



SKRIPSI

**ANALISIS PELAKSANAAN SISTEM *FAMILY FOLDER* REKAM MEDIS
DI PUSKESMAS DUSUN CURUP**

GILANG ANUGRAH
NIM : 202208012

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
PROGRAM STUDI S REKAM MEDIS & INFORMASI KESEHATAN
TAHUN 2024**



SKRIPSI

ANALISIS PELAKSANAAN SISTEM *FAMILY FOLDER* REKAM MEDIS DI PUSKESMAS DUSUN CURUP

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Program Pendidikan Sarjana Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan

GILANG ANUGRAH
NIM : 202208012

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
PROGRAM STUDI S REKAM MEDIS & INFORMASI KESEHATAN
TAHUN 2024**

HALAMAN PENGESAHAN
SKRIPSI
ANALISIS PELAKSANAAN SISTEM *FAMILY FOLDER* REKAM MEDIS
DI PUSKESMAS DUSUN CURUP

GILANG ANUGRAH
NIM : 202208012

Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji Pada 06 September
2024 dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Panitia Penguji

Ketua Penguji

Nofri Heltiani S.Si, M.Kes
NIDN. 021611830

.....

Anggota Penguji

1 Anggia Budiarti, S. Kep M. Kes
. NIDN.

.....

2 Dwi Widyawati, S. Pd, M. Biomed
. NIDN.

.....

Mengetahui,
Ka. Program Studi S1 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Stikes Sapta Bakti Bengkulu

Hj. Djusmalinar SKM., M.Kes
NIK.

PERNYATAAN KEASLIAAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : **GILANG ANUGRAH**

Nim : 202208012

Program Studi : Sarjana Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya tulis sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Skripsi ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bengkulu, 06 September 2024

Mengetahui,
Dosen Pembimbing

Pembuatan pernyataan

Dwi Widyawati, S. Pd, M. Biomed
NIDN. 0220049003

Gilang Anugrah
NIM : 202208012

ANALISIS PELAKSANAAN SISTEM PENYIMPANAN REKAM MEDIS FAMILY FOLDER DI PUSKESMAS DUSUN CURUP

ABSTRAK

xvii Halaman Awal + 55 Halaman Inti + 8 Lampiran

Gilang Anugrah, Dwi Widyawati

Masalah: Pelaksanaan sistem penyimpanan rekam medis di Puskesmas Dusun Curup mengalami kendala pada ketidaklengkapan berkas rekam medis dan ketidakcocokan penyimpanan pada rak. Hal ini berdampak pada kesalahan pencarian dan distribusi rekam medis yang menghambat pelayanan kesehatan.

Tujuan: Diketahui Analisis pelaksanaan sistem family folder rekam medis di Puskesmas Dusun Curup, dengan fokus pada kesesuaian penamaan, penomoran, penjajaran, pendistribusian, dan penyimpanan rekam medis sesuai SOP.

Metode : Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif, dengan metode observasi langsung dan wawancara terhadap 4 petugas rekam medis. Data dikumpulkan melalui lembar checklist dan pedoman wawancara yang dianalisis secara deskriptif.

Hasil : Hasil penelitian menunjukkan bahwa sistem penyimpanan family folder belum berjalan optimal. Kesalahan penempatan berkas dan nomor rekam medis ganda masih sering terjadi. SOP pelaksanaan family folder belum sepenuhnya diterapkan dengan baik.

Saran: Disarankan agar Puskesmas Dusun Curup memperbaiki sistem penyimpanan dan penomoran rekam medis sesuai dengan SOP, serta memberikan pelatihan kepada petugas agar lebih teliti dan memahami prosedur rekam medis.

Kata Kunci : rekam medis, *family folder*, puskesmas, penyimpanan rekam medis, SOP
Referensi : 2012 -2023

ANALYSIS OF THE IMPLEMENTATION OF THE FAMILY FOLDER MEDICAL RECORD STORAGE SYSTEM AT THE CURUP HAMLET HEALTH CENTER

ABSTRACT

xvii Start Page + 55 Core Pages + 8 Appendices
Gilang Anugrah, Dwi Widyawati

Problem: *The implementation of the medical record storage system at the Curup Hamlet Health Center experienced obstacles in the incompleteness of medical record files and incompatibility of storage on the shelves. This has an impact on misfiling and distributing medical records that hinder health services.*

Objective: *It is known that the analysis of the implementation of the family folder system for medical records at the Curup Hamlet Health Center, with a focus on the suitability of naming, numbering, alignment, distribution, and storage of medical records according to SOPs.*

Method: *This study uses a qualitative descriptive approach, with direct observation and interviews with 4 medical record officers. Data was collected through checklist sheets and interview guidelines that were analyzed descriptively.*

Results: *The results of the study show that the family folder storage system has not run optimally. Errors in the placement of files and double medical record numbers are still frequent. The SOP for the implementation of family folders has not been fully implemented.*

Suggestion: *It is recommended that the Curup Hamlet Health Center improve the system of storing and numbering medical records in accordance with the SOP, as well as provide training to officers to be more thorough and understand medical record procedures*

Keywords : *medical records, family folders, health centers, medical record storage, SOP*
Referenece : *2012-2023*

KATA PENGANTAR

Assalamu`alaikum Wr. Wb.

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat-Nya, peneliti dapat menyelesaikan Hasil Skripsi ini. Penulisan Hasil Skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar SI Rekam Medis dan Informasi Kesehatan pada Program Studi SI Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti. Hasil Skripsi ini disusun dengan bantuan dari berbagai pihak. Oleh sebab itu pada kesempatan ini secara khusus peneliti menyampaikan ucapan terima kasih kepada Bunda Dwi Widyawati, S. Pd, M. Biomed sebagai dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing menyusun Hasil Skripsi ini secara telaten dan penuh kesabaran.

Selain itu peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bunda Hj. Djusmalinar, SKM, M.Kes selaku Ketua STIKes Sapta Bakti Bengkulu
2. Bunda Nofri Heltiani S.Si, M.Kes selaku Ketua Program Studi S1 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.
3. Bapak Nofri Heltiani S.Si, M.Kes selaku Dosen Penguji 1.
4. Bunda Anggia Budiarti, S. Kep M. Kes, selaku Dosen Penguji 2.
5. Segenap dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu yang telah memberikan ilmu pengetahuan kepada peneliti.
6. Teristimewa untuk orang tuaku yang tercinta yang selalu memberikan do'a, mendidik serta memberikan dukungan moral dan material selama ini untuk keberhasilan anak/adek/kakaknya ini.
7. Terima kasih untuk Yang Terkasih dan Sahabatku yang selalu menemani

dari awal sampai detik ini.

8. Teman-teman seperjuangan dan Alamamaterku. Serta semua pihak yang telah membantu penulis dan memberikan dukungan serta semua masukan yang namanya tidak mungkin disebutkan satu persatu.

Peneliti menyadari bahwa penyusunan Skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Mengingat keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki oleh peneliti, maka peneliti mengharapkan pembaca dapat memberikan kritik dan saran yang mengembangkan penelitian selanjutnya.

Dengan segala kerendahan hati, peneliti mohon maaf atas kekurangan tersebut. Sekiranya Skripsi ini dapat Bermanfaat baik bagi peneliti sendiri maupun pembaca, khususnya mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti.

Wassalamu`alaikum Wr. Wb

Bengkulu, 06 September 2024

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR SINGKATAN/ISTILAH	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	19
C. Tujuan Penelitian	20
D. Manfaat Penelitian	20
E. Keaslian Penelitian	21
BAB II TINJAUAN TEORI	
A. Konsep Dasar Puskesmas	23
B. Konsep Rekam Medis	26
C. Sistem dan Sub Sistem Rekam Medis	28
D. Sistem penjabaran	32
E. Pendistribusian berkas rekam medis	34
F. Sistem penyimpanan rekam medis	35
G. Rak rekam medis	36
H. <i>Family Folder</i>	38
I. Kerangka Teori	39
J. Kerangka Konsep	40
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	41
B. Subjek dan Objek Penelitian	41
C. Jenis data penelitian	42
D. Definisi Operasional	42
E. Lokasi dan waktu penelitian	43
F. Instrumen Penelitian	43
G. Teknik Pengumpulan Data	43
H. Analisa Data	43
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Jalanya Penelitian	44
B. Hasil Penelitian	45
C. Pembahasan Penelitian	47

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	51
B. Saran	52
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	9

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1 Kerangka Teori	23
Bagan 2.2 Kerangka Konsep.....	24

DAFTAR SINGKATAN/ISTILAH

SOP	: Standar Operasional Prosedur
Fasyankes	: Fasilitas Layanan Kesehatan
BRM	: Berkas Rekam Medis
Kemendes	: Kementerian Kesehatan
UKP	: Upaya Kesehatan Perorangan
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
SNF	: Straight Numerical Filling
MDF	: Midle Digit Filling
TDF	: Terminal Digit Filling
SDM	: Sumber Daya Manusia

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar jadwal kegiatan penelitian
- Lampiran 2 : Lembar surat *informed consent*
- Lampiran 3 : Lembar Wawancara I
- Lampiran 4 : Lembar Wawancara II
- Lampiran 5 : Matriks Hasil Wawancara I
- Lampiran 6 : Matriks Hasil Wawancara II

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan Kesehatan yang berkembang di Indonesia sangat beragam macamnya, diantaranya ada rumah sakit, puskesmas, dokter praktek swasta, balai pengobatan, klinik 24 jam, dan dokter keluarga, dimana fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai kewajiban memberikan pelayanan kesehatan sesuai pokok sarannya masing- masing. Untuk menjalankan tugas pada pelayanan kesehatan perlu didukung adanya unit-unit pembantu yang mempunyai tugas spesifik, diantaranya adalah unit kerja rekam medis (Budi Citra, 2011).

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya (Kemenkes, 2019). Salah satu jenis unit pelayanan kesehatan yang berada di puskesmas yaitu rekam medis. Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, rekam medis dibutuhkan sebagai pendokumentasian seluruh data kesehatan pasien yang sudah diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu rekam medis termasuk hal yang penting yang harus diisi dan dijaga dengan baik karena sifatnya rahasia.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PERMENKES RI) No 24 Tahun 2022, tentang Rekam Medis pada pasal 1 bahwa Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam Medis (RM) memegang peran penting dalam penyediaan informasi pasien dan dapat melaksanakan kegiatan untuk melakukan pencatatan dan pendokumentasian terhadap Berkas Rekam Medis (BRM) pasien. Rekam medis dapat dipergunakan sebagai bahan pendidikan, penelitian, dan akreditasi. Pengisian BRM serta penyelesaiannya adalah tanggung jawab penuh dokter yang merawat,

catatan harus ditulis cermat, singkat dan jelas (Sadi, 2015). Rekam medis yang tidak lengkap dapat memberikan informasi yang salah pada pengobatan selanjutnya ketika pasien kembali datang ke sarana pelayanan Kesehatan (Nurhaidah, Harijanto, & Djauhari, 2016).

Rekam Medis menyediakan informasi untuk membantu profesional kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien dalam periode perawatan sekarang dan kunjungan berikutnya pada sarana pelayanan kesehatan. Catatan dokumentasi yang dibuat oleh setiap profesional kesehatan akan melindungi kepentingan hukum profesional kesehatan tersebut. Rekam medis membantu para dokter, khususnya dalam memberikan kesinambungan perawatan pada tingkat pelayanan kesehatan yang berbeda, karena pentingnya kegunaan berkas rekam medis tersebut, apabila terjadi kesalahan dalam pengisian berkas rekam medis, maka hal tersebut akan berpengaruh terhadap pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien.

Menguatkan mutu pelayanan rekam medis di puskesmas, pengelolaan rekam medis yang paling sesuai bagi puskesmas ialah sistem penyimpanan wilayah atau kerap disebut dengan sistem Family Folder (FF). Family Folder (FF), berisikan tentang pendokumentasian kesehatan satu keluarga yang dilakukan sebagai akibat adanya masalah kesehatan pada anggota keluarga.

Secara umum, penyimpanan rekam medis family folder ialah dokumen rekam medis yang digunakan oleh satu keluarga dan setiap formulir tersebut akan diberikan kode tambahan khusus untuk membedakan setiap rekam medis ayah, ibu, dan anak. Kode wilayah juga akan ditambahkan agar memudahkan petugas dalam menjajarkan dokumen sesuai dengan wilayah tempat tinggal pasien, serta memudahkan dalam pencarian berkas rekam medis dan mempercepat pelayanan. Selain menyimpan data – data pasien, family folder juga dapat digunakan sebagai data kesehatan sebuah keluarga dalam upaya pemeliharaan kesehatan yang terpadu dan lebih efisien dalam mengontrol dan mencegah penyakit keturunan, serta penyakit yang timbul di lingkungan sekitar tempat tinggal. Penggunaan family folder ini tentunya akan memberikan suatu gambaran yang baik untuk Puskesmas

yang berkaitan dengan bagaimana puskesmas tersebut mencapai keberhasilan dalam pembinaan kesehatan di wilayah kerjanya. Puskesmas akan mengetahui banyaknya masyarakat yang berkunjung dari setiap wilayah. Data tersebut dapat dimanfaatkan dalam menetapkan keputusan terhadap penanganan kesehatan di wilayah tersebut baik oleh puskesmas ataupun Dinas Kesehatan. Meskipun penyimpanan family folder sangat dianjurkan digunakan di Puskesmas, tentunya hanya beberapa yang sudah menggunakan sistem family folder.

Penggunaan family folder ini tentunya akan memberikan suatu gambaran yang baik untuk Puskesmas yang berkaitan dengan bagaimana puskesmas tersebut mencapai keberhasilan dalam pembinaan kesehatan di wilayah kerjanya. Puskesmas akan mengetahui banyaknya masyarakat yang berkunjung dari setiap wilayah. Data tersebut dapat dimanfaatkan dalam menetapkan keputusan terhadap penanganan kesehatan di wilayah tersebut baik oleh puskesmas ataupun Dinas Kesehatan. Meskipun penyimpanan family folder sangat dianjurkan digunakan di Puskesmas, tentunya hanya beberapa yang sudah menggunakan sistem family folder.

Hasil penelitian Harjanti dan Wariyanti (2019) dijelaskan bahwa keuntungan menggunakan sistem penyimpanan family folder diantaranya ialah menghemat rak penyimpanan, memudahkan ketika pengambilan dan pengembalian rekam medis, serta memudahkan dalam pengaksesan dokumen dalam pelayanan berbasis keluarga.

Berdasarkan penelitian Salawiyah (2021) yang dilakukan di Puskesmas Cilengkrang Kab.Bandung sering ditemukan missfile berkas, pada saat melakukan pencarian nomor rekam medis pasien diruang filing, terdapat kejadian missfile sebanyak 50 berkas rekam medis pada masing-masing rak diantara rak 3 sampai rak 8. Hal ini dikarenakan diruang penyimpanan Puskesmas Cilengkrang dalam penggunaan tracer dan kode warna belum dilakukan, dan SOP di ruang filing belum ada. Menurut Zulham Andi Ritonga (2021) di Puskesmas Kotanopan ditemukan masalah seperti sistem penyimpanan masih menggunakan family folder, ditemukan kekeliruan penyimpanan (missfile) karena belum menggunakan tracer sebagai alat

kendali keluar masuknya dokumen rekam medis pada rak penyimpanan, dan tidak adanya buku ekspedisi peminjaman dokumen rekam medis sehingga 4 tidak diketahui siapa yang meminjam dan menerimanya. Hal tersebut menghambat penyediaan dokumen rekam medis yang dibutuhkan cepat, selain itu dokumen rekam medis yang dicari tidak ditemukan sehingga petugas harus membuat nomor rekam medis baru dan jika sudah ditemukan maka dokumen rekam medis yang baru dan yang lama akan disatukan.

Berdasarkan hasil penelitian Sukmawati Dewi (2021) di Puskesmas Cijagra Lama dalam pengambilan berkas rekam medis pasien lama tidak menggunakan tracer. Sistem yang berkaitan dengan sistem penyimpanan di Puskesmas Cijagra Lama yakni dengan penomoran unit numbering system serta pengolahan yang digunakan menggunakan sentralisasi. Hambatan yang ditemui ialah pencarian berkas rekam medis yang cukup lama yang menyebabkan kurangnya mutu pelayanan pada pasien, sedikitnya petugas rekam medis dan keterbatasan ruang penyimpanan, sehingga perlu adanya penambahan jumlah petugas.

Berdasarkan hasil penelitian Iintan Permata Sari (2022) di Puskesmas Beruntung Baru menunjukkan bahwa Sistem penomoran family folder rekam medis di puskesmas beruntung baru dinyatakan belum sesuai karena saat pemberian penulisan digit nomor rekam medis kepada kepada pasien, petugas tidak menulis secara lengkap 6 digit pada map rekam rekam medis pasien. Sistem penjajaran angka langsung dan anggaran kebutuhan rekam medis di puskesmas Beruntung Baru diketahui sistem yang digunakan menggunakan angka langsung, tidak semua rekam medis diujarkan disimpan pada rak penyimpanan berdasarkan nama desa wilayah, ketidak sesuaian menimbulkan adanya duplikasi hingga berpengaruh pada anggaran kebutuhan puskesmas di Beruntung Baru. Sistem penyimpanan family folder medis di puskesmas beruntung baru masih dinyatakan sesuai karena menggunakan sistem penyimpanan family folder, terjadinya kesalahan dalam menyimpan1 map rekam medis berisi lebih dari 1 keluarga dari sampel yang diambil hanya ditemukan 14 berkas 21.5% kesalahan.

Berdasarkan Penelitian Notapiaman Harefa (2021) di Klinik PSC Kota Doloksanggul mengungkapkan bahwa rekam medis di Klinik PSC disimpan di dalam rak penyimpanan besi dengan sistem penyimpanan rekam medis sentralisasi dan menggunakan sistem family folder. Pemberian nama pasien menggunakan cara petunjuk silang. Penomoran menggunakan unit numbering system dengan penyusunan nomornya menggunakan alphanumeric numbering. Penjajaran pada Klinik PSC menerapkan metode alphanumeric. Pengambilan rekam medis belum memanfaatkan tracer sebagai alat pengganti rekam medis yang keluar. Rekam medis dikembalikan ke dalam rak penyimpanan setelah 7 (tujuh) hari disimpan di meja pendaftaran. Klinik PSC belum melakukan pemusnahan sejak tahun 2014. Menghasilkan rancangan SPO sistem penyimpanan rekam medis di Klinik PSC. Melakukan pembenaran dalam sistem penomoran, menggunakan tracer pada proses pengambilan rekam medis, melakukan pemusnahan rekam medis yang sudah melampaui waktu 2 (dua) tahun, penambahan petugas lulusan rekam medis dan informasi kesehatan dan membuat SPO kegiatan sistem penyimpanan rekam medis pada Klinik PSC.

Puskesmas Dusun Curup berdiri sejak tahun 1986 hingga saat ini. Puskesmas ini termasuk dalam jenis puskesmas non rawat inap. Puskesmas ini hanya memiliki dua jenis pelayanan yaitu pelayanan rawat jalan dan Instalasi Gawat Darurat. Untuk pelayanan Instalasi Gawat Darurat di puskesmas ini tidak bersifat 24 jam, sedangkan untuk pelayanan rawat jalan memiliki jam operasional mulai dari hari senin – kamis pukul 07.30 – 12.00 WIB dan hari jum'at – sabtu pukul 07.30 –11.30 WIB. Pelayanan rawat jalan yang ada di Puskesmas Dusun Curup terdiri dari 4 poli yaitu poli umum, poli kesehatan ibu dan anak, poli usila dan laboratorium. Dengan rata-rata kunjungan pasien rawat jalan sebanyak 20 pasien atau lebih setiap harinya. Banyaknya rata-rata kunjungan pasien yang ada akan sebanding dengan banyaknya jumlah dokumen rekam medis yang akan dikelola. Di Puskesmas Dusun Curup ini memiliki rata-rata jumlah dokumen rekam medis yang disimpan sebanyak 10-20 dokumen per hari. Itu artinya, setiap hari petugas harus mengelola dokumen rekam medis dengan jumlah yang cukup banyak juga setiap harinya yang bisa menimbulkan permasalahan seperti tingginya angka kejadian nomor rekam

medis ganda pada dokumen rekam medis pasien, beberapa map rekam medis yang diletakkan di rak penyimpanan yang bukan diwilayah seharusnya. Berdasarkan wawancara yang dilakukan penulis kepada petugas rekam medis yang bertugas di bagian pendaftaran pasien, petugas tersebut menjelaskan bahwa adanya hal tersebut karena kurangnya ketelitian, kesabaran, pemahaman, dan pengalaman yang dimiliki oleh petugas, karena petugas rekam medis yang ada di Puskesmas Dusun Curup bukan lulusan dari rekam medis. Selain itu, tidak adanya Standar Operasional Prosedur Penomoran juga menjadi salah satu penyebab tingginya angka kejadian nomor rekam medis ganda di Puskesmas Dusun Curup sehingga sering terjadi kasus yaitu ketika ada pasien yang memiliki nama dengan ejaan yang sama dan masih dalam satu lingkup desa yang sama pula akan memiliki potensi besar terhadap adanya kekeliruan penginputan data yang dilakukan oleh petugas di bagian pendaftaran dan terjadinya kesalahan dalam pemberian nomor rekam medis pada pasien yang akhirnya terjadi kasus nomor rekam medis ganda pada pasien. Walaupun kejadian nomor rekam medis ganda ini tidak setiap hari terjadi namun memberikan dampak yang signifikan bagi beberapa pihak seperti bagi petugas sebagai pemberi layanan dan pasien sebagai penerima layanan. Di Puskesmas Dusun Curup menggunakan system family folder, namun system penyimpanan ini masih belum sempurna dikarenakan masih ada terlihat beberapa map rekam medis yang diletakkan di rak penyimpanan yang bukan diwilayah seharusnya.

Berdasarkan penelitian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan tentang “Analisis Pelaksanaan sistem Family folder Rekam Medis Rawat Jalan di Puskesmas Dusun Curup”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas peneliti ingin melakukan penelitian tentang “Analisis Pelaksanaan Sistem *Family folder* Rekam Medis di Puskesmas Dusun Curup”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis Pelaksanaan sistem *Family folder* Rekam Medis Rawat Jalan di Puskesmas Dusun Curup.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui kesesuaian rak penyimpanan *family folder* berkas rekam medis
- b. Diketahui tentang pelaksanaan *family folder* Berdasarkan SOP

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Penelitian ini dapat memberikan manfaat secara teoritis yang dapat berguna sebagai tambahan referensi bagi dunia pendidikan khususnya pada bidang rekam medis dan informasi kesehatan.

2. Praktis

a. Bagi Puskesmas Dusun Curup

Sebagai masukan untuk petugas kesehatan khususnya di puskesmas yang berkaitan dengan adanya hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi dan masukan bagi pihak Puskesmas dalam pengelolaan rekam serta peningkatan mutu pelayanan Puskesmas.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai salah satu indikator dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi terkait dengan *family folder*, dan sebagai motivasi untuk peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian terkait dengan *family folder* agar menghasilkan informasi yang lebih baik.

c. Bagi peneliti selanjutnya

Sebagai referensi yang dapat digunakan sebagai salah satu acuan untuk melakukan penelitian yang lebih mendalam terkait dengan tema sejenis.

E. Keaslian Penelitian

Sebagai bahan untuk referensi bagi peneliti selanjutnya dalam mengambil penelitian tentang Analisis Pelaksanaan sistem *Family folder* Rekam Medis Rawat Jalan di Puskesmas Dusun Curup.

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian dan Penulis	Variabel Penelitian	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian
1.	pengaruh ketidaktepatan petugas rekam medis dengan tempat penyimpanan berkas rekam medis pasien rawat jalan pada bulan april-mei di Rumah Sakit umum haji medan pada tahun 2016. Ade Nurmayanti (2016)	ketidaktepatan petugas rekam medis dan tempat penyimpanan berkas rekam medis pasien rawat jalan.	deskriptif kualitatif	Penelitian ini menunjukkan bahwa fasilitaslah yang mempengaruhi penyimpanan berkas rekam medis pasien rawat jalan RSUD Haji Medan. Variabel penelitian ini adalah ketidaktepatan petugas rekam medis dan tempat penyimpanan berkas rekam medis pasien rawat jalan
2.	pelaksanaan sistem penyimpanan Rekam Medis <i>family folder</i> di Puskesmas Bayan Lombok Utara. Eka Mardyawati, Akhmadi (2016)	pelaksanaan sistem penyimpanan rekam medis family folder di Puskesmas Bayan Lombok Utara	deskriptif kualitatif	penelitian ini menunjukkan bahwa pelaksanaan sistem penyimpanan rekam medis Family Folder di Puskesmas Bayan Lombok Utara belum berjalan cukup baik dan belum adanya prosedur tetap yang mengatur tentang pelaksanaan sistem penyimpanan rekam medis
3.	Tinjauan pelaksanaan family folder untuk rekam	Dokumen rekam medis rawat jalan	Deskriptif kuantitatif	Rekam medis untuk pencatatan data pasien dan menggunkan map

medis rawat jalan bagian
di puskesmas *filling*
Guntung Payung.
**Guniarti, Abidin,
Qiftah,
Bahruddin,
Jurkessia (2016)**

berbentuk family
folder dalam
pendokumentasian
pencatatan data
tersebut. Puskesmas
Gguntung Payung
menggunakan
system family folder
karena
memepromudah
dokumentasi rekam
medis per kepala
keluarga di setiap
wilayah kerja

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Puskesmas

1. Pengertian Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat.

Sistem Informasi Puskesmas adalah suatu tatanan yang menyediakan informasi untuk membantu proses pengambilan keputusan dalam melaksanakan manajemen Puskesmas untuk mencapai sasaran kegiatannya. Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan wilayah kerja Puskesmas yang sehat, dengan masyarakat yang :

- a. Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat ;
- b. mampu menjangkau Pelayanan Kesehatan bermutu;
- c. hidup dalam lingkungan sehat; dan
- d. memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

2. Tugas Puskesmas

- a. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
- b. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan, Puskesmas mengintegrasikan program yang dilaksanakannya dengan pendekatan keluarga.
- c. Pendekatan keluarga merupakan salah satu cara Puskesmas mengintegrasikan program untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan

mendekatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga.

3. Fungsi Puskesmas

Dalam melaksanakan tugasnya, Puskesmas memiliki fungsi :

- a. penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
- b. penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya.
- c. Puskesmas dapat berfungsi sebagai wahana pendidikan bidang kesehatan, wahana program internsip, dan/atau sebagai jejaring rumah sakit pendidikan.

4. Kewenangan Puskesmas

- a. Dalam melaksanakan fungsi penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya, Puskesmas berwenang untuk:
 - 1) Menyusun perencanaan kegiatan berdasarkan hasil analisis masalah kesehatan masyarakat dan kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
 - 2) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
 - 3) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;
 - 4) Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerja sama dengan pimpinan wilayah dan sektor lain terkait;
 - 5) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap institusi, jaringan pelayanan puskesmas dan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat;
 - 6) Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia puskesmas;
 - 7) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
 - 8) Memberikan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan mempertimbangkan faktor biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual;
 - 9) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan pelayanan kesehatan;

- 10) Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, melaksanakan sistem kewaspadaan dini, dan respon penanggulangan penyakit;
 - 11) Melaksanakan kegiatan pendekatan keluarga; dan
 - 12) Melakukan kolaborasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan rumah sakit di wilayah kerjanya, melalui pengoordinasian sumber daya kesehatan di wilayah kerja Puskesmas.
- b. Dalam melaksanakan fungsi penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya, Puskesmas berwenang untuk:
- 1) menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan, bermutu, dan holistik yang mengintegrasikan faktor biologis, psikologi, sosial, dan budaya dengan membina hubungan dokter - pasien yang erat dan setara;
 - 2) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
 - 3) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berpusat pada individu, berfokus pada keluarga, dan berorientasi pada kelompok dan masyarakat;
 - 4) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan kesehatan, keamanan, keselamatan pasien, petugas, pengunjung, dan lingkungan kerja;
 - 5) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
 - 6) melaksanakan penyelenggaraan rekam medis;
 - 7) melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan;
 - 8) melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;
 - 9) melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan; dan

- 10) melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan di wilayah kerjanya, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c. Puskesmas melakukan pembinaan terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya.

B. Konsep Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PERMENKES RI) No 24 Tahun 2022, tentang Rekam Medis pada pasal 1 bahwa Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam Medis (RM) memegang peran penting dalam penyediaan informasi pasien dan dapat melaksanakan kegiatan untuk melakukan pencatatan dan pendokumentasian terhadap Berkas Rekam Medis (BRM) pasien. Rekam medis dapat dipergunakan sebagai bahan pendidikan, penelitian, dan akreditasi. Pengisian BRM serta penyelesaiannya adalah tanggung jawab penuh dokter yang merawat, catatan harus ditulis cermat, singkat dan jelas (Sadi, 2015). Rekam medis yang tidak lengkap dapat memberikan informasi yang salah pada pengobatan selanjutnya ketika pasien kembali datang ke sarana pelayanan Kesehatan (Nurhaidah, Harijanto, & Djauhari, 2016).

2. Kegunaan Rekam Medis

Menurut Depkes RI (2006) kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek antara lain sebagai berikut :

a. Aspek Administrasi

Rekam medik mempunyai arti administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab bagi tenaga kesehatan. Aspek medis rekam medik mempunyai nilai medis karena catatan tersebut dipakai sebagai dasar merencanakan pengobatan dan perawatan yang akan diberikan.

b. Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut di pergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.

c. Aspek Hukum

Suatu rekam medis mempunyai nilai hukum karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam usaha menegakkan hukum serta bukti untuk menegakkan keadilan.

d. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai bukti untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan di rumah sakit.

e. Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena mengandung data atau informasi sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

f. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan karena menyangkut data informasi tentang perkembangan kronologi, pelayanan medik terhadap pasien yang dapat dipelajari.

g. Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi karena merupakan sumber yang dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan. Jadi rekam medik ini mempunyai arti sebagai keterangan baik tertulis maupun rekaman tentang identitas, anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium/radiologi, Diagnosa, segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien baik pelayanan rawat jalan, rawat inap, maupun pelayanan gawat darurat yang diberikan kepada pasien. Untuk itu rekam medik mempunyai makna yang lebih luas selain kegiatan

pencatatan tapi juga sistem penyelenggaraan rekam medik. Penyelenggaraan rekam medik adalah proses yang dimulai pada saat pasien mulai masuk perawatan di sarana pelayanan kesehatan. Data medik selama pelayanan medis ditujukan dengan penanganan berkas rekam medis meliputi penyelenggaraan dan penyimpanan.

C. Sistem dan Sub Sistem Rekam Medis

1. Sistem Penomoran

Sistem penomoran dalam rekam medis yaitu tata cara penulisan nomor yang diberikan kepada pasien yang datang berobat sebagai bagian dari identitas pribadi pasien yang bersangkutan. Tujuan pemberian nomor rekam medis adalah petunjuk dari pemilik dokumen rekam medis masing-masing pasien dan identitas pasien, memudahkan dalam penyimpanan dokumen rekam medis, dan memudahkan dalam menemukan kembali (retriev) rekam medis. Sistem pemberian nomor rekam medis pasien ada tiga macam (Sudra., 2017), yaitu :

a. Serial Numbering System

Serial Numbering System yaitu sistem penomoran dimana setiap pasien yang berkunjung ke rumah sakit atau puskesmas selalu mendapatkan nomor rekam medis baru. Dalam metode ini Kartu Identitas Berobat dibutuhkan untuk menelusuri nomor rekam medis pasien dan mencari KIUP-nya. KIUP digunakan sebagai catatan tanggal tiap kunjungan dan juga nomor rekam medis yang diberikan pada setiap kunjungan. Rekam medis disimpan diberbagai tempat sesuai dengan nomor yang telah diperoleh.

b. Unit Numbering System

Unit Numbering System yaitu sistem penomoran dimana pada saat

pasien datang pertama kali untuk berobat maka pasien akan mendapatkan satu nomor rekam medis yang mana nomor tersebut akan dipakai selamanya untuk kunjungan selanjutnya. Rekam medis tersimpan didalam satu berkas dengan nomor yang sama.

c. *Serial Unit Numbering System*

Serial Unit Numbering System yaitu sistem penomoran dengan gabungan antara sistem seri dan sistem unit. Setiap pasien yang berkunjung pada sarana pelayanan kesehatan diberikan 1 nomor baru, tetapi rekam medis terdahulu digabungkan dan disimpan jadi satu di bawah nomor yang paling baru.

Dalam penomoran rekam medis terdapat beberapa tipe antara :

a. *Sequential Numbering* (Penomoran Berurutan)

Pemberian nomor rekam medis secara berurutan dimulai dari nomor 1. Contoh : Jika nomor terakhir 010524 maka nomor selanjutnya 010525 Pemberian nomor dilakukan dengan sistem penomoran seriunit. Ketika menggunakan sistem penomoran seri maka dilakukan dengan cara mtidakbungkan sistem sequential numbering dengan tahun sebagai awalan.

b. *Alphanumeric Numbering*

Pemberian nomor rekam medis dengan kombinasi dari huruf dan angka. Metode ini memiliki keuntungan dari kapasitas yang lebih besar dengan jumlah karakter yang sama, namun metode ini tidak banyak digunakan oleh rumah sakit/puskesmas/ fasilitas pelayanan kesehatan lain. Contoh : AA 99 99 sebagai gantinya 99 99 99.

c. *Relational Numbering*

Penomoran Relasional adalah penomoran yang secara keseluruhan (total) atau sebagian memiliki makna tertentu dalam kaitanya dengan pasien. Jenis sistem relational numbering yaitu :

A. *Birth Number*

Penomoran rekam medis berdasarkan tanggal lahir. Terdiri atas 6 – 8 digit tanggal lahir. Dalam *birth number* dapat ditambahkan angka lainnya. Keuntungan menggunakan *birth number*, yaitu nomor dokumen berisi informasi lengkap dan mudah untuk diingat. Sedangkan kerugian menggunakan *birth number*, yaitu meningkatnya resiko kesalahan menyalin nomor rekam medis khususnya dalam sistem manual karena nomor yang panjang, kapasitas terbatas dan sulit untuk penyimpanan rekam medis.

B. *Social Security Number (SSN)*

SSN adalah suatu nomor unik yang diberikan bagi setiap warga negara sejak lahir, atau juga bagi para pendatang (*immigrant*) yang secara khusus mendapat ijin kerja (*working permit*) atau juga kepada mereka yang telah pindah kewarganegaraan. Metode ini tidak direkomendasikan untuk tujuan penyimpanan rekam medis.

C. *Family Number*

Family number merupakan sistem penomoran yang paling tepat untuk FKTP dimana semua anggota keluarga dapat menerima perawatan kesehatan. Dengan sistem ini satu nomor unit diberikan untuk 1 rumah tangga dan ekstra digit ditambahkan untuk menunjukkan setiap individu dalam rumahtangga (keluarga).

2. **Sistem Penamaan Rekam Medis**

Nama merupakan identitas pribadi yang dimiliki seseorang sejak lahir sampai ia telah meninggal, sistem penamaan pada dasarnya untuk memberikan identitas pada pasien serta untuk membedakan antara pasien satu dengan yang lain sehingga memudahkan dan memperlancar dalam pemberian rekam medik kepada pasien yang berobat ke rumah sakit.

Nama disetiap formulir rekam medis itu sangat penting artinya agar tidak terjadinya keliruan antara dokumen rekam medis, dengan pasien yang bersangkutan dengan dokumen rekam medis lain.

Sistem Penamaan yang di gunakan sesuai dengan identitas pasien tanpa di ubah susunannya misalnya nama yang tertera pada KTP atau KK. Untuk tambahan Ny, Nn, Bp, An, Sdr ditulis di akhir nama pasien, sedangkan untuk gelar atau title akan mengikuti di belakangnya. Nama di tulis dengan huruf cedak dan jelas terbaca yaitu pada formulir 20 (DRM rawat jalan), KIUP dan KIB.

- a. Nama Orang Indonesia yang di ikuti dengan nama keluarga, di indeks menurut kata akhir (nama keluarga) sebagai kata utama dan di ikuti tanda koma serta pasien.

Contoh : Buyung Prasetyo ditulis Prasetyo, Buyung.

- b. Nama yang menggunakan nama marga suku dan kaum yang diutamakan nama marga suku dan kaumnya.

Contoh : Siti Badriyah ditulis Badriyah, Siti.

- c. Nama-nama wanita

Nama wanita yang menggunakan nama ayahnya di indeks dengan nama ayahnya yang di utamakan.

Contoh : Nina Dikromo ditulis Dikromo Nina

- d. Nama wanita yang menggunakan nama suami di indeks dengan nama suaminya kemudian di tambah (Ny) di belakangnya.

Contoh : Ny. Annisa Rahma di tulis Rahma Anisa (Ny)

- e. Nama Bayi bila bayi baru lahir hingga saat pulang, belum mempunyai nama maka penulisannya adalah Bila bayi lahir dan orang tuanya beragama islam.

Contoh : Duta Pratama binti (bila bayi wanita). Duta Pratama bin (bila bayi pria).

- f. Bila bayi lahir dan orang tuanya beragama selain agama islam.

Contoh : Andrew bayi. Uta bayi

D. Sistem Penjajaran

Sistem Penjajaran Rekam medis yang disimpan dalam rak penyimpanan tidak ditumpuk melainkan disusun berdiri sejajar satu dengan yang lain. Ada lima sistem penjajaran rekam medis antara lain :

1. Sistem penjajaran *alphabetic*

Sistem penjajaran *alphabetic* merupakan jenis penjajaran rekam medis berdasarkan urutan abjad. Huruf depan dari nama pasien dijadikan huruf kunci (*primary key*) pencarian pada rak penyimpanan. Sistem ini memiliki banyak kekurangan diantaranya membutuhkan waktu yang lama, memiliki resiko tinggi terhadap timbulnya banyak kesalahan, tidak dapat melakukan perkiraan terhadap kebutuhan penggunaan area rak tertentu dan petugas harus teliti melihat satu persatu dari urutan huruf pada nama pasien. Jenis penyimpanan ini cocok untuk fasilitas pelayanan kesehatan dengan jumlah pasien yang masih sedikit.

2. Sistem Penjajaran Kronologis

Sistem penjajaran kronologis merupakan Jenis penyimpanan kronologis merupakan jenis penyimpanan berkas rekam medis berdasarkan urutan peristiwa atau kejadian pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan menyimpan berkas rekam medisnya dengan cara diurutkan tiap tanggal, sehingga mungkin akan terbentuk kelompok - kelompok sesuai tanggal pasien berobat. Secara tidak langsung.

penyimpanan kronologis dilakukan dengan menyimpan berkas sesuai dengan urutan waktu kedatangan di fasilitas pelayanan kesehatan. Sistem penyimpanan ini hanya cocok untuk fasilitas pelayanan kesehatan dengan ruang lingkup kecil, contohnya pada dokter praktek pribadi, praktek dokter spesialis dan bidan.

3. Sistem Penjajaran Subjek (Kasus)

Sistem penjajaran subjek (kasus) merupakan jenis penjajaran rekam medis berdasarkan kasus penyakit yang diderita masing- masing pasien, misalnya rak pertama untuk menyimpan berkas rekam medis pada penyakit

dalam , dan rak kedua menyimpan berkas rekam medis pada kasus jantung, dan seterusnya.

4. Sistem Penjajaran Wilayah

Sistem penjajaran wilayah merupakan penjajaran rekam medis berdasarkan wilayah yang ada dilingkup fasilitas pelayanan kesehatan berada. Rak-rak penyimpanan berkas rekam medis akan dikelompokkan berdasarkan nama wilayah yang ada, sehingga berkas rekam medis pasien akan disimpan berdasarkan wilayah tempat tinggalnya. Sistem penyimpanan wilayah ini sering disebut dengan sistem penyimpanan *family folder*. Umumnya dalam satu berkas rekam medis digunakan oleh satu keluarga dan di masing-masing formulir diberi tambahan kode khusus untuk menandai kode rekam medis ayah, ibu dan anak. Fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan untuk menggunakan sistem ini adalah puskesmas. (Budi 2011)

5. Sistem Penjajaran Numerik

Sistem penjajaran wilayah merupakan penjajaran rekam medis berdasarkan nomor rekam medis pasien. Ada tiga cara penjajaran numeric dokumen rekam medis, antara lain :

- a. *Straight Numerical Filing (SNF)* Suatu sistem penyimpanan rekam medis dengan mensejajarkan rekam medis berdasarkan urutan langsung nomor rekam medisnya pada rakpenyimpanan

Contoh : 326701 326702 326802 326803

- b. *Midle Digit Filing (MDF)* Suatu sistem penyimpanan rekam medis dengan mensejajarkan rekam medis berdasarkan urutan nomor rekam medis pada dua angka kelompok tengah.

Contoh : 585096 585197 585298 595399 585400 595501

- c. *Terminal Digit Filing (TDF)* Sistem penyimpanan rekam medis dengan mensejajarkan rekam medis berdasarkan urutan nomor rekam medis pada dua angka kelompok akhir.

Contoh : 465023, 465023, 485025, 985126, 995127, 99522

E. Pendistribusian Berkas Rekam Medis

Pendistribusian adalah proses pengiriman berkas rekam medis ke poliklinik yang dituju untuk dilakukan pelayanan kesehatan. Pendistribusian atau pengiriman berkas dilakukan setiap kali ada permintaan dari TPPRJ (Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan), berdasarkan keinginan pasien menuju poliklinik yang diinginkan. Berkas rekam medis akan dikeluarkan bila ada yang memerlukan contohnya seperti pelayanan kesehatan pasien rawat jalan, gawat darurat, penelitian, dan sebagainya. Pendistribusian berkas rekam medis yang baik adalah pendistribusian berkas rekam medis yang cepat, tepat dan efisien. Jika waktu dalam pendistribusian rekam medis lama, maka akan menghambat pelayanan kesehatan yang akan diberikan dokter kepada pasien, karena dokter tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien tanpa adanya berkas rekam medis pasien tersebut (Aep Nurul Hidayah, 2019).

Ada berbagai cara untuk mendistribusikan berkas rekam medis. Pada sebagian rumah sakit, pendistribusian dilakukan dengan tangan (manual) dari satu tempat ke tempat lainnya, oleh karena itu bagian rekam medis harus membuat satu jadwal pengiriman untuk berbagai macam bagian poloklinik / spesialis yang ada di rumah sakit. Penggunaan teknologi dibidang komputer, diharapkan lebih mempercepat penyaluran data – data penderita dari suatu tempat ke tempat lain. Departemen Kesehatan RI memberikan standar pelayanan minimal sebagai alat ukur mutu pelayanan rumah sakit. Pada pelayanan rekam medis, DepKes RI memberikan standar untuk waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan kurang dari atau sama dengan 10 menit (≤ 10 menit), sedangkan untuk waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap kurang dari atau sama dengan 15 menit (≤ 15 menit).

Pendistribusian berkas rekam medis harus dapat mendukung pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan rawat jalan yang bermutu. Karena itu diperlukan lokasi penyimpanan dan petugas pendistribusian yang memadai agar pelayanan kesehatan dapat berjalan dengan baik dan lancar (Hidayah, 2019).

F. Sistem Penyimpanan Rekam Medis

Sistem penyimpanan adalah sistem yang digunakan pada penyimpan dokumen agar kemudahan kerja penyimpanan dapat diciptakan dan penemuan dokumen yang sudah disimpan dapat dilakukan dengan cepat bilamana dokumen tersebut sewaktu-waktu dibutuhkan.

Menurut buku manajemen unit kerja rekam medis pada tahun 2011 menyatakan bahwa penyimpanan rekam medis ditinjau dari lokasi penyimpanan berkas rekam medis, maka cara penyimpanannya dibagi menjadi 2 cara yaitu :

1. Sentralisasi

Sentralisasi adalah penyimpanan rekam medis pasien dalam satu kesatuan baik catatan kunjungan poliklinik maupun catatan selama seorang pasien dirawat, disimpan pada satu tempat yaitu bagian rekam medis. Kelebihan sistem sentralisasi adalah :

- a. Dapat mengurangi terjadinya duplikasi dalam pemeliharaan dan penyimpanan rekam medis.
- b. Mudah menyeragamkan tata kerja, peraturan dan alat yang digunakan.
- c. Efisiensi kerja petugas.
- d. Permintaan akan rekam medis mudah dilayani setiap saat.

Kelemahannya adalah :

- a. Perlu waktu dalam pelayanan rekam medis.
- b. Perlu ruangan yang luas, alat-alat dan tenaga yang banyak terlebih bila tempat penyimpanan jauh terpisah dengan lokasi penggunaan rekam medis, misalnya dengan poliklinik.

2. Desentralisasi

Desentralisasi adalah penyimpanan rekam medis pada masing-masing unit pelayanan. Terjadi pemisahan antara rekam medis pasien poliklinik dengan rekam medis pasien dirawat. Rekam medis poliklinik disimpan pada poliklinik yang bersangkutan, sedangkan rekam medis pasien dirawat disimpan dibagian rekam medis. Kelebihan sistem desentralisasi :

- a. Efisiensi waktu, dimana pasien mendapat pelayanan lebih cepat.
- b. Beban kerja yang dilaksanakan petugas rekam medis lebih ringan.
- c. Pengawasan terhadap rekam medis lebih mudah karena lingkungan lebih sempit.

Kelemahannya :

- a. Terjadi duplikasi dalam pembuatan rekam medis sehingga informasi tentang riwayat penyakit pasien terpisah.
- b. Biaya yang diperlukan untuk pengadaan rekam medis, peralatan dan ruangan lebih banyak.
- c. Bentuk atau isi rekam medis berbeda.
- d. Menghambat pelayanan bila rekam medis dibutuhkan oleh unit lain.

G. Rak Rekam Medis

Menurut Sulistyono-Basuki dalam bukunya Manajemen Arsip dinamis menyatakan bahwa, "Hastawi (manual) disini berarti sepenuhnya menggunakan tenaga manusia. Peralatan penyimpanan hastawi menyediakan ruang penyimpanan untuk arsip dinamis, dengan demikian pemakai harus menuju ke berkas untuk menyimpan atau mengambil arsip dinamis".

1. Lemari Laci Vertical (Vertical Filing Cabinet)

Penjajaran vertical memudahkan penataan berkas dan tem balik arsip dinamis lebih mudah dan lebih cepat. Lemari penjajaran vertical dua laci sering digunakan di samping meja sehingga pemakai tetap dapat duduk. Unit 3 laci sering digunakan sebagai counter sedangkan unit 4 laci merupakan lemari vertical paling populer. Kini 5 laci mulai banyak digunakan karena mampu menampung 25% lebih banyak dengan kapasitas lantai yang sama. Lemari vertical disarankan untuk kepentingan pribadi di ruang yang sempit.

2. Rak Terbuka (Open Shelf File)

Open Shelf File adalah jajaran lemari terbuka, sama dengan rak buku. Arsip dinamis diakses dari samping, panduan dan pengenal folder ada di

samping. Unit rak biasanya memiliki kelebaran 80 cm (lebar bervariasi 78-110 cm), jumlah deretan bertingkat antara 2 sampai 8 tingkat. Dokumen di simpan dalam folder. Karena tak memerlukan laci, temu balik arsip dinamis lebih cepat daripada lemari vertical. Lemari terbuka lazim digunakan untuk ruang kerja dengan materi arsip dimanis yang besar dan laju kecepatan sekitar 320 aksi penjajaran per hari. Bila ada tambahan arsip dinamis, rak dapat ditinggikan ke atas.

3. Lateral File

Lateral File adalah unit penyimpanan, berkas diakses dari samping secara horizontal. Lemari jenis ini sama dengan cabinet konvensional hanya saja laci lateral lebih lebar dan tidak dalam. Karena konstruksi ini, ruang gang yang digunakan lebih sedikit, sekitar 33 cm dibandingkan 63 cm bagi lemari vertical. Lateral File keluar dengan model 2 sampai 5 laci yang dapat ditarik, biasanya tingkat atas digunakan untuk menyimpan arsip dinamis kurang aktif sebelum pemindahannya ke pusat arsip dinamis. Laju rujukan sekitar 25-35 berkas per jam.

4. Kebutuhan Rak Rekam Medis

Menurut Ritonga dan Nur (2018) Rak file merupakan tempat penyimpanan arsip atau dokumen rekam medis yang bertujuan untuk memudahkan penyimpanan dan pengambilan kembali dokumen rekam medis di ruang penyimpanan serta menjaga kerahasiaan dokumen rekam medis.

Oleh karena itu ruang penyimpanan menampung dokumen rekam medis, apabila rak penyimpanan melebihi daya tampung maka diperlukan perencanaan atau pengadaan rak penyimpanan kembali. Perencanaan atau pengadaan rak penyimpanan berdasarkan jumlah dokumen rekam medis yang disimpan, bentuk rak dan ukuran rak penyimpanan dapat berbentuk rak roll o'pack serta memperhatikan luas suatu ruangan yang tersedia.

H. *Family Folder*

Sistem penyimpanan rekam medis di puskesmas adalah sistem family folder dimana sistem ini digunakan oleh satu keluarga dan masing- masing formulir diberi tambahan kode khusus untuk menandai kode rekam medis ayah, ibu, dan anak. Penomoran keluarga (family folder) adalah catatan tentang kondisi kesehatan suatu keluarga, sebagai akibat adanya masalah kesehatan atau penyakit pada salah satu atau lebih dari anggota keluarganya. Menurut wijaya dan Dewi (2017), family numbering merupakan penomoran berdasarkan kedudukan dalam keluarga, berkas rekam medis satu keluarga disimpan dalam satu berkas rekam medis dengan nomor rekam medis keluarga.

Pengertian rekam medis dengan konsep Family folder adalah penyimpanan satu rekam medis digunakan oleh satu keluarga dan di masingmasing formulir diberi kode khusus untuk menandai kode rekam medis ayah, ibu dan anak (Rina. G, 2016). Rekam Kesehatan Keluarga (RKK) merupakan terjemahan dari family folder. RKK adalah catatan tentang kondisi kesehatan suatu keluarga, sebagai akibat adanya masalah kesehatan atau penyakit pada salah satu atau lebih dari anggota keluarga. RKK adalah himpunan dari kartu-kartu individu suatu keluarga yang telah memperoleh berbagai pelayanan kesehatan melalui Puskesmas, yang digunakan atas dasar indikasi. Sistem Penomoran Rekam medis dengan model family folder / family numbering. Family numbering yaitu penomoran yang berhubungan dengan keluarga (satu nomor untuk satu keluarga). Biasanya dilaksanakan di puskesmas, terdiri dari sepasang digit tambahan yang ditempatkan pada setiap keluarga.

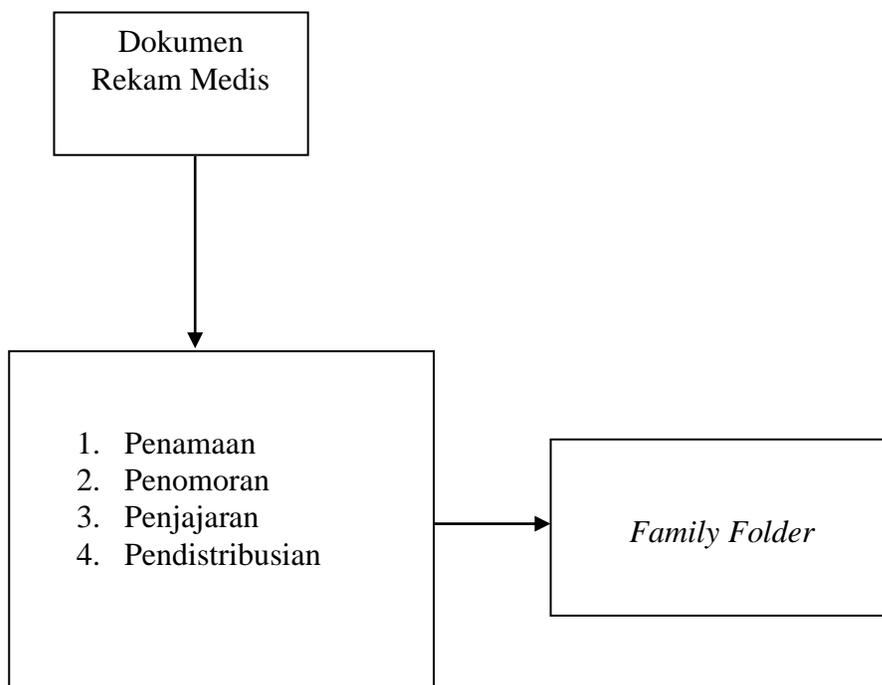
I. *SOP (Methode)*

Metode adalah cara-cara yang digunakan untuk mencapai tujuan yang diinginkan. penyimpanan berkas kedalam famili folder dan disimpan di rak penyimpanan sesuai dengan nomor rekam medis pasien. Sebagai acuan dalam melaksanakan kegiatan penyimpanan rekam medis pasien. Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah suatu pedoman atau acuan untuk melakukan tugas pekerjaan sesuai dengan kegunaan dan alat penilaian kerja intansi pemerintah berdasarkan indikator-indikator teknis, administratif dan prosedural sesuai tata

kerja, prosedur kerja dan proses kerja terhadap unit kerja yang bersangkutan (Atmoko, 2011).

J. Kerangka Teori

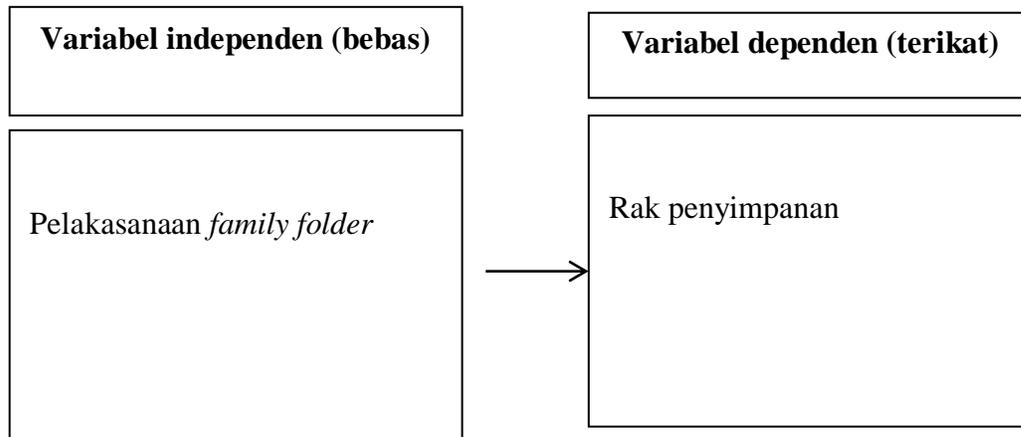
Kerangka teori adalah identifikasi teori-teori yang dijadikan sebagai landasan berfikir untuk melaksanakan suatu penelitian atau dengan kata lain untuk mendeskripsikan kerangka referensi atau teori yang digunakan untuk mengkaji permasalahan (sumantri, 2015).



Bagan 2.1 Kerangka Teori

K. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan justifikasi ilmiah terhadap topik yang dipilih sesuai dengan identifikasi masalah. Kerangka konsep harus didukung landasan teori yang kuat serta di tunjang oleh informasi yang bersumber pada berbagai laporan ilmiah, hasil, jurnal penelitian, dan lain-lain (Hidayat, 2010).



Bagan 2.2 Kerangka Konsep

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif yang bertujuan untuk mengetahui secara jelas dan lebih mendalam tentang Faktor-Faktor Kelengkapan Berkas Rekam Medis. Pengukuran variabel dependen dan independen akan dilakukan secara bersamaan dalam waktu yang sama. Penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus, dimana penelitian ini memusatkan diri secara intensif pada satu obyek tertentu yang mempelajarinya sebagai suatu kasus. Data studi kasus dapat diperoleh dari semua pihak yang bersangkutan, dengan kata lain dalam studi ini dikumpulkan dari berbagai sumber.

B. Subjek dan Objek Penelitian

1. Subjek

Menurut Sugiyono (2019), subjek penelitian adalah pihak yang berkaitan dengan yang diteliti (informan atau narasumber) untuk mendapatkan informasi terkait data penelitian yang merupakan sampel dari sebuah penelitian. Subjek dalam penelitian ini adalah Petugas di ruang *filling* yang berjumlah 4 informan di Puskesmas Dusun Curup.

2. Objek

Objek penelitian merupakan suatu kondisi yang menggambarkan atau menerangkan suatu situasi dari objek yang akan diteliti untuk mendapatkan gambaran yang jelas dari suatu penelitian. Menurut Supriati (2012 : 38) objek penelitian adalah variabel yang diteliti oleh peneliti ditempat penelitian dilakukan. Adapun objek yang akan digunakan pada penelitian ini yaitu Family Folder berkas rekam medis di Puskesmas Dusun Curup.

C. Jenis Data Penelitian

1. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung oleh peneliti dari sumber aslinya untuk menjawab pertanyaan penelitian atau untuk mencapai tujuan tertentu. Data ini biasanya dikumpulkan melalui metode seperti survei, wawancara, observasi, atau eksperimen, yang dirancang dan dikontrol oleh peneliti. Data primer yang digunakan pada penelitian ini yaitu hasil wawancara dengan petugas rekam medis di ruang *filling* di Puskesmas Dusun Curup.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang telah dikumpulkan, diolah, dan dipublikasikan oleh pihak lain sebelum digunakan dalam penelitian. Data ini biasanya berasal dari sumber yang sudah ada seperti laporan, jurnal ilmiah, buku, data pemerintah, statistik, atau data yang tersedia di internet. Data sekunder pada penelitian ini yaitu berkas rekam medis di ruang *filling* dengan sistem penyimpanan *family folder*.

D. Definisi Operasional

Definisi Operasional adalah penjelasan tentang pengertian variabel secara operasional (saat pengambilan data di lapangan), bagaimana suatu variabel diukur.

1. Rak penyimpanan *family folder*

Sistem penyimpanan rekam medis di puskesmas adalah sistem *family folder* dimana sistem ini digunakan oleh satu keluarga dan masing-masing formulir diberi tambahan kode khusus untuk menandai kode rekam medis ayah, ibu, dan anak. Rak penyimpanan berkas rekam medis Puskesmas Dusun Curup memiliki dua rak penyimpanan rekam medis satu muka dengan ukuran yang sama dan terbuat dari kayu. Menurut Rustiyanto dan Rahayu (2011), bentuk penyimpanan secara manual selain menghabiskan ruangan, karena tidak bisa digerakan, bentuk penyimpanan ini juga dinilai kurang aman dari bahaya kebakaran, karena bahannya terbuat dari kayu, sehingga dokumen yang ada didalamnya jika ada kebakaran dengan sangat mudah ikut terbakar.

2. SOP family folder

Metode adalah cara-cara yang digunakan untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Cara yang digunakan dalam penyimpanan berkas rekam medis sesuai dengan SOP.

Metode yang dimaksud dalam penelitian ini adalah metode yang digunakan terhadap penyimpanan rekam medis *family folder*. SOP yang ada di puskesmas Dusun Curup ialah Petugas pendaftaran memastikan bahwa *Family Folder* disimpan sesuai dengan nomor indek kode wilayah. Petugas pendaftaran secara berkala mengecek semua *Family Folder* pelanggan berada pada tempatnya sesuai kode wilayah. Petugas pendaftaran menuliskan kegiatan penyimpanan yang dilakukan di dalam lembar kegiatan harian.

E. Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan pada Tanggal 29-31 Agustus 2024 di Puskesmas Dusun. Curup

F. Instrumen Penelitian

Instrumen Penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh penelitian dalam mengumpulkan data. Peneliti menggunakan alat *Recorder* agar lebih mudah dan hasilnya lebih baik.

G. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan Data adalah bahan mentah yang perlu diolah sehingga menghasilkan informasi atau keterangan, baik kualitatif maupun kuantitatif yang menunjukkan fakta (Ridwan, 2010). Sumber data pada penelitian ini berasal dari data primer dan data sekunder yang diperoleh dari hasil observasi langsung dan hasil dari wawancara dengan informan.

H. Analisa Data

Penelitian ini menggunakan analisis univariat yaitu suatu teknik analisis data terhadap satu variabel secara mandiri, tiap variabel dianalisis tanpa dikaitkan dengan variabel lainnya. Analisis univariat bisa juga analisis deskriptif (Sugiyono, 2015) yang akan disajikan dalam bentuk narasi.

