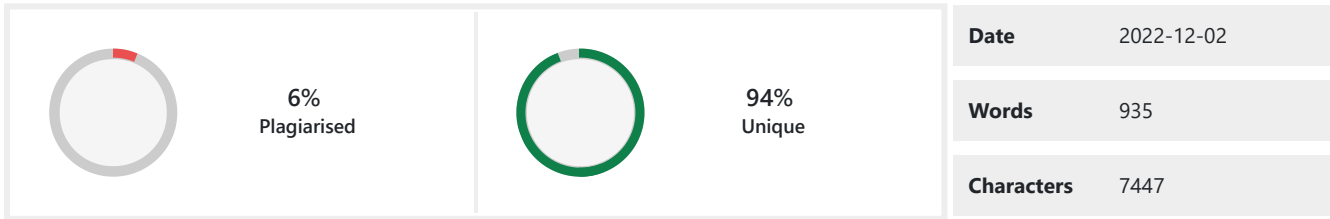


PLAGIARISM SCAN REPORT



Content Checked For Plagiarism

GAMBARAN PENGELOLAAN DOKUMEN REKAM MEDIS
DI PUSKESMAS X

Fiqi Nurbaya 1, Yustika Ayu Okta 2, Bella Kurnia 3
Prodi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,FKM,Universitas Bangun Nusantara (1,2,3)
Email: fiqinaya@gmail.com1, yustikaayu124@gmail.com2,bellakurnia1997@gmail.com3

ABSTRAK

Pengaturan dokumen rekam medis di rumah sakit maupun puskesmas harus tertib secara administrasi. Selain tertib secara administrasi juga tertib dalam pelayanan Kesehatan. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan studi deskriptif. Tujuan penelitian ini adalah untuk menggambarkan pengelolaan dokumen rekam medis puskesmas. Hasil penelitian sebagai berikut : 1. Penamaan pasien menggunakan nama asli sesuai KTP 2. hanya menggunakan satu nomor dalam pemeriksaan 3. Penataan dokumen rekam medis diurutkan sesuai dengan kode wilayah masing-masing sub rak, kemudian dokumen disusun dari nomor terkecil ke besar 4. Pengolahan dokumen rekam medis secara sentralisasi 5. Retensi dokumen dilakukan secara kondisional 6. Sistem pelaporan bersumber dari SP3 7. Dokumen rekam medis dikelola secara assembling, coding, indexing, analysing and reporting, filing.
Kata kunci : puskesmas, dokumen, rekam medis

PENDAHULUAN

Puskesmas adalah sarana prasarana pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan upaya pelayanan Kesehatan dan upaya Kesehatan perseorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat Kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di suatu wilayah kerja. Pengadaan sistem rekam medis yang baik, harus didukung oleh sistem penyediaan berkas rekam medis. Untuk mencapai tertib administrasi dalam pelayanan Kesehatan perlu adanya dokumen rekam medis. Penyediaan berkas rekam medis yang baik yaitu pengadaan berkas yang cepat, tepat, efisien. Jika waktu pengadaannya lama, sudah pasti akan mengganggu pelayanan Kesehatan yang diberikan oleh dokter.

METODE

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan studi deskriptif. Tujuan penelitian ini menggambarkan sistem pengelolaan dokumen rekam medis puskesmas.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Penamaan pasien

Penamaan pasien menggunakan nama asli sesuai KTP dengan menambahkan Tn/Ny sebagai dasar pembuatan kartu berobat (KIB). Penamaan pasien digunakan untuk membedakan antar pasien.

Berikut ini adalah penulisan gelar keluarga :

- a. Tn/ tuan : pria yang sudah menikah
- b. Ny/ nyonya : Wanita yang sudah menikah

- c. Sdr/ saudara : laki-laki dengan usia > 13 tahun, lajang
- d. Nn/ nona : perempuan dengan usia > 13 tahun, lajang
- e. An/ anak : laki-laki/ perempuan dengan usia < 13 tahun
- f. By/ bayi

2. Penomoran

Hanya menggunakannya menggunakan satu nomor dalam pemeriksaan. Angka enam digit pertama menunjukkan kode wilayah tempat tinggal pasien. Nomor registrasi akan digunakan seterusnya untuk seluruh keluarga pasien. Sistem penomoran dilakukan secara Unit Numbering System (UNS). Sistem ini digunakan karena nomor tidak akan bertambah banyak, meminimalisir hilangnya bayak data, agar data dokumen rekam medis terus berkesinambungan serta menghemat sumber daya yang ada.

3. Penataan dokumen rekam

Penataan dokumen rekam medis diurutkan sesuai dengan kode wilayah masing-masing sub rak, kemudian dokumen disusun dari nomor terkecil ke besar. Sistem penataan menggunakan straight numerical filing (SNF). Hal ini akan memudahkan petugas dalam pengambilan dan pengembalian dokumen rekam medis secara urut dan teratur.

4. Pengolahan dokumen rekam medis

Pengolahan dokumen rekam medis dilakukan secara sentralisasi. Riwayat Kesehatan pasien rawat inap dan rawat jalan dimasukkan dalam satu folder penyimpanan dokumen. Hal ini dilakukan untuk menghemat biaya dan ruang penyimpanan dokumen. Selain itu agar informasi pasien tetap berkesinambungan.

5. Retensi dokumen

Retensi penyusutan dan pemusnahan dokumen dilakukan secara kondisional. Jika rak sudah penuh dan dokumen sudah banyak maka dilakukan pemusnahan.

6. Sistem pelaporan

Sistem pelaporan bersumber dari SP3 (sistem Pencatatan dan Pelaporan).

SP3 terdiri dari :

- a. Laporan top teen penyakit
- b. Fisioterapi
- c. Laporan pasien rawat inap
- d. Laporan kunjungan gigi
- e. Kunjungan rawat jalan
- f. Laporan penyakit indera
- g. Laporan penyakit jiwa
- h. Laporan kebidanan
- i. Laporan kunjugan luar wilayah
- j. Laporan laboratorium
- k. Laporan kelahiran
- l. LB RI

m. Laporan prolanis

n. UKG MD (usaha Kesehatan gigi masyarakat)

o. UKGS (usaha Kesehatan gigi sekolah)

Mekanisme pelaporan :

a. Laporan dari puskesmas pembantu, puskesmas keliling, posyandu dan bidan desa dilaporkan ke puskesmas dalam bentuk pencatatan dan pelaporan.

b. Pengelolaan pencatatan bersumber dari data registrasi dan sensus harian

c. Hasil olah data dimasukkan ke formulir laporan dan dikirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo.

Hasil olah data dianalisa dan disajikan untuk kepentingan puskesmas dalam mengambil Tindakan atau kebijakan.

7. Dokumen rekam medis

Dokumen rekam medis dikelola secara assembling, coding, indexing, analysing and reporting, filing.

a. Assembling

Proses assembling adalah pengecekan dokumen rekam medis untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan. Pengecekan yang dilakukan berupa ketidaklengkapan pengisian. Namun tidak dilakukan penataan urutan dokumen karena formulir pemeriksaannya tidak mempunyai kode formulir dan tidak ada SOP yang mengatur urutan formulir yang digunakan, sehingga terkendala penetapan dan penyusunan dokumen rekam medis.

b. Coding

Proses coding dilakukan langsung oleh petugas SIMPUS di unit pelayanan. Dengan bantuan petugas lain seperti dokter,

perawat dan bidang. Acuan coding menggunakan ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revision dan terintegrasi dengan primary care.

c. Indexing

Proses indexing menggunakan sistem komputerisasi yang terintegrasi dengan SIMPUS (Sistem Informasi Puskesmas).

Proses ini dilakukan untuk mengetahui trend kasus yang terjadi setiap bulan. Selain trend kasus penyakit, indexing juga digunakan untuk mengetahui kasus luar biasa yang akan dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo.

d. Analysing and reporting

semua kegiatan di UPTD Puskesmas dicatat dan dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo.

e. Filing

Proses filing dilakukan oleh petugas puskesmas dengan cara memasang tracer. Pengembalian dan pengambilan dokumen sesuai dengan nomor rekam medis yang tertera di tracer. Pengembalian dokumen rekam medis dilakukan Ketika dokumen telah selesai digunakan untuk pelayanan pasien.

KESIMPULAN

1. Sistem penamaan menggunakan Unit Numbering System (UNS) sesuai dengan KTP Pasien. Sistem penataan dokumen rekam medis menggunakan Straight Numbering Filing (SNF) dan sistem penyimpanan secara sentralisasi.
2. Sistem pengelolaan dokumen rekam medis belum sesuai dengan prosedur yang seharusnya. Dimana pengelolaan dokumen rekam medis dimulai dari assembling, coding, indexing, analysing reporting and filing. pada proses assembling belum ada SOP yang mengatur urutan formulir yang digunakan.

11

Matched Source

Similarity 15%

Title: [gambaran pengelolaan dokumen rekam medis di puskesmas x](#)

<https://journal.univetbantara.ac.id/index.php/jmiak-rekammedis/article/download/703/536>

Check By:  Dupli Checker