
STANDAR PENYUSUTAN DOKUMEN REKAM MEDIS DI PUSKESMAS KEDUNGUMUNDU KOTA SEMARANG TAHUN 2019

Retno Astuti Setijaningsih¹, Jaka Prasetya²

^{1,2} Prodi DIII RMIK F Kes. Udinus
email : retnoastutis@yahoo.co.id

Abstract

Public Health Center (PHC) is a central development in the working area. Its orientation is the safety of the patient. For it takes depreciation medical record documents to reduce the burden of storage and workload file clerk. Therefore, medical record documents more easily and quickly traceable. It is associated with patient's medical record document tracking speed. Result for The PHC obtained their medical record documents missfile accident due to stacking file. The research design is a case study. Cross sectional approaching with observation and interviews as the method of collecting data. Processing data using collecting, editing, and tabulating. Then the data were analyzed descriptively. Generally, numbering system with applied to the patient's family health centers folder is Unit Numbering System (UNS). PHC, in general, already implementing Terminal Digit Filing (TDF) alignment system, but in Puskesmas Kedungmundu still apply Straight Numerical Filing (SNF). The retention system is decentralization. While Puskesmas Kedungmundu peciathas implemented centralized. Depreciation medical record documents has not been routinely performed and without documentation. Several PHC even do not perpetuate medical record documents as regulated on The Permenkes Nomor 269/Menkes/PER/III/2008. Medical record documents depreciation required the disease index, patient index, standard operating procedure, record retentions schedules and documentation. In addition, need to reform the medical record documents management to facilitate the implementation of depreciation.

Keywords : *medical record document, depreciation, public health center*

PENDAHULUAN

Pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) adalah unit pelaksana teknis dinas kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja.⁽¹⁾ Puskesmas juga merupakan kesatuan organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat dengan peran serta aktif masyarakat. Selain itu, puskesmas menggunakan hasil pengembangan ilmu

pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat luas. Hal ini guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan.⁽²⁾

Jika ditinjau dari sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, maka peranan dan kedudukan puskesmas adalah sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Puskesmas merupakan sarana pelayanan kesehatan terdepan di Indonesia, maka puskesmas bertanggung jawab dalam

menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat. Puskesmas juga bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kedokteran.

Puskesmas ingin mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat 2010.

Puskesmas memiliki tiga ungsi. Adapun fungsi puskesmas adalah : pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya, pembina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka kemampuan untuk hidup sehat, pemberi pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan masyarakat di wilayah kerjanya.⁽³⁾

Puskesmas bertugas sebagai unit pelaksana teknis dinas (UPTD) kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah. Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan strata pertama yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan meliputi pelayanan kesehatan perorangan

(*private goods*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public goods*).

Terdapat 37 puskesmas di wilayah Dinas Kesehatan Kota (DKK) Semarang. 11 puskesmas diantaranya memiliki unit rawat inap (URI), selebihnya hanya memberikan rawat jalan. Puskesmas yang mempunyai URI adalah Puskesmas Halmahera, Sronдол, Tlogosari Kulon, Bangetayu, Karangdoro, Ngaliyan, Gunungpati, Mijen, Ngesrep, Karangmalang, serta Mangkang. Selebihnya hanya melayani rawat jalan,

Prioritas utama pelayanan kesehatan adalah menjamin kesehatan seorang pasien. Hal ini terkait dengan kecepatan pelacakan dokumen rekam medis (DRM) yang berisi riwayat kesehatan pasien secara kronologis dan lengkap. Mulai dari pencatatan/perekaman hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, diagnosis, sampai dengan terapi, pengobatan, ataupun tindakan yang diberikan kepada seorang pasien. DRM ini akan menjadi dasar pengobatan pasien selanjutnya.⁽⁴⁾

DRM yang ada di rak penyimpanan (*file*) tentunya akan terus bertambah. Beban kerja petugas filing dan kapasitas rak maupun ruang *file* DRM terbatas. Jadi, beban penyimpanan rak juga harus sesuai dengan kapasitas penyimpanannya. Apalagi setiap puskesmas mempunyai wilayah kerja beberapa kelurahan, seperti Puskesmas

Kedungmundu mempunyai 4 kelurahan. Hal ini menyebabkan penambahan DRM pasien cukup pesat. Untuk mengurangi beban penyimpanan rak *file* dan petugas filing, maka dibutuhkan kegiatan penyusutan DRM, yakni kegiatan memindahkan DRM ke rak *file* inaktif atau memusnahkan DRM yang sudah tidak bernilai guna.

Menurut hasil survei awal peneliti di Puskesmas Kedungmundu, penyusutan DRM belum memenuhi standar Permenkes Nomor 269/Menkes/PER/III/2008. Bahwa DRM rawat jalan fasilitas pelayanan kesehatan akan dimusnahkan sekurang-kurangnya 2 tahun sejak tanggal terakhir pasien berobat.⁽⁴⁾ Sedangkan formulir-formulir rekam medis di puskesmas agak berbeda dengan yang ada di rumah sakit. Menurut ketentuan DKK, tetapi boleh mendesain sendiri menurut kebutuhan dan kemudahan penggunaannya. Jadi, banyak puskesmas yang memusnahkan semua DRM bahkan tanpa dokumentasi, yaitu berita acara pemusnahan dan daftar DRM yang dimusnahkan.

Retensi adalah penyortiran DRM yang sudah nonaktif dari DRM aktif, 5 (lima) tahun sejak tanggal terakhir pasien berobat.⁽⁵⁾ Sedangkan pemusnahan merupakan proses penghancuran formulir-formulir yang terdapat di dalam berkas RM yang sudah tidak mengandung nilai guna .

Tujuan penyusutan DRM adalah untuk mengurangi beban penyimpanan DRM pada rak *file*. Selain itu, juga mengabadikan formulir-formulir rekam medis yang memiliki nilai guna.⁽⁶⁾ Formulir yang bernilai guna sekurang-kurangnya memiliki nilai guna sekunder, yakni pembuktian dan sejarah.

Jadi, masalah yang ada adalah penumpukan DRM di filing karena kendala karyawan dalam melaksanakan penyusutan DRM nonaktif di Puskesmas Kedungmundu Semarang. Sedangkan tujuan penelitian ini ialah mengevaluasi ketersediaan standar penyusutan dokumen rekam medis di Puskesmas Kedungmundu Semarang.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan sebelumnya untuk mencari faktor-faktor penyebab kendala penyusutan DRM nonaktif Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang adalah studi kasus. Pendekatannya ialah *cross sectional* dengan metode pengumpulan datanya adalah observasi dan wawancara. Instrumen penelitian menggunakan pedoman observasi dan pedoman wawancara. Pengolahan data menggunakan *collecting, editing, tabulating*. Selanjutnya, data dianalisis secara deskriptif.

Selanjutnya, peneliti menyusun bahan ajar penyusutan DRM nonaktif seorang pasien untuk sistem *family folder*.

Standar tersebut disosialisasikan untuk digunakan sebagai panduan penyusutan yang prosedural bagi petugas filing. Kemudian tim peneliti melakukan sosialisasi standar penyusutan DRM nonaktif di Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang sebagai materi pengabdian masyarakat. Adapun petugas filing di Puskesmas Kedungmundu ada 5 (lima) orang dengan 1 (satu) orang kepala.

HASIL

Petugas bertanggung jawab terhadap pengelolaan DRM di filing puskesmas. Selain itu, melacak, menyediakan, menyimpan, serta menyusutkan DRM. Formulir-formulir sebagai alat bantu yang dibutuhkan dalam pengelolaan DRM adalah label dan map DRM. Alat bantu ini sudah tersedia di filing puskesmas.

Petugas filing yang bertanggung jawab memasukkan, mengolah, serta menyusun laporan pelayanan puskesmas melalui Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas *Online* (SP3 *Online*). Adapun formulir/dokumen penunjangnya berupa laporan bulanan dan laporan tahunan. Laporan yang dihasilkan oleh simpus berupa laporan kunjungan, laporan penyakit rawat jalan, laporan penyakit rawat inap, laporan kehilangan kartu berobat, dan laporan 10 besar penyakit

Sistem penamaan yang diterapkan di tempat pendaftaran pasien (TPP)

puskesmas sudah ditetapkan menurut standar penamaan. Nama merupakan identitas pribadi yang diberikan oleh orang tuanya pada saat lahir dan akan dimiliki seseorang sampai dengan setelah meninggal dunia. Prinsip utama yang harus ditaati oleh petugas pencatat adalah nama pasien harus lengkap, minimal terdiri atas 2 suku kata.

Nama pasien yang akan tercantum dalam rekam medis diantaranya bisa salah satu dari kemungkinan ini : 1) Nama pasien sendiri, apabila nama sudah terdiri atas 1 suku kata atau lebih. 2) Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama suami, apabila pasien seorang yang bersuami. 3) Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama orang tua (biasanya nama ayah). 4) Bagi pasien yang mempunyai keluarga, marga, maka keluarga atau marga didahulukan dan kemudian diikuti nama sendiri.

Dalam sistem penamaan rekam medis diharapkan : 1) Nama ditulis dengan huruf cetak dan mengikuti ejaan yang disempurnakan. 2) Sebagai pelengkap, bagi pasien perempuan diakhiri nama lengkap ditambah Ny. / Nn. dengan statusnya. 3) Penentuan *title* selalu ditetapkan sesudah nama lengkap pasien. 4) Istilah tuan, saudara, bapak, tidak dicantumkan dalam penulisan nama pasien.

Adapun sistem penomoran atau dikenal dengan istilah *numbering system* penting. Artinya, untuk kesinambungan

informasi. Tujuan memberikan nomor pada dokumen rekam medis adalah mempermudah pencarian kembali dokumen rekam medis yang telah terisi sebagai informasi medis tentang pasien saat pasien datang kembali berobat di sarana pelayanan kesehatan yang sama.

Pemberian Nomor Cara Unit (*Unit Numbering System/UNS*) adalah memberikan satu nomor rekam medis pada pasien berobat jalan. Setiap pasien yang datang berkunjung mendapatkan satu nomor pada saat pasien pertama kali datang berkunjung ke puskesmas. Selanjutnya, nomor rekam medis akan digunakan selamanya untuk kunjungan berikutnya. Jadi, DRM pasien hanya tersimpan dalam satu berkas (folder) dengan satu nomor. Nomor rekam medis tersebut bukan hanya digunakan oleh seorang pasien, tetapi jg oleh semua anggota keluarga (dalam satu Kartu Keluarga yang sama). Hanya sistem penomoran *UNS* ini tidak dilengkapi dengan formulir/dokumen pendukung Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP). Membuat KIUP dianggap memperlama proses pendaftaran pasien di TPP.

Penjajaran DRM di Filing Puskesmas Kedungmundu mengikuti aturan nomor rekam medis dengan metode Sistem Nomor Langsung (*Straight Numerical Filling / SNF*). Artinya, sistem penyimpanan DRM dengan menjajarkan folder DRM berdasarkan urutan langsung rekam medisnya pada rak penyimpanan.

Misalkan : setelah nomor 46-50-23, selanjutnya nomor 46-50-24, 46-50-25.

Karena merupakan puskesmas yang melayani rawat jalan saja, maka puskesmas menerapkan sistem *family folder* untuk menyimpan DRM pasien. Artinya, DRM milik seorang pasien sebagai Kepala Keluarga (KK) akan disimpan bersama-sama dengan DRM milik anggota keluarga yang lain dalam 1 (satu) folder.

Formulir-formulir Rekam Medis di puskesmas meliputi : 1) Formulir Rawat Jalan/ BP Umum; Catatan Medis (CM) Rawat Jalan; MTBS (Kartu Anak, Kartu Ibu, Kartu Peserta KB); CM Rawat Jalan Gigi.

Berdasarkan hasil wawancara yang didukung dengan dokumen register rawat jalan, didapatkan bahwa DRM nonaktif di atas 5 tahun sejak tanggal terakhir pasien berobat disortir dengan cara memberi label yang berlainan warna per tahun. Adapun tatacara penyimpanan DRM inaktif adalah sebagai berikut : 1) Memilih DRM pasien yang sudah tidak berkunjung 5 tahun atau lebih sesuai dengan data dalam register. 2) Memisahkan DRM inaktif tersebut dari DRM aktif.

Data nilai guna/pemusnahan menggunakan sumber data yang berasal dari hasil wawancara, didukung dengan dokumen daftar pemindahan DRM inaktif. Standar menyebutkan bahwa dokumen pendukung yang harus ada adalah : 1) Berita acara, 2) Daftar pemusnahan DRM

di atas 5 tahun sejak tanggal terakhir pasien berobat.

Sedangkan tatacara pemusnahan meliputi : 1) Membuat berita acara. 2) Memilih dokumen rekam medis pasien yang sudah tidak berkunjung 5 tahun sejak tanggal terakhir pasien berobat. 3) Memusnahkan DRM tersebut dengan cara dibakar. Tatacara yang ada di Puskesmas Kedungmundu ini belum diterapkan, meskipun sudah tercantum dalam standar yang ada untuk persiapan akreditasi, yakni Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemusnahan.

PEMBAHASAN

Standar waktu minimal pelayanan pendaftaran pasien baru di puskesmas rata-rata adalah 5 menit. Sedangkan pasien lama yang berobat kembali ialah 5-10 menit. Hal ini diharapkan bisa memberi kepuasan kepada pasien⁽⁵⁾. Perbedaan waktu tunggu antara pasien baru dengan lama ini akibat adanya pelacakan DRM untuk keperluan pengobatan bagi pasien lama.

Sosialisasi mengenai standar waktu minimal pelayanan pendaftaran tersebut penting untuk diberikan kepada pasien. Jadi, perlu disosialisasikan berupa papan pengumuman di tempat pendaftaran pasien (TPP) dan ruang tunggu

pasien. Puskesmas belum menerapkan hal ini, sehingga seringkali membuat pasien mengeluhkan lama waktu tunggu.

Puskesmas memiliki unit rekam medis (URM) sebagai unit pencatat/perekam data pasien sekaligus pengolah data tersebut menjadi informasi kesehatan di wilayah kerjanya. Subunit-subunitnya meliputi bagian luar (TPP, URJ, UGD, serta URI) dan bagian dalam (filing dan SP3 *online*).⁽⁶⁾ Fungsi yang lain belum ada, yakni assembling, koding dan indeksing. Seharusnya fungsi-fungsi ini diadakan secara lengkap agar data dan informasinya lengkap dan akurat. Adapun jika terdapat keterbatasan tenaga, maka bisa dikerjakan oleh petugas yang ada setelah loket tutup. Hal ini mengingat puskesmas adalah pusat pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.⁽¹⁾

Jadi, ada rangkap tugas pokok dan fungsi antara petugas filing dengan subunit analising/reporting di Puskesmas Kedungmundu. Hal ini menyebabkan penyusutan DRM tidak berjalan rutin. Akan tetapi, jelas bahwa sarana untuk melacak DRM nonaktif yang akan disusutkan sudah tersedia, yakni laporan pelayanan tahunan. Jika

dalam 2 (dua) tahun terakhir, DRM/berkas DRM suatu kepala keluarga tidak dilaporkan, artinya tidak ada transaksi pelayanan kesehatan, maka DRM siap disortir sebagai DRM yang akan disusutkan.

Puskesmas Kedungmundu memiliki beberapa subunit pencatat/perekam data pasien, yakni meliputi TPP dan URJ. Sedang bagian pengolahan datanya terdiri atas filing dan simpus.

Fungsi assembling dalam merakit dan menyediakan formulir-formulir rekam medis sudah dikerjakan oleh bagian TPP. Sedangkan fungsinya dalam menganalisis kelengkapan dokumen secara kuantitatif dan kualitatif, serta mengendalikan ketidaklengkapan DRM belum dilaksanakan oleh URM. Hal ini tidak memenuhi orientasi menjamin keselamatan diri seorang pasien. DRM pasien setelah selesai pelayanan akan langsung disimpan di bagian filing.

Demikian juga dengan fungsi koding dan indeksing, koding dilaksanakan oleh dokter, sedangkan indeksing belum dilaksanakan. Padahal sumber datanya dibutuhkan untuk pihak manajemen misalnya, perencanaan logistik obat dan sarana pelayanan kesehatan, juga

penyusutan DRM untuk mengurangi beban penyimpanan di rak file. Dengan demikian, harus menyelenggarakan fungsi assembling dan koding atau indeksing. Permenkes Nomor 12 Tahun 2013 menetapkan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) wajib menyelenggarakan URM.⁽⁷⁾

Petugas rekam medis sudah ada 1 (satu) orang yang berlatar belakang pendidikan ahli madia perekam medis. Petugas tersebut lebih sering melayani di TPP. Jadi, puskesmas bisa merencanakan untuk merekrut seorang perekam medis untuk ditempatkan di bagian pengolahan data, khususnya untuk melaksanakan fungsi koding atau indeksing dan pelaporan (Simpus atau SP 3 *online*). Selain itu, Permenkes No 75 th 2004 juga telah menetapkan harus adanya 1 (satu) tenaga perekam medis di puskesmas.⁽⁶⁾

Dalam rangka era Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang akan terus ditingkatkan pelayanan sampai dengan tahun 2019, maka pelayanan rekam medis juga harus lebih berkualitas. Hal ini terkait dengan adanya visi bahwa riwayat kesehatan seorang pasien berkesinambungan

dan bisa diakses di fasyankes untuk menjamin keselamatannya.

Hal ini harus dimulai dengan penerapan tertib administrasi rekam medis, khususnya di puskesmas sebagai fasyankes primer⁽⁸⁾. Jadi, sistem yang diterapkan juga harus memenuhi standar nasional, selanjutnya internasional.

Sistem penamaan secara langsung, yakni menulis nama pasien yang diindeks seperti nama aslinya, tidak efektif digunakan untuk melacak data pasien yang bersangkutan, padahal prinsip arsip (rekam medis) adalah *retrievable* (sewaktu-waktu dibutuhkan cepat terlacak) untuk dasar pengobatan pasien berikutnya.⁽¹¹⁾

Keseragaman standar penamaan ini dapat ditempuh melalui kebijakan Dinas Kesehatan Kota (DKK) Semarang. Selanjutnya, standar ini diwajibkan untuk diselenggarakan di semua puskesmas. Puskesmas Kedungmundu menyelenggarakan sistem penamaan pasien berdasarkan ketentuan kesepakatan bersama yang biasanya juga diterapkan di puskesmas yang lain.

Jadi sistem penamaannya harus dibenahi menyesuaikan sistem penamaan secara internasional yang

diindeks sama persis dengan nama asli hanya nama perempuan, misalnya Desi Ariyani diindeks menjadi Desi Ariyani. Sedangkan nama laki-laki atau yang mengandung nama laki-laki yang terdiri atas lebih dari 1 (satu) nama akan diindeks berbeda, yakni nama belakang akan diindeks di depan nama depan dan nama tengah (jika ada). Misalnya, Desi Ariyani Sulaiman menjadi Sulaiman, Desi Ariyani. Hal ini berlaku sama dengan nama pasien yang mengandung nama keluarga, nama marga, serta nama-nama orang Eropa dan Amerika. Contohnya, Edna K Huftman menjadi Huftman, Edna K. Sedangkan gelar, jabatan, serta sapaan akan dicantumkan di belakang nama dengan tanda kurung. Contohnya, Huftman, Edna K (MMR).

Dengan sistem penamaan yang baku dan berlaku secara internasional, tentunya akan mempermudah pelacakan data pasien. Hal ini akan bermanfaat untuk mempercepat penyortiran DRM nonaktif dalam penyusutan.

Sistem penomoran *Unit Numbering System (UNS)* yang diterapkan untuk pasien baru yang mendaftar di TPP Puskesmas Kedungmundu sudah ideal. Hanya ada kelemahannya, bahwa petugas TPP masih melayani pendaftaran secara manual, belum menggunakan sistem informasi pendaftaran. Padahal

pembuatan kartu identitas pasien (KIB) yang sering disebut dengan kartu tanda pengenal kepala keluarga (KTPK) atau kartu tanda pengenal anggota keluarga (KTPA) secara manual dianggap menyebabkan waktu tunggu lebih lama. Padahal KIB ini adalah sarana untuk mempercepat pelacakan DRM pasien di filing.

KIUP juga tidak dibuat di TPP Puskesmas Kedunmundu. Sedangkan KIUP digunakan jika pasien tidak membawa Kartu Identitas Berobat (KIB)/Kartu Tanda Pengenal Kepala Keluarga (KTPK)/Kartu Tanda Pengenal Anggota Keluarga (KTPA). KIUP dan KIB berfungsi untuk melacak DRM pasien lama yang datang berobat kembali.

KIUP ini juga yang menjadi sarana paling efektif untuk menentukan tanggal terakhir pasien berobat. Jika KIUP dibuat secara manual seperti yang terjadi di TPP Puskesmas Kedungmundu Semarang pasti akan memperlama proses pendaftaran pasien baru dan berpotensi menimbulkan keluhan pasien. Jadi, sistem informasi pendaftaran harus segera diterapkan di TPP. KIUP secara otomatis akan dijalankan sebagai *Master Patient Indeks* (MPI) secara komputerisasi.

Petugas bisa melacak DRM nonaktif dari tahun dengan mundur 2 (dua) tahun sebelumnya. Kemudian, melacak nomor rekam medis pasien yang 2 (dua) tahun setelahnya tidak pernah datang berobat

kembali. Tentunya harus dipastikan tidak ada duplikasi nomor rekam medis pasien, yakni 1 (satu) nomor rekam medis digunakan oleh lebih dari 1 (satu) orang pasien/kepala keluarga.

Selain itu, pelacakan DRM yang tepat dan cepat juga mendukung kesinambungan informasi medis dan visi SJSN. Jadi, hal ini jelas mendukung prioritas menjamin riwayat kesehatan pasien secara lengkap dan kronologis. Tinggal didukung oleh sistem penyimpanan dan penjajaran yang ideal menurut teori.⁽⁷⁾

Sedangkan sistem penjajaran yang diterapkan di filing masih berupa *Straight Numerical Filing* (SNF) tidak relevan dengan tujuan UNS. Sistem penjajaran ini sudah tidak disarankan lagi karena penomoran secara urut akan menjadi kendala bagi petugas dalam melacak DRM. Hal ini disebabkan tidak semua nomor rekam medis mempunyai makna lokasi penyimpanan, seperti *Terminal Digit Filing* (TDF) ataupun *Middle Digit Filing* (MDF).

Sistem-sistem yang ideal ini akan mempercepat proses pelaksanaan penyusutan. Retensi tidak akan berulang jika seorang pasien hanya memiliki 1 (satu) nomor rekam medis. Selain itu, data DRM yang akan disusutkan membutuhkan sumber data yang tepat, seperti register rawat jalan dan kartu indeks utama pasien (KIUP).

Filing Puskesmas Kedungmundu masih menerapkan *Straight Numerical Filing (SNF)*, yakni penjajaran berdasarkan nomor langsung (dari nomor terkecil di sebelah kiri subrak berjajarurut sampai nomor yang terbesar di sisi kanan subrak). Misalnya, 99-02751, 99-03001, 99-03250, 97-00001, 97-00250. Sistem Penomoran ini sudah tidak dianjurkan karena nomor-nomor tersebut tidak dibagi per kelompok digit yang masing-masing bermakna lokasi. Hal ini memperbesar resiko terjadinya *missfile* (salah letak), yang dianjurkan adalah *Terminal Digit Filing (TDF)* atau *Middle Digit Filing (MDF)*. TDF adalah sistem penyimpanan dengan melihat pertama dari angka akhir, sedangkan MDF adalah sistem penyimpanan dengan melihat pertama dari angka tengah dalam penyimpanan berkas rekam medis yang menggunakan sistem penjajaran angka tengah hampir sama dengan sistem penjajaran angka akhir. Perbedaannya adalah letak posisi *primary digit secondary digit dan tertiary digit*. Sedangkan puskesmas yang lain sudah menerapkan TDF.⁽¹¹⁾

TDF dapat mempecepat pelacakan nomor rekam medis. Jadi, pelaksanaan penyortiran DRM nonaktif akan lebih mudah. Hal ini juga yang menjadi salah satu faktor penghambat dalam melacak DRM nonaktif jika nomor-nomor rekam medisnya sudah disiapkan. Meskipun unit pelayanan sudah menerapkan *Electronic Medical Record (EMR)*, tetapi DRM *paper*

pasien yang masih aktif tidak boleh dimusnahkan. Dengan demikian, sistem penjajarannya tetap harus diubah menjadi *Terminal Digit Filing (TDF)*.

Cara mengubah SNF ke TDF adalah dengan menyiapkan rak file kosong dengan 100 (seratus) subrak. Jika ada pasien baru maupun pasien lama selesai dilayani di unit pelayanan, maka DRM masuk ke rak baru tersebut. DRM langsung dijajarkan secara TDF di rak file yang baru. Ada keuntungan yang lain, jika dalam 2 (dua) tahun berikutnya DRM tertentu masih berada di rak file lama, maka akan tergolong dalam DRM nonaktif yang siap disusutkan.

Puskesmas Kedungmundu menerapkan sistem penyimpanan *family folder* karena hanya menyimpan DRM rawat jalan.⁽¹¹⁾ Sedangkan standar prosedur penyusutan DRM yang disimpan secara *family folder* belum memiliki dasar teori tertentu.

Sebenarnya kendala pelacakan DRM dan beberapa kali kejadian *missfile* yang dihadapi oleh Filing Puskesmas Kedungmundu dan puskesmas yang lain bisa diatasi dengan optimalisasi penggunaan tracer, bon pinjam (kartu peminjaman DRM / KPD), dan buku ekspedisi untuk meminjam DRM seorang anggota keluarga yang menjadi pasien RI. Tracer yang diselipi KPD dimasukkan dalam *family folder* sebagai *outguide* (pengganti) DRM yang keluar. Selain itu, juga harus dicatat dalam buku ekspedisi.

Jika pasien tersebut sudah pulang, maka DRM akan dikembalikan dalam *family folder*nya.

Dengan optimalisasi penggunaan sarana dan sumber data pengelolaan DRM di filing, maka penyusutan DRM akan lebih efisien dan efektif. Untuk puskesmas rawat jalan hanya perlu pengelolaan KIUP manual/MIP elektronik. Karena KIUP/MIP menjadi sumber data pemilahan DRM nonaktif dari inaktif yang akurat berdasarkan tanggal terakhir pasien berobat.⁽¹²⁾ Hal ini mengingatkan retensi ataupun nilai guna tidak perlu dilakukan lebih dari sekali untuk pasien yang sama yang memiliki 2 (dua) buah DRM atau lebih akibat 2 (dua) nomor rekam medis yang berbeda karena duplikasi nomor atau penyebab yang lain.

SIMPULAN DAN SARAN

Menurut hasil penelitian dapat disimpulkan, bahwa faktor-faktor kendala penyusutan, meliputi: (1) Sistem pendaftaran di Puskesmas Kedungmundu masih dikerjakan secara manual. (2) Sistem penamaan pasien menggunakan sistem penamaan langsung (3) Sistem penomoran pasien menggunakan sistem UNS tanpa KIUP/MPI. (4) Sistem penajaran pasien di Puskesmas Kedungmundu menggunakan sistem SNF. (5) Sistem penyimpanan di Puskesmas Kedungmundu menggunakan *family folder*. (6) Sistem penyusutan DRM di Puskesmas Kedungmundu menggunakan

sumber data register pendaftaran. (7) Penomoran per wilayah kelurahan digunakan untuk penomoran rak *file*.

Saran tim peneliti : (1) segera direncanakan agar puskesmas menyelenggarakan URM secara lengkap (pengolahan data rekam medis, meliputi assembling, koding dan indeksing, filing, serta simpus/analising dan reporting). Jadi, mutu rekam medis bisa meningkat karena tidak ada rangkap tugas pokok dan fungsi. (2) Sistem informasi pendaftaran segera diterapkan di TPP (3) Dibuatkan KIUP/MPI dan indeks penyakit di puskesmas, baik secara elektronik maupun manual, diantaranya sebagai sumber data nomor rekam medis pasien nonaktif yang merupakan bagian dari *family folder* untuk mempermudah penyusutan menurut JRA. (4) Dibuatkan standar prosedur penyusutan DRM puskesmas yang mencantumkan JRA secara operasional sebagai panduan penyusutan DRM. (5) Hal ini akan dibuat sebagai rencana pengabdian selanjutnya bagi tim peneliti. (6) Bagian penyimpanan dokumen rekam medis menggunakan sarana *tracer* dan kartu peminjaman dokumen untuk keamanan dan *out guide* DRM. Juga pada saat penyortiran DRM nonaktif. (7) Diselenggarakan dokumentasi penyusutan, seperti berita acara, daftar pemindahan DRM inaktif, daftar pertelaahan, daftar DRM yang dimusnahkan, dan berita acara pemusnahan. Selain itu, butuh tim nilai

guna berdasarkan SK kepala puskesmas dan saksi-saksi kegiatan pemusnahan. (8) Pembinaan pengelolaan DRM, seperti penerapan sistem penomoran *UNS*, penjajaran *TDF*, serta penyimpanan sentralisasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
2. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 749a/Menkes/PER/XII/1989 tentang Rekam Medis
3. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Rekam Medis. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006
4. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia 2008
5. Undang-undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Rekam Medis
8. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta. 2009
9. Azrul Azwar, Pengantar Administrasi Kesehatan. Jakarta.1996
10. Hatta, Gemala R. Sarana Pelayanan Kesehatan. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2008
11. Surat Keputusan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Nomor 78 Tahun 1991 tentang Petunjuk Pelaksanaan Rekam Medis di Rumah Sakit
12. Retno Astuti S, Prasetya Jaka, Visikes : Analisis Prosedur Penyusutan Dokumen Rekam Medis di Puskesmas Rawat Inap di Kota Semarang. Vol. 15.2016
13. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Sistem Informasi dan Manajemen Puskesmas. Jakarta. 1997
14. Undang-undang Nomor 43 Tahun 2009 tentang Kearsipan