar Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

***) Alumni Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

E-mail : ingwi_dian@yahoo.com

Abstract :

Background. For the good implementation of hospital services, the hospital shall conduct a medical record. DRM is a file that contains records and documents about the identity of the patient, the results of the examination, treatment, action, and other services that have been provided to the patient. The privacy and the security of DRM must be maintained, both the content and the physical DRM because DRM content is owned by the patient while physical DRM is owned hospital. Misfile can hinder physician services delivered to patients in the absence of information about the past history. From the initial survey found 97 events with DRM misfile 2000 misfile percentage incidence rate reached 4.9%. The second survey found 476 incident of 6000 misfile DRM with misfile percentage incidence rate reached 7.9%. This study aimed to describe the factors that cause misfile on the filing Banyumas District Hospital in 2013.

Method. The study was descriptive research, data collection methods used were observation and interviews with cross sectional approach. Research subjects taken are 8 officers filing and management procedures remain DRM. Research instruments using interview guides and observation. Data were analyzed by drawing a conclusion by comparing the theoretical formulation of the problem with the analysis results obtained.

Result. In the Banyumas hospital filing storage systems theory is not appropriate because there are 3 filing (filing center, filing polyclinic soul and filing polyclinic VIP) separate and officers should exchange storage process based DRM because the last place patient treatment. Officers do not use as a substitute tracer DRM DRM is out and if not found then the officer should look at the expedition books and computers to track the whereabouts of the DRM. Concurrently filing officer duties to assembling and filing have not been formally trained.

Conclusion. Researcher concluded that the level of officer fatigue causes decreased concentration and lack of knowledge about the archives and not supported with the good management system of DRM cause at the filing misfile Banyumas Hospital. Researchers suggest improvements by centralizing storage of DRM in the first place and use as a tracer DRM replacement tool out and placed additional officers at the assembling.

Keywords : misfile, filing, DRM, officer

PENDAHULUAN

Seiring berkembangnya ilmu dan teknologi, berkembang pula sarana pelayanan kesehatan, salah satunya di rumah sakit. Rumah sakit merupakan suatu layanan masyarakat yang memberikan pelayanan medis rawat jalan maupun rawat inap yang meliputi kegiatan kuratif dan rehabilitatif. Fungsi rumah sakit adalah menyelenggarakan pelayanan medik dan pelayanan penunjang. Dengan demikian rumah sakit merupakan unit pelayanan padat karya yang didalamnya banyak ilmu yang digunakan salah satunya ilmu rekam medis. Demi terselenggaranya pelayanan rumah sakit yang baik, maka suatu rumah sakit wajib menyelenggarakan rekam medis.^[1]

Menurut PERMENKES nomor 269/Menkes/Per/III/2008 pasal 1 dokumen rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen mengenai identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lainnya yang telah diberikan kepada pasien. Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien di rumah sakit, diteruskan kegiatan pencatatan data medis pasien selama pasien itu mendapatkan pelayanan medis di rumah sakit dan dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medis yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan untuk melayani permintaan dari pasien atau untuk keperluan lainnya.^[1]

Salah satu sub unit rekam medis yang membantu terlaksananya sistem rekam medis adalah sub unit *filing*. Adapun tugas pokoknya adalah menyimpan Dokumen Rekam Medis (DRM) dengan metode tertentu, mengambil kembali DRM untuk berbagai keperluan, meretensi DRM serta memisahkan antara DRM in-aktif dengan DRM aktif. Sedangkan peran dan fungsinya sebagai penyimpan DRM, penyedia DRM serta pelindung DRM terhadap kerahasiaan isi data rekam medis dan pelindung dari bahaya kerusakan.

Kerahasiaan dan keamanan DRM wajib dijaga, baik isi maupun fisik DRM tersebut. Berdasarkan teori, isi DRM adalah milik pasien sedangkan secara fisik DRM adalah milik rumah sakit. Dengan demikian, konsekuensinya adalah keamanan isi dan fisik DRM harus dijaga oleh pihak rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan.^[2]

Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas ditetapkan menjadi rumah sakit kelas B Pendidikan oleh Menteri Kesehatan dengan SK No. 850/Menkes/SK/VIII/2001 tanggal 5 Oktober 2001 yang pengelolaannya masih

di bawah kendali Pemerintah Daerah Kabupaten Banyumas. Penyelenggaraan rekam medis di RSUD Banyumas merupakan salah satu upaya dalam rangka meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan di bidang kesehatan. Khususnya di bagian *filing* menggunakan sistem penyimpanan sentralisasi dengan 29 rak penyimpanan dan setiap rak memiliki 20 kotak penyimpanan DRM serta ada 8 petugas di *filing*.

Setiap pasien yang berobat memiliki DRM, jika pasien baru akan dibuatkan DRM baru. DRM tersebut akan didistribusikan ke masing-masing unit rawat jalan dan unit rawat inap yang dituju pasien. Pengiriman DRM dilakukan oleh petugas dengan menyerahkan buku ekspedisi sebagai bukti serah terima. Setelah pelayanan selesai DRM dikembalikan dan disimpan kembali di bagian *filing*.

Keterlambatan dalam pengiriman DRM ke unit rawat jalan maupun rawat inap disebabkan karena lamanya proses pencarian DRM dalam rak *filing*. Hal ini disebabkan tidak ditemukannya DRM yang dicari karena adanya kesalahan dalam penempatan DRM di rak *filing* atau sering disebut *missfile*. Seringnya DRM yang tidak ditemukan akan menambah beban petugas karena harus membuat DRM baru untuk pasien lama, sehingga proses pendaftaran cenderung lebih lama dan terjadi penggandaan DRM di rak *filing*. Hal tersebut juga menghambat pelayanan yang diberikan dokter kepada pasien karena tidak adanya informasi mengenai riwayat penyakit sebelumnya.

Dari survey awal pada bulan November 2012, peneliti mengamati 10 kotak dari 580 kotak yang ada di ruang *filing*. 10 kotak tersebut berisi 2000 DRM dan ditemukan bahwa terdapat 97 kejadian *missfile* dengan prosentase tingkat kejadian *missfile* mencapai 4.9%.

Dari survey kedua pada bulan Juni 2013, peneliti mengamati 30 kotak dari 580 kotak yang ada di ruang *filing*. 30 kotak tersebut berisi 6000 DRM dan ditemukan bahwa terdapat 476 kejadian *missfile* dengan prosentase tingkat kejadian *missfile* mencapai 7.9%.

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya *missfile* di bagian *filing* RSUD Banyumas tahun 2013.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah deskriptif yaitu menganalisis data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang terkumpul sesuai kenyataan kemudian disajikan dalam bentuk informasi yang mudah dipahami oleh pembaca. Metode yang dilakukan adalah observasi dan wawancara yaitu melakukan pengamatan dan pencatatan pekerjaan petugas *filing* dan tanya jawab secara langsung. Serta menggunakan pendekatan *cross sectional*, yaitu meneliti secara langsung pada saat penelitian.

Seluruh subjek yang akan diteliti dan memenuhi karakteristik yang dibutuhkan. Dalam penelitian ini adalah 8 petugas bagian *filing* di RSUD Banyumas dan prosedur tetap pengelolaan DRM di ruang *filing*.

Instrumen penelitian yang digunakan yaitu Pedoman Observasi dan wawancara dilakukan untuk mengamati dan mengumpulkan data tentang faktor-faktor penyebab kejadian *missfile* di bagian *filing* RSUD Banyumas. Observasi adalah melakukan pengamatan yang terencana meliputi melihat dan mencatat jumlah aktivitas tertentu yang berhubungan langsung dengan masalah yang akan diteliti.^[3] Wawancara adalah cara mengumpulkan data dengan mengajukan pertanyaan kepada responden secara langsung.^[4]

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang telah dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas, diketahui bahwa :

1. Sistem Penyimpanan DRM

Sistem penyimpanan DRM yang digunakan adalah sistem sentralisasi yang belum sempurna. Hal tersebut dikarenakan masih ada lembar DRM pasien rawat inap yang belum disatukan menjadi 1 folder dengan DRM rawat jalannya.

Terdapat 3 *filing* yang terpisah yaitu *filing* pusat, *filing* poliklinik jiwa dan *filing* poliklinik VIP. Sistem penyimpanan DRM yang digunakan adalah berdasarkan nomor RM dalam data-data terakhir pasien berkunjung. Dalam proses penyimpanan DRM untuk pasien poliklinik VIP dan poliklinik jiwa masing-masing disimpan di *filing* tersendiri selain pasien poliklinik tersebut disimpan di *filing* pusat. Yang dimaksud dari hal tersebut adalah jika pasien berobat di poliklinik jiwa maka DRM akan disimpan di *filing* poliklinik jiwa dan

jika pasien datang kembali untuk berobat ke poliklinik VIP maka DRM akan diambil dari *filing* poliklinik jiwa untuk diantar ke poliklinik VIP dan setelah selesai DRM akan disimpan di tempat penyimpanan poliklinik VIP. Dalam proses pengambilan jika DRM yang dicari tidak ditemukan maka petugas harus melacak data terakhir pasien berobat di komputer. Setelah diketahui keberadaan DRM maka petugas akan mengambil DRM di tempat penyimpanan tersebut untuk di antar ke poliklinik yang dituju pasien dan jika DRM tidak diketahui keberadaannya maka petugas akan membuat DRM baru.

2. Sistem Penomoran DRM

Di RSUD Banyumas pemberian nomor pada pasien baru yang masuk rumah sakit baik rawat jalan maupun rawat inap, baik yang lewat loket pendaftaran maupun melalui IGD dan bayi baru lahir dilakukan dengan *Unit Numbering System* (setiap pasien hanya memiliki satu nomor rekam medis selama datang berobat). Nomor RM terdiri dari 6 digit angka mulai 00 00 00 sampai 99 99 99 dan pengendalian nomor dilakukan oleh bagian ITI (Instalasi Teknologi Informasi).

3. Sistem Penjajaran DRM

Sistem penjajaran DRM yang digunakan adalah *terminal digit filing system*, yaitu sistem penjajaran dengan menggunakan metode penomoran angka akhir dan nomor RM dibagi menjadi tiga kelompok, contoh :

$$18 - 06 - 92$$

$$\text{II} \quad \text{III} \quad \text{I}$$

- a. Kelompok I disebut kelompok primer yang menunjukkan kotak di rak penyimpanan.
- b. Kelompok II disebut kelompok sekunder yang menunjukkan kelompok di rak penyimpanan.
- c. Kelompok III disebut kelompok tersier yang menunjukkan urutan di rak penyimpanan.

4. Sarana Ruang *Filing*

Di *filing* RSUD Banyumas petugas tidak menggunakan tracer sebagai alat pengganti DRM yang keluar tetapi menggunakan buku ekspedisi dan komputer untuk melacak keberadaan DRM. Sebagai contoh jika ada DRM yang dibutuhkan tidak berada dalam rak *filing* maka petugas harus melacak

keberadaan DRM melalui buku ekspedisi dan komputer untuk mengetahui dimana penggunaan terakhir DRM.

5. Petugas *Filing*

a. Tugas Pokok

Petugas belum bekerja sesuai deskripsi pokok pekerjaannya karena masih merangkap ke tugas assembling yang menerima dan merapikan DRM pasien.

b. Pendidikan Pelatihan

Petugas *filing* belum pernah diberikan pelatihan mengenai kearsipan secara formal. Selama ini petugas hanya diberi pelatihan atau pengarahan oleh sesama petugas yang sebelumnya sudah bekerja di *filing*.

6. Protap Pengelolaan DRM di Ruang *Filing*

Dari hasil penelitian di RSUD Banyumas sudah ada protap mengenai pengelolaan DRM tetapi protap tersebut tidak dipasang di ruang *filing* dan tidak disosialisasikan kepada petugas *filing*.

Protap RSUD Banyumas tentang sistem penyimpanan, penomoran, penjajaran dan deskripsi pokok pekerjaan *filing* adalah sebagai berikut :

a. Prosedur Penyimpanan DRM

1) Rawat Jalan

a) Status RM yang telah selesai digunakan kemudian dikembalikan ke rekam medis bagian penyimpanan, untuk dibagi sesuai dengan angka akhir. b) DRM disimpan didalam rak sesuai dengan angka akhir yang tertera di map DRM tersebut.

2) Rawat Inap

a) DRM rawat inap yang telah selesai di *coding indexing* dan diberi map dan ditulisi nama dan nomor rekam medis, kemudian di kembalikan ke bagian penyimpanan untuk disimpan. b) Dokumen yang dikembalikan ke bagian penyimpanan dilakukan sortir menurut angka akhir. c) Dokumen disimpan berdasarkan angka akhir.

3) IGD

a) Rekam medis pasie IGD baik yang berkunjung pada pagi, siang, sore maupun malam dikembalikan ke bagian rekam medis pada keesokan harinya. b) DRM IGD dengan nomor rekam medis lama disatukan dengan dokumen yang lama dan disimpan berdasarkan angka akhir,

sedangkan untuk nomor baru diurutkan dan diberi map dan ditulisi tanggal pengembaliannya, kemudian disimpan di *filing* kabinet.

b. Prosedur Penomoran DRM

1) Setiap pasien yang berobat baik rawat jalan maupun rawat inap diberikan satu nomor rekam medis. 2) Nomor rekam medis terdiri dari enam digit mulai dari 00 00 00 sampai 99 99 99. 3) Pengendalian nomor dilakukan oleh ITI (Instalasi Teknologi Informasi) dan dilakukan secara sentralisasi.

c. Prosedur Penjajaran

1) Nomor Rekam medis dibagi menjadi tiga kelompok, contoh :

03 – 04 – 07

III II I

Kelompok I disebut kelompok primer, Kelompok II disebut kelompok sekunder, Kelompok III disebut kelompok tersier

2) Pada waktu akan menyimpan berkas rekam medis, petugas harus mengambil langkah-langkah sebagai berikut :

a) Perhatikan nomor primer, kemudian menuju tempat penyimpanan nomor tersebut, yaitu 07. b) Kemudian cari lokasi nomor sekunder, yaitu 04. c) Kemudian lihat angka kelompok tersier, yaitu 03.

3) Lalu simpan berkas rekam medis pada urutan yang dimaksud.

4) Pastikan rekam medis yang sudah dimasukkan ke rak penyimpanan benar letaknya dan rapi.

d. Deskripsi Pokok Pekerjaan *Filing*

Menyelenggarakan sistem penyimpanan dan melakukan penggabungan DRM rawat jalan dan rawat inap, meliputi perakitan, sampai dengan tersejajarnya berkas rekam medis di rak penyimpanan dengan benar dan tepat dan pengembalian kembali rekam medis yang tersimpan.

PEMBAHASAN

1. Sistem Penyimpanan DRM

Pemilihan sistem penyimpanan yang akan digunakan dalam penyelenggaraan rekam medis juga dapat berpengaruh terhadap terjadinya *missfile*. Ada 2 sistem dalam pengurusan penyimpanan dalam

penyelenggaraan rekam medis, yaitu sistem sentralisasi dan sistem desentralisasi.^[5]

Berdasarkan hasil penelitian di *filing* RSUD Banyumas sistem penyimpanan menggunakan sistem sentralisasi yang belum sempurna. Karena menurut teori sistem penyimpanan sentralisasi adalah menyimpan DRM seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan kunjungan poliklinik maupun catatan selama seorang pasien dirawat inap.^[5]

Ada 2 hal yang menyebabkan sistem sentralisasi belum sempurna atau belum dilakukan dengan baik, yaitu :

- a) Masih ada lembar DRM pasien rawat inap yang belum disatukan dengan map DRM riwayat pasien sebelumnya. Hal tersebut berdampak informasi klinis tidak berkesinambungan dan semua data maupun informasi mengenai pasien dan pelayanan yang diberikan tidak berada dalam satu folder DRM. Tidak jarang ada kejadian *missfile* karena jika ada dokter ingin mengetahui riwayat pasien selama dirawat inap dan lembar riwayat tersebut tidak ada di map DRM pasien maka petugas harus mencari di tumpukan lembar DRM rawat inap yang belum disatukan dengan map DRM riwayat pasien sebelumnya.
- b) Terdapat 3 *filing* yang terpisah karena ada DRM yang harus disimpan di *filing* tersendiri, yaitu DRM dari pasien yang berobat di poliklinik VIP dan poliklinik jiwa. Proses penyimpanan DRM yang digunakan antar 3 *filing* tersebut adalah berdasarkan nomor RM dalam data-data terakhir pasien berobat. Petugas antar *filing* harus saling bertukar DRM jika ada pasien yang sebelumnya berobat ke poliklinik jiwa dan pasien tersebut datang kembali untuk berobat ke poliklinik VIP. Proses penyimpanan tersebut dapat menyebabkan *missfile* karena jika koordinasi antar petugas dari 3 *filing* kurang terjaga maka DRM yang dibutuhkan tidak ditemukan.

2. Sistem Penomoran DRM

Sistem penomoran dalam pelayanan rekam medis yaitu tata-cara penulisan nomor yang diberikan kepada pasien yang datang berobat sebagai bagian dari identitas pribadi pasien yang bersangkutan. Nomor rekam medis mempunyai beberapa kegunaan dan tujuan yaitu, sebagai petunjuk pemilik folder DRM pasien yang bersangkutan, untuk pedoman dalam tata-cara

penyimpanan dan penjajaran dokumen rekam medis, dan sebagai petunjuk dalam pencarian dokumen rekam medis yang telah disimpan di *filing*.^[5]

Bedasarkan penelitian sistem penomoran DRM menggunakan *unit numbering system* yaitu setiap pasien hanya memiliki satu nomor rekam medis selama berobat di RSUD Banyumas. Hal tersebut sudah sesuai dengan teori dan tidak menyebabkan *missfile* karena setiap pasien yang berkunjung mendapat satu nomor pada saat pertama kali pasien datang ke rumah sakit dan digunakan selamanya pada kunjungan berikutnya. Maka dokumen rekam medis pasien tersebut hanya tersimpan didalam satu folder dibawah satu nomor.^[5]

3. Sistem Penjajaran DRM

Pemilihan sistem penjajaran yang sesuai dapat membantu mencegah terjadinya *missfile*. Sistem penyimpanan angka akhir lebih dianjurkan untuk dipilih karena umum dipakai, lebih mudah, efisien dan efektif.^[5]

Berdasarkan hasil penelitian sistem penjajaran yang digunakan adalah sistem angka akhir (Terminal Digit Filing System). Tetapi menurut teori dalam menggunakan metode penomoran angka akhir bukan seperti yang diterapkan petugas. Sistem angka akhir yang sesuai teori adalah sebagai berikut :

$$\begin{array}{ccc} 00 & - & 00 & - & 00 \\ \text{III} & & \text{II} & & \text{I} \end{array}$$

- a. Kelompok I disebut kelompok primer yang menunjukkan kotak di rak penyimpanan.
- b. Kelompok II disebut kelompok sekunder yang menunjukkan kelompok di rak penyimpanan.
- c. Kelompok III disebut kelompok tersier yang menunjukkan urutan di rak penyimpanan.^[5]

4. Sarana Ruang *filing*

DRM yang telah disimpan pada rak *filing*, sewaktu-waktu akan diambil kembali guna keperluan tertentu. Oleh karena itu agar DRM yang keluar dari rak *filing* dapat dikendalikan sehingga mudah diketahui keberadaan dan penggunaannya, maka setiap pengambilan Dokumen Rekam Medis harus disisipi *Tracer*. *Tracer* atau kartu petunjuk keluar (*out guide*) merupakan kartu yang digunakan untuk pengganti Dokumen Rekam Medis yang diambil untuk digunakan berbagai keperluan.^[2]

Dari hasil penelitian di RSUD Banyumas petugas tidak menggunakan tracer sebagai alat pengganti DRM yang keluar tetapi menggunakan buku ekspedisi dan komputer untuk melacak keberadaan DRM. Menurut peneliti hal tersebut dapat menyebabkan kejadian *missfile* karena melacak menggunakan komputer hanya menampilkan dimana pasien terakhir berobat dan jika DRM tersebut dipinjam oleh mahasiswa untuk kepentingan pendidikan maka DRM sulit untuk dilacak. Tracer juga sebagai alat bantu dalam melakukan penjajaran pengembalian DRM ke rak *filing* agar mengurangi kejadian *missfile*. Oleh karena itu agar dokumen rekam medis yang keluar dari rak filing dapat dikendalikan sehingga mudah diketahui keberadaan dan penggunaannya, maka setiap pengambilan dokumen rekam medis harus disisipi tracer.

5. Petugas *Filing*

a. Tugas pokok petugas *filing* sesuai dengan teori sebagai berikut :

- 1) Menyimpan dokumen rekam medis dengan metode tertentu sesuai dengan kebijakan penyimpanan dokumen rekam medis.
- 2) Mengambil kembali dokumen rekam medis untuk berbagai keperluan.
- 3) Meretensi dokumen rekam medis sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan sarana pelayanan kesehatan.
- 4) Memisahkan penyimpanan dokumen rekam medis in-aktif dari dokumen rekam medis aktif.
- 5) Membantu dalam penilaian nilai guna rekam medis.
- 6) Menyimpan dokumen rekam medis yang diabadikan.
- 7) Membantu dalam pelaksanaan pemusnahan formulir rekam medis.
- 8) Menghitung tingkat kehilangan dokumen rekam medis ^[6]

Dalam pelaksanaannya petugas belum bekerja sesuai deskripsi pokok pekerjaannya karena masih merangkap ke tugas assembling yang menerima dan merakit DRM pasien. Hal tersebut dapat menyebabkan terjadinya *missfile* karena beban kerja petugas bertambah maka tidak jarang petugas melakukan kesalahan karena konsentrasi yang menurun. Seharusnya dilakukan penambahan petugas rekam medis yang ditempatkan pada bagian assembling untuk mengatur penerimaan DRM, kelengkapan DRM dan perakitan DRM karena belum ada petugas assembling.

b. Pendidikan Pelatihan

Filing dalam hal-hal tertentu pelaksanaannya memerlukan ketrampilan dan ilmu yang khusus. Petugas *filing* sebagai sumber daya manusia yang memiliki tugas dan fungsi dibidang kearsipan memegang peranan penting terutama pada pelaksanaan pelayanan rekam medis dalam pelayanan kesehatan pasien. Penanganan SDM penting karena mutu pelayanan rumah sakit sangat tergantung dari perilaku SDM dan kemajuan ilmu dan teknologi memerlukan tenaga yang profesional dan spesialis.^[7]

Berdasarkan hasil penelitian petugas *filing* belum pernah diberikan pelatihan mengenai kearsipan secara formal. Selama ini petugas hanya diberi pelatihan atau pengarahan oleh sesama petugas yang sebelumnya sudah bekerja di *filing*. Seharusnya petugas sering diberi pelatihan karena petugas merupakan pelaksana yang berhubungan dengan mutu pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu, semakin petugas menguasai keilmuan mengenai kearsipan maka cenderung mengurangi terjadinya *missfile*.

6. Protap Pengelolaan DRM di Ruang *Filing*

Prosedur tetap merupakan suatu gambaran umum untuk karyawan mengenai cara kerja (langkah, urutan kerja) yang harus dilakukan, yang dipakai sebagai pegangan bila terjadi perubahan staf dan dapat digunakan untuk menilai efektifitas suatu sistem^[8]. Setelah melakukan pengolahan data didapatkan pembahasan sebagai berikut :

a. Prosedur Penyimpanan DRM

Rincian langkah-langkah kegiatan yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dalam prosedur penyimpanan DRM sudah sesuai teori tetapi tidak menyebutkan sistem yang digunakan dalam penyimpanan. Berdasarkan prosedur tersebut tugas petugas *filing* dapat menjadi lebih tertib, sehingga prosedur penyimpanan DRM bukan merupakan penyebab terjadinya *missfile* di bagian *filing* RSUD Banyumas.

b. Prosedur Penomoran DRM

Rincian langkah-langkah kegiatan yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dalam prosedur penomoran DRM sudah rinci dan jelas. Berdasarkan prosedur tersebut tugas petugas *filing* dapat menjadi lebih tertib, sehingga

prosedur penomoran DRM bukan merupakan penyebab terjadinya *missfile* di bagian *filing* RSUD Banyumas.

c. Prosedur Penjajaran DRM

Rincian langkah-langkah kegiatan yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dalam prosedur penjajaran DRM sudah rinci dan sesuai teori. Dalam pelaksanaan prosedur ini belum dilakukan dengan baik, seharusnya petugas bekerja sesuai prosedur tersebut agar tugas petugas *filing* dapat menjadi lebih tertib. Prosedur penjajaran DRM bisa merupakan penyebab terjadinya *missfile* di bagian *filing* RSUD Banyumas karena belum dijalankan dengan baik oleh petugas.

d. Prosedur Tugas Pokok Petugas *Filing*

Rincian langkah-langkah kegiatan yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dalam prosedur petugas *filing* tidak sesuai teori karena petugas melakukan perakitan DRM yang seharusnya dilakukan petugas assembling. Berdasarkan prosedur tersebut tugas petugas *filing* tidak sesuai teori, sehingga prosedur tugas pokok petugas *filing* bisa merupakan penyebab terjadinya *missfile* di bagian *filing* RSUD Banyumas.

Dari hasil penelitian di RSUD Banyumas sudah ada protap mengenai pengelolaan DRM di ruang *filing* tetapi protap tersebut tidak dipasang di ruang *filing*. Seharusnya protap dipasang dan disosialisasikan kepada petugas *filing* agar dalam pelaksanaan pengelolaan DRM sesuai dengan prosedur yang ditetapkan pihak RS dan mencegah kejadian *missfile*.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang meliputi wawancara dan observasi yang dilakukan dihasilkan kesimpulan sebagai berikut :

1. Sistem Penyimpanan DRM

Pelaksanaan sistem penyimpanan sentralisasi yang tidak sesuai dengan teori karena masih ada lembar DRM rawat inap yang belum dijadikan 1 folder dengan DRM rawat jalannya dan dalam proses penyimpanan dibagi menjadi 3 *filing* yang terpisah yaitu *filing* pusat, *filing* poliklinik jiwa dan *filing* poliklinik VIP. Dengan sistem yang tidak sesuai dengan teori dan proses penyimpanan yang harus dibagi menjadi 3 tempat yang terpisah maka dapat menyebabkan terjadinya kejadian *missfile* di bagian *filing* RSUD Banyumas.

2. Sistem Penomoran DRM

Sistem penomoran yang menggunakan *unit numbering system* dan pada pelaksanaannya sudah sesuai teori. Hal tersebut bukan penyebab terjadinya kejadian *missfile* di bagian *filing* RSUD Banyumas.

3. Sistem Penjajaran DRM

Pelaksanaan sistem penjajaran angka akhir yang tidak sesuai dengan teori. Hal tersebut menyebabkan jika ada petugas baru atau mahasiswa yang melakukan praktek maka akan susah beradaptasi dengan sistem tersebut karena cara penjajaran yang tidak sesuai dengan teori. Hal tersebut dapat menjadi penyebab terjadinya kejadian *missfile* di bagian *filing* RSUD Banyumas.

4. Sarana Ruang *Filing*

Tidak digunakannya *tracer* bisa menyebabkan mudah terjadinya *missfile* karena *tracer* sebagai alat pengganti DRM yang keluar. Selama ini menggunakan buku ekspedisi dan komputer untuk melacak jika DRM tidak ditemukan di rak. Sedangkan buku ekspedisi dan komputer hanya untuk melacak dimana terakhir pasien berobat dan tidak bisa melacak untuk peminjaman mahasiswa dan kepentingan peminjaman lainnya. *Tracer* juga sebagai alat bantu dalam melakukan penjajaran pengembalian DRM ke rak *filing* agar mengurangi kejadian *missfile*.

5. Petugas Ruang *Filing*

Petugas belum bekerja sesuai tugas pokok pekerjaannya karena masih merangkap ke tugas assembling dan petugas belum pernah mendapatkan pendidikan pelatihan kearsipan secara formal. Hal tersebut dapat menyebabkan terjadinya kejadian *missfile* karena faktor kelelahan petugas menjadikan konsentrasi menurun dalam mengelola DRM dan pengetahuan yang kurang tentang kearsipan.

6. Protap Pengelolaan DRM di Ruang *Filing*

Protap penjajaran sudah sesuai teori tetapi petugas belum bekerja sesuai prosedur tersebut karena protap tidak dipasang dan disosialisasikan kepada petugas *filing* menjadikan dalam pelaksanaan pengelolaan DRM tidak sesuai protap yang ditetapkan pihak RS. Protap tugas pokok petugas *filing* belum sesuai teori karena petugas melakukan perakitan DRM yang seharusnya

dilakukan petugas assembling. Dari 2 hal tersebut dapat menyebabkan terjadinya kejadian *missfile* di bagian *filing* RSUD Banyumas.

SARAN

Dari kesimpulan yang telah dipaparkan di atas, untuk menekan kejadian *missfile* di bagian *filing* RSUD Banyumas peneliti menyarankan :

1. Memperbaiki pelaksanaan sistem penyimpanan dengan jangka pendek menjadikan 1 folder DRM antara lembar rawat inap dan lembar rawat jalan. Hanya menggunakan 1 ruang penyimpanan agar koordinasi antar petugas lebih baik dan tidak perlu saling bertukar DRM antar *filing* karena menambah beban petugas.
 - a. Jangka Pendek

Setiap ada DRM rawat inap langsung dijadikan menjadi 1 folder dengan DRM rawat jalan pasien tersebut. Sedangkan untuk menyatukan DRM dalam 1 tempat adalah setiap DRM pasien baru dari semua poliklinik akan disimpan dalam 1 *filing*.
 - b. Jangka Panjang

Setiap hari petugas menyatukan DRM rawat inap yang belum dijadikan menjadi 1 folder dengan DRM rawat jalan. Sedangkan untuk menyatukan DRM dalam 1 tempat adalah menyatukan DRM dari *filing* pusat, *filing* poliklinik jiwa dan *filing* poliklinik VIP.
2. Kendala dalam memperbaiki sistem penjajaran karena banyaknya DRM yang sudah tersimpan dalam rak. Dalam jangka pendek mensosialisasikan kepada petugas sistem penjajaran dengan menggunakan sistem angka akhir yang sesuai dengan teori. Dalam jangka panjang membenahi sedikit demi sedikit DRM yang sudah tersimpan dengan sistem penjajaran yang sesuai dengan teori.
3. Membuat dan menggunakan *tracer* sebagai alat pengganti DRM yang keluar agar DRM yang keluar lebih terkontrol dan dalam proses pengembalian DRM ke rak *filing* lebih mudah.
4. Penambahan petugas rekam medis yang ditempatkan pada bagian assembling untuk mengatur penerimaan DRM, kelengkapan DRM dan perakitan DRM karena belum ada petugas assembling sementara tugas assembling dirangkap oleh petugas *filing*.

5. Perlu diadakan pelatihan kearsipan bagi petugas *filing* guna meningkatkan keterampilan dan pengetahuan masing-masing petugas *filing*.
6. Pemasangan protap di *filing* dan mensosialisasikan protap kepada petugas *filing* agar lebih efektif dalam pemanfaatan protap pengelolaan DRM.
7. Unit Rekam Medis perlu mengadakan revisi ulang terhadap prosedur operasional mengenai tugas pokok petugas *filing* agar petugas bekerja sesuai teori tugas pokoknya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Permenkes 269/Menkes/III/2008 mengenai Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.
2. Shofari, Bambang. *Dasar – Dasar Pelayanan Rekam Medis*. Semarang, 2008. (Tidak dipublikasikan).
3. Moleong, Lexy J. 2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
4. Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
5. Wintri, Santi. *Sistem Penyimpanan, Penomoran dan Penjajaran Rekam Medis*, 2011, <http://dedemedrec.blogspot.com>, diakses tanggal 27 Januari 2013.
6. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Pelayanan Medis, *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*, Jakarta, 1997.
7. Dhamanti, Inge. 2003. *Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Waktu Tunggu Pelayanan di Rekam Medis Rawat Jalan di Rekam Medis Rawat Jalan RSUD Haji Surabaya*. Penelitian Ilmiah. Universitas Airlangga Surabaya.
8. Kemenag, Standar Operasional Prosedur, <http://e-dokumen.kemenag.go.id/contents/download.php%3Fid%3D106%26file%3DBX32jRZz1284857253...mxFA>, diakses tanggal 27 Januari 2013.